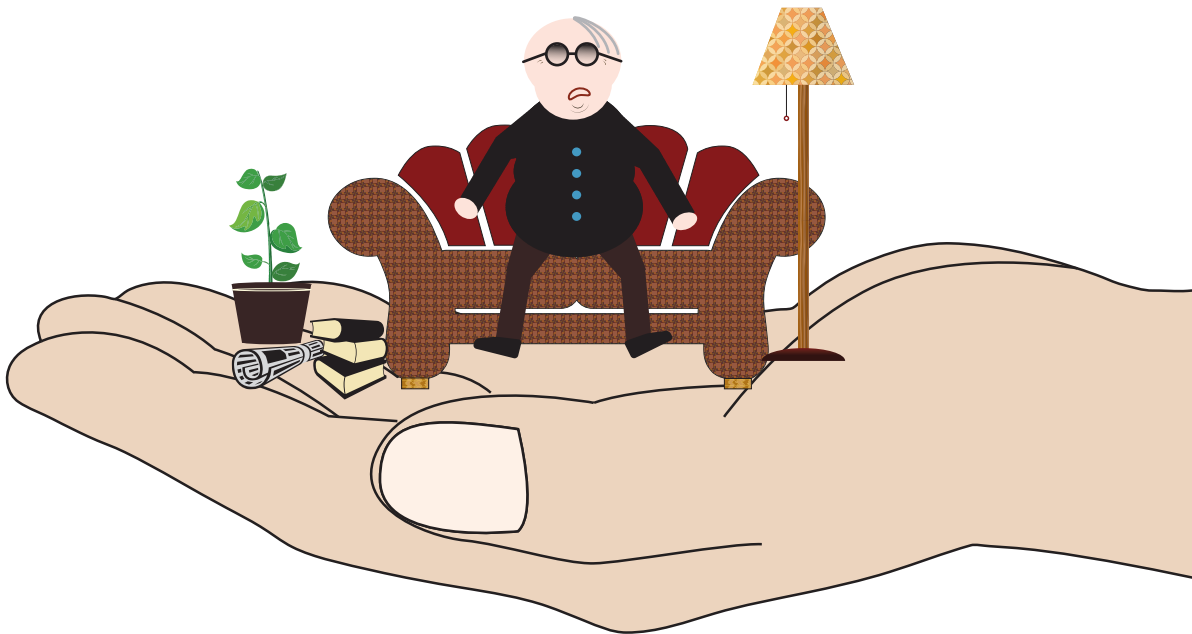


טיפול בית

בזקנים המוגבלים בתפקודם

סוגיות, שירותים ותכניות

אסתר יקוביץ, עורכת



טיפול בית

בזקנים המוגבלים בתפקודם

סוגיות, שירותים ותכניות

ד"ר אסתר יקוביץ, עורכת



בשיתוף המשד לאזרחים ותיקים

www.eshelnet.org.il

Home Care for Frail Older Adults: Issues, Services and Programs

Ester Iecovich Ph.D.

הוועדה להוצאה לאור, אשל:

פרופ' חוה גולנדר, יו"ר

שמואל באר

ד"ר טובה-בנד וינטרשטיין

פרופ' יצחק בריק

חיה דימנט

פאני יוז

בן-ציון כרם

שרית רבינוביץ

פרופ' ארנולד רוזין

ורה שלום

מרים שמלצר

טוביה מנדלסון, מרכז הוועדה

עריכה: אלישבע מאי

עיצוב והפקה: דפוס איילון

מזכירות, תיאום והפקה: סימונה דוד

מנהל ההוצאה לאור: טוביה מנדלסון

ספר זה נכתב בלשון זכר מטעמי נוחות בלבד והוא מיועד לגברים ולנשים במידה שווה.

978-965-7073-60-5 ISBN

מס' פריט 212839

© כל הזכויות שמורות לאשל, האגודה לתכנון ולפיתוח שירותים למען הזקן בישראל. נוסדה

על ידי ג'וינט-מלב"ן ונתמכת על ידי ממשלת ישראל וג'וינט ישראל

הודפס בירושלים, תשע"א - 2011

תוכן העניינים

7..... מבוא - אסתר יקוביץ

חלק ראשון

פרק א': התפתחות הטיפול הקהילתי והביתי בקשישים במבט היסטורי -

13..... פנינה רומם, זיוה בוסיבא ושפרה שורץ

40..... **פרק ב': הזדקנות בקהילה - יצחק בריק.**

65..... **פרק ג': מדיניות הטיפול הרפואי בבית בראייה בינלאומית - נטע בנטור.**

פרק ד': סוגיות ודילמות הקשורות לטיפול בית בזקנים חולים כרוניים

89..... ומוגבלים בתפקודם - ג'ני ברודסקי.

חלק שני

פרק ה': תפקידי הרפואה הראשונית בטיפול בקשיש המרותק לביתו -

131..... בוריס פונצ'יק, סמדר ישי ואיה בידרמן.

141..... **פרק ו': אשפוז בית - יוחנן שטסמן וגרמי ג'קובס.**

173..... **פרק ז': חוק ביטוח סיעוד במבחן הזמן - יוחנן שטסמן.**

195..... **פרק ח': הוספיס בית - יהורם זינגר.**

פרק ט': יחידות לטיפול רפואי בבית - אסתר יקוביץ, כלנית קיי,

211..... טלי סמסון ואדית קוגון.

חלק שלישי

פרק י': כיצד מתמרנים בין עבודה לבין טיפול בבן משפחה זקן -

245..... אריאלה לבנשטיין, רות כץ ודפנה הלפרין.

פרק י"א: הכלים של המאה ה-21 להתמודדות עם זיקנה: השימוש בטכנולוגיות

271..... מתקדמות להזדקנות במקום - רחל קיי, יהונתן למברגר ולורנס נורמי.

פרק י"ב: ביטוח סיעודי בפרספקטיבה בינלאומית וישראלית -

289..... שולי ברמלי-גרינברג, רחל קיי ומיה הולצמן.

פרק י"ג: מטפלים זרים בסיעוד קשישים: סוגיות במחקר,

311..... במדינות ובפרקטיקה - אסתר יקוביץ.

332..... **סוף דבר - אסתר יקוביץ.**

רשימת הכותבים לספר (לפי א"ב)

זיוה בויסבא, המרכז הרפואי-אוניברסיטאי סורוקה, השירות לעבודה סוציאלית.

פרופ' איה בידרמן, המחלקה לרפואת המשפחה, הפקולטה למדעי הבריאות, אוניברסיטת בן-גוריון בנגב; שירותי בריאות כללית, מחוז הדרום.

פרופ' נטע בנטור, מכון מאירס-ברוקדייל-ג'וינט ישראל.

ג'ני ברודסקי, מכון מאירס-ברוקדייל-ג'וינט ישראל.

פרופ' יצחק בריק, מנכ"ל אשל-ג'וינט ישראל.

שולי ברמלי-גרינברג, מכון מאירס-ברוקדייל-ג'וינט ישראל, אוניברסיטת חיפה.

ד"ר ג'רמי ג'קובס, המערך לשיקום וגריאטריה, בית החולים האוניברסיטאי הדסה הר הצופים ובית הספר לרפואה של האוניברסיטה העברית והדסה, ירושלים. המכון לרפואה גריאטרית, שירותי בריאות כללית, ירושלים.

מיה הולצמן, מכבי שירותי בריאות.

גב' דפנה הלפרין, המרכז לחקר ולימוד הזיקנה, הפקולטה למדעי הרווחה והבריאות, אוניברסיטת חיפה.

ד"ר יהורם זינגר, מנהל המערך הפליאטיבי בנגב, שירותי בריאות כללית והחטיבה לבריאות בקהילה אוניברסיטת בן-גוריון בנגב.

ד"ר אסתר יקוביץ, המחלקה לסוציולוגיה של הבריאות וגרונטולוגיה, אוניברסיטת בן-גוריון בנגב, באר שבע.

גב' סמדר ישי, שירותי בריאות כללית, מחוז הדרום.

פרופ' רות כץ, המרכז לחקר ולימוד הזיקנה, הפקולטה למדעי הרווחה והבריאות, אוניברסיטת חיפה.

פרופ' אריאלה לבנשטיין, המרכז לחקר ולימוד הזיקנה, הפקולטה למדעי הרווחה והבריאות, אוניברסיטת חיפה.

יהונתן למברגר, מכבי שירותי בריאות.

לורנס נורמי, גרונטק.

טלי מססון, עובדת סוציאלית, מנהלת אדמיניסטרטיבית, יחידת הגריאטריה והטיפול ההמשכי בקהילה, מחוז הדרום, מכבי שירותי בריאות.

ד"ר בוריס פונצ'יק, המחלקה לרפואת המשפחה, הפקולטה למדעי הבריאות, אוניברסיטת בן-גוריון בנגב; המחלקה לגריאטריה, המרכז הרפואי-אוניברסיטאי סורוקה; שירותי בריאות כללית, מחוז הדרום.

אדית קוגון, אחות ראשית, קופת חולים מאוחדת.

כלנית קיי, ראש אגף סיעוד, חטיבת הקהילה, הנהלה ראשית, שירותי בריאות כללית.

ד"ר רחל קיי, מכבי שירותי בריאות.

ד"ר פנינה רומם, בית הספר רקנאטי למקצועות הבריאות, הפקולטה למדעי הבריאות, אוניברסיטת בן-גוריון בנגב.

פרופ' שפרה שורץ, המרכז לחינוך רפואי על שם פרופ' משה פריבס, הפקולטה למדעי הבריאות, אוניברסיטת בן-גוריון בנגב ומכון גרטנר לחקר אפידמיולוגיה ומדיניות הבריאות, המרכז הרפואי שיבא, תל השומר.

פרופ' יוחנן שטסמן, ראש המערך לשיקום ולגריאטריה, בית החולים האוניברסיטאי הדסה הר הצופים ובית הספר לרפואה של האוניברסיטה העברית והדסה, ירושלים. לשעבר, המנהל הכללי, המוסד לביטוח לאומי.

מבוא

אסתר יקוביץ

ישראל היא מדינה המזדקנת במהירות. מספרם של הזקנים בני 65 ומעלה נאמד כיום בכ-743,000 וצפוי להגיע ל-1,366,600 בשנת 2030 (הלמ"ס, 2010). מבחינת שיעורם באוכלוסייה הכללית מונה מספרם כ-10%, כאשר שיעור בני ה-75 ומעלה מקרב בני 65 ומעלה מגיע ל-45.4% ושיעורם של בני 80 ומעלה מקרב בני 65 ומעלה מגיע ל-27.1%. שיעור הזקנים באוכלוסייה צפוי לעלות ל-13.7% בשנת 2030, כאשר הגידול הבולט ביותר צפוי בקבוצת הגיל 85 ומעלה (ברודסקי, שנור ובאר, 2010). גם תוחלת החיים בישראל היא מן הגבוהות בעולם ועומדת על 83.5 שנים לנשים ו-79.7 שנים לגברים, והיא צפויה להמשיך ולעלות עם השנים. כיום, מספרם של בני 90 ומעלה מגיע לכ-29,400 (הלמ"ס, 2010) והוא צפוי לגדול במהירות.

העלייה בגיל מלווה בתחלואה אקוטית, כרונית וסופנית גוברת והולכת. מחלות כרוניות, כמו מחלות לב, סוכרת, יתר לחץ דם, אוסטיאופורוזיס, גלאוקומה, הן מחלות שכיחות בגיל הזיקנה ושכיחותן עולה עם העלייה בגיל (שמש ורסולי, 2003). למשל, בקבוצת הגיל 65 עד 84 סיבת המוות השכיחה ביותר היא מחלת הסרטן ואילו בגיל 85 ומעלה הסיבה העיקרית למוות היא מחלות לב (הלמ"ס, 2010).

העלייה בגיל מלווה גם בגידול שיעור הזקנים המוגבלים בתפקודם וזקוקים לעזרת הזולת עקב נכות פיזית, ירידה קוגניטיבית (תשושי נפש) או משולבת. אומדן אחוז הקשישים המוגבלים, הזקוקים לעזרה באחת מפעולות היום-יום לפחות¹, עמד בסוף 2008 על 17%. אחוז המוגבלים עולה בצורה חדה עם העלייה בגיל: 39% בקרב בני 80 ומעלה לעומת 7% בקרב בני 65 עד 74 (ברודסקי, שנור ובאר, 2010). מגמה דומה קיימת גם במדינות מפותחות אחרות. שיעור המוגבלות עולה באופן משמעותי בגיל 85 ומעלה ומגיע ל-50% בקרב הגברים ול-52% בקרב הנשים. גם אם ייתכנו שיפורים במצב התפקודי של הזקנים, שיפורים אלה לא יקזזו את הצורך הגובר בטיפול בעקבות הזדקנות האוכלוסייה והעלייה בתוחלת החיים (Lafortune et al., 2007). בנוסף לכך, הנתונים מעידים כי משך החיים עם מוגבלות הולך ועולה ומגיע לשבע עד שמונה שנים (WHO, 2009). במיוחד יש לציין את העלייה המתמדת בשיעור החולים בדמנציות השונות (בעיקר אלצהיימר), כאשר שכיחותן בקרב קשישים בני 65 ומעלה נאמדת ב-16.7% והיא עולה באופן משמעותי עם הגיל. בגיל 85 ומעלה, 47% מכלל הזקנים בקבוצת גיל זו חולים במחלות דמנטיות שונות (ורטמן, ברודסקי, קינג ואחרים, 2005). תמונת מצב זו מחייבת היערכות מורכבת על מנת לתת

1 להתרחץ או להתקלח, להתלבש, לאכול, לשבת ולקום מהכיסא, להיכנס ולצאת מהמיטה, להסתובב בתוך הבית. המחקר מונח על ידי האקדמיה הלאומית למדעים - Israel Science Foundation.

מענה לצרכים הגדלים והולכים של הזקנים ולאפשר להם חיים בכבוד לצד הצורך בריסון ההוצאה הציבורית הגדלה בגין הטיפול הממושך.

המדיניות הקיימת בכל מדינות המערב היא לאפשר לזקנים להזדקן במקום (aging in place), תוך הישענות על המשפחה כמקור תמיכה עיקרי. זוהי העדפתם של רוב הזקנים ושל בני משפחותיהם. מחקרים אכן מראים, כי רוב הזקנים מעדיפים להזדקן בקהילתם ובביתם כל עוד הדבר אפשרי (Costa-Font Elvira & Mascarilla-Miró, 2009; Stone, 2004). זהו גם אינטרס ציבורי המיועד לחסוך בעלויות ציבוריות, מאחר שעלות הטיפול המוסדי נתפסת כיקרה הרבה יותר מהטיפול הקהילתי. הסוגיה עד כמה טיפול בית הוא יעיל ומועיל יותר מטיפול מוסדי ממושך זוכה להתייחסות נרחבת בספרות המחקרית, בעיקר בארצות הברית. הדעות בנושא אמנם אינן חד-משמעיות, בשל מורכבות הנושא והמרכיבים השונים הנכללים בו (Fraser, 2003), אולם מחקרים שנערכו בשנים האחרונות אכן מאששים את ההנחה שהטיפול בקהילה זול יותר (Kaye, LaPlante & Harrington, 2009). מחקר אחד, הראוי לציון, הוא מחקרם ההשוואתי של צ'אפל ועמיתיה (Chappell, 2004) אשר בדק עלויות שכללו גם את הערכת התשומות של בני משפחה וגם השווה בין שתי קבוצות נחקרים שהיו זקוקים לאותה רמת טיפול. מהממצאים עולה בבירור, כי עלות טיפול מוסדי גבוהה בהרבה מטיפול קהילתי, בעיקר במונחים של טיפול פורמלי. בארצות האיחוד האירופי, בין 0.3 אחוז לארבעה אחוז מהתל"ג מוצא ברובו (51.2%) על טיפול במוסדות. זאת, למרות המדיניות המעדיפה טיפול בבית ובקהילה ועל אף שרק 3.3% מהזקנים נמצאים במוסדות ואילו הרוב, החי בקהילה, מקבל פחות ממחצית המימון הציבורי (Marin, Leichsenring, Rodrigues & Huber, 2009).

במהלך השנים, המדיניות הדוגלת בהזדקנות במקום הביאה לפיתוח מערכת של שירותי בריאות ושירותים אישיים וחברתיים המיועדים להשגת מטרות אלו. ספר זה עוסק, אם כן, במערכת הטיפול בזקנים חולים בישראל, ברמות שונות ובשלבים של חולי ותחלואה, וכן בזקנים מוגבלים בתפקודם היומיומי. הספר דן בסוגיות שונות הקשורות לתחום המדיניות בטיפול בזקנים בבית ומתאר תכניות ושירותים תוך-ביתיים שונים, שמטרתם לאפשר לאנשים זקנים להזדקן בביתם ובסביבתם הטבעית לצד חיסכון בהוצאה הציבורית.

הספר נחלק לשלושה חלקים עיקריים:

החלק הראשון עוסק בסוגיות כלליות הנוגעות למתן טיפול לזקנים חולים ומוגבלים בתפקודם בתוך מסגרת הבית, בכלל זה, תהליך התפתחות הטיפול הביתי, מדיניות לגבי הזדקנות במקום ודילמות הקשורות בביצוע מדיניות זו. בחלק זה ארבעה פרקים: פרק א' עוסק בהתפתחות הטיפול הקהילתי והביתי בזקנים ממבט היסטורי, כאשר חלקו האחד של הפרק דן בהתייחסות לזקנים והטיפול בהם במסגרת המשפחה לאורך ההיסטוריה האנושית, וחלקו האחר עוסק בהתפתחות הטיפול הביתי הפורמלי בראייה בינלאומית ובישראל. פרק

ב' עוסק במושג "הזדקנות במקום" והוא דן ברכיבים המאפיינים מדיניות זו במספר מדינות נבחרות בעולם המערבי וכן סוקר בצורה כללית את השירותים הקהילתיים והתוך-ביתיים בישראל, שנועדו לאפשר לזקנים להזדקן במקום. פרק ג' עוסק במדיניות הטיפול הרפואי בבית בראייה בינלאומית. הפרק דן במשמעות הטיפול הביתי מבחינת מערכת השירותים הרפואיים ובאספקטים השונים הקשורים לטיפול רפואי בבית, כמו: ארגון ומבנה השירותים, זכאות לקבלתם, דרכי אספקתם ומקורות המימון. את חלקו הראשון של הספר חותם פרק ד', העוסק בסוגיות במדיניות הקשורות לטיפול ממושך בזקנים בבית. הפרק דן במבחר סוגיות, כמו: אוניברסליות לעומת סלקטיביות בזכאות לטיפול ממושך, אחריות המשפחה מול אחריות המדינה לטיפול בזקן בבית, שירותים בעין לעומת שירותים בכסף, טיפול בבית מול טיפול מוסדי ממושך, סל השירותים, רצף הטיפול, תמיכה במטפלים עיקריים, ועוד. כל אלה ממבט בינלאומי כללי ותוך התייחסות למצב בישראל באופן ייחודי.

חלקו השני של הספר עוסק בשירותים ובתכניות המיועדים לטפל בזקן בתוך ביתו, במצבים רפואיים ותפקודיים שונים ומשתנים, החל מטיפול רפואי ראשוני בתוך ביתו של הזקן ועבור לאשפוז בית, טיפול ממושך וכלה בטיפול בחולים סופניים. חלק זה כולל חמישה פרקים: פרק ה' עוסק בתפקידי הרפואה הראשונית בטיפול בקשיש המרותק לביתו. הפרק מביא נתונים מהעולם על טיפול רפואי ראשוני בבתי הקשישים ומתאר (בליווי דוגמה) את הנעשה בארץ. פרק ו' עוסק באשפוז בית כחלופה לאשפוז בבית חולים ובהשלכותיו הכלכליות. בהמשך הפרק מובא תיאור של תכנית לאשפוז בית בירושלים, תוך התייחסות לרכיביה השונים של תכנית זו כמודל לאפשרות של אשפוז בית. הפרק הבא, ז', עוסק ברקע לחקיקת חוק ביטוח סיעוד, סוקר את עקרונותיו, דן בשינויים שחלו בו במהלך השנים מאז חקיקתו ויישומו ומתייחס למספר סוגיות ודילמות העומדות על סדר היום הציבורי, כמו: גמלאות בעין וגמלאות בכסף. פרק ח' מציג מודל להפעלת הוספיס בית לטיפול בחולים סופניים, כפי שפותח באזור הנגב, המאופיין בפיזור גיאוגרפי רחב מחד גיסא, ובהטרונגניות אתנית ותרבותית, מאידך גיסא. הפרק האחרון בחלק זה של הספר, פרק ט', עוסק בטיפול רפואי בבית עם דגש על חולים הזקוקים להמשך טיפול. הפרק עורך השוואה בין מודלים שונים של יחידות לטיפול בית בקופות החולים השונות. לצד סקירה על מדיניות בתחום מציג פרק זה גם היבטים מעשיים במתן טיפול רפואי בבית, כמו מי הן אוכלוסיות היעד המקבלות טיפול זה, אילו סוגי טיפולים ניתנים, מה כולל סל השירותים, דרכי פנייה והפניה, ועוד.

חלקו השלישי של הספר, הכולל ארבעה פרקים, עוסק בסוגיות מיוחדות בטיפול בית, הקשורות בעיקר להתפתחויות של השנים האחרונות. זאת, כפועל יוצא של התפתחות טכנולוגית מחד גיסא, הפרטה של הביטוח הסיעודי ושינויים סוציו-דמוגרפיים המצמצמים את זמינותם של בני משפחה לטפל בזקנים והעסקת מטפלים זרים, מאידך גיסא. הפרק הראשון בחלק זה, פרק י', עוסק במטפלים עיקריים עובדים, הנדרשים לתמרן בין הטיפול בזקן לבין עבודתם מחוץ לבית. הפרק מציג ממצאי מחקר על הקונפליקט התפקידי שאליו

נקלעים מטפלים עיקריים אלה ודן בצורך בפיתוח סביבות עבודה ידידותיות למטפלים על מנת לאפשר להם למלא את התפקידים השונים בצורה שתפחית את הקונפליקט התפקידי. פרק י"א עוסק בסוגיה של טכנולוגיות מסייעות, המיועדות לצמצם את מידת תלותו של הזקן ולפצותו על המוגבלות באמצעות אמצעים טכנולוגיים שונים. כמו כן, הפרק דן באפשרות לטפל בזקן מרחוק כשהוא בתוך ביתו וזאת באמצעות טכנולוגיות מתקדמות, כמו: Telecare או Telemedicine, שחלקן נמצאות בתהליך פיתוח וחלקן כבר מיושמות באחדות מקופות החולים. פרק י"ב דן בביטוחים סיעודיים משלימים. בחלקו הראשון הפרק דן במושגים הקשורים לביטוח ומספק ראייה בינלאומית על הנושא. חלקו השני של הפרק דן בביטוחים סיעודיים פרטיים באמצעות קופות החולים השונות ושוק הביטוח הפרטי, תוך השוואת הרכיבים השונים של פוליסות אלה. את החלק הזה בספר חותם פרק י"ג, הדן במטפלים זרים, הגרים עם הזקן ומספקים לו טיפול סביב לשעון. הפרק עוסק בסוגיות שונות הקשורות להעסקת מטפלים זרים ולתפקידים שהם ממלאים, בכלל זה סוגיות במחקר, במדיניות ובפרקטיקה העולות סביב העסקת מטפלים זרים בטיפול בזקנים.

הספר, שנכתב על ידי טובי המומחים בארץ בתחומי המדיניות, המחקר והפרקטיקה בזיקנה, מיועד לכל מי שעוסק ומתעניין בזיקנה, החל מאנשי מקצוע וכלה בבני משפחה המטפלים בזקן חולה ו/או המוגבל בתפקודו. הספר פותח צוהר ומשרטט פסיפס רחב על מגוון ההיבטים, השירותים והתכניות הקשורים לטיפול בבית בזקן, שהוא חולה אקוטי, כרוני או סופני ובזקן אשר כתוצאה מתחלואה כזו או אחרת הופך להיות מוגבל בתפקודו היומיומי וזקוק למערכת שירותים טיפוליים ותחזוקתיים על מנת להזדקן בביתו בכבוד.

זוהי הזדמנות נאותה להודות באופן אישי לכל אחד מהמחברים על תרומתו הייחודית והחשובה לכתובת הספר. תודה מיוחדת לעמותת אשל ובמיוחד לפרופ' יצחק בריק, העומד בראש ארגון חשוב זה, ולמר טוביה מנדלסון, האחראי על ההוצאה לאור באשל, שהכרתם בחשיבות ספר זה אפשרה את הוצאתו לאור.

מקורות

- ברודסקי, ג., שנור, י. ובאר, ש. (2010). **קשישים בישראל: שנתון סטטיסטי 2009**: ירושלים, מכון מאיירס-ברוקדייל-ג'וינט ישראל.
- הלמ"ס. (2010). הודעה לעיתונות: **סיבות מוות בישראל 2008**. ירושלים: הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. הורד מהאינטרנט בתאריך 20.8.2010 http://www.cbs.gov.il/reader/newhodaot/hodaa_template.html?hodaa=201005188
- ורטמן, א., ברודסקי, ג., קינג, י., בנטור, נ. וצ'חמיר, נ. (2005). **קשישים הלוקים בדמנציה: שכיחות, זיהוי צרכים לא מסופקים ועדיפויות בפיתוח שירותים**. ירושלים: מכון ברוקדייל. הורד מהאינטרנט בתאריך 6.9.2010 <http://brookdaleheb.jdc.org.il/?CategoryID=156&ArticleID=206>
- שמש, ע. ורסולי, א. (2003). **בריאות הקשישים בקהילה מתוך סקר נתוני בני שישים ומעלה 1997-1998 של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה**. ירושלים: משרד הבריאות האגף לגריאטריה. הורד מהאינטרנט בתאריך 20.8.2010 <http://www.health.gov.il/pages/default.asp?maincat=39&catid=287&pageid=2095>
- Chappell, N.L., Havens, B., Honorary, D., Hollander, M.J., Miller, J.A. & McWilliam, C. (2004). Comparative costs of home care and residential care. *The Gerontologist*, 44(3): 389-400.
- Costa-Font, J., David Elvira, D. & Mascarilla-Miró, O. (2009). Ageing in place? Exploring elderly people's housing preferences in Spain. *Urban Studies*, 46(2): 295-316.
- Fraser, K.D. (2003). Are home care programs effective? A systematic review of the literature. *Care management Journals*, 4(4): 198-201.
- Kaye, H.S., LaPlante, M.P. & Harrington, C. (2009). Do non-institutional long-term care services reduce medical spending? *Health Affairs*, 28(1): 262-272.
- Lafortune, G. et al. (2007). *Trends in severe disability among elderly people: Assessing the evidence in 12 OECD countries and the future implications*. Paris, Fr.: OECD. Available at: <http://www.oecd.org/dataoecd/13/8/38343783.pdf>. Accessed 27 Sep 2010).

Marin, B., Leichsenring, K., Rodrigues, R. & Huber, M. (2009). *Who cares? Care coordination and cooperation to enhance quality in elderly care in the European Union*. Vienna, European Centre for Social Welfare Policy and Research - Discussion Paper 08/09/2009. Retrieved from: http://www.se2009.eu/polopoly_fs/1.13912.1252493926!menu/standard/file/Discussion%20Paper-Who%20Cares.pdf. Accessed 1 August 2010.

Stone, R. (2004). The direct care worker: A key dimension of home care policy. *Home Health Care Management & Practice*, 5: 339-349.

WHO (World Health Organization). 2009. *The world health report 2009*. Available at: http://www.who.int/whosis/whostat/EN_WHS09_Full.pdf (Accessed 17 Dec 2009).

חלק ראשון

פרק א': התפתחות הטיפול הקהילתי והביתי בקשישים במבט היסטורי

פנינה רומם, זיוה בוסיבא ושפרה שורץ

מבוא

מאז ומתמיד היו הבדלים בולטים בהתייחסות לזקן בתרבויות שונות ובזמנים שונים. בין העמים הקדמונים היו שהתייחסו לזקנים בכבוד המגיע להם כבעלי ניסיון רב, העריכו והוקירו אותם. יש שהתייחסו לזקנים בבוז וכבני אדם שאינם ממלאים עוד את תפקידם בחברה, מדללים את כוחה ואת משאביה וניתן להשליכם כחפץ שאין בו שימוש. יש שהיו מתעללים בזקנים. האגדה מספרת, כי האסקימוסים נהגו להביא את הזקנים להרי הקרח ולהקריבם שם בפולחן מיוחד. נשתמרו תיאורים לא מעטים של התאכזרות לאדם הזקן. בתרבויות שחיו על צייד ונוודות, נתפס הזקן החלש כמעמסה על החברה, והיה נהוג לעזבו לנפשו או אף להמיתו. בחברות שחיו על חקלאות והיו קבועות במקומן ומצבן הכלכלי היה שפיר, היה לזקן מעמד של כבוד עקב ניסיונו בחיים, וניתן לו מעמד של ראש משפחה ושבת, כפי שאנו רואים גם בחברה הבדואית החיה בקרבנו.

מרבית חכמי היוונים והרומים הקדמונים התייחסו בשלילה לזיקנה, פרט לאפלטון וסופוקלס היוונים, ולסטואיקנים ובראשם קיקרו וסנקה הרומיים. האסלאם מעניק כבוד לזקן, בעוד שבנצרות הגישה היא דו-ערכית. האיסיים כיבדו את הזקנים, אך אסרו על כל אדם מעל לגיל 60 לשמש כשופט (שטיינברג, 1991).

פרק היסטורי זה בא להציג את נושא הטיפול בקשישים עם דגש על ראשית הניסיונות בארץ ובעולם למיסוד טיפולי בית או אשפוז בית לאורך השנים, בחברה המערבית. הפרק נחלק לשני חלקים: חלק אחד עוסק בתחום הכללי של היחס לזקן ולשאלת הטיפול בקשישים בקהילה לאורך ההיסטוריה, עם הצגתם של ניסיונות ראשונים לגבש אשפוזי בית וטיפולי בית לקשישים בארצות הברית ובאנגליה. החלק השני עוסק בסיפור התפתחות הטיפול והשירות לקשישים במדינת ישראל באמצעות המוסד מלב"ן, בשלושת העשורים הראשונים למדינה, ואת הניסיונות לחיפוש דרך הולמת לטיפול בקשישים במדינת ישראל

החדשה מראשיתה ועד לשלהי שנות ה-60, עת החלו השינויים שהביאו להעדפת הטיפול הביתי על פני הטיפול המוסדי.

היחס לזקן במקורות וביהדות

בדיני ישראל משתנה הגדרת הזיקנה מעניין לעניין. לפי העניין. יש שהגדרה היא לפי גיל כרונולוגי מוחלט ויש שהיא לפי תכונות פסיכולוגיות שונות בהתאם לעניין. מאלף ביותר הוא פירוט מחלות הזיקנה המצויות בכתובים הללו (שטיינברג, 1991), על פיהם תיאר חז"ל את הזיקנה בתיאור מפורט במדרשם (מסכת שבת דף קנ"ב עמוד א'). במסכת זו מתוארות כל תופעות מחלות הזיקנה הנוטלות מאור פניו ואור עיניו של האדם, מרצו, חושיו וסגולותיו, מתרבות תלאותיו ומכניסות אותו לתוך עולם של תהייה, טרדה, רוגז וחרדה. חז"ל היו מודעים לטרגדיה של הזיקנה ולבעיותיה ואף אמרו במפורש: "דעתם של זקנים משתנית, שפתותיהם של זקנים מתרפטות, אוזניהם של זקנים מתכבדות." אמנם בגמרא מבארים חז"ל שתופעות הזיקנה תלויות בהתנהגות האדם במשך חייו, ואף הבחינו אבחנה ברורה בדבריהם במשנה: "זקני חכמים כל שהם מזקנים דעתם מתיישבת עליהם וזקני עמי הארץ כל מה שמזקנים דעתם משתבשת עליהם" (משנה, סוף מסכת קנים).

מעניין לציין את מודעותם של חז"ל לבעיות תפקודו של הזקן בתוך המשפחה. כך נמצאה הבחנה מעניינת בתלמוד (מסכת ערכין דף י"ט עמוד א'): "אמר חזקיה אמרי אינשי סבא בביתא-פאחא בביתה, סבתא בביתא - סימא בביתא" (זקן בבית - מפח נפש או שבר בבית ומפרש רש"י, שאינו אלא למשא; זקנה בבית - אוצר בבית ומפרש רש"י, שיכולה לטרוח ולעשות מלאכה בזקנותה).

מהו גיל הזיקנה לפי ההלכה המחייב קימה והידור? מצינו במשנה (מסכת אבות פרק ה' משנה כ"א) "בן ששים לזיקנה, בן שבעים לשיבה." כלל זה הינו מקור לפסיקה של רבותינו. אמנם יש זיקנה מוקדמת, הנקבעת על פי מצב גופו ובריאותו של האדם ורוב צערו וסבלו במשך חייו. כמו אצל שמואל הנביא, שהיה בן 52 שנה כשקרא על עצמו: "ואנוכי זקנתי ושבת" (שמואל א', י"ב ב'). ואילו דוד המלך בהתקרבו לגיל 70, שבו נפטר מן העולם, הגיע למצב שבו נאמר עליו: "ויכסוהו בבגדים ולא יחם לו" (מלכים א', א' א').

אחד הערכים המשקף את הכוח המוסרי של העם הוא מנהגיו וגישותיו כלפי רובדי העם בעלי תלות חברתית. זה המחיר המוסרי שחברה משלמת בהיותה בעלת עמדה מגובשת לאחריות הדדית כלפי חבריה. הזיכרון הלאומי של יציאת מצרים עמד מאחורי ההתייחסות המודגשת לאלמנטים החלשים בקרב העם, המקופחים בכוחם הפיזי והפוליטי (רובין, 1983).

אם כיבוד הזקן מהווה מקום חשוב בחיי העם היהודי, כיצד רואה היהדות את הבעיות החברתיות, הפסיכולוגיות והפיזיות של הזקן בעידן זה? עלינו לשאול מה הן ההלכות

המתייחסות לזקן, לחברה ולפעולה ההדדית ביניהן. איך רואה ההלכה את מעמד הזקן במשפחה ובחברה? מה היא מחויבותם של בני המשפחה מבחינת תמיכה כלכלית וטיפול סיעודי? באיזו עדיפות נמצא הזקן בקבלת עזרה מהמשפחה ומהקהילה? מה הם העקרונות החינוכיים שאותם נוקטת המדינה לגבי הזיקנה ולקראת הזיקנה?

בתורה ובהלכה מונחת תשתית מוסרית לטיפול בזקנים על ידי בני המשפחה והחברה. העקרונות שהתורה קובעת לגבי כיבוד הזקן אינם משתנים. תרגומם למציאות החיים, לחקיקה ולנהלים, זו בעיה של כל דור ודור. בעשרת הדיברות, הדיבר: "כבד את אביך ואת אמך.... למען יאריכון ימיך ולמען ייטב לך על האדמה אשר אדוני אלוהיך נותן לך" (דברים, ה' 16) לא מוזכרת התועלת או הטובה אשר תצמח להורה הקשיש, אלא לנותן העזרה. אפשר להסיק מכך, כי גם בתקופות קדומות היווה הטיפול בקשישים עול קשה, והפרט המטפל היה צריך דרבון או תגמול כדי לעמוד במעמסה זו.

הקשיים הפיזיים תוארו בהרחבה על ידי שלמה המלך. בספר שמואל ב', י"ט, ל"ב-ל"ט נאמר: הזקן מעדיף את סביבתו הטבעית בעיר ובמקומו, על פני שינויים, גם אם הם לכאורה טובים יותר: "וברזילי זקן מאד בן שמונים והוא כלכל את המלך בשיבתו במחניים כי איש גדול הוא מאד. ויאמר המלך אל ברזילי אתה עבר אתי וכלכלתי אתך עמדי בירושלים. ויאמר ברזילי אל המלך כמה ימי שני חיי כי אעלה את המלך ירושלים. בן שמונים שנה אנכי היום האדע בין טוב לרע... ולמה יהיה עבדך עוד למשא אל אדוני המלך... ישב נא עבדך ואמות בעירי..."

הזקן, כאמור, לא נמנה במקרא ובחז"ל על הקבוצות החלשות כדוגמת העני, הגר, היתום והאלמנה, אשר דורשות יחס מיוחד של צדקה וחסד מחמת חולשתם, וכן לא נמצאו מוסדות וארגונים מיוחדים לעזרה לזקן. זאת, בניגוד למצב החולים, העניים והמתים. מסקירת היחס לזקן בתקופת התנ"ך ובמקורות עולה, כי הייתה אמנם גישה פילוסופית ערכית של כיבוד הזקן והטיפול בו, אולם הגישה התבססה בעיקר על התגמול שיהיה לפרט או לחברה המטפלים בקשיש.

ביהדות, כמו ברוב החברות הדתיות-מסורתיות, הדאגה לזקן הייתה בדרך כלל במסגרת המשפחה, והטיפול בו היה טבעי ומספק. זה גם ההסבר לכך שבת זקנים נוסדו רק בתקופות מאוחרות יותר לעומת חברות אחרות, בעיקר אלה שבאירופה, שהקימו בתי זקנים בתקופות מוקדמות יותר. בית הזקנים היהודי הראשון הוקם בקראקוב שבפולין במחצית הראשונה של המאה ה-18 על ידי משה יעקליש, ובקהילת הפורטוגזים באמסטרדם ב-1749. בתי אבות במספרים גדולים נוסדו מהמאה ה-19, ומאז נפוצו בקהילות ישראל (רובין, 1983).

בתקופות הקדומות לא הייתה כמותם של הזקנים משמעותית יחסית לכלל האוכלוסייה, שכן רובם לא הגיעו לגיל מופלג. אלה שכן הגיעו לכך טופלו במסגרת משפחתם וזכו לכבוד

מיוחד עקב היותם אוצרי תרבות ומסורת. גם עצם הגעתם לגיל המופלג נחשב לתופעה חריגה שיש לשומרה.

הזיקנה בימי הביניים

בימי הביניים ובתקופת הרנסנס הייתה תוחלת החיים נמוכה בהרבה משהיא כיום ורבים מתו בצעירותם. עם זאת, הייתה מודעות לכך, שהזיקנה כרוכה לרוב במחסור. לא אחת משולבת הזיקנה בתיאור כלל הרעות להן נידון האדם בעולם הזה, דוגמת מגיפות, רעידות אדמה, חלומות רעים, דיכאון ורשעותם של בני אדם. משוררים כתבו על חרדתם מפני הזיקנה, ואלה שהגיעו לזיקנה ביכו את מר גורלם. מחברי האוטופיות של תקופת הרנסנס תיארו את המדינה הדמיונית האידיאלית כמדינת רווחה, שבה תהיה החברה אחראית לקיים בכבוד את חוליה ואת זקניה (שחר, 1995).

מחברי חוקת המהפכה הצרפתית של שנת 1793 העלו את כבוד הזקן למדרגת המעלות האזרחיות הטובות וכן היו מודעים למצוקה הכלכלית של רבים מהזקנים. לראיה, בסעיף ה-17 בהקניית אזרחות צרפתית לזרים נקבע, שאחת המעלות היכולה להקנות זכות אזרחות לזר היא שהוא "מפרנס זקן".

כידוע, לא היו בימי הביניים מסגרות סעד ממוסדות. פעילותו של השלטון החילוני בתחום זה הצטמצמה בשחרור עניים מתשלום מיסים או בדחייתם. הסמכות הציבורית שארגנה את פעולות הצדקה ועיגנה אותם באוסף חוקים הייתה הכנסייה. הזקנים כקבוצה לא נמנו עם הראויים לסיוע. אלה היו היתום והאלמנה וכן החולים והנכים. הזקנים גם לא הופיעו ברשומות הכנסייה בין אלה המועמדים לקבלת צדקה, אך המציאות הייתה למעשה שונה. על פי הספרות התקופתית, לא ניתן לומר כי הזקנים זכו לפחות סעד מאשר נזקקים אחרים. זקנים נזכרו ברשומות בתי החולים, והיו גם בתי מחסה לזקנים עניים. כמו כן, מוזכר גם סיוע של גילדות וקבוצות דתיות לזקנים. ברשומות הכנסייה במאה ה-11, נזכרים הזקנים לצד בעלי מום אשר מקבלים נדבת לחם בבית מחסה. במחצית השנייה של המאה ה-13 הציע הפילוסוף האנגלי רוג'ר בייקון, שתוקם קרן מיוחדת אשר תמומן על ידי חלק מהמיסים שייגבו על ידי השלטונות, כדי לתמוך בחולים ובזקנים ולהקים עבורם בתי מחסה. אז כבר התחזקה המגמה של הבחנה בין הנזקקים באמת לבין המתחזים למיניהם. מגמה זו התחזקה במיוחד לאחר המגיפה של שנת 1348. האחראים על בתי המחסה הצטוו שלא לקבל עוברי אורח, אלא רק בעלי מום וחולים. בעיר פירנצה, בתקופה שלאחר המגיפה הגדולה (מגיפת הדבר, המגיפה השחורה), נקבעה מדיניות הסעד באחד המוסדות הגדולים של העיר "Or San Michele". זאת, לאחר ירידה דמוגרפית גדולה והתפרקותן של משפחות רבות. עיקר הסעד הופנה ליתומים, לאלמנות ולזקנים. אלה הובחנו אז כמגזרים הכעיייתיים ביותר. הטענה הנפוצה הייתה, שהסעד שניתן בימי הביניים לנזקקים בהשראת הכנסייה היה חסר הבחנה

מספקת, מאחר שהושם דגש על הטובה הרוחנית שתצמח לנותן הצדקה יותר מאשר על התועלת שתינתן למקבלה. לכן, במחצית השנייה של המאה ה-12 סברו, שיש לתת את הצדקה תוך הבחנה נכונה. באיזו צורה ניתן הסיוע לקבוצות חלשות אלה? האם למשל נזירות טיפול בזקנים בבתייהם או העבירו אותם לבתי מחסה ושם טיפלו בהם?

המגמה של הבחנה בין הראויים לקבלת סעד לבין הבלתי ראויים התחדדה יותר במאה ה-14. באותה תקופה הייתה בעיה קשה של אי-צדק בחלוקת המשאבים אשר רוכזה בידי שכבה צרה (שחר, 1995). ניתן לומר, כי גם בימי הביניים היו פתרונות שונים לחיים בזיקנה, והמסגרת המשפחתית לא הייתה הפתרון היחיד. היו דרכים שונות לחלוקת המשאבים בין הדור המבוגר לצעיר, אך דרכים אלו היו מלוות במתחים משפחתיים, כלכליים, פוליטיים וחברתיים. אז גם באה לידי ביטוי המודעות לאסימטריה שבאהבה ובדאגה של ההורים לצאצאיהם לבין הדאגה של הצאצאים להוריהם הזקנים.

תגמול רוחני מטעם הכנסייה בתקופת ימי הביניים

בתקופת ימי הביניים כבר דיברו על טיפול ממוסד יותר בקשישים, על ידי הכנסייה ועל ידי גילדות, אם כי הקשישים לא סווגו כקבוצה נפרדת, אלא נכללו עם שאר "מסכנים" (יתומים ובעלי מום). לאחר המגיפה הגדולה של 1348, התפרקו משפחות רבות והכנסייה נרתמה למתן עזרה. כאמור, הדגש שהושם היה על הטובה הרוחנית שתצמח לנותן הצדקה ממתן העזרה, יותר מאשר התועלת שתינתן למקבלה. לא הייתה הבחנה מספקת בין הראויים לקבלת העזרה לבין אלה שאינם ראויים לה. התפיסה שהייתה קיימת: העני או הנזקק משמש אמצעי לישועתו של העשיר, על ידי כך שהוא קיים וזקוק לנדבה. איך זה בא לידי ביטוי בפועל? עד המאה ה-17 היה הטיפול בכל סוג של מחלה ניתן בתוך הבית. החולים, בעיקר העניים, טופלו על ידי קרובי משפחה. אלה שהיו בעלי אמצעים יכלו להרשות לעצמם להיות מטופלים בבתי חולים שהוקמו על ידי ארגוני צדקה ורובם היו ממוקמים בלונדון שבאנגליה (Peace, 2003).

סיעוד הקשישים בחברה המערבית בעת החדשה

שורשיו של טיפול הבית מתחילים בשלהי המאה ה-17 בביקורי בית שערכו מסדרים דתיים אצל חולים עניים. בשנת 1796 היה בית המרקחת בבוסטון שארצות הברית הראשון שסיפק גם טיפולי בית, מאחר שתפיסת עולמו הייתה, שחולים צריכים להיות מטופלים בבתייהם (Rice, 2006). שירותי סיעוד ביתי של אחיות בחברה המערבית התפתחו במחצית המאה ה-19. המושג של טיפול סיעודי בבית הוטבע בשנת 1859 בליברפול שבאנגליה, כאשר איש עסקים ופילנתרופ בשם ויליאם רטבון הקים מערכת לביקורי בית של אחיות, על בסיס

התנסות אישית, שבמהלכה אחיות טיפלו באשתו החולה בבית עד לפטירתה. באותה שנה הוא הקים ביחד עם פלורנס נייטינגל בית ספר להכשרת אחיות לביקורי בית, שהתמקד בסיוע לחולים עניים בבתיים (Clemen-Stone, Eigsti & McGuire, 1995). מודל השירות הראשוני כלל אחיות אשר נהגו לבקר חולים כרוניים ואמהות אחרי לידה בבתיים על מנת לסייע להם ולתת טיפול רפואי. למעשה, עד סוף המאה ה-19 רוב האחיות עבדו במסגרות של טיפול ביתי ולא במוסדות בריאות. בארצות הברית החלו לקום קבוצות לסייעוד ביתי כדי לעזור לחולים עניים לשפר את מצבם הבריאותי. הארגון הראשון לשירות אחיות לטיפול ולסייעוד חולים בבית נוסד בשנת 1813 על ידי אגודת הגבירות בצ'רלסטון שבדרום קרוליינה. בשנת 1877 הקים המיסיון בניו-יורק שירות דומה, שעיקרו היה מתן טיפול בית לחולים ולעניים שלא יכלו לשלם עבור שירותי רפואה פרטיים. בשנת 1890 היו רשומים בארצות הברית כבר 21 ארגוני אחיות לביקורי בית. למעשה, בסוף המאה ה-19 רוב האחיות בארצות הברית עבדו בשירות ביקורי בית ולא במוסדות בריאות. הגידול בדרישה וצורכי האוכלוסייה הובילו חברות וארגונים קהילתיים לגבש מסגרות אשר יסדירו את ביקורי הבית של האחיות על בסיס פורמלי וקבוע. בשנת 1909 פעלו כבר 566 ארגונים קהילתיים לשירות ביקורי בית, שהעסיקו 1,413 אחיות.

גידול הביקוש לביקורי בית של אחיות הוביל את חברת הביטוח האמריקנית מטרופולטן להוסיף אבטחת ביקורי בית של אחיות לפוליסת הביטוח שלה. זמן קצר לאחר מכן "הצלב האדום" האמריקני ייסד תכנית לביקורי בית של אחיות משלו, אשר התמקדה במתן שירותי סיועוד לחולים בפריפריה. עם תום מלחמת העולם הראשונה פעל "הצלב האדום" בארצות הברית להרחבת שירותי ביקורי הבית בכל הסניפים הפעילים שלו, בכל רחבי המדינה ולא רק בפריפריה.

המסגרת הפורמלית הראשונה הידועה לאשפוז בית הייתה בבית החולים שהיה צמוד לאוניברסיטת בוסטון, ונקראה בשם "שירות רפואי ביתי". תכנית זו, שנוסדה בשנת 1885, הייתה למעשה תכנית לביקורי בית של רופאים ופעלה עד 1940. הסדר זה פעל ביחס לזקנים חולים ששהו בביתם ושהוגדרו כמקרים קלים (Keenan & Fanale, 1989). המקרים הקשים יותר היו מתאשפזים בבית חולים או במוסד אשפוזי סיעודי אחר. מאמצע שנות ה-40 של המאה ה-20, עם התקדמות המחקר הרפואי וראשית ההפרדה בין חולים רגילים לבין קשישים, עולות לראשונה הצעות לפתרון סוגיית הטיפול ארוך הטווח בקשישים. במלחמת העולם השנייה צמצמו הרופאים את ביקורי הבית וטיפול בחולים במרפאות שלהם או בבתי חולים. על רקע זה התפתחה התנועה לטיפול סיעודי בבית, שבו למעשה אחיות החליפו רופאים בטיפול בחולים בבתיים. בשנת 1946 הוקמה בבית החולים מונטיפיורי שבניו-יורק תכנית חדשה לטיפול בית לאחר אשפוז אקוטי (Mundinger, 1983).

