



המוסד לביטוח לאומי

מינהל המחקר והתכנון

האגף לפיתוח שירותים, הקרן לקידום תוכניות סיעוד

ירושלים, מנחם-אב התשע"א, אוגוסט 2011



תוכניות חדשניות לטיפול בזקנים המוגבלים בתפקודם סקירת ספרות

ד"ר אסתר יקוביץ

מחקרים לדיון 105



המוסד לביטוח לאומי

מינהל המחקר והתכנון

האגף לפיתוח שירותים, הקרן לקידום תוכניות סיעוד

תוכניות חדשניות לטיפול בזקנים המוגבלים בתפקודם סקירת ספרות

ד"ר אסתר יקוביץ

מחקרים לדין 105

ירושלים, מנחם-אב התשע"א, אוגוסט 2011

www.btl.gov.il

הדעות המובאות במאמר זה אינן מייצגות
בהכרח את עמדת המוסד לביטוח לאומי.

פתח דבר

סקירת ספרות מורחבת זו הינה פרי יוזמת וועדות הקרן לקידום תוכניות סיעוד של המוסד לביטוח לאומי.

מיום הקמתה, עוסקת הקרן לקידום תוכניות סיעוד של המוסד לביטוח לאומי בפיתוח שירותים קהילתיים למוגבלים בתפקודם, וכן בפיתוח ושיפור איכותם של שירותים הניתנים במוסדות סיעודיים.

בשנים האחרונות חלה מגמת עליה במספר הקשישים הבוחרים להישאר בביתם ובקהילתם, תוך קבלת תמיכה באמצעות חוק ביטוח סיעוד ומגוון שירותים בקהילה. מגמה מבורכת זו מחייבת בדיקה מחודשת של תחומי העשייה של הקרן בתחום הקהילתי. הועדה הארצית וועדת הסיעוד של מועצת המוסד לביטוח לאומי, ביקשו לבסס את תכנון המשך פעילות הקרן על סמך הידע, הניסיון, ממצאי מחקר ויוזמות חדשניות בפיתוח שירותים בקהילה לקשישים מוגבלים.

לאור זאת הוזמנה סקירת הספרות, שמטרתה לבחון כיווני פיתוח ושירותים חדשניים בעולם המערבי, תוך בחינת מגמות אלה בהיבט המקצועי, היישומי והתקציבי, ואפשרות הטמעתם בישראל.

סקירה זו מהווה כבר היום בסיס לגיבוש מדיניות הקרן ותוכניות העבודה לשנים הבאות. אנו מודים לד"ר שי בריל יו"ר הוועדה הארצית, למר איציק פרי יו"ר וועדת הסיעוד, למ"מ יו"ר וועדת הסיעוד מר חזקיה ישראל, ולד"ר אסתר יקוביץ על העבודה המקיפה שנעשתה.

ברנדה מורגנשטיין
מנהלת האגף לפיתוח שירותים

תוכן העניינים

עמוד		
1	מבוא	א.
3	מקורות מידע	ב.
5	סקירת ספרות	ג.
6	תפיסות במתן מענה לצרכים של אוכלוסיית הזקנים המוגבלים (frail elderly)	ג.1.
6	גישת ההתמקדות בלקוח (consumer-centered/directed)	ג.1.1.
11	תכנית (C&C) Cash & Counseling בארה"ב	ג.1.1.1.
15	תכניות מיקוד בצרכן באירופה	ג.2.1.1.
18	התרכזות בצרכן בקונטקסט של טיפול מוסדי ממושך	ג.3.1.1.
20	מודל (Eden Alternative (EA)	ג.1.3.1.1.
21	תכנית הבית הירוק (The Green House Project)	ג.2.3.1.1.
22	שילוב בין שירותים	ג.2.1.
24	מודלים לשילוב ותיאום בין שירותים במדינות שונות	ג.1.2.1.
29	תכניות לקידום בריאות ושימור התפקוד (re-ablement/enablement)	ג.3.1.
31	תכניות לשימור התפקוד במספר מדינות	ג.1.3.1.
35	ערים (קהילות) בריאות (healthy cities) וערים ידידותיות לזקנים (age friendly cities)	ג.2.3.1.
36	שירותים בבית ובקהילה	ג.2.
37	שירותים תוך ביתיים	ג.1.2.
41	מענה מהיר בקהילה (quick response program) כתחליף לשימוש בחדרי מיון	ג.2.2.
44	מרכזי יום	ג.3.2.
46	מרכזים רב-שירותיים	ג.4.2.
50	הסדרים ושירותים המיועדים לתמוך במטפלים עיקריים	ג.3.
50	הערכת צרכים ושירותים למטפלים	ג.1.3.
53	מתן גמלאות כספיות	ג.2.3.
53	שירותי מידע ויעוץ	ג.3.3.
54	פיתוח סביבות ידידותיות למטפלים עובדים	ג.4.3.
55	שימוש בטכנולוגיות מסייעות וטכנולוגיות מידע ותקשורת	ג.5.3.
56	שירותי הפוגה (respite)	ג.6.3.
58	חופשה נתמכת (assisted vacation)	ג.7.3.
59	שימוש בטכנולוגיות מסייעות (assistive technologies)	ג.4.
61	טכנולוגיות ואביזרים המיועדים לסייע בניידות	ג.1.4.
63	מוקדי מצוקה	ג.2.4.

63	ג.3.4. טכנולוגיות מסייעות להשגחה על תשושי נפש
65	ד. דעות המומחים
69	ה. סיכום
73	רשימה ביבליוגרפית
93	נספחים
	תקציר באנגלית

תקציר

העלייה בגיל מלווה בעלייה בשיעור הזקנים המוגבלים בתפקודם וזקוקים לעזרת הזולת עקב נכות פיזית, קוגניטיבית (תשושי נפש) או משולבת. הנתונים מצביעים על כך כי 16.7% מכלל הזקנים מוגבלים בתפקודם, ושיעור זה עולה באופן משמעותי עם העלייה בגיל. העלייה בגיל מביאה עמה גם ביקוש גובר לשירותים תומכים בבית ובקהילה, מה שמגדיל בהתמדה גם את ההוצאה הציבורית לטיפול ממושך ובכלל זה עולה בהתמדה שיעור הזכאים לגמלת סיעוד מהמוסד לביטוח לאומי. אולם, יש זקנים רבים שהם מוגבלים בתפקודם אך נדחים מאחר ואינם עוברים את סף הניקוד במבחן התלות ולאינם מקבלים שירותים במסגרת חוק ביטוח סיעוד. אחת השאלות העולות סביב השיעור הניכר של פונים נדחים היא, אם כן, מה ניתן לעשות כדי למנוע התדרדרות במצבם התפקודי ולדחות עד כמה שניתן את גלישתם לניקוד הסף אשר בסופו של דבר יזכה אותם בגמלת סיעוד. לכן, ההזדקנות המהירה של אוכלוסיית הזקנים והגידול בשיעור הזקנים הזקוקים לטיפול ממושך, מעלים סוגיות שונות לדיון ציבורי לגבי המדיניות והשירותים שאותם יש לאמץ ולספק, ומעלים גם הצורך לבחון תפיסות ופילוסופיות אחרות ושונות למתן מענה לצרכים, כמו גם מודלים חדשים ושונים של שירותים, סוגי שירותים חדשים ודרכים אחרות לאספקתם.

מטרותיו של דו"ח זה הן:

- א. לסקור את הגישות הקיימות כיום במדינות שונות סביב סוגיות מרכזיות של אספקת שירותים לזקנים המוגבלים בתפקודם. בין היתר, תתייחס הסקירה לסוגיות כמו הפיצול/שילוב בין שירותים, שירותים בעין לעומת שירותים בכסף, ותפיסות הנוגעות להזדקנות מוצלחת וקידום העצמאות התפקודית של הזקן.
- ב. לסקור מודלים שונים של סוגי שירותים ושיטות להספקת שירותים אלה לאוכלוסיות יעד שונות. גישת ההתמקדות בלקוח (consumer-centered/directed) שמה דגש על הטיפול האינדיבידואלי "התפור" למידותיהם הספציפיות של המטופל והמטפל כאחד. מכאן התפתחו גם המושגים של ניהול טיפול, תכניות טיפול אינדיבידואליות, או חבילות טיפול אישיות, המבטאים **גמישות** והענות לצרכים האישיים של הלקוח וזאת במקום חבילות שירותים אחידות וסטנדרטיות הניתנות כיום במסגרת החוק. תכניות שהתפתחו בשנים האחרונות מנסות לתת ביטוי לגישה זו, כמו קביעת תקציב אישי (individualized budget) שבמסגרתו יכול הזקן ומשפחתו להחליט על חבילת טיפול שתמומן באמצעות תקציב אישי זה, תוך מתן גמישות רבה יותר בבחירת סוגי השירותים שיסופקו לזקן.

סוגיה נוספת המעסיקה מדינות שונות היא הפיצול הקיים בין מערכות השירותים השונות שאינן מאפשר ראייה הוליסטית של הפרט הזקוק לטיפול ממושך. לכן מדינות רבות עוסקות בסוגיה של שילוב בין שירותי רווחה ובריאות כדי להבטיח רצף טיפול. מדינות שונות פתחו קונפיגורציות שונות של שילוב בין שירותים, אולם למרות ההבדלים בין המדינות מבחינת הסדרי הספקת שירותי בריאות ורווחה לזקנים מוגבלים, יש מספר מאפיינים משותפים כדי להגיע לאותן המטרות: (1) מערכת של נקודת כניסה אחת (single entry point); (2) ניהול טיפול (case management); (3) הערכה גריאטרית כוללת; ו- (4) עבודה בצוות רב-מקצועי.

כאמור מדינות שונות עוסקות רבות גם בפיתוח מודלים חדשים וחדשניים למתן מענה לצרכים של האוכלוסייה הזקנה והנמצאת בסיכון להתדרדרות תפקודית וזאת מתוך גישה של שימור העצמאות ודחיית מצבי תלות לגילאים מאוחרים יותר. במסגרת זו פתחו מדינות שונות תכניות לקידום בריאות ושימור התפקוד (re-ablement/enablement). העלייה הגוברת בהוצאות לטיפול ממושך הביאו לפיתוח תפיסות ואסטרטגיות שונות לטיפול בזקנים עם מוגבלויות תפקודיות, אשר בלקסיקון המקצועי שלהן מופיעים תחת מושגים כמו: הזדקנות מוצלחת, הזדקנות פעילה, הזדקנות בריאה, קידום בריאות ועוד. תפיסה זו שמה דגש על קידום בריאות ומניעת מחלות כדי למנוע נכויות ומוגבלויות או לדחות אותן לגיל מתקדם ככל האפשר. לפיכך, ההשקעה בשירותי מניעה ושיקום, כדי למנוע או לדחות היווצרות מוגבלות היא כדאית מבחינה כלכלית לטווח ארוך. תפיסה חדשה זו, בשונה מהגישה המסורתית השמה דגש על מוגבלות ונכות (disablement) שמה דגש על מיצוי הבריאות הפיזית והנפשית. בשונה משיקום, שבו המטרה היא להחזיר את המטופל למצב שקדם לאירוע הרפואי, הרי בהחזרה לכושר המטרה היא למצות היכולת הפיזית במצב הקיים ולשמר אותו למשך פרקי זמן ארוכים ככל שאפשר ועל ידי כך למנוע התדרדרות במצב וגלישה למוגבלות, המחייבת קבלת סיוע בפעילות היומיומית. בשונה מהפרדיגמה המסורתית הריאקטיבית, שלפיה טיפול בית מיועד לטפל בזקן כאשר הזקן הוא לקוח של השירות וממלא בו תפקיד פסיבי בביצוע פעולות היומיום, הפרדיגמה החדשה מתמקדת בתכניות החזרה לכושר ושימורו, שבו ממלא הזקן תפקיד מאוד אקטיבי. התכניות של הזדקנות מוצלחת, החזרה לכושר וזקנה פעילה, משקפות גישה פרואקטיבית להתמודדות עם חולי כרוני ומוגבלויות תפקודיות כדי לנסות להחליף, או לפחות לדחות, את הצורך בשירותים לטיפול ממושך בבית ובקהילה.

סוגיה נוספת הזוכה להתייחסות נרחבת במדינות מערביות שונות היא הצורך בהתייחסות אל המשפחות המטפלות בזקנים כאל אוכלוסיית יעד להתערבות ופיתוח תכניות ושירותים המיועדים לסייע להן, בהיותן עמוד התווך שעליו מוסיף ונשען הטיפול הפורמאלי בבית. תכניות ושירותים אלה נועדו לצמצם שחיקה, נטל טיפול וקושי לשאת בו, לעודד ולתמרצם למלא את תפקידי הטיפול לאורך תקופות ארוכות יותר. יש מדינות שאף מעניקות גמלאות לבני משפחה מטפלים, כולל תנאים סוציאליים. אחד השירותים המרכזיים שנועדו לתת מענה לבעיות השחיקה והעומס של בני משפחה הם שרותי הפוגה (respite) שניתנים במסגרות ובמתכונות שונות, כולל מרכז לילי לטיפול בתשושי נפש. בין היתר פותחו מערכות שירותים כוללניות כמו מרכזים רב שירותים, במקום מרכזי היום המסורתיים, שנועדו לספק שירותים גם למטפלים עיקריים.

שימוש בטכנולוגיות מסייעות, המיועדות מחד לסייע לזקן בשימור עצמאותו התפקודית לצד צמצום הצורך בהשגחה ומתן טיפול אנושי בתוך הבית ע"י מטפלים פורמאליים ובלתי פורמאליים כאחד הביאו לפיתוח מוצרים טכנולוגיים מגוונים, החל מטכנולוגיה נמוכה (low tech) ועד טכנולוגיה גבוהה (high tech). הגידול במספר הזקנים הזקוקים לטיפול בבית, הצרכים המרובים והגדלים ומורכבותם, כמו גם המחסור הגובר בכוח אדם בתחום העלה הצורך בפיתוח תכניות חלופיות או משלימות, כדי לתמוך במטפלים לא פורמאליים ופורמאליים כאחד. טכנולוגיות מסייעות עשויות לשמש מספר מטרות: ראשית, במצבים ובמקרים רבים להחליף כוח אדם, אשר מחסורו בתחום הולך וגובר. שנית, הן עשויות לסייע לזקנים המוגבלים בתפקודם לשמור על

עצמאותם והאוטונומיה שלהם, לצמצם את תלותם באחרים, לצמצם את הצורך בסידור מוסדי וגם לשפר את איכות חייהם. שלישית, הן יכולות להקל על משפחות את נטל הטיפול. רביעית, טכנולוגיות מסייעות עשויות, בחלק מהמקרים, גם להקטין את עלויות הטיפול האישי. במסגרת זו נעשים היום במדינות האיחוד האירופי כמו גם במדינות צפון אמריקה מאמצים רבים לפתח טכנולוגיות ITC, בכלל זה השגחה וטיפול מרחוק על זקנים שהם תשושי נפש.

ניתן לומר כי חוק ביטוח סיעוד בישראל, היה אחד החוקים המתקדמים והראשונים בעולם שהביא למהפכה בתחום הטיפול בזקנים בבית ובקהילה. אולם מאז חלפו כ-23 שנים והוא די קפא על שמריו. למרות שהמציאות השתנתה מאוד טרם נבחן הצורך ברפורמות נדרשות, בעוד שמדינות מערביות שונות הנהיגו רפורמות בחוקיהן ובהסדריהן למתן שירותים לזקנים מוגבלים בתפקודם בבית ובקהילה ולבני משפחותיהם. זהו הזמן לבחון מחדש את החוק ולאמץ מספר רפורמות שיהיה בהן לשפר את איכות החיים של זקנים מוגבלים בתפקודם, לשמר את עצמאותם התפקודית, לחזק את שליטתם בחייהם ואף להביא לריסון ההוצאה הציבורית על טיפול ממושך שהולך וגדל מדי שנה.

א. מבוא

שיעור הזקנים בני 65 ומעלה מהווה כ-10% מכלל האוכלוסייה בישראל. מספרם נאמד כיום בכ- 712,000 אנשים ובשנת 2030 צפויה אוכלוסיית הזקנים להגיע ל-13.7% (הלמ"ס, 2010). בתוך אוכלוסיית זקנים זו שיעור בני ה-75 ומעלה הוא 45.4% ואילו שיעור בני 80 ומעלה הוא 27.12% מכלל בני 65 ומעלה (ברודסקי, שנוור ובאר, 2010). התחזיות מצביעות על שיעור הולך וגדל של זקנים באוכלוסייה בעשורים הבאים, גידול שעולה על הגידול הצפוי בקבוצות גיל אחרות (הלמ"ס, 2010), כאשר הגידול הבולט ביותר צפוי בקבוצת הגיל 85 ומעלה.

העלייה בגיל מלווה גם בעליה בשיעור הזקנים המוגבלים בתפקודם וזקוקים לעזרת הזולת עקב נכות פיזית, ירידה קוגניטיבית (תשושי נפש) או משולבת. הנתונים מצביעים על כך כי 16.7% מכלל הזקנים מוגבלים בתפקודם, ושיעור זה מגיע ל-38.8% בקרב בני 80 ומעלה (ברודסקי, שנוור ובאר, 2010). שיעור המוגבלות עולה באופן משמעותי בגיל 85 ומעלה ומגיע ל-50% בקרב הגברים ול-52% בקרב הנשים (שמש ונקמולי-לוי, 2009). נתונים מראים כי משך החיים עם מוגבלות הולך ועולה אף הוא ומגיע ל-7-8 שנים (WHO, 2009). במיוחד יש לציין את העלייה המתמדת בשיעור החולים בדמנציות השונות (בעיקר אלצהיימר), כאשר שכיחותן בקרב קשישים בני 65 ומעלה נאמדת ב-16.7% והיא עולה באופן משמעותי עם הגיל, ובגיל 85 ומעלה היא מגיעה ל-47% מכלל הזקנים בקבוצת גיל זו (ורטמן, ברודסקי, קינג, בנטור, וצי'חמיר, 2005).

עקב מגמות אלה בהזדקנות האוכלוסייה, הולך ועולה בהתמדה שיעור הזכאים לגמלת סיעוד מהמוסד לביטוח לאומי, אשר עומד כיום על כ-141,300 זקנים, מתוכם כ-62,000 קשישים אובחנו כתלויים במידה רבה מאוד או תלויים לחלוטין בעזרת הזולת (המוסד לביטוח לאומי, 2010א) וכ-61% מהזכאים הם בני 80 ומעלה (המוסד לביטוח לאומי, 2009). יחד עם זאת, יש לציין כי שיעור התביעות המאושרות מדי שנה בין השנים 2002-2008 נע בין 43.2%-49.2% (המוסד לביטוח לאומי, 2009), כלומר, יש זקנים רבים שהם מוגבלים בתפקודם אך אינם עוברים את סף הניקוד, העומד על 2.5 במבחן התלות, ולכן אינם זכאים לקבל שירותים במסגרת החוק. חלק קטן מאלה מקבלים עזרה ביתית ואו טיפול אישי באמצעות לשכות הרווחה וזאת על בסיס מבחן הכנסות. לכן מספרם של אלה קטן יחסית ומגיע בסך הכול לכ-8,500 אנשים בשנה (ברודסקי, שנוור ובאר, 2010). אחת השאלות העולות סביב השיעור הניכר של פונים נדחים היא, אם כן, מה ניתן לעשות כדי למנוע התדרדרות במצבם התפקודי ולדחות עד כמה שניתן את גלישתם לניקוד הסף אשר יזכה אותם בגמלת סיעוד.

קיים קונסנזוס כי הטיפול המוסדי יקר לעומת הטיפול בבית ובקהילה וכי האלטרנטיבה המועדפת, הן ע"י זקנים ומשפחותיהם והן ע"י קובעי מדיניות, היא טיפול בבית ובקהילה, כדי לאפשר לזקנים להזדקן במקום (aging in place). יחד עם זאת, קיים גידול מתמיד בשיעור הזקנים הזקוקים לעזרה למשך פרקי זמנים ארוכים, יותר ממה שידענו בעבר, ומגמה זו צפויה להתחזק עם העלייה בתוחלת החיים. העלייה בתוחלת החיים מביאה עמה גם ביקוש גובר לשירותים תומכים בבית ובקהילה, לצד

מודעות גוברת של זקנים ומשפחותיהם לזכויותיהם ולרצונם לקבוע ולהיות מעורבים באופן פעיל בעקרונות הטיפול בהם ובצורות המענה לצרכיהם. כל אלה מגדילים בהתמדה גם את ההוצאה הציבורית לטיפול ממושך. לכן, ההזדקנות המהירה של אוכלוסיית הזקנים והגידול בשיעור הזקנים הזקוקים לטיפול ממושך, מעלים סוגיות שונות לדיון ציבורי לגבי המדיניות והשירותים שאותם יש לאמץ ולספק, ומעלים גם הצורך לבחון תפיסות ופילוסופיות אחרות ושונות למתן מענה לצרכים, כמו גם מודלים חדשים ושונים של שירותים, סוגי שירותים חדשים ודרכים אחרות לאספקתם. כל אלה מעלים שאלות רבות ונוקבות לגבי מידת המועילות והיעילות של המערכות וההסדרים הקיימים במתן מענה לבעיות ולצרכים המורכבים והמתרבים של הזקנים. המענה לשאלות אלה מחייב גם התייחסות להשלכות הכלכליות על ההוצאה הציבורית למימון שירותים ותכניות, כמו גם לדילמות הכרוכות בצורות מתן המענה לצרכים אלה. לכן מטרותיו של דו"ח זה הן:

א. לסקור את הגישות הקיימות כיום סביב סוגיות מרכזיות של אספקת שירותים לזקנים המוגבלים בתפקודם, בין היתר התייחסות לסוגיות כמו הפיצול/שילוב בין שירותים, שירותים בעין לעומת שירותים בכסף, ותפיסות הנוגעות להזדקנות מוצלחת וקידום העצמאות התפקודית של הזקן.

ב. לסקור מודלים שונים של סוגי שירותים ושיטות להספקת שירותים אלה לאוכלוסיות יעד שונות:

1. פיתוח מודלים חדשים וחדשניים למתן מענה לצרכים של האוכלוסייה הזקנה והנמצאת בסיכון להתדרדרות תפקודית וזאת מתוך גישה של שימור העצמאות ודחיית מצבי תלות לגילאים מאוחרים יותר.

2. התייחסות אל המשפחות המטפלות בזקנים כאל אוכלוסיית יעד להתערבות ופיתוח תכניות וסוגי שירותים שונים המיועדים לסייע לבני משפחה מטפלים, שמהווים את עמוד התווך שעליו מוסיף ונשען הטיפול הפורמאלי בבית, זאת כדי לצמצם שחיקה, נטל טיפול וקושי לשאת בו לאורך זמן.

3. שימוש בטכנולוגיות והתערבויות שונות, המיועדות מחד לסייע לזקן בשימור עצמאותו התפקודית לצד צמצום הצורך בהשגחה ומתן טיפול אנושי בתוך הבית ע"י מטפלים פורמאליים ובלתי פורמאליים כאחד.

סקר זה עשוי לתת בידי קובעי המדיניות, במסגרת חוק ביטוח סיעוד, יריעה רחבה ככל שניתן על הנעשה בתחום במדינות שונות בעולם ולהצביע על פערים בין הצרכים למענים במתכונת הנוכחית של השירותים המסופקים במסגרת גמלת הסיעוד. כמו כן סקר זה עשוי לתת בידיהם כלים לבחינה ביקורתית של המצב הנוכחי, על מנת לגבש הצעות לרפורמות שונות בהיבטים שונים של החוק כמו: תפיסות בסיסיות למתן שירותים לזקנים מוגבלים, סל השירותים, כוח האדם הנדרש, מודלים ארגוניים להספקת שירותים ועוד.

ב. מקורות מידע

הדו"ח מתבסס על מספר מקורות מידע עיקריים:

- א. סקירת ספרות – סקירת הספרות כללה שני סוגי עבודות:
 1. סקירת ספרות הכוללת ספרות תיאורית ומחקרית אשר עברה שיפוט (peer reviewed) ושפורסמה בעיקר בעשור האחרון בכתבי עת מקצועיים בינלאומיים אודות גישות שונות להספקת שירותים ושירותים חדשים לזקנים המוגבלים בתפקודם. במסגרת זו יכללו גם מחקרי הערכה שבדקו את יעילותם ומועילותם של תכניות ושירותים אלה. כתבי עת אלה כללו כתבי עת בתחומי הזקנה, הבריאות, הרווחה והמדיניות החברתית.
 2. דפי דיון ודו"חות מחקר של מכוני מחקר שונים בעולם, על תכניות שונות שנוסו או הופעלו במדינות שונות, בעיקר במדינות אירופה המערבית, צפון אמריקה, אוסטרליה ויפן.
- ב. סקירת אתרי אינטרנט המציעים תדריכים ליישום גישות שונות, כמו גם אתרים המציעים מגוון של שירותים/חבילות שירותים לזקנים הזקוקים לסיוע, אשר דוגמאות מוצגות כנספחים לדו"ח.
- ג. ראיונות ושיחות עם אנשי מקצוע בעמדות מפתח בתחום הזקנה בארץ והעוסקים בנושאים הקשורים לטיפול בזקנים לטיפול בזקנים לטיפול ממושך. אנשי מקצוע אלה מייצגים קשת רחבה של מקצועות (רפואת משפחה, רפואה גריאטרית, סיעוד, עבודה סוציאלית ומנהל רפואי) וארגונים המטפלים בזקנים: משרדי ממשלה, קופות חולים, ביטוח לאומי ועוד. ראיונות אלה התבצעו עם האנשים הבאים:
 - ד"ר שי בריל, מנהל בית חולים בית רבקה ויו"ר הועדה הארצית לחוק ביטוח סיעוד (שיחת רקע ותדרוך).
 - מר חזקי ישראל, סגן יו"ר ועדת סיעוד ונציג התאחדות התעשיינים בוועדה (שיחת רקע ותדרוך).
 - גב' ברנדה מורגנשטיין, מנהלת אגף הקרנות, המוסד לביטוח לאומי (שיחות רקע ותדרוך).
 - גב' אורנה בר, מנהלת קרן סיעוד במוסד לביטוח לאומי (שיחות רקע ותדרוך).
 - פרופ' יוחנן שטסמן, מנהל המערך הגריאטרי שיקומי בבית חולים הדסה הר הצופים ולשעבר מנכ"ל המוסד לביטוח לאומי.
 - פרופ' מרק קלרפילד, מנהל המחלקה הגריאטרית בבית חולים סורוקה בבאר שבע ובעבר ראש אגף הגריאטריה במשרד הבריאות.
 - ד"ר אהרון כהן, מנהל אגף הגריאטריה במשרד הבריאות.
 - פרופ' יעקב גינדין, מנהל המכון הגריאטרי לחינוך ומחקר במרכז הרפואי קפלן, יועץ לסגנית השר במשרד לענייני גמלאים ויו"ר הועדה לפיתוח בינלאומי של ארגון ה-INTERRAI.
 - פרופ' יצחק בריק, מנכ"ל אשל – האגודה לתכנון ופיתוח שירותים לזקן בישראל.
 - גב' מרים בר גיורא, מנהלת השירות לזקן במשרד הרווחה והשירותים החברתיים.
 - גב' ארנה זמיר, מנהלת האגף לסיעוד, במוסד לביטוח לאומי.
 - מר יונתן למברגר, מנהל מנהלת הגריאטריה במכבי שירותי בריאות.

- גב' אסתי שטרן, מנהלת תחום זקנה במינהל השירותים החברתיים בעיריית תל אביב.
 - פרופ' איה בידרמן, רופאת משפחה בשירותי בריאות כללית, באר שבע.
- ד. חומר שנאסף מכינוסים מדעיים שהתקיימו באוסטרליה בחודש מאי 2010 ובשבדיה בחודש יולי 2010 וכמו כן חומר שהתקבל ממומחים בחו"ל בעקבות פניות אליהם.

ג. סקירת ספרות

בסקירת הספרות להלן נתייחס למספר סוגיות מרכזיות:

א. סוגיות במדיניות ותפיסות חדשות בקשר לטיפול ממושך בזקנים, כפי שהדבר קיים במדינות מערביות שונות, בעיקר במדינות אירופה וצפון אמריקה ובמידה מסוימת גם ביפן. בהקשר זה ההתייחסות בספרות מתמקדת בעיקר במספר נושאים המחייבים התערבות כדי לשפר את רמת השירותים, מידת מועילותם ויעילותם, בכלל זה גם שירותים עבור בני משפחה מטפלים:

1. שיפור הביצועים של המערכות הקיימות – במונחים של מועילות, יעילות ואיכות. למשל: שימוש נכון בתרופות כדי לחסוך בימי אשפוז, שילוב בין שירותי בריאות ורווחה כדי לאפשר ראיה הוליסטית של צרכי המטופל ועל מנת ליצור רצף טיפול בין טיפול אקוטי לבין טיפול ממושך, והתמקדות בצרכי הלקוחות ובהעצמתם.

2. תכנון מחדש את אספקת השירותים- על ידי בניית קטגוריה חדשה של טיפול, למשל הקמת מרכזים רב-שירותיים, שחלקם רפואי וחלקם חברתי. מרכזים קהילתיים כאלה נקראים "אזורים ידידותיים לטיפול" (care friendly districts), כפי שקיים בהולנד, או "מרכזי טיפול פתוחים" (open care centers) כמו אלה הקיימים ביוון (Leichsenring, 2004) והקמת מרכזי בריאות חדשים המתמחים בגרונטולוגיה וגריאטריה אשר זקנים יכולים להגיע אליהם לטיפולים פשוטים, לצורך אבחונים וגם לאשפוזים קצרים במקרי חירום. מרכזים כאלה יכולים לשמש כגיבוי לטיפול בית ולסיוע למטפלים מבני המשפחה.

3. תמיכה במטפלים עיקריים – שינויים סוציו-דמוגרפיים במבנה המשפחה ותפקידיה, המצמצמים את מספר המטפלים הפוטנציאליים בזקנים בשל סיבות כמו: הצטרפות נשים רבות יותר למעגל העבודה וקיטון בשיעור הילודה, כמו גם החשש שמטפלים יפסיקו לעשות כן לאורך זמן, עקב שחיקה ועומס טיפול והקושי הגובר לתמרן בין עבודה וטיפול (Greenhaus, & Powell, 2006; Koerner, Silverberg, Kenyon, & Baete, 2007; Lewis, 2006), מחייבים פיתוח תכניות ושירותים לתמיכה וסיוע למטפלים אלה. ישראל אמנם מצטיינת עדיין בסולידריות בינדורית גבוהה (Daatland & Lowenstein, 2007; Lowenstein, 2005), אך לעומס הגובר על בני משפחה מטפלים עלולות להיות השלכות שליליות לא רק על המטפלים העיקריים, אלא גם על הזקנים המטופלים עצמם, אשר עלולות להתבטא, בין היתר, גם בהתעמרות, אלימות והזנחה.

ב. פיתוח מודלים של סוגי שירותים תוך ביתיים וקהילתיים חדשים עבור זקנים המוגבלים בתפקודם. בהקשר זה ידונו סוגי שירותים שונים, עקרונות הפעלתם, אוכלוסיית היעד שהם נועדו לשרת ועוד.

קיימים היום שני מודלים עיקריים לאספקת טיפול ממושך (Long-term care) (Hutten & Kerkstra, 1996; Landauer, Kohler, Kortek, Ross, & Walser, 2009):

א. המודל הציבורי, הנשען בעיקר על כספי מיסים עירוניים וממשלתיים והשתתפות עצמית קטנה של מקבלי השירותים. הרשויות המקומיות הן אשר מספקות את השירותים על פי מדדים של נזקקות ומבחני הכנסות. מודל זה, המזוהה בעיקר עם המדינות הנורדיות, קיים גם באנגליה ובמידה מסוימת גם בספרד, איטליה, הונגריה, פולין וצ'כיה. מודל זה מאפשר גמישות רבה יותר באספקת שירותים, מאחר ויש לרשות המקומית חופש פעולה ושקול דעת בהתאמה אישית של המענים לצרכי הטיפול האינדיבידואליים של זקניה.

ב. מודל הנשען על ביטוחי סיעוד לאומיים שנכללים בתוך מסגרת של תכניות לביטוח סוציאלי והממומנות על ידי העובדים והמעסיקים, דוגמת זו הקיימת במדינות כמו: גרמניה, יפן, אוסטריה וישראל, ותכניות פדרליות בארצות הברית כמו: ה-Medicaid וה-Medicare. מערכות אלה מנהלות ברמה ארצית והן מסופקות ברוב המקרים על בסיס אוניברסאלי כאשר הגמלה מסופקת בעין או בכסף. יש מדינות שבהן ביטוחים אלה מכסים טיפול פורמאלי ובלתי פורמאלי כאחד. יש מדינות שבהן הטיפול הממושך הוא סלקטיבי וניתן על בסיס מבחן אמצעים/הכנסות כמו תכנית ה-Medicaid בארה"ב.

נדון להלן בתפיסות העיקריות שהתגבשו בשני העשורים האחרונים למתן מענה לצרכים של אוכלוסיית הזקנים המוגבלים בתפקודם (frail elderly) כמבוא וכבסיס תפיסתי להתפתחותם של מודלים חדשים/שונים של שירותים למתן מענה לצרכי הזקנים ולבני משפחותיהם המטפלים בהם.

1.1. תפיסות במתן מענה לצרכים של אוכלוסיית הזקנים המוגבלים (frail elderly)

קיימות שלוש סוגיות מרכזיות, המעסיקות מדינות שונות סביב הנושא של טיפול ממושך בזקנים, כאשר מחד עומדת השאלה כיצד לאפשר לזקן להזדקן במקומו ולהבטיח לו איכות חיים גבוהה, ומנגד עומדת השאלה כיצד ניתן לחסוך בהוצאה הציבורית ההולכת וגדלה עם הזדקנות האוכלוסייה:

1. כיצד לאפשר יותר בחירה, העצמה והחלטה עצמית לצרכנים, תוך מתן אפשרות ל"תפירת" חבילת שירותים אינדיבידואלית הנותנת מענה מיטבי לצרכים האישיים של המטופל הספציפי.
2. כיצד להבטיח ראייה כוללת של צרכי הזקן ומשפחתו, המשמשת עמוד התווך העיקרי בטיפול בזקנים, וכיצד לאפשר קבלת מענה מיטבי לצרכים אלה בתחנה אחת (one stop shop) המשלבת בין מערכות השירותים השונות, בעיקר שירותי בריאות ורווחה.
3. כיצד להבטיח זקנה מוצלחת ולהביא לצמצום או לדחיית מוגבלות תפקודית, תוך מיצוי הפוטנציאל הקיים אצל הזקן לניהול חיים עצמאיים ואוטונומיים ככל האפשר. בסוגיות אלה נתמקד להלן:

1.1.1 גישת ההתמקדות בלקוח (Consumer-centered/directed)

גישות חדשות/ישנות מדברות על האינדיבידואליזציה של הטיפול (Fine & Yeatman, 2009; Fine, 2010) בהקשר של איזון הזכויות של שני האנשים המעורבים בטיפול: המטופל והמטפל העיקרי מבני המשפחה. לכן, צרכי הטיפול מתייחסים לפעילות המבוססת על יחסים, שבה מקבלי הטיפול והמטפלים קשורים זה בזה. זאת ועוד, הטיפול האינדיבידואלי משמעותו "תפירת חליפה" ההולמת

את מידותיהם הספציפיות של המטופל והמטפל כאחד. מכאן התפתחו גם המושגים של ניהול טיפול, תכניות טיפול אינדיבידואליות, או חבילות טיפול אישיות, המבטאים **גמישות** והענות לצרכים האישיים של הלקוח. כל תמהיל של חבילת טיפול שונה משל האחרים וניתן לשנותו בהתאם להשתנות התנאים. למשל, במקום להשתתף במרכז יום, יכול לקוח להעדיף לעסוק בתחביב שלו בתוך הבית, כשלצורך זה נחוצה לו עזרה ברכישת חומרים. אולם, מגבלות תקציביות, כמו גם חוקים ותקנות וביורוקרטיה מסורבלת, מוציאים מכלל אפשרות מתן סיוע בנושאים היכולים לשמש אמצעי למימוש עצמי, בעיקר במצבי מוגבלות. תכניות שהתפתחו בשנים האחרונות מנסות לתת ביטוי לגישה זו, כמו קביעת תקציב אישי (individualized budget) שבמסגרתו יכול הזקן ומשפחתו להחליט על חבילת טיפול שתמומן באמצעות תקציב אישי זה, תוך מתן גמישות רבה יותר בבחירת סוגי השירותים שיסופקו לזקן.

כתוצאה משינויים דמוגרפיים מפליגים ועליה בשיעור הזקנים עם מוגבלויות בשני העשורים האחרונים החלו קובעי מדיניות במדינות מפותחות באירופה ובצפון אמריקה להכיר בצורך ברפורמה במערכת הטיפול הממושך. רפורמות אלה מתייחסות לצורך בשילוב מערכות טיפול וניהול של שירותים (managed service packages). נקודת המוצא היא כי מתן אפשרות לשליטה בחיים מקדמת את הרווחה של הזקן. בהקשר של מתן שירותים לזקנים המוגבלים בתפקודם, המודלים המסורתיים של אספקת שירותים מתבססת על פגיעות, תלות, מוגבלות של הזקן ועל הצורך להגן עליו. לכן, הגישה היא של טיפוח התלות, העומדת בניגוד לתפיסה של טיפוח עצמאותו של הזקן (Benjamin & Matthias, 2001). בהקשר זה פותחה הגישה של התרכזות בצרכן, בעיקר ביחס לשירותים בבית ובקהילה, והעצמת הצרכנים ומשפחותיהם באמצעות מתן שליטה על דרך השימוש בגמלה ותכנית הטיפול (Kodner, 2003).

אכן, הגישה התופסת לה יותר ויותר אחיזה במדינות המערב, באירופה כמו גם בצפון אמריקה וביפן, היא מעבר לכוון של **התרכזות בלקוח (consumer-centered/directed)**, בניגוד למודל המסורתי של התרכזות בארגון (agency model). גישה זו מחדדת את ההתייחסות לצרכיו האינדיבידואליים והכוללניים של הזקן ושמה דגש על הזדקנות נורמאלית/פעילה/ בריאה במקום הזדקנות לא בריאה/לא נורמאלית (AARP, 2006; Benjamin, 2001; Kodner, 2003). תפיסה זו שמה דגש על מתן חופש בחירה רב יותר, מאפשרת שליטה ואוטונומיה לצרכנים להחליט לאיזה שירותים הם זקוקים וכיצד להשתמש בגמלה, והעברת רוב הבחירות והאחראויות לצרכן השירותים. הגישה הזו מניחה כי רוב השירותים התומכים אינם בעלי אופי רפואי, הם בעלי אופי של טכנולוגיה פשוטה (low tech) ואינם מחייבים הכשרה נרחבת או פיקוח חיצוני.

הרציונל שבתפיסה זו הוא שלאנשים עם מוגבלויות אין מספיק הזדמנויות לעצב את השירותים התומכים שבהם הם נעזרים. בגישה המסורתית ספקי השירותים הם אלה שמקבלים את ההחלטות בנוגע לתכנון הטיפול, המשימות שיבצע העובד, קביעת שעות הטיפול ובקרה על השירות, ארגון גיבוי לפי הצורך וכו', בעוד שהצרכן עצמו הוא בגדר "יושב ביצע" (Kodner, 2003). לכן, הביקורת על

המודל המסורתי היא שהחלטות מתקבלות על בסיס אינטרסים של הארגון, יותר מאשר אינטרסים של הצרכן. גם שעות הטיפול נקבעות ע"י הארגון ולא לפי העדפות הצרכן והמשימות המבוצעות לא תמיד עולות בקנה אחד עם העדפות הצרכנים. למשל, במסגרת גמלת הסיעוד אותה מקבל הזקן בישראל, הוא יקבל שעות טיפול המתרכזות בעיקר בשעות לפני הצהריים, גם אם הזקן יעדיף או זקוק לשירות דווקא בשעות הערב או הלילה. לעומת זאת, בגישה של התרכזות בצרכן, הצרכן¹ הוא זה שמנהל את ענייניו תוך קבלת סיוע ממנהל הטיפול (case manager).

התכונה הבולטת של גישה זו היא בשימת דגש רב יותר על טיפול לפי מודל חברתי, המתייחס יותר למוגבלות (disability), הנושאת משמעות חברתית-תרבותית, ונסיגה מהמודל הרפואי, בעל הנטייה למדיקליזציה ומתן דגש על ליקויים (impairment). במילים אחרות, הנטייה היא לאי מימסוד, דה-מדיקליזציה, מעורבות פעילה של המשתמש בשירות, העצמה וטיפול העצמאות של המטופל (Naue & Kroll, 2010; Tritz, 2005). קיימת אמונה שגישה זו היא גם חסכונית יותר משום שהיא מצמצמת את ההשענות על מנהלי טיפול ומטפלים המועסקים בארגוני סיעוד. גם המחסור הגובר והולך במטפלי בית מעלה את הצורך לבחון אסטרטגיות חדשות לגיוס נותני שירותים לטיפול ממושך, כמו למשל העסקת בני משפחה, שכנים וחברים, הגם שהדבר כרוך בבעיות ודילמות שונות. יחד עם זאת, מי שאינו מתאים לגישה זו מופנה לחברת סיעוד לקבל שירותים בדרך הרגילה.

על בסיס גישה זו של התמקדות בצרכן התפתחו מודלים שונים, השונים זה מזה בהיבטים שונים כמו: זכאות, השירותים הניתנים, גובה הגמלה, העסקת בני משפחה, מבנה מנהלי-ארגוני ומקורות מימון. בהקשר זה קיימים 3 מודלים עיקריים (Kodner, 2003), שמן הראוי לאזכר אותם:

- א. מודל הניטור המקצועי (professionally monitored model), שבו הלקוח יכול להעסיק עובד על פי בחירתו, אך הוא חייב לקבל הדרכה מקצועית ממנהל טיפול, שאחראי גם על ניטור השירותים בהתאם לתכנית טיפול שאושרה מראש.
- ב. מודל התמיכה המקצועית (professionally assisted model), שבו מנהל הטיפול קובע מראש את הזכאות ומאשר שעות טיפול, אך החלטות בדבר העסקה, זמני הטיפול, פיקוח על המטפל וסיום העסקתו הם באחריות הלקוח. ניתן גם סיוע מקצועי במשימות מרכזיות, כמו תשלום שכר למטפל.
- ג. מודל המזומנים (cash model), שבו הלקוח מקבל תשלומים, אם בשוברים ואם במזומן, ויש לו שיקול דעת להחליט אלו שירותים ומוצרים לרכוש תמורתם. לצורך זה עומדת לרשותו מערכת לייעוץ מקצועי, כמו יעוץ כספי. במילים אחרות, במודל השני והשלישי עומדת לרשותו של הלקוח מערכת יעוץ המסייעת לו להעריך את העדפותיו, לאתר ולהעסיק עובד ועוד.

בארה"ב קיבלה גישה זו תנופה במהלך שנות ה-90 של המאה החולפת ואומצה ביחס לתכנית ה-Medicaid, שהיא תכנית המיועדת להעניק שירותים לטיפול ממושך לעניים על בסיס מבחן אמצעים.

¹כאשר מדברים על הצרכן זה כולל את מקבל השירות ואת בני משפחתו הדואגים לענייניו.

נכון להיום גישה זו אומצה ופועלת כבר ב-42 מדינות (Claypool & O'Malley, 2008). קרן ווד ג'ונסון (WJF, 2007) בארה"ב, אשר משמשת מנהיגה בקידום תכניות בהיקף מצומצם ותומכת ברפליקציה של מודלים חדשניים לאחר שהוכחה הצלחתם, פיתחה תכנית השמה דגש על העצמה והכוונה עצמית (self-direction) של המשתתף בתכנית. על פי גישה זו, ניתנות לזקן ו/או לבני משפחתו אפשרויות בחירה, החלטה, ושליטה בחייהם וגמישות באספקת שירותים לטיפול ממושך, כמותם, סוגיהם, ספקיהם ועוד, וזאת בתוך מסגרת תקציבית אישית נתונה ומוגדרת מראש.

עקרונות התכנית באים לידי ביטוי בתהליך שבו מי שזכאי לקבל סל שירותים מתכנית ה-Medicaid יכול לקחת אחריות להעסקה, קביעת תכנית טיפול, קביעת לוח זמנים ותשלום שכר למטפלים לצורך קבלת עזרה בטיפול אישי וניהול משק הבית. בדגם המסורתי הזכאים מקבלים את השירותים דרך סוכנויות לטיפול בית שאחראיות לפיקוח על מתן שירותים אלה, כפי שקיים הדבר גם בישראל. סוכנויות אלה מעריכות את מצבו של הזכאי וקובעות עבורו סל שירותים מסוים, או מספר שעות טיפול, שמשופקות על ידי סוכנויות לטיפול בית. תלויות של צרכנים סביב הסדרים אלה נסבו בעיקר סביב בחירת נותני השירותים, שעות הטיפול במהלך היום ותחושה שהעדפות של לקוחות אינן זוכות להתייחסות הולמת. במסגרת גישה זו קיימים מודלים שונים, כשמהמטרה המשותפת לכולם היא העברת הסמכות לקבלת החלטות לגבי היבטים שונים של הספקת השירותים אל הצרכן המקבל את השירותים:

- א. Agency with Choice – אלה הן תכניות המספקות שירותים לזכאי ה-Medicaid, לפי מודלים שונים, החל מהמודל המסורתי של טיפול בית, שבו הסוכנות לוקחת האחריות לרוב ההסדרים הקשורים למתן השירותים, ועד למודל שבו קיימת מעורבות רבה של הצרכן בארגון ההיבטים השונים של הטיפול האישי. בחירה ניתנת בידי הצרכן אם לבחור במודל המסורתי או השני. מודל זה לא נועד להחליף את המודל המסורתי אלא להוסיף אלטרנטיבות לאלה הקיימות.
- ב. Public Authority – אלה הן תכניות המאפשרות לצרכן השירות להבנות ולארגן את השירותים שיקבל – מי, מתי, וכיצד יסופק השירות. תפקיד הרשות הציבורית לספק לצרכן מידע לגבי ספקי שירותים.
- ג. Fiscal/Employer Agent – אלה תכניות שמאפשרות לזכאי לקבל תקציב אישי, שבמסגרתו הוא מקבל על עצמו את תפקיד המעסיק והאחריות לארגון מרבית ההיבטים של הטיפול האישי בו. הזכאים בוחרים בשירותים שהם יקבלו בתוך מסגרת תקציבית מוגדרת והם שולחים מידע על השירותים שקיבלו ליועץ/סוכן פיננסי. זה האחרון מבצע את תשלום המשכורת, בהתאם לחוזה שיש לו עם המדינה. הזכאי יכול לקבל חלק מהתקציב במזומן והזכאים נדרשים לקבל החלטות מי יהיה נותן השירותים שלהם. בדרך כלל, הם גם מכינים את תכנית הטיפול, שמאושרת ע"י הסוכן הפיננסי של המדינה, הקובע את כמות השירות המסוים שלהם נזקק הזכאי ואז הזכאי צריך להחליט כמה הוא רוצה לשלם עבור סוג שירות זה. מודל זה מבוסס על המודל של "Cash and Counseling".

