



המוסד לביטוח לאומי

מינהל המחקר והתכנון

ניתוח

מבחן הערכת תלות

במסגרת חוק ביטוח סיעוד

סקר מס' 112

ירושלים, סיון התשנ"ג, אוגוסט 1993

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

ניתוח

מבחן הערכת תלות
במסגרת
חוק ביטוח סיעוד

שרית בייץ-מוראי
אלן זיפקין
ברנדה מורגנשטיין

ירושלים, סיון התשנ"ג, אוגוסט 1993

ה ק ד מ ה

מינהל המחקר והתכנון מתכבד להגיש דו"ח מחקר שנועד לבדוק ולבחון לעומק את המבחן הנהוג כיום להערכת מוגבלותם התפקודית של קשישים התובעים גמלת סיעוד, מבחן שמשמש בסיס לקביעת זכאותם לקצבה. המחקר בדק את הנושא על כל היבטיו, מתוך כוונה לעמוד על יעילותו של המבחן בניבוי רמת מוגבלותם של קשישים בעלי אפיונים שונים.

ניתן לציין בסיפוק שממצאי המחקר הבהירו שהשימוש במבחן תורם בדרך כלל להשגת האמידות והאוניברסליות כביצוע החוק.

אנו מקווים שהמחקר יתרום לפתיחת הדיון בנושאים הקשורים להערכת רמת המוגבלות של הקשיש ולחיפוש פתרונות נמספר נקודות עליהם מצביע הדוח.

המחקר נערך באחריותה של שרית בייץ-מוראי ממינהל המחקר והתכנון, בשיתוף עם אלן זיפקין וברנדה מורגנשטיין ועל כן נתונה להם תודתי.

תודה מיוחדת ליעקב צדקה, שהיה אחראי על איסוף הנתונים לצורך ביצוע המחקר ולפוקדים שעסקו בעבודת השדה.

אני רואה חובה נעימה להודות לאסתר רייס, מנהלת מחלקת סיעוד במוסד לביטוח לאומי, על הערותיה המועילות לדו"ח, לדניס נאון ממכון ברוקדייל וללאה ענבר ממינהל המחקר והתכנון שסייעו רבות בהבהרת הנושאים השונים, לאלכס גאליה על עזרתו בעיבודים הסטטיסטיים ולאני כהן שהיתה ממונה על הדפסתו של הדו"ח ועל עיצובו.

שלמה כהן
סמנכ"ל מחקר ותכנון

תוכן העניינים

עמוד

| | |
|----|---|
| 1 | סיכום הממצאים |
| 5 | מבוא |
| 6 | נושאי המחקר |
| 8 | רקע תאורטי |
| 8 | דיון במבחנים להערכת התלות ובקריטריונים לקביעת הזכאות תאור מבחן הערכת תלות בשימוש המוסד לביטוח לאומי - עקרונות ותאור ביצוע |
| 14 | |
| 16 | ביצוע המחקר - אוכלוסייה ושיטה |
| 16 | בחירת המדגם |
| 17 | תאור המדגם |
| 19 | ממצאים |
| 19 | תאור התובעים והזכאים לפי מרכיבי מבחן תלות |
| 22 | התפלגות הניקוד הסופי במבחן התלות |
| 24 | שיעורי הזכאות לפי מאפיינים דמוגרפיים |
| 28 | השוואת דפוסי מוגבלות לפי תקופות ורמות זכאות |
| 28 | ניתוח הניקוד בתחומי המבחן השונים ורמות זכאות |
| 32 | ניתוח הניקוד בתחומי התפקוד השונים ומשתנים דמוגרפיים |
| 35 | פרופילים של מוגבלויות |
| 37 | בחינת הקשרים בין תחומי התפקוד במבחן התלות |
| 40 | מתן ניקוד עבור השגחה |
| 44 | מהימנות מבחן הערכת התלות |

ביבליוגרפיה

סיכום הממצאים

השימוש במבחני תלות לצורך קביעת הזכאות לקבלת גמלת סיעוד, הוא חלק מתהליך של קבלת החלטות באמצעותו מתורגם החוק והנוהלים לשפת המעשה.

אחת המטרות העיקריות בשימוש במבחנים היא להביא להתאמה "צודקת" יותר בין המקורות הכספיים המוגבלים לבין הצרכים של האוכלוסייה, ולספק שירותי סיעוד לאלה הזקוקים לכך ביותר.

עיקרון חשוב אותו מתכנני החוק רצו להבטיח באמצעות השימוש במבחנים הוא, שמירה על עיקרון האחידות והאוניברסליות בביצוע החוק, או במילים אחרות, ניסיון להבטיח שלתובעים במצבים שווים יש סיכויים שווים להיות זכאים.

על מנת לבחון באיזו מידה השימוש במבחני התלות במסגרת ביצוע חוק סיעוד משיג מטרות אלה נבחנו בדיווח זה תוצאות מבחני התלות בכמה נקודות זמן, ונעשה ניסיון לענות על שאלות כגון, מי האוכלוסייה הזכאית, מה הם דפוסי המוגבלות שלה, מה הם הקשרים בין רמות זכאות ודפוסי מוגבלות, ומה הם הקשרים בין התחומים לבין עצמם.

חלק מהדיווח הוקדש לשאלה האם עיקרון האוניברסליות נשמר במקומות השונים, ועל סמך מה קובעת אחות בריאות הציבור את הצורך בהשגחה מתמדת.

יש להדגיש שהמטרה העיקרית של עבודה זו היא בדיקת מבחן התלות על הבטיח השונים כפי שהוא מתבצע בפועל במסגרת הקריטריונים הקיימים לקביעת הזכאות. שאלות המתייחסות לאפשרות של שינויים במבחן עצמו, או לשינויים בקריטריונים לא נבחנו כאן.

הממצאים מבהירים שלאחר העברת מבחן התלות, כמחצית מהתובעים לגמלת סיעוד, מגיעים לניקוד המזכה אותם בגמלה. בשנת 1992 מהווים הזכאים כ-7% מכלל אוכלוסיית הקשישים עפ"י ההגדרה הגילית בחוק. אוכלוסייה זו כוללת שיעור גבוה במיוחד (יותר ממחצית) של בני 80 ויותר וכאלה המטופלים על ידי בני זוג או בני משפחה אחרים.

סיבת הזכאות העיקרית (כ-75% ויותר) היא מוגבלות תפקודית בלבד. קיים גרעין פחות או יותר קבוע של קשישים בודדים (בין 7% ל-9%) הנמצאים זכאים בשל תוספת ניקוד לבודדים. בנוסף למבחן התלות, הצורך בהשגחה מתמדת מקנה זכאות גם אם אין מוגבלות תפקודית-פיסית. החל מ-1988 ועד 1992 שיעור הקשישים להם ניתן ניקוד המזכה אותם בגמלה המוגדלת בשל השגחה מתמדת ירד מ-18% ל-8%. יש להניח שירידה זו משקפת את ההבדלים במוגבלות הזכאים כשלבים השונים של הפעלת החוק. יתכן גם שניתן לזקוף ירידה זו להתגבשות סטנדרטים ברורים יותר לגבי קביעת הצורך בהשגחה. נראה שקיים גרעין של 2% עד 3% מהזכאים שעילת הזכאות שלהם היא ירידה במצב קוגניטיבי בלבד ואיננו מלווה במוגבלות פיסית.

התפלגות ציוני מבחן התלות (ADL), משקפים מידרוג בדפוס המוגבלות. כ-80% מהתובעים מוגבלים בצורה כלשהי ברחצה, כשני שלישים בהלבשה, קצת פחות מכך באכילה והפרשות ופחות משליש מהתובעים מוגבלים בניידות.

כצפוי גיל גבוה, מין זכר ומגורים עם אחרים קשורים באופן מובהק לרמת מוגבלות תמורה יותר.

בחינת הקשר בין כל תחום מוגבלות בנפרד לבין זכאות מבהירה שקיימת דפרנציאציה בתחומים השונים. אם בוחנים את התפלגות מקבלי ניקוד מירבי לפי תחום נמצא ש-95% ו-93% ממקבלי ניקוד מירבי באכילה והפרשות בהתאמה נמצאו זכאים לגמלה ברמה המוגדלת, בתחומים אחרים הקשר נמוך יותר. ממצאי המחקר הכהירו גם שקבלת ניקוד כלשהו בניידות והפרשות הוא אינדיקטור מהימן למדי לסיכוייו של התובע להיות זכאי ואילו קבלת אפס נקודות ברחצה מציבים את התובע בין הנזחים לגמלה.

בחינה אחרת של קשרים בין רמות זכאות והיקף המוגבלות מבהירה שקיימים צרופים שונים בין מוגבלויות ברמות השונות (כ-43 צרופים). ניתוח של הצרופים השכיחים מבהיר שתובעים אשר לא נמצאו זכאים, אינם מוגבלים כלל (כ-16%) או שהם מוגבלים כד"כ בתחום אחד או שניים. בדרך כלל מדובר במוגבלות ברחצה או ברחצה ומוגבלות בתחום נוסף. זכאות לרמה הנמוכה מופיע בשני דפוסים עיקריים. מוגבלות גבוהה בתחום אחד לפחות (רחצה) ומוגבלות נמוכה יותר במספר תחומים נוספים או צרוף של ארבע או חמש מוגבלויות חלקיות. יש לציין שבין הזכאים

לגמלה ברמה הנמוכה יש גם שיעור מסוים (לא גבוה אמנם) של קשישים המוגבלים בצורה חמורה בשלושה או ארבעה תחומים, ומקבלים אותה רמת שירותים כמו המוגבלים בתחום אחד או שניים.

הזכאות לגמלה ברמה הגבוהה קשורה בד"כ במוגבלות חמורה בארבעה או חמשה תחומים.

נמצאו קשרים גבוהים בין התחומים ובמיוחד קשרים גבוהים בין רחצה והלבשה ובין הפרשה וניידות, המלמדים על תלות גבוהה בין התחומים הללו.

מתברר שאם לוקחים בחשבון קשרים אלה, להלבשה בתחום בודד יש התרומה המירבית להסבר השונות של קביעת הזכאות ורמתה, ולתחומים האחרים יש תוספת מועטה להסבר זה. ממצא זה נכון רק לאחר ניכוי המשתנים הדמוגרפיים כמו צורת מגורים, גיל ומין.

בניסיון להבהיר מה עומד מאחורי החלטת אחות בריאות הציבור לתת ניקוד עבור הצורך בהשגחה מתמדת, נמצא שלאחר ניתוח תשובות של האחיות, המשתנים שנלקחו בחשבון בניתוח הסטטיסטי, מסבירים רק כמחצית משונות ההחלטה. כ-40% מהשונות מוסברים על ידי משתנה יחיד שהוא מצב צלילות הקשיש. המידע אם הקשיש נשאר לבד בבית או לא איננו מוסיף רבות. מניתוח זה מתברר שיש מקום להמשיך ולחקור את הנושא על מנת להגדיר באופן ברור יותר את מערכת השיקולים ומשקלם היחסי של מרכיביה.

התברר שלשכת בריאות הציבור כמשתנה (בניכוי המשתנים מין גיל ומגורים) יש השפעה מסויימת על ההבדלים בניקוד שניתן בתחומי ADL השונים וכמובן על החלטת הזכאות. ההשפעה של לשכה כמשתנה, כוללת יותר ביחס לניקוד שניתן עבור השגחה מתמדת. יש לומר שהסטיה ביחס ל-ADL מקיפה רק חלק קטן מהלשכות, ואילו החריגה ביחס לצורך בהשגחה מקיפה 60% מהלשכות. ממצא זה ממחיש את הקשיים שיש בתחום זה ומחייב בדיקות נוספות.

המלצות לעתיד

ממצאי המחקר מבהירים שהמטרה העיקרית שלמענה הוחלט להשתמש במבחני התלות הושגה.

אוכלוסיית הזכאים הכוללת כיום כ-7% מכלל הקשישים בארץ מורכבת מקשישים שבשל מצבם התפקודי, גילם הגבוה ומגורי רבים מהם עם אחרים, זקוקים במיוחד לעזרה על מנת להשאר בקהילה והטיפול בהם מהווה לעיתים קרובות נטל כבד על בני משפחתם.

יש לציין בסיפוק שהמצאים הבהירו שבדיקת התלות (ADL) מתבצעת בדרך כלל בצורה אחידה בחלקי הארץ השונים עובדה המבטיחה לכל התובעים סיכויים שווים להנות מהגמלה. יחד עם זאת נמצאו הבדלים בהחלטות לגבי הצורך בהשגחה מתמדת, המזכה את התובעים בגמלה ברמה הגבוהה. הבדלים אלה מוסברים על רקע אופן הבדיקה, המתבססת על שיקול דעת של האחות ולא על בסיס מבחן מובנה. עדיין הממצאים מחייבים בחינה של הסיבות העומדות מאחורי ההבדלים. מערכת תומכת החלטה יכולה להוות פתרון אפשרי לנושא זה.

ניתוח דפוסי המוגבלות מורה שמוגבלות כתחומים מסוימים וכן צרופי מוגבלויות מסוימים, מאבחנים טוב יותר בין זכאים לנדחים מאשר אחרים. ממצא זה מבסס את הידע שהצטבר בשדה ויכול לעזור לבדיקת סבירותן של תוצאות המבחנים ולשמש לבנית סטנדרטים לשם מעקב ובקרה אחר ביצוע הערכות התלות. סטנדרטים אלה יכולים לעזור לעבודת הפיקוח המתבצעת מיום הפעלת החוק.

למרות שעבודה זו לא נגעה ישירות בשאלה של קביעת רמות הגמלה, הממצאים מורים על כך שזכאים המוגבלים בשני תחומים נהנים מאותו היקף שירותים כמו אלה המוגבלים בארבעה תחומים ויותר.

יש לבחון דרכים להתאמה "צודקת" יותר בין הצרכים השונים של הזכאים להיקף השירותים הנתנים להם במסגרת הגמלה. התאמה זו תעזור לסגירת הפערים הנוצרים לעיתים בשל קיומן של שתי רמות גמלה בלבד.