חלוץ החשיבה המתקדמת על פתרון טיפולי בית לקשישים היה ד"ר אפרים בלוסטאון, מנהלו של בית החולים ע"ש מונטיפיורי בניו-יורק, אשר נוסד כבית חולים סיעודי במימון

הקהילה היהודית וארגון הג'וינט (The Lancet, 1979). בלוסטאון, שהיה מנהלה של הסתדרות מדיצינית הדסה בארץ ישראל בשנים 1926 עד 1929, לא עשה אמנם הפרדה בין כלל החולים לבין החולים הקשישים, אך קבע שבית חולים איננו עוד מקום הסגר לחולים (אפילו במקרים של מחלות מידבקות), כפי שהיה בעבר. הוא טען כנגד הפרדת החולה מסביבתו הטבעית והעברתו למקום אשפוז זר ומנוכר, קרי בית החולים או מוסד סיעודי אחר. בינואר 1947, גיבש בלוסטאון לראשונה, בבית החולים ע"ש מונטיפיורי, תכנית בשם "בית חולים ללא קירות" - "Hospital without walls". תכנית זו סיפקה טיפול והשגחה לחולים בביתם, בשיתוף פעולה של צוות מטפלים, אחיות ורופאים מבית החולים ומהקהילה. תכנית בלוסטאון גיבשה גם הסדרי תשלום מיוחדים לטיפול בקשישים במסגרת הבית ובנתה מנגנון תמיכה לקשישים שנזקקו למכשירים רפואיים בביתם. לראשונה, קשישים שאושפזו בעבר בבתי חולים לחודשים ואף לשנים נזקקו למכשור רפואי, יצאו במסגרת תכנית זו לאשפוז ביתי. מימון התכנית נעשה בסיוע קרנות המחקר של עיריית ניו-יורק. קשישים אשר לא יכלו לשלם עבור הטיפול הביתי קיבלו סיוע אישי. יש לציין, כי בית החולים מוניטיפורי היה המוסד הראשון שהקים בתוך בית החולים מחלקה ל"רפואה חברתית" והפעיל צוות רב-מקצועי של עובדים סוציאליים, פסיכולוגים, אחיות ואחרים בטיפול בחולים המאושפזים ובמטופלי הבית (Levenson, 1984). רוב המחקרים הסוקרים התפתחויות אלה מציינים, כי הנימוקים המרכזיים לשינוי התפיסה באשר לטיפול בקשישים התבססו על העדפתם של הקשישים את ביתם, בגלל הרגשת הביטחון שהבית מעניק להם ועקב חרדה מעזיבת סביבתם המוכרת. לכך מתווספות סיבות כלכליות ותרבותיות. אל אלה נוספו תחושות של סופניות עם האשפוז במוסד, חשש מפני אבדן זהות וכדומה. קנייט סטיל (Steel, 1991) מציינ, כי מחקרים רבים ביססו טיעוניהם באשר להעדפת אשפוז בית על פני אשפוז מוסדי על גישה זו, וכללו בה לא רק את המקרים הכרוניים אלא גם את המקרים האקוטיים (Council of Scientific Affairs, 1990). כמו כן, ברוב הארצות המפותחות ההוצאות לנפש לקשישים היו גדולות יותר מאשר בכל קבוצת גיל אחרת. מצב זה הוביל, במידה רבה, לפיתוחן של תכניות לטיפול בית בעולם המערבי.

במספר הצעות לרפורמה, בעיקר אלה שהתפתחו החל משנות ה-60 של המאה ה-20, הוגדר הטיפול לטווח ארוך בקשישים כ- "Missing Piece", וכבר נאמר בתחילתו של פרק זה כי הגישה המסורתית לטיפול בקשישים במרבית הארצות הייתה מכוונת בעיקרה לסידורם במוסד. במשך זמן רב היה מושב הזקנים בקהילות רבות המוסד המוכר והמקובל לטיפול בקשישים. גישה זו נמשכה למעשה ללא שינוי ניכר עד לשנות ה-60 של המאה ה-20. כאמור, רק בשני העשורים האחרונים של המאה ה-20 חל שינוי והדגש החל לעבור לפיתוח שירותים קהילתיים לטיפול בקשישים במגמה לאפשר להם להמשיך ולחיות בביתם.

אחד הצעדים המשמעותיים בקידום נושא הטיפול בקשישים בבית נעשה עם מיסוד תכניות הביטוח הסוציאלי של הממשל הפדרלי בארצות הברית בשנת 1966 (MEDICARE).

MEDICAID - Social Security Act. להלן "מדיקאר" ו-"מדיקאיד"). תכניות אלו עוגנו בחקיקה רחבה בשנת 1975 ומיסדו למעשה באופן רחב את הטיפול הביתי בקשישים. בשנת 1967 היו כבר 1,753 ארגונים שהשתתפו בשירותי סיעוד בית של ה"מדיקאר", ובשנת 1980 מספרם הגיע ל-2,924.

פרק 20 של החוק לביטוח בריאות וביטוח סוציאלי האמריקני קבע שלוש קטגוריות כלליות של שירותים טיפוליים:

1. שירותים לשיפור תנאי מגורים, הכוללים את הפעולות הקשורות לחיי היומיום.
2. שירותים לפרטים ולקבוצות לשם קידום הזדמנויותיהם להשתתפות בחיי הקהילה.
3. שירותים לסיפוק צרכים מיוחדים לפרטים.

התייחסות המחוקק האמריקני למיסוד הטיפול בקשישים באה לידי ביטוי גם בחקיקה פדרלית נוספת אשר נקראה "חוק האמריקנים הקשישים". מסגרת זו קבעה דרכים למתן שירותים קהילתיים לטיפול סוציאלי בקשישים, והשלימה למעשה את החקיקה הפדרלית לביטוח סוציאלי. ההבדל העיקרי בין התכניות הללו הוא, שהשירותים המוגשים לפי חוק הביטוח הסוציאלי הם ברובם סלקטיביים ומותנים במבחן אמצעים, בעוד שהשירותים המוגשים לפי "חוק האמריקנים הקשישים" הם אוניברסליים וניתנים ללא בדיקת אמצעים. באופן כללי, ניתן לומר, כי הפעילות בתחום המוסדי-טיפול לקשישים בארצות הברית מוסדרת במעשי חקיקה רבים, הן של הממשל והן של המדינות השונות. למעשה, המדיניות המוצהרת בארצות הברית לגבי הטיפול בקשישים היא הדגשת החיוב בהסדרים קהילתיים לעומת הדגשת השלילה בהסדרים מוסדיים.

בשנת 1982 נוסד בארצות הברית הארגון הלאומי לטיפול בבית (National Home Care Association), במטרה מוגדרת לספק שירותי רפואה ברמה גבוהה באשפוז בית. הקמת הארגון הובילה לשילוב נושא אשפוז בית בתכניות בתי הספר לרפואה בארצות הברית. בשנת 2010, כ-80% מבתי הספר לרפואה בארצות הברית כוללים גם התנסות ולמידה בתחום אשפוז וטיפול רפואי-סיעודי בבית.

קיצור משך האשפוז הממוצע בבתי חולים בשנות ה-80 הוביל אף הוא לגידול משמעותי בשירותי אשפוז בית, לאור שחרורם המוקדם מבית החולים של חולים כרוניים וקשישים לביתם. בשנת 1994 ה"מדיקאר" דיווח על 7,521 ארגונים מורשים מטעמו, אשר מספקים שירותי אשפוז וטיפול סיעודי בבית, גידול של 429% במהלך 28 שנים.

באשר לביקורי בית של אחיות - שירות זה עבר אף הוא מהפך מקצועי. אם בעבר בתי חולים נהגו לשלוח אחיות שלהם להמשך מעקב אחרי המאושפזים שלהם לאחר שחרורם, נוהג זה נפסק עם השנים, וכיום ישנה הפרדה מלאה בין האחיות המספקות את השירות

הסיעודי בבית החולים לבין האחיות המספקות שירות זה בבית ולמעשה הקשר הנמשך, שהיה קיים בעבר בין החולה לגורם המטפל, נעלם.

בשונה מארצות הברית, התפתחה באנגליה שיטה חברתית ומוסדית שונה לטיפול סיעודי ורפואי בבית. השיטה הבריטית מתבססת בעיקר על מתן עזרה לקשיש בבית, בסיוע של טיפול קהילתי (Community care). שיטה זו מקטינה את השימוש המופרז במוסדות, ששירותיהם יקרים ואשר קיימת בהם לעתים נטייה לשלול מן הקשיש את זהותו. מעיון בספרות המחקרית עולה, כי הרפואה הגריאטרית בבריטניה ינקה את מורשתה מן המאה ה-19. כבר בשנות ה-30 של המאה ה-20 החלה להתפתח בבריטניה רפואת הזיקנה. באותו זמן החלו בבניית בניינים גדולים וקודרים שנועדו לשיכון אנשים משכבות מצוקה. לאלה לא היה קשר למערכת שהתפתחה במקביל למה שכונה "בתי החולים למחלות אקוטיות". לאחר מכן הוקמו בתי חולים למחלות כרוניות, למחלות חשוכות מרפא, למחלות זיהומיות ולחולי שחפת. עם ירידת השימוש בהם למחלות ייחודיות, החלו להתמלא בחולים בלתי מוגדרים ובמוגבלים למיניהם, אשר לא היו מסוגלים להישאר בביתם ומצבם לא הצדיק אשפוז בבתי חולים כלליים.

בשנת 1948 מונתה לכל המוסדות האלה הנהלה משותפת. באותו זמן צמח באנגליה דור ראשון של רופאים גריאטריים, אשר לקח על עצמו לעשות מיון מדוקדק של אותם חולים שאושפזו במוסדות השונים. רופאים אלה הבינו, כי שיקומם של קשישים במסגרת ביתם מחייב הכרת המסגרת המשפחתית ובדיקת מסוגלותה לטפל בקשיש וכי בית חולים אינו יכול לתפקד ביעילות ללא קשר עם המשפחה. בד בבד התפתחה מערכת של שירותים סוציאליים. גם המוסדות של שירותים אלה עברו שינוי ממבנים גדולים ומנוכרים למבנים קטנים וביתיים יותר. כמו כן, התפתחה מערכת של שירותי בית, כמו: ארוחות חמות, עזרה ביתית, ועוד.

בשנת 1948 עוגן בחוק הסעד הלאומי הטיפול המוסדי לקשישים: "National Assistance Act". חוק זה מחייב את הרשויות המקומיות לדאוג לסידור מוסדי לאותם קשישים אשר מפאת מצבם הבריאותי-תפקודי או אחר אינם יכולים עוד להישאר בביתם. הרשות המקומית רשאית לקבוע תשלום אחיד עבור האשפוז, וכן את חלקו של הקשיש או משפחתו לפי רמת הכנסתם. תיקון משנת 1962 לחוק זה מסמיך את הרשויות להפעיל שירותים לבילוי זמן ולהגשת ארוחות לקשישים. בנוסף לכך, חוק שירותי בריאות ושירותי בריאות ציבוריים משנת 1968 מרחיב את סמכויותיהן של הרשויות המקומיות ומטיל עליהן חובה לספק שירותי "עזרה ביתית".

החוקר אברהם דורון טוען, כי גולת הכותרת של החקיקה באנגליה היא חוק השירותים הסוציאליים של הרשויות המקומיות משנת 1970 "The Local Authority Social Service Act". על פי חוק זה, הוקמה מחלקה עצמאית, שניתנה לה אחריות בלעדית להספקת

שירותים לטיפול סוציאלי-אישי בכל הרשויות המקומיות. לארגון מחדש של שירותים אלה במסגרת מקיפה ומשולבת אחת היו השלכות חשובות לגבי הפעלה טובה ויעילה של השירותים לאוכלוסייה הקשישה.

בבריטניה מופעל מגוון רחב של שירותים קהילתיים לקשישים, הן תוך-ביתיים והן חוץ-ביתיים. הטיפול הסוציאלי האישי בקשישים אינו מופרד משאר המטופלים במחלקה לשירותי רווחה של הרשות המקומית. בכל הקשור לטיפול המוסדי, המדיניות המנחה את שירותי הרווחה בבריטניה קובעת, כי שירותים אלה צריכים לשמש כמשענת אחרונה לשירותים הקהילתיים לטיפול סוציאלי, ולהוות כפי שנאמר, פתרון לאותם קשישים אשר לא יוכלו עוד להישאר בקהילה. המחקר המוביל אשר גיבש את מדיניות הטיפול בקשישים בבריטניה החל משנות ה-60 ואילך היה מחקרו החלוצי של הסוציולוג פיטר טאונסנד, שכתב בשנת 1962 את הספר "The last refuge", אשר מתאר את עליבות החיים של הקשישים במוסדות. טאונסד הדגיש בספרו את מרכיב העוני כגורם המרכזי במצב הבריאות של קשישים אלה. לדעתו, הפתרון ההולם לאוכלוסיית הקשישים העניים בבריטניה צריך להתבסס על טיפול כוללני בקהילה, שישלב בין הצרכים הסיעודיים-רפואיים לצרכים הסוציאליים של הקשיש, במסגרת השירות הקהילתי ולא באשפוז מוסדי.

לעומת המערכת הקיימת בבריטניה מהווה חוק שירותי הסעד הפדרלי בגרמניה מ-1961, ותיקונים לחוק זה משנת 1974, את הבסיס החוקי לכל פעולות הסעד של הממשלה. חוק זה משמש כבסיס להספקת השירותים הקהילתיים והמוסדיים לאוכלוסייה הקשישה. לממשלה הפדרלית ולממשלות המדינות השונות יש פעילות ישירה מועטה בתחום שירותי הבית לקשישים, אך הן משתתפות בצורה זו או אחרת במימון השירותים המוגשים על ידי הארגונים הוולונטריים.

השירותים הקהילתיים התוך-ביתיים כוללים צורות שונות של עזרה. המתכונת הנפוצה ביותר של עזרה ביתית היא זו של הטיפול הכוללני, המוגש ברובו על ידי כוח אדם בלתי מקצועי. כאמור, רוב נותני השירותים הם ארגונים וולונטריים, כמו: כנסיות, "הצלב האדום" הגרמני וכן אגודה מיוחדת אשר הוקמה למטרה זו. ישנה הסכמה בין קובעי המדיניות, שצריכה להיות עדיפות לטיפול בית אשר יאפשרו לקשישים המסוגלים לכך להישאר חלק אינטגרלי מסביבתם וקהילתם, על פני סידורם במוסד. אכן, בשנת 1995 נחקק שם חוק לטיפול ממושך המקנה זכות אוניברסלית לכל זקן המוגבל בתפקודו לקבל טיפול בית או סידור מוסדי.

מעין בשירותי הסיעוד והביטוח במדינות שנסקרו (ארצות הברית, בריטניה וגרמניה) עולה, כי מספר הקשישים הנזקקים לעזרה סיעודית מסוג כל שהוא גדל במהירות, בעוד שיכולת העזרה מקרב בני המשפחה מצטמצמת והולכת. המדיניות המתועשות נתונות ללחץ כבד לצמצם את ההוצאות לתכניות רווחה, דבר שלא עולה בקנה אחד עם הגידול

העצום במספר הקשישים, גידול שרק ילך ויתעצם בעשרות השנים הקרובות. משום כך, במדינות המערב שוררת דאגה רבה. המדינות שנדונו ומדינות אחרות מחפשות אלטרנטיבה להספקת שירותים ארוכי-טווח לקשישים ונמצאות בתהליך של הרחבת המערכת הטיפולית לטווח ארוך. בכל הארצות שנדונו, אשפוז הולם לטווח ארוך אינו אפשרי מבחינה כלכלית.

הכול מסכימים על הצורך הדחוף בפיתוח מערכת הולמת לטיפול בית, אשר תאפשר את השארת הקשיש במסגרת המשפחתית והקהילה. דבר זה, לדעת רבים, יזיל את הטיפול ויקל על עומס מערכת האשפוז. מערכת זו תמיד תהיה בתפוסה מלאה ויש להשאירה כמערכת תומכת לטיפול בית ולטיפולים במסגרת הקהילה.

ראשית המחקר בנושא הטיפול בקשישים בישראל

המחקרים הראשונים בישראל בסוגיית הביטחון הסוציאלי והביטוח הסוציאלי, כולל התייחסות לנושא הטיפול בקשישים, החלו כבר בתקופת המנדט הבריטי. המחקר הראשון התפרסם בשנת 1944 על ידי יצחק קנייבסקי-קנב, סוציולוג וחבר הנהלת קופת חולים הכללית. קנייבסקי-קנב היה גם החוקר הראשון שעסק בבעיות הדמוגרפיות של אותה תקופה, דן בצמצום שחל בילודה מחד גיסא, ובהזדקנות האוכלוסייה מאידך גיסא. קנייבסקי-קנב ציין, בין יתר דבריו, כי עד אז הייתה העלייה גורם מכריע בהרכב ובחזקת היישוב בארץ ישראל, עלייה שהייתה צעירה ובריאה, אך הוא הוסיף כי בעתיד יהיו שינויים חריפים בהרכב העלייה והתכוון בדבריו אלה לקליטת עליית מצוקה של קשישים (קנייבסקי, 1944). קנייבסקי-קנב היה גם מיוזמי הקמתה של קרן האינולידים - קרן נכות, בשנת 1929 על ידי קופת חולים הכללית כמוסד רווחה ראשון שטיפל באנשים בעלי צרכים רפואיים ייחודיים, רובם ככולם נכים או חולי נפש. מאחר שרוב חברי קופת חולים הכללית, שהיו בני היישוב החדש, היו עולים חדשים צעירים ובריאים ולא נזקקו לשירותים סיעודיים, שאלת הטיפול בקשישים לא שולבה באוכלוסייה המטופלת של קרן נכות. אוכלוסיית הקשישים של היישוב הישן, בעיקר בירושלים, שלא הייתה חברה בקופת חולים הכללית מטעמים אידיאולוגיים, המשיכה להיות מטופלת על ידי מוסדות קהילתיים או במסגרת המשפחתית המסורתית.

למעשה, במשך שנים רבות היה קנייבסקי-קנב החוקר היחיד אשר התייחס, גם אם באופן תיאורטי, לסוגיה העתידית של הטיפול בקשישים בחברה הישראלית. חלק גדול מחוקרי החברה הישראלית בתקופת המנדט דחקו נושא זה הצידה, מאחר שרוב הציבור הישראלי ביישוב היהודי בארץ ישראל היה צעיר והעיסוק בסוגיית הטיפול העתידי בקשישים נראה רחוק ושולי. עם הקמתה של מדינת ישראל היה זה קנייבסקי-קנב אשר דחק לשלב את נושא הקשישים כמוסד לביטוח לאומי, שהוא היה מיוזמיו ומייסדיו, מתוך ראייה ארוכת-טווח לצורכי המדינה. זאת, לאור השינוי הדמוגרפי שחל בהרכב האוכלוסייה הישראלית

עם בואה של העלייה הגדולה בשנות ה-50, אשר כללה מספר רב של קשישים, שהחברה נדרשה לקלוט אותם ולטפל בהם.

שינוי דמוגרפי זה היה הבסיס גם למחקריו של יעקב קלנר, אשר בחן את ראשית התהוותה של המדיניות הסוציאלית בחברה הישראלית על רקע היותה מדינת הגירה. ניתן לראות בכך המשכיות למחקרו של קנייבסקי-קנב, 30 שנה קודם לכן. קלנר סקר את יחסי הגומלין בין בעיות העלייה והמדיניות הסוציאלית בימי העלייה השנייה, והבליט את הבעייתיות שבעליית המונים מאורגנת (קלנר, 1977). הוא ניסה להראות, כי מדיניות הרווחה הרחוקה בישראל מקורה במגמה עוד מימי העלייה השנייה, וכי החלתה על הקשישים הייתה חלק מאידיאולוגיה חברתית ציונית שהביאו עימם החלוצים.

בין החוקרים הראשונים בנושאי סיעוד ורווחה במדינת ישראל היה ח"ש הלוי, חבר הנהלת הדסה וסמנכ"ל משרד הבריאות בשנות ה-50. הלוי היה חלוץ המחקר בטיפול היום בישראל ופרסם עבודתו זו בשנת 1971. הלוי תאר אמנם את תחילתה של שיטת טיפולי היום, אולם עדיין לא כלל בה בלעדית את אוכלוסיית הקשישים, אלא התמקד בתחום הפסיכיאטרי, האונקולוגי, הדיאליזה ורפואת הילדים. בפועל, שיטת הלוי לטיפול יום הועתקה לאחר מכן גם לאוכלוסיית הקשישים בישראל (הלוי, 1974).

חוקר מרכזי בתחום הפתרונות הסוציאליים לטיפול בקשישים הנדרשים במדינת ישראל הוא אברהם דורון, ממייסדי בית הספר לעבודה סוציאלית באוניברסיטה העברית בירושלים. בסדרת מאמרים שהתפרסמה בכתב עת של הביטוח הלאומי - "ביטחון סוציאלי", תיאר דורון את המציאות, את הדרכים ואת הפתרונות הנדרשים במדינת ישראל בהווה ובעתיד לבעיית הסיעוד לקשישים. אחד ממחקריו הידועים והמקיפים ביותר בתחום בעיות הסיעוד לקשישים היה סקירה משווה לגבי מכלול השירותים לקשישים בשמונה ארצות. מטרתו הייתה להכיר את מכלול השירותים לקשישים בארצות אלה, כדי ללמוד מן הניסיון הבינלאומי באשר לפיתוחם של שירותי רווחה לקשישים בישראל (דורון, 1979). במאמר נוסף בנושא, דן דורון בהיערכות החברתית בישראל לנוכח התעצמות האוכלוסייה הקשישה. דורון הדגיש את החשיבות שבניתוח ובהבנה החברתית של הקשישים בהתייחס לארצות מוצאם, על מנת לתכנן בצורה נכונה את השירותים עבורם (דורון, 1991).

חוקרת נוספת אשר הטביעה את חותמה במחקר העוסק בדפוסי הטיפול בקשישים היא ברנדה מורגנשטרן. בסדרת מאמרים שפורסמו בחוברות "ביטחון סוציאלי" של הביטוח הלאומי, סקרה החוקרת את דפוסי הטיפול לטווח ארוך בקשישים (מורגנשטרן, 1987) ובחנה סוגיות ומגמות בתכנון ובהפעלת חוק הסיעוד (מורגנשטרן, 1983). כמו כן, ערכה מחקר משווה של אסטרטגיית הרפורמה בטיפול בזקנים באוסטרליה והשלכותיו על הנעשה בישראל.

מחקרים נוספים ומשלימים בנושא נערכו על ידי החוקרת ברכה בן צבי, אשר בחנה את נושא הטיפול בקשישים אל מול חוק ביטוח סיעוד, תוך התייחסות להישגים ולהשלכות הצפויות מיישומו (בן-צבי, 1993; 1989). חשוב לציין, כי אף אחד מהמחקרים הללו לא העמיד את רעיון אשפוז בית לקשישים כפתרון מרכזי ומועדף באותה העת. התפתחות הרעיון חלה רק בשנות ה-80 המאוחרות ובהשפעת מחקרים בינלאומיים שונים אשר הצביעו עליו כפתרון מועדף מבחינה אנושית וכלכלית.

לסיכום, ניתן לומר, כי המחקר בתחום התפתחות אידיאולוגיית הרווחה בארץ אמנם לא החל בבעיות סיעוד לטווח ארוך לקשישים, אלא התפתח בעקבות התפתחותה של אידיאולוגיית הרווחה בכלל. הגידול באוכלוסיית הקשישים על רקע היות ישראל מדינת הגירה הגביר את המחקר בנושא והביא לפיתוח רשת של שירותים לקשישים עד לחקיקתו של חוק ביטוח סיעוד.

מלב"ן - הטיפול המאורגן הראשון בקשישים בישראל

שאלת הטיפול בקשישים במדינת ישראל עלתה על סדר היום הציבורי כבר בימיה הראשונים של המדינה. בהרצאה על רשמיו מסיוור בישראל ציין ד"ר י. שורץ, מנהלה של סוכנות הג'וינט באירופה, כי "בעיית הקשישים והחולים קיימת והיא רק תלך ותחריף" (דוח ישיבת הנהלת הג'וינט באירופה, 3.5.1949). עד להקמת המדינה נחשבה ישראל לאחת המדינות הצעירות בעולם. שיעור הקשישים בה עמד על כ-3.8% מכלל האוכלוסייה והיצע המיטות לנזקקים עמד על סך כולל של 800 מיטות בסטנדרט נמוך, רובן בתמיכת תרומות ונדבות (פליסקין, 1954). ההבדלים בשיעור הקשישים היו בולטים באזורי יישוב שונים, כאשר מספרם בקרב ההתיישבויות החדשות הצינוניות-חלוציות היה בטל בשישים וגם הפתרונות לנזקקים המעטים היו בהתאם. לעומת זאת, בערי היישוב ה"ישן" הגיע אחוז הקשישים לכשליש מכלל האוכלוסייה והם אלה שהשתמשו באותן המיטות המעטות שהיו קיימות (גולנדר ובריק, 2005).

עם הקמת המדינה לא היו כמעט תשתיות קליטה לקשישים נזקקים והפתרונות, גם אם לא היו מיטביים, נמצאו בקהילה. יתרה מזאת, בהיעדר תשתית קיימת כל שהיא, עם בוא גלי העלייה הגדולים, בלט קושי עצום בהתארגנות לקליטתם של אותם קשישים בודדים חולים ונזקקים. במאי 1949 יצא הג'וינט בהצהרה מחייבת לגבי תכניותיו בישראל ובה הוא נענה להזמנת הממשלה והסוכנות היהודית לבניית תכנית חברתית שיקומית לקשישים, לחולים כרוניים ולנכים שהגיעו ארצה בעת היסטורית זו. ההערכה הייתה, שכ-8% מכלל העולים כלולים בקטגוריות אלה. בהתאם לכך, ניבנה תקציב, הוכנו תכניות עבודה והחלה היערכות להכנת צוותים מקצועיים על ידי הבאתם מארצות הברית וגיוסם מתוך המאגר המקומי הדל (דוח ישיבת הנהלה המקומית 28.12.1949).

בין 15.5.48 ועד סוף 1949 הגיעו 12,730 קשישים ובמחנות העולים שהו באותה עת כ-1,000 קשישים מעל גיל 65 ועוד מאות נוספות של קשישים "צעירים יותר", שנזקקו למסגרות מגורים מחוץ לבית. הוועדה למען הקשיש שהוקמה דרשה מגוון פתרונות ברמות שונות על מנת לענות על הצרכים הגוברים. ד"ר גיורא יוספטל דיבר על ההכרח להיערך לשכן 3,000 קשישים במסגרות מוגנות, למרות שהיה ברור שגם זה לא יספיק. היה חשש, כי עקב מצב התעסוקה הרעוע בארץ, גם צעירים יותר עלולים להיכנס לקטגוריית הקשישים שאינם יכולים לפרנס עצמם ויוספטל לא נמנע מלהזכיר כמה מקרי אובדנות שהתרחשו באותה העת על רקע ייאוש וחוסר אונים (דוח ישיבת ההנהלה המקומית, 28.12.1949).

במשרד הבריאות לא ששו להקמת ארגון יעודי עצמאי בניהול הג'וינט, שלא יהיה כפוף למרותו של המשרד והעדיפו לקבל את כספי התכנית לשליטתם ושמלב"ן יהיה גוף מפקח על הפעילויות בשטח. במפגש מסכם לתיאום העבודה המשותפת הוחלט, שמלב"ן יהיה ארגון ביצועי שיטפל בקבוצות אוכלוסייה ייחודיות וביניהן קשישים, תוך מתן חופש ושיקול דעת להנהלת הארגון לטפל גם באנשים שאינם שייכים לקבוצת הקשישים על פי גילם (קרי: חולי נפש, נכים ואחרים) (דוח ישיבה משותפת - ממשלה, סוכנות, ג'וינט-מלב"ן, 9.3.1950). מספר האנשים שעמדו בקריטריוני הטיפול של הארגון עלה בהתמדה, אך ההיערכות בשטח לא נתאפשרה בקצב המתאים, הן מבחינת מבנים זמינים ומתאימים והן מבחינת כוח עבודה מיומן ומקצועי. תכניות לחוד ומציאות קשה מנגד (פסמן, 1950).

היערכות מלב"ן לטיפול בקשישים

הנהלת מלב"ן חיפשה מבנים עזובים, מחנות צבאיים נטושים ושטחים לבנייה שישמשו למקלט לאותם קשישים בודדים וחסרי יכולת לתפקוד עצמאי, אך ההליכים היו איטיים והפתרונות היו מזעריים מדי לטעמם (דוח ישיבת ההנהלה המקומית, 21.3.1950). יונתן הרמתי ציין, כי "תכנית זו המיועדת לעולים נחשלים (Hand Care Program) מעניקה טיפול מיטבי לנכים ולקשישים שיכולים לחוש בבית. רבים מהם, אולי מרביתם לא יבראו לעולם, אך ניתן להבטיח להם שאחיהם היהודים ידאגו להנעים את ימיהם עד כמה שניתן" (הרמתי, 1950). עם תום שנתיים של פעילות למען הזקנים העולים, היו למלב"ן תשעה מוסדות עם תפוסה של כ-1,200 מיטות ועוד 500 בהקמה וכן כ-450 חולים שנזקקו לטיפול מורכב ואושפזו בארבעת מוסדות האשפוז של מלב"ן (גרושקה, 1952).

השינוי הארגוני הגדול שהתרחש בשנת 1951 היה העברת כל הנטל הכלכלי של ארגון מלב"ן לידי הג'וינט, ובכך הלכו ונפרדו מהשותפות המוניטרית עם ממשלת ישראל והסוכנות היהודית. ברשימת הקשישים הממתינים לסידור מוסדי היו ביוני 1951 למעלה מאלף איש והפתרונות התעכבו, למרות הרצון הטוב של הארגון. מספרי הממתינים לטיפול במוסדות מלב"ן, ולא רק בקרב הקשישים, חייבו את הארגון להגביל את המתקבלים ויצאה הוראה

שרק עולים שעלו החל משנה וחצי לפני ה-1.9.1951 והלאה יהיו זכאים לטיפול במוסדות מלב"ן. בג'וינט גם ביקשו לחדד ולהגמיש את המושג של "עולה נחשל" ולהפכו לקונספט דינמי, מתוך אמונה שעם טיפול והכוונה מתאימים ילך ויקטן מספר הנצרכים (אבלוף, 1951). הצפי היה, שהעלייה במספר הקשישים תעלה וכן הדרישה למקומות מוסדיים ואכן נערכה חשיבה בעניין וכן היערכות כלכלית (דוח ביקור נציגי המגבית UJA, 20.9.1951).

ד"ר חיים שיבא, מנכ"ל משרד הבריאות דאז, הציע לממשלה להקים ועדה שתתאם את הפעילויות של משרד הבריאות, קופת החולים הכללית, הדסה ומלב"ן. הוא חשב על תכנית על, שכל הסוכנויות ישתפו פעולה וכל אחת תיטול את חלקה. פסמן חשב שזה רעיון מצוין, אך היה ספק לגבי הפעלתו בשטח לאור היחסים המעורערים, שאותם הכיר, בין סוכנויות הבריאות והרווחה. לכן, חזר פסמן והדגיש את חשיבות העשייה המיטבית ואת מחויבות הארגון שבראשו עמד (פסמן, 1951).

פסמן העלה כבר בשלב זה את בעיית הקשישים שהמדינה עלולה להתמודד עמה בהמשך וצפה, למרות הגידול במספר המיטות, מחסור בפתרונות לאוכלוסייה זו. הוא המליץ לשתף את המדינה והסוכנות על מנת לחשוב ביחד ולהיערך במגוון פתרונות ולא רק בנייה מסיבית של מוסדות גדולים (ברין, 1952). אחת הבעיות שהועלו על ידי הסוכנות היהודית, במחצית שנת 1952 הייתה, שארית העולים "הבעייתיים" ששהו במחנות מעבר וביניהם נכים, קשישים וחולים. לדעת פסמן, יש לחפש פתרונות ברמות עצמאיות שונות בקהילה, תוך שילובם בתכניות רווחה מקומיות במסגרות העירוניות. פסמן הדגיש, כי כ-5,000 זקנים נמצאים במחנות המעבר ובמעברות בתנאים קשים והוסיף, כי הבעיות העתידיות כבר בפתח. כ-8% מכלל העולים, שהגיעו משך ארבע השנים האחרונות, היו מעל גיל 60 ועל אף שמרביתם חיו במסגרת משפחות בקהילה, הם היו זקוקים לסיוע כזה או אחר וחלקם אף נועד להגיע בהמשך למסגרות מוסדיות. הממשלה והסוכנות היהודית דיברו על הצורך לדאוג לסידור מתאים לקשישים. הג'וינט לא התנגד ברמה העקרונית ליטול על עצמו את המשימה, אך הבהיר את הקשיים הכלכליים הצפויים וגם את מחויבות הארגון ליהודים נזקקים מחוץ למדינת ישראל. על אף שמדיניות הג'וינט הייתה ונתרה לבסס במהירות קהילות התומכות בעצמן, תוך העברת האחריות הארגונית והטיפולית לקהילה המקומית, נדרשו משאבים כספיים לביצוע המשימות. הייתה זאת דרישה בלתי מתפשרת של הציבור היהודי-אמריקני שתתמך להשגת מטרת אלה.

מלב"ן והאדם הזקן

ברור היה לכל, כי עם העלייה בתוחלת החיים והגידול במספר המזדקנים באוכלוסייה בעולם המערבי ובישראל, הפתרונות המוסדיים אינם הטובים ביותר. ברור היה, שיש לשמור על כושר היצירה והתפקוד של הזקנים במסגרות הקהילתיות הרגילות, אך התנאים לא היו

רגילים. הקשישים היו לעתים ערירים, נטולי שורשים בחברה הישראלית, אנשים שנעקרו מבתם וממשפחותיהם; הבתים שמלבן העניק להם היו תחליף לאשר איבדו או לא יכלו לשמר.

שנת 1954 עמדה בסימן ביסוס המערכת לטיפול בקשישים נזקקים ומלבן החל להיערך לפתרון בעיותיהם של 2,748 קשישים שנותרו במחנה בפרדס חנה. מתוך אלה, 2,415 היו מועמדים לשהייה בבית הזקנים במקום ואילו היתר היו עיוורים, חולי נפש ומקרים סיעודיים מורכבים, שהיה צריך למצוא להם פתרונות חלופיים (דוח ישיבה בין נציגי מלבן והסוכנות היהודית, 1954: 27). קברניטי מלבן בניו-יורק ראו בפתרון בעיית הקשישים בפרדס חנה מענה לרבים, שהיה זול יותר וישים (לויט, 1954). הבעיה הייתה דחופה מאוד, חלק מהקשישים הערירים היו ללא פתרון נאות, רבים במחנות המשיכו להתגורר במגורים ארעיים (צריפים, בדונים) וכפי שג'ורא יוספטל אמר: "אין לנו אפשרות לחשוב על עוד 25 שנה. עלינו לפתור בעיה דחופה ודוחקת. אני רואה כל תכנית אחרת מלבד הקמת מוסדות גדולים, כקו פעולה צדדי, שיש לברר אותו וללמוד אותו כדבעי אבל אינו פותר בעיות דוחקות עכשיו." פסמן סיכם זאת באמרו, כי יש מקום לבחור כמה עשרות קשישים ולהפעיל פתרון קהילתי יצירתי כזה או אחר, אך לא על כל מאות הקשישים (דוח ישיבת הוועדה המייעצת למלבן, 1954: 106).

פתרונות חלופיים בקהילה

כאמור, הפתרון המייד לטיפול בקשישים בשנות העלייה הגדולה הראשונות במדינת ישראל היה הטיפול המוסדי. המצב הקשה בשטח, המוני העולים, המצב הכלכלי ("תקופת הצנע"), מצוקת מערכת הבריאות, מגורים במעברות ובמחנות עולים ואלפי הקשישים העריריים לא אפשרו למדינה לקיים דיון מהותי בשאלת הפתרון ההולם לטיפול בקשישים. מצוקת הזמן והמקום היא שקבעה, והפתרון המוסדי בשנות העלייה הראשונות היה הפתרון האפשרי היחיד שניתן להשגה בפרק זמן קצר.

בשנת 1954 נוסד המוסד לביטוח לאומי והחל לראשונה בישראל דיון ענייני בשאלת הפתרון ההולם לטיפול בקשישים במדינה. לראשונה, הוצע להיערך לפתרונות דיור ברמות עצמאות שונות בקהילה. על אף שבעיית הדיור בארץ באותן השנים לא הייתה קלה כלל, גרמי הבינוי נערכו לתת פתרונות דיור לאלה המסוגלים והמעוניינים ביותר פרטיות. גם חוק הביטוח הלאומי, שאמור היה להיכנס לתוקפו, היה לעזר גם לאלה הנמצאים במוסדות וודאי לאלה שהיו מחוץ להם. מלבן ראה עצמו כבר אז כמוביל הדגל של הטיפול בקשישים אשר יחד עם הסוכנויות הקיימות יקימו מועצה לאומית לטיפול בקשיש.

ביוני 1956 הגיעו להסכם עם חברת הבנייה "עמידר", לבנות 50 יחידות דיור בנות חדר אחד, מטבח ושירותים עבור זוגות קשישים באזורים מאוכלסים שונים, דבר שיאפשר להם

ליהנות מחיי קהילה ומקרבה למשאבים הכרחיים, כגון מרפאה. בשלושה מוקדים: יפו, נתניה וחיפה נבנו הדירות הקטנות בקומת הקרקע, בבניינים בני שלוש עד ארבע קומות. נלקחה בחשבון גם האפשרות, שכאשר בן זוג אחד ימות תהיה אפשרות לשכן את הנותר באחד מבתי הזקנים ולתת את הדירה לזוג אחר (פסמן, 1956).

באוגוסט 1956 נערך לראשונה כנס ארצי אשר דן בבעיות הטיפול בקשישים ובמעמדם במדינה וכן הוצגו פתרונות שונים לסוגיה (על המשמר, 1956.26.8). באותו כנס הוחלט להקים מועצה לאומית לגרונטולוגיה בישראל² (וסר, 1956). בדיונים שנערכו תחת הכותרת "עם הפנים לקהילה", שקראו להוציא מטופלים לחיים עצמאיים יותר, עלתה וצפה בעיה כלכלית לגבי הקשישים שלא היו זכאים לקצבאות זיקנה על פי חוק הביטוח הלאומי, שנכנס לתוקפו ב-1953 (בר-ניב, 1954). ד"ר לוטן, מנכ"ל הביטוח הלאומי דאז, חשב שעל מלב"ן לממן אוכלוסייה זו ולתקצב את קצבאות המחיה של המטופלים החוץ-מוסדיים על ידם.

פסמן הציע להקים קרן מיוחדת, שבה ישתתף מלב"ן בסכום מסוים, אך לא בכל העלות. כאן הוכנס לתמונה משרד הסעד, שהתבקש על ידי ד"ר לוטן לממן את הקצבאות של אלה אשר אינם זכאים להן מטעם הביטוח הלאומי. פסמן הסכים להצעה זאת, ועולים שהגיעו מאירופה באותה תקופה ולא נכללו בקטגוריות הזכאות הרגילות, כבר נהנו מהסדר זה (לוטן, 1956).

שנת 1957 עמדה בסימן מצוקה כלכלית. למרות הגידול במספר הקשישים, תקציב מלב"ן נותר בעינו והיה צורך לשקול פתרונות חלופיים למסגרות המוסדיות ולו רק בגלל המצוקה הכלכלית. אילוץ תקציב, התפיסה שאין לבנות מתקנים נוספים ושימת הדגש על שיקום, עצמאות ואל-מיסוד כיוונו את ההנהלה לתמוך ב-900 קשישים בקהילה, אשר לו הוכנסו למסגרת מוסדית היה צריך לרכוש עבורם מיטות נוספות ולתחזקן בעלויות כספיות ניכרות.

לקשישים שחששו לגורלם במקרה שתפקודם ייפגע בהיותם בקהילה, הובטח על ידי אנשי מלב"ן, כי החסות לא תוסר מהם ובמידת הצורך יזכו באשפוז מוסדי, ללא המתנה על פי רשומות. במחלקה לטיפול בקשישים של מלב"ן נערכו לשלב מתקדם יותר במיון ובסידור מחדש של קשישים עם צרכים מיוחדים. למעשה, החל עיבוי של המערכת הפסיכו-גריאטרית, שהחלה את צעדיה הראשונים עוד ב-1954, עת הוקמה מחלקה פסיכיאטרית בשער מנשה (גולנדר ובריק, 2005) והתרחבה גם לבית הזקנים "נווה אבות" שבפרדס חנה וכן "גבעת השלושה" בפתח תקווה וגם בנתניה נערכו לקליטת קשישים בלתי יציבים. במקביל, החלו להוציא זוגות קשישים עצמאיים בתפקודם, חלקם עם יכולת עבודה, לבתים שנבנו על ידי "עמידר" בערים שונות במרכז הארץ. הועלה הרעיון של מרכזי יום לקשישים,

2 הטיפול הסייעודי מוגדר כטיפול בקשישים אשר מוגבלים בפעילויות יומיומיות (ADL) השווים בקהילה או במוסד.

אך נראה כי בשלב זה הרעיון היה בוסרי מדי ולא מומש (דוח ישיבת הוועדה לטיפול בקשישים במלב"ן, 30.4.1958).

גרעין קשה של אוכלוסייה שלא הצליחו להוציא ממחנה שער העלייה, ביניהם גם קשישים, הטריד מאוד את קברניטי משרד הבריאות והסוכנות היהודית. "דיירי קבע" אלה במחנה המעבר הזמני היו קבוצה מגוונת של עולים בודדים, חולים וגם כאלה שיכולת ההסתגלות שלהם הייתה קשה והנכונות שלהם לגמישות מצומצמת. הוחלט לערוך סקר אוכלוסייה מדגמי ולצורך כך הוקם צוות, שבראשו עמד מנהל בית החולים "שער מנשה", הד"ר רייכנברג. הם נעזרו בצוות המקומי בקבלת מידע לגבי העולים וכן ערכו ראיון אישי עם 26 איש ואישה מתוך כלל 260 המשפחות, וגם בדיקה רפואית לפי הצורך. מתוך הנסקרים, רבים מהמבוגרים שהיו מעל גיל 60 נמצאו מתאימים להתגרר בקהילה, אך עם תמיכה מקצועית, שיקום וסיוע. עם תום הסקר הוחלט להמשיך ולבדוק את יתר העולים ה"בעייתיים", סך הכול כ-400 במספר, על מנת למצוא פתרונות למצוקות הגופניות, הנפשיות והסוציאליות ולהוציאם ממחנה "שער עלייה" (הורוביץ, 1958).

גם לצד החברתי הוקדשה מחשבה ומועדוני קשישים החלו להיפתח בערים שונות הארץ. בסיום נאומו, עם כניסתו לתפקיד, הדגיש המנהל החדש במלב"ן בישראל, לואי הורביץ: "...כפי שישראל עמלה ומתכננת בקדחתנות את עתידה הכלכלי, כך עליה להתחיל ליצור את הסטרוקטורות הסוציאליות והרפואיות, באמצעותן תוכל להעניק בדרכה היא, לאלה האזרחים שיהיו זקוקים לה...." להורוביץ היה חשוב להדגיש את ייחודו של מלב"ן בטיפול בקשישים, על כן נצמד למדיניות המוצהרת של הארגון מבלי לגלוש לתחומי אחריות של גורמים אחרים (דוח פעילות מלב"ן, 1958). המסלול הקהילתי כלל גם פתיחת מסגרות יום בתוך מוסדות מלב"ן. מוסדות אלה היו פתוחים גם לקשישים שהתגררו בקהילה ושלא טופלו על ידי מלב"ן (ירדן, 1958).

רבים ומגוונים היו המומחים שהוזמנו על ידי מלב"ן לשם ייעוץ והכוונה בתחומי העשייה השונים. ברור היה לקברניטי הארגון, שלמרות הביקורות הצפויות, יש מקום להיעזר בידע שהיה פרי ניסיון במדינות אחרות. ד"ר קרל אוונג, מנהל שירותי הבריאות בנורבגיה, הוזמן למספר שבועות לבקר בארץ ולהביע את דעתו גם בנושא הטיפול בקשישים בישראל. בדוח מפורט הוא מתאר את השינויים שחלו במערך הבריאות ובמוסדות מלב"ן בעשור שחלף מיום הקמתו, כמו: ירידת מספר חולי השחפת והסבת המוסדות למטרות אחרות, השינוי בדפוסי קבלת החולים הכרוניים והשינוי המהותי בטיפול בקשישים במסגרות קהילתיות. אוונג תיאר את "שער מנשה" על מאות מטופליו כמפעל חיובי, העונה לצרכים המגוונים של המטופלים השונים. בסך הכול הוא תמך מאוד במגמה של ההנהלה המרכזית והמקומית גם יחד להעביר בהדרגה את הטיפול הישיר במוסדות, שבהם הארגון הנו בעל המוסד ומפעילו, לסיוע עקיף בעזרה לרשויות הממשלתיות-מקומיות באחזקה ובפיתוח שירותי הבריאות והסעד (אוונג, 1959-1960).

לקראת שנות ה-60

הקשישים המשיכו להוות בעיה למוסדות המטפלים השונים והאחוז שלהם באוכלוסייה הלך וגדל בהתמדה. מסקר שנערך על ידי המחלקה לטיפול בקשישים במלב"ן היו באותה עת בארץ 44 בתי זקנים בתכולה כוללת של 7,110 מיטות, שני שלישי מתוכן מיטות מלב"ן, מרבית הקשישים (67% יוצאי אירופה) הגיעו בגפם, אחרי שהייה במחנות ריכוז או עבודה, ללא משפחות קרובות וללא רכוש והם הוּכְּחוּ כ-82% מדיירי בתי האבות. השיפור במצב הכלכלי בשנים 1957 עד 1958 והפעלת קצבאות זיקנה לזכאים, יחד עם הקמת קרן המענקים לקשישים לא זכאים, כמוזכר מעלה, הבטיחו אמצעי קיום בסיסיים לקשישים ואפשרו את תחילת הקמתם של מוסדות לקשישים בקהילה ותהליך הדרגתי, אך איטי, של אל-מיסוד.

בהנהלת הג'וינט שקלו האם נכון יהיה למסור בתי אבות "טובים יותר" מבחינת האזורים, מתקנים ואף האוכלוסיות ולהשאיר ברשותם לתקופה בלתי מוגבלת דווקא את בתי האבות הגדולים והמורכבים יותר, כמו "נווה אבות" ו"עין שמר", והאם מסירת בית האבות ביפו לקהילה אתנית ייחודית לא תעורר ביקורת כלפי הג'וינט? התחושה הייתה, שעל אף החיוב שבפנייה יש לשקול את כל ההיבטים ולא להיחפז בהחלטות. מחלקת הרפואה של הג'וינט ערכה דיון בין חברי ההנהלה, בהשתתפות ד"ר מרגולץ, ובו נדונה בהרחבה התכנית לטיפול מוסדי בקשישים במלב"ן (Lubin, 1960). המלצה מרכזית הייתה לסגור הדרגתית את מוסד "עין שמר". נלקח בחשבון שיעור הפינוי השנתי על ידי שחרור למסגרות אחרות יחד עם התמותה הטבעית של כ-500 איש לשנה ותוך הגבלת מספר הקבלות השנתי ל-200. המלצה זו דרשה אמנם שינוי בחוקים ובקריטריונים לקבלה, אך אפשרה את סגירת המוסד תוך ארבע שנים והעברת מספר מצומצם של תושבים למוסדות או לסוכנויות אחרות. הקיצוצים הצפויים בתקציב לקראת 1965 דרשו היערכות בהתאם וסגירת המוסד ב"עין שמר" על 1,400 המיטות שבו. זאת, יחד עם קיצוץ נלווה באדמיניסטרציה המרכזית, בהחלט תאמו את צורכי הארגון.

לקראת סוף השנה הגיע ארצה ד"ר גוניק, מנהל המחלקה הרפואית של הג'וינט בפריז-ג'נבה, ויחד עם ד"ר וסר, רופא גריאטר מקומי ועם הורביץ, מנהלו השני של מלב"ן, עיינו מחדש בהמשך התכניות לטיפול בקשישים. הם גיבשו מספר המלצות:

- הכפר לקשישים, שמנה 1,400 איש ואישה, ב"שער מנשה" ייסגר בהדרגה תוך שלוש עד ארבע שנים.
- נכונות להמשך המשך ומתן לגבי העברת בית האבות בבת ים לאגודת עולי בולגריה, תוך הצעת מימון של 50% מהעלות.
- התחלת משא ומתן עם עיריית עכו, או כל גוף ממלכתי אחר, בדבר העברת בית האבות בעיר לרשותם ולא - להיערך לסגירתו בתחילת שנת 1963.

על מנת להשיג יעדים אלה הוחלט ש:

- עד ה-1.7.1962 יתקבל קשיש לאחד מבתי האבות של מלב"ן רק אם הוא מקרה סיעודי מורכב או זקן מאוד, שטרם מלאה שנה לעלותו ארצה. אחרים שיבקשו להתקבל יופנו למחלקה שירותים חברתיים במלב"ן להערכה ולסיוע במסגרת קהילתית.
- על בסיס ניסיון ששת החודשים הללו לגבי מספר הפונים ופתרונות המחלקה לשירותים חברתיים תמוסד מדיניות זכאות מחודשת, בכל מקרה לא מעבר לחמש שנים מאז הגעת הקשיש ארצה.
- על בסיס הניסיון בשטח, 200 קבלות לשנה אמורות לענות על הצרכים.
- לכפר הזקנים ב"שער מנשה" לא יתקבלו קשישים חדשים וכל אגף שיתפנה, ייסגר.

תכנית זו הייתה אמורה להפחית את מספר המטופלים הקשישים במוסדות בכ-1,000 איש עד ה-1.1.1965 (דוח דיון בנושא: תכנית הטיפול בקשישים, 25.12.1961). אכן, מספר המיטות לקשישים ירד במהלך שנת 1962 למרות העלייה באחוז הקשישים באוכלוסייה היהודית. אך שיעור הפניות לא ירד, מה שהשתנה היה הטיפול המכוון והפניית חלק מהקשישים העצמאיים תפקודית למסגרות קהילתיות. לצורך זה רכש מלב"ן דירות קטנות בערים השונות, עודד קשישים בעלי מסוגלות לחיים עצמאיים לצאת לקהילה ועזר לאחרים בשכר הדירה. כמו כן, ניתנו מענקים למשפחות שהחזיקו את הקשיש בביתם.

באותה שנה הקציב מלב"ן כחצי מיליון לירות לבניית 200 יחידות דיור לפתרון בעיות הקשישים שעדיין שהו במעברות. במוסדות השונים ניתן גם טיפול יום לקשישים שהתגוררו בקהילה ומאות הסתייעו בעזרה ביתית שניתנה להם בהתאם לצרכיהם. הסברה והנחיית הגורמים הקהילתיים לשיטות הטיפול המיושמות על ידי אנשי מלב"ן עוררו גורמים שונים, כמו רשויות מקומיות, להתמודד עם הבעיות של הקשישים בשטח השיפוט שלהן. מדיניות מלב"ן נותרה ממוקדת קהילה: 965 פניות חדשות אושרו לטיפול, מתוכן רק 324 לטיפול מוסדי. מגמת צמצום המיטות נמשכה.