סביב ישום גישה זו עולות שאלות כבדות משקל כמו:

מי מתאים לתכנית שכזו? השאלה העולה היא האם זקנים בכלל מתאימים למודל כזה, ובוודאי שאלה זו עולה כאשר הזקן הוא תשוש נפש. בכל מקרה, בהתחשב במוגבלויותיהם של זקנים, הנזקקים לטיפול ממושך ועל מנת לאמץ גישה זו הם זקוקים לסיוע חיצוני שעל פי רוב הם יעדיפו שיהיה זה בן משפחה.

כיצד מבטיחים איכות טיפול בשיטה כזו? בין היתר ע"י מתן גמישות והיצע מגוון יותר של שירותים. בדו"ח על ישום הגישה ב-4 מדינות בארה"ב (קליפורניה, קולורדו, ניו יורק ווירג'יניה) (Claypool & O'Malley, 2008), שכלל ראיונות עומק עם מנהלי התכניות, נמצא כי מספר זכאי תכנית Medicaid, אשר השתמשו בתכנית המוכוונת לצרכן היה קטן (כ-10%) בהשוואה לאלה שקיבלו את השירותים לפי הדגם המסורתי, אולם מספרם הולך וגדל בהתמדה. המסקנות העולות מהדו"ח הן כי בעוד שתכנית זו מתאימה לזכאים מסיימים, היא אינה מתאימה לכל אחד. אחד החסרונות של הגישה היא העדר מדדים לניטור איכות הטיפול, מלבד שביעות רצון המטופל. במילים אחרות, התכנית מבטיחה גמישות, עצמאות, בחירה, ואינדיבידואליזציה של השירותים, אבל חסרה בקרה על שירותים אלה. כמו כן, אין היא מתאימה לכל אחד, אך מאפשרת זאת למי שמעוניינים בכך ולכן אין היא משמשת אופציה בלעדית חלופה למודל המסורתי של אספקת טיפול בית.

גם במספר ארצות אחרות הנמנות על מדינות ה-OECD² הולכת ותופסת לה גישה זו מקום של כבוד (Lundsgaard, 2005). היא לא נועדה להחליף את המודל המסורתי של אספקת שירותים, אלא להוסיף מודל באופן שיאפשר לצרכן יותר בחירה בין מודלים שונים של קבלת סיוע. במסגרת זו הוחל במהלך שנות ה-90 ברפורמה במערכת השירותים לטיפול ממושך, שנועדה לאפשר לצרכני השירותים יותר גמישות ובחירה, באמצעות תמיכה בטיפול בלתי פורמאלי (כמו בגרמניה) או בחירה בין ספקי שירותים פורמאליים (כמו בשבדיה ודנמרק). בארצות אלה ניתנות לצרכן מספר אפשרויות בחירה וגמישות (Lundsgaard, 2005):

- א. תקציב אישי – שבאמצעותו יכולים הזקנים לבחור את ספק השירותים לטיפול בית. התקציב האישי מאפשר רכישת שירותים וגם מוצרים, כמו מיטה מיוחדת. בהולנד למשל, קיימת תכנית לתקציב אישי (*Persoonsgebondenbudget*) משנת 1995, שמיועדת להבטיח בחירה ואיכות טיפול טובה יותר לצרכנים וגם כדי לעודד תחרות בין ספקים (Kodner, 2003). הגמלה נכנסת לחשבון הבנק של הזכאי ועליו להגיש דו"ח כספי מגובה בקבלות על ההוצאות. הוצאות שאינן מגובות בקבלות אין החזר ולכן על הזקן להחזיר את הכסף.
- ב. גמלה כספית לזכאי – מתן גמלה כספית ישירות לידי הזכאי קיימת במספר מדינות באירופה כמו: גרמניה, אוסטריה ולוקסמבורג, שבאמצעותה ניתן לשלם גם לבני משפחה מטפלים. כדי להבטיח שהזקן אכן יקבל טיפול העונה לצרכיו, נערכת בקרה אחת ל-3-6 חודשים ובמידה ונמצא כי הטיפול אינו עונה לצרכים מופסקת הגמלה הכספית.

² Organization for Economic Co-operation and Development - קבוצת המדינות התעשייתיות המתקדמות בעולם שבה חברות כ-30 מדינות שעליהן נמנות: ארה"ב, קנדה, גרמניה, צרפת, הולנד, בריטניה, יפן ועוד.

ג. גמלה כספית למטפל העיקרי – גמלה כזו ניתנת כפיצוי על אבדן הכנסה בגין הטיפול בבן המשפחה, בעיקר לאלה שהם בעלי הכנסה נמוכה, אשר הטיפול בבן המשפחה הזקן פוגע בהכנסתם מעבודה. הסדר זה קיים במדינות כמו אוסטרליה, אירלנד, בריטניה, שבדיה ויפן.

יחד עם זאת, חשוב להדגיש כי אין מודל אחד אולטימטיבי של שירות מוכוון צרכן, אלא יכולים להיות מודלים שונים:

1. בקצה האחד של הרצף נמצא המודל המסורתי של פיקוח מקצועי, שבו הצרכן בוחר את המטפל בהדרכתו של מנהל טיפול, המפקח על המטפל.
2. באמצע הרצף נמצאים מודלים שבהם מנהל הטיפול קובע זכאות ושעות טיפול ומשאיר את יתר ההחלטות לצרכן, כמו: העסקת מטפל, קביעת לוח זמני הטיפול, פיקוח וכו'.
3. בקצה האחר של הרצף נמצא מודל דוגמת תכנית ה-Cash & Counseling, שעליה נרחיב להלן.

ג.1.1.1. תכנית Cash & Counseling (C&C) בארה"ב

התכנית פותחה כתכנית ניסיונית בארה"ב כדי להתמודד עם טענות של מקבלי שירותים לטיפול בית בתכנית ה-Medicaid (RWJ, 2003, 2007). תלונות אלה התייחסו לשליטה המעטה שיש למקבלי השירותים על ספקי הטיפול: מתי הם מקבלים את הטיפול ואיך ניתן הטיפול. עבור חלק ממקבלי השירותים העדר כל אלה הוביל לחוסר שביעות רצון, צרכים לא מסופקים ואיכות חיים נמוכה יותר. כך התפתחה התכנית Cash & Counseling (C&C), שנועדה לשקול את היתרונות והחסרונות במתן אפשרות לצרכני השירותים לקבל אחריות רבה יותר לארגון השירותים שהם מקבלים. היזמה לפיתוח תכנית זו באה מקרן רוברט ווד ג'ונסון (Robert Wood Johnson Foundation), אשר הקצתה לתכנית הניסיונית 7 מליון דולר למשך 4 שנים כדי להתחיל בניסוי ב-3 מדינות בארה"ב שכללו את ארקנסאס, ניו ג'רסי ופלורידה ובהמשך הורחבה לעוד 12 מדינות (Doty, 2004). על פי שיטה זו מקבל הצרכן **שובר**, המאפשר לו לבחור בין אופציות טיפול שונות, הכוללות סיוע אנושי וטכנולוגי בפעולות יומיומיות.

התכנית כוללת 3 מודלים עיקריים למימון השובר: (א) מתן גמלאות כספיות המשולמות ישירות לידי הצרכן או לבא כוחו. (ב) תשלום ישיר לספקים עבור שירותים/מוצרים שהצרכן רכש, ו(ג) מתן שובר (voucher), קופונים או בולים שבאמצעותם מנהל הטיפול יכול לארגן את התשלום עבור שירותים שאושרו (Mahoney, Simon-Rusinowitz, Loughlin, Desmond, & Squillace, 2004) לצורך רכישת שירותים (למשל: טיפול אישי, שירותי respite, ליווי) ומוצרים (טכנולוגיות מסייעות, התאמות בדירה, ציוד רפואי, ציוד מתכלה), מתוך רשימה המפורטת בקטלוג, שכולל מידע על כל פריט ומוצר.

מטרת על של התכנית: נועדה לחזק את האוטונומיה וההחלטה עצמית של המשתתפים בתכנית.

ממטרה זו נגזרות מספר מטרות ספציפיות:

א. לשפר את איכות חייו של הזקן;

- ב. לצמצם חוסר המענים לצרכי הטיפול של הזקן ;
ג. שיפור איכות חייהם של המטופלים העיקריים של צרכני השירותים.

עקרונות התכנית: התכנית הניסיונית החלה לפעול בסוף שנות ה-90. הרעיון הבסיסי של התכנית הוא לתת לזקנים מוגבלים בתפקודם והזכאים לקבל סיוע במסגרת תכנית ה-Medicaid, לנהל את התקציב המגיע להם באופן שיוכלו להחליט אלו שירותים ומוצרים יענו בצורה מיטבית על צרכיהם האישיים (Consumer-directed care). התכנית אינה מיועדת להחליף שירותים קיימים, אלא לאפשר בחירה בין אפשרויות שונות של הספקת שירותים והיא מייצגת מודל של העצמה ומיקוד בצרכני השירותים (Simon-Rusinowitz, Mahoney Shoop, Desmond, & Squillace, 2001). התכנית מיועדת לאנשים בעלי מוגבלויות, בכלל זה זקנים. אין המדובר בקבלת גמלה כספית לחשבון הבנק של הזכאי ללא כל פיקוח, אלא קביעת מסגרת תקציבית המנוהלת על ידי שירות לניהול פיננסי (FMS-Financial Management Service), לצורך מימון שירותים ומוצרים שנקבעו בתכנית הטיפול לצרכן הספציפי. זהו מודל וולונטרי הקיים לצד המודלים המסורתיים של אספקת שירותים והצרכן יכול להחליט איזה מודל של אספקת שירותים הוא מעדיף. במילים אחרות, אין המודל הזה בא להחליף את הקיים אלא להוסיף מודל נוסף של אספקת שירותים שנותן ביטוי גדול יותר להעדפות, צרכים ורצונות של המשתמש.

סל השירותים: סל השירותים הניתן במסגרת התכנית הזו הוא מגוון ועשיר יותר מזה הניתן במסגרת התכניות המסורתיות. תכנית המימון יכולה לכלול גם ציוד, שירותים או פריטים אחרים, המחזקים את עצמאותו של הצרכן ואשר אינם נכללים תחת סל השירותים המסורתי של תכנית Medicaid, כמו: שירותי הסעה, שיקום, טכנולוגיות מסייעות (Assistive technologies), התקנת רמפות או התאמות פיזיות אחרות בתוך הבית, שירותי כביסה, ארוחות, מוצרי ספיגה ותרופות שאינן כלולות בסל התרופות, וכל זאת בנוסף לשירותים שניתנים במסגרת הסל הרגיל, כמו מרכז יום. יש לציין כי חלק משירותים אלה, כמו טכנולוגיות מסייעות, יכולים לצמצם את התלות בסיוע אנושי ולחזק את עצמאות הצרכן. למשל, סיוע ברכישת מכשיר מיקרוגל יכול לצמצם את הצורך במטפלת שתחמם את הארוחה. צרכנים גם יכולים לחסוך בתקציב החודשי ולצבור תקציב כדי לממן הוצאות גדולות חד פעמיות או הוצאות לשעת חירום. במילים אחרות, התכנית הזו מאפשרת בניית תכנית טיפול אינדיבידואלית ולא סטנדרטית, כפי שזה קיים בתכניות המסורתיות שבהם יש סל שירותים מוגדר וקבוע מראש. אחד המאפיינים הבולטים של התכנית הוא היותה גמישה, עונה טוב יותר לצרכי המטופלים ומאפשרת לצרכנים בחירה בשירותים שהם רוצים בהם (San Antonio, Simon, Mahoney, & Depretis Ruben, 2010).
Rusinowitz, Loughlin, Eckert, (Mahoney, & Depretis Ruben, 2010).

מחקר (Spillman, Kirsten, Black, & Ormond, 2007) שבחן את השירותים הניתנים במסגרת מודל זה ב-10 תכניות, מצא כי סל השירותים היה מגוון ושונה במקצת ממדינה למדינה, אך בסך הכול הוא כלל את מגוון השירותים הבאים: טיפול אישי מידי מטפלת, ניקיון הבית, קבלת ארוחות, ציוד עזר, מכשירי קשר, שירותי תחבורה, מרשמים לתרופות, תשלום לביקורי בית של רופא, ציוד

רפואי קבוע וציוד רפואי מתכלה שאינם מכוסים ע"י ה-Medicaid, שירות הפוגה (respite), טיפול רפואי בבית, בריאות נפש, טיפול יום, ניהול טיפול, שינויים בדירה לצורך התאמתם לצרכי המטופל, שירותי ליווי, השגחה, נגישות סביבתית (רמפות, מאחזי יד), והוצאה לדברים נוספים, לפי שיקול דעת של המשתתף בתכנית.

עלויות: בתחילת התכנית הניסיונית גובה התקציב האישי נע בין \$300 (במדינת פלורידה) עד \$1300 לחודש (במדינת ניו ג'רסי). בשנתיים הראשונות להפעלת התכנית עלו עלויות ה-Medicaid בין 12%-8% אך הוצאה זו קוזה עם צמצום האנשים שפנו לסידור מוסדי והביאה לחסכון של 18% בהוצאה (Alliance for Health Reform, 2006). עם המעבר מתכנית ניסויית לתכנית הפעלה רגילה, גובה התקציב האישי משתנה בין המדינות ויכול לנוע מ-400 דולר לחודש (כמו במדינת ארקנסו) עד 4000 דולר לחודש (במדינת קולוראדו), תלוי בהקצאה של כל מדינה לתכנית ה-Medicaid³ (Spillman,) (Black, & Ormond, 2007).

מדינות יכולות לקצץ בסכומי התקציב האישי כדי לממן מתוכו הוצאות הייעוץ והניהול התקציבי. למשל, במדינת פלורידה כל פעולה פיננסית מחויבת בעמלה, המקוזזת מהתקציב האישי של המשתתף בתכנית. הערכה הראתה כי העלויות אכן עלו מאחר והמטופלים קיבלו יותר טיפול ושירותים, אך עלות זו קוזה בצמצום ההזדקקות לטיפול מוסדי. כיום תכנית זו מיושמת ב-15 מדינות בארה"ב ותכניות אלה מתרחבות במהירות גם למדינות אחרות בארה"ב.

מחקרי הערכה⁴: על תכנית זו בוצעו מחקרי הערכה שונים. מחקר (Benjamin & Matthias, 2001), אשר השווה בין צעירים מתחת לגיל 65 לבין זקנים בני 65 ומעלה (שהיו צלולים קוגניטיבית) מצא כי יותר זקנים מצעירים שהשתתפו בתכנית העסיקו קרובי משפחה וחלקם (כ-22%) התקשו להשיג מטפלת, בעוד שצעירים העסיקו יותר שכנים, מכרים וחברים והתקשו פחות במציאת מטפלת. יחד עם זאת, הם נתקלו פחות בבעיות שפה עם המטפלת שהעסיקו, לעומת המודל המסורתי שבו הסוכנות לטיפול בית מספקת את המטפל הפורמאלי. כמו כן, הצעירים דווחו על בחירה רבה יותר ועל שביעות רצון רבה יותר כמו גם העדפה רבה יותר למודל של מיקוד בצרכן, לעומת הזקנים, כאשר תחושת הבחירה ושביעות הרצון היו נמוכות יותר בקרב בני 75 ומעלה. מחקר הערכה אחר (Foster, Brown,) (Phillips, Schore, & Lepidus Carlson, 2003) שכלל קבוצת ניסוי (שהשתתפה בתכנית) וקבוצת ביקורת (שקיבלה שירותים לפי המודל המסורתי) הניב את הממצאים הבאים: קבוצת הניסוי דווחה על שביעות רצון רבה יותר מהמטפלת, המטפלת עבדה לפי לוח הזמנים שנקבע לה, היחסים עמה היו טובים יותר והיא ביצעה את תפקידיה בצורה טובה יותר, לעומת מה שדווחו המשתתפים בקבוצת הביקורת. בקבוצת הניסוי דווחו הזקנים על מענה טוב יותר מבחינת עבודות משק הבית ותחבורה ובסך הכול רמת שביעות רצונם מהחיים ומהתכנית היתה גבוהה יותר לעומת זו של קבוצת הביקורת.

³ תקציב ה-Medicaid בנוי מתקציב פדרלי אחיד ותקציב מדינתי (State) ולכן החלק של התקציב המדינתי יכול להיות שונה ממדינה למדינה, מה שבסופו של דבר קובע גם את גובה הגמלה.

⁴ כתב העת (1-2) Health Services Research Vol. 42 משנת 2007 הקדיש את כל החוברת למחקרי הערכה ודיון בנושא זה, על היבטיו השונים.

במחקר ניסוי נוסף (Meng et al., 2006), שכלל נחקרים שהיו זכאים לקבל שירותים באמצעות תכנית ה-Medicare, קיבלה קבוצת הניסוי שוברי תשלום ואילו קבוצת ביקורת קיבלה שירותים. הגיל הממוצע של הנחקרים היה 81, רובם נשים, בעלי הכנסה והשכלה נמוכים, מוגבלים בממוצע ב-2.4 פעולות יומיומיות ובממוצע ב-3.7 פעולות של ניהול משק הבית. הממצאים הראו כי אלה שקיבלו שוברי תשלום השתמשו יותר בשירותים לטיפול אישי בשיעור של 12% בלבד לעומת קבוצת הביקורת, אך הדבר הגדיל את הנגישות למוצרים ושירותים ונתן מענה טוב יותר לצרכים האישיים של הלקוחות. מחקרים נוספים הצביעו על שביעות רצון רבה יותר מהשירותים בתכניות שבהן ניתנה לצרכנים שליטה על ניהול והעסקה של המטפלת (Doty, 2000), משתתפי התכנית היו מרוצים יותר מהסדרי הטיפול בהם (Schore, Foster, & Phillips, 2007) ואיכות חייהם השתפרה (Foster, Dale, & Brown, 2007). בארקנסאו למשל, צוות הערכה דווח על שיפור במצבם הבריאותי של המשתתפים בתכנית (Krahn & Drum, 2007; Simon-Rusinowitz, Mahoney, Loughlin, & Sadler, 2005).

ברוב המקרים הצרכנים השתמשו בתקציב האישי להעסקת מטפלים לעבודת משק בית וטיפול אישי, לסיוע בצרכים רפואיים שוטפים, כמו נטילת תרופות, ולהסעות (Schore et al., 2007). במחקר הערכה נוסף (Doty, Mahoney and Sciegaj, 2010) נמצא כי העלויות על המשתתפים בתכנית עלו מאוד בהשוואה לאלו שקיבלו שירותים לפי המודל המסורתי, זאת בעיקר משום שהמשתתפים במודל המסורתי לא השתמשו בכל מגוון והיקף השירותים שעמדו לרשותם או לא מיצו את כל הגמלה המגיעה להם. למשל, במדינת ארקנסאו יכלו המטופלים להשתמש רק בשירותים של ארגון המספק טיפול אישי וקיבלו רק שני שליש מהשירות המגיע להם בשל הקושי לגייס ולהכשיר מטפלים. לכן אנשים השתמשו יותר במיסוד, מה שבראיה כוללת הגדיל את ההוצאה הכוללת לטיפול ממושך. מחקר הערכה אחר (Alliance for Health Reform, 2006) שהשווה את רמת שביעות הרצון של צרכני המודל של C&C לעומת תכנית מסורתיות בשלוש המדינות בהן התחיל הפרוייקט הניסויני (ארקנסאו, ניו ג'רסי ופלורידה), מצא כי בכל שלוש המדינות הביעו המשתתפים בתכנית החדשנית רמת שביעות רצון גבוהה יותר מאשר מהתכניות המסורתיות ואף ענה בצורה מיטבית יותר על צרכי המטופלים. מחקר הערכה נוסף (Schore, Foster, & Phillips, 2007), שבדק בין היתר מיהם המשתמשים בתכנית זו ב-3 המדינות שבהן נערך הניסוי (פלורידה, ניו ג'רסי וארקנסאו), מצא כי רובם היו מאוד מוגבלים פיזית בתפקודם והיו זקוקים לסיוע משמעותי בפעילות היומיומית, רובם (80%) העריכו את בריאותם כסבירה עד ירודה ולרובם היה מטפל בשכר, לצד מטפל עיקרי מבני המשפחה. רוב המשתתפים בתכנית השתמשו בתקציב האישי לשכור שירותי מטפלת לצורך טיפול אישי ועבודות הבית וחלקם השתמשו בתקציב לצורך רכישת מוצרים (למשל, מוצרי ספיגה), ציוד או תרפיה. רוב אלה שהעסיקו מטפלת נעזרו בה גם לנטילת תרופות, חלק נעזרו במטפלת לצורך הסעות, בעיקר לצרכים רפואיים, ורבים ציינו כי המטפלת סייעה להם גם בסופי שבוע ובערבים, שעות שעובדי הארגון לא היו זמינים. אחת הביקורות שהעלו הנחקרים כלפי סוכנויות המספקות שירותים לטיפול אישי היא שאין הטיפול ניתן בשעות שלהן זקוק המטופל.

ההשפעה של התכנית החדשה הזו של C&C היתה עצומה, כאשר בתוך 3 שנים צומצם השימוש בטיפול מוסדי, מה שהותיר מספיק כסף שנחסך מכך להוצאה גבוהה יותר עבור טיפול אישי במטופלים. אולם, גם ללא חסכון זה מדינת ארקנסאו חסכה בהוצאות על התקורה, שמשולמת לספקי השירותים על פי המודל המסורתי. כך יצא שההוצאה לטיפול בזקנים מוגבלים לפי תכנית זו היתה זולה יותר וחסכונית יותר ונותנת מענה טוב יותר לצרכי המשתתפים בתכנית. לאחר 9 שנים של הפעלת התכנית דווח על חסכון של 5.6 מליון דולר, למרות שהחסכון הנובע מקיטון בשימוש במוסדות סיעודיים לא נלקח בחשבון בחישוב זה. כמו כן, בניגוד למצופה, למרות שהגמלה היא גמישה ומאפשרת לאנשים לקבל שירותים לא מסורתיים, הדבר לא הביא לגידול בביקוש לצורת סיוע זו. יש לציין כי הגם שבשנה הראשונה לניסוי הוצאות התכנית היו גבוהות יותר לעומת המודל המסורתי, הרי בשנה שלאחריה לא היו הבדלים ביניהן בהוצאה הכוללת, בעיקר משום שצומצמו השמות מוסדיות ונעשה שימוש מופחת בשירותים אחרים הניתנים במסגרת ה-Medicaid (Dale et al., 2003). יחד עם זאת, רק מעטים יחסית מאלה שיכולים להשתמש בתכנית אכן עשו בה שימוש, בין היתר בשל קשיים תפעוליים כמו: בניית תשתית של יועצים פיננסיים כדי להקל על המשתמשים ויש גם פחות ארגונים המוכנים לאמץ את הגישה (Doty, Mahoney, & Simon-Rusinowitz, 2007).

לצורך הדרכה ליישום המודל הוכן מדריך מפורט (O'Keeffe et al., 2010) אותו ניתן למצוא באתר האינטרנט שכתובתו: <http://www.cashandcounseling.org/resources/pdf/cc-full.pdf>.

ג.1.1.2. תכניות מיקוד בצרכן באירופה

תכניות דומות לזו האמריקאית פותחו גם במדינות שונות באירופה. להלן יובאו מספר דוגמאות של תכניות שאמצו את הגישה של התמקדות בלקוח:

בריטניה – פותחה תכנית הנקראת "תקציב אישי" (IB-Individualized Budget). מטרת התכנית היא לחזק את יכולת הבחירה והשליטה של הפרט הנכה כדי לתת מענה טוב יותר לצרכיו. עקרונות התכנית הן:

1. על משתמשי השירותים למלא תפקיד מרכזי יותר בהערכת צרכיהם.
2. כדי לתכנן תכנית טיפול על הפונה לדעת מראש מה התקציב העומד לרשותו (שנקבע על בסיס שקלול הצרכים של אלה הזקוקים ביותר – targeting – בתוך מסגרת תקציבית נתונה), וזאת ללא הגדלת תקציבים קיימים.
3. התכנית בנויה על איגום ושילוב משאבים מכל המקורות השונים המגיעים לפרט, כולל השתתפות עצמית, אשר ביחד יוצרים תקציב אישי.
4. הערכות השונות, הנעשות ע"י גורמים שונים, מאוחדים להערכה אחת כוללת ומשולבת.
5. בתכנון התקציב האישי הפונה צריך לציין מהן התוצאות הרצויות מבחינתו ואיך הן תושגנה. התקציב האישי מאפשר שימוש בטווח רחב של שירותים קיימים (למשל השתתפות בחוג להתעמלות במקום במרכז יום) או תשלום לבני משפחה ולחברים תמורת טיפול.

6. ניתן יעוץ לפונה כיצד לתכנן את השימוש בתקציבו האישי וכן שירותי תווך ומידע לגבי השירותים השונים הקיימים, עלותם והאופציות השונות הקיימות.
7. מתבצעת מדי מספר שבועות (6-8) הערכה של מידת יישום תכנית הטיפול במסגרת התקציבית הנתונה ונערכים שינויים בהתאם.

בשנים 2005-2007 נערך ניסוי על שיטה זו ב-13 רשויות מקומיות ברחבי בריטניה והוא כלל מוגבלים מכל קבוצות הגיל, כולל זקנים. היתרונות שהיו מצופים מהתכנית: אפשרות למתן מענה למגוון רחב יותר של צרכים ולא רק אישיים, בחירת המטפל, אפשרות לשלם לבני משפחה, וגמישות רבה יותר איך ומתי להשתמש בשירותים שונים. הפרויקט לווה במחקר הערכה (Glendinning, 2008) במשך שנתיים שמטרתו היו: לבחון אם תכנית התקציב האישי היא אכן דרך טובה יותר כדי לתמוך בזקנים בעלי צרכים לטיפול סוציאלי, לעומת השיטות המקובלות של תקצוב ואספקת שירותים; לבחון מודלים שונים של מתן תקציב אישי לקבוצות שונות של אנשים המשתמשים בשירותים; לבחון את ההשפעה של תקציב אישי על כוח העבודה הקשור בנושא וגורמים המאפשרים או בולמים ישום מדיניות זו. כל זאת, במטרה לקבוע מדיניות ארצית שבה למרכיבים של השתתפות ופרסונליזציה תפקיד מרכזי באספקת שירותים. על פי ממצאי מחקר הערכה עלה כי כשליש השתמשו בהסדרי שירותים חדשים. סוגי השירותים שנרכשו בתקציב האישי כללו בעיקר: טיפול אישי, סיוע בהשתתפות בפעילות משפחתית, עזרה בעבודות משק הבית, בילוי הזמן הפנוי, פעילות חברתית והשכלתית וביקורים במרכז יום. התקציב האישי הממוצע היה 11,450 פאונד לשנה ורובו הוצא על טיפול אישי ועזרה ביתית ואחריהם על בילוי הזמן הפנוי (חוג להתעמלות, הליכה לסרט, מסעדה). מודל זה איפשר לאנשים להשתתף בפעילות חברתית יותר מהצורות המקובלות במרכז יום. הממצאים הראו כי לזקנים, פחות מקבוצות גיל אחרות שהשתתפו בניסוי, לא היו שאיפות מהתכנית. בניתוחים רב-משתניים, שכללו גם מאפיינים אישיים, נמצא כי אנשים עם תקציב אישי הגיעו לתוצאות טיפול טובות יותר ולתחושת שליטה רבה יותר לעומת עמיתיהם בקבוצת הביקורת, אך לא דווחו על רמת רווחה נפשית גובהה יותר לעומת עמיתיהם בקבוצת הביקורת. לעומת זאת, שיטת התקציב האישי שיפרה מאוד את איכות החיים של המטפלים העיקריים וההבדל בין הקבוצות נמצא מובהק (Glendinning, Arksey, Jones, Moran, Netten, & Rabiee 2009). מבחינת עלויות ועלות-תועלת לא נמצאו הבדלים מובהקים בין שתי הקבוצות. העלות הממוצעת לשבוע למשתתפים בניסוי היתה 280 פאונד לעומת 300 פאונד בקבוצת הביקורת. בקרב הקשישים שהשתתפו בניסוי העלות השבועית היתה 230 פאונד (Glendinning, et al., 2009). קבוצת הניסוי גם השתמשה בתקציב למימון שירותים רפואיים יותר מקבוצת הביקורת. הדבר מרמז אולי כי יתכן שזוהו צרכים שלא קיבלו מענה קודם לכן והמפגש עם העובד הסוציאלי או מנהל הטיפול נועד, לצורך תכנון התקציב וסל השירותים. נמצאו גם הבדלים בעלויות בין האנשים, כאשר העלויות היו גבוהות יותר אצל אנשים בעלי צרכים מרובים יותר בשל מוגבלויות קשות יותר בתפקוד היומיומי (ADL) ובעלי ליקויים קוגניטיביים. העלויות היו נמוכות יותר אצל אנשים שגרו עם מישהו ואילו גיל גבוה יותר היה קשור עם סל שירותים קטן יותר. אולם, לא נמצאו הבדלים מובהקים בין שתי קבוצות הזקנים מבחינת עלות תועלת, הגם שבשוליים נמצא כי בקבוצת הניסוי העלות היתה נמוכה יותר ביחס לתועלת.

יחד עם זאת, הנתונים מצביעים על מיעוט האנשים שבחרו באופציה זו: למשל, בשנים 2007-2008 השתמשו באופציה זו רק 2.87% מכל הזקנים שהיו זכאים לגמלה (Yeadle & Fry, 2010).

גרמניה – מוצעת היום הגישה של תקציב אישי לאנשים עם מוגבלויות, במטרה לצמצם עלויות של טיפול ממושך ולהעדיף טיפול בית, שהוא זול יותר. במסגרת זו התקיים בשנים 2005-2008 ניסוי ב-7 אזורים במטרה לאפשר יותר חופש בחירה לזכאים. למשתמשים בגמלה בעין ניתנה גמישות רבה יותר לגבי השימוש בגמלה וניתן להשתמש בה לרכישת שירותים גם מספקים שאינם כלולים ברשימת הספקים של קרנות הביטוח. משמעות הדבר היא שמקבל הגמלה אינו חייב לקבל סל שירותים שהוגדר מראש, אלא יכול בעצמו לקבוע את הסדרי הטיפול בו ואינו חייב לקבל השירותים באמצעות ספק הנמצא ברשימה הקיימת של ספקי שירותים. לצורך זה, נעזר מקבל הגמלה במנהל טיפול של הרשות המקומית והוא מסייע לו בבניית סל השירותים, בהקצאת התקציב לשירותים השונים ובסגירת החוזים מול הספקים. אולם, ממצאי הניסוי לא הצביעו על שיפור בעלות – תועלת מאחר ואלה שקיבלו גמלה בעין יכלו לקבל יותר שעות טיפול אישי בשבוע לעומת אלה שהשתתפו בקבוצת הניסוי (Glendinning & Moran, 2009).

הולנד – גם בהולנד קיימת תכנית לתקציב אישי (AARP, 2006; Glendinning, Aeksey & Tjadens, 2009) שבמסגרתו יכולים קשישים להעסיק בני משפחה, כולל בני זוג. סל השירותים שאותו ניתן לממן באמצעות התקציב האישי הוא טיפול אישי וסיעודי בבית וניתן לרכוש שירותים נוספים מספקים, אך לא ניתן להשתמש בגמלה לצורך מימון טיפולים רפואיים או מיסוד. בנוסף, בשנת 2007 נערכה רפורמה שהעבירה את האחריות למתן הגמלאות מהביטוח לטיפול ממושך (The Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten AWBZ) אל הרשויות המקומיות, כולל העזרה הביתית, והיא מאפשרת קביעת תקציבים אישיים לאנשים (Glendinning & Moran, 2009). גובה התקציבים האישיים נעים בין \$15,350 עד \$128,000 (במקרים קיצוניים של צורך בסיוע אינטנסיבי) לשנה. כשליש מבני 55 ומעלה בחרו באופציה זו, כאשר בערך 40% משתמשים בתקציב האישי לשלם לבני משפחה עבור הטיפול וביתר משתמשים לרכישת שירותים מספקים (AARP, 2006).

לסיכום, במדינות מערביות שונות הולכת ורווחת הגישה של מתן אפשרות בחירה, העצמה ואוטונומיה רבה יותר לצרכן במתן מענה לצרכים האינדיבידואליים שלו, על מנת לאפשר לו הזדקנות במקום. גישה זו באה לידי ביטוי בקביעת תקציב אישי הנגזר ממצבו התפקודי. תקציב אישי שניתן באמצעות שוברים, קופונים או בדרך אחרת מאפשר לזקן ולמטפל העיקרי לקבל שירותים בהתאם להעדפותיו ורצונותיו. ברוב המקרים, מתן הגמלה מלווה בייעוץ ובבקרה מוקפדת לגבי השימוש שנעשה בה. יחד עם זאת, מחלק גדול ממחקרי הערכה עולים ממצאים לא עקביים. התכנית אינה מתאימה לכל אחד והיא מטילה אחריות על הזקן ומשפחתו, אשר לא תמיד הם יכולים להתמודד אתה. לכן, מודל זה אינו בא להחליף את המודלים הקיימים של אספקת שירותים, אלא להוסיף עליהם ולאפשר לצרכני השירותים בחירה ביניהם והתאמת המודל המתאים לצרכים הספציפיים של הצרכן המסוים.

ג.1.1.3. התרכזות בצרכן בקונטקסט של טיפול מוסדי ממושך

הגישה של התמקדות בצרכן לא פסחה גם על הטיפול המוסדי הממושך. בהקשר זה התפתחו שני מודלים: Eden alternative ו-green houses שעליהם נדון להלן. אחד הנושאים שזכו להתייחסות בשני העשורים האחרונים הוא אופיים המוסדי-טוטאלי של מוסדות לטיפול ממושך. בשנות ה-80 החלה תנועה ל"שינוי תרבותי" במוסדות, המבטא שינוי חשיבתי ומעבר מתפיסת מוסדות סיעודיים (nursing homes) כמוסדות עם דגש על טיפול רפואי וסיעודי, לבתים המתרכזים באדם (person-centered homes) והשמים דגש על רווחתו ואיכות חייו של הזקן (Doty, Koren, & Sturla, 2008). המוסדות הסיעודיים המסורתיים נבנו לפי מודל רפואי, המתמקד בבעיות רפואיות ומכאן גם הביקורת עליהם, בכך שהם נכשלו במתן טיפול אינדיבידואלי, אינם מבטיחים איכות חיים לדיירים ונכשלו בשמירה על כבוד, חופש הבחירה ואינדיבידואליזציה של הדיירים (Canadian Agency for Drug and Technologies in Health, 2010).

המגמה לאי מיסוד באה לידי ביטוי במעבר ממודלים מסורתיים של מוסדות סיעודיים טוטליים למסגרות דמויות בית (homelike) קטנות ואינטימיות, המאפשרות לדיירים פרטיות, חופש בחירה ואוטונומיה. הדבר בא לידי ביטוי לא רק בתכנון המערך הפיזי של בתים אלה, אלא גם בתרבות הארגונית, בהרכב הצוות ותפקידיו, מעורבות המשפחות ומידת המיקוד בצרכי האישיים של הדייר. במדינות שונות בעולם המערבי יש אכן שינוי משמעותי בהסדרים של טיפול מוסדי וקיימת נטייה לאי מיסוד ולפיתוח שירותים, המתרחקים מהמודלים המסורתיים של בתי אבות ומוסדות סיעודיים ומעבר לצורות של יחידות מגורים של טיפול, המשלב טיפול רפואי וסוציאלי (residential care) בתוך מסגרות קטנות ודמויות בית, ובכלל זה גם לתשושי נפש. יחידות אלה מאופיינות בגמישות וטיפול אישי, המותאם לצרכים הספציפיים של הזקן.

מונק וקוקס (Monk & Cox, 1995) סקרו חידושים בתחום הטיפול המוסדי במספר מדינות ומצאו כי הבתים ה"מוגנים" בהולנד דומים לאלה של הטיפול המקובץ (congregate care model) בארה"ב ול-service house בשבדיה. בתים אלה כוללים בד"כ בית מגורים, הכולל גם מערכת קריאת מצוקה למרכז שירות קרוב, יחידה לטיפול ממושך ואף בית חולים. בתים מוגנים יכולים לכלול רשת של לוויני בתים, הקשורים למרכז שירות אחד המיועד לתת מענה לבעיות בריאות דחופות.

דוגמא לכך היא ה-Gooyer House שבאמסטרדם. הבית ממוקם בתוך בנין מגורים רגיל, שקשה להבחין בינו לבין יתר הדירות בבנין. לכל דייר יש דירת סטודיו משלו במקבץ שבין 4-6 יחידות דיור עם מרחב משותף לבילוי ולפעילות חברתית. הדיירים הם ברמה תפקודית הטרוגנית כדי שיוכלו לעזור אחד לשני, בשונה מההפרדה הקיימת בין מחלקות לעצמאיים, תשושים וסיעודיים במוסדות לטיפול ממושך בישראל. בני משפחה יכולים להגיע בכל שעות היום ולעזור גם הם. ההנהלה המרכזית מחליטה על תוספת שירותים שינתנו לאחד המקבצים על בסיס זמני או קבוע. אחת ממטרות הבית להמשיך ולערב את הדיירים בעבודות היומיומיות ולשלבם מבחינה חברתית בסביבתם. דיירים, הזקוקים לטיפול סיעודי אינטנסיבי, מועברים לזמן קצר למחלקה סיעודית וחוזרים לאחר מכן

לחדריהם וזאת כדי למנוע השמה מוסדית קבועה. העקרונות המנחים הפעלה של בתים כאלה הם: בכל בית גרים כשמונה דיירים; הדיירים, המשפחות והצוות יוצרים את משק הבית; הצוות מבצע מגוון משימות כמו טיפול סיעודי ואישי, מארגן פעילויות חברתיות ומבצע עבודות משק הבית, כאשר חיי היומיום מאורגנים על ידי הדיירים, משפחותיהם והצוות הסיעודי; הבית נראה כמו סביבה רגילה של בית; בכל מתקן יכולים להיות מספר בתים כאלה, הכוללים 5-6 בתים. יחד עם זאת, נמצאו הבדלים בין דיירי מחלקות סיעודיות רגילות לבין בתים קבוצתיים לחולים דמנטיים, כאשר בבתי הללו גרו דיירים שמצבם הקוגניטיבי והפיזי היה טוב יותר מזה של הדיירים שגרו במחלקות פסיכו גריאטריות רגילות, הגם שהדיירים נזקקו לאותה רמת טיפול בשתי המסגרות. רוב הדיירים בבתי אלה היו נשים לעומת מחלקות רגילות. בהולנד ובשבדיה הפכו בתים קבוצתיים אלה למודל נפוץ של טיפול ובהולנד צפוי שבשנת 2010 25% מהטיפול הסיעודי בחולי דמנציה יהיה במסגרת של בתי מגורים קטנים.

בשבדיה ניסו לגשר על הדיכוטומיה שבין טיפול בית וטיפול מוסדי באמצעות "בתי שירות" (service houses), שהוא מודל חברתי של מגורים מקובצים ובו הדיירים יכולים לקבל טיפול בית בהתאם לצרכיהם האישיים. בתים אלה הם בבעלות הרשויות המקומיות וכל בית כזה כולל בנין רב קומתי שכולל 40-100 דירות, כשבכל אחת יש יחידת מגורים הכוללת עד 3 חדרים, מטבח וחדר שירותים. בכל בית כזה יש מרחב חברתי, קפיטריה ושטחים ציבוריים נוספים, הפתוחים גם לזקנים מהסביבה. באופן זה משמש המקום **מרכז שירותים** לזקנים, הכולל גם טיפול יום ו-respite. טיפול אישי ועזרה בניהול משק הבית ניתנים לפי הצרכים האישיים של כל דייר באמצעות סוכנויות המספקות שירותים אלה והם אינם באחריות ההנהלה של המקום. גם כאן משמש מודל זה אלטרנטיבה למודל הרפואי המסורתי של מוסדות. יש גם ביקורת על סוג זה של שירותים מאחר ורוב דייריו מבוגרים מאוד, חלקם עם ירידה קוגניטיבית שלא יכולים לקבל החלטות. הביקורת הולידה קומפלקסים קטנים יותר של מגורים מקובצים, הכוללים לא יותר מ-8 דיירים כשכל אחד גר בדירה משלו, אך יש להם מרחב משותף. הצוות מקבל הדרכה לתת טיפול יותר אינטנסיבי והשגחה מסביב לשעון. מבחינה זו מודל זה הוא שעטנו שבין טיפול בית בקהילה לבין טיפול מוסדי. בשנת 2000 כ-20% מהזקנים עם דמנציה שהיו בטיפול מוסדי גרו בבתיים קבוצתיים מסוג זה (Veerbeck et al., 2010).

בדנמרק נחקק בשנת 1988 חוק המגביל בניה של מוסדות סיעודיים חדשים ומחייב מוסדות קיימים להסב אותם ליחידות דיור. בשנת 1997 עבר חוק נוסף שקבע שכל התכניות החדשות של דיור לזקנים יכללו לפחות חדר מגורים, חדר שינה, שירותים ומטבח (Stuart & Weinrich, 2001). בקשר לתשושי נפש קיימת מגמה להפוך מוסדות סיעודיים למסגרות טיפוליות קטנות דמויות בית (Verbeek van Rossum, Zwakhalen, Kempen, & Hamers, 2009), שבהם מושם דגש על חיים רגילים ומעודדים את הדיירים להשתתף בפעילויות משמעותיות הקשורות לניהול משק הבית. מסגרות דמויות בית כאלה הוקמו גם ביפן וצורת מגורים זו הולכת ומתרחבת במהירות גם בארה"ב, שבה פותחו שני מודלים (תכנית עדין ותכנית הבתים הירוקים), שעליהם נרחיב הדיבור בהמשך.

הרפורמה בחוק המוסדות הסיעודיים בארה"ב בשנת 1987 (The Nursing Home Reform Act,) נתנה יותר חופש לדיירי מוסדות סיעודיים ושמה דגש רב יותר על איכות חיים וזכויות הדיירים. כדי לממש זאת, החלה להתפתח תנועה לשינוי תרבותי בתוך המוסדות כדי להביא לאי מיסוד ולשינוי אופיים של מוסדות סיעודיים. בעקבות זאת פותח המודל לשינוי תרבותי (culture change model), שבו הדיירים נהנים מפרטיות ומבחירה, כאילו גרו בבתיים הפרטיים. פעילות המסגרת מעוצבת לפי הצרכים והעדפות של הדיירים וניתנת להם שליטה על חייהם היומיומיים – כמו מתי לקבל את ארוחותיהם, מתי לישון. המטפלים אחראיים על הטיפול היומיומי ולצורך זה ניתנת להם אוטונומיה רבה יותר בעבודה. כמו כן, המבנה הפיזי והארגוני הוא בעל אופי פחות מוסדי ומחלקות עם מסדרונות ארוכים מוסבים למסגרות קטנות (מעין שכונות עם משקי בית), כאשר לכל בית יש מטבח וחדר אוכל משותף וחדרי שינה פרטיים לדיירים, שבהן קבוצות קטנות של דיירים (עד 25 דיירים), המטופלים על ידי צוות קבוע. סקר שנערך בנושא (Doty, Koren, & Sturla, 2008) הראה כי המעבר לצורות הפעלה כזו של בתים הביא ליציבות רבה יותר של הצוות, שיעור התחלופה בצוות פחת, התפוסה היתה גבוהה יותר והדבר גם תרם לקיטון בהוצאות ההפעלה. גם לגבי מוסדות לתשושי נפש קיימת מגמה לאי-מיסוד כאשר מוסדות סיעודיים גדולים מוסבים למסגרות טיפוליות קטנות דמויות בית. להלן יוצגו בהרחבה שני מודלים חדשים להפעלת מסגרות מוסדיות לטיפול ממושך. האחד הוא מודל ה- Eden Alternative והשני הוא מודל ה-green house.

1.3.1.1.1 מודל (EA) Eden Alternative

תכנית זו פותחה בתחילת שנות ה-90 ונקראת: Eden Alternative (EA). הוגה הרעיון היה ד"ר ויליאם תומס, שהיה מנהל רפואי במוסד סיעודי בניו יורק. התפיסה המונחת בבסיס התכנית היא נסיגה מהמסגרת המוסדית הטוטלית של מוסדות סיעודיים. המושג "עדן" בא להדגיש את החיות והפריחה של המקום, במקום קמילה ומוות. בשונה ממוסדות המנוהלים לפי מודל רפואי, התכנית באה להדגיש צרכים פסיכו סוציאליים. בבסיס עקרונות התכנית הם צמצום שעמום, בדידות וחוסר משמעות בחיים. התכנית באה למנוע את כל אלה על ידי שמירת כוחם של הדיירים ומתן משמעות לחייהם. התכנית משלבת טיפול בחיות מחמד (תרפיה באמצעות חיות מחמד), צמחיה וגינון, וקשר עם ילדים (מעון לילדי העובדים במקום), בכדי לשפר את איכות חיי הדיירים. התכנית שמה דגש על אינדיבידואליזציה של הדייר והצורך של הדיירים להכיר אישית את מטפליהם ולהרגיש בטוחים. הדיירים הם גם מטופלים אך גם מטפלים ומושם דגש רב על מעורבות המשפחה בכל הנעשה בבית. תכנית הפעילות גמישה ודיירים יכולים לסעוד בשעות גמישות. בכל בית קיים צוות סיעודי האחראי לקבוצה קטנה של דיירים והיחסים המתפתחים ביניהם הם בלתי פורמאליים, יותר קרובים ואינטימיים.

התכנית אומצה במדינות שונות כמו: יפן, אוסטרליה, ארצות סקנדינביה, אנגליה, קנדה וארה"ב. מחקר (Roshier & Robinson, 2005), שבדק את שביעות הרצון של בני משפחה מהתכנית בארה"ב, מצא כי חל שיפור רב בשביעות רצונם וכי התכנית סיפקה אפשרויות שונות לבני משפחה להיות

מעורבים בנעשה במקום ושיפר את התקשורת בין הצוות לבין הדיירים ובני המשפחה. מהתפיסה שהנחתה תכנית זו, התפתחה בהמשך תכנית הבית הירוק.

