



המוסד לביטוח לאומי
מינהל מחקר ותכנון

שוברים לרכישת שירותי שיקום

מאת:

דליה גורדון

ירושלים, שבת התשס"ה, פברואר 2005

פתח דבר

בסוף 1997 יזמה מחלקת השיקום של המוסד לביטוח לאומי ניסוי מיוחד של שיקום באמצעות "שוברי שירות". שוברים אלה נמסרו לידי המשתקמים לצורך רכישת שירותי שיקום תעסוקתי עפ"י צרכיהם ולפי ראות עיניהם באופן עצמאי. מטרת הניסוי היתה לבדוק באיזו מידה העצמה זו והקניית עצמאות ללקוח ישפרו את תהליך השיקום, ויזרזו אותו ואת ההשתלבות בעבודה בעקבותיו.

הניסוי לוה במחקר מעקב שכלל קבוצות ניסוי ובקורת שחולקו באופן מקרי. פרסום זה מסכם את מחקר המעקב.

המחקר בוצע במינהל המחקר והתכנון. הניסוי ומחקר המעקב נוהלו ע"י ועדת היגוי שכללה את מנהל אגף שיקום וסיעוד מר שמואל פינצ'י, גב' עטה זיו מנהלת מחלקת השיקום של המוסד בסניף באר שבע, שהגתה את הרעיון לניסוי ורכזה אותו בשנתיים הראשונות לביצועו. לאחר מכן החליפה אותה ד"ר נירה דנגור. כן ישבו בוועדה גב' ברוריה סלפון מנהלת מחלקת השיקום ומנהלות השיקום בסניפי המוסד שהשתתפו בניסוי – גב' אסתר ברקן, גב' פנינה ספקטור וגב' חווה באומרט. תודה העמוקה לכולם, על עזרתם בביצוע מחקר המעקב ועל הערותיהם המועילות לסיכומי. כמו"כ יבואו על הברכה עובדות השיקום שהשתתפו בניסוי שללא עזרתן ושיתוף הפעולה הפוריה איתן, לא היה נערך מחקר זה.

דליה גורדון

מנהלת אגף גמלאות קצרות מועד

תמצית

במוסד לביטוח לאומי נערך ניסוי שעיקרו שימוש ב"תלושי שירות" שנמסרו לידי המשתקמים לצורך רכישת שירותי שיקום על פי ראות עיניהם באופן עצמאי. במהלך תהליך שיקומי רגיל, את המשתקם מדריך פקיד שיקום הקובע את תכנית השיקום ביחד עם המשתקם ומאשר כל שלב בה. הניסוי לווה במעקב, כאשר קבוצות הניסוי והביקורת הוקצו באופן מיקרי מבין מי שבחרו לקבל "תלושי שירות". במסגרת המעקב רואינו המשתקמים בתום שנתיים ובתום ארבע שנים לפניה לשיקום. בנוסף לנתוני ראיונות המעקב נעשה שימוש גם בנתונים מינהליים שונים.

הניסוי נועד לבדוק באיזו מידה החלטה עצמאית ואחריות אישית לגבי תכנית השיקום בקרב משתקמים מתאימים ישפרו את שיעור מימוש תכנית השיקום, השילוב בעבודה ושביעות הרצון מהתהליך.

נמצא כי למשתקמים שבחרו לקבל תלושי שירות היו תכניות ברורות באשר לעתידם המקצועי. בהתאם להשערות הניסוי, המשתקמים בקבוצת הניסוי אמנם השתלבו בתכניות שיקום מהר יותר מחברייהם בקבוצת הביקורת והשתלבו בתכניות לימודים בשיעור גבוה יותר (לפחות בטווח הקצר). הם גם התמידו יותר בביצוע תכנית השיקום והיו שבעי רצון יותר. אולם ההשתלבות בעבודה בקבוצת הניסוי לא היתה שונה מזו שנמצאה בקבוצת הביקורת והוצאותיהם היו הרבה יותר גבוהות.

לסיכום ניתן לומר, כי ההבדלים בין קבוצות הניסוי והביקורת לא היו משמעותיים דיים כדי שיצדיקו אימוץ שיטת טיפול זו, בדרך שבוצעה בניסוי, כהליך קבוע, כלומר על פי בחירת המשתקם וללא כל פיקוח של עובד שיקום מלווה. השמירה על הצעת התהליך של שוברי שירות לכל פונה חדש (בעל מאפיינים שנקבעו), לא הוכיחה את עצמה. כמו כן נראה שהתניית העצמאות במניעת ליווי, הדרכה ופיקוח על התהליך, כפי שמתבצע בידי עובדי השיקום במהלך טיפול שיקומי רגיל, היתה מיותרת. מצד שני, נמצא, שעצמאות כן תרמה לזירוז התהליך, ובעיקר – שמתן אפשרות ללימודים על-תיכוניים נוצלה היטב, באופן שתרם למשתקמים. אמנם במסגרת תקופת המעקב לא נמצאה תרומה מכרעת להשתלבות בעבודה, אך יש לזכור שמדובר בתקופה קצרה למדי לאחר סיום הלימודים ובעידן של אבטלה כבדה ביותר. לכן המסקנה העיקרית מהניסוי היא, שיש מקום להגמיש את הפיקוח וההדרכה הניתנים במסגרת תהליך השיקום הנהוג כיום. למשתקמים מתאימים – והנתונים מראים כי עובדי השיקום יכולים לאתרם – יש לתת עצמאות רבה יותר בבחירת מהלך השיקום והתשומות. כמו כן יש לשקול הגמשת ההגבלות הקיימות כיום על אישור לימודים על-תיכוניים לנכים "קלים". בשוק העבודה המודרני הדרישה להשכלה מהווה תנאי להשתלבות בעבודה, בייחוד למי שמוגבלים בביצוע עבודות הדורשות יכולות פיזיות. גם עובדי השיקום שהשתתפו בניסוי חשו, ששימוש בשוברי שירות מהווה הזדמנות טובה לשינוי ולשיפור תהליך השיקום הרגיל.

תוכן העניינים

עמוד	
1	מבוא
5	מערך הניסוי
7	הנחקרים
8	מקורות הנתונים
10	תאור הנחקרים
10	הבחירה בשוברי שירות
11	מאפיינים דמוגרפיים
12	מאפייני הנכות
12	היסטורית התעסוקה
13	הפנייה לשיקום
14	בחינת השערות הניסוי – ניתוח המעקבים
14	המעקב הראשון – שנתיים לאחר הפנייה לשיקום
25	המעקב השני – בתום ארבע שנים לפנייה
29	הוצאות
29	השפעת השיקום על קבלת קצבת נכות כללית
31	השקעת זמן
31	הערכת התאמה לשיקום באמצעות שוברי שירות
33	תחושת הקהוורנטיות
35	סיכום, מסקנות והמלצות
38	בבליוגרפיה
41	נספחים

מבוא

בכל תחומי השירותים החברתיים והטיפוליים הולכת ומתרחבת הגישה לפיה יש להטיל אחריות רבה ככל האפשר לתהליכי הטיפול – תכנונם, ניהולם ורכישתם – על הלקוח עצמו. אם בעבר הלקוח היווה אובייקט פסיבי המקבל שירותים שהמטפל סבר שהם "הכי טובים בשבילו", הרי שכיום הלקוח אמור להיות שותף פעיל הן בקביעת תוכנית הטיפול ומטרותיה והן בהוצאתה לפועל, כולל לקיחת אחריות להצלחתה. גישה זו מתבטאת גם בעצם ההתייחסות למטופל כאל "לקוח" ולעובד המטפל כאל "נותן שירות".

גישה זו קיבלה תאוצה בכל תחומי השירותים החברתיים – בחינוך, בשירותים לקשישים, בשיקום רפואי ומקצועי וכן ברווחה ובכל יתר השירותים הטיפוליים למיניהם. היא קשורה בכמה תהליכים הקשורים זה בזה.

התהליך הראשון והעיקרי – קשור לנותני השירותים – והוא נטייה גוברת להפרטה של חלקים שונים של השירותים הציבוריים. זו הונעה בין היתר על ידי צורכי חיסכון, אולם גם על ידי ההשקפה שחשיפת שירותים לתחרות בשוק החופשי, באמצעות הפרטתם, בניגוד לאספקתם בידי המערכות הציבוריות עצמן, מביאה הן לחיסכון בהוצאות – על ידי שיפור ביעילותם והן לשיפור **ברמתם**. מטופל המקבל מעמד של "לקוח" הרוכש שירותים, היכול לבחור מבין כמה ספקי שירותים, גורם לתחרות בין הספקים הן על המחיר והן על טיב השירות וטיב הקצאה. בדרך זו השירותים מתנייעלים מבחינת מחירים ומשתפרים מבחינת רמתם. כמו כן שירותים מיותרים נכחדים עקב חוסר ביקוש ונולדים ספקים לשירותים חדשים שנוצר להם ביקוש. בבסיס ציפיות אילו נמצאת ההנחה, שהשוק החופשי מגיב מהר יותר לשינויים מזה הציבורי.

תהליך אחר קשור למקבלי השירותים. ממצאים ממחקרים שונים (Berkowitz, 1995) הראו, כי לקבלת אחריות אישית תרומה מכרעת להצלחה של תוכניות טיפוליות. לקוח ישתדל לממש תוכנית טיפול שהוא עצמו קבע או השתתף בקביעתה יותר מאשר אם היא נקבעה בשבילו באופן פטרוני. כך לדוגמה, בבריטניה: ארגון הנכים תבע תשלום ישיר לנכה לשם רכישת שירותים במקום אספקת השירותים עצמם, ובעקבות כך עלו שאלות באשר לעלות תועלת ולאחריות (accountability). הארגון יזם מחקר שמצא שלא רק שביעות הרצון כאשר ניתן הכסף לרכישת שירותים גבוהה הרבה יותר מאשר כאשר מסופקים השירותים עצמם על ידי הרשות האחראית, אלא גם ההוצאה פחתה ב-30%-40% (Pearson, 2000).

לגישה כי יש להטיל אחריות לטיפול על הלקוח עצמו, תרמה גם התפשטות השקפות המדגישות כבוד לפרט ולזכויותיו, כגון הזכות של אדם לבחירה אוטונומית אשר לגורלו.

אחת הדרכים למימוש גישה זו, היא הפעלת שירותים בדרך של "שוברי שירות" (voucher). זו מהווה הפרטה מסוימת של השירות האמור או חלקים ממנו (Heller 1990, Volij 2000, Berkowitz 1990, Parker 1989, Maguire 2000).

מתן שוברים מהווה הענקת תמיכה בעלת ערך כספי. אולם בשונה מכסף היא ממוקדת (ניתן לרכוש באמצעותה רק מוצר או שירות מסוימים). בדרך זו אפשר לשלוט במה ירכש, מי ירכוש ומי (Lyons 1995, Bertsch 1992).

תוכניות שוברים מקנות אפשרות לרכוש את השירות/המוצר המדובר בשוק החופשי. ישנן גם תוכניות דמויות שוברים, הדומות יותר לקבלנות משנה. בתוכניות כאלה הממשלה מסמיכה ארגונים לקבוע זכאות ולספק שירות במחיר מוגדר. ההבדל בין שתי דרכי הפרטה אלה הוא בכך שבדרך הראשונה הספקים מתחרים ביניהם מול הצרכנים, ואילו בשנייה התחרות היא מול הממשלה, שהיא הלקוח. למעשה התחרות במקרה האחרון מוגבלת ביותר, כי הממשלה בדרך כלל קובעת את המחיר ואת רמת השירות.

אחת הטענות כלפי תוכניות שוברים, בעיקר אם הן **רחבות** היא, כי הן יגדילו צריכה ובכך יגדילו הוצאה באמצעות הגדלת היצע או העלאת מחיר. כדי למנוע העלאת מחיר הממשלה יכולה לסבסד את ההיצע. היא יכולה גם לשלוט בצריכה באמצעות הקטנת היצע – כגון ע"י צמצום רישוי לשירות. מדיניות של צמצום הוצאה באמצעות שליטה בזמינות השירות עדיפה משום שהיא גוררת פחות ביקורת בהשוואה לצמצום בזכויות הצרכנים (הנזקקים).

לא כל החוקרים מצדדים ביעילותה של שיטת השוברים. Parker (1991) מעלה ספקות לא מעטים בצטטו מספר חוקרים: הרעיון המונח בבסיס תוכניות שוברים הוא חשיפת שירותים חברתיים ללחצי ביקוש והיצע. זאת במטרה להביא לתחרות בין ספקי השירותים הן על מחיר והן על איכות השירות, מה שיביא לדעת המצדדים בתוכניות אלה להורדת מחיר, שיפור איכות השירות והגדלת נפח היצע השירותים ומגוון השירותים והחידושים הכלולים בהם (Reid 1972, Friedman 1962, 1980 בתוך Parker 1991). אולם, לדעת חוקרים אלה קיים פער גדול בין המודלים התיאורטיים של השוברים לבין המציאות, ויש לדעתם מעט מדי ידע מחקרי בנושא. ויותר מכך: הידע המחקרי הקיים לא תומך בתקוות של המצדדים בסוג זה של תוכניות. מעקב משנת 1974 אחר תוכנית השוברים הוותיקה ביותר (1944) של רכישת השכלה בידי חיילים משוחררים בארה"ב מורה, כי 91.6% היו רוכשים השכלה זו בכל מקרה. התכנית הביאה גם לתופעה רחבה של ניצול לרעה ורמאויות. גם תוכנית בולי המזון בארה"ב לא הביאה להגדלת צריכת מזון על ידי מקבליהם, כפי שקיוו מתכנניה. תכנית השוברים לרכישת שירותי בית ספר בארה"ב לא הביאה לאינטגרציה כמקווה – כי ההורים העדיפו בתי ספר קרובים על איכותיים

(Martinez, 1995). תוכנית השוברים הרחבה ביותר היא ה-Medicare בארה"ב, הפועלת מאז 1964. תכנית זו אמנם הביאה לשיפור בריאות מבוגרים ונכים (שלהם היא מיועדת) אולם היא לא הוזילה שירותי רפואה, להפך.

הסיבות לאי הצלחת תוכניות של שוברים בשירותים סוציאליים הן רבות (Parker, 1990):
א. תחרות מעצם מהותה זרה לשירותים סוציאליים. עובדים סוציאליים מחונכים לראות בעמיתיהם חברים למאבק ולא מתחרים. כמו כן הם מחונכים למסירות למטרה ולא לרווח כספי.

ב. תחרות דורשת מידע. אם צרכנים אינם מודעים במפורט לגבי כל האפשרויות, התחרות למעשה לא קיימת. בנקודה זו יש לזכור כי הצרכנים של שירותים סוציאליים על פי הגדרה הינם אנשים חלשים יחסית, בעלי השכלה נמוכה אשר מתקשים בצבירת מידע. נוסף על כך, יש קושי רב בהשוואת **האיכות** של שירותי רווחה – המידע הדרוש אינו מתפרסם ובדרך כלל גם לא נאגר (כגון שיעורי הצלחה). בכל מקרה הוא רחוק טווח מבחינת המועד שבו הבחירה צריכה להיעשות. כמו כן ישנם אזורים בהם אי אפשר לקיים תחרות כגון באזורים מעוטי אוכלוסין.

ג. בשירותי רווחה פיקוח הוא הכרחי כדי לוודא שוויון וצדק (equity). ללא פיקוח – החלשים יתקשו להגיע לשירותים. פיקוח מעצם מהותו נוגד תחרות (Pearson, 2000).

לסיכום ניתן לומר, כי הפרטה רחבה של שירותים חברתיים חייבת להיות מתוכננת בזהירות רבה. אחת הדרכים לממש זהירות זו היא הפרדה בין המרכיבים השונים האמורים להפיק את היתרונות של השיטה, כגון בין הכנסת מרכיבים של שוק ותחרות לעומת מרכיבים של מתן עצמאות, אחריות והעצמה של המטופל.

ב-1999 יזמה מחלקת השיקום של המוסד לביטוח לאומי ניסוי מיוחד של טיפול שיקומי תעסוקתי באמצעות "שוברי שירות". מטרת הניסוי הייתה לבדוק באיזו מידה ישתפר ויתקצר תהליך השיקום המקצועי והקליטה בעבודה כאשר המטופל (העונה על קריטריונים שנקבעו), יהיה עצמאי להחליט על מהלך שיקומו והכשרתו המקצועית ועל רכישת שירותי אבחון, הכשרה, מכשור וכו'.