מ ב א

חוק ביטוח סיעוד מגדיר את מחויבות המדינה להספקת שירותי סיעוד לקשישים המוגבלים החיים בקהילה. החלטה זו מהווה גם ביטוי למערכת העדפות החברתיות ולאופן תלוקת המשאבים הציבוריים.

במסגרת החוק, גובשו התקנות והנוהלים המגדירים את אוכלוסיית היעד, את תנאי הזכאות לקבלת גמלת סיעוד ואת אופן בצוע החוק. החוק קבע גם שאחד הקריטריונים העיקריים לקביעת הזכאות הוא הניקוד במבחן התלות המועבר לכל תובע. לבחירת המבחן התפקודי, התחומים הכלולים בו, וכמוכן לקביעת ציון הזכאות, השפעה על היקף הזכאים ומאפייניהם.

עם הפעלת חוק ביטוח סיעוד, הוחלט להשתמש במבחן תלות הנמצא כבר בשימוש המוסד לצורך קביעת הזכאות לשירותים מיוחדים (שר"מ)¹. במבחן נעשו מספר התאמות לאוכלוסייה הקשישה, וזאת על בסיס הניסיון הרב שהצטבר בביצוע גמלת שירותים מיוחדים ועל סמך התיעצויות עם מומחים בתחום.

חשיבותה של הערכת התלות בתהליך קביעת הזכאות, ההשלכות של תוצאות תהליך זה על עלות התוכנית והעדר נתונים מפורטים, הביאו להחלטה לערוך מחקר מעמיק בנושא.

דוות זה מציג מחקר רטרוספקטיבי², המבוסס על מדגם של הערכות תלות שבוצעו ב-1989 וכהשלמה ולצורך השוואה, גם נתונים מהערכות תלות שבוצעו ב-1992. השוואת הנתונים משתי התקופות, הראשונה קרוב להפעלת החוק והשנייה לאחר כארבע שנים, מאפשרת לבחון את תחומי המחקר השונים, גם על מימד של זמן, ולהצביע על הדומה והשונה בשתי התקופות.

1. גמלת שירותים מיוחדים, מופעלת משנת 1982, ניתנה לנכים קשים, הזכאים לקצבת נכות כללית ומיועדת לסייע לאלה התלויים במידה רבה בטיפול האישי ובניהול חיי יום, בעזרת אחרים. הגמלה ניתנת בנסף.

נושאי המחקר

במחקר נבחנו שלושה נושאים עיקריים:

- נושאים הקשורים למבנה הפנימי של מבחן התלות (ADL)
- שאלות הקשורות למהימנות המבחן
- שאלות הקשורות לקביעת הצורך בהשגחה בלבד.

בנושא הראשון (STRUCTURAL ISSUES) נבחנו השאלות הבאות:

מה הם דפוסי המוגבלות של האוכלוסיה המגישה תביעה לגמלת סיעוד. אילו קשרים יש בין תחומי המוגבלות השונים. האם ההבדלים בין הזכאים לבין הנדחים הוא כגובה הניקוד כלכד או שההבדלים נעוצים גם בתחומי המוגבלות? האם ניתן להצביע על חפיפה בין תחומי התיפקוד השונים?, והאם יש תחומים יחודיים (exclusive). האם ניתן להצביע על פרופילים אופייניים לאוכלוסיית התובעים והזכאים? שאלות אלה מתקשרות לשאלות של התוקף הפנימי של מבחני הערכות התלות שהדיון בהן יוצג בהמשך (ראה ברקע התאורטי).

הנושא השני, שאלת מהימנות המבחן הוא אחד המרכיבים הבסיסיים בהפעלתו התקינה של חוק ביטוח סיעוד. אחד מעקרונות החוק הוא אוניברסליות ואחידות בביצוע וזאת על מנת להבטיח את מלוא השיויוניות לכל התובעים גמלה. תוצאות הערכת התלות מהוות אסמכתא משפטית וצריכות לעמוד גם בפני ערעור בבית משפט. על מנת להבטיח עקרונות אלה, מבחן התלות מתבצע במסגרת הנחיות ברורות ומפורטות, תוך פיקוח מתמיד. למרות כל אמצעי הזהירות, מאחר ובקביעת רמת המוגבלות יש שאלה של שיקול דעתן של אחיות בריאות הציבור בלשכות השונות, מתעוררת השאלה באיזו מידה עקרונות אלה נשמרים, והאם אין הבדלים בתוצאות הערכות התלות בשל הבדלים אישיים בין האחיות. האם יש תחומים שבהם הדימיון בתוצאות רב יותר, או שיש תחומים שבהם ההבדלים כולטים יותר?

2. עד שנת 1992 לא הוזנה המערכת הממוחשבת בפרוט ניקוד מבחן התלות, מלבד הניקוד הסופי שהיווה בסיס לקביעת הזכאות ורמתה. מסיבה זו היה צורך בעיבוד מיוחד של מבחן הערכת התלות לצורך ביצוע המחקר. הונת המערכת הממוחשבת בנתוני המבחן החל מ-1992 איפשרה את ההשוואה המדויחת במחקר.

הנושא השלישי הוא ניסיון לברר, איזה גורמים נלקחים בחשבון ע"י האחות בקביעת הצורך בהשגחה מתמדת. יש לציין שבהכללתו של מרכיב ההשגחה במכתן התלות עמדה השאלה לגבי הגורם הקובע את הצורך ואופן הקביעה. לאחר דיונים, נקבע שאחות כריאות הציבור, כאמצעות שאלות מנחות, אולם ללא מכתן סגור ומובנה, תקבע האם התובע מהווה סכנה לעצמו ולאחרים וזכאי לקבל ניקוד המזכה אותו בגמלה ברמה המוגדלת. מאחר ולהחלטה זו יש משקל על היקף הזכאים לגמלה ברמה הגבוהה, ובשל המקום הרב שיש לשיקול הדעת המקצועי של האחות בתחום זה, יותד בעבודה זו פרק לבחינת הצורך בהשגחה מתמדת.

רקע תאורטי

בפרק זה שני חלקים. בחלק הראשון מוצגות שאלות עקרוניות הנוגעות לבניית מבחני הערכת תלות וברור יחסי הגומלין בין מבנה המבחן לבין כללי הזכאות בקבלת תוכנית טיפול. דיון מפורט בשאלות אלה ואחרות נמצא בסקירה המקפת של **Rojas Pakes (1981)**. יש לציין ששאלות אלה תקפות ביחס לרוב המבחנים המצויים בשימוש, מעבר למטרות הספציפיות של כל מבחן.

לאחר הצגת השאלות מוכאים ממצאים ממספר מחקרים שעסקו בשאלות הנ"ל. דיון בדילמות של קביעת כללי זכאות מסכם פרק זה.

החלק השני מוקדש להצגת עקרונות מבחן התלות בו משתמש המוסד לביטוח לאומי לצורך קביעת זכאות לגמלת סיעוד. תאור עקרונות אלה נועד להמחיש את הפתרונות הייחודיים שנמצאו במוסד על מנת לענות על השאלות שהוצגו בתחילת הפרק.

דיון במבחנים להערכת התלות ובקריטריונים לקביעת הזכאות

ביצוע הערכת תלות לקשישים, הופך בשנים האחרונות לחלק אינטגרלי בתהליך קבלת ההחלטות בקביעת תוכנית טיפול לטווח ארוך לאוכלוסיית הקשישים.

ביצוע הערכה נתפס כפעולה תומכת החלטה וכמכניזם של מעקב בקרה, שתפקידו להביא לחלוקה שיוויונית יותר של ההוצאה הציבורית המוגבלת. הכנסת אלמנט זה של הגבלה ובקרה גורם לכך שתהליך הערכה הופך ליותר ויותר מובנה ומשקלו של שיקול הדעת המקצועי הולך וקטן. השימוש בהערכות אלה אמור להביא להתאמה "צודקת" יותר בין המקורות הכספיים המוגבלים לבין הצרכים של הקשישים (Rojas Pakes, 1981).

יחד עם כל היתרונות שהשיטה מציעה התעוררו שאלות רבות הקשורות בשימוש במבחני הערכת תלות, חלק מהשאלות קשורות למבנה הפנימי של המבחנים וחלק לאופן השימוש בהן, ובעיקר להשלכות של קביעת קריטריונים שונים על גודל האוכלוסייה שתהיה זכאית לשירותים.

בנוסף, למרות שהמטרה העיקרית של מבחני התלות היא סיוע בתכנון תוכניות

טיפול לקשישים, ומעקב לאחר מצבו, נמצא (Rojas Pakes, 1981), שרוב מבחני התלות לא כוללים מידע לגבי התועלת שמבחינים אלה הביאו לעובדים בשדה או מהי מידת השימוש בהן, ואם כן היה שימוש מה היו התוצאות לכך.

נמצא שברוב המבחנים אין דרכי קישור או מכניזם שבאמצעותו ניתן יהיה לתרגם את דרגת המוגבלות לסוגי השירותים הנחוצים. מכאן מתעוררת השאלה האם יש לבנות מערכת המקשרת בין רמות מוגבלות וסוגי השירותים, או שמדובר בשתי מערכות נפרדות?

טענה אחרת המועלית בסקירה של Rojas Pakes (1981) היא שגם אם משאירים את קבלת ההחלטה לגבי קביעת תוכנית הטיפול בידי אנשי מקצוע, לצורך בנית מבחן תלות יש להבין לעומק את הנושא, בעיקר לצורך הגדרת אותם פרטי מידע שיהיו הרלוונטים ביותר לקבלת ההחלטה כגון; אילו תחומי ADL³ או IADL יכללו במבחן, האם ירידה קוגניטיבית הוא אחד מהם ואיזה משקל לתת לכל אחד מהתחומים.

כמובן ששאלות אלה יש לבחון ביחס למטרת המבחן, האם המבחן הוא לצורך קביעת זכאות, השמה במוסדות או לצורך טיפול שיקומי.

נזכיר להלן כמה מהשאלות הנוספות הנוגעות להנחות העומדות בבסיס מבחני תלות רבים.

- האם ניתן להניח שיש קורלציות בין תחומי התפקוד השונים.
- האם ניתן להניח שקיימת היררכיה בדרגות התומרה בתחומים השונים.
- כיצד להבטיח שקריטריון הזכאות יהיה רגיש מספיק לבחירת מקרים ברמת סיכון גבוהה, או אלה הכלולים באוכלוסיית היעד (Targeting) עליה הוחלט. כמילים אחרות, באיזו מידה המבחן מאתר את האוכלוסייה בסיכון ולא מכליל את אלה שאינם צריכים להכנס לרשת.

3. לא קיימת הגדרה אחידה לתחומים אלה. מקובל לכלול ב-ADL תחומים של טיפול אישי; הלבשה, אכילה, נייחות, רחצה ולעיתים הפרשות. ב-IADL נהוג לכלול ניהול משק הבית, סידורים וכו'.

בנוסף לדילמות בנושאים של נחירת התחומים הרלוונטים, משקלם היחסי, וקביעת קריטריון הזכאות ה"צודק", ישנן שאלות רבות הנוגעות למבנה המבחנים; הערכה מובנית לעומת חופשית, מי יבצע את הערכה? האם הצוות הקשור לתכנון וביצוע התוכנית או גורם תיצוני. האם יש לבצע את כל הערכה או לנקוט כגישה של הערכה מדורגת; ז"א גישה המאפשרת סנון על יד כך שמתחילים בתחום קשה ורק אם קשיש נמצא בו מוגבל ממשיכים בהערכה. המבחנים השונים מציגים פתרונות מגוונים ושונים לדילמות שהוזכרו למעלה. אחת הבעיות הקריטיות לדעת עורכי הסקר היא העדר סטנדרטים לרמות תיפקוד לפי קבוצות גיל. בהעדר סטנדרטים אלה הנטייה היא להסתמך על שיפוט קליני לשם תיקוף הכלי, או בדיקה על מדגמים קטנים לשם בדיקת מהימנות.

מאחר ומבחני תלות שונים נמצאים בשימוש נרחב גם על ידי גורמים שונים בארץ למשל; הביטוח הלאומי, משרד הבריאות, קופות חולים, בתי חולים וכו', נתייחס למספר מחקרים שנעשו בארץ ושדנו בצורה זו או אחרת כשאלות של מבנה, מהימנות המבחנים והשפעתם של מרכיבים אלה על גודל אוכלוסיית הזכאים.

אחד המחקרים הראשונים והמקיפים שעשו שימוש במבחני הערכת תלות היה המחקר של י. זילבשטיין ואחרים (1981). מחקר זה היווה בסיס ראשוני לפיתוח כלי אחיד להערכה ולקביעת הזכאות לגמלת סיעוד. ביטוי לקשיים העשויים להתעורר בשימוש במבחן זה, נמצא במחקר שהשווה בין רמות מוגבלות של קשישים בערים בני-ברק ובאר-שבע (מורגנשטיין, 1984). אחת הציפיות במחקר היתה שאכן יהיה דימיון בשעורי המוגבלות לפי גיל וישוב. בניגוד לציפיות נמצאו הבדלים משמעותיים בין שתי הערים. להבדלים אלה הוצעו הסברים רבים כגון: הרכב עדתי, הצע נמוך של מיטות סיעודיות, הבדלים בסוג המראינים, שיטות שונות להערכת צרכים וכו'. מחקר זה מחזק את הצורך בבדיקות מהימנות קפדניות תוך פיתוח נוהלים ושיטות אחידים, וניסיון לנפות ולברר מה המשתנים האחרים שעשויים להשפיע על שעורי המוגבלות.

דוגמא נוספת לכחינה מעשית של שימוש במבחן הערכת תלות היה בזמן עריכת ניסוי לקראת הנהגת גימלה לשירותים מיוחדים לנכים. ליווי הניסוי (מורגנשטיין, ורנר, 1985) הראה שקיים קשר בין גובה הניקוד בכל סעיף של המבחן התיפקודי לבין הזכאות לגמלה. הווה אומר, נכה אשר קיבל ניקוד גבוה באחד מסעיפי המבחן קיבל גם נקודות נוספות בתחומים האחרים ועבר את סף הזכאות. מצד שני לא

נכנסו למעגל הזכאות נכים שצברו ניקוד נמוך במספר תחומים.

