



המוסד לביטוח לאומי

מינהל המחקר והתכנון

**ההפעלה הנסיונית
של חוק ביטוח סיעוד**

חלק ב' – מעקב

מס' 40

מפעלים מיוחדים

ירושלים, תמוז התש"ן, יולי 1990

המוסד לביטוח לאומי
מינהל המחקר והתכנון

ההפעלה הנסיונית של חוק ביטוח סיעוד

חלק ב' - מעקב

שרית בייץ-מודאי

ירושלים, תמוז תש"ן, יולי 1990

ה ק ז מ ה

מינהל המחקר והתכנון עוסק בלייווי מקרוב של חוק ביטוח סיעוד כבר שנים רבות, החל משנת 1980, כאשר תוכנן החוק לקראת חקיקה בכנסת ועד היום כאשר החוק פועל ככל חלקי הארץ. פעילות זו של מינהל המחקר באה לידי ביטוי אינטנסיבי במיוחד לאחר חקיקת החוק ב-1986, כאשר הוחלט לערוך ניסוי בשדה בו הפעיל המינהל את חוק ביטוח סיעוד באופן ניסיוני במגמה לצבור ניסיון ולהכין את המוסד ואת ענף סיעוד להפעלת החוק באפריל 1988.

ניסוי זה הווה הרצה של חוק ביטוח סיעוד בארבעה ישובים בארץ: רחובות, באר-טוביה, יהוד וכפר קאסם.

הדיווח הראשון שפורסם התייחס לתאור הממצאים העיקריים מהניסוי: אוכלוסיית התובעים והזכאים, שיעורי ורמת הזכאות, תהליך קביעת וביצוע תוכניות הטיפול, והבעיות המנהליות והמקצועיות שעלו במהלך הניסוי ושהיו בסיס להפקת לקחים לקראת ביצוע החוק.

בדו"ח הנוכחי מובאים ממצאים ממעקב שנערך כאשר החוק כבר החל לפעול ולאחר שהקשישים שנמצאו זכאים במסגרת הניסוי קיבלו שירותים ששה תודשים לפחות. נכללים הנתונים הראשוניים מהערכת אופן הפעלת החוק ותרומתו למשפחות הקשישים הזכאים. הדו"ח גם מהווה מסמך חשוב על שהתרחש בתקופת המעבר, במיוחד מבחינת סוגי השירותים הציבוריים והפרטיים שניתנו באותה תקופה.

הדו"ח נכתב על ידי גב' שרית בייץ, חוקר מומחה כמח' מחקר גמלאות ארוכות מועד, המרכזת את המחקרים בתחום הסיעוד.

חשוב לנו מאוד לשוב ולהודות בראש ובראשונה לצוות הבין-משרדי בניהולה של הגב' ברכה בן-צבי, למספר הרב של אנשי המקצוע שהשתתפו בניסוי ותרמו להצלחתו: מרכזי הועדות, אחיות קופ"ח, אחיות בריאות הציבור ופקידי התביעות.

ברצוננו להודות גם לגב' ר. ורטמן ולצוות המראיינים אשר ביצעו את מלאכת הראיון במעקב, למר סטיב שטיין על עזרתו בעיבוד הנתונים ולגב' א. כהנמן על הערותיה לדו"ח ועריכתו.

וכמובן, תודותינו המיוחדים לקשישים ובני משפחתם המטפלים בהם, אשר נאותו במהלך הניסוי לקבלנו ולהענות ברצון לפנייתנו לשוחח אתם ולראיינם.

ברנדה מורגנשטיין
מנהלת מח' מחקר גמלאות ארוכות מועד

תוכן עניינים

עמוד

ה ק ד מ ה

2	עיקרי הממצאים מבוא
7	נושאי המחקר ושיטת ביצועו
10	תאור האוכלוסייה
	התובעים - זכאות ונתונים דמוגרפיים
	מטפלים עיקריים
15	השירותים הניתנים בפועל והשירותים הרצויים
	השירותים הניתנים בפועל
	שירותים שהופסקו
	שירותים רצויים
29	ביצוע תוכנית הטיפול - בעיות ושכיעות רצון
	ביצוע תוכנית הטיפול
	בעיות בטיפול
	הלימה לבקשות ושכיעות רצון מהטיפול
38	בחירה בין גמלת שירותים לגמלה כספית
41	טיפול בקהילה או סידור מוסדי
44	סיכום ודיון בממצאים
	נספח: שאלון למטפל העיקרי

עיקרי הממצאים

במסגרת המעקב המחקרי אחר הפעלתו הנסיונית של חוק ביטוח סיעוד, בוצעו ראיונות עם בני משפחה ואחרים, המשמשים כמטפלים עיקריים בזקנים אשר תבעו גמלת סיעוד בארבעת מקומות הניסוי. המעקב התכצע בשנה הראשונה להפעלת החוק הלכה למעשה.

הנתונים מראיונות אלה מורים על הממצאים הנאים:

- שיעור ההזדקקות לעזרה רבה בקרב הזכאים בישובי הניסוי, גבוה מאשר בקרב הזכאים בשנה הראשונה לביצוע חוק ביטוח סיעוד (35% לעומת 28%).
- רוב רובם (90%) של המטפלים העיקריים הם קרובי משפחה של התובעים לגמלת סיעוד, כאשר שני שלישים מהמטפלים הן נשים והיתר - גברים.
- חצי שנה ויותר לאחר סיום הניסוי והפעלתו האוניברסלית של חוק ביטוח סיעוד, ל-77% מהתובעים לגמלת סיעוד היו שירותי סיעוד פורמליים (כמימון ציבורי, פרטי או משניהם).
- מבין 326 תובעים, 230 קשישים קיבלו שירותים כמימון ציבורי (כולל גמלת סיעוד), 92 קיבלו שירותים כמימון פרטי (מתוכם יש אלה שקיבלו מימון משני המקורות). 74 קשישים לא קיבלו עזרה מגורמים פורמליים.
- המוסד לביטוח לאומי מימן 87% מסך כל שירותי הסיעוד הציבוריים (ב-56% הוא היה הממן היחיד) ו-13% מיתרת המימון התחלק בין משרד הרווחה וקופ"ח.
- מתוך הקשישים אשר רכשו שירותים באופן פרטי רובם נמצאו גם זכאים לגמלת סיעוד. מימון השירותים באופן פרטי שימש אם כן להגדלת השירותים שניתנו כמימון ציבורי.
- המימון הפרטי מיועד בעיקר לעזרה בניקיון הבית, ביקור במרכז יום והשגחה.

- גמלת הסיעוד מימנה בעיקר תוכניות המשלבות טיפול אישי וניהול משק הבית. מוצרי הספיגה מומנו אף הם ברובם מגמלת סיעוד. מימון משרד הרווחה שימש כד"כ למימון עזרה בניקיון הבית וקופ"ח מימנה טיפול אישי בלבד.
- 85% מתוכניות הטיפול לזכאים ניתנו בבית הזכאי, ב-12% נוספים בבית ובמרכז היום ורק ב-3% השירותים ניתנו במרכז היום בלבד.
- מהנתונים שמסרו המטפלים העיקריים מתברר שמספר שעות העזרה הממוצע לזכאים קרוב למספר השעות שנקבע בחוק. פיזור שעות העזרה בשבוע מצביע על קיום תופעות של שעות חסר ושעות עודף.
- נמצא שגידול בהיקף שעות העזרה במימון ציבורי היה מלווה בגידול במספר שעות העזרה הקנויות באופן פרטי.
- יותר ממחצית (57%) מהמטפלים בזכאים מעוניינים בשינוי השירותים הניתנים לקשישים. רוב השינויים בהם המטפלים גילו עניין הם שינויים בשירותים הקיימים או בקשה להתאמה והגמשה של השירותים הקיימים (טיפול בשעות לא שגרתיות, מטפלת מיוחדת וכו').
- שני שלישי (63%) מהמטפלים סברו שיש צורך להגדיל את מספר שעות השירותים הניתנים לקשיש. כמחציתם ביקשו תוספת של עד 8 שעות בשבוע, השאר - יותר.
- נמצא קשר מובהק בין מספר השעות הנחוצות, לאלה הניתנות בפועל במימון פרטי וציבורי.
- רוב רובם של המטפלים העיקריים (82%) ציינו שידוע להם מי הוא העובד המקצועי האחראי על ביצוע תוכנית הטיפול מטעם הועדה המקומית. עובדים סוציאליים זוהו בדרך כלל כעובדים האחראים על תוכנית הטיפול. 20% מהמטפלים לא עשו את האבחנה בין העובד האחראי לבין עובד מטעם אירגון נותן השירותים או עובד המוסד לביטוח לאומי.
- 21% מהמטפלים בזכאים ציינו שמוסיפים כסף לנותן השירות. כמחציתם מוסיפים כסף עבור השעות שנותן השירות חייב לתת במסגרת הגמלה והיתר - עבור שעות נוספות, נסיעות וכו'.

- כללית, רוב רובם של המטפלים (83%) דיווחו על מיעוט או העדר בעיות כביצוע חוק סיעוד.
- תלונות ביחס לבעיות בהיקף השירותים (איחורים, העדרויות, יציאה לפני הזמן) צוינו בשכיחות גבוהה יותר מאשר תלונות ביחס לאיכות הטיפול.
- יותר ממחצית מהמטפלים (58%) ציינו שהשירותים הניתנים תואמים את השירותים שהם ביקשו מהעובד המקצועי שהיה איתם בקשר.
- שלושה רבעים מהמטפלים ציינו שהם מרוצים מכל השירותים הניתנים במסגרת הגמלה. המטפלים בזכאים המקבלים גמלה מוגדלת בטאו שיעור שביעות רצון נמוכה מהשאר.
- מבדיקת עמדת המטפלים ביחס לבחירה בין גמלה בכסף או בעין, התברר ששיעור ניכר מהמטפלים (יותר ממחצית) לא שינו את דעתם בעקבות מתן השירותים, אם כי שיעור השינוי מכסף לשירותים (35%) היה גבוה יותר מאשר משירותים לכסף (21%).
- יכולת המטפלים בזכאים להמשיך ולטפל בקשישים ללא הגבלת זמן גדלה במקצת בזמן המעקב, אולם שיעור המטפלים הקרובים להחלטה למסד היה גבוה יותר בקרב המטפלים בזכאים מאשר בקרב המטפלים בנדחים.
- כשליש מהמטפלים ציינו שבהינתן מוסד מתאים ובתנאים מסויימים היו בוחרים באלטרנטיבה מוסדית.

א. השירותים הפורמליים הניתנים לזקנים הסיעודיים, בעיקר מכת חוק ביטוח סיעוד.

ב. השפעתו של החוק על המערכת הלא-פורמלית של הקשיש, בעיקר מצבו של המטפל העיקרי.

ממצאי דו"ח זה מתייחסים בעיקר לשירותים הניתנים באמצעות המערכת הפורמלית. השינויים שעברה המערכת הלא-פורמלית עם הפעלת חוק סיעוד יוצגו במפורט בדו"ח נפרד.

מערך המחקר - תיאור סכמטי

תאור השלב וזמן הביצוע	הנושאים העקריים שנבחנו בכל שלב	כלי המחקר
<p align="right">שלב I</p> <p align="right"><u>היערכות לניסוי</u></p> <p align="center">ינואר - מרץ 1987</p> <p align="center">מתן הדרכה לאנשי מקצוע מקומיים ולמשפחה ניסוי - פקידי תביעות, אחיות ועובדים סוציאליים.</p> <p>1. איסוף נחוני דקע</p> <p>2. אומדן אוכלוסיית היעד</p>	<p>1. ריכוז נחונים כלליים על גודל אוכלוסיית הזקנים בארץ בנלל ובמקומות הניסוי בפרט, לדבוח שיעורי מוגבלות</p> <p>2. חיפוי השירותים באזורי הניסוי לפני הפעלת החוק</p> <p>3. איסוף מידע (ברמת הפרט) על קבלת שירותים מגורמים בקהילה:</p> <p>א. שיעורי החובעים בקרב מקבלי השירותים השונים לפני הגשת התביעה</p> <p>ב. שיעור החובעים המוכרים לשירותים מלפני התביעה</p>	<p>- רישום אוכלוסין, סקרים</p> <p>- חומר הנמסר בכתב ובע"פ מאנשי השט</p> <p>- סופס מחקר: "סופס מידע מגורם מספוי מלוי המופס בארגוני הקהילה-קופ ורווחה.</p>
<p align="right">שלב II</p> <p align="right">אפריל 1987 - מרץ 1988</p> <p align="center"><u>ביצוע הניסוי - הפעלת החוק באורח ניסיוני ואיסוף נחונים</u></p> <p>1. בדיקת התהליך</p> <p>2. בדיקת אוכלוסיית החובעים הזכאים</p>	<p>1. מאפייני אוכלוסיית הקשישים הפונים</p> <p>2. תהליך ההפניה; בעיות בתהליך</p> <p>3. בדיקת המצב התפקודי היומיומי של הזקן</p> <p>4. תהליך הערכת החלוח</p> <p>5. הכרת מסגרת הסיוע לזקנים ולמשפחותיהם; בחינת עומס הטיפול על בני המשפחה המספלים.</p> <p>6. קביעת רמת הזכאות ושיעורי הגמלה</p> <p>7. תהליך הכנת חוכנית הטיפול לזקן הזכאי</p> <p>8. תהליך עבודת השדה של המספלים הישירים ובדיקת העומס המוסל עליהם</p> <p>9. ישיבות ועדה דיונים ואישור החוכנית</p> <p>10. ביצוע חוכניות הטיפול בפועל</p> <p>11. בדיקת לוח הזמנים</p>	<p>- טופס</p> <p>- סופס ענף: "סופס תביעה"</p> <p>- סופס מחקר: "שאלון לפקיד תביעות"</p> <p>- סופס ענף: "סופס הערכת חלוח"</p> <p>- סופס מחקר: "שאלון לאחוח"</p> <p>- סופס מחקר: "שאלון למספל עיקרי"</p> <p>- הודעת דחיה וזכאות לפונה, הודעה</p> <p>- סופס מחקר: "שאלון למרכז הועדה"</p> <p>- סופס מחקר: "שאלון לעובד סוציא"</p> <p>- סופס ענף: "סופס החלטת ועדה"</p> <p>- סופס מחקר: "חצפית על ישיבת וע"</p> <p>- סופס ענף: "הוראת חשלוס"</p>
<p align="right">שלב III</p> <p align="right"><u>מעקב מחקרי</u></p>	<p>1. בדיקת תרומת החוק והשפעתו על דיווח הזקן</p> <p>2. בדיקת השפעת החוק על העומס הנפשי והפיזי של בני המשפחה המספלים</p> <p>3. בדיקת מתן השירותים בפועל</p> <p>4. איסוף מידע (ברמת הפרט) על קבלת שירותים מגורמים בקהילה במשך הנסוי</p>	<p>- סופס מחקר: "ראיון חוזר של המס העיקרי"</p> <p>- חומר המועבר בכתב על ידי ארגון הרווחה וקופ"ח בקהילה</p>

נושאי המחקר ושיטת ביצועו

נושאי המחקר היו:

- סוגי השירותים הניתנים באמצעות גמלת הסיעוד והיקפם,
- סוג והיקף השירותים המשלימים שמקבלים הזכאים מגורמים ציבוריים ופרטיים שלא במימון החוק,
- סוג והיקף השירותים שהקשישים אשר לא נמצאו זכאים לגמלת סיעוד, מקבלים או קונים,
- מידת שביעות הרצון של המטפלים בזכאים מן השירותים הניתנים באמצעות הגמלה,
- הצורך של הזכאים בשירותים נוספים, או בהיקף מוגדל של השירותים הניתנים בפועל,
- דפוסי מציאת נותן השירות בפועל ואופן שינוי תוכנית הטיפול,
- הבעיות בקבלת השירותים והגורמים שאליהם פונים כדי לפותרן,
- בנוסף על בחינת היבטים הקשורים למתן השירותים, נבחנה השפעת גמלת הסיעוד בתחומים הנאים:
- העדפות המטפלים לגמלה כספית או לגמלת שירותים,
- יכולת המטפלים להמשיך בטיפול והנכונות להעביר את הקשיש למוסד.