תיאור מפורט על הפילוסופיה המנחה את התכנית ניתן למצוא במספר אתרי אינטרנט כמו :

<http://www.pbs.org/thoushathonor/eden/index.html>

<http://www.edenalt.org>

<http://www.indiana.edu/~nca/ncpad/eden.shtml>

ג.2.3.1.1. תכנית הבית הירוק (The Green House Project)

תכנית זו בנויה על העקרונות של מודל ה- Eden Alternative, אך לוקחת את הרעיון צעד אחד קדימה בהקשר של קונפיגורציה פיזית שונה של המוסדות, לכוון של בתים קטנים דמויי בית, על כל המשתמע מכך. התכנית נולדה בעקבות רצון של אמריקאים רבים לגור במסגרות קהילתיות קטנות, שבהן הם יוכלו לקבל טיפול סיעודי ולהמשיך לחיות את חייהם באותה דרך שהם חיו לפני המעבר למוסד, במקום לעבור למוסד סיעודי גדול. הפילוסופיה של התכנית היא שלכל אדם, ללא קשר לגילו, מוגבלותו, יכולתו הקוגניטיבית או מצבו הכלכלי, יש הזכות לקבל עזרה שהוא זקוק לה בתנאים של בית. התכנית מציעה מודל של אי-מיסוד (deinstitutionalized) למתן טיפול ממושך במסגרת חוץ ביתית, המדגישה את האוטונומיה של הדייר ביחס לאספקת שירותים וסביבה טיפולית, תוך עמידה בקריטריונים של מסגרות המימון והתקנות הפדראליות והמדינתיות.

כל "בית ירוק" הוא משק עצמאי, הכולל בערך 10 דיירים, כאשר לכל אחד יש יחידת מגורים משלו הכוללת חדר שינה וחדר שירותים. לכל בית ירוק יש סלון, מטבח וחדר אוכל משותפים, הנגישים מיחידות הדיוור וכן גינה שמקיפה את הבית. קונפיגורציה פיזית זו מאפשרת לדיירים לשלוט ברמות המעורבות החברתית שהם רוצים בה. אין תכנית קבועה ומובנית מראש, אלא האנשים עצמם בונים את שגרת חייהם בבית בהתאם לרצונותיהם וצרכיהם. הארוחות הן אירוע חברתי ואת מקום תחנת האחות תופסת פינת ישיבה. העובדים הם עובדים כלליים ומשמשים גם כמטפלים, המסייעים לדיירים בפעילות היומיומית, מבשלים ומנקים את חדריהם. צוות טיפולי, הכולל רופאים, אחיות ואנשי מקצוע אחרים, מבקר במקום בהתאם לצרכים ולהעדפות של הדיירים ובהתאם למה שנדרש בתקנות.

מחקרי הערכה (Kane, Lum, Cutler, Degenholtz, & Yu, 2007; Rabig, Thomas Kane, Cutler, & McAlilly, 2006), שנערכו על תכנית חדשנית זו, בהשוואה לדגמים מסורתיים של טיפול מוסדי, מצאו שמודל זה העניק לדייריו פרטיות ושליטה רבים יותר בחיי היומיום והדיירים גילו רמות נמוכות יותר של דיכאון, השתמשו פחות בתרופות אנטי פסיכוטיות וקיימו רמת תפקוד פיזי טובה יותר. בשל שביעות הרצון הרבה של הדיירים, המשפחות והצוות, היתה גם פחות תחלופה של צוות והיו פחות תלונות מצד הדיירים ומשפחותיהם. זאת ועוד, מאחר וממילא המוסדות הסיעודיים מתיישנים

וזקוקים לבינוי מחדש הרי זוהי הזדמנות גם לשנות את הקונפיגורציה הפיזית הפנימית שלהם ודבר זה עשוי לשנות בעתיד את פני המוסדות הסיעודיים המסורתיים.

מבחינה פיננסית הראו הממצאים שהמודל לא חרג ממסגרת רמות הגמלאות הניתנות במסגרת ה-Medicaid, הגם שהעלויות עלו בגלל צריכה רבה יותר של שירותים. המודל מיושם כיום ב-16 מדינות בארה"ב ופועל בשיתוף עם סוכנויות ממשלתיות, שמעוניינות לסייע למוסדות סיעודיים לאמץ את מודל הבית הירוק. זוהי דוגמא איך ניתן להקצות באופן שונה את התקציב כדי לשפר את איכות הטיפול ואיכות החיים של הזקנים.

כאמור, בניגוד למודל המסורתי של מוסד סיעודי, גם מודל "עדן" וגם מודל "הבית הירוק" מיועדים לשפר את איכות החיים של הדיירים. מחקר שבחן את הספרות לגבי שני מודלים אלה (Canadian Agency for Drug and Technologies in Health, 2010) מצא כי איכות החיים של הדיירים בבתי הירוקים ובריאותם הנפשית היו טובים יותר משל דיירים שגרו במוסד סיעודי מסורתי לפי המודל הרפואי, והם ביטאו שביעות רצון רבה יותר מהבית שבו גרו. יחד עם זאת, לא ניתן לעשות הכללות ולהגיע למסקנות חד משמעיות ממחקרים אלה, משום שהאוכלוסיות במודלים החדשים לעומת המסורתיות היו שונות במאפיינים שונים ומספר הנבדקים היה קטן. לא נערכו בדיקות של עלויות אך מחקר אחד מתוך המחקרים שנסקרו הראה כי העלויות במוסד שבו פעלה תכנית עדן לא עלו ולא היו גבוהות מזה של המוסד המסורתי. פרטים נוספים על תכנית זו ניתן למצוא באתר האינטרנט:

<http://www.ncbcapitalimpact.org/default.aspx?id=146>

2.1.ג. שילוב ותיאום בין שירותים

מושגים כמו: ראייה הוליסטית של צרכי הזקן, רצף טיפול ומניעת התדרדרות במצבו התפקודי של הזקן משמשים אבני יסוד בטיפול ממושך בזקנים, כפי שידון גם בהמשך לגבי פיתוח גישות ותכניות חדשות למניעת התדרדרות תפקודית של זקנים בסיכון. יש לכך השלכות על איכות הטיפול, איכות החיים של הזקן ועל ההוצאה הציבורית.

לכאורה, טיפול מוכוון-לקוח הוא אנטייתזה לשילוב בין שירותים. זאת משום שבשילוב שירותים יש ניהול ריכוזי ובכך לא מתאפשרים שליטה ובחירה של הצרכנים ומושם דגש על תיאום, המשכיות ועלות תועלת. לא כך בהכרח צריכים להיות פני הדברים וחלק מהמודלים שיוצגו להלן בעצם מבוססים על סינתזה בין התפיסות של מיקוד בלקוח ותיאום בין השירותים. אדרבא, גישה ממוקדת לקוח יכולה להפוך את השירותים המשולבים להומאניים יותר, ע"י עידוד גמישות במתן שירותים ומתן טיפול באיכות גבוהה יותר, מבלי לפגוע ביעילות ומועילות של השירותים (Kodner, 2003). לכן, התפיסות בדבר התמקדות בצרכן, שתוארו לעיל בהרחבה, אינן יכולות להתממש ללא רפורמה מקבילה של שילוב ותיאום בין שירותים, על מנת להתמודד עם בעיות הפיצול בין השירותים והבירוקרטיה הסבוכה הקשורה בנגישות אליהם ולאפשר "לתפור" מערכת תמיכה ושירותים כוללת, כדי לתת מענה הולם לצרכי הצרכנים ומשפחותיהם (Yeandle & Fry, 2010).

הספרות המדעית עוסקת רבות ברפורמות ובשילוב בין מערכות הבריאות והרווחה במדינות רבות. הדיון בנושא זה החל עוד בתחילת שנות ה-90, הגם שלמושג זה של אינטגרציה בין השירותים משמעויות רבות. במדיניות שונות באיחוד האירופי, למשל, הגיעו למסקנה כי מערכת מפוצלת של שירותים אינה יכולה לענות על הצרכים של המדינות המזדקנות, הגם שהשילוב בין שירותים כרוך בבעיות מורכבות, החל מבעיות בעבודה בצוותים בין-מקצועיים וכלה בבעיות מימון וחקיקה, כאשר לכל מדינה יש את הקונפיגורציה הספציפית שלה (Mur & van Raak, 2003). זאת ועוד, קיים קושי בהגדרת הגבולות שבין טיפול רפואי לבין טיפול ממושך או מה שנקרא "טיפול סוציאלי".

יש מדינות שהחליטו לצמצם את הפיצול בין המערכות המטפלות השונות באמצעות הכללת הטיפול הממושך בתוך מסגרת של ביטוח הבריאות או בתוך מערכת הבריאות. למשל, באוסטריה החוק לביטוח סוציאלי למתן גמלאות לטיפול ממושך (Federal Long-term Care Allowance Act) משנת 1994 מיושם ומנוהל על ידי קרנות הביטוח הרפואי המחוזיות (Kodner, 2003). בצרפת העבירו בשנת 2004 את הטיפול הממושך לתוך מסגרת חוק בריאות ממלכתי וכך קיים הדבר גם בשבדיה, נורבגיה ופינלנד. בהולנד התכנית לטיפול ממושך (Exceptional Medical Expenses Act AWBZ) מהווה חלק ממערך שירותי הבריאות והוא מהווה חלק מהתקציב להוצאה על בריאות, אשר מחולק לשני חלקים: טיפול ושיקום (cure) וטיפול ממושך (care) (AARP, 2006). גם ביפן נכלל הטיפול הממושך בתוך מסגרת הביטוח הרפואי. לעומת זאת, בישראל, כמו גם בגרמניה, מערכת הביטוח לטיפול ממושך היא נפרדת ממערכת ביטוח הבריאות, כאשר גם בגרמניה עומדת על סדר היום הציבורי הדרישה לשלב את התכנית לטיפול ממושך בתוך מערכת הביטוח הרפואי (Amrtz, Sacchetto,) (Spermann, Steffes, Widmair, 2007; Glendinning & Moran, 2009).

שילוב שירותי רווחה ובריאות לזקנים באירופה הוא נושא מרכזי בסדר היום ואף זכה להתייחסות במסגרת תכנית המסגרת השישית של האיחוד האירופי (PROCARE-) (<http://www.euro.center.org/procare>). למרות ההבדלים בין המדינות מבחינת הסדרי הספקת שירותי בריאות ורווחה לזקנים מוגבלים, המציאות המאחדת מדינות אלה היא מערכת שירותים שאיננה מתואמת, שהטיפול בה מפוצל, מה שמניב תוצאות בלתי מספקות, חוסר יעילות מערכתית והוצאות בלתי מבוקרות (Kodner, 2002, 2006). מחקר (Leichsenring, 2004) שנערך על ידי האיחוד האירופי ב-9 מדינות, מצא כי הנושא מעסיק את כל אחת מהמדינות שנכללו במחקר, אולם כל אחת מהן אימצה גישות וכלים שונים כדי להביא לתיאום טוב יותר ולשילוב בין השירותים. זאת כתוצאה מגורמים מימוניים, מקצועיים, ארגוניים ופוליטיים שונים וכן מערכות תרבותיות וערכיות שונות, המאפיינות את המדינות השונות.

הפיצול וחוסר התיאום בין מערכות אלה (מבחינת תחומי אחריות, חוקים ותקנות המנחים אותם, מימון, סוגי השירותים ומקום אספקתם והמורכבות המאפיינת אותן), אינם עולים בקנה אחד עם מושגים כמו: כוללנות, יעילות ואיכות טיפול, בעיקר כאשר מדובר בטיפול ממושך לזקנים המוגבלים בתפקודם (Alaszewski, Billing, & Coxon, 2004). מחקר (Johri, Beland, & Bergman, 2003)

שהשווה בין 7 תכניות לשירותים משולבים במדינות שונות באירופה ובאמריקה הצפונית הראה כי למרות ההבדלים בין התכניות, לכולן היו מספר מאפיינים משותפים כדי להגיע לאותן המטרות: (1) מערכת של נקודת כניסה אחת (single entry point); (2) ניהול טיפול (case management); (3) הערכה גריאטרית כוללת; ו- (4) עבודה בצוות רב מקצועי.

בבסיס התפיסה של שילוב ותיאום הטיפול בזקן המוגבל בתפקודו עומדים מערכת של טכניקות ומודלים ארגוניים המיועדים ליצור קשר, תיאום ושיתוף פעולה בין ובתוך גורמי טיפול ברמות של מימון, ניהול ופרקטיקת אספקת שירותים. מדינות שונות פיתחו מודלים המותאמים למציאות המסוימת והספציפית לכל מדינה ומדינה, ואשר מטרתם היא להשיג יותר תיאום, שיתוף פעולה, ראייה כוללת ורצף טיפולי. לגישה זו של שילוב בין השירותים השלכות הן מנקודת מבט של הזקן ומשפחתו – פישוט הליכים ביורוקרטיים, נוחות, זמינות, נגישות, ואפקטיביות במתן מענה הולם לצרכי הזקן (Coburn, 2001), והן מנקודת מבט של המדינה – ייעול תהליכים, מתן מענים מספקים יותר על מנת לחסוך בהוצאות על מיסוד, אשפוזים מיותרים וכד' ושיפור איכות הטיפול (Brachman, 1999). חשוב להדגיש כי שילוב בין שירותים איננה מטרה בפני עצמה אלא אמצעי להשגת מטרות במדיניות וכי אין מודל אחד אופטימאלי לשילוב בין השירותים אלא יש מודלים שונים, כאשר כל מודל תלוי במטרה שאותה רוצים להשיג.

בישראל, השירותים האמונים על טיפול בזקנים חולים כרוניים ומוגבלים בתפקודם מפוצלים בין משרדי ממשלה שונים, המוסד לביטוח לאומי, קופות החולים, וארגוני המגזר השלישי והפרטי/עסקי. למשל, בקופות החולים יש יחידות לטיפול בית בחולים כרוניים, אשר חלק ניכר מהם הם מוגבלים בתפקודם ומקבלים גם שירותי טיפול בית מידי מטפלות במסגרת גמלת סיעוד. אולם אין כל תיאום ושילוב בין שתי מערכות אלה לטיפול בית, הפועלות מכוח חוקים שונים, ומסגרות תקציביות וארגוניות שונות. פיצול זה חריף יותר כאשר מדובר בסידור חוץ ביתי כשהאחריות מפוצלת בין השרות לזקן במשרד הרווחה (עצמאים ותשושים) האגף לגריאטריה במשרד הבריאות (סיעודיים ותשושי נפש), וקופות החולים (שיקום, סיעוד מורכב). זאת, מבלי שהזקן/או משפחתו (ולפעמים גם אנשי מקצוע) יודעים להבחין בהבדלים בין הקריטריונים וההגדרות השונות של מצבים בריאותיים/תפקודיים שונים, המשליכים על הקביעה מיהו הגורם האחראי לטיפול, הגם שבשנים האחרונות הצליחו להגיע לשילוב בין המערכות מבחינת שימוש בטפסים אחידים. זאת ועוד, ההגדרות הקיימות של חלוקה ל-4 קטגוריות של מצבים תפקודיים (על פי השייכות הארגונית) אינה עולה בקנה אחד עם התייחסות למצבו האישי השונה והמשתנה של הזקן והטיפול לו הוא נזקק.

1.2.1.1. מודלים לשילוב ותיאום בין שירותים במדינות שונות

הספרות העוסקת בטיפול המשולב (integrated care) מצביעה על קיומם של מודלים שונים לשילוב שירותים. על פי Leutz (1999) קיימות 3 רמות של אינטגרציה המבטאות רצף:

א. **קישור** (linkage) – במודל ארגוני זה ספקים מבקשים עזרה מגורמים אחרים במתן שירותים משלימים על מנת לתת מענה לצרכי הזקן, כאשר ספקי השירות פועלים כל אחד במסגרת הארגונית שלו.

ב. **תיאום** (coordination) – מתבטא בבניית מבנים ומנגנונים שנועדו לצמצם בעיות בתקשורת, פיצול וחוסר המשכיות בין מערכות שונות. הדגש הוא על בניית תשתית לניהול הטיפול והשירותים לאוכלוסיית יעד מוגדרת.

ג. **שילוב מלא** (full integration) – כולל תכניות כוללניות כדי לענות על הצרכים הרפואיים והחברתיים של הצרכנים וזאת באמצעות איגום משאבים ואיחוד האחריות תחת גג ארגוני אחד.

Leichsenring (2004) מציעה גם כן 3 גישות שונות לטיפול משולב:

א. **שילוב מבני** – מתייחס לכינוס של אנשי צוות ומשאבים לארגון אחד תחת מבנה היררכי אחד. ארגון כזה יכול להיות מחולק למחלקות פונקציונליות שונות אך הוא מהווה שירות מאוחד. לכן בסוג כזה של שילוב יש ללקוחות נקודת כניסה אחת (single point entry), שבה מוערכים כל צרכיהם ונקבעת תכנית טיפול מוסכמת. מאפיין נוסף לשילוב כזה הוא טכנולוגיית מידע אחת שמאפשרת החלפת מידע מהירה ומלאה בין בעלי התפקידים השונים.

ב. **שילוב תהליכי** – מתמקד בביצוע פעילויות של תיאום כאשר הקונטקסט הארגוני פחות חשוב. כלומר, גישה זו מתייחסת לדרכים שבהן ניתן להתגבר על מכשולים באמצעות תמריצים או עבודה קרובה יותר בין אנשי מקצוע והוא נעשה בעיקר על בסיס וולונטרי.

ג. **שילוב באמצעות צוותים רב-מקצועיים** – עבודה משותפת רבה יותר בין אנשי מקצוע המעורבים במתן טיפול לזקנים. הדגש הוא על שילוב פעילויות בין אנשי מקצוע. יש פחות עניין בארגונים עצמם והדגש הוא על הצוותים הבין-מקצועיים, המביאים עמם מיומנויות ומומחיות מארגונים שונים ועובדים כצוות אחד משולב.

להלן יוצגו מספר מודלים בולטים לשילוב שירותים בטיפול בזקנים המוגבלים בתפקודם במספר מדינות באמריקה הצפונית ובאירופה:

ארה"ב – הגידול באוכלוסייה הזקנה המוגבלת, על מורכבות בעיותיה הכרוניות, הביאה לגישה בדבר נחיצות אסטרטגיות של טיפול משולב לצורך שיפור התיאום בשירות, איכות הטיפול ויעילות. בעקבות זאת התפתחו בארה"ב מודלים שונים שמטרתם היא שילוב ותיאום בין סוגי השירותים השונים המיועדים לזקנים הזקוקים לטיפול ממושך (Kodner, 2000; Stock, Reece, & Cesario, 2004). במסגרת זו פותחו מספר נציג מודלים לשילוב שירותים בארה"ב אשר הבולטים שביניהם הם תכנית ה- PACE (Program for All-Inclusive Care of the Elderly) (Kopdener & Kyriacou, 2000). תכנית זו פותחה על ידי מרכזים רב שירותיים.

קנדה – מגבלות תקציביות, פיתוח טכנולוגיות חדשות, הגידול המתמיד בהזדקנות האוכלוסייה והפיצול בין השירותים הביאו לרפורמות מרחיקות לכת במערכת הבריאות. דבר זה בא לידי ביטוי

בצמצום משך האשפוזים והרחבת הטיפול הראשוני והממושך, המשלב שירותי בריאות ורווחה. לצורך זה פותחו מספר מודלים (Bergman et al., 1997) שיוצגו להלן:

1. מודל ה- (Integrated Service Delivery) ISD, המבוסס על תיאום בין שירותים באמצעות תיאום בין מקבלי החלטות ומנהלי הארגונים והשירותים השונים, נקודת כניסה אחת (single entry point), תהליך של ניהול טיפול (case management), תכניות טיפול אישיות, שיטת הערכה אחידה על מידת האוטונומיה התפקודית של הלוקה, מערכת ממוחשבת של תיק הטיפול לצורך תקשורת בין המוסדות ואנשי המקצוע, וניטור ומעקב. הממצאים (Herbert, Durand, 2003) הראו כי יעילות מודל זה התבטאה במניעת התדרדרות במצב התפקודי של הזקן, הקטנת נטל הטיפול על המשפחה וקיטון בשיעור הזקנים שביקשו מיסוד.
2. מודל ה-SIPA (Systeme de soins Integres pour Personnes Agees), הכולל מערכת של טיפול משולב לזקנים שפותח בפרובינציה של קוויבק, הכוללת שירותי בריאות ורווחה הניתנים באמצעות צוותים רבמקצועיים הממומנים על ידי תקציב המדינה. מודל זה ידון בהמשך בהרחבה במסגרת הדיון על מרכזים רב שירותיים.
3. מודל ה-PRISMA (Program of Integrated Services for the Maintenance of Autonomy), שפותח אף הוא בקוויבק, והוא בנוי על כלי הערכה שמטרתו לתכנן תכנית טיפול אישית, שבה משתתפים גם הזקן או מי שמייצג אותו, ומשלב בתוכו שירותי בריאות ושירותים סוציאליים, המספקים רצף טיפול הנותנים מענה לצרכי הפרט. העקרונות המנחים את המודל הם: תיאום בין כל רמות מקבלי החלטות; נקודת כניסה אחת; ניהול טיפול; כלי לתכנון תכניות טיפול אינדיבידואליות; כלי הערכה סטנדרטי; ורשומה קלינית ממוחשבת. לכל מנהל טיפול 45 מקרים ובתפקיד זה משמשים אחיות, עובדים סוציאליים ופסיכולוגים, שממילא מועסקים בשירותי הבריאות ועברו הכשרה מתאימה לכך. הם אחראיים לביצוע הערכה כוללת, לבניית תכנית הטיפול ולמעקב אחר ביצועה (Hebert, Durland, Dubuc, & Tourigny, 2003; Somme, Hebert, Bravo, Blanchard, & Saint-Jean, 2007). יש לציין כי מודל זה נוסה גם בצרפת ולווה במחקר הערכה, כפי שיפורט להלן.
4. מודל נוסף פותח בעיר ויניפג ונקרא SWING (South Winnipeg Integrated Geriatric Program). במרכז זה של תכנית זו עומד ניהול טיפול כוללני עם קשר לשירותים גריאטריים לזקנים מוגבלים, החיים בקהילה ונמצאים בסיכון בריאותי גבוה. במחקר הערכה (Montgomery & Fallis, 2003), שכלל קבוצת ניסוי שהשתתפה בתכנית זו וקבוצת ביקורת שלא השתתפה בתכנית, נמצא כי הלקוחות של התכנית זכו להערכה רב ממדית ואספקת שירותים תוך ביתיים ושימוש בשירותי אשפוז יום גריאטריים מהירים יותר מקבוצת הביקורת, בעוד שאלה מקבוצת הביקורת אושפזו לתקופות זמן ארוכות יותר ורבים יותר ממנה אושפזו במוסדות סיעודיים לעומת קבוצת ההתערבות.

הערכת המודלים הצפון אמריקאיים הללו מראה (Kodner, 2006) כי הם הוכחו אפקטיביים מבחינת נגישות, תיאום והמשכיות בטיפול, שימוש בשירותים, מניעת התדרדרות תפקודית, צמצום

בשירותי מיסוד, איכות חיים ושביעות רצון של הלקוחות. תרמו לכך 4 גורמים עיקריים: האחד, מבנה ארגוני אינטגרטיבי בכל הרמות – האסטרטגי, הניהולי ואספקת השירות – מביא לתפעול יעיל ואפקטיבי של השירותים. השני, ניהול טיפול באמצעות צוות רב-מקצועי מאפשר נקודת כניסה אחת למערכת שירותי הבריאות והרווחה, וחלוקת אחריות ברורה בין חברי הצוות. שלישית, קביעת פרוצדורות הפניה אחידות, מערכות מידע והכשרה משותפות. לבסוף, תמריצים כספיים לקידום בריאות, מניעה ושיקום.

דנמרק – עוד בשנת 1984 החלה העיר Skaevinge לארגן את השירותים לזקנים לשירות אינטגרטיבי אחד שבו שירותים מפוצלים אוחדו תחת גג אחד במרכז אחד בקהילה. המרכז שהיה במקורו מוסד סיעודי, הוסב למרכז שירותים הכולל דיור מוגן, דיור תומך, טיפול בית 24 שעות ביממה, מרכז יום ושירותי שיקום. בנוסף יש מרכז יום קטן לחולי דמנציה הנקרא: "Garden room". במרכז מועסקים אנשי מקצוע מ-13 תחומים. העיר חולקה ל-3 אזורים כשכלל אזור צוות מטפל משלו. באמצע שנות ה-90 אומצה הגישה הזו של מערכת טיפול אינטגרטיבית שלפיה ארגונים מספקים שירותים הן בבית והן מוסדות סיעודיים לזקנים מוגבלים והיא קיימת כיום ברוב הרשויות המקומיות, המופעלים בשיתוף עם ארגונים פרטיים. ארגונים אלה מספקים את כל מכלול השירותים הנדרשים ללא קשר לסוג הדיור. מחקר הערכה (Colmorten, Clausen, & Bengtsson, 2005) מצא כי למרות שמספר הזקנים גדל באופן משמעותי לא חלה עליה בהוצאות ואלה אף קטנו בשל הדגש שהתכנית שמה על מניעה ושיקום. למשל, בין השנים 1985 ו-1997 קטן אחוז ההוצאה מהתל"ג על טיפול ממושך בזקנים בני 80 ומעלה ב-12% (Stuart & Weinrich, 2001). לא היה תור המתנה לדיור המוגן ועודף המקומות נוצל לפיתוח יחידה לטיפול ביניים כדי למנוע אשפוזים בלתי נחוצים בבית חולים. זקנים שהיו מאושפזים בבתי חולים לא היו צריכים להמתין לשחרור, אלא עברו ישר לטיפול הביניים שבמרכז או ישר לביתם. שיעור ימי האשפוז לשוב כולו קטן ב-30%-40% והוצאות הבריאות היו מתחת לממוצע בעיריות אחרות במדינה.

אנגליה – הנושא של קידום שיתוף הפעולה בין טיפול בריאותי וחברתי הוא נושא שאינו יורד מסדר היום הציבורי. נקודת המוצא היא כי נחוצה אינטגרציה מבנית לטובת משתמשי השירותים. לצורך זה פותחו אסטרטגיות לצמצום הפיצול בין שירותי בריאות וטיפול בזקנים. גם מדיניות הממשלה מדגישה שיתוף פעולה ושותפות, בעיקר בין ארגוני בריאות ורווחה ואף שילוב מלא ביניהם (Glendinning, 2003). במחקר הערכה אחד (Brown, Tucker, & Domokos, 2003) על שירותי בריאות ושירותים חברתיים משולבים הממוקמים פיזית באותו מקום, נמצא כי היו יותר פניות עצמיות של זקנים ומשפחותיהם והם הוערכו במהירות רבה יותר, מה שמצביע על כך כי לגישת נקודת כניסה אחת (one stop shop) יש השפעה על תהליך אספקת השירות וכי מיקום משותף מביא לתוצאות טובות יותר לגבי הזקנים המשתמשים. אולם, כדי להגיע לאינטגרציה נחוצה מערכת מידע ומיחשוב יעילה ומשולבת. לעומת זאת, במחקר (Davey, Levin, Iliffe, & Kharicha, 2005) שהשווה בין שני מודלים לעבודה משולבת בין שירותי בריאות ושירותים חברתיים נבדקו בין היתר השפעת המיקום המשותף של השירותים על השארות זקנים בקהילה. המחקר אסף נתונים בשתי

נקודות זמן בהפרש של 6 חודשים ומצא כי המיקום המשותף לא הוביל לעבודה בין-מקצועית קרובה יותר ולא לקשר קרוב יותר בין רופאי משפחה, אחיות ועובדים סוציאליים.

אירלנד – בצפון אירלנד קיימת מערכת משולבת וכוללת של שירותים חברתיים, אישיים ובריאותיים, כאשר שירותים אלה מנוהלים יחד והסדר זה אמור להביא לעבודה משותפת ובין-מקצועית. מחקר שבדק סוגיה זו בהקשר של שירותי בריאות נפש לזקנים (Reilly, Challis, Burns, & Hughes, 2003) מצא כי שילוב שירותי בריאות ושירותים חברתיים הביא לדפוסי עבודה משולבים, בעיקר בעניינים מנהליים ובמיקום הצוות, אולם לא נמצאה הוכחה כי לשילוב זה היתה השפעה על הפרקטיקה כמו: הערכה, הפניה או סקירה רפואית. הגורמים שנמצאו קשורים עם אינטגרציה רבה יותר היו: אספקת שירותי מומחים, פעולות ישוג ומדיניות משותפת שעל פיה עבד כל הצוות.

איטליה – בפרויקט ניסיוני המשלב בין שירותי בריאות ורווחה וכלל הערכה גריאטרית כוללת וניהול טיפול, נמצא כי הלקוחות נזקקו לפחות אשפוזים וימי אשפוז במהלך השנה, לעומת מספרם של אשפוזים אלה בשנה שקדמה לכניסתם לתכנית (Landi et al., 1999, 2001). מחקר הערכה (Bernabei et al., 1998) שבדק השפעת תכנית לטיפול משולב בזקנים מוגבלים בתפקודם החיים בקהילה מצא כי הפניות לאשפוז או למיסוד בקבוצת ההתערבות אירעו יותר מאוחר והיו פחות שכיחות לעומת קבוצת הביקורת ואילו אלה האחרונים קיבלו יותר ביקורי בית של רופאי משפחה. העלויות בקבוצת ההתערבות היו נמוכות יותר בכ-\$1800 לאחר שנה, ומצבם התפקודי של המשתתפים היה טוב יותר משמעותית.

צרפת – כדי לשפר את הנגישות, המידע והערכה, הוקמו בצרפת מרכזים ל"תיאום גרונטולוגי" (הנקראים "Centres Locaux d'Information et de Co-ordination"-CLIC) (Leichsenring, 2004). מרכזים אלה משלבים בין אספקטים רפואיים וחברתיים של הטיפול הממושך, במקום לשלב טיפול ממושך תחת מערכת הבריאות, וזאת כדי למנוע מדיקליזציה נוספת של הטיפול הממושך. אחד התוצרים של תכנית זו שאנשי מקצוע מתחומי הרפואה והחברה פיתחו שפה משותפת והזקן עובר תהליך הערכה אחד.

מודל נוסף של שילוב בין שירותים, עם דגש על מעורבות רופא המשפחה נקרא COPA (Coordination Personnes Agées) (de Stampa et al., 2010; Vedel et al., 2009). התכנית מבוססת על 6 עקרונות:

- א. נקודת כניסה אחת – אנשים עם צרכים מורכבים מוכוונים לניהול טיפול והזכאים מופנים לשירותים בקהילה.
- ב. קבוצת היעד לניהול טיפול נבחרת על בסיס מורכבות המצב הרפואי והסוציאלי – כאשר הקריטריונים פותחו על ידי כלי קיים (the InterRai Contact Assessment) שכולל 7 פריטים: 4 לקשיים בתפקוד יומיומי (ADL), אחד לליקוי קוגניטיבי, אחד לתפיסת בריאות לקויה והאחרון קשיי נשימה. בנוסף נכללו שני פריטים סוציאליים: מגורים לבד והעדר מטפל עיקרי.

ג. תהליך ניהול הטיפול הוא אינטנסיבי ומבוצע ע"י אחיות – לכל אחת אחראית מכסה של 40 מטופלים. רופא המשפחה עובד בצמוד למנהל הטיפול וכל המטופלים של הרופא נמצאים בטיפול אצל אותו מנהל טיפול, מה שמאפשר קשר הדוק יותר בין שני אנשי מפתח אלה.

ד. המעבר מטיפול ראשוני לשניוני נעשה בקונטקסט הרחב של יותר בין אנשי מקצוע בשירותי הבריאות והרווחה הקהילתיים – קיים "צוות תמיכה" רב מקצועי הכולל 2 גריאטרים מבתי חולים, פסיכולוג משירותי הבריאות הקהילתיים ומתאם ממחלקת רווחה. צוות זה עובד מחצית הזמן בארגונים שלו ומחצית השניה מקדיש להשתתפות בניהול הטיפול.

ה. מערכת תקשורת מפותחת.

ו. צוות ניהולי, המורכב ממנהלי השירותים המשתתפים במודל הטיפול המשולב לצורך ניהול תקציבי וביצוע משימות מנהלתיות.

כאמור, בצרפת אימצו את המודל הקנדי PRISMA והחלו בפילוט בשנת 2006 בעיר פריז. יש לציין כי בצרפת הנושא של שילוב הוא מורכב מאוד בשל הפיצול שבין שירותי בריאות ורווחה ובשל ריבוי הגורמים המממנים (Etheridge, Couturier, Trouve, Saint-jean & Somme, 2009). אימוץ המודל כלל 4 מרכיבים עיקריים: שותפות בינארגונית (המחייב בניית מבנה ארגוני מבחינה לגאלית), הנהגת שיטת ניהול טיפול, נקודת כניסה אחת וכלי הערכה כוללני סטנדרטי.

לסיכום, הנושא של שילוב ותיאום בין שירותים שונים לטיפול בזקן המוגבל, היא סוגיה שעומדת על סדר היום הציבורי בהרבה מדינות מזדקנות בעולם המערבי. מדינות שונות אמצו מודלים שונים של שילוב, המותאמים למציאות הספציפית שלהן, כאשר לכולם מכנה משותף אחד: ליצור מערכת משולבת של שירותים שהיא אפקטיבית, זמינה, נגישה, יעילה וכוללנית מבחינת מתן מענה לצרכי הזקן וגם שמה דגש על חסכון בעלויות הכוללות על הטיפול באוכלוסיית יעד זו. בחלק מהתכניות מושם דגש רב על מניעה, שיקום וקידום בריאות על מנת לצמצם השימוש בשירותים, בעיקר שירותי אשפוז ומיסוד יקרים. אכן, אחת התפיסות שהולכת ומתפתחת במדינות רבות היא התפיסה של קידום בריאות, הזדקנות מוצלחת ומיצוי הפוטנציאל התפקודי לנהל חיים עצמאיים למשך פרקי זמן ארוכים ככל האפשר, ובכך יעסוק החלק הבא בדיון.

3.1.ג. תכניות לקידום בריאות ושימור התפקוד (Re-ablement/Enablement)

ההזדקנות המהירה של האוכלוסייה והעליה הגוברת בהוצאות לטיפול ממושך הביאו לפיתוח תפיסה ואסטרטגיה שונה לטיפול בזקנים עם מוגבלויות תפקודיות, אשר בלקסיקון המקצועי שלה מופיעים מושגים כמו, הזדקנות מוצלחת, הזדקנות פעילה, הזדקנות בריאה, קידום בריאות ועוד.

התפיסה – קידום בריאות ומניעת מחלות מיועדים למנוע נכויות ומוגבלויות או לדחות אותן לגיל מתקדם ככל האפשר (Alpert, 2010; Hooyman & Kiyak, 2005). לטיפול מונע יש חשיבות רבה, שכן הוא לא רק משפר את איכות חייו של החולה הכרוני, אלא מביא גם לצמצום ההוצאות הכרוכות בהידרדרות למצב סיעודי. לפיכך, ההשקעה בשירותי מניעה ושיקום, המאפשרים מניעה או דחיה של היווצרות מוגבלות היא כדאית מבחינה כלכלית לטווח ארוך (קורא וצ'ריניחובסקי, 2007). לכן תפיסה

חדשה זו, בשונה מהגישה המסורתית השמה דגש על מוגבלות ונכות (disablement) (Capitman, 2003), שמה דגש על מניעה, התמקדות במטופל ושימור תפקודו, על מנת לצמצם הביקוש לשירותים. התפיסה גם נשענת על גישה מבוססת הוכחה (evidence-based) של הזדקנות מוצלחת ושמירת כושר (wellness). על פי גישה זו יש לשים דגש בטיפול על מיצוי הבריאות הפיזית והנפשית באמצעות דיאטה, פעילות גופנית ומעורבות חברתית, ומעבר מגישה של טיפול לגישה של מניעה, גם במצבים של חולי כרוני (Seeman & Crimmins 2001; Browning & Kendig 2003; 2004). על בסיס תפיסה זו אימץ גם ארגון הבריאות העולמי בשנת 2002 את התפיסה על "זקנה פעילה" (active) ageing (WHO, 2002).

בשונה משיקום, שבו המטרה היא להחזיר את המטופל למצב שקדם לאירוע הרפואי, הרי בהחזרה לכושר המטרה היא למצות היכולת הפיזית במצב הקיים ולשמר אותו למשך פרקי זמן ארוכים ככל שאפשר ועל ידי כך למנוע התדרדרות במצב וגלישה למוגבלות המחייבת קבלת סיוע בפעילות היומיומית (Resnick, 2010). בשונה מהפרדיגמה המסורתית, שלפיה טיפול בית מיועד לטפל בזקן כאשר הזקן הוא לקוח של השירות וממלא תפקיד פסיבי בביצוע פעולות היומיום, הפרדיגמה החדשה מתמקדת בתכניות החזרה לכושר ושימורו, שבו ממלא הזקן תפקיד מאוד אקטיבי. הטיפול הביתי המסורתי בנוי על מספר עקרונות:

א. הערכה – הדגש בהערכה מושם על נקודות החולשה והחסרים של הזקן. יש לציין כי מחקר (Horowitz, Goodman, & Reinhardt, 2004) שבדק כיצד מעריכים בני משפחה את מצבם התפקודי של זקנים נמצא כי הם העריכו את הזקנים כמוגבלים יותר והעריכו את עצמם כמגוננים יתר על המידה, מכפי שהעריכו הזקנים בעצמם את מצבם. לעומת זאת, בגישת ההחזרה לכושר מושם דגש על העקרונות הבאים: הערכת צרכים כוללת ואספקת שירותים המיועדת לתת מענה לצרכים המוערכים, דגש על כוחות ונקודות חוזק של המטופל, המטופל לוקח חלק פעיל בתהליך הערכת הצרכים שלו, תכנית הטיפול היא אינדיבידואלית ותפורה לפי המידות ולפי הצרכים הספציפיים של המטופל.

ב. קביעת זכאות

אספקת חבילת שירותים סטנדרטיים – לסל השירותים יש מטרות כלליות והן אינן מוכוונות תוצאות. מטפלת הבית אמורה לבצע פעולות ומשימות עבור הזקן ולעשות זאת במקומו. אספקת סל שירותים הינו מכוון תוצאות מוגדרות מראש וברות מדידה. לכן, בעוד שטיפול הבית המסורתי שם דגש על טיפול תחזוקתי ועל תמיכה, הרי הגישה החדשה נשענת על מושגים של הזדקנות פעילה, של בניית יכולות ושימורן (Cartwright, Cosgrave, Gooden, & Carpenter, 2009). מטפלי הבית נדרשים לבצע פעולות ביחד עם המטופל ולא עבור המטופל. התכנית בנויה על השירותים/אמצעים הבאים: ריפוי בעיסוק, תמיכה בפעילות יומיומית, ניתוח משימות ותכנון מחדש של המשימות, שימוש בטכנולוגיות מסייעות (כולל Telehomecare שיפורט להלן), פיזיותרפיה, שיקום חברתי וחינוך לבריאות.

על בסיס תפיסה זו החלו בשנים האחרונות להתפתח תכניות השמות דגש על מניעה ושימור הכושר כדי למצות את הפוטנציאל של הזקנים ולמנוע עד כמה שניתן הזדקקות לטיפול ממושך. גישה זו מיועדת להתקדם אל מעבר לטיפול תחזוקתי מסורתי בבית ולהביא לשיפורים במצב התפקודי ובאיכות החיים. הגישה שמה דגש על התערבויות משמרות בתחום הריפוי בעיסוק, פיזיותרפיה, חינוך לבריאות ושיקום חברתי ומיועדת, בין היתר, להביא גם לחסכון בהוצאה הציבורית על טיפול ממושך, הוצאה שהולכת וגדלה עם הזדקנות האוכלוסייה.

אחת הגישות בתוך מסגרת תפיסתית זו נקראת **re-ablement** או **enablement**, והיא אומצה כבר במספר מדינות כמו אוסטרליה, בריטניה, יפן וארה"ב, ומהווה חלק מתהליך הערכה והטיפול בזקנים הפונים לקבל טיפול ממושך בבית (Newbrunner & Chamberlain, 2008). גישה זו, הנתפסת כמודרניזציה של הטיפול הביתי, נועדה לצמצם הצורך בשירותים לטיפול בית, לצמצם הצורך באשפוז או העברה למסגרות לטיפול ממושך לאחר אשפוז, באמצעות מניעת התדרדרות תפקודית ומיקסום היכולת התפקודית והעצמאות, קידום בריאות ועידוד לניהול עצמי של הטיפול. תכנית התערבות זו משלימה שירותים לטיפול ביניים (Intermediate) והיא שמה דגש על צמצום עלויות הטיפול.

ג.1.3.1. תכניות לשימור התפקוד במספר מדינות

להלן יוצגו מספר תכניות שמופעלות במספר מדינות, שמטרתן לצמצם השימוש בטיפול בית מסורתי, המיועד לתחזק ולשמר מצב קיים (maintenance) ולהחליפו בתכניות שמיועדות למצות את הפוטנציאל התפקודי כדי לאפשר חיים עצמאיים למשך פרקי זמן ארוכים ככל שניתן:

אנגליה – ראשיתה של התפתחות גישה זו באחד המחוזות בשנת 2000 בתכנית פיילוט שנועדה לחזק את העצמאות זקנים החיים בבתיהם, באמצעות סיוע למטופלים לסייע לעצמם. המושג "Reablement" מבטא גישה בתוך מערכת טיפול הבית, שנועדה לסייע לאנשים לעשות דברים עבור עצמם, מאשר שאחרים יעשו זאת עבורם. ההגדרה של מושג זה בתכנית זו היא "אספקת שירותים לאנשים בעלי בריאות פיזית או נפשית לקויה בכדי לסייע להם להסתגל למחלתם ע"י לימוד או לימוד מחדש של מיומנויות הנחוצות לתפקוד יומיומי". הרעיון לתכנית זו נולד עם ההכרה בצורך בהשקעה בשירותי מניעה ושיקום, כדי למנוע מיסוד ואשפוזים חוזרים ולאפשר לזקנים לשמר את עצמאותם התפקודית למשך פרקי זמן ארוכים ככל שניתן. בשנת 2006 פותחה תכנית המיועדת לשפר את התפקוד של זקנים המקבלים שירותים בבית (Care Services Efficiency Delivery Programme – CSed) והיא מופעלת בכמה מחוזות (Jones et al., 2009).

במסגרת תכנית זו אנשים הפונים לקבל עזרה לטיפול בבית עוברים הערכה רגילה. אלה שאינם מתאימים לתכנית זו מוצאים ממנה. אלה שנבחרים לתכנית מקבלים טיפול בית ועזרה בביצוע משימות שונות למשך תקופת זמן מוגבלת, כשהמטרה לאפשר למשתמשים לפתח בטחון עצמי ומיומנויות לבצע פעילויות אלה בעצמם. לצורך זה הצוות של טיפול בית עובר הכשרה בגישה זו. לצוות מתלווה מרפא/ה בעיסוק ומומחים נוספים. הצוות עושה שימוש רחב בציוד עזר (מאחזי יד,

הליכונים) והתאמות פנים דירתיות. אוכלוסיית היעד כוללת שתי קבוצות של משתמשים: א. אנשים שהשתחררו זה עתה מאשפוז בבית חולים ומשתמשים בתכנית זו כתכנית לטיפול ביניים (intermediate). ב. אנשים העוברים אינטק (intake) כשהם פונים לקבל טיפול בית ולאחר הערכת מצבם נמצאים מתאימים להשתתף בתכנית. מי שאינם מתקבלים לתכנית הם חולים סופניים וחולי דמנציה בשלבים מתקדמים של מחלתם. התכנית מוצעת בדרך כלל למשך 6 שבועות וניתן להאריך התקופה, אם המשתמש זקוק לפרק זמן נוסף. בסיום התקופה נערכת הערכה מחדש והפניה להמשך טיפול בית לפי הצורך.

ממצאים מראים כי הדבר הביא לצמצום במספר האנשים המקבלים טיפול בית לאחר השתתפות בתכנית זו, או דחה את קבלת הטיפול בבית למשך תקופה מסוימת, כאשר מספר גורמים תרמו לכך: נגישות טובה יותר לתנאי דיור, נגישות לציוד, טכנולוגיה מסייעת ו-Telecare, נגישות למידע ולשירותים קהילתיים ומעורבות פעילה של המטפלים העיקריים שפיתחו עמדות חיוביות כלפי תכנית זו. הפעלת תכנית כזו מחייבת כמה אלמנטים:

1. הכשרה לצוות שמורגל לספק טיפול בית ואינו מכיר את הנושא של איפשר (enablement) והחזרה לתפקוד;
2. העברת האתוס של תפיסה כזו לספקי שירותים;
3. מתן גמישות לגבי משך זמן השתתפות בתכנית;
4. נגישות לתכנית;
5. עבודה עם המטפלים של הזקנים.

מידע נוסף על גישה זו ניתן למצוא באתרי אינטרנט כמו:

<http://www.dhcarenetworks.org.uk/csed/homeCareReablement>

<http://www.scotland.gov.uk/Publications/2009/11/25100200/4>

www.warwickshire.gov.uk/reablement

מחקרי הערכה – במחקר הערכה (Kent et al., 2000) נמצא כי לרוב המטופלים בתכנית, הופסק או צומצם טיפול הבית, לעומת אלה שקיבלו טיפול בית מסורתי. מחקר הערכה לונגיטודינאלי (6, 3, 12, Jones et al., 2009), כלל קבוצת ניסוי (629 אנשים) וקבוצת ביקורת (248 אנשים), בעיקר זקנים (90%-94% מכלל הנחקרים). בשתי הקבוצות כשני שלישי גרו לבד, רובם נשים וכ-53% היו אלמנים/ות. מבחינה תפקודית אלה שבקבוצת הביקורת היו תלויים יותר וברמת צורך רבה יותר לסיוע, בעוד שקבוצת הניסוי כללה אנשים ברמת תלות וצורך בינוניים, אך לא היו הבדלים בין שתי הקבוצות מבחינת כמות העזרה שקיבלו בתחילת התכנית. משך הזמן הממוצע של ההשתתפות בתכנית היה 6 שבועות (המינימום היה פחות משבוע ומקסימום 23 שבועות) וכמות השעות הממוצעת שהוקדשה לטיפול בתכנית היתה 39 שעות (מינימום פחות משעה ומקסימום 224 שעות). הצוות המטפל כלל: מנהל שירות לטיפול בית, מרפאה בעיסוק, אחות, מנהל טיפול, עובד סוציאלי, פסיכותרפיסט,

פיזיותרפיסט, פודיאטר, ומומחים נוספים לפי הצורך. המשתתפים בתכנית היו ברובם אנשים שהשתחררו מאשפוז, חלקם השתחררו מטיפול ביניים בקהילה, והיתר היו פניות עצמיות וגורמים אחרים בקהילה. ממצאים ראשוניים של המחקר מצביעים על שיפורים מובהקים סטטיסטית בטווח הקצר ביכולת המטופלים לבצע באופן עצמאי פעילות יומיומית לאחר קבלת התערבות זו ומידה רבה יותר של תפקוד עצמאי, כמו: יכולת לצאת מהבית וללכת ברחוב, לרחוץ פנים וידיים, להתקלח, להתלבש ולהתפשט ושליטה בסוגרים. השיפור הרב ביותר הושג ביחס ליכולת להתרחץ לבד ולהתלבש ולהתפשט. משתתפים בתכנית דווחו על איכות חיים טובה יותר ועל פחות בעיות בניידות ובטיפול אישי ודווחו על שיפור בבריאות הכללית. הדבר גם התבטא בצמצום שעות הטיפול שקיבלו בהווה לעומת מה שקיבלו קודם לכן והיו מקרים שהדבר אף הביא להפסקת קבלת השירות של טיפול בית. אצל 21% חל שיפור במצב התפקודי ואצל 67% לא חל שינוי במצב. בקרב אלה שהשתתפו בתכנית והפסיקו לקבל שירותים לטיפול בית, משך הזמן שחלף מאז עמד על שנתיים. יחד עם זאת, טרם חלף מספיק זמן כדי לאמוד את משך הזמן של השפעת התכנית בטווח הארוך. בתוך 3 מ-4 המקומות שנחקרו בין שליש לחצי לא השתמשו בשירותים לטיפול בית עד ל-24 חודשים אחרי השתתפות בתכנית זו. אלה שכן השתמשו בטיפול בית עשו זאת כשנה לאחר ההשתתפות בתכנית.