למרות הירידה בשיעור המיטות, מספר החולים הקשישים הקשים ביותר עלה בהתמדה, כמו גם הגיל הממוצע של התושבים. נתון זה מרמז על הצדקת הקבלות המוסדיות ופינוי המיטות של הקשישים העצמאיים בתפקודם היומיומי, להם ניתן היה למצוא פתרונות חלופיים בקהילה. במלב"ן נערכו לקראת השנים הבאות בהתאם למדיניות הרואה את הלקוח הזקן מטופל בקהילה. בשנת 1964 ירד אמנם סך הפניות הכללי לסידור מוסדי, אך חלה עלייה במספר הפניות לטיפול בקשישים, דבר שחייב החזרת תנאי הקבלה רק לעולים עד חמש שנים בארץ. הסיבות המרכזיות לגידול במספר הפניות נבע משינוי אורחות חיים של משפחות הקשישים, כגון יציאת נשים לעבודה והשארת הקשישים בבית ללא טיפול והשגחה, התאלמנות ו/או עלייה בתחלואה שדרשו טיפול ממושך. כל אלה העלו את מספר

הבקשות לטיפול מוסדי או קהילתי מחוץ למסגרת המשפחה. ב-1964 ניתן טיפול מוסדי ל-3,786 קשישים, ולעוד 3,771 בקהילה.

הקמת הקרן לשירותים קהילתיים לקשישי

למרות העלייה במספר הקשישים ביישוב וגם בקרב העולים, לא הייתה נכונות ממלכתית לטפל בבעיה. הצעת מלב"ן להקים קרן לשירותים קהילתיים לקשיש לא זכתה להד, ועל כן קברניטי הארגון ראו חובה להציב עניין זה בראש סולם העשייה לשנים הבאות (דוח סטטיסטי, שירותי מלב"ן, 1965). העלייה בדרישה למיטות לקשישים חולים וסיעודיים והצורך בחשיבה יצירתית לגבי העצמאיים יותר העמידה בפני מלב"ן אילוצים כלכליים וארגוניים, אך ברור היה כי לא יהיה זה השבר לפני עמדו בתחילת שנות ה-50. היערכות הארגון, הניסיון בשטח ומצבת כוח האדם שהלכה והתפתחה עם השנים היו מבוססים הרבה יותר. המחסור הצפוי במיטות לקשישים, על פי משרד הבריאות, עמד על 2,000 לערך. מלב"ן, שלא יכול היה לקלוט אוכלוסייה זו למוסדותיו, הרחיב כל העת את שירותיו החלופיים ועבר להתמקד בפיתוח שירותים קהילתיים. כ-1,100 זוגות קשישים נהנו מעזרה ביתית וכ-80 קשישים שהתגוררו בקרבת מוסדות מלב"ן קיבלו את ארוחותיהם שם, כמו גם טיפול רפואי ואף נהנו מהפעילויות התעסוקתיות והחברתיות במקום. המרכזים הרפואיים של מלב"ן, שכללו 220 מיטות אשפוז פעילות, העניקו שירות אבחוני וטיפולי למאות קשישים נזקקים וכן עזרה ברכישת אביזרים, כמו משקפיים, עזרי הליכה, טיפולי שיניים, ועוד. כך זכו רבבות זקנים, יודעי סבל ומכאוב, לחיים של כבוד לקראת סוף חייהם (דוח תקציב, 1967).

עם השנים, חלק מהתושבים הוותיקים החל להזדקק לשירותים מיוחדים. גם עולים שהיו תחילה עצמאיים הזדקנו והלכו ונזקקו עתה לשירותי עזר. על כן הוחלט להרחיב ולשפר את השירותים הקהילתיים ולהרחיב את השותפות והאחריות עם גורמים מקומיים. כבר במחצית שנות ה-60 (של המאה הקודמת) הוחל במגעים עם הרשויות המקומיות ומשרדי הסעד והאוצר להקמת קרן משותפת לפיתוח שירותים לקשישים בארץ. הרשויות היו נכונות לשתף פעולה, אך משרדי הממשלה נרתעו תחילה. במכתב של ד"ר מרגוליצ בעניין הוא משטח את תכניתו, אך גם מלין על יחס הממשלה וחוסר נכונותה להתחייב. לא היה זה הניסיון הראשון של מלב"ן לשתף פעולה עם מספר גורמים על מנת להוציא את עגלת הקשישים מהבוץ. עם זאת, יש להדגיש את ההצלחה בהעברת בית האבות הגדול ב"גבעת השלושה" לידי עיריית תל-אביב ואת ההתקדמות בבניית בית האבות בבאר שבע בשיתוף העירייה ומשרד הסעד. המשך ניסיונות מלב"ן למגעים עם נושאי תפקידים במשרד האוצר נשאו פרי ובינואר 1967 נדון בישיבת ההנהלה דבר נכונות שר האוצר לשלוח נציג מטעמו, את מר זנדברג, האחראי על התקציבים, להיפגש עמם לדיון מעמיק יותר בנושא. גם נציגי תנועת ההתיישבות, שהחלה להתמודד עם בעיות הקשישים שלה, הייתה נכונה לתת

כתף ולהשתלב בניסיון לגבש תכנית ארצית לפתרון בעיית הקשישים. ההערכה הכספית הראשונית של התכנית הועמדה על 20 מיליון ל"י, כאשר הג'וינט נכון היה להקציב כמחצית מהסכום (דוח ישיבת הנהלה בכירה, 25.1.1967).

במסיבת עיתונאים, שהתקיימה בבית סוקולוב בתל-אביב בינואר 1968, מסר המנהל הכללי של הג'וינט, מר הרלד טראוב, מנהלו האחרון של מלב"ן, כי תקציב מלב"ן לשנה זו יעמוד על 22 מיליון ל"י, בשלושה מיליון ל"י יותר מאשר בשנה שקדמה והתוספת תוקדש כולה לתכניות חדשות לאוכלוסיות נזקקות. הוא הדגיש, כי מלב"ן רואה בקרן לקשישים יעד מרכזי: "המחסור בשירותים אלה, במיוחד לקשישים חולים כרוניים, גובל בקטסטרופה...". הוא סיים באומרו, כי "עתה נוכל להושיט סיוע, בשיתוף גורמים ממשלתיים ולא רק לעולים חדשים אלא גם לכלל אוכלוסיית ישראל הנזקקת לשירותים אלה לא פחות...". (טראוב, 1968).

אירועים מדיניים, כלכליים וחברתיים תרמו אף הם לגיבוש מדיניות חדשה כלפי הקשיש כמטופל שווה זכויות במדינה המתבגרת והולכת. מלחמת ששת הימים, יחד עם היציאה מהמיתון שבו הייתה המדינה נתונה שנים קודם לכן והשינוי בהרכב הדמוגרפי של העולים, תרמו לשינוי במגמות של מלב"ן בפרייקטים שונים, חדשניים. קשישים רבים יותר זכו לסיוע ולתמיכה חלקיים, שאפשרו להם לקיים אורח חיים עצמאי בקהילה. במקביל, מספר המטופלים, שקיבלו טיפול כוללני במוסדות, ירד בהדרגה. ירידה זו נבעה הן מצמצום מספר המוסדות, לאחר שרבים כבר נמסרו לידיים ממלכתיות ואחרים נסגרו, והן בגין ירידה במספר הפונים. גם העלייה בגילאים הקשישים ומורכבות התחלואה במוסדות תרמה לתמותה גבוהה יותר (ממוצע גיל הנשים שהו 71.4% מכלל האוכלוסייה עמד על 79.0 ושל הגברים 80.2). בעקבות כך חלה גם ירידה בתפוסת המיטות.

יש לזכור גם את התרחבות שירותי הרפואה לציבור הכללי וביסוסם, עם תום שני עשורים לקום המדינה, דבר שאפשר למלב"ן לצאת בהדרגה מהטיפול הפעיל בחולים ולהפנות את משאביו למגוון פעילויות למען קבוצות אוכלוסייה חריגות, תמיכה בפתיחת מסגרות לימוד מתקדמות להעשרת השדות הטיפוליים וסיוע לארגונים ולונטריים אחרים לממש את תכניותיהם. בניסיונות להרחיב את הטיפול ואת השירות בקהילה יצר מלב"ן קשר עם ארגונים קיימים, עיריות ומשרדי ממשלה שונים. מתן השירות בקהילה המשיך לקבל תנופה והפעילויות היו מגוונות עד מאוד החל מעזרה ביתית, סיוע בשכר דירה, באביזרים רפואיים וכן כלי בית לפי הצורך, טיפולי יום וארוחות חמות לקשישים בודדים. לצד זה נסגרו מספר מוסדות: מוסד "נווה חיים" נסגר ונמסר על ציודו למשרד הסעד. התושבים המעטים שנותרו בו הועברו ל"נווה אבות". בנוסף לכך, המשיך בית החולים פרדס כץ לתפקד ולתת שירות לחולים עם 100 מיטות פעילות (סיכום פעילות מלב"ן, 1968). בתחילת 1969 הוענק טיפול מוסדי במלב"ן ל-2,764 קשישים, מתוכם כמה עשרות שעוד נותרו ב"גבעת השלושה", מוסד שהועבר לעיריית תל-אביב, ועד תום השנה הועברו למוסדות מלב"ן.

במהלך שנה זו נותרו במוסדות 2,506 קשישים. הוחל גם בקבלת קשישים שלא עמדו בקריטריונים הקבועים שהוכתבו במוסד. כ-150 קשישים התקבלו בהסדרים שונים עם משרד הבריאות, משרד הסעד ומועצות מקומיות. היו אלה סנוניות ראשונות של שיתופים, שהולידו את החוזה להקמת האגודה לתכנון ולפיתוח שירותים למען הזקן בישראל ביולי 1969 (הסכם להקמת האגודה תכנון ולפיתוח שירותים למען הזקן בישראל, 1969). ביום חתימת החוזה נשלח מכתב חתום על ידי שרי האוצר, הבריאות והסעד על נכונותם לתמוך ולסייע בפרויקט חשוב זה. הצטרפותו של רלף גולדמן (היו"ר הראשון של אשל) לשורות מלב"ן, בעקבות הזמנת הג'וינט לשמש כסגנו של הרולד טראוב, באה על רקע שינוי במהות הקשרים של הג'וינט עם מדינת ישראל. ממפעלי הצלה, הנותנים שירות ישיר לנצרך, עבר הדגש בפעילות הג'וינט להיערכות של תכנון וסיוע לגורמים מקומיים. לגומחה זו נכנס גולדמן וכפי שהוא סיפר בראיון עמו (2004) הוא ראה באגודה לטיפול בזקן יעד בעבודתו. הוא גם העניק את השם **אשל** לאגודה, כראשי תיבות של שמה (אגודה לתכנון ולפיתוח שירותים למען הזקן בישראל), אך גם בשל היות עצי האשל מאריכי ימים (ראיון עם רלף גולדמן, 2004).

אשל הציב לעצמו שלוש מטרות מרכזיות ולאורן החל את פעילותו:

1. פיתוח שירותים קהילתיים לקשישים המתגוררים בבתייהם.
 2. הקמה וציוד מוסדות מקומיים לאלה מבין הקשישים שאינם מסוגלים עוד להמשיך ולהתגורר בבתייהם וסיוע בהקמת מחלקות גריאטריות בבתי חולים קיימים.
 3. הכשרת כוח אדם מקצועי, הדרוש על מנת להוציא אל הפועל תכניות אלה.
- בכל אלה היה למלב"ן-ג'וינט תפקיד מרכזי במימון וביישום המטרות שהציבה לעצמה האגודה (דוח ישיבת תת הוועדה לפיתוח כוח אדם של האגודה הארצית לתכנון ולפיתוח, 25.6.1972).

יש לציין, כי באותה עת זקנים שהוגדרו סיעודיים ונזקקו לעזרה יכלו לקבל טיפול בית מטעם משרד הבריאות, אך הדבר היה מותנה במבחן הכנסות ובמצבם הכלכלי של הזקן ובני משפחתו וגם התקציב לכך היה מוגבל מאוד. זקנים שנזקקו לסיוע בניהול משק הבית היו רשאים לפנות לשירותי הרווחה העירוניים בבקשה לקבל עזרה ביתית, אך גם כאן הדבר היה מותנה במבחני הכנסות והתקציב לנושא היה דל, כך שגם מספר שעות הסיוע שאושרו היה מצומצם ולא היה בו לתת מענה לצרכים. משהלך וגדל מספר הזקנים, והסיעודיים שביניהם, הוקמה על ידי הכנסת ועדת מן אשר בחנה את הנושא של חקיקת חוק ביטוח סיעוד, שבמסגרתו יינתנו שירותים לטיפול בית בזקנים המוגבלים בתפקודם. זאת, על מנת למנוע או לעכב את הצורך במיסוד. כדאי להסתכל בדברי הכנסת מאותן שנים לגבי תהליך חקיקת חוק ביטוח סיעוד. אכן, בשנת 1986 עבר בכנסת החוק המקנה גמלאות סיעוד לזקנים המוגבלים בתפקודם על מנת לאפשר להם הזדקנות במקום.

סיכום

במהלך ההיסטוריה, עבר הטיפול בקשישים תהפוכות ערכיות, חברתיות וכלכליות רבות. מעמדו של הקשיש בכלל והקשיש החולה בפרט השתנה לאורך השנים, בעיקר על רקע שינויים ניכרים במבנה המשפחה ומקומו של הזקן בה. גורם מרכזי נוסף, שהשפיע במאה האחרונה על ההתמודדות של המערכות השונות עם הקשיש, היה והנו העלייה בתוחלת החיים, המחייבת טיפול ארוך-טווח באדם המזדקן.

מדינת ישראל כארץ הגירה התמודדה עם בעיית הטיפול בקשישים מיום הקמתה. על אף שחלק ניכר מהקשישים שהגיעו בשנותיה הראשונות של המדינה לא זכה בטיפול המיטבי בגלל אילוצי תקציב, לחץ פונים והיעדר במשאבי תמיכה נאותים, נעשו כל העת ניסיונות לשפר ולהיטיב את הטיפול בזקן. נראה שהשקעת מחשבה, עבודה מאומצת והרצון לדאוג לרווחתו ולכבודו של הזקן תרמו לא מעט למעמדו של הזקן כיום, למרות שמלאכה רבה עוד לפנינו.

מקורות

- אבלוף, א. **דוח ביקור במוסדות מלב"ן (1.9.1951)**. תיקי מלב"ן, ארכיון הג'וינט, ניו-יורק.
- אוונג, ק. (1959-11-1.1960). **תקציר מתוך: "הערכה כללית של שירותי הבריאות בישראל**. תיקי מלב"ן, אה"ג.
- אייזקס, ב. (1983). הטיפול הקהילתי בקשישים בבריטניה. **ביטחון סוציאלי** (25): 34-37.
- אלינר, ד. **מכתב ליוספטל, ג**. (4.10.1956). תל-אביב. תיקי מלב"ן, אה"ג.
- בן-צבי, ב. (1993). חוק הסיעוד - הישגים והשלכות בלתי צפויות ביישומו. **ביטחון סוציאלי** (39): 110-121.
- בן-צבי, ב. (1989). תרומת חוק הביטוח הלאומי, ביטוח סיעוד לרווחתם של זקנים סיעודיים. **ביטחון סוציאלי** (34): 49-60.
- בר-ניב, צ. (1954). **חוק הביטוח הלאומי**. תל אביב: המשפט, הוצאת יבנה.
- ברין, ג. (21.5.1952). **תכנית מלב"ן לקשישים וחולים סיעודיים**. פריז. תיקי ג'נבה, אה"ג.
- גולנדר, ח. ובריק, י. (2005). **שליחות של חסד ואחוות אחים: סיפורו של מלב"ן-ג'וינט ישראל**. ירושלים: אשל-ג'וינט ישראל.
- גרושקה, ט. (1952). **שירותי הבריאות בישראל**. ירושלים: משרד הבריאות.
- דוח ביקור נציגי המגבית UJA (20.9.1951)**. תיקי מלב"ן, ארכיון הג'וינט, ניו-יורק.

- דוח דיון בנושא: "תכנית טיפול בקשישים" (25.12.1961). תל-אביב. תיקי מלב"ן, אה"ג.
- דוח ישיבת הוועדה לטיפול בקשישים במלב"ן (30.4.1958). MA1/6/1, תיקי מלב"ן, אה"ג.
- דוח ישיבת הנהלת הג'וינט באירופה (3.5.1949). פריז. תיקי מלב"ן 58040/51. ארכיון הג'וינט, ירושלים (להלן אה"ג).
- דוח ישיבת ההנהלה המקומית מס. 3 (28.12.1949). תל-אביב, תיקי מלב"ן, 160/1/212522. אה"ג.
- דוח ישיבת ההנהלה המקומית מס. 5.0 (1.2.1950). תל-אביב, תיקי מלב"ן, 160/1/212524. אה"ג.
- דוח ישיבת ההנהלה המקומית מס. 7 (21.3.1950). תל-אביב, תיקי מלב"ן, 160/1/212526. אה"ג.
- דוח ישיבת הנהלה בכירה (25.1.1967). תל-אביב. 76/328/4. תיקי מלב"ן, אה"ג.
- דוח ישיבת הוועדה המייעצת למלב"ן (10.6.1954). תל-אביב, 58040C. תיקי מלב"ן, אה"ג.
- דוח ישיבה משותפת, ממשלה-סוכנות-ג'וינט ומלב"ן (9.3.1950). פריז, תיקי מלב"ן, 1/11/0, M, אה"ג.
- דוח ישיבה בין נציגי מלב"ן והסוכנות היהודית (27.1.1954). תל-אביב, תיקי מלב"ן, 58040C. אה"ג.
- דוח ישיבת תת הוועדה לפיתוח כוח אדם של האגודה הארצית לתכנון ולפיתוח שירותים למען הזקן בישראל (25.6.1972). תל-אביב. 76/328/8. תיקי מלב"ן, אה"ג.**
- דוח סטטיסטי. שירותי מלב"ן (5.1965). תל-אביב. תיקי מלב"ן, אה"ג.**
- דוח תקציב 1967. ג'וינט-מלב"ן. תיקי מלב"ן, אה"ג.**
- דורון, א. (1991). המפנה במדיניות הביטחון הסוציאלי בישראל, השפעת השינוי האידיאולוגי. **ביטחון סוציאלי (36): 15-26.**
- דורון, א. (1979). **שירותים מוסדיים לקשישים בשמונה ארצות. סקירה משווה.** ירושלים: מכון ברוקדייל.
- הורוביץ, ל. **מכתב לירדן, צ.** (20.5.1958). MI.1.2.1. תל-אביב. תיקי מלב"ן, אה"ג.
- הורוביץ, ל. **דוח פעילות מלב"ן (15.8.1958).** 58041H. תל-אביב. תיקי מלב"ן, אה"ג.
- הלוי, ח.ש. (1974). טיפולי יום בישראל. **ביטחון סוציאלי (7-6): 86-107.**
- הסכם (16.6.1969) להקמת האגודה לתכנון ולפיתוח שירותים למען הזקן בישראל.** ירושלים.

- הרמתי, י. "To the end of their days" (14.7.1950), ג'רוסלם פוסט.
- וסר, מ. (29-28.8.1956). **כנס בינלאומי על בעיות הזקן. ניסיונו של מלב"ן בטיפול בזקנים בישראל.** תיקי מלב"ן, אה"ג.
- טראוב, ה. **במסיבת עיתונאים** (26.3.1968). תל-אביב. 76/328/4. תיקי מלב"ן, אה"ג.
- ירדן, צ. (6.11.1958). **תקציר מתוך תכנית הטיפול בקשישים בישראל.** תיקי מלב"ן, אה"ג.
- לוטן, ג. **מכתב לפסמן, צ.** (29.4.1956) תל-אביב. תיקי מלב"ן, אה"ג.
- לויט, מ. **מכתב לבקלמן, מ.** (15.4.1954). ניו-יורק, 1041A. תיקי ג'נבה, אה"ג.
- מורגנשטרן, ב. (1987). היענות מערכות הסיוע הפורמלי לשינויים חברתיים ולדפוס הטיפול הממושך בקשישים. **ביטחון סוציאלי** (30): 78-97.
- מורגנשטרן, ב., שמאי, נ. וכהן, ש. (1983). מגמות בתכנון הפעלת חוק ביטוח סיעוד. **ביטחון סוציאלי** (24): 77-99.
- סיכום פעילות מלב"ן 1968.** תיקי מלב"ן, אה"ג.
- על המשמר** (26.8.1956). כנס על בעיות הזיקנה ייערך בנתניה.
- פליסקין, ב. (1954). **דוח פעילות מלב"ן.** פריז, צרפת.
- פסמן, צ. **מכתב לבוכמן, ה.** (29.6.1956). הנהלת הג'וינט בניו-יורק, תל אביב, 58040. תיקי מלב"ן, אה"ג.
- פסמן, צ. **מכתב ללוטן, ג.** (3.5.1956). ירושלים, תיקי מלב"ן, אה"ג.
- פסמן, צ. **מכתב לבקלמן, מ.** (31.3.1954) תל-אביב, 58040C. תיקי ג'נבה, אה"ג.
- פסמן, צ. **מכתב לבקלמן, מ.** (11.12.1951). תיקי מלב"ן, 58/040/4, אה"ג.
- פסמן, צ. (20.7.1950). תל-אביב, תיקי מלב"ן, 58/04/1, אה"ג.
- קלנר, י. (1976). עלייה, אידיאולוגיה ומדיניות סוציאלית מפרספקטיבה היסטורית. **ביטחון סוציאלי** (11): 117-146.
- קלנר, י. (1977). ראשיתה של מדיניות סוציאלית בחברת היישוב היהודית בארץ ישראל. **ביטחון סוציאלי** (14-15): 176-217.
- קנייבסקי, י. (1944). **בעיית האוכלוסייה והביטחון הסוציאלי.** ספרייה דמוגרפית של כנסת ישראל בארץ ישראל. תל-אביב.
- ראיון עם ראלף גולדמן (2004). ירושלים.

- רובין, א. (1983). מבוא לבעיות הזיקנה, **אסיא**, ט (ד): 9-11.
- שחר, ש. (1995). **החורף העוטף אותנו - זיקנה בימי הביניים**. תל-אביב: דביר.
- שטיינברג, א. (1991). **אנציקלופדיה הלכתית רפואית**, כרך שני, הערך "זקן", עמ' 332-362.
- Clemen-Stone, S., Eigsti, D. & McGuire, S. (1995). *Comprehensive community health nursing family, aggregate and community practice*. Saint Luis: Mosby.
- JAMA. (1990). *Home care in the 1990's*. Council report. (263)9: 1241-1244.
- Keenan, J.M. & Fanale, J.E. (1989). Home care: Past and present, problems and potentials. *Journal of American Geriatric Society*, 37(11): 1076-1083.
- Levenson, D. (1984). *Montefiore, The Hospital as a social instrument*. Farr, Straus & Giroux, New York: pp 146-187.
- Lubin, S. (1960). New nation and its elderly. *Geriatrics (15)*: 518-512.
- Mundinger, M. (1983). *Home care controversy: Too little, too late too costly*. Rockville MD: Aspen.
- Peace, S. (2003). The development of residential and nursing home care in the United Kingdom. In: J. Katz & S. Peace (Eds.). *End of life care homes* (pp. 15-42). Oxford: Oxford University Press.
- Rice, R. (2006). *Home care nursing practice: Concepts and application*. Saint Louis: Mosby.
- Steel, K. (1991). Home care for the elderly, the new institution. *Arch. Inter. Med.* 15(3): 439-442.
- The Lancet. Ephraim Michael Bluestone. (1979). No authors, *The Lancet*, 25:2 (8139) 428.
- Townsend, P.(1962). *The last refuge: A survey of residential institutions and homes for the aged in England and Wales*. London: Routledge & K. Paul.

פרק ב': הזדקנות בקהילה

יצחק בריק

מבוא

בשנים האחרונות חלה עלייה משמעותית בתוחלת החיים כתוצאה מהתקדמות הרפואה, שיפור איכות הסביבה ושינוי אורח החיים של הזקנים. במקביל, גדלה המעמסה הן על שירותי הבריאות והרווחה, הממוסדים והמאורגנים, והן על מטפלים בני משפחה, קרובים וחברים, שאינם שייכים למסד המספק שירותים אלה. צפוי שתוחלת החיים תמשיך לעלות, מספר הזקנים יגדל ובד בבד יתרבו הצרכים והמעמסה על מערכות הבריאות והרווחה ועל המשפחות.

לגידול הדרמטי במספר הזקנים יש משמעות רבה מבחינת המדיניות הלאומית בכל מדינה וההשלכות שיש לכך לגבי הקצאת המשאבים והתקציבים הלאומיים. כמו גם, להארכת תוחלת החיים יש השפעה על בני המשפחה, הקרובים והידידים המסייעים לזקנים בעת זיקנתם. ככל שהאוכלוסייה מזדקנת יותר וככל שגדל מספר הזקנים, כך גובר הצורך בסיוע לאוכלוסייה זו. הסיוע כולל את ההיבטים הכלכליים, הרפואיים והחברתיים והוא ניתן לזקנים על ידי המערכות הפורמלית והבלתי פורמלית כאחד.

על המערכת הפורמלית מוטלת חובה להבטיח את רווחתם של הזקנים מבחינת תפקודם היומיומי, הטיפול הרפואי שהם זקוקים לו, ההכנסה הדרושה לקיומם ומעמדם בחברה. ככל שגדל חלקם של בני משפחה, קרובים וחברים בטיפול בזקנים ובסיוע להם גדל הנטל הלאומי וההוצאה הלאומית. אלה צפויים לגדול בשנים הבאות ולהדאיג את קובעי המדיניות.

תמונת מצב זו מחייבת להגדיל את התקציב לקצבאות הזיקנה ולהרחיב את מערכת השירותים הרפואיים, הסיעודיים ושירותים תומכים אחרים. קובעי המדיניות מחפשים, אפוא, דרכים שיאפשרו את מתן הסיוע הנדרש לזקנים בהוצאה נמוכה ככל האפשר.

על רקע זה עלתה והתפתחה המגמה של "הזדקנות בקהילה". מבחינת קובעי המדיניות יש בכך דרך להבטחת הסיוע הנדרש לזקנים בעלויות נמוכות בהרבה מאשר אילו היה צורך באשפוזם במסגרות מוסדיות. בצד השיקולים הכלכליים עומדים גם השיקולים הנוגעים לטובת הזקן. המדיניות של "הזדקנות בקהילה" ניזונה, אם כן, במידה רבה מהשאיפה לאפשר לזקן לחיות בתנאי חיים טובים יותר, התואמים את רצונו ומאפשרים לו איכות חיים טובה, כפי שיפורט להלן.

הגדרה

"הזדקנות בקהילה" (ageing in place) משמעה, שאנשים ממשיכים לגור באותו בית שבו גרו גם כשהם מזדקנים, וזאת כל זמן שהם מסוגלים להמשיך ולחיות בביתם, בקהילתם ובסביבתם הטבעית וכל עוד הם מעוניינים בכך. ההנחה הנלווית לכך היא, שהמשך המגורים בקהילה מונע או דוחה העברה למסגרת מוסדית.

רוב הזקנים מעדיפים להמשיך ולגור בביתם ובסביבה המוכרת להם. אנשים נרתעים ממסגרת מוסדית בעיקר בגלל הפחד שלהם לאבד את עצמאותם (Clarity, 2007). לעומת זאת, ההישארות בקהילה, בבית מגוריהם המוכר, מבטיחה לזקנים עצמאות, חופש בחירה ושליטה עצמית בחיי היומיום. מניעים פסיכולוגיים שונים משפיעים על רצונם של אנשים להמשיך ולחיות בביתם עם הזדקנותם:

- עצמאות: הרצון להמשיך ולהיות עצמאי ובלתי תלוי בגורמים אחרים; להמשיך ולהיות מסוגל לשלוט בדברים הפיזיים הסובבים את האדם בסביבתו הקרובה.
- היכרות: אנשים רוצים להמשיך ולהימצא בסביבה המוכרת להם, שבה יש להם יכולת התמצאות פשוטה וברורה, שבה הם מכירים את השכנים, החנויות, הגינה השכונתית וכדומה.
- אחזקת הבית: העיסוק השוטף באחזקת הבית, סידור החפצים, הניקיון, הבישול, לכל אלו משמעות פיזית וקוגניטיבית כאחד.
- אירוח: הרצון להמשיך מסורת של אירוח חברים, בני משפחה וקרובים.
- משמעות היסטורית: הבית הוא מקום בעל משמעות, עם זיכרונות מהעבר על אירועים, חגיגות, מסיבות ומפגשים.
- סטטוס: הבית הוא מקום המספק לבעליו סמל לסטטוס.
- תמיכה: הבית משמש תמריץ לבני המשפחה ולקרובים להמשיך ולבקר את הזקן, לתמוך בו ולשמור על קשר עמו (Fogel, 1993).

במחקר ידוע שנעשה על ידי AARP בארצות הברית השיבו 92% מבני 65+ שהם מעדיפים להמשיך ולגור בביתם (AARP, 2000).

שתי מטרות נמצאות ביסודה של הגישה התומכת והמעודדת הזדקנות בקהילה. האחת, מנקודת המבט של הזקן ומשפחתו, מתייחסת לאיכות החיים של הזקן, כאשר ההערכה היא, שהמשך החיים בבית לעת זיקנה משפר את איכות החיים; השנייה, מנקודת המבט של קובעי המדיניות, הזדקנות בקהילה דורשת הוצאות כספיות נמוכות יותר מאשר סידור במסגרות מוסדיות.

האתגר

עם העלייה בגיל מתרבות הבעיות התפקודיות והבריאותיות, למשל: ירידה בשמיעה ובריאות, קשיים בניידות, ירידה בזיכרון. במקביל, חלה ירידה כללית במצב הבריאות, המתבטאת בעלייה בלחץ הדם, גידול בשומנים שבדם, מחלת סוכרת וכן מחלות כרוניות הקשורות עם זיקנה, כגון מחלות לב, פרקינסון, דמנציה. כל אלה משפיעים על יכולתם של הזקנים לשמור על עצמאותם ועל חוסר תלותם.

השאלה היא, מהי ההתייחסות לתופעות אלו במסגרת הגישה של הזדקנות בקהילה. המסגרת המוסדית מציעה מערכת מקיפה של שירותים, המספקים מענה לצרכי התפקוד, הבריאות, הסיעוד והרווחה. האם הרעיון של הזדקנות בקהילה כשלעצמו מספק מענה ראוי?

האתגר האמיתי הוא, אפוא, בקיומם של **שירותים תומכים בקהילה**, המסוגלים לתת מענה לצרכים מיוחדים שעשויים להתפתח עם תהליך ההזדקנות. יש להניח, שהמשך המגורים בבית, המלווה בירידה בריאותית ותפקודית, ללא מערכת הולמת של שירותים תומכים בבית ובקהילה, אינו תורם לזקן ולמשפחתו. יתרה מכך, עלולות להיות לכך תוצאות שליליות וסיכון להידרדרות. אין די בכך שיהיו קיימים שירותים תומכים בבית ובקהילה; שירותים אלה חייבים להיות מאופיינים בכמה היבטים:

1. **היקף:** מערכת השירותים בבית ובקהילה צריכה להיות מקיפה ורחבה באופן המאפשר מתן מענה לצרכים שונים. יש זקנים הזקוקים להתאמת הדירה מבחינה פיזית, כדי לאפשר להם לנוע בדירה באמצעות כיסא גלגלים, או כדי לאפשר להם להתרחץ במקלחת אם הם אינם יכולים להיכנס לאמבטיה; יש זקנים המתקשים בניידות וביציאה מהבית וזקוקים לסיוע בעריכת קניות או בהבאת תרופות מבית המרקחת; יש הזקוקים לטיפול אישי ולעזרה בניקיון הבית. אלו רק מספר דוגמאות המצביעות על מגוון רחב של צרכים, שזקנים הממשיכים לגור בביתם זקוקים להם. לכן, מערכת השירותים התומכים חייבת להיות ערוכה לספק להם מענים.
2. **איכות:** מערכת השירותים צריכה להיות מבוססת על בסיס מקצועי ועל סטנדרטים מקצועיים גבוהים. אין די בעצם קיומם של השירותים, עליהם להיות ראויים ויעילים.
3. **נגישות:** הכוונה לנגישות בהיבטים שונים: כלכלית - לאפשר לזקן ולמשפחתו לרכוש את השירותים על אף עלותם הכספית; פיזית - לאפשר לזקן, הסובל מקשיי ניידות, להגיע למרכז יום או לכל שירות אחר בקהילה, שהוא נזקק לו. ללא הסדרי תחבורה מתאימים, הזקן לא יוכל ליהנות מהשירותים המוצעים; נגישות למידע - קיומה של מערכת מידע יעילה ומעודכנת, המציגה את השירותים, מבהירה את תנאי הזכאות להם ואת דרכי השימוש בהם, מובנת וברורה לזקן ולמטפלים בו.

לסיכום, האתגר העומד בפני קובעי המדיניות והאחראים לפיתוח שירותים הוא להבטיח לזקנים הזקוקים לכך מערכת שירותים קהילתיים רחבה ומגוונת, ברמה מקצועית טובה ויעילה, מוכרת, מובנת ונגישה לכל מי שזקוק לה.

השירותים לבית ולקהילה במדינות נבחרות

כמעט בכל המדינות המפותחות בעולם קיימת הסכמה מלאה על הצורך לאפשר לזקן להמשיך ולחיות בביתו. כמו כן, ישנה הסכמה רחבה לגבי הצורך בפיתוח שירותים תומכים ומתאימים בקהילה. להלן תיאור קצר של דוגמאות ממדינות אחדות, שפיתחו תכניות מיוחדות להתמודדות עם האתגר של הזדקנות בקהילה.

ארצות הברית

בשנת 1965 חוקקה ממשלת ארצות הברית את החוק המרכזי בתחום הזיקנה, הנקרא Older American Act - Administration on Aging) "מינהל הזיקנה" (AOA - Administration on Aging). עם השנים, התחזקה המגמה של הזדקנות בקהילה, כפי שבא לידי ביטוי מעשי עם השינויים שחלו בחוק בשנים 2000 ו-2006. החל משנת 2002 הופעלה תכנית לאומית מקיפה, המיועדת באופן ממוקד להשגת המטרה של הזדקנות בקהילה (NORC - Naturally Occurring Retirement Community). המונח NORC הוטבע על ידי פרופסור Michael Hunt מאוניברסיטת וויסקונסין-מדיסון, אשר היה החוקר הראשון שפרסם את התכנית (Hunt, 1985, 1990, 2001). תכנית סיוע זו, של שירותי רווחה ובריאות, מיועדת לזקנים הגרים בקרבה גיאוגרפית או בבניין מגורים גדול אחד או בשכונה אחת. המטרה המוצהרת של התכנית היא לעודד זקנים עצמאיים להמשיך ולגור בבתיהם.

סל השירותים בכל תכנית כלל:

1. שירותים סוציאליים;
2. שירותי בריאות וקידום בריאות;
3. פעילות חברתית;
4. פעילות התנדבותית.

המגמה של התכנית היא, בין היתר, לחזק גם את הקשרים בין הדיירים וליצור מסגרת קהילתית פעילה. התכנית מתבצעת במקום, בשכונה או בבניין המגורים, שבהם לפחות מחצית הדיירים הם בני 60 ומעלה ובהיקף של לפחות 2,500 איש. בכל קהילה מתגבשת תכנית מקומית, המפותחת במשותף עם הדיירים, חברות הדיור והשירותים (Black, 2008).

התכנית פותחה לראשונה בניו-יורק, בשנת 1980, על ידי הפדרציה היהודית. המודל הלאומי, שפותח מאוחר יותר במקומות אחרים בארצות הברית, מבוסס על הניסיון של הפדרציה היהודית בניו-יורק. המימון לתכנית הגיע ממקורות הממשל הפדרלי והתכנית בוצעה כמעט במלואה במסגרת הפדרציות היהודיות. בשנים 2002 עד 2008 בוצעה התכנית ב-45 קהילות ב-22 מדינות ברחבי ארצות הברית, בהיקף כספי של כ-22 מיליון דולר.

הממשל ממשיך בעידוד תכניות קהילתיות ולאחרונה, בשנת 2009, פרסם קול קורא (AOA, 2009) למימון תכניות חדשניות, המכוונות למטרה של הזדקנות בקהילה (- CIAIP Community Innovations for Aging in Place). 14 ארגונים זכו במענקים במסגרת תכנית זו (AOA, 2010).

התכנית PACE (Program of All-Inclusive Care for the Elderly) פותחה לראשונה במרכז קהילתי בסן פרנציסקו לפני כ-40 שנה. מאז התפשטה התכנית על פני ארצות הברית ובשנת 2010 היו כבר 75 תכניות ב-29 מדינות שונות.

התכנית מבוססת על התפיסה, שרצוי ושעדיף לזקן המוגבל ולמשפחתו שימשיך לחיות בביתו, ככל שהדבר אפשרי. התכנית מיועדת לאנשים מוגבלים בני 55+, אשר הוגדרו כמתאימים ונמצאו זכאים לסידור מוסדי ואשר בעת קבלתם לתכנית היו מסוגלים להמשיך ולחיות בביתם. על אף שכל החברים בתכנית זכאים לטיפול מוסדי רק 7% מהם נמצאים בפועל במסגרת מוסדית.

התכנית מספקת מגוון רחב של שירותי בריאות ורווחה. הסיוע ניתן על ידי צוות בין-מקצועי אשר מחליט על העזרה הדרושה לכל נזקק ומתאים לו באופן אישי את מגוון השירותים שהוא נזקק להם. המימון של התכנית הוא ממקורות ממשלתיים (Medicare & Medicaid) והוא בנוי על תקציב קבוע לכל נזקק.

קנדה

תכנית מקבילה לתכנית PACE האמריקנית התפתחה בסוף שנות ה-90 בקנדה. את התכנית בשם SIPA (System of integrated services for older persons) יזמו אוניברסיטת מונטריאול ביחד עם אוניברסיטת מק-גיל. מטרת התכנית - לטפל בזקנים בני 65+, ברמת מוגבלות גבוהה, המתגוררים בקהילה. SIPA הייתה אחראית להספקת כל שירותי הבריאות והרווחה בצד השירותים המוסדיים. השירות מבוסס על צוות בין-מקצועי, הכולל מנהל טיפול (case manager), הדואג להתאים את מגוון השירותים על פי הצרכים האישיים של כל זקן וזקנה. רופא מרכז את כל הטיפול הרפואי וכן מועסקים בתכנית עובדים סוציאליים, מטפלות בית ומרפאים בעיסוק. התכנית בוצעה כניסוי בשני אזורים בקויבק במשך 12 חודשים ותוצאותיה היו חיוביות מההיבט של הזדקנות בקהילה. מספר הזקנים

במוסדות ובבתי החולים ירד באופן משמעותי. כמו כן, נמצא, שהייתה עלייה בשביעות הרצון של המטופלים מבלי שגדל העומס עליהם. לעומת זאת, לא נמצא חיסכון כספי במודל הזה (Beland, Bergman, Lebel et al., 2006). למרות התוצאות החיוביות, קובעי המדיניות לא הגיעו להסכמה לגבי יישומה המקיף, אם כי אלמנטים ממנה שולבו במסגרת מערכת השירותים הקיימת בקויבק (Konder, 2006).

מודל נוסף שפותח בקנדה בראשית שנות ה-2000, בדומה לתכנית SIPA, הוא PRISMA. תכנית זאת התייחסה לבני 65+ מוגבלים החיים בקהילה, כאשר מטרתה הייתה, בין השאר, צמצום שיעורי המיסוד של בני 65+ והרחבת השירותים בבית ובקהילה. מחקר הערכה על התכנית הצביע על ירידה בשיעורי המיסוד ובמקביל לכך על ירידת המעמסה על המטופלים (Herbert, Durand, Dubac et al., 2005).

יפן

ביפן 128 מיליון תושבים, מהם 28 מיליון בני 65+ (22.1%) ומתוכם 13 מיליון בגיל 75 ומעלה. בשנת 2035 צפוי שיעור הזקנים ביפן להגיע ל-34% ובשנת 2055 ל-41% מכלל האוכלוסייה. תוחלת החיים ביפן היא מהגבוהות בעולם ועומדת על 79.2 שנים לגברים ו-86.0 לנשים. ממשלת יפן הגיבה להתפתחות הדמוגרפית הזאת בהפעלת מדיניות לאומית, שמטרתה לאפשר לזקנים לחיות באושר ובכבוד בעזרת סיוע ממשלתי. באפריל 2000 החלה לפעול ביפן תכנית לאומית, שמטרתה לסייע לזקנים ולבני משפחותיהם להמשיך ולחיות בביתם ובקהילה במרב עצמאות - "Long Term Care Insurance". התכנית מיועדת אמנם גם לאוכלוסייה מוגבלת צעירה יותר, אך מכוונת בעיקרה לאוכלוסיית הזקנים, בני 65 ומעלה. המיוחד בתכנית זו, שהיקף הסיוע ניתן בהדרגה על בסיס הצרכים של הזקן. סולם הצרכים מתחיל מרמה נמוכה מאוד של סיוע, הניתן לזקנים בסיכון, ועד לרמה גבוהה של סיוע, הניתן לזקנים מוגבלים הדורשים טיפול סיעודי. המטרה הכללית היא לאפשר לזקנים יכולת לקיים חיים עצמאיים עם מינימום תלות בעזרת הסיוע הממלכתי.

התכנית נחלקת לשני חלקים: החלק הראשון המוגדר כ"סיוע" (support), מיועד לאנשים שאינם זקוקים לטיפול ממושך, אך זקוקים לסיוע כלשהו בחיי היומיום שלהם, למשל בהלבשה. הסיוע מבוסס על תכניות מניעה וקידום בריאות. החלק השני מיועד לאנשים הזקוקים לסיוע ממושך כתוצאה מריתוק למיטה, דמנציה וכדומה. אנשים אלה זכאים למגוון רחב של שירותים, הכוללים טיפול בית, ביקור אחות וטיפול רפואי קצר-מועד. הסיוע לקבוצה זו בנוי על חמש דרגות בהתאם לרמת הצרכים. השירות מתבצע באמצעות הרשויות המקומיות והוא מחייב תהליך של אבחון, אישור וקביעת תכנית טיפול. לצורך זה קיימת יחידה מיוחדת ברשות המקומית ועובדים מיוחדים המיומנים בביצוע אבחון והערכה

ובהכנת תכניות טיפול בהתאם למצבו המיוחד של כל זקן ולצרכיו. התכנית מחייבת השתתפות עצמית של הזקנים במימונה בשיעור של 15%.

בדומה לישראל, היקף הנהנים מהשירותים גדל באופן מהיר. מאז תחילת ביצועה, בשנת 2000 ועד סוף שנת 2008 ועד בכלל, גדל מספר הנהנים מהתכנית פי שלושה. הממשלה מבצעת מעקב צמוד אחר הביצוע ורואה בדאגה את הגידול בהוצאות. על רקע זה גם בוצעו מספר שינויים בתכנית, כאשר שירותים מסוימים הוצאו ממנה ואחרים נוספו (Simizutani & Inakura, 2007).

אירופה

כמעט בכל מדינות אירופה פועלות בשנים האחרונות תכניות מקיפות, שמטרתן לאפשר לזקנים להמשיך ולחיות בביתם באופן עצמאי. התכניות מתרכזות בעיקר בשלושה תחומים - התאמת הדיור (המבנה הפיזי, התאמות ושינויים), סיוע טכנולוגי (הסתייעות באמצעים טכנולוגיים לשיפור איכות החיים בבית) ושירותים תומכים בקהילה.

בשוודיה אימצה הממשלה את המדיניות של הזדקנות בקהילה. מאז שנת 1994 האחריות לטיפול בזקנים מוטלת על הרשויות המקומיות, כאשר הרשות המקומית משמשת בעיקר כגורם מתאם ומתכלל והשירותים עצמם ניתנים על ידי ארגונים למטרות רווח ושלא למטרות רווח. במגמה ליישם את מדיניות ההזדקנות בקהילה, פותחה תכנית מיוחדת להתאמת הדיור של זקנים (Ministry of Health & Social Affairs, 1992). במסגרת תכנית זאת נבדקים צורכי הזקנים על ידי עובדים מיוחדים אשר על בסיס הבדיקה הם מגבשים עבור הזקן את תכנית השינויים שיש לבצע בדירתו כדי לאפשר לו להמשיך ולגור בה, גם כאשר מצבו הבריאותי והתפקודי מידרדר. התכנית כוללת התקנת רמפות, מאחזים, פתיחה אוטומטית של דלתות, התאמת השירותים וחדר האמבטיה, ועוד. כל זאת, במימון מלא של הממשלה והרשות המקומית ללא מבחן הכנסות (Cecilia, Ulla & Stefan, 2009).

בשנת 1998 בוצע שינוי במדיניות הממשלה **בדנמרק** והוחלט להפסיק לבנות מוסדות לזקנים ובמקומם לבנות יחידות דיור לזקנים. בדנמרק 5.5% מהזקנים גרים במסגרות מוסדיות. החקיקה החדשה קבעה, שהדירות לזקנים תהיינה בגודל של עד 67 מטר מרובע, ללא מדרגות, עם נגישות מתאימה ויכולת לקבלת שירותים במשך 24 שעות ביממה. מחקרים שבדקו את שביעות הרצון של הזקנים מתנאים אלה הצביעו על רמת שביעות רצון גבוהה. הסיבה העיקרית לכך היא, שקיימים שירותי בריאות ורווחה זמינים לזקנים בקהילה במשך 24 שעות ביממה (Matsuoka, 2007).

שביעות הרצון מהמגורים בקהילה נבדקה גם **בספרד** (מדריד). יותר מ-95% מהזקנים במדריד מתגוררים בקהילה או בביתם שלהם או בבית ילדיהם. במחקר שבוצע על בני 65

עד 84 במדריד נמצאה שביעות רצון גבוהה מעצם המשך המגורים בבית והתנגדות למעבר למסגרת מוסדית. הגורמים שהשפיעו במיוחד על מגמה זו היו סביבת המגורים של הדיירים, הדיור עצמו (גודל הדירה, אורור, רעש, תאורה וכדומה) והיבטים הקשורים לצד הפיזי של הדירה (Perez, Fernandez, Rivera et al., 2001).

לעידוד המגמה של הזדקנות בקהילה יש לפתח גם אמצעים טכנולוגיים מתאימים, המקלים על הזקן ומשפחתו ומאפשרים לו להמשיך ולגור בביתו. בנושא זה פעילה במיוחד הנציבות האירופית, שהקציבה סכומים גדולים כדי לפתח מודלים יעילים של סיוע לזקנים באמצעים טכנולוגיים (Boulos, Lou, Anastasiou et al., 2009). בנוסף לכך, התפתחו גם תכניות רבות בארצות השונות, כאשר הדגש הוא על פיקוח צמוד לזקן בביתו ומחוצה לו בנושאים של ניידות, תקשורת ובריאות (Henkemans, Olivier, Alpay et al., 2009).

במסגרת הפיקוח הרפואי מושם דגש על ריכוז מידע שוטף לגבי חום הגוף, לחץ הדם, המשקל, פעילות הלב וכדומה. מידע רפואי זה, המסופק באופן שוטף, עשוי לסייע בזיהוי סימנים המעידים על אירוע שעלול לקרות ובכך ניתן לנסות ולמנוע את התרחשותו. בנוסף לפיקוח הרפואי ישנן גם מערכות תקשורת המאפשרות לזקן להיות בקשר עם המטפלים שלו וכן עם מוקדים האמורים לענות לקריאות מצוקה. אחד הביטויים המעשיים בתחום הטכנולוגי הוא פיתוחים של "בית חכם" (Smart Home), הכוללים התקנת מערכות אלקטרוניות בבית, המאפשרות תקשורת מהירה ופיקוח רפואי צמוד.

במדינות ה-OECD

המדיניות של צמצום השירותים המוסדיים והרחבת השירותים לזקנים בבית ובקהילה, במטרה לעודד הזדקנות בקהילה, התפתחה בשנים האחרונות כמעט בכל מדינות ה-OECD. מדיניות זאת הושפעה מהגידול במספר הזקנים, מהעלויות הכספיות ההולכות וגדלות כתוצאה מכך ומהרצון לשפר את השירותים לזקנים.

יורי וחבריה ערכו מחקר מקיף ובדקו את הפרויקטים החדשניים שפותחו ושתועלתם נבדקה באופן מדעי (Johri, Be'Land, Bergman et al., 2003) והתמקדו בסופו של דבר בתיאור התכניות והתוצאות של המודלים הבאים:

1. UK Darlington): התכנית התייחסה לזקנים ששחררו מבתי חולים לקהילה שבה סופקו להם שירותים קהילתיים, שכללו מנהל טיפול וצוות בין-מקצועי. למנהל הטיפול היה תקציב בגובה שני שלישי מעלות במוסד והוא דאג להתאים לכל אחד את השירותים הדרושים לו בהתאם למצבו. התוצאה הייתה, שההוצאות למיסוד קטנו, חל שיפור באיכות החיים של הזקנים, אנשים נשארו לגור בביתם לתקופה ארוכה יותר והייתה שביעות רצון כללית.

2. PACE ו-On Lok (USA): שתי התכניות כווננו למטרה של השארת הזקנים בקהילה ומניעת כניסה למוסדות. אוכלוסיית היעד כללה זקנים שהיו זכאים לכניסה למוסדות והתכנית סיפקה להם שירותים קהילתיים שאפשרו להם המשך המגורים בקהילה. הערכת התכנית מצביעה על ירידה בעלויות של השירותים.