ביצוע הראיונות

המטפלים העיקריים רואיינו בשתי נקודות זמן:

א. שלב הגשת התביעה לקבלת גמלת סיעוד (מאי 1987 - פברואר 1988);

ב. שלב המעקב - חצי שנה ויותר לאחר הגשת התביעה (ספטמבר - דצמבר 1988);

המטפל העיקרי אותר על פי הנוהלים הבאים. פקידי התביעות שראינו את כל מגישי התביעות בררו בעת הראיון מי המטפל העיקרי לפי הקריטריונים הבאים: אדם המבצע בעצמו את עיקר הטיפול האישי כתובע ובסניבתו, ללא תשלום, או האחראי לארגון השירותים ועזרה הניתנים על ידי אחרים. כאשר אין מטפל מבני המשפחה אפשר לסווג כמטפל חבר או שכן. כשאינן גם כזה, אפשר לראות באיש מקצוע (עו"ס, אחות) מטפל עיקרי. ככל ארבעת היישובים גם יחד, שנהם נערך הניסוי, 541 קשישים הגישו תביעה לגמלת סיעוד. בשלב הגשת התביעה (שלב I) רואינו 428 מטפלים עיקריים². בשלב המעקב (שלב II) רואינו 326 מהם.

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

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

מכאן, ש-58% מהמטפלים העיקריים רואינו בשני שלבי המחקר. מן המטפלים העיקריים אשר רואינו בשלב ה-I רק שלושה רבעים גם רואינו בשלב ה-II, בשל הסיבות הבאות:

- (2) 113 מטפלים לא רואינו מהסיבות הבאות:
 - (א) חלק מהתביעות שהגיעו לסניפים כדואר לא אפשרו לברר מי המטפל העיקרי.
 - (ב) המטפל העיקרי סירב להתראיין
 - (ג) האחות לא הצליחה ליצור קשר עם המטפל העיקרי למרות מספר נסיונות.

**מספר
מטפלים**

סיבת אי ריאיון בשלב ה-II

30	סרוב, זתייה, התחמקות מראיון, ביקורי סרק
20	אשפוז במוסד
33	עברו למקום אחר, לא נמצא בכתובת, הכתובת לא נכונה
20	פטירת התובע ⁴

שלב המעקב החל כאמור בספטמבר 1988 ונמשך עד דצמבר 1988. הראיונות כוצעו על ידי 9 מראיינים, באמצעות שאלון סגור ומספר קטן של שאלות פתוחות. לשאלון היו שני חלקים עיקריים⁴ והם:

- א. שאלות על אספקטים של קבלת השירותים מהגורמים השונים.
 - ב. שאלות שהופיעו בשלב ה-I ושהתייחסו לנושאים של עומס וקשיים בטיפול.
- הראיונות ארכו 60 ל-120 דקות, וכדרך כלל התנהלו באוירה טובה ובשיתוף פעולה מלא מצד המטפלים העיקריים.
- כאמור הראיונות החלו להתכצע כחצי שנה לאחר סיום הניסוי במרץ 1988. יותר ממחצית מהמטפלים רואיינו כשנה לאחר הגשת התביעה לגמלת סיעוד וקביעת זכאות. מכאן שרוב רובם של הזכאים (90%) קיבל ביום הראיון במשך חצי שנה לפחות שירותים מכוח גמלת סיעוד.

(3) 44 מטפלים עיקריים של תובעים שנפטרו לפני ביצוע הראיון ה-II הסכימו להתראיין והם כלולים באוכלוסיית המרואיינים.

(4) ראה נספח 1.

תאור האוכלוסייה

מאחר ובדו"ח זה נבדקו שאלות הקשורות לשירותים שהקשישים קיבלו כפועל והן נבחנה עמדתם של המטפלים העיקריים בהם, נבחנו מאפייני שתי האוכלוסיות, אוכלוסיית הקשישים, המטפלים, והשפעות הגומלין של מאפייני האחת על השנייה.

כמוקד הניתוח תעמוד קבוצת התובעים שמטפליה רואיינו בשלב המעקב. בנוסף, מאפייניה יושוו, למאפייני כלל התובעים שהשתתפו בניסוי בסייעוד⁵ ולמאפייני הקשישים אשר תבעו גמלת סיעוד בשנה הראשונה להפעלת חוק סיעוד⁶, וכך תיבדק מידת ייצוגיותם את התובעים בארץ. השוואה זו רלבנטית לאפשרות להסיק מסקנות בנושאים חשובים כגון: מידת שביעות הרצון משירותים, קיום בעיות במתן שירותים, ביצוע תוכנית הטיפול כפועל וכו'. ניתוח מאפייני המטפלים העיקריים יתייחס בעיקר למטפלים אשר רואיינו בשלב המעקב, תוך השוואה למטפלים אשר רואיינו בשלב ה-I.

התובעים - זכאות ונתונים דמוגרפיים

69% מהתובעים הנמנים על אוכלוסיית המעקב נמצאו זכאים לגמלת סיעוד. מתוכם 74% לגמלה ברמה הנמוכה ו-22% לגמלה ברמה הגבוהה. בהשוואה, בשנה הראשונה להפעלת חוק סיעוד רק 56% מהתובעים נמצאו זכאים ו-15% בלבד היו זכאים לגמלה ברמה הגבוהה.

-
- (5) על ההפעלה הנסיונית של חוק ביטוח סיעוד ר' ב. מורגנשטיין, ש. בייץ-מוראי, ת. הרון, המוסד לביטוח לאומי, מפעלים מיוחדים מס' 33, 1989.
 - (6) ר' הפעלת חוק ביטוח סיעוד: סיכום נתונים מאפריל 1988 עד 1989; ב. מורגנשטיין, ש. בייץ-מוראי, א. זיפקין, המוסד לביטוח לאומי, סקר מס' 69, 1989.
 - (7) גמלת סיעוד ברמה נמוכה שווה ל-100% גמלת נכות ליחיד, ואילו גמלת סיעוד ברמה גבוהה שווה ל-150% גמלת נכות ליחיד.

לוח מס. 2: הזכאים לפי רמת הגמלה ולפי שלב ההפעלה

(אחוזים)

זכאי לגמלה		סה"כ		שלב ההפעלה
גבוהה	נמוכה	אחוזים	מספרים	
32	68	100	225	זכאים במעקב
35	65	100	320	זכאים בניסוי
28	72	100	20,966	זכאים בשנה הראשונה לביצוע החוק

השוואת רמות הגמלה מורה ששיעור ההזדקקות לעזרה רבה גבוהה בקרב הזכאים בתקופת ההפעלה הניסיונית של החוק מאשר בשנה הראשונה להפעלת החוק.

יש להניח שאחד ההסברים להבדל זה הוא שהפרסום שניתן לחוק בתקופת הניסוי היה מוגבל ביותר (בעיתונים המקומיים ולאנשי מקצוע) והמפנים העיקריים שהיו אנשי מקצוע שעבדו בשדה הפנו בעיקר קשישים שלהערכתם זכאים לגמלת סיעוד. הבדל זה ברמות התלות צריך יהיה להילקח בחשבון בעת הפקת לקחים, וכשייעלה ניסיון להקיש ממצאי המעקב על המצב הכללי בחוק.

בעובדה ששיעור ההזדקקות לעזרה באוכלוסיית הניסוי גבוה מאשר בקרב כלל התובעים בשנה הראשונה לביצוע חוק ביטוח סיעוד, יש כדי להסביר מספר הבדלים משמעותיים בין במאפייני שתי האוכלוסיות.

המשותף לשתיים הוא ההתפלגות לפי מין, בשתי האוכלוסיות שני שלישים מהתובעים היו נשים, והיתר - גברים. השונה הוא הרכב הגילים ומשקי הבית. מחצית התובעים בקבוצת המעקב היו בני 80 ויותר, לעומת 40% באוכלוסייה הארצית. 30% מקבוצת המעקב התגוררו לבד לעומת 44% באוכלוסייה הכללית.

מטפלים עיקריים^a

רוב רובם (90%) של המטפלים העיקריים הם קרובי משפחה של התובעים לגמלת סיעוד. 78% - קרובי משפחה מדרגה ראשונה (בן/בת זוג או ילדים). שני שלישים מהמטפלים הן נשים והיתר - גברים. ילדי התובעים הם קבוצת המטפלים הגדולה ביותר (41%).

לוח מס. 3: המטפלים העיקריים, לפי קירבה משפחתית לתובע ולפי מין המטפלים (אחוזים)

מין המטפל	סה"כ		בן/בת זוג	בן/בת	אח/אחות	בן משפחה אחר	שכן/חבר/מתנדב	אחר
	מספרים	אחוזים						
נקבה	217	100	28	43	2	13	1	13
זכר	105	100	54	36	1	6	2	1

יש לציין ש-54% מהגברים המטפלים, הם בני זוג ו-36% הם בנים ואילו מקרב הנשים רק 28% הן בנות זוג, 43% - בנות, ו-13% הן קרובות משפחה רחוקות יותר (במקרים רבים כלות הקשישים).

קבוצת המטפלים היא קבוצה הטרוגנית מבחינת הגיל. 18% מהם בני פחות מ-40. כ-40% בני 41 עד 59 והיתר (42%) - בני 60 ויותר. כצפוי רוב רובם של ילדי התובעים וקרובים אחרים נמנים על קבוצת הגיל הצעירה יותר (עד 59). יש לציין, שבקבוצת בני/בנות הזוג 20% נמנים אף הם על קבוצת גיל עד 59.

(8) נתוני פרק זה מתייחסים למטפלים אשר רואינו בשלב II במחקר, אלה מונים 73% מהמטפלים אשר רואינו בשלב I. לכן אפשר להקיש על כלל המטפלים כאיזורי הניסוי.

42% מהמטפלים עכדו מחוץ לבית בזמן הראיון, 26% - במשרה מלאה. שני שלישים מילדי התובעים עכדו לעומת 17% מבני/בנות הזוג. תחומי התעסוקה של המטפלים העיקריים מגוונים החל בעוכדים לא מקצועיים וכלה בנעלי מקצועות חופשיים. 16% מהמטפלים צמצמו את היקף עבודתם בשל הצורך לתת טיפול וכ-9% הפסיקו את עבודתם לגמרי מסיבה זו. יש לציין, ש-79% מהבנים המטפלים עובדים במשרה מלאה, לעומת 31% מהבנות ו-19% בקרב מטפלים אחרים. 34% מהבנים לעומת 20% מהבנות את היקף עבודתם צמצמו. יש להניח שהבדל זה נובע מכך שגברים עובדים בדרך כלל במשרה מלאה ולכן ההכרח לתת טיפול גורם לצמצום ניכר בהיקף משרה, ואילו בקרב הנשים אחוז יחסית גדול מועסק במשרה חלקית, ולכן היקף הצמצום קטן יותר. כמחצית המטפלים ציינו שבהשוואה לבני גילם מצב בריאותם סביר, והיתר השיבו שמצבם הכריאותי לא כל כך טוב או גרוע. שני שלישים מהמטפלים אשר הרגישו שמצב בריאותם גרוע היו בני/בנות הזוג. יש להעיר שגם בקרב בנות התובעים שיעור ניכר העריך את מצב בריאותן כלא טוב.

הבט נוסף של דפוס היחס בין המטפלים לטיפול הוא האינטראקציה בין סוג המטפל למאפייני התובע. לדוגמה השאלה האם בנות התובעים מטפלות בזכאים יותר מאשר בלא זכאים, או בקרב בני/בנות הזוג הדפוס דומה או שונה?

לוח מס. 4: המטפלים העיקריים, לפי קרבה משפחתית ולפי מין התובע
(אחוזים)

מין התובע	סה"כ באחוזים	בן/בת זוג	בן	בת	אחר
נקבה	100	27	11	36	26
זכר	100	57	13	13	17

ניתוח סוג המטפלים לפי מין התובע, מעלה שהטיפול בנשים תובעות מתחלק בין בנות, בני זוג וקרובי משפחה רחוקים יותר. לעומת זאת 57% מהתובעים הגברים מטופלים על ידי בת הזוג והיתר מטופלים על ידי מטפלים שונים. השוואת גיל התובעים לפי קרבת המטפל מעלה שכאשר בני תובעים הם המטפלים העיקריים, המטופל נוטה להיות מבוגר ביותר (בני +80). לדוגמה, כ-70% מהתובעים שבנים מטפלים בהם, הם בני +80, לעומת 59% בקרב אלה שבנות מטפלות ו-36% בהם בקרב אלה שבני/בנות הזוג מטפלים בהם. בנים גם נוטים יותר לטפל בהורה הבודד, ואילו את הבנות מציין יותר דפוס המגורים המשותף עם ההורים או עם ההורה.

ניתוח סוג המטפל לפי מצבו התפקודי של התובע, מעלה שנקרב המטפלים כתובעים הסיעודיים הקשים ביותר - קרי הזכאים לגמלת סיעוד בת 150 יש שיעור גבוה יותר של בני ובנות זוג. בקבוצה זו טיפלו יחסית פחות בנות, כלות, ולנסוף בנים ואחרים. חשוב לציין, שלא נמצא הבדל בין שיעור הנשים והגברים שטיפלו בבני זוגם במצב סיעודי קשה ביותר.

ממצא זה והמצאים אודות הבנים המטפלים מלמדים שגם אם שיעור הנשים הנושאות בנטל הטיפול גבוה מזה של הגברים, עומס הטיפול וקשייו אינם פחותים כאשר מדובר בגברים.

השירותים הניתנים בפועל והשירותים הרצויים

השירותים הניתנים בפועל

אחת ממטרות המעקב היתה לקבל מהמטפלים העיקריים מידע עדכני ומקיף לגבי השירותים הניתנים לקשישים מכוח חוק ביטוח סיעוד, וכנוסף לנסות לקבל מידע על שירותים הניתנים במימון אירגונים פורמליים אחרים (משרד הרווחה, קופ"ח) ועל שירותים הקנויים על ידי הקשיש ואו משפחתו.