עלויות – עלות התכנית למטופל נעה בין £1,587 ל-£2,151 ועלות ממוצעת של £1,963 למטופל. רוב ההוצאה מוצאת על הצוות העוסק בטיפול ישיר ועל הציוד. כמו כן, יש תקורה בגין עלויות ניהול ופיקוח, הוצאות הכשרה, מדים, ונסיעות אשר בממוצע מגיעים ל-39% מהעלות. דו"ח מפורט על ההיבטים הארגוניים והתפעוליים של התכנית ניתן למצוא בדו"ח המחקר של Rabiee ועמיתיו (2009) ודוגמא לעלות תקציבית לפרויקט ניתן למצוא בנספח א בסוף דו"ח זה.

אוסטרליה – התפתחות הגישה באוסטרליה היתה פרי יוזמה ברמה הלאומית וברמה של מספר מדינות, שפיתחו מודלים ליישום תכניות המבוססות על גישת ה-Wellness. פותחו שני מודלים: האחד Project- HIP (Home Independence) שנועד למטופלים בעלי רמת צרכים בינונית עד נמוכה, בעת שנעשתה פניה לטיפול בית או כשהיתה פניה חוזרת לקבל יותר שירותים לטיפול בית. השנייה נקראה PEP-(Personal Enablement Program) ואוכלוסיית היעד כללה מטופלים שהשתחררו מבית חולים. שתי התכניות היו קצרות מועד, עד 3 חודשים, וכוונו לאופטימיזציה של התפקוד, מניעה או דחייה של ירידה תפקודית, קידום הזדקנות בריאה ועידוד ניהול עצמי של מחלות כרוניות. המאפיינים המרכזיים של התכנית היו: צוות רב מקצועי; הערכה כוללנית רב-ממדית; תכנית טיפול משותפת עם המטופל ומוכוונת מטרה; תכנית התערבות ייעודית מבוססת הוכחה, הכוללת קידום מעורבות אקטיבית של פעילות ADL וניהול משק הבית; פעילות לחיזוק הניידות, כמו מניעת נפילות; ניהול עצמי של מחלות כרוניות, נטילת תרופות, שליטה בסוגרים ותזונה; צמצום מגע פנים אל פנים עם אנשי המקצוע ובמקום זה תמיכה ומעקב בטלפון; טיפוח התמיכה החברתית.

מחקרי הערכה – מחקר הערכה שלווה את התכנית השנייה כלל קבוצת ניסוי בת 100 משתתפים וקבוצת ביקורת בת 100 משתתפים שקיבלו טיפול בית מסורתי. הממצאים הראו שיפור בתפקוד

ADL, מוביליות טובה יותר, פחות נפילות ומצב רוח טוב יותר. השתתפות בתכנית הביאה לסיכוי גבוה פי 15 שאחרי 3 חודשים המטופל יפסיק לקבל סיוע ולאחר 12 חודשים סיכוי פי 7 לא לקבל שירותים לטיפול ממושך (Lewin and Vandermeulen, 2006). בשנת 2008 גובש מודל שכלל המרכיבים הבאים: א. ריפוי בעיסוק – שימת דגש על תפקוד יומיומי; ב. פיזיותרפיה – שימת דגש על ניידות והליכה; ג. טכנולוגיות מסייעות, בעיקר התאמת הדירה ושימוש באביזרי עזר שונים; ד. שיקום חברתי באמצעות מעורבות קהילתית ורשתות חברתיות, תוך סיוע מסיבי של מתנדבים; ה. חינוך לבריאות, הכולל ניהול עצמי של מחלות כרוניות, מניעת נפילות, שימוש נכון בתרופות ולכן יש בצוות גם רופא משפחה, רוקח או אחות קהילתית, שבדקים את כל התרופות שהמטופל נוטל, ולימוד התנהגויות לשליטה בסוגרים ותזונה נכונה.

ארה"ב – פותח מודל בשם *Restorative Model* (Backer, 2001). התכנית החלה בניסוי שכלל כ-700 זוגות נחקרים שהיו זכאים לקבל שירותים מתכנית ה-Medicare. תכנית זו מכסה טיפול בית בעקבות מחלה אקוטית או אשפוז והיא מסופקת ע"י צוותים לטיפול בית. הקבוצה שהשתתפה בניסוי קיבלה טיפול מידי צוות לטיפול בית שעבר הכשרה לשינוי גישה, מגישה של תחזוקה לגישה של שימור, בעוד שקבוצת הביקורת קיבלה טיפול בית רגיל. המודל הניסויי היה מבוסס על עקרונות הרפואה הגריאטרית, שיקום סיעודי והגדרה של מטרות רצויות להשגה. לצורך ביצוע התכנית הניסויית עבר הצוות הכשרה מתאימה, נערך ארגון מחדש של הצוות ממתן שירותים ע"י ספקים שונים לטיפול משולב ומתואם באמצעות צוות רב-מקצועי, אוריינטציה מחדש מטיפול במחלה לטיפול המיועד למקסם התפקוד, הגדרת מטרות ופיתוח דווח על התקדמות הטיפול העצמי ככלי תקשורת עיקרי. מודל זה הגדיל הסיכויים להישאר בבית ולא לבקר בחדרי מיון והמשתתפים בקבוצת הניסוי קיבלו גם ציונים גבוהים יותר במוביליות ובטיפול העצמי, לעומת אלה שבקבוצת הביקורת (Tinetti et al, 2002).

מחקר (Ryburn, Wells, & Foreman, 2009) משווה שנערך ב-3 ארצות: ארה"ב, אוסטרליה ובריטניה גילה שיפור במצב התפקודי ובאיכות החיים של המשתתפים בתכנית זו, כמו גם חסכון בעלויות בגין שימוש בשירות לטיפול בית ממושך. עדיין חסרים מחקרים שיתנו תשובות לשאלות כמו: אלו מרכיבים בתכנית הם מועילים יותר, איזה לקוחות מתאימים לתכנית כזו ומהו משך זמן ההתערבות והאינטנסיביות המתאימים לתכנית. מחקרים נוספים, כמו מחקרם הניסוי של Lewin ועמיתיו (2007) באוסטרליה לא מצא הבדלים מובהקים בין מאפייני משתתפי תכנית זו לבין קבוצת ביקורת שקיבלה טיפול בית מסורתי, אך נמצא כי 57% מהמשתתפים בקבוצת הניסוי לא המשיכו לקבל שירותים בעוד ש-81% מהמשתתפים בקבוצת הביקורת כן המשיכו לקבל שירותים. לכן החיסכון הוא בטווח הארוך יותר, שבו משתתפי הניסוי לא נזקקו לשירותים. דוגמא לפירוט עלויות של פרויקט כזה, הכולל 50 מטופלים, ניתן למצוא בנספח א הרצ"ב לדו"ח זה.

לסיכום, התפיסות שנסקרו מצביעות על התרחבות הגישה המעצימה את הלקוח, מעניקה לו יותר שליטה בחייו ומאפשרת לו יותר בחירה והחלטה לגבי שירותים שיתנו מענה הולם יותר לצרכיו

האינדיבידואליים. על מנת לממש את הגישה הזו של התמקדות בלקוח לצד הצורך במניעת פיצול, כפילויות והצורך בהתייעלות וחסכון בהוצאות, הביאו גם להתפתחות הצורך בתיאום ובשילוב בין שירותי בריאות על מנת להעניק טיפול הוליסטי וכוללני לצרכיו של הזקן ומשפחתו. ההזדקנות המהירה של האוכלוסייה והגידול בשיעור הזקנים המוגבלים בתפקודם, הצורכים מערכת שירותים רחבה לפרקי זמן ארוכים יותר, בשל העלייה המתמדת בתוחלת החיים, הביאה לחשיבה על פתרונות אחרים על מנת מצד אחד לשפר את איכות החיים של הזקנים ומצד שני לרסן את ההוצאה הציבורית. התכניות של הזדקנות מוצלחת, החזרה לכושר וזקנה פעילה, משקפות גישה **פרואקטיבית** להתמודדות עם חולי כרוני ומוגבלויות תפקודיות והחליפו את הגישה ה**ריאקטיבית** הנקוטה כיום גם בישראל, ובאופן זה לנסות להחליף, או לפחות לדחות, את הצורך בשירותים לטיפול ממושך בבית, שהם מעצם טבעם יקרים יותר בטווח הרחוק ובראייה כוללת. אכן במדינות שונות שבהן קיימים הסדרים (חוקים) למתן שירותים לטיפול ממושך בבית, כולל תהליך הערכת המצב התפקודי התייחסות לפוטנציאל למניעת התדרדרות תפקודית, כפי שיתואר גם בהמשך.

ג.1.3.2. ערים (קהילות) בריאות (healthy cities) וערים ידידותיות לזקנים (age-friendly cities)

אחד הנושאים הזוכים להתייחסות בספרות בשנים האחרונות הוא עיצוב סביבות שהן בריאות וידידותיות לזקנים, המאפשרות הזדקנות פעילה ובריאה. הרעיון בדבר ערים בריאות החל לקרום עור וגידים במחצית שנות השמונים בקנדה ובמדינות אירופה והוא מיועד ליצור תהליכים שבהם הקהילה פותרת בעצמה את בעיותיה (Flynn, 1995). פרויקט זה נועד לבנות סביבות בריאות וידידותיות לכלל אוכלוסיית הזקנים, ברוח הרעיון של הזדקנות פעילה, בריאה ומוצלחת. המושג של קהילות ידידותיות לזקנים נשען על התיאוריה האקולוגית, לפיה הסביבה החברתית והפיזית משפיעות על הדרך שבה אנשים מזדקנים, כולל השפעה על המידה שבה אנשים יכולים להזדקן במקום ולהנהיג מאיכות חיים גבוהה. כל אלה מחייבים בניית תשתית גיאוגרפית מתאימה, כמו מדרכות נוחות להליכה, תאורת רחוב מתאימה, מעורבות חברתית ועוד (Lehning, Scharlach & Dal Santo, 2010). לכן, הרעיון בדבר ערים בריאות מגלם את התפיסה של קידום בריאות ברמה כלל עירונית. אכן ברבות מארצות אירופה קיים רנסאנס מבחינת פעילות לקידום בריאות בקרב כלל האוכלוסייה, ובכללה בקרב אוכלוסיית הזקנים (Ashton, 1996).

כהמשך לתפיסה בדבר ערים בריאות, אחד הפרויקטים שפותחו בשנים האחרונות ע"י ארגון הבריאות העולמי הוא פיתוח ערים ידידותיות לזקנים (WHO, 2007). הרעיון שעומד בבסיס פרויקט זה הוא עידוד הזדקנות אקטיבית ע"י מיצוי הזדמנויות לבריאות, השתתפות ובטחון, כדי לקדם את איכות החיים של אנשים מזדקנים וזאת ע"י אימוץ מבנים ושירותים נגישים וכוללניים לזקנים, בעלי צרכים ויכולות מגוונים. לצורך זה נבנים תשתיות ושירותים שיכולים להתאים לצרכים המשתנים של הזקנים, כולל תחבורה נגישה (Alley, Liebig, Pynoos, Banerje, & Choie, (2007). הפרויקט, שנוסח והובנה ב-35 ערים במדינות שונות בעולם, על בסיס שיחות עם זקנים הגרים בערים אלה, מתבסס על הסרת מכשולים סביבתיים כדי לאפשר ניידות ועצמאות של אנשים עם מוגבלויות, שכונות בטוחות המאפשרות השתתפות בפעילות פנאי אקטיביות – פיזיות וחברתיות כאחד ומאפשרות הזדקנות במקום. באופן זה מושם דגש על סביבה ירוקה, נקייה, שקטה, שבילים ומדרכות נוחות

לתנועה, בטחון מפני מעשי פשיעה וגרימת נזק, בטיחות באמצעות הצבת תאורת רחוב מתאימה, שירותים ציבוריים, קביעת תורים נפרדים (בבנק, במרפאה, ובשירותים אחרים) לאנשים זקנים, כדי לקצר עבורם את משך ההמתנה בתור, תחבורה ציבורית נוחה (רצפה נמוכה המאפשרת עליה לאוטובוס בקלות, מקומות ישיבה מותאמים לזקנים) והמגיעה למקומות מיוחדים שזקנים צריכים להגיע אליהם (כמו מרכזי יום), קווי תחבורה מיוחדים למקומות שלשם אין תחבורה ציבורית מגעת (באמצעות מתנדבים), שירותי הסעה מיוחדים לקניות ע"י רכב מיוחד (shuttle service), ונהגים שעברו הכשרה מיוחדת לשרת זקנים.

הפרויקט מתייחס גם לתכניות לקידום בריאות, כמו גם שילוב מכוני כושר בתוך מרכזי שירותים לקשישים (ראה דיון להלן על מרכזי יום). השירותים לטיפול בית כוללים גם פיזיותרפיה להפעלה גופנית, כמו גם יעוץ פסיכולוגי וניהול טיפול, בעיקר לאחר שחרור מבית חולים וזאת כדי למצות את הפוטנציאל התפקודי. גם משפחות עשויות לחוש פחות לחץ כאשר זקניהן זוכים לתמיכה קהילתית ולשירותי בריאות להם הם זקוקים. באופן זה כל הקהילה מרוויחה מהשתתפות הזקנים אם כמתנדבים ואם כעובדים בשכר והדבר מניע גם את גלגלי הקהילה ע"י הגברת הצריכה של זקנים.

מדריך מפורט כיצד להפוך ערים לידידותיות לזקנים ניתן למצוא באתרי האינטרנט, שבהם ניתן למצוא גם קישורים לאתרים נוספים העוסקים בנושא זה (WHO, 2007, 2010). מכל מקום השילוב שבין תכניות החזרה לכושר ברמה הפרטנית וטיפול סביבתי שהופך את סביבת המגורים לזקנים נגישה וידידותית הם שני אלמנטים שעשויים לקדם הזדקנות במקום והזדקנות פעילה ובריאה, המצמצמת את הצורך בשירותים לטיפול ממושך.

2.ג. שירותים בבית ובקהילה

כאמור, המדיניות הקיימת בכל מדינות המערב היא לאפשר לזקן להזדקן במקום (aging in place), הן משום שזוהי העדפתם של הזקנים והן משום שזהו אינטרס ציבורי לחסוך בעלויות, תוך השענות על המשפחה כמקור תמיכה עיקרי. אכן, אחת הסוגיות שזכו להתייחסות בספרות המחקרית, בעיקר בארה"ב, היא השאלה עד כמה טיפול בית יעיל ומועיל יותר מטיפול מוסדי ממושך. הדעות בנושא אינן חד משמעיות, בשל מורכבות הנושא והמרכיבים השונים הנכללים בו (Fraser, 2003). מחקרים שנערכו בשנים האחרונות אכן מאששים את ההנחה בדבר העלות הזולה יותר של הטיפול בקהילה (Kaye, LaPlante, & Harrington, 2009). מחקר אחד, הראוי לציון, הוא מחקרם ההשוואתי של Chappell ועמיתיה (2004), אשר בדק עלויות, שכללו גם את הערכת התשומות של בני משפחה וגם השווה בין שתי קבוצות נחקרים שהיו זקוקים לאותה רמת טיפול. מהממצאים עולה בבירור כי עלות טיפול מוסדי גבוהה בהרבה מטיפול קהילתי, בעיקר במונחים של טיפול פורמאלי. יחד עם זאת, ניתוח על (meta analysis) של מחקרים שערכו Weissert ועמיתיו (Weissert, Cready, & 1988) נמצא כי שירותים לטיפול ממושך בבית ובקהילה העלו את הביקוש והשימוש לשירותי בריאות וכתוצאה מכך עלו העלויות הכוללות על שירותי בריאות. חוקרים (Ostbye & Crosse, 1994) חישבו את העלויות של טיפול רפואי באנשים עם דמנציה ע"י חישוב עלויות ישירות של שימוש

בשירותים פורמאליים (מרכז יום, תמיכה בבית, נופשון, פיזיותרפיה) והוצאות בלתי ישירות על טיפול בלתי פורמאלי (זמן שמוקדש לטיפול ע"י מטפלים לא פורמאליים בסיוע בפעולות יומיומיות) והעריכו את העלות נטו השנתית לטיפול בקהילה בכ-10,100 דולר (4,970 דולר לעלויות ישירות ו-5,130 דולר לעלויות לא ישירות) ו-19,100 דולר לטיפול מוסדי. יש כמובן לקחת בחשבון שהמשפחה תורמת בזמן ובהוצאות ישירות יותר (80% משעות הטיפול) מזו שמוציאה הממשלה עבור עלות הטיפול בבית, בעוד שהוצאותיה ותשומותיה הכוללות (כולל זמן) של המשפחה נמוכות יותר בסידור מוסדי. לכן, אם מתייחסים אך ורק להוצאה הציבורית, הטיפול המוסדי יקר יותר לעומת הטיפול בבית ובקהילה. למשל, בארצות האיחוד האירופי בין 0.3%-4% מהתל"ג מוצא ברובו (51.2%) על טיפול במוסדות, למרות המדיניות המעדיפה טיפול בבית ובקהילה ולמרות שרק 3.3% מהזקנים נמצאים במוסדות ואילו הרוב שחי בקהילה מקבל פחות ממצצית המימון הציבורי (Marin, Leichsenring, Rodrigues & Huber, 2009). אך אם לוקחים בחשבון את תשומות הטיפול הבלתי פורמאלי בקהילה ומתרגמים אותו לעלויות כספיות, כי אז התמונה היא יותר מאוזנת. סוגיה זו מעלה את הצורך להתייחס גם לצרכי המטפלים העיקריים, הנושאים בעיקר נטל הטיפול בזקן בבית וגם את השאלה עד כמה התכניות הקיימות עונות לצרכי המטפלים.

בישראל גמלת הסיעוד מאפשרת לזקנים לבחור בסל שירותים מצומצם הכולל 5 סוגי שירותים בלבד: טיפול ביתי מידי מטפלות, בעיקר בשעות הבוקר, ביקורים במרכזי יום, הפתוחים לרוב 5 ימים בשבוע ופועלים 5-6 שעות ביום בשעות הבוקר עד הצהריים, שימוש במוצרי ספיגה, שירותי כביסה, וחיבור למערכת מצוקה. מהנתונים של המוסד לביטוח לאומי עולה כי מתוך כ-141 אלף זכאים לגמלת סיעוד (המוסד לביטוח לאומי, 2010) הרוב המוחלט משתמשים בגמלה לצורך קבלת טיפול ביתי מידי מטפלת (98.1%), 7.1% מבקרים במרכז יום, 0.5% משתמשים בשירותי כביסה, 18.3% מקבלים מוצרי ספיגה, ו-12.4% מחוברים למוקד מצוקה (המוסד לביטוח לאומי, 2009). שירותים אלה ניתנים כשירותים ישירים לזקן, הגם שביקורים במרכז יום משמשים גם כשירות הפוגה (Respite) לבני המשפחה המטפלים בזקן. לעומת זאת, התכניות במדינות אחרות מאפשרות מגוון הרבה יותר רחב של שירותים, כפי שיפורט להלן. הסקירה המובאת להלן, כוללת שני חלקים: א. הצגת הסדרים וסוגי שירותים שקיימים במדינות שונות לאספקת שירותים לטיפול ממושך לזקנים המוגבלים בתפקודם והחיים בבתיהם בקהילה, תוך התמקדות בסל השירותים שניתן בהם. ב. מרכזי יום ומרכזים רב שירותיים לזקנים, המיועדים לשמר את תפקודם ולספק להם מסגרת חברתית לסוציאליזציה ולתמיכה חברתית, כמו גם להקל על נטל הטיפול על בני משפחותיהם ולעודד אותם להמשיך ולטפל בזקן לאורך זמן.

1.2.ג. שירותים תוך ביתיים

הטיפול בזקנים שהם חולים כרוניים, מוגבלים בתפקודם, בין אם באופן זמני או ממושך, יכול שינתן בתוך ביתו של הזקן או בתוך מסגרת חוץ ביתית בקהילה. נדון להלן בשירותים הניתנים בתוך הבית ומחוץ לבית, כאשר סוגי השירותים השונים מיועדים למלא מטרות שונות. הטיפול בבית מתחלק לשתי קטגוריות עיקריות: האחת, טיפול רפואי בבית (home health care), המסופק לחולים כרוניים, סיעודיים מורכבים וחולים סופניים. טיפול זה בישראל הוא באחריות קופות החולים השונות.

הקטגוריה השנייה היא טיפול בית (homecare), הניתן באמצעות מטפלות בית וממומן באמצעות גמלאות הסיעוד של המוסד לביטוח לאומי. בין שתי המערכות אין שילוב ואין קשר ברוב המקרים. יש לציין כי במדינות אחרות יש כן קשר בין שתי מערכות שירותים אלה, כפי שידון להלן.

טיפול אישי בבית ועזרה ביתית הם שירותים בסיסיים, הניתנים לזקנים המוגבלים בתפקודם ומטרתם למעשה להחליף את הזקן, אשר חדל לבצע או מתקשה בביצוע פעולות אלה. ברוב המדינות קיימים אמנם הסדרים שונים למתן שירותים לטיפול בית אך לא תמיד הם עונים לצרכים. למשל, בארה"ב ובקנדה הצביעו מחקרים (Desai, Lentzner, & Weeks, 2001; Laplate, Kaye, Kang & Harrington, 2004) כי כ-21% מהזקנים שקיבלו טיפול אישי ועזרה בניהול משק הבית ציינו צרכים בלתי מסופקים. מחקרים שנערכו בארץ מצביעים גם הם על צרכים בלתי מסופקים, גם כאשר הזקן מקבל גמלת סיעוד. למשל, במחקר על חולי דמנציה (ורטמן, ברודסקי, קינג, בנטור וצ'חמיר, 2005) דווחו המטפלים הבלתי פורמאליים על צרכים לא-מסופקים במגוון שירותים, בעיקר צורך במידע ובהדרכה, שירותי נפשון, ביקורי מתנדבים אצל הקשישים ויותר שעות לטיפול בית. במחקר אחר (ברודסקי, נאון, רוניצקי ובן נון, 2004) נמצא כי חלק משמעותי מהמטפלים העיקריים דיווחו על עומס כתוצאה מהטיפול, כשליש מהמטפלים של הקשישים, שאינם מבקרים במרכזי יום, היו מעוניינים שהקשיש יבקר במרכז יום וחלק לא מבוטל היו מעוניינים לקבל הדרכה ותמיכה רגשית. צרכים בלתי מסופקים עלולים להגדיל הצורך במיסוד ואת העלויות למערכת הבריאות בשל אירועים כמו: כוויות ממים רותחים, התייבשות, נפילות, פצעי לחץ, שימוש לא נכון בתרופות ועוד.

כאמור, במדינות שונות מתפתחת כיום הגישה כי לפני שמתקבלת החלטה לספק טיפול בית יש לבחון עד כמה ניתן להחזיר את הזקן לכושרו ולשמר את עצמאותו. הדבר בא לידי ביטוי בתהליך הערכת הזכאות והצרכים כפי שנראה שנידון לעיל וכפי שידון להלן. נתייחס להלן להסדרים ולסל השירותים המסופקים לזקנים מוגבלים בתפקודם במספר מדינות:

גרמניה – קיים חוק לטיפול ממושך בזקנים הנקרא ביטוח סוציאלי לתלות (*Sociale Pflegeversicherung*) שנחקק בשנת 1995 (Arntz, Sacchetto, Spermann, Steffes, Widmair,) (Gibson & Redfoot, 2007; 2007). החוק מאפשר ללקוחות בחירה בין גמלה כספית לבין גמלה בעין (או חלק בכסף וחלק בעין) לטיפול בית או טיפול מוסדי. גובה הגמלה כולל 3 רמות בהתאם לחומרת מצבו של הזקן. כשני שלישי בוחרים בגמלה לטיפול בית ומתוכם 72% מעדיפים גמלה כספית. יש גם הבדלים בדרך הקצאת השירותים מבחינת חלוקת הזמן שבין טיפול אישי ועזרה ביתית, מספר הפעמים ביום ומספר פעמים בשבוע שבהם ניתן השירות. למשל, מי שזכאים לגמלה ברמה ראשונה (רמת התלות הנמוכה ביותר), זכאי לקבל טיפול בהיקף של 1.5 שעות מדי יום, כאשר לפחות מחצית הזמן מוקדש לטיפול אישי. מי שזכאי לרמת גמלה שניה זכאי לקבל 3 שעות ביום, מתוכן שעתיים לפחות מוקדשות לטיפול אישי והטיפול האישי ניתן לפחות 3 פעמים ביום בשעות שונות של היממה. הרמה השלישית כוללת 5 שעות טיפול ביום, כאשר הזקן מקבל הטיפול לפחות 4 פעמים במהלך היממה, מתוכן 4 שעות מוקדשות לטיפול אישי. הערכת הצרכים נערכת ע"י אחות עם רקע גריאטרי ורופאים, ואותה אחות משמשת גם מנהלת הטיפול בזקן. היא בוחנת תחילה את **הפוטנציאל השיקומי** של הזקן, כולל הצורך בציוד רפואי ועזרים טכניים (כמו מיטה ועגלת נכים), מוצרי צריכה

והתאמות פנים דירתיות שיכולים למנוע את הזדקקותו לטיפול מידי מטפלת. האחות מגיעה מדי שבוע כדי לבדוק את מצבו של הזקן כדי למנוע התדרדרות. לחולים דמנטיים הזקוקים להשגחה ניתנת תוספת לגמלה הבסיסית (Glendinning & Moran, 2009). הערכה כוללת גם הערכה של צרכי המטפל העיקרי. באמצעות הגמלה ניתן לקבל ביקורים של אחות, ביקורים במרכז יום או במרכז לילה, השאלת ציוד ומענקים כספיים חלקיים לביצוע התאמות בתוך הדירה (Webb, 2003).

אוסטריה – קיים חוק הגמלאות לטיפול ממושך, שהוא אוניברסאלי ואינו תלוי במבחן אמצעים. החוק מאפשר קבלת גמלה כספית, החל מגיל 3 למי שהוא מוגבל בתפקודו וחי בביתו וזקוק לפחות ל-50 שעות טיפול בחודש. הגמלה כוללת 7 רמות של זכאות, הניתנות כגמלה כספית (בעבר זו היתה גמלה בעין), הנעות מ-250\$ עד 2000\$ לחודש. הלקוח יכול לרכוש תמורתה שירותים ומוצרים. ממצאים מראים כי מרבית הזכאים השתמשו בגמלה בעיקר לשלם לבני משפחה עבור הטיפול ולערוך התאמות פנים דירתיות (Kodner, 2003).

הולנד – הזכאות לגמלה לטיפול ממושך ניתנת על בסיס הערכה המתייחסת ל-6 תחומים פונקציונאליים:

- א. טיפול אישי בפעולות יומיומיות;
- ב. טיפול סיעודי הכולל טיפול בפצעים, מתן תרופות, טיפול בסימפטומים;
- ג. טיפול ושיקום;
- ד. הדרכה תמיכתית – איך לארגן את הפעילות היומיומית ואת ניהול משק הבית;
- ה. הדרכה להפעלה (יעוץ ותרפיה);
- ו. סידור בדיור מוגן או תומך.

הערכה מתבצעת ע"י צוות רב-מקצועי, הבוחן הצרכים בכל אחד מהתחומים הללו ומאפשר ע"י כך ללקוח להבין מהם הצרכים שלו ועל בסיס זה לקבוע תכנית טיפול ולבחור את ספקי השירותים. לצוות יש שיקול דעת להחליט אם הטיפול יינתן בבית או במסגרת מוסדית, כאשר נלקח בחשבון גם הימצאותם של מטפלים בלתי פורמאליים. במקרה זה טיפול בית כולל סיוע בפעולות ספציפיות ומוגדרות כמו: רחיצה, לבישה וביצוע עבודת משק בית קשות. פעולות אחרות הקשורות לניהול משק הבית כמו: שליחויות, הכנת ארוחות וכביסה, הם באחריות המשפחה. פעולות אלה מבוצעות רק אם אין בני משפחה או שקיים סיכון למיסוד בשל עומס על המטפל העיקרי (AARP, 2006).

יפן – בשנת 2000 נחקק חוק ביטוח סיעוד והוא דומה למודל הגרמני (Campbell & Ikegami, 2000) בכך שתכנית הביטוח מכסה טיפול בבית וגם במוסדות ומאפשרת לזכאים בחירה של ספק השירות. התכנית כוללת שילוב בין שירותים רפואיים וחברתיים ע"י איחוד תקציבים. האחריות לאספקת השירותים היא על הרשויות המקומיות והצרכנים צריכים לשלם דמי השתתפות עצמית בגובה של 10% מהגמלה. גובה הגמלה הוא בהתאם לרמת הנזקקות, הכוללת 6 רמות. הרמה הראשונה היא "הזדקקות לעזרה", שבה האדם נזקק לטיפול של פחות מ-30 דקות ביום. לכן קטגוריה זו פירושה

שהאדם אינו זקוק לטיפול ממושך, אלא זקוק יותר לתמיכה חברתית ולכן הטיפול הניתן ברמת מוגבלות זו שם דגש על **טיפול מניעתי כשהחוק מדגיש עזרה עצמית** (Webb, 2003). יתר 5 הרמות כוללות "הזדקקות לטיפול", המגדירות את גובה הגמלה במונחים כספיים שנעים בין \$560 עד \$3,260 לחודש, בהתאם לרמת המוגבלות של המטופל. הערכה מתבצעת בבית הזקן או בתוך המוסד בו נמצא הזקן ע"י צוות עירוני בן 5 חברים, הכולל שני רופאים, עובד סוציאלי, אחות ואחרים. לאחר ביצוע ההערכה, מנהל הטיפול ביחד עם הזקן ומשפחתו בונים תכנית טיפול שבועית. סל השירותים כולל שירותים בתוך ומחוץ לבית (Mitchell, Piggott, Shimizutani, 2006):

- א. ביקורי בית לטיפול אישי (כולל בלילה, אם צריך), הכולל שירותי רחיצה רק למי שנכלל בקטגוריה של רמת מוגבלות גבוהה, עזרה בניהול משק הבית, ביקורי בית של אחות אשר מודדת לחץ דם, מטפלת בפצעי לחץ וכד', שיקום בבית, השאלת מכשירים כמו: כסאות גלגלים, הליכונים ומיטות מיוחדות, התאמות בתוך הדירה, יעוץ רפואי וניהול הטיפול.
- ב. שיקום במרכז יום למי שמצבו הפיזי יציב אך זקוק לשיקום כדי לחזור הביתה בעקבות בעיה רפואית, מרכז יום, שירותי respite, אשפוז קצר מועד.
- ג. טיפול מוסדי ממושך כאשר עולה הצורך בכך (Ihara, 2000).

בין השנים 2006-2008 הונהגו מספר רפורמות בחוק, לפיהן שתי הרמות הנמוכות של הגמלה הוגבלו למתן עזרה ביתית ועזרה בניהול משק הבית בלבד, כאשר הטיפול האישי הוחלף בהתערבויות **לקידום בריאות ומניעת התדרדרות תפקודית**, בעיקר בתחומי התזונה והפעילות הגופנית במסגרת מרכזי יום, המציעים גם תכנית לפעילות חברתית. הדגש מושם על החזרה לכושר (**reablement**) ומעורבות אקטיבית של המשתמש. כמו כן, אספקת השירותים הועברה למרכזי טיפול כוללניים (Local Comprehensive Care Centers) המופעלות על ידי הרשויות המקומיות (Glendinning & Moran, 2009).

דנמרק – במסגרת הטיפול בבית ניתנים גם שירותי בריאות שונים. למשל, אחיות מטעם העירייה מבקרות פעמיים בשנה אצל קשישים בני 75 ומעלה, כדי להעריך סיכונים כמו נפילות, שימוש בתרופות וכד' (Ministry of Social Affairs, 2010; Saltman, Dubois, & Chawla, 2006).

ארה"ב – שירותים של המדינה ניתנים במסגרת שתי תכניות פדראליות: תכנית ה-Medicare, המעניקה לזקנים טיפול רפואי בבית, טיפול סיעודי, **שיקומי**, מטפלות והחלמה במוסד סיעודי לאחר אשפוז. התכנית השניה היא תכנית ה-Medicaid והיא מכסה סידור במוסד סיעודי, טיפול בית, ניהול טיפול, מרכז יום ושירותי Respite. יחד עם זאת, התכנית מאפשרת גמישות ולכן במדינות שונות יש מגוון שירותים שונה. בנוסף, במסגרת חוק הזקנים האמריקאי (Older Americans Act), 1965 ניתנים שירותים כמו: ארוחות ושירותי תחבורה. התכניות מאופיינות במוכוונות לצרכנים (consumer oriented) ולצרכן ניתנת יכולת בחירה רחבה (ראה פירוט לעיל).

קנדה – קיימת מערכת לטיפול בית המספקת מגוון של שירותים: טיפול אישי וסיעודי, טיפול פליאטיבי, שירותי הפוגה, שיקום, ציוד, טיפול יום, עזרה ביתית, ארוחות וטיפול עצמי (self-directed care). בחלק מהפרובינציות מציעים גם שירותי הסעה (MacAdam, 2009).

ג.2.2. מענה מהיר בקהילה (Quick Response Program) כתחליף לשימוש בחדרי מיון

קשישים מרבים להשתמש בחדרי מיון בבתי חולים, שהוא זמין 24 שעות ביממה בכל ימות השבוע ומאפשר נגישות קלה למומחים ולבדיקות רפואיות. המאפיינים של המרבים להשתמש בחדרי מיון בבתי חולים הם נשים הגרות לבד, שניידותן מוגבלת, מוגבלים בפעולות היומיום, בעלי תחלואה מרובה (co-morbidity), היסטוריה של אשפוזים חוזרים, וחסרי תמיכה חברתית, Aminzadeh, (2002) Dalziel. זאת ועוד, שיעור הזקנים המגיע לחדרי מיון הוא גבוה ביחס לשיעורם באוכלוסיה ושיעור גבוה מהם גם מתאשפז בבית החולים, לעומת האוכלוסייה הכללית. אולם, השימוש בחדרי מיון כרוך גם בסיכונים, כמו זיהומים, התדרדרות תפקודית ועוד. ממחקרם של Aminzadeh & Dalziel (2002) עולה כי האוריינטציה למחלה המאפיינת חדרי מיון אינה מתאימה לזקנים משום שצרכיהם מורכבים וכוללים שילוב של בעיות רפואיות, תפקודיות וחברתיות. לכן יש צורך במודל כוללני, משולב ומתמשך של שירותים. שירותים מתאימים בקהילה יכולים לצמצם הצורך בפניה לחדרי מיון ואלה כוללים: ביקורי רופא משפחה, מעקב אחר נטילת תרופות, שירותי הערכה וסינון גריאטריים ומודלים משולבים של טיפול רפואי וסוציאלי. זאת ועוד, בשל העדר רצף טיפול ותיאום בין שירותים, עלול הזקן לחזור לאשפוז מאחר והשירותים בקהילה לא נערכו כיאות לחזרתו הביתה.

בקנדה אובחן הצורך למתן מענה מיידי לטיפולים אינטנסיביים בבית, כדי להימנע מפניה לחדרי מיון. במסגרת זו פותח שירות הנקרא "שירות למענה מהיר" – Quick Response Service (QRS) (Bolton, Ulrichsen & Knott, 1998), אשר מטרתו למנוע פניה לחדרי מיון בבתי חולים וזאת על ידי מתן מענה יעיל ומתואם של שירותים בביתו של הזקן. המאפיינים של תכניות אלה הם:

- א. קשר הדוק בין בית החולים לבין שירותי טיפול הבית המקומיים;
- ב. הערכה ותיאום השירות ע"י איש צוות במחלקת המיון בבית החולים;
- ג. שירותים יותר אינטנסיביים בבית, לעומת אלה הניתנים במסגרת תכניות לטיפול בית רגילות;
- ד. מעבר מהיר משלב הערכה לשלב של אספקת השירות;
- ה. השירות מוגבל בזמן (בד"כ עד 5 ימים).

הפרויקט הניסויי כלל את הארגונים המספקים טיפולי בית באזורי הניסוי ואת בתי החולים המשרתים את האוכלוסייה באזורים אלה. השירות נועד לספק ביקורים של אחות (עד 4 פעמים ביום) ועזרה של מטפלת עד 24 שעות ביממה, למשך זמן מרבי של עד 5 ימים. שירותים אלה סופקו לפונים תוך 3 שעות מההפניה לתכנית. ההפניה נעשתה ע"י רופא משפחה או ע"י חדר המיון אליו פנה הזקן. קריטריונים לזכאות היו: הפונה נזקק לטיפול מקצועי או/ו תמיכה בבית, מצבו הרפואי כזה שניתן להסתפק בטיפול בבית וניתן לערוך פיקוח רפואי צמוד ע"י רופא המשפחה. הצוות במחלקת המיון

העריך את הפונים והיפנה את המתאימים לתכנית של מענה מהיר. מנהל הטיפול בשירות למענה מהיר, שאחראי להערכה ותיאום השירותים, מעריך ומחליט אם הפונה יתקבל לתכנית או יופנה לשירותים אחרים. אם נקבע שהוא מתאים לתכנית נעשות ההכנות להעברת הפונה לביתו ומתחילים במתן השירותים והטיפול המקצועי.

התכנית כוללת גם אפשרות לגישה ישירה מהקהילה באמצעות שיחת טלפון כדי למנוע פניה לחדר מיון. מנהל טיפול מהתכנית מגיע לבית הפונה, מעריך את מצבו של הפונה בביתו ומחליט אם יש צורך בשירות של התכנית או בשירותים אחרים. תוך 72 שעות מרגע קבלת הפונה לתכנית, מבקר מנהל טיפול אצל הפונה בבית, מעריך מחדש את מצבו ומתאים את השירותים, כפי שמכתיב מצבו של הפונה. כמו כן, הוא עורך ביקור בביתו של המטופל ביום החמישי לקבלת התכנית, כדי לבדוק את המצב ובהתאם לכך מתקבלת החלטה אם להעביר את המטופל להמשך טיפול בשירות אחר כמו: טיפול בית, מוסד, טיפול אקוטי בבית חולים או לשירותים אחרים בקהילה.

במחקר הערכה שנעשה על התכנית הזו (Brazil, Bolton, Ulrichsen & Knott, 1998) וכלל 77 פונים שהשתתפו בה, נמצא כי הרוב המוחלט היו נשים בגיל ממוצע 78, ובשני שליש מהמקרים הסיבות העיקריות שבגינן הגיעו לתכנית היו תפקודיות ותוצאה של נפילות או בעיות בניידות. חלקם האחר הגיעו לתכנית בגלל כאבים, בעיות בדרכי השתן, סחרחורת, בלבול או סיבות אחרות. במילים אחרות, הסיבות העיקריות היו תפקודיות, פיזיות, מנטאליות, חברתיות ושימוש לא נכון בתרופות. זוהו גם אנשים שנזקקו לטיפול אישי וניהול משק הבית ורובם אכן קיבלו שירותי טיפול בית בזמן שהתקבלו לתכנית. 45% מההפניות היו של רופאי המשפחה והיתר של רופאי חדר מיון. בסיום התכנית הניסיונית רוב המופנים הגיעו דרך רופא המשפחה בקהילה. היום העמוס ביותר בשבוע היה יום שישי והחודש העמוס ביותר היה חודש דצמבר (חופשת הכריסטמס) ושעות הקבלה העמוסות ביותר היו בין 4-2 אחרי הצהריים, מה שמצביע על כך כי הפניה לחדרי מיון נעשית בדרך כלל בזמנים שבהם שירותי הבריאות הקהילתיים סגורים ואין מענה קהילתי לבעיות המתעוררות במועדים אלה. רוב המטופלים בתכנית הוחזרו לטיפול בית, עם מעקב במשך 30 יום נוספים ע"י צוות התכנית. הממצאים הצביעו על חסכון משמעותי בעלויות של בתי החולים. רוב המטופלים הביעו שביעות רצון מהתכנית, רובם סברו שהתכנית ענתה לצרכיהם ו-80% מהם סברו שאיכות הטיפול שקיבלו בבית היתה באותה רמה אילו קבלו אותו בבית חולים.

בהתבסס על המודל הקנדי, גם בסידני שבאוסטרליה הוקם שירות כזה (O'Grady, Fairbrother & Farrington, 1998), שמטרתו לבדוק אם ניתן לטפל בזקן בבית, מבלי לסכן את בריאותו, במקום פניה לחדר מיון בבית חולים. הפרויקט כלל שיתוף פעולה בין צוות חדר המיון בבית החולים לבין הצוות הרפואי בקהילה (רופא ואחות) ובאופן זה ניתן טיפול נייד, העונה לצרכי הזקן. התכנית מבוססת על 3 מרכיבים: תכנית למענה מהיר, קשר הדוק בין רופא המשפחה והאחות בקהילה, ושעות סיעוד מורחבות יותר בקהילה (מ-8 בבוקר עד 10 בערב 7 ימים בשבוע). קשישים שהגיעו לחדר המיון הופנו לתכנית ע"י הצוות הרפואי בחדר המיון או על ידי הרופא המטפל בקהילה. השירות היה מיועד:

א. לחולים עם בעיה רפואית אקוטית, שניתן למנוע את אשפוזם ע"י מתן טיפול מהיר ואינטנסיבי בבית החולה.

ב. אלה הזקוקים לנגישות מהירה לשירותים קהילתיים, עם השחרור מחדר המיון וזאת בשל העדר מיטות אשפוז פנויות בבית החולים. הקשר הטלפוני התכוף שהתאפשר בין הרופא המטפל והאחות בקהילה, באמצעות טלפונים סלולאריים, אפשר נגישות ופתרון בעיות באופן מיידי. שעות העבודה הארוכות של האחות אפשר מתן טיפולים מגוונים יותר, כמו איזון סוכרת, טיפול בפצעים, טיפול פליאטיבי ואפשרות לעריכת ביקורי בית פעמיים שלוש במהלך היום.

לצורך הפעלת התכנית גויסה אחות קשר, שלמדה גרונטולוגיה, והיא הוצבה בחדר מיון מדי יום בין השעות 8.30 בבוקר עד 7.00 בערב. תפקידיה היו:

- א. לזהות מועמדים פוטנציאליים דרך מערכת המידע;
- ב. לקבוע זכאות המועמד בהתאם לקריטריונים שהוגדרו;
- ג. הערכת המועמד בכלים רב-ממדיים;
- ד. קישור בין צוות חדר המיון לבין הרופא המטפל בקהילה לגבי תכנית טיפול;
- ה. פיתוח תכנית טיפול בשיתוף עם ספקי השירות למענה מהיר.

השירות למענה מהיר ארגן תחבורה מחדר המיון לביתו של החולה וסיפק טיפול סיעודי אינטנסיבי קצר מועד בקהילה. כמו כן, ארגן את שירותי הבריאות תוך מספר שעות מרגע שחרור החולה מחדר המיון או מרגע ההפניה של הרופא המטפל בקהילה. שירות זה נמשך 5 ימים לכל היותר, שבמהלכם מתאם הטיפול (לרוב היתה זו אחות) התייעץ עם הרופא המטפל לגבי הצורך להמשיך את הטיפול למשך מספר ימים נוספים, להפנות את הזקן לשירותים אחרים בקהילה לצורך מעקב ותמיכה, או לשקול אופציות אחרות כמו אשפוז בבית חולים, respite, או השמה במוסד סיעודי. מאחר והתכנית נשענת על שירותים קיימים, נמנעת גם כפילות בשירותים. התכנית לוותה במחקר הערכה וממצאיה הראו כי התכנית שירתה בעיקר את הזקנים ביותר (80% היו מעל גיל 75), יותר ממחציתם גרו לבד, נפילות היו הסיבה העיקרית לפניה ואצל שליש מהמטופלים התכנית מנעה את הצורך באשפוז. התכנית הוכחה ככדאית מבחינת עלות תועלת. שני שליש מאלה שהתקבלו לתכנית לא קיבלו קודם לכן שירותים קהילתיים ולאחר ההשתתפות בתכנית שני שליש הועברו לטיפול של שירותי הבריאות הקהילתיים הרגילים או לשירותים תומכים. 85% מהמשתתפים בתכנית הביעו שביעות רצון ממנה. גם הרופאים שהיו מעורבים וגם המטופלים העיקריים הביעו רמת שביעות רצון רבה מהתכנית.

מודלים דומים של תכניות ביניים (intermediate care) ושל צוותים למתן מענה מהיר (rapid response teams) פותחו גם במדינות האיחוד האירופי כמו באנגליה, המתמקדים בעיקר בשיקום ובהסדרים ידיוותיים לאחר אשפוז, כמו מתן יעוץ והתאמת הדיור כדי לאפשר מעבר קל יותר הביתה לאחר אשפוז (Marin, Leichsenring, Rodrigues & Huber, 2009; Mason et al., 2007).

ג.2.3. מרכזי יום

מרכזי היום נועדו לקדם את בריאותם ורווחתם של זקנים מוגבלים בתפקודם, לחזק את עצמאותם של המשתתפים, לשמר את תפקודם, לספק להם מסגרת חברתית, למנוע או לדחות מיסוד, ובמקביל גם לאפשר מנוחה/הפוגה (respite) למטפלים הבלתי פורמאליים (Fitzpatrick, Gitelson, Andereck, & Mesbur, 2005). מרכזי היום המסורתיים מחולקים ל-3 מודלים עיקריים: חברתי, רפואי ומשולב (Dabelko & Zimmerman, 2008; Van Beveran & Hetherington, 1997). המודל הרפואי כולל: הערכה, טיפול ושיקום. המודל החברתי מתרכז בסוציאליזציה ומניעה, ואילו המודל המשולב מכיל אלמנטים משני המודלים האחרים, תלוי בצרכים האישיים של הלקוח. יש גם מרכזי יום המתמקדים באוכלוסיות מיוחדות, כמו חולי אלצהיימר. בארה"ב, למשל, 37% ממרכזי היום פועלים לפי המודל החברתי, כאשר 20% מתוכם מיועדים לתשושי נפש בלבד, ומודל ההפעלה השכיח ביותר הוא המודל המשולב (42%) לעומת המודל הרפואי (21%) (Nadash, 2003; RWJ, 2003).