3. (Italy) Rovereto ו-Vittorio Veneto demonstration: שתי התכניות היו מבוססות על הספקת שירותים רחבה ומקיפה שניתנה על בסיס של הערכה גריאטרית ובביצוע של צוות בין-מקצועי ומנהל טיפול. התוצאות של הניסוי הזה היו חיוביות ביותר, שיעורי המיסוד פחתו וההוצאות למיסוד פחתו ב-29%. כמו כן, חל שיפור משמעותי בבריאות הזקנים בקהילה.

4. S/HMO (USA): מטרת התכנית הייתה לספק שירותים יותר איכותיים לזקנים ובעיקר למוגבלים שביניהם ולמנוע מיסוד מיותר. התוצאות של הניסוי הזה לא היו חד-משמעויות מבחינת מניעת מיסוד וחיסכון בעלויות. מתכנני הפרויקט סברו, שהדבר נבע מתכנון לקוי של הפרויקט ולכן תכננו ניסוי מחדש.

לסיכום, הדוגמאות שהובאו לעיל מצביעות על כך, שקיימת פעילות רחבה של פיתוח ומחקר בתחום של הזדקנות בקהילה כמעט בכל המדינות בעולם, הן ברמה הלאומית והן ברמה של ארגונים ייחודיים והקהילה. כיווני הפעולה מתייחסים להבטחת מערכת של שירותים תומכים וזמינים בקהילה, התאמת הדיור ופיתוח מערכות טכנולוגיות. השילוב של שלושת האלמנטים האלה מעניק לזקנים אפשרות להמשיך ולחיות בביתם עם התקדמות תהליך ההזדקנות, תוך הבטחת איכות חיים נאותה, התואמת את רצון הזקנים ובני משפחותיהם מצד אחד ואת כוונת קובעי המדיניות, מצד שני.

מהסקירה הכללית עולה, שבשנים האחרונות התפתחו מספר רב של מודלים ניסיוניים שענו בהצלחה על המגמה של הזדקנות בקהילה. מסתבר, שאחת הבעיות המרכזיות היא כיצד מתרגמים תכניות הדגמה ניסיוניות, שהניבו פירות חיוביים, למדיניות לאומית. נראה, שבמקרים לא מועטים, התכניות הניסיוניות לא תורגמו למדיניות ותכניות לאומיות. על רקע סוגיה זו מעניין לראות כיצד הפכו תכניות ניסיוניות בישראל לתכניות לאומיות ואומצו על ידי קובעי המדיניות.

הזדקנות בקהילה בישראל

מדיניות ההזדקנות בקהילה אומצה גם בישראל. סימנים ראשונים לכך ניתן למצוא בדוח ועדה בין-משרדית שמונתה בשנת 1965 והגישה את המלצותיה לשר הסעד בשנת 1967. ההמלצות העיקריות היו לפתח שירותים קהילתיים לקשישים ולראות בטיפול מוסדי מוצא אחרון ופתרון משלים בלבד לשירותים הקהילתיים. פרסום הדוח והמלצותיו השתלבו במגמות שהתפתחו באותה העת בעולם (גולנדר ובריק, 2003). אמנם בעקבות המלצת

הדוח הזה לא פותחה תכנית-אב לאומית ולא מדיניות פורמלית מוצהרת של הממשלה, אך בשלושת העשורים האחרונים התפתחו שירותים ותכניות פעולה רבים, שעיקרם לאפשר לזקנים להמשיך ולחיות בביתם. עם זאת, חשוב לשים לב לכך שבישראל, כמו ברוב המדינות בעולם, עיקר הטיפול בזקן הזקוק לסיוע נופל על כתפי בני המשפחה, קרובים וידידים.

להלן סקירה של התכניות והשירותים שפותחו בישראל בשנים האחרונות בבית ובקהילה ובדיקת השפעת התפתחותם על המגמה של הזדקנות בקהילה.

חוק ביטוח סיעוד

התכנית הלאומית הראשונה, שבה נתנה ממשלת ישראל ביטוי פורמלי למדיניות של הזדקנות בקהילה, היא במסגרת חוק הסיעוד. חוק הסיעוד מהווה חלק מחוק הביטוח הלאומי והוא נחקק כחוק מסגרת בשנת 1980. מיד לאחר חקיקתו מינה שר העבודה והרווחה, ד"ר ישראל כץ, ועדה ציבורית, בראשותו של פרופסור קלמן מן ז"ל, שנודעה בשם "ועדת מן", כדי לקבוע את העקרונות הכלליים של החוק ואת הזכויות והשירותים שיינתנו במסגרתו. הוועדה הגישה את המלצותיה בשנת 1983, כאשר המסמך נחלק לדוח של רוב חברי הוועדה ודוח של המיעוט. בתהליך החקיקה התקבלו חלק מהמלצות הרוב וחלק מהמלצות המיעוט, כאשר הדבר הבולט היה, שהכנסת אימצה את דעת המיעוט, שהמליץ על מתן גמלאות בעין ולא בכסף.

החוק המפורט נחקק בכנסת בשנת 1986 ובאפריל 1988 הוחל בביצועו. כאמור, הגמלה לזכאים ניתנת כשירותים בעין ולא בכסף. קבלת שירותי החוק מותנית במבחן הכנסות, שמבוצע על הכנסות המבוטח ובן/בת זוגו. בתחילה נקבע, שהחוק יספק רק שירותי טיפול בית לנזקקים, אולם במשך השנים הורחב סל השירותים וניתנה אפשרות להשתמש בגמלאות החוק גם לצורך ביקור במרכז יום, רכישת מוצרי ספיגה חד-פעמיים, שירותי כביסה ומשדר מצוקה. הזכאים לקבלת גמלת הסיעוד הם זקנים המוגבלים באופן משמעותי בפעולות היומיום שלהם, כפי שנקבע בחוק: "מבוטח שכתוצאה מליקוי נהיה תלוי במידה רבה בעזרת הזולת לביצוע רוב פעולות יומיום, או הזקוק להשגחה... מבוטח שכתוצאה מליקוי נהיה תלוי לחלוטין בעזרת הזולת לביצוע כל פעולות יומיום, או הזקוק להשגחה מתמדת."

טיפול הבית ניתן על ידי מטפלות המועסקות על ידי חברות פרטיות או עמותות. בתחילה נקבעו שתי רמות של סיוע ומינואר 2007 נקבעו שלוש דרגות סיוע על פי רמת המוגבלות של הזכאי (המוסד לביטוח לאומי, 2008). מימון השירותים הניתנים על פי החוק מבוצע במסגרת הגבייה של המוסד לביטוח לאומי ובמסגרת החקיקה נקבע שיהווה 0.2% מהגבייה. הצפי בתחילת הדרך היה, שמספר הנזקקים יגיע לעשרת אלפים זקנים, אולם עד מהרה התברר,

שמספר הזכאים גדול בהרבה, כפי שניתן לראות בלוח מספר 1. משום כך נאלץ משרד האוצר להשלים מתקציבו את יתרת הסכום הדרוש למימון השירותים לזכאים.

לוח מספר 1: מספר הזכאים לפי שנים נבחרות (1990 עד 2010)

שנה	1990	2000	2008	2009	2010
זכאים	27,685	95,753	131,300	136,362	141,383

במסגרת החוק מוקצבים גם כספים המיועדים לפיתוח שירותים ותשתיות לפעולות המוגדרות בחוק. האחריות לביצוע מהלך זה הוא על המוסד לביטוח לאומי, כאשר במשך השנים הורחב השימוש בכספי החוק למטרות כלליות יותר של פיתוח שירותים לזקנים.

חוק הסייעוד היווה פריצת דרך משמעותית בהתייחסות המדינה לציבור הזקנים והוא נתן ביטוי פורמלי ומעשי כאחד למחויבותה של החברה הישראלית לאוכלוסייה זו. אמנם, החוק מיועד למתן סיוע לזקנים הנזקקים ביותר מבחינה תפקודית, אך הוא נותן ביטוי משמעותי למספר עקרונות חשובים. הגמלה ניתנת לזקן בזכות ולא בחסד וכל מי שעומד בתנאי הזכאות מקבל את השירותים הכלולים בחוק; השירותים מיועדים לסייע למשפחה המטפלת בזקן (ולא להחליפה); השירותים ניתנים בעין ולא בכסף והעיקר - החוק מאפשר לזקנים להמשיך ככל האפשר לחיות בביתם (קטן ולבנשטיין, 1999; שטסמן, 2001).

מרכזי יום

מרכז היום לזקן הוא שירות קהילתי המיועד בעיקר לזקנים מוגבלים החיים בקהילה. זהו שירות הניתן על בסיס קבוצתי והוא מספק מגוון שירותים ופעילויות. סל השירותים המסופק במרכזי היום כולל בדרך כלל: ארוחת בוקר וצהרים, פעילות חברתית, תעסוקה, פעילות גופנית, פיזיותרפיה וטיפול אישי. הפעילויות הניתנות במרכז היום תואמות למוגבלויות הזקנים והן מספקות לזקנים מוגבלים הזדמנות למעורבות חברתית וקהילתית. יתר על כן, הפעילות במרכז מקנה לזקנים דרכים להתמודדות עם מוגבלויותיהם וצרכיהם האישיים והחברתיים (כורזים, 1997). לזקנים הלוקים בדמנציה מוקצה ברוב המרכזים אגף מיוחד, אולם ישנם גם מספר מרכזי יום המיועדים אך ורק לתשושי נפש.

מרכז היום פועל חמישה עד שישה ימים בשבוע, שש שעות לפחות ביום. בכ-10% מהמרכזים מתקיים יום פעילות ארוך, הנמשך עד השעה שבע בערב. כמעט כל מבקרי מרכז היום מגיעים מביתם בהסעה מאורגנת בשעות הבוקר ומוחזרים לביתם בשעות אחר הצהריים. בממוצע, במרכזי היום רשומים כ-90 מבקרים ביום, כאשר ממוצע הביקור היומי

הוא 51 איש (72% מהקיבולת); כל מבקר מגיע למרכז 2.9 ימים במוצע (רניצקי, באר, ניר ואחרים, טרם פורסם).

מרכזי היום הראשונים הוקמו בראשית שנות ה-80 (של המאה הקודמת). המרכזים הראשונים הוקמו במימון עיקרי של מפעל הפיס (60%), כאשר יתרת התקציב הושלמה על ידי אשל והרשויות המקומיות. במקביל, הוקמו מספר מרכזי יום במימון עיקרי של הסוכנות היהודית, במסגרת תכנית שיקום השכונות. בתחילת שנות ה-90 הצטרפו לתכנית המוסד לביטוח לאומי וועידת התביעות והיו למממנים העיקריים של בניית מרכזי יום וציוודם. הפיתוח המואץ של מרכזי היום היה בעיקר בשנות ה-90 ובשנת 2009 הגיע מספרם ל-172 מרכזים ובהם כ-15,500 מבקרים.

לוח מספר 2: התפתחות מרכזי היום בשנים 1985 עד 2008

שנה	מספר מרכזים	מספר מבקרים	% מכלל בני 65+
1984	14		
1990	53	3,900	0.9
1994	119	7,442	1.4
2000	124	10,013	1.6
2008	172	15,500	2.2

מקור: משאב (2009).

התשלום עבור זקנים המבקרים במרכזי היום מגיע משני מקורות: מהמוסד לביטוח לאומי עבור זכאי חוק ביטוח סיעוד וממשרד הרווחה והרשות המקומית עבור זקנים תשושים שאינם זכאים לגמלת סיעוד. הזקנים ובני משפחתם משתתפים במימון השירות בסכום של כ-14 שקל ליום.

ההשתתפות במרכז היום מותנית בצרכיו הייחודיים של הזקן, ברצונותיו וברצון בני משפחתו. ההשתתפות הסדירה במרכז, בצד מגוון השירותים הניתנים בו, מייעדים למרכז תפקיד חשוב כמסגרת תומכת במשפחה, מקילים על עומס הטיפול בזקן המוגבל בקהילה ומסייעים להשגת המגמה של הזדקנות בקהילה, מניעה או דחיית מיסוד. כשנשאלו מבקרי מרכזי היום לסיבת בואם למרכז, 96% השיבו שהם באים כדי להיות בחברת אנשים אחרים, 94% אמרו שהם באים כדי להשתתף בפעילויות ורק 24% השיבו שהם באים כדי לקבל טיפול לבעיותיהם הרפואיות (רניצקי, באר, ניר ואחרים, טרם פורסם).

השירות לזקן במשרד הרווחה והמחלקות לשירותים חברתיים

הטיפול הישיר בזקנים במישור המקומי מתבצע על ידי המחלקות לשירותים חברתיים ברשויות המקומיות, בהכוונה של השירות לזקן במשרד הרווחה והשירותים החברתיים. המשרד קובע את המדיניות, את עקרונות הטיפול ואת דרכי מתן השירותים לזקנים, משתתף במימונם ומפקח על הביצוע של אספקתם על ידי עובדי המחלקות לשירותים חברתיים. עיקר העבודה מתבצע על ידי עובדים מיומנים לטיפול בזקנים, שמספרם ברחבי הארץ מגיע לכ-700. ברוב המחלקות לשירותים חברתיים ברשויות המקומיות ישנן יחידות מיוחדות העוסקות בטיפול בזקן.

בשנת 2008 טופלו על ידי המחלקות לשירותים חברתיים 242,850 זקנים, המהווים כשליש מאוכלוסיית הזקנים. שני שלישי מכלל הזקנים המטופלים הם מעל לגיל 75, רובם במצב סוציו-אקונומי נמוך. 57% מהם גרים לבד ו-44% מהם אלמנים או אלמנות.

המדיניות הרשמית של משרד הרווחה והשירותים החברתיים היא השארת הזקן בביתו ומניעת העברתו למסגרת מוסדית. אי לכך, רוב השירותים המסופקים על ידי המחלקות לשירותים חברתיים, בהנחיית משרד הרווחה, הם שירותים בבית ובקהילה. השירותים כוללים סיוע של עובדים סוציאליים ביעוץ, בטיפול, בתמיכה ובהכוונה פרטנית או קבוצתית; עזרה בניהול משק הבית; סיוע בטיפול אישי לאלה שאינם זכאי חוק ביטוח סיעוד; אספקת ארוחות מוכנות; סבסוד מיעוטי היכולת בקהילות התומכות; סיוע בהפעלת מועדונים חברתיים ומועדוני תעסוקה; הסעות לטיפולים רפואיים; סיוע בהספקת ציוד ביתי; שירותים מיוחדים נוספים, כגון תכניות לניצולי שואה, עזרה בטיפול שיניים, ועוד. בנוסף לכך, עוסק השירות לזקן בסיוע ובהשמת זקנים תשושים במוסדות ובשנת 2008 קיבלו 3,825 זקנים סיוע במסגרת זו. בלוח 3 ניתן לראות את סוגי השירותים השונים ומספר הזקנים הנהנים מהם.

לוח מספר 3: שירותים לזקנים בבית ובקהילה הניתנים על ידי המחלקות לשירותים חברתיים (2008)

סוג השירות	מספר הנהנים
עזרה בניהול משק הבית	7,120
עזרה בטיפול אישי	1,070
הסעות לטיפולים רפואיים	30,000
ארוחות מוכנות (ליום)	596
השלמת ציוד ביתי	5,200
נופשונים	664

מקור: משרד הרווחה והשירותים החברתיים (2010).

תקציב השירות לזקן לשנת 2008 עמד על סך של 392 מיליון ש"ח, כאשר 160 מיליון ש"ח מהם מיועדים לשירותים בקהילה. תקציב זה כולל גם את חלקה של הרשות המקומית, העומד בדרך כלל על 25% מהתקציב הכולל.

לוח מספר 4: תקציב השירות לזקן במשרד הרווחה והשירותים החברתיים (2003 עד 2010)

שנה	סה"כ התקציב	שירותים בקהילה	אחוזי תקציב הקהילה מכלל התקציב
2003	414,695	138,193	33.3
2004	386,115	121,425	31.4
2005	393,397	122,123	31.0
2006	384,376	102,764	28.5
2007	382,870	121,076	31.6
2008	398,559	131,273	32.9
2009	387,060	156,079	40.5
2010	392,102	152,216	40.6

מקור: www.molsa.gov.il

כפי שניתן לראות מלוח מספר 4, הקצבות משרד הרווחה בשנים האחרונות תואמות את המדיניות של הזדקנות בקהילה. אחוז ההקצבות לשירותים בקהילה עלה בהתמדה משנת 2006 והגיע בשנת 2010 ל-40.6% מהתקציב הכולל של השירות לזקן.

מטפלים זרים

אחד המענים הייחודיים שהתפתחו בישראל לרצונם של הזקנים להמשיך ולחיות בביתם, גם אם מצבם הבריאותי והתפקודי נמצא בירידה, הוא השירות הניתן על ידי עובדים זרים. תופעה זאת קיימת גם בארצות אחרות, אך בישראל התפתחה לממדים גדולים במיוחד ומהווה חלק חשוב במערכת השירותים התומכים הנחוצים כדי לאפשר הזדקנות בקהילה. מטפלים אלה גרים בדרך כלל עם הזקן ומספקים לו עזרה בניהול משק הבית, טיפול אישי והשגחה שוטפת במשך 24 שעות. בכך הם גם מסייעים להפיג את הבדידות, שחלק גדול מהזקנים חווים. השימוש הנפוץ בעובדים זרים, המתגוררים בבית הזקן, מקל על מטפלים ראשוניים העוסקים בטיפול בזקן המוגבל (יקוביץ, 2010), כפי שנדון בפרק העוסק במטפלים זרים (פרק י"ג בספר זה). שירות זה זול בהרבה משירותי בית הניתנים על ידי מטפלים מקומיים. העובדים הזרים מועסקים על ידי הזקן ומשפחתו כאשר חלק מהמטפלים זכאים

גם לתשלום חלקי במסגרת חוק ביטוח סיעוד. רוב המטפלים הזרים הם מהפיליפינים, אולם ישנם גם עובדים המגיעים ממדינות אחרות, כגון, מזרח אירופה, סרי-לנקה, הודו, ועוד.

העובדים הזרים החלו להגיע לישראל בסוף שנות ה-80 (של המאה הקודמת). השירות התגלה כאטרקטיבי לציבור הצרכנים ומספר המטפלים הזרים גדל והלך במהירות רבה. בשנת 2008 היו בישראל כ-54,000 מטפלים זרים (נתן, 2008) ומספר זה צפוי לעלות בעתיד.

חשוב להדגיש, שמהלך זה של העסקת עובדים זרים כמטפלים בזקנים התפתח באופן טבעי ללא כל התערבות ממשלתית מתוכננת. אין ספק, שלהסדרים אלה יש השפעה המצטרפת למערכת הכוללת של שירותים תומכים המאפשרים לזקנים מוגבלים להמשיך ולהתגורר בביתם. ניתן לשער, שבמקרים רבים הסדרים אלה אף מונעים או דוחים מיסוד.

קהילות תומכות

קהילה תומכת היא תכנית נוספת המאפשרת לזקנים להמשיך ולחיות בביתם. התכנית מספקת לזקנים סל שירותים, הנותן מענה לצרכים הבסיסיים של מי שמעוניין להמשיך ולגור בביתו למרות הזדקנותו. סל השירותים כולל ארבעה מרכיבים בסיסיים:

- **אב/אם קהילה:** עובד מקצועי בשכר, הנמצא באופן קבוע באזור הגיאוגרפי של הקהילה, נמצא בקשר עם חברה ומספק להם שירותים המאפשרים להם לנהל באופן נורמטיבי את חיי היומיום שלהם, כגון סיוע בתיקונים קלים בבית, הבאת תרופות בעת הצורך, הזמנת בעלי מלאכה.
- **מערכת קריאת מצוקה:** מערכת המותקנת בביתו של הזקן ומאפשרת לו להתקשר בעת הצורך למוקד. המוקדן יכול להתקשר למד"א, למשטרה, לאב הקהילה או לבן משפחה, הכול בהתאם לבעיה ולצורך המסוים.
- **שירותי בריאות:** ביקור רופא בבית הזקן על פי קריאה במקרים מיוחדים. הביקור מתבצע במהירות וניתן תמורת תשלום מינימלי של הזקן. בנוסף לכך, ניתן להזעיק אמבולנס שמימונו כלול בתקציב התכנית, במקרה שקופת החולים אינה מכסה את העלות.
- **פעילות חברתית:** התכנית מאפשרת פעילות חברתית לכל חברי הקהילה התומכת, בדרך כלל במסגרת מועדון שכונתי. הפעילות כוללת חוגים והרצאות, טיולים, מסיבות חג, ועוד.

הקהילה התומכת הראשונה פותחה ב-1989 על ידי קבוצת תושבים בשכונת קריית משה בירושלים, ביחד עם אשל-ג'וינט ישראל. מאז הוקמו באופן מואץ קהילות תומכות ברחבי הארץ ובשנת 2010 עמד מספרן על 250 ומספר הזקנים שהן משרתות הגיע לכ-48,000.

כל משתתף המצטרף לתכנית משלם סך של 106 ש"ח לחודש. סכום זה כולל את שכר אב הקהילה, שירותי הבריאות, מערכת קריאת המצוקה והפעילות החברתית. מיעוטי יכולת נהנים מסובסידיה הממומנת על ידי משרד הרווחה והרשות המקומית.

כל תכנית מתבססת על השתתפות של כ-200 בתי אב. בהיקף כזה של משתתפים ועל פי התשלום של 106 ש"ח, התכנית מכוסה תקציבית באופן מלא. מאחר שגיוס 200 בתי אב לתכנית הוא תהליך הנמשך מספר שנים, אשל-ג'וינט ישראל מממנת את ההפרש התקציבי הנובע מהפער שבין מספר המשתתפים בפועל לבין מספר המשתתפים הייעודי (200 בתי אב), בתקופה של עד שלוש שנים.

במרוצת השנים בוצעו שלושה מחקרי הערכה על התכנית במטרה לבדוק את תועלתה. המחקר הראשון פורסם ב-1999 ומצא שרוב החברים הצטרפו לתכנית בגלל שהיא מספקת ביטחון אישי (78%) (מזרחי והימלבלאו, 1999). המחקר השני פורסם בשנת 2003 וממצאיו העידו על שביעות רצון גבוהה, כש-80% מהנשאלים אמרו שהם "מרוצים" או "מרוצים מאוד" מהתכנית (ברג-ורמן, 2003). יותר משליש מחברי הקהילה התומכת חשו שהתכנית מספקת להם ביטחון ורבע מהם הצהירו במפורש, שבזכות התכנית הם מסוגלים להמשיך ולחיות בביתם (ברג-ורמן, ברודסקי וגזית, 2010). מחקר הערכה שלישי, שבוצע על ידי מכון מאירס-ברוקדייל-ג'וינט, פורסם בשנת 2010. מחקר זה הצביע על השינויים שחלו באוכלוסיית התכנית - עלייה בגיל הממוצע ועלייה במוגבלות של החברים בה. גם כאן נמצאה שביעות רצון גבוהה ודווח על העזרה המשמעותית הניתנת לזקנים במסגרת התכנית (ברג-ורמן, ברודסקי וגזית, 2010).

ארגונים שלא למטרת רווח

התפתחות מעניינת ובעלת השפעה על המגמה של הזדקנות בקהילה הייתה לפעילותם של ארגונים שלא למטרות רווח. קבוצה משמעותית ביותר לעניין זה הן **העמותות המקומיות למען הזקן**. בישראל קיימות 124 עמותות העוסקות בפיתוח ובניהול שירותים לזקן בקהילה. עמותות אלו הוקמו ברובן ביוזמת אשל, האגודה לתכנון ולפיתוח שירותים למען הזקן בישראל (Brick & Clarfield, 2007)

העמותות הוקמו בשנות ה-70 ובעיקר במהלך שנות ה-80 (של המאה הקודמת) והן מפעילות מגוון רחב של שירותים, בכלל זה מרכזי יום, קהילות תומכות, טיפול בית, תכניות לקידום בריאות, ועוד. למעלה ממחצית מתקציב העמותות מקורו במשרדי הממשלה והמוסד לביטוח לאומי. חלק נוסף מגיע מאשל לצורך פיתוח שירותים חדשים והיתר מהכנסות ומתרומות. במחקר שנעשה על העמותות המקומיות למען הזקן בשנת 2005 נמצא, שהתקציב של כלל העמותות עמד על סכום של כחצי מיליארד ש"ח. כמו כן, נמצא שהיקף התרומות שהעמותות מגייסות אינו גדול, אך לעומת זאת הן מגייסות ומפעילות

מספר רב של מתנדבים, כ-12,000 בכל העמותות, נכון לשנת 2007 (בריק וגרינשטיין, טרם פורסם).

במקביל לעמותות המקומיות חלה גם התפתחות מואצת בדרכי פעולתן של עמותות ארציות, ותיקות וגדולות יותר, שהרחיבו את מתן השירותים בקהילה. שירותים אלה הצטרפו ליתר השירותים בהשפעה הכוללת המסייעת להזדקנות בקהילה. בין העמותות בעלות היקף שירותים משמעותי יש לציין כמה מרכזיות:

יד שרה: עמותה זו החלה את דרכה בתחילת שנות ה-70, ביוזמת אורי לופוליאנסקי, ובשנת 1983 נפתח הסניף הראשון שלה בירושלים. כיום מונה הארגון למעלה מ-100 סניפים ברחבי הארץ. במוקד פעילותה של "יד שרה" - השאלת ציוד רפואי-שיקומי וציוד טכנולוגיה מסייעת למוגבלים ובעיקר לזקנים. בנוסף לכך, מפעילה "יד שרה" מגוון שירותים המסייעים לזקנים להזדקן בביתם, כמו: משדרי מצוקה, תעסוקה למרותקי בית, מכוניות להסעת מוגבלים, ועוד. תקציבה השנתי של "יד שרה" בשנת 2008 היה כ-113 מיליון ש"ח. עיקר כוחה של העמותה הוא בגיוס ובהפעלת מתנדבים בקהילה. יותר מ-6,000 מתנדבים עוסקים בהשאלת ציוד, בביקורי בית אצל זקנים מרותקים ובשירותים נוספים.

עזר מציון: העמותה, בראשותו של חנניה צ'ולק, הוקמה בשנת 1979 במטרה לספק מזון לנצרכים. באותה תקופה העמותה חילקה כ-50,000 ארוחות חמות בחודש. במרוצת השנים התרחבו השירותים הניתנים על ידי העמותה והתרכזו בהענקת שירותי סיוע פרה-רפואי לחולים ולמוגבלים ובעיקר לזקנים. כיום, מפעילה "עזר מציון" כ-11,000 מתנדבים, הפועלים ב-40 סניפים ב-25 רשויות מקומיות. העמותה מספקת מספר תכניות התורמות להזדקנות בקהילה ובכלל זה השאלת ציוד רפואי-שיקומי, 20 אמבולנסים המסייעים מוגבלים לטיפולים רפואיים, קידום בריאות בקרב זקנים, ועוד.

מטב: עמותה חשובה נוספת בתחום השירותים המסייעים בקהילה היא "מטב". זוהי העמותה הגדולה ביותר המספקת טיפול בית לזקנים ולמוגבלים בביתם. העמותה נוסדה בשנת 1958 כעמותה ללא כוונת רווח ועיקר עיסוקה היה במתן שירותי סיוע. במשך השנים הרחיבה "מטב" את תחומי פעילותה והיא מנהלת כיום גם 12 מרכזי יום לזקנים, בתי דיור מוגן, מספר קהילות תומכות, שירותי אפטרופסות, ועוד. ל"מטב" 40 סניפים הפזורים ברחבי הארץ והיא מעניקה שירותים לכ-25,000 נזקקים בקהילה.

בצד העמותות הארציות הגדולות פועלים גם ארגונים המכוונים לאוכלוסיות מוגדרות או כאלה הפועלים על בסיס מקומי. בין אלה ראוי לציין את **מלבב** בירושלים, עמותה המפעילה מועדונים ומרכזי יום לתשושי נפש; **משגב לקשיש**, אף עמותה זו פועלת בירושלים, ומספקת שירותי סיוע לזקנים באוכלוסייה החרדית; עמותת **עמדא** מפעילה קבוצות תמיכה ומעניקה שירותים שונים לתשושי נפש; **מילבת** עוסקת בהתאמת אביזרי עזר למוגבלים **יד ריבה**, הנותנת סיוע משפטי. בנוסף לאלה, פועלים ארגונים רבים אחרים.

סקירה מקיפה של פעילות הארגונים הציבוריים, המספקים שירותים מסייעים לזקנים בבית ובקהילה, מצביעה על תרומה מקיפה ביותר אשר מצטרפת למאמץ הציבורי והממשלתי המכוון לקיום המגמה של הזדקנות בקהילה.

שירותי בריאות בקהילה

עם העלייה בגיל יש עלייה במחלות, בעיקר במחלות הכרוניות, כגון, לחץ דם, התקפי לב, סוכרת, אלצהיימר, פרקינסון, שבץ מוחי ומחלות ממאירות. כתוצאה מכך, עולה הצריכה של שירותי הבריאות. לשירותי הבריאות יש חלק חשוב בדרכים להשגת היעד של הזדקנות בקהילה. הדבר נכון לגבי הרפואה הראשונית ואולי אף יותר מכך גם לגבי התכניות של קידום בריאות ומניעת מחלות (משאב, 2009).

שיעור האשפוזים של בני 65 ומעלה גדול פי שלושה מזה של כלל האוכלוסייה. קיימת מגמה לצמצום האשפוזים, הן מסיבות כלכליות והן מסיבות מקצועיות ואידיאולוגיות. חשוב, אם כן, לסקור את שירותי הבריאות אשר לגביהם ניתן להניח שיש להם השפעה על הזדקנות בקהילה.

שירותי הבריאות לזקנים בקהילה ניתנים במסגרת המרפאות הקהילתיות לרפואה ראשונית של קופות החולים, במרפאות לרפואה מקצועית, במכוני שיקום ובמסגרת היחידות לטיפול בית ואשפוז יום. היחידות לטיפול בית החלו להתפתח לראשונה על ידי קופות החולים הכללית עוד בראשית שנות ה-70. מאז התפתח שירות זה בהדרגה בכל קופות החולים ובאזורים השונים בארץ. קיימים הבדלים משמעותיים בהיקף ובאינטנסיביות של שירות זה בין הקופות וכן בין האזורים השונים, כמפורט בפרק ט' העוסק בנושא זה. בנוסף להבדלים בין הקופות ובין אזורי הארץ השונים ניתן גם להצביע על הפער הקיים בין הצרכים לשירותים אלה לבין המצאי של השירותים והנגישות אליהם. ביסודו של השירות של אשפוז בית עומד הרעיון, שניתן לספק לחולה המרותק לבית שירותים רפואיים חיוניים כתחליף לאשפוז בבית חולים. שירות זה כולל ביקור של רופאים מקצועיים, פיזיותרפיה, ריפוי בעיסוק ושירותי אחות. בין הטיפולים הניתנים היום לחולים בבית ניתן למנות: בדיקות דם, טיפול בפצע לחץ, קטטרים, מתן אנטיביוטיקה וכימותרפיה, ואיזון סימפטומים (כאב, אי-שקט, קוצר נשימה, עצירות ובחילות).

בשנים האחרונות פותחו תכניות לקידום בריאות, בעיקר בתחום של פעילות גופנית ותזונה נבונה. בנוסף לכך, נערכות בדיקות סינון של ראייה ושמיעה, שליטה על הסוגרים וחינוך לאורח חיים בריא. על פי סקר הבריאות, שבוצע על ידי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה ומשרד הבריאות בשנים 2003-2004, 41.3% מבני 65 ומעלה עוסקים בפעילות גופנית (שלוש פעמים בשבוע או יותר, 20 דקות ויותר). באופן כללי ניתן לומר, שחלה עלייה במודעות לאורח

חיים בריא ולחשיבות של פעילות גופנית ותזונה נבונה. לכל אלה ישנה השפעה ישירה על יכולתם של הזקנים להמשיך ולחיות בקהילה.

השפעת התפתחות השירותים בקהילה על הזדקנות בקהילה

בשני העשורים האחרונים חל פיתוח מואץ של השירותים התומכים בקהילה. בעוד שמספר הזקנים בתקופה זו גדל פי 1.6, השירותים השונים באותה תקופה עלו פי כמה וכמה. כאמור, תנאי בסיסי להזדקנות בקהילה הוא קיומם של שירותים תומכים בקהילה, המספקים עזרה וסיוע לכל מי שמעוניין להמשיך ולגור בביתו. ההתפתחות המואצת של השירותים השונים בקהילה מהווה גורם משמעותי בתמיכה הכוללת במגמה של הזדקנות בקהילה.

לוח מספר 5: התפתחות השירותים בקהילה בשנים 1990 עד 2008

משתתפים				תכניות				השירות
שיעור הגידול	% השינוי	2008	1990	שיעור הגידול	% השינוי	2008	1990	
3.9	299	15,500	3,875	3.2	224	172	53	מרכזי יום
4.7	374	131,266	27,684					גמלת סיעוד
201.8	2,007	42,369	210	55.7	547	223	4	קהילות תומכות
		101,000		10.7	971	900	84	מועדונים
3.5	245	21,315	6,170	2.4	135	165	70	דיור מוגן
1.6	59	30,233	19,041	2.1	109	403	192	מוסדות
1.6	60	708,000	442,200					אוכלוסיית הזקנים

מלוח 5 ניתן ללמוד על התפתחות השירותים בקהילה בין השנים 1990 ל-2008. באותה תקופה גדל מספר הנהנים מהטיפול במרכזי היום בערך פי 4, בעוד שמספר הזקנים באותה תקופה גדל רק פי 1.6 וגם הנהנים מטיפול במסגרת חוק ביטוח סיעוד גדל באותה תקופה פי 4.7. הגידול בקהילות תומכות גדול בהרבה ומצטרף לתמונה הכוללת של פיתוח מואץ בהיקף השירותים הקהילתיים ובמספר הנהנים מהם.

אל מול ההתפתחות המואצת של שירותים לזקנים בקהילה יש להציב את שיעור הזקנים במוסדות. מסתבר, שבכל התקופה הזאת שיעור הזקנים במוסדות לא גדל למרות הגידול המשמעותי שחל בתקופה זאת במספר האבסולוטי של הזקנים. מכאן ניתן להניח,

שלהתפתחות השירותים בקהילה הייתה השפעה על היציבות בשיעורי המיסוד, משמע - יותר זקנים המשיכו להזדקן בקהילה.

לוח מספר 6: שיעור מיטות לאלף בשנים נבחרות

שנה	מוסדות	מיטות	שיעור לאלף
1981	117	12,507	37
1985	145	14,948	40
1990	192	19,041	43
2006	399	30,490	43
2007	403	30,233	43
2008	397	29,761	42

מקור: משאב, 2009.

מלוח 6 ניתן לראות, ששיעורי המיסוד נשארו ברמה של 43 מיטות לאלף זקנים מאז שנת 1990 על אף שאוכלוסיית הזקנים גדלה מאז פי 1.6.

לסיכום, על רקע הפיתוח המואץ והמקיף בשירותים לזקנים בקהילה מחד גיסא, כאשר שיעור הזקנים במוסדות נשאר יציב מאידך גיסא, ניתן להניח שלפיתוח של השירותים בקהילה יש השפעה על רמת המיסוד. מכאן אפשר גם להסיק, שהייתה לכך השפעה חיובית על המגמה של הזדקנות בקהילה.

אתגרים לעתיד

יחד עם ההתפתחות המואצת של השירותים בקהילה וההצלחה של ההזדקנות בקהילה בישראל, עדיין עומדים בפני המערכת אתגרים חשובים, שההתמודדות איתם עשויה לסייע לחיזוק ולקידום המגמה ולהגדלת מספר הזקנים שיוכלו להמשיך לגור בביתם. להלן האתגרים העיקריים שיש להתמודד איתם בעתיד:

- **איחוד ותיאום בין השירותים:** קיים פיצול רב בין השירותים השונים בקהילה, כל אחד משירותי הבריאות והרווחה ניתן במקום אחר מבחינה גיאוגרפית, על פי תנאי זכאות שונים ומבוצע על ידי מערכת ארגונית נפרדת. איחוד, או לפחות העמקת התיאום בין השירותים השונים, היה מצמצם משמעותית את הצורך של הזקן ומשפחתו להתרוצץ בין הגורמים השונים. בכך אפשר יהיה לחסוך משאבים רבים לממשלה, למוסד לביטוח לאומי, לרשויות המקומיות וליתר הארגונים העוסקים במתן שירותים לזקן בקהילה (שטסמן, מערבי וכהן, 2000).

- **התאמת הדירור:** אמנם ישנם מספר ניסיונות מצומצמים בנושא זה, אולם קיים צורך לפתח תכנית מקיפה, רצוי במימון ממשלתי, אשר תדאג להתאים את דירות המגורים של האנשים המזדקנים לצרכים המיוחדים העולים עם תהליך ההזדקנות והתפתחות תופעות של חולי וירידה בתפקוד היומיומי. בכלל זה מדובר על התאמת המבנה של המקלחת והשירותים, התקנת מאחזים ורמפות, פתיחה אוטומטית של דלתות, ועוד.
- **טכנולוגיה מודרנית:** הטכנולוגיה המודרנית מתקדמת במהירות רבה ומשפיעה על שיפור איכות החיים של כלל בני האדם. ניתן לרתום את ההתפתחות הזאת לטובת הזקנים בכלל ולמען המטרה של ההזדקנות בקהילה בפרט. אפשר לשכלל את הטיפול ואת הפיקוח הרפואי של הזקן המרותק לביתו על ידי מערכות אלקטרוניות המופעלות מרחוק; אפשר להתקין בביתו של הזקן חיישנים, שידווחו על מצבו הגופני ועל תפקודו היומיומי בבית, יתריעו על תופעות בלתי תקינות ועל תופעות מסוכנות. המערכות האלקטרוניות החדשות יכולות אף לסייע בפיתוח הקשרים החברתיים של הזקנים ולהתמודדות עם הרגשת הבדידות והניתוק מהחברה ומהקהילה.
- **שיקום יום:** זקנים לאחר שבץ מוחי או לאחר פגיעות גוף אורטופדיות או לאחר מחלות אחרות, זכאים לשיקום במסגרת סל הבריאות. האפשרות להיעזר בשיקום יום ולהמשיך לחיות בבית באותה עת תלויה בקיומם של מרכזי שיקום המתאימים למטרה זו והעומדים לרשות הנזקקים להם. במציאות, קיים רק מספר מצומצם של מרכזים כאלה. יש צורך בפיתוח מערכת ארצית של מרכזים לשיקום יום, שיענו על הצרכים.
- **בדידות:** המשך המגורים בבית עשוי לענות על רצון הזקנים לשמור על קשרים הנמצאים בסביבתם הקרובה והמוכרת, כפי שהוסבר לעיל, אולם אין זה מבטיח עדיין שהסדר זה יביא פתרון מלא לבעיית הבדידות. זקנים יכולים להיות מרוצים מעצם המשך מגוריהם בביתם, אך גם עלולים לסבול מהרגשת בדידות. יש לטפל בתופעה זו בכל הקשור להמשך המגורים בבית ובקהילה.

סיכום

בפרק זה הבאנו תיאור רחב של התפתחות שירותי הבריאות והרווחה לזקנים בבית ובקהילה. הצבענו על כך, שהתפתחות זאת נעשתה בקצב מהיר ביותר, בעיקר ב-20 השנים האחרונות. הבאת תמונת המצב בדרך זו מעידה על כך, שבמדינת ישראל אומצה למעשה המדיניות של הזדקנות בקהילה. אין זו תוצאה של מדיניות פורמלית ומקיפה, שהוצהרה על ידי ממשלת ישראל, אולם היא מצאה ביטוייה גם במסמכים פורמליים, כגון בחוק סיעוד ובמסמכי המדיניות של משרד הרווחה, וגם בפיתוח של השירותים הלכה למעשה.

ביחס לשאלה - האם המאמץ הגדול הזה אכן הביא להגשמת היעד של הזדקנות בקהילה, אפשר לומר ברמת ודאות די גבוהה, שהיעד הזה הושג במידה רבה. הפיתוח המקיף והמגוון של שירותי בריאות ורווחה בקהילה אל מול העובדה ששיעורי האשפוז הסיעודי בישראל הם כה נמוכים, מעידים שהיעד של הזדקנות בקהילה הושג במידה רבה. הערכה זו איננה באה במקום מחקר מעמיק, שיבסס באופן מדעי את הקשר בין הפיתוח הרחב והמואץ של השירותים בקהילה לבין העובדה שיש מספר כה רב של זקנים המזדקנים בקהילה.

יש לזכור, שהמדיניות של הזדקנות בקהילה מבוססת על שתי הנחות יסוד, האחת - שמדיניות זאת תורמת לשיפור איכות החיים של הזקנים, והשנייה - שהמשך המגורים בבית חסכוני יותר מבחינה כלכלית מאשר אשפוז. הנחות אלו דורשות בדיקה מעמיקה יותר במציאות הישראלית. כמו כן, חשוב לזכור, שלמרות הפיתוח המואץ של השירותים התומכים בקהילה, עדיין עומדים לפני קובעי המדיניות והאחראים לפיתוח שירותים לזקנים אתגרים חשובים, שההתמודדות עמם עשויה להגביר את המגמה של הזדקנות בקהילה ולחזקה.

מקורות

- ברג-ורמן, א. (2003). **קהילה תומכת - מחקר הערכה 2000-2001**. ירושלים: מכון מאיירס-ברוקדייל-ג'וינט ישראל.
- ברג-ורמן, א., ברודסקי, ג', וגזית, ז. (2010). **קהילה תומכת - מחקר הערכה 2010**. ירושלים: מכון מאיירס-ברוקדייל-ג'וינט ישראל.
- בריק, י. וגרינשטיין, ? (2010). העמותות למען הזקן בישראל: מאפיינים, גיוס תרומות ומתנדבים, **גורנטולוגיה** (טרם פורסם).
- גולנדר, ח. ובריק, י. (2003). התפתחות השירותים לזקנים בישראל - מבט היסטורי, בתוך: א. רוזין, (עורך). **הזדקנות וזיקנה בישראל**. ירושלים: אשל, ג'וינט-ישראל.
- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה ומשרד הבריאות. (2003-2004). **סקר בריאות לאומי**. ירושלים: הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.
- המוסד לביטוח לאומי. (2009). **סקירה שנתית - 2008**. ירושלים: המוסד לביטוח לאומי - מינהל המחקר.
- יקוביץ, א. (2010). **מטפלים עיקריים ומטפלים זרים בזקנים: גורמים המסבירים נטל וסיפוק טיפול של המטפל העיקרי ושביעות רצון של המטפל הזר מעבודתו**. דוח מחקר. באר שבע: אוניברסיטת בן-גוריון בנגב.
- כורזים, מ. (1997). **מרכז יום - הנחיות לניהול והפעלה**. ירושלים: אשל-ג'וינט ישראל.
- מזרחי, א. והימבלאו, י. (1999). **קהילה תומכת - מחקר הערכה**. ירושלים: מכון מאיירס-ברוקדייל-ג'וינט ישראל.
- משרד הרווחה והשירותים החברתיים. (2010). **סקירת השירותים החברתיים**. ירושלים: משרד הרווחה והשירותים החברתיים.
- נתן, ג. (2008). **בחינת הרפורמה בהעסקת עובדים זרים בענף הסיעוד**. ירושלים: הכנסת - מרכז המחקר והמידע.
- קטן, י. ולבנשטיין, א. (1999). **עשר שנים להפעלת חוק ביטוח סיעוד: משמעויות ולקחים**. ירושלים: המרכז לחקר המדיניות החברתית בישראל.
- משאב - מאגר מידע ארצי לתכנון בתחום הזיקנה. (2009) **קשישים בישראל - שנתון סטטיסטי**. ירושלים: מכון מאיירס-ברוקדייל ואשל-ג'וינט ישראל.
- רזניצקי, ש., באר, ש., ניר, ש., כורזים, מ. וברודצקי, ג'. **מרכזי יום לזקן 2008-2010: מחקר הערכה** (טרם פורסם), מכון מאיירס-ברוקדייל-ג'וינט ישראל.

שטסמן, י. (2001). חוק ביטוח סיעוד לאחר שתיים עשרה שנה - בעיות ופתרון. **ביטחון סוציאלי**, 60: 8-30.

שטסמן, י., מערבי, י. וכהן, א. (2000). רפורמה בשירותי הבריאות לקשישים. **גרונטולוגיה**, 27: (1): 69-80.

AARP, (2000). *Fixing to stay: A national survey on housing and home modification issues*, Washington, D.C.

AOA - Administration on Aging (2009). *Community innovations for aging in place*. http://www.aoa.gov/AoA_Programs/HCLTC/CIAIP/index.aspx#Purpose.20/5/10.

Black, K. (2008). Health and aging in place: Implications for community practice. *Journal of community practice*, 16(1): 79-95.

Boulos, M.N.K., Lou, R.C., Anastasiou, A., Nugent, C.D., Alexanderson, J., Zimmermann, G., Cortes, U. & Casas, R. (2009). Connectivity for healthcare and well-being management: Examples from six European projects. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 6(7): 1947-1971.

Brick, Y. & Clarfield, M. (2007). JDC-Eshel, A unique non-governmental organization dedicated to the elderly in Israel. *Archive of Gerontology and Geriatrics*, 44: 225-234.

Cecilia, H., Ulla, A. & Stefan, O. (2009). Senior housing in Sweden: A new concept for aging in place. *Social Work in Public Health*, 24: 235-254.

Clarity, (2007). *Attitudes of seniors and baby boomers on aging in place*. <http://www.clarityproducts.com/research/Clarity-AgingIn-Place-2007.pdf>. Retrieved May 2010.

Fogel, B.S. (1993). Psychological aspects of staying at home. In: J.J. Callahan. (Ed.). *Aging in Place*. New York: Baywood.

Henkemans, B., Olivier, A., Alpay, L. & Dumay Andrie, C.M. (2010). Aging in place: Self-care in smart home environments. In: Mahmoud, A. Al-Qutayri (Ed.). *Smart Home Systems*.

Herbert, R., Durant, P., Dubac, N. & Toungray, A. (2003). PRISMA: A new model of integrated service delivery for frail older people in Canada. *International Journal of Integrated Care*, (www. document) URL <http://www.ijic.org/>

Hunt, M.E. (2001). Setting conducive to the provision of long term care. *Journal*

of Architectural and Planning Research 18(3): 223-233.

Hunt, M.E. (1990). Naturally occurring retirement communities: A multattribute examination of desirability factors. *The Gerontologist* 30(5): 667-673.

Hunt, M.E. (1985). Naturally occurring retirement communities. *Journal of Housing for the Elderly*, 3(3/4):2, 22.

Jouri, M., Beland, F. & Bergman, H. (2003). International experiments in integrated care for the elderly: A synthesis of the evidence. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 18: 222-235.

Kodner, D.(2006). Whole-system approaches to health care partnerships for the frail elderly: An exploration of North American models and lessons. *Health and Social Care in the Community*, 14(5): 384-390.

Matsuoka, Y. (2007). *For successful aging in place in elderly housing: Factors influencing subjective well-being of elderly housing residents of Denmark*. ENHR International conference 25-28 June, 2007, Rotterdam.

Ministry of Health and Social Affairs (1992). *The home modification legislation*, Stockholm.

Perez, F.R., Fernandez, G.F.M., Rivera, E.P. & Abuin, J.M.R. (2001). Ageing in place: Predictors of the residential satisfaction of elderly. *Social indicators Research*, 54 (2): 173-208.

Simizutani, S. & Inakura, N. (2007). Japan's public long-term care insurance and the financial condition of insurance: Evidence from municipally-level data, *Government Auditing Review*, 14: 27-40.

פרק ג': מדיניות הטיפול הרפואי בבית בראייה בינלאומית

נטע בנטור

מבוא

רוב האנשים הסובלים ממחלה קשה, מחלה כרונית או מוגבלות, מעדיפים להיות מטופלים בבית ולהישאר במחיצת בני משפחתם, ולא לעבור לבית חולים או למסגרת מוסדית אחרת. הבית הוא המקום שאליו אנו קשורים, בו מתרכזים זיכרונותינו, רגשותינו, ובו אנו חשים ביטחון ונחמה. שירותים לטיפול בית מאפשרים לאדם חולה או מוגבל להישאר בביתו ולקבל בו טיפול בהתאם לצרכיו, ובמקביל מסייעים לבני משפחתו להמשיך ולטפל בו. השירות הזה גם מאפשר לחולה ולבני משפחתו חופש בחירה גדול יותר מאשר בטיפול מוסדי. עם זאת, מתן מענה לצרכים הטיפוליים ולמאויים האישיים של חולים ומוגבלים במסגרת הבית דורש מחויבות ממשלתית וציבורית גדולה. נדרשת לכך נכונות פוליטית וערכים חברתיים ותרבותיים, המכירים בצרכי הפרט ונכונים להיענות להם. בנוסף לכך, נדרשים משאבים כספיים ומשאבי כוח אדם, כמו גם חינוך אנשי המקצוע בתחום הבריאות והרווחה. מעל לכול, נדרשת הרבה מאוד מוכנות של התומכים הלא פורמליים להשתתף בטיפול ולהיענות לצרכי יקיריהם.

עניינו של פרק זה הוא המדיניות החברתית והציבורית להספקת שירותי טיפול בבית לאנשים חולים ולמוגבלים. נסקור את הסוגיות הקשורות למדיניות פיתוח השירותים והספקתם באירופה ובצפון אמריקה ונעמוד על המורכבות הכרוכה בבחינת עלותם ויעילותם. נעשה מאמץ, ככל האפשר, לכלול במאמר נתונים רלוונטיים, אלא שהנתונים הקיימים מעטים ומתייחסים ברובם לעשור האחרון של המאה ה-20. כמו כן, לאור העובדה שמאפייניה של מערכת השירותים לטיפול בית בארצות הברית קשורים באופן שכמעט לא ניתן להפרדה לדפוסי מימונה, רוכז רוב המידע על אודותיה בסעיף העוסק במימון השירותים (ראה בהמשך פרק זה).