ממצאים אלה חזקו את המגמה של שימוש במבחן התלות לצורך קביעת הזכאות לגמלה. יחד עם זאת הצביעו החוקרות על הקושי של קביעת הניקוד עבור השגחה ופיקוח כתחום נפרד מתחומי התיפקוד האחרים. בעיה נוספת היתה מתן פרוש לממצאי מבחן אודות מוגבלות חמורה בקרב נכים שהתגוררו לבד או עם ילדים קטנים.

במחקר אחר, אשר עסק ישירות בשאלה של קביעת סטנדרטים למשך הזמן הדרוש על מנת לענות על צרכי קשישים מוגבלים (ד. נאון, 1989) נעשתה השוואה בין סטנדרטים שקבעו מומחים על מנת לענות לצרכי קשישים לבין הניקוד הכולל במבחן הערכת תלות (הניקוד כמנטא ישירות שעות עזרה), שבשימוש חוק ביטוח סיעוד. נמצא דימיון רב בין שתי הקביעות, נתון המחזק את השימוש במבחן הערכת התלות, ותיקוף לראציונל העומד בבסיס המבחן והוא שיש משמעות לגובה הניקוד כתרגום לשעות עזרה נחוצות. כן התברר שניתן לנסח הנחיות אחידות וקריטריונים שמשפרים את מהימנות המבחן.

בעבודה נוספת אשר בדקה את סיווג הקשישים לרמה תפקודית לשם בנית תוכנית טיפול מתאימה (נאון, 1991) נמצא שהחלטות העובדים הסוציאליים באשר לסיווג קשישים מתכססות בד"כ על משתני תיפקוד כגון; בעיות בטיפול אישי, שליטה בסוגרים, ניידות והצורך בהשגחה. יחד עם זאת, נמצא חוסר עקביות בסיווגים השונים שניתנו לגבי קשישים בעלי אותם מאפיינים תיפקודיים. משמעות הדבר היא שקשישים עלולים להיות מסווגים ומושמים במסגרת טיפולית (מוסד סיעודי או אחר) שאיננה מתאימה לתיפקודם. התוצאה עשויה להיות טיפול חסר או טיפול יתר; נזק לקשישים או נזק למערכת בשל הוצאות כספיות מיותרות.

כפי שהוזכר כבר, אחד השימושים העיקריים של מבחני תלות הוא לשם קבלת הערכה או אומדן להיקף המוגבלות באוכלוסייה, לצורך פיתוח מערכות אישפוז, שירותי טיפול בקהילה ותכנון ההוצאות הצפויות. הצורך בהערכות אלה גובר עם הגידול בשיעור הקשישים ועם העליה בעלות הטיפול הממושך בקהילה או במוסד.

הממצאים שהוצגו עד כה מרמזים על הקשיים שעשויים להתעורר בניסיון להעריך את היקף המוגבלות. במחקר אשר עסק ישירות בשאלה של היקף המוגבלות באוכלוסייה (פקטור ופרימק, 1990) נמצא דימיון בנתוני המוגבלות בשני מחקרים שבדקו תיפקודי ADL והבדלים משמעותיים בהיקף המוגבלים ב-IADL. הערכת החוקרים היא

שההבדלים בין שני הסקרים נובעים מההבדלים באופן הבדיקה: בסקר אחד הבדיקה נעשתה על ידי אנשי מקצוע ובשני היה דיווח עצמי. בשל הבדלים אלה לא ברור האם ניתן להשתמש בנתוני המחקרים על מנת לקבוע את היקף הצרכים לטיפול הממושך.

דוגמא נוספת כיצד שינויים בתחומי המבחן ואופן הבדיקה יכולים להשפיע על היקף המוגבלים נמצא במחקר של כהן וגינסבורג (1991). במחקר זה נעשתה השוואה בהיקף הזכאים לגמלת סיעוד לפי המבחן המקובל בענף לבין תוצאות של מבחן תלות שכלל גם מרכיבים של IADL (יכולת הקשיש לכבס, לדאוג לנקיון הבית ולערוך קניות) וכן ניקוד עבור מצבים המקשים על הטיפול בבית כגון מצב קוגניטיבי ונפשי ירוד, משקל יתר וכו'. תוספת במרכיבים הביאה לגידול של כ-15% במספר הזכאים לגמלת סיעוד.

לטענת החוקרים תוספת הקריטריונים והכללתם של קשישים נוספים בין מקבלי הגמלה היתה מגבירה את "רמת הצדק" בהקצאת המשאבים, תוך התחשבות מלאה במצבם הרפואי והסוציאלי, במיוחד לגבי אלו שחיים עם בני-זוג שאינם מתפקדים ב-IADL.

השאלה של "צדק" עומדת לעיתים קרובות לעומת שאלה של עלות התוכנית, כפי שזה קורה באירופה ובארה"ב שם הנושא של תוכניות לטיפול ממושך בקשישים עומד לדיון ציבורי ובמרכז תוכניות חקיקה של מדינות רבות. שאלה זו מעסיקה גם סקטורים פרטיים כמו חברות ביטוח.

STONE (1990) בדק את הקשר שבין שיעור המוגבלות בקרב קשישים בארה"ב וסוג המבחן לקביעת מוגבלות זו. במחקרו שאל סטון איזו השפעה יש להכללתם של מרכיבי ADL, IADL, משך המוגבלות וסוג העזרה (פאסיבי או אקטיבי) על היקף הקשישים שימצאו זכאים לשרותי בית (HOME CARE BENEFITS). מהשוואה זו מתברר שההבדלים בשעורי הזכאות נעים בין 1.5%, כאשר הקריטריונים שמשמשים בהם הם מאוד מחמירים (לדוגמא; קשיש זקוק לעזרה פעילה לפחות ב-3 תחומי ADL למינימום של 12 חודשים) עד 15.5% כאשר הקריטריון פחות מחמיר (הקשיש זקוק לעזרה פעילה או פאסיבית בתחום אחד של ADL או IADL למשך 3 חודשים לפחות).

אומדנים אלה מדגישים לדעת המחבר לא רק את הקשר שבין סוג הקריטריון בו

משתמשים להיקף המוגבלות, אלא גם מדגישים את מאפייני הקשישים אותם מעוניינים לכלול או לדחות.

סטון מדגיש שגם אם הקריטריון נקבע במידה רבה בשל אילוצי תקציב, הרי בבחירת "הקריטריון" ישנה הכרעה ערכית לגבי מי זקוק לשירותים ומי לא. למעשה קובעי המדיניות צריכים להכריע בשאלה כגון; האם השירותים צריכים להיות מיועדים למוגבלים ביותר, ואם כן למי?

המחבר מציין שרוב התוכניות הפדרליות נוטות להשתמש בקריטריון של הזדקקות לעזרה אקטיבית בשנים או יותר תחומים, אולם ממצאי מחקרים מראים שלמשל מוגבלות בהפרשות (Toileting) יוצרת שתי קבוצות: אלה הזקוקים לעזרה בשירותים ואלה הזקוקים לעזרה ברחצה והלבשה. אי לכך, בקביעת קריטריון למוגבלות, צריך להערכתו לכלול עזרה בשירותים. על ידי כך יכללו אלה הזקוקים ביותר לעזרה.

מתברר שזכאות הנקבעת על פי מוגבלות כ-ADL ולפי IADL, מוציאה לעיתים מחוץ למעגל הזכאות אלה הסובלים מירידה קוגניטיבית ואינם זקוקים לעזרה ב-ADL. מחקר אשר בדק את השפעת מרכיב זה על היקף המוגבלות (SPECTOR, 1991), בתן בצורה מפורטת באיזו מידה קריטריון לקבלת שירותי בית המבוסס על מוגבלות ב-ADL מכסה גם את אלה הסובלים מירידה קוגניטיבית או אלה המתנהגים בצורה אלימה והרסנית. כמחקרו בחן ספקטור ארבעה צרופים שונים שבין קיום או אי קיום מוגבלות בתיפקוד ותוספת של ירידה קוגניטיבית ו/או הפרעה התנהגותית. המחקר מצא שתוספת מרכיבים אלה אכן מגדיל את מספר הזכאים, אולם גידול זה מושפע ממספר המוגבלויות ב-ADL וסוג העזרה שיש להגיש לקשישים. להערכת המחבר יש לעבור מהתמקדות בקריטריוני הזכאות לדיון בהיקף העזרה הנחוץ לסוג מוגבלות מסוים.

המיקוד בקריטריוני זכאות יוצר לדעתו "אי צדק" מאחר ותמיד יהיו אנשים מתחת לקריטריון שלא ימצאו זכאים לשירותים ואילו אלה שנמצאים רק מעט מעל לקריטריון יקבלו לעיתים שיעור גדול של עזרה מהנחוץ להם.

האלטרנטיבה לדעתו היא להתאים את כמות העזרה הדרושה לרמת מוגבלות מסוימת, על מנת להתאים טוב יותר בין הצרכים למענים.

המלצתו של ספקטור כורכת אם כן את כמות העזרה הדרושה לרמת מוגבלות מסוימת ולא רק לקיום או אי קיום מוגבלות בשנים או שלושה תחומים. בחינה של עקרונות מבחן הערכת תלות לצורך קביעת הזכאות לגמלת סיעוד (ומכאן גם לשר"מ) מורה שמבחינות רבות המלצה זו מיושמת במבחן, כפי שמראה הפרק הבא.

תאור מבחן הערכת תלות בשימוש המוסד לביטוח לאומי - עקרונות ותאור ביצוע

מטרת המבחן לבדוק בצורה אובייקטיבית ככל האפשר את תיפקוד האדם בתחומי פעילות היום יום המינימליות, ביום מסוים ולהעריך את מדת תלותו בעזרת הזולת.

את הבדיקה הטיפקודית מבצעת אחות בריאות הציבור, אשר במהלך הביקור במקום מגורי התובע, שואלת ומתרשמת מאורח חייו, הופעתו, סביבתו, ומערך העזרה הפורמלי והלא פורמלי שהוא מקבל. נתונים אלה משמשים לצורך תאור הקשיש ולהערכת סבירות הממצאים מהמבחן התפקודי עצמו.

הערכה התפקודית נעשית בתחומי; נייזות בתוך הבית, הלכשה, רחצה, האכלה ושתיה, הפרשות והשגחה. הערכה התפקודית מהווה מסמך משפטי ומשמשת בסיס להחלטה על זכאות.

בדיקת התפקוד נעשית תוך הפעלה של התובע במטלות השונות, כאשר המבחן בנוי מסולם דרגות הנע בין תלות מוחלטת לעצמאות מוחלטת ודרגות ביניים של הזדקקות לעזרה אקטיבית או פאסיבית. הערכה של תיפקוד עצמאי כוללת; שליטה מוטורית, הבנה, יוזמה והתמצאות. לכל רמה תיפקודית בכל תחום ניתן, ניקוד הנע מאפס נק' (עצמאי לגמרי) עד למכסימום של 3 נק'.

בכל תחום ותחום מתבקשת האחות לכתוב תאור מפורט וממצה של מה שראתה ולא מה שהתובע מסוגל לעשות. ההנחה היא שרק תאור מפורט של מה שראתה מעיד שהמטלה נבדקה, ולא מדובר במסקנה סובייקטיבית על כסיס ידע מצטבר.

התלות שנבדקת היא תלות בזולת ולא במכשירים ולכן מי שמשמש במכשירי עזר שונים ואינו זקוק לעזרת הזולת (פאסיבית או אקטיבית) נחשב לעצמאי.

בנוסף לבדיקה הטיפקודית, כוללת הערכת התלות גם בבדיקה בדבר הצורך בהשגחה מתמדת. בענין זה נעשתה הבחנה בין השגחה חלקית והשגחה מתמדת. הצורך בהשגחה חלקית מובנה לתוך הסעיפים של פעולות יום יום ובא לידי ביטוי בניקוד המתאים.

הצורך בהשגחה מתמדת איננו תלוי כלל ברמת הטיפקוד, והוא מתיחס למצב שבו התובעים מסיבה נפשית, פיסית או קוגניטיבית אינם יכולים להשאר לבדם. ויש צורך בנוכחות מתמדת של הזולת על מנת למנוע סכנה מעצמם או מאחרים. הצורך בהשגחה איננו נמדד בצורה מובנית ועל האחות לקבוע זאת על סמך תצפיות על ההתנהגות במהלך הבדיקה ולהעזר בשאלות מנחות וכל מידע רלוונטי אחר.

ביצוע המחקר - אוכלוסיה ושיטה

דווח זה מתבסס כאמור על 3 מקורות;

1. נתונים שהופקו במיוחד ממדגם שכלל 557 הערכות תלות שבוצעו עד ספטמבר 1989.
2. ניתוח תוצאות הציונים הסופיים של כלל הערכות תלות שבוצעו ב-1989/90.
3. מאגר נתונים ממוכן הכולל כ-12,000 הערכות תלות שבוצעו בין אוקטובר 1992 לינואר 1993.

בחירת המדגם

הבסיס לבחירת המדגם היה כ-46,000 תובעים, בכל רחבי הארץ, שתבעו גמלת סיעוד עד ספטמבר 1989. הוחלט לדגום מדגם שכבות שכלל כ-600 תובעים, אולם על מנת לתת יצוג ניכר לאלה שקיבלו ניקוד בהשגחה, הוחלט שמתוך ה-600 לפחות 150 (25%) יהיו בעלי ציון בהשגחה. יש לציין שבתקופה הנדונה ל-11% מהתובעים היה ניקוד עבור השגחה מתמדת.

המדגם מיצג את משקלם היחסי של התובעים בכל אחד מסניפי המוסד.

הנתונים נאספו מהתיקים שהתקבלו מהסניפים על פי רשימה שמית ות.ז. שהועברה אליהם. לאחר איסוף הנתונים התכרר שהמדגם כלל 557 הערכות תלות ראשונות (היה נפל מסוים בשל תיקים של נפטרים שלא ניתן היה להוציאם) ומתוכם ל-150 היה ניקוד עבור השגחה מתמדת.