במסגרת ניסוי זה, הוצע לכל הפונים החדשים לשיקום (שענו על קריטריונים מסוימים), לקבל את שירותי השיקום המגיעים להם מהמוסד, במסגרת של "שוברי שירות" (להלן – שו"ש). מי שבחר להשתלב בתוכנית, קיבל שליטה על סכום כסף מוגדר לתקופה מוגדרת (40,000 ש"ח ל-3 שנים). הסכום נקבע על פי עלות משוערת של תהליך שיקום תעסוקתי הכולל הכשרה מקצועית). בסכום זה היה יכול המשתתף לרכוש שירותי שיקום מקצועי (שהוגדרו מראש, לא כולל שיקום

רפואי) **כראות עיניו**. זאת כאשר במהלך טיפול שיקומי רגיל, תוכנית השיקום נקבעת **במשותף** בידי עובד השיקום (שהוא עובד סוציאלי) והמשתקם והיא חייבת להתקבל על דעת עובד השיקום (ראו בנספח 1 טבלה המסכמת את ההבדלים בין טיפול שיקומי רגיל לטיפול באמצעות תוכנית שוברי שירות).

במונחים שתוארו לעיל אפשר לומר, כי מערך ניסוי זה נועד לבדוק את השפעת ההעצמה ומתן האחריות והכבוד ללקוח בהקשר של תהליך השיקום. התהליך שמר על הפיקוח ועל כן הוא לא הפקיר את החלשים. הפיקוח נשמר הן בהחלטה בדבר מי הם הלקוחות המתאימים (בהתאם לקריטריונים שנקבעו) למהלך טיפול זה והן במעקב מסוים אחר מהלך השיקום וההכשרה. ואולם עצם ההחלטה בדבר סל השיקום שנרכש בדרך של שוברי שירות, היתה של הפונה באופן **עצמאי לחלוטין**.

לסיכום, מטרת הניסוי היתה להשפיע על הצד של הלקוח: לבדוק באיזו מידה אחריות אישית ואוטונומיה בהחלטה על מהלך השיקום המקצועי משפרת את שיעור השילוב בעבודה של הלקוחות, מקצרת את משך הטיפול השיקומי, ומשפרת את שביעות הרצון מתהליך הטיפול. במסגרת הניסוי, לקוח של שיקום מקצועי היה יכול לבנות את תוכנית השיקום שלו ולממשה בעצמו, באמצעות "שוברי שירות" שהוענקו לו ושבהם היה אפשר לשלם בעבור שירותי אבחון, שיקום, הכשרה מקצועית, אביזרים ומכשירים וכו', כל זאת בסכום מוגדר בתקופה מוגדרת.

הניסוי בא לענות על השאלות האלה:

- א. באיזו מידה לקוחות שקיבלו שוברי שירות וקבעו בעצמם אילו שירותים, מכשירים וכו' הם ירכשו, **ישתלבו בתוכנית שיקום מעשית, יותר** מלקוחות אחרים? באיזו מידה הם ייקלטו בלימודים, הכשרה, הסבה מקצועית וכד' יותר ממי שיעברו טיפול שיקומי רגיל בהנחיית ובפיקוח עובד שיקום?
- ב. באיזו מידה לקוחות שקיבלו שוברי שירות יתחילו בתוכנית שיקום מעשית **מהר יותר** מן האחרים?
- ג. באיזו מידה לקוחות שקיבלו שוברי שירות **יסיימו** את תוכנית הטיפול השיקומי שהם קבעו במלואה, בשיעור גבוה יותר ובהצלחה רבה יותר?
- ד. באיזו מידה לקוחות שקיבלו שוברי שירות יהיו מרוצים מהטיפול השיקומי יותר מן האחרים?
- ה. באיזו מידה לקוחות שקיבלו שוברי שירות ישתלבו בעקבות השיקום **בעבודה** ויתמידו בה יותר מן האחרים?
- ו. באיזו מידה לקוחות שישתקמו באמצעות שוברי שירות ויעבדו, **יצאו ממעגל מקבלי קצבת נכות** (כללית) יותר מן האחרים? (לגבי מקבלי קצבת נכות מעבודה – קצבתם של אלה, כידוע, אינה נפגעת גם אם הם חוזרים לעבודה).
- ז. מה הן העלויות הכספיות והשקעת זמן של עובד השיקום המפנה לדרך טיפול זו, לעומת עלויות והשקעת זמן במהלך הטיפול הרגיל במחלקת השיקום של המוסד לביטוח לאומי?

ז. במהלך הניסוי הוכנסה לבחינה שאלה נוספת – פקידי השיקום התבקשו להעריך, במועד הפנייה לשיקום, את מידת ההתאמה **האישית** של כל פונה לתוכנית תלושי שירות. זאת בנוסף לקריטריונים האובייקטיביים שנקבעו מראש, לגבי הפונים שהוצעה להם התוכנית.

מערך הניסוי

הניסוי בוצע בשלושה מסניפי המוסד. אוכלוסיית הלקוחות, שהוצע להם להשתתף בתהליך טיפולי בדרך של הענקת "שוברי שירות" לרכישת שירותי שיקום, נקבעה מראש. שוברי שירות הוצעו לפונים לשיקום שהם: זכאים לשיקום, בעלי נכות רפואית של עד 50%, נפגעי עבודה או נכים כלליים (לא כולל נפגעי איבה), שפנו לשיקום לראשונה ושאינם נפגעי ראש, נפש או פיגור שכלי, (זאת משום שסיכוייהם של אלה להשתלב בעבודה בשוק החופשי קלושים).

הניסוי תוכנן לכלול בסך הכול 100 מטופלים: 50 בקבוצת ניסוי ו-50 בקבוצת ביקורת. ההפרדה בין שתי הקבוצות בוצעה באופן מקרי, כלומר בהגרלה, כדי שיהיה אפשר להניח כי אין הבדל שיטתי בין קבוצות הניסוי לביקורת ועל כן יהיה אפשר לייחס לתוכנית הניסוי כל הבדל שימצא ביניהן – בנושאי המחקר - לאחר הניסוי. אחר הנחקרים בקבוצות הניסוי והביקורת נערך מעקב בתום שנתיים לפנייתם לשיקום ובתום 4 שנים.

עם תום גיוס הנחקרים הללו, הוחלט להמשיך ולהציע את התוכנית לנחקרים נוספים – כשלב שני, כדי להגדיל את מספר הנחקרים בקבוצת הניסוי. אולם מסיבות מינהליות שונות, שבעיקרן נבעו מישיום לקחים ראשוניים מהשלב הראשון של הפעלת הניסוי, היו מאפייני הנחקרים ותשומות השיקום בשלב זה, השני, שונים מאלה של קבוצת הניסוי בשלב הראשוני. על כן בחינת השערות הניסוי הסתמכה על ניתוח הנחקרים המקוריים בלבד. זאת למעט נושא אחד, שהוכנס בשלב השני בלבד והוא, בחינת התקפות של הערכת פקידי השיקום את התאמת המשתקמים לתוכנית שוברי השירות.

מהלך גיוס הנחקרים לקבוצות הניסוי והביקורת פעל כדלקמן: לכל פונה **חדש** (שהתאים להגדרות שצוינו לעיל) הוצע, במהלך אחת או שתי שיחות קבלה (intake), לקבל שירותי שיקום באמצעות שוברי שירות בסכום כספי מוגדר, שאותם יש לממש במהלך שלוש שנים. פורטו לפניו (בכתב ובעל פה) השירותים שאפשר ניתן לרכוש (בשוק החופשי) באמצעות השוברים, ופורטו הזכויות והחובות של המשתתפים בדרך טיפול זו. כמו כן פורטו לפניו תהליכי השיקום הרגילים הניתנים במחלקת השיקום של המוסד לביטוח לאומי.

על הלקוח היה לבחור אם ברצונו לקבל את שירותי השיקום באמצעות "שוברי שירות" או בדרך הרגילה. הוא היה יכול להתייעץ עם כל אדם נוסף בנוגע להחלטה זו. הודגש לפני הפונה שבין מי

שיביעו רצונם ללכת בדרך של שוברי השירות תתבצע הגרלה ורק מחציתם יקבלו בפועל את השוברים. האחרים יקבלו טיפול שיקומי רגיל.

גיוס הנחקרים נמשך עד לגיוס 100 פונים שבחרו להשתתף בתכנית (מ-2.1999 עד 7.2000). שני פונים שביקשו תלושי שירות ונכללו בקבוצת הניסוי פרשו במהלך תקופת הגיוס ושניים אחרים הוכנסו במקומם. שני פונים נוספים שהיו בקבוצת הניסוי פרשו מאוחר יותר מקבוצת הניסוי. הפורשים נכללו בקבוצה של מי שבחרו שלא לקבל שו"ש.

בשלב השני האפשרות להשתתף בניסוי הוצעה בדרך שתוארה לעיל לכל הפונים החדשים, וכל מי שרצה בכך – השתתף בניסוי. גיוס הנחקרים לשלב השני נערך בתקופה 7.2000 – 1.2002. כאמור לעיל, ניתוח הנתונים לגבי הנחקרים משלב זה לא נכלל בדוח זה, חוץ משאלת תקפות הערכת עובדי השיקום את התאמת המשתתפים לתוכנית שוברי השירות.

במהלך שיקומם, (לאחר שיחות הקבלה – (intake), הבוחרים בשוברי שירות היו זכאים לשוחח עם עובד השיקום של המוסד – פנים אל פנים או בטלפון – בסך הכול עד 5 שעות, שאותן יכלו לפרוס כרצונם במהלך כל תהליך השיקום. הם היו זכאים לרכוש בשוק החופשי כל שירות שיקום מקצועי, כגון אבחון, הכשרה מקצועית, לימודים מקצועיים אחרים כולל במוסדות להשכלה גבוהה, הוצאות נלוות כגון ספרים, מכשירי כתיבה, מחברות, נסיעות למקום הלימודים, ציוד ליצירת תנאי לימוד הולמים (על פי הצרכים בהתאם לנכות), שירותי השמה בעבודה וחונכות ועוד. (כאמור הם לא יכלו לקבל שיחות טיפוליות או ניהול מקרה (case management) – מלבד חמש השעות האמורות – מעובדי מחלקת השיקום של המוסד).

המשתתפים במחלקת השיקום של המוסד שאינם מקבלי קצבת נכות מלאה זכאים לקבלת "דמי שיקום" חודשיים לשנה אחת (בלבד, בדרך כלל), המשלמים את קצבת הנכות שלהם לקצבה מלאה. זאת אם הם לומדים 20 שעות שבועיות או יותר בשעות הבוקר. לכן דמי השיקום שולמו, נוסף על הסכום הכלול בשוברי השירות, גם לנחקרים בניסוי, הן בקבוצת הניסוי והן בביקורת והן לאחרים.

טיפולים רפואיים או נפשיים לא נכללו בסל שירותי השיקום. המשתתפים התבקשו להתחייב להגיש תכנית שיקום לא יאוחר מששה חודשים לאחר הפנייה הראשונה או לאחר האבחון, אם בחרו לרכוש כזה. במהלך ששת החודשים האלה או עד סוף תהליך האבחון הם גם הורשו להתחרט ולחזור לטיפול שיקומי רגיל. כאמור לעיל – ארבעה אמנם עשו זאת. לאחר מועד זה לא יכלו המשתתפים לחזור לטיפול שיקומי רגיל במוסד. כמו כן היה אפשר להחליף את תוכנית שיקום פעם אחת בלבד. משתקם שהשתלב בעבודה רשאי היה לנצל כספים שנותרו לזכותו לאחר סיום תוכנית השיקום, לצורך רכישת מכשירי עבודה או השתלמויות בתחום עיסוקו. זכות זו ניתנה למי שעבד לפחות שלושה חודשים (ועד ל-20% מהסכום המלא).

כל המידע האמור לעיל נמסר לפונים בכתב, וכאמור – עובדת השיקום גם קיימה עמם שתי שיחות להבהרת הדברים. שיחות אלה לא נכללו במסגרת 5 שעות הייעוץ שלהן היה זכאי המשתתף בניסוי.

למערך הניסוי היו כמה אילוצים שנקבעו ע"י יוזמי הניסוי ואשר הטילו עליו כמה מגבלות מתודולוגיות:

א. על פי ההוראות, בטיפול שיקומי רגיל, נכים בעלי עד 65% נכות אינם רשאים ללמוד במימון המוסד במוסד על תיכוני, אלא במקרים חריגים. אולם השייכים לקבוצת הניסוי יכלו לבחור בלימוד כזה, בהיותם חופשיים להחליט על תוכנית שיקומם בעצמם. עובדה זו יצרה הבדל בסל השירותים בין קבוצות הניסוי והביקורת, מעבר להבדל נשוא המחקר – השימוש בשו"ש.

ב. כל הפונים שהוצע להם להשתתף בניסוי (מי שבחרו שלא להשתתף בו וכן קבוצות הניסוי והביקורת) קיבלו מידע בדבר הסכום הכספי שהם יכולים לנצל לצורך שיקום מקצועי. מידע זה לא ניתן במהלך טיפול שיקומי רגיל.

ג. במהלך טיפול שיקומי רגיל עובדת שיקום מלווה את המשתתף לאורך כל הדרך בשיחות טיפוליות, הכוונה, הדרכה ופיקוח. למי שבחרו וקיבלו שירותי שיקום כמעט לא היה היכן לרכוש שירות מסוג זה. כלומר, הם אמנם שוחררו ממרבית הפיקוח אך הם גם לא יכלו ליהנות מההדרכה, חוץ מחמש השעות האמורות לעיל.

הנחקרים

הניסוי נערך ב-3 מסניפי המוסד לביטוח לאומי – ירושלים, תל-אביב יפו והקריות, ובו היו שלוש קבוצות נחקרים:

1. פונים שבחרו להשתתף בניסוי, הוגרלו לקבוצת הניסוי וקיבלו שירותי שיקום.
2. פונים שבחרו להשתתף, הוגרלו לקבוצת הביקורת וקיבלו טיפול שיקומי רגיל.
3. פונים שבחרו **שלא** להשתתף בניסוי וקיבלו טיפול שיקומי רגיל.

נערך מעקב אחר הנחקרים משלוש קבוצות אלה במועד שנתיים לאחר הפנייה לשיקום. אחר קבוצות הניסוי והביקורת נערך מעקב נוסף בתום ארבע שנים לפנייה לשיקום. הנתונים לגבי הערכת ההתאמה (ראו לעיל) נבדקו שנתיים לאחר הפנייה לשיקום, לגבי הנחקרים מהשלב השני.

מקורות הנתונים

א. המערכת המינהלית הממוחשבת של מחלקת השיקום של המוסד לביטוח לאומי: במערכת זו מצויים נתונים על כל הנחקרים, מכל הקבוצות שהוזכרו לעיל, וגם על כל מטופלי מחלקת השיקום: נתונים דמוגרפיים וכלליים, נתונים על רקע תעסוקתי וציפיות לתעסוקה, ונתונים על תשומות השיקום וההוצאות הכספיות הכרוכות בהן. נתוני הרקע מעודכנים למועד הפנייה לשיקום: לתקופה 2.1999 עד 7.2000 לשלב א' ולתקופה 7.2000 עד 1.2002 לשלב ב'.

ב. מערכת מקבלי קצבת נכות כללית: ממערכת זו נשאבו נתונים על יציאה מהקצבה עד 7.2004.

ג. שאלון קוהירנטיות: כל הנחקרים התבקשו למלא בעת הפנייה לשיקום את שאלון הקוהירנטיות של אנטונובסקי (במתכונתו הקצרה, של 13 שאלות, ראו להלן), כדי לבדוק מצד אחד הבדלים בנושא זה בין הבוחרים בדרך (העצמאית) של שוברי שירות לבין האחרים, ומצד אחר - בין המצליחים לבין הפחות מצליחים בשיקום בכלל ובהשתלבות בעבודה בפרט. זאת כדי לבדוק אפשרות להשתמש בשאלון זה לצורך בחינת התאמה לטיפול שיקומי בדרך של שוברי שירות בעתיד. בסך הכול התקבלו נתונים משאלון זה על 183 מתוך 200 הנחקרים, (92%).

ד. שאלוני מעקב: מעקב ראשון נערך כשנתיים לאחר הפנייה לשיקום, הן על נחקרי השלב הראשון של המחקר (שלוש קבוצות) והן על נחקרי השלב השני (שתי קבוצות). המעקב השני נערך לאחר שנתיים נוספות, כלומר לאחר ארבע שנים ממועד הפנייה, על קבוצות הניסוי והביקורת בלבד.