צילום מצנת שירותים זו מאפשר לבחון את צורת ביצוע חוק סיעוד בפועל ואת היקפם היחסי של השירותים הניתנים במסגרת גמלת הסיעוד ובהשוואה למערכת השירותים הכללית, כפי שהתפתחו זמן קצר לאחר שהחוק נכנס לתוקפו.

יש לזכור, שהקף השירותים מתבסס על פי דיווח המטפלים העיקריים. דיווח זה עורר לא אחת את בעיות זיהוי נותן השירותים, ובעיקר את זיהוי מממן השירותים. לדוגמא, מספר מטפלים עיקריים דיווחו בעת הראיון שמממן השירות הוא ארגון מט"ב, למעשה אירגון זה הוא רק ספק השירות. זאת ועוד רבע מהמטפלים העיקריים בקשיש המקבל שירותים במימון המוסד לביטוח לאומי לא ידעה מהו חוק ביטוח סיעוד, כאשר נשאלו על כך.

לוח מס. 5: ידיעה מהו חוק ביטוח סיעוד, לפי קבלת שירותים בפועל
כשלב המעקב (אחוזים)

קבלת שירותים במימון גמלת סיעוד	סך הכל מספרים	אחוזים	יודע מהו החוק	לא יודע מהו החוק
מקבל	222	100	75	25
לא מקבל	97	100	45	55

יש להניח שאי-הידיעה מהו חוק ביטוח סיעוד נובע מכך שבתקופת הניסוי, הפרסום שניתן לחוק היה מועט ביותר, בחלקו, וחלק גדול מהפניות לביטוח הלאומי נעשה באמצעות אנשי מקצוע ולא באמצעות בני משפחה. סביר שביצעו האוניברסלי של החוק הגדיל את המודעות לחוק.

מבדיקת מקורות מימון השירותים הפורמליים (ציבוריים ופרטיים) עולה התמונה הבאה:

- 160 קשישים מקבלים שירותים במימון ציבורי בלבד.
 - 70 קשישים מקבלים שירותים במימון פרטי וציבורי גם יחד.
 - 22 מקבלים שירותים במימון פרטי בלבד.
 - 74 קשישים אינם מקבלים כל שירותים.
- מ-225 הקשישים המקבלים שירותים במימון ציבורי, 197 מקבלים שירותים אלה במימון ביטוח לאומי.

לוח מס. 6: הגורמים המממנים שירותים ציבוריים

אחוזים	מספרים	הגורם המממן
100	225	סה"כ
56	126	המוסד לביטוח לאומי בלבד
	{ 1	המוסד לביטוח לאומי וקופ"ח
4	10 { 8	המוסד לביטוח לאומי ומשרד הרווחה
	{	המוסד לביטוח לאומי, קופ"ח, משרד הרווחה
	{ 1	ובטחון
23	51	המוסד לביטוח לאומי ומימון פרטי
		המוסד לביטוח לאומי, מימון פרטי וגורם
5	10	ציבורי נוסף
9	19	קופ"ח או משרד הרווחה או השניים
4	9	קופ"ח, משרד הרווחה ומימון פרטי

ב-56% מהשירותים הציבוריים ממומנים על ידי המוסד לביטוח לאומי בלבד. 31% ממומנים על ידי המוסד לביטוח לאומי ועל ידי גורם נוסף (ציבורי, פרטי או השניים). 13% מהשירותים ממומנים על ידי קופ"ח, משרד הרווחה או בתוספת למימון פרטי.

לוח מס. 7: זכאות לגמלת סיעוד, לפי מקור מימון לשירות (מספרים)

מקור מימון	סה"כ	לא זכאי	זכאי ל-100%	זכאי ל-150%	לא נקבעה זכאות
אינם מקבלים שירותים	74	56	*9	*9	2
פרטי בלבד	22	16	*4	*2	-
ציבורי בלבד**	160	24	99	37	-
ציבורי ופרטי**	70	5	42	23	-
סה"כ	326	99	154	71	2

* מדובר בתובעים אשר נמצאו זכאים אולם בזמן הראיון לא קיבלו שירותים בשל אישפוז, מחלה, סרוב, הפסקה זמנית וכו'. כן יש להוסיף שדיווח על אי קבלת שירותים התקבל מהמטפל העיקרי בלבד, בלא בדיקה ואימות נוספים ** אי ההתאמה במספר המקבלים שירותים במימון ציבורי בין לוח 6 ללוח מס' 7 נובעת מהנתונים החסרים כלוח מס' 6.

מן הלוח עולים הממצאים הבאים:

- 56% מהתובעים שנדחו, לא קיבלו שירותים מארגונים בקהילה ולא קנו שירותי סיעוד באופן פרטי.
- 16% מהתובעים שנדחו קנו שירותים באופן פרטי.
- 29% מהנדחים (28 איש) קיבלו בזמן המעקב שירותי סיעוד שלא במסגרת חוק ביטוח סיעוד, ומקורות המימון העיקריים לשירותים אלה היו קופ"ח ומשרד הרווחה.

יש לציין, כי סובם שבאזורי הניסוי, בעיקר בתקופת הניסוי, קופ"ח ושירותי הרווחה המקומיים יוסיפו מספר שעות שירות גם לתובעים שנמצאו זכאים לגמלת סיעוד. כן יש להוסיף, שכל הארגונים באזורי הניסוי גילו מעורבות ורצון לעזור לאוכלוסייה הסיעודית. לא ברור באיזו מידה השלמת השירותים נמשכת באזורים אלה גם מאז תום תקופת הניסוי והמעקב. השאלה החשובה, היא האם לאחר התחלת ביצוע החוק ברחבי כל הארץ הגורמים המקומיים משלימים שירותים לזכאים, והאם ארגונים אלה מממנים שירותים לקשישים, שתביעתם נדחתה.

לשם מיפוי כלל השירותים שמממנים הגורמים השונים, נימנו בפני המטפלים העיקריים סוגי השירותים השונים הכלולים כסל השירותים של חוק סיעוד, והם נתבקשו לציין לגבי כל שירות האם הוא נקנה באופן פרטי, ואם לאו - מי המממן, ובאיזה היקף.

לוח מס. 8: מקבלי שירותים מגורם ציבורי, לפי סוג השירות ולפי הגורם המממן
(מספרים)

מספר	קופ"ח	משרד הרווחה	המוסד כיטוח לאומי	מימון ציבורי	סוג השירות
2	-	2	100	104	טיפול משולב (אישי ומשק בית)
-	7	7	60	74	טיפול אישי בלבד
-	2	14	46	62	משק בית בלבד
-	1	4	15	21	השגחה בלבד
-	-	7	27	34	מרכז יום
-	-	-	29	29	חיתולים

כפי שאפשר לראות בלוח, המוסד לביטוח לאומי הוא המממן העיקרי של הטיפול המשולב ושל שירות החיתולים. באופן מסורתי, משרד הרווחה נוטה יותר לממן עזרה ביתית, ואילו קופ"ח ומשרד הרווחה משתתפים במידה שווה במימון הטיפול האישי. בדיקת שירותי הסיעוד הנקנים במימון פרטי העלתה, שמימון זה שימש בעיקר לעזרה ביתית ולשהיה במרכז יום.

הלוח הבא מציג את דיווח המטפלים העיקריים על היקף השירותים שנקנו או סופקו (מספר השעות בשבוע ומספר הימים). יש להדגיש, שהמטפלים התבקשו בעת הראיון לספר כמה שעות שירות קיבלו בפועל, בלא קשר לרמת הזכאות של הקשיש. חלק מהמטפלים התלבטו במהלך הראיון בין "הנאמנות" לנותני השירות ל"נאמנות" לאמת. אין לנו כל אפשרות לקבוע באיזו "אמת" הם בחרו לבסוף. בשאלה מסכמת הם התבקשו לציין כמה שעות עזרה בשבוע ניתנות לקשיש, בסה"כ, וכמה שעות בשבוע נקנות באופן פרטי.

לוח מס. 9: היקף העזרה הציבורית והפרטית, לפי סוג השירות (אחוזים)

היקף העזרה								סך הכל		סוג השירות
מספר הימים בשבוע				מספר השעות בשבוע*				מספר אחוז		
7-5	4-3	2-1	אחוזים	+19	18-13	12-9	8-1			

טיפול אישי ועזרה במשק בית										
59	36	5	100	8	27	52	13	100	104	ציבורי**
64	18	18	100	28	-	36	36	100	22	פרטי
טיפול אישי בלבד										
50	35	15	100	12	21	28	39	100	74	ציבורי
60	20	20	100	20	27	13	40	100	15	פרטי
עזרה במשק בית										
9	13	78	100	3	3	13	81	100	62	ציבורי
23	-	77	100	4	-	-	96	100	31	פרטי
השגחה										
30	35	35	100	10	10	18	62	100	21	ציבורי
60	15	15	100	53	16	5	21	100	20	פרטי
מרכז יום***										
32	45	24	100						34	ציבורי
35	53	12	100						28	פרטי

* ההתפלגות מתייחסת לכל סוג שירות בנפרד.

** כולל עזרה ציבורית במימון המוסד לכיטוח לאומי ובמימון גורמים אחרים. בשל מיעוטי הקשישים שקיבלו עזרה במימון גורמים אחרים לא נעשתה ההפרדה בין שני מקורות המימון.

*** אין דיווח על מימון מרכזי היום לפי השעות, אלא רק לפי מספר הימים בשבוע.

כפי שצויין, הלוח משקף את מספר הקשישים שקיבלו שירותים שונים, ולא את היקף העזרה שהקשישים קיבלו לפי תוכנית הטיפול של הוועדה המקומית. כמחצית (46%) מכלל הזכאים קיבלו טיפול משולב במימון ציבורי. 79% מהם קיבלו טיפול בהיקף כן 9-18 שעות. יש לציין, שלפי דיווח המטפל, 8% קיבלו טיפול בהיקף כן 19 שעות ויותר. מספר שעות זה גדול גם ממספר שעות הטיפול הניתנות כמסגרת גמלה מוגדלת. כמו כן יש לתת את הדעת לכך, ששיעור ניכר מהקשישים מקבל עזרה במימון פרטי וציבורי גם יחד רוב ימות השבוע (5 ימים ויותר).

שעות הטיפול האישי בלבד, שונה למדי, אולם גם כשמדובר בשירות זה הנטייה היא לתת אותו רוב ימות השבוע. עזרה ביתית היא שירות שניתן בהיקף מצומצם, הן מבחינת מספר השעות (עד 8 בשבוע) והן מבחינת מספר הימים בשבוע (1-2). יש לציין, ששירות השגחה ניתן ונקנה על ידי מספר שווה של אנשים. יש הבדל מהותי בין היקף העזרה הניתנת לזו הנקנית. היקף ההשגחה הניתנת במימון ציבורי הוא על פי רוב (62%) עד 8 שעות בשבוע; ואילו ההשגחה במימון פרטי מגיעה ביותר ממחצית מהמקרים ל-19 שעות ויותר (במקרים מסוימים מדובר, למעשה, ב-24 שעות). דוגמא לסידור כזה היא מטפלת המתגוררת עם הקשיש. ההבדל בין מספר שעות ההשגחה משתקף כמובן, גם בין מספר ימי ההשגחה. כאמור, מטפלים רבים מממנים ביקורים של קשיש במרכז יום; שיעור ניכר (88%) מממן 3 ימי ביקור בשבוע ויותר. מימון ציבורי עבור מרכז יום אף הוא ניתן במקרים רבים ל-3-4 ימים בשבוע.

לוח מס. 10: תוכניות הטיפול לזכאים, לפי מרכיבים עיקריים (אחוזים)

210	סה"כ מספרים
100	סה"כ אחוזים
40	טיפול משולב* בבית (כולל השגחה)
18	בעיקר טיפול אישי (כולל תוספת מוצרי ספיגה, השגחה)
14	טיפול אישי ועזרת בית בלבד
12	מרכז יום וטיפול אישי
9	עזרת בית בלבד
4	השגחה בלבד
3	מרכז יום בלבד

* תוכנית טיפול משולב כולל טיפול אישי ועזרה במשק הבית.

בחינת תוכניות הטיפול לזכאים* מאירה את המגמות הבאות:

- הזכאים לגמלת סיעוד בישובי המעקב נהנו ממגוון רחב למדי של תוכניות טיפול אשר הורכבו מסל השירותים הבסיסי. המטפלים העיקריים דיווחו על 13 קומבינציות של תוכניות הטיפול.
 - 85% מתוכניות הטיפול ניתנו בבית הקשיש, ו-15% - במרכז יום. רק 3% מהתוכניות ניתנו במרכז יום בלבד, ובכל היתר התוכנית כללה נוסף על מרכז יום, עזרה ביתית או טיפול אישי.
 - 77% מהזכאים קיבלו טיפול אישי בבית, כחלק מתוכנית הטיפול.
 - תכניתם של 4% בלבד מהזכאים כללה השגחה בלבד, ל-9% בסך הכל נקבע שיש לתת להשגחה מיוחדת כמסגרת תוכנית הטיפול.
 - ל-9% מהזכאים נקבע, שהתוכנית תכלול עזרה ביתית בלבד; ול-15% בסך הכול נקבע שעזרה ביתית תהיה חלק מתוכנית הטיפול.
 - 13% קיבלו חיתולים כחלק מתוכנית הטיפול שלהם. לשיעור ניכר מהזכאים ניתן נוסף על שירות החיתולים גם טיפול אישי בבית.
- כפי שצוין, בחינת סוג השירותים אשר נקנו על ידי הזכאים באופן פרטי מלמדת, ששירותים אלה כוללים בעיקר מרכז יום, עזרה בבית והשגחה. יש להניח, שבתהליך קביעת תוכנית הטיפול בין המשפחה לוועדה המקומית, קצבת הסיעוד מוענקת בעיקר לשירותי טיפול אישי, והמשפחה מממנת שירותים נלווים. מרכז יום מיועד גם למתן טיפול סיעודי, אולם הוא כולל בנוסף שירותים חברתיים ותומכים.

(9) דיון מפורט בנושא תוכניות הטיפול כניסוי ר' ב. מורגנשטיין, ש. כייץ-מוראי, ת. הרון "ההפעלה הנסיונית של חוק ביטוח סיעוד, מפעלים מיוחדים מס' 33 המוסד לביטוח לאומי.

בבחינת תוכניות הטיפול לפי רמות הזכאות נמצא, שלשיעור ניכר מהזכאים ל-100% גמלה נקבעה תוכנית טיפול הכוללת טיפול משולב. זאת - לעומת 33% מהזכאים ל-150% גמלה. מאידך גיסא לשיעור זה (33%) נקבעה תוכנית טיפול הכוללת בעיקר טיפול אישי בלבד, וזאת - לעומת 14% מהזכאים לגמלה ברמה הנמוכה. כמצופה, בדיקת תוכניות הטיפול לפי רמות המוגבלות מלמדת, שתוכניות הטיפול האופייניות לזכאים לגמלה ברמה הנוכה (100%) כוללות שירותי מרכז יום ועזרה ביתית, ואילו תוכניות הטיפול האופייניות לזכאים לגמלה בשיעור המוגדל כוללות על פי רוב טיפול אישי, ובמידה פחותה בהרבה עזרה ביתית או מרכז יום. יש לציין, שבניגוד לציפיות גם באוכלוסייה המוגבלת ביותר לא הופיע בשכיחות רבה שירות ההשגחה. יש להניח, שהסיבה העיקרית לדבר היא שבכל טיפול בקשיש יש אלמנט של השגחה, ורק מעט מאוד קשישים שנזקקו בפועל להשגחה בלבד. ל-75% מהזכאים היתה מטפלת אחת, ל-21% - שתיים, ורק למספר מועט (9 קשישים) היו 3 או 4 מטפלות או עוזרות. מספר המטפלות קשור, כמובן, למספר שעות הטיפול והעזרה שהקשיש מקבל או קונה.