ניתוח מבחן הערכת תלות

ניתוח הנתונים המופיעים במבחן הערכת תלות דרש התארגנות מיוחדת מאחר ולמערכת הממוחשבת הועברו מהטופס רק מרכיבי הציון הסופי והם; ניקוד ב-ADL ניקוד עבור השגחה, ציון לכודד וסה"כ הניקוד המצטבר.

טופס הערכת תלות כולל מלבד המבחן הטיפקודי נתונים רבים על התובע, אורח חייו, התנהגותו, מערכת התמיכה בו וכו'. נתונים אלה הם תאוריים ולכן הוחלט שיש מקום לנתח גם נתונים אלה על מנת לתאר את התובעים לגמלת סיעוד בתחומים הבאים:

- מאפיינים אישיים; הרכב משק בית ומצב בריאות
- מצבו הטיפולי של התובע מבחינת ניקיון אישי וסביבתי
- תאור העזרה הפורמלית והלא פורמלית בזמן התביעה
- תאור העזרה הנחוצה - לפי הערכת המשפחה והאחות
- ניתוח מרכיבי הצורך בהשגחה מתמדת (התנהגות, ארועים מיוחדים, וקיום השגחה בפועל).

תאור המדגם⁴

הנתונים המוצגים כאן, לקוחים מטופסי הערכת תלות שמולאו על ידי אחיות בריאות הציבור לגבי 557 תובעים, שתבעו בפעם הראשונה גמלת סיעוד עד ספטמבר 1989.

מתברר שבין התובעים לגמלת סיעוד, רבים הם הקשישים המתגוררים לבד. נמצא שיותר משליש מהאוכלוסיה מתגוררים לבד והיתר עם אחרים. האחיות מצאו ששלושה רבעים ויותר מהתובעים מטופלים מבחינה אישית וסביבתית, לגבי 9% דווח על קיום כעיה בטיפול האישי ולגבי 26% צוין שיש כעיה בניקיון הדירה.

10% מהתובעים נקרו במסגרת טיפולית תכרתית כלשהי; 2% כמרכז יום, 7% כמועדונים חברתיים רגילים ו-1% שהו באשפוז יום.

28% מהתובעים היו מאושפזים בשלושת החודשים שקדמו לתביעה, רובם פעם אחת או פעמיים. שליש מתוכם היו מאושפזים בין יום ל-9 ימים ושליש נוסף בין 10 ימים לחודש והיתר חודש ויותר.

4. המדגם הוא מיצג שבו מדובר בנחונים משוקללים שבהם נעשתה החאמה לשעור התובעים באוכלוסיה שנמצאו זכאים לקבלת ניקוד עבור השגחה.

לגבי 6% מהתובעים הוחל לטפל בסידורי כניסה למוסד סיעודי. בדיקה של מערך העזרה הלא פורמלי, מורה ששני שלישים מהתובעים מקבלים עזרה מבני המשפחה הקרובה (בני זוג, בנים ובעיקר בנות), 19% מקבלים עזרה בעיקר מבני משפחה רחוקים או אנשים שאינם קרובי משפחה ול-16% אין מערכת תמיכה לא פורמלית.

שני סוגי העזרה העיקריים שקיבלו התובעים בזמן התביעה היו עזרה בטיפול אישי בסידורים ובקניות.

בנוסף למערך העזרה הלא פורמלי, 38% קנו שירותי עזרה באופן פרטי (בד"כ עזרה ביתית) כ-15% קיבלו עזרה במימון לשכות הרווחה המקומיות ועוד כ-8% קבלו עזרה במימון קופ"ח. תחומי העזרה העיקריים במימון ציבורי היו בעזרה ביתית וטיפול אישי.

בשני שלישים מהמקרים שקיבלו עזרה כמימון ציבורי, מגיש העזרה היה עובד פרטי וביתר המקרים בד"כ עובדות מט"ב. במקרים בודדים בלבד צוין שהעובדים היו מאירגונים אחרים או שהמימון היה עבור מרכז יום.

כאשר נשאלו התובעים ובני משפחתם אילו שירותים הם היו רוצים לקבל, התברר שהבחירה הראשונה של 35% מהם היתה טיפול כוללני ואותו השעור בקשו בעדיפות ראשונה עזרה ביתית. מעניין לציין ש-18% בקשו עזרה כספית. 6% בקשו בעדיפות ראשונה מוצרי ספיגה ואותו שעור בקשו עזרה בהשגחה.

להערכת אחיות בריאות הציבור רוב רובם של התובעים זקוקים לעיבוי השירותים, גם מי שכבר מקבלים עזרה כמימון ציבורי. המלצתן היתה להרחיב את השירותים הקיימים, על מנת שהקשישים יוכלו להשאר בקהילה.

הנתונים לגבי הערכת תלות ב-1992/3 כוללים את הניקוד שניתן בתחומי ה-ADL וההשגחה. מדובר בכל הערכות התלות שבוצעו במהלך כ-3 חודשים (הערכה אחת לכל תובע), ולכן ניתן לראות בנתוני אוכלוסיה זו נתונים המיצגים את כלל הערכות התלות שבוצעו ב-1992/93.

מ מ צ א י ם

תאור התובעים והזכאים לפי מרכיבי מבחן התלות⁵

פרק זה מתמקד בתאור כללי של התובעים והזכאים על פי תוצאות מבחן התלות. האוכלוסייה נבחנת על פי קריטריוני זכאות, הצורך בהשגחה מתמדת והציונים המצטברים במבחן.

ההחלטה לאשר תביעה לגמלת סיעוד או לדחותה, נקבעת בתום תהליך בן שני שלבים. בשלב הראשון נבדקים תנאי הזכאות המקדמיים ובשלב השני נקבעת מידת תלותו של התובע באחרים, כפי שהוסבר בפרק הקודם. רמת הזכאות נקבעת על פי הציון המצטבר מתוצאות מבחן התלות (תיפקוד אישי בבית) ועל סמך הקביעה שקיים צורך בהשגחה מתמדת של אדם נוסף. לתובעים המתגוררים בגפם אשר קיבלו במבחן התלות לפחות 2 נקודות מוענקות 2 נקודות נוספות לציון הסופי.

תובע זכאי לגימלה סיעוד כאשר הוא עובר את סף הזכאות, כלומר צובר לפחות 2.5 נקודות לפי אחת האפשרויות המפורטות להלן:

1. ניקודו במבחן התלות לפחות 2.5 נקודות, לא כולל הזדקקות להשגחה.
2. ניקודו במבחן התלות - 2 נקודות, אך הוא גר בגפו ומגיעות לו 2 נקודות נוספות. לא כולל ניקוד בהשגחה.
3. ניקודו במבחן התלות לפחות 2.5 נקודות ויש גם צורך בהשגחה.
4. ניקודו במבחן תלות נמוך מ-2.5 נקודות, אך הוא זקוק להשגחה מתמדת (6.5 נקודות).

על מנת להבהיר את משקלם של המרכיבים השונים ביחס לקביעת הזכאות, מוצג הלוח הבא (מתיחס לתקופה שבה הוצא המדגם) ולשנת 1992.

5. נתוני פרק זה לקוחים מתוך: ש. בייץ-מוראי, א. זיפקין וב. מורגנשטיין "הפעלת חוק ביטוח סיעוד" דו"ח מס' 80, המוסד לביטוח לאומי, 1991. הנתונים בפרק מתייחסים לתקופה שבין אפריל 1989 למרץ 1990, תקופה שבה הוצא המדגם.

לוח מס. 1 - זכאים חדשים, לפי מרכיבי הזכאות ושנה

| שנה | סך כל | | מרכיב הזכאות המכריע | | | |
|---------|---------|------|---------------------|----------|-----------|------------|
| | מספר | אחוז | 2.5 | 2 נקודות | לפחות 2.5 | פחות מ-2.5 |
| 1988/89 | 20,966 | 100 | 75 | 7 | 14 | 4 |
| 1989/90 | *16,514 | 100 | 79 | 9 | 9 | 3 |
| 1990/91 | *14,279 | 100 | 81 | 9 | 7 | 3 |
| 1992 | *20,371 | 100 | 83 | 9 | 6 | 2 |

* כולל זכאים חדשים שהגישו את תביעתם בשנה הקודמת, אולם החלטת הזכאות בוצעה בשנה הנזכרת.

מהלוח עולה כי בשנת 1989/90 ל-79% מהזכאים אושרה הגימלה על סמך ציונים במבחן התלות בלבד (ADL). 9% נוספים אושרו כזכאים לאחר תוספת 2 הנקודות הניתנות לבודד. רק ל-3% (שהם 433 זכאים) שציונם במבחן התלות היה קטן מ-2.5 נקודות אושרה הזכאות על סמך הצורך בהשגחה בלבד. התפלגות הזכאים בשלושת הקבוצות הנ"ל לא היתה שונה מהותית מזו של השנה הראשונה. המרכיב שבו חל שינוי במהלך התקופה היה נשיעור הזכאים שקיבלו לפחות 2.5 במבחן התלות, ונמצאו זכאים לתוספת של 6.5 נקודות עבור הצורך בהשגחה. מתברר ש-9% בשנה השניה לעומת 14% בשנה הראשונה נכללו בקבוצה זו. בשנת 1992, שיעור הזכאים שקיבלו ניקוד עבור השגחה קטן עוד יותר, בעיקר של אלה שנמצאו זכאים על סמך מוגבלות תיפקודית וקיבלו גם ניקוד עבור השגחה.

הנושא השני שזכה להתייחסות מיוחדת במחקר זה הוא הניסיון לעמוד על הסיבות והשיקולים למתן הניקוד עבור השגחה על ידי אחיות בריאות הציבור. תחילה נציג נתונים כלליים המתארים את שכיחות התופעה לפי מאפייני האוכלוסיה.

לוח מס. 2 - תובעים וזכאים הזקוקים להשגחה, לפי גיל, מין ושנה (באחוזים)

| גיל ומין | | אחוז* התובעים הזקוקים להשגחה | | אחוז* הזכאים הזקוקים להשגחה | |
|----------|--|------------------------------|-------|-----------------------------|-------|
| | | 88/89 | 89/90 | 88/89 | 89/90 |
| סך הכל | | 11 | 6 | 18 | 12 |
| 64-60 | | 8 | 3 | 15 | 9 |
| 69-65 | | 9 | 3 | 15 | 10 |
| 74-70 | | 10 | 5 | 17 | 11 |
| 79-75 | | 11 | 6 | 19 | 14 |
| 84-80 | | 13 | 6 | 20 | 13 |
| 85+ | | 14 | 7 | 19 | 14 |
| גברים | | 14 | 7 | 21 | 14 |
| 69-65 | | 11 | 5 | 18 | 12 |
| 74-70 | | 12 | 7 | 19 | 14 |
| 79-75 | | 14 | 6 | 22 | 15 |
| 84-80 | | 15 | 7 | 22 | 14 |
| 85+ | | 14 | 7 | 20 | 13 |
| נשים | | 10 | 5 | 17 | 12 |
| 64-60 | | 8 | 3 | 15 | 9 |
| 60-65 | | 7 | 3 | 14 | 9 |
| 74-70 | | 9 | 4 | 16 | 9 |
| 79-75 | | 10 | 6 | 17 | 13 |
| 84-80 | | 12 | 6 | 18 | 12 |
| 85+ | | 14 | 8 | 19 | 14 |

* האחוזים בלוח משקפים את אחוז התובעים והזכאים שקיבלו ניקוד עבור השגחה מתמדת מחוץ קבוצת הגיל שלהם, לדוגמא 8% מהתובעים ו-15% מהזכאים בגילים 64-60 קיבלו ניקוד עבור השגחה.

מלוח 2 ניתן לראות שההבדל העיקרי בין השנה הראשונה לשניה הוא כירידה בסך כל הזכאים שקיבלו 6.5 נקודות עבור הצורך בהשגחה (12% לעומת 18%). יתכן שהסיבה העיקרית להבדל זה קשורה לירידה בשיעור התובעים במצב תיפקודי קשה, או לגיבוש סטנדרטים ברורים יותר ביחס לקביעת הצורך בהשגחה. נתונים מ-1992 מבהירים שישנה מגמה של ירידה בתחום זה.

שיעור הקשישים הזקוקים להשגחה מבין התובעים בשנה השניה הוא רק כמחצית בשיעורם בשנה הראשונה (6% לעומת 11%). פער זה נכון לגבי נשים וגברים כאחד בקבוצות הגיל השונות. כאשר הפער בולט אף יותר בקבוצת הגיל 65 עד 69 (3% בשנה השניה לעומת 9% בראשונה). הבדלים אלה מצביעים על כך ששיעור ניכר מהקשישים כמצב קוגניטיבי קשה הגישו את תביעתם בשנה הראשונה להפעלת חוק סיעוד.

השוואת שיעור הזקוקים להשגחה מבין הזכאים מצביע על ירידה במהלך השנה השניה אולם בשיעור נמוך יותר מאשר בין התובעים. שיעור הזקוקים להשגחה בין הזכאים בשנה השניה היה שני שלישי מהשיעור המקביל בשנה הראשונה. השוואה על פני שנים מורה שאכן יש ירידה בשיעור הזקוקים להשגחה בלבד (ללא מוגבלות פיסית בולטת). עם זאת קיים גרעין של קשישים הזקוקים לסיוע סיעודי, אך ורק בשל מצב מנטלי.

בכל מקרה, שיעור הזקוקים להשגחה גדל במקצת ככל שעולה הגיל. כמו כן, שיעור הגברים הזקוקים להשגחה גבוה במקצת מזה שבקרב הנשים. מגמות אלה חוזרות על עצמן. מעניין לציין שאם בקרב נשים קיימת עליה הדרגתית בהזדקקות להשגחה ככל שעולה הגיל, הרי קשר זה לא נמצא בקרב הגברים. מאחר ודפוס זה חוזר על עצמו, ראוי יהיה לבחון הסברים אפשריים לתופעה.