רקע כללי

באופן מסורתי, הטיפול בחולים, במוגבלים ובקשישים היה נתון בידי בני משפחה וארגוני צדקה דתיים וחילוניים. רק במהלך המאה ה-19, עם התפתחות מדינת הרווחה והביטוח הסוציאלי, התפתחו בהדרגה שירותים פורמליים לטיפול בקשישים ובמוגבלים בקהילה. אך גם השירותים האלה לא באו להחליף את המשפחה ואת התומכים הלא פורמליים, אלא

לסייע להם (Abel, 1995; Stone & Short, 1990; Stone, 2001; Twigg, Kling, Janssens et al., 1993). בעשורים האחרונים אנו עדים למגמת גידול בהיקפם של שירותים לטיפול בית ולעלייה בדרישה לשירותים האלה (Tjassing, Kling, Janssens et al., 1998). גורמים רבים קשורים לכך, ביניהם ניתן למנות מגמות דמוגרפיות ובייחוד עלייה במספר האנשים הזקנים והמוגבלים באוכלוסייה וכן שינויים אפידמיולוגיים ובעיקר הגידול במספר החולים הכרוניים, אשר רבים מהם סובלים בשנות חייהם האחרונות ממחלות ממושכות, מכאב, ממוגבלות תפקודית או גם קוגניטיבית, ותלויים בזולת בתפקודם (Andrews, 2001). למגמה זו תרמו גם שינויים חברתיים, כמו התגברות התודעה הצרכנית וההבנה כי ראוי להיענות להעדפותיהם של צרכני השירותים. בנוסף לכך, התפתחויות טכנולוגיות בתחום הרפואה והסיעוד הן מנוף חשוב להתפתחות השירותים, משום שהן מאפשרות הספקת טיפול רפואי וסיעודי באמצעות מכשירים ניידים, קטנים יחסית, הניתנים להפעלה בידי מי שאינם אנשי מקצוע (Levy, 2007). זאת, בנוסף להחדרת שיטות לטיפול מרוחק, ובעיקר למעקב שוטף אחר חולים כרוניים הגרים בבית באמצעות הטלפון והאינטרנט (Clark, Inglis, McAlister et al., 2007; Jaana & Pare, 2007). חשוב לציין, כי מדיניות הספקת השירותים לטיפול בית קשורה במידה רבה גם להיסטוריה של המדינה, למבנה הפוליטי שלה בעבר ובהווה, למצבה הכלכלי, לתשתיות קיימות, לתפקידה ולחוזקה של החברה האזרחית, ללכידות חברתית, לציפיות ביחס לאחריותה של המדינה לאזרחיה, להבדלים ולפערים בין קבוצות אוכלוסייה, למקומה של הדת בחברה ולגורמים אחרים המייחדים את המדינה (Ehrenfeld, 1998; Stone, 2001; Hutten & Kerkstra, 1996).

הפיתוח וההרחבה של השירותים לטיפול רפואי וסיעודי במסגרת הבית עולים בקנה אחד עם רפורמות ושינויים בארגון שירותי הבריאות ושירותי הרווחה, שחלו בעשורים האחרונים ברבות ממדינות המערב, ועם מגמת האל-מיסוד (Mechanic & Rocheford, 1990). הרפורמות במערכות השירותים נועדו, מצד אחד, להגביר את היעילות לצורכי האוכלוסייה ולשפר את איכות הטיפול ואת השוויוניות, ומצד שני להגביר את היעילות בהספקת השירותים ולרסן את עלויותיהם המאמירות. זאת, בעקבות הגידול העצום שחל במאה ה-20 באירופה ובארצות הברית בהיקפם ובמקומם של בתי החולים והמוסדות לטיפול ממושך בחולים, קשישים, ילדים עם צרכים מיוחדים, חולי נפש ואנשים עם מוגבלות (Risse, 1999). רק בשנות ה-60 של המאה ה-20, התעוררה התנגדות וביקורת לגידול העצום בהיקף האשפוז הממושך של זקנים, חולי נפש וילדים עם צרכים מיוחדים (Mechanic, 1994).

מגמת האל-מיסוד, או בשמותיה האחרים טיפול קהילתי, המשכיות טיפול וטיפול משולב, קיבלה עידוד ודחיפה משמעותיים כאלטרנטיבה וכחלופה לאשפוז ממושך ואף אשפוז אקוטי. בין הדוגמאות הבולטות למגמה זו מוזכרים, לעתים קרובות, צמצום האשפוז הפסיכיאטרי הממושך (Klerman, 1982; Talbott, 2004) והשארת ילדים עם צרכים מיוחדים בקהילה או חינוכם במסגרות טיפול קטנות. במקביל, המדיניות הזו חלה גם לגבי מוגבלים מבוגרים

וקשישים אשר בצד הרצון להשאירם בקהילה ולא להעבירם למיסוד, קיימת הכרה בצורך לשפר את הטיפול בהם ולהרחיב את השירותים שהם ובני משפחתם זקוקים להם.

מגמת האל-מיסוד התרחשה במדינות שונות בתקופות שונות, בקצב שונה ובאמצעות תהליכים שונים. במדינות מערב אירופה המגמה הזו התחילה והתפשטה כבר בשנות ה-70 של המאה ה-20, בעוד שבמזרח אירופה התקיים מיסוד נרחב עוד בשנות ה-90 של המאה ה-20 (Risse, 1999). כתוצאה מכך, קיים גם מגוון רחב של גישות ואסטרטגיות למימון, לארגון ולהספקת שירותי טיפול בית, חלקן באחריות ממשלתית, מחוזית או עירונית וחלקן משולבות. קיימים גם הבדלים בין התכניות מבחינת השילוב בין שירותים רפואיים לבין שירותים חברתיים והגישות כלפי מחויבות התומכים הבלתי פורמליים לטפל בבני משפחותיהם הזקוקים לטיפול (Hutten & Kerkstra, 1996).

בעשורים האחרונים התרחבו השירותים המסורתיים לטיפול רפואי בבית, עם הפעלתם של שירותים לטיפול בית לחולים קשים, כמו למשל אשפוז בית (home hospitalization), המספק טיפול רפואי מורכב. טיפול זה כולל: דיאליזה, הזנה ומתן תרופות דרך הווריד, טיפול בית משמר לחולים כרוניים, הוספיס-בית (home hospice) לחולים במצבי סוף החיים, שיקום בית ושירותים רפואיים אחרים (Kane, Finch, Chen et al., 1994; Welch, Wennberg & Welch, 1994; Kenny, 1991; Bentur, 2001). כל מדינות המערב מכירות כיום בחשיבות שיש להספקת מגוון שירותים רפואיים לטיפול בית וטווח רחב שלהם, כדי לענות לצרכים של קבוצות אוכלוסייה מועדות, כמו חולים כרוניים, חולים במחלות ממאירות ממושטות ומוגבלים בתפקוד. אולם, המשמעות המלאה של ההכרה הזו, והפיכתה למדיניות מוגדרת, שונה מאוד בין מדינה למדינה, ותלויה באפשרויותיה ובמערך השירותים הקיים בה. למשל, במדינות רבות במזרח ובדרום אירופה, השירות הזה הרבה פחות מפותח מאשר במדינות הנורדיות (Ehrenfeld, 1998; Hutten & Kerkstra, 1996; Vladu, 1998; Fedullo, Jansone & Ignatenko, 2004). בין השנים 2001 ל-2004, ערכה קבוצה של חוקרים מה- "Aged in Home Care in European Countries" (ADHOC) מחקר, שכלל 11 מדינות באירופה, שבו נבחנו מאפייני השירותים לטיפול בית, אנשי המקצוע המועסקים בהם, מאפייני המטופלים ותוצאות הטיפול במשך שנה (Bernabei, Gray, Hirdes et al., 2009). ממצאי מחקר זה והשוואות בין מדינות אירופה מהווים בסיס מידע מקיף לקובעי מדיניות ולספקי שירותים לתכנונם ולפיתוחם של השירותים (Sørbye, Garms-Homolova, Henrard et al., 2009), ומקור מידע חשוב למאמר הזה.

המושג "טיפול בית" כולל בחובו מגוון רחב של שירותים וטיפולים, ומעורבים בהם שורה ארוכה של בעלי מקצוע ומטפלים. במאמרה המקיף והמעמיק "מטרות טיפול בית: טיפוליות, מפצות, שניהם או רק אחד מהם?" סווגה רוזלין קיין (Kane, 1999) את השירותים לטיפול בית לשתי קבוצות עיקריות. הראשונה כוללת שירותים המספקים טיפול בריאותי (treatment), ונועדו לשפר את התפקוד הפיזי, הקוגניטיבי, הפסיכולוגי והחברתי של האדם

והם מתקשרים לעתים קרובות עם המודל הרפואי של שירותי טיפול בית. השירותים האלה מסופקים לחולים אקוטיים או תת-אקוטיים ועשויים לשמש חלופה לאשפוז, ולחולים כרוניים הזקוקים לטיפולים רפואיים משמרים. הקבוצה השנייה כוללת שירותים מפצים (compensatory), והיא כוללת בעיקר טיפול אישי שנועד לסייע לאדם שאינו מסוגל לתפקד בכוחות עצמו להישאר בביתו. השירותים האלה מתקשרים עם המודל המסופק לרוב בידי רשויות הרווחה, כמו, למשל, טיפול במסגרת חוק סיעוד בישראל. במקרים רבים קיימת חפיפה, לפחות חלקית, בין שני המודלים והגבולות ביניהם מטושטשים למדי. זאת ועוד, עבור האנשים הזקוקים לטיפול ולעזרה בבית, ההפרדה הזו היא מלאכותית, לעתים קרובות לא מובנת ומערימה קשיים ומחסומים לקבלת השירותים הדרושים להם. הם זקוקים לסל של טיפולים ושירותים בהתאם לצרכיהם, אשר יאפשר להם למקסם את תפקודם בבית ולהישאר בו.

מאחר שעניינו של פרק זה הוא, כאמור, מדיניות הספקת טיפול ושירותים בבית לאנשים חולים ומוגבלים, השימוש במושג "שירותי טיפול בית" מתייחס לארגון ולהתנהלות מערכות השירותים המסופקים בידי רשויות ממלכתיות, כמו המדינה, הפרובינציה או הרשות המוניציפלית, ללא קשר לרכיבים ולסוגי הטיפולים והשירותים שהם מספקים. כאשר נסקור את סל השירותים הניתנים בשירותים השונים נתייחס לרכיבי הטיפול המסופקים בידי רשויות שונות.

סוגיות במדיניות פיתוח שירותים לטיפול בית והספקתם

קיימות מספר סוגיות מרכזיות, המשותפות לרוב מדינות המערב, ביחס לפיתוח ולהפעלה של שירותים לטיפול בית והן: מבנה וארגון השירותים, תנאי הזכאות לקבלתם, דרך הספקתם ומה הם כוללים ודרך מימונם. מטבע הדברים, קיימת חפיפה לא מעטה בין השאלות האלה. בהמשך המאמר נציג אותן במפורט ונבחן כיצד מדינות שונות מתמודדות עימן.

מבנה השירותים לטיפול בית וארגונם

האחריות להספקת השירותים לטיפול בבית נתונה ברוב המדינות בידי המדינה, הפרובינציה או המחוז והרשות המוניציפלית. לרוב, העקרונות למימון ולהספקת השירותים דומים לעקרונות המימון וההספקה של שירותי הבריאות והרווחה האחרים הניתנים באותה המדינה (Glendining, Davis, Pickard et al., 2004). השירותים לטיפול בית ברוב המדינות הם שירותים עצמאיים וממוקמים ברצף שבין השירותים הרפואיים לשירותים החברתיים, אך בכל מדינה יש לשירותים האלה מאפיינים ייחודיים.

במדינות אירופה קיימים, בהיקף וברמה שונה, שירותי טיפול בית משני סוגים עיקריים (Hutten & Kerkstra, 1996). הסוג הראשון כולל סיוע בפעולות הקשורות לטיפול אישי, למשל לבישה, רחצה, נטילת תרופות וסיוע בביצוע עבודות בית, כמו ניקיון, קניית, הסעות וליווי לפעילויות ולשירותים. בחלק מהמדינות נכללים במסגרת זו גם שירותי שמירת לילה לקשישים בודדים, שאינם יכולים להישאר לבד בבית בשעות הלילה. ברוב המדינות פועלים גם מרכזי יום לקשיש, ובמספר מצומצם של מדינות פועלים מרכזי לילה לקשישים. שירותים להתאמת הבית או טכנולוגיה מסייעת קיימים בהיקף הרבה יותר מצומצם והם פחות שכיחים. הסוג השני של שירותים כולל טיפול רפואי בבית. שירותים אלה מסופקים בידי מערכת הבריאות והם כוללים, בדרך כלל, ביקור רופא ואחות, שירותי שיקום הניתנים בידי פיזיותרפיסטים ומרפאים בעיסוק וגם שירותי מניעה, כמו, למשל, חיסון נגד שפעת.

ברוב מדינות אירופה האחריות לארגון, למימון ולהספקת השירותים לטיפול אישי בבית נפרדת מהאחריות לשירותי טיפול בית רפואי, והיא נתונה בידי שירותי הרווחה של הרשויות המוניציפליות. האחריות לארגון, לניהול ולהספקת טיפול בית רפואי היא בידי רשויות הבריאות, לרוב ממשלתיות (Lundsgaard, 2005). במדינות שבהן יש חוקים ממלכתיים ייעודיים ותכניות מיוחדות לטיפול ממושך, למשל בגרמניה ובהולנד, גורם אחד אחראי למימון ולהספקת השירותים הרפואיים והסיעודיים. הממשלה והרשויות המוניציפליות אחראיות למימון השירותים באמצעות תשלום ייעודי, מיסוי כללי ודמי השתתפות עצמית. הספקת השירותים נעשית אמנם בידי ארגונים לא ממשלתיים, ללא מטרת רווח וגם בידי ארגונים למטרות רווח, אך הם ברישוי ובפיקוח ממשלתי (Campbell, Ikegami & Gibson, 2010; Hutten & Kerkstra, 1996).

במטרה לאפיין את דפוסי השילוב בין השירותים הרפואיים והסוציאליים, את היקפם ואת המשכיות הטיפול בקשישים בקהילה, בדקה קבוצת ADHOK את המבנה ואת תהליכי הספקת השירותים בשמונה ערים באירופה. בניתוח סטטיסטי נמצאו ארבעה מודלים עיקריים (Henrard, Ankri, Frijters et al., 2006). במודל הראשון, שנקרא מודל רפואי-סוציאלי, יש גורם ייעודי אחד המספק, בנוסף לטיפול הרפואי, גם שירותים סוציאליים בהיקף נרחב. המודל מאפיין בהמשכיות טיפול ובקיטום של גוף אחד שמרכז את הטיפול (Single entry point). המודל הזה קיים בארבע ערי הבירה של המדינות הנורדיות ובאמסטרדם. השירותים כוללים עזרה ב-ADL, טיפול סיעודי וטיפול רפואי בעל מרכיבים שונים. באוסלו ובהלסינקי ניתנים מעט שירותי פיזיותרפיה וריפוי בעיסוק, בעוד שבאמסטרדם ובסטוקהולם הטיפולים האלה לא ניתנים כלל בבית. המודל השני של שילוב בין שירותים נקרא "מודל רפואי" והוא כולל טיפול סיעודי רפואי וטיפול שיקומי, אך אינו כולל שירותים סוציאליים. המודל הזה קיים במונזה (צפון איטליה), רקיוויק (איסלנד) ואשפורד (שוויץ). המודל השלישי נקרא "מודל מפוצל" ומאפיין בפיצול שבין הספקת שירותים רפואיים לבין הספקת שירותים

סוציאליים ועזרה ב-IADL וקיים בפרג (צ'כיה) ובאמינס (צפון צרפת). המודל הרביעי משלב בין רכיבים של כל המודלים האחרים וקיים בנירנברג (בדרום גרמניה).

גם ביפן יש ביטוח חובה ייעודי לקשישים (Health Insurance of the Elderly, HIE). זוהי תכנית מיוחדת לקשישים, בנוסף לביטוח בריאות ממלכתי חובה, שמיועד לשאר האזרחים. מחציתו של המימון הוא מידי המדינה ומחציתו מתשלומי ביטוח, אך יש גם השתתפות עצמית נמוכה. השירותים המרכזיים במסגרת החוק כוללים אשפוז ממושך במוסד סיעודי, טיפל בית הכולל טיפול אישי וניהול משק הבית, התאמת הבית, פיקוח רפואי, ביקורי אחות ומכשירי עזר לעצמאות בבית. האחריות להספקת השירותים היא בידי הרשויות המקומיות, אך רובם מסופקים בפועל בידי גורמים פרטיים וציבוריים ולא בידי הרשויות הממלכתיות (Campbell, Ikegami & Gibson, 2000). הגידול המהיר במספרם הכולל ובשיעורם של הקשישים באוכלוסיית יפן, השפיע על ההיקף העצום של ההוצאות על טיפול ממושך. כתוצאה מכך, הממשלה ערכה בשנת 2006 רפורמה בחוק ביטוח הבריאות לקשישים. שני העקרונות המרכזיים של הרפורמה היו: הפחתת מספר המיטות בבתי חולים כלליים ובבתי חולים לטיפול ממושך באמצעות צמצום משך האשפוז, והרחבת השירותים לכיוון הקהילתי. במסגרת זו, הועלה התשלום בעבור הרכיב המלונאי של המוסדות לאשפוז ממושך, ובמקביל, הורחבו ושופרו מאוד השירותים לטיפול ממושך בקהילה. במטרה לדרות התפתחות מוגבלות וכדי לצמצם את מספר הקשישים המוגבלים מאוד, שיהיו זקוקים בעתיד לטיפול בית יקר, פותח סל שירותים ייעודי לקשישים בדרגות מוגבלות נמוכות. הסל הזה כולל הרחבה ופיתוח של מרכזי יום ומועדונים בקהילה, מתן טיפול קבוצתי לפעילות גופנית בקהילה, הדרכה תזונתית, קבוצות ושירותים לקשישים הסובלים מירידה קוגניטיבית קלה ופיתוח תכניות מניעה וקידום בריאות בקהילה (Campbell et al., 2010; Tsutsui & Muramatsu, 2007).

בארצות הברית, האחריות להספקת שירותי טיפול בית היא בחלקה פדרלית ובחלקה בידי המדינות (States). ספק שירותי טיפול בית הגדול ביותר בארצות הברית הוא ה-Medicare (להלן: "מדיקאר"), שהוא הגוף האחראי לביטוח ולהספקת שירותי בריאות לאזרחים מקבלי ביטוח לאומי בני 65 ומעלה. בשנת 2007 סיפק ה"מדיקאר" 66% מכלל שירותי הטיפול בבית והוספס בית (Park-Lee & Decker, 2010). בארצות הברית, הטיפול בבית מסופק בעיקר בידי ארגונים שלא למטרות רווח וארגונים למטרות רווח, אשר מקבלים רישוי ומפוקחים בידי הרשויות הפדרליות ושל המדינה. הטיפול שמספק "מדיקאר" כולל ארבעה רבדים:

הרובד הראשון (Medicare part A) כולל אשפוז בבית חולים אקוטי, תת-אקוטי, שיקומי, סיעודי מורכב והוספס. כמו כן, רובד זה כולל טיפול בית רפואי למרותקים לבית, במסגרתו ניתנים, בהיקף מוגבל, ביקור אחות, פיזיותרפיה, ריפוי בעיסוק, ריפוי בדיבור, עזרה זמנית ומוגבלת מאוד של מטפלת, מכשירים בסיסיים הנדרשים על בסיס קבוע ורשימה מצומצמת

של תרופות על פי מרשם. הרובד הראשון מסופק ללא תשלום, לכל מי ששילם מיסים פדרליים במהלך חייו, וכל מי שזכאי לו רשאי גם לקנות שלושה רבדים נוספים של "מדיקאר".

הרובד השני (Medicare Part B), שקנייתו כרוכה בתשלום פרמיה נמוכה, כולל שירותים רפואיים, כמו ביקור בית של רופא, ביקור במרפאות מומחים, הרחבה של טיפול רפואי בבית, וחלק משירותי המניעה.

הרובד השלישי (Medicare Advantage Plans או Medicare Part C) כולל בעיקר שירותים הניתנים בשני הרבדים הקודמים, אך מסופקים בידי חברות פרטיות למטרות רווח ולא בידי ה-HMOs, וקופות שלא למטרות רווח. לעתים, כוללת הפוליסה גם טיפולי מניעה ובדיקות סקר לראייה ולשמיעה, בהתאם לפוליסה שהקשיש קונה. הפרמיה ברובד זה גבוהה יותר מאשר בקודמות, ולרוב נרכשת בנוסף ולא במקום שני הרבדים הקודמים.

הרובד הרביעי (Medicare Part D) מכסה הרחבה של סל התרופות ומותנה גם הוא ברכישת פוליסה נפרדת.

תנאי הזכאות לקבלת שירותים של טיפול בית

אחד הגורמים המכריעים בקביעת המבנה וההיקף של השירותים לטיפול בית הוא הגדרת הזכאות לקבלתם. כל המדינות קבעו עקרונות המעוגנים בחוקי המדינה, הפרובינציה או המחוז ובחוקים מוניציפליים המקנים זכאות לקבלת השירותים האלה. גיל אינו מהווה תנאי לזכאות לקבלת טיפול בבית, אך תפקוד בטיפול אישי ב-ADL מהווה תנאי הכרחי בכולן. במדינות שונות נקבעה רמת מוגבלות שונה והיא קשורה לקריטריונים ולכלים להערכת התפקוד בכל מדינה. במדינות נורדיות אנשים הלוקים במוגבלות תפקודית וקוגניטיבית קלה יחסית זוכים לקבל טיפול בבית, בעוד שבמדינות מרכז אירופה ודרומה, כמו איטליה, צרפת וגרמניה, השירותים האלה מסופקים רק למוגבלים מאוד בתפקוד ולמי שזקוקים לעזרה רבה (Bernabei et al., 2009; Carpenter, Gambassi, Topinkova et al., 2004). במדינות שבהן יש חוק לביטוח ממלכתי לטיפול ממושך, כמו אוסטרליה, גרמניה ואנגליה, הזכאות לטיפול בבית תלויה גם במצב הרפואי. במדינות שיש בהן ביטוח חובה לטיפול ממושך (ביטוח סיעודי), המכסה גם טיפול בית, הזכאות לשירותי טיפול בית נקבעת הן בהתאם לרמת המוגבלות והן בהתאם למצב הרפואי שבגללו האדם תלוי בעזרת הזולת כדי לבצע פעולות יומיום. ההפניה לטיפול בית ואישור הזכאות ניתנים במקצת מהמדינות, כמו בצרפת, בידי רופא, אך ברובן הערכת הצרכים נעשית בידי אחיות מהשירותים לטיפול בית, אשר קובעות הן את הזכאות לשירותים והן את היקפם בהתאם לרמת המוגבלות (Parry-Jones & Soulsby, 2001). בהולנד נעשית בדיקת הזכאות בידי גופים עצמאיים באמצעות כלי הערכה אחידים (Algera, Francke, Kerkstra et al., 2003).

ביפן הזכאות לקבלת טיפול בית במסגרת חוק ביטוח בריאות לקשישים היא לבני 65 ומעלה, המוגבלים בתפקוד ב-ADL ובכלל זה גם מי שלוקים בירידה קלה בתפקוד אשר מקבלים בעיקר שירותי מניעה ומעקב. כמו כן, זכאים לכך בני 40 עד 64, הסובלים ממוגבלות תפקודית משמעותית עקב מחלות כרוניות, כמו שבץ מוח או דמנציה (Campbell & Ikegami, 2000). בארצות הברית, הזכאות לקבלת טיפול בבית מידי "מדיקאר" לאזרחים מגיל 65 ומעלה, תלויה במצב הרפואי ובמידת הריתוק לבית. בנוסף לכך, גם אנשים מוגבלים, המקבלים תגמולי נכות מהביטוח הלאומי, זכאים לטיפול בית מידי "מדיקאר", לפחות בחלקו, לזמן מוגבל ולעתים רק עבור האבחנה הרפואית הקשורה למוגבלותם. ההפניה לשירותי טיפול בית חייבת להיות בידי רופא (NAHC, 2000).

כידוע, חלק משמעותי מהטיפול בקשישים ובאנשים מוגבלים בכל העולם, ובכלל זה גם במדינות המערב, מוטל על בני משפחתם. למרות זאת, ברוב מדינות אירופה ובארצות הברית, זמינות הטיפול בידי בני משפחה והיקפו לא נכללו בתנאי הזכאות לטיפול בית. במספר מדינות, במיוחד בדרומה של אירופה, כמו ספרד, פורטוגל, איטליה ויוון, שבהן יש מסורת ארוכת שנים של טיפול בבני משפחה קשישים ומוגבלים, יש גם מחויבות חוקית להספקת הטיפול בידי בני המשפחה. במדינות אחרות המשפחה מחויבת להשתתף בעלות הטיפול, כמו למשל באוסטריה, בצרפת, בפולין, באסטוניה, בבלגיה ובחלק מקנטוני שוויץ. במדינות האלה הספקת טיפול בית מותנה במבחן הכנסות של המשפחה ושל הקשיש המוגבל, והוא מותנה גם בזמינות העזרה מבני משפחה (WHO, 2008).

דרכים שונות להספקת השירותים

השירותים לטיפול בית יכולים להינתן לזכאים בצורות שונות ובעיקר ישירות ממערכת השירותים בכל מדינה, באמצעות רכישות מידי ארגונים לא ממשלתיים, הכוללים ארגונים שלא למטרות רווח (המגזר השלישי) וארגונים למטרות רווח וכן ממשאבים של החברה האזרחית (Glendinning et al., 2004). ברוב מדינות אירופה מעורבים בטיפול בקשישים ובמוגבלים בבית, בנוסף למדינה, גם ארגונים לא ממשלתיים (NGOs), כמו ארגונים ולונטריים, ארגוני צדקה וארגונים דתיים של הכנסייה. לעתים, ארגונים אלה עובדים בתיאום ובשיתוף פעולה עם השירותים הממשלתיים. אחד הארגונים הפעילים והמוכרים ביותר הוא הצלב האדום, אשר הקים במדינות כמו צ'כיה ויוון את השירותים הראשונים לטיפול בית (WHO, 2008).

שירותי טיפול בית דורשים מעורבות גדולה של כוח אדם מקצועי, בתחומי הרפואה והרווחה וכוח אדם לא מקצועי. אנשי המקצוע כוללים רופאים, אחיות, פיזיותרפיסטים, מרפאים בעיסוק, מרפאים בדיבור ועובדים סוציאליים. כוח האדם הלא מקצועי כולל מטפלים, מלווים ומתנדבים. אחיות מהוות את הקבוצה הגדולה ביותר של אנשי מקצוע

המעורבים במתן טיפול בית. לעתים קרובות, הן עורכות את ההערכה המקיפה, קובעות את הזכאות ואת תכנית הטיפול בקשיש או בחולה המרותק לבית ואף מספקות את הטיפול באופן שוטף. בעקבות ההתפתחות העצומה של הטכנולוגיה הרפואית, ובמיוחד עקב הקטנת נפח ומשקל המכשור הרפואי, חולים כרוניים ואנשים הלוקים במצבים מורכבים יכולים להישאר בבית במקום להיות במוסדות. לאחיות בעלות מומחיות ייחודית ומקצועיות גבוהה יש תפקיד מרכזי בטיפול בחולים האלה. על אף שבני המשפחה מטפלים בהם באופן שוטף, ובכלל זה גם מפעילים את המכשור, לאחיות בעלות מומחיות בתחומים, כמו הנשמה, טיפול בסטומות, בכאב ובפצעים עמוקים, יש תפקיד מרכזי וחינוכי בהספקת הטיפול הרפואי השוטף בבית (Farrero, Escarrabill, Prats et al., 2001). זאת ועוד, בחלק מהמדינות בארצות הברית ממלאות אחיות בעלות הכשרה מיוחדת (nurse practitioners) תפקיד מרכזי בניהול הטיפול הכולל של חולים כרוניים בקהילה. הן אחראיות לניטור, להזמנת בדיקות מעבדה, לקביעת תכנית הטיפול ולשינויה, להתוויית חלק מהתרופות לשינוי הנדרש, להזמנת מומחים, לטיפול שיקומי ולהפניה לבית חולים (American Academy of Nurse Practitioners). נראה כי בעתיד יותר ויותר חולים המרותקים לבית יקבלו טיפול מידי אחיות, אשר בהדרגה יעבדו באופן עצמאי בקביעת תכנית הטיפול, בתיאום בין אנשי המקצוע ובניהול הטיפול.

בעשורים האחרונים התעוררה בעיה של מחסור בכוח אדם מקצועי, בעיקר אחיות, ובכוח אדם לא מקצועי, בעיקר מטפלים, במדינות מערב אירופה ובצפון אמריקה. קיימים הבדלים עצומים בין המדינות מבחינת שיעור המטפלים באוכלוסייה. למשל, בשוודיה, שיעור המטפלים עמד בשנת 1995 על 9 מטפלים לאלף תושבים ובדנמרק על 6.2, לעומת 0.7 בצרפת ו-0.2 בספרד (Hutten & Kerkstra, 1996). הבעיה הזו גוברת והולכת ברוב מדינות מערב אירופה ובצפון אמריקה, ומביאה לתופעה בעלת השלכות סוציולוגיות נרחבות ולמעשה משבר גלובלי בנושא הסיעוד בקשישים ובמוגבלים בכל העולם. המחסור במטפלים במדינות המערב מלווה בהגירה עצומה של עובדים ממדינות עניות, הן מדרום אירופה, אך בעיקר מדרום-מזרח אסיה, אל מדינות המערב (Browne & Braun, 2008) על פי הערכות בתחילת המאה ה-21, כ-17% מהמטפלות בקשישים בקהילה בארצות הברית הן מהגרות (Paral, 2004). באיטליה למשל, הגיע שיעור המטפלים שלא נולדו באיטליה ל-83% מכלל המטפלים בשנת 2006, לעומת 20% בשנת 2001 (Eurostat, 2008). לחלק מהמטפלים המהגרים אין רישיון עבודה רשמי, אין להם הכשרה בתחום הסיעוד והטיפול בזקנים, וקיים חשש לגבי איכות הטיפול שהם מספקים. זאת ועוד, כתוצאה מההגירה מהמדינות העניות, חלקן, כמו למשל מדינות דרום אירופה ומזרחה ומדינות דרום-מזרח אסיה, סובלות ויסבלו בעתיד מתופעה של שאיבת כוחות עבודה צעירים, ובכלל זה אחיות ורופאים בעלי השכלה פורמלית. כתוצאה מכך, עלול להיווצר במדינות האלה מחסור לא רק במטפלים בבני משפחה קשישים, אלא גם באנשי מקצוע משכילים (Browne & Braun, 2008). אלא שחלק

מהמדינות העניות בדרום-מזרח אסיה אינן מונעות את ההגירה מהן ולעתים אפילו מעודדות אותה כמקור הכנסה (Marchaand & Runyan, 2003).

עם זאת, כאמור, גם למטפלים הבלתי פורמליים יש תפקיד חשוב בטיפול בקשישים ובמגבילים הנמצאים בבית. מחקר שנערך ב-11 מדינות באירופה בידי צוות חוקרים של ה-Inter-RAI התמקד בשיתוף הפעולה בין גורמי הטיפול הפורמליים לבין גורמי הטיפול הבלתי פורמליים במסגרת השירותים לטיפול בית. נמצא, כי תרומת המטפלים הבלתי פורמליים שונה מאוד בין מדינות אירופה. למשל, המטופלים בבית במדינות הנורדיות מקבלים באופן יחסי הרבה פחות עזרה מהמטפלים הבלתי פורמליים שלהם, עד כדי שליש בהשוואה למטופלים בגרמניה, באיטליה ובצרפת (Onder, Finne-Soveri, Soldato et al., 2009).

מימון השירותים לטיפול בית

סוגיית מימון השירותים לטיפול בית כוללת שתי שאלות נפרדות. הראשונה, מתייחסת למקורות המימון והמשאבים להפעלת השירותים, והשנייה, לשיטות להקצאתם לזכאים ולזקוקים להם.

מקורות המימון

מקורות המימון של השירותים לטיפול בית בכל מדינה דומים לאלה של מערכת שירותי הבריאות ומערכת שירותי הרווחה האחרים באותה המדינה. קיימים שלושה מקורות עיקריים של משאבים להספקת השירותים והם: המדינה, המשפחה והחברה האזרחית. עם זאת, יצוין כי בארצות הברית, גם המעסיקים נוטלים חלק במימון שירותי הבריאות. המדינה עשויה לממן שירותים באמצעות מיסוי כללי, דמי ביטוח לאומי ומיסוי מוניציפלי. הקשיש ובני משפחתו מעורבים במימון השירותים במספר דרכים. ראשית, באמצעות דמי השתתפות עצמית בעבור השירותים, שנית, בהוצאות הישירות שיש להם, הקשורות לטיפול בבית ושעליהן הם לא יקבלו החזר, ושלישית, בהוצאות על טיפולים שלא כלולים בסל השירותים הפורמליים לטיפול בית. אולם, המחיר הגבוה ביותר עבור בני המשפחה הוא הפגיעה ביכולתם להתפרנס בשל היעדרות תכופה מהעבודה או צמצום בהיקף המשרה עד כדי חוסר יכולת לצאת לעבודה. סוגיה זו, על רכיביה השונים והיקפה, נידונה בפרקים אחרים בספר. תרומת החברה האזרחית באה לידי ביטוי באמצעות התנדבות לטיפול ולביקור חולים בבית ותרומות (Wittenberg, Sandhu & Knapp, 2002).

ברוב המדינות מעורבים שלושת הגורמים במשותף במימון השירותים לטיפול בית, וקיים קושי לקבוע את חלקם היחסי בכל מדינה ומדינה. זאת, משום שלרוב מימון השירותים

נעשה במשותף באמצעות תקציבי הבריאות, הביטוח הסוציאלי ושירותים סוציאליים, ומשום שההוצאות הפרטיות מהוות אמנם מרכיב גבוה במימון השירותים, אך שונה מאוד בין המדינות. למשל, ההוצאה הציבורית לטיפול בית נעה בין 0.2% מה-GDP בספרד לבין 2.75% בשוודיה (Lundsgaard, 2005).

לאור העלייה בדרישה לשירותי טיפול ממושך, חלק ממדינות אירופה החליטו להעלות את המיסוי הכללי או את התשלום לביטוח לאומי כדי לממן את השירותים האלה (Lundsgaard, 2005). במדינות עם כיסוי אוניברסלי לטיפול ממושך, התעורר חשש ביחס ליכולת להמשיך ולממן את מערכות השירותים, ובמיוחד במדינות בעלות שיעור הזדקנות גבוה. כתוצאה מכך, הולנד וגרמניה יצרו מערכת מימון נפרדת לשירותי טיפול ממושך, ובהולנד גם צמצמו את המימון הציבורי. בגרמניה, לא העלו את המימון הציבורי וכתוצאה מכך נוצר פער בין הצרכים לבין המענים. בחלק מהמדינות, בעיקר באלה שרוב הזקוקים לטיפול בית זוכים לקבלו, כמו למשל במדינות סקנדינביה, הכניסו לתנאי הזכאות מבחן הכנסות או שהעלו את רף הזכאות.

גם בארצות הברית חלו שינויים משמעותיים במערכת התגמול והספקת שירותים לטיפול בית בעשור האחרון. בין השנים 1988 ל-1996 גדלו הוצאות ה"מדיקאר" ב-31% מידי שנה. זאת, הן עקב עלייה דרמטית במספר המשתמשים והן בגלל הגידול בהיקף השימוש של כל משתמש. באותן השנים עלה מספר הזכאים שקיבלו טיפול בית ב-225% ושיעור הביקורים לחולה עלה ב-343%, מ-23 ביקורים בממוצע בשנה ל-79. הסיבות העיקריות לכך היו שימוש עודף בשירותים בהיעדר הגבלה על גובה סל השירותים, בייחוד בקרב קשישים בודדים וחולים כרוניים המרותקים לבית, אשר עקב סיבות סוציאליות, ולא דווקא רפואיות, קיים קושי לסיים את הטיפול בהם. גם העלות השנתית למשתמש עלתה ב-374% (McCall, Komisar, Petersons et al., 2001; Murtaugh, MacCall, Moore et al., 2003). הסיבות העיקריות שאפשרו את העלייה הזו היו: הגדרה גמישה של תנאי הזכאות, הפעלת שיטת תגמול לפי אבחנות (DRGs) לבתי החולים המעודדת שחרור מוקדם, השיפור העצום בטכנולוגיה רפואית והעדפות החולים. גם שיטת התגמול של החברות לטיפול בית, אשר אפשרה להן לקבל תשלום בעבור כל ביקור בית שהן עושות עד לתקרה מסוימת, תמרצה אותן לספק טיפולים רבים (Hadley, Rebin, Epstein et al., 2000).

בעקבות זאת, עלו טענות בממשל הפדרלי, כי לא ניתן יהיה להמשיך ולעמוד בהוצאות המאמירות וכי יש למקד את הספקת השירותים לזקוקים להם ביותר ולקשישים תשושים (McCall et al., 2001; Corazzini, 2003). לאור זאת, נחקק בשנת 1997 חוק ה-Balanced Budget Act (BBA), אשר שינה את תנאי הזכאות לשירותים לטיפול בית ואת היקף הכיסוי שלהם. החוק קבע שינויים משמעותיים בפיקוח על ההוצאות, אשר התבטאו בתמריצים לחברות המספקות את השירותים כדי שיפעלו בצורה יעילה יותר ויצמצמו את הספקת הטיפול לחולים כרוניים הזקוקים לטיפול ממושך. הוגדרו מושגים של "זמניות" (intermittent)

ושל "ריתוק לבית" ולפיהם, הזכאות לטיפול בית רפואי מידי ה"מדיקאר" הוגבלה אך ורק לאנשים המרותקים לבית, למי שזקוקים באופן זמני לטיפול סיעודי מורכב ולמי שרופא קבע שהם זקוקים לטיפול ולהשגחה רפואית על תכנית הטיפול בבית. חולים אלה זכאים לקבל מספר מוגבל של ביקורים מתוך רשימה של שישה מקצועות בריאות. מי שזקוק אך ורק לטיפול אישי, אך אינו זקוק לטיפול רפואי, אינו זכאי לטיפול בית מידי ה"מדיקאר". במקביל לכך, קבע ה-BBA שינוי משמעותי עוד יותר, אשר נכנס לתוקפו בשנת 2000, לפיו התפתחה מערכת תשלום פרוספקטיבי (Prospective Payment System - PPS) לתגמול הטיפול בבית. במהלך תקופת המעבר, בין שנת 1997 לשנת 2000, החברות קיבלו תשלום נמוך יותר בעבור ביקור ורוסן מספר הביקורים לכל חולה. ממצאים ראשוניים של מעקב אחר השינויים התחיקתיים האלה לימדו על שינויים בדפוסי הפעילות של החברות המספקות טיפול בית, על שינוי במאפיינים של מקבלי טיפול, ובעקבות זאת על ירידה דרמטית בהוצאות של ה"מדיקאר" (Murtaugh et al., 2003; McCall et al., 2001). מעקב ממושך יותר מלמד על ירידה נוספת בהיקף השימוש בשירותים לטיפול בית, ירידה בתשלום בעבור השירות, שינויים בתמהיל השירותים ובמאפייני החולים המטופלים בבית לטובת חולים בעלי צרכים מורכבים. כך למשל, מספר מקבלי טיפול בית ל-1,000 זכאי "מדיקאר" ירד בשליש, מ-100 בשנת 1997 ל-70 בשנת 2001, מספר הביקורים הממוצע לאדם ירד ב-60%, מ-79 ל-32, ומספר הביקורים הכולל ירד בין 1997 ל-2001 ב-72%. השינויים האלה בדפוסי השימוש בשירותי טיפול בית הביאו לירידה של 54% בהוצאות ה"מדיקאר" לטיפול בית (Ahrens, 2005). מחקר שבחן את השפעת השינויים האלה על דפוסי הספקת שירותים לטיפול בית לימד על שינויים דרמטיים בחברות המספקות את השירותים. רבות מהן נסגרו, בעיקר יחידות שלא היו חלק ברשת שפעלה במקומות רבים, וחברות גדולות צמצמו את מספר הסניפים (Choi & Davitt, 2009). בנוסף לכך, חל צמצום במספר הביקורים הכולל לחולה, ובמיוחד במספר ביקורי המטפלות, בהשוואה לאנשי מקצוע כמו אחיות ואנשי מקצועות השיקום. מנהלי הסוכנויות השתמשו במספר אסטרטגיות כדי לצמצם בעלויות וביניהן צמצום בכוח אדם, שינוי בתפקידים ובמשימות העובדים, הגדלת השימוש במעקב טלפוני, חינוך והדרכה של בני המשפחה כיצד לטפל בחולים. המנהלים הביעו דאגה ביחס לעומס ולשחיקה של העובדים לאור הדרישות החדשות (Davitt & Choi, 2008). כתוצאה מהתהליכים האלה, חלה האטה בעלייה במספר המטופלים בידי "מדיקאר", אלא שההאטה הזו הייתה בולטת יותר בשנים הראשונות של המאה ה-21 ונבלמה בשנים האחרונות. למשל, בשנת 1990 טופלו בידי "מדיקאר" כ-34 מיליון איש, בשנת 2000 כ-40 מיליון איש, בשנת 2007 טופלו כ-44 מיליון ובשנת 2008 45.2 מיליון איש, כאשר 37.8 מיליון מתוכם בני 65 ומעלה ו-7.4 מיליון נכים צעירים יותר (Parl-Lee & Decker, 2010; <https://www.cms.gov/ReportsTrustFunds/downloads/tr2009.pdf>)

השיטות להקצאת המשאבים

קיימות שלוש שיטות עיקריות להקצאת המשאבים לשירותי טיפול בית: (1) מתן שירותים בעין; (2) מתן שוברים (vouchers) לרכישת כמות מוגבלת של שירותים, ושוברים לרכישת כמות לא מוגבלת של שירותים; (3) קצבה כספית ייעודית לקניית שירותים או קצבה כספית לא ייעודית, המאפשרת להשתמש בכסף בהתאם לשיקול דעתו של המקבל.

רוב המדינות נוהגות לספק שירותים בעין, לפיהם הקשיש או המוגבל מקבל שירותים בהתאם לסל ולתנאי הזכאות שנקבעו לו מידי ספקי שירותים בקהילה. הדרישה הגוברת והולכת לשירותים לטיפול בית מדרבנת את כל המדינות לאתר דרכים יעילות כדי לשמור על הספקת סל רחב של שירותים ולהבטיח את הספקתם למספר גדול ככל האפשר של מטופלים. לשם כך, מדינות רבות פיתחו בעשור אחרון כלים חדשים ועשו ניסיונות לייעל, לשנות ולשלב בין השיטות השונות, כמו למשל מתן שוברים או תשלום בכסף במקום מתן שירותים בעין. במקביל, מתרחב השימוש במנגנוני שוק במטרה לעודד את גמישות רכישת השירותים ומעבר מטיפול פורמלי לטיפול בידי בני משפחה. במדינות כמו אוסטרליה, אנגליה, גרמניה, הולנד וספרד, התפתחו מנגנוני שוק למחצה במטרה להגביר את התחרות, להתמודד עם מונופולים ולהגביר את כניסתם של גורמים פרטיים לשוק (Lundsgaard, 2005). באנגליה, בהולנד ובספרד ניתן לשלם בכסף בעבור חלק מהשירותים; בגרמניה ובחלק מאיטליה הונהג שימוש בשוברים.

לתהליכים האלה עשויות להיות השפעות הן על איכות הטיפול והן על עלויותיו. תשלום בכסף בעבור שירותים הוא אחד הגורמים המרכזיים לריסון בעלויות, שכן הם מוגבלים עד לגובה מסוים ולרכשים כדאי להשוות בין חלופות, לנהל משא ומתן ולעתים קרובות אף להשיג הנחות מספקי השירותים. תשלום ישיר גם מגביר את השימוש של הצרכנים בשירותי מידע וייעוץ, אשר מסייעים להם לבחור בין שיטות וספקים שונים ולנהל משא ומתן יעיל עימם. כמו כן, תשלום ישיר של הקשיש ובני משפחתו לספקי השירות מפחית את העלויות הכרוכות בתשלום לחברות ההשמה המתווכות בין הצרכנים לעובדים. בנוסף לכל אלה, בחלק מהמקומות בני משפחה זכאים לקבל ישירות את התשלום המגיע לקשיש או לאדם המוגבל בעבור הטיפול, לספק אותו בעצמם או לרכוש שירותים מידי עובדים זרים בעלי רישיון עבודה או מידי עובדים זרים שאין להם רישיון עבודה, שעלותם לרוב נמוכה יותר.

מטבע הדברים, יש לתת את הדעת לכך, כי לשינויים האלה עלולות להיות גם השלכות שליליות. כך למשל, התהליכים האלה עלולים לגרום לפגיעה באיכות הטיפול, הנובעת מהורדת המחירים מצד הספקים, אלא אם כן הם מסוגלים להתייעל במידה משמעותית ואם קיים פיקוח על איכות הטיפול (Davies & Drake, 2007). בנוסף לכך, מנגנוני השוק עלולים לטשטש את הגבולות בין השירותים הפורמליים לבין השוק האפור ולבין הטיפול הלא פורמלי. ואכן, מעט מאוד ידוע על השוק הפרטי והשוק האפור לטיפול בית במדינות

אירופה, ובכלל זה ביחס לשוק העובדים המהגרים הלא חוקיים, המספקים חלק משמעותי משירותי טיפול בית. במדינות כמו אוסטריה ואיטליה, הכסף שקשישים ומוגבלים מקבלים לרכישת שירותים משמש להם לתשלום ישיר לעובדים לא חוקיים ולשוק האפור. למשל, בשנת 2005 רק שלישי מהמטפלים בקשישים ובמוגבלים באיטליה היו רשומים כעובדים חוקיים (Spano, 2006). לאור הרחבת מנגנוני השוק נראה, כי יש צורך לפתח, כפי שכבר נעשה בחלק מהמדינות, מנגנוני רגולציה ובקרה רחבים והדוקים יותר מבעבר, שיבטיחו את איכות הטיפול הניתן בידי גורמים שאינם ממלכתיים.

כאשר בוחנים את מקורות המימון של הטיפול בבית, אסור לשכוח את ההוצאות של המטופל עצמו ושל המטפלים הבלתי פורמליים שלו. גם בתחום זה קיימים הבדלים גדולים בין מדינות אירופה. במדינות סקנדינביה, שבהן יש מחויבות חוקית רחבה להספקת שירותים בהתאם לצרכים, בני המשפחה יכולים לבחור האם לקחת חלק בטיפול בקשיש או בחולה. במדינות הים התיכון, לעומת זאת, למשפחה המורחבת יש הרבה מאוד מחויבות לטפל בקשיש או בבן משפחה חולה, בעוד שבמדינות מערב אירופה האחרות, מחויבות המשפחה מתמקדת בעיקר במשפחה הגרעינית של החולה.

סוגיות בבחינת היעילות ועלות השירותים לטיפול בית

קובעי מדיניות בריאות, ספקים ומממני שירותי בריאות ורווחה בכל העולם מתמודדים עם השאלה, האם מתן טיפול בבית חסכוני ויעיל בהשוואה לטיפול אחר. רובם מתמקדים בשאלה האם הטיפול הזה יכול להיות חלופה זולה לאשפוז בבית חולים כללי או בבית חולים לטיפול ממושך (מוסד סיעודי). כלומר, האם ניתן למנוע אשפוז או לקצר את משך האשפוז באמצעות מתן טיפול רפואי וסיעודי טוב בבית, או שמא זהו שירות נוסף, המחייב תוספת משאבים ומגדיל את ההוצאות במקום לצמצמן. על אף שהשאלה נבחנה במחקרים רבים מאוד, אין תמימות דעים לגבי התשובה עליה.

בחינת היעילות והתועלת-עלות של השירותים לטיפול בית דורשת התייחסות לשורה ארוכה של סוגיות (Kane, 1999) שהעיקריות הן: מאפייני המטופלים, סל השירותים והטיפוליים הניתנים בבית, איכות הטיפול וסוגי החלופות שעשויות לשמש בסיס לניתוח כלכלי. זאת, משום ששירותי טיפול בית עשויים להיות מסופקים לחולים ולאנשים במצבים שונים, החל ממצב אקוטי ועד לחולים כרוניים. החולים האלה זקוקים לשירותים שונים, בהיקף ובתדירות שונים בתכלית. לכן, בחינת עלות השירותים צריכה להתייחס למצבם של המטופלים ולמורכבותם, למאפייניהם הדמוגרפיים ובעיקר, לתמהיל המטופלים מבחינת מצבם הרפואי והתפקודי. בנוסף לכך, בחינת העלות צריכה להתייחס למאפייני השירותים, משום שבמדינות שונות ואפילו באותה המדינה ובאותה עיר, ספקים שונים עשויים להעסיק

עובדים בעלי רמת מיומנות, ותק וידע מקצועי שונה. מטבע הדברים, הדבר יבוא לידי ביטוי בעלויות שונות.

בחירת השירות, שעשוי לשמש חלופה אמיתית לטיפול בבית, מורכבת ומסובכת עוד יותר. המפתח להשוואה כזו צריך להיות לא רק קיומה של אותה אוכלוסייה, אותו תמהיל מטופלים, אותם מטפלים ואותם דפוסי הספקת טיפולים ושירותים, אלא גם אותם יעדי טיפול. למשל, אם מדברים על טיפול בחולים במצבים תת-חריפים בבית צריך להשוותם לטיפול בבית חולים כללי או שיקומי; אם משווים בין טיפול במסגרת הוספיס בית יש להשוותו לטיפול בהוספיס אשפוזי ואם בוחנים את הטיפול בחולי נפש בקהילה, יש צורך לבחון זאת במקביל לאשפוז במסגרת פסיכיאטרית קצרת מועד (Burns, Knapp, Catty et al., 2001). אולם, קיים קושי לקבוע האם המטופלים בשירותים מקבילים כביכול אכן דומים מבחינת מצבם הרפואי והתפקודי ומבחינת צורכי הטיפול שלהם ולכן קשה עוד יותר להבטיח הספקת שירותים באיכות דומה.