לאחר שדיווחו במפורט על סוגי השירותים אשר הקשיש מקבל או קונה, התבקשו המטפלים לסכם: א. כמה שעות עזרה בשבוע קונים הקשיש או משפחה (בממוצע); ב. כמה שעות בשבוע מקבל הקשיש במימון ציבורי (בממוצע).

יש להקדים ולומר, שהיקף שעות העזרה הניתנת במימון פרטי היה בגדר נעלם. אולם הציפיה היתה, שמספר שעות העזרה לזכאים יחפוף פחות או יותר למספר השעות הממומנות באמצעות הגמלה (כ-10-11 שעות כשהגמלה בת 100% ו-15-16 שעות כשהגמלה בת 150%).

טווח שעות העזרה הנקנית במימון פרטי נע בין 4 ל-170 שעות בשבוע. כמחצית הקשישים קונים עד 8 שעות עזרה בשבוע, והשאר - יותר. כפי שצויין, למספר מועט של קשישים יש מטפלת 24 שעות ביממה, והדבר מגדיל כמובן, את הממוצע הכללי לעזרה בשבוע המגיע ל-25 שעות. ביותר ממחצית המקרים (52%) השירות הנקנה בהיקף של 8 שעות בשבוע מיועד לעזרה ביתית, ולעומתו השירות הנקנה בהיקף גדול יותר מיועד לטיפול אישי ולהשגחה.

לוח מס. 12: שעות העזרה הציבורית לפי רמת הזכאות (אחוזים)

רמת הזכאות	סה"כ		מספר שעות העזרה הציבורית בשבוע					
	מספרים	אחוזים	8-1	11-9	15-12	18-16	+19	בממוצע
לא זכאי*	28	100	50	25	14	5	6	8.2
זכאי ל-100%	128	100	21	25	30	13	11	12.3
זכאי ל-150%	57	100	14	5	23	39	19	15.2

* כולל קשישים שלא נמצאו זכאים אולם קיבלו עזרה במימון גורמים בקהילה.

ביחס למספר שעות העזרה הניתנת לזכאים יש לציין, שהממצאים מפתיעים בשני הכיוונים. לפי דיווח המטפלים העיקריים, שיעור משמעותי של הקשישים (21%) מקבלי 4, 5 או 6 שעות עזרה בשבוע. אולם שיעור גבוה יותר (24%) מקבל 16 שעות עזרה בשבוע ויותר.

הממצא המתייחס לזכאים לגמלה בת 150% מצניעה על שעות חסר. 42% מהזכאים מקבלים פחות מהאמור בחוק ו-19% מקבלים הרבה יותר מהאמור. אין לשכוח שתוכניות הטיפול כוללות גם מוצרי ספיגה, ארוחות וכביסה, מרכיבים אשר אינם נכללים בשעות הטיפול.

מספר שעות העזרה הממוצע, קרוב למספר השעות שנקבע בחוק.

מבדיקת הקשר בין מספר שעות העזרה הניתנת כמימון ציבורי לבין מספר השעות הקנויות מתברר, שכאשר לא ניתנת עזרה ציבורית כלל, אנשים נוטים לקנות שירותים בהיקף מצומצם (עד 8 שעות בשבוע), ומיעוטם קונה שירותים בהיקף רחב. לעומת זאת, גידול בהיקף מספר שעות העזרה במימון ציבורי מלווה בגידול מספר השעות הקנויות. דפוס זה כוודאי קשור לרמת המוגבלות של הקשיש. אי מתן גמלת סיעוד מעיד, כמובן, על מוגבלות מועטה, ולכן גם היקף השירותים הנקנים, במימון פרטי נמוך, יחסית, וכפי שראינו מיועד במידה רבה לעזרה ביתית ולמימון שהייה במרכז יום. לעומת זאת ככל שרמת המוגבלות חמורה יותר, גדל

הצורך להשלים שירותים אלה בשירותים הנקנים במימון פרטי. יש לציין, ששירותים בהיקף רחב (יותר מ-15 שעות בשבוע) ניתנו בעיקר במסגרת תוכניות הטיפול אשר כללו טיפול אישי כחלק מתוכנית משולבת או כמרכיב עיקרי בתוכנית).

שירותים שהופסקו

73 מטפלים (23%) דיווחו, שהשירותים, שניתנו למטופלים על ידם במימון קופ"ח או שירותי הרווחה, הופסקו; 80% ממטופלים אלה נמצאו זכאים לגמלת סיעוד, ומכאן שהרצף בהספקת השירותים לא נפסק. 60% מהשירותים שהופסקו היו טיפול אישי, ו-14% - עזרה ביתית. קשישים נוספים קיבלו מימון לשהייה במרכז יום, להשגחה, לליווי ולסידורים (הבאת תרופות, קניות).

שירותים רצויים

בבחינת השירותים הרצויים נעשה ניסיון לבדוק עם המטפלים בקשישים הזכאים לגמלת סיעוד את ההיבטים הבאים:

- האם, לפי דעתם, יש להרכיב את תוכנית הטיפול משירותים שאינם ניתנים בפועל?

- האם, לפי דעתם, יש להוסיף שעות לשירותים הקיימים?

לוח מס. 13: מידת העניין בשינוי השירותים, לפי רמת הזכאות (אחוזים)

רמת זכאות		מידת העניין
גמלה כת 150%	גמלה כת 100%	
61	*137	סה"כ (מספרים) (אחוזים)
100	100	
49	60	מעוניין בשינוי
51	40	לא מעוניין בשינוי

* 17 מטפלים לא ענו לשאלה זו.

112 מטפלים (57%) מעוניינים בשירותים מסוג שאינו ניתן לקשישים הסיעודיים. שיעור המעוניינים בשינוי בקרב המטפלים בקשישים הזכאים לגמלה בת 100% גבוה קצת יותר מאשר בקרב המטפלים בקשישים הזכאים לגמלה בת 150%. יש לציין, שלא נמצאו הבדלים משמעותיים בשיעור המעוניינים בשינוי לפי השירותים הניתנים בפועל באמצעות גמלת הסיעוד. נראה שכאשר התוכנית משולבת, העניין בשינויים קטן יותר מאשר כשמדובר בתוכניות אחרות.

כבחינת סוגי השירותים, שהמטפלים ביקשו עבור הקשישים הנתונים לטיפולם, צוינו שירותים שכבר כלולים בסל השירותים של גמלת הסיעוד, אך גם שירותים רבים אחרים.

שירותים	מספרים	שיעור מכלל המבקשים
---------	--------	--------------------

שירותים הכלולים בגמלת הסיעוד

19	28	טיפול אישי
16	23	עזרה ביתית
3	4	כביסה
8	12	מרכז יום
23	33	השגחה (כוללת 24 שעות ביממה)
3	5	חיתולים
10	15	ארוחות חמות*
20	17	סידורים, קניות, הסעה ליווי
20	29	ביקור חברתי, שיחה, קריאת עיתון**
		טיפול בשעות לא שגרתיות (ערב, לילה)
12	17	מטפלת מיוחדת

שירותים שאינם כלולים בגמלת הסיעוד

8	12	גמלה כספית***
7	10	פיסיותרפיה
6	9	תיקונים בכית
3	4	עזרה נפשית
4	6	ציוד רפואי

* כל השירותים הניתנים במסגרת גמלת הסיעוד כולל הובלת ארוחות חמות, אולם לא את הארוחות עצמן.

** למעשה, שירותים אלה יכולים להיות כלולים בסעיף "השגחה", הכלול בסל הסיעוד.

*** גמלה כספית ניתנת לזכאי רק כאשר אין בנמצא שירותים זמינים.

לפי הלוח, מטפלים רבים הביעו צורך בשירותים נוספים שכבר כלולים בסל השירותים שמציע חוק ביטוח סיעוד, או שיש צורך לפתחם (ארוחות חמות). הרחבה בהגדרת תפקידי נותן השירות (סידורים מחוץ לבית וקניות) עשויה להקל על מטפלים עיקריים רבים. בדומה, הגמשת השירותים הקיימים (מתן שירות בשעות הערב ובליילה) והתאמתם למטופלים ספציפיים יביא להלימה טובה יותר של המענים לצרכים.

חשוב לציין, שהצורך בשירותים נלווים (פיסיותרפיה, תיקונים, ציוד רפואי) צוין על ידי שיעור נמוך מהמטפלים. הדבר מעיד, שהשלמת השירותים באמצעות קופ"ח ומשרד הרווחה עשויה לעזור במידה משמעותית בתחומים שאינם מכוסים על ידי חוק ביטוח סיעוד.

המרכיב השני בשאלת ההלימה בין השירותים שניתנים בפועל לבין הצרכים, כפי שרואים זאת המטפלים העיקריים, היא הערכת מידת הצורך בשעות נוספות לשירותים הקיימים.

134 המטפלים בזכאים לגמלת סיעוד (63%) סברו, שיש להגדיל את מספר שעות השירותים הניתנים לקשיש במסגרת תוכנית הטיפול. לא נמצא כל הבדל בהערכת צורך זה בין המטפלים בקשישים הזכאים לגמלה בת 100%, לאלה המטפלים בקשישים הזכאים לגמלה בת 150%.

לוח מס. 15: השעות הנוספות הדרושות לטיפול לפי רמת הזכאות (אחוזים)

מספר השעות הדרושות					המטפלים		רמת זכאות
+19	18-16	15-12	11-9	8-1	אחוזים	מספרים	
19	4	13	10	54	100	157 139	סה"כ
14	5	12	10	59	100	92	זכאים ל-100%
30	5	11	12	40	100	42	זכאים ל-150%

מתברר, שכמחצית המטפלים שביקשו להקצות להם שעות נוספות ביקשו תוספת של עד 8 שעות בשבוע. השאר - יותר.

למרות שלא נמצא הבדל בשיעור הזקוקים לעזרה לפי רמות הגמלה, נמצא ששעות עזרה רבות יותר נדרשו עבור קשישים המקבלים גמלה בת 150% (19 שעות ויותר נחוצות ל-14% מהמקבלים גמלה בת 100% ול-30% מהמקבלים גמלה בת 150%).

להלן יושווה מספרן הממוצע של השעות הניתנות בפועל למספרן הממוצע של השעות הנדרשות, לפי רמת הזכאות.

לוח מס. 16: המספר הממוצע של השעות השבועיות הניתנות והנחוצות

לפי רמת הזכאות*
(ממוצע שעות בשבוע)

זכאים לגמלה		לא זכאים לגמלה	
בת 150%	בת 100%		

27.6	31.0	14.1	ניתנות במימון פרטי
15.2	12.3	8.2	ניתנות במימון ציבורי
14.3	9.8	14.0	נדרשות כתוספת

* מספר השעות הממוצע חושב לפי מספר הקשישים שקיבלו או קנו שירותים בפועל.

בלות זה כולט, שתוספת שעות צוינה יחסית יותר על ידי המטפלים בקשישים שאינם זכאים לגמלת סיעוד, ובאלה הזכאים לגמלה בשיעור מוגדל. בדיקת הקשר בין מספר השעות הנחוצות לאלה הניתנות בפועל במימון (פרטי וציבורי) העלתה מתאם חיובי מובהק בין מספר השעות הנחוצות למספר השעות הנקנות באופן פרטי וקשר חיובי חלש יותר, אם כי מובהק, בין מספר השעות הנחוצות למספר השעות הניתנות במימון ציבורי.

ביצוע תוכנית הטיפול

מתן שירותים לזכאי כאמצעות גמלת סיעוד הוא פרי תהליך מורכב למדי, המשלב את עבודת חברי הוועדות המקומיות עם עבודת השדה של עובדים סוציאליים ואחיות קופ"ח. תפקידיה של הוועדה המקומית¹⁰ לקבוע אלו שירותים יקבל הזכאי ומי יספק את השירותים ולוודא שכל שירות שהוזמן אכן מבוצע. על פי המודל שנקבע בחוק, החלטות הוועדות מתבססות, כאמור, על בדיקותיהם ועל המלצותיהם של העובדים המקצועיים הישירים בסוגיות הנאות: קביעת תוכנית הטיפול, מקבל הגמלה הכספית, סירוב לקבל שירותים וקביעת "עובד מקצועי אחראי". בעת הראיון נשאלו המטפלים העיקריים כיצד יישום החוק מתבצע בפועל, מי מצא את המטפלת, כיצד נקבעה תוכנית הטיפול, וכיצד נערכים השינויים בתוכנית?

יש לציין, שבני המשפחה (בעיקר המטפל העיקרי) של-42% מהזכאים מצאו בעצמם את נותן השירותים. בהתייחס ל-30% נוספים היתה זו העובדת הסוציאלית. ביתר המקרים היו אלה אחראית מט"ב, אחות, פקיד המוסד לביטוח לאומי או שכנים. ב-60% מהמקרים המשפחה קבעה מה יעשו נותני השירות, ב-26% - העובדת הסוציאלית, וביתר - אחראית מט"ב או אחות. כ-88% מהמקרים תפקידי נותן השירות לא השתנו. כאשר דווח על שינויים, לא היו אלה שינויים מהותיים, ולמעשה דובר בשינויים קלים, כגון: קניות במקום ניקיון וכו'. מהנתונים עולה שלבני המשפחה, בעיקר למטפלים העיקריים, יש תפקיד מרכזי במציאת נותן השירות ונקביעת תוכנית הטיפול. יש לחזור ולהדגיש, שרק לקראת סיום הניסוי הוחלט, שנותן השירות יהיה עובד השייך לחברה מאורגנת. יש להניח, שכאשר נותן השירות היה עובד שאינו שייך לחברה כזאת, בני המשפחה נטלו חלק באיתורו ובפיקוח על עבודתו. ההשלכות של שינוי סטטוס נותן השירות על מעורבותם של בני המשפחה באיתור, בפיקוח וקביעת התוכנית טעונות בדיקה במסגרת הביצוע האוניברסלי של החוק. כמחצית המטפלים (54%) ניסו לשנות

(10) פירוט תפקידי חברי הוועדה מופיעה בפרסום פנימי של מחלקת סיעוד, המוסד לביטוח לאומי, 1989.

(11) יש לומר, שבמשך כמחצית שנתו הראשונה של הניסוי, אפשר היה להעסיק מטפלות לא מאורגנות, (כגון: שכנה, חברה וכו') אפשר להניח שזו הסיבה לכך ששיעור גבוה מהמטפלים העיקריים דיווחו שהם מצאו את המטפלת בכוחות עצמם.