מחקרים שנערכו בישראל מצביעים על כך כי מרכזי היום פועלים בעיקר לפי המודל החברתי ומשרתים בעיקר זקנים ברמת מוגבלות קלה עד בינונית וממעמד סוציו אקונומי נמוך, בעוד שזקנים ברמות תפקוד ירודות יותר אינם מגיעים כמעט למרכזי היום (באר, 1994, Iecovich & Carmel, 2010). זאת ועוד, קיימים מספר מרכזי יום לתשושי נפש, אולם מספרם של אלה מצומצם, כך שלרוב תשושי הנפש החיים בקהילה אין מענים קהילתיים הולמים (ורטמן ועמיתיו, 2005). יש לציין כי בשנת 2008 פורסמו הוראות של משרד הרווחה (תע"ס) המחייבות מרכזי יום להעסיק אחיות, מרפאים בעיסוק, פיזיותרפיסטים ודיאטנים, כדי לפתח את הנושאים הקשורים במניעה וקידום בריאות ויש אף מרכזים המספקים יעוץ גריאטרי (אשל, 2008).

מרכזי היום החלו להתפתח לפני כ-3 עשורים והפכו להיות שירות ליבה במערכת השירותים הקהילתיים לזקנים (Ransom, 1994), אך למרות היותו כזה נעשה בו שימוש מצומצם במדינות שונות. למשל, בארה"ב השימוש בשירות זה מצומצם יותר מכל יתר השירותים התומכים (Li, Edwards, & Morrow-Howell, 2004). רוב מרכזי היום בארה"ב מספקים שירותי בריאות ותכניות לקידום בריאות כמו: בקרת משקל, לחץ דם ומתן תרופות. ברובם מסופקים גם תכניות חברתיות, טיפול אישי, ארוחות, טיפול היגיני, סיוע בהליכה ושימוש בעגלת נכים. רק בשליש מהם ניתנת רחצה ובמיעוטם ניתן גם טיפול שיניים, פודיאטריה, רופא עיניים. במחציתם ניתנים שירותי סיעוד כמו האכלה בצנתר (tube), טיפול בפצעים, קטטר ועוד.

חלק גדול ממרכזים אלה עברו שינויים עם הזמן. כיום, חלק גדול ממרכזי היום בארה"ב משמשים מרכזים רב-שירותיים, שבהם קיימות תכניות של קידום בריאות ופעילות לשמירת כושר (wellness), המהוות תכניות ליבה במרכזים אלה, כאשר המודל של "בריאות ושמירת כושר" הולך ומתרחב במהירות במרכזים אלה (Beisgen & Kraitchman, 2003; Hayunga, 2004; Pardasani, 2005; Sporre, & Thompspon, 2008; Ryzin, 2005). בין היתר מושם דגש על מניעת נפילות, צמצום

תאונות (Campbell & Baker, Gottschalk, & Bianco, 2007; Li et al., 2008), מעקב סיעודי (Sarkisian, Prohaska,) הליכה נכונה (Li et al., 2008), פעילות פיזית כמו טאי צ'י (Aday, 2001), ריקודי שורה (Hayes, 2006), הרגלי תזונה בריאים וניהול עצמי של מחלת הסוכרת (Hendrix et al., 2008a; Hendrix et al., 2008b). כל אלה נמצאו בעלי השפעה מטיבה על בריאותם של המשתתפים. יש לזכור כי הזקנים של היום הם שונים מבחינת השכלתם, צרכיהם החברתיים ובהיבטים אחרים מהזקנים שהגיעו למרכזי היום לפני שני עשורים או פחות ולכן יש להם גם ציפיות שונות. במרכזי היום גם דבקה הסטיגמה שהם משרתים קשישים מוגבלים בלבד. זאת ועוד, מרכזי היום פועלים במתכונת שאינה מאפשרת חופש בחירה למשתמשים בהם (למשל, אפשרות להגיע לפעילויות ספציפיות בלבד, או להגיע בשעות מאוחרות יותר ולסיים בשעה מאוחרת יותר).

מחקר חדש (Pardasani & Thompson, 2010) זיהה 6 מודלים של מרכזים לזקנים בארה"ב: המרכז הקהילתי, מרכז הכושר, מרכזים ללמידה מתמשכת ואמנות, מרכזים לרצף טיפול, מרכז יזמי ותכנית קפה (cafe program). מודלים אלה שונים זה מזה בפרופיל האוכלוסיות שמגיעות אליהם, ביעוד הארגוני של המרכז, מבנה תכנית הפעילות, דפוסי הפעלה ומקורות מימון, כמפורט להלן:

א. פרופיל המשתמשים – המרכז הקהילתי מתמקד בפעילות רב-דורית ורב-גילית, שבה יש תכניות נפרדות וגם משותפות לקבוצות גיל השונות. המודל של רצף טיפול מתמקד רק בזקנים ברמות שונות של הזדקנות ותפקוד ואילו יתר ארבעת סוגי המרכזים מתמקדים בעיקר באנשים בריאים וניידים מעל גיל 50. הדגש בכולם הוא על משיכת אנשים צעירים יותר שלא הגיעו למרכזי היום המסורתיים.

ב. חזון ארגוני – כל המודלים מספקים סביבה לסוציאליזציה, תמיכה חברתית, מקור מידע, וקשרים בינאישיים. יחד עם זאת, יש דגשים שונים לכל אחד. המודל של המרכז הקהילתי נועד בעיקר לאפשר קשר בין-דורי והשתתפות בתכניות שאינן מיועדות רק למבוגרים וע"י כך למנוע סגרגציה וסטיגמה. יתר המודלים מיועדים למבוגרים, כשחלקם מיועד לשפר את הבריאות (כמו מרכזי הכושר), גירוי אינטלקטואלי ויצירתיות (כמו המודל של למידה מתמשכת ותכנית הקפה), ואילו המודל של רצף טיפול מיועד לקידום בריאות בשלבים השונים של ההזדקנות ואספקת שירותים בהתאם לצרכים המשתנים עם העלייה בגיל. המודל היזמי מתמקד במעורבות אזרחית, התנדבות וגיוס משאבים שיש בידי אנשים מבוגרים, כמו מומחיות וניסיון.

ג. תכנית הפעולה של המרכז – חוץ מתכנית הקפה (הפתוח עד שעות הערב המאוחרות), כל המרכזים מציעים טווח רחב של פעילויות, החל מתחביבים ופעילות יצירה, המשך לפעילות תרבותית, מופעים, טיולים, ארוחות, משחקים, מידע, חינוך לבריאות, בדיקות סינון, ספורט, ועוד. מרכזי הכושר מעצם טבעם מתמקדים בבניית כושר וקידום בריאות ואילו מרכזי הלמידה מתמקדים ברכישת ידע. המודל של רצף טיפול, שהוא למעשה מרכז רב שירותי, מספק, בנוסף לפעילות נופשה וקידום בריאות, גם מענה לצרכים של זקנים המוגבלים בתפקודם והשירותים מסופקים במרכז או בביתו של הזקן, כמו: ארוחות, טיפול רפואי בבית, עזרה ביתית, טיפול

רפואי, סיעודי ופיזיותרפי, ושירותים אחרים המאפשרים לזקן להישאר בביתו, כפי שידון בהמשך.

ד. שעות פעילות – בעוד שרוב המרכזים המסורתיים פועלים מספר שעות מצומצם ביום, בעיקר בשעות הבוקר עד הצהריים והם סגורים בסופי שבוע ובחגים, הרי רוב המודלים שהוצגו לעיל פתוחים כל שעות היום, חלקם עד שעות מאוחרות וגם בסופי שבוע.

אחת הביקורות (Dabelko & Zimmerman, 2008) על מרכזי היום במתכונתם המסורתית היא שהם נותנים שירותים סטנדרטיים לכל אחד מהמשתתפים, כאשר אין תכנית מוגדרת וכלים למדידת מטרת, יעדים ותוצאות צפויות במצב התפקודי והפסיכו- חברתי של המשתתף כתוצאה מהטיפול והשירותים שהוא מקבל במרכז.

מחקרי הערכה – מחקרים שונים הצביעו על כך שמבקרים במרכזי יום דווחו על רווחה נפשית טובה יותר (Gitelson et al., 2005), על פחות דיכאון (Choi & McDougall, 2007) ורמות לחץ (Farone, Fitzpatrick, & Tran, 2005) לעומת זקנים שלא ביקרו במרכזי יום. מרכז היום מילא תפקידים חשובים במתן תמיכה חברתית, יצירת קשרים חברתיים ותרם לקידום בריאותם ושמירת תפקודם של רוב (90%) המבקרים בהם (Aday, 2003).

מחקר איכותני חדש (Dabelko-Schoeny & King, 2010) בדק את ההתנסויות וההשפעות של מרכז היום על המשתתפים ומצא כי החוויות המשמעותיות ביותר היו הקשרים החברתיים שנוצרו עם משתתפים אחרים, הקשר עם הצוות והנאה מהשתתפות בפעילויות ומשירותים. ההשתתפות במרכז היום תרמה לרווחה הנפשית מבחינת צמצום הבדידות החברתית ותחושות חרדה ודיכאון וצמצום הנטל והתלות בבני משפחה. מחקר אחר (Fitzpatrick, McCabe, Gitelson, & Andreck, 2005), שבדק את הגורמים המשפיעים על תפיסת התועלת משימוש במרכזי יום, מצא כי שימוש רב יותר במרכז נעשה כאשר התכניות שהתקיימו במרכז כללו **תכניות לקידום בריאות** וענה לצרכי הבריאות והחברה של המשתתפים. יחד עם זאת, מחקר הערכה שבדק את המידה שבה השימוש במרכז יום תרם להקלת נטל הטיפול על מטפלים עיקריים בשש מדינות באירופה החברות באיחוד האירופי (EUROFAMCARE) (Lamura et al., 2008), מצא כי השימוש במרכז יום היה נפוץ רק בשבדיה ובאנגליה, אבל גם שם הוא לא נתן מענה לצרכים של בנות עובדות שלא גרו עם הזקן. כלומר, השירות כנראה אינו נותן מענה מספק לקבוצה זו של מטפלים עיקריים.

2.4.ג מרכזים רב שירותיים לזקנים

אחד המודלים של שירותים קהילתיים לזקנים המוגבלים בתפקודם הוא מרכז רב שירותי אשר בו מקבל הזקן מענה למכלול צרכיו המגוונים והאישיים תחת קורת גג אחת. זהו למעשה מודל הנשען על מרכז היום, אך מספק מגוון הרבה יותר רחב של שירותים לא רק למבקרים במרכז היום, אלא גם לקבוצות יעד נוספות של זקנים, כולל עצמאיים בתפקודם וגם בני משפחות המטפלים בזקנים.

במדינות שונות בעולם המערבי פותחו תכניות שונות שמטרתן מתן מענה למכלול צרכיו של הזקן בנקודת שירות אחת (one stop shop). להלן מספר דוגמאות:

תכנית ה-PACE (Program for All-Inclusive Care of the Elderly) – תכנית זו פותחה באמצעות קרן ווד ג'ונסון (WJF, 2007) בארה"ב, אשר משמשת מנהיגה בקידום תכניות בהיקף מצומצם ותומכת בפיתוח מודלים חדשניים להפעלת שירותים לאחר שהוכחה הצלחתם. תכנית ניסיונית זו, שהחלה לפעול לפני כשני עשורים, נחשבת היום שירות אפקטיבי וכוללני לטיפול ממושך הנתמך על ידי הממשלה הפדראלית. קרן זו בנתה תכנית לשילוב בין שתי תכניות שונות: ה-Medicare וה-Medicaid כשהאחת עוסקת בטיפול אקוטי והשניה בטיפול ממושך. תכנית זו משמשת כיום מודל לשילוב טיפול ברמה לאומית (Hansen, 1999; Lee, Eng, Fox, & Etienne, 1999; Kane, 1999). התכנית, שפעלה בין השנים 1987-1997 כמודל ניסיוני וצמחה מתוך תכנית אחרת בשם On Lok בסן פרנסיסקו (Kodner, 2000), פועלת כיום ב-21 מדינות בארה"ב ומקיפה כ-60 סניפים (Hirth, Baskins, & Dever-Bumba, 2009). התכנית נועדה לאגם את המשאבים של הקרנות השונות של הביטחון הסוציאלי (Medicare ו-Medicaid), על מנת לספק רצף של שירותים לאנשים המוגבלים בתפקודם ובעלי צרכים רבים, ול"תפור" חבילת טיפול אישית לכל זקן. מכאן גם הגמישות הקיימת בתכנית. התכנית מתבססת על העקרונות הבאים (Kodner & Kyriacou, 2000):

- ניהול טיפול ארוך טווח;
- צוות טיפול רב-מקצועי;
- פילוסופיה גריאטרית, הדוגלת בגישה הוליסטית לטיפול בזקנים עם דגש על טיפול ראשוני, עבודה בצוות רב-מקצועי, תמיכה פסיכו-סוציאלית, ומניעה;
- מתן דגש על תפקידו המרכזי של רופא המשפחה;
- תיאום אופקי ואנכי בין נותני השירותים;
- הגדרה מדויקת של אוכלוסיית היעד וקביעת מכסת מטופלים;
- מנגנונים לאיגום משאבים כדי להבטיח גמישות טיפולית ואדמיניסטרטיבית.

מטרת הטיפול היא לייצב מצבים רפואיים כרוניים ולמקסם מצב תפקודי ע"י איתור מחלות וטיפול בהן בשלב מוקדם. התכנית מיועדת לזקנים מוגבלים, הזכאים לסידור במוסד סיעודי. התכנית מופעלת בעיקר באזורים עירוניים שהמרחק הגיאוגרפי מריכוזי זקנים הוא לא רב ומאפשר לזקנים להגיע למרכז הרב שירותי, הכולל גם מרפאה, לצורך טיפולים שניתנים 24 שעות ביממה (Coleman, 2000). התכנית כוללת צוותים בין-מקצועיים ולא מקצועיים, העובדים בארגון אחד, המספק טווח רחב ביותר של שירותים (Doyle & Masland, 1997; Gong & Greenwood, 2003; Mui, 2001). שירותים אלה כוללים: ביקורי רופאים, הנפקת מרשמי תרופות, שירותי שיקום (פיזיותרפיה, ריפוי בעיסוק, קלינאי תקשורת), מטפלות בית, אשפוז בבית חולים, טיפול מוסדי סיעודי לפי הצורך, התערבות סוציאלית, ניהול טיפול, נופשון או סיעוד ביתי מורחב, שירותי אמבולנס ומעבדה. שירותים

אלה מיועדים לאפשר לזקנים מוגבלים להישאר בבתייהם ולהוות אלטרנטיבה לסידור מוסדי והוא למעשה נותן מענה לכל צורך של הזקן, החל מאשפוז בבית חולים ועד לטיפול בבית. לתכנית אחריות כספית לכל השירותים המניעתיים, ראשוניים, אקוטיים וטיפול ממושך (Mukamel et al., 2006).

תהליך הטיפול מתחיל בשימוש בכלי הערכה כוללניים, שבו כל דיסציפלינה אוספת מידע על כל האספקטים הבריאותיים והתפקודיים של הזקן. על בסיס מידע זה נערכת לכל זקן תכנית טיפול אישית, המבוצעת ומיושמת ע"י צוות רב מקצועי הכולל: רופא, אחות עובד סוציאלי, פיזיותרפיסט, מרפא בעיסוק, תזונאי, פודיאטר, פסיכיאטר, ובמקרים מסוימים גם רוקח ואיש דת. בצוות יש גם עובדים פרה-מקצועיים, כמו מטפלות ונהגים לשירותי הסעה. השירותים המסופקים ניתנים ללא הגבלת זמן או היקף ואין צורך בהשתתפות כספית עצמית של המשתתף בתכנית. הזכאות היא לאנשים מעל גיל 55 הגרים באזור התכנית וזכאים להשתתף בתכנית ה-Medicaid⁵.

מחקרים (למשל, Trice, 2006) שרטטו את הפרופיל של אוכלוסיית היעד ומציינים כי רק 5% מהמשתתפים נזקקים לטיפול במוסד סיעודי, למרות שהם מאופיינים כקבוצה בסיכון גבוה למיסוד והם לא השתמשו בשירותי אשפוז במידה רבה יותר, למרות תחלואה רבה. אחוז גבוה (45%) מביניהם נפטר בבית, לעומת רק 20% מקרב אלה שאינם משתתפים בתכנית. גם מבחינת עלות-תועלת התכנית הוכחה כזולה יותר, לעומת טיפול רגיל שניתן למי שלא השתתף בתכנית. התכנית משרתת בעיקר אוכלוסיה ענייה ולכן אלה הנמנים על המעמד הבינוני והרוצים להשתתף בתכנית זו נדרשים לשלם מכיסם כ-3,000 דולר לחודש. זו אחת הסיבות העיקריות מדוע השירות לא התרחב לאוכלוסיה זו.

מספר מחקרי הערכה (Kodner, 2000) מדווחים כי התכנית היתה מאוד אפקטיבית כמכניזם לשילוב שירותים ואיגום תקציבי, אפשרה גמישות, רצף טיפולי וגישה אינדיבידואלית למטופל, חסכה באשפוזים ובהשמה מוסדית ועלויותיה לתכנית ה-Medicare היו נמוכות בין 16%-38%, לעומת ההוצאה על אלה שלא השתתפו בתכנית. מחקר נוסף (Kane, Homyak, Bershadsky, & Lum, 2002), שהשווה בין משתתפי התכנית לבין קבוצת ביקורת מצא כי בני המשפחה של משתתפי תכנית PACE היו מרוצים יותר מאשר משפחות מקבוצת הביקורת והם הצביעו על תיאום רב יותר בין השירותים. יחד עם זאת, לא נמצאו הבדלים רבים בשביעות הרצון של הלקוחות בין שתי הקבוצות בפרמטרים האחרים, מה שמצביע על כך כי בס"ה השפעת תכנית ה-PACE היא מוגבלת מבחינת תוצריה. מחקר הערכה נוסף (Mukamel et al., 2006) מצא כי ככל שעבודת הצוות (תקשורת, הנהגה, פתרון קונפליקטים, תיאום) היתה טובה יותר, כך הושגו תוצאות בריאותיות טובות יותר למטופלים.

מודל ה-CHOICE – למודל זה, הפועל במדינת ניו יורק (Fisher & McCabe, 2005), יש מספר מטרות: א. להרחיב את אפשרויות הבחירה לשירותים לטיפול ממושך עבור נזקקים לטיפול ממושך ולבני משפחותיהם; ב. להעלות את רמת שביעות הרצון של הלקוחות ע"י מערכת אספקת שירותים

⁵ התכנית ניתנת על בסיס מבחן אמצעים ומיועדת לאוכלוסיה ענייה בעיקרה.

גמישה; ג. לשפר את מצב הבריאות של הלקוחות; ד. לטפח עצמאות ושיפור התפקוד. ה; לצמצם הוצאות של תכנית ה-Medicaid. חוק המימון והטיפול הממושך משנת 1997 אפשר פיתוח מודל גמיש של ניהול טיפול ממושך.

טווח השירותים הניתנים במסגרת המרכז הרב שירותי הוא רחב וכולל שירותים בבית ובקהילה אשר אספקתם מתואמת:

א. טיפול רפואי-סיעודי בבית, עבודה סוציאלית, שירותי שיקום אמבולטוריים, תזונה וארוחות המסופקות הביתה, מרכזי יום רפואיים וחברתיים, אביזרי עזר כמו הליכונים, מאחזי יד בחדרי שירותים, עגלות נכים, מיטות בית חולים, מוצרי ספיגה, ציוד הנשמה, שירותים פרה-מקצועיים, הכוללים טיפול אישי ועזרה ביתית, תחבורה לצרכים רפואיים, מערכת קריאת חרום, התאמה סביבתית כמו: רמפות או מעקות.

ב. שירותי בריאות אמבולטוריים הכוללים טיפולי שיניים, אופטומטריה, פודיאטריה ואודיולוגיה. ההצטרפות לתכנית היא וולונטרית ואנשים יכולים לעזוב התכנית כל אימת שהם רוצים בכך. זכאים להתקבל לתכנית מי שזכאים לטיפול סיעודי בבית לאחר שעברו הערכה, זקוקים לטיפול ממושך למשך 120 יום לפחות, יכולים להישאר בביתם, זכאים ל-Medicaid ומטופלים ע"י רופא, שמוכן לשתף פעולה עם התכנית. הלקוח ומשפחתו שותפים בתהליך תכנון הטיפול. הפילוסופיה של הטיפול הוא מיקוד בלקוח, תוך מתן טיפול כוללני המתייחס לצרכים חברתיים, סביבתיים, פיזיים ורפואיים ותוך שילוב שירותים אקוטיים וטיפול ממושך, ושיתוף פעולה ותיאום הטיפול בצוות רב מקצועי. דרך התכנית המשתתף מופנה לאחות יועצת, אשר משמשת עבורו מנהלת טיפול וכתובת אחת לכל השירותים, ללא קשר למסגרותיהם. מובטח גם רצף טיפול כאשר המטופל מאושפז בבית חולים.

קנדה – מודל ה-SIPA (Systeme de soins Integres pour Personnes Agees), שפותח בפרובינציה של קוויבק, כולל שירותי בריאות ורווחה הניתנים באמצעות צוותים רבמקצועיים הממומנים על ידי תקציב המדינה. במסגרת זו הוקמו ברחבי הפרובינציה 147 מרכזים רב שירותיים שכונתיים, הנקראים CLSC (*Centre Local de Services Communautaires*), והם המספקים שירותי בריאות ורווחה תחת קורת גג אחד. מחקר (Beland et al., 2006a; Beland et al., 2006b), שבדק את תפוקות השירות הזה, לעומת קבוצת ביקורת שטופלה על ידי מערכת השירותים הרגילה, הראה כי מודל זה הצליח לשנות את התבנית של הטיפול והביא מחד לצמצום ניכר באשפוז אקוטי ובהשמה מוסדית, ומאידך להרחבת הטיפול הקהילתי. זאת מבלי להביא לשינוי בגובה עלויות הטיפול בממוצע למטופל. כמו כן, הדבר הביא לשיעור רצון גבוהה יותר בקרב המטופלים העיקריים. מחקר משווה (Kodner, 2006) בין מודל זה למודל PACE האמריקאי מגלה 4 מרכיבים מרכזיים בשתי התכניות:

- ארגון גג המגדיר אינטגרציה ברמה האסטרטגית, ניהולית ואספקת השירות הישיר; עידוד ותמיכה בעבודה משותפת; הבטחת פעילות יעילה ובקרה לאבטחת איכות ולחסכון בעלויות;
- ניהול טיפול רב-מקצועי הכולל הערכה ותכנון הטיפול; נקודת כניסה אחת למערכת וקביעת סל שירותים תוך תיאום וחלוקת תפקידים בין אנשי הצוות;

- רשתות ספקים הפועלות לפי פרוצדורות סטנדרטיות, תכניות הכשרה משותפות, מערכות משותפות להעברת מידע;
- תמריצים כלכליים כדי לקדם תכניות מניעה, שיקום ויעילות.

ג.3. הסדרים ושירותים המיועדים לתמוך במטפלים עיקריים

רוב המשפחות (90%) ממלאות תפקיד מרכזי בטיפול בזקנים מוגבלים (Gibson & Redfoot, 2007) ומספקות 80% מהשירותים לטיפול ממושך (Becker & Webbe, 2008). יחד עם זאת, הגידול הצפוי במספר הזקנים המוגבלים בתפקודם וזקוקים לעזרה, לצד תהליכים סוציו-דמוגרפיים (כמו: קיטון בילודה, יציאת נשים לעבודה) עלולים לצמצם את מספר המטפלים הפוטנציאליים בזקנים ואת יכולת המשפחה לתת מענה לצרכים אלה בטווח הארוך (Friedland, 2004). הטיפול בזקן מהווה נטל העלול לפגוע בבריאותם הפיזית והנפשית של המטפלים וברוחותם (Pinquart & Soerenen, 2004). כשמדובר במטפלים עובדים הדבר עלול לפגוע בהם גם כלכלית בשל הצורך לצמצם בשעות עבודה או היעדרויות ממנה. זאת ועוד, מחקרים מראים (למשל, Lamura et al., 2008) כי משפחות נתקלות במספר בעיות מרכזיות: חוסר מידע, קושי בנגישות לשירותים והתמצאות בהם (קשיים בירורקרטיים, פיצול בין שירותים), קושי לממן שירותים ובעיות באיכות השירות. ההכרה בתפקיד המפתח שממלאים בני משפחה בישום מדיניות ההזדקנות במקום, הביאה מדינות שונות להכיר בקשיים של משפחות אלה ולפתח אסטרטגיות ותכניות שונות כדי לתת מענה לצרכי המטפלים, על מנת לתמרץ אותם למלא תפקיד זה לאורך זמן. בעקבות מדיניות זו קמו חברות שונות, המציעות סל שירותים רחב לזקן ולמטפל העיקרי בו. דוגמה לחברה קנדית המספקת שירותים כאלה ניתן לראות בנספח ב'. נסקור להלן את האסטרטגיות העיקריות שפותחו במדינות שונות ביחס לסיוע ותמיכה בבני משפחה מטפלים.

ג.3.1. הערכת צרכים ושירותים למטפלים

ההכרה בתפקיד המרכזי שממלאות משפחות בטיפול ממושך בזקן הביא מדינות שונות באמריקה הצפונית ובאירופה להתייחס לצרכים של המשפחה המטפלת. בארה"ב (Administration on Aging, 2010) קיבל הנושא ביטוי מחייב בחוק האזרחים הותיקים משנת 1965, בתיקון לחוק משנת 2000 סעיף 371, בתכנית הנקראת The National Family Caregiver Support Program (NFCSP) (ראה נספח ג). התכנית, הרואה במטפלים בלתי פורמאליים גם ספקי שירותים וגם לקוחות (Giunta, 2010), מעניקה למדינות תקציבים באופן יחסי לשיעור הזקנים בני 70 ומעלה בכל מדינה, כדי לתמוך בבני משפחה ובמטפלים בלתי פורמאליים (בעיקר כאלה שהם גם עובדים), המטפלים בזקנים בבית ובכך מאפשרים להם להזדקן במקום. השירותים המסופקים במסגרת התכנית למטפלים מבני המשפחה ושנועדו לאפשר למטפלים בלתי פורמאליים לצמצם נטל ועקה, כוללים 5 סוגי שירותים עיקריים:

א. מידע אודות שירותים, בעיקר דרך האינטרנט (כמו: eldercare locator);

- ב. עזרה בנגישות לשירותים ;
- ג. יעוץ אישי, קבוצות תמיכה, הדרכת מטפלים ;
- ד. שירותי מנוחה/הפוגה (respite) במסגרת הבית, במרכז יום או במסגרת מוסדית, כולל בסופי שבוע או בלילות ;
- ה. שירותים משלימים כמו שירותי תחבורה, התאמות בדירה.

במהלך 4 השנים שחלפו מאז שהתקבל התיקון בחוק הגיעה ההוצאה הכוללת על התכנית לכ-155 מליון דולר בשנה. בעקבות תכנית זו קמו ארגונים וקואליציות שונות ברחבי ארה"ב, שמטרתן לסייע למטפלים בלתי פורמאליים. במחקר (Feinberg & Newman, 2004), שנערך ב-10 מדינות בארה"ב על ישום תכנית זו, נמצא כי ההתייחסות לאוכלוסיית המטפלים הבלתי פורמאליים כאוכלוסיית לקוחות היא פרדיגמה חדשה לרבים מנותני השירותים והגיעו למסקנה כי תמיכה במשפחה צריכה להיות מטרה ברורה בפני עצמה של מערכת הטיפול הממושך.

באנגליה ההכרה בצרכי המטפלים הביאה לפיתוח שירותים עבור אוכלוסיית יעד זו, במקביל להתפתחות המדיניות כלפי זקנים מוגבלים (Glendinning et al., 2009). למשל, בשנת 1995 התקבל חוק, המקנה למטפלים את הזכות להערכת צרכיהם הם וקשרה חובה זו עם הערכת הצרכים של הזקן המטופל המוטלת על הרשויות המקומיות. בשנת 2004 נחקק חוק המטפלים (Carers Equal Opportunities Act 2004) שנועד להבטיח כי המטפלים ידעו את זכותם להערכת צרכים ויפיה את כוחן של הרשויות המקומיות לגייס סיוע בשירותי דיור, בריאות וחינוך כדי לתמוך במטפלים ולכלול אף השכלה ופנאי בהערכת צרכיהם. למשל, בשנים 2006-2007 מתוך 353,000 מטפלים שעברו הערכת צרכים, 315,000 קיבלו שירות כלשהו בעקבות הערכת צרכיהם, כאשר רובם קיבלו שירותים ספציפיים וחלקם שירותי מידע בלבד. אולם, הדבר גם מעלה שאלות כמו: עד כמה הערכת הצרכים של המטפלים צריכה להיות נפרדת מזו של הערכת צרכי המטופל או שעליה להיות חלק ממנה? האם יש לכלול את הצרכים של המטפלים בתוך התקציב האישי של הזקן או שיש לתת למטפלים תקציב אישי נפרד? מה תהיינה ההשלכות של מתן תקציב אישי למטפל על מערכת היחסים שבין המטופל למטפל? דו"ח מחקר, העוסק בסוגיות שונות הקשורות לתמיכה במטפלים ניתן למצוא באתר האינטרנט:

<http://www.york.ac.uk/inst/spru/research/pdf/IBSENCarersRep.pdf>

חקיקה זו לטובת מטפלים באנגליה הינה חלק ממערך הרבה יותר רחב של שינויי חקיקה בחוקים שונים, שמטרתם לסייע לבני משפחה שמטפלים בזקנים (Yeadle & Fry, 2010). מחקר (Fry, Price, & Yeandle, 2009) שבדק את ישום החוק לגבי מטפלים מצא כי השירותים, שסופקו לבני משפחה מטפלים במסגרת זו, כללו מגוון רחב ביותר של סיוע כמו:

1. חופשה מחוץ לבית או שמרסב בתוך הבית כשירות respite, כולל בסופי שבוע ובלילות ושעות פתיחה ארוכות יותר של מרכזי יום;

2. יעוץ ומידע לגבי פעילויות ואירועים (למשל, יום זכויות המטפל);
3. שירותי מידע, יעוץ וסינגור;
4. פעילויות ותרפיות למטפלים (כמו הרפיה);
5. תמיכה למטפלים עובדים;
6. הערכת צרכים של מטפלים;
7. תכניות לשעת חירום – כמו חלוקת כרטיס חירום שאותו נושא המטפל ושאותו הוא יכול להציג במקרה של תאונה או פציעה כדי שידאגו למטופל שנמצא בבית;
8. מתן תקציב גמיש למטפל העיקרי, שמאפשר שיקול דעת לגבי השימוש בו לצרכים שונים כמו: לימוד נהיגה, סיוע בדקורציה וסיוד הבית, רכישת טלפון סלולארי כדי לשמור על קשר עם הזקן, מימון תחביבים של המטפל כמו: ציוד לדייג או תיפוף על תופים;
9. הכשרה לאנשי מקצוע, כדי לפתח מודעות לגבי צרכי המטפלים, בעיקר במערכת הבריאות;
10. "קוים חמים" לצורך מתן יעוץ ומידע בשפות שונות ואפשרות גם להתכתב בדואר האלקטרוני, למשל, האתרים הבאים נועדו לתמוך במטפלים:
http://www.direct.gov.uk/en/D11/Directorries/DG_10011166.
<http://www.ageconcern.org.uk/AgeConcern/contactus.asp>
<http://www.carershelpline.co.uk/>
- רשימה של אתרי אינטרנט נוספים לבני משפחה מטפלים ניתן למצוא בנספח ג לדו"ח המחקר של Yeadle & Fry (2010).
11. תשלום עבור הוצאות נסיעה כדי להגיע לפגישות;
12. יעוץ ותמיכה דרך רשת האינטרנט – כמו פורומים שונים באינטרנט. דוגמאות לכך כזה ניתן למצוא באתרים:
http://www.dh.gov.uk/en/SocialCare/Deliveringadultsocialcare/Carers/DH_079500
<http://www.mencap.org.uk/discussion.asp?id=2275>.
http://www.frg.org.uk/gpforum/forum.asp?FORUM_ID=3.
13. מתן שוברים לכניסה חופשית לפעילות פנאי, נופשה ולהתעמלות;
14. פיתוח מוקדים שבהם ניתן לקבל מענה לצרכים השונים (one-stop shop), כמצוין למעלה (מרכזים רב-שירותיים);
15. "זמן עבורי" – פיתוח חוגים מיוחדים למטפלים כמו הרפיה, תמיכה, עזרה ראשונה, טיפוח היופי וכד'.

מחקר שנערך ב-6 מדינות באיחוד האירופי (EUROFAMCARE) (Lamura et al., 2008) מצא כי אחת האסטרטגיות להקל את נטל הטיפול של בני משפחה היא להביא כמה שיותר שירותים לתוך ביתו של הזקן, על מנת להקל על המשפחה את הצורך בביצוע משימות כמו: היסעים, המתנה בתורים וכו'. בגרמניה נמצא שקיים שימוש גובר בשירותי מידע ויעוץ והדרכה במיצוי זכויות, שירותים והטבות. קבוצות לעזרה עצמית נפוצות יותר בגרמניה, בריטניה ובמידה מסיימת גם בשבדיה, ואילו

respite בבית נמצא שכיח יותר בשבדיה. באף אחת מהמדינות הללו לא ניתן דגש על הערכת הצרכים של המטפלים העיקריים ולא על תכניות הכשרה עבורם. מטפלים עיקריים ציינו מספר גורמים קריטיים עבורם לשימוש בשירותים: א. גמישות ונגישות לשירות ו-ב. שהעובדים יתייחסו בכבוד לזקן. זו, למשל, הסיבה לתופעה הנפוצה של העסקת מטפלים זרים באיטליה, הנתפסים כפי שנותנים יחס של כבוד לזקנים. קבוצת יעד מרכזית וספציפית הזקוקה לסיוע היא בנות שהן מטפלות עיקריות וגם עובדות שאינן גרות עם הזקן. אצלן רמת השימוש בשירותים הקיימים נמצאה הנמוכה ביותר.

ג.3.2. מתן גמלאות כספיות עבור הטיפול

דרך נוספת לתגמל מטפלים עיקריים היא באמצעות מתן גמלאות טיפול או דרך מתן גמלאות בכסף לזקן שבאמצעותן הוא יכול לשלם למטפל העיקרי. במספר מדינות באירופה ובאוסטרליה, אחת הדרכים לסייע למטפלים, ואשר קיבל מומנטום בשנים האחרונות, הוא מתן גמלאות כספיות (cash-for-care benefits, attendance allowances) המשולמים ישירות למטפלים. על המדינות המשלמות גמלה למטפל נמנות: אירלנד, פינלנד, לוקסמבורג, נורבגיה, סלובניה, סלובקיה, שבדיה ואנגליה (Saltman, Dubois, & Chawla, 2006). בנוורבגיה ובדנמרק, למשל, משנות השמונים משלמות העיריות למטפלים בלתי פורמאליים (בני המשפחה ושכנים) עבור הטיפול בזקן ובחלק מהעיריות הם מועסקים אפילו כעובדי העירייה, ואף מקבלים זכויות פנסיה (Saltman, Dubois, & Chawla, 2006). גובה גמלת הטיפול באנגליה, למשל, מגיעה ל-50.55 פאונד לשבוע או 27.15 פאונד לשבוע, אם בנוסף משולמת פרמיה עבור תכנית פנסיה עבור המטפל (Glendinning et al., 2009).

במדינות אחרות, כמו בגרמניה, אוסטריה ואיטליה, מקבל הזקן גמלה כספית שבאמצעותה הוא יכול לשלם למטפל הבלתי פורמאלי על מנת לפצותו (Glendinning et al., 2009; Hoffman & Rodrigues, 2010). בגרמניה, למשל, מטפלים מבני המשפחה שמספקים לפחות 14 שעות טיפול ועובדים פחות מ-30 שעות בשבוע יכולים לצבור זכויות בקרן פנסיה ציבורית ויש להם ביטוח נגד תאונות או פגיעה כתוצאה מהטיפול (Gibson & Redfoot, 2007).

ג.3.3. שירותי מידע ויעוץ

אחד השירותים החסרים למטפלים הוא שירותי יעוץ ומידע. באוסטריה, למשל, פונים המבקשים לקבל גמלת סיעוד מקבלים שוברי יעוץ (counseling vouchers), המאפשרים להם לקבל ביקור של אחות לצורך קבלת מידע, עצה ומידע פרקטי אודות מערכת השירותים הפורמאליים. במדינות אחרות קמו עמותות של מטפלים, אשר הקימו אתרי אינטרנט ו"קוים חמים" כדי לסייע למטפלים להתמודד עם מורכבות המערכות. זאת ועוד, יש מדינות, כמו הולנד, שבהן הוקמו מרכזי תמיכה למטפלים בני משפחה. מרכזים אלה מספקים מידע ויעוץ, תמיכה מעשית ורגשית, הכשרה, קבוצות לתמיכה הדדית, ושירותי **שמרסב** (על משקל שמרטרף) (Mestheneos & Triantafillou, 2005).

בארה"ב, כאמור, סיוע ושירותים לצורך מתן מענה לצרכי מטפלים מקרב בני המשפחה של זקנים מעוגנים בתיקון לחוק האמריקאים הזקנים משנת 2000 (National Family Caregiver Support)

Program- NFCSP. באמצעות המימון של תכניות אלה פותחו תכניות שונות כדי לתת מענה לצרכי המטפלים ברמה המקומית וזה כולל: נקודת כניסה אחת (one point entry) לקבלת מידע, סיוע בנגישות לשירותים, הכשרה של מטפלים ותמיכה ישירה באמצעות שירותים למטפלים, פיצוי כספי, תמריצי מס וחופשות משפחה. תכניות כאלה מתבצעות באמצעות בניית שותפויות עם מעסיקים וארגונים קהילתיים. אחת הבעיות שעליה משיגים מטפלים עיקריים, היא בעיית הפיצול וחוסר התיאום בין השירותים השונים, (Koerin, Harrigan, & Secret, 2008), כמפורט לעיל. בגרמניה, למשל, יכולים מטפלים עיקריים לעבור קורס בטיפול סיעודי ללא תשלום (Webb, 2003).

ג.3.4. פיתוח סביבות ידידותיות למטפלים עובדים

אחת הדרכים לסייע למטפלים בלתי פורמאליים שהם גם עובדים, היא באמצעות מדיניות שהיא ידידותית לעובדים (family-friendly employment) (Yeandle, Wigfield, & Crompton, 2002). במדינות שונות תופס הנושא תשומת לב הולכת וגוברת, כאשר המטרה היא לאזן בין תפקידי המשפחה והעבודה באמצעות מתן שירותים וסיוע, שיאפשרו לעובדים למלא את תפקידי הטיפול. הדבר יכול לבוא לידי ביטוי בצורות שונות ומשולבות: מתן אפשרות לקחת ימי חופשת מחלה בגין הורה חולה, עבודה במשרה חלקית, או חל"ת (חופשה ללא תשלום), עם אפשרות לחזור לאותו התפקיד. בשנת 1993 עבר בארה"ב חוק לחופשת מחלה ומשפחה (Family and Medical Leave Act), שלפיו בן משפחה רשאי לקחת חופשה ללא תשלום למשך 12 שבועות לצורך טיפול בבן משפחה חולה, מבלי שהדבר יפגע בזכויות העובד. חלק מהמדינות, כמו קליפורניה, אף הרחיקו לכת ויישמו חוק זה כאשר העובד מקבל תשלום גם בתקופה זו של היעדרות מהעבודה. מדיניות זו כלפי בני משפחה נועדה לצמצם את ההוצאה על טיפול מוסדי.

באירופה (Mestheneos & Triantafillou, 2005), זוכה הנושא להתעניינות רבה ובגרמניה נקבע כי מטפל עובד רשאי לקחת חופשה ללא תשלום עד שנה ולעבוד בשעות עבודה גמישות בגין טיפול בהורה זקן. לצורך זה הונהגו מספר רפורמות בביטוח הסיעודי בשנת 2008, המתייחסות למטפלים מקרב בני משפחה. על פי רפורמות אלה, יכול מטפל עיקרי לקחת חופשה ללא תשלום למשך תקופה של עד 6 חודשים לצורך הטיפול בבן משפחה זקן, כאשר במהלך חודשים אלה קרן הסיעוד ממשיכה לשלם עבורו הפרשות לקרן הפנסיה. כמו כן, יכול המטפל להעדר מעבודתו למשך 10 ימים רצופים בהתראה קצרה לצורך הטיפול בבן המשפחה הזקן (Glendinning et al., 2009). בשבדיה נקבע בחוק (The Care Leave Act 1989), כי כל מי שמתחת לגיל 67 והוא עדיין עובד מובטחת לו הזכות לחופשה בתשלום למשך 60 יום כדי לטפל בבן משפחה הנוטה למות. כמו כן, מאפשר הביטוח הלאומי למטפלים, העובדים במשרה מלאה, היעדרות של עד 30 יום בשנה מהעבודה לצורך טיפול בבן משפחה זקן חולה (Saltman, Dubois, & Chawla, 2006). בהולנד יכולים מטפלים עובדים לקבל חופשה מהעבודה בשעת חירום של מחלה פתאומית ו-10 ימים בשנה חופשת מחלה בתשלום של 70% משכרם, אשר משולם ע"י המעסיקים ומוחזר למעסיקים ע"י המדינה. בנוסף, יכולים מטפלים עובדים לקחת חופשה ללא תשלום למשך חודשיים עד ששה חודשים, אם המעסיק מסכים לכך. המעסיק יכול לקבל

תשלום על כך רק אם העובד מוחלף בעובד שלא היה מועסק קודם. בנוסף ניתנים לבני משפחה שירותי הפוגה.

ג.3.5. שימוש בטכנולוגיות מסייעות וטכנולוגיות מידע ותקשורת

במדינות שונות מושם דגש על פיתוח טכנולוגיות העשויות לסייע למשפחות למלא את תפקידיהן כמטפלים בזקן (Mestheneos & Triantafillou, 2005). אחד הכוונים בפיתוח טכנולוגיות הוא לפתח טכנולוגיות לסייע למטפלים בני משפחה, אשר בשל דמנציה של הזקן והצורך בהשגחה רצופה, הופכת את המטפלים למרותקים לביתם בעל כורחם (Becker & Webbe, 2008). גם שירותי מידע ויעוץ, קבוצות תמיכה ניתנים באמצעות טכנולוגיות מסייעות. בשבדיה, למשל, פותחה תכנית התערבות (ACTION) בטלמטיקה (telematics) כדי לתמוך במטפלים מבני המשפחה. לצורך זה פותחו אמצעים כמו תקשורת וידיאופון און-ליין באמצעות האינטרנט (Magnusson, 2005). דיון רחב בנושא זה יובא בהמשך בפרק נפרד העוסק בטכנולוגיות מסייעות.

ג.3.6. שירותי הפוגה (Respite)

שירותי הפוגה כוללים טווח רחב של שירותים, החל מטיפול בזקן בבית וכלה בהשמה זמנית במוסד, כדי לאפשר למטפלים מבני המשפחה הפוגה זמנית, בעיקר לאלה המטפלים בתשושי נפש. זהו אחד הנושאים המרכזיים כיום באירופה במתן תמיכה למטפלים בזקנים. השירות יכול ללוש צורות שונות: טיפול יום במרכז יום, טיפול בבית, טיפול במוסד, video respite או חבילות respite. בד"כ מקובל להתייחס לשירות זה כאל שירות המיועד לסייע לבני משפחה מטפלים להקל עליהם את עומס הטיפול ולאפשר להם מנוחה. אך יש גם שירותי הפוגה המיועדים גם למי שאין להם מטפלים לא פורמאליים, אולם נועדו לייצב סימפטומים באמצעות ניטור והתאמה של תרופות, לבצע הערכות של בעיות בריאות פיזיות ומנטאליות, למטרות שיקום, למנוע משברים בריאותיים שעלולים להביא לאשפוזים, ולאפשר רכישת מיומנויות לטיפול עצמי. למרות הנחיצות של השירות, מצביעים נתונים מארה"ב על שימוש נמוך בו כתוצאה מחוסר אפשרות בחירה לגבי העיתוי וסוג השירותים או הגבלות בהספקת השירות (Mason et al., 2007).

בישראל קיימים מספר נופשוניים, רובם בתוך בתי אבות, והם ניתנים בעיקר לצרכי החלמה לאחר אשפוז או הפוגה למטפל העיקרי. הסידור נעשה באמצעות משרד הרווחה, אולם הזכאות היא סלקטיבית ותלויה במבחן הכנסות. בסך הכול יש כ-120 מיטות בכל הארץ (ברודסקי, שנוור ובאר, 2010). יש גם מספר מרכזי יום, דוגמת מרכז היום לתשושי נפש בבאר שבע המאפשר שירותי הפוגה בתשלום.

כדי לשפר את טווח ואיכות שירותי הפוגה החליטה הממשלה באנגליה בשנת 1999 על מענק מיוחד למען מטפלים – carer's special grant, המיועד להרחיב את תקציבי המחלקות לשירותים חברתיים ברשויות המקומיות כדי לממן שירותי הפוגה. הספר הלבן על שירותי בריאות ורווחה משנת 2006 הרחיב את אחריות הממשלה לספק שירותי הפוגה קצרי מועד בבית עבור מטפלים, הנקלעים למשבר

או כשעולה צורך דחוף. עלויות ההפוגה במסגרת טיפול יום באנגליה נעות בין £30 במגזר ההתנדבותי ל-£54 כשהרשות המקומית מספקת שירות זה. העלות לחולה דמנטי מייקרת את העלויות ב-15% בשל הצורך בצוות גדול יותר. במסגרת מוסדית של המדינה עלות השירות עולה ל-£300 ליום ואילו במגזר הפרטי העלות מגיעה ל-£540 לשבוע. מכל מקום, **טיפול קצר מועד זה יכול לכלול גם שיקום**. שירות ההפוגה בבית הוא יקר יותר מאחר ועלותו לשעה מגיעה ל-£10-15 לשעה. תעריף זה עולה ב-30% לשעות הערב וב-100% בסופי שבוע. בגרמניה כלול תשלום עבור שירות הפוגה בתוך סל השירותים של גמלת הסיעוד, ובמידה והמטפל הקבוע נמצא בחופשה או שהוא חולה, יכול הזכאי לקבל תשלום חד פעמי בסכום של עד € 1,432 עבור תקופה של 4 שבועות בשנה לצורך מימון שירות זה בבית או בתוך מוסד (Arntz, Sacchetto, Spermann, Steffes, Widmair, 2007).