קיים גם קושי להעריך את היעילות הכלכלית של השירותים לטיפול בית. קשה לזהות ובעיקר להגדיר את הסיבות הרבות, לעתים לא צפויות, שעשויות להשפיע על עלות הספקת השירותים לטיפול בית, להסכים על המדדים הרלוונטיים למדידתם ולאתר מקורות מידע מתאימים עבורם. לדוגמה, הציפייה לקצר את משך האשפוז בבית חולים כללי (באמצעות אשפוז בית) עשויה להיות כמעט בלתי רלוונטית כיום, מאחר שמשך האשפוז הממוצע כבר כל כך קצר, עד שלא ניתן לצפות לקיצור משמעותי נוסף. יתר על כן, אין תמימות דעים לגבי היתרון שבקיצור נוסף של משך האשפוז, בשל הסיכונים הכרוכים בכך, כגון סיבוכים, אשפוז חוזר והגדלת העומס על המטפלים עד כדי פגיעה באיכות הטיפול (Ashton, Kuykendall & Johnson, 1995). גם הבדלים בעלות הטיפול עבור גורמים שונים מקשים על הערכת היעילות הכלכלית. לדוגמה, חיסכון למבטחים ולמממני השירותים עשוי להביא לתוספת בעלויות לספקים מקומיים, וחיסכון לספקים עשוי להתגלגל לפתחם של החולים ושל בני משפחתם.

למרות הקשיים, לאור התפיסה השגורה בדבר החיסכון שעשוי להיות לטיפול בבית על פני אשפוז בבית חולים כללי או במוסד סיעודי, ולאור הדרישה "להוכיח" את תרומתו הכלכלית של הטיפול בבית, מחקרים רבים בדקו האם טיפול בבית אכן חוסך משאבים. חלקם לימדו על חיסכון למערכת האשפוז, בעיקר בהתייחס להוצאות הישירות לאשפוז כללי. אולם רוב המחקרים התמקדו בסוג אחד של טיפול או של אבחנה, נעשו בשיטות חקירה שונות והשוו נתונים ממקורות שונים. לפיכך, אין פלא, כי הממצאים האמפיריים אינם חד-משמעיים. שפרד ועמיתיו (Shepperd, 2009; 2008; 2005) סקרו את המחקרים שבחנו האם אשפוז בית מהווה חלופה חסכונית לאשפוז בבית חולים הסובלים מ-COPD, מצב לאחר שבץ מוח, לאחר ניתוח החלפת פרק הירך ולאחר ניתוחים בכירורגיה כללית. אשפוז בית הוגדר כשירות המספק טיפול בידי צוות רפואי מקצועי בבית לתקופת

זמן מוגבלת לחולים הלוקים במצבים רפואיים, אשר ללא הטיפול הרפואי בבית היו זקוקים לאשפוז בבית חולים אקוטי. הם הגיעו למסקנה, כי למרות ההתעניינות הגוברת באשפוז בית כחלופה זולה יותר לאשפוז בבית חולים, המחקרים אינם מספקים בסיס עובדתי אובייקטיבי לתועלת הכלכלית של השירות. שחרור מוקדם של חולים קשישים, הסובלים ממצבים רפואיים אקוטיים ושל חולים לאחר ניתוח אלקטיבי עשוי להפחית את העומס מבית החולים באמצעות הפחתת משך האשפוז, אולם החיסכון הזה התקזז במידה רבה על ידי ההוצאות לאשפוז בית ממושך, לעתים ארוך מדי, עקב קשיים לשחרר את החולים. יתר על כן, גם סקירה מקיפה של מחקרים שבחנו את התועלת שבטיפול בחולי נפש בבית על פני אשפוז (עד שנה) לימדו על חיסכון מועט. החיסכון הושג בעיקר במקרים שבהם אותו השירות עקב אחרי החולה לאחר השחרור מהאשפוז, באמצעות ביקורי בית קבועים ונטל את האחריות על הטיפול הרפואי והסוציאלי בחולה לאחר השחרור מהאשפוז (Catty, Burns, Knapp et al., 2002). כמו כן, נמצא, כי החיסכון בימי האשפוז הורגש במקרים שבהם השירותים שטיפולו בחולים בקהילה כללו צוות רב-מקצועי וטיפול פסיכיאטרי תכופ בנוסף להמשכיות טיפול ולליקחת אחריות כוללת על החולים (Wright, Catty, Watt et al., 2004).

מה ניתן ללמוד מהפרספקטיבה הבינלאומית לגבי ישראל?

מהסקירה עולה, כי המדיניות הציבורית בכל מדינות המערב תומכת בהספקת שירותים רפואיים ושירותי טיפול אישי בבית לאנשים קשישים, חולים ומוגבלים בתפקודם, כדי שיוכלו להישאר בקהילה למשך זמן ארוך ככל האפשר. במקביל, גוברים הלחצים לרסן בהוצאות בעבור השירותים האלה, וכתוצאה מכך מתרחשים בהם שינויים רבים ותכופים, והספקתם מהווה אתגר משמעותי לקובעי המדיניות ולספקי השירותים.

מהסקירה עולה גם המורכבות הכרוכה בקביעת הזכאות לקבלת טיפול בבית, בארגון השירותים הפורמליים ובשיטות למימונם. אחד הגורמים החשובים התורמים לתכנון ולארגון שירותים לטיפול בית הוא קביעת כללי זכאות מוגדרים, ברורים ושקופים לקבלתם. רבות ממדינות אירופה מתמודדות כיום עם קשיים בתחום זה. יש הטוענים, כי המשותף לרובן הוא היעדר הגדרה ברורה ושקופה של הזכאות לקבלת טיפול בבית (WHO, 2008). היעדר הגדרה כזו מהווה מכשול להספקה שוויונית והוגנת של השירותים. לסוגיה הזו יש משמעות רבה בהקשר הישראלי. בעוד שהקריטריונים ומבחני הזכאות לקבלת טיפול אישי במסגרת חוק סיעוד מנוסחים וברורים במידה רבה, הרי שהקריטריונים ביחס לזכאות לקבלת שירותים לטיפול בית רפואי בקהילה כמעט לא מוגדרים וכלל לא ברורים. זהו עקב אכילס של השירותים לטיפול בית רפואי בישראל. בחוק ביטוח בריאות ממלכתי נקבע, כי על קופות החולים לספק רשימה של בדיקות וטיפולים למי שאינו יכול לקבלם במתקני הקופה, אלא שלא הוגדרו בחוק תנאי הזכאות לקבלת טיפול רפואי בבית, סוגי השירותים,

היקפם, תדירות קבלתם ופרטים רלוונטיים אחרים. כתוצאה מכך, אין למעשה בישראל מדיניות ברורה להספקת טיפול בית רפואי. כל אחת מארבע קופות החולים קבעה לעצמה את כללי הזכאות בהתאם לשיקול דעתה וארגנה את השירותים בהתאם לכך. כדי לבדוק מהי הזכאות של אדם מסוים לטיפול רפואי בבית יש צורך לשאול אותו "באיזה קופה אתה מבוטח?" וכדי להציג את השירותים המסופקים בישראל בבית יש צורך להציג ארבעה דפוסים שונים שלהם (בנטור ומועלם, 2001; בנטור ורזניצקי, 2002). לאור זאת, קיים צורך לקבוע בחוק ביטוח בריאות ממלכתי קריטריונים ברורים ושקופים ביחס לזכאות לקבלת בדיקות, שירותים וטיפולים בבית, להגדיר את סוגי השירותים המסופקים בבית והיקפם, את תדירות ומשך הטיפול וקריטריונים נוספים.

בהקשר זה ראוי גם לקיים דיון ציבורי ביחס לעקרונות המנחים לקביעת הזכאות לשירותים. בצד התפיסה המתגבשת במדינות המערב, לפיה זכאים לשירותי טיפול בית בעיקר אנשים חולים ומוגבלים מאוד, הזקוקים לסל רחב של טיפולים ושירותים, ניתן לחשוב גם על גישות אחרות. למשל, קיימת אפשרות לספק שירותים לטיפול בית בהיקף רחב, ובכלל זה גם שירותי מניעה, לאוכלוסייה גדולה של בעלי צרכים מועטים, כדי למנוע או לעכב את הידרדרותם והזדקקותם לשירותים בעתיד. במקביל, לאור הדרישה המתמשכת לריסון בעלויות השירותים האלה, חשוב לחזור ולבחון לעתים מזומנות את הקריטריונים והזכאות לקבלתם, כדי לוודא את התאמתם למאפייני האוכלוסייה ולצרכיה.

מהסקירה הנוכחית, כמו גם מפרקים אחרים בספר, בולט הפיצול בחלוקת האחריות להספקה ולמימון השירותים לטיפול בית בין גורמים שונים. אחת התוצאות המעיקות של התופעה הזו הוא הקושי להבטיח את הקשר, התקשורת, הרציפות והמשכיות הטיפול למי שזקוקים לטיפול ממושך ומתואם. האתגרים האלה מתבטאים במספר אופנים. הראשון והמוכר ביותר הוא, היעדר תקשורת ורצף טיפול בין ספקים שונים. מנהלי השירותים לטיפול בית מדווחים על קושי לעבוד בשיתוף פעולה עם בתי החולים, עם הרופאים בקהילה ועם שירותים אחרים בקהילה, על היעדר מידע ועל תקשורת לקויה לגבי מצבם של החולים ולגבי תכנית הטיפול בחולים העוברים משירות אחד לשני (Boerma & Dubois, 2006). קושי נוסף הוא הפיצול באחריות, בהספקה ובמימון השירותים בין משרדי ממשלה שונים, בין רשויות ובין גורמים אחרים. בצפון אמריקה פועלות תכניות, כמו Program of All-Inclusive Care for the Elderly - PACE ובקנדה פועלת התכנית System of Integrated Care for Older Persons with Disabilities - SIPA (Beland, Bergman, Lebel et al., 2000; Bergman & Beland, 2006), שנועדו להתמודד עם שני האתגרים האלה כדי לספק לקשישים ולחולים כרוניים את כל השירותים תחת קורת גג אחת ובאמצעות "one entry point". בעשורים האחרונים צברו התכניות האלה ניסיון וידע רב ולכן נראה, כי קובעי מדיניות הבריאות והרווחה וספקי השירותים בארץ עשויים להפיק תועלת מבחינה ומאימוץ של חלק מהטכניקות והכלים המשמשים בהן.

קושי נוסף, האופייני לישראל, הוא במחלוקת שבין קובעי המדיניות, דהיינו משרד הבריאות, לבין ספקי השירותים, דהיינו קופות החולים ביחס לסל השירותים בבית. בעוד שמשרד הבריאות סובר, כי סל השירותים שנקבע בחוק ביטוח בריאות ממלכתי כולל טיפול בית, קופות החולים טוענות כי זהו שירות מיוחד, הדורש התארגנות מיוחדת ושונה מזו של המרפאות בקהילה. בשנים האחרונות פעלו מספר ועדות משותפות למשרד הבריאות ולקופות במטרה להסדיר את השירותים לטיפול בית ולהספקת טיפול תת-אקוטי, שיקומי וממושך בבית. קופות החולים רואות חשיבות ויתרון בהספקת טיפול תת-חריף, שיקומי ופליאטיבי בקהילה, בביתו של החולה, ולדבריהן הן מעוניינות להרחיב ולפתח את השירותים האלה. לטענתן, עלות הפעלתם של שירותים ייעודיים לטיפול בית גבוהה מאוד, משום שנדרש בהן צוות רב-מקצועי לטיפול במעט חולים באופן יחסי. לפיכך, הקופות דורשות תגמול נוסף בעבור הפעלת יחידות ייעודיות לטיפול בית. כך למשל, בשנת 2009 הוציא משרד הבריאות חוזר, המחייב את הקופות לפתח שירותי הוספיס בית בתוך שלוש שנים, ללא תוספת משאבים לקופות, עובדה המעוררת כעס בקרבן. נראה, כי גם בסוגיה זו רצוי ללמוד ממקומות אחרים בעולם, שבהם הוגדרו השירותים המסופקים בבית בצורה מפורטת ובהירה, נקבעה עלותם, נקבעו מאפייני הספקים, היקפם וכללי הספקתם.

אחד הכלים החשובים להפעלה יעילה של שירותים מורכבים ומפוצלים, כמו שירותי טיפול בית, הוא מערכות מידע המספקות נתונים ומידע זמניים, עדכניים ושקופים. מערכות כאלה מאפשרות לקיים תקשורת וקשר בין השירותים ולהבטיח את הרצף ביניהם. קובעי מדיניות זקוקים למידע ולנתונים שוטפים כדי לתכנן את השירותים בטווח הארוך ובטווח הקרוב, כדי לעקוב אחרי הפעילות השוטפת של ספקי השירותים וכדי לבחון את היתרונות והחסרונות של שיטות ההקצאה, ההפעלה והשימוש במנגנונים שונים. מערכות כאלה גם משמשות לפיקוח שוטף, להבטחת איכות הטיפול, להתרעה על ליקויים, להשוואה בין חלופות ולאיוון ההוצאות. גם ספקי השירותים זקוקים לנתונים שוטפים ולמערכות מידע לתיאום, לשיתוף פעולה ולתקשורת עדכנית, להחלטה על שינויים, להתייעלות ולשיפור שוטף של איכות הטיפול. על אף שפיתוח מערכות מידע בשירותי הבריאות בקהילה בישראל תופס בשנים האחרונות תאוצה, השירותים לטיפול בית טרם נכללים בתהליך הזה. קיים צורך להאיץ את תהליך מיחשוב השירותים האלה ובעיקר לאפשר תקשורת בינם לבין מערכות המידע הקיימות במרפאות בקהילה ובבתי החולים.

לסיכום, לאור העלייה הצפויה בצרכים ובדרישות להספקת שירותים לטיפול בית ולאור ההסכמה בדבר יתרונותיהם ותרומתם, יש צורך להבטיח את קביעותם (sustainability) של השירותים האלה בארץ ואת מימנם. קיים צורך להתמודד עם הסוגיות הקשורות בארגון ובהפעלה של השירותים האלה, ובמיוחד לשפר את התיאום בין הגורמים הקובעים והאחראים על ארגונם והספקתם. זאת, כדי להבטיח את איכות הטיפול ואת איכות החיים של הקשישים והנכים הרבים הזקוקים להם.

מקורות

- בנטור נ. ומועלם א. (2001). השפעת הטיפול בחולה על בני משפחתו במסגרת אשפוז בית. **הרפואה 140** (5): 386-391.
- בנטור נ. ורזניצקי ש. (2002). **טיפול בית רפואי במערכת הבריאות בישראל**. דוח מחקר: דמ-02-393. ירושלים: מכון מאירס-ברוקדייל-ג'וינט ישראל.
- Abel, E.K. (1995). Man, woman and chore boy: Transformations in the antagonistic demands of work and care on women in the nineteenth and twentieth centuries. *The Milbank Quarterly*, 73(2): 187-211.
- Ahrnes, J. (2005). The impact of Medicare home health policy changes on Medicare beneficiaries: part II. *Policy Brief (Cent Home Care Policy Research), Winter (19)*: 1-6.
- Algera, M., Francke, A.L., Kerkstra, A. & Van der Zee, J. (2003). An evaluation of the new home care needs assessment policy in the Netherlands. *Health and Social Care in the Community*, 11(3): 232-241.
- Andrews, G.R. (2001). Promoting health and function in an ageing population. *British Medical Journal*, 322: 728-9.
- Ashton, C.M., Kuykendall, D.H. & Johnson, M.L. (1995). The association between the quality of inpatient care and early re-admission. *Annals of Internal Medicine*, 24: 415-421.
- Beland, B., Bergman, H., Lebel, P., Clarfield, A.M., Tousignant, P., Contandriopoulos, A. P. & Dallaire, L. (2006). A system of integrated care for older persons with disabilities in Canada: Results from a randomized controlled trial. *Journal of Gerontology, A Biology Science and Medical Science*, 61(4): 367-373.
- Bentur, N. (2001). Hospital at home: What is its place in the health care system? *Health Policy*, 55(1): 71-9.
- Bergman, H. & Beland, F. (2000). Evaluating innovation in the care of Canada's frail elderly population. *Canadian Medical Association Journal*, 162(4): 511-512.
- Bernabei, R., Gray, L., Hirdes, J., Pei, X., Henrard, J.C., Jonsson, P.V., Onder, G. et al. (2009). International gerontology. In: J.B. Halter, J.G. Ouslander & M. Tinetti. *Hazzard's geriatric medicine and gerontology*. New York: McGraw-Hill International Book Company.

- Boerma, W.G.W & Dubois, C.A. (2006). Mapping primary care across Europe. In: R.B. Saltman, A. Rico & W.G.W. Boerma. *Primary care in the driver's seat?: Organizational reform in European primary care*. Berkshire: Open University Press, pp. 22-49.
- Browne, C.V. & Braun, K.L. (2008). Globalization, women's migration and the long term care workforce. *The Gerontologist*, 48(1): 16-24.
- Burns, T., Knapp, M., Catty, J., Healey, A., Henderson, J., Wallt, H. & Wright, C. (2001). Home treatment for mental health problems: A systematic review. *Health Technology Assessment*, 5: 1-139.
- Campbell, J.C. & Ikegami, N. (2000). Long-term care insurance comes to Japan. *Health Affairs*, 19(3): 26-40.
- Campbell, J.C., Ikegami, N. & Gibson, M.J. (2010). Lessons from public long-term care insurance In Germany and Japan. *Health Affairs*, 29(1): 87-95.
- Carpenter, I., Gambassi, G., Topinkova, E. et al. (2004). Community care in Europe. The aged in home care project (Ad HOC). *Aging Clinical Experience Research*, 16(4): 259-269.
- Catty, J., Burns, T., Knapp, K., Watt, H., Wright, C., Henderson, J. et al. (2002). Home treatment for mental health problems: A systematic review. *Psychological Medicine*, 32: 383-401.
- Choi, S. & Davitt, J.K. (2009). Changes in the Medicare home health care market: The impact of reimbursement policy. *Medical Care*, 47(3): 302-9.
- Clark, R.A., Inglis, S.C., McAlister, F.A., Cleland, J.G.J. & Stewart, S. (2007). Telemonitoring or structured telephone support programmes for patients with chronic heart failure: Systematic review and meta-analysis. *British Medical Journal*, 334: 942.
- Corazzini, K. (2003). How state-funded home care programs respond to changes in Medicare home health care: Resource allocation decisions on the front line. *Health Services Research*, 38(5): 1263-1281.
- Davies, B. & Drake, P. (2007). Strategies for achieving best value in commissioned home care. *International Journal of Public Sector Management*, 20: 206-225.
- Davitt, J.K. & Choi, S. (2008). The impact of policy on nursing and allied health services. Lessons from the Medicare Home Health Benefit. *Gerontological Nursing*, 1(1):4-13.

Doty, P. (2000). *Cost-effectiveness of home and community-based long-term care services*. U.S. Department of Health and Human Services. USHHS/ASPE Office of Disability, Aging and Long-Term Care Policy.

Ehrenfeld, M. (1998). Nursing and home care in Europe. *International Nursing Review*, 45: 61-64.

Eurostat. Europe in figures: *Eurostat yearbook 2008*. Luxembourg, Office for Official Publications of the European Communities.

Farrero, E., Escarrabill, E., Prats, J., Maderal, M. & Manresa, F. (2001). Impact of a hospital-based home-care program on the management of COPD patients receiving long-term oxygen therapy. *Chest*, 119: 364-369.

Fedullo, E., Jansone, A. & Ignatenko, E. (2004). Innovative home care and hospice. Cross partnerships in Russia and Latvia, *Caring*, 23(1): 22-25.

Glendinning, C. Davies, B., Pickard, L. & Comas-Herrera, A. (2004). *Funding long-term care for older people: Lessons from other countries*. York: Joseph Rowntree Foundation.

Hadley, J.D., Rabin, A., Epstein, S. Stein & Rimes, C. (2000). Posthospitalization home health care use and changes in functional status in a Medicare population. *Medical Care*, 38(5): 494-507.

Henrard, J.C., Ankri, J., Frijters, D., Carpenter, C., Topinkova, E., Garms-Homolova, V., Finne-Soveri, H., Sørbye, L.W et al. (2006). Proposal of a service delivery integration index of home care for older persons: application in several European cities. *International Journal of Integrated Care*, 6 July.

Hutten, J.B.F. & Kerkstra, A. (1996). *Home care in Europe: A country-specific guide to its organization and financing*. Arena: Aldershot.

Jaana, M. & Paré, G. (2007). Home telemonitoring of patients with diabetes: A systematic assessment of observed effects. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 13: 242-253.

Kane, R.A. (1999). Goals of home care: Therapeutic, compensatory, either or both? *Journal of Aging and Health*, 11(3): 299-321.

Kane, R.L., Finch, M., Chen, Q. & Blewett, L. (1994). Post-hospital home health care for Medicare patients. *Health Care Financing Review*, 16: 13.

Kenny, G.M. (1991). Understanding the effect of PPS on Medicare home health use. *Inquiry*, 28: 129-139.

Klerman, G.L. (1982). The psychiatric revolution of the past 25 years. In: Grove, W.R. (Ed.). *Deviance and mental illness*. Nwebury Park: Sage Publication.

Landi, F., Onder, G., Carpenter, I., Garms-Homolova, V. & Bernabei, R. (2005). Prevalence and predictors of influenza vaccination among frail, community-living elderly patients: An international observational study. *Vaccine*, 23(30): 3896-3901.

Levy, J. (2007). Home dialysis can improve quality of life. *Practitioner*, 251: 8, 10-12, 14-15.

Lundsgaard, J. (2005). *Consumer direction and choice in long-term care for older persons, including payments for informal care: How can it help improve care outcomes, employment, and fiscal sustainability*. Paris: Organization for Economic Co-operation and Development (OECD Working Paper, 20).

Marchaand, M.H. & Runyan, A. (Eds.). (2003). *Gender and global restructuring: Sightings, sites and resistances*. London: Routledge.

McCall, N. & Komisar, H.L., Petersons, A. & Moore, S. (2001). Medicare home health before and after the BBA. *Health Affairs*, 20(3): 189-198.

Mechanic, D. (1994). Establishing mental health priorities. *The Milbank Quarterly*, 72: 501-514.

Mechanic, D. & Rocheford, D. (1990). Deinstitutionalization: A appraisal of reform. *Annual Review of Sociology*, 16: 201-327.

Murtaugh, C., MacCall, N., Moore, S. & Meadow, A. (2003). Trends in Medicare home health care use: 1997-2001. *Health Affairs*, 22(5): 146-156.

NAHC. (2000). Basic statistics about home care (table 3). www.nahc.org/consumer/hctats.html

Onder, G., Finne-Soveri, H., Soldato, M., Liperoti, R., Lattanzio, F. & Bernabei, R. Distress of caregivers of older adults receiving home care. In: Landi, F. (2009). The American European countries: Results from the aged in home care study. *Journal of Geriatric Psychiatry*, 17(10): 899-906.

Paral, R. (2004). Health worker shortages and the potential of immigration policy. *Immigration Policy in Focus*, 3: 1-12.

- Park-Lee, E.Y. & Decker, F.H. (2010). *Comparison of home health and hospice care agencies by organizational characteristics and services provided: United States*, 2007. National Health Service Statistic Report, No. 30, Nov. 9.
- Parry-Jones, B. & Soulsby, J. (2001). Needs-led assessment: the challenges and the reality. *Health and Social Care in the Community*, 9(6): 414-428.
- Program of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE). <http://www.cms.hhs.gov/pace/pacesite.asp> (Last access, 15 June, 2010).
- Risse, G.B. (1999). *Mending bodies, saving souls: A history of hospitals*. Oxford: Oxford University Press.
- Shepperd, S. & Iliffe, S. (2005). Hospital at home versus in-patient hospital care. *Cochrane Database Systematic Review*, 20(3): CD000356.
- Shepperd, S., Doll, H., Angus, R.M., Clarke, M.J., Iliffe, S., Kalra, L., Ricauda, N.A. & Wilson, A.D (2008). Admission avoidance hospital at home. *Cochrane Database Systematic Review*, 8(4): CD007491.
- Shepperd, S., Doll, H., Broad, J., Gladman, J., Iliffe, S., Langhorne, P., Richards, S., Martin, F. & Harris, R. (2009). Early discharge hospital at home. *Cochrane Database Systematic Review*, 21(1): CD000356.
- Sørbye, L.W., Garms-Homolová, V., Henrard, J., Jónsson, P.V., Fialová, D., Topinková, E. & Gambassi, G. (2009). Shaping home care in Europe: The contribution of the aged in home care project. *Maturitas*, 62(3): 235-242
- Spano, P. (2006). *The issue of home care assistants and the response of the welfare system*. Verona: Nuova Dimensione.
- Stone, R. (2001). *Long-term care workforce shortages: Impact on families*. San Francisco: Family Caregiver Alliance (Policy Brief No. 3).
- Stone, R.I. & Short, P.F. (1990). The competing demands of employment and informal caregiving to disabled elders. *Medical Care*, 28(6): 513-526
- Talbott, J.A. (2004). Deinstitutionalization: Avoiding the Disasters of the Past. *Psychiatry Service*, 55: 1112-1115.
- Tjassing, H., Kling, T., Janssens, P., Van Gorp, J., Bramall, J. & Bowman, A. (1998). Home care business opportunities in Europe. *Caring*, 17(9): 53-57.

- Tsutsui, T. & Muramatsu, N. (2007). Japan's universal long-term care system reform of 2005: Containing costs and realizing a vision. *Journal of American Geriatric Society*, 55(9): 1458-1463.
- Twigg, J. (Ed.). (1993). *Informal care in Europe*. York: University of York/SPRU.
- Vladu, V. (1998). Home care in Romania: A whole new concept. *Caring* 17(R): 36-37.
- Welch, H.G., Wennberg, D.E. & Welch, W.P. (1994). The use of Medicare home care health care services. *New England Journal of Medicine*, 335: 324-329.
- Wittenberg, R., Sandhu, B. & Knapp, M. (2002). Funding long-term care: The private and public options. In: E. Mossialos, J. Figueras, & A. Dixon. (Eds.). *Funding health care: Options in Europe*. Maidenhead: Open University Press.
- WHO. (2000). *Home-based long-term care: report of a WHO study group*. Geneva: World Health Organization (WHO Technical Report Series, No. 898. whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_898.pdf, accessed 25 July 2008).
- Wright, C., Catty, J., Watt, H. & Burns, T. A (2004). Systematic review of home treatment services: Classification and sustainability. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39: 789-796. <https://www.cms.gov/ReportsTrustFunds/downloads/tr2009>

פרק ד': סוגיות ודילמות הקשורות לטיפול בבית בזקנים חולים כרוניים ומוגבלים בתפקודם

ג'ני ברודסקי

מבוא: טיפול בית כחלק ממערכת השירותים לטיפול ממושך

מתן טיפול ממושך (long-term care) לאנשים עם מוגבלויות הוא אחד האתגרים העיקריים בחברה של ימינו. מוגבלות היא תוצאה של נכות פיזית, נפשית או חושית. מאחר שהמוגבלות גוברת עם הגיל, הזדקנותה המואצת של החברה מביאה לגידול מהיר במספר הקשישים המוגבלים. גם אם ייתכנו שיפורים במצב התפקודי של הזקנים, הם לא יפחיתו את הצורך הגובר בטיפול ממושך העולה בעקבות ההזדקנות והעלייה בתוחלת החיים (Lafortune, 2007).

בכל המדינות המפותחות פותחו תכניות לטיפול ממושך בחסות שירותי הבריאות והרווחה. אלה כוללים שילוב כלשהו של שירותי בריאות, רווחה, דיור ותמיכה לאנשים בעלי מוגבלויות פיזיות, נפשיות או קוגניטיביות. טיפול ממושך כולל מגוון שירותים ואין אחידות בין המדינות השונות בסל השירותים המוצעים לזקנים מוגבלים. ראשית, קיים שוני בין המדינות מבחינת המשאבים; יש מדינות שיכולות להרשות לעצמן סל שירותים עשיר יותר מאחרות. בנוסף לכך, קיים שוני בין מדינות בדפוסים האפידימיולוגיים, הסוציו-דמוגרפיים, בתרבות ובמערכת הערכית, ואלה משחקים תפקיד מרכזי בהגדרת הצרכים ובקביעת סדרי העדיפויות. כך למשל, לתפיסת התפקיד של המשפחה יש חשיבות מכרעת בקביעת סל השירותים.

למרות השוני בין המדינות, רוב המדינות המפותחות הקימו מערכת של שירותים לטיפול ממושך, שניתן לתארה על פני רצף מבחינת מקום ההספקה: (1) **במסגרת הבית**: טיפול בריאות-רפואי (home health); טיפול אישי - סיוע בפעילויות היומיום, כגון רחצה, הלבשה וניידות; ניהול משק הבית - סיוע בפעולות האינסטרומנטליות, כגון ניקיון, בישול וסידורים; ציוד רפואי, התאמת הבית וטכנולוגיות מיוחדות, כגון לחצני מצוקה; (2) **במסגרת הקהילה**, כגון: מרכזי יום ושירותים אמבולטוריים אחרים; (3) **במסגרות מוסדיות**, כגון: בתי אבות ומוסדות לאשפוז סיעודי.

בשני העשורים האחרונים בולטת התפתחות מואצת של טיפול בזקנים במסגרת הבית בכל המדינות המפותחות. בישראל, התפתחו תכניות חדשניות המתוארות בפרקים אחרים בספר זה. בין התכניות הבולטות: חוק ביטוח סיעוד, יחידות לטיפול בית ותכניות לאשפוז בית של קופות החולים, תכניות הוספיס בית וקהילות תומכות. מספר ואחוז הזקנים אשר מקבלים סיוע באמצעות תכניות אלה גדל באופן משמעותי. למשל, אחוז הזקנים המקבלים

טיפול אישי בבית באמצעות חוק ביטוח סיעוד גדל כמעט פי 4 בין השנים 1990 עד 2008 (מ-5% ל-15%). גם בארצות הברית ובמדינות ה-OECD היה גידול משמעותי במספר מקבלי טיפול במסגרת הבית (OECD, 2005; Buhler-Wilkerson, 2007).

ההתפתחות המואצת של טיפול בית נבעה ממספר סיבות: עלייה בצרכים כתוצאה מהזדקנות האוכלוסייה, לחצים לשחרור מוקדם מבתי חולים והתפתחות טכנולוגית המאפשרת טיפול במסגרת הבית (Kane, Kane & Ladd, 1998). עם זאת, ההתפתחות של השירותים לטיפול ממושך מלווה מראשיתה בסוגיות ובדילמות רבות, שאין להן תשובה חד-משמעית. בפרק זה נבחן, אפוא, מספר סוגיות ודילמות המעסיקות את קובעי המדיניות בתחום של הספקת שירותים לקשישים מוגבלים בכלל, והספקת שירותים במסגרת הבית בפרט; נדון בשאלה - האם לפתח מערכת המבוססת על תחיקה ועל עקרונות זכאות (כמו חוק ביטוח סיעוד), או לספק את השירותים במסגרת תכניות מותנות בתקציב ולא כחלק ממערך ביטוחי? בהקשר זה עולות סוגיות של אוניברסליות מול סלקטיביות, גמלאות כספיות או שירותים בעין, האיזון שבין תפקיד המשפחה לתפקיד המדינה, רצף הטיפול והפיצול במערכת השירותים והאיזון שבין שירותים בקהילה לבין שירותים במסגרת מוסדית.

מטרת הפרק היא להציג את הסוגיות ולבחון את הניסיון בישראל ובמדינות אחרות. למעשה, קיימת זיקה בין הסוגיות השונות וההחלטה על דרכי הפתרון בסוגיה אחת משפיעה על דרך הפתרון בסוגיות אחרות. כך נוצרים דגמים שונים של מערכות לטיפול בזקנים בעלי מוגבלות תפקודית. חשוב לציין, שפעמים רבות יש קושי להסיק מסקנות ברורות באשר לאפקטיביות ולתועלת של מערכות טיפול מתוך ניסיון של המדינות השונות, שכן אין כמעט הערכה שיטתית של הדגמים השונים. הנתונים האמפיריים על התוצאות מעטים יחסית.

גישה ביטוחית לעומת גישה לא ביטוחית בהספקת שירותים לטיפול ממושך

אחת השאלות בעניין זה היא - האם לספק שירותים המבוססים על עקרונות ביטוחיים, כלומר זכאות שאינה מותנית בתקציב (entitlement), או באמצעות תכניות המותנות בתקציב? על אף שכל המדינות המפותחות מספקות שירותי טיפול ממושך, רק מעטות הפעילו בשנים האחרונות מערכות המבוססות על תחיקה ועל עקרונות של זכאות אישית. באופן מסורתי, סופק הטיפול במסגרת תכניות מותנות בתקציב ועל בסיס מבחני הכנסה ולא כחלק ממערך ביטוחי (Brodsky, Habib, Hirschfeld et al., 2003).

בתכניות המבוססות על עקרונות ביטוחיים כל אדם אשר עונה על הקריטריונים שנקבעו מראש זכאי לקבל את ההטבות, ללא קשר לזמינות תקציבית. תכניות אלה בדרך כלל

מעוגנות בחקיקה מיוחדת וניתן לרסן עלויות רק באמצעות שינויים בתנאי הזכאות. על פי רוב שינויים אלה דורשים שינויים בחקיקה.

בתכניות שאינן מבוססות על עקרונות ביטוחיים הספקת השירותים מותנית בתקציב, כלומר, אין חובה לספק את השירות כאשר התקציב נגמר, גם לאלה העונים על הקריטריונים. אפשר למשל, לדחות את ההספקה לשנה תקציבית אחרת, או לכלול את האדם ברשימת המתנה לקבלת השירות. בתכניות אלה ניתן לרסן עלויות באמצעות הקצאת משאבים מתוכננת ולא רק על ידי התאמת תנאי הזכאות.

עם חקיקת חוק ביטוח סיעוד, ישראל נקטה בגישה ביטוחית להספקת שירותים לזקנים מוגבלים השוהים בקהילה. ההחלטה לוותה בלבטים רבים. בין היתר, לא היה ברור האם כדי לענות על הצרכים העולים וגוברים של זקנים מוגבלים יש לחזק את מערך השירותים הקיימים במשרדי הרווחה והבריאות ובקופות החולים, או שמא עדיף לפתח תכנית חדשה במסגרת הביטוח הלאומי והפועלת על פי עקרונות ביטוחיים.

ההחלטה לגבי הגישה המועדפת תלויה בגורמים רבים. מבלי לקבוע איזו גישה עדיפה, נציג מספר שיקולים העשויים להשפיע על מקבלי ההחלטות בבחירה בין הגישות. יש לציין שקיים קשר בין ההחלטה האם לנקוט בגישה ביטוחית או לא, לבין ההחלטה בסוגיות מדיניות אחרות, כגון הספקת שירותים על פי עקרונות אוניברסליים לעומת הספקת שירותים על פי עקרונות של סלקטיביות (מותנה בהכנסות של מקבל השירות או ההטבה), שאליהם נתייחס בהמשך.

שירותים לטיפול ממושך כזכות שיש להגן עליה

הבחירה בין גישה ביטוחית לבין גישה לא ביטוחית משקפת את הפילוסופיה לגבי הספקת שירותי רווחה בכלל. כלומר, האם השירותים לזקנים מוגבלים צריכים להיות מוגדרים כזכות המוגנת מפני התהליכים התקציביים והפוליטיים, או שמא שירותים אלה צריכים להיות נתונים לשליטה, כך שניתן יהיה להתאימם בצורה גמישה למצב התקציבי הנתון במדינה. כאמור, במערכות המבוססות על גישה ביטוחית, שינויים בסל ההטבות או בתנאי הזכאות דורשים שינויים בחקיקה ולא רק החלטות מנהליות. כתוצאה מכך, הם נתונים לדיון ציבורי וקשה יותר לשנותם, במיוחד אם הממשלה עומדת בפני התנגדות ציבורית. על פי הגדרה, תהליך זה מוגן יותר, אולם קשה לקבוע בוודאות, שהשירותים המסופקים על בסיס ביטוחי בפועל מוגנים יותר מאלה המסופקים במערכות שאינן ביטוחיות. כך למשל, ישראל צמצמה את היקף הסיוע של חוק סיעוד בשנת 2003 בחוק ההסדרים, יחד עם קיצוצים אחרים במערכת הרווחה. ראוי לציין, שזו הייתה הפעם היחידה שנעשה קיצוץ במסגרת חוק ביטוח סיעוד במהלך של יותר מ-20 שנות הפעלה, על אף שבמשך השנים היו קיצוצים רוחביים בשירותי רווחה אחרים. יתרה מכך, במדינות אחרות, למשל בהולנד, מאז החלת התכנית

הביטוחית, השירותים רק הלכו והתרחבו. אין עדויות לכך, שבמדינות הנוקטות בגישה לא ביטוחית, השירותים לזקנים מוגבלים נמצאים בהכרח בסכנה של צמצום. בשנים האחרונות, בהרבה מהמדינות נעשו מאמצים לשפר את רמת הכיסוי של השירותים.

דרכי מימון ציבוריות

קיימים שני הסדרים מרכזיים למימון ציבורי: (1) המימון הכללי (general taxation), הממומן מתוך התקציב הכללי של המדינה; (2) המימון הייעודי (designated contribution), המתבסס על מיסוי מיוחד ("דמי ביטוח סוציאלי"), לרוב על ידי מבטחים ומעסיקים. בשונה מהמיסוי הכללי, תקבולי המס הייעודי מסומנים למטרות המוגדרות של התכנית או של ההסדר הסוציאלי ולכן לא ניתן להעביר מהם כספים למטרות אחרות אלא בחקיקה. המימון הייעודי מגביל את הגמישות הפיסקלית של הממשלה בניוד מקורות בין מטרות שונות ובכך מייצר חסינות יחסית של המקורות הייעודיים מפני התערבות ממשלתית ובעיקר מפני קיצוצים. מדינות הנוקטות בגישה ביטוחית לשירותי סיעוד, בדרך כלל מממנות את השירותים באמצעות מס ייעודי, בעוד שמדינות הנוקטות בגישה לא ביטוחית מממנות תמיד את השירותים באמצעות המיסוי הכללי. זאת, משום שהתשלום הייעודי נתפס כפרמיה המעגנת את הזכות לקבלת הזכאות, בעוד שהמיסוי הכללי לא נתפס כמעניק את אותה הזכות.

החשש מצד קובעי המדיניות מהיכולת לממן שירותים לטיפול ממושך עשוי להוביל להעדפה מצידם לפיתוח תכניות הממומנות על ידי מס ייעודי, משום שקל יותר יחסית לקבל תמיכה ציבורית עבור תכניות המשרתות את כלל האוכלוסייה. הדבר מביא בהכרח להעדפה של תכניות המבוססות על עקרונות של זכאות אישית. ייתכן שזו אחת הסיבות שבשנים האחרונות, מדינות שונות, כגון ישראל, מצאו עניין בפיתוח תכניות בגישה זו.

עלויות

אחד החששות המרכזיים של המתנגדים לגישת הזכאות היא הדאגה שהעלות תהיה הרבה מעבר למתוכנן ונתונה לעלייה דינמית מתמדת. בישראל, אכן הייתה עלייה מתמדת במספר הזכאים לקבל שירותים במסגרת חוק ביטוח סיעוד, והעלויות היו גבוהות מהמצופה. הדבר יכול לבטא בחלקו היקף נרחב של צרכים לא מסופקים לפני הפעלת החוק, כפי שעלה במספר מחקרים שליוו את יישום החוק (Brodsky & Naon, 2003). במילים אחרות, הפעלת חוק ביטוחי עשויה לגרום לעלייה משמעותית מאוד במספר הזקנים המקבלים שירותים, משום שהיא מרחיבה את אוכלוסיית היעד מעל ומעבר למה שהיה נהוג במערכת לפני הפעלתו של החוק. עלייה זו יכולה להיות גם תוצאה של הספקת שירותים לזקנים שנכללו באוכלוסיית

היעד של מערכת השירותים ושמסיבות שונות לא קיבלו את השירות (למשל, בגלל היעדר ידע על השירותים או מסיבות של סטיגמה והימנעות מפנייה לשירותים הנחשבים להטבות סוציאליות לאנשים מסכנים). המעבר לחוק ביטוחי מסיר את הסטיגמה, אך מאידך, מערכת השירותים בדרך כלל נוקטת בפעולות הסברה כדי להבטיח את מיצוי הזכות. מעבר לסיבות אלה, התפיסה של זכות עשויה ליצור ביקוש מצד אוכלוסיות שאינן נכללות באוכלוסיית היעד ואינן עונות על הקריטריונים לזכאות. בהיעדר כלים ומנגנונים מתאימים במערכת לעמוד בלחץ עלולה להיווצר דינמיקה של גידול מתמיד במספר הזכאים. עם זאת, יש לציין, שאין הבדלים שיטתיים בין מערכות המבוססות על גישה ביטוחית לבין אלה שלא, מבחינת העלויות וקצב הגידול בהן. העלויות תלויות בעיקר בסל השירותים המוצע ובקריטריונים להספקת השירות בכל תכנית ותכנית.

גמישות בקריטריונים ובסל השירותים

מערכת שיקולים נוספת שיש להתייחס אליה כאשר בוחנים גישה ביטוחית לעומת גישה לא ביטוחית בהספקת שירותים לטיפול ממושך, קשורה להשלכות שעשויות להיות מבחינת הקריטריונים לזכאות ומבחינת סל השירותים המסופק. תנאי הזכאות ורמת ההטבות המסופקות במסגרת תכניות ביטוחיות נוטות להיות מוגדרות באופן מחמיר וקפדני באמצעות כלים ונקודות חיתוך ברורים כדי להגדיר בבירור למי מגיע מה. במסגרת זו, מנסים להפחית עד כמה שניתן את שיקול הדעת של אנשי המקצוע המעורבים בתהליך. לעומת זאת, מערכות שאינן מבוססות על עקרונות ביטוחיים יכולות להרשות לעצמן גמישות רבה יותר בהקצאת המשאבים והשירותים בהתאם לצרכים הייחודיים של הזקן. הדבר נובע מהמסגרת החוקית השונה. ברגע שהטבה מסוימת נקבעת כזכאות אישית, יש הכרח בקביעת המדדים המגדירים אותה. מימד נוסף של גמישות מתבטא בשירותים הייחודיים הכלולים. במסגרות ביטוחיות קיימת הגדרה ברורה וחד-משמעית של קריטריונים לזכאות ולסל השירותים (היוצרת אחידות במדינה בהספקת השירותים). אולם, לצד זה קיימים גם חסרונות, כגון חוסר יכולת לעשות התאמה אישית בהתאם לצרכים של הזקן. מערכות המאפשרות שיקול דעת מקצועי יכולות, לפחות פוטנציאלית, לעשות התאמות טובות יותר לצרכים הייחודיים של הזקן המוגבל. בהמשך נראה, שבשנים האחרונות מתפתחות גישות התומכות בגמישות רבה יותר בהספקת השירותים גם בתכניות ביטוחיות.

אוניברסליות מול סלקטיביות

סוגיית מדיניות מרכזית נוספת במערכות לטיפול ממושך קשורה לאוכלוסיית היעד (target population), ובעיקר לשאלה - האם השירותים מיועדים לכלל האוכלוסייה או רק

לאוכלוסייה ברמות הנמוכות של הכנסה. אחד הדברים המייחדים את הטיפול הממושך הוא היכולת של בני המשפחה לספק במידה רבה את הצרכים של הזקנים. אפשרות זו כמעט שאינה קיימת בשירותים אחרים, כגון שירותי בריאות. לכן, ההחלטה על אוכלוסיית היעד מונחת ביסוד הראייה של החברה את תפקיד המשפחה והצפיות ממנה בטיפול בזקנים. בני משפחה יכולים לענות על צורכי הזקנים במסגרת הבית, במיוחד בתחומים של טיפול אישי וניהול משק הבית, סוגיה שתידון בהמשך.

ההחלטה לגבי אוכלוסיית היעד מעלה שלוש אפשרויות: (1) הרצון לספק את הצרכים של אוכלוסייה מעוטת הכנסה בלבד, ומכאן פיתוח תכניות לטיפול ממושך רק עבורה; (2) הרצון לספק את הצרכים של אוכלוסייה מעוטת הכנסה כמטרה עיקרית, אבל זאת באמצעות מסגרות מימוניות הכוללות גם אוכלוסייה שאינה מעוטת הכנסה; (3) הרצון לספק את הצרכים של אוכלוסייה רחבה יותר, שאינה מעוטת הכנסה כמטרה בפני עצמה (Brodsky, Habib, Hirschfeld et al., 2003).

תמיכה באוכלוסייה ענייה מתבססת על ההנחה, שאוכלוסייה זו אינה יכולה לרכוש את השירותים הדרושים לה. תפיסה זו עשויה להוביל להתמקדות בלעדית באוכלוסייה זו בתכניות שהן סלקטיביות. גם אם מעוניינים לסייע בעיקר לאוכלוסייה הענייה, הדבר יכול להוביל לנקיטת אסטרטגיה התומכת גם באוכלוסייה שאינה ענייה. זאת, אם מאמינים שהכללתה של אוכלוסייה שאינה ענייה בתכנית בעלת אופי אוניברסלי היא הדרך הטובה ביותר לגייס תמיכה ציבורית רחבה ולמנוע את ההשלכות של שירותים המיועדים רק לאוכלוסייה ענייה, כגון סטיגמה ואיכות ירודה. בתחום הטיפול הממושך יכול להיות עניין בהיענות לצרכים של אוכלוסייה לא ענייה כמטרה בפני עצמה. קיימים מספר נימוקים לפיתוח מערכות לטיפול ממושך, הכוללות אוכלוסייה שאינה ענייה, כגון עלות המימון הגבוהה של השירותים לטיפול ממושך ואי היכולת של חלקים גדולים באוכלוסייה לשאת בהוצאות, גם אם הם אינם מוגדרים כעניים. קיים חשש, שחלקים גדולים מהאוכלוסייה יתרוקנו ממשאביהם הכלכליים ובסופו של דבר הם יהפכו למעמסה על המערכת הציבורית. כמו כן, יש עניין בצמצום השימוש בשירותים לטיפול אקוטי שהם יקרים יותר (במיוחד בתי חולים כלליים) על ידי הספקת שירותים לטיפול ממושך.

כאמור, ניתן לזהות זיקה בין העקרונות המנחים את התכניות השונות מבחינת: (1) הגישה בהיבט הביטוחי; (2) שיטת המימון; (3) אוכלוסיית היעד. תכניות עם גישה ביטוחית בדרך כלל ממומנות באמצעות מיסוי ייעודי והן אוניברסליות. לעומת זאת, תכניות עם גישה לא ביטוחית ממומנות באמצעות מיסוי כללי, ונמצא ביניהן כאלה שהן יותר אוניברסליות וגם יותר סלקטיביות.

הניסיון הבינלאומי והישראלי

ברוב המדינות המפותחות המרכיב של טיפול בריאותי-רפואי בבית (home-health) כולל במסגרת שירותי הבריאות ומסופק על בסיס העקרונות הקיימים במסגרת שירותי הבריאות הכלליים (כאשר במדינות רבות הטיפול הוא על בסיס ביטוחי ופועל על בסיס עקרונות אוניברסליים). לעומת זאת, קיימת שונות רבה יותר בעקרונות המנחים את התכניות לטיפול במסגרת הבית בתחום הטיפול הלא מקצועי, קרי סיוע בביצוע הפעילויות היומיומיות (טיפול אישי) וניהול משק הבית.

אנגליה היא דוגמה קלסית להספקת טיפול כזה על בסיס מבחן הכנסות, במסגרת תכניות לא ביטוחיות, הממומנות על ידי מיסוי כללי. מדינות סקנדינביה, כמו שוודיה ונורווגיה, בעלות מסורת של הספקת שירותים בצורה מאוד נדיבה, מספקות שירותים לכלל האוכלוסייה (ולא רק לאוכלוסייה הענייה), על אף שהשירותים אינם מסופקים במסגרת ביטוחית וממומנים על ידי מיסוי כללי. במדינות אלה אין מבחן הכנסות, אבל יש השתתפות עצמית תלוית הכנסה (co-payment). בקנדה מסופקים השירותים לטיפול ממושך במסגרת תכניות לא ביטוחיות, הממומנות על ידי מיסוי כללי. מרבית הפרובינציות בקנדה נמצאות בטווח בין מדיניות מכוונת לאוכלוסייה הענייה, כמו באנגליה, לבין הספקת שירותים בצורה רחבה ואוניברסלית כמו בשוודיה. תכנית ה"מדיקאיד" (Medicaid) בארצות הברית מהווה דוגמה מעניינת לתכנית המכוונת לאוכלוסייה הענייה, ממומנת על ידי מיסוי כללי, אבל מספקת שירותים על בסיס עקרונות של זכאות (בדומה לתכניות ביטוחיות). "מדיקאר", התכנית הממשלתית של שירותי הבריאות עבור האוכלוסייה הקשישה, אינה כוללת שירותים לטיפול ממושך, אלא הם מסופקים על ידי תכנית ה"מדיקאיד", כולל הטיפול במסגרת הבית, וניתנים על בסיס מבחן הכנסות מחמיר. בשנים האחרונות, מספר מדינות נקטו בגישה ביטוחית רחבה יותר להספקת שירותים לטיפול ממושך ומעניקות זכאות אישית. מדינות אלה כוללות את הולנד, אוסטרליה, גרמניה, יפן וישראל (ברודסקי, חביב ומזרחי, 2001).