את טיב העזרה שהקשיש מקבל. רוב רובם (76%) דיברו על כך עם נותן השירות, 17% פנו לעו"ס ובמקרה אחד בלבד לאחות), וביתר המקרים פנו לארגון המעסיק את נותן השירות. רוב רובם של המטפלים בזכאים (82%) ציינו, שהם יודעים מי הוא העובד המקצועי האחראי לביצוע תוכנית הטיפול שלהם, ורובם ציינו שאף התקשרו אליו. כצפוי, שיעור המטפלים המכירים את איש המקצוע גדול יותר כאשר הזכאים מקבלים טיפול אישי או טיפול משולב בתוך הבית, וקטן יותר בקרב המקבלים את השירות במרכז יום או בקרב המקבלים עזרה ביתית. יש לציין ש-73% מהעובדים האחראים זהו כעובדים סוציאליים, 7% - כאחיות (11 במספר), והיתר (20%) - כעובדים של מט"כ, עובדי ביטוח לאומי, משרד הכטחון או ארגון פרטי.

אחד הנושאים המטרידים את מפעילי חוק ביטוח סיעוד הוא התופעה של תשלום כסף נוסף למטפלת. מיותר להדגיש, כי יש חשש שנורמה של תוספת כסף תפגע במרקם האוניברסליות של החוק ואחידותו. חשש נוסף הוא, שתפתח אבחנה בין זכאים מועדפים למועדפים פחות ואף תעורר בקרב נותני השירותים מערכת ציפיות שלא כל הזכאים ומשפחתם יוכלו לעמוד בה. כראיון עצמו המטפלים נשאלו שאלה ישירה, האם הם משלמים למטפלת, ואם כן עבור מה? כהתייחס לממצאים בסוגיה זו יש להדגיש כמובן, את היעדר האפשרות לאמת את תשובת המטפלים.

44 מטפלים בזכאים (21%) השיבו, שהם או הקשיש משלמים סכום כסף לנותן השירות. לא נמצא הכדל בשיעור הקשישים המוסיפים סכום כסף לפי רמת זכאות. לשאלה מי ביקש את התשלום התקבלו מהמטפלים בזכאים התשובות:

<u>מספר המשיבים</u>	
18	- נותן השירות עצמו
8	- הארגון ששלח אותה
11	- המשפחה הציעה
14	- אחר, לא ידוע
התשלום הנוסף ניתן עבור המרכיבים הנאים:	
<u>מספר המשיבים*</u>	
23	- השעות שהמטפלת חייבת בהן
20	- תוספת שעות טיפול
7	- נסיעות

* מספר מטפלים ציינו יותר ממרכיב אחד לתוספת. התוספת לחודש ששולמה במחירי 1988 נעה בין 10 ל-888 ש"ח.

לוח מס. 17: סכום התשלום הנוסף למטפלת (אחוזים)

שיעור המוסיפים	הסכום (ש"ח)
33	100-10
27	200-101
24	400-201
16	888-401

לגבי 7 מטפלים אין מידע על גובה התשלום הנוסף.

מבדיקת הקשר בין סכום התוספת לגורם שיזם אותה, מתברר שכאשר מדובר בסכומים הגבוהים יותר - שיעור גבוה מנותני השירות הוא שביקש תוספת זו ובהתייחס לסכומים הנמוכים - בדרך כלל המשפחה היא שיזמה את התשלום.

כתינת מרכיבי התופעה העלתה, שחלק מהתשלום הנוסף, בעיקר מזה הגבוה, מיועד להגדלת מספר שעות הטיפול בבית או מספר ימי השהייה במרכז-יום. שיעור התוספת גבוה יותר כשמדובר בזכאים הזקוקים להשגחה או לטיפול אישי.

בעיות בטיפול

אחד ההיבטים שנבחנו בניסוי בהתייחס לביצוע חוק ביטוח סיעוד היה זיהוי בעיות שהתעוררו במתן השירותים, סוגי הבעיות והיקפן.

לוח מס. 18: בעיות בטיפול לפי רמת הזכאות (אחוזים)

בעיות בטיפול				סה"כ		גובה גמלת הזיכוי
לא ידוע	חמורות	מעטות	אין	אחוזים	מספרים	
8	5	13	74	100	146	100%
16	9	13	62	100	69	150%

70% מהמטפלים בזכאים ציינו שלא התעוררו כלל בעיות בטיפול, ו-13% ציינו שהתעוררו בעיות קלות. 6% מהמטפלים עיקריים (13 איש) ציינו שהתעוררו בעיות חמורות בטיפול.

כדי להבין טוב יותר מה הן התלונות, התבקשו המרואיינים להתייחס למספר בעיות אופייניות בטיפול, לציין האם נתקלו בבעיה זו ואם כן למי פנו לשם מציאת פתרון. גם כשמדובר בבעיות ספציפיות שיעור לא גבוה ציין את קיומן. הבעיות שצוייננו בשכיחות גבוהה יחסית היו: - המטפלת לפעמים אינה מגיעה לעבודה (20%), - המטפלת יוצאת לפני השעה היעודה (16%), המטפלת מאחרת (12%), המטפלות מתחלפות לעתים תכופות (12%).

כמונחים כל-ארציים יש להדגיש כי גם בעיה שמופיעה בקרב כ-15% ממקבלי השירותים מקיפה יותר מ-1,000 קשישים (מ-22,000 מקבלי שירותים בפברואר 1990).

לוח מס. 19: קיום בעיות וגורמי פנייה לעזרה (מספרים)

למי פנו					שכיחות הבעיה*	סוג הבעיה
לא פנו	המטפלת	אחות	עובד	עו"ס		
לאיש	עצמה	מרפאה	מארגון	מלשכה		

נוכחות נותן השירות - איחורים	היעדרויות**	יציאה לפני הזמן	שעות עבודתה אינן***	מתאימות לזכאי	אינה עושה מה שצריכה	הטיפול אינו טוב****	יחסים לא טובים עם הזכאי	מתחלפות לעיתים תכופות
26	43	34	25	18	15	9	26	
8	8	5	5	4	1	1	6	
5	11	3	6	-	2	1	8	
-	-	1	-	1	-	-	-	
1	1	1	1	-	1	-	-	
12	21	20	11	1	7	5	8	

- * מספר המטפלים שציינו את הבעיה
- ** התלונות התייחסו לאי עמידה במסגרת השעות, בין אם המטפלת סיימה ובין אם לא סיימה את הנדרש.
- *** התלונות התייחסו בעיקר לכך שמספר השעות אינו מספיק.
- **** התלונות התייחסו גם ליציאת המטפלת לפני סיום חובותיה, שוב על כך שעוזבת לפני שגומרת לנקות וכו', או וגם להיקף בלתי מספיק של השעות לצרכים.

תהא התלונה אשר תהא, מחצית המתלוננים אינם עושים דבר בעניינה. כרבע פונים לעו"ס, וכרבע פונים לאדם האחראי בארגון נותן השירותים.

התבוננות בלוח ובחינת תשובות פתוחות של המטפלים העיקריים מלמדת, שהתלונות התמקדו בעניין מספר שעות הטיפול יחסית יותר מאשר בעניין איכות הטיפול. מעניין, שגם כאשר התלוננו על טיפול לא טוב, או על יחסים לא טובים עם המטפלת, למעשה התייחסו לכך שהמטפלת מחשבת את זמן הנסיעה כחלק משעות העבודה, ממחרת הביתה לטפל בילדים או מביאה את הילדים לעבודה.

שני הגורמים העיקריים, שאליהם פונים המטפלים לשם פתרון בעיות, הם העובדים הסוציאליים או הארגון האחראי על נותן השירות. יותר ממחצית המטפלים (54%) שציינו כי יש בעיה, או בעיות, בטיפול דיווחו על בעיה אחת או שתיים. עוד 33% דיווחו על שלוש או על ארבע בעיות, ו-13% ממטפלים אלה התלוננו על בעיות רבות השייכות בקבלת השירותים.

הקשר בין הערכה כוללנית של הטיפול (קיום או אי קיום בעיות) לבין תלונות נתחומים ספציפיים של הטיפול מבליט את מורכבות נושא הערכת איכות הטיפול.

מהנתונים עולה, שגם אם צוינו בעיות בנושאים ספציפיים ההתרשמות הכללית של המטפלים מהטיפול במקרים רבים חיובית. נמצא שכאשר הבעיה מתייחסת למספר השעות או לארגון, כגון: היעדרויות של המטפלת, אי השלמת שעות העבודה, חילופי מטפלות, המטפלים נוטים להתרשם באופן חיובי יותר. לעומת זאת, כאשר הטיפול או היחסים בין הזכאים למטפלת הוערכו כלא טובים, המטפלים נטו יותר לדווח על בעיות חמורות בטיפול.

אפשר לסכם ולומר, שרוב המטפלים בזכאים אינם מדווחים על קיום בעיות חמורות בטיפול. ההערכה שיש בעיות קשורה לבעיות כאיכות הטיפול; יותר מאשר לבעיות בהיקף הטיפול, שהן למעשה רוב הבעיות.

הלימה לבקשות ושביעות רצון מהטיפול

הערכה כוללנית של הטיפול הניתן לקשישים בכלל ולזכאים בפרט נבחנה משני היבטים נוספים. הלימת השירותים הניתנים לבקשת המטפלים ושביעות הרצון מהטיפול. יש להזכיר, שתוכניות הטיפול נקבעו בשיתוף העובדת הסוציאלית, אחות קופ"ח או שתיהן גם יחד מצד אחד והזכאי ובני משפחתו, מצד שני. המטפל העיקרי נשאל איפוא, האם הקשיש אכן מקבל את השירותים שביקשו?

**לוח מס. 20: הלימת השירותים לבקשות, לפי רמת הזכאות
(אחוזים)**

הלימת השירותים לבקשות				סה"כ		גובה גמלת הזכאי
לא נשאל	אף אחת	חלקן	כולן	אחוזים	מספרים*	
5	6	29	58	100	197	סה"כ
7	4	30	59	100	138	100%
2	8	34	56	100	59	150%

* מאחר שאין מידע על 17 זכאים, הם הוצאו מהחישוב.

58% מהמטפלים השיבו, שהשירותים הניתנים באמצעות גמלת הסיעוד אכן תואמים את השירותים שהם ביקשו. רק 5% מהמטפלים דיווחו שהקשיש או בני המשפחה כלל לא נשאלו מה הם השירותים הרצויים להם. זאת בעיקר כשמדובר בקשישים הזכאים לגמלה בת 100%. אין לנו הסבר למימצא זה. ייתכן שקשישים אלה כבר היו מוכרים ללשכת הרווחה המקומית או למרפאת קופ"ח, ולכן לא נערך ביקור מיוחד בביתם.

6% מהזכאים לא קיבלו את השירותים שביקשו. מידת אי ההלימה בקרב הזכאים לגמלה המוגדלת היתה כפולה מאשר בקרב הזכאים לגמלה הרגילה. השוואת מידת ההלימה בין הבקשות לשירותים שניתנו בפועל העלתה שחוסר שביעות רצון גבוהה יחסית, בקרב מטפלים בזכאים שקיבלו עזרה ביתית בלבד. ייתכן שההסבר לאי ההלימה קשור לציפיות המטפלים לקבל טיפול ו/או עזרה ביתית יסודיים ורבים יותר מכפי שניתן במסגרת גמלת סיעוד.

שביעות הרצון מהשירותים

ההיבט המסכם את הערכת השירותים על ידי המטפלים בזכאים הוא מדד כללי של שביעות הרצון.

לוח מס. 21: שביעות רצון מהשירותים, לפי רמת הזכאות (אחוזים)

שביעות הרצון				סה"כ		גובה גמלת הזכאי
כלל לא	לא כל כך	מרוצה מחלק	מרוצה מכל	אחוזים	מספרים*	
1	8	14	77	100	131	100%
-	7	21	62	100	57	150%

* כולל רק מטפלים שענו לשאלה.

73% מהמטפלים בקשישים, שמקבלים שירותים במימון המוסד לביטוח לאומי מרוצים מכל השירותים. שיעור שביעות הרצון הנמוך ביותר נמצא בקרב המטפלים בזכאים בעלי המוגבלות הגבוהה ביותר (150%), ואילו שביעות רצון הרבה יותר נמצאה בקרב המטפלים בזכאים בעלי מוגבלות פחותה, יחסית.

מאחר שממצא זה דומה לממצא האחר - אי ההלימה בין השירותים הניתנים לבין בקשות המשפחה המטפלת בקשיש ברמת המוגבלות הגבוהה ביותר - יש מקום לחזור ולשער שמידת שביעות הרצון קשורה לפער בין הצרכים הנוכעים ממוגבלות הקשיש לבין היקף העזרה הניתנת בפועל. כמו כן, סביר להניח שכאשר רמת המוגבלות גבוהה ביותר, גם עזרה מוגברת אינה יכולה לענות על הצרכים.

כצפוי, קיום בעיות רציניות בטיפול נמצא קשור לרמת שביעות הרצון. עם זאת יש לציין, ששמונה מ-21 המטפלים שלא כל כך היו מרוצים מהשירותים, ציינו שלא היו כל בעיות בטיפול. שישה נוספים ציינו שהתעוררו בעיות מעטות, ורק שבעה מטפלים דיווחו על קיום בעיות חמורות. המדד הבא מציג גם הוא את הקשר המורכב בין שביעות הרצון מהטיפול להערכת טיבו על ידי המטפלים העיקריים.

לוח מס. 22: שביעות רצון משירותים, לפי הלימת השירותים לבקשות
(אחוזים)

שביעות הרצון			השירותים המבוקשים שהתקבלו
לא כל כך מרוצה	מרוצה מחלק	מרוצה מכל השירותים	
22	31	149	סה"כ מספרים
200	100	100	אחוזים
40	35	68	כולם
50	48	24	חלקם
5	10	3	אף אחד
5	7	5	לא נשאל

הלוח מעלה, ששביעות רצון גבוהה קשורה במידה מסויימת להלימה מלאה (68% מאלה שמרוצים מאוד קיבלו את כל השירותים). אולם יתר הזכאים שקיבלו חלק מהשירותים או לא נשאלו או לא קיבלו את השירותים שביקשו עדיין מרוצים מאד. מהכיוון הנגדי, מתברר שקבלת כל השירותים איננה מנטיחה שביעות רצון.

מכלל הנתונים עולה, שבין מדדי הערכת הטיפול (קיום בעיות, הלימה לבקשות, שביעות רצון) יש קשר מורכב. על פי כל המדדים שני שלישים ויותר מהמטפלים כקשישים, שמקבלים שירותים במימון ציבורי, מכיעים שביעות רצון גבוהה מהשירותים. כצפוי שביעות הרצון גבוהה יותר כאשר אין בעיות בטיפול וכאשר השירותים הולמים את בקשות המשפחה. בד בבד עם תמונה כללית זו אפשר להצביע על המגמות הבאות (המתבססות על מספרים קטנים מאוד): קיומן של בעיות מסוימות (בעיקר באיכות הטיפול) מלווה בהערכה שלילית על השירותים, ואילו קיומן של בעיות בארגון השירותים או בהיקף העזרה אינו פוגם בהכרח בשביעות רצון. כן התברר, שהלימה מלאה בין השירותים שהמשפחה ביקשה לשירותים הניתנים בפועל איננו ערוכה לשביעות רצון גבוהה.