בסקר ספרות ומחקר על (meta analysis) על שירותי הפוגה, שערכו Mason ועמיתיו (2007) הם בחנו בין היתר את האפקטיביות של סוגי שירותי הפוגה שונים. להלן חלק ממצאיהם העיקריים:

א. טיפול יום – (adult day care) רוב שירותי הפוגה הם מסוג טיפול יום ורוב המחקרים בנושא נערכו בארה"ב. כמחצית מהמטופלים במרכזי יום הם תשושי נפש ורובם מוגבלים בפעולה יומיומית אחת לפחות. יש 3 מודלים עיקריים של טיפול יום: א. כאלה עם דגש על שיקום והם מסונפים בד"כ למוסד סיעודי או בית חולים שיקומי. ב. אלה המציעים ניהול טיפול, תזונה, יעוץ, תחבורה ושירותי הערכה רפואיים. ג. מרכזים המשרתים אוכלוסיות יעד ספציפיות כמו חולי נפש. חלק מהממצאים מראה כי לא נמצאו הבדלים בתוצאות לגבי המטופלים כאשר הזקן ביקר במרכז יום, לעומת טיפול רגיל. מבחינת המטופלים עצמם לא נמצאו תוצאות בריאותיות טובות יותר. יחד עם זאת, זוהו תת קבוצות שעשויות לההנות משירותי מרכז היום: אלה שאינם נשואים, אלה שלא היו מאושפזים, ואלה שמרוצים מתמיכה חברתית לעומת אלה שקיבלו טיפול רגיל.

ב. חבילות הפוגה (respite packages) – כוללים שילוב של טיפול יום, טיפול בית וטיפול במוסד – מחקרים בתחום זה הצביעו על תוצאות חיוביות על המטופלים העיקריים מבחינת עומס טיפול, לעומת אלה שלא קיבלו שירות זה.

ג. הפוגה בתוך הבית (in-home respite) – מספר מחקרים דווחו על הפחתת נטל טיפול ולחץ של מטופלים עיקריים.

ד. הפוגה אצל משפחה מארחת (host family respite) – השירות קיים בסקוטלנד ובאוסטרליה ומיועד לחולים דמנטיים ולמטפליהם (שירות לזוגות). השירות ניתן בבית משפחה מארחת, שמספקת את השירות, הכולל ארוחות, מיטה וחברה (טיולים מחוץ לבית, משחקי הפעלה). באוסטרליה שירות זה אינו כולל לינה, אלא שעות הפעילות הן בין 9 בבוקר ל-3 אחה"צ ואנשים מגיעים בהסעה שמסופקת להם. בכל משפחה מארחת כזו בין 6-4 אנשים מקבלי שירות. משך שירות זה ניתן בין 5-7 ימים אחת לחודשיים. ראיונות עם המשתתפים העלה כי זו היתה עבורם התנסות חיובית.

ה. הפוגה מוסדית (institutional respite) – לא נמצאה השפעה שלילית על בריאות המטופל (מיועד לחולים דמנטיים) וחל שיפור באיכות החיים של המטופלים.

החוקרים מתייחסים לסוגיות של אפקטיביות ועלות תועלת של שירותים אלה. ממצאיהם מראים כי לשירותי הפוגה אין השפעה רבה על הנטל והמצב הבריאותי הפיזי או המנטאלי של המטופלים. יש עדויות כי יש מטופלים המפיקים מכך יותר תועלת מאחרים, אולם רוב המטופלים ביטאו שביעות רצון מסוג שירות זה על מסגרותיו השונות. הממצאים גם לא מצאו עדות חותכת לכך שלשירות הפוגה יש רווח או נזק למקבלי הטיפול, או שזה דוחה השמה מוסדית. על בסיס הנתונים מהמחקרים לא ניתן להגיע למסקנות חד משמעיות לגבי המועילות או העלות-תועלת של סוג שירות זה, משום שיש בעיות רציניות במתודולוגיות שבהם השתמשו מחקרים אלה. יש עדיין פערים בהוכחת (evidence-based) מועילות שירות זה ואף אחד מהמחקרים לא הציע מדד למדידת תועלת-עלות. ממצאים דומים התקבלו במחקר על נוסף שנערך לאחרונה (Shaw et al., 2009).

מרכז לילה – העלייה בגיל ועמה העלייה בשיעור הזקנים תשושי הנפש מטילים עומס רגשי ופיזי קשה במיוחד על מטופלים עיקריים. אחד מצורות שירותי הפוגה למטופלים עיקריים, המטופלים בבני משפחה תשושי נפש, הוא מרכז לילה. אחת הבעיות הקשות של מטופלים עיקריים היא חוסר שינה רצופה, איכות שינה ירודה וחוסר בשעות שינה בשל בעיות התנהגותיות של המטופלים וערות בשעות הלילה. השירות מאפשר למטופלים להתמודד עם בעיה זו ע"י הכנסת המטופל למרכז לילה למשך לילה אחד או שניים בשבוע כדי לאפשר למטופל שינה טובה, כאשר המטופל נמצא בביתו במהלך היום. הצוות המטפל כולל אחות ומטופלים שעברו הכשרה מיוחדת לטיפול בתשושי נפש. המטופלים נאספים בהסעה עם ליווי בשעה 8 בערב ומוחזרים ב-8 בבוקר לבתיהם (Trelaor, 2001).

מחקר הערכה שנערך באנגליה ובדק השפעת שירות הפוגה לילה בתוך מסגרת מוסדית (Lee, Morgan & Lindesay, 2007) על דפוסי שינה של המטופלים הגרים בקהילה והמטופלים העיקריים שלהם לפני, במהלך ושבועיים אחרי שירות הפוגה, הראה כי בנקודת ההתחלה היו למטופלים ולמטופלים הפרעות שינה משמעותיות. במהלך השירות נמצא כי אצל המטופלים העיקריים היתה עליה משמעותית בכמות השינה לילה ושיפור באיכות השינה, בעיקר למטופלים שלא חלקו אותו חדר שינה עם המטופל. לגבי המטופלים, היתה דחייה משמעותית בשעת שינה וצמצום במספר שעות השינה לילה. במילים אחרות, בעוד שאצל המטופלים חלה הטבה בכמות ובאיכות השינה, אצל המטופלים חלה הרעה בדפוסי השינה.

מרכז יום בסופי שבוע – בצ'כיה, למשל, ניתנים שירותי הפוגה בסופי שבוע.

מחנות קיץ – בבולגריה מתקיימים בקיץ מחנות קיץ לזקנים הזקוקים לטיפול כדי לאפשר למשפחותיהם לצאת לחופשה (Mestheneos & Triantafillou, 2005). בסיכום, קיימים מודלים שונים של שירותי הפוגה, המיועדים לאפשר למטופלים עיקריים מנוחה ממשיות הטיפול השוטף, בעיקר כאשר מדובר בטיפול בתשושי נפש.

7.3.ג. חופשה נתמכת (assisted vacation)

בגרמניה פותחה תכנית לחופשה לזוגות שאחד מהם הוא חולה דמנטי. מטרת התכנית היא לשפר את הבריאות הפיזית והנפשית של בני זוג המטפלים בבן הזוג, זאת באמצעות הפעולות הבאות:

- א. השתתפות בפעילויות בריאות וחיוביות – כמו טיולים, ביקורים במסעדות, בגן חיות, ריקודים וכד';
- ב. שיפור השימוש בסיוע פורמאלי ובלתי פורמאלי;
- ג. קבלת הדרכה כיצד לשפר את מיומנויות ההתמודדות עם בעיות התנהגות של המטופל – מתקיימים דיונים קבוצתיים וניתנות גם הרצאות על ידי אנשי מקצוע העוסקות במאפייני המחלה, תרופות וטיפול, כיצד להתמודד עם בעיות התנהגותיות יומיומיות.

חלק מהפעילויות משותפות למטפלים ולמטופלים וחלקן מיועדות רק למטפלים. בשעות שהמטפלים עסוקים בפעילות, משגיחות אחיות על המטופלים חולי הדמנציה, גם בשעות הבוקר וגם בשעות אחר הצהריים. בנוסף, ניתן יעוץ על בסיס פרטני לכל מטפל, בהתאם לפרופיל הבעיות שלו, והוא מקבל הדרכה ספציפית איך להתמודד עם הבעיות שהעלה.

משך החופשה הוא כשבוע ומתקיים בבית מלון או במרכז שיקומי. הצוות כולל צוות טיפולי ובלילה צמודה אחות לכל 2 מטופלים, כדי לאפשר למטפלים שינה שקטה.

במחקר הערכה (Wilz, & Fink-Heitz, 2008) שכלל תבנית של מחקר ניסויי כפול: קבוצת התערבות לעומת קבוצת ביקורת ומדידה לפני ואחרי ההתערבות בקבוצת הניסוי, נבדקה השפעת ההשתתפות בתכנית על תלונות גופניות וסימפטומים דיכאוניים אצל המטפלים. המשתתפים היו בנות זוג של גברים חולי אלצהיימר. הממצאים הצביעו על שיפור מובהק אצל משתתפי התכנית, שהתבטאו בפחות תלונות גופניות בעוד שאצל קבוצת הביקורת התרבו התלונות הגופניות, אך לא נמצאו שינויים משמעותיים מבחינת סימפטומים של דיכאון, בהשוואה לקבוצת ביקורת. משתתפי התכנית דווחו כי השיחות וההדרכה שקיבלו סייעו להם במילוי משימות הטיפול.

לסיכום, בכל המדינות שבהן אוכלוסיה מזדקנת, הולכת וגוברת ההכרה בצורך לתמוך בתומכים על מנת להבטיח טיפול בזקן לאורך זמן. השינויים הסוציו-דמוגרפיים, הבאים לידי ביטוי בקיטון פוטנציאלי של מספר המטפלים הבלתי פורמאליים, ירידה בזמינותם, בעיקר כאשר מדובר במטפלים עובדים, ועומס הטיפול המביא עמו עם הזמן לשחיקה פיזית ונפשית, כמו גם ציפיות גוברות מהמדינה שתיטול אחריות לטיפול בזקניה, הביאה מדינות רבות לפתח מדיניות ותכניות, המיועדות לסייע למטפלים בלתי פורמאליים למלא את תפקידם לאורך זמן. הן עושות זאת באמצעות מתן תמריצים שונים ובאמצעות תכניות ושירותים המיועדים להקל עליהם את העומס הטיפולי ולחזק בהם את המוטיבציה להמשיך ולמלא תפקידים אלה לאורך זמן. תכניות כאלה עשויות גם לצמצם תופעות של התעמרות והתעללות בזקנים על ידי מטפליהם הבלתי פורמאליים, כתוצאה מההשלכות השליליות של עומס הטיפול לאורך זמן.

ג.4. שימוש בטכנולוגיות מסייעות (Assistive Technologies)

הגידול במספר הזקנים הזקוקים לטיפול בבית, הצרכים המרובים והגדלים ומורכבותם, כמו גם המחסור במטפלים העלה הצורך בפיתוח תכניות חלופיות או משלימות, כדי לתמוך במטפלים לא פורמאליים ופורמאליים כאחד. טכנולוגיות מסייעות עשויות לשמש מספר מטרות: ראשית, במצבים ובמקרים רבים להחליף כוח אדם, אשר מחסורו בתחום הולך וגובר. כתוצאה מכך, הולכת וגוברת ההשענות על מטפלים שהם מהגרי עבודה, על כל היתרונות והחסרונות שבדבר (Freedman, Agree,) (Martin, & Cornman, 2006). שנית, טכנולוגיות מסייעות עשויות לסייע לזקנים המוגבלים בתפקודם לשמור על עצמאותם והאוטונומיה שלהם, לצמצם את תלותם באחרים, לצמצם את הצורך בסידור מוסדי וגם לשפר את איכות חייהם. שלישית, הן יכולות להקל על משפחות את נטל הטיפול. רביעית, טכנולוגיות מסייעות עשויות, בחלק מהמקרים, גם להקטין את עלויות הטיפול האישי. לא בכדי זכה נושא זה לכנס בינלאומי בשנת 2006 שעסק כל כולו בנושא הזדקנות, מוגבלות ותלות והתמקד בכל הנושא של טכנולוגיות, המיועדות לסייע לזקנים ולבני משפחותיהם לצמצם את תלותם בעזרה מהזולת ולחזק את עצמאותם התפקודית (ראה התכנית באתר: <http://www.rerc.ufl.edu>)

אחת הדרכים לעשות זאת היא באמצעות טכנולוגיות מידע ותקשורת (Information & Communication Technologies- ICT), אשר תוכלנה לשפר את התקשורת בין המטפלים, המטופלים ואנשי המקצוע, תאפשרנה יותר עצמאות, כבוד, בחירה ושליטה לזקנים מוגבלים וחולים, בקרה וניהול סיכונים והתרעות יעילות יותר, בעיקר כאשר הזקנים גרים לבד או במצבים שמחייבים בדיקות שגרתיות, ניהול ובקרה (Yeandle & Fry, 2010). אמנם הממצאים במחקרים אלה הם ראשוניים, טנטטיביים ולא חד משמעיים, אך בכל זאת עולים מתוכם מספר מסרים חשובים: למשל, ניתן לצמצם נפילות, לטפל בבעיה של נטילת תרופות באמצעות מערכות תקשורת, מניעת אשפוזים חוזרים ופניות לחדרי מיון ע"י מערכות כמו Telecare או Telehomecare, המוגדרות כאספקת טיפול, מתן הוראות והדרכה לחולים במקום מגוריהם באמצעות שימוש בטכנולוגיות טלקומוניקציה. מערכות אלה מאפשרות גם תקשורת ויזואלית בווידיאו בין איש המקצוע לבין המטופל. מחקרים מצאו כי זקנים נוטים לקבל טכנולוגיות כאלה, כדי להישאר בביתם והדבר מסייע גם למטפלים לא פורמאליים ומטפלים בשכר (Atteberry, 2009; Yeandle & Fry, 2010) אולם אין השימוש בטכנולוגיות אלה מתאים לכל אחד.

תחת ההגדרה של טכנולוגיות מסייעות נכנסים כל שירות או כלי/מכשיר שנועד לסייע לאדם המוגבל לבצע פעולות יומיומיות שביצע לבדו בעבר. אולם טכנולוגיות מסייעות כוללות טווח רחב של כלים הכוללים טלקומוניקציה, מחשבים, מכשירים המסייעים לחיות חיים עצמאיים, מכשירי ניידות ועוד. טכנולוגיות מסייעות כוללות טכנולוגיות פשוטות (low tech), כמו מכשירי הליכה או מאחזי יד, וטכנולוגיות מתקדמות (hi tech), אשר המתקדמות ביניהן כוללות "בית חכם" (smart home) היכול לספק הגנה בפני נפילות, וסיוע בשעת חירום. למשל, המערכת יכולה לאפשר לזקן לראות מי נמצא ליד הדלת ולפתוח אותה בשלט רחוק, ועד למערכות מצוקה שבהן צוות רפואי יכול לקבל מידע על החולה

בבית או מתן תזכורות לזקן על ביקורים מתוכננים אצל רופאים, נטילת תרופות, כיבוי התנור, נעילת דלתות, פתיחת חלונות, כיבוי אורות וכד'.

במספר מדינות התפתחה מאוד הגרונטו-טכנולוגיה, הכוללת מכשירי ניידות בתוך ומחוץ לבית, טכנולוגיות עזר לאכילה וביצוע פעילויות יומיומיות אחרות, התרעה לבני משפחה כאשר הזקן קם ממיטתו בלילה. גם טלרפואה (telemedicine), הנמצאת כבר היום בשימוש בארץ במספר ארגונים, מאפשרת רפואה מרחוק ע"י שימוש בטלקומיניקציה וטכנולוגיות מידע כדי לטפל בפציינט ולתת לו הנחיות בביתו, לאחר שאובחן במסגרת רפואית (telehomecare). טכנולוגיה זו עושה שימוש במכשירים כמו טלפון, פקס, מחשב ביתי ותוכנות מדף אינטראקטיביות להעברה וקבלת מידע (באמצעות האינטרנט, לויינים או סיבים אופטיים) לגבי סימנים כמו לחץ דם, גלוקומטר, בדיקת סטטוסקופ וכד' (Bauer, 2001) וכלה בחולים סופניים בביתם (Kinsella & Doughty, 2008). באופן זה ניתן לחסוך בימי אשפוז, ביקורי בית של צוותים רפואיים ולפתור בעיות של נגישות גיאוגרפית ופיזית לשירותים, כמו גם לזהות בעיות בשלביהן הראשונים ולטפל בהן לפני שהן מחריפות. הדבר גם עשוי להקנות שקט ותחושת בטחון למטפלים עיקריים. יחד עם זאת, לא ניתן להתעלם מסוגיות אתיות שונות שמעלה נושא זה, שקצרה היריעה מלהרחיב עליה כאן.

במסמך שפרסם האיחוד האירופי (European Commission, 2009) הוא מציג תחזיות לגבי גידול דרמטי בשיעור הזקנים המוגבלים בתפקודם בארצות ה-OECD. במסמך זה מוגדרים האתגרים שעליהם אמורות טכנולוגיות מסייעות לתת מענה: חיים עצמאיים ואוטונומיים בסביבה מועדפת, שיפור הניידות, איכות החיים, נגישותם לטכנולוגיות תקשוב ידידותיות ושירותי בריאות ורווחה משולבים, ונטילת חלק פעיל בחיי החברה עם תהליך ההזדקנות. זאת בין היתר ע"י פיתוח אמצעים הבאים למתן מענה לצרכים:

- א. בטיחות – נעילת דלתות וחלונות אוטומטית כשהזקן מחוץ לבית או כשהוא ישן, בדיקת דליפת גז או מים, כיבוי אורות כשהזקן הולך לישון.
- ב. מתן תזכורות – נטילת תרופות, ביצוע משימות הקשורות לניהול משק הבית.
- ג. טלרפואה – לטיפול בריאותי בבית.
- ד. תמיכה באנשים עם ירידה קוגניטיבית והמטפלים שלהם באמצעות מעקב ב-GPS וכד'.
- ה. זרימה יעילה יותר של תהליך הטיפול ע"י שילוב של שירותי בריאות ורווחה באמצעות מערכות מידע, ניטור ומעקב משותפים חוצי ארגונים וגבולות פיזיים.

כל זאת תוך חיסכון בעלויות בשירותים קיימים ומתן מענה מספק יותר לצרכים. טכנולוגיות מסייעות ישמשו גם לאיתור מקרים של התעמרות ופגיעה בזקנים בבית, זאת באמצעות מערכת של חיישנים ואמצעי פיקוח מרחוק נוספים (Doughty & Clark, 2009).

באנגליה, למשל, החליטה הממשלה בשנת 2004 להשקיע בפיתוח טכנולוגיות מונעות ולהשקיע בפיתוח תכניות telecare, על מנת לתמוך באנשים בביתם. telecare היא טכנולוגיה המציעה מבחר שירותים טכנולוגיים, החל ממוקד מצוקה, הנותן מענה למצבים חירום, חיישנים מנטרים ותומכים בחיי היום

יום, ועד לפתרונות יותר מתוחכמים, המסוגלים לנטר סימנים חיוניים ולאפשר לאנשים עם מחלות ממושכות להישאר בביתם (Atteberry, 2009; Cooney, 2010). בשנת 2006 אכן הושקה תשתית לטכנולוגיה זו וציוד של טכנולוגיה זו מסופק לאנשים בבתייהם כשהוא מותאם לצרכיהם. טכנולוגיה זו כוללת טווח רחב של שירותים וציוד כמו: חיישנים, מוניטורים, מערכות קריאת מצוקה, תליוני ניטור, ומוקדי טלפון, המיועדים בחלק מהמקרים להחליף טיפול אישי כמו השגחה בלילה, תזכורות לנטילת תרופות, או חיישנים מסביב לבית, הבודקים שימוש במטבח ובאמבטיה (Yeadle & Fry, 2010). בנוסף, החליטה הממשלה לפתח מערכת הנקראת Caring with Confidence וזאת במטרה לסייע למטפלים במילוי צרכים שונים (ניהול הטיפול, נטילת הפוגה מהטיפול, נגישות לשירותים ותמיכה).

המידה שבה טכנולוגיות מסייעות מחליפות או משלימות טיפול אישי, תלויים בסוג וחומרת המוגבלות התפקודית (Agree & Freedman, 2000). למשל, כאשר המוגבלות העיקרית היא ניידות יעשה שימוש רק באביזרי עזר להליכה, בעוד שכאשר המוגבלות היא חמורה יותר יעשה שילוב בין טיפול אישי לבין שימוש באביזרי עזר (Agree, Freedman, & Sengupta, 2004). מכל מקום, טיפול אישי וסיוע טכנולוגי הם שתי צורות של התמודדות עם מגבלות המקשות על ביצוע פעולות יומיומיות והמיועדות לצמצם את חומרת המוגבלות. נמצא כי שימוש בטכנולוגיות מסייעות שכיחה יותר בקרב זקנים הגרים לבד לעומת מי שגר עם מישהו, בעלי השכלה גבוהה יותר, במצב קוגניטיבי טוב יותר, וכבדי משקל. יחד עם זאת, ככל שעולה חומרת המוגבלות, השימוש בציוד עזר בלבד אינו נותן מענה ואינו מחליף סיוע אישי ואנושי. אולם מידת השימוש באביזרי עזר ועזרה אישית הם גם תלויי תרבות ומוצא ומעורבים בזאת גם היבטים פסיכולוגיים אשר להם השפעה על מידת הפתיחות והנכונות להשתמש בהם (Agree, 1999; Agree, Freedman Cornman, Wolf, & Marcotte, 2005; Pressler, 2002; Verbrugge & Sevak, 2010; Ferraro, 2010).

1.4.ג טכנולוגיות ואביזרים המיועדים לסייע בניידות

בישראל ניתן לשאול אביזרי עזר שונים מארגונים וולונטריים כמו: יד שרה, עזר מציון וכד' למשך פרקי זמן מוגבלים (3 חודשים) תמורת עירבון המוחזר עם החזרת הציוד. לאחר מכן, על הצרכן לשלם עבור המכשיר תשלום חודשי, שגובהו נקבע לפי סוג המכשיר. יש לציין כי סל השירותים של גמלת הסיעוד בחוק היפני כולל גם הספקת אביזרי עזר, מה שאין כן לגבי סל השירותים הישראלי.

אחת מקבוצות היעד שיש לתת הדעת עליהן אלה קשישים המוגבלים בניידות ולוקים בו זמנית גם בקשיי ראייה. על פי הערכות שונות, למעלה מרבע מהזקנים מעל גיל 75 לוקים בבעיות ראייה משמעותיות שאינן ניתנות לתיקון, המהווה אחת הסיבות למוגבלות תפקודית ולדיכאון (Horowitz, Brennan, Reinhardt, & MacMillan, 2006). גם בישראל, הראו בדיקות סינון לראיה כי 45% מהזקנים נמצאו לוקים בראייתם (ברודסקי, שנור ובאר, 2010). לגביהם השימוש בהליכון בתוך הבית אינו פותר את הבעיה ועליהם להיעזר באדם נוסף בניידות. אחד הפיתוחים האחרונים הוא הליכון רובוטי המסייע לזקנים לנווט ולהתנייד, למרות בעיות הראיה. המכשיר הזה מיועד, בין היתר, למנוע

נפילות ולחזק את עצמאות הזקן. בנוסף, יש היום פיתוחים שונים המבוססים על עקרונות אלקטרוניים שונים (חיישנים, קרני רנטגן, לייזר, סיבים אופטיים, סונר) (Rentschler, Simpson,) (Cooper, & Boninger, 2008), המיועדים לאפשר ניידות בטוחה.

במחקר שערך Mann ועמיתיו (1999) הוא בדק השפעת שימוש בטכנולוגיות מסייעות בקבוצת ניסוי לעומת קבוצת ביקורת שקיבלה טיפול רגיל. קבוצת הניסוי עברה הערכה תפקודית, הערכת הדירה בה גרו, סופקו להם מכשירי עזר ונערכו שני סביבתיים. 18 חודשים מאוחר יותר נמצא כי מצבם התפקודי של המשתתפים בקבוצת הביקורת היה ירוד יותר, לעומת קבוצת הניסוי ועלויות אשפוזים בבתי חולים ומיסוד בקבוצת הביקורת היו גבוהות פי שלוש לעומת אלה שבקבוצת הניסוי. המחקר נתן בסיס לכך ששימוש בטכנולוגיות יכול להאט את הירידה התפקודית ולהקטין עלויות הקשורות למצב בריאותי. במחקר נוסף (Mann, Llanes, Justiss & Tomita, 2004), נשאלו זקנים איזה אביזרים חשובים להם מכל ומדוע. המכשירים שציינו הזקנים כחשובים ביותר היו: משקפיים, מקל הליכה, עגלת נכים והליכון, טלפון, מעקה, טלוויזיה עם שלט רחוק, מכשיר מיקרוגל, מכשיר שמיעה, ציוד לאמבטיה (אמבטיית ישיבה, כסא), שירותים מוגבהים ועוד. מכשירים אלה סייעו להם בראיה, בטיחות ויציבה, קשר חברתי ובילוי הזמן, עצמאות, מניעת נפילות וניידות.

מחקר נוסף (Allen, Foster & Berg, 2001) בדק האם שימוש בציוד לניידות (עגלות נכים, מקלות הליכה, הליכוניים) יכול לצמצם את כמות העזרה האנושית בפעולות יומיומיות ולהביא לחסכון בהוצאות עבור שירות פורמאלי לטיפול בית. ממצאי המחקר הראו כי מי שהשתמשו בכסא גלגלים או הליכון נזקקו לפחות שעות טיפול אישי בתשלום ומי שהשתמשו בהליכון ובמקל הליכה נזקקו לפחות עזרה בלתי פורמאלית בטיפול אישי. למשל, מי שהשתמשו במקל הליכה השתמשו בשעה אחת פחות בעזרה פורמאלית ו-4 שעות פחות בעזרה לא פורמאלית בשבוע. שימוש בקביים הביא לצמצום של כשעתיים בשבוע בעזרה פורמאלית ו-9 שעות בעזרה לא פורמאלית. לעומת זאת, שימוש בהליכוניים ובעגלות נכים היה קשור בשימוש רב יותר בשעות טיפול פורמאלי ובלתי פורמאלי, מה שמצביע גם על חומרת המוגבלות. הממצאים גם הראו חיסכון של \$69 עבור שירותים פורמאליים בגין שימוש במקל הליכה, בעוד ששימוש בעגלת נכים היה קשור עם תוספת של \$191 במהלך שנה. מכאן שציוד ניידות עשוי להחליף עזרה אישית לגבי המקרים הפחות קשים, אך בא להוסיף על הטיפול הניתן מידי מטפלים במקרים הקשים יותר. בסך הכול, ממצאי המחקר הראו כי השימוש בטכנולוגיות מסייעות מצמצם את כמות שעות הטיפול האישי, כאשר הדפוס השכיח ביותר אצל אנשים בעלי מוגבלות בפעולות יומיומיות היה שילוב של טיפול אישי ושימוש בטכנולוגיות מסייעות. יחד עם זאת, נמצא כי השימוש בטכנולוגיות מסייעות הביא לחיסכון של כ-3.8 שעות עזרה בשבוע לעומת אלה שלא השתמשו בהן.

מחקר ניסויי נוסף (Lansley, McCreadie, & Tinker, 2004) מצא כי ביצוע שינויים והתאמות בדירה, ביחד עם שימוש באביזרי עזר שונים, הביא לחסכון בטווח הארוך בהוצאות הטיפול. כמובן שהדבר תלוי בהיקף השינויים הנדרשים בדירת המגורים, אבל אם הדבר מביא ליתר עצמאות ושיפור באיכות החיים של הזקן, אזי ההוצאה היא כדאית גם אם אין חסכון בהוצאה הכוללת.

ג.2.4. מוקדי מצוקה

אחד השירותים הכלולים בסל השירותים של גמלת הסיעוד הוא חיבור למוקד מצוקה. שירות זה מאויש 24 שעות ביממה לצורך מתן מענה אנושי לזקנים המתקשרים אליו מסיבות שונות. מוקד זה אינו מאויש על ידי אנשי מקצוע. כמו כן, יש בשוק הפרטי מערכות טלפוניות לשעת חירום (למשל, נטל"י, שח"ל) המיועדות למנויים (פרטיים או באמצעות ועדי עובדים) ואשר בעת הצורך ניתן לשדר באמצעות הטלפון בדיקת א.ק.ג. אל המוקד ועל בסיס הנתונים, שמשדר מכשיר ה-א.ק.ג., מחליט המוקדן אם להזניק אמבולנס לטיפול נמרץ להעברת החולה לבית החולים. מוקד זה מאויש על ידי אנשי מקצוע בתחום הרפואה, בעיקר אחיות ופרה-מדיקים. בקנדה, למשל, מערכת זו, המאוישת ע"י אחיות, מסוגלת לתת מענה בכל שעות היממה לפניות, היא מטפלת במצבי חירום, נותנת תזכורות לגבי נטילת תרופות, שמירה על דיאטה, תורים לרופאים, נותנת הנחיות לביצוע תרגילים, ביצוע פעולות יומיומיות שונות ועוד. מחקר הערכה ניסויי (Vincent, Reinhartz, Deaudelin, Garceau, & Talbot, 2006), שבדק את היעילות והמועילות של מערכת כזו, שהיתה מאוישת כאמור על ידי אחיות, מצא כי מלבד שביעות הרצון הרבה של הזקנים, בני משפחה מטפלים ציינו כי אחרי 3 חודשים של חיבור למערכת חל קיטון בכמות העזרה שהם היו צריכים לספק לזקן, פחתו הדאגות שלהם לגבי שלומו של הזקן וכתוצאה מכל אלה שופרה איכות חייהם. בנוסף, פחתו ב-29.4% מספר ביקורי הבית מצד אנשי טיפול (עבודה סוציאלית, פיזיותרפיה/ריפוי בעיסוק, עזרה ביתית). עלות טיפול אישי ירדה ב-25.5% אחרי 3 חודשים וב-31.9% אחרי 3 חודשים נוספים. מספר האשפוזים ומשכם גם הוא קטן במהלך 6 חודשי הניסוי ובסך הכול עלויות השירותים הרפואיים ללקוח פחתו ב-17% במהלך 3 חודשים ראשונים של הניסוי וירדו ב-39% במהלך 3 חודשים שלאחר מכן. יחד עם זאת, יש להתייחס לממצאים בהסתייגות לאור משך הזמן הקצר של הניסוי (6 חודשים), העדר קבוצת ביקורת והמדגם הקטן של זקנים ובני משפחותיהם (38 דיאדות).

ג.3.4. טכנולוגיות מסייעות להשגחה על תשושי נפש

קבוצה מיוחדת הראויה להתייחסות היא אוכלוסיית תשושי הנפש, אשר עם העלייה בגיל ובתוחלת החיים הולך ועולה שיעורה. זוהי קבוצת אוכלוסייה שצפויה לגדול בצורה דרמטית בעתיד ועלויות הטיפול בה עשויות לגדול בהתאם (Bharucha et al., 2009). אלה שהם בשלבים בינוניים עד רציניים של המחלה, זקוקים להשגחה 24 שעות ביממה (Cohen-Mansfield, Werner, & Reisberg, 1995) וקיימים קשיים רציניים לגביהם מבחינת בטיחות והפעלה. טכנולוגיות מסייעות יכולות לעזור לזקנים עם דמנציה ובני משפחותיהם. לטכנולוגיות אלה יש מספר תפקידים: ראשית, מתן תזכורות, אוריינטציה והפעלת יכולות קוגניטיביות אחרות, הנחוצות לחיי יומיום. שנית, לאפשר לאנשים לבצע פעילויות ומשימות כדי להרחיקם מסכנה. שלישית, מעורבות אקטיבית יכולה ליצור עבורם תעסוקה במהלך היום. רביעית, לצרכי בטחון ובטיחות, ולבסוף לאפשר למשפחה השגחה ובקרה על התנהגותו של המטופל. בנוסף, טכנולוגיות אלה עשויות לסייע למטפלים במתן מידע, הדרכה, תמיכה או עזרה מאנשי מקצוע (Topo, 2009). אולם, רוב הטכנולוגיות שפותחו נועדו לסייע לאנשים עם מגבלות פיזיות ולא קוגניטיביות. לכן מושם כיום דגש על פיתוח טכנולוגיות לאוכלוסיית יעד זו.

האיחוד האירופאי אכן בחר בנושא זה של פיתוח טכנולוגיות מסייעות לאנשים עם ירידה קוגניטיבית ולזקנים במסגרת תכנית המסגרת השביעית. בין הפרויקטים טכנולוגיות המיועדות לשמור על עצמאותם של זקנים, בטיחות והשגחה על תשושי נפש ולהעשיר את שעות הפנאי שלהם. פרטים על הפרויקטים המיועדים לפיתוח ניתן למצוא באתרי האינטרנט:

http://ec.europa.eu/information_society/activities/einclusion/research/ageing/index_en.htm.

http://ec.europa.eu/information_society/activities/einclusion/policy/ageing/action_plan/index_en.htm

אחת הבעיות הייחודיות לחולי דמנציה היא השוטטות (wandering), אשר במקרים רבים מעלה את הצורך במיסוד במחלקות סגורות לתשושי נפש. לצורך השגחה עליהם פותחו מכשירי מעקב אלקטרוניים (GPS). המכשיר שולח נתונים לשרת מרכזי על המיקום שבו נמצא הזקן החולה בדמנציה. את המכשיר עונדים על היד וכאשר הזקן אינו מוצא דרכו הוא לוחץ על הכפתור ואז נשלחת אל מכשיר הטלפון הסלולארי של המטפל העיקרי מפה המציינת את מיקומו המדויק של הזקן (Robinson, Brittain, Lindsay, Jackson, & Olivier, 2009). טכנולוגיה מסייעת נוספת לאוכלוסיית יעד זו היא לוח שנה דיגיטלי המבוסס על אינטרנט והוא מסייע לזקן להסדיר את סדר יומו על ידי מתן תזכורות לביצוע פעולות שונות (Holthe & Walderhau, 2010). לצד דוגמאות אלה נמצאות בפיתוח טכנולוגיות רבות אחרות המבוססות על בינה מלאכותית, כמו למשל משקפי זיכרון (Memory glasses) הנמצא בתוך משקפיים. מטרת המערכת הממוחשבת היא לשלוח תזכורות למי שמרכיב את המשקפיים, שקשורות לפעילות שבה עוסק המשתמש באותו זמן. פירוט על טכנולוגיות אלה, המבוססות על חיישנים, נמצא במאמרם של Bharucha ועמיתיו (2009). אך כל אלה נמצאים עדיין בפיתוח ובשלבי ניסוי וטרם נעשה בהם שימוש לטובת הציבור הרחב. הוא גם מעורר דילמות אתיות לגבי מידת החדירה לפרטיות של האדם והמידה שבה טכנולוגיות מחליפות טיפול אישי ואנושי (Brodsky, 2009). באנגליה, למשל, יש אתר אינטרנט שעוסק בנושא זה ומציע אמצעים טכנולוגיים שונים לאנשים עם דמנציה ולמטפלים שלהם. כתובת האתר היא: <http://www.atdementia.org.uk>.

יחד עם זאת, מתוך ניתוח של 66 מחקרים שערך Topo (2009) ושעסקו בטכנולוגיות מסייעות לתשושי נפש ומשפחותיהם, עולות מספר מסקנות: ראשית, יש להרחיב הידע על האפשרויות והמגבלות של טכנולוגיות בתמיכה בחולים דמנטיים ובמטפלים בהם - פורמאליים ולא פורמאליים כאחד, כי אין מספיק ידע בנושא. שנית, טכנולוגיות יכולות לסייע לאנשים בשלבים שונים של המחלה, אך דרושה הערכת צרכים אינדיבידואלית כדי להתאים הטכנולוגיות לצרכים האישיים. שלישית, לא ניתן כיום להסיק מסקנות לגבי העלות/תועלת של שימוש בטכנולוגיות אלה.

ד. דעות מומחים

כאמור, רואיינו מספר אנשי מפתח מובילים בתחום הטיפול בזקנים המוגבלים בתפקודם. לצורך זה נערכו פגישות אישיות עם כל אחד מהמרואיינים והופנו אליהם מספר שאלות: אם הדבר היה תלוי בד, אילו שינויים היית מכניס/ה בסל השירותים של חוק סיעוד, אלו רעיונות חדשים ושונים יש לך לגבי הנושא? אילו תפיסות שונות היית ממליץ? ועוד. להלן סיכום הדברים העיקריים לפי נושאים כפי שעלו בשיחות אלה:

תיאום ושילוב בין השירותים – קיים חוסר תיאום ופיצול בין גופים שונים לגבי הטיפול בזקן, הן ברמה האופקית והן ברמה האנכית. לכן יש גם העברת אחריות מגורם אחד למשנהו שכתוצאה מכך הזקן נופל בין הכיסאות. בניית רשות אחת ושילוב של שירותים הוא בלתי אפשרי במציאות שלנו וגם לא רצוי (כדי למנוע צבירת כוח בידי גוף אחד), אך יש צורך בבניית מנגנוני תיאום אפקטיביים יותר בין הגופים האמונים על הטיפול בזקן. הביטוח הלאומי אינו צריך לעסוק בהספקת שירותים אלא במתן כסף. רצוי שיהיו שני גופים מרכזיים: קופות החולים וגוף ממשלתי אחד האחראי לטיפול בזקנים. צריך להיות גורם אחד לאשפוז מוסדי שקובע את הזכאות ולכן צריכות להיות שתי נקודות כניסה למערכות השירותים: האחת ממשלתית והשנייה למערכת שירותי הבריאות של קופות החולים. משרדי הרווחה והבריאות אינם יכולים בו זמנית להיות גם ספקי שירותים וגם רגולטורים בשל ניגודי אינטרסים בין התפקידים.

מרכזים רב-שירותיים – שישרתו זקנים ובני משפחותיהם ובהם יוכל הזקן והמטפל העיקר לקבל ייעוץ, הדרכה והכוונה. אנשים אינם יודעים ואינם מודעים לזכויותיהם ולכן צריכים להיות מוקדי מידע והדרכה. יש לקיים קבוצות תמיכה לבני משפחה, בעיקר כאלה המטפלים בתשושי נפש, ותכניות מניעה וקידום בריאות לזקנים. המרכז צריך להיות one stop shop שבו ניתן לקבל מענה למכלול הצרכים. אין לבנות לצורך זה תשתיות חדשות אלא להשתמש במרכזי היום ולהרחיבם לפעילויות גם בשעות אחר הצהריים וסופי שבוע. יש לשלב טכנולוגיות של telecare לצורך מעקב והשגחה על הזקן אם הוא חולה דמנטי או כדי לקבל אינדיקציות לגבי שגרת חייו, כולל תזכורות לנטילת תרופות. המרכז הרב שירותי צריך לשרת אוכלוסיות מגוונות ולספק רצף של שירותים שיתנו מענה לזקן במצבים שונים ומשתנים, כשהשכונה התומכת צריכה לפעול מתוך מרכז כזה.

הערכת צרכים – צריכה להיות מערכת אחת להערכת צרכים במקום שכל מערכת תקבע לעצמה מערכת של הערכה וזכאות. הגדרות וסיווגים של המטופלים מאוד בעייתית ומשקפת חלוקת אחריות מינהלית בין גופים שונים. ההבחנה בין תשושים וסיעודיים איננה נכונה, איננה מוצדקת ויש לשנותה למערכת הערכה הוליסטית של צרכי הזקן. האבחון התפקודי נקבע על פי רוב ע"י האחות המתייחסת למה שהיא רואה ברגע נתון. אין התייחסות בהערכות לאבחונים הקיימים בתיקים הרפואיים של המטופלים, לכן בצוות הערכה צריך שיהיה גם רופא וגם אחות שהם מומחים בגריאטריה או שיקום. גם קצב הענות לפניית הוא איטי מדי, במיוחד כאשר מחלות מתקדמות במהירות ומחייבות מענים מהירים. זאת ועוד, הערכה תפקודית לצורך זכאות לגמלת סיעוד היא מיותרת כאשר הזקן הוא

סיעודי ויש על כך תיעוד ברשומות הרפואיות של קופות החולים. לכן צריכה להיות זרימה יעילה יותר של מידע בין קופות החולים למוסד לביטוח לאומי.

גמלאות כספיות – מאחר וציבור הזכאים לגמלת סיעודי מאופיין בפרופיל של גיל גבוה, אנשים בודדים, יותר אנשים דמנטיים שאינם מסוגלים להשתמש בכסף לקניית שירותים יש לשלול מתן גורף של גמלאות כספיות. לעומת זאת, יש לאפשר לבני משפחה לקבל גמלה כספית בגין הטיפול בהורה. הדבר חיוני בעיקר במגזר הערבי והחרדי ואז גם תקטן רמת העוני במגזרים אלה. יחד עם זאת, חשוב לפתח מערכת בקרה יעילה כדי לוודא שהזקן מטופל ומקבל מענה הולם לצרכיו.

ביטוח סיעודי – יש לכלול בתוך מסגרת הביטוח הסיעודי גם ביטוח לאשפוז מוסדי. הביטוח צריך להיות אוניברסאלי ולא על בסיס מבחן הכנסות ולצורך זה יש להעלות את מס הבריאות ואת הפרמיה המשולמת לחוק ביטוח סיעוד.

טיפול בית – השירותים הקיימים לזקנים מוגבלים בתפקודם אינם נותנים מענה לצרכים. למשל, בגמלת הסיעוד ניתנת עזרה במהלך השבוע אך לא בסופי שבוע ובחגים, בעיקר כאשר הזקן הוא ערירי ואין מי שידאג לו. גם אם הזקן מעוניין לקנות שירותים לא ניתן לקבלם כי חברות הסיעוד אינן ערוכות לכך. גמלת הסיעוד אינה מספיק גמישה כדי לספק לזקן טיפול שהוא מעדיף וזקוק לו ולכן השירות צריך להיות פרוש על פני כל היממה. יש להכשיר המטפלים, בעיקר מטפלים זרים, להפעלה של המטופלים ולבנות תכנית הפעלה עם כל זקן. יש להוסיף רמות של גמלה כך שתהיינה גם רמות של 2-3 שעות של עזרה ביתית בשבוע. לא כל זקן זקוק למלוא 9.75 שעות שבועיות. מנגד יש להוסיף רמות כדי לתת יותר שעות טיפול למקרים הקשים ועד 24 שעות ביממה. הטיפול באמצעות מטפלים זרים הוא תופעה שכנראה תשתנה לאור העובדה שרבים מהם עובדים בתנאי עבדות. לכן, כמו בצרפת למשל, צריכים שירותי הסיעוד להיות ערוכים למתן טיפול במשמרות מסביב לשעון.

נופשונים – קשה לקבל נופשון רק לסופי שבוע. במקומות שבהם קיימים נופשונים מעדיפים לקבל אנשים למשך 2-4 שבועות. לכן המתכונת הקיימת אינה עונה לצרכים של רוב המטפלים שהיו עשויים להפיק מכך תועלת.

הסעות – כדי להגיע לבתי חולים, לקופ"ח, לצאת להצגה וכו' אין הסדרים מספקים. גם דרך העמותות המספקות שירותי הסעה לנכים, כמו יד שרה, עזר מציון, קשה לגייס רכב זמין להסעה. לא ניתן להזמין רכב מראש ולתכנן הפעילות. יש להתקשר באותו יום לברר אם יש רכב פנוי.

שכונה תומכת – אינה מספקת מספיק שירותים, כמו הבאת תרופות לחולים כרוניים. קיים חשש לצאת מהבית בערב. יש לארגן ליווי על בסיס קבוצתי או אישי. יש גם להעשיר את הפעילות החברתית של שכונות תומכות. חלק מכספי קרן סיעוד צריכים לסייע לשכונות התומכות לעבות את מערך השירותים שהם מספקים, כמו הכללת אחות בצוות כדי שניתן יהיה לערוך מעקב רפואי וסיעודי אחר הזקנים וגם להדריך את הצוות.

מרכזי יום – יש לאפשר יום פעילות ארוך, וכן לספק טיפולים פארא-רפואיים בתוכם כמו: פיזיותרפיה. יש לחייב את קופות החולים לספק שירותים רפואיים למבוטחיהן בתוך מרכזי היום. זאת ועוד, מרכזי יום צריכים לעסוק גם בשיקום ולכן צריכים להיות מסונפים לבתי חולים על מנת שהחולה ימשיך לקבל את הטיפול השיקומי מידי אותו צוות מטפל. רוב מרכזי היום אינם משרתים תשושי נפש ולא את משפחותיהם, נושא שיש לתת עליו דגש מיוחד. צריכה להיות יותר גמישות ויצירתיות בפעילות של מרכזי היום. יש לאפשר לאנשים להגיע לפעילות מסוימת, בשעות הנוחות לזקן.

פעילות תעסוקתית בבית – יש לפתח תעסוקת בית לזקנים המוגבלים בתפקוד כדי למלא הזמן הפנוי בפעילות משמעותית.

בקרת תרופות – סקר שנערך בארץ (שמש ורסולי, 2003) מצא כי 17.6% מהזקנים מועדים לנפילות כאשר הסיבות העיקריות לכך הן בעיות ראייה, דיכאון ונטילת כדורי שינה. חשוב שהרופא המטפל יקיים שיחה עם המטופל ומשפחתו על מכלול התרופות שהמטופל נוטל, ובכלל זה תרופות ללא מרשם רופא כדי לצמצם תופעות לוואי, תגובות בין-תרופתיות ושימוש יתר בתרופות. חשוב שתכנס אחות לביתו של הזקן אחת למספר חודשים ותבדוק את מלאי התרופות כדי למנוע מצבים של הרעלת תרופות ואשפוזים. מתפקידה יהיה גם לתת הדרכה מתאימה לזקן ו/או למטפלים בו לגבי השימוש בתרופות ולמנוע שימוש בתרופות שפג תוקפן.

healthy apartment – התקנת אביזרי בטיחות בבית והדרכה למניעת נפילות. התקנת כריות מתנפחות בביתו של הזקן במקרה של נפילה כדי למנוע שברים וחבלות.

טכנולוגיות מסייעות – למניעת נפילות, למשל, הדלקה אוטומטית של האור כאשר הזקן נכנס לשירותים. מוקד מצוקה הקשור לאינטרנט שמאפשר לראות את המוקדן על מסך הטלוויזיה והוא יכול לראות את הזקן (מחייב התקנת מצלמה). יעוץ רפואי וסוציאלי מרחוק כדי לצמצם הצורך בביקורי בית או ביקור של הזקן המרפאה. הפגת בדידות ובידוד חברתי ע"י הרחבת השימוש במערכת הסלולר והאינטרנט. פיתוח חיישנים ורובוטים- יש לזכור כי הדור החדש של זקנים מתמצא בשימוש בטכנולוגיות אלה, במיוחד לנוכח המחסור ההולך וגובר של אנשי מקצועות הרפואה.

מניעה וקידום בריאות – בנושא שירותי מניעה לזקנים מוגבלים לא נעשה הרבה. הקופות אינן יכולות לעסוק בכך בשל מגבלות תקציביות. הנושא חשוב לא רק לגבי זקנים מוגבלים בתפקודם, אלא גם לגבי עצמאיים בתפקודם, כדי למנוע התדרדרות תפקודית ונפילות. חשוב להתקין אביזרי עזר בבתי הזקנים, כמו מאחזי יד. נערכות בדיקות סינון לראיה ושמיעה בחלק מהשכונות התומכות, אך אין מעקב אחרי אלה שנמצאו אצלם בעיות ואין קשר עם הקופות. פעולות לקידום בריאות צריכות לכלול פעילות גופנית, כמו טאי צ'י ביפן, שם הרמה הראשונה של גמלה מיועדת למניעה.