בישראל, הגידול במספר הזקנים בכלל, ובמספר הזקנים המוגבלים בפרט, בלוויית החשש שהשירותים שהיו קיימים בשנות ה-80 אינם מסוגלים לענות על הצרכים, הביאו להכרה שיש להרחיב את השירותים באופן משמעותי. כאמור, מבין האפשרויות הקיימות, בחרה ישראל לחוקק את חוק ביטוח סיעוד ולא להרחיב את השירותים במסגרת שירותי הרווחה הכלליים. חוק ביטוח סיעוד, שהתחיל לפעול באפריל 1988, נועד לתת תשובה לצורך בהרחבת השירותים ולהבטיח הגדלת המשאבים הכספיים המופנים לשירותים במסגרת הבית ולשירותים קהילתיים. כלומר, ישראל בחרה בגישה ביטוחית להספקת שירותים במסגרת הבית ולהענקת זכאות אישית לקבלת השירות. שני מאפיינים מייחדים את החוק בישראל לעומת מדינות אחרות. האחד הוא, שהחוק מכסה רק שירותים בקהילה, ואילו במדינות האחרות החוק מכסה גם שירותים במסגרת מוסדית. זהו ביטוי לאחת

המטרות המוצהרות של החוק לחיזוק המערך הקהילתי כדי לאפשר לקשישים להישאר בביתם. המאפיין השני הוא, שבישראל, בשונה ממדינות אחרות, קיים מבחן הכנסות לקבלת שירותים במסגרת חוק הסיעוד. אמנם נקבע רף יחסית גבוה (1.5 מהשכר הממוצע במשק), אולם הכללת מבחן הכנסות במסגרת חוק ביטוחי אינה דבר שכיח. קיימת אפשרות נוספת ליצור זיקה בין היקף השירותים המסופקים לבין רמת ההכנסה של הקשיש במסגרת תכניות ביטוחיות והיא דרך השתתפות עצמית. בהולנד קיימת השתתפות עצמית תלוית הכנסה (כלומר, זכאים בעלי הכנסות גבוהות משלמים חלק גדול יותר מעלות השירות מאשר זכאים בעלי הכנסות נמוכות), ואילו ביפן, גובים 10% מעלות השירות, ללא קשר להכנסות הקשיש. שיקול חשוב בהקשר להשתתפות עצמית הוא ההשפעה על השימוש בשירותים. מצד אחד, השתתפות עצמית עשויה למנוע שימוש יתר (ועל ידי כך לצמצם עלויות), אך מצד שני, השתתפות עצמית עלולה להרתיע שימוש בשירותים נדרשים.

לסיכום, הפתרונות בסוגיות מדיניות, כפי שמשקפות בניסיון בעולם, מניבים דגמים שונים ולא "טהורים" באשר לגישות ביטוחיות אל מול גישות לא ביטוחיות ושל גישות אוניברסליות אל מול גישות סלקטיביות.

נפנה עתה לדון בסוגיות מדיניות נוספות המלוות את פיתוח השירותים לזקנים מוגבלים.

גמלת שירותים (גמלה בעין) או גמלה כספית

ככלל, יש שלוש דרכים להספקת סיוע לאדם המוגבל: שירותים בעין; קצבה כספית לא מוגבלת, המאפשרת למקבל הקצבה להשתמש במשאבים כראות עיניו; קצבה כספית מוגבלת לרכישת שירותים. אם אי-אפשר להשתמש בקצבה הכספית לתשלום לבני משפחה תמורת עזרתם לקשיש, אזי הדבר דומה יותר להספקת שירותים בעין. אחת הסוגיות המלוות את חוק ביטוח סיעוד בישראל מראשית דרכו היא - מהי צורת מתן הסיוע העדיפה? סוגיה זו מעוררת עניין לא רק בישראל, וקובעי מדיניות במרבית המדינות המפותחות מתחבטים בה.

המצדדים במתן קצבאות כספיות טוענים, שבאמצעותן אפשר לחזק את כוחם של הצרכנים ולהרחיב את חירותם לבחור בשירותים הנראים להם ובספקי השירותים ולחתום איתם על הסכמים. הדבר גם מאפשר לצרכנים לתכנן את הטיפול בצורה גמישה ובהתאם ללוח הזמנים המתאים להם. חוקרים טוענים, כי גמישות זו משפרת את איכות חייו של הזקן ושל בני המשפחה (Freedman & Kemper, 1996; Feinberg & Ellano, 2000).

יתר על כן, קצבאות כספיות עשויות לתמרץ את המשפחות להמשיך ולדאוג לקרוב הזקן המוגבל בתפקודו, והן מעניקות גם לזקנים הזדמנות להביע את הערכתם למאמציהם של אלה העוזרים להם ללא שכר, או לפצות את המטפלים על איבוד הכנסתם. טענה נוספת היא, שקצבה כספית תיצור תחרות בין ספקי השירותים ותוביל לשיפור איכותם. שווי הגמלה

הכספית, בדרך כלל, נמוך מערך השירות המקביל, מאחר שעל פי רוב הלקוחות רוכשים שירותים מספקים שאינם מאורגנים או מבני משפחה, ומשום כך עלותם נמוכה יותר.

המתנגדים לקצבה הכספית טוענים, שעלויותיה של המדינה יהיו גבוהות, בהתאם לשיעור הגבוה של המשתתפים (מאחר שהביקוש לגמלאות כספיות גדול מהביקוש לשירותים בעין). בנוסף לכך, הם טוענים, שמכיוון שלא יהיה פיקוח על עלות השירות, מחיר שעת טיפול סיעודי עלולה להאמיר; איכות הטיפול תהיה נמוכה בגלל היעדר פיקוח נאות על הספקת השירות; הלקוחות עשויים להיתקל בקשיים בבחירת הספקים ובתשלומי ביטוח, שכן וכדומה, מה שמחזק את החשש שהאדם המוגבל לא יקבל את הטיפול שהוא זקוק לו; הקשיש יכול להשתמש בכסף לצרכים אחרים ומשפחות עלולות להשתמש לרעה בקצבה זו או להזניח את צורכי האדם המוגבל, מצב שקשה לפקח עליו; קצבאות כספיות לבדן אינן מספיקות לדרבן את התפתחות השירותים הקהילתיים, וכי מאמצים להשגת מטרה זו חייבים להיעשות ברמה הלאומית וברמה המקומית וכי ניתן להבנות גם בתוך מערך השירותים בעין אפשרויות סבירות לבחירה ולגמישות (ברודסקי, חביב ומזרחי, 2001; OECD, 2005). טענה נוספת היא, שמתן אפשרות בחירה למשפחות בין שני סוגי הגמלה - בעין או בכסף, עשויה להיות בעייתית ביותר ולהיטיב למעשה רק עם המשפחות המבוססות. משפחה מעוטת הכנסה תימצא במצב שבו היא תצטרך להכריע בין שימוש בכסף לצורכי הזקן המוגבל לבין מילוי צרכים חיוניים אחרים של המשפחה (בן-צבי, 2001).

התפתחות המגמה להכללת גמלאות כספיות בסל השירותים לטיפול ממושך

בעשור האחרון השתנתה תפיסתם של מעצבי שירותי הרווחה בעולם המערבי בנוגע למקבלי השירות: ממטופלים הנזקקים לטיפול לצרכנים הדורשים איכות, אפשרות בחירה והספקת מידע, כדי שיוכלו לקבל החלטות הקשורות לשירותים שהם נזקקים להם (Baldock & Evers, 1991). מודל עיקרי, המבטא שינוי זה, הוא "מודל הצרכנות הישירה" (Consumer Direction). צרכנות ישירה של שירותים מאפשרת לבחור את השירות ואת הספק, תוך שליטה על אופן מתן השירות. בבסיס גישה זו עומדת ההנחה, שאנשים מוגבלים יודעים למה הם זקוקים וכיצד להשיג את מבוקשם. צרכנות ישירה מניחה, שטיפול ממושך אינו רפואי בעיקרו, וכי הוא מתמקד בשירותים שאינם עתירי טכנולוגיה מתקדמת (low-tech). לכן, לא צריך לחייב את הצרכן להישען על גוף מקצועי שיקבל החלטות עבורו (Stone, 2000).

צרכנות ישירה היא קשת שלמה של תכניות. בקצה האחד עומד המודל הכספי, המאפשר לצרכן גמישות רבה להחליט כיצד לנצל את הגמלה הכספית בהתאם לצרכיו. גמלאות כספיות, הניתנות על ידי המוסד לביטוח הלאומי לאנשים מוגבלים בישראל, במסגרת קצבת שירותים מיוחדים (שר"מ), ניתנות לפי דגם זה. בקצה השני של הקשת נמצאת חבילת

שירותים הניתנים בניהול מקצועי. מנהל הטיפול מתאים לקשיש תכנית טיפול בהתאם לצורכי הלקוח (המטופל), והלקוח שותף בהחלטות, בבניית התכנית וביישומה בפועל. חוק ביטוח סיעוד בישראל דומה לדגם זה. בין שני הקצוות יש דרגות שונות של צרכנות ישירה, הכוללות תכניות המאפשרות לצרכן לפטר ולהעסיק את המטפל בעצמו ולשלם לבן משפחה עבור שירותיו. כמו כן, קיימות במסגרת זו תכניות שבהן נותנים תלושים (voucher) או תקציב אישי (personal budget) והקשיש בוחר כיצד להשתמש בהם.

הניסיון בישראל

בשנת 1980 הוקמה ועדה בראשות פרופסור יעקב מן, שקבעה את העקרונות שעל פיהם יש לגבש את חוק הסיעוד. הוועדה הציעה: "שהגמלה שתניתן לזקן או למשפחתו תהיה בעיקרה גמלת כסף, כדי לדרבן את המשפחה להמשיך ולשאת בעול הטיפול בזקן תוך הפעלת העזרה באמצעות כוחות פנים-משפחתיים או על ידי קניית שירותים מחוץ למסגרת המשפחתית" (מן, 1987). כל זאת, מבלי להגדיר קריטריון המגביל משפחות בזכאות זו (מורגנשטיין ושמאי, 1987). החוק שהתקבל קבע, שיש לתת את הגמלה בשירותים, למעט מקרים שבהם ועדה מקומית קובעת, שאין שירותים זמינים במקום מגורי הקשיש. למעשה, רק בודדים ממקבלי הגמלה קיבלו זאת בכסף. יש לציין, שבעוד שגמלאות אחרות של המוסד לביטוח לאומי הניתנות לאנשים בעלי נכות ניתנות בכסף (שירותים מיוחדים), הרי השירותים הניתנים במסגרת חוק ביטוח סיעוד הם הסדר מיוחד.

הדיון הציבורי והמקצועי באשר לצורה המועדפת למתן הגמלה, אם בכסף או בעין, לא הסתיים. רק לאחרונה ערך המוסד לביטוח לאומי תכנית ניסיונית למתן אפשרות לזכאי חוק ביטוח סיעוד לקבל גמלאות כספיות בהתחלה בשלושה אזורים, וכיום התרחב הניסוי לשישה אזורים בארץ, והוארך למשך שנה נוספת. הניסוי בשלושת האזורים הראשוניים נערך במשך שנתיים ולווה במחקר הערכה (גרא, 2009). במסגרת התכנית ניתנת אפשרות לזכאי חוק ביטוח סיעוד ברמת גמלה של 150% ו-168%, המעסיקים מטפלת בבית במרבית שעות היממה, שישה ימים בשבוע, לבחור באפשרות של קבלת גמלה בכסף. מהמחקר עלה, כי שיעור קטן מהזכאים הפוטנציאליים בחרו באפשרות זו (4%). הסיבות שבגללן הם בחרו באפשרות זו היו: התועלת הכלכלית והשליטה על כספי הגמלה. הסיבה העיקרית לאי-בחירה באפשרות זו הייתה, שהזקנים פשוט לא ידעו על קיומה. שני שלישי מהזקנים שלא בחרו באפשרות זו דיווחו, כי הם מעוניינים לקבל גמלה זו, אך כאמור לא ידעו על התכנית. על פי ממצאי המחקר, הזקנים שבחרו באפשרות זו הצביעו על שביעות רצון רבה מהסדר זה. עורכי המחקר המליצו להרחיב את התכנית לכלל הזכאים בארץ ברמות הגבוהות של הגמלה. לאחר מספר דיונים בוועדת הרווחה של הכנסת, הוחלט להרחיב את הניסוי לאזורים נוספים בטרם תתקבל החלטה על יישום הסדר זה בכל הארץ.

בשנים האחרונות, ג'וינט-מכון ברוקדייל והמוסד לביטוח לאומי ערכו סדרת מחקרים העוסקים בזכאי חוק ביטוח סיעוד ובזכאי קצבת שירותים מיוחדים. בשאלות המרכזיות נכללה שאלת ההעדפה וההשלכות של הספקת שירותים בעין לעומת גמלאות כספיות. אחד המחקרים התבסס על השוואה בין זקנים, זכאי חוק ביטוח סיעוד, לזקנים זכאי שירותים מיוחדים (ש"רם) (נאון, ברודצקי, שמלצר ואחרים, 2004). ממצאי המחקר העלו, שאין הבדל במענה ששתי הגמלאות נותנות לצורכיהם של קשישים המוגבלים בתפקודם ובצרכים הנותרים לא מסופקים. לכן, אפשר לומר, שאין עדויות במחקר זה לחלק מהטיעונים המועלים על ידי המתנגדים למתן גמלה כספית. למשל, אין במחקר זה אישוש לטענה, שקשישים המקבלים כסף יזכו למענה פחות הולם לצורכיהם הטיפוליים, בין אם מתוך קושי לנהל את הטיפול בעצמם או מתוך ניצול הכספים לצרכים אחרים, שהרי לא נמצא הבדל בין הקבוצות בצרכים לא מסופקים. כמו כן, יש שביעות רצון רבה מן המטפלת הפורמלית בשתי הקבוצות, כך שהעסקה באופן פרטי לא פוגעת באיכות הטיפול, כפי שניתן להסיק משביעות רצון הקשישים. עם זאת, במחקר זה גם עלה, שקשישים ובני משפחה שכבר מקבלים שירותים בעין (מקבלי חוק ביטוח סיעוד) דיווחו, שהם מעדיפים לקבל שירותים על פני גמלה כספית, בעיקר משום שהם חוששים מהתהליכים הכרוכים בהעסקת מטפלת באופן פרטי - מציאת מטפלת, תשלומי שכר, ביטוח, ימי חופשה וכדומה.

הניסיון הבינלאומי

אמנם, רוב המדינות המפותחות מספקות שירותים בעין לאוכלוסייה המוגבלת, אך לאחרונה מסתמנת מגמה לתת קצבאות כספיות כחלק מחבילת השירותים (Lundsgaard, 2005). ניתן למנות מספר מניעים עיקריים למגמה זו: הזדקנות האוכלוסייה מעלה את החשש שיווצר מחסור בכוח אדם טיפולי (Fujisawa & Colombo, 2009). הגמלה הכספית תאפשר לקשיש לשלם לבני משפחתו עבור שירותיהם, וכך יהיה אפשר להתגבר על בעיית המחסור בכוח אדם בסיעוד. בנוסף לכך, ההוצאה השנתית למימון סל השירותים גדלה והולכת, ומתן גמלת סיעוד כספית עשויה להקטין את העלויות, אם הסכום שיינתן לכל אדם יהיה נמוך מעלות השירותים הניתנים באמצעות חברת סיעוד, המחייבת עלות תפעול נוספת. בנוסף למניעים אלה, הנוגעים למחסור במשאבים, ניתן לציין גישה חיובית בשירותי הרווחה, לשפר את המענים לצורכי הקשיש על ידי מתן יותר חופש בחירה לזקן המוגבל ולבני משפחתו (Lundsgaard, 2005 ;Carr & Robbins, 2009).

יש לציין, שעל אף שתפיסה זו הולכת וגוברת, ברוב המדינות שבהן מופעלות תכניות מסוג זה בצורה ניסיונית הן אינן מכסות את מרבית האוכלוסייה המקבלת טיפול במסגרת הבית. בגרמניה ובאוסטריה, חלק משמעותי מהתכנית למתן טיפול בבית בנוי על התפיסה של צרכנות ישירה (OECD, 2005), אולם גרמניה היא המדינה היחידה המאפשרת לבחור

בין גמלה בשירותים לגמלה כספית, או לשלב בין השתיים. ערך הגמלה הכספית נמוך (בערך במחצית) מערך השירותים בעין. רוב הזכאים המתגוררים בקהילה בחרים בקצבה כספית בלבד (Evans-Cuellar & Wiener, 2000) והקצבאות הכספיות מנוצלות, בראש ובראשונה, כתוספת לתקציב המשפחתי או כדי להעניקו לבני המשפחה, יותר מאשר לרכישת שירותי טיפול פורמליים (Evers, 1998). בחינת השפעתה של הקצבה הכספית על כמות הטיפול המסופק על ידי קרובים בגרמניה גילתה, שהטיפול המשפחתי נותר כשהיה (Evans-Cuellar & Wiener, 2000). בגרמניה, יש המבקרים את דרכי הספקת הקצבה הכספית וטוענים, שהמוגבלים או בני משפחותיהם אינם מסוגלים, ובמקרים רבים אינם יודעים, כיצד לשאת ולתת ישירות עם ספקי שירותים (Schneider, 1999). יתר על כן, לשיעור גבוה מהזכאים יש מוגבלות קוגניטיבית, ובכל זאת הם יכולים לקבל קצבה כספית. בתגובה לדאגה זו נערכים ביקורים תקופתיים אחת לארבעה או לשישה חודשים אצל הזכאים שבחרו לקבל קצבה כספית, תלוי ברמת מוגבלותם, כדי להבטיח שהם מקבלים טיפול נאות. זאת ועוד, שניידר במחקרה מ-1999 ואוונס-קוארל ווינר (Schneider, 1999; Evans-Cuellar & Wiener, 2000) טוענים, שיש צורך לפתח שירותי ייעוץ ושירותים לניהול הטיפול. זאת, לאור מורכבותו של תהליך בחירת השירות המתאים ושל ניהול משא ומתן וקביעת הסכם עם ספקי השירות.

באוסטריה ניתנת קצבה כספית לא מוגבלת, לפי שבע רמות זכאות. ממצאי מחקר ההערכה על זכאים המתגוררים בקהילה (המהווים 93% מכלל הזכאים) הראו, ש-56% מהנחקרים השתמשו בשירות סוציאלי או סיעודי אחד או יותר (47% קיבלו שירותים בביתם ו-22% קיבלו שירותים מחוץ לביתם) (Badelt, Holzmann-Jenkins, Matual et al., 1997). מאחר שחלק משמעותי מהמטפלים העיקריים הם בני משפחה, הציע משרד העבודה, הבריאות והרווחה הפדרלי באוסטריה ייעוץ למטפלים ראשוניים מה-1 בינואר, 1998.

בהולנד קצבאות כספיות ניתנות במסגרת של תכנית ניסיונית של "תקציבים אישיים" (personal budgets) לקבוצה מוגבלת של פונים, הזכאים לטיפול בביתם. הזכאים בתכנית זו מקבלים 25% פחות מהעלות של השירותים בעין וחייבים להשתמש בקצבה הכספית לקניית שירותים, כולל שירותים של בני משפחה. תקציבים אישיים מוענקים בשיעור מצומצם. בשנת 2003, למשל, רק 0.8% מבני 65+ קיבלו טיפול בית במסגרת זו לעומת כ-7% שקיבלו טיפול בית רגיל (Lundsgaard, 2005). עם זאת, אחוז הזקנים הכלולים בתכנית גדל והולך (Mot, 2010). התכנית הניסיונית מלווה במחקר הערכה, שממנו עולה, שמקבלי הקצבאות דיווחו על שיפור בשירותים, שליטה רבה יותר על הספקת השירותים ועל בחירת הספקים, ושביעות רצון רבה יותר, מאשר אנשים בקבוצת הביקורת אשר קיבלו שירותים בעין (Miltenburg & Klie, 1995).

ביפן, במסגרת חוק ביטוח סיעוד המיושם מאפריל 2000, ניתנת גמלת שירותים בעין. השאלה האם לתת קצבה כספית למשפחות עמדה במוקד הדיון ביפן טרם חקיקת החוק. למרות התמיכה הציבורית, הוחלט שלא לאפשר זאת. אנשי מקצוע טענו, שהרחבה מהירה

של השירותים הפורמליים צריכה לקבל עדיפות עליונה, ושלא ניתן לעשות זאת באמצעות קצבאות כספיות. פמיניסטיות טענו, שקצבאות כספיות יהפכו לחלק מתקציב הבית ובנות המשפחה המטפלות בזקנים ימשיכו לשאת ברוב עול הטיפול. הובעה דאגה, שהצעת קצבה כספית תגרום לגל של בקשות לקצבה, בעוד שהממשלה תמשיך באישור בקשות בקצב אטי יחסי, מפני שהיא שואפת להכפיל את התכנית בהדרגה, משיקולים תקציביים (Campbell & Ikegami, 2000). לאחרונה, הונהגה תכנית חדשה לתמיכה בבני משפחה, אליה נתייחס בהמשך.

במקביל לתכניות אלה, המעוגנות בחוק, מתפתחות בכמה מדינות, שאינן מספקות שירותים על בסיס ביטוחי, תכניות ניסיוניות של צרכנות ישירה, תוך בחינת משמעות הפעלתן, מבחינה אישית וציבורית, והערכת יעילות הטיפול, סיפוק הצרכים ושביעות הרצון של אוכלוסיית היעד. למשל, בארצות הברית הונהגה קשת רחבה של תכניות. ממחקרים שנערכו בתחילת שנות ה-90 עלה, כי כבר אז מספרן של התכניות במימון ציבורי, אשר סיפקו שירותים המבוססים על עיקרון זה, היה משמעותי. בשנת 1997, פרסמה האדמיניסטרציה למימון שירותי הבריאות בארצות הברית (HCFA), נהלים חדשים להספקת שירותים אישיים במסגרת "מדיקאיד", שבהם הוענק חופש בחירה רחב למדינות השונות להספקת שירותים לפי התפיסה של צרכנות ישירה, ובשנת 1999 אף פורסם במפורש, שמדינות יכולות לבחור במודל של צרכנות ישירה. ה-National Council on Aging (NCOA) האמריקני ערך שני סקרים בשנים 1996 ו-1999, שהראו שמספר התכניות הפועלות על בסיס צרכנות ישירה גדל מ-103 בשנת 1996 ל-185 בשנת 1999. רוב התכניות אפשרו ללקוחותיהן להעסיק חברים, שכנים ובני משפחה (פרט לבני-זוג והורים) ורובן סיפקו שירותי ייעוץ ומידע לצרכנים (Velgouse & Dize, 2000).

בין היתר, סקרים אלה בדקו גם חששות וסוגיות אתיות המטרידות את הגופים השונים האחראים על מתן שירותים לאוכלוסיות מוגבלות. הסוגיות העיקריות שעלו היו ניצול הכספים שלא לצרכים סיעודיים על ידי הצרכנים. סוגיות נוספות היו קשורות להבטחת איכות הטיפול ולהספקת שירותים על ידי עובדים ללא הכשרה. הארגונים השונים דיווחו, שאחד המכשולים בפיתוח תכניות של צרכנות ישירה נעוץ בהתנגדותן של סוכנויות המספקות שירותים בגלל חששן מאבדן לקוחות.

כדי לבחון יתרונות וחסרונות של אספקת שירותים לפי תפיסת הצרכנות הישירה, נערכו מחקרים מבוקרים, המשווים בין תוצאות הטיפול של תכניות המבוססות על דגמים של צרכנות ישירה לעומת תכניות המספקות שירותים לפי דגמים מסורתיים יותר. אחד המחקרים המוכרים ביותר נערך בקליפורניה (California's In-Home Supportive Services) והשווה בין מודל שירותים למודל כספי. נמצא כי תוצאותיהם של שני הדגמים היו חיוביות. ועוד נמצא, כי הצרכנים שהיו בתכנית של צרכנות ישירה מוגבלים יותר ובעלי צרכים מרובים יותר מאשר מקבלי השירותים לפי המודל המסורתי. כמו כן, הסתבר, שהמטפל

שאותו העסיקו המשתתפים בתכנית צרכנות ישירה התאים להם יותר מבחינה תרבותית ומבחינת השפה. זאת, כיוון שבמקרים רבים הועסק בן משפחה וכי התפתחה מערכת יחסים קרובה יותר בין המטפל למטופל (Tilly, Wiener & Cuellar, 2000). נמצא גם, כי תחלופת העובדים הייתה נמוכה יותר ושמטפלים שהועסקו באופן ישיר העניקו יותר שעות טיפול, גם כאשר היה מדובר בעובדים שאינם בני משפחה.

עם זאת, הצרכנים שהעסיקו בעצמם את המטפל ציינו, שהיה להם קשה לעשות זאת ושרובם לא קיבלו עזרה בתהליך זה. אף שהמטפלות שבקבוצת הביקורת הועסקו על ידי סוכנויות והוכשרו לכך על ידי גורמי מקצוע, לא היה הבדל בשביעות רצונם של הלקוחות מהשירות, או שהיא הייתה גבוהה יותר בקרב אלה שהשתתפו בתכנית לצרכנות ישירה. לעומת זאת, הדגם המסורתי לא העלה תוצאות חיוביות יותר מאלה של המודל לצרכנות ישירה באף לא אחד ממדדי התוצאות שנבדקו (Benjamin, Matthias & Franke, 1998). אולם, אחד החסרונות שציינו הצרכנים במודל הכספי היה מחסור בתכנית גיבוי (backup) כאשר המטפל נעדר, דבר שממנו נהנים על פי רוב צרכנים של שירותים המסופקים על ידי סוכנויות פורמליות. עבור אנשים מוגבלים וקשישים במיוחד, עניין הגיבוי יכול להיות קריטי (Benjamin & Matthias, 2000). במענה לבעיה זו פותחה תכנית של "תגובה מהירה", המספקת עובד מחליף (Wong, 2000).

קן רוברט ווד ג'ונסון תומכת במימון מגוון התכניות המוכרות כ-Independent Choices". בשנת 1994 גם החלו להתבצע מחקרים אשר התמקדו בחקיקה בתחום המיסוי וההעסקה במסגרת תכניות של צרכנות ישירה. במחקרים אלה נבחנו 22 תכניות לצרכנות ישירה ב-16 מדינות בארצות הברית (Flangan, 1994; Flangan & Green, 1997). מחקרים אלה הביאו לשיפור במדיניות ובנהלים למילוי טופסי המיסוי של עובדים המועסקים על ידי לקוחותיהם באופן ישיר. יתרה מזאת, פותחו מודלים שונים של שירותי תיווך למתן סיוע בכל עבודת המינהלת הכרוכה בהעסקתם של עובדים במסגרת צרכנות ישירה (fiscal intermediary models), ואף נכתב מדריך לשימוש הלקוחות המקבלים על עצמם אחריות מלאה להעסקתם של העובדים (consumer-friendly training manual). כיום, נערכות תכניות הדגמה, המלוות במחקר הערכה ומוכרות כ-Cash & Counseling Demonstration" (Doty, 2000; Doty, Mahoney & Simon-Rusinowitz, 2007). תכניות אלה מיושמות בשלוש מדינות בארצות הברית: פלורידה, ארקנסו וניו-ג'רסי ומלוות במחקר הערכה, תוך השוואה בין שתי הקבוצות במספר מרכיבים: שביעות רצון של הלקוחות ואיכות הטיפול. כמו כן, נבחנת ההשפעה על התומך הלא פורמלי, והשוואה בין עובדים שקיבלו תשלום ישיר מהלקוחות לבין עובדים שהועסקו על ידי סוכנויות על פי המודל המסורתי (Mahoney, Simone & Simon-Rusinowitz, 2000). לקחים מתכנית ההדגמה הצביעו על חשיבותו של שיווק נכון של התכנית, תוך התאמתו לאוכלוסיות שונות. בנושא של מתן סיוע לניהול חשבונות והעסקה (fiscal intermediary) ולניצול לא נכון בכספים, מדווח כי

צרכנים רבים בחרו להשתמש בשירותי התיווך הכספי הניתן מטעם הממסד, מה שמקטין את החששות לשימוש לא נכון בכספים (Flangan & Green, 2000). למספר מועט של צרכנים שרצו להיות עצמאיים בנושא הופץ מדריך כדי להבטיח שיש בידם את כל המידע הדרוש. בקרת איכות בתכניות אלה דורשת ממעצבי המדיניות משימה יצירתית של איזון בין האחריות של הצרכן והנשיאה באחריות של המדינה.

בני משפחה ממלאים תפקיד מרכזי בטיפול באנשים מוגבלים בכלל, ובתכניות לצרכנות ישירה בפרט. כמעט בכל התכניות לצרכנות ישירה ניתנה האפשרות להעסיק קרובי משפחה כספקי שירותים. בחלק מהן לא היו הגבלות ובחלקן היה איסור להעסיק בני זוג והורים. לנושא זה נתייחס בהמשך הפרק.

סוגיית העסקת העובדים והבטחת תנאי העבודה וזכויותיהם חשובה ויש לבחון את ההשלכות של התכניות לצרכנות ישירה לנושא זה. צרכנות ישירה עלולה ליצור מצב שבו אין לעובדים גיבוי וקיים חשש לפגיעה בזכויותיהם (Benjamin et al., 1998; Tilly et al., 2000). יש לציין, שלרוב אין נתונים טובים ואמינים בנושא התנאים והשכר.

אחת הסוגיות של מעצבי מדיניות באשר ליישום תכניות של צרכנות ישירה היא כיצד אפשר להבטיח את איכות הטיפול שניתן. תכניות מסורתיות להספקת שירותים מנסות להבטיח את איכות הטיפול בקביעת נהלים הדורשים מספקי השירותים להבטיח, שהמטפלים יהיו בעלי הכשרה ושיהיה פיקוח של אנשי מקצוע על המטפלים הישירים. מנגנונים אלה אינם קיימים במודל של צרכנות ישירה. במרבית התכניות המבוססות על צרכנות ישירה היקף הפעילות היזומה של הממשלה בפיקוח מצומצמת ונשענת על היענות לתלונות הציבור, על ביקורי בית תקופתיים ועל קשר טלפוני עם זכאים. הבטחת איכות בצרכנות ישירה, למעשה, נשענת על צרכני השירות עצמם, מתוך הנחה כי צרכנים לא מרוצים הם בעלי הכוח והאמצעים להחליף את המטפלים. אולם, אמצעי זה יעיל יותר כאשר יש היצע גדול של כוח אדם. כשקיים חשש למחסור בכוח אדם, איום הפיטורין פחות אפקטיבי.

יש לציין אמנם, שגם במסגרת תכניות מסורתיות, שבהן השירותים מסופקים על ידי סוכנויות מורשות, לא תמיד יש פיקוח על ספקי השירותים או שהפיקוח מצומצם ביותר. בתכנית בקליפורניה, למשל, נמצא שחלק משמעותי מהעובדים (37%) דיווח שאין פיקוח כלל או שהפיקוח מצומצם ביותר (Benjamin et al., 1998). יתרה מכך, בחינת איכות השירותים בשני הדגמים גם יחד מסתמכת לרוב על מדדי שביעות רצון של הצרכנים ולא על מדדי איכות אחרים, כגון מניעת הידרדרות במצבו התפקודי של האדם או צמצום באשפוזים שהיה ניתן למנוע. מחקרים שונים מצביעים, ששביעות הרצון בקרב המשתתפים בתכניות לצרכנות ישירה גבוהה יותר, או לפחות מקבילה לשביעות רצונם של אלה המקבלים שירותים מסוכנויות מורשות. ניתן לומר, אפוא, שסוגיית הבטחת האיכות שנויה במחלוקת ודורשת התייחסות מחקרית מעמיקה יותר.

לסיכום, בעשור האחרון אנו עדים לגידול בתכניות באירופה ובארצות הברית להספקת שירותים על פי העיקרון של הצרכנות הישירה ושל הכללת קצבאות כספיות בסל שירותים המיועד לאוכלוסייה הסובלת ממוגבלויות שונות. מספר מחקרים העוסקים בסוגיית מתן שירותים בעין לעומת גמלאות כספיות מצביעים על שביעות רצון גבוהה של הצרכנים בתכניות לצרכנות ישירה בכלל, ושל צרכנים בתכניות לגמלאות כספיות בפרט. מהספרות המקצועית שנסקרה נראה, שעדיין יש צורך בנתונים אמפיריים נוספים כדי להעריך את היתרונות של כל אחד מסוגי ההטבות ולהעמיק את ההבנה בנושאים, כגון: האם בפועל מקבל הקצבה נהנה מחופש גדול יותר לבחור בין ספקים? מהן ההשלכות של הספקת קצבאות כספיות על איכות השירותים? מהן ההשלכות של צרכנות ישירה על תנאי ההעסקה של העובדים? מהן ההשלכות של הספקת קצבאות כספיות על ההוצאה הציבורית?

כאמור, אחרי למעלה מ-20 שנים של יישום חוק הטיפול הממושך הקהילתי בישראל, התעורר מחדש הדיון על הקצבאות הכספיות לעומת שירותים בעין. בשלב זה, עדיין לא ברור כיצד יתפתח בארץ דפוס זה של הספקת שירותים לזקנים מוגבלים.

אחריות המשפחה ואחריות המדינה בסיוע לזקנים המוגבלים בתפקודם

סוגיית חלוקת האחריות בין המדינה למשפחה מלווה את שירותי הרווחה בכל התחומים. בכל מדינות הרווחה קיימת תפיסה, שלמדינה יש אחריות בהבטחת איכות חייו של הפרט. המדינה לוקחת, למשל, חלק באחריות להבטחת הכנסה והיא גם לוקחת על עצמה אחריות להספקת שירותי בריאות. רמת הכנסה המינימלית או סל שירותי הבריאות שמדינת הרווחה מספקת נתונים לשינויים על פי סדרי העדיפויות הנקבעים בדרך כלל בזירה הפוליטית. ניתן לומר, שבתחום הטיפול הממושך, ובמיוחד בתחום של הספקת סיוע במסגרת הבית, המדיניות נמצאת עדיין בשלבי התפתחות ומלווה בלבטים רבים בנוגע לקביעת גבולות האחריות בין המשפחה למדינה. גם במדינות הסקנדינביות, שבהן קיימת הסכמה רחבה באשר לאחריות המדינה, גבולות האחריות עדיין לא חד-משמעיים ומשתנים עם הזמן, בין היתר כתוצאה מהזדקנות האוכלוסייה והנטל הכלכלי על שירותי הרווחה (Sundström, Johansson & Hassing, 2002). עובדה היא, שלמרות ההתפתחות המואצת של שירותים לטיפול ממושך בכלל, ושל טיפול במסגרת הבית בפרט, המשפחה היא עדיין מקור הסיוע העיקרי (OECD, 2005; Wiener, 2003). מערכות השירותים הפורמליים לזקנים מוגבלים באים, במרבית המדינות, להשלים את הסיוע של המשפחה. למערכת הערכית ולתפיסת המחויבות של המשפחה תפקיד מרכזי העומד בבסיס עובדה זו, אך אין להתעלם מגורמים כלכליים. גם מדינות עשירות, כמו מדינות סקנדינביה, לא יכולות להרשות לעצמן לשאת בנטל הטיפול ללא סיוע של המשפחה. לכן, על אף ההבדלים הערכיים והתרבותיים שבין

המדינות השונות באשר למקומה ולמחויבותה של המשפחה, אנו עדים לתפקידה המרכזי בסיוע לקשישים בכל העולם.

הנתונים בישראל מדגימים את ההיקף הנרחב של התופעה של טיפול בזקנים מוגבלים. לפי נתונים אלה כמעט מיליון איש (996,000), המהווים כרבע (22.5%) מאוכלוסיית בני ה-20 בישראל, מטפלים לפחות באדם זקן אחד (ברודסקי, שנור ובאר, 2009). עם זאת, אין ספק שכיום, בכל המדינות המפותחות, קיימת הכרה שזו לא האחריות הבלעדית של המשפחה. בשנים האחרונות גוברת התעניינותם של קובעי המדיניות ושל מתכנני השירותים במטפלים הבלתי פורמליים בקשישים ובזיהוי דרכים לסייע ולהקל עליהם. אפשר למנות מספר סיבות לכך: כיום, בני משפחה נדרשים לסייע לקשישים גם בתחומים ובמצבים שבעבר הלא רחוק היו בעיקר נחלתם של אנשי מקצוע בלבד. למשל, בשל קיצור ימי האשפוז בבתי חולים כלליים, נדרשים בני המשפחה לסייע בתקופות החלמה ממחלות אקוטיות, ועם הארכת תוחלת החיים, נדרשים המטפלים יותר מאי-פעם להתמודד עם סוגיות של טיפול בסוף החיים. הטיפול שנתנים בני המשפחה נעשה מורכב יותר והוא דורש מהמטפלים הבלתי פורמליים הבנה, ידע וימומנויות במגוון רחב של תחומים. הספקת טיפול בידי בני משפחה לאנשים חולים ומוגבלים אינה תופעה חדשה והיא מוכרת לאורך כל ההיסטוריה האנושית בכל החברות, כפי שמתואר בפרק העוסק בהיבטים ההיסטוריים של הטיפול בקשישים (פרק א' בספר זה). אולם, לעומת העבר, שהטיפול ניתן לתקופות קצרות-טווח, כיום, לעתים קרובות, הטיפול ניתן לתקופות ארוכות. יתרה מזאת, הסיכוי שכל אחד ימלא תפקיד של מטפל במהלך חייו גבוה מאוד ולכן, נושא הטיפול בקשישים מוגבלים וחולים נוגע לכל אחד. בשנים האחרונות, שינויים דמוגרפיים, אפידמיולוגיים וחברתיים מציבים אתגרים בפני המערכת הבלתי פורמלית, כגון הזדקנות האוכלוסייה, שינויים במבנה המשפחה ויציאתן של נשים (הממלאות את התפקיד המרכזי במתן טיפול) לעבודה מחוץ לבית. קיימת הסכמה רחבה, שלולא העזרה הבלתי פורמלית הנרחבת, קשישים רבים לא היו יכולים להישאר בקהילה והיו צריכים לעבור למסגרות מוסדיות. לכן, קובעי המדיניות מייחסים חשיבות רבה לעזרה הבלתי פורמלית והם מעוניינים לשמר משאב חברתי זה גם בעתיד. ממצאי מחקרים העלו את המודעות של אנשי המקצוע לכך, שעומס יתר ושחיקה של בני משפחה עשויים להוביל להתנהגויות תוקפניות כלפי הקשישים ואף להתעללות פיזית ונפשית בהם (Wolf & Pillemer, 1989). לפיכך, לשם מניעתן של תופעות אלה, עולה הצורך במתן תמיכה לבני משפחה. בשנים האחרונות מתרבות גם העדויות המחקריות על ההשלכות השליליות של העומס על בני המשפחה, ובקרב אנשי המקצוע מתבססת התפיסה, שהטיפול בקשישים מוגבלים עלול לפגוע באופן משמעותי באיכות חייהם של בני המשפחה ובבריאותם הפיזית והנפשית (ראה למשל: Fredman & Daly, 1997). מתגברת גם ההכרה, שלמתן טיפול לאנשים מוגבלים יש השלכות כלכליות לפרט ולחברה. המחקרים מצביעים על השלכות של מתן טיפול על עצם ההשתתפות של תומכים (caregivers) בשוק העבודה ועל פגיעה

בהיבטים שונים בעבודתם, כפי שמפורט בפרק העוסק בעובדים שהם מטפלים עיקריים. הדבר גורם לאבדן הכנסות ולפגיעה בשוק העבודה באופן כללי (ברודסקי, נאון, רזניצקי ואחרים, 2004; Lundsgaard, 2005; Jensen & Jacobzone, 2000).

באופן כללי, יש שתי דרכי תמיכה לסיוע ולהקלה על בני משפחה המטפלים בקשישים:

- הספקת שירותים פורמליים לקשישים (כגון מטפלת בית ומרכז יום);
- הספקת שירותים ישירים לתומכים (כגון סיוע כספי או תמיכה רגשית).

שתי דרכי תמיכה אלה משפיעות זו על זו ותורמות להיענות לצורכי הקשישים והתומכים גם יחד: לא זו בלבד, שהספקת עזרה ישירה לקשיש עונה על צורכי הקשיש, אלא שהיא גם מפחיתה את העומס המוטל על בני המשפחה. לחלופין, מתן עזרה ישירה לתומך משפרת את יעילות הטיפול בקשיש ואיכותו.

בעבר, התמקדה העזרה הפורמלית המסובסדת על ידי גורמים ציבוריים רק בקשישים ערירים, עניים או בקשישים שחיו במשפחות דיס-פונקציונליות. רק במקרים אלה ראתה החברה חובה לדאוג לרווחתם של הקשישים. לעומת זאת, כיום, הכיסוי של מערכות השירותים התרחב עקב ההכרה שהמשפחה לבדה אינה יכולה לשאת בעומס הטיפול ושלעומס זה יש השלכות חברתיות. יתרה מכך, הקלה וסיוע לבני המשפחה היא כיום מדיניות מוצהרת, וגוברת הנטייה לראות בתומכים עצמם אוכלוסיית מטרה של מערכת השירותים. מאמצים רבים יותר נעשים כדי לזהות את צורכיהם של התומכים מתוך דאגה לבריאותם הפיזית והנפשית. באופן כללי, ניתן לסווג את התכניות לתמיכה ישירה בבני משפחה, לפי מטרתה העיקרית של התכנית: סיוע כלכלי, מידע והפניה, ניהול טיפול, פיתוח מיומנויות, הדרכה והכשרה, ייעוץ ותמיכה רגשיים, מתן אפשרות לפסק זמן בטיפול, והסדרים הקשורים לתחום התעסוקה והעבודה.

קיימת שונות רבה בין המדינות בנוגע למדיניות הכללית ולסוגי התמיכה המסופקת למטפלים בלתי פורמליים. אלה מתבטאים בחוקים, בהסדרי עבודה ובסוגי תמיכות כספיות (כגון גמלאות והנחות במיסוי). נזכיר כאן מספר כיוונים בישראל ובמדינות נבחרות.

הניסיון בישראל

מערכת השירותים בישראל רואה במשפחה את המקור הראשון להבטחת שלומו ורווחתו של הזקן, ואילו השירותים המוסדיים באים להשלים ולסייע. למשל, בנהל הטיפול בזקן בבית ובקהילה מצוין כי "המשפחה היא המקור הראשון להבטחת שלומו ורווחתו של הזקן" (תקנון לעבודה סוציאלית - תע"ס). חקיקת חוק ביטוח סיעוד בישראל מבטאת את מחויבות המדינה להפחית מעול הטיפול המונח על כתפי המשפחות, אבל לא למלא את מקומו או להחליף את תפקידן בטיפול בזקן.

יתרה מכך, לבני משפחה בישראל יש חבות משפטית כלפי בני משפחתם הזקנים. ישראל היא בין המדינות היחידות שעיגנה בחוק את חבותם של ילדים כלפי הוריהם הזקנים (הוראות הדין האישי, החוק לתיקון דיני המשפחה). משרדי הממשלה רשאים בעיקרון לתבוע מבני המשפחה לדאוג לזקן, בטרם הם עצמם יספקו שירותים לזקן. כאשר הקשיש חי בקהילה, משרדי הממשלה כמעט שלא מממשים את זכותם לתבוע מבני המשפחה למלא את צרכיו. יתרה מכך, בקביעת הזכאות לשירותים במסגרת חוק ביטוח סיעוד, לא מובאות בחשבון ההכנסות של בני המשפחה (אף על פי שלפי החוק, אפשר היה להתחשב בהכנסות של הילדים של הזקן, שהכנסתם עולה לפחות על שלוש פעמים של השכר הממוצע). כמו כן, לא מובאת בחשבון העזרה של בני המשפחה לזקן. זקן שבני המשפחה עוזרים לו הרבה וזקן שבני המשפחה לא עוזרים לו כמעט, זכאים לאותו מספר שעות עזרה. לעומת זאת, בכל הנוגע למימון השמת זקנים במוסדות לטיפול ממושך, מממשים משרדי הממשלה את חבותם המשפטית של בני המשפחה כלפי הזקן.

זכויותיהם החוקיות של בני משפחה המטפלים בזקנים בישראל מתמקדות בתחום הכלכלי והתעסוקתי. קיימים ארבעה חוקים (או פקודות) הקשורים לנושא זה: (1) זכאות להיעדרות בשל מחלת הורה או בשל מחלת בן זוג, על חשבון ימי מחלה (חוק דמי מחלה, התשנ"ג, 1993, חוק דמי מחלה התשנ"ח, 1998); (2) זכאות לקבלת פיצויי פיטורין מהמעביד בגין התפטרות בגלל מצב בריאותי לקוי של בן משפחה (סעיף 6 לחוק פיצויי פיטורים, תשכ"ג, 1963); (3) קבלת זיכוי במס, בשל השתתפות במימון בסידור מוסדי של אב/אם (סעיף 44 לפקודת מס הכנסה; הטבה זו אינה רלוונטית למי שמטפל בזקן בבית); (4) זכאות לקבלת הבטחת הכנסה ללא צורך במבחן תעסוקה, למי שמטפל בבן משפחה חולה (סעיף 2, 7 לחוק הבטחת הכנסה, התשמ"א, 1980, אתר הביטוח הלאומי). כיום, אין נתונים על מידת השימוש שבני משפחה, המטפלים בזקנים, עושים בהטבות אלה. יתרה מכך, מידת המודעות של כלל הציבור, של המעסיקים ושל בני משפחה המטפלים בזקנים בפרט, להטבות אלו לפי חוק אינה ברורה כלל. תמיכה ישירה בבני משפחה שלא בתחום הכלכלי-תעסוקתי מצומצמת. קיימות תכניות המופעלות ברמה המקומית, אך למשרדי ממשלה אין תכניות מקיפות לתמיכה ישירה בבני משפחה. על כן, אין מחויבות להפעלת תכניות והפעלתן תלויה בתקציב הרשות המקומית וב"רצון הטוב". קיימות יוזמות חשובות, כגון שירותי הייעוץ והמידע של רעות-אש"ל.

הניסיון הבינלאומי

הטבות כספיות

תשלומים לבני משפחה

במבט כולל, יש לראות בהסדרים להגברת הגמישות בהספקת שירותים לזקנים, כגון הרחבת הבחירה בין סוגי שירותים ובחירה בין שירותים בעין לבין גמלאות כספיות (עליהם דנו בסעיף הקודם), כהסדרים הבאים לתמוך בבני המשפחה. הדבר בולט במיוחד באותן מדינות המספקות גמלאות כספיות ללא מגבלות על השימוש בכסף, או במדינות המאפשרות להשתמש בכספי ההטבות כדי לשלם לבני משפחה עבור הטיפול.

אין הסכמה לגבי תשלום לבני המשפחה המטפלים. התומכים בהעסקת בני משפחה כמטפלים בקשיש טוענים, שתשלום זה נותן תמיכה למערכת הבלתי פורמלית, שממילא ממלאת תפקיד מרכזי ושהדבר גם יתרום להרחבת היקף כוח האדם הזמין לטיפול בבית של אנשים עם מוגבלויות. המתנגדים להעסקתם של בני המשפחה כמטפלים בקשיש טוענים, שהגמלה הופכת להיות חלק מתקציב המשפחתי ולא אמצעי להגדלת הסיוע לאנשים עם מוגבלויות. עוד טוענים המתנגדים, שהעומס הרגשי על תומכים בני משפחה כבד יותר בהשוואה למטפלים שאינם קרובי משפחה. ולבסוף, קיימת גם הטענה, שבני משפחה ממילא היו מטפלים בזקן ושאינן צורך לפצותם בכספי ציבור על טיפול שהיה ניתן גם ללא פיצוי. בכל זאת, המדיניות שננקטה במדינות רבות כוללת תשלום למשפחה, כפי שנראה בהמשך.

כדי לקבל תמונה כוללת על הסדרי התמיכה בבני משפחה יש לקחת בחשבון את מגוון התכניות הכוללות תשלום לבני משפחה (Lundsgaard, 2005).

אפשר למיין תכניות אלה לשלושה דגמים עיקריים:

1. תכניות לצרכנות ישירה (consumer-directed) או תקציבים אישיים (personal budgets), שבהם הזקנים מקבלי ההטבות חייבים לרכוש שירותים, כולל תשלום לבני משפחה.

2. תכניות המעניקות הטבות כספיות, שבהן הזקנים יכולים לעשות שימוש בכסף ללא מגבלות, כולל תשלום לבני משפחה.

3. תכניות לתמיכה ישירה בבני משפחה המטפלים בזקנים (income support payments).

אחד ההבדלים המשמעותיים בין הדגמים הוא במשמעות המיוחסת לתשלום למשפחה ובהקשר זה לרמת התשלום המשולמת לה. תמיכות כספיות ישירות לבני המשפחה (דגם 3) נועדו לפצות באופן חלקי על אבדן הכנסות, כתוצאה מהצורך בטיפול ולהבטיח הכנסה

מינימלית. בהיותן למעשה תכניות להבטחת הכנסה, תנאי הזכאות כוללים מבחן הכנסה ומסופקים למשפחות מעוטות יכולת כלכלית. לעומת זאת, בתכניות של צרכנות ישירה (דגם 1), עזרת המשפחה באה במקום עזרה של מטפלת פורמלית ועל כן התשלום לבני המשפחה דומה לשכר המשולם למטפלים פורמליים, בעוד שבדגם 2, הזקן המוגבל זכאי לגמלה בהתאם למצבו התפקודי והוא חופשי לשלם למשפחה כל סכום שמוסכם עליו ועל בני משפחתו.