בעת ראיון המטפלים העיקריים נעשה ניסיון לברר גם את מידת שביעות רצונם של הזכאים עצמם מהשירותים שהם מקבלים. 88 זכאים (שהם 41%) מכלל הזכאים רואיניו. מצבם של 127 זכאים לא איפשר לראינם. 88% מהמראיינים השיבו שהשירותים עוזרים להם. העזרה נאה לכיטוי בכמה צורות: כמתן השירות עצמו, בחברה, ובהפחתת העומס מהמטפל העיקרי.

בחירה בין גמלת שירותים לגמלה כספית

חוק ביטוח סיעוד, המעניק לזכאים, בעיקר גמלת שירותים, לא סתם את הגולל על הוויכוח העקרוני האם יש להעניק לקשישים הסיעודיים גמלה בעין או בכסף?¹²

כמסגרת המחקר הנוכחי הוחלט לבדוק מה עמדת המטפלים העיקריים בשאלה זו ולבחון אותה בשתי נקודות זמן:

א. בשלב הגשת התביעה, כדי ללמוד אלו שינויים חלו בעמדה זו לאחר מתן השירות לזכאים.

ב. בשלב המעקב.

לוח מס. 23: בחירה בין גמלה כספית לגמלה בעין, לפי שלב המחקר (אחוזים)

	ס ה " כ				שלב המחקר
	גמלה כספית	גמלה בעין	אחוזים	מספרים	
הגשת התביעה	50	43	100	428	
מעקב	40	54	100	325	
לא החליט					7
					6

הלוח מורה ששיעור המטפלים שבחרו בגמלה כספית היה בשלב הגשת התביעה, קצת יותר גבוה מאשר בשלב המעקב. בשלב המעקב שיעור המטפלים שבחרו בגמלה בעין גדל ב-11%. השאלה המעניינת היא, כמובן, כאיזו אוכלוסייה חלו השינויים, ובעיקר מהי השפעת מתן שירותים בפועל על העדפות המטפלים.

(12) בסוגיה זו ואחרות מפורטות במאמר של קלמן מן, תזון ומציאות בחוק ביטוח סיעוד, בטחון סוציאלי מס' 30, 1987.

לוח מס. 24: בחירה בין גמלה כספית לגמלה בעין בשלב המעקב, לפי רמת הזכאות

(אחוזים)

שלב המחקר	סה"כ		גמלה כספית	גמלה בעין	לא החליט
	מספרים	אחוזים			
נדחה	99	100	52	40	8
100%	154	100	32	63	5
150%	71	100	38	54	8

ראוי לציין כי שיעור המטפלים בזכאים לגמלה בת 100% שבחרו בגמלת שירותים (63%) היה גבוה מהאחוז המקביל בקרב המטפלים בזכאים לגמלה בת 150% (54%).

לוח מס. 25: בחירה בין גמלה כספית לגמלה בעין בשלב המעקב,

לפי הבחירה הכסיסית* (אחוזים)

הבחירה בשלב התביעה	הבחירה בשלב המעקב		
	גמלה כספית	גמלה בעין	לא החליטו

סה"כ באחוזים	100	100	100
גמלה כספית	72	35	43
גמלה בעין	21	56	43
לא החליטו	7	9	14

* כולל רק מטפלים בזכאים אשר דואינו בשני שלבי המחקר.

הלוח מלמד שחלו שינויים בשני הכיוונים, כדלקמן:

- 72% מאלה שנחרו גמלה כספית בשלב המעקב נחרו בגמלה כספית גם בשלב התביעה.
- 21% שינו את דעתם מאז הגשת התביעה, משירותים לגמלה כספית.
- 56% מאלה שבשלב המעקב נחרו בגמלה בעין נחרו בגמלה בעין גם בשלב התביעה.
- 35% שינו את דעתם מאז הגשת התביעה, ובשלב המעקב העדיפו גמלה בעין.

סה"כ השינויים שחלו בין שני שלבי המחקר הוא איפוא כדלקמן:

- 78 מטפלים (37% מכלל המטפלים בזכאים) שבשלב הראשון נחרו בגמלה כספית או התקשו להחליט, נחרו בשלב המעקב בגמלה בעין.
- 37 מטפלים (18% מכלל המטפלים בזכאים) שבשלב הראשון נחרו בגמלה בעין או התקשו להחליט נחרו בשלב המעקב בגמלה כספית.

יש לציין שכאשר בוחנים את השינוי שחל בהעדפה לגמלה כספית או לגמלה בעין מתברר ש-39% שבקרב המטפלים בזכאים לגמלה בת 100% ו-32% מאלה המטפלים בזכאים לגמלה בת 150% שינו את דעתם ועברו מהעדפת גמלה כספית להעדפת גמלה בעין. לעומתם, 24% מהמטפלים בגמלה הנמוכה ו-19% מהמטפלים בגמלה המוגדלת אשר נחרו בגמלה בעין בשלב הראשון החלו להעדיף גמלה כספית לאחר שהזכאי קיבל בפועל את השירותים.

מתברר מלוח 24, ששיעור העדפה בגמלה בעין בקרב המטפלים בזכאים לגמלה בת 100% גבוה בהשוואה למטפלים בקרב הזכאים המוגבלים ביותר. יתכן שמטפלים עיקריים בקשישים אלה סבורים שאם יקבלו את הכסף ליזם יוכלו לנצל אותו ביתר יעילות. אולם להוציא הנדלים אלה, השירותים שניתנו בפועל גרמו לשינוי שהתבטא בהעדפת גמלה בעין כשיעור גבוה יותר מאשר השינוי שהתבטא בהעדפת גמלה כספית. יותר ממחצית מהמטפלים לא שינו את העדפתם בין שתי התקופות.

טיפול בקהילה או סידור מוסדי

חוק כיטוח סיעוד לפי הגדרה הוא חוק קהילתי, ומטרתו העיקרית לשפר את איכות החיים של הקשישים הסיעודיים החיים בקהילה ושל בני משפחתם המטפלים בהם. אחת השאלות החשובות והמעניינות בהקשר זה היא האם להפעלת החוק תהיינה השלכות מעשיות על דפוסי האשפוז של קשישים סיעודיים במוסדות, או אף על דחיית האשפוז³¹. בדיקה חלקית בנושא בוצעה גם כמחקר הנוכחי. המטפלים העיקריים נשאלו בשני שלבי המחקר (שלב התביעה ושלב המעקב) על נכונותם להמשיך לטפל בקשיש, ועל תוכניותיהם להעביר את הקשיש למוסד. קבוצה קטנה ביותר של מטפלים (מטפלים בזכאים שנפטרו לפני ביצוע הראיון) נשאלו רטרואקטיבית האם השירותים אכן דחו את המיסוד.

יש להקדים ולומר, שנכונות המטפלים העיקריים להמשיך לטפל בקשיש מחזקת את הסברה, שהמשפחה ממלאה את התפקיד העיקרי בטיפול בקשישים המוגבלים, שמרביתם בוחרים להתמודד עם העומס ועם הקשיים בבית, ורק שיעור נמוך מהם בוחר באלטרנטיבה המוסדית.

תחילה נשאלו המטפלים על יכולתם להמשיך לטפל בקשיש לאורך זמן.

לוח מס. 26: יכולת להמשיך לטפל בקשיש, לפי שלב המחקר (אחוזים)

יכולת להמשיך לטפל בקשיש				סה"כ		
בכלל לא	לתקופה מסוגל	בתנאי שתינתן עזרה	ללא הגבלת זמן			
5	4	42	49	100	416	שלב התביעה - כל המטפלים
6	5	43	46	100	199	תביעה - מטפלים בזכאים
6	5	35	54	100	89	תביעה - מטפלים בנדחים
8	9	25	58	100	187	המעקב - מטפלים בזכאים
9	5	34	51	100	90	המעקב - מטפלים בנדחים

(13) מחקר מעמיק בנושא חוק כיטוח סיעוד ומיסוד מתבצע על ידי מכון בריקדייל במימון המוסד לביטוח לאומי.

הלוח מעיד על הבדל ניכר בין עמדת המטפלים בזכאים לעמדת המטפלים בנזחים מבחינת תחושת היכולת להמשיך לטפל בקשיש. 42% מכלל המטפלים ציינו בשלב התביעה שיכולתם להמשיך לטפל בקשיש תלויה בעזרה נוספת. שיעור המטפלים שהרגישו כך קטן מ-43% בשלב התביעה ל-25% בלבד בשלב המעקב. לעומת זאת גדל במקצת שיעור המטפלים בזכאים שהרגישו שיוכלו להמשיך לטפל בקשיש זמן בלתי מוגבל (מ-46% ל-58%). בקרב הנזחים לעומת זאת לא חל שינוי בין שלב התביעה לשלב המעקב.

שיעור המטפלים שהרגישו שהם אינם מסוגלים עוד להמשיך גדל במקצת (מ-5% ל-8%), וייתכן שגידול זה משקף את ההחמרה שחלה במצבם הסיעודי של הזכאים.

הנכונות למצוא לקשיש סידור מוסדר נבחנה משלוש בחינות:

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

לוח מס. 27: בשלות לסידור מוסדי, לפי שלב המחקר (אחוזים)*

שיעור שאינם** קרובים להחלטה למסד	שיעור קרובים להחלטה למסד	שיעור קרובים להחלטה למסד
84	6	שלב התביעה - כל המטפלים
83	7	תביעה - מטפלים בזכאים
91	5	תביעה - מטפלים בנזחים
68	10	מעקב - מטפלים בזכאים
85	7	מעקב - מטפלים בנזחים

* 8 זכאים שהו כזמן המעקב במוסדות.

** המטפלים התבקשו לציין על סולם מ-1 עד 5 עד כמה הם קרובים מבחינת זמן לסידור מוסדי, כאשר 1 מציין בכלל לא קרובים ו-5 קרובים מאוד, תוך מספר חודשים.

כפי שנאמר לעיל, מצד אחד גברה במידה מסויימת נכונות המטפלים בזכאים להמשיך ולטפל בקשישים ללא הגבלת זמן, אולם בשלב המעקב מטפלים רבים יותר העידו שהם יכולים לטפל בקשיש תקופה מוגבלת בלבד, יותר ממטפלים אלה היו קרובים להחליט על סידור מוסדי מאשר בזמן הגשת התביעה. כן מנתברר, ששיעור המתעניינים בפועל במוסדות היה גבוה יותר בקרב המטפלים בזכאים מאשר בקרב המטפלים בנזחים. יש להניח שהחמרה במצבו הכללי והתיפקודי של הקשיש הביאה מטפלים רבים בשלב המעקב לשקול את האלטרנטיבה המוסדית.

כשליש מהמטפלים השיבו, שבהינתן מוסד מתאים ובתנאים מסויימים (כגון הסכמת הקשיש לדבר), היו בוחרים באלטרנטיבה המוסדית.

לסיכום דיון זה יש לציין, שמתן שירותים לקשישים הזכאים שינה בקרב שיעור מסויים מהמטפלים את הרגשת הנכונות להמשיך בטיפול. שיעור השוקלים בפועל את האלטרנטיבה המוסדית גבוה בקרב המטפלים בזכאים יותר מאשר בקרב המטפלים בנזחים. אולם כשמדובר בהחלטה הסופית (קהילה או מוסד) לא נמצא הנדל בין המטפלים בזכאים לבין המטפלים בנזחים.

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

נראה, אם כן, שהחלטה לגבי סידור מוסדי מורכבת ודורשת בחינה מהיבטים שונים. ממצאי המחקר הנוכחי מעידים, שלמתן שירותים במסגרת גמלת סיעוד לא היתה השפעה רבה על ההחלטה עצמה. מצד שני, שיפור תחושת היכולת של המטפלים בזכאים להמשיך בטיפול עשוי להיות זמני בלבד, או ביטוי לרווחה נפשית מסוימת הנובעת מהצטמצמות העומס הכרוך בטיפול.

כפי שנאמר לעיל, חלק מהמטפלים העיקריים, שהקשיש הסיעודי שהיה בטיפולם נפטר לפני ביצוע המעקב, הסכימו להתראיין ונשאלו האם מתן השירותים דחה מיסוד. 12 מ-36 המטפלים טענו שהשירותים אכן דחו מיסוד. זאת מאחר שהיו שירותים רבים יותר בבית, הוקל על המטפל העיקרי, וחל שיפור כללי באיכות החיים.

סיכום ודיון בממצאים

המעקב המחקרי אשר בוצע לאחר ההפעלה הניסיונית של חוק ביטוח סיעוד, נועד לספק קודם כל נתונים חשובים על אופן ביצועו של החוק. אמנם כבר כמהלך הניסוי היזון חוזר שוטף ומידי התקבל מהעובדים במערכת ושינויים נעשו בהתאם. המעקב המחקרי לעומת זאת מאפשר קבלת תמונה רחבה וכוללת יותר ובסיס לתאור וניבוי במספר תחומים הקשורים בהפעלת החוק.

יש להדגיש עם זאת שהכללה מנתוני הניסוי לביצועו האוניברסלי של החוק אינה פשוטה כלל ועיקר. הניסוי נערך בתנאים מבוקרים ביישובים שכבר היו בהם שירותים מפותחים. אנשי המקצוע היו בעלי רמה גבוהה ודפוסי שיתוף הפעולה בין המשרדים השונים היו טובים. תנאים אלה אינם קיימים ככל היישובים בארץ, מה גם שהפרסום לחוק כמהלך הניסוי היה מוגבל לפרסום מקומי, דבר שהביא לשיעור פניות נמוך מהמצופה ושיעור גבוה יותר של זכאים לגמלה המוגדלת. יחד עם זאת, מתחילת הניסוי ועד סיום המעקב, כשני שליש מהמטפלים העיקריים כתובעים רואיינו פעמיים ומידע מקיף ורלוונטי נאסף בראיונות אלה. מכלל הממצאים אשר הוצגו בדו"ח חשוב להדגיש את הנקודות הבאות:

ראשית, יש לציין כסיפוק שכלל הנתונים מורים שרבים מבין המטפלים העיקריים והזכאים עצמם הביעו שביעות רצון מהשירותים הניתנים במסגרת הגימלה. שביעות הרצון באה לביטוי כתגובות לשאלות הישירות וכתגובה למדדים עקיפים כגון קיום בעיות בטיפול או מידת ההלימה לבקשות.

חשוב לציין שמביקורי הבית שעורכים מתנדבים מתחנות יעוץ לקשיש של הניטוח הלאומי בקרב הזכאים לחוק סיעוד, התקבלה תמונה חיובית התומכת בממצאי המחקר הנוכחי.