התפלגות הניקוד הסופי במבחן התלות

לפני שניגש לניתוח המבחן לתחומיו, נציג את התפלגות הניקוד הסופי (לתקופת הוצאת המדגם) לכלל התובעים ולאלה המתגוררים לבד.

לוח מס. 3 - התובעים*, לפי הניקוד במבחן התלות ולפי הציון הכללי (אחוזים)
1990-1989

| תובעים המתגוררים בגפם | | כלל התובעים | | ניקוד |
|-----------------------|-----------------------|-------------|-----------------------|---------------|
| ציון כללי** | מבחן התלות (ADL) בלבד | ציון כללי** | מבחן התלות (ADL) בלבד | |
| 11,315 | 11,315 | 25,038 | 25,038 | סך כל התובעים |
| 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | אחוזים |
| 17.7 | 18.0 | 15.0 | 16.0 | 0 |
| 11.0 | 11.3 | 10.0 | 10.3 | 0.5 |
| 9.4 | 9.8 | 8.8 | 9.2 | 1.0 |
| 6.7 | 7.3 | 6.7 | 7.3 | 1.5 |
| ***1.5 | 13.4 | 3.0 | 9.0 | 2.0 |
| 4.1 | 13.6 | 8.4 | 13.3 | 2.5 |
| 2.2 | 7.1 | 5.2 | 7.9 | 3.0 |
| 1.0 | 4.9 | 4.4 | 6.2 | 3.5 |
| 12.2 | 2.5 | 8.4 | 4.0 | 4.0 |
| 10.0 | 3.2 | 5.2 | 4.2 | 4.5 |
| 5.2 | 2.2 | 4.4 | 3.2 | 5.0 |
| 3.2 | 1.5 | 8.4 | 2.2 | 5.5 |
| 1.6 | 1.1 | 7.1 | 1.4 | 6.0 |
| 2.3 | 1.1 | 4.5 | 1.8 | 6.5 |
| 1.7 | 0.9 | 2.9 | 1.3 | 7.0 |
| 1.0 | 0.7 | 1.5 | 1.1 | 7.5 |
| 1.2 | 0.9 | 2.2 | 1.5 | 8.0 |
| 5.3 | - | 8.2 | - | +8.5 |

- * לא כולל תובעים שנפטרו לפני ביצוע מבחן תלות, ותובעים שנדחו בשל תנאים מקדמיים. תביעות חוזרות נכללו פעם אחת בלבד.
- ** כולל ניקוד לבודדים ולצורך בהשגחה.
- *** תובעים המתגוררים לבד, אולם מצב זה לא מוכה לניקוד כבודך עפ"י הנוהלים לביצוע החוק.

16% מהתובעים שנבדקו קיבלו ציון 0 במבחן התלות. מן הלוח עולה שעל סף זכאות (2 נקודות) נשאר רק אחוז זעיר מן התובעים (3%) וזאת לאחר הענקת שתי נקודות לבודד. אולם לאור שכיחותם הגבוהה יחסית של התובעים שקיבלו 2.5 נקודות במבחן התלות, (13.3%), כלומר מספר הנקודות המזכה בגמלה, ולאור שכיחותם הגבוהה, יחסית, של התובעים המתגוררים בגפם שקיבלו 2 נקודות כציון כללי, יש מקום לבדוק האם אין בשכיחות גבוהות אלה כדי להעיד על נטיית האחיות להעניק ציונים שמזכים בגמלה.

בחינת ציוני הערכת התלות מורה, שמלבד ריכוז תובעים סביב הנקודות המזכות בגמלה, קיימת התפלגות על פני כל טווח הציונים. מכאן שחלק מהתובעים זכאים ל-100% גמלה בשל הניקוד המינימלי (2.5 נק'), אך שיעור מסוים (כ-7%) מהתובעים זכאים אף הם ל-100% גמלה אולם קיבלו את הציונים הגבוהים של 5.0-6.0 נקודות. נראה שנוצר "אי צדק" מסויים בין אלה הזכאים לאותה רמת גמלה, למרות הפער הגדול ברמת ההזדקקות שלהם לשרותים.

בדיקת התפלגות הציונים בשנת 1992 מורה על המשכיות במגמות שצויינו למעלה.

שיעורי הזכאות לפי מאפיינים דמוגרפיים

כפי שנאמר במבוא לעבודה זו, תוצאות מבחני התלות קובעות את היקף הזכאים ואת מאפייניהם.

בתקופה שבה הוצא המדגם (1989) במוצע כמחצית מההחלטות לגבי התביעות היו החלטות זכאות. אולם, כפי שמראה הלוח הבא, שיעורי הזכאות קשורים למין, גיל והרכב משק הבית. שיעור הזכאות עולה עם העליה בגיל, ושיעור הזכאות גבוה יותר בקרב גברים כהשוואה לנשים. שיעור זכאות גבוה במיוחד נמצא בקרב התובעים המתגוררים עם אחרים.

לוח מס. 4 - שיעורי זכאות מתוך התביעות, לפי מאפיינים דמוגרפיים* 1989
(אחוזים)

| שיעור זכאות*** | מאפיין דמוגרפי |
|----------------|---------------------|
| 53.0% | סך הכל |
| | <u>מין</u> |
| 50.6% | נשים |
| 58.2% | גברים |
| | <u>קבוצות גיל</u> |
| 41.4% | **64-60 |
| 46.8% | 69-65 |
| 50.8% | 74-70 |
| 52.1% | 79-75 |
| 55.0% | 84-80 |
| 62.4% | 85+ |
| | <u>הרכב משק בית</u> |
| 49.3% | בודד |
| 54.6% | עם בן/בת זוג |
| 63.2% | עם ילדים/אחר |

* מאפריל 1989 - מרץ 1990

** הקבוצה כוללת נשים בלבד.

*** השיעורים בלוח משקפים את שיעור הזכאות בכל קבוצה לחוד.

לדוגמא שיעור הזכאות בקרב הגברים בלבד הוא 58.2%.

ושיעור הזכאות בקרב אלה המחגורים לבד הוא 49.3%.

בדיקת התפלגות אוכלוסיית הזכאים לגמלה לפי מין וגיל בהשוואה לאוכלוסיית הקשישים בישראל מורה, (לוח מס' 5) שאם הזכאים לגמלה בשנת 1989/90 היו כ-4% מהאוכלוסייה הקשישה בשנת 1992 השיעור הגיע כמעט ל-7%.

הנתון הכולט ביותר בלוח הוא היקף הזכאים לגמלה בקבוצות הגיל השונות. מתברר שאם רק כ-5% מהאוכלוסייה הקשישה הם בני 85 ויותר, הרי מתוך כלל הזכאים לגמלת סיעוד בשנת 1989 הם הוו 21%, ובשנת 1992 הגיע חלקם לכדי 30%.

לוח מס. 5 - התפלגות אוכלוסיית הזכאים, לפי מין וגיל ובהשוואה
לאוכלוסיית הקשישים, 1989, 1992 (אחוזים)

| מספרים באחוזים | האוכלוסייה הקשישה *1992 | זכאים באחוז מהאוכלוסייה הקשישה ב-1989** לפי קבוצות גיל | האוכלוסייה הקשישה *1989 | זכאים באחוז מהאוכלוסייה הקשישה ב-1992** לפי קבוצות גיל |
|-------------------|-------------------------------|---|-------------------------------|---|
| סך הכל | | | | |
| במספרים | 560,000 | 21,342 | 480,100 | 37,734 |
| באחוזים | 100.0 | 4.4 | 100.0 | 6.7 |
| 64-60 | 16.4 | - | 17 | 1.2 |
| 69-65 | 28.9 | 1 | 28 | 2.2 |
| 74-70 | 20.3 | 3 | 21 | 5.1 |
| 79-75 | 17.5 | 5 | 20 | 7.7 |
| 84-80 | 11.2 | 11 | 10 | 15.9 |
| 85+ | 6.0 | 21 | 5 | 29.9 |
| גברים | | | | |
| סה"כ במספרים | 202,000 | 4 | 182,200 | 13,020 |
| סה"כ באחוזים | 100.0 | | 100.0 | 6.2 |
| 69-65 | 34.0 | 1 | 34 | 1.3 |
| 74-70 | 24.7 | 2 | 25 | 3.8 |
| 79-75 | 20.5 | 4 | 23 | 5.9 |
| 84-80 | 13.6 | 9 | 12 | 12.9 |
| 85+ | 7.1 | 19 | 5 | 28.6 |
| נשים | | | | |
| סה"כ במספרים | 343,400 | 5 | 297,900 | 24,714 |
| סה"כ באחוזים | 100.0 | | 100.0 | 6.9 |
| 64-60 | 25.9 | - | 28 | 1.3 |
| 69-65 | 25.6 | 2 | 24 | 2.9 |
| 74-70 | 17.5 | 4 | 18 | 6.2 |
| 79-75 | 15.7 | 7 | 16 | 9.3 |
| 84-80 | 9.7 | 14 | 8 | 18.2 |
| 85+ | 5.3 | 23 | 6 | 32.1 |

* השנחון הסטטיסטי לישראל, 1989, 1992.

** ש. בייץ-מוראי וא. זיפקין, "הפעלת חוק ביטוח סיעוד", לשנים 1989, 1992, המוסד לביטוח לאומי.

השוואת דפוסי המוגבלות לפי תקופות ורמות זכאות

פרק זה מתמקד בניתוח דפוסי המוגבלות של התובעים לגמלת סיעוד בתחומי התיפקוד השונים, בשלבים הראשוניים של הפעלת חוק סיעוד (1989) ולאחר בשלוש שנות הפעלה (1992). ההשוואה בין שתי התקופות, מאפשרת לזהות את קיומם של דפוסי המוגבלות, השינויים שחלו בין שני המועדים וסוג הקשר שבין גובה הניקוד בתיפקוד מסוים לרמת הזכאות של התובע.

הפרק כולל:

- (1) ניתוח והשוואה של הניקוד בתחומי התיפקוד השונים לפי תקופות ורמות זכאות.
- (2) ניתוח המבנה הפנימי של מבחן התלות (ADL) לפי תוצאות המדגם בלבד.
- (3) השוואת מהימנות ביצוע מבחן התלות לפי לשכות בריאות ותקופות.
- (4) ניתוח הצורך בהשגחה מתמדת לפי תוצאות המדגם.

ניתוח הניקוד בתחומי התיפקוד השונים ורמות זכאות

התפלגות ניקוד ADL בשנים 1989 ו-1992 (לוח מס' 6) לפי תחומים, מורה שהשעור הגבוה ביותר של תובעים שקיבלו ניקוד כלשהו הוא כרתצה (78% ו-81% בהתאמה), ואילו התחום שבו ניתן ניקוד כלשהו בשיעור הנמוך ביותר הוא בנידות (34% ו-27% בהתאמה). המגמות העיקריות בהתפלגות המוגבלות דומות בשתי התקופות. בפרט קיים דימיון רב בהתפלגות הניקוד באכילה. יש לציין שממצאים אלה מאשרים את מה שידוע כיום לגבי ההירארכיה הקיימת בדפוסי המוגבלות.

לוח מס. 6 - התפלגות ניקוד ADL לפי תחום תיפקודי ותקופה (אחוזים)

| סה"כ שיעור | התפלגות הניקוד לפי תקופה* | | | | | | | | | | | | סה"כ אחוז | תחומי תיפקוד | | |
|------------|---------------------------|---|-----|---|-----|----|-----|----|-----|----|-----|----|-----------|--------------|--------|---|
| | שקיבלו ניקוד כלשהו | | 3.0 | | 2.0 | | 1.5 | | 1.0 | | 0.5 | | | | 0.0 | |
| | II | I | II | I | II | I | II | I | II | I | II | I | | | II | I |
| 27 | 34 | | | | | | | 9 | 10 | 18 | 24 | 73 | 66 | 100 | ניידות | |
| 67 | 62 | | | | | | | 49 | 34 | 18 | 28 | 33 | 38 | 100 | הלבשה | |
| 81 | 78 | | | | | 15 | 16 | 44 | 47 | 22 | 15 | 19 | 22 | 100 | רחצה | |
| 58 | 58 | | | | | 3 | 4 | 5 | 6 | 50 | 48 | 42 | 42 | 100 | אכילה | |
| 41 | 49 | 7 | 7 | 5 | 5 | 6 | 9 | 6 | 8 | 17 | 20 | 59 | 51 | 100 | הפרשות | |

* I - ממצאי מדגם מ-1989

II - ממצאי אוכלוסיה מ-1992.

בניידות והפרשות, שיעור גבוה יותר של תובעים בשנת 1992 בהשוואה לשנת 1989 לא קבלו ניקוד כלשהו. ייתכן שהדבר קשור לכך שבתקופה הראשונה, להפעלת החוק, הגישו תביעות קשישים במצב קשה יותר מאשר בשלב מאוחר יותר.

בלוחות הבאים נבחן את הקשר שבין מתן ניקוד כלשהו בתחומי התיפקוד השונים, ובעיקר מתן ניקוד מכסימלי להסתברות התובע להיות זכאי.

לוח מס. 7 - שיעור הזכאים מבין מקבלי ניקוד לפי תחום ושנה

| 1992 | | 1989 | |
|------------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|--------|
| מבין מקבלי אפס נקודות שיעור הזכאים | מבין מקבליי ניקוד* שיעור הזכאים | מבין מקבלי ניקוד* שיעור הזכאים | |
| 39 | 98 | 94 | ניידות |
| 3 | 81 | 79 | הלבשה |
| 2 | 67 | 68 | רחצה |
| 13 | 85 | 82 | אכילה |
| 27 | 95 | 88 | הפרשות |

* הכוונה לניקוד כלשהו בתחום, ניקוד הגדול מאפס.

הלוח מורה שבכל התחומים (מלבד רחצה) חל גידול בשעור הקשישים שהיו לזכאים, כאשר קיבלו ניקוד כלשהו. תופעה זו בולטת בעיקר בניידות והפרשות. בתחומים אלה רק 2% ו-5% בהתאמה מהתובעים בשנת 1992 לא נמצאו זכאים כאשר לא קבלו ניקוד כלשהו. מגמה זו ממחישה את היכולת הגדלה לדייק בזיהוי אוכלוסיית היעד, באמצעות השימוש במבחן התלות.