מחלקה אשפוזית בקהילה – יש צורך בשירות ביניים זה כדי למנוע אשפוזים בבתי חולים ואשפוזים חוזרים. על המחלקה יהיה אחראי צוות לטיפול רפואי בבית.

השתלמויות לצוותים – אנשי מקצועות הבריאות, הנפגשים עם הזקנים ומשפחותיהם יותר מכל שירות אחר, אינם מכירים את זכויות הזקנים ומשפחותיהם ולכן אינם יודעים להתמודד עם בעיות שונות שאינן רפואיות. חשוב על כן לקיים השתלמויות לצוותים במרפאות הראשוניות.

פיתוח תכניות מניעה – יש לתת את הדעת לנידחי חוק סיעוד, שהם בסיכון גבוה להתדרדרות תפקודית ולפתח עבורם תכניות מניעה, כדי שלא יתדרדרו ויגיעו בסופו של דבר לזכאות לגמלה.

ה. סיכום

סקירת הספרות על הנעשה בעולם הרחב מגלה כי בשני העשורים האחרונים חלו שינויים מפליגים, הן מבחינת תפיסות פילוסופיות למתן מענה לצרכים של זקנים המוגבלים בתפקודם, והן מבחינת מודלים וסוגים של שירותים. זאת, במטרה לאפשר לזקנים להזדקן בביתם ובסביבתם הטבעית. הגישות הרווחות ומתפתחות במדינות רבות שמות דגש על העצמה של הזקן והתייחסות לצרכים האינדיבידואליים הספציפיים שלו, בשונה מהגישה המסורתית (שעדיין רווחת בישראל), השמה דגש על מתן מענה לצרכים באמצעות מגוון מצומצם של שירותים סטנדרטיים ואחידים. יש לקחת בחשבון כי הקוהורטות החדשות של זקנים מאופיינות באוכלוסיה משכילה יותר, במעמד סוציו אקונומי טוב יותר, שמודעת יותר לזכויותיה ולכן גם תובענית יותר ורוצה להיות מעורבת יותר בהחלטות הנוגעות לטיפול בה ולאיכות חייה.

על רקע זה התפתחו תכניות שונות המאפשרות לזקנים בחירה בין מודלים שונים של אספקת שירותים. מבלי להיכנס כלל לדיון סביב מתן גמלאות בעין למול גמלאות בכסף, החורגות ממסגרת המטרות של דו"ח זה, יש שיטות נוספות, כמו קביעת תקציב אישי ומתן שוברים, בולים או קופונים לרכישת סל שירותים מגוון ועשיר יותר מזה המסופק כיום במסגרת גמלת הסיעוד ואשר ברובו, למעט מטפלת בית, מספר המשתמשים בהם הוא קטן ביותר. שיטות אלה נועדו לתת מענה לצורך של התייחסות לצרכים הייחודיים והספציפיים של הזקן ולאפשר לו "תפירת חליפה" המתאימה למידותיו האינדיבידואליות.

לא ניתן היה להתייחס בדו"ח לשירותים חדשים ולתפיסות חדשות מבלי לגעת, ולו בקצה הקרחון, בבעיה של תיאום ושילוב בין מערכות השירותים השונות, כדי להבטיח ראייה כוללת של צרכי הזקן, להבטיח רצף טיפול ולצמצם ככל שניתן את הפיצול בין השירותים שיוצר מציאות של מבוך לגבי זקנים ובני משפחותיהם כאחד, מבוך שאינם מתמצאים בו ושאינם יודעים כיצד להיכנס לתוכו או לצאת ממנו. זוהי סוגיה המעסיקה מדינות רבות, שאמצו גם מודלים שונים כדי להתמודד עם הבעיות של הפיצול וחוסר הראייה הכוללת של צרכי הזקן.

סוגיה מרכזית בה מתמקד הדו"ח היא כיצד להביא למניעת מוגבלות ותלות או לפחות לדחות אותה לגיל מבוגר יותר. תכניות שונות, שהתפתחו בעיקר בעשור האחרון במדינות שונות, שמות דגש רב על תכניות מניעה והחזרה לכושר תפקודי, כדי למצות את הפוטנציאל התפקודי של זקנים, בעיקר במצבים של מוגבלות קלה ובינונית. זהו צורך של הזקנים להישאר עצמאיים ככל שניתן וזהו גם צורך הנועד לצמצם את ההוצאה הציבורית לטיפול ממושך, שהולכת ועולה בהתמדה עם השנים. הרעיון המרכזי שבתכניות ההחזרה לכושר (re-ablement) הוא נקיטת גישה **פּרוֹאקְטִיבִית** להתמודדות עם ירידה תפקודית, במקום נקיטת גישה **רִיאקְטִיבִית**, שבעצם מקבלת את המצב הקיים ומשלימה אתו ואף מטפחת תלות בכך שהטיפול הניתן לזקן מיועד להחליפו באותן פעולות שהוא חדל לבצען, ולא תמיד מסיבות מוצדקות. הגישה הריאקטיבית באה לידי ביטוי בולט בגמלאות הסיעוד. מבחן התלות להערכת נזקקותו של הזקן לשירותים, אינה מתייחסת לפוטנציאל התפקודי שניתן לשמר, לשקם או

למנוע התדרדרותו, אלא מתייחסת לתמונת מצב ברגע נתון ומתמקדת בקביעת רמת התלות, במקום רמת העצמאות, ובמתן שירותי סיעוד על ידי מטפלות, אשר ברוב המקרים לא עברו כל הכשרה מוקדמת לכך, אשר מטפחות תלות זו, ובלא יודעין גורמות לחיזוק הפסיביות של הזקן ובכך לתלותו הגוברת בעזרת המטפלת. הניסיון הבינלאומי, כפי שמשתקף מדו"ח זה, מראה כי מתרבות התכניות המיועדות לקדם את בריאותם ולטפח את עצמאותם התפקודית של זקנים והן אף הוכחו כיעילות ומועילות. זה מחייב גם חשיבה אסטרטגית חדשה בישום החוק בישראל, זה מחייב גם הערכות מתאימה של חברות הסיעוד המספקות שירותים לטיפול בית וזה מחייב סוציאליזציה אחרת של המטפלות, המעניקות טיפול זה לזקנים. לצד כל אלה יש לפתח מערכת תמריצים אשר תעודד חברות סיעוד להביא לשינוי תרבותי ותפיסתי בדרך התנהלותן ותפקודן. למשל, מתן גמול על כל זקן אשר לא נזקק לטיפול בית למשך שנה או כל תקופה אחרת שתוגדר. זה מחייב גם רה-ארגון של השירותים המספקים שירותי סיעוד מבחינת הרכב צוות העובדים, תהליכי עבודה, שיטות הערכה, דרכי אספקת השירותים, מערכת הבקרה ועוד. זה גם מחייב בניית תכניות הכשרה כדי להכשיר עובדים מקצועיים מתאימים לתחום, כמו גם תכניות הכשרה למטפלות שיתמקדו בטיפול המאפשר לזקן לשמר את תפקודו העצמאי.

סוגיה נוספת העומדת לדיון העולה מדו"ח זה היא מקומם של מרכזי היום בטיפול בזקנים, בהיותו אחד מחמשת סוגי השירותים הנכללים בסל שירותי הסיעוד. לית מאן דפליג כי קיימות מספר בעיות מרכזיות במתכונת ההפעלה של מרכזי היום הקיימים, הן מבחינת אוכלוסיית היעד שאותה משרת המרכז, הן מבחינת סל השירותים המסופקים בו, והן מבחינת נגישותו, זמינותו וגמישותו במתן מענה לצרכים האינדיבידואליים של המשתמשים הקיימים והפוטנציאליים בשירותיו. מושקעים משאבים רבים בהקמה ובתפעול מסגרות אלה, כאשר פלח האוכלוסייה המשתמש בשירותיו הוא קטן ויש אף מרכזים שנמצאים בתת תפוסה מבחינת מספר המשתמשים בהם. נראה כי על מרכזים אלה להפוך למרכזים רב שירותיים, המשרתים אוכלוסיית יעד שונות, בכללם גם מטפלים עיקריים ובני משפחות של זקנים וזקנים שפנו לקבלת גמלת סיעוד ונדחו. מרכזים אלה צריכים לספק רצף רחב ומגוון הרבה יותר של שירותים, שמהם ניתן לתפור חבילות שירותים אינדיבידואליים וספציפיים המותאמים לצרכיו של הזקן המסוים. דרך הפעלתם של מרכזים אלה צריכה להתבטא בגמישות רבה יותר, שעות פעילות ארוכות יותר ולשרת תכליות מגוונות יותר, כמו למשל שירותי הפוגה עבור מטפלים עיקריים לסופי שבוע, שירות שלמעשה איננו כמעט קיים היום.

הדו"ח גם עוסק בצורך בהתמקדות במטפלים מקרב בני המשפחה של הזקנים. המשפחה מהווה את הבסיס ועמוד התווך שעליו נבנה הטיפול הפורמאלי. עם התארכות משך החיים עם מוגבלות, הולך וגדל העומס הטיפולי הרובץ על כתפי המטפלים מקרב בני המשפחה. גם כאשר המשפחה מעסיקה מטפל זר, עדיין היא ממלאת תפקיד מרכזי במתן טיפול לזקן, בעיקר בכל הקשור לניהול ענייניו (Iecovich, 2010). לצד זה הולכת וגוברת ההכרה כי יש צורך בפיתוח מערכת תמריצים, תכניות ושירותים שיכולים להקל על המשפחה לשאת בנטל זה לאורך זמן. מבלי להיכנס לדיון בשאלה מהי מערכת התמריצים וההסדרים הנדרשים בין מעסיקים לממשלה, יש מקום לפתח שירותי הפוגה לבני משפחה, בעיקר עבור אלה המטופלים בזקנים תשושי נפש, שמספרם גדל והולך עם העלייה בגיל.

הדו"ח סוקר מודלים שונים של שירותי הפוגה תוך ביתיים וחוף ביתיים. בעיקר יש לתת הדעת למרכזים ליליים, שיכולים לאפשר למטפל העיקרי שעות שינה ומנוחה, לפחות פעם או פעמיים בשבוע כאשר הוא מטפל בזקן תשוש נפש שאינו ישן בלילה. שירות זה צריך להיות חלק מסל השירותים הניתנים בגמלת הסיעוד או שיש לו למצוא לו מקור מימוני אחר, שיעניק שירות זה על בסיס אוניברסאלי. מבחינה זו ניתן להשתמש בתשתיות קהילתיות קיימות, תוך התאמתם למטרות אלה בהשקעה נמוכה יחסית. למשל, יעוד מספר מרכזי יום לשירותי הפוגה בלילה ו/או לסופי שבוע יכול לסייע רבות בידי בני משפחה (בכפוף לסקר צרכים).

נושא הטכנולוגיות המסייעות מקבל תנופה רבה בשנים האחרונות ואינו פוסח על תחום הטיפול הממושך בזקנים. שילוב של טכנולוגיות מסייעות, פשוטות ומתוחכמות, במתן טיפול, פורמאלי ובלתי פורמאלי כאחד, חיוני לצמצום תלותו של הזקן בעזרה מהזולת, הוא יכול להחליף, במקרים מסוימים, טיפול אנושי וגם לסייע לבני משפחה, בעיקר עובדים, בהשגחה מרחוק על מה שקורה עם הזקן בביתו. לא בכדי זוכה נושא זה להתייחסות כבדת משקל הן של האיחוד האירופי והן במדינות צפון אמריקה.

ניתן לומר כי חוק ביטוח סיעוד בישראל, היה אחד החוקים המתקדמים והראשונים בעולם שהביא למהפכה בתחום הטיפול בזקנים בבית ובקהילה. זהו חוק מצוין שבמידה רבה שימש גם "אור לגויים". אולם מאז שיושם החוק חלפו כ-23 שנים והוא די קפא על שמריו. לא נבחן הצורך ברפורמות נדרשות, לאור השתנות התנאים בשטח, בעוד שמדינות מערביות שונות הנהיגו רפורמות בחוקיהן ובהסדריהן למתן שירותים לזקנים מוגבלים בתפקודם בבית ובקהילה, כפי שמשקף לאורך כל הדו"ח הזה. זהו הזמן לבחון מחדש את החוק, לפחות מספר היבטים שבו, שיהיה בהם לשפר את איכות החיים של זקנים מוגבלים בתפקודם, לשמר את עצמאותם התפקודית, לחזק את שליטתם בחייהם ואף להביא לריסון ההוצאה הציבורית על טיפול ממושך שהולך וגדל מדי שנה.

רשימה ביבליוגרפית

- אשל. (2008). תכניות ושירותים לזקנים- מרכזי יום. הורד מאתר האינטרנט :
<http://www.eshelnet.org.il/en/programs> בתאריך 6 ספטמבר 2010.
באר, ש' (1994). סקר מבקרים במרכזי יום. ירושלים : מכון ברוקדייל.
ברודסקי, ג', ד. נאון, ד', רוניצקי, ש', ובן-נון, ש' (2004). מקבלי גמלת סיעוד – מאפיינים, דפוסי
קבלת עזרה פורמלית ובלתי פורמלית וצרכים בלתי מסופקים. ירושלים : מכון ברוקדייל. הורד
מאתר האינטרנט בתאריך 6.9.2010 :
<http://brookdaleheb.jdc.org.il/?CategoryID=156&ArticleID=121>
ברודסקי, ג', שנור, י', ובאר, ש' (2010). קשישים בישראל : שנתון סטטיסטי. ירושלים : מכון
ברוקדייל.
הלמ"ס. (2010). שנתון סטטיסטי. ירושלים : הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. הורד מהאינטרנט
בתאריך 20.8.2010 : http://www.cbs.gov.il/energy/shnatonhnew_site.htm
המוסד לביטוח לאומי. (2009). סקירה שנתית 2008. ירושלים : המוסד לביטוח לאומי. הורד
מהאינטרנט בתאריך 20.9.2010 :
http://www.btl.gov.il/Publications/Skira_shnatit/skira-2008/Documents/chap-4.pdf
המוסד לביטוח לאומי. (2010). רבעון סטטיסטי. ירושלים : המוסד לביטוח לאומי – מינהל המחקר
והתכנון. הורד מהאינטרנט בתאריך 20.8.2010 :
<http://www.btl.gov.il/Publications/quarterly/Pages/default.aspx>
המוסד לביטוח לאומי. (2010). גמלת סיעוד בכסף במקום בשירותים למי שמעסיק מטפל צמוד –
חוברת מידע. ירושלים : המוסד לביטוח לאומי. הורד מאתר האינטרנט בתאריך 20.8.2010 :
http://www.btl.gov.il/Publications/booklet/hebrew_booklet/Pages/SiudBekesefHov_eret.aspx
המוסד לביטוח לאומי. (2009). סקירה שנתית 2008. ירושלים : המוסד לביטוח לאומי- מינהל המחקר
והתכנון. הורד מאתר האינטרנט בתאריך 2.8.2010 :
http://www.btl.gov.il/Publications/Skira_shnatit/skira-2008/Documents/skira-2008.pdf
ורטמן, א', ברודסקי, ג', קינג, י', נ. בנטור, נ', צ'חמיר, סי' (2005). קשישים הלוקים בדמנציה : שכיחות,
זיהוי צרכים לא מסופקים ועדיפויות בפיתוח שירותים. ירושלים : מכון ברוקדייל. הורד מאתר
האינטרנט בתאריך 6.9.2010 :
<http://brookdaleheb.jdc.org.il/?CategoryID=156&ArticleID=206>
קורא, מ' וצ'ריניחובסקי, ד' (2007). קווים לרפורמה בניהול ובמימון של הטיפול הממושך בקשישים
בישראל. ירושלים : הכנסת – מחלקת המחקר ואוניברסיטת בן גוריון בנגב.
שמש, ע', ונקמולי- לוי, ד' (2009). אנשים עם מוגבלויות בקהילה. ירושלים משרד הבריאות. הורד
מאתר האינטרנט בתאריך 2.8.2010 :
http://www.health.gov.il/download/forms/a3644_Disabilities.pdf

שמש, ע' ורסולי, א' (2003). בריאות הקשישים בקהילה מתוך סקר נתוני בני שישים ומעלה -1997
1998 של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. ירושלים: משרד הבריאות האגף לגריאטריה. הורד
מהאינטרנט בתאריך 20.8.2010:

<http://www.health.gov.il/pages/default.asp?maincat=39&catid=287&pageid=2095>

AARP. (2006). *European experience with long-term care: France, the Netherlands, Norway, and the United Kingdom*. Retrieved from:

http://assets.aarp.org/www.aarp.org/_cs/gap/ldrstudy_longterm.pdf. Accessed 19
September 2010.

Aday, R. H. (2003, March 16). *Identifying important linkages between successful aging and senior center participation*. Joint Conferences of the National Council on Aging/American Society on Aging, Chicago.

Administration on Aging. (2010). National Family Caregiver Support Program (OAA Title III E). Retrieved from:

http://www.aoa.gov/aoaroot/aoa_programs/hcltc/caregiver/index.aspx.

Agree, E. (1999). The influence of personal care and assistive devices on the measurement of disability. *Social Science and Medicine*, 48, 427-443.

Agree, E.M., & Freedman, V.A. (2000). Incorporating assistive devices into community-based long-term care: An analysis of the potential for substitution and supplementation. *Journal of Aging and Health*, 12 (3), 426-450.

Agree, E.M., Freedman, V.A., & Manisha Sengupta, M. (2004). Factors influencing the use of mobility technology in community-based long-term care. *Journal of Aging and Health*. 16 (2), 267-307.

Agree, E.M., Freedman, V.A., Cornman, J.C., Wolf, D.A., & Marcotte, J.E. (2005). Reconsidering substitution in long-term care: When does assistive technology take the place of personal care? *Journals of Gerontology Series B- Psychological Sciences and Social Sciences*, 60 (5), S272-S280.

Alaszewski, A., Billing, J., & Coxon, K. (2004). Integrated health and social care for older persons: Theoretical and conceptual issues. In K. Liechsering, & A.M. Alaszewski, (eds.). *Providing integrated health and social care for older persons: A European overview of issues at stake*. Aldershot: Ashgate.

Allen, S.M., Foster A., & Berg, K. (2001). Receiving help at home: The interplay of human and technological assistance. *Journals of Gerontology*, 56B (6), S374-S382.

- Alley, D., Liebig, P., Pynoos, J., Benerjee, T., & Choi, I. H. (2007). Creating elder-friendly communities: Preparation for an aging society. *Journal of Gerontological Social Work, 49*(1-2), 1-18.
- Alliance for Health Reform. (2006). *Cash & counseling moves into the mainstream*. Retrieved from: http://www.allhealth.org/publications/pub_2.pdf.
- Alpert, P.T. (2010). Maximizing the health of older adults. *Home Health Care Management & Practice, 22*(5) 372–375
- Aminzadeh, F., & Dalziel, W.B. (2002) Older adults in the emergency department: a systematic review of patterns of use, adverse outcomes, and effectiveness of interventions. *Annals of Emergency Medicine, 39*, 238-247.
- Arntz, M., Sacchetto, R., Spermann, A., Steffes, S., Widmair, S. (2007). The German social long-term care insurance: Structure and reform options. Germany: Bon. Retrieved from: <http://www.ftp.iza.org/dp2625.pdf>. Accessed 4 September, 2010.
- Ashton, J. (1996). Healthy cities —WHO's New Public Health initiative. *Annual Review of Public Health, 17*, 299-309.
- Atteberry, G. (2010). The effects of Telehomecare on quality and agency revenue: A literature review. *Home Health Care Management Practice 21*(3), 188-194.
- Baker, D., Gottschalk, M., & Bianco, L. (2007). Step by step: Integrating evidence-based fall-risk management into senior centers. *The Gerontologist, 47*, 548-554.
- Baker, D.I., Gottschalk, G., Eng, C., Sheryl Weber, S., & Mary E., & Tinetti, M.E. (2001) The design and implementation of a Restorative Care Model for home care. *The Gerontologist, 41* (2), 257-263.
- Bauer, K.A. (2001). Home-based telemedicine: A survey of ethical issues. *Cambridge Quarterly of Healthcare ethics, 10*, 137-146.
- Becker, S.A., & Webbe, F.M. (2008). The potential of hand-held assistive technology to improve safety for elder adults aging in place. Retrieved from: http://www.ahrq.gov/downloads/pub/advances2/vol4/Advances-Becker_3.pdf. Accessed June 24, 2010.
- Beisgen, B. & Kraitchman M. (2003). *Senior centers: Opportunities for successful aging*. New York: Springer.
- Beland, F., Bergman, H., Lebel, P., Clarfield, A.M., Tousignant, P., Contandriopoulos, A.P., & Dallaire, L. (2006a). A system of integrated care for older persons with disabilities in Canada: Results from a randomized controlled trial. *Journals of*

- Gerontology: Series A: Biological Sciences and medical sciences*, 61A (4), 367-373.
- Beland, F., Bergman, H., Lebel, P., Dallaire, L., Fletcher, J., Tousignant, P., & Contandriopoulos, A.P. (2006b). Integrated services for frail elders (SIPA): A trail of a model for Canada. *Canadian Journal on Aging*, 25 (1), 25-42.
- Benjamin, A.E. (2001). Consumer-directed services at home: A new model for persons with disabilities. *Health Affairs*, 20 (6), 80-95.
- Benjamin, A. E., & Matthias, R. E. (2001). Age, consumer direction, and outcomes of supportive services at home. *Gerontologist*, 41(5), 632-642.
- Bharucha, A.J., Anand, V., Forlizzi, J., Dew, M.A., Reynolds, C.F., Stevens, S., & Wactlar, H. (2009). Intelligent assistive technology applications to dementia care: Current capabilities, limitations, and future challenges. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 17 (2), 88-104.
- Brachman, J.Y. (1999). State issues in the integration of acute and chronic care. *Generations*, 23(2), 9-13.
- Brazil, K., Bolton, C., Doreen Ulrichsen, D., & Knott, K.(1998). Substituting home care for hospitalization: The role of a Quick Response Service for the elderly. *Journal of Community Health*, 23 (1), 29-44.
- Brody, H. (2009). Three steps forward, two steps back in helping people with dementia. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 17 (2), 85-87.
- Browning, C., & Kendig, H. (2004). Maximising health and well-being in older people. In: R. Moodie, & A. Hulme (eds). *Hands on health promotion* (pp.374-388). Melbourne: IP Communications.
- Campbell, J., & Aday, R. (2001). Benefits of a nurse-managed wellness program: A senior center model. *Journal of Gerontological Nursing*, 20, 34-43.
- Campbell, J.C., & Ikegami, N. (2000). Long-term care comes to Japan. *Health Affairs*, 19 (3), 26-39.
- Canadian Agency for Drug and Technologies in Health. (2010). *Eden Alternative and Green House Concept of Care: Review of Clinical Effectiveness, Cost-Effectiveness, and Guidelines*. Retrieved from: http://www.cadth.ca/media/pdf/L0166_Eden_Alternative_Concept_final.pdf.
- Capitman, J. (2003). Effective coordination of medical and supportive services. *Journal of Aging and Health*, 15 (1), 124-164.

- Cartwright, C., Cosgrave, C., Gooden, J., & Carpenter, L (2009). *Re-ablement of older people in North Coast NSW. Australia*: NSW Department of Ageing Disability and Home Care (DADHC). Retrieved from:
<http://aslarc.scu.edu.au/Reablement%20of%20Older%20People%20in%20North%20Coast%20NSW,%20Ph%201.pdf>. Accessed 13 September 2010.
- Chappell, N.L., Havens, B., Honorary, D., Hollander, M.J., Miller, J.A., & McWilliam, C. (2004). Comparative costs of home care and residential care. *The Gerontologist*, 44 (3), 389-400.
- Choi, N., & McDougall, G. (2007). Comparison of depressive symptoms between homebound older adults and ambulatory older adults. *Aging and Mental Health*, 11, 310-322.
- Claypool, H., & O'Malley, M. (2008). *Consumer Direction of Personal Assistance Services in Medicaid: A Review of Four State Programs*. Kaiser family Foundation. Retrieved from: <http://www.kff.org/medicaid/upload/7757.pdf>.
- Coburn, A.F. (2001). Models for integrating and managing acute and long-term care services in rural areas. *Journal of Applied Gerontology*, 20 (4), 386-408.
- Cohen-Mansfield, J., Werner, P., & Reisberg, B. (1995). Temporal order of cognitive and functional loss in a nursing home population. *Journal of the American Geriatrics Society*, 43, 974-978.
- Coleman, J. (2000). PACE programs part 1. *The Case Manager*, 11 (3), 35-41.
- Colmorten, E., T. Clausen, T., & Bengtsson, S. (2005) Providing integrated health and social care for older persons in Denmark. In Leichsenring, K, & Alaszewski, A.M. (eds). *Providing integrated health and social care for older persons* (pp.139-179). Aldershot: Ashgate Cooney, M. (2010). *Telecare - Supporting Independence – promoting efficiency*. UK: Department of Health. Retrieved from
http://www.dhcarenetworks.org.uk/_library/Resources/CSED/CSEDProduct/Telecare_presentation3__01AUG10.pdf. Accessed 10 September 2010).
- Dabelko, H.I., & Zimmerman, J.A. (2008). Outcomes of adult day services for participants: A conceptual model. *Journal of Applied Gerontology*, 27 (1), 78-92.
- Dabelko-Schoeny, H.I., & King, S. (2010). In their own words: Participants' perceptions of the impact of adult day services. *Journal of Gerontological Social Work*, 53 (2), 176-192.

- Daatland, O.S., & Lowenstein, A. (2005). Intergenerational solidarity and the family–welfare state balance. *European Journal of Ageing*, 2 (3), 174-182.
- Desai, M.M., Lentzner, H.R., & Weeks, J.D. (2001). Unmet need for personal assistance with activities of daily living among older adults. *The Gerontologist*, 41, 82-88.
- Doty, P. (2000). The federal role in the move toward consumer direction. *Generations*, 24(3), 22.
- Doty, P. (2004). At last, the cash & counseling model will expand beyond first three states. *Report on Disability Programs*, 27(2), 14.
- Doty, P., Kevin J. Mahoney, K.J., & Simon-Rusinowitz, L. (2007). Designing the cash and counseling demonstration and evaluation. *Health Services Research*, 42 (1 Pt 2), 378–396.
- Doty, M.M., Koren, M.J., & Sturla, E.L. (2008). Culture change in nursing homes: How far have we come? Retrieved from:
http://www.commonwealthfund.org/~media/Files/Publications/Fund%20Report/2002/Aug/Evaluation%20of%20the%20Wellspring%20Model%20for%20Improving%20Nursing%20Home%20Quality/stone_wellspringevaluation%20pdf.pdf.
- Doty, P, Mahoney, K.J., & Sciegaj, M. (2010). New state strategies to meet long-term care needs. *Health Affairs*, 29 (1), 49-56.
- Doyle, A., & Masland, J. (1997). Managed care for the elderly in the United States: Outcomes to-date and potential for future growth. *Health Policy*, 41 (Suppl.) S145-S162.
- Doughty, K., & Clark, J. (2009). The role of telecare in the protection of individuals from domestic violence. *Journal of Assistive Technologies*, 3 (4), 44-48.
- European Commission. (2009). Overview of the European strategy in ICT for Ageing Well. Retrieved from:
http://ec.europa.eu/information_society/activities/einclusion/research/ageing/index_en.htm. Accessed 5 July 2010
- Farone, D., Fitzpatrick, T., & Tran, T. (2005). Use of senior centers as a moderator of stress-related distress among Latino elders. *Journal of Gerontological Social Work*, 46, 65-83.

- Feinberg, L.F., & Newman, S.L. (2004). A study of 10 States since passage of the National Family Caregiver Support Program: Policies, perceptions, and program development. *The Gerontologist*, 44 (6), 760-769.
- Fine, M. (2010). Individualizing care. The ongoing revolution. Paper presented at the International Conference on 'Transforming care: Provision, quality and inequality. Copenhagen, Denmark: The Danish National Centre for Social Research, June.
- Fine, M. D. & Yeatman, A. (2009), Care for the Self: Community Aged Care Packages. In A.
- Yeatman, G. Dowsett, M. Fine & D. Guransky (Eds.), *Individualization and the Delivery of Welfare Services. Contestation and Complexity (pp.165-186)*. Houndmills: Palgrave Macmillan.
- Fisher, H.M., & McCabe, S. (2005). Managing chronic conditions for elderly adults: The VNS CHIOCE model. *Health Care Financing Review*, 27 (1),
- Fitzpatrick, T., Gitelson, R., Andereck, K., & Mesbur, E. (2005). Social support factors and health among a senior center population in Southern Ontario, Canada. *Social Work in Healthcare*, 40(3), 15-38.
- Fitzpatrick, T. R., McCabe, J., Gitelson, R., & Andereck, K. (2005). Factors that influence perceived social and health benefits of attendance at senior centers. *Activities, Adaptation and Aging*, 30(1), 23-45.
- Flynn, B.C. (1995). Healthy cities: Towards worldwide health promotion. *Health Promotion International*, 10, (2), 133-141.
- Foster, L., Brown, R., Phillips, B. Schore, J., & Lepidus Carlson, B. (2003). Improving the quality of Medicaid personal assistance through consumer direction. *Health Affairs*. Retrieved from: <http://www.rwjf.org/files/research/Foster%20-%20hlthaff.w3.162v1.pdf>. Accessed 1 September 2010.
- Foster, L., Dale, S. B., & Brown, R. (2007). How caregivers and workers fared in cash and counseling. *Health Services Research*, 42(1 Pt 2), 510-532.
- Fraser, K.D. (2003). Are home care programs effective? A systematic review of the literature. *Care management Journals*, 4 (4), 198-201.
- Freedman, V.A., Agree, E.M., Martin, L.G., & Cornman, J.C. (2006). Trends in use of assistive technology and personal care for late-life disability, 1992-2001. *The Gerontologist*, 46 (1), 124-127.

- Friedland, R.B. (2004). Caregivers and long-term care needs in the 21st century: Will public policy meet the challenge? Retrieved from:
<http://ltc.georgetown.edu/pdfs/caregiversfriedland.pdf>. Accessed 18 August 2010.
- Fry, G., Price, C., & Yeandle, S. (2009). *Local authorities' use of carers grant*. Leeds, UK: University of Leeds. Retrieved from:
http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/documents/digitalasset/dh_103817.pdf. Accessed 5 September 2010.
- Gibson, M.J., & Redfoot, D. (2007). Comparing long-term care in Germany and the United States: What can we learn from each other? Retrieved from:
http://assets.aarp.org/rgcenter/il/2007_19_usgerman_ltc.pdf. Accessed 17 August 2010.
- Gitelson, R., McCabe, J., Fitzpatrick, T., & Case, A. (2005). Factors that influence perceived social and health benefits of attendance at senior centers. *Activities, Adaptation & Aging*, 30, 23-45.
- Giunta, N. (2010). The National Family Caregiver Support Program: A multivariate examination of State-level implementation. *Journal of aging and Social Policy*, 22 (3). 249-266.
- Glendinning, C. (2003). Breaking down barriers: Integrating health and care services for older people in England. *Health Policy*, 65 (2). 139-151.
- Glendinning, C. (2009). Cash for care: Implications for carers. Health and Ageing Newsletter, 21. Retrieved from:
<http://www.genevaassociation.org/PDF/HealthandAgeing/GA2009-Health21-Glendinning.pdf>. Accessed 4 September, 2010.
- Glendinning, C., Arksey, H., & Tjadens, F. (2009). *Care provision within families and the socio-economic impact on care providers*. York UK: University of York- Social Policy research Unit. Retrieved from:
http://ec.europa.eu/employment_social/emplweb/families/docs/EU%20Policy%20Briefing%20-%202006%20July.pdf. Accessed 1 August 2010.
- Glendinning, C., Arksey, H., Jones, K., Moran, N., Netten, A., Rabiee, P. (2009) Individual Budgets Pilot Projects: Impact and outcomes for carers, Social Policy Research Unit, University of York, York. Retrieved from:
<http://www.york.ac.uk/inst/spru/research/pdf/IBSENCarersRep.pdf>. Accessed 5 September 2010.

- Glendinning, C., Challis, D., Fernández, J.L., Sally Jacobs, S., Jones, K., Knapp, M., Manthorpe, J., Moran, N., Netten, A., Stevens, M., & Wilberforce, M. (2008). Evaluation of the individual Budgets pilot programme. York, UK: York University-Social Policy Research Unit. Retrieved from: <http://php.york.ac.uk/inst/spru/pubs/1119/>. Accessed 2 August 2010.
- Glendinning, C., & Moran, N. (2009). Reforming long-term care: Recent lessons from other countries. York, UK: The University of York. Retrieved from: <http://www.york.ac.uk/inst/spru/research/pdf/LTCare.pdf>. Accessed 4 September 2010.
- Gong, J., & Greenwood, R. (2003). PACE community care and more. *Provider*, 29 (6), 40-43.
- Greenhaus, J.H., & Powell, G.N. (2006). When work and family are allies: A theory of work-family enrichment. *Academy of Management Review*, 31, 72-92.
- Hansen, J.H. (1999). Practical lessons for delivering integrated services in a changing environment: The PACE model, *Generations*, 23 (2), 22-28.
- Hayes, K. (2006). High-functioning: Line dancing with dementia. *Directors' Quarterly for Alzheimer's and Other Dementia*, Summer, 31-34.
- Hayunga, M. (2004). NCOA helps promote evidence-based prevention programs. *Innovations*, 3, 13-14.
- Hendrix, S., Fischer, J., Reddy, S., Lommel, T., Speer, E., Stephens, H., et al. (2008a). Diabetes self-management behaviors and A1c improved following a community based intervention in older adults in Georgia senior centers. *Journal of Nutrition for the Elderly*, 27(1/2), 44-60.
- Hendrix, S., Fischer, J., Reddy, S., Lommel, T., Speer, E., Stephens, H., et al. (2008b). Fruit and vegetable intake and knowledge increased following a community based intervention in older adults in Georgia senior centers. *Journal of Nutrition for the Elderly*, 27(1/2), 27-43.
- Hirth, V., Baskins, J., & Dever-Bumba, M. (2009). Program of All-Inclusive Care (PACE): Past, Present, and Future. *Journal of the American Medical Directors Association*, 10 (3), 155-160.
- Hoening, H., Taylor, D.H., & Sloan, F.A. (2003). Does assistive technology substitute for personal assistance among the disabled elderly? *American Journal of Public Health*, 93 (2), 330-337.

- Hoffman, F., & Rodrigues, R. (2010). *Informal carers: Who takes care of them?* Vienna: European Centre for Social Welfare Policy and Research. Retrieved from: http://www.euro.centre.org/data/1274190382_99603.pdf. Accessed 2 September 2010.
- Holthe, T., & Walderhaug, S. (2010). Older people with and without dementia participating in the development of an individual plan with digital calendar and message board. *Journal of Assistive technologies*, 4 (2), 15-25.
- Horowitz, A., Goodman, C.R., & Reinhardt, J.P. (2004). Congruence between disabled elders and their primary caregivers. *The Gerontologist*, 44 (4), 532-542.
- Horowitz, A., Brennan, M., Reinhardt, J.P., & MacMillan, T. (2006). The impact of assistive device use on disability and depression among older adults with age-related vision impairments. *Journals of Gerontology*, 61B (5), S274-S280.
- Hooyman, N. R., & Kiyak, H. A. (2005). *Social Gerontology: A Multidisciplinary Perspective*. Boston: Allyn & Bacon.
- Hutten, J. B. F., & Kerkstra, A. (1996). (eds.). *Home care in Europe: A country-specific guide to its organization and financing*. Aldershot, U.K.: Arena Ashgate,
- Iecovich, E., & Carmel, S. (2010). Differences between users and non-users of day care centers among frail elderly persons in. *Journal of Applied Gerontology*, 29 (4) (In Press).
- Iecovich, E. (2010). Tasks performed by primary caregivers and migrant live-in homecare workers in Israel. *International Journal of Ageing and Later Life*, 5 (2), 53-75 (*Special issue*).
- Ihara, K. (2000). Japan's policies on long-term care for the aged: The Gold Plan and the long-term care insurance program. Retrieved from: <http://unpan1.un.org/intradoc/groups/public/documents/APCITY/UNPAN023659.pdf>. Accessed 3 September 2010.
- Johri, M., Beland, F., & Bergman, H. (2003). International experiments in integrated care for the elderly: A synthesis of the evidence. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 18 (3), 222-235.
- Jones, K.J., Baxter, K., Curtis, L.A., Arksey, H., Forder, J.E., Glendinning, C., & Rabiee, P. (2009). *Investigating the longer term impact of home care Re-ablement services- The short-term outcomes and costs of home care Re-ablement services*. Retrieved from:

http://www.dhcarenetworks.org.uk/_library/Resources/CSED/CSEDProduct/PLS_HCR_Interim_report_1_Oct09.pdf. Accessed 7 September 2010.

- Kane, R.L. (1999). Setting the PACE in chronic care. *Contemporary Gerontology: A Journal of Reviews and Clinical Discourse*, 6 (2), 47-50.
- Kane, R.L., Homyak, P., Bershadsky, B., & Lum, Y. (2002). Consumer responses to the Wisconsin Partnership Program for elderly persons: A variation on the PACE model. *Journals of Gerontology: Series A: Biological sciences and medical Sciences*, 57A (4), M250-M258.
- Kane, R.A., Lum, T.Y., Cutler, L.J., Degenholtz, H.B., & Yu, T.C. (2007). Resident outcomes in small-house nursing homes: A longitudinal evaluation of the initial evaluation green house program. *Journal of American Geriatric Society*, 55(6), 832-839.
- Kaye, H.S., LaPlante, M.P., & Harrington, C. (2009). Do noninstitutional long-term care services reduce Medicaid spending? *Health Affairs*, 28 (1), 262-272.
- Kinsella, A., & Doughty, K. (2008). Home telehospice: new tools for end-of-life care services. *Journal of Assistive technologies*, 2 (4), 47-50.
- Kodner, D.L. (2000). Fully integrated care for frail elderly: Two American models. *International Journal of Integrated care*, 1, 1-23. Retrieved from: <http://www.ijic.org/> Accessed 3 September 2010.
- Kodner, D.L. (2002). The quest for integrated systems of care for frail older persons. *Aging and Clinical Experimental Research*, 14 (4), 307-313.
- Kodner, D.L. (2003). Consumer-directed services: lessons and implications for integrated systems of care. *International Journal of Integrated Care*, 3, ISSN 1568-4156. Retrieved from: <http://www.ijic.org/> Accessed 6 September 2010.
- Kodner, D.L. (2006). Whole-system approaches to health and social care partnerships for the frail elderly: An exploration of North American models and lessons. *Health and Social Care in the Community*, 14 (5), 384-390.
- Kodner, D.L., & Kyriacou, CK. (2000). Fully integrated care for frail elderly: Two American models. *International Journal of Integrated Care*, 1 (1), e08.
- Koerin, B.B., Harrigan, M.P., & Secret, M. (2008). Elder care and employed caregivers: A public/private responsibility? *Journal of Gerontological Social Work*, 51(1), 143-161.
- Koren, M.J. (2010). Person-centered care for nursing home residents: The culture-change

- movement. *Health Affairs*, 29 (2), 312-317.
- Koerner, M.V., Silverberg, S., Kenyon, C., & Baete, D. (2007). Understanding good days and bad days: Emotional and physical reactivity among caregivers for elder relatives. *Family Relations*, 56 (1), 1-11.
- Krahn, G. L., & Drum, C. E. (2007). Translating policy principles into practice to improve health care access for adults with intellectual disabilities: A research review of the past decade. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 13(2), 160-168.
- Lamura, G., Munich, E., Nolan, M., Wojszel, B., Krevers, B., Mestheneos, L., & Döhner, H. (2008). Family carers' experiences using support services in Europe: Empirical evidence from the EUROFAMCARE study. *The Gerontologist*, 48 (6), 752-771.
- Landauer, M., Köhler, P.A., Körtek, Y., Ross, F., & Walser, C. (2009). Long-term care benefits and services in Europe. *Gerontology*, 55 (5), 481-490 (DOI: 10.1159/000212162)
- Lansley, P., McCreadie, C., & Tinker, A. (2004). Can adapting the homes of older people and providing assistive technology pay its way? *Age and Ageing*, 33 (6), 571-576.
- LaPlate, M.P., Kaye, H.S., Kang, T., & Harrington, C. (2004). Unmet need for personal assistance services: Estimating the shortfall in hours of help and adverse consequences. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 59B, S98-S108.
- Lee, W., Eng, C., Fox, N., & Etienne, M. (1999). PACE: A model for integrated care of frail older patients. Program of All-inclusive Care for the Elderly. *Geriatrics*, 53 (6), 64-74.
- Lee, D., Morgan, K., & Lindesay, J. (2007). Effect of institutional respite care on the sleep of people with dementia and their primary caregivers. *Journal of American Geriatrics Society*, 55 (2), 252-258.
- Lehning, A.J., Scharlach, A.E., & Dal Santo, T.S. (2010). A web-based approach for helping communities become more "Aging Friendly". *Journal of Applied Gerontology*, 29(4) 415-433
- Leichsenring, K. (2004). Developing integrated health and social care services for older persons in Europe. *International Journal of Integrated care*, 4, e10. Retrieved from: <http://www.ijic.org/index.php/ijic/article/viewArticle/107/213>. Accessed 18/August 2010.

- Lewin, G., & Vandermeulen, S. (2006). *A controlled trial of the Home Independence Program (HIP)*. Au: Western Australia Silver Chain Foundation.
- Lewin, G., Calver, J., McCormack, B., Coster, C., O'Connell, H., Wheeler, B., Smith, J., & Vandermeulen, S. (2008). The home independence project. *Geriatrics*, 26(3), 13-21.
- Lewis J. (2006). Work/family reconciliation, equal opportunities, and social policies: the interpretation of policy trajectories at the EU level and the meaning of gender equality. *Journal of European Public Policy*, 13, 3420-3437.
- Li, H., Edwards, D., & Morrow-Howell, N. (2004). Informal caregiving networks and use of formal services by inner-city African American elderly with dementia. *Families in Societies*, 85(1), 55-62.
- Li, F., Harmer, P., Glasgow, R., Mack, K., Sleet, D., Fisher, J., et al. (2008). Translation of an effective Tai-Chi intervention into a community-based falls-prevention program. *American Journal of Public Health*, 98, 1195-1198.
- Lowenstein, A. (2007). Intergenerational solidarity: Strengthening economic and social ties – Background Paper. New York: United Nations Headquarters. Available at: http://www.un.org/esa/socdev/unyin/documents/egm_unhq_oct07_lowenstein.pdf Accessed 30. August 2010).
- Lundsgaard, J. (2005). Consumer direction and choice in long-term care for older persons, including payments for informal care: How can it help improve care outcomes, employment and fiscal sustainability? Paris, France: OECD Health Working Papers. Retrieved from: <http://www.oecd.org/dataoecd/53/62/34897775.pdf>. Accessed 19 August 2010.
- MacAdam, M. (2009). *Moving toward health service integration: Provincial progress in system change for seniors*. Ontario, Ca: Canadian Policy Research Networks (CPRN). Retrieved from: http://www.cprn.org/documents/51302_EN.pdf. Accessed 19 September, 2010.
- Magnusson, L. (2005). *Designing a responsive service for family carers of frail, older people using information and communication technology*. Dissertation for Goteborgs universitet, Goteborg. Mahoney, K. J., Simon-Rusinowitz, L., Loughlin, D. M., Desmond, S. M., & Squillace, M. R. (2004). Determining personal care consumers' preferences for a consumer-directed cash and counseling option: survey

- results from Arkansas, Florida, New Jersey, and New York elders and adults with physical disabilities. *Health Services Research*, 39(3), 643-664.
- Mann, W.C., Llanes, C., Justiss, M.D., & Tomita, M. (2004). Frail older adults self-report of their most important assistive device. *OTJR Occupation, Participation and Health*, 24 (1), 4-12. Retrieved from:
<http://www.otjronline.com/view.asp?rID=3466>. Accessed 20 August 2010.
- Mann, W.C., Ottenbacher, K.J., Fraas, L., Tomita, M., & Granger, C.V. (1999). Effectiveness of assistive technology and environmental interventions in maintaining independence and reducing home care costs for the frail elderly: A randomized controlled trial. *Archives of Family Medicine*, 8, 210-217.
- Marin, B., Leichsenring, K., Rodrigues, R., & Huber, M. (2009). Who cares? Care coordination and cooperation to enhance quality in elderly care in the European Union. Vienna, European Centre for Social Welfare Policy and Research – Discussion Paper 08/09/2009. Retrieved from:
http://www.se2009.eu/polopoly_fs/1.13912.1252493926!menu/standard/file/Discussion%20Paper-Who%20Cares.pdf. Accessed 1 August 2010.
- Mason, A., Weatherly, H., Spilsbury, K., Arksey, H., Golder, S., Adamson, J., Drummond, M., & Glendinning, C. (2007). A systematic review of the effectiveness and cost effectiveness of different models of community-based respite care for frail older people and their carers. *Health Technology Assessment*, 11 (15), 1-176.
- Meng, H., Friedman, B., Dick, A.W., Wamsly, B.R., Eggert, G.M., & Mukamel, D. (2006). Effect of voucher benefit on the demand for paid personal assistance. *The Gerontologist*, 46 (2), 183-192.
- Mestheneos, E & Triantafillou, J. (2005). Supporting Family Carers of Older People in Europe – the Pan-European Background Paper. Retrieved from
:http://www.uke.uni-hamburg, de/eurfamcare. Accessed 3 August 2010.
- Ministry of Social Affairs. (2010). *Taking care of the elderly- The Danish way*. Retrieved from: <http://english.ism.dk/social-issues/Elderly-people/Sider/Start.aspx>.
- Mitchell, O.S., Piggott, J., & Shimizutani, S. (2006). Aged-care support in Japan. *Benefits Quarterly*, 21 (1), 7-18.
- Monk, A., & Cox, C. (1995). Trends and developments in home care services: An international perspective. In L.W. Kaye (Ed.). *New developments in home care*

- services for the elderly: Innovations in policy, programs and practice* (pp.251-270), NY, Binghamton: Haworth.
- Mui, A.C. (2001). The program of All-inclusive Care for the Elderly (PACE): An innovative long-term care model in the United States. *Journal of aging and Social Policy, 13* (2), 53-67.
- Mukamel, D.B., Temkin -Greener, H., Delavan, R., Peterson, D.R., Gross, D., Kunitz, S., & Williams, F. (2006). Team performance and risk-adjusted health outcomes in the Program of All-Inclusive care for the Elderly (PACE). *The Gerontologist, 46* (2), 227-236.
- Mur, I., & Van Raak, A. (2003). Integration of services and the European Union: Does EU policy make sense? *International Journal of Integrated Care, 3*, 1 ISSN 1568-4156. Retrieved from: <http://www.ijic.org>. Accessed 5 September 2010.
- Naue, U., & Kroll, T. (2010). Bridging policies and practice: Challenges and opportunities for the governance of disability and aging. *International Journal of Integrated care, 10*, 1-7. Retrieved from: <http://www.ijic.org/>
- Nadash, P. (2003). Adult day centers: Everything you wanted to know but were afraid to ask. *Caring, 22*(8), 6-8.
- Newbronner, L., & Chamberlain, R. (2008). *Improving independence – Can homecare re-ablement make a difference in the long term?* Retrieved from: <http://www.communitycare.co.uk/Articles/2008/06/19/108581/Improving-Independence-Can-Homecare-Re-ablement-Make-a-Difference-in-the-Long.htm>. Accessed 6 September 2010.
- O’Grady, S., Fairbrother, G., & Farrington, C. (1996). Matching needs to services: The quick response. *Australian Health Review, 19* (4), 100-112.
- O’Keeffe, J. et al., (2010). Development and implementing self-direction programs and policies: A handbook. Retrieved from: <http://www.cashandcounseling.org/resources/pdf/cc-full.pdf>. Accessed 15 June 2010.
- Ostbye, T., & Crosse, F. (1994). Net economic costs of dementia in Canada. *Canadian, Medical Association Journal, 151*, 1457-1464.
- Pardasani, M., Sporre, K., & Thompson, P. (2009). *New models taskforce: Final report*. Washington, DC: National Institute of Senior Centers. Available from <http://www.ncoa.org>.