השירותים הניתנים במסגרת הגימלה גרמו לשינוי מהותי במצב בו מטפלים עיקריים רבים מתמודדים לבד ולעיתים במשך תקופה ארוכה עם הטיפול הסיעודי בקשיש, וכך הושגה אחת מהמטרות החשובות של הפעלת החוק. יחד עם זאת לא ברור האם שביעות הרצון הגבוהה היא תגובה לעצם השינוי החיובי שחל במצב הטיפולי או שביעות רצון היא מהשירותים עצמם. מאחר ששביעות הרצון בקרב המטפלים בנדחים, שקיבלו שירותים ממשרד הרווחה, או מקופ"ח, נמצא גבוה אף הוא, נוכל להניח ששביעות הרצון נובעת בעיקר מעצם העזרה בטיפול.

14) דו"ח ביניים בנושא "ביקורי בית של מתנדבים בקרב הזכאים" נמצא כעת בהכנה.

לאור הנאמר, מדדים עקיפים להערכת ביצוע החוק הם בעלי מהימנות גבוהה יותר. כפי שצויין בדוח בין 5% ל-7% מהמטפלים כזכאים ציינו קיום בעיות רציניות בטיפול. למרות שמדובר במספר נמוך של מטפלים בניסוי יש לזכור שבהפעלה הארצית מדובר כיום לפחות באלף זכאים ויותר ומכאן שהמצא מחייב בדיקה מעמיקה. חשוב גם לזכור שבעיות אשר הוזכרו בשכיחות רבה יותר נגעו לתחום של אי מילוי שעות ופחות לבעיות באיכות הטיפול. שני התחומים גם יחד, היקף ואיכות במתן השירותים נכללים כמובן בנושא החשוב של התפתחות נורמות וסטנדרטים של מתן שירות. בשל חשיבות הנושא והחשש מחריגות ויצירת נורמות נמוכות, פועל כיום ענף סיעוד וכל השותפים לחוק לבנית מודל לבקרה ופיקוח על מתן השירותים. מודל אשר פותח למטרה זו הוחל לפעול בצורה ניסיונית. בעיה נוספת בתחום של נורמות במתן השירותים היא תוספת כסף לנותני השירותים. נראה שאין אפשרות ממשית להקיש ממצאי המחקר להקף הכעיה כיום. ניתן רק לציין ש-10% לפחות מהמטפלים העיקריים בניסוי ציינו שמוסיפים כסף עבור שעות שנותן השירות חייב לתת במסגרת הגימלה.

יש רק להדגיש שוב שכאשר מדובר בהפעלה ארצית מדובר באלפי זכאים ופגיעה חמורה במרקם העדין של אחידות ושיוויוניות במתן השירותים.

שאלת הבקרה והפיקוח בביצוע תוכנית הטיפול, נוגעת כמובן גם למעורבותם של העובדים האחראיים ושל בני המשפחה בהיכט זה. הנתונים מורים שכ-80% מהמטפלים יודעים ומזהים את העובדים האחראיים לתוכנית הטיפול (רוב רובם עובדים סוציאליים), 20% טועים לחשוב שעובד מאירגון נותן השירותים או פקיד תביעות הם הכתובת לפניות. מתברר אמנם שבעיות יומיומיות רבות נפתרות עם נותן השירותים עצמו, או החברה בה הוא עובד אולם, חשוב להבטיח שלזכאי ולבני משפחתו יהיה ידוע מיהו הנציג שלהם מטעם הועדה המקומית. מטפלים עיקריים רבים גילו מעורבות רבה באיתור, פיקוח וקביעת השירותים לקשישים שבטיפולם. יתכן שאת מידת המעורבות הגבוהה ניתן לייחס לכך שבשלב ההתחלתי בניסוי, נותני השירותים יכלו להיות עובדים לא מאורגנים, שאותרו על ידי בני המשפחה עצמם. לא ברור לחלוטין איזו השפעה יש לעובדה שנותני השירותים הם עובדים מחברות מאורגנות ומוצבים בעבודה על ידי נציגי הועדה וחברת השירותים על מעורבות בני המשפחה בטיפול. נקודה זו חשובה ביותר מאחר ובני המשפחה ממלאים תפקיד ראשי וחיוני בטיפול בקשיש ואחד החששות הסמויים הגלויים שבהפעלת החוק היה שמעורבות בני המשפחה תקטן, ואיתה גם תחושת המחויבות של דור לקודמו.

עד כה התמקד הדיון בניתוח התגובות המטפלים לשירותים שניתנו בפועל, כממצאי הדוות יש מספר נושאים כלליים נוספים עליהם יש לתת את הדעת. במהלך ההפעלה הניסיונית מימן קופ"ח ומשרד הרווחה שירותים משלימים לשיעור נמוך מהזכאים ול-29% מהנדחים. בבדיקת צרכים לשירותים נוספים התברר ששירותי פיזיותרפיה, תיקונים בכית, ציוד רפואי ועזרה נפשית עשויים לעזור רבות לקשישים ולכני משפחות. לא ברור כיום מהו היקף השירותים הציבוריים לקשישים שתביעתם נדחתה ובדיקת נתונים מקפת בנושא מתכצעת כיום על ידי המינהל למחקר ותכנון ויש לקוות שבזמן הקרוב יהיו ממצאים בנידון. בהמשך לסוגיה זו של השלמת השירותים יש לציין ש-28% מכלל התובעים קנו שירותי סיעוד פרטיים ורובם קיבלו גם שירותים כאמצעות גימלת סיעוד. התברר גם שמספר שעות העזרה הקנויות גדל עם גידול השעות שניתנו במימון הגימלה. מימצא המעיד על הצרכים הגדלים ככל שמחמירה המוגבלות. ממצא זה גם מחזק את הסברה שהתמודדות המטפלים העיקריים עם נטל הטיפול כרוך בעומס נפשי פיזי וכספי ניכר שהוקל במידת מה עם הפעלת חוק סיעוד. הנתונים אכן מראים ששיעור המטפלים בזכאים המרגישים שהם יכולים להמשיך ולטפל בקשישים ללא הגבלת זמן גדלה, אולם רבים מהם מרגישים שהם קרובים להחלטה להעביר את הקשיש למוסד. ברור שההחלטה לבחור באלטרנטיבה המוסדית איננה רק פונקציה של קיום עזרה ומצבו הטיפקודי של הקשיש, מידת הקירבה של בן משפחה מטפל, יכולת כלכלית וכו' הם רק חלק ממכלול משתנים המשפיעים על ההחלטה. מתן שירותים איננו גם המשתנה היחיד המשפיע על העדפה לבחור בשירותים או בגימלה כספית.

התברר, שהעדפתם של מטפלים עיקריים רבים נשארה קבועה ללא קשר למתן או אי מתן שירותים. יש להוסיף שמאז הפעלת החוק כ-4% מהזכאים או כני משפחותיהם מסרבים לקבל שירותים שהוצעו להם (שיעור זה הוא קבוע פחות או יותר מאז הפעלת החוק). נתון זה מורה על העדפה ברורה וחד משמעית נגד קבלת שירותים.

לסיכום יש לציין שמכלל הנתונים ניתן לאפיין קבוצה בסיכון הכוללת את בני/בנות זוגם של קשישים הזכאים לגמלה המוגדלת. מטפלים אלה קשישים בעצמם והם מדווחים על יותר בעיות וקשיים בטיפול מאשר קבוצות מטפלים אחרות. נראה לנו שבמסגרת המשאבים המוגבלים של שרותי רווחה וגורמים אחרים, יש לראות את הצרכים של קבוצה זו בעדיפות גבוהה במיוחד.

נספח

א. יש להקריא את הכתוב במדוייק לפני המראיון בתחילת הראיון:
 אני בא(ה) לשוחח אתך בהמשך לראיון הראשון שנערך אתך לפני מספר חודשים, אחרי שהגשמת תביעה לגמלת סיעוד במוסד לביטוח לאומי. אני מבין(ה) שאת(ה) מטפל(ת) (בזקן) (ואנו רוצים לראות איך את(ה) מסתדר עכשיו. חשוב לנו מאוד לדעת גם את דעתך והרגשתך בקשר לכך.

1. האם אתה יודע מה זה חוק בטוח סיעוד?

1. לא 2. כן

2. האם (הזקן) מקבל שירותים במימון המוסד לביטוח לאומי?

1. לא 2. כן

3. ספר לי על כל העזרה והשירותים שמקבל (הזקן) מבטוח לאומי, קופ"ח, לשכה סוציאלית וגם עזרה שאתם או (הזקן) משלמים עבורה. אני לא מתכוון לעזרה שלך ושל בני משפחה אחרים.

מי המשלם עבור השרות*	שם המטפלת	מס' שעות בשבוע	מס' ימים בשבוע	1. מקבל את השרות 2. לא מקבל השרות

למראיון!
 (להקריא את כל האפשרויות ולפרט במקום המתאים, אם השרות הוא ציבורי או פרטי, גם ציבורי להוסיף את הקודים המתאימים)

1. האם יש מישהו שבא כדי למפל (בזקן) וגם לעזור במשק הבית?

2. האם יש מישהו שבא רק כדי למפל (בזקן) (רחצה, האכלה והלבשה)?

3. האם יש מישהו שבא רק כדי לעזור במשק הבית?

4. האם יש מישהו שבא רק כדי להשגיח ולהיות עם (הזקן)?

5. האם (הזקן) הולך למרכז יום?

6. האם (הזקן) מקבל חיתולים?

1. לא 2. כן מס' חבילות בחודש:

האם יש לכם עזרה אחרת (כמו סידורים בבנק ובקופ"ח וכו')?

1. לא 2. כן איזו? מס' פעמים בשבוע

ראיון: אם (הזקן) איננו מקבל שום עזרה מגופים ציבוריים או עזרה בתשלום פרטי נא עבור לשאלה 8 ו-9 ואח"כ עבור לשאלה 22.

נא לציין את כל מממני השרות לפי הקודים הבאים: 1. ביטוח לאומי 2. קופ"ח 3. לשכת רווחה 4. אחר, פרטי:

4. סה"כ כמה מטפלות ועוזרות באות לבית (הזקן) (למראיון : סכם יחד עם המרואיון) : _____

5. סה"כ כמה שעות עזרה בשבוע מקבל (הזקן) בתשלום הזקן או המשפחה? _____

6. בסה"כ, כמה שעות בשבוע טיפול ועזרה בבית שלא בתשלום הזקן או המשפחה מקבל (הזקן)? _____ (לסכם יחד עם המרואיון).

(רק לזכאים)

7. האם אתם מרוצים מהשרותים שאתם מקבלים במימון המוסד לביטוח לאומי?

1. מרוצים מכל השרותים
2. מרוצים רק מחלק מהשרותים
3. לא כל כך מרוצים מהשרותים
4. כלל לא מרוצים מהשרותים.

(לזכאים)	(כלל זכאים)
8. האם אתם מרוצים מהשרותים והעזרה שמקבל (הזקן)?	8. האם אתם מרוצים מהשרותים והעזרה שמקבל (הזקן)?
1. מרוצים מכל השרותים	1. מרוצים מכל השרותים
2. מרוצים רק מחלק מהשרותים	2. מרוצים רק מחלק מהשרותים
3. לא כל כך מרוצים מהשרותים	3. לא כל כך מרוצים מהשרותים
4. כלל לא מרוצים מהשרותים	4. כלל לא מרוצים מהשרותים.

9. יהאם בחצי השנה האחרונה היו לכם מקופ"ח או מלשכת הרווחה שרותים שהופסקו?

1. כן, אינה: _____
2. לא

10. אילו שירותים או עזרה (הזקן) ואתם הייתם רוצים לקבל? (להקריא כל שאלה)

א. האם אתם רוצים שינויים בסוגי השירותים שמקבל היום? 1. כן 2. לא
פרט: _____

ב. האם אתם רוצים תוספת שעות לשרותים שמקבל? 1. כן 2. לא

סוג שרות _____

מס' שעות נוספות: _____

ג. האם אתם רוצים שירותים אחרים שאינם נתנים היום? 1. כן 2. לא
פרט: _____

(1) למראיון: אם במהלך הראיון מוזכרים שירותים נוספים שהמטפל או הזקן היו רוצים לקבל, נא לחזור ולהוסיף בשאלה 10.

11 האם לדעתך (הזקן) מקבל את השרותים שביקשתם מהאחות או מהעובדת הסוציאלית?

1. כן, קבלנו את כל השרותים שביקשנו
2. קבלנו חלק מהשרותים שביקשנו
3. לא קבלנו את השרותים שביקשנו.

וכשיו אני מבקש לשמוע איך נעשה הטיפול (בזקן)

12 מי מצא את המטפל(ת) או העוזרת? (ניתן לציון יותר מתשובה אחת)

1. אני (המטפל העקרי)
2. (הזקן)
3. בני משפחה אחרים
4. העובדת הסוציאלית
5. האחות מקופ"ח
6. אחר, מי: _____

13 מי החליט מה יעשו המטפלת והעוזרת בבית (הזקן), אינו עזרה היא תיתן? (ניתן לציון יותר מתשובה אחת)

1. אני (המטפל העיקרי)
2. (הזקן)
3. בני משפחה אחרים
4. העובדת הסוציאלית
5. האחות מקופ"ח
6. אחות בריאות הציבור
7. אחר, מי: _____

14 האם המטפלת עושה בדרך כלל את אותן פעולות ועזרה כל שבוע, או שיש שינויים?

1. אין שינויים

2. יש שינויים; מהם השינויים? _____

15 מה אתם עושים אם אתם רוצים לשנות את סוג העזרה שהמטפלת או העוזרת נותנת, זאת אומרת את מה שהיא עושה עבור הזקן? (ניתן לציון יותר מתשובה אחת)

1. מדברים עם המטפלת/עוזרת
2. פונים אל העובדת הסוציאלית
3. פונים אל האחות
4. פונים לארגון נותן השרות (מט"ב וכ"י)
5. לא עושים דבר

16 האם הזקן או אתם מוסיפים כסף שלכם למטפלת או לעוזרת?

1. לא (לעבור לשאלה 19).

2. כן; מי ביקש מכם להוסיף כסף? _____

1. המטפלת בעצמה
2. הארגון ששולח אותה (כמו מט"ב, ארגון פרטי)
3. החלטנו בעצמנו.
4. אחר, מי: _____

17. האם אתם משלמים לה: (להקריא, ניתן לסמן יותר מתשובה אחת)

1. עבור אותן שעות שהיא צריכה לעבוד ממילא?
2. עבור תוספת שעות כלומר כדי שהיא תשאר עוד כמה שעות מעבר למה שהיא צריכה?
3. עבור נסיעות?
4. אחר:

18. כמה שקלים לחודש (הזקן) או אתם מוספים לעוזרת / מטפלת? ש"ח

19. האם התעוררו אצלכם בעיות הקשורות למתן הטיפול (בזקן) והעזרה של המטפלת?

1. לא היו בעיות מיוחדות
2. התעוררו קצת בעיות, אבל לא רציניות
3. התעוררו בעיות רציניות.

20. אני אקריא בפניך רשימה של בעיות המתעוררות לפעמים כאשר יש עזרה בבית ספר(י) לי אילו בעיות התעוררו אצלכם?

(למראיון נא להקריא כל סעיף ולסמן עיגול סביב בעיה שהמראיון מצוין, לפי בקיצור את אופי הבעיה, ולמי פנו על מנת לפתור אותה).