במסגרת המעקבים רואינו הנחקרים בטלפון, על פי שאלון קצר שכלל שאלות על לימודים, עבודה ושביעות רצון מתהליך השיקום ותרומתו להשתלבות בעבודה. במעקב הראשון רואינו 162 מתוך 200 נחקרים (81%), היתר לא אותרו, 1 נפטר (מקבוצת הניסוי רואינו 90%, מהביקורת 80% ומהאחרים 78%). במעקב השני רואינו 83 מתוך 98 (85%) נחקרים (שהשתייכו כאמור לקבוצות הניסוי והביקורת). היתר לא אותרו, 1 כאמור נפטר (מי שלא בחרו שוי"ש – לא רואינו).

המידה שבה מייצגים הנחקרים שרואינו את כלל הנחקרים נבדקה בנוגע למין, גיל, ענף נכות (נכות כללית או נכות מעבודה) וקבוצה. לא נמצאו הבדלים מובהקים במאפיינים אלה, בין נחקרים שרואינו למי שלא רואינו.

ה. יומן השקעת זמן: עובדות השיקום שטיפלו בשייכים לקבוצת הניסוי מילאו יומן השקעת זמן בכל אחד מהמטופלים (התקבלו נתונים על 40 מ-48 השייכים לקבוצת הניסוי). בנוגע לאחרים – קבוצת הביקורת ומי שלא רצו לקבל שוברי שירות - לא נאספו נתונים בעניין זה.

ו. נתוני הערכת עובדי השיקום אשר להתאמת המשתקמים לתכנית תלושי שירות: כאמור לעיל, בחינת נושא זה לא נכללה במערך הניסוי המקורי, ולכן נתונים אלה נאספו בשלב ב' בלבד. עובדות השיקום התבקשו בשלב ב' להעריך על פי שיקול דעתן באיזו מידה מתאים כל משתקם לעבור את תהליך השיקום במסגרת תוכנית שוברי השירות. הערכה זו נועדה לקבוע באיזו מידה תקפה הערכת עובדי השיקום באשר להתאמה לשיקום במסגרת תוכנית שוברי השירות – במונחי תוצאות הטיפול השיקומי. זאת כדי לקבוע בסיום הפרויקט הניסויי את האופן שבו תשולב תוכנית זו במסגרת עבודת מערך השיקום של המוסד. בשלב ב' רואיינו 158 מתוך 195 (81%), 1 נפטר, 2 היגרו לרוסיה והיתר לא אותרו.

להלן יוצגו מאפיינים כלליים של הנחקרים (בשלב א'). לאחר מכן ינותחו נתוני המעקבים וייבחנו השערות הניסוי. בהמשך יוצגו נתונים על השינויים בקבלת קצבת נכות כללית בעקבות השיקום ופרטים נוספים מן המחקר. לבסוף יוצגו הנתונים בדבר תקפות הערכת עובדי השיקום את התאמת המשתקמים לתוכנית שוברי שירות, שהתקבלו בשלב ב' בלבד ויסוכמו המסקנות וההמלצות.

תאור הנחקרים

הבחירה בשוברי שירות

בסך הכל היו 200 נחקרים. כמחציתם (49%) בחרו שלא לקבל שוברי שירות, אף שהוצעה להם שליטה על סכום כספי לא מבוטל. כלומר, ניתן לומר שהפונים כנראה שקלו היטב את הצעת השיקום והפיתוי הכספי לא היה שיקול עיקרי. כמחצית הפונים בחרו להיעזר בשירותי הייעוץ והטיפול השיקומי של עובדי השיקום על פני התנהלות עצמאית.

בנושא זה היה הבדל בולט למדי בין הסניפים: רק 36% בחרו שו"ש בסניף תל אביב (שכלל את סניף יפו, גם להלן) לעומת 65% בסניף ירושלים ו-61% בסניף הקריות. הסיבה להבדלים אלה יכולה להיות הבדלים בין הסניפים באופן הצגת נושא השוברים בפני המועמדים. ייתכנו גם סיבות אחרות: בסניף תל אביב אחוז בעלי ההשכלה הנמוכה היה גבוה מעט מהממוצע (ראו להלן) ואחוזם של אלה בין הבוחרים שו"ש היה נמוך מהממוצע. לעומת זאת, דווקא בסניף תל אביב אחוז נפגעי העבודה היה גבוה – כאשר אחוזם של אלה בקרב הבוחרים שו"ש היה גבוה. כך שקשה לקבוע מה הסיבה.

לוח מס' 1: הנחקרים לפי קבוצה וסניף (מספרים מוחלטים ואחוזים)

קריות	ירושלים	תל אביב - יפו	סך הכול		
			אחוזים	מספרים מוחלטים	
33	62	105		200	סך הכול – מספרים
100.0	100.0	100.0	100.0		אחוזים
60.6	64.5	36.2	49.0	98	בחרו שו"ש – סה"כ
30.3	32.3	17.1	24.0	48	מהם: ניסוי
30.3	32.3	19.1	25.0	50	ביקורת
39.4	35.5	63.8	51.0	102	לא בחרו שו"ש

מאפיינים דמוגרפיים

מרבית הנחקרים היו גברים (76%). גם בין כלל הפונים החדשים למחלקת השיקום הגברים מהווים רוב (65%). יצוג היתר (ראה להלן) של נפגעי עבודה, מסביר כנראה את השיעור הגבוה למדי של הגברים.

נשים נטו לבחור שוברי שירות יותר מהגברים (54% לעומת 47%, בהתאמה).

לוח מס' 2: הנחקרים לפי קבוצה ומין (אחוזים)

נשים	גברים	סך הכול	
100.0	100.0	100.0	סך הכול
54.2	47.4	49.0	בחרו שו"ש – סך הכול
25.0	23.7	24.0	מהם: ניסוי
29.2	23.7	25.0	ביקורת
45.8	52.6	51.0	לא בחרו שו"ש

הגיל החציוני של הנחקרים במועד הפנייה לשיקום היה 37, בדומה לגיל החציוני של כלל המשתקמים החדשים במחלקת השיקום. מי שבחרו שו"ש היו צעירים מהאחרים (36 לעומת 38 בהתאמה). בהתאם, רבע מהבוחרים שו"ש היו בני עד 25 שנה לעומת 18% כאלה מן האחרים.

66% מהנחקרים היו נשואים. 60% מהנחקרים נולדו בישראל. בין כלל המשתקמים החדשים היה אחוז ילידי ישראל גבוה קצת יותר – 68%. אחוז ילידי ישראל היה מעט גבוה יותר בין הבוחרים שו"ש (63%) מאשר בין האחרים (56%). אחוז ילידי ישראל היה נמוך למדי בסניף הקריות (33%) וגבוה במיוחד בסניף ירושלים (74%). לעומת זאת בלט חלקם של ילידי מזרח אירופה בסניף קריות (33%).

כמחצית הנחקרים שירתו מלא בצה"ל, אך בין כלל המשתקמים החדשים רק 35% שירתו בצה"ל. זאת משום שבין מי שהוצעה להם התוכנית לא נכללו חולי נפש ובעלי פיגור שכלי וכן בין הנחקרים היה ייצוג יתר של נפגעי עבודה, ביניהם רבים יותר מי ששרתו בצה"ל (58%).

ממוצע מספר שנות הלימוד של הנחקרים היה 11.6 שנה לעומת 12 בין כלל המשתקמים החדשים. לבוחרים שו"ש היתה השכלה גבוהה קצת יותר משל היתר (12 לעומת 11 שנות לימוד).

מאפייני הנכות

56% מהנחקרים היו נכים כלליים, היתר – נפגעי עבודה. בין כלל משתקמי מחלקת השיקום החדשים הנכים הכלליים מהווים 85%. כלומר בין הנחקרים היה ייצוג יתר של נפגעי עבודה. זאת משום שבין נפגעי העבודה כמעט אין נפגעי ראש, נפש ופיגור שכלי, המהווים 32% מכלל הנכים הכלליים, ואשר להם לא הוצע להשתתף בניסוי (ראו לעיל). גם שיעור בעלי אחוז נכות עד 50%, שגם הוא היווה תנאי לכניסה לניסוי, גבוה יותר בין נפגעי העבודה שזכאותם לשיקום מותנית ב-10% נכות רפואית בהשוואה ל-20% בין הנכים הכלליים.

לוח מס' 3: הנחקרים לפי קבוצה וענף (אחוזים)

נפגעי עבודה	נכות כללית	סך הכול	
44.1	55.9	100.0	סך הכול
41.2	58.3	100.0	בחרו שו"ש – סך הכול
37.5	62.5	100.0	מהם: ניסוי
44.9	55.1	100.0	ביקורת
46.9	53.1	100.0	לא בחרו שו"ש

בין הבוחרים שו"ש היה ייצוג גבוה קצת יותר לנכים כלליים מאשר בסך הכל הנחקרים. סוג הפגיעה השכיח (62%) היה בגפיים או בעמוד השדרה. כחמישית לקו במחלות פנימיות או שיתוקים. בין כלל הפונים למחלקת השיקום 29% לקו בגפיהם או בגבם. הבדל זה נובע, שוב, מן העובדה שלכ-1/3 מכלל המשתקמים (חולי נפש, ראש ופיגור שכלי) לא הוצע להשתתף בניסוי.

ל-43% מהנחקרים היו עד 20% אחוזי נכות רפואית. חלקם של בעלי 20% נכות היה גבוה במיוחד בין נפגעי העבודה – 64% לעומת 26% בין הנכים הכלליים. 5% מהנחקרים בלבד היו בקשר עם השירותים החברתיים בעברם. בין כלל המשתקמים – היו 20% כאלה.

גורם המגבלה של מרבית הנחקרים (91%) היה מחלה בבגרות או תאונה. בין הנכים הכלליים – 71% נפגעו ממחלה. בין נפגעי העבודה 83% נפגעו מתאונה. האחרים נפגעו ע"י מום מלידה, מחלה בילדות או גורם אחר.

היסטורית התעסוקה

14% עבדו בעת הפנייה לשיקום. מבין היתר, 1/3 עבדו בשנה שקדמה לפנייתם לשיקום; 8% לא עבדו מעולם – כולם היו נכים כלליים; היתר לא עבדו למעלה משנה.

לוח מס' 4: נחקרים שלא עבדו בעת הפניה, לפי מועד הפסקת עבודה אחרונה וענף (אחוזים)

מועד הפסקת עבודה	סך הכל	נכים כלליים	נפגעי עבודה
סך הכל	100.0	100.0	100.0
עד 6 חודשים	11.4	11.5	11.3
7-12 חודשים	21.0	21.9	19.7
1-2 שנים	35.3	29.2	43.7
2+ שנים	25.8	26.0	25.4
לא עבד מעולם	6.6	11.5	-

כמחצית הנחקרים (55%) אמרו בעת הפנייה לשיקום שהם רוצים לעבוד. 43% מהם גם חיפשו עבודה בפועל.

הפנייה לשיקום

יזמת הפנייה לשיקום היתה של הפונה עצמו ברוב המקרים (80%) ולא היה הבדל בכך בין הבוחרים שוי"ש לאחרים. כמעט כל הנחקרים פנו למחלקת השיקום כדי לקבל שיקום מקצועי, אך היו גם כאלה שפנו מלכתחילה כדי לקבל חוות דעת על כושר השתכרותם (4%). כמעט כל הנחקרים (85.6%) ציפו לקבל הכשרה מקצועית במהלך הטיפול השיקומי. אלה בלטו אף יותר בין הבוחרים שוי"ש (92.8%). 6% אף למדו בעת הפנייה.

בחינת השערות הניסוי – ניתוח המעקבים

להלן יתוארו ממצאי שני ראיונות המעקב של שלב א' של הניסוי מבחינת התאמתם לשאלות הניסוי. נראה תחילה את הממצאים על המעקב הראשון שנערך שנתיים לאחר הפנייה לשיקום. לאחר מכן ייבחנו הממצאים מן המעקב השני. ההשוואה העיקרית מבחינת בדיקת השערות הניסוי היא כמובן בין קבוצות הניסוי לביקורת. עם זאת, תוארו גם מאפייני הנחקרים שבחרו שלא לקבל שו"ש. כפי שיתואר להלן, נמצאו הבדלים בולטים בין מי שבחרו לבין מי שלא בחרו שו"ש.

המעקב הראשון – שנתיים לאחר הפנייה לשיקום

ההשתלבות בתוכנית השיקום

שתי שאלות הניסוי הראשונות מתייחסות לשיעור המשתלבים בתוכנית שיקום פעילה לאחר הפנייה ולמועד ההשתלבות בה.

נתונים על ההשתלבות בתוכנית שיקום – כלומר בלימודים, באבחון, בהשמה וכד' – התקבלו הן מהמערכת המינהלית שעקבה אחרי מהלך הטיפול השיקומי עד לסופו והן משאלון המעקב שנערך במועדים שצוינו. אלה היו לעתים לפני סוף הטיפול השיקומי ולעתים אחריו, כפי שיתואר להלן. נתונים מהמערכת המינהלית היו לגבי כלל הנחקרים. נתונים מן המעקב קיימים כמובן רק על מי שרואיינו. הנתונים משתי המערכות מורים על כיוון דומה.

יצוין שבדיעבד התברר שחמישה נחקרים התחילו בלימודים על תיכונים או בקורס מקצועי לפני הפנייה לשיקום. במסגרת השיקום אושר להם כיסוי שכר הלימוד באופן רטרואקטיבי. ארבעה מתוכם היו בקבוצת הניסוי. המקרים האלה הוצאו מתוך העיבודים על משך הזמן בין הפנייה לשיקום לבין התחלת תוכנית הלימודים, שכן עצם קבלת השו"ש, לא השפיעה כלל על מועד התחלת לימודיהם/שיקומם. להפך, העובדה שהם למדו בוודאי היוותה שיקול בבחירת שו"ש.

הממצאים מן המערכת המינהלית מורים, כי שנתיים לאחר הפנייה לשיקום, כמעט כל מי שבחרו שו"ש (98%) החלו בפועל בתוכנית שיקום. בהתאם להשערות הניסוי, מי שהיו בקבוצת הניסוי החלו בתוכנית מהר יותר (לאחר 1.4 חודש חציון) מקבוצת הביקורת (2.0, מובהק).

לוח מס' 5: הנחקרים במעקב הראשון לפי קבוצה ומספר חודשים בין הפנייה לשיקום להתחלת התוכנית (אחוזים וחצונים)

חציון (למי שהתחילו)	+4 חודשים	4-3 חודשים	2-1 חודשים	לא התחילו	סך הכל	
2.0	22.6	26.7	38.5	12.3	100.0	סך הכול
1.7	19.4	29.0	49.5	2.1	100.0	בחרו שוברי שירות
1.4	20.5	22.7	54.6	2.3	100.0	מהם – ניסוי
2.0	18.4	34.7	44.9	2.0	100.0	ביקורת
2.8	25.5	24.5	28.4	21.6	100.0	לא בחרו שוי"ש

בסך הכל שיעור ניכר מבין הנחקרים החלו בתוכנית שיקום תוך חודשיים – כמחצית בין הבוחרים שוי"ש וכ-30% בין מי שלא בחרו שוי"ש. עד כאן נתוני המערכת המינהלית.

נתוני **ריאיון המעקב** בתום שנתיים לפני מורים, כי 13% מכלל הבוחרים שוי"ש לא החלו בתוכנית בתוך שנתיים לעומת 22% בין מי שלא בחרו שוי"ש. בנושא זה נמצא הבדל (מובהק) בין קבוצת הניסוי לביקורת: 5% (2 אנשים) בלבד בין הנחקרים בקבוצת הניסוי לעומת 23% בקבוצת הביקורת לא החלו בתוכנית שיקום בתוך שנתיים.

בדיקת מאפייני הנחקרים לפי משך הזמן שלקח להם להשתלב בתוכנית שיקום מורה, כי הגברים היו זריזים מן הנשים, והמבוגרים דווקא היו זריזים מן הצעירים. בניגוד לצפוי לא נמצא כמעט הבדל לפי ענף נכות. כמו כן לא נמצאו הבדלים בנושא זה לפי מספר שנות לימוד. מי שאמרו בעת הפנייה לשיקום שהם מעוניינים לעבוד, היו זריזים קצת יותר בהשתלבות בשיקום. מועד ההשתלבות בשיקום היה הקצר ביותר בסניף הקריות. ההשתלבות בתוכנית **לימודים** (קורס או לימודים על תיכונים במסגרת השיקום), אירעה לאחר שישה חודשים (חציון) ממועד הפנייה. בכך לא נמצא הבדל בין קבוצות הניסוי לביקורת.