- Pardasani, M., & Thompson, T. (2010). Senior Centers: Innovative and Emerging Models. *Journal of Applied Gerontology*, doi:10.1177/0733464810380545,1–26
- Pinquart, M., & Soerensen, S. (2004). Associations of caregiver stressors and uplifts with subjective well-being and depressive mood: A meta-analytic comparison. *Aging and Mental Health*, 8(5), 438–449.
- Pressler, K.A., & Ferraro, K.F. (2010). Assistive device use as a dynamic acquisition process in later life. *The Gerontologist*. 50, (3), 371-381.
- Rabiee, P., Glendinning, C., Arksey, H Kate Baxter, K., Karen C. Jones, K.C., Julien E. Forder, J.E., & Curtis, L.A. (2009). Investigating the longer term impact of home care Re-ablement services- The organisation and content of home care Re-ablement services. Retrieved from:
http://www.dhcarenetworks.org.uk/_library/Resources/CSED/CSEDProduct/PLS_HCR_Interim_report_2_Oct09.pdf. Accessed 7 September 2010.
- Rabig, J., Thomas, W., Kane R.A., Cutler, L.J., & McAlilly, S. (2006). Radical redesign of nursing homes: Applying the Green House concept in Tupelo, Mississippi. *Gerontologist*, 46(4), 533-539.
- Ransom, B. (1994). Adult daycare: The rising star in long-term care. *Spectrum (National Association for Senior Living Industries)*, 8(4), 27-28.
- Renschler, A.J., Cooper, R.A., Blasch, B., & Boninger, M.L. (2003). Intelligent walkers for the elderly: Performance and safety testing of VA-PAMAID robotic walker. *Journal of Rehabilitation, Research & Development*, 40 (5), 423-431.
- Renschler, A.J., Simpson, R., Cooper, R.A., & Boninger, M.L. (2008). Clinical evaluation of Guido robotic walker. *Journal of Rehabilitation Research and Development*, 45 (9), 1281-1294.
- Resnick, B. (2010). Function of older adults in acute care: Optimizing the opportunity. In M.D.
- Foreman, K. Milisen, & T.T. Fulmer (Eds.). *Critical care nursing in older adults: Best practices* (pp.209-239).NY, NY: Springer.
- Robinson, L., Brittain, K., Lindsay, S., Jackson, D., & Olivier, P. (2009). Keeping in touch everyday (KITE) project: Developing assistive technologies with people with dementia and their carers to promote independence. *International Psychogeriatrics*, 21 (3), 494-502.

- Rosher, R.B., & Robinson, S. (2005). Impact of Eden Alternative on family satisfaction. *Journal of American Medical Directors Association*, 6 (3), 189-193.
- RWJ (Robert Wood Johnson Foundation) (2007). Promoting consumer choice and innovative financing models: Lessons learned from 25 years of supporting long-term Care. Retrieved from: <http://www.rwjf.org/files/research/051308promotingconsumer.pdf>.
- RWJ (Robert Wood Johnson Foundation) (2003). Special Reports- The role of adult day services. Retrieved from <http://www.rwjf.org/news/special>.
- Ryburn B, Wells Y, Foreman P. (2009). Enabling independence: Restorative approaches to home care provision for frail older adults. *Health and Social Care in the Community*. 17(3), 225-234.
- Ryzin, J. (2005). Senior centers on the cutting edge. *Innovations in Aging*, 34(2), 15-20.
- Saltman, R.B., Dubois, H.F.W., & Mukesh Chawla, M. (2006). The impact of aging on long-term care in Europe and some potential policy responses. *International Journal of Health Services*, 36 (4), 719-743.
- San Antonio, P. M., Eckert, J. K., & Simon-Rusinowitz, L. (2006). The importance of relationship: Elders and their paid family caregivers in the Arkansas cash and counseling qualitative study. *Journal of Applied Gerontology*, 25(1), 31-48.
- San Antonio, P., Simon-Rusinowitz, L., Loughlin, D., Eckert, J.K., Mahoney, K.J., & Depretis- Ruben, K.A. (2010). Lessons from the Arkansas Cash and Counseling program: How the experiences of diverse older consumers and their caregivers address family policy concerns. *Journal of Aging and Social Policy*, 22 (1), 1-17.
- Sarkisian, C., Prohaska, T., Davis, C., & Weiner, B. (2007). Pilot test of an attribution retraining intervention to raise walking levels in sedentary older adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 55, 1842-1846.
- Schore, J., Foster, L., & Phillips, B. (2007). Consumer enrollment and experiences in the cash and counseling program. *Health Services Research*, 42 (1 part 2), 446-466.
- Seeman, T.E., Crimmins, E. (2001). Social environment effects on healthy ageing: Integrated epidemiologic and demographic approaches and perspectives. *Annals New Yourk Academy Sciences*, 954,88-117.

- Shaw, C., McNamara, R., Abrams, K., Cannings-John, R., Hood, K., Longo, M., Myles, S., O'Mahony, S., Roe, B., & Williams, K. (2009). Systematic review of respite care in the frail elderly. *Health Technology Assessment, 13* (20), 1-224
- Simon-Rusinowitz, L., Mahoney, K. J., Loughlin, D. M., & Sadler, M. D. (2005). Paying family caregivers: An effective policy option in the Arkansas cash and counseling demonstration and evaluation. *Marriage & Family Review, 37*(1-2), 83-105.
- Simon-Rusinowitz, L., Mahoney, K. J., Shoop, D. M., Desmond, S. M., Squillace, M. R., & Sowers, J. A. (2001). Consumer and surrogate preferences for a cash option versus traditional services: Florida adults with developmental disabilities. *Mental Retardation, 39* (2), 87-103.
- Spillman, B. C., Kirsten J. Black, K.J., & Ormond, B.A. (2007). *Beyond Cash and Counseling: The Second Generation of Individual Budget-based Community Long Term Care Programs for the Elderly*. Retrieved from:
<http://www.kff.org/medicaid/upload/7579.pdf>.
- Stock, R.D., Reece, D., & Cesario, L. (2004). Developing a comprehensive interdisciplinary senior healthcare practice. *Journal of American Geriatric Society, 52* (12), 2128-2133.
- Stuart, M., & Weinrich, M. (2001). Home and community based long-term care: Lessons from Denmark. *The Gerontologist, 41* (4), 474-480.
- Tinetti, M., Baker, D., Gallo, W., Nanda, A., Charpentier, P., & O'Leary, J. (2002). Evaluation of restorative care vs. usual care for older adults receiving an acute episode of home care. *JAMA, 287*(16), 2098.
- Topo, P. (2009). Technology studies to meet the needs of people with Dementia and their caregivers : A literature review. *Journal of Applied Gerontology, 28* (1), 5-37.
- Trelaor, A. (2001). Night respite care: relieving the burden of people caring for relatives with dementia. *Nursing Older People, 13* (3), 14-15. Retrieved from:
http://www.healthinfo4u.org/rcn_pdf/NOP/NOP%2014-15%20MAY%202001.pdf?issn=1365-2524&vol=9&page=228.
- Trice, L. (2006). A model for providing comprehensive healthcare for frail elders. *Generations, 30* (3), 90-92.
- Tritz, K. (2005). *Long-term care: Consumer-directed services under Medicaid*. Congressional Research Service: The Library of Congress. Retrieved from:

<http://www.law.umaryland.edu/marshall/crsreports/crsdocuments/r1322191212005.pdf>.

- Van Beveren, A.J.B., & Hetherington, R.W. (1998). The one percent solution: A basis for adult day program development? *Activities, Adaptation & Aging*, 22 (4), 41-52.
- Verbeek, H., van Rossum, E., Zwakhalen, S.M., Kempen, G.I., & Hamers, J.P. (2009). Small, homelike care environments for older people with dementia: A literature review. *International Psychogeriatrics*, 21(2), 252-264
- Verbeek, H., Zwakhalen, S.M., van Rossum, E., Ambergen, T., Kempen, G.I., & Hamers, J.P. (2010). Small-scale, homelike facilities versus regular psychogeriatric nursing home wards: A cross-sectional study into residents' characteristics. *BMC (Bio Medical Central) Health Services Research*. <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/10/30>
- Verbrugge, L.M., & Sevak, P. (2002). Use, type and efficacy of assistance for disability. *Journals of Gerontology*, 57B (6), S366-S379.
- Vincent, C., Reinhartz, D., Deaudelin, I., Garceau, M., & Talbot, L. (2006). Public telesurveillance service for frail elderly living at home, outcomes and cost evolution: A quasi experimental design with two follow-ups. *Health and Quality of Life Outcomes*. Retrieved from: <http://www.hqlo.com/content/4/41>.
- Webb, P. (2003). Legislating for care: A comparative analysis of long-term care insurance laws in Japan and Germany. *Social Science Japan Journal*, 6 (1), 39-56.
- Weissert, W.G., Gready, C.M., & Pawelak, J.I. (1988). The past and future of home-based and community-based long-term care. *The Milbank Quarterly*, 66, 309-388.
- WHO. (2002). Active ageing – A policy framework program: Ageing and life course. Retrieved from: http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf
- WHO. (2007). *Global age-friendly cities: A guide*. Retrieved from: http://www.who.int/ageing/publications/Global_age_friendly_cities_Guide_English.pdf
- WHO. (2009). *The world health report 2009*. Available at: http://www.who.int/whosis/whostat/EN_WHS09_Full.pdf (Accessed 17 Dec 2009).
- WHO. (2010). *Aging and the life course*. Retrieved from: http://www.who.int/ageing/age_friendly_cities/en/index.html.

- Wilz, G., & Fink-Heitz, M. (2008). Assisted vacations for men with dementia and their caregiving spouses: Evaluation of health –related effects. *The Gerontologist*, 48 (1), 115-120.
- Yeandle, S., & Fry, G. (2010). The potential of ICT in supporting domiciliary care in England. JRC European Commission. Retrieved from: <ftp://ftp.jrc.es/pub/EURdoc/JRC56438.pdf>. Accessed 5 September 2010.
- Yeandle, S., Wigfield, A., & Crompton, R. (2002). *Employed carers and family-friendly employment policies*. Bristol, UK: Policy Press.

נספחים

נספח א

חישוב עלויות של תכנית לשימור והחזרה לנושר.

לקוח מתוך Cartwright et al., 2009

FAR NORTH COAST PROJECT: COST ESTIMATES

Assumptions

- The project will run for 12 months and will involve 50 clients receiving intensive intervention for an average of eight weeks.
- There will be a Planning Phase and a Development Phase prior to implementation.
- Cost estimates are based on HACC unit costs for the range of HACC service types.
- Low level HACC services such as Respite, Centre Based Day-care (standard) and Social Support are not included in the cost estimate as the need for these services is less likely to change as a result of the project.

Cost Components: Cost components include direct client care costs, training and project management. (Note: evaluation is noted but not included in the costing of the Project).

Client Costs: The cost estimate is based on each client receiving the following services over the eight week period:

- care coordination - 2 hours per client per week: includes initial eligibility assessment, coordination of services and review of client progress;
- allied health - 8 hours per client: includes clinical consultations if needed; and participation in case conferencing;
- personal care - 12 hours per client;
- domestic assistance - 4 hours per client;
- nursing care - 2 hours per client;
- home modifications - \$2,000 per client: examples include grab rails, small ramps and minor modifications;
- assistive equipment - \$300 per client: examples include personal alarms and walking frames; and
- other food services - 5 hours per week for six weeks: includes meal preparation and nutrition education at home.

Table 5: Client Cost Estimates by Individual Client and all Project Clients

Service type	Service hours per 8 weeks	Cost per client	Cost for 50clients
Care coordination	16	\$800	\$42,000
Allied health	8	\$500	\$25,000
Personal care	12	\$439	\$21,950
Domestic assistance	4	\$132	\$6,600
Nursing care	2	\$131	\$6,550
Home modifications		\$2,000	\$100,000
Assistive equipment		\$300	\$15,000
Meals and food services 5 hours per week for 6 weeks		\$356	\$17,800

TOTAL \$4,658 \$234,900

Total client service costs = \$234,900

Training

Training costs will include:

- Purchasing training packages e.g. TARGET and Silver Chain = \$50,000
- Trainer for five x 2 day sessions @ \$2000 per day = \$20,000
- Cost of staff attendance (includes travel and replacement costs): 20 staff at an average of \$180 per staff member per day for 10 days = \$36,000

Total training costs = \$106,000

Evaluation

Evaluation of the project will be undertaken by an independent evaluator selected by DADHC and is not included in these cost estimates.

Project Management

- A project facilitator will lead the project development and implementation. Cost estimate:
 - o 3 days per week for 6 months project development \$24,000
 - o 3 days per week for 12 months project implementation \$48,000
 - o Allowance for travel between project site and Facilitator’s Base/Office: \$1000

Total Project Facilitator Costs = \$73,000

- Client costs will be paid to the project budget holder. It is assumed that this will be the lead HACC agency which will manage project funding and acquit

unspent funds at the end of the project.

□ The project budget holder will administer the funds and collate data for the project evaluation: Cost estimate: 2 days per week x 12 months = \$29,120

□ An allowance is also made for brokered allied health workers to attend project meetings and training: Cost estimate: \$10,000

Total Project Budget Holder Costs = \$39,120

Total Project Management Costs = \$112,120

Total Project Costs

Client service costs \$234,900

Training \$106,000

Project management \$112,120

=====

TOTAL: \$453,020

=====

נספח ב'

להזדקן בבית

ארגון קנדי המספק שירותים בתוך הבית ונקרא: Retire at Home.

הארגון מספק **חבילות שירותים** שונות בהתאם לצרכיו של הלקוח:

1. ליווי בתהליך השחרור מבית החולים הביתה - הערכת צרכים, נוכחות בעת השחרור, ביקור בית יום קודם לשחרור כדי לוודא שהבית מסודר, הספקת ציוד ואביזרי עזר רפואיים, סידור תחבורה הביתה, 10 שעות של טיפול אישי ועזרה בבית, מענה טלפוני 24 שעות ביממה לשאלות ובעיות וטיפול נוסף בהתאם לצורך.

2. ניהול טיפול בבית- הערכת צרכים ע"י מנהל טיפול, ביקורים שבועיים של מנהל טיפול, מענה בכל שעות היממה לבעיות ושאלות, קישור עם שירותי בריאות, אספקת ציוד ואביזרי עזר רפואיים.

3. Respite – טיפול אישי 24 שעות ביממה, קשר עם אנשי בריאות, ביקור פיקוח של מנהל טיפול, קניות, קשר עם שירותי הבריאות, מתן מענה לכל בעיה מיידית.

4. תכניות עבור מטפלים מבני המשפחה

א. Caregiver Support Program – הכולל הערכת צרכים, הדרכה בביצוע פעולות טיפוליות שונות, זמינות 24 שעות ביממה למתן מענה מידי, לשאלות ובעיות, קשר ותמרון בין שירותי מערכות הבריאות השונות.

ב. Peace of Mind Package – מיועד להקל על בני משפחה את הטיפול. החבילה כוללת: הערכת צרכים, 3 שעות טיפול אישי בשבוע, קריאת מצוקה, טלפון אחת לשבוע ממנהל הטיפול, ביקור בית אחת לחודש ממנהל הטיפול, אספקת ציוד ואביזרים רפואיים, מענה 24 שעות ביממה לשאלות ובעיות, קשר עם הצוות הרפואי.

הארגון גם מספק שורה ארוכה של מוצרים ואביזרים לטיפול בבית הכוללים:

Incontinence Products; • Walkers, Wheelchairs, Scooters; Canes; Grab Bars; Commodes;
Toilet Safety Products; Shower/Bath Safety Products; Mechanical Lifts; Beds and
Mattresses; Disposable Gloves (and other protective equipment); Home Delivery of
Medications.

בנוסף הארגון מספק שירותים כמו:

1. טיפול אישי (רחיצה, לבישה וכד') הכולל גם הפעלה של פעילות גופנית כדי להישאר פעיל, טיפול בקטטר, תזכורת ללקיחת תרופות. השירות ניתן בבוקר ובערב.
2. עזרה בעבודות ניקיון הבית כולל טיפול בבעלי חיים.
3. מלווים לתמיכה חברתית ורגשית- המלווים מבצעים הפעולות הבאות:

Companionship while in hospital or at home;

- Respite and overnight supervision while in hospital or at home;
- Cueing and supervising all Activities of Daily Living;
- Light Meal Preparation and supervision;

- Preparing grocery lists and grocery shopping;
- Accompaniment on outings & appointments;
- Regular Home Safety Inspections;
- Assist with care of pets;
- Assisting with hobbies and crafts;
- Interactive activities.

4. טיפול בכפות רגליים- הערכה וזיהוי של בעיות בכף הרגל והפניה לגורמים מקצועיים,

פדיקור, עיסוי, צפורן חודרנית, פטריות, גזיזת צפרניים

5. מערכת קריאת מצוקה

כתובת האתר : <http://www.retireathome.com/services/medicaleqmt.htm>

שירותים המספקים טיפול בית כוללים מגוון רחב של משימות המיועדות למלא את זמנו הפנוי של הזקן בתוכן כמו : שיחה, טיול מחוץ לבית, גירוי מנטאלי, סיוע בבידור, שיחות היזכרות, תיעוד סיפור חיים, משחקים (קלפים), עבודת יד, ביקורים אצל שכנים וחברים, סיוע בטיפול בבעלי חיים, ליווי לאירועי תרבות, למסעדות, תפילות בבית כנסת, ביקורים במועדון.

כתובת אתר : <http://hiscga.com/index.htm>



National Family Caregiver Support Program

(OAA Title IIIE)

Authorizing Legislation: Section 371 of the Older Americans Act of 1965, as amended

- [The Purpose of the Program and How it Works](#)
- [Data Highlight Extensive Services Provided to Caregivers](#)
- [Funding History](#)
- [Resources and Useful Links](#)

The Purpose of the Program and How it Works

The National Family Caregiver Support Program (NFCSP), established in 2000, provides grants to States and Territories, based on their share of the population aged 70 and over, to fund a range of supports that assist family and informal caregivers to care for their loved ones at home for as long as possible.

Families are the major provider of long-term care, but research has shown that caregiving exacts a heavy emotional, physical and financial toll. Many caregivers who work and provide care experience conflicts between these responsibilities. Twenty two percent of caregivers are assisting two individuals, while eight percent are caring for three or more. Almost half of all caregivers are over age 50, making them more vulnerable to a decline in their own health, and one-third describe their own health as fair to poor.

The NFCSP offers a range of services to support family caregivers. Under this program, States shall provide five types of services:

- information to caregivers about available services,

- assistance to caregivers in gaining access to the services,
- individual counseling, organization of support groups, and caregiver training,
- respite care, and
- supplemental services, on a limited basis

These services work in conjunction with other State and Community-Based Services to provide a coordinated set of supports. Studies have shown that these services can reduce caregiver depression, anxiety, and stress and enable them to provide care longer, thereby avoiding or delaying the need for costly institutional care.

[Back to top](#)

Data Highlight Extensive Services Provided to Caregivers

FY 2008, Caregiver funding enabled States to serve more than 600,000 caregivers. Output data for the National Family Caregiver Support Program show that the services caregivers received from this program helped them manage their caregiving responsibilities

- **Access Assistance Services** provided approximately 1.3 million contacts to caregivers assisting them in locating services from a variety of private and voluntary agencies.
- **Counseling and Training Services** provided over 141,000 caregivers with counseling, peer support groups, and training to help them better cope with the stresses of caregiving.
- **Respite Care Services** provided more than 73,000 caregivers with 9.8 million hours with temporary relief – at home, or in an adult day care or institutional setting – from their caregiving responsibilities.

[Back to top](#)

Data from AoA's national surveys of caregivers of elderly clients shows:

- OAA services, including those provided through the National Family Caregiver Support Program, are effective in helping caregivers keep their loved ones at home;
- 77 percent of caregivers of program clients report that services definitely enabled them to provide care longer than otherwise would have been possible, and 77 percent reported that the services have “helped a lot”;
- 89 percent of caregivers reported that services helped them to be a better caregiver;
- Nearly half the caregivers of nursing home eligible care recipients indicated that the care recipient would be unable to remain at home without the support services;

To obtain more information about the services caregivers received, visit the [AGing Integrated Database](#) (AGID), an on-line query system based on AoA-related data files and surveys, and includes population characteristics from the Census Bureau for comparison purposes. The system allows users to produce customized tables in a step-by-step process and output the results in print or spreadsheet form. Information on NFCSP services and recipients is available through this database.

[Back to top](#)

Funding History

Funding for Family Caregiver Support Services during the past four years is as follows:

FY 2006	\$156,060,000
FY 2007	\$156,167,000
FY 2008	\$153,439,000
FY 2009	\$154,220,000

[Back to top](#)

Resources and Useful Links

[Family Caregiver Alliance - National Center on Caregiving](#) 

Established in 2001 as a program of the Family Caregiver Alliance, the National Center on Caregiving (NCC) works to advance the development of high-quality, cost-effective policies and programs for caregivers in every state in the country. Uniting research, public policy and services, the NCC serves as a central source of information on caregiving and long-term care issues for policy makers, service providers, media, funders and family caregivers throughout the country.

[National Alliance for Caregiving](#)

Established in 1996, The National Alliance for Caregiving is a non-profit coalition of national organizations focusing on issues of family caregiving. Alliance members include grassroots organizations, professional associations, service organizations, disease-specific organizations, a government agency, and corporations.

The Alliance was created to conduct research, do policy analysis, develop national programs, increase public awareness of family caregiving issues, work to strengthen state and local caregiving coalitions, and represent the US caregiving community internationally. Recognizing that family caregivers provide important societal and financial contributions toward maintaining the well-being of those they care for, the Alliance's mission is to be the objective national resource on family caregiving with the goal of improving the quality of life for families and care recipients.

[The National Family Caregivers Association](#)

The National Family Caregivers Association educates, supports, empowers and speaks up for the more than 50 million Americans who care for loved ones with a chronic illness or disability or the frailties of old age. NFCA reaches across the boundaries of diagnoses, relationships and life stages to help transform family caregivers' lives by removing barriers to health and well being.

[Eldercare Locator](#)

The Eldercare Locator, a public service of the U.S. Administration on Aging, is the first step to finding resources for older adults in any U.S. community. Just one phone call or Website visit provides an instant connection to resources that enable older persons to live

independently in their communities. The service links those who need assistance with state and local area agencies on aging and community-based organizations that serve older adults and their caregivers.

Last Modified: 2/26/2010 3:11:58 PM

אתרים נוספים בנושא זה :

<http://www.gpra.net/nationalsurvey/NS-FCSP.asp>

<http://ddas.vt.gov/ddas-programs/programs-oaa/programs-oaa-nfcsp#services>

<http://nyc.gov/html/dfta/downloads/pdf/alz-nfcsp.pdf>

<http://www.eldercarelink.com/Go/Other-Resources/In-Home-Care/The-National-Family-Caregiver-Support-Program-Offers-Help-for-Stressed-Caregivers.htm>

<http://www.ncsl.org/Portals/1/Documents/Health/forum/item0166605.pdf>

מחקרים וסקרים מיוחדים¹

- מס' 1 - "סקלה אקוֹיבאלנטית למבוגר סטנדרטי, ממצאים ישראליים" (באנגלית), מאת יעקב חביב ויוסי טויל, 1974.
- מס' 2 - "השפעת ההוצאה הציבורית לשירותים סוציאליים על החלוקה מחדש של ההכנסות", מאת מוריה אבנימלך, 1974.
- מס' 3 - "השפעת קצבאות ילדים על הילודה" (באנגלית), מאת מרג'ורי הוניג, 1974.
- מס' 4 - "העוני בישראל לפני ואחרי התמיכות הממשלתיות" (באנגלית), מאת יעקב חביב, 1974.
- מס' 5 - "דפוסי תזונה ויעילות בצריכת מזון בישראל", מאת יוסי זמיר, 1974.
- מס' 6 - "שינויים במערכת דמי הביטוח הלאומי", מאת יוסי טויל, 1974.
- מס' 7 - "חלוקת ההכנסות מחדש באמצעות הביטוח הלאומי על פי קבוצות דמוגרפיות וקבוצות הכנסה" (באנגלית), מאת יעקב חביב, 1975.
- מס' 8 - "מערכת התמיכות בישראל ערב פיחות נובמבר 1974 ואחריו", מאת מרג'ורי הוניג, יפה קוזלוב, אפרת ברונפלד ומוטי לקסר, 1975.
- מס' 9 - "השפעת העזרה הציבורית והמשפחתית לדיור על חלוקת ההכנסות בקרב זוגות צעירים ב-1971", מאת מאיר גרינפלד, 1975.
- מס' 10 - "העוני בישראל לאור התפתחות המערכת להבטחת הכנסה", מאת יעקב חביב, 1976.
- מס' 11 - "השפעת קצבאות הביטוח הלאומי על היצע העבודה" (באנגלית), מאת גיורא חנוך ומרג'ורי הוניג, 1976.
- מס' 12 - "בעיות בשימוש בממדי אי-שוויון לדירוג התפלגויות הכנסה", מאת יהודה גבע, 1976.
- מס' 13 - "הרפורמה במס ותשלומי העברה בישראל, יולי 1975" (באנגלית), מאת רפאל רוטר ונירה שמאי, 1976.
- מס' 14 - "העלמת מס הכנסה והיצע עבודה" (באנגלית), מאת גדעון יניב, 1977.
- מס' 15 - "על היצע העבודה בתנאי אי-ודאות" (באנגלית), מאת גדעון יניב, 1977.
- מס' 16 - "אמידה סימולטאנית של מערכת פונקציות ביקוש בישראל: ניתוח אמפירי, 1968-1975", מאת לאה אחדות, 1977.
- מס' 17 - "עקומת היצע עבודה במערכת תכניות להבטחת הכנסה" (באנגלית), מאת גיורא חנוך ומרג'ורי הוניג, 1977.
- מס' 18 - "שינויים בדפוסי העוני באוכלוסיית השכירים בישראל", מאת יוסי תמיר, 1977.
- מס' 19 - "על מס הכנסה ליניארי אופטימאלי וביטוח אבטלה" (באנגלית), מאת גדעון יניב ויוסי תמיר, 1977.
- מס' 20 - "שכר מינימום - סקירה ספרותית והשלכות האפשריות בישראל", מאת מנחם כרמי, 1978.
- מס' 21 - "סובסידיה למוצרי מזון כאמצעי להבטחת הכנסה" מאת יצחק מואב, 1979.
- מס' 22 - "שינויים בדפוסי העוני בישראל בין השנים 1968 - 1975 לאור התפתחות המערכת להבטחת הכנסה", מאת לאה אחדות, יהודה גבע ויוסי תמיר, 1979.
- מס' 23 - "ייחסי הגומלין בין הביטוח הסוציאלי לבין המיסוי הישיר: סוגיות עיקריות" (באנגלית), מאת לאה אחדות ויוסי תמיר, 1979.
- מס' 24 - "קביעת שיעור דמי הביטוח בענף אבטלה בהנחות שונות של שכר ותעסוקה", מאת יהודה גבע ויצחק מואב, 1980.
- מס' 25 - "עדכון קצבאות בתקופת אינפלציה", מאת יהודה גבע ויצחק מואב, 1980.
- מס' 26 - "דמי אבטלה והיצע עבודה של פרט מועסק" (באנגלית), מאת גדעון יניב, 1981.
- מס' 27 - "קבוצות תכנון של מטופלים כאמצעי ליישום 'צרכנות' בשיקום מקצועי" (באנגלית), מאת לוריין שפירא, 1982.
- מס' 28 - "היעדרות מן העבודה, שעות עבודה נוספות ושבוע העבודה הקצר", מאת גדעון יניב ויוסי תמיר, 1983.
- מס' 29 - "מעורבות חברתית ובדידות בקרב קשישים" (באנגלית), מאת ברנדה מורגנשטיין, 1983.
- מס' 30 - "פעולות מחלקת השיקום - ניתוח וסטטיסטיקה", מאת מנחם כרמי, 1983.
- מס' 31 - "מגמות ההתפתחות במימדי העוני ובאי שוויון התחלקות ההכנסות בקרב האוכלוסייה היהודית בשנים 1975-1979", מאת לאה אחדות ויהודה גבע.

- מס' 32 - "דמי אבטלה כמענק חד-פעמי: אליה וקוף בה", מאת גדעון יניב ויוסי תמיר, 1984.
- מס' 33 - קבלת דמי אבטלה במרמה: "ניתוח תיאורטי עם התייחסות (השוואתית) להתחמקות ממס הכנסה" (באנגלית), מאת גדעון יניב, 1985.
- מס' 34 - "פרישה ורווחה בקרב הקשישים" (באנגלית), מאת לאה אחדות ויוסי תמיר, 1986.
- מס' 35 - "אי-ציות לחוק שכר מינימום: היבטים תיאורטיים והשלכות למשק הישראלי", מאת גדעון יניב, 1986.
- מס' 36 - "תגובתן של מערכות תמיכה פורמליות לשינויים חברתיים ודגמי טיפול בקשישים" (באנגלית), מאת ברנדה מורגנשטיין, 1987.
- מס' 37 - "זקיפת הוצאה הציבורית בסקטור הבריאות והשפעתה על התחלקות ההכנסות", מאת יעקב שאול, 1987.
- מס' 38 - "מערכת קצבאות הילדים בישראל: 1959 – 1987". מאין באה ולאן מועדות פניה?", מאת אסתר שרון, 1987.
- מס' 38* - "אנטומיה של שינויים בעוני ובאי שוויון התחלקות ההכנסות בתקופה של אינפלציה מהירה: ישראל, 1979-1984" (באנגלית), מאת לאה אחדות ודוד ביגמן, 1987.
- מס' 39 - "יעילות מערכת קצבות הזיקנה בישראל בתקופה של אינפלציה מהירה: 1979 - 1984" (באנגלית), מאת לאה אחדות ודוד ביגמן, 1987.
- מס' 40 - "מדידת העוני: גישות תיאורטיות ומגמות בישראל בשנים 1979 – 1984", מאת לאה אחדות ודוד ביגמן, 1987.
- מס' 41 - "תפקיד המחקר בקביעת מדיניות הבטחון הסוציאלי: תיאוריה והניסיון הישראלי" (באנגלית), מאת שלמה כהן ויוסי תמיר, 1987.
- מס' 42 - "העלמת נכויי מס במקור והתחמקות ממס שלא - נוכה" (באנגלית), מאת גדעון יניב, 1988.
- מס' 43 - "מדדי רווחה ומדידת איכות הדיור בישראל", מאת לאה אחדות ויעקב שאול, 1988.
- מס' 44 - "העברות בן-דוריות, מדיניות ציבורית וחוק ביטוח סיעוד", מאת עמיר שמואלי, 1990.
- מס' 45 - "השפעת הרכב ההכנסה על אי שוויון התחלקות ההכנסות בקרב האוכלוסייה הקשישה", מאת לאה אחדות ואורית קריסטל, 1990.
- מס' 46 - "דפוסי תצרוכת של האוכלוסייה הקשישה וסובסידיות למוצרי מזון ולתחבורה", מאת מוֹלְגָן רביע, 1990.
- מס' 47 - "עוני בקרב נשים בלי בן זוג, 1980 – 1989", מאת אורית קריסטל, 1991.
- מס' 48 - "עוני ואי-שוויון בהתחלקות הכנסות במעבר מאינפלציה דוהרת לציבות מחירים: ישראל 1990 - 1979" (באנגלית), מאת לאה אחדות, 1993.
- מס' 49 - "העלמת הכנסה באמצעות שיתוף פעולה בין עובדים למעביד" (באנגלית), מאת גדעון יניב, 1993.
- מס' 50 - "אי-שוויון בהתחלקות ההכנסות והרכב ההכנסות: ישראל 1979 – 1991" (באנגלית), מאת לאה אחדות, 1993.
- מס' 51 - "העלמת דמי ביטוח לאומי" (באנגלית), מאת גדעון יניב, 1993.
- מס' 52 - "עוני בפרספקטיבה בינלאומית: בחינה מחדש" (באנגלית), מאת לאה אחדות ואורית קריסטל, 1993.
- מס' 53 - "על החלטה להתלונן כנגד מעביד שאינו מצייט לחוק שכר מינימום" (באנגלית), מאת גדעון יניב, 1993.
- מס' 54 - "מיסוי והלבנת הכנסה" (באנגלית), מאת גדעון יניב, 1993.
- מס' 55 - "שחיקה בעבודה, היעדרות מעבודה והעסקה בשעות נוספות" (באנגלית), מאת גדעון יניב, 1994.
- מס' 56 - "שתי הערות על העלמת הכנסות" (באנגלית), מאת גדעון יניב, 1994.
- מס' 57 - "ההבדל בין השכר הממוצע לשכיר לבין השכר הממוצע למשרת שכיר", מאת נירית ישראלי, 1995.
- מס' 58 - "העלמת הכנסות והלבנת הכנסות: ניתוח תיאורטי" (באנגלית), מאת גדעון יניב, 1995.
- מס' 59 - "מרמה, סטיגמה ועבודה יזומה בתכניות הבטחת הכנסה" (באנגלית), מאת גדעון יניב, 1995.
- מס' 60 - "התחמקות מתשלום מס אמת על ידי הטעיית מנכי המס במקור" (באנגלית), מאת גדעון יניב, 1995.
- מס' 61 - "שתי הערות נוספות על העלמת הכנסות" (באנגלית), מאת גדעון יניב, 1995.
- מס' 62 - "הפרעה פובית, הוצאות טיפול והימנעות מסיכון: הסתכלות כלכלית" (באנגלית), מאת גדעון יניב, 1995.

- מס' 63 - "אומדן ההעלמות של עצמאים בסקר הוצאות המשפחה 1992/93", מאת יעקב קונדור, 1996.
- מס' 64 - "השפעת שינויים בחינוך על אי השוויון בהתחלקות ההכנסות בישראל, 1986/87 ו-1992/93", מאת נירית שמש ישראלי, 1996.
- מס' 65 - "אי ציות לחוק שכר מינימום: היבטים תיאורטיים וניתוח אמפירי של גורמים מסבירים בישראל", מאת גדעון יניב, רפאלה כהן, יאסר עוואד ויעקוב שאול, 1996.
- מס' 66 - "כוונת התאבדות ומניעתה: מודל אינטראקטיבי של יחסי מטפל – מטופל" (באנגלית), מאת גדעון יניב, 1997.
- מס' 67 - "דחייה רציונאלית של פנייה לאבחון רפואי קריטי (בפוטנציה)" (באנגלית), מאת גדעון יניב, 1997.
- מס' 68 - "מקדמות מס והשתמטות ממס: ניתוח של רציונאליות מוגבלת" (באנגלית), מאת גדעון יניב, 1998.
- מס' 69 - "אי שמירה על דיאטה דלת-שומן, התגוננות עצמית והסיכון לאירוע לבבי" (באנגלית), מאת גדעון יניב, 1998.
- מס' 70 - "מניעת מידע מחולי סרטן כהחלטה רפואית בתנאי סיכון" (באנגלית), מאת גדעון יניב, 1998.
- מס' 71 - "תעסוקה לעומת הבטחת הכנסה: שילוב עולים חדשים מברית המועצות לשוק העבודה בישראל" (באנגלית), מאת ג'ק חביב, ברנדה מורגנשטיין ואלן זיפקין, 1998.
- מס' 72 - "אי-ציות לחוק שכר מינימום והיקף ההעסקה האופטימאלי" (באנגלית), מאת גדעון יניב, 1999.
- מס' 73 - "הלשנה לרשויות המס והגמול האופטימאלי" (באנגלית), מאת גדעון יניב, 1999.
- מס' 74 - "עידוד מקבלי דמי אבטלה להקים עסקים קטנים", מאת דליה גורדון ואסתר טולידנו, 2000.
- מס' 75 - "שיקום מקצועי באמצעות מרכזי שיקום 1998", מאת לאה ענבר, 2000.
- מס' 76 - "מוגבלות וחזרה לעבודה – ישראל בהשוואה ל-5 מדינות", מאת דליה גורדון, 2000.
- מס' 77 - "הכנסות הקשישים בישראל", מאת רמסיס גרא, ברנדה מורגנשטיין ומרים שמלצר, 2001.
- מס' 78 - "עבודת הורים ותפקוד בלימודים של ילדים במשפחות המקבלות גמלה להבטחת הכנסה בישראל, 2000", מאת דליה גורדון וברנדה מורגנשטיין, 2001.
- מס' 79 - "מצב התעסוקה של מקבלי הגמלה להבטחת הכנסה: משאבים, חסמים וצורכי הסיוע להשתלבות בעבודה", מאת יהודית קינג, ברנדה מורגנשטיין, מרים שמלצר, דניז נאון, תמר אהרוני ותמר הרון, 2003.
- מס' 80 - "שיקום ונכונות לעבודה בקרב מקבלי קצבאות נכות בישראל", מאת דליה גורדון, 2003.
- מס' 81 - "הסיוע הממשלתי במימון שכר דירה: מי נהנה וכמה?" מאת לאה אחדות ודליה גורדון, 2004.
- מס' 82 - "פיתוח מדד עוני ניסיוני מצד ההוצאה בישראל", מאת מירי סבג-אנדבלד ולאה אחדות, 2004.
- מס' 83 - "מדידת פערי השכר בין המגזר הציבורי למגזר הפרטי בישראל: ממצאים משימוש ברגרסיה אחוזנית", מאת גדעון מאור שביט ומירי סבג-אנדבלד, 2004.
- מס' 84 - "שוברים לרכישת שירותי שיקום", מאת דליה גורדון, 2005.
- מס' 85 - "איכות החיים של מקבלי הגמלה להבטחת הכנסה", מאת יהודית קינג וגדעון מאור שביט, 2005.
- מס' 86 - "אביזרי עזר ממחושבים בשימוש אנשים עיוורים וליקויי ראייה", מאת לאה ענבר, 2005.
- מס' 87 - "ממדי העוני מצד ההוצאות", מאת מירי סבג-אנדבלד, 2005.
- מס' 88 - "המימון הממשלתי לשירותי חינוך ובריאות והתפלגות ההכנסות, 2001-2005", מאת מירי סבג-אנדבלד, 2005.
- מס' 89 - "מקבלי קצבאות נכות מהמוסד לביטוח לאומי: מאפייני תעסוקה של מקבלי קצבת נכות כללית ומקבלי קצבת נכות מעבודה", מאת שולי בר, נורית שטרסברג, רבקה פריאור ודניז נאון, 2005.
- מס' 90 - "מי עובר בין קופות החולים בישראל?" (באנגלית), מאת עמיר שמואלי, ז'ק בנדלק ולאה אחדות, 2005.
- מס' 91 - "קצבות הילדים בישראל: מבט היסטורי וראיה בינלאומית", מאת מיכל אופיר ותמי אליאב, 2005.
- מס' 92 - "היבטים חברתיים של תקציב המדינה: 2001-2006", מאת לאה אחדות, מירי אנדבלד, צבי זוסמן ורפאלה כהן, 2006.
- מס' 93 - "הוגנות אופקית, הוגנות אנכית ואי השוויון בהוצאה הפרטית על בריאות בישראל", מאת לאה אחדות, עמיר שמואלי ומירי אנדבלד, 2007.
- מס' 94 - "תעסוקת נשים לאחר לידה", מאת אסתר טולידנו, 2007.
- מס' 95 - "שיקום אנשים עם מוגבלויות בעזרת שירותי השמה ייחודיים", מאת לאה ענבר, 2007.
- מס' 96 - "מה שגלוי בתלוש השכר ומה שמעבר לו – מערכת ההטבות הנלוות לשכר בישראל", מאת נתנאלה ברקלי, 2007.
- מס' 97 - "מס הכנסה שלילי וגלגול סבסוד השכר לידי מעסיקים: המקרה של מענק לחיילים משוחררים

- המועסקים בעבודה נדרשת", מאת אסתר טולידנו ונעם זוסמן, 2008.
- מס' 98 - "עוני, חינוך ותעסוקה בחברה הערבית-בדואית: מבט השוואתי" (באנגלית), מאת סלימאן אבו-בדר ודר' דניאל גוטליב, 2009.
- מס' 99 - "מגמות באי-ציות לשכר המינימום – המקרה הישראלי", מאת תמי אליאב, מירי אנדבלד, דניאל גוטליב וישראל קצ'נובסקי, 2009.
- מס' 100 - "השתלבות נכים כלליים בעבודה וכדאיותה", מאת שנטל וסרשטיין ולאה ענבר, 2009.
- מס' 101 - "השפעת גובה קצבאות הילדים על פריון הילודה", אסתר טולידנו, נעם זוסמן, רוני פריש ודניאל גוטליב, 2009.
- מס' 102 - "הכנסה משפחתית ומשקל יילודים", מאת אסתר טולידנו, נעם זוסמן, רוני פריש ודניאל גוטליב, 2010.
- מס' 103 - "גמלת סיעוד בכסף: מחקר מלווה לניסוי", מאת רמסיס גרא, 2011.
- מס' 104 - "מדידת עוני לפי סל צריכה הולם בישראל 1997-2009", מאת דניאל גוטליב ואלכסנדר פרומן, 2011.

For these reasons many western countries have developed new policies and programs that are aimed to motivate and provide incentives to family caregivers to persist providing care for a prolonged duration. There are countries that enable family caregivers to receive cash benefits or caregiving allowances, including fringe benefits.

One type of services for family caregivers that has received specific attention is respite services that include diverse configurations and forms, including night centers for cognitively impaired older adults to enable their family caregivers to sleep well at night. In addition, traditional day care centers have been converted into multi-service centers to provide services to family caregivers as well.

Assistive technologies are another field that has gained much attention in many countries. Assistive technologies are aimed to enable the older person to preserve independence and reduce the need for human care and surveillance. The multiplicity, diversity and complexity of the care needs in tandem with the increased shortage of manpower in the homecare industry raised the necessity to develop new technologies and alternative programs that are aimed to assist formal and informal caregivers alike.

The goals of assistive technologies are to replace human manpower, to enable frail older persons to preserve their independence and autonomy, reduce the need for institutional placement and decrease expenditures on personal care. In this framework, the European Union as well as Northern American countries invest many efforts in developing ITC technologies, including technologies that are aimed to enable remote care and surveillance of cognitively impaired older adults.

To conclude, the Israeli LTCI Law was an advanced and modern law when it was enacted in 1986 that generated a revolution in the field of community-based elder care. But 23 years have passed since the law was implemented and the reality has significantly changed. This is the time to reexamine the law and adopt several reforms that will improve the quality of life of frail older persons and their family caregivers, preserve the functional independence of the frail older population, enhance their control over their lives and also restrain public expenditures on long-term care services that constantly increase.

care package to use by enabling more flexibility in choosing the types of services as well as the suppliers of the services.

Fragmentation between services does not enable a holistic view of the individual's needs and therefore many countries are preoccupied with the issue of how to integrate and establish more collaboration between health and social services. To achieve this integration, various countries have developed different configurations of service integration that differ in various aspects. Yet, there several common principles that are aimed to achieve this common goal: single entry point, case management, comprehensive geriatric assessment and interdisciplinary teamwork.

Various western countries have also developed innovative and new models of services to meet the growing needs of the older population that is in high risk of functional decline, to restore their functional independence and to delay dependence to more advanced ages. In this framework many western and aging countries have developed health promotion and restoration programs called Reablement/Enablement. The need for budget curtailment in long-term care services urged many countries to develop new approaches and strategies to combat functional deterioration. These strategies emphasize concepts such as health promotion, active aging, healthy aging, successful aging and prevention of morbidity and disabilities. Therefore much more resources are invested in prevention and rehabilitation services that avoid or delay disability because these services are more feasible and efficient in the long run. These new approaches, as opposed to the more traditional ones that emphasize disability and limitations, strive to extract the potential for independence and restore it for as long as possible. While the traditional paradigm is more **reactive** in its nature whereby the care recipient plays a passive role in performing activities of daily living, the new paradigm reflects a more **reactive** approach whereby the client plays a key role in coping and preventing dependence and thus delay need for long-term care supportive services.

Family caregivers are another intervention target population. They are the backbone of home and community care for frail older persons on which the formal care systems leans on. It is therefore necessary to develop interventions and programs that are aimed to decrease and alleviate burden, stress and burnout among family caregivers.

Abstract

Advanced age is accompanied by increased functional, physical and /or cognitive disability that creates a need for help with performing daily activities or tasks. Data show that 16.7% of the older population is functionally disabled and that this number significantly increases in older age groups. In parallel, the number of those who are entitled to receive long-term care benefits under the Long-term Care Insurance (LTCI) Law is constantly growing. There are many frail older persons who do not pass the threshold of dependency scores, although they are functionally limited, and therefore do not receive services under the LTCI law. One of the questions is how to prevent their further deterioration that will finally enable them to receive LTCI benefits. Advanced age is connected also with increased demand for home and community-based supportive services that steadily increase public expenditure on long-term care. Therefore both the rapid aging of the population and the increase in the number of frail older persons who need long-term care services raise questions and dilemmas regarding which concepts, approaches and policies to adopt, and which models and types of services would best meet the needs of the frail older population and their caregivers.

The goals of this report are twofold:

- (a) To review new approaches about service supply to frail older persons and to relate to issues such as fragmentation of services and the need for more holistic and integrative approaches, cash versus in-kind services and approaches that are aimed to enable successful aging and promotion of functional independence;
- (b) To review models, types of services and methods of service delivery to various target populations of older persons and their caregivers.

The consumer-directed approach emphasizes individually-tailored care programs that enable flexibility that can better meet the specific needs of the clients. New programs that various countries have developed during the past two decades include individualized budgets whereby the care recipients and their families can decide what



New Programs In Caring for Frail Older Persons Literature Review

Dr. Esther Iecovich



New Programs In Caring for Frail Older Persons Literature Review

Dr. Esther Iecovich

Working Papers **105**