למי פנית	תאור הבעיה
	1. המטפלת מאחרת לעבודה
	2. המטפלת לא מגיעה לפעמים לעבודה
	3. המטפלת עוזבת מוקדם מדי לפני שהיא מסיימת את השעות שהיא חייבת
	4. שעות העבודה של המטפלת אינן מתאימות לצורכי (הזקן)
	5. הטיפול לא טוב
	6. יש יחסים לא טובים בין (הזקן) והמטפלת
	7. המטפלות מתחלפות לעתים תכופות
	8. המטפלת לא עושה את מה שהיא צריכה לעשות
	9. בעיה אחרת, פרט
	10. בעיה אחרת, פרט

* נא לציון למי פנו לפי הקודים הבאים:

1. עובדת סוציאלית מהלשכה;
2. עובד מהארגון הנותן את השרותים: (כמו עובד מט"ב)
3. אחות המרפאה;
4. לעובד אחר, פרט שם ומקצוע
5. לא פנית עד עכשיו לאף אחד

21. האם ידוע לך מי איש המקצוע (עו"ס, אחות) שאתה יכול להתקשר איתו אם יש לך בעיה עם המטפלת/ העוזרת או שיש לך בעיה בטיפול?

1. כן, איפוא הוא עובד? _____ האם התקשרת פעם עם אדם זה? 1. כן 2. לא
2. לא ידוע

22. כעת הייתי מעוניין לשמוע ממך איזה טיפול או איזו עזרה אתה נותן עכשיו, והאם יש אחרים העוזרים בטיפול. אני אשאל אותך בנפרד לגבי כל סוג עזרה.

(למראיון יש להקריא כל שורה בנפרד ולהציג את כל האפשרויות של התשובות.)

<p>מאז שיש לך עזרה, האם שינית את דמת העזרה שאתה נותן? 1. נותן פחות 2. נותן יותר 3. אין שינוי</p>	<p>מי עוד עוזר בתחום זה? 1. אין אחר שעוזר לו 2. בני משפחה 3. מטפלת/עוזרת 4. שכנים, חברים מתנדבים (ניתן לסמן יותר מתושבה אחת)</p>	<p>1. כן 2. לא</p>	<p>האם את(ה) עוזר בתחומים בתחומים הבאים? 1. טיפול אישי (כמו החצה, הלבשה, הליכה) 2. עזרה ביתית (ניקיון, בישול, כביסה) 3. קניות 4. סידורים וארגון שירותים, כמו בנק הדואר, תרופות, מציאת עזרה 5. השגחה (שיחות, ציפיה בטלויזיה, שינה בלילה וכו')</p>

23. אני רוצה לשאול אותך על הרגשתך לגבי העזרה הניתנת היום ל(זקן) שבטיפולך מה שחשוב לי זה איך אתה מרגיש בנושא זה. לגבי כל מקור של עזרה הייתי רוצה שתגיד לי:

להקריא:

א. האם לדעתך העזרה הניתנת היא מספיקה?
 ב. האם אפשר לסמוך עליה?

(למראיון נא לשאול בנפרד עבור כל סוג של עזרה - סמן את התשובות על פי הקוד:

1	2	3	4	5	6
בכלל לא מספיק (אי אפשר לסמוך)				מספיק בהחלט (או אפשר לסמוך).	אין עזרה או לא רלוונטי למצב

מקור העזרה	האם העזרה מספיקה?	האם העזרה ניתנת באופן קבוע, כלומר, שניתן לסמוך על העזרה?
1. מבני משפחה הגרים עם הזקן		
2. מבני משפחה שלא גרים עם הזקן		
3. מחברים, שכנים מתנדבים		
4. מטפלות/עוזרות		

24. מי עוזר לך הכי הרבה בפעולות המעשיות הקשורות בטיפולך? (להקריא:)

1. בני משפחה הגרים עם (הזקן)
2. בני משפחה שאינם גרים עם (הזקן)
3. חברים, שכנים, מתנדבים
4. מטפלות/עוזרות
5. לא יודע, הכל אותו דבר, כל אחד בתחמו.

25. איך היית מעריך את מצב הבריאות שלך ביחס לאנשים אחרים בגילך? (להקריא)

1. טוב מאוד
2. בסדר, לא רע
3. לא כל כך טוב
4. גרוע.

26. אם אתה חושב רק על השבוע-שבועיים האחרונים, איך היחסים בינך לבן (הזקן)? (לבקש את המרואיין לציון את המספר המתאים לו בסקלה)

- | | | | | |
|------|---|---|---|--------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| גרוע | | | | מצויין |

כללית איך היית מדרג את מידת העומס, או הלחץ שאתה מרגיש בטיפול ב(זקן)? (לבקש מהמרואיין לציון את המספר המתאים לו בסקלה).

27. מבחינת הקושי הפיזי שלך בטיפול?

- | | | | | |
|---------------------|---|---|---|--------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| אין עלי עומס או לחץ | | | | עומס, לחץ רב |

28. מבחינת הלחץ הנפשי-רגשי שלך?

- | | | | | |
|---------------------|---|---|---|-------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| אין עלי עומס או לחץ | | | | עומס לחץ רב |

29. מבחינת הקשיים הכספיים שלך הקשורים בטיפול?

- | | | | | |
|----------|---|---|---|---------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| אין עומס | | | | עומס רב |

30. כללית איך אתה חושב שאתה מתמודד או מסתדר עם הקשיים והלחצים האלה?

- | | | | | |
|-----------------------------|---|---|---|-----------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| לא מסתדר
לא יכול להתמודד | | | | מסתדר טוב
טוב מאוד |

לפניך רשימה של משפטים המתארים את מה שהמטפלים בזקן מוגבל מרגישים לפעמים. אחרי כל משפט שאני אקריא, תגיד לי האם אינך מרגיש כך אף פעם מרגיש לעיתים רחוקות, לפעמים, לעיתים קרובות או תמיד. אין תשובות נכונות או ל נכונות. חשובה ההרגשה האישית שלך.

להקריא עבור כל משפט:

להקריא: האם אתה מרגיש ש:	אף פעם	לעיתים רחוקות	לפעמים	לעיתים קרובות	תמיד
1. שהטיפול מגביל את הזמן שאתה יכול לבלות עם הילדים שלך, בת-זוג או בני משפחה אחרים?	1	2	3	4	5
2. שהטיפול מגביל את החיים החברתיים שלך ואת הזמן הפנוי שלך?	1	2	3	4	5
3. שהטיפול מגביל את הדברים הפרטיים שאתה רוצה לעשות, כמו לקרוא ספר, עיתון, לראות טלוויזיה, לשמוע רדיו?	1	2	3	4	5
4. היות יכול לטפל בצורה יותר טובה (בזקן)?	1	2	3	4	5
5. שהטיפול מגביל את האפשרות לטפל בענייני הבית, בסידורים?	1	2	3	4	5
6. שהשינה שלך לא סדירה ולא טובה בגלל הצרכים של (הזקן)?	1	2	3	4	5
7. שהבריות שלך נפגעה בגלל המאמץ הכרוך בטיפול?	1	2	3	4	5
8. שבגלל הטיפול נוצרו מתחים וריבים בינך לבין בני המשפחה האחרים?	1	2	3	4	5
9. שבגלל הטיפול אתה מפסיד מבחינת עבודה או קידום בעבודה?	1	2	3	4	5
10. שהטיפול משפיע לרעה על איכות הקשר שלך עם (הזקן)?	1	2	3	4	5
11. שבגלל הטיפול אתה לא מחפש עבודה?	1	2	3	4	5
12. שהצרכים של (הזקן) גורמים לך לקשיים כספיים?	1	2	3	4	5
13. שאתה לא עושה כל מה שאתה <u>צריך</u> לעשות בשביל (הזקן)?	1	2	3	4	5
14. שהאחריות ל(זקן) מכניסה אותך למתח לעצבנות או דכאון?	1	2	3	4	5
15. ש(הזקן) <u>מערבב</u> את כל מה שאתה עושה בשבילו?	1	2	3	4	5

32. האם בחצי השנה האחרונה היה שינוי במצבו הבריאותי והתפקודי של (הזקן)? (להקריא):

1. לא היה שינוי, המצב פחות או יותר אותו דבר. פרט
2. היה שינוי - מצבו השתפר. פרט
3. היה שינוי - מצבו התדרדר. פרט

להקריא:

33. אנחנו רוצים לשאול אותך כיצד (הזקן) מתנהג לאחרונה. נני אקריא לך רשימה של תופעות וסימנים שמהם לפעמים סובלים אנשים מבוגרים, יציקר אחרי מחלות. התנהגות כזאת לפעמים מקשה על האנשים מסביב. כמובן שחלק מהתופעות לא יתאימו בכלל ל(זקן). תתייחס בבקשה להתנהגות (הזקן) בחודש אחרון.

מראיין: נא לשאול את א.1-ב. עבור כל התנהגות בנפרד.

ב	א			האם בחודש האחרון (הזקן):
	בכלל לא מתנהג כך	לפעמים מתנהג כך	בדרך כלל מתנהג כך	
האם התנהגות זו מקשה עליך 1. כן 2. לא	1	2	3	
	1	2	3	במצב רוח ירוד ועצוב?
	1	2	3	לא שקט, עצבני, חרד, מתוח?
	1	2	3	לא משתף פעולה בטיפול בו?
	1	2	3	לא מוצא דברים שפעם מצא, או לא זוכר היכן הניח דברים?
	1	2	3	לא זוכר שמות של בני משפחה רחוקים, בני דודים, קרובים וכו'?
	1	2	3	לא זוכר שמות של ילדים שלו, נכדים, אחים שלו וכו'?
	1	2	3	לא מגלה עניין בחדשות, בכל מה שקורה סביבו?
	1	2	3	אומר או עושה דברים בלתי צפויים או לא מקובלים?
	1	2	3	מזניח את עצמו, באכילה בנקיון, בסביבה?
	1	2	3	תוקפני (מילולית או פיסית)?
	1	2	3	מתנהג בצורה לא מתאימה בחברה, או מביד אותך בהתנהגות?
	1	2	3	חשדני או לא נותן אמון כלפי הסביבה?
	1	2	3	עושה דברים שמסכנים אותו או את הסביבה?

נכונות להמשיך בטיפול ותוכניות לסידור מוסדי

34. כמה אתה חושב שאתם קרובים להחלטה לסדר את ה(זקן) במוסד?
להקריא:

1	2	3	4	5
בכלל לא קרובים		די קרובים כנראה במהלך השנה הבאה		קרובים מאד

35. איך אתה מרגיש היום לגבי יכולתך להמשיך לטפל ב(זקן)
(להקריא את כל האפשרויות ולבקש לבחור אחת)

1. אתה מוכן להמשיך בטיפול ללא הגבלת זמן בכל התנאים.
2. אתה מוכן להמשיך בטיפול, במידה ותקבל עזרה נוספת.
3. אתה מוכן להמשיך בטיפול רק עוד תקופת זמן מוגבלת - כמה זמן
4. אתה לא מסוגל יותר להמשיך בטיפול.

36. האם התעניינתם בעבר להכניס את (הזקן) לבית אבות או למוסד?
להקריא:

1. בכלל לא התעניינו
2. התעניינו באופן כללי, ביררנו אך לא רשמנו למוסד
3. (הזקן) נמצא ברשימת המתנה
4. (הזקן) היה רשום, קיבל מקום והתחרטנו.

37. האם אתה מטפל בזקן כי אתה מרגיש: (לבקש סיבה עיקרית)

1. אין לך ברירה, אין מי שיעשה זאת
2. מתוך אהדה, חיבה, קרבה
3. רוצה להחזיר לו על כל השנים שעשה, טרח בשבילך
4. כי זאת חובה של אישה לבעלה/בת לאמה וכו'.
5. סיבה אחרת, איזה?

38. אם היתה לך אפשרות למצוא מוסד מתאים וברמה טובה, האם היית בוחר בכך?

1. לא
2. כן, בכל תנאי
3. כן, בתנאי (שהזקן) מסכים לכך
4. כן, אם היה לי כסף לכך
5. לא ברור, יחס אמביוולנטי
6. אחר, פרט:

39. האם בשנה האחרונה היה שינוי במקום המגורים של (הזקן) או בהרכב משק הב
שלו?

1. לא
2. כן, פירוט השינוי

40 גם אנשים שמטפלים בזקן חולה ומוגבל זקוקים לפעמים לעזרה לעצמם, באיזו מידה היית רוצה להעזר בשירותים הבאים בשביל עצמך?
(נא להקריא כל אחת מהאפשרויות ולשאל האם מעוניין או לא מעוניין בעזרה. (סמן V).

להקריא:			
3 לא יודע	2 לא רוצה	1 רוצה	האם אתה מעוניין ב:
3	2	1	1. שיחות אישיות עם עובד סוציאלי?
3	2	1	2. התייעצות והדרכה שוטפת עם אחות?
3	2	1	3. פגישות בקבוצה עם אנשים אחרים המטפלים בבני משפחה?
3	2	1	4. יציאה לחופש קצר בתנאי של (זקן) ימצא סידור והשגחה בתקופה זו.
3	2	1	5. שירות אחר? פרט _____

4. האם אתה מעוניין ש(הזקן) יהיה במרכז יום, למשל למספר בקרים בשבוע?
(מרכז יום הוא מקום בו הזקן יכול לקבל טיפול ולהיות בחברה כמה פעמים בשבוע בשעות היום, ולחזור הביתה כל יום)

1. כן, מעוניין
2. כן, אבל (הזקן) לא מעוניין
3. לא מעוניין
4. לא ידוע

4. האם אתה מרגיש שבארגונים כמו קופ"ח או לשכת הרווחה מבינים את המצב שלך והקשיים שלך?

1. בהחלט כן
2. רק באופן חלקי
3. לא

במצב שלכם היום אם היתה לך אפשרות לבחור, האם היית רוצה לקבל שירותים בספינת? בבית (כמו טיפול אישי או עזרה ביתית) או היית מעדיף לקבל גמלה (תשובה אחת)

1. שירותים, הסבר מדוע _____
2. גמלה כספית, הסבר מדוע _____

לפניך שתי שאלות המופנות ל(נזקן). במידה והוא מקבל גמלת שרותים או גמלת כנס מהמוסד לביטוח לאומי.

44 האם השירותים עוזרים לך?

1. לא, מדוע? -----

2. כן פרט, תן דוגמאות -----

45 האם יש שירותים אחרים שהיית רוצה לקבל?

1. לא

2. כן, פרט: -----

46 האם הזקן רואיון?

1. הזקן רואיון

2. הזקן לא היה בבית בשעת הראיון

3. הזקן היה אך אי-אפשר היה לראיון אותו פרט סיבה: -----

למראיון - לא בנוכחות המראיון:

כתוב בשורות הבאות את התרשמותך בנושאים הבאים:

1. האם הזקן היה נוכח בזמן הראיון עם המטפל העיקרי?

1. כן

2. לא

2. האם גילה עניין או מעורבות בראיון?

1. כן

2. לא

3. מצב הנקיון הכללי של הזקן: -----

4. צרכים או בעיות מיוחדות של הזקן: -----

5. הערות -----