תשומות הטיפול השיקומי

נתוני המערכת המינהלית של מחלקת השיקום כוללים מידע רב על מהלך הטיפול השיקומי בכל מטופל. להלן תיאור סוגי התשומות שקיבלו הנחקרים. כל נחקר היה יכול לקבל כמובן יותר מתשומה אחת.

אבחון – 69% מהנחקרים עברו אבחון, בהם 47% שהאבחון שעברו היה פנימי, כלומר הוא נעשה בידי עובדי השיקום. היתר עברו אבחון במכון חיצוני או במרכז שיקום. אחוז מי שעברו אבחון היה גבוה למדי בקבוצת הביקורת (סך הכל 86%, בהם 66% אבחון פנימי). אבחון במכון פרטי

עברו 15% בלבד בין מי שלא בחרו שו"ש, לעומת 36% בקבוצת הביקורת. יש להניח שהבדל זה נובע מכך שבין מי שלא בחרו שו"ש (שהיו משכילים פחות) רבים יותר (23% לעומת 8%) עברו אבחון חיצוני במרכז שיקום הבוחן (לרוב) כישורי עבודה והתאמה לעבודות גם ברמה נמוכה.

טרומ הכשרה – באלה נכללו לימודי הכנה ללימודים פורמליים – כולל הכשרה אישית. 25% קיבלו טרום הכשרה. כצפוי, הם היו תדירים יותר בין מי שלא בחרו שו"ש.

לימודים – 38% למדו בקורס לרכישת מקצוע, ועוד 8% למדו בלימודים על תיכונים. כצפוי, לימודים על תיכונים היו נדירים למדי בין מי שלא בחרו שו"ש (2%). הם היו נדירים גם בין הנחקרים בקבוצת הביקורת (6%). לעומת זאת, שיעורם היה גבוה למדי בקבוצת הניסוי (26%). גם לימודים בקורס היו תדירים יותר בין מי שבחרו שו"ש ובעיקר בקבוצת הניסוי (52% לעומת 34% בקבוצת הביקורת).

לוח מס' 6: הנחקרים במעקב הראשון שהשתתפו בקורס ובלומדים אקדמיים לפי קבוצה (אחוזים)

לא בחרו שו"ש	מהם:		בחרו שו"ש	סך הכל	
	ביקורת	ניסוי			
35.3	40.0	75.0	57.1	46.0	למדו – סך הכול
33.3	34.0	52.1	42.8	38.0	מהם: קורס
2.0	6.0	22.9	14.3	8.0	לימודים על תיכונים

לסיכום נושא הלימודים ניתן לומר, כי בהתאם להשערת הניסוי, בקבוצת הניסוי שיעור הלומדים היה גבוה יותר. עוד ניתן לציין, כי גם בנושא זה ההבדלים בין מי שבחרו למי שלא בחרו שו"ש היו גדולים.

סיוע בהשמה בעבודה – 12% בלבד קיבלו סיוע בהשמה בעבודה. שיעור מי שקיבלו שירות זה בין הבוחרים שו"ש היה נמוך יחסית (9.2% לעומת 16.7%). שיעור זה היה נמוך אף יותר בקבוצת הניסוי (3.6%) – זאת יש להניח כי בין הבוחרים שו"ש ובמיוחד בקבוצת הניסוי רבים היו עדיין עסוקים בלימודיהם במועד המעקב הראשון – שנתיים לאחר הפניה לשיקום.

מעקב – מרבית הבוחרים שו"ש וכן השייכים לקבוצת הניסוי היו בשלב כלשהוא במהלך שיקומם ב"מעקב". כך עפ"י דיווח עובדי השיקום. זאת, יש להניח, במהלך תקופות בהן הם למדו או נקלטו בעבודה.

מיצוי זכויות – עזרה במיצוי זכויות נוספות לשיקום, שלה זכאים בעיקר נפגעי עבודה, קיבלו מי שבחרו שו"ש יותר מן האחרים (12% לעומת 1.7%).

קידום בתפקוד אישי – טיפול זה היה כמצופה תדיר יותר בין מי שלא בחרו שו"ש (24.5% לעומת 17.3%).

כדי לבדוק את הנחקרים לפי תחנת הטיפול "העיקרית" אליה הגיעו, דורגו תוכניות הטיפול שפורטו לעיל כדלקמן:

1. תוכנית לימודים על תיכונות;
2. קורס לרכישת מקצוע;
3. אבחון וקידום בתפקוד אישי;
4. אחר (סיוע בהשמה, מיצוי זכויות ומעקב).

בניתוח זה נספר כל נחקר פעם אחת בלבד, בתוכנית הראשונה מבין המנויות לעיל שבה השתתף.

לוח מס' 7: הנחקרים במעקב הראשון לפי קבוצה ותוכנית הטיפול העיקרית (אחוזים)

אחר	אבחון וקידום	נתונים מינהליים			סה"כ	נתוני המעקב: אחוז למדו	
		למדו					
		קורס מקצועי	על-תיכונות	סה"כ			
5.1	42.6	43.2	9.1	52.3	100.0	66.4	סך הכול
4.2	37.5	43.8	14.6	58.4	100.0	75.0	בחרו שו"ש –
4.3	19.2	53.2	23.4	76.6	100.0	82.5	מהם: ניסוי
4.1	55.1	34.7	6.2	40.9	100.0	65.6	ביקורת
6.3	48.8	42.5	2.5	45.0	100.0	59.9	לא בחרו שו"ש

בהתאם להשערת הניסוי, שיעור לומדים גבוה בלימודים על תיכונות נמצא בקבוצת הניסוי – 23% לעומת 6% בלבד בקבוצת הביקורת. בין מי שלא בחרו שו"ש למדו בלימודים על תיכונות רק 2.5%. (כזכור, בטיפול שיקומי רגיל, שאליו הופנו השייכים לקבוצת הביקורת, לימודים על תיכונות מאושרים רק בתנאים מיוחדים).

כ-2/5 מהנחקרים למדו – כתוכנית עיקרית – בקורס לרכישת מקצוע. גם בנושא זה נמצא שיעור המשתתפים הגבוה ביותר בקבוצת הניסוי, בהתאם להשערת הניסוי. כמו כן רבים יותר בין כלל הבוחרים שו"ש למדו.

נתונים על לימודים במסגרת השיקום המקצועי התקבלו מן הנחקרים גם מראיון המעקב, בנוסף לנתוני המערכת המינהלית שסוכמו לעיל. נתונים אלה מראים הבדל משמעותי בין מי שבחרו למי שלא בחרו שו"ש ובין קבוצת הניסוי לביקורת (ראו לוח לעיל), בהתאם להשערת הניסוי.

(ההבדלים בנתונים בין שתי המערכות מוסברים בהבדל במועד ובטעויות תשובה מסוגים שונים. קרוב לוודאי שטעויות תשובה הן ההסבר העיקרי, משום שהנתונים המינהליים לקוחים ממועד מאוחר יותר מאשר נתוני המעקב, ולכן הם היו צריכים להיות גבוהים יותר לו זה היה ההסבר).

נתוני המעקב מורים עוד כי 6% מהנחקרים – בסך הכול 9 איש, שיותר ממחציתם מקבוצת הביקורת (חמישה אנשים) למדו בקורס או בלימודים אחרים על חשבונם, בתקופת המעקב. בקבוצת הניסוי היו שניים כאלה, וכך גם מי שלא בחרו שו"ש.

שיעור הלומדים בלימודים על תיכונים היה גבוה בין הנכים הכלליים יותר מאשר בין נפגעי העבודה (18% לעומת 3%, בהתאמה). זאת, יש להניח, משום שלנפגעי העבודה, שכולם באו מעולם העבודה, ובדרך כלל ממקצועות של עבודת כפיים, כבר היה מקצוע, לאו דווקא אקדמי, כאשר נפגעו. בהתאם, שיעור הלומדים בקורסים, היה גבוה יותר בין נפגעי העבודה (59% לעומת 46%). אולם **בסך כל** אחוז הלומדים לא נמצא הבדל בין הענפים.

נשים למדו בלימודים על תיכונים יותר מגברים (15% לעומת 10%). צעירים למדו בלימודים אקדמיים יותר מהמבוגרים, אך בקורסים דווקא המבוגרים למדו יותר. שיעור הלומדים בלימודים על תיכונים גדל עם ההשכלה, אך לימודים בקורסים היו תדירים יותר בין בעלי 12 שנות לימוד.

הישגי הטיפול השיקומי בתום שנתיים

על פי נתוני המערכת המינהלית, 77% מהנחקרים סיימו או הפסיקו את הקשר שלהם עם מחלקת השיקום בתום שנתיים לפנייתם לשיקום. באלה נכללו 43% שסיימו את תוכנית הטיפול עד תומה, 16% שהפסיקו את הטיפול טרם סיום התוכנית, 21% שהיו עדיין בטיפול, 12% שכלל לא החלו בטיפול שיקומי ו-7% שסיימו טיפול קצר מועד. שיעור מסיימי הטיפול היה נמוך יחסית בין מי שלא בחרו שו"ש. כמו כן, שיעור המסיימים בקבוצת הביקורת היה גבוה יותר מאשר בקבוצת הניסוי – כנראה משום שבקבוצת הניסוי בחרו תוכניות טיפול ממושכות יותר. שיעור מי שהפסיקו טיפול טרם סיום התוכנית היה נמוך יחסית בין מי שבחרו שו"ש ובקבוצת הניסוי.

לוח מס' 8: הנחקרים במעקב הראשון לפי קבוצה ואופן סיום הטיפול השיקומי (אחוזים)

הפסיקו לפני סיום	סיימו טיפול	טיפול קצר מועד	עדיין בטיפול	לא התחילו טיפול	סך הכול	
16.3	42.9	7.1	21.4	12.2	100.0	סך הכול
14.4	54.6	5.2	23.7	2.1	100.0	בחרו שוברי שירות
12.5	50.0	6.3	29.2	2.1	100.0	מהם: ניסוי
16.3	59.2	4.1	18.4	2.0	100.0	ביקורת
18.2	31.3	9.1	19.2	22.2	100.0	לא בחרו שוברי שירות

שיעור מסיימי הטיפול היה גבוה למדי בסניף ירושלים (57% לעומת 36% באחרים), ובהתאם שיעור המפסיקים היה נמוך יחסית בסניף זה (7% לעומת 17% בתל אביב ו-30% בקריות). מי שסיימו או הפסיקו את הקשר שלהם עם מחלקת השיקום שהו בטיפול 21 חודש (חציון). השייכים לקבוצת הניסוי נשארו בטיפול מעט יותר (24 חודש לעומת 20) מן האחרים. מי שבחרו שוי"ש האריכו בטיפול מן האחרים (24 חודש חציון לעומת 15). לא היה הבדל במשך הטיפול לפי ענף נכות. משך הטיפול הקצר ביותר היה בסניף הקריות (17 חודש לעומת 22 בתל אביב ו-21 בירושלים).

נתונים על סיום תוכנית השיקום התקבלו גם מן המעקב. הם היו שונים מן הנתונים המינהליים בענין זה. 32% אמרו שהם סיימו את תוכנית השיקום שלהם. לא נמצא הבדל בכך בין קבוצת הניסוי לביקורת ובין מי שבחרו למי שלא בחרו שוי"ש. 25% אמרו שהם עדיין בטיפול. 25% נוספים אמרו שהפסיקו טיפול ו-17% אמרו שלא התחילו.

הסיבות שסיפקו הנחקרים לכך שלא החלו או שהפסיקו את תוכנית השיקום נחלקו לשני סוגים: סיבות בריאות וסיבות הקשורות באי שביעות רצון מהטיפול השיקומי או בנטייה ללכת בדרך עצמאית. 25% דיווחו על סיבות בריאות והיתר – על סיבות הקשורות באי שביעות רצון או רצון לעצמאות. אחוזם של הראשונים היה נמוך בין הבוחרים שוי"ש (16% לעומת 31%). הוא היה גבוה קצת יותר בקבוצת הניסוי (18%) לעומת קבוצת הביקורת (16%).

שביעות הרצון מהטיפול השיקומי בתום שנתיים

למעלה מ-3/4 מהנחקרים היו מרוצים מאוד, או מרוצים למדי מהטיפול השיקומי שקיבלו במחלקת השיקום. שיעור המרוצים בקבוצת הניסוי (73%) היה גבוה יותר מאשר בקבוצת

הביקורת (52%) בהתאם להשערת הניסוי. שביעות הרצון בין מי שלא בחרו שו"ש היתה הנמוכה ביותר.

לוח מס' 9: הנחקרים במעקב הראשון לפי קבוצה ושביעות הרצון מהטיפול השיקומי (אחוזים)

כלל לא מרוצים	לא כל כך מרוצים	מרוצים למדי	מרוצים מאוד	סך הכול	
10.7	12.2	24.4	52.7	100.0	סך הכל
7.0	11.3	18.3	63.4	100.0	בחרו שוברי שירות
5.0	7.5	15.0	72.5	100.0	מהם: ניסוי
9.7	16.1	22.6	51.6	100.0	ביקורת
15.0	13.3	31.7	40.0	100.0	לא בחרו שוברי שירות

הסיבות העיקריות לאי שביעות רצון היו ביורוקרטיה, סחבת וחוסר אמון. הסיבה העיקרית לשביעות רצון היה יחס עובדת השיקום, וזאת בעיקר בין מי שלא בחרו שו"ש.

לוח 10: הנחקרים במעקב הראשון שהיו שבעי רצון מאוד מבחינות שונות של מהלך השיקום לפי קבוצה (אחוזים)

שיחות עם עובדת השיקום	ההשמה בעבודה	הקורס	תהליך האבחון	
70.0	53.9	79.4	50.9	סך הכול
76.4	75.0	83.6	60.9	בחרו שוברי שירות
79.5	37.5	88.2	69.4	מהם: ניסוי
72.4	-	76.2	50.0	ביקורת
61.5	61.1	73.0	38.9	לא בחרו שוברי שירות

בדיקת שביעות הרצון מהיבטים שונים של מהלך השיקום מורה, ששביעות הרצון מהלימודים עצמם היתה גבוהה. גם שביעות הרצון מהשיחות עם עובדת השיקום היתה גבוהה. מתהליך האבחון היו מרוצים מי שבחרו שו"ש יותר ממי שלא בחרו.

הנחקרים היו ספקניים למדי אשר לתרומה של תהליך השיקום להשתלבות בעבודה. רק 29% סברו שהתהליך מאוד יעזור בכך. עוד 32% סברו שהוא יעזור במידה מסוימת. שיעור מי שייחסו

חשיבות לתהליך מבחינת תרומתו להשתלבות בעבודה היה גבוה יותר בין הבוחרים שו"ש ובעיקר בקבוצת הניסוי: 47% - יעזור מאוד ועוד 37% - במידה מסוימת.

המשתתפים לקבוצת הניסוי נשאלו גם באיזו מידה הם מרוצים מכך שבחרו בשו"ש. 83% היו מרוצים "מאוד" מכך ועוד 11% מרוצים במידה מסוימת. רק 6% לא היו מרוצים. היתרון העיקרי של התוכנית שהזכירו המשתתפים היה האפשרות להיות עצמאי. בתשובה לשאלה על חסרונות התוכנית, חמישה אנשים אמרו שהתקשו להחליט בעצמם, חמישה אמרו שהכסף לא הספיק או שרצו להמשיך בלימודים ושניים שהתקשו להסתפק בחמש שעות שיחה עם עובדת השיקום.

ההשתלבות בעבודה בתום שנתיים לטיפול השיקומי

מטרת השיקום המקצועי היא, להביא את המשתקמים לשילוב בעבודה. השערת הניסוי היתה שהמשתתפים לקבוצת הניסוי יגיעו למטרה זו בשיעור גבוה יותר ומהר יותר מן האחרים. אולם בעת המעקב שנערך שנתיים לאחר התחלת הטיפול השיקומי, רבים מן המשתקמים עדיין לא סיימו לימודיהם ואלה בלטו דווקא בקבוצת הניסוי. מסיבה זו הוחלט לערוך מעקב נוסף בתום ארבע שנים לפנייה לשיקום.