(ההיררכיה כדפוסי המוגבלות איננה מעידה אם כן על ההסתברות להיות זכאי במסגרת הקריטריונים של חוק ביטוח סיעוד. לדוגמא, מוגבלות תיפקודית ברחצה פוגעת בכ-80% מהתובעים אולם רק כשני שלישי מהם נמצאו זכאים לגמלה. לעומת זה רק כשליש מהתובעים קבלו ניקוד כלשהו בניידות וקרוב ל-100% מהם נמצאו זכאים לגמלה).

מצד שני רק 2% ממקבלי אפס נק' ברחצה נמצאו זכאים לעומת 39% של זכאות בקרב מקבלי אפס נקודות בניידות. ניתן לסכם שניקוד בניידות רגיש לאיבחון זכאים ואילו העדר ניקוד ברחצה הוא מזהה מהימן להעדר זכאות.

מגמה זו ניתן לראות בנרור בלוח הבא, בפרט את הקשר שבין קבלת ניקוד מירבי בכל תחום ורמת הזכאות.

לוח מס. 8 - התפלגות מקבלי ניקוד מירבי לפי רמת זכאות*, תחום תיפקודי ותקופה

| שיעור מקבלי ניקוד מירבי | | לא זכאים | | זכאים ל-100% | | זכאים ל-150% | |
|-------------------------|----|----------|-----|--------------|----|--------------|----|
| תחום ניקוד מירבי | | II | | I | | II | |
| I | | II | | I | | II | |
| ניידות | 10 | 9 | 100 | 2 | 1 | 27 | 71 |
| הלבשה | 34 | 49 | 100 | 5 | 5 | 60 | 35 |
| רחצה | 16 | 15 | 100 | 2 | ** | 43 | 55 |
| אכילה | 4 | 3 | 100 | 6 | ** | 6 | 88 |
| הפרשות | 7 | 7 | 100 | ** | ** | 11 | 89 |

* השיעורים בלוח מבטאים את התפלגות הזכאות מבין מקבלי ניקוד מירבי בלבד.

** קטן מ-1%.

I - מדגם ב-1989 II - 1992.

מהלוח ניתן ללמוד שקיימים קשרים שונים בין קבלת ניקוד מירבי בתחום תפקודי מסוים ורמת זכאות.

הלוח מורה שבין 1989 ל-1992 גדל הקשר שבין זכאות ובעיקר זכאות לגמלה המוגדלת וקבלת ניקוד מירבי. לדוגמא, אם ב-1989 6% ממקבלי ניקוד מירבי באכילה, לא נמצאו זכאים לגמלה, ב-1992 כל מקבלי ניקוד מירבי באכילה נמצאו זכאים ושיעור הזכאים לגמלה המוגדלת גדל מ-88% ל-95%.

התחום היחידי שבו שיעור מקבלי ניקוד מכסימלי גדל יותר בקרב מקבלי גמלה ברמה הרגילה, הוא בהלבשה. בתחום זה השיעור הגבוה ביותר מהתובעים קיבלו ניקוד מירבי בתקופה השניה (69%). ניסיון להכין את ההשפעה היחסית של מוגבלות בתחום לרמת הזכאות מוצג בהמשך הדיווח.

הלוח הבא מבהיר בפרוט את הקשר שבין קבלת ניקוד ורמת זכאות בתחום של הפרשות. הקשר בולט בעיקר בקרב הנדחים והזכאים לגמלה המוגדלת, כאשר 80% מאלה שקיבלו אפס לא נמצאו זכאים, וכ-90% ממקבלי ניקוד מירבי נמצאו זכאים לגמלה המוגדלת.

לוח מס. 9 - התפלגות הניקוד בהפרשות, לפי רמת זכאות (במדגם)

| גובה ניקוד | | | | | | רמת זכאות |
|------------|-----|-----|-----|-----|-----|------------------|
| 3.0 | 2.0 | 1.5 | 1.0 | 0.5 | 0 | |
| 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | סך הכל - באחוזים |
| | - | 3 | 9 | 25 | 80 | לא זכאי |
| 11 | 60 | 68 | 83 | 63 | 15 | זכאי ל-100% |
| 89 | 40 | 29 | 8 | 12 | 5 | זכאי ל-150% |

ניתוח הניקוד בתחומי התיפקוד השונים ומשתנים דמוגרפיים

פרק זה יוקדש לניתוח מעמיק יותר של הקשרים המבניים בין תחומי ADL לבין עצמם ובינם לבין רמות הזכאות ומשתנים דמוגרפיים. מאחר ודפוסי המוגבלות במדגם דומים לאלה של התובעים לגמלה ב-1992, הניתוח נוצע על נתוני המדגם בלבד. ממצאי הפרק תקפים אם כן לגבי תוצאות הערכות תלות באוכלוסיה כולה.

השאלה הראשונה עליה ננסה לענות בפרק זה היא מי הם הקשישים המוגבלים ביותר? האם רמת מוגבלות גבוהה שכיתה יותר בקרב המבוגרים ביותר? האם הקשישים קיימים בתחום מסוים או בכל התחומים? האם אפשר להצביע על קשרים נוספים בין מוגבלות גבוהה למאפיינים דמוגרפיים נוספים?

הלוח הבא מציג את איפיון מקבלי הניקוד המירבי בכל תחום.

לוח מס. 10 - מקבלי ניקוד מירבי, לפי גיל, מין ומצב מגורים (אחוזים)

| צורת מגורים | מ י ן | | ג י ל | | שיעור מקבלי ניקוד מירבי במדגם | | ת ח ו ם | ניקוד מירבי |
|-------------|-------------------|--------|-------|-------|-------------------------------|---------|---------|-------------|
| | מתגוררים עם אחרים | בודדים | נשים | גברים | בני 70-74 | בני 85+ | | |
| 14 | 3 | 11 | 8 | 10 | 6 | 10 | נידות | 1 |
| 41 | 25 | 36 | 33 | 36 | 30 | 34 | הלנשה | 1 |
| 23 | 6 | 18 | 15 | 13 | 13 | 16 | רחצה | 1.5 |
| 5 | 2 | 4 | 4 | 4 | 2 | 4 | אכילה | 1.5 |
| 10 | 3 | 7 | 6 | 6 | 8 | 7 | הפרשות | 3 |

* המספרים בלוח מבטאים את שיעור הקשישים שקיבלו ניקוד מירבי מתוך קבוצתם. לדוגמא 10% מבני 85+ קיבלו ניקוד מירבי בניתוח ו-11% מהגברים קיבלו ניקוד זה.

הלוח מורה שאין קשר תיובי בין קבלת ניקוד גבוה וגיל ובמספר תחומים אף קיימת ירידה בקרב קבוצת בני +85 (ראה דיון בהמשך).

התפלגות ניקוד מירכי לפי מין, מורה שרמת מוגבלותם בקרב הגברים גבוהה בדרך כלל משל הנשים, מלבד בתחום האכילה.

ההבדל הכולט ביותר הוא בשיעור הנמוך יותר של בודדים שקיבלו ניקוד מירכי בהשוואה לאלה המתגוררים עם אחרים. הפער הגדול ביותר בין שתי הקבוצות הוא ברחה והלבשה והנמוך ביותר הוא באכילה.

הממצאים המוצגים כאן מנהירים מה עומד מאחורי ההבדלים שנמצאו בשיעורי הזכאות לפי מאפיינים דמוגרפיים (לוח מס' 4). מענין לבחון במיוחד את הקשר שבין גיל ומוגבלות, בעיקר בשל הציפיה לעליה הדרגתית בשיעור המוגבלות עם העליה בגיל, עליה שלא נצפתה, כפי שמורה לוח מס. 10.

לוח מס. 11 - שיעור מקבלי ניקוד מירכי, לפי תחום וגיל* (אחוזים)

| ג י ל | | | | | | שיעור מקבלי ניקוד מירכי | תחום |
|-------|-------|-------|-------|-------|---------|-------------------------|--------|
| +85 | 84-80 | 79-75 | 74-70 | 69-65 | **64-60 | | |
| 10 | 12 | 10 | 6 | 11 | 2 | 10 | נידות |
| 36 | 37 | 36 | 30 | 32 | 22 | 34 | הלבשה |
| 13 | 28 | 19 | 13 | 16 | 8 | 16 | רחצה |
| 4 | 5 | 5 | 2 | 2 | 2 | 4 | אכילה |
| 6 | 6 | 8 | 8 | 6 | 3 | 7 | הפרשות |

* המספרים מבטאים את שיעור מקבלי ניקוד מירכי בכל קבוצת גיל.

** קבוצת הגיל כוללת נשים בלבד.

מהלוח ניתן ללמוד על מספר קשרים בין העליה בגיל לבין מוגבלות בתחומים השונים. שכיחות נמוכה במיוחד של קבלת ניקוד מירכי בכל התחומים מופיעה רק בקרב נשים בקבוצת הגיל הצעירה ביותר. החל מגיל 65 (עם תוספת של גברים לקבוצה) שכיחות המוגבלות עולה בצורה חדה ומגיעה כדרך כלל לשיעור הכללי. מגיל 75 אכן ניתן להצביע על עליה מתונה והדרגתית בשיעור המוגבלות. אולם, עליה זו נפסקת בקבוצת הגיל הגבוהה ביותר וכאן אנו עדים כאמור לירידה קטנה בשיעור המוגבלות. ניתן אם כן לציין שאפילו בקרב התוכעים לגמלת סיעוד, מקבלי ניקוד מירבי, מצנם של אלה שהצליחו להגיע לגיל 85 (Survivors) ולהשאר בקהילה טוב יותר מאשר הצעירים יותר.

הלוח מתכרר גם שבניגוד לרוב התחומים, מוגבלות מירכית באכילה מופיע בשכיחות גבוהה יותר רק בגיל מבוגר יחסית (מגיל 75) ועד גיל זה שיעור הקשישים המוגבלים ביותר בתחום זה נמוך יותר.

כללית ניתן להסיק שהקשר בין העליה בגיל וירידה תיפקודית איננו חד משמעי וברור.

בתחומי ניידות והלבשה, החל מגיל 70 ישנה עליה מתונה והדרגתית בשכיחות מקבלי ניקוד מירכי. ברתצה והפרשות המגמה לא אחידה. באכילה כפי שצוין, קיימת עליה בשכיחות המוגבלות, אולם העליה מתרחשת בגיל מבוגר יותר באופן חד ובשיעור ניכר. ניתן לומר שיש תיפקודים שהם יותר "תלוי גיל". תמונה זו מחזקת את הגישה הדוגלת בהערכת תפקודית לצורך קביעת הזכאות.

יש לציין שבעיבודים מיוחדים לכתינת הקשרים שבין התפלגות הניקוד בתחומי ADL והמשתנים הדמוגרפיים, נמצאו קשרים מובהקים בין עליה בגיל וקבלת ניקוד מירבי בכל התחומים, היותו של התובע ממין זכר נמצא אף הוא בקשר מובהק עם מוגבלות גבוהה כהשוואה לתוכעים צעירים, נשים ובודדים. אולם כפי שהראנו בחינה מדוקדקת יותר מבהירה שהקשרים הם מורכבים יותר.

עד כה הוצגו כהרחבה הקשרים שבין גובה הניקוד בתחומי ADL השונים, רמות הזכאות ומאפיינים שונים של הקשישים.

פרופילים של מוגבלויות

כדי להבין יותר את הקשרים שבין המוגבלויות בתחומי התפקוד השונים, נבחנו כלל הצירופים האפשריים של המוגבלויות בתחומי התפקוד השונים לפי רמות זכאות. התקבלו שני סוגי פרופילים: הסוג הראשון (ראה בלוח להלן) מתאר פרופילים של תובעים שקיבלו נק' אחת לפחות באיזשהו תחום. הפרופילים מתארים דפוסי מוגבלות חמורים יותר. הסוג השני (לוח מס. 13) מתאר התפלגות תובעים כולל גם אלה שקיבלו ניקוד מינימלי (0.5 נק' ויותר) באיזשהו תחום.

הצגת הפרופילים לפי רמות זכאות ותחומים, מאפשרת לזהות את הקשרים שבין רמות זכאות וחומרת המוגבלות. כאשר חומרת המוגבלות נקבעת על פי צרוף של מספר המוגבלויות וגובה הניקוד שניתן בכל אחד מתחומי התפקוד.

לוח מס. 12 - פרופילים של מוגבלויות חמורות*, לפי רמות זכאות ותחום

| שכיחויות באחוזים | הפרשות | אכילה | רחצה | הלכשה | ניידות | רמת זכאות |
|------------------|--------|-------|------|-------|--------|-----------|
| 33 | - | - | - | - | - | לא זכאי |
| 11 | - | - | X | - | - | לא זכאי |
| 1 | - | - | X | X | - | לא זכאי |
| **10 | - | - | X | - | - | 100% |
| 4 | X | - | X | - | - | 100% |
| 8 | - | - | X | X | - | 100% |
| 8 | X | - | X | - | - | 100% |
| 2 | X | X | X | - | - | 100% |
| 2 | X | - | X | X | X | 100% |
| ***2 | - | - | X | - | - | 150% |
| ***1 | - | - | X | X | - | 150% |
| 2 | X | - | X | X | - | 150% |
| 1 | X | X | X | X | - | 150% |
| 2 | X | - | X | X | X | 150% |
| 5 | X | X | X | X | X | 150% |

* הסימן * מתייחס לשיעור התובעים שקבלו 1 נק' לפחות ויותר.

** פרופיל זה אחראי קבוצה של מוגבלים שקיבלו נק' באחת ברחצה וקיבלו פחות מנק' אחת בתחומים אחרים וכך עברו אח סף הזכאות. מאחר ובלוח מוצגים רק צרופים שהופיעו לפחות ב-1% מהמקרים, הסה"כ לא מסתכם ל-100%.