כך, בתום שנתיים לטיפול, עבדו 40% בקבוצת הניסוי לעומת 45% בקבוצת הביקורת ו-42% בין מי שלא בחרו שו"ש. בין מי שלא עבדו במועד זה, 42% בקבוצת הניסוי אמרו שאינם עובדים כי הם לומדים. בין מי שלא בחרו שו"ש, בלטו מי שהסבירו כי אינם עובדים בגלל מצב בריאותם (53%). מי שלא עבדו משום שחיפשו עבודה בלטו בין מי שלא בחרו שו"ש (48%).

מאפייני העובדים במועד המעקב הראשון

בקבוצת הניסוי הנשים עבדו פחות מהגברים (25% לעומת 45%). בקבוצת הביקורת ובין מי שלא בחרו שו"ש – הנשים עבדו בשיעור גבוה מהגברים. לא נמצאו הבדלים גדולים בגיל בין מי שעבדו למי שלא עבדו. בין מי שלא בחרו שו"ש, העובדים היו מעט צעירים יותר ובקבוצת הניסוי הם היו מבוגרים יותר. בכל הקבוצות נפגעי העבודה עבדו בשיעור גבוה קצת יותר מהנכים הכלליים.

מי שבעת הפנייה אמרו שברצונם ללמוד ומי שאמרו שברצונם לעבוד, עבדו בשיעורים גבוהים מן האחרים. הוותק בעבודה של מי שעבדו במועד הראשון עמד על שבעה חודשים (חציון). בין מי שלא בחרו שו"ש הוא היה גבוה (9 חודשים) יותר מאשר בין האחרים.

במשרה מלאה עבדו 39% מכלל העובדים. אחוז העובדים במשרה מלאה היה גבוה קצת יותר בין מי שלא בחרו שו"ש. 10% מן העובדים היו עצמאים, היתר היו שכירים. 43% מצאו את עבודתם

בעזרת חברים או מכרים. 16% - בעזרת עובדת השיקום או מדריך מאמן ו-18% מצאו את עבודתם באמצעות פנייה ישירה למעסיק או דרך העיתון. 27% היו מאוד שבעי רצון מעבודתם, עוד 38% – היו מרוצים למדי.

לוח מס' 11: הנחקרים במעקב הראשון לפי קבוצה ורמת השכר החודשית (אחוזים)

5,000+ ₪	– 4,01 ₪ 5,000	– 3,001 ₪ 4,000	– 2,001 ₪ 3,000	– 1,001 ₪ 2,000	עד ₪ 1,000	סך הכול	
9.7	6.5	30.7	19.4	29.0	4.8	100.0	סך הכול
13.3	3.3	33.3	23.3	20.0	6.7	100.0	בחרו שו"ש
7.1	7.1	42.9	14.3	28.6	-	100.0	מהם: ניסוי
18.8	-	25.0	31.3	12.5	12.5	100.0	ביקורת
6.3	9.4	28.1	15.6	37.5	3.1	100.0	לא בחרו שו"ש

רמת השכר השכיחה היתה בין 2,000 ל-4,000 ש"ח לחודש (בערכים נומינליים). העובדים בקבוצת הניסוי השתכרו יותר מן העובדים בקבוצת הביקורת ומן האחרים, בהתאם להשערת הניסוי.

נחקרים שלא עבדו במועד המעקב הראשון

37% מבין מי שלא עבדו במועד הריאיון עבדו במועד כלשהו מאז פנייתם לשיקום. בקבוצת הניסוי – רק 8% עבדו בתקופה זו, שכן הרוב למדו. בקבוצת הביקורת עבדו 38% ו-26% בין האחרים. 37% מבין מי שלא עבדו אמרו שברצונם לעבוד, רובם גם חיפשו עבודה בפועל. משך העבודה של מי שעבדו בשנתיים שקדמו למעקב אך לא במועד הריאיון היה תשעה חודשים (חציון).

הוצאות

בניגוד להשערת הניסוי, ההוצאה הכוללת על תהליך השיקום היתה גבוהה במיוחד בקבוצת הניסוי (כ-42 אלף ש"ח כולל דמי שיקום ו-25 אלף ללא דמי שיקום) בהשוואה לקבוצת הביקורת (כ-19 אלף וכ-12 אלף בהתאמה) ולמי שלא בחרו שו"ש (כ-19 אלף ו-13 אלף, בהתאמה).

לוח מס' 12: הוצאה* חציונית, סך הכל ולדמי שיקום, של נחקרים שהיו להם הוצאות

לפי קבוצה וענף

הוצאות			נחקרים	סעיף וקבוצה
נפגעי עבודה	נכים כלליים	סך הכול		

סך הכול הוצאה

30,802	22,557	23,946	138	סך הכול
41,987	23,499	28,699	76	בחרו שו"ש – סך הכול
91,629	27,051	41,887	44	מהם: ניסוי
24,418	17,694	18,852	32	ביקורת
19,737	16,743	18,741	62	לא בחרו שו"ש

דמי שיקום

48,527	18,954	27,961	78	סך הכול
56,457	19,229	29,560	45	בחרו שו"ש – סך הכול
59,889	29,560	37,498	27	מהם: ניסוי
41,501	16,608	19,091	18	ביקורת
31,013	5,863	24,048	33	לא בחרו שו"ש

* בשי"ח. עד 12/2002, כל חציון מחושב לגבי מי שהיתה לו הוצאה בסעיף הנדון.

ההוצאה של נכי עבודה היתה גבוהה מזו של נכים כלליים, ביחוד בעבור דמי שיקום, משום שדמי השיקום מהווים השלמה של קצבת הנכות לקצבה שהיתה משולמת אילו לנכה היו 100% נכות. מאחר שקצבתם של נכי עבודה מהווה 75% משכרם הקודם, היא גבוהה הרבה יותר מהקצבה לנכים כלליים העומדת על רמה אחידה של 26.7% מהשכר הממוצע.

לוח מס' 13: הוצאה* חצינית, לשכר לימוד ולמכשירים וכד' של נחקרים שהיו להם הוצאות כאלה, לפי קבוצה וענף

הוצאות			נחקרים	סעיף וקבוצה
נפגעי עבודה	נכים כלליים	סך הכול		
שכר לימוד				
14,301	10,388	11,842	138	סך הכל
14,301	10,892	11,480	76	בחרו שו"ש – סך הכול
15,575	12,665	13,672	44	מהם: ניסוי
11,730	8,355	8,402	32	ביקורת
14,313	9,108	12,127	62	לא בחרו שו"ש
מכשירים, אביזרים, ספרים וכד'				
669	754	701	68	סך הכל
691	1,771	761	48	בחרו שו"ש – סך הכול
7,521	6,850	6,850	32	מהם: ניסוי
528	337	392	16	ביקורת
441	177	355	20	לא בחרו שו"ש

* ראו הערה ללוח הקודם.

ל-60 איש לא היתה הוצאה כספית כלל. ארבעה מהם בלבד היו בקבוצת הניסוי, 17 – בקבוצת הביקורת ו-39 לא בחרו שו"ש. כולם חוץ לאחד ניתקו את הקשר עם מחלקת השיקום עד 12/2002. כ-1/3 מהם (35.1%) סיימו טיפול קצר מועד, 30% סיימו את תוכניתם ו-1/3 הפסיקו טיפול. רוב האחרונים (68.4%) לא בחרו שו"ש. מכלל מי שלא היתה להם כל הוצאה כספית, 24 איש לא השתלבו בתוכנית טיפול כלשהי בתום שנתיים לפנייה. מבין היתר, הרוב (80.6%) השתלבו באבחון פנימי בלבד. במועד ראיון המעקב הראשון כ-1/3 ממי שלא היתה להם כל הוצאה עבדו. מבין מי שלא עבדו, 64.3% נימקו זאת במצב בריאותם. אף לא אחד מאלה השתייך לקבוצת הניסוי. ארבעה איש אמרו שאינם עובדים כי הם לומדים. בקבוצת הביקורת עבדו 46% ממי שלא היתה להם הוצאה ובין מי שלא בחרו שו"ש – 30%.

בין מי שהיתה להם הוצאה כספית – עבדו 45%, כאשר בקבוצת הניסוי עבדו קצת פחות מאשר בין האחרים (43% לעומת 44% בקבוצת הביקורת ו-48% בין האחרים). לנשים היו הוצאות כספיות גבוהות יותר מהגברים, אם כי ההבדל היה קטן. ההוצאה עלתה מעט עם הגיל. מעניין לציין כי בעוד שלא נמצא הבדל בין המינים בסך הכול, הרי שבין הבוחרים שו"ש הגברים הוציאו יותר ואילו בין האחרים – הנשים הוציאו יותר.

בחינת ההוצאה (כולל דמי שיקום) על פי תוכנית השיקום העיקרית מורה, שכצפוי, מי שהשתלבו בלימודים ובייחוד בלימודים על תיכונים, הוציאו הרבה יותר מן האחרים, בייחוד בקבוצת הניסוי. כצפוי, מי שסיימו את תוכנית הטיפול עד תומה הוציאו יותר ממי שהפסיקו שיקומם טרם סיום התוכנית.

המעקב השני – בתום ארבע שנים לפנייה

כאמור לעיל, המעקב השני נערך בתום ארבע שנים לפנייה לשיקום. המעקב נערך על המשתייכים לקבוצות הניסוי והביקורת בלבד. מי שלא בחרו שו"ש לא נכללו במעקב זה. לכן, בתיאור הממצאים מן המעקב השני תיערך השוואה בין קבוצות הניסוי והביקורת לבין המצב במועד המעקב הראשון לשני בנוגע לשתים קבוצות אלה בלבד.

יצוין, כי אין להשוות את סך כל הנחקרים במעקב השני לסך כל הנחקרים במעקב הראשון, מאחר שבין אלה הראשונים לא נכללו מי שלא בחרו שו"ש, שכפי שראינו, היו שונים במאפייניהם בהשוואה למי שבחרו שו"ש.

ההשתלבות בטיפול שיקומי ותשומות הטיפול

כמעט כל מי שלא השתלבו בטיפול שיקומי בשנתיים הראשונות לאחר הפנייה (ראו לעיל) נשארו מחוץ למערכת גם לאחר ארבע שנים לפנייה. כלומר, בין מי שבחרו שו"ש, מי שלא השתלב בתוך שנתיים לא השתלב גם לאחר מכן. במעקב השני בתום ארבע שנים, חמישה אנשים אמרו שלא החלו בתוכנית מקבוצת הניסוי, לעומת 12 בביקורת.

השוואת שיעור הלומדים בין שני המעקבים מורה, שבעוד שבאחוז הלומדים בקורס חלה עלייה קטנה בלבד (2%) – הן בקבוצת הניסוי והן בביקורת – באחוז הלומדים בלימודים על תיכונים חלה עלייה משמעותית קצת יותר – דווקא בקבוצת הביקורת – מ-6% ל-10%. בקבוצת הניסוי לא חל שינוי בנושא זה בין שני המעקבים. בסיוע במיצוי זכויות נעזרו מעטים, בשני המעקבים. שיעורם של אלה עלה מעט בין המעקבים הן בקבוצת הניסוי (מ-13% ל-17%) והן בקבוצת הביקורת (מ-3% ל-10%).

בחינת התפלגות הנחקרים במעקב השני על פי תכנית הטיפול העיקרית (ראו הסבר לעיל) מורה, כי שיעור הלומדים בלימודים על תיכונים עלה בקבוצת הביקורת (מ-6% ל-10%) ואילו שיעור מי שעברו אבחון כתכנית עיקרית בקבוצה זו ירד. כלומר, הנכונות לאשר לימודים על תיכונים בתהליך שיקומי רגיל אורכת זמן רב יותר ממה שנדרש למי שהשתקמו באמצעות שו"ש. בכל מקרה, שיעור הלומדים בלימודים על תיכונים נותר גבוה יותר בקבוצת הניסוי (23% לעומת 10%) וכך גם שיעור הלומדים בקורס מקצועי (55% לעומת 37%).

לוח מס' 14: הנחקרים במעקב השני, לפי קבוצה ותוכנית טיפול עיקרית (אחוזים)

אחר	אבחון וקידום	נתוני המערכת המינהלית			סך הכול	נתוני המעקב % – למדו	
		למדו					
		קורס מקצועי	לימודים על תיכונים	סך הכול			
4.2	33.3	45.8	16.7	62.5	100.0	89.7	סך הכל
4.3	17.0	55.3	23.4	78.7	100.0	100.0	ניסוי
4.1	49.0	36.7	10.2	46.9	100.0	78.8	ביקורת

בסך הכול בתוך ארבע שנים שיעור ניכר מבין המשתתפים שבחרו שו"ש למדו. זאת הן לפי הנתונים המינהליים והן לפי נתוני המעקב. אחוז הלומדים היה גבוה יותר בקבוצת הניסוי. זאת בהתאם להשערת הניסוי. עם זאת יש להזכיר, כי בקבוצת הניסוי לא היתה מגבלה מינהלית על לימודים על תיכונים, אך בקבוצת הביקורת, שקיבלה טיפול בהתאם לקווים מנחים מינהליים – כן היתה.

על פי נתוני המעקב, שבעה אנשים למדו עד למועד המעקב השני, על חשבונם. שלושה מהם היו בקבוצת הניסוי וארבעה בביקורת. מעניין לציין, שכולם, חוץ מאחד, גם למדו בלימודים על תיכונים במסגרת השיקום. לגבי שלושה בלבד – לימודי ההמשך שלהם היוו השלמה של הלימודים שלמדו במסגרת השיקום.

הישגי הטיפול השיקומי בתום ארבע שנים

על פי נתוני המערכת המינהלית, כמעט כל הנחקרים בקבוצות הניסוי והביקורת סיימו או הפסיקו את הקשר שלהם עם מחלקת השיקום בתום 4 שנים. 4% בקבוצת הניסוי ו-6% בקבוצת הביקורת היו עדיין בטיפול ו-2% בשתי הקבוצות כלל לא התחילו בטיפול. 75% בקבוצת הניסוי ו-69% בקבוצת הביקורת (הפרש לא מובהק) סיימו את תוכנית הטיפול במלואה (לאחר שאחרי שנתיים, כאמור, ההפרש היה הפוך, שכן השייכים לקבוצת הניסוי האריכו בטיפול יותר מקבוצת הביקורת). 6% בקבוצת הניסוי ו-4% בקבוצת הביקורת עברו טיפול קצר מועד, והיתר (13% בקבוצת הניסוי ו-18% בקבוצת הביקורת) הפסיקו את טיפולם טרם סיום התוכנית במלואה.

נתונים על הקשר עם מחלקת השיקום התקבלו גם מראיון המעקב השני: שיעור מי שאמרו שסיימו תוכנית טיפול היה נמוך משמעותית ממי שבמערכת המינהלית דווח על סיום הטיפול בהם: 62% בקבוצת הניסוי ו-48% בקבוצת הביקורת. 10% ו-5% (בהתאמה) אמרו שהם עדיין

בטיפול במועד המעקב. 17% בקבוצת הניסוי ו-19% בקבוצת הביקורת אמרו שהם הפסיקו את הטיפול טרם סיום התוכנית. 12% ו-29% בהתאמה אמרו שהם כלל לא התחילו בטיפול.

משך הטיפול היה בסך הכול 18 חודש (חציון), כאשר בקבוצת הניסוי הוא עמד על 25 חודש ובקבוצת הביקורת – 17 חודש (בניגוד להשערת הניסוי אך בהתאמה להשתלבות קבוצת הניסוי בתוכניות לימודים ממושכות יותר).

משך הטיפול הקצר ביותר היה בסניף תל אביב – 14 חודש (חציון) והארוך ביותר בסניף ירושלים – 21 חודש. בסניף קריות שהו המטופלים בקשר עם מחלקת השיקום – 18 חודש. ההבדל לפי ענף במשך הטיפול היה קטן – 18 חודש בין הנכים הכללים ו-20 חודש בין נפגעי העבודה.

שביעות הרצון מהטיפול השיקומי בתום ארבע שנים

86% מקבוצת הניסוי ו-47% מקבוצת הביקורת היו מרוצים מאוד מהטיפול השיקומי שניתן להם במחלקת השיקום של המוסד לביטוח לאומי, כך ששיעור המרוצים מאוד עלה בקבוצת הניסוי וירד בקבוצת הביקורת מאז מועד המעקב הראשון. אם נוסיף גם את "מרוצים למדי" נגיע ל-97% מרוצים בקבוצת הניסוי ול-80% בקבוצת הביקורת.

לוח מס' 15: אחוז הנחקרים במעקב השני שהיו שבעי רצון מאוד מבחינות שונות של מהלך השיקום לפי קבוצה

שיחות עם עובדת השיקום	הקורס	תהליך האבחון	שביעות רצון כללית	
81.8	71.2	50.8	68.2	סך הכול
88.6	82.9	55.6	86.1	קבוצת ניסוי
74.2	58.1	45.2	46.7	קבוצת ביקורת

שביעות הרצון מתהליך האבחון ומן השיחות עם עובדת השיקום עלתה מאז המעקב הקודם ואילו שביעות הרצון מן הקורס – ירדה. מהעזרה בהשמה בעבודה כל הנחקרים היו לא שבעי רצון לחלוטין. יש לזכור שמדובר בתקופה של אבטלה קשה. ייתכן שזו השפיעה גם על שביעות הרצון מהקורס, שהתברר, עקב האבטלה, שלא קידם סיכויי תעסוקה.

גם במועד המעקב השני, כמו בראשון, הנחקרים היו ספקניים אשר לתרומת תהליך השיקום להשתלבות בעבודה, והפסימיות אף גדלה – 22% בלבד סברו שהתהליך עזר מאוד (בשתי

הקבוצות). לשאלה בדבר שביעות הרצון מהבחירה בשו"ש, נשאר שיעור המרוצים דומה לזה שהיה בעת המעקב הראשון.

ההשתלבות בעבודה בתום ארבע שנים

גם בתום 4 שנים לפנייה לשיקום – לא היה שיעור העובדים גבוה יותר בקבוצת הניסוי (50% עבדו לעומת 51% בקבוצת הביקורת). מבין מי שלא עבדו בעת המעקב השני, עבדו בתקופה כלשהי בשנתיים שקדמו לריאיון 38% בקבוצת הניסוי ו-48% בקבוצת הביקורת. 1/3 בשתי הקבוצות נימקו את אי עבודתם בכך שהם חיפשו עבודה. עוד 10% בקבוצת הניסוי ו-24% בקבוצת הביקורת – למדו. סיבות בריאות הוזכרו בפי 19% בשתי הקבוצות. כמספר הזה בקבוצת הביקורת לעומת 24% בקבוצת הניסוי לא עבדו כי לא מצאו עבודה. ליתר היו סיבות אחרות.

חלק ניכר (57% בקבוצת הניסוי ו-62% בקבוצת הביקורת) ממי שעבדו מצאו את עבודתם באמצעות חברים/מכרים. שביעות הרצון מן העבודה היתה נמוכה יותר בקבוצת הניסוי (19% מרוצים בהחלט ו-38% מרוצים למדי) מאשר בקבוצת הביקורת (50% מרוצים בהחלט ו-15% – למדי). רמת השכר השכיחה בשתי הקבוצות היתה 3,001-4,000 ₪ לחודש. שיעור גבוה בקבוצת הביקורת השתייך לקבוצה זו. בקבוצת הניסוי היה ייצוג גבוה יותר הן לבעלי שכר גבוה יותר והן לבעלי שכר נמוך.

לוח מס' 16: הנחקרים במעקב השני שעבדו בעת המעקב השני לפי קבוצה ורמת שכר (אחוזים)

5,000+ ₪	4,01 – 5,000 ₪	3,001 – 4,000 ₪	2,001 – 3,000 ₪	1,001 – 2,000 ₪	עד 1,000 ₪	סך הכול	
12.5	12.5	37.5	15.6	18.8	3.1	100.0	סך הכול
17.7	5.9	29.4	17.7	29.4	-	100.0	ניסוי
6.7	20.0	46.7	13.3	6.7	6.7	100.0	ביקורת

בסך הכול, אם נבחן את מצב העבודה של הנחקרים במעקב הראשון והשני ביחד במהלך כל התקופה הנחקרת, נראה שכ-77% מהנחקרים עבדו במועד כלשהוא בארבע שנות המעקב (כלומר – במועד המעקב הראשון או השני או בתקופה כלשהי מאז הפנייה לשיקום). ההבדל בנושא זה בין הקבוצות היה קטן: מקבוצת הניסוי עבדו במועד כלשהו 76% ומקבוצת הביקורת – 78%.

גברים עבדו יותר (77%) מנשים (52%). שיעור העובדים עלה עם הגיל, פרט לכך שהמבוגרים ביותר (+45) עבדו פחות. בסניף תל-אביב עבדו יותר (האבטלה באזור זה נמוכה בהשוואה לאזורים האחרים). נפגעי עבודה עבדו מעט יותר (83%) מהנכים הכלליים (74%).

מעניין כי דווקא מי שלמדו בלימודים על תיכוניים (כתוכנית עיקרית) עבדו פחות (63%) מהאחרים (מבין מי שלמדו בקורס ומי שעברו רק אבחון או טרום הכשרה או קידום בתפקוד אישי – 80% עבדו). מי שהופנו לגורם אחר או קיבלו עזרה במימון זכויות כספיות – 70% עבדו. משך הטיפול במי שעבדו (במועד כלשהו) היה קצר קצת יותר (18 חודש, חציון) מזה של מי שלא עבדו כלל בתקופה הנחקרת (22 חודש).

הוצאות

להלן נתונים על סך הכל ההוצאה הכספית במהלך ארבע השנים שמתחילת הפרויקט ועד יולי 2004. יש להדגיש, שאין להשוות נתוני ההוצאה במועד המעקב השני לסך כל ההוצאה במועד המעקב הראשון, לגבי כלל 3 הקבוצות של הנחקרים, שכן במעקב השני נכללו מי שבחרו שו"ש בלבד, קבוצות הניסוי והביקורת. השוואת סך כל ההוצאה החציונית לשתי הקבוצות הללו בלבד עלתה מכ-29 אלף ש"ח במעקב הראשון לכ-32 אלף ש"ח בשני. ההוצאה החציונית על דמי שיקום אף ירדה מעט (מכ-30 אלף ש"ח ל-29 אלף). כנראה נוספו משתקמים ששהו במערכת זמן קצר. ההוצאה על שכר לימוד עלתה מעט (מ-11 ל-13 אלף ש"ח, חציון). כצפוי ההוצאה החציונית על דמי שיקום היתה גבוהה הרבה יותר בקרב נכי עבודה – ולא חל בה שינוי בהשוואה למעקב הראשון.

עד כאן ניתוח המעקבים – מנתונים מינהליים ונתוני ראיונות המעקב אשר למהלך הטיפול השיקומי, תשומותיו, תוצאותיו וההשתלבות בעבודה שבעקבותיו. להלן ניתוח השפעת התהליך על קבלת קצבת נכות כללית.

השפעת השיקום על קבלת קצבת נכות כללית

כידוע, קבלת קצבת נפגעי עבודה אינה מושפעת מהשתלבות בעבודה. גם נכה עבודה שעובד זכאי לקצבתו, המהווה פיצוי על הפגיעה בו. עם זאת, קצבת נכות כללית היא קצבת מחיה שזכאי לה נכה שאינו יכול להשתכר כדי מחייתו על פי הגדרת החוק. על כן נכה כללי שהשתקם ועובד כדי מחייתו אינו זכאי לקצבה. להלן נתונים על קבלת קצבת נכות כללית לפני הטיפול השיקומי ואחריו, בקרב כלל הנחקרים מקבלי קצבה זו במחקר הנדון.

כזכור, כל הנחקרים במחקר הנדון היו בעלי עד 50% נכות רפואית. מסיבה זו רבים (מהנחקרים הנכים הכלליים) לא היו זכאים לקצבה כלל, גם לא בעת הפנייה לשיקום (כזכור, לקצבה זכאי נכה בעל 40% נכות רפואית ויותר ואילו לשיקום זכאי בעל 20% נכות רפואית ויותר).

לוח מס' 17: הנחקרים הנכים הכלליים לפי קבוצה וקבלת קצבת נכות (אחוזים)

ממשיכים לקבל קצבה	קיבלו והפסיקו במהלך שיקום	קיבלו והפסיקו לפני שיקום	לא קיבלו כלל	סך הכול	
24.8	22.9	14.7	37.6	100.0	סך הכול
15.8	33.3	8.8	42.1	100.0	בחרו שו"ש – סך הכול
16.7	36.7	10.0	36.7	100.0	מהם : ניסוי
14.8	29.6	7.4	48.2	100.0	ביקורת
34.6	11.5	21.2	32.7	100.0	לא בחרו שו"ש

כך, למעלה מ-1/3 מהנחקרים הנכים הכלליים לא קיבלו קצבה כלל; עוד 15%-19% הפסיקו לקבל קצבה לפני הפניה לשיקום; קרוב לרבע הוסיפו לקבל קצבה גם לאחר תום תהליך השיקום; וכשיעור הזה הפסיקו לקבל קצבה במהלך או לאחר השיקום.

בין הבוחרים שו"ש שיעור מי שלא קיבלו קצבה כלל היה גבוה יותר. גם שיעור המוסיפים לקבל קצבה בתום השיקום היה גבוה יותר בין הבוחרים שו"ש. שיעורם של מי שלא קיבלו קצבה כלל היה גבוה יותר בקבוצת הביקורת. הסיבה לכך לא ברורה. שיעורם של מי שהפסיקו לקבל קצבה במהלך או בתום השיקום היה גבוה מעט יותר בקבוצת הניסוי (37% לעומת 30% בהתאמה, לא מובהק). אך שיעור המוסיפים לקבל קצבה היה דומה בשתי הקבוצות (16% ו-17%).

לא נמצא כל קשר בין עבודה במועד המעקב לבין קבלת קצבה, וגם לא נמצא קשר בין תוכנית השיקום העיקרית לקבלת קצבה במועד המעקב. כצפוי, נמצא קשר בין קבלת קצבה לאחוז הנכות.

השקעת זמן

השקעת זמנו של עובד השיקום נבדקה בקבוצת הניסוי בלבד. כזכור היא הוגבלה ל-5 שעות.

בסך הכל התקבלו נתוני השקעת זמן על 40 מ-48 הנחקרים בקבוצת הניסוי. השקעת הזמן החציונית הכוללת הגיעה ל-4.6 שעות, בהתאם לתנאים שנקבעו לניסוי. בסניף הקריות היא היתה גבוהה למדי (6.4 שעות) ובסניף ירושלים – נמוכה למדי (2.5 שעות). ייתכן שההבדלים נובעים מהבדלים במידת הדיוק ברישום. אין בידינו נתונים על השקעת זמן בטיפול שיקומי רגיל.

לוח מס' 18: הנחקרים בקבוצת הניסוי לפי השקעת זמן למטרות שונות וסניף (חציונים – שעות)

קריות	תל אביב	ירושלים	סך הכל	המטרה
6.4	4.0	2.5	4.6	סך הכול
2.5	1.1	-	1.0	שיחות
0.7	0.7	0.9	0.7	טלפון
0.4	0.4	0.4	0.4	מעקב
1.2	0.9	1.8	1.2	תשלום
1.3	0.9	-	1.2	אחר

הערכת התאמה לשיקום באמצעות שוברי שירות

כאמור לעיל בתיאור מערך המחקר, בנוסף לשלב המחקר הראשון שתואר לעיל היה גם שלב שני, אשר הנתונים המפורטים עליו לא תוארו בפרסום זה מסיבות מתודולוגיות (ראו לעיל). אולם בשלב זה של המחקר נוסף נתון נוסף, שמפאת חשיבותו ללקחים מהניסוי, ינותח להלן. עבור כל משתקם שהוצעה לו השתתפות בתוכנית שוי"ש, העריכה עובדת השיקום את התאמתו לתוכנית (לגבי 30 משתקמים לא נתקבלה הערכה זו). נמצא כי 61% מהמשתקמים הוערכו כמתאימים לתוכנית שוי"ש על ידי עובדת השיקום. בין הבוחרים שוי"ש, 84% הוערכו כמתאימים. בין האחרים – 32%. כלומר הערכת העובדות תאמה במידה לא מעטה את בחירת המשתקמים בעצמם.

הנימוקים להערכה חיובית היו ביטחון עצמי, כשרון – ב-65% מהמקרים, ויכולת, מסוגלות, והבנת העניין – 24%. 8% החלו בלימודיהם עוד לפני הפנייה לשיקום. הנימוקים להערכה שלילית היו בדרך כלל תלותיות – 80%, חוסר ידע / השכלה / שפה – 10%.

תקפות ההערכה בדבר התאמה לתכנית שו"ש נבדקה לאור ההצלחה בתוכנית – כגון השתלבות מהירה בשיקום, סיום מוצלח של התוכנית והלימודים וקליטה בעבודה. נמצא כי מי שהוערכו כמתאימים לתוכנית שו"ש התחילו בתוכנית השיקום מהר יותר מן האחרים (1.4 חודש חציון לעומת 2.1). מי שבחרו שו"ש והוערכו כמתאימים התחילו בתכנית אף מהר יותר – לאחר 1.3 חודש. מי שבחרו שו"ש והוערכו כלא מתאימים – התחילו לאחר 2.1 חודש, כמו מי שהוערכו כלא מתאימים.

מי שהוערכו כמתאימים ואף בחרו שו"ש למדו בלימודים על תיכונים בשיעור גבוה יותר (34%) ממי שבחרו שו"ש והוערכו כלא מתאימים (12%). אולם גם בין מי שלא בחרו שו"ש והוערכו כמתאימים היה שיעור גבוה של לומדים בלימודים על תיכונים (24%). לא היה אף לא אחד כזה בין מי שלא בחרו והוערכו כלא מתאימים. אולם אחוז מי שלמדו בקורס היה דומה בכל הקבוצות האמורות.

שיעור מי שסיימו את תוכנית השיקום במועד הריאיון היה הגבוה ביותר בין מי שבחרו שו"ש והוערכו כמתאימים (66%), לעומת כ-44% בין מי שלא בחרו שו"ש ו-32% בין מי שבחרו אך הוערכו כלא מתאימים. גם שיעור העובדים במועד המעקב היה הגבוה ביותר בין מי שבחרו והיו מתאימים – 54%, לעומת 37% בין מי שבחרו אך לא התאימו, 45% בין מי שלא בחרו והתאימו ו-24% בין מי שלא בחרו ולא התאימו.

לוח מס' 19: הנחקרים בשלב ב' לפי קבוצה, התאמה לתכנית על פי הערכת עובדת השיקום ומאפיינים שונים של הצלחת הטיפול השיקומי (אחוזים)

לא בחרו שו"ש		בחרו שו"ש		סה"כ	המאפיין
לא התאימו	התאימו	לא התאימו	התאימו		
-	24.0	11.8	34.0	25.3	למדו לימודים על תיכונים
60.0	52.0	58.8	54.6	53.4	למידו בקורס
40.3	43.8	31.6	66.3	50.0	סיימו תוכנית שיקום
22.4	21.9	31.6	7.9	16.3	הפסיקו תכנית שיקום
24.0	45.5	37.5	53.6	46.2	עבדו

מבדיקת מאפיינים של "מתאימים" בהשוואה ל"לא מתאימים", עולה כי לא נמצא בין שתי קבוצות אלה הבדל לפי המין, אולם המתאימים היו צעירים מהלא מתאימים בהפרש בולט: הם היו בני 34.5 בממוצע לעומת 40.6 בהתאמה. כמו כן הם היו קצת יותר משכילים – 11.9 שנות לימוד בממוצע לעומת 11.3 בין הלא מתאימים, ונכותם היתה מעט פחות חמורה – ממוצע אחוז הנכות היה נמוך מעט בקרב המתאימים בהשוואה לאחרים (30.2% בממוצע לעומת 34.4% בהתאמה).

שיעור מי שלמדו כבר בעת הפנייה לשיקום היה גבוה למדי בין המתאימים (18.1% לעומת 3.4% בהתאמה) וכך גם שיעור מי שעבדו בעת הפנייה (21.3% לעומת 5.1%). דווקא שיעור מי שעבדו בשבע השנים האחרונות היה נמוך למדי (82.8% לעומת 88.5%), כנראה בשל היותם צעירים יותר. שיעור המעוניינים לעבוד גם הוא לא היה גבוה (34.4% לעומת 54.1%) – בחלקו עקב השיעור הגבוה של הלומדים והמעוניינים ללמוד: כל מי שלמדו בפנייה אמרו שאינם מעוניינים לעבוד. אולם עדיין, גם בין מי שלא למדו בעת הפנייה, אחוז מי שאמרו שהם מעוניינים לעבוד היה נמוך בין המתאימים לעומת הלא מתאימים (49.1% לעומת 57.4%), כנראה עקב תוכניות ללמוד.