*** מאחר והזכאות איננה נקבעת אך ורק לפי ניקוד ADL, מדובר בתובעים שנמצאו זכאים בשל ניקוד עבור השגחה מתמדת.

מתוך הלוח ניתן לראות שרוכ התובעים שאמנם מוגבלים מאד בתחום אחד ולא נמצאו זכאים, המוגבלות שלהם היתה בדרך כלל ברחצה בלבד. כן מתברר שהיו מעט מאוד מקרים שנמצאו מוגבלים בשני תחומים (קיבלו 2 נק' בשני תחומים) ולא נמצאו זכאים (1%).

לעומת זה אם אנו כוחנים את הזכאים לגמלה ברמה הנמוכה, ניתן לראות ששיעור מסויים מהקשישים צוברים ניקוד מצירוף של מוגבלות ברחצה ומוגבלויות חלקיות בתחומים אחרים. כללית הזכאות לגמלה הרגילה מופיע בשכיחות גבוהה יותר מצירוף של מוגבלות אחת או שתיים, ואילו גמלה ברמה המוגדלת אופיינית יותר לצירוף של שלוש או ארבע מוגבלויות.

הלוח הבא המתאר את הקשר שבין רמת זכאות וקבלת ניקוד כלשהו (0.5 נק' ויותר) בכל תחום.

לוח מס. 13 - פרופילים לפי תחומי ADL ורמות זכאות*

| רמת זכאות | ניידות | הלבשה | רחצה | אכילה | הפרשות | שכיחות באחוזים |
|-----------|--------|-------|------|-------|--------|----------------|
| לא זכאי | - | - | - | X | - | 2 |
| לא זכאי | - | - | X | - | - | 7 |
| לא זכאי | - | - | X | - | X | 1 |
| לא זכאי | - | - | X | X | - | 2 |
| לא זכאי | - | X | X | - | - | 6 |
| לא זכאי | - | X | X | X | - | 2 |
| 100% | - | X | X | - | X | 2 |
| 100% | - | X | X | X | - | 5 |
| 100% | - | X | X | X | X | 7 |
| 100% | X | - | X | X | X | 1 |
| 100% | X | X | X | - | X | 1 |
| 100% | X | X | X | X | - | 1 |
| 100% | X | X | X | X | X | 18 |
| 150% | - | X | X | X | X | 3 |
| 150% | X | X | X | X | X | 10 |

* בלוח מוצגים רק פרופילים שהופיעו לפחות בקרב 1% מהתובעים, אי לכך סה"כ לא מסתכם ל-100%. בסה"כ היו 43 צרופים שונים.

מלוח (מס' 13) מתכרר שתובעים אשר נמצאו לא זכאים - מוגבלים בד"כ בתחום אחד או בשניים, (כ-2% מהתובעים מוגבלים ב-3 תחומים ולא נמצאו זכאים) לעומת זה זכאות קשורה תמיד במוגבלות כלשהי בשלושה תחומים ויותר. למעשה לא נמצאו זכאים שהיו מוגבלים בתחום אחד בלבד. 5% מהזכאים לגמלה הרגילה נמצאו מוגבלים בארבעה תחומים, 18% מוגבלים בכל חמשת התחומים. נתונים אלה מבהירים שזכאות לגמלת סיעוד מתבססת לעיתים על מוגבלות חמורה בשנים או שלושה תחומים או מצרופי מוגבלויות חמורות כרוכ התחומים או בכולם.

ניתן לראות בלוח שמוגבלות משמעותית בהפרשות ובעיקר בניידות, מופיעה ברמות מוגבלות מאוד גבוהות ומצטרפת למוגבלויות אחרות, ולא מדובר בדרך כלל במוגבלויות יחידות.

שני הלוחות אשר הוצגו כאן ממחישים את ההירארכיה המאפיינת ירידה תיפקודית ושעל פיה נבנה מבחן התלות. מתברר שמוגבלות מסויימת ברחצה שכיחה בקרב רוב התובעים. הלכשה אכילה והפרשות בקרב שיעור נמוך יותר, ובשכיחות הנמוכה ביותר מופיעה מוגבלות בניידות. כן מתברר שהפרופילים השכיחים ביותר של זכאים לגמלה הרגילה מאופיינים במוגבלות חמורה בשני תחומים (כד"כ צרוף של רחצה והלכשה או רחצה והפרשות) ומוגבלויות נוספות. פרופילים של זכאים לגמלה המוגדלת, מאופיינים בשיעור גבוה של קשישים המוגבלים בארבעה וחמשה תחומים.

בחינת הקשרים בין תחומי התפקוד במבחן התלות

פרק זה מתמקד בגילוי הקשרים בתוך מבחן התלות עצמו כאשר המטרה העיקרית היא לנסות ולהעריך את התרומה או המשקל של תחומי ה-ADL לקביעת הזכאות ורמתה.

השלב הראשון היה מציאת הקשרים (קורלציות) בין התחומים לבין עצמם. בלוח להלן מוצגים המתאמים בין תחומי התפקוד השונים.

לוח מס. 14 - מתאמים* בין תחומי התפקוד ב-ADL

| תחום | הפרשות | אכילה | רחצה | הלבשה | ניידות |
|--------|--------|-------|------|-------|--------|
| ניידות | 0.71 | 0.62 | 0.58 | 0.57 | 1.0 |
| הלבשה | 0.59 | 0.58 | 0.73 | 1.0 | 0.57 |
| רחצה | 0.60 | 0.62 | 1.0 | | |
| אכילה | 0.60 | 1.0 | | | |
| הפרשות | 1.0 | | | | |

* המתאמים מובהקים ברמה של $P = 0.0001$.

מתוך הלוח אנו רואים שאכן גובה ניקוד בתחום אחד קשור באופן מובהק לגובה הניקוד ביתר התחומים, אולם יש כאן רמזים שהקשר שבין רחצה והלבשה גבוה במיוחד ויתכן שזה מעיד על כך שלא מדובר בתחומים מוציאים זה את זה ויש תלות ביניהם ולמעשה האחות בודקת מוגבלות דומה. שני תחומים אחרים הקשורים מאוד זה בזה הם ניידות והפרשות. יש לזכור שגם בהפרשות יש התייחסות לצורך בעזרה בניידות על מנת להגיע לשירותים. יש לציין שיש מבחני תלות אשר אינם כוללים הפרשות, מאחר והטענה היא שלא מדובר כאן במוגבלות תפקודית אלא בפגם פיזיולוגי, ולכן אין לכלול פגם פיזיולוגי במערכת הבודקת תפקוד.

אף באמצעות ניתוח הגורמים שנעשה על תחומי התפקוד ב-ADL (בלוח להלן) ניתן ללמוד על קשרים חזקים בין התחומים השונים.

לוח מס. 15 - ניתוח גורמים ל-ADL

| תחום | מקדמי הגורמים |
|--------|---------------|
| ניידות | 0.83 |
| הלבשה | 0.83 |
| רחצה | 0.84 |
| אכילה | 0.82 |
| הפרשות | 0.84 |

המתאמים וניתוח הגורמים כאחד מבהירים שהחמרה בתחום תיפקודי אחד, מלווה בהתאמה בהחמרה בתחומים האחרים. מימצא זה מחזק את הרציונל העומד מאחורי מבחן התלות, המניח עקביות ומתאם בין כל סעיף וסעיף לבין כל תחום ותחום.

כדי לבחון את התרומה הדיפרנציאלית של כל אחד מתחומי התפקוד בניכוי היתר נערך ניתוח רגרסיה נשיטת ה-Stepwise שבו המשתנה המוסבר (התלוי) הוא רמת הזכאות והמשתנים המסבירים הם תחומי התפקוד ב-ADL. הניתוח בוצע על כל המדגם.

המשתנה המוסבר יכול לקבל 3 ערכים, לא זכאי (0), זכאי לגמלה ברמה הרגילה (100%) וזכאי לגמלה ברמה הגבוהה (150%) ערכי המשתנים הבלתי תלויים נעים בין 0 נק' ל-3 נק'.

מודל הרגרסיה מסביר 61% מן השונות במשתנה התלוי. משתנה הלבשה מסביר כמחצית מהשונות (48%) ויתר התחומים תורמים עוד כ-13%.

לוח מס' 16 - תוצאות ניתוח הרגרסיה על קביעת הזכאות לפי ADL

| תחום | תוספת ל R ² | R ² Multiple | גודל F |
|--------|------------------------|-------------------------|--------|
| הלבשה | 0.479 | 0.479 | *498.5 |
| הפרשות | 0.084 | 0.564 | *104.7 |
| רתצה | 0.034 | 0.598 | * 46.4 |
| אכילה | 0.019 | 0.617 | * 26.6 |
| ניידות | - | - | - |

* תחומים אלה מובהקים ברמת מובהקות של $P = 0.0001$

בולט שתחום ניידות לא נכנס למודל הרגרסיה ולא נמצא משפיע ותורם להסבר של קביעת הזכאות ורמתה. דהיינו המידע על הניקוד בניידות איננו תורם כלל ליכולת הניבוי באשר לזכאות התובע ולרמת הזכאות.

חשוב לחזור להבהיר שעל פי מודל הרגרסיה, התרומה של הלבשה להסבר ההתלטה, על הזכאות ורמתה הוא לאחר ניכוי שאר המשתנים. יש לזכור גם שנמצא מתאם גבוה מאד בין כל התחומים, ומכאן שאם הלכשה מסביר רבות, התוספת של התחומים האחרים היא שולית.

מתן ניקוד עבור השגחה

הכללת הצורך בהשגחה מתמדת כקריטריון שעומד בפני עצמו לשם קבלת גמלת סיעוד היא צעד חריג למדי, שאיננו קיים בהרבה הערכות התלות בעולם (Spector, 1991). הדילמות העיקריות אשר הוזכרו בסקירה הספרותית קשורות לשאלות מה לכלול בתחום (תיפקוד קוגניטיבי, התנהגות מסוכנת ומסכנת וכו') האם לכלול תחום זה כתחום עצמאי או קשור גם למוגבלות פיסית (ADL). לדילמות אלה הנטים מקצועיים ויש להן השלכות ישירות על גודל האוכלוסייה הזכאית לשירותים וכמובן לעלות התוכנית.

על פי הנחת היסוד של חוק סיעוד עם העליה בגיל הקשיש חלה ירידה בתיפקודים המנטליים, חלים שינויים משמעותיים בהבנה, תפיסה, שיפוט זכרון והתנהגות הזקן, שינויים העלולים להביא למצבים שיסכנו את חייו ואת חיי האחרים, גם כאשר מבחינה פיסית התיפקוד עדיין תקין.

על בסיס הנחיה עקרונית זאת סוכם, שהקביעה בדבר הצורך בהשגחה מתמדת תעשה על ידי אחות בריאות הציבור הבודקת את ה-ADL. קביעה זו מחייבת לאסוף מידע בתחומים:

- הבנה והתמצאות ביחס למסגרת הבית, לכתובת, זיהוי אנשים
- תאור והתנהגות בעת הביקור, בעיקר בנושא של שיתוף הפעולה
- ביטויי אקטיביות, פאסיביות או תוקפנות
- ארועים ותקריות חריגים כגון, נפילות, שכחה
- קיום השגחה בפועל, בעיקר תאור המצבים או הסידורים המיוחדים שנעשים בבית.

איסוף המידע מתבצע במהלך הבדיקה כולה, ומתבסס על מקורות שונים כגון שיחה עם הקשיש, בני משפחה המטפלים וכו'.

במקרים בהם האחות לא יכולה להגיע להחלטה, עליה להתייעץ עם המפקחת או עם רופא המוסד.

בהעדר מנחן מובנה לקביעת הצורך בהשגחה, מתבקשות האחיות לתאר את מצב הקשיש בתחומים הנ"ל.

על מנת לנסות ולקבוע מה המשתנים או השיקולים המשפיעים על החלטת האחיות לתת ניקוד עבור השגחה, היה צורך לעבד נתונים גולמיים לנתונים כמותיים. לשם כך נעשה ניתוח תוכן של תאורי האחיות את מצב הקשיש.

בתאורי האחיות בתחום הבנה והתמצאות אובחנו המצבים:
מכין, צלול, עונה לעניין - לכל אחד מהם נקבעו הקטגוריות:
אין בעיה, לפעמים יש בעיה, תמיד יש בעיה.

בתחום תאור ההתנהגות אובחנו המצבים: משתף פעולה, מנותק או אדיש, תוקפן או צועק. ככל מצב נקבעו הקטגוריות:

אין בעיה, לפעמים, תמיד יש בעיה.

בתחום ארועים זוהו המצבים: נפילות, שכחה, התקפים (אסטמה, כליות, לב וכו'). בתחום השגחה בפועל סווגו הקטגוריות: השגחה ברוב היום, השגחה בחלק מהיום, העדר השגחה.

לגבי קשיש שנשאר בבית צויין האם זלת ביתו נמצאה נעולה או לא.

מלוח 17 עולה שהבעיות השכיחות יותר מתבטאות במעידות הרבות של הקשיש - לכשליש מהקשישים היתה בעיה בתחום זה, כצלילותו ובקומניקציה עמו. מתברר ש-38% מהקשישים כמדגם נמצאים בהשגחה (ברוב היום או חלק מהיום), היתר נמצאים ללא השגחה כלל.

לוח מס. 17 - קיומם של סימפטומים כמדגם (אחוזים)

| יש בעיה בתחום | אין בעיה בתחום | סך הכל | |
|---------------|----------------|--------|----------------|
| 12 | 88 | 100 | מבין |
| 24 | 76 | 100 | צלול |
| 22 | 78 | 100 | עונה לעניין |
| 13 | 87 | 100 | משתף פעולה |
| 2 | 98 | 100 | מנותק |
| 2 | 98 | 100 | תוקפן |
| 1 | 99 | 100 | צועק |
| 29 | 72 | 100 | נופל |
| 8 | 93 | 100 | שוכח |
| 2 | 98 | 100 | התקפים מיוחדים |

ניתוח מאפייני הזכאים אשר קיבלו ניקוד בהשגחה, מורה שהניקוד בהשגחה לא נמצא קשור למין (אותו שיעור השגחה בקרב גברים ונשים). אין עליה משמעותית בשיעור הזכאים להשגחה עם העליה בגיל, אולם בקרב קשישים שקיבלו 2 נק' עבור מגורים לבד, נמצא שיעור קצת יותר גבוה של תובעים שקיבלו גם ניקוד עבור השגחה. הניקוד בהשגחה נמצא קשור למוגבלות קשה בתיפקוד היומיומי.