לסיכום, הבוחרים בשו"ש, כמו מי שהוערכו כמתאימים לתוכנית זו בידי עובדות השיקום, היו צעירים ומשכילים יותר, בעלי נכויות חמורות קצת פחות, והם עבדו ולמדו יותר בעת הפנייה לשיקום. הם התחילו בתוכנית שיקום מהר יותר מן האחרים, למדו יותר בלימודים על תיכונים – אך לא בקורסים. שיעור הלומדים הכולל היה דומה בכל הקבוצות. יצוין כי היתה התאמה גבוהה למדי בין הערכת עובדת השיקום את המשתקם כמתאים לתוכנית לבין בחירתו בתכנית זו.

תחושת הקוהירנטיות

סולם תחושת הקוהירנטיות (Soc - Sense of Coherence), של אנטונובסקי (Antonovsky, 1987), אמור לתת מדד למשאבי חוסן והתמודדות עם גורמי לחץ, של אדם או קבוצה. הסולם מורכב משלושה "שדות", המודדים באיזו מידה תופס האדם את העולם "מובן" (comprehensive), "בר-ניהול" (manageable) – ובר התמודדות ו"בעל משמעות" (meaningful) קיימת מוטיבציה להתמודד איתו. ייחודו של סולם זה לדעת מפתחו הוא בכך שהוא מודד את מידת קיום הבריאות ("סלוטוגניות") כמשאב המאפשר לאנשים להתמודד. זאת בניגוד למדידת התוצאה של הגורם המלחיץ. הסולם מודד רצף של "משאב בריאות". ייחוד נוסף הוא בכך שהסולם משלב מוטיבציה, הבנה ופעולה (התמודדות). לדעת מפתחו, סולם זה אינו תלוי תרבות והקוהירנטיות מתפתחת בהתנסויות חיים ראשוניות כתכונה קבועה.

לסולם גרסה ארוכה של 29 פריטים וגרסה מקוצרת – של 13 פריטים, ששימשה במחקר זה. הנחקרים מילאו את השאלון לסולם זה בעת הפנייה לשיקום בלבד, כך שאין בידינו נתונים על שינוי שחל בתחושת הקוהירנטיות, אלא על מצבה בעת הפנייה לשיקום בהתאם להנחה שמדובר במאפיין קבוע. המטרה היתה לבדוק באיזו מידה סולם זה יכול לעזור להעריך התאמה לתוכנית שוברי השירות בעת הפנייה לשיקום.

ציון תחושת הקוהירנטיות הממוצע לכלל הנחקרים שבעבורם התקבלו נתונים בנושא זה (183 בשלב אי ו-193 בשלב בי) עמד על 61 בשני השלבים (חציון). ציון זה נמוך מציון שהתקבל

במחקרים אחרים לחברי קיבוץ (69) ולמרצים באוניברסיטה בארה"ב (66). הוא דומה לציון שהתקבל לגברים חולים אמריקנים בני 55+ וגבוה מהציון שהתקבל למתבגרים ישראלים (59) וסטודנטים אמריקנים (59) (Antonovsky, 1993).

מי שבחרו שלא לקבל שוברי שירות קיבלו ציון נמוך קצת יותר (59 בשלב א' ו-57 בשלב ב') ממי שבחרו כן לעשות זאת (63 – 64. הבדל זה מובהק). הפרש קטן (ולא מובהק) נמצא גם בכל שלושת תת הסולמות המרכיבים את הציון הכולל.

בדקנו את ציון הקוהירנטיות של הנחקרים (כפי שהתקבל בעת הפנייה לשיקום), על פי מצב לימודיהם והשתלבותם בעבודה במועד המעקב הראשון. זאת מתוך כוונה לבדוק גם באיזו מידה ציון הקוהירנטיות קשור בסיכויי שיקום – לימודים ועבודה.

נמצא כי מי שעבדו במועד ראיון המעקב הראשון אמנם קיבלו ציון גבוה יותר ממי שלא עבדו – 63 בשני השלבים חציון, בהשוואה ל-60 בין מי שלא עבדו בשלב א' ו-58 בשלב ב'. מעניין לציון כי בקבוצת הניסוי בשלב א', מי שלא עבדו קיבלו ציון גבוה יותר ממי שעבדו (66 לעומת 59). בעוד שבקבוצת הביקורת המצב היה הפוך (66 לעומת 63) ובמיוחד כך גם בין מי שלא בחרו שו"ש (62 לעומת 55). לעומת זאת, מי שלמדו קיבלו בממוצע ציון גבוה ממי שלא למדו, הן בקבוצת הניסוי והן בקבוצת הביקורת, אך לא בין מי שלא בחרו שו"ש.

השוואת ציון הקוהירנטיות במועד המעקב השני מורה כי עדיין, מי שעבדו (במועד כלשהוא בתקופת המעקב) קיבלו ציון נמוך ממי שלא עבדו (63 ו-68 בהתאמה, חציון) ומי שלמדו קיבלו ציון גבוה ממי שלא למדו (66 לעומת 59 בהתאמה).

ממצאים אלה מורים, כי סולם זה לא קשור מספיק בניבוי שיקום מוצלח כדי לעזור לעובדים המטפלים לקבוע התאמה לקבלת שו"ש.

סיכום, מסקנות והמלצות

טיפול שיקומי באמצעות "שוברי שירות" מהווה אחת הדרכים של הפרטת טיפול. כיום, שירותים חברתיים רבים נוטים להפריט את הטיפולים שהם מעניקים – מתוך ההנחה כי הכנסת אלמנטים של שוק חופשי לשירותים חברתיים מגדילה את תחושת אחריות אצל הלקוח-המטופל ובכך תורמת להצלחת הטיפול, משפרת את רמת השירותים ומקטינה את ההוצאות. המבקרים את ההפרטה בתחום הנדון טוענים כי לא תמיד הפרטה בשירותים חברתיים משיגה את יעדיה: ללקוחות של שירותים אלה, שהם על פי הגדרה אנשים חלשים למדי, אין תמיד את המידע הדרוש לצורך בחירה יעילה בין ספקים, ולא תמיד הם מסוגלים לנהל באופן יעיל את צריכת השירותים שלהם הם נזקקים. זאת נוסף על העובדה, שמידע בדבר יעילות שירותים בדרך כלל אינו חד משמעי ובכל מקרה הוא מגיע מאוחר.

מחלקת השיקום במוסד לביטוח לאומי יזמה ניסוי, שבמסגרתו הוצעה למשתקמים מתאימים אפשרות לקבל שוברי שירות בערך כספי מסוים לרכישת תשומות שיקום, כגון שירותי אבחון, הכשרה, מיכשור וכד', באופן עצמאי. זאת בהשוואה למהלך הטיפול הרגיל שמעניקה מחלקת השיקום, שבמסגרתו פועל פקיד השיקום כמנהל המקרה (Case Manager), שמנהל את התהליך ומאשר כל שלב בו. נציין כי מרבית השירותים (כגון קורסים) נרכשים בשוק החופשי גם במהלך הרגיל של השיקום. אולם במסגרת הניסוי ניתנה למשתתפים בו עצמאות מוחלטת ואחריות מלאה על קביעת תוכנית השיקום וביצועה.

הנחקרים בניסוי היו פונים חדשים לשיקום בשלושה מסניפי המוסד. לפונים אלה הוצע להשתתף בתוכנית שוברי השירות. מי שבחרו להשתתף בה חולקו מקרית, לקבוצת ניסוי (שקיבלה את השו"ש בפועל) וקבוצת ביקורת, שקיבלה טיפול שיקומי רגיל. אחרי שתי קבוצות אלה נערך מעקב. כמו כן נכללה במעקב קבוצה של מי שלא היו מעוניינים בשו"ש, שגם הם קיבלו טיפול שיקומי רגיל.

נתוני המעקב נלקחו ממקורות שונים, מינהליים ואחרים. כמו כן נערך ריאיון טלפוני בתום שנתיים לפנייה לשיקום ובתום ארבע שנים לפנייה לשיקום.

הניסוי נועד לבדוק באיזו מידה מתן אחריות אישית ואוטונומיה בהחלטה על מהלך השיקום המקצועי ובחירת ספקי השירותים אצל משתקמים בעלי מאפיינים מסוימים (על פי קווים שנקבעו בתוכנית הניסוי) ישפרו את שיעור השילוב בעבודה, יקצרו את משך הטיפול ויגדילו שביעות רצון מהתהליך.

הממצאים מורים, כי כמחצית הפונים לשיקום בחרו להשתקם באמצעות "שוברי שירות". הבוחרים בשו"ש ידעו בדרך כלל היטב מה הם רוצים מבחינת מסלול שיקום. חלקם אף החלו

בלימודיהם לפני הפנייה לשיקום. העובדה שהיו להם תוכניות ברורות סייעה, יש להניח, למי שקיבלו את השו"ש – להתמיד בדרכם ואף לבצע אותה. אולם, לגבי קבוצת הביקורת עובדה זו בחלק מהמקרים דוקא פגעה בתהליך. זאת משום שהנכונות לוותר על התוכנית המקורית היתה מטבע הדברים נמוכה אצל אנשים אלה. זאת במיוחד לגבי מי שתכננו לימודים על תיכונים (שאינם מאושרים בדרך כלל בטיפול שיקומי רגיל לנכים "קלים" – שלהם הוצעה התוכנית).

באשר לשאלות המחקר: כמעט כל הפונים השתלבו בסופו של דבר בתוכנית שיקומית, ולא היה בכך הבדל בין קבוצות הניסוי ולביקורת. מבחינת משך הזמן עד להשתלבות בתוכנית שיקום כלשהי, הרי שבהתאם להשערת הניסוי, המשתייכים לקבוצת הניסוי אמנם התחילו בתהליך מהר יותר מאילו שהשתייכו לקבוצת הביקורת. אולם למי שהשתלבו בלימודים, לא נמצא הבדל במשך הזמן עד להשתלבות בלימודים בין קבוצות הניסוי ולביקורת. זאת אולי משום שמועדי התחלת שנת הלימודים קבועים.

בהתאם להשערת הניסוי, המשתייכים לקבוצת הניסוי אמנם השתלבו בלימודים במסגרת שיקום בשיעור גבוה יותר מקבוצת הביקורת, במועד המעקב הראשון (שנתיים לאחר הפנייה). אולם עד למעקב השני (ארבע שנים לאחר הפנייה) חל גידול בהשתלבות בלימודים בקבוצת הביקורת והפער בין הקבוצות נסגר.

בהתאם להשערת הניסוי, הפסקת טיפול שיקומי טרם סיום תוכנית השיקום היתה תדירה יותר בקבוצת הביקורת, אם כי ההבדל לא מובהק. בניגוד להשערת הניסוי, שיעור העובדים בתום ארבע שנים לפנייה היה שווה בקבוצות הניסוי והביקורת. בתום שנתיים לפנייה, שיעור העובדים בקבוצת הביקורת אף היה גבוה יותר, שכן שיעור הלומדים בקבוצת הניסוי היה גבוה יותר.

בהתאם להשערת הניסוי, מי שעבדו במעקב הראשון השתכרו יותר ממי שעבדו בקבוצת הביקורת. אולם במעקב השני בין העובדים בקבוצת הניסוי היה ייצוג גבוה יותר בהשוואה לקבוצת הביקורת הן בין מי שהשתכרו יותר והן בין מי שהשתכרו פחות.

בניגוד להשערת הניסוי, ההוצאות למשתקם היו גבוהות הרבה יותר בקבוצת הניסוי. גם משך הטיפול היה ארוך יותר, שכן הם השתלבו בתוכניות לימוד ארוכות יותר.

בהתאם להשערת הניסוי שביעות הרצון היתה גבוהה יותר בקבוצת הניסוי.

בהתאם להשערת הניסוי, שיעור היוצאים מקצבת נכות כללית לאחר תום תהליך השיקום היה גבוה קצת יותר בקבוצת הניסוי אך ההבדל אינו מובהק. כמו כן, שיעור הממשיכים לקבל קצבה

בקבוצות הניסוי והביקורת היה דומה. בכל מקרה לא נמצא קשר ברור בין השתקמות ועבודה ויצאה מקצבה. זו היתה קשורה יותר במצב הבריאות.

במהלך הניסוי, נבדקה גם תקפותה של הערכת פקידי השיקום את התאמת המשתקמים לתוכנית שוברי השירות. בדיקה זו הוכנסה רק במועד מאוחר של ביצוע הניסוי – בנוגע לנחקרים אחרים, כשאלה בפני עצמה. נמצא שהיתה התאמה גבוהה למדי בין הערכת עובדות השיקום באשר להתאמת כל משתקם לאפשרות שיקום באמצעות שו"ש לבין בחירת המשתקמים עצמם. יותר מכך: מי שהוערכו מתאימים ובחרו בדרך שיקום זו, הצליחו יותר מאחרים.

לסיכום ניתן לומר, כי ההבדלים בין קבוצות הניסוי והביקורת לא היו משמעותיים דיים כדי שיצדיקו אימוץ שיטת טיפול זו, בדרך שבוצעה בניסוי, כהליך קבוע, כלומר על פי בחירת המשתקם וללא כל פיקוח של עובד שיקום מלווה. השמירה על הצעת התהליך של שוברי שירות לכל פונה חדש (בעל מאפיינים שנקבעו), לא הוכיחה את עצמה. כמו כן נראה שהתניית העצמאות במניעת ליווי, הדרכה ופיקוח על התהליך, כפי שמתבצע בידי עובדי השיקום במהלך טיפול שיקומי רגיל, היתה מיותרת. מצד שני, נמצא, שעצמאות כן תרמה לזירוז התהליך, ובעיקר – שמתן אפשרות ללימודים על תיכונים נוצלה היטב, באופן שתרים למשתקמים. אמנם במסגרת תקופת המעקב לא נמצאה תרומה מכרעת להשתלבות בעבודה, אך יש לזכור שמדובר בתקופה קצרה למדי לאחר סיום הלימודים ובעידן של אבטלה כבדה ביותר. לכן המסקנה העיקרית מהניסוי היא, שיש מקום להגמיש את הפיקוח וההדרכה הניתנים במסגרת תהליך השיקום הנהוג כיום. למשתקמים מתאימים – והנתונים מראים כי עובדי השיקום יכולים לאתרם – יש לתת עצמאות רבה יותר בבחירת מהלך השיקום והתשומות. כמו כן יש לשקול הגמשת ההגבלות הקיימות כיום על אישור לימודים על תיכונים לנכים "קלים". בשוק העבודה המודרני הדרישה להשכלה מהווה תנאי להשתלבות בעבודה, ביחוד למי שמוגבלים בביצוע עבודות הדורשות יכולות פיזיות. גם עובדי השיקום שהשתתפו בניסוי חשו, ששימוש בשוברי שירות מהווה הזדמנות טובה לשינוי ולשיפור תהליך השיקום הרגיל. ראו בנספח 2 סיכום נסיונם והמלצותיהם.

בביליוגורפיה

- Antonovsky, A., "The Structure and properties of the sense of coherence scale", *Social Science Med.*, 36 (6), 1993.
- Antonovsky, A., "Understanding the misery of health. San Francisco, Jossey Dass Inc. 1987
- Berkowitz, M., "Should rehabilitation be mandatory in workers' compensation programs?", *Journal of Disability Policy Studies*, 1 (1), 1990.
- Bertsch, E. F., "A voucher system that enables persons with severe mental illness to purchase community support services", *Hospital and Community Psychiatry* 43 (11), 1992.
- Heller, T., Ruch-Ros H., Hsich, K.F., *The Illinois home-based support services program, Evaluation report. Institute Of Disability and Human Development.* University of Illinois.
- Lyons, M., "The development of quasi-vouchers in Australia's community services", *Policy and Politics* 23 (2), 1995.
- Maguir, S., *Surviving and maybe thriving on vouchers.*
<http://www.ppr.org/content/reports/vochers/html>
- Martinez, V. J., Godwin, R. K. and Kemerer, F. R., "More on consequences", *Social Science Quarterly*, 76 (3), 1995.
- Parker, M. D., "Social service vouchers: issues for social work practice", *Journal of Sociology and Social Welfare*, 18 (3), 1991.
- Parker, M. D., "Vouchers for day care of children: evaluating a model program", *Child Welfare*, LXVIII (6), 1989.
- Pearson, C., "Money talks? Competing discourses in the implementation of direct payments", *Critical Social Policy* 20 (4), 2000.
- Volij, O. *Public education communities and vouchers*, M. Falk Institute for Economic Research, Discussion Paper no. 7, 2000.

שיפרה שגיא, אמדע אור ועפרה אנסון – סלוטוגניות ומיטביות, מקורות לבריאות ולרווחה. מגמות, כרך ל"ט, מס' 1-2, 1998.

נורית שטרסברג, דניז נאון, שולי בר, וברנדה מורגנשטיין – מקבלי קצבת נכות כללית ומקבלי קצבת נכות מעבודה בישראל: מאפיינים וצרכים בתחומי הבריאות והתפקוד הפיזי והנפשי. גוינט – מכון ברוקדייל והמוסד לביטוח לאומי, 2004.

י. דרורי, ו. פלוריאן וש. קרביץ – תחושת קוהרנטיות: אפיונים סוציודמוגרפיים ותפיסת בריאות נפשית-גופנית. פסיכולוגיה ב' (2), 1991.

אריה רימרמן, וורדה בלום – נכי תאונות עבודה: מיקוד שליטה, עמדות כלפי עבודה ושיתוף פעולה עם עובד שיקום. ביטחון סוציאלי מס' 37, 1991. בטחון סוציאלי מס' 37, 1991.

דליה גורדון – שיקום ונכונות לעבודה בקרב מקבלי קצבת נכות בישראל. סקרים ומחקרים מיוחדים, מס. 80. מינהל המחקר והתכנון, המוסד לביטוח לאומי.

נספחים

נספח 1. תהליך שיקומי רגיל ושיקום ע"י שוברי שירות – השוואה

<u>נושא</u>	<u>התהליך הרגיל</u>	<u>פרויקט שוברי שירות</u>
בחירת מסלול שיקומי	הבחירה היא תוצאה של דו-שיח בין עו"ש והמשתקם כאשר ההחלטה חייבת להתקבל על דעת העו"ש*	הבחירה היא בלעדית של המשתקם כאשר לעו"ש זכות שלילה רק לפי קריטריונים ברורים (פגיעה מהותית במצבו הרפואי; לימודים לא מוכרים או בחו"ל)
אופציות לשיקום	תוכנית לימודים של עד שנה, או לפי אורך התוכנית כאשר מדובר בתעודה של משרד העבודה; שיקול דעת העו"ש לחריגה מעבר לשנה; לא כולל השכלה על תיכונית	יש לסיים את תוכנית השיקום בתוך 3 שנים, חוץ מהשכלה על תיכונית, שם ניתן לאשר חריגה באורך התוכנית
עלויות	כל סוג הוצאה מוגבל בסכום מקסימלי	סכום כללי מוגדר לתקופה של 3 שנים והמשתקם רשאי לחלקו כרצונו בין כל סוגי ההוצאה השונים
מכשירי לימוד/עבודה	אין זכאות – אלא במקרים חריגים ביותר, על פי אישור הנהלת המחלקה	המשתקם רשאי להפריש חלק מהסכום לרכישת מכשירי לימוד / עבודה הקשורים ישירות למקצוע שבחר
דמי שיקום	לפי ההוראות וכל עוד הוא בתוכנית הכשרה מאושרת	לפי ההוראות ולתקופה שלא תעלה על 12 חודשים (ניתן לחלק את הזכאות לחצאי חודשים)
ביצוע אבחון לבחירת מקצוע	ההחלטה על ביצוע אבחון צריכה להיות משותפת לעו"ש ולמשתקם.	ההחלטה על ביצוע אבחון היא של המשתקם בלבד.

* עו"ש – עובד שיקום

נספח 1 (המשך)

<u>פרוייקט תלושי שירות</u>	<u>התהליך הרגיל</u>	<u>נושא</u>
אם נשאר סכום למשתקם זכות לרכוש קורס העשרה הקשורה בעיסוקו או מכשיר/ציוד לעבודה.	אין	כיסוי הוצאות בתום תהליך שיקום מוצלח – דהיינו עובד עם משכורת יותר מ-3 חודשים
תמיד מתוך הסכום שנקבע ובתוך 3 שנים. מותר רק פעם אחת לפי בקשת המשתקם.	מותנה בהחלטת עו"ש	חידוש שיקום

נספח 2. שימוש בשוברי שירות בשיקום תעסוקתי כהזדמנות לשינוי:

עמדת עובדי השיקום שהשתתפו בניסוי

נ. דנגור, א. ששון, ר. קמין, ש. בושביץ¹

שירותי שיקום תעסוקתי בישראל

שירותי השיקום התעסוקתי בישראל נובעים מחקיקה שהתקבלה בעשורים הראשונים לקיומה של המדינה ולכן האחריות לספקם היא ממלכתית. המחוקק הפקיד את הפעלת השירותים הללו בידי מקצוע העבודה הסוציאלית, בעוד שבארצות מערביות אחרות שותפים לתהליך השיקום התעסוקתי מקצועות כמו ייעוץ שיקומי, ייעוץ תעסוקתי ופסיכולוגיה. על אף שכל אחד ממקצועות אלו הוא בעל עולם ערכים ותפיסה מקצועית משלו, נראה שהמודל הרפואי מהווה גם בישראל את הבסיס למרבית שירותי השיקום התעסוקתיים (בן צבי, 1982, אגף השיקום, 1983).

מאחר שבארץ מדובר באספקת שירותי שיקום על בסיס של חקיקה, המקור הכספי הוא ציבורי. כיוון שכך, למגבלות הנוגעות להישענות על מודלים רפואיים מצטרפים מאפיינים הנובעים מהצורך להפעיל מנגנוני בקרה ופיקוח: שליטה מרכזית על מידע באמצעות מערכות ממוחשבות האוספות נתונים על תחומי חיים רבים והקצאת כספים צנטרליסטית לצורך ביצוע מדיניות ועיצוב מנגנונים ביורוקרטיים הנדרשים מכל מערכת ציבורית, כולל המוסד לביטוח לאומי.

כל אלה באים לידי ביטוי, במישרין ובעקיפין, במערכת יחסי הגומלין שבין הצרכנים לעובדים במערכות השיקום התעסוקתי.

מרבית המודלים הקלאסיים בתחום השיקום התעסוקתי נשענים על המודל הרפואי (1991, 1990 Hershenson).

למודל זה כמה מאפיינים:

1. רצף ליניארי מובנה של התערבות;
2. דגש על הפתולוגיה וההפרעה;
3. מוקד ההתערבות הוא הפרט והטיפול בלקוח הוא בדרך כלל במסגרת סלקטיבית וסגורטיבית;
4. העדר טיפול בהיבטים מערכתיים-אקולוגיים;
5. מערכת יחסים סמכותית, הייררכית ובלתי שוויונית המתאפיינת במושגים כמו מומחה חולה, מטפל-מטופל, יועץ-נועץ.

¹ תודתנו לעובדי הביטוח הלאומי: מר שמואל פיצי וגב' ברוריה סלפון, אגף השיקום, גב' אסתר ברקן, סניף ירושלים, גב' פנינה ספקטור, סניף ת"א, גב' חוה באומרט, סניף קריות; וכל צוות עובדות השיקום שתרמו ותמכו בכתיבת החומר.

Chubon (1992) טוען ששיקום תעסוקתי נעשה בתבנית פסיכו-רפואית, כאשר הליבה של התהליך הוא שיקום יכולת התעסוקה של הפרט לרמה מרבית, כך שהאדם יגיע לשילוב מלא בשוק העבודה התחרותי, ישיג עצמאות כלכלית, יצמצם את תלותו בקופה הציבורית ויהפוך מ"אזרח יונק" לתורם לחברה ולכלכלה.

בעקבות תהליכים חברתיים שהדגישו את זכויות צרכני השיקום, התפתח מודל טיפול כוללני יותר, שהרחיב את מטרות השיקום גם לגדילה אישית, התפתחות עצמית, שילוב חברתי וחיים עצמאיים בקהילה. מודל זה נתן יותר מקום ללקוח בתהליך קבלת ההחלטות (פלוריאן, ינאי ופלג, 1996).

עם זאת, ברוב שירותי השיקום התעסוקתי, הגדרת הנכות, קביעת הזכאות לשיקום, סף הכניסה וסוג סל השירותים, נקבעים ע"י אנשי מקצוע. (Symansky and Trueba, 1994). לכן, לקוחות של שירותי שיקום תעסוקתי, חשים שחלק מאנשי המקצוע, מתקשים להשתחרר מגישות פטרנליסטיות הבולמות העצמה ועצמאות. במילים אחרות, קיים פער במשאבי הכוח בין הצרכן לאיש המקצוע שאינו מאפשר שותפות מלאה.

השימוש בשוברי שירות כהזדמנות לשינוי

מנקודת מבט מערכתית, הניסוי בשיטת שוברי שירות אמור לרכז, ובנקודות מסוימות להביא לשינוי, במערכת היחסים שבין עובדת השיקום ללקוח המבקש לקבל בביטוח לאומי שירותי שיקום תעסוקתי. המטרה היתה לתרום לחיזוק מקומו של הלקוח בתהליך ההתערבות ובהליכי קבלת ההחלטות הנוגעות לבחירת תוכנית השיקום וליישומה. במילים אחרות – לשנות את חלוקת הכוח ולהשיג יותר שוויוניות במערכת היחסים שבין הלקוח למחלקת השיקום. מנקודת מבט של העובדות שהשתתפו בניסוי, דבר זה נועד להשיג כמה מטרות חשובות: יותר אחריות ועצמאות של הלקוח, שותפות אמיתית, העצמה ומתן כבוד לבחירות של הלקוח בעל הנכות.

במהלך הניסוי התברר, שהמגבלות הנובעות מהמודל הרפואי ומהיות השרות חלק ממערכת ציבורית הוסרו רק בחלקן. כך למשל הגדרת הליקוי הרפואי וקביעת הזכאות לשיקום נשארו בשליטה של אנשי מקצוע. לעומת זאת, מי שבחר בשוברי שירות קיבל אחריות ועצמאות בתכנון וביישום של תוכנית השקום – החל בקניית שירותי אבחון, דרך השלמת השכלה, קורסים ומסלולי הכשרה מקצועית וכלה בקניית שירותי השמה.

אנשי המקצוע קבעו את עלות סל השירותים. אך במסגרת הנתונה, היתה ללקוח זכות להחליט כיצד ומתי ישתמש בסל (במסגרת של עד 3 שנים). (ראו הגדרות ועקרונות של גישת שוברי שירות אצל Parker 1991, Heller 1995, Bertsch 1992).

צוות ההיגוי של התוכנית קבע מי היא אוכלוסיית היעד. כאשר הלקוח ענה על הקריטריונים, היתה חובה לפתוח בפניו את האפשרות לבחור במסלול שוברי שירות. ההבדל בין מסלול שיקום רגיל לזה של שוברי שירות התבטא בכך שכדי שהבחירה במסלול הניסיוני תהיה על סמך נתונים, היה צורך בשקיפות במידע ובהפניה למגוון שירותי אבחון ושיקום הקיימים בקהילה. כך התאפשרה ללקוח יותר גמישות ומגוון הזדמנויות וגם תחושת עצמאות מול ספקי שירותים כולל במיקוח על עלויות.

במודל הרגיל של שיקום תעסוקתי בחירה של לקוח באופציה שאינה נמצאת בהלימה עם ההוראות, מוסברת לעתים במונחים של המודל הרפואי: אין לו מוטיבציה, הוא לא מודע למגבלותיו, אינו משתף פעולה ומונע על ידי שיקולים לא רציונליים. הבחירות בתוכנית שוברי שירות משוחררות מקטגוריזציה שכזו, מאחר שהחלטה הופקדה בידי הלקוח וגם לבחירותיו ניתן יותר כבוד, אמון ומרחב.

על פי ניסיון של העובדות שהשתתפו בניסוי, קבלת האחריות לתהליך צמצמה את הנטייה להשליך את כל מה שקורה על המדינה, על ביטוח לאומי ועל עובדת השיקום. האחריות כללה גם את הזכות להיכשל ולקום ולהתארגן שנית מתוך החלטה פנימית. כך, ובדיעבד, נעלם ה"מומחה" מהתהליך ונוצר דיאלוג בין שותפים, תוך מתן מקום לכישורים, לניסיון ולידע שיש בשני הצדדים. אין פלא שבחלק מהסניפים נמצא, שדרך חיפוש המידע על ידי הלקוחות שהשתתפו בניסוי, הורחב בסיס הנתונים של העובדים לגבי מקומות ההכשרה, עלויות ומקצועות.

עם זאת, אין להתעלם מכך, שבסופו של דבר קיים תהליך מתמיד של קונפליקט והתנגשות בין המחויבות של עובד השיקום למערכת ולכספי ציבור לבין הרצון לכבד את ההחלטות של הלקוח על פי גישת שוברי השירות, ובין הצרכים הגוברים לפיקוח ובקרה על הקצאת כספי ציבור לבין הרצון לתת כבוד לשיקול דעתו של הצרכן.

עובדות השיקום שהשתתפו בניסוי היו ערות לכך שהחלטה ללכת למודל ניסיוני וחדשני היתה אמורה לתת פתרונות לבעיות מעשיות הנוגעות לעומס ולשחיקה של עובדי השיקום, לצורך בניצול זמן ביעילות ולהכרח לספק פתרונות מהירים לבעיות קונקרטיות ומיידיות – בעיקר בארבע השנים האחרונות. היתה גם הנחה שבעקבות תוצאות הניסוי יוטמעו ערכי תפיסת שוברי השירות במדיניות ובנוהלי העבודה ברמת מטה ושדה. בהליך שכזה, מדובר בהטמעת עקרונות הטיפול של שוברי שירות קודם כל ברמת השותפות שבין הלקוח לעובד השיקום, במטרה להגיע לאיזון במערך הכוחות ובתהליכי קבלת ההחלטות הנוגעות לתוכניות של שיקום תעסוקתי.

הסיכוי לשינוי מתבסס על ראיית מאקרו של לא מעט שינויים שחלו בתחום השירותים החברתיים הממלכתיים בישראל, בתחום החינוך, הבריאות והקליטה (תמיר ואבנימלך, 2003).

בחלק ניכר משירותים אלו יש כיום תחרות רבה יותר על מגוון גדול יותר של ספקי שירותים. אבל גם ניתן יותר משקל לקולו של הצרכן. (למשל מעורבות הורים בבתי ספר, מבוטחי קופות חולים כצרכני שירותי בריאות).

הטמעת תפיסת העולם של עצמאות הלקוח והעצמתו תאפשר אולי גם למערכת השיקום התעסוקתי בביטוח לאומי ליצור מנגנוני התאמה וגמישות שיאפשרו שינוי ודינמיות כפי שמתרחש בשירותי רווחה אחרים.

מקורות (לנספח 2)

אגף השיקום שרותי השיקום במוסד לביטוח לאומי, ירושלים: המוסד לביטוח לאומי, פרסום פנימי, 1983.

בן צבי, ב. למהות השיקום המקצועי. ביטחון סוציאלי, 23, 51-42, 1982.

גורדון, ד. שוברים לרכישת שירותי שיקום. ניסוי – תוצאות מעקב בתום שנתיים, ירושלים: המוסד לביטוח לאומי, מינהל המחקר והתכנון מסך פנימי, (2005) (בהדפסה).

פלוריאן, ו., ינאי מ., פלג, ז., עמדות עובדי שיקום במוסד לביטוח לאומי בנושא שיתוף המשפחה בתהליך השיקום התעסוקתי. חברה ורווחה, י"ז (1) 105-120, 1986.

תמיר י., אבנימלך, מ. רווחה מתקתקת. הכלכלה והפוליטיקה של הרווחה בישראל, תל אביב: הקיבוץ המאוחד, 2002.

Bertsch, E. F. "A voucher system that enables persons with severe mental illness to purchase community support services", *Hospital and Community Psychiatry* 43 (11), 1992.

Chubon, R.A. "Redefining rehabilitation from a systems perspective: critical implications", *Journal of Applied Rehabilitation Counseling* 23 (1), 27-32, 1992.

Heller, T., Ruch-Roos, H., Hsieh, K.F. *The Illinois Home-based support services program – evaluation report*, University of Illinois at Chicago: Institute on Disability and Human Development, 1995.

Hershenson, D. B. "A theoretical model for rehabilitation counseling", *Rehabilitation Counseling Bulletin* 33 (4), 268-278, 1990.

Hershenson, D. B. "Conceptions of disabilities: Implications for rehabilitation", *Rehabilitation Counseling Bulletin* 35 (3), 154-160, 1992.

"Social service vouchers: issues for social work practice", *Journal of Sociology and Social Welfare*, 18 (3), 39-55, 1991.

Symansky, E. M., Trueba, H. T. "Castification of people with disabilities: potential disempowering aspects of classification in disability studies", *Journal of Rehabilitation* 60 (3), 12-20, 1994.