בנסיון להבין מה היו הגורמים שהשפיעו על ההחלטה באשר למתן ניקוד בהשגחה בוצע ניתוח רגרסיה בשלבים. למשוואת הרגרסיה הוכנסו המשתנים שהתקבלו בניתוח התוכן שתואר לעיל. מתוך 10 המשתנים שהוכנסו רק 5 נמצאו מוכהקים. אלה מסבירים 48% מהשונות.

לוח מס. 18 - תוצאות ניתוח הרגרסיה על קביעת הצורך בהשגחה

| גודל F | תוספת ל R ² | R ² | תאור המשתנה |
|--------|------------------------|----------------|-------------|
| 35.5 | 0.39 | 0.39 | צלול |
| 53.14 | 0.05 | 0.45 | השגחה בפועל |
| 12.86 | 0.01 | 0.46 | שכחה |
| 14.84 | 0.01 | 0.48 | מבין |
| 8.28 | 0.008 | 0.48 | תוקפן |

מהלוח עולה בבירור שהמשתנה שתורם את ההסבר העיקרי הוא עובדת היותו של הקשיש צלול או לא והמשתנה השני בחשיבותו הוא קיומה של ההשגחה בפועל.

כמחצית מהשונות לא ניתן להסבירה באמצעות מודל זה. כפי שראינו אין לנו הסבר למחצית מהשונות המוסברת. יתכן ששיקולים מסויימים הקובעים את ההחלטה לא באים לידי ביטוי בדברים שהאחיות כותבות, או חלק מהמידע לא בא לידי ביטוי בסיווגים שנקבעו בניתוח התוכן.

בכל מקרה, החלטת האחות בדבר הצורך בהשגחה מתמדת, התבהרה חלקית ויש צורך להמשיך ולהעמיק בניתוח תהליך קבלת ההחלטות בתחום ההשגחה.

מהימנות מבחן הערכת תלות

הפעלתו של חוק ביטוח סיעוד, מושתתת על עיקרון האוניברסליות והאחידות. השאלה של מהימנות המבחן, ויותר מכך מהימנות בין אישית ובמקרה זה בין האחיות המעורבות בכיצועו וישומו של חוק סיעוד קריטית לשמירת עקרונות אלה. השאלה היא, האם תובעים במצבים שווים יש להם סיכויים שווים לקבלת הגמלה.

בחינת מהימנות בין אישית מורכבת במיוחד מאחר והערכות תלות מתבצעות על ידי מספר גדול מאוד של אחיות בריאות הציבור העובדות ב-15 לשכות בריאות ברחבי הארץ. לשכות אלה מאגדות ישובים מסוגים שונים ובעלי גודל שונה ולא תמיד תיחומם חופף את תיחום סניפי המוסד לביטוח לאומי.

מתוך הפרקים הקודמים בדוח ראינו שגם אם מתקיימת אחידות גמורה בכיצוע הערכות התלות, הרי שיווצרו הבדלים כשיעור הזכאות הקשורים במאפייני אזור או ישוב מסויים. לדוגמא: ישוב בו שיעור גבוה מאוד של נשים בודדות או של גברים מבוגרים וכו', יעלו בו את שכיחות המוגבלות בתחומים השונים.

ברור אם כן שמשתנים אלה צריכים להלקח בחשבון, בניסיון לבחון את ההנחה שאכן אין הבדל בין הלשכות במתן ניקוד במבחן.

בשל העדר נתונים ממוחשבים בזמן כיצוע המחקר לא נבחנה המהימנות הבין אישית, והוחלט לבחון את המהימנות בין הלשכות, וזאת על סמך ההנחה שאחיות העובדות בלשכה מסויימת נתונות תחת מערכת פיקוח ובקרה אחידה, ולכן ניתן להתייחס ללשכות הבריאות כיחידות ניתוח ברות השוואה. המטרה העיקרית היא אם כן לנסות ולברר האם הלשכה כמשתנה משפיעה על ההבדלים בניקוד שניתן לתובעים, וזאת בניכוי שאר הגורמים העשויים להשפיע על ההבדלים כמו: מין, גיל וצורת המגורים של התובעים.

על מנת לברר שאלה עקרונית זו בוצע עיבוד באמצעות ניתוח שונות בשיטת הרגרסיה. ניתוח זה בוצע על כל הערכות התלות שבוצעו החל באוקטובר 1992 (כ-12,000 הערכות). בניתוח נכללו המשתנים התלויים הבאים:

סך הניקוד שניתן ב-ADL (נע בין 0 נק' ל-8 נק').

הניקוד שניתן בכל אחד מתחומי ב-ADL שהם נידות, אכילה, רחצה, הלבשה והפרשות. (הניקוד נע כאמור בין התפקוד 0 נק' בכל תחום ל-3 נק').

המשתנים המסבירים שנכללו בניתוח הם;

1. מין (זכר, נקבה)
2. גיל (על פי סיווג של 7 קבוצות גיל החל מ-60 עד +85).
3. הרכב מגורים (1 - בודד 2 - מתגורר עם אחרים).
4. לשכות בריאות (15 לשכות בריאות).

בניתוח נבדקה השונות בכל אחד המשתנים התלויים על פי כל אחד מהמשתנים המסבירים ועל פי האינטראקציות ביניהם.

ממצאי הניתוח מצביעים על המשתנים הדמוגרפיים מין גיל והרכב המגורים של הקשיש כמשתנים האחראיים להבדלים בתוצאות מבחני התלות ולהבדלים בציון שניתן בתחום ההשגחה.

כן מתברר שלשכה יש השפעה על ציוני ADL ועל הציון בהשגחה. במילים אחרות, לאחר שנלקחו בחשבון השפעתם של כל המשתנים האחרים, לשכה כשלעצמה השפעה מסויימת על גובה הניקוד ב-ADL וקבלת ניקוד בהשגחה, אולם למשתנה זה השפעה פחותה בהרבה מאשר למשתנים הדמוגרפיים.

ADL - ק- ADL

לוח מס. 19 - בדיקת מהימנות הקביעה בדבר ~~מאזן הממוצע~~ לפי לשכות
ציונים ממוצעים

| שם לשכה | מספר מבחני תלות | ניידות | הלכשה | רחצה | אכילה | הפרשות | סה"כ ADL |
|------------|-----------------|--------|-------|-------|-------|--------|----------|
| ממוצע כללי | 12,600 | 0.19 | 0.58 | 0.77 | 0.35 | 0.53 | 2.44 |
| ירושלים | 792 | 0.18 | *0.54 | 0.78 | 0.36 | *0.62 | 2.49 |
| צפת | 185 | 0.19 | 0.55 | 0.71 | 0.40 | 0.57 | 2.44 |
| טבריה | 134 | 0.20 | 0.63 | 0.74 | 0.39 | 0.67 | 2.64 |
| עפולה | 533 | *0.22 | 0.62 | 0.79 | 0.40 | *0.63 | 2.67 |
| עכו | 570 | 0.19 | *0.45 | *0.72 | 0.35 | 0.59 | 2.33 |
| נצרת | 143 | 0.16 | *0.43 | *0.50 | *0.30 | *0.37 | *1.90 |
| חיפה | 1,576 | 0.18 | 0.56 | *0.74 | *0.33 | 0.53 | 2.37 |
| חדרה | 476 | *0.25 | 0.60 | 0.75 | 0.37 | 0.53 | 2.50 |
| נתניה | 742 | *0.21 | *0.62 | *0.82 | 0.37 | 0.54 | 2.58 |
| פתח-תקוה | 859 | 0.18 | *0.55 | 0.77 | 0.36 | 0.54 | 2.62 |
| רמלה | 323 | 0.21 | 0.62 | 0.78 | *0.41 | 0.62 | 2.65 |
| רחובות | 842 | 0.18 | 0.61 | 0.80 | 0.38 | 0.52 | 2.51 |
| תל-אביב | 3,757 | *0.17 | 0.60 | 0.78 | 0.34 | *0.49 | 2.40 |
| אשקלון | 814 | 0.16 | 0.57 | 0.77 | *0.33 | *0.47 | 2.32 |
| באר-שבע | 832 | *0.22 | 0.57 | 0.80 | *0.33 | *0.69 | *2.63 |

* P<0.05

הלוח מורה שנשתי לשכות נצרת ובאר-שבע, הציון הממוצע ב-ADL שונה באופן מובהק מהממוצע הכללי.

בחינת ההבדלים לפי לשכות מבהיר שבבאר-שבע הציונים הממוצעים שונים מהממוצע הכללי בשלושה תחומי תיפקוד ונצרת בארבעה. ברוב הלשכות האחרות, סטיה מובהקת מהממוצע הכללי מופיעה בתחום אחד או בשניים.

בבחינת הסטייה מהמוצע לפי תחומי תפקוד, מתבהר שברחצה היו ארבע לשכות שהציונים הממוצעים חרגו באופן מובהק מהמוצע הכללי, בתחומים האחרים החריגה היתה בקרב חמש לשכות, מלבד הפרשות (חריגה בשש לשכות).

לגבי הקביעה בדבר הצורך בהשגחה מתמדת, נמצא שיעור הסטייה הגבוה ביותר. בתשע לשכות מתוך חמש עשרה נמצא שממוצע הלשכה חרג באופן משמעותית מהמוצע הכללי. לדוגמא, אם בממוצע ב-5% מהערכות התלות נקבע שיש צורך לתת ניקוד עבור הצורך בהשגחה מתמדת, בתשע לשכות, שיעור זה סטה באופן מובהק מהאחוז הכללי וזאת לאחר ניכוי המשתנים הדמוגרפיים (מין גיל ומצב מגורים). הסטייה חושבה על פי שתי סטיות תקן מהמוצע הכללי כאשר $P < 0.05$.

יש לשים לב שהנטייה היא להחמיר בתחום של מתן ניקוד עבור השגחה. בשש לשכות מתוך תשע השיעור היה נמוך מהמוצע הכללי. רק בלשכת בריאות של נתניה ותל-אביב שיעור המקבלים ניקוד בהשגחה היה גבוה באופן מובהק מהמוצע הכללי.

לוח מס. 20 - בדיקת מהימנות הקביעה בדבר הצורך בהשגחה מתמדת, לפי לשכות**
(אחוזים)

| שם לשכה | מספר מבחני התלות | שיעור** |
|----------|------------------|---------|
| סה"כ | 12,650 | 0.046 |
| ירושלים | 792 | *.02 |
| צפת | 185 | .03 |
| טבריה | 134 | *.01 |
| עפולה | 533 | *.02 |
| עכו | 570 | *.02 |
| נצרת | 143 | *.01 |
| חיפה | 1,576 | .04 |
| חדרה | 476 | .04 |
| נתניה | 742 | *.07 |
| פתח-תקוה | 859 | .04 |
| רמלה | 323 | .04 |
| רחובות | 842 | .03 |
| תל-אביב | 3,754 | *.07 |
| אשקלון | 814 | *.03 |
| באר-שבע | 832 | *.02 |

* בלשכות אלה אחוז מקבלי ניקוד בהשגחה מתמדת שונה באופן מובהק מאחוז מקבלי השגחה מתמדת באוכלוסיית הנבדקים. ($P < 0.05$).

** המספרים בלוח מציינים את שיעור התובעים שקיבלו ניקוד עבור השגחה מתמדת לפי לשכה. לדוגמא: ל-2% מהתובעים בירושלים ניהן ניקוד עבור השגחה.

ב י ב ל י ו ג ר פ י ה

Rojas - Pakes, J., and Bar-Giora, M.; "Assessment for Long-Term Care: A Review of Selected Instruments". Brookdale Institute of Gerontology, Jerusalem, Dec 1981.

Spector, W. "Cognitive Impairment and Disruptive Behaviors Among Community-Based Elderly Persons: Implications for Targeting Long-Term Care", The Gerontologist, Vol 31, No 1, 1991.

Stone, R.; Murtaugh, C. "The Elderly Population with Chronic Functional Disability: Implications for Home Care Eligibility." The Gerontologist, Vol 30, No 4, 1990.

זילברשטיין, י.; ואחרים. "צרכים רפואיים וסוציאליים של קשישים מוגבלים - שירותים נחוצים ועלותם". המוסד לביטוח לאומי סקר מס' 13 יולי 1981.

כהן, א.; גינסבורג, א.; ושטסמן, י.; "הערכת קביעת הזכאות לשירותים סיעודיים במבחני התלות של המוסד לביטוח לאומי ובמבחנים נוספים, נאוכלוסייה הקשיש בירושלים". מכון ירושלים לחקר הזקנה, 1991 (לא פורסם).

מורגנשטיין, ב.; "היקף הצרכים לטיפול אישי ולעזרה ביתית ואספקתם על ידי המשפחה וגורמים בקהילה", המוסד לביטוח לאומי, סקר מס' 19 נוב' 1986.

מורגנשטיין, ב.; וורנר, פ.; "הערכת מוגבלות תפקודית של נכים". המוסד לביטוח לאומי, סקר מס' 20, ינ' 1985.

פקטור, ח.; ופרימק, ח.; "מוגבלות בקרב קשישים בישראל". מכון ברוקדייל, נוב' 1990.

נאון, ד.; "תהליך סיווג קשישים לרמה תפקודית במערכת השירותים לטיפול ממושך ובניית כלי עזר לשיפור התהליך". מכון ברוקדייל, דפי דיון - 90-158.

נאון, ד.; "סטנדרטים לתרגום מוגבלויות של קשישים להיקף עזרה הדרושה בטיפול אישי מתוך: קשישים מוגבלים מקהילה". מכון ברוקדייל, 1988.

תדריך הנחיות לאחות בריאות הציבור - המוסד לביטוח לאומי בשיתוף עם משרד הנריאות, ספט' 1992.

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