דוגמה למדינות הנוקטות בגישה על פי דגם 1: הולנד, נורבגיה וארצות הברית (בתכניות ההדגמה לצרכנות ישירה הקיימות במספר מדינות בארצות הברית). לאחרונה, הונהגה תכנית כזו גם בבריטניה. במדינות אלה, הזקן יכול להעסיק בן משפחה כמטפל ולשלם לו שכר עבודה דומה לשכר המשולם למטפלים פורמליים (אם כי, יש לציין שלרוב, המשפחה נותנת טיפול במשך שעות רבות יותר ולכן זה לא ממש פיצוי על כל העבודה שלה). קיימים הבדלים בין המדינות באשר לתנאים מגבילים להעסקת בני משפחה. למשל, בהולנד ובבריטניה לא מאפשרים להעסיק בן משפחה אשר מתגורר יחד עם הזקן. בדומה לכך, בחלק מהתכניות בארצות הברית אין מאפשרים להעסיק בני זוג. בשוודיה, המטפל העיקרי יכול לקבל שכר בגובה העלות של מטפלת פורמלית, כולל כל ההטבות הסוציאליות, אם כי השימוש בתכנית זו די שולי. גם במדינות האחרות השימוש בתכניות אלה אינו שכיח ורק זקנים מעטים, המקבלים טיפול במסגרת הבית, אכן משלמים לבני משפחה.

דוגמה למדינות הנוקטות בגישה על פי דגם 2: אוסטרליה, גרמניה ולוקסמבורג. למעשה אלה המדינות הנוקטות בגישה ביטוחית, לפיה הזקנים הזכאים מקבלים גמלה כספית (אוסטרליה) או יכולים לבחור בין שירותים בעין או בכסף ללא מגבלות לשימוש בכסף. בגרמניה ובלוקסמבורג מרבית הזקנים בוחרים בגמלות הכספיות.

דוגמה למדינות הנוקטות בגישה על פי דגם 3: אוסטרליה, אירלנד ובריטניה. למשל, בבריטניה כבר משנות ה-70 התומכים זכאים לתמיכה כספית במסגרת התכנית המכונה כיום "Carers Allowance"; באוסטרליה עם הפעלתה של גמלת בני זוג-תומכים (Spouse Carers Pension) מאז 1983 ניתנת תמיכה כספית, ומאז 1985 הורחב החוק ויושם גם לגבי תומכים אחרים (Carer Payment). במדינות אלה תנאי הזכאות לקבלת התמיכה כוללים מבחן הכנסות, פרט לאחת התכניות באוסטרליה (Carer Payment), אך רמת ההטבה בתכנית זו נמוכה.

הנחות/הקלות במס

אחת הדרכים השכיחות למתן סיוע לבני משפחה התומכים בקשישים ובאנשים מוגבלים היא מתן הנחות והקלות במסים. הקלות אלה מתבטאות בהנחות על ארנונה (כמו באנגליה) והקלות במס הכנסה (ארצות הברית, אוסטרליה, קנדה, הולנד).

אבטחת זכאות לקצבת זיקנה

בכמה מדינות, התומכים זכאים לביטוח לקצבת זיקנה מעצם תפקידם כתומכים, או שהם מקבלים הקלות מבחינת השנים שצריכים להפריש לביטוח לאומי (אנגליה, גרמניה, שוודיה).

הסדרי עבודה/חופשות לצורך טיפול במשפחה

במספר רב של מדינות קיימים הסדרים המאפשרים לתומכים חופשה מהעבודה לצורך טיפול בקשישים ובאנשים מוגבלים. קיימת שונות רבה באשר למהות ההסדרים. בחלק מהמדינות ההסדר הוא למעשה זכות לקבל חופשה ללא תשלום (ארצות הברית), ואילו במדינות אחרות ההסדר אכן כולל תשלום. הסדר זה קיים בשוודיה שנים רבות, ואילו בקנדה זו תכנית חדשה יחסית והיא מיושמת משנת 2004. במדינות שונות מתפתחת והולכת במקומות העבודה תרבות מתחשבת יותר בצרכים של תומכים (Brodsky & Morginstin, 1999).

חוקים/הסדרים נוספים

שירותי הפוגה מהטיפול (respite)

אחד הצרכים הבולטים בקרב משפחות הוא הצורך בתקופת הפוגה מהטיפול (time-out). בשנת 1996 יזמה הממשלה הפדרלית באוסטרליה תכנית ארצית להספקת פתרונות חלופיים זמניים למשפחות, כדי לתת פתרון לצורך של תומכים עיקריים להפוגה בטיפול לשם חופשה או מסיבות אחרות (The National Respite for Carers Program - NRCP). בגרמניה, במסגרת חוק הסייעוד, בתום תקופה של שנה שבה אדם תומך בבן משפחתו, הוא זכאי לקבל שירות חלופי - respite care. שירות זה כולל מטפל חלופי עד לארבעה שבועות, או סידור זמני וקצר-מועד של האדם המוגבל במסגרת מוסדית.

להלן מספר יוזמות מעניינות שהתפתחו בעשור האחרון. באנגליה נחקק חוק התומכים (1995), על פיו התומכים זכאים להערכת צרכים על ידי שירותי הרווחה. במסגרת ההערכה, מזהים את הצרכים של האדם המוגבל וגם את הצרכים של בני המשפחה התומכים. הערכה זו מהווה בסיס לקביעת תכנית הטיפול. בשנת 1999 הכריזה בריטניה על גיבוש אסטרטגיה לאומית בנושא התומכים. עיקרה בסקירת גורמי הסייעוד הקיימים לתומכים ובהספקת המידע, התמיכה והטיפול הנחוצים להם (UK, 2008). באוסטרליה פותחה תכנית (Carer Resource Centers) המספקת מידע, הפניה, ייעוץ וסיוע בנושא תומכים. מרכזים מעין אלו הם חלק מארגון התומכים הארצי באוסטרליה (Carers Australia), בכל מדינה ובכל מחוז וממומנים על ידי הממשלה. בארצות הברית, בשנת 2000 החלה לפעול תכנית פדרלית המכירה בצורכיהם של התומכים בקהילה: תכנית התמיכה הלאומית בתומכים במשפחה (National Family Caregivers Support Program - NFCSP) והיא פועלת במסגרת תיקונים בחוק הקשישים האמריקנים (Older Americans Act - OAA). על פי התכנית קיימת דרישה מכל

המדינות המציעות שירותי תמיכה לתומכים לספק מספר שירותים הכוללים מידע, תמיכה, ייעוץ ונופשונים. המימון מוקצה למדינות השונות על פי נוסחה שנקבעה בקונגרס, הלוקחת בחשבון את חלקם היחסי של בני 70 ומעלה במדינה. למשל, סוכנות מינהל הקשישים (The Administration on Aging - AOA) הקצתה לצורך כך 110.9 מיליון דולר בשנת הכספים 2001, ובשנת 2003 גדלה ההקצאה ב-25% והסתכמה ב-138 מיליון דולר.

האם מערכת השירותים הפורמליים מחליפה או משלימה את הסיוע של בני משפחה?

אחת השאלות המעסיקות את קובעי המדיניות בהקשר של חלוקת האחריות בין הטיפול הפורמלי לבלתי פורמלי היא - האם מערכת השירותים הפורמליים מחליפה או משלימה את הסיוע של בני המשפחה?

מסיבות כלכליות, ערכיות ותרבותיות, קובעי מדיניות מביעים לעתים קרובות דאגה שהגדלת השירותים הפורמליים תגרום למשפחות לזנוח את האחריות שלהן לטיפול. הניסיון במדינות השונות והעדויות האמפיריות אינם מאמתים דאגה זו. בישראל, לא נמצאה כל עדות להפחתת השירותים הלא-פורמליים עקב הספקת שירותים פורמליים. נראה שהשירותים הקהילתיים משלימים יותר מאשר מחליפים את הטיפול הלא-פורמלי. עם זאת, מחקרים רבים מצביעים על כך, שתחושת העול של המטפלים הופחתה באופן משמעותי עם הכנסת שירותים פורמליים (ברודסקי ואחרים, 2004; Morginstin & Baich-Morary, 1993; Brodsky & Naon, 1992). ככל הנראה, נגישות הטיפול הפורמלי מאפשרת לבני המשפחה בחירה רחבה יותר של סוג הטיפול לזקן ומעניקה להם את תחושת הביטחון שהם לא לבד.

מהספרות הבינלאומית עולה, כי הספקת שירותים אינה מפחיתה מהטיפול המשפחתי (מבחינת היקף העזרה, אם כי ייתכנו שינויים בסוג העזרה ובחלוקת העבודה בין המשפחה לבין מערכת השירותים), ושניתן לבטא את הזיקה בין השירותים הפורמליים והבלתי פורמליים טוב יותר על פי מודל של השלמה (complementary) ולא של החלפה (substitution) (Hanley, Wiener & Harris, 1991; Muscovice, Davidson & McCaffrey, 1998; Davey & Patsios, 1999). ממצאי מחקר הערכה בגרמניה הראו, שמשפחות מומשיכות לטפל בקרוביהן כפי שעשו טרם קבלת הקצבה הכספית, הנתפסת כהכרת תודה (Evans Cuellar & Wiener, 2000).

לסיכום, התפיסה הרווחת ברוב המדינות היא, שהמשפחה היא חלק בלתי נפרד מהטיפול בזקנים, ומערכת השירותים הפורמליים אמורה לסייע בדרכים שונות כדי לאזן את מידת האחריות בין המשפחה למדינה. במשך שני העשורים האחרונים, קו המדיניות המתהווה

הוא של שילוב ואיזון, כך ששירותים ציבוריים הופכים להיות זמינים לחלקים גדולים של האוכלוסייה בצורות שונות. אפילו במדינות שנקטו בגישה ביטוחית, החוקים שנחקקו אינם מנסים לתת מענה מלא לכל צורכי הטיפול הממושך של האדם המוגבל, אלא רואים את האדם ומשפחתו כאחראים באופן חלקי למימון הטיפול ולהספקה ישירה שלו. האיזון בין המערכת הפורמלית למערכת הבלתי פורמלית לובש צורות שונות, אשר משקפות בין היתר ערכים, היבטים תרבותיים ומודלים שונים של המוסד המשפחתי.

סוגיות ברצף הטיפול ובתיאום בין שירותי בריאות, רווחה וטיפול ממושך

סוגיות הקשורות לרצף הטיפול ובעיות הנובעות מפיצול במערכת השירותים, הבאה לענות על הצרכים של זקנים עם מוגבלות תפקודית, הן סוגיות מורכבות. אנו נתייחס כאן בקצרה לתיאור היבטים נבחרים של הבעיה והפתרונות הקיימים והרצויים.

היענות הולמת לצרכים של זקנים עם מוגבלות תפקודית דורשת יצירת **רצף** טיפול בין מערכות טיפול חריפה (acute) לבין מערכת לטיפול ממושך ובין מערכת שירותי הבריאות והרווחה. הכוונה ברצף טיפול היא ליצירת מערך שירותים מתואם, שיאפשר להתאים את הטיפול והמסגרת הטיפולית לצרכים ולהעדפות של הזקנים, לאורך זמן ובשילוב שונים של המוגבלות (Evashwick, 1987). עם זאת, אחת הבעיות האופייניות למערכות שירותים במדינות המפותחות הוא הפיצול הקיים ביניהן. אחד הקשיים בתיאום ובשילוב בין מערכות נובע מכך, ששירותי טיפול ממושך מורכבים מטווח רחב של שירותים הכוללים רכיבים הדומים מאוד לשירותי בריאות ולשירותים חברתיים. זהו חלק מקונפליקט טריטוריאלי לא פתור בין שירותי בריאות ורווחה באופן כללי, שאינו מוגבל לתחום של טיפול ממושך. אין קריטריונים ברורים להגדרת אחריות חד-משמעית של כל אחד משירותים אלה, והשאלה היא לא רק היכן לצייר את קווי ההפרדה, אלא האם יש להציג קווים אלה בכלל.

הפיצול של מערכת השירותים וחוסר תיאום בטיפול מסכל את ההספקה היעילה של שירותים הולמים ויוצר מבוכה ואי-נוחות בקרב המוגבלים ובני משפחותיהם. לכן, עניין אסטרטגי מרכזי בפיתוח תכניות למתן מענה לצורכי המוגבלים הוא יצירת רצף טיפולי בין מערכת הטיפול האקוטי לבין מערכת הטיפול הממושך ובין מערכת הבריאות לבין המערכת החברתית.

תומכי השילוב בין הטיפול האקוטי לטיפול הממושך מאמינים, שהשילוב יעודד מציאת אלטרנטיבות פחות יקרות למיסוד, כמו שיקום ומניעה, תכנון מתואם של שירותים לטיפול אקוטי קצר-מועד עם שירותי שיקום ושירותים לטיפול ממושך, תיאום בין שירותי בריאות קהילתיים למוסדיים והרחבת שירותי הטיפול הממושך, הרפואיים והסיעודיים, על בסיס

קהילתי. מנגד, קיימים חששות מהשילוב בין שירותים לטיפול ממושך לבין שירותי בריאות, המעוררים עניין במודלים עצמאיים של טיפול ממושך. למשל, קיים חשש ששירותים לטיפול ממושך יוזנחו לאחר שישולבו בתוך מערכת בריאות כללית יותר, ושצורכי הטיפול האקוטי יקבלו עדיפות גבוהה יותר. בעיה אחרת היא פיתוח מנגנונים כספיים הולמים לפיצוי מבטחי הבריאות על הסיכונים שבטיפול הממושך. הדבר נחוץ כדי שלא ייצר מצב שאין תמריץ לשרת אנשים עם צרכים רבים לטיפול ממושך. עניין זה מדאיג במיוחד במערכות שיש בהן תחרות בין מבטחי בריאות, עם תמריץ להימנע ממקרים מסובכים, קשים ויקרים. כאשר שירותים ממומנים באמצעות תקציב יותר מאשר באמצעות זכויות אישיות המשולמות מראש וכאשר אין תחרות בין ספקי הטיפול הרפואי, אזי השילוב בין טיפול אקוטי לטיפול ממושך ניתן יותר ליישום. לבסוף, יש מי שאינם נלהבים ליישם את העקרונות הכלכליים של הטיפול הרפואי האקוטי גם בהספקת טיפול ממושך. הדבר קשור ליכולת לכלול מנגנונים לבלימת העלויות הקשורות להספקת טיפול ממושך, מעבר לאלה המיושמים בטיפול הרפואי. יתרה מכך, יש גם החוששים מהשילוב בגלל שהוא יכול לגרור את הטיפול הממושך לטיפול עם דגש יתר במרכיבים הרפואיים (overmedicalized care) (Kane, 2000) וכתוצאה מכך להביא לגידול בעלויות ולמתן טיפול לא הולם.

חשוב להבחין בין אינטגרציה ברמה הארגונית לבין הרמה התקציבית והרמה של הספקת השירותים לפרט. אין הכרח שאינטגרציה בטיפול ובהספקת השירותים תלווה באינטגרציה ברמת המימון (כלומר, לא בהכרח הגורם המטפל הוא הגורם האחראי על המימון והבטחת התשלום). עם זאת, יש לציין שצורת המימון משפיעה על מערכת התמריצים הפיננסיים, וכי שילוב ארגוני בלבד לא מבטיח רצף טיפול. שינויים באחריות על המימון אינם מספיקים כדי ליצור מערכת משולבת של שירותים לטיפול אקוטי וממושך (Kane, 2003). אימוץ גישה של שילוב בין מערכת הטיפול האקוטי והממושך מחייב הכרה בהבדלים בתפיסות השונות המנחות את שתי המערכות, כאשר במחלות כרוניות הטיפול במוגבלות הופך להיות המוקד המרכזי. שילוב שירותים יכול להתרחש ברמות שונות של היקף ואינטנסיביות. על פי לוז (Leutz, 1999) קיימות שלוש אסטרטגיות לשילוב: קישור (linkage), שהיא הרמה הנמוכה ביותר, שבה אנשי מקצוע וארגונים משתפים פעולה במידת האפשר במערכת מפוצלת; תיאום (coordination) לעומת זאת, היא אסטרטגיה מובנית ופורמלית לשיתוף פעולה, מגשרת בין ארגונים ואנשי מקצוע, אולם עדיין נכללת במסגרת המערכת הקיימת; שילוב מלא (full integration), שהיא אסטרטגיה לאיחוד מלא, בכתובת אחת, של המימון, הארגון וההספקה של שירותים לטיפול ממושך.

הניסיון בישראל

אחד האפיונים של המערכת בישראל הוא הפיצול באחריות למימון ולהספקת הטיפול בין ארגונים שונים. הפיצול קיים בין הטיפול האקוטי והממושך, הן בהתייחס לטיפול בבית והן בהתייחס לטיפול במסגרת אשפוז ומיסוד, ופיצול בין הטיפול בחולים תשושים, סיעודיים וסיעודיים מורכבים. האחריות נחלקת בין ארבעה ארגונים עיקריים: משרד הבריאות, משרד הרווחה והשירותים החברתיים, המוסד לביטוח לאומי וקופות החולים. הפיצול בין הארגונים השונים פוגע ברצף הטיפול והוא אחד המכשולים להספקת שירותים הולמים ויעילים.

על פי חוק ביטוח בריאות ממלכתי, שירותים רפואיים יינתנו על פי סל שירותי בריאות, בנייהם טיפול רפואי אמבולטורי, בין במרפאות ובין בבית. הטיפול הרפואי באנשים מוגבלים המרותקים לביתם ניתן על ידי רופא המשפחה והיחידות לטיפול בית, כפי שמתואר בפרק העוסק ביחידות אלה. במסגרת העברת האחריות להספקת כל שירותי הבריאות מן המדינה אל קופות החולים, נקבע שגם הטיפול והאשפוז הממושך בחולים סיעודיים ותשושי נפש יועברו ממשרד הבריאות לידי הקופות. הפעלת סעיף זה בחוק נדחתה, אך לא ירדה מסדר היום הציבורי, ולא נרחיב כאן את הדיבור מאחר שעניינו של הפרק לדון בטיפול בית בקהילה.

בישראל נוצר מצב של פיצול בתוך המערך של השירותים המסופקים לזקנים מוגבלים בביתם, ולא רק בין הטיפול בבית לבין הטיפול במסגרת מוסדית, ובין הטיפול הממושך בכלל לבין יתר השירותים. קופות החולים מספקות את הטיפול הרפואי בבית; ביטוח לאומי מספק שירותים של טיפול אישי (עזרה ברחצה, הלבשה, אכילה וניידות) וסיוע בניהול משק הבית בצורה מצומצמת, עבור זכאי חוק ביטוח סיעוד; משרד הרווחה והשירותים החברתיים מספק סיוע בטיפול אישי ובניהול משק הבית לזקנים מוגבלים, שאינם זכאים לחוק ביטוח סיעוד (כי אינם מגיעים לרף המוגבלות שנקבע), אך רק לזקנים עניים ואילו משרד הבריאות מופקד על הנושא של ציוד רפואי והתאמת דיור. הפיצול מתבטא ברמה התקציבית, ברמה הארגונית וברמה של הספקת השירותים. מצב זה מקשה על מתן טיפול תוך ראייה כוללת של צורכי הזקן ואף יוצר חוסר יעילות במערכת.

הניסיון הבינלאומי

באופן כללי, מרבית המדינות המפותחות לא שילבו את הטיפול הממושך באופן מלא עם מערכת הבריאות הכללית. במדינות מסוימות עשו מאמץ לשלב באופן חלקי את הרכיבים של טיפול ממושך, כגון בגרמניה, שבה היה שילוב מינהלי, אך לא היה שילוב מבחינה מימונית. יש לציין, שבכל המדינות שבהן קיים חוק ביטוח סיעוד בחרו ליישם תכניות נפרדות ומיוחדות להספקת טיפול ממושך ולא באמצעות שילוב מימוני בתכניות הביטוח הכללי שהיו קיימות, אך ניתן למצוא בהן שילוב ברמה הארגונית וברמת ההספקה. לעומת זאת, במדינות שבהן

מסופק הטיפול הממושך שלא באמצעות חוק לזכאות אישית, אפשר לראות אלמנטים רבים יותר של שילוב, למשל בקנדה, אוסטרליה ומדינות סקנדינביה (Bergman, Be'land, Lebel et al., 1997; Kodner, 2003; Howe, 2000).

במדינות אחרות נערכו תכניות הדגמה לשילוב מלא בין מערכת הבריאות לבין מערכת הטיפול הממושך, למשל בתכנית PACE (Program for All Inclusive Care of the Elderly), שבארצות הברית, (Hansen, 2008) ותכנית SIPA (A System of Integrated Care for Older Persons) בקוויבק שבקנדה (Be'land, Bergman, Lebel et al., 2006).

תכנית PACE, למשל, החלה לפעול כתכנית ניסיונית באחת משכונות סן-פרנסיסקו בתחילת שנות ה-70, והורחבה למדינות נוספות ברחבי ארצות הברית. במסגרת התכנית יש איגום של המשאבים לטיפול אקוטי וממושך, והקשישים המוגבלים המצטרפים לתכנית, מקבלים תחת קורת גג אחת את מגוון השירותים - מטיפול במחלות אקוטיות, אשפוז בבית חולים כללי, שירותים לטיפול ממושך בקהילה ועד למסגרת מוסדית, במידת הצורך. רשאים להצטרף לתכנית קשישים מוגבלים, הזכאים לסיוע בטיפול ממושך מתכנית ה"מדיקאיד", אך אינם מתאשפדים במוסדות. התכנית ממומנת על בסיס של קפיטציה, שליש מהתקציב מגיע מ"מדיקאר" ושני שלישי מ"מדיקאיד". התכנית מבטיחה ראייה כוללת ורב-מקצועית של צורכי הקשישים, המשכיות ורצף טיפולי, תוך היענות לצרכים המשתנים של הקשישים. תכנית זו מצמצמת את הצורך באשפוז הסיעודי. למרות העדויות על הצלחת התכנית, היקף המשתתפים בתכנית עדיין מצומצם יחסית. אחת הסיבות לכך היא סוגיה מימונית. קיים קושי להרחיב את התכנית לזקנים שאינם זכאים ל"מדיקאיד", כי בהיעדר מקורות מימון ציבוריים אחרים, זקנים אלה מתקשים לעמוד בעלות הטיפול באופן פרטי. בנוסף לכך, קיימות סוגיות תכנוניות המעכבות את העדפתם של הזקנים להצטרף לתכנית, כגון סל שירותים מצומצם, הגבלה ביכולת בחירה של הרופא המטפל והתמקדות בשירותים המסופקים במסגרת של מרכז יום (Hirth, Baskins & Dever-Bumba, 2009). בהיעדר מערכות המשלבות באופן מלא, מדינות רבות מתנסות במנגנוני תיאום שונים, כגון ניהול טיפול ואחרים (Challis, 2003; Kodner 2003).

לסיכום, קיים עניין בשילוב בין מערכות שירותים וביצירת רצף טיפולי הנובע משיקולים של יעילות ושל הבטחת איכות הטיפול של זקנים המוגבלים בתפקודם. אסטרטגיות שונות מיועדות לשפר את יכולת ההספקה של סלי שירותים מגוונים ומתואמים, הנותנים מענה מקיף לצרכים, מאפשרים לבחור בין שירותים חלופיים ולספקם במסגרת המתאימה ביותר ללקוח. אסטרטגיות אלה באות להקל על הנגישות לשירותים על ידי מתן כתובת אחת (one stop), שאפשר לזהותה בקלות על ידי הזקנים ובני משפחותיהם. אולם, מרבית מערכות השירותים מפוצלות ומתקשות לעמוד במשימה זו ועדיין מנסות למצוא את הדרך האופטימלית והישימה.

אין כמו בבית? טיפול במסגרת הבית או טיפול במסגרת מוסדית

סוגיית החלופה בין שירותים בבית לבין טיפול במסגרת מוסדית מורכבת יותר ממה שנראה על פני השטח ומעלה שאלות רבות, ביניהן שאלות בנוגע להעדפות של הזקנים, אבל גם באשר ליכולתן של המערכות הבלתי פורמלית והפורמלית לספק חלופה הולמת בבית. כמו כן, עולות שאלות של עלות ותועלת. לחלק מהשאלות יש תשובות יותר מבוססות ואילו לחלקן התשובות בספרות המחקרית אינן חד-משמעיות ודורשות התעמקות מחקרית נוספת.

מה רוצים הזקנים?

מחקרים מצביעים על ההעדפה הברורה של מרבית הזקנים להישאר בבית, גם כאשר הם נזקקים לטיפול סיעודי. ממצא זה עולה מאחד המחקרים המצוטטים ביותר בספרות (AARP, 2000). על פי המחקר, למעלה מ-90% מהזקנים דיווחו על רצונם להזדקן בבית. אפשר לטעון שהתדמית של המוסדות היא שלילית וייתכן שאם היו מתנסים בשהות במוסד הם היו משנים את דעתם. ממצאים מאירים מעניינים בהקשר זה מופיעים במחקרים שנערכו רק לאחרונה בארצות הברית. להבדיל מישראל, בארצות הברית זקנים נכנסים למוסדות לטיפול ממושך גם לתקופות קצרות בזמן, כדי לקבל שיקום או לתקופת החלמה. חלק מזקנים אלה נשארים במוסדות ורובם אכן חוזרים לקהילה. יתרה מכך, נמצא שאחרי 90 יום של שהייה במוסדות שני שלישים מהזקנים הביעו העדפה ברורה לחזור לקהילה (Arling, Kanne, Cooke et al., 2010).

מהי המדיניות הנפוצה?

אין ספק, שהמדיניות הרווחת ברוב המדינות בעולם היא לפתח שירותים בבית כדי לאפשר לאדם להזדקן במקום. המונח "aging in place" הפך לסיסמה נפוצה בעולם הגרונטולוגי בשני העשורים האחרונים (OECD, 2005). הנתונים מוכיחים שבאירופה, ובמדינות ה-OECD בכלל, גדלה עד מאוד ההקצאה לשירותים במסגרת הבית בשנים האחרונות. סך הכול ההוצאה לטיפול ממושך נעה בין 0.2% (למשל בספרד ובפורטוגל), ל-3% (למשל בשוודיה) מהתוצר הלאומי הגולמי, אם כי רוב המדינות מוציאות כ-1.5%. לעומת מגמות בעבר הלא כל כך רחוק, שהראו שכמעט כל ההוצאה הציבורית על טיפול ממושך הוקדשה לטיפול במסגרת מוסדית, כיום כ-30% מההקצאה הציבורית לשירותים לטיפול ממושך מוקצים לטיפול במסגרת הבית (OECD, 2005), ובישראל מגיע נתון זה עד כ-50%. גם בארצות הברית, שבה באופן מסורתי ההקצאה הציבורית הייתה נטויה לחלוטין לטובת הטיפול המוסדי, אנו רואים שינוי בשנים האחרונות. עדיין, סך העלות המוסדית גבוה יותר ולכן, על

אף שמרבית הזקנים נשארים במסגרת הקהילה, חלק משמעותי של המשאבים הציבוריים מושקע באחוז קטן יחסי של זקנים השוהים במוסדות לטיפול ממושך.

מעניין, כי למרות שונות מסיימת בין המדינות המפותחות בדפוסי השימוש בשירותים מוסדיים, קיימת בסך הכול רמה גבוהה של דמיון. חלקם של הזקנים במוסדות לטיפול ממושך נע ברוב המדינות בין 5% ל-7%. בישראל, אחוז הזקנים הנמצאים במוסדות לטיפול ממושך נאמד בכ-3.5%, שהוא נמוך לעומת כל המדינות המפותחות האחרות. בישראל, מרבית הזקנים המוגבלים גרים בקהילה: כ-20% הם דיירי מוסדות לטיפול ממושך וכ-80% גרים בקהילה. יתרה מכך, אחוז הזקנים במוסדות לא עלה בשנים האחרונות (פרט ליפן), וזאת למרות ההזדקנות של האוכלוסייה במדינות המפותחות. במדינות מסיימות שיעורי המיסוד אף ירדו, כמו בקנדה, בדנמרק ובישראל.

בהקשר זה ראוי לציין, שבמקביל פותחו פתרונות דיור מסוגים שונים שניתן לראותם כסוגים חדשים של תכניות הניצבות בטווח שבין הטיפול במסגרת הבית לבין מסגרות מוסדיות (דיור מוגן, דיור תומך, דיור מותאם, מקבצי דיור, הוסטלים וכדומה). אפשר לומר, שהגבולות בין הטיפול בקהילה לבין הטיפול במסגרות מוסדיות מיטשטש והולך (Lundsgaard, 2005).

עד כמה שירותים בבית הם חלופה לשירותים מוסדיים?

כאמור, המדינות השונות ניצבות בפני האתגר של מתן מענה לצרכים הגוברים של זקנים מוגבלים לטיפול ממושך במסגרת תקציבים מוגבלים. אחת הדרכים לעמוד במשימה היא "החלפה-כלפי-מטה" (downward substitution). כלומר, ששירותים יקרים ואינטנסיביים יוחלפו בשירותים פחות יקרים, כמו למשל, ששירותים בבית יחליפו את השירותים במסגרת מוסדית, וששירותים בבית או במסגרת מוסדית יחליפו את השירותים בבתי חולים כלליים. המידה והסוג של הטיפול הקהילתי משפיעים על מידת האפשרות להחלפה. כאשר היקף השירותים מוגבל, יש סיכוי נמוך יותר שיוצעו אלטרנטיבות למיסוד, במיוחד לזקנים בעלי מוגבלות קשה יותר. מעל ומעבר לנגישות השירותים הקהילתיים, גורמים אחרים עשויים להשפיע על יכולתו של הזקן לבחור בין שירותים קהילתיים לשירותים מוסדיים, כולל הספקת מיטות והמידה של ההשתתפות העצמית במימון הטיפול המוסדי.

אחת התקוות של הרפורמות במערכת לטיפול ממושך במדינות רבות הייתה, שהנגישות הגבוהה של השירותים בבית תגרום להפחתה בשימוש בבתי חולים כלליים וגם במוסדות לטיפול ממושך. נבחן בקצרה את הנושאים הללו בהתבסס על ההוכחות המוגבלות הקיימות. ביפן ובקנדה לדוגמה, בעיה אחת של מערכת הטיפול בזקנים היא שימוש יתר בבתי חולים על ידי אנשים הזקוקים לטיפול ממושך. הדבר משתקף ברמות גבוהות יחסית של אורך האשפוז הממוצע, ובמספר הזקנים השוהים במיטות בבתי חולים בזמן המתנה למקום במסגרת מוסדית. זה היה אחד התמריצים העיקריים להנהגת הרפורמה במערכת

לטיפול ממושך ביפן ורפורמות חדשות בקנדה (Ikegami & Campbell, 1995). הנתונים ביפן מצביעים על כך שבין השנים 2004 עד 2007, נרשמה עלייה של 14% בשימוש במסגרות מוסדיות לטיפול ממושך, ו-7% מהזכאים לשירותים במסגרת חוק הסיעוד שוהים במוסדות. כמו כן, נרשמה צמיחה בבניית מסגרות מוסדיות. כדי לצמצם את הביקוש לסיוד מוסדי, העלתה יפן את ההשתתפות העצמית לטיפול מוסדי, אך נראה כי עדיין קיים ביקוש גובר והולך לשירותים מוסדיים (Tamiya & Chen, 2009). ייתכן, שאחת הסיבות לכך היא שטרם התפתחו המענים ההולמים במסגרת הבית.

כאמור, בישראל, כמו במדינות אחרות, אחת המטרות המוצהרות של חוק ביטוח סיעוד היא להפחית את הצורך בטיפול מוסדי. באוסטריה ובגרמניה, השתתפות עצמית נדרשת מאנשים הנכנסים למוסד לטיפול ממושך. בגרמניה למשל, מקבלי הקצבאות נדרשים לשלם לפחות 25% מעלות הטיפול המוסדי, וכך למנוע העדפה כלכלית של הטיפול המוסדי על פני הטיפול בבית (Schneider, 1999). רוב מקבלי הקצבאות בגרמניה אכן העדיפו להישאר בקהילה.

שני מחקרים בנושא זה נערכו בישראל. האחד נערך שנה לאחר החלת חוק הסיעוד והשני ארבע שנים לאחר מכן. הממצאים של המחקר הראשון (נאון, פקטור ופרימק, 1993) מצביעים על כך, שבניגוד לציפיות הייתה עלייה ניכרת במספר הפניות להשמה מוסדית מייד לאחר החלת החוק. זו יכולה להיות תוצאה של הנגישות הרחבה יותר של מערכת השירות המוסדי עבור אוכלוסיית המוגבלים, כאשר החוק הוביל לכמות גדולה של פניות לעזרה ולהגברת הקשר עם מטפלים מקצועיים (באמצעות הערכת זכאות). לכן, עלתה המודעות לשירותים הקיימים, במיוחד למוסדות. הירידה בצרכים להשמה מוסדית, כתוצאה מהחוק, כנראה קוזזה על ידי העלייה בדרישה לעזרה כתוצאה מגילוי מקרים חדשים בין בעלי המוגבלות הקשה. מכאן, שהחוק סייע בזיהוי של הלקוחות הזקנים בעלי המוגבלות הקשה, אשר עד כה לא היו מוכרים לרשויות המטפלות, ובהפנייתם לטיפול מוסדי.

המחקר השני, שהתבצע בשנת 1992 (נאון ושטרוסברג, 1995), מצביע על שינוי משמעותי בדפוסי המיסוד של זקנים תשושים (בעלי מוגבלות בינונית). המספר הכולל של הזקנים התשושים המתגוררים במוסדות והממתינים להשמה היה נמוך ב-25% בשנת 1992 מאשר בשנת 1987 (לפני יישום החוק). אולם, בין בעלי המוגבלות הקשה לא היה שינוי משמעותי. הממצאים מראים גם, כי בעקבות יישום החוק, זקנים תשושים אלה, אשר פנו להשמה מוסדית, סבלו מבעיות פיזיות וקוגניטיביות חמורות, היו מבוגרים יותר ושיעור גבוה יותר מהם היה אלמנות ואלמנים מאשר השיעור בקרב אוכלוסיית הזקנים התשושים שפנו להשמה מוסדית לפני יישום החוק. אולם, אין שינויים משמעותיים במאפייני בעלי המוגבלות הקשה יותר, שמצבם היה חמור במיוחד גם לפני יישום החוק. ניתן להסיק, שממצאי מחקר זה מצביעים על שינויים משמעותיים בדפוסי המיסוד בקרב הזקנים התשושים בעקבות החלת חוק ביטוח סיעוד בישראל. שימוש בשירותים על פי החוק מאפשר לבעלי המוגבלות

הפחות קשה להישאר בבתייהם ולהימנע ממיסוד. ואכן, ניתן להבחין בירידה מתמשכת בפניות של זקנים בעלי מוגבלות בינונית למיסוד. העובדה כי לא נצפו השלכות גם על בעלי המוגבלות הקשה יוחסה לרמה הנמוכה יחסית של הקצבה.

בהולנד, המטרה המוצהרת של התכנית הביטוחית לטיפול ממושך הייתה למנוע מיסוד. ואכן, שיעורי המיסוד צנחו במשך הזמן מ-10% בשנות ה-70 לפחות מ-7% בשנת 1995, גם בשל קביעת סטנדרטים לאומיים להספקת מיטות לטיפול ממושך (de Klerk, Huijsman & Rotten, 1995). אולם, שינויים המתרחשים כל הזמן בחוק גרמו לקושי בהערכת השלכותיו. מאחר שאין הערכה שיטתית של החוק, אין אנו יודעים מה חלקו בהפחתת שיעורי המיסוד. עם זאת, הולנד יישמה תכניות ניסיוניות המלוות בהערכה, שנועדו לבחון את האפשרות להפחתת שיעורי המיסוד. לדוגמה, הממשלה ההולנדית תמכה בפיתוח תכניות ניסיוניות להקצאת תקציבים אישיים, להרחבת שירותים (כגון: דיור מוגן, טיפול אישי אינטנסיבי ומיסוד קצר-מועד), ולהגברת שיתוף הפעולה בין ספקי השירותים. ניסויים שנערכו במספר מקומות הצביעו על האפשרות שהטיפול הקהילתי ישמש תחליף לטיפול המוסדי (Evers & Leichsenring, 1994; Coolen, 1995; de Klerk, Huijsman & Rotten, 1995).

שאלה של איזון

גם אם הזקנים ואנשי המקצוע גם יחד מעדיפים את הטיפול במסגרת הבית, אף אחד לא סבור שהדבר אפשרי **תמיד** ועבור **כל** הזקנים. אולם, עדיין רווחת האמונה, כי הרחבת זמינותם של שירותים בבית הייתה מאפשרת לחלק מהזקנים הנכנסים למוסדות להישאר בביתם. על כן, המטרה של מערכת השירותים היא ליצור רצף טיפולי ואיזון בין הטיפול בבית לבין הטיפול במסגרת מוסדית. איזון הטיפול מבטא את השילוב האופטימלי שבין שירותים בבית לבין מוסדות בשטח גיאוגרפי נתון (Tucker, Hughes, Burns et al., 2008; Williams, Challis, Deber et al., 2009). ראשית, צריך להבטיח זמינות של שירותים בבית, כך שיוכלו להוות אלטרנטיבה מעשית עבור הזקנים ובני משפחתם. כמו כן, חשוב להבטיח אלטרנטיבה מוסדית עבור אלה שאכן זקוקים לכך. במילים אחרות, עבור זקנים מסוימים הטיפול במסגרת מוסדית עשוי להוות אלטרנטיבה טובה ואולי יחידה מבחינתו ומבחינת בני משפחתו. השאלה היא של איתור וזיהוי נכון של זקנים אלה ומניעה, עד כמה שניתן, השמה לא מתאימה ולא נחוצה.

מדוע זקנים מסוימים נשארים בבית ואחרים לא? מהספרות המחקרית אפשר ללמוד על הגורמים העיקריים העומדים מאחורי ההחלטה לפנות לסיוד מוסדי. ניתן למיין גורמים אלה לשלוש קבוצות: (1) מאפיינים הקשורים לזקן; (2) מאפיינים הקשורים למשפחה; (3) מאפיינים הקשורים למערכת השירותים בקהילה. מבחינת מאפייני הזקן, נמצא שגיל גבוה, מוגבלות פיזית קשה (במיוחד חוסר שליטה על הסוגרים), מוגבלות קוגניטיבית ובעיות

התנהגות, הם גורמים מרכזיים לפנייה לסידור מוסדי. מבחינת מאפיינים הקשורים למשפחה, קיימות עדויות רבות, שרמת העומס והדחק של המשפחה מנבאים השמה מוסדית. למעשה, עצם קיומה של משפחה בקרבת מקום נמצא כמשתנה מרכזי המסביר את יכולתם של זקנים להישאר בבית (Chen, Mefford, Brown et al., 2008). מבחינת מערכת השירותים בקהילה, כאמור לעיל, זמינותם של שירותים קהילתיים בהיקף משמעותי, יחד עם יצירת רצף טיפולי וניהול טיפול, נמצאו כמאפשרים לזקנים להישאר בקהילה, כפי שעלה מהממצאים של תכניות הדגמה שונות (MacAdam, 2008; Hansen, 2008).

מיותר לציין, כי בפועל ההחלטה נובעת משילוב של גורמים שונים.

עלות-תועלת של הטיפול בבית מול הטיפול במסגרת מוסדית

העניין של קובעי מדיניות בהחלפה-כלפי-מטה (downward substitution) היא הציפייה לחיסכון בהוצאות ושיפור באיכות הטיפול, אלא שהאתגר מורכב יותר ממה שאפשר לחשוב. מחקרים, הבודקים את העלות והיעילות (cost-effectiveness) של שירותים חלופיים אלה, מראים תוצאות מעורבות. אחת הבעיות הגדולות היא, שלא ברור אם הרחבת הטיפול הביתי תקטין את סך הכול ההוצאות לטיפול ממושך, על אף שהעלות הציבורית של הטיפול בבית עבור מרבית הזקנים (במיוחד אלה המוגבלים במידה קלה ובינונית) זולה יותר מזו של הטיפול במסגרת מוסדית. זאת, משום שהרחבת הכיסוי, קרי הגדלה משמעותית במספר האנשים המקבלים טיפול בבית עשויה לקזז את ההפחתה בהוצאות הטיפול המוסדי ואפילו לגרום לגידול בהוצאות. הראיות מצביעות, שהרחבת הטיפול הביתי יעילה כאשר הוא מסופק לזקנים שאכן היו נכנסים למוסדות. לכן, המפתח להשגת יעילות נמצא בזיהוי מתאים של אוכלוסיית היעד. אם רוצים להימנע מגידול בסך ההוצאות לטיפול ממושך על ידי הספקת טיפול בבית, הרי שטיפול זה חייב להיות מכוון לאותן האוכלוסיות שהיו פונות לטיפול מוסדי. אולם, אם תכניות לטיפול בית משרתות אוכלוסיות שבכל מקרה לא היו פונות לטיפול מוסדי, ההוצאות רק יגדלו, כי אז אין מדובר על מניעת מיסוד אלא פשוט על תוספת שירותים והרחבת הכיסוי. כפי שנידון לעיל, גורמי הסיכון לסידור מוסדי מוכרים וידועים, עם זאת, ידוע גם, שעל כל זקן במוסד נמצא מספר זקנים בקהילה עם אותם גורמי הסיכון שלעולם לא ייכנסו למוסד. לכן, השאלה של איתור אוכלוסיית היעד המתאימה אינה פשוטה כלל.

למעשה, עד היום ניתן דגש רב על הסוגיה של עלות ויעילות של הטיפול בבית לעומת הטיפול במסגרת מוסדית. מעט מאוד דגש ניתן להיבט של התועלת או לתרומה הדיפרנציאלית עבור הזקן. כדי להגיע למסקנות מושכלות ומבוססות, מחקרי ההערכה חייבים לכלול היבטים של תוצאה ותרומה לבריאותו של הזקן ולאיכות חייו, יחד עם בחינת נושא העלויות. אחרת, תכניות המניבות תוצאות ירודות מבחינת בריאותו של הזקן עשויות להיחשב כשקולות או טובות רק בגלל יכולתן להביא לחיסכון בהוצאות. לרוב, מחקרים

כלכליים אינם מטפלים בסוגיה זו באופן משביע רצון. יתרה מכך, דרוש מחקר נוסף שיכול לתת את הבסיס העובדתי לתוצאות (outcomes) של החלופות השונות, מאחר שלא בהכרח יש לראות בחיסכון בהוצאות את היעד הרצוי, אלא מתן הטיפול ההולם ביותר, גם אם זה באותה עלות.

האם הטיפול בבית הוא תמיד טוב יותר?

כאמור, כפי שעלה מספר פעמים בפרק זה, רוב הזקנים מעדיפים להישאר בבית ואנשי מקצוע מאמינים שזו הגישה הטיפולית הטובה ביותר כדי להבטיח את איכות חייהם של הזקנים. עם זאת, המציאות אינה פשוטה כל כך ויש להצביע על היתרונות, אבל גם על הבעיות הנובעות מהזדקנות במקום. בצד היתרונות לרווחתו הנפשית והחברתית של הזקן, להזדקנות במקום יש גם חסרונות המתבטאים בחיי היומיום של הזקן. בין היתרונות ניתן לכלול שימור האוטונומיה, העצמאות והפרטיות. לבית יש משמעות עמוקה וסימבולית במיוחד בקרב זקנים לחיזוק תחושת הקוהרנטיות וההמשכיות בחייהם. עם זאת, ה"בית" של הזקן יכול להיות מקום לחוויות שליליות, כגון: בידוד, בדידות והיעדר תמיכה; הזקן המוגבל עלול להרגיש בבית לא בטוח ופגיע; הסביבה הפיזית של הבית עלולה לערער את יכולתו לחיות באופן עצמאי. יש המרחיקים לכת ואומרים, שעבור זקנים מסוימים, הבית עלול להפוך למעין "בית סוהר" ולמקום של מועקה (Sixsmith & Sixsmith, 2008). טענה נוספת היא, שלא צריך לקחת בקלות דעת את ההעברה של האחריות לטיפול למשפחה, גם במצבים מאוד מורכבים, ושהטכנולוגיה הרפואית מאפשרת למעשה להפוך את הבית לבית חולים. למצב זה יש גם השלכות שליליות על רווחתו של הזקן ושל בני משפחתו (Guberman, Gagnon, Cote et al., 2005).

מכאן, שהחלטה על המקום הטוב ביותר עבור האדם הזקן צריכה לקחת בחשבון את המאפיינים הייחודיים שלו בזמן ובמצב נתונים. יתרה מזאת, תכניות טיפול במסגרת הבית בזקנים המוגבלים בתפקודם צריכות לכלול את הרכיבים העונים על מכלול הצרכים של הזקן בתחום הנפשי, החברתי והסביבתי, ולא רק הספקת טיפול אישי ועזרה בניהול משק הבית, כפי שנמצא במרבית התכניות הקיימות בישראל ובמדינות האחרות.

סיכום

לרוב, הטיפול הממושך שבא לענות על צרכים של זקנים עם מוגבלות תפקודית לא היה בראש סדרי העדיפויות של קובעי מדיניות בתחום הבריאות והרווחה. הצורך בריסון עלויות ואולי התמקדות יתר בטיפול הרפואי האקוטי, יחד עם העובדה שהמשפחה תמיד לקחה אחריות רבה לטיפול בזקנים מוגבלים, תרמו להתפתחות האיטית של המדיניות ושל מערכת

השירותים לטיפול ממושך. עם זאת, כתוצאה משינויים דמוגרפיים, חלים שינויים דרמטיים בצורכי הבריאות של האוכלוסייה ברחבי העולם. טיפול במחלות כרוניות, באנשים עם מוגבלויות, וההזדקנות של האוכלוסייה, מציבים כיום אתגר גדל והולך בכל העולם. לפיכך, החיפוש אחר מדיניות אפקטיבית לטיפול בזקנים מוגבלים, הוא אחד האתגרים הדוחקים. אין פרדיגמה אחת ויחידה, וישראל, כמו מדינות מפותחות אחרות, מתנסה בגישות שונות.

פרק זה דן במספר סוגיות מרכזיות המעסיקות את קובעי המדיניות ומפתחי השירותים: סוגיות תכנוניות של מערכת השירותים לטיפול ממושך בכלל, ושל טיפול ממושך במסגרת הבית בפרט; גישה ביטוחית או לא; גישה אוניברסלית או לא; שירותים בעין או גמלאות כספיות; חלוקת האחריות בין המשפחה למדינה; רצף טיפול ופיצול; חלופה בין שירותים במסגרת הבית לבין שירותים מוסדיים. הדרך שבה פותרים סוגיות אלה מעצבת למעשה את המדיניות ואת מערכת השירותים המסופקת בפועל לזקנים ולבני משפחותיהם. כאמור, המדיניות בתחום זה נמצאת עדיין בשלבי התהוות והרפורמות המרובות, שעליהן הצבענו במהלך הפרק, רק מעידות על כך שעדיין מחפשים את הדרך ליצירת האיזונים האופטימליים. זאת, כדי לענות על הצרכים של זקנים עם מוגבלות תפקודית ולרסן עלויות, וכן למצוא איזון מתאים בין תפקיד המשפחה לתפקידה של המדינה.

מקורות

- ברודסקי, ג', שגור, י. ובאר, ש. (2010). **הקשישים בישראל, שנתון סטטיסטי**. ירושלים: מכון מאיירס-ברוקדייל אשל-ג'וינט ישראל.
- ברודסקי, ג', חביב, ג' ומזרחי א. (2001). סקירת חוקים לטיפול ממושך בחמש מדינות מפותחות: אוסטריה, גרמניה, הולנד, יפן וישראל. **ביטחון סוציאלי**, 60: 46-90. ירושלים: המוסד לביטוח לאומי.
- ברודסקי, ג', נאון, ד., רזניצקי, ש., בן-נון, ש., מורגנשטיין, ב., גרא, ר. ושמצר, מ. (2004). **מקבלי גמלת סיעוד - מאפיינים, דפוסי קבלת עזרה פורמלית ובלתי פורמלית וצרכים בלתי מסופקים**. ירושלים: מכון ברוקדייל-ג'וינט ישראל והמוסד לביטוח לאומי.
- בן-צבי, ב. (2001). הרהורים על חוק ביטוח סיעוד ולקחים לעתיד. **ביטחון סוציאלי**, 60: 31-45. גרא, ר. (2009). **דוח מחקר מלווה לניסוי של גמלת סיעוד בכסף**. ירושלים: המוסד לביטוח לאומי.
- מורגנשטיין, ב. ושמאי, נ. (1987). סוגיות בתכנון חוק ביטוח סיעוד במערכת הביטחון הסוציאלי בישראל. **ביטחון סוציאלי**, 30: 25-39.
- מן, ק"י. (1987). חזון ומציאות בחוק ביטוח סיעוד. **ביטחון סוציאלי**, 30: 20-24.
- נאון, ד., ברודסקי, ג', שמצר, מ. וגרא, ר. (2004). **קשישים מוגבלים מקבלי גמלה בכסף (גמלת שירותים מיוחדים לנכים) ומקבלי גמלה בעין (גמלת סיעוד)**. ירושלים: מכון מאיירס-ברוקדייל-ג'וינט ישראל והמוסד לביטוח לאומי.
- נאון, ד., פקטור, ח. ופרימק, ח. (1993). **שינוי בדפוסי המיסוד בעקבות הפעלת חוק ביטוח סיעוד**. מכון מאיירס-ברוקדייל-ג'וינט ישראל, ירושלים.
- נאון, ד. ושטורסברג, נ. (1995). **השפעת חוק ביטוח סיעוד על דפוסי המיסוד**. מכון מאיירס-ברוקדייל-ג'וינט ישראל.
- Arling, G., Kane, R., Cooke, V. & Lewis, T. (2010). Targeting residents for transitions from nursing home to community. *Health Services Research*, 45(3): 691-711.
- AARP (2000). *Fixing to stay - A national survey of housing and home modifications issues*. Washington D.C.
- Badelt, C., Holzmann-Jenkins, A., Matual, C. & Osterle, A. (1997). *Analyse der Auswirkung des pflegevorsorgesystems*. Austrian Federal Ministry of Labor, Health and Social Affairs.

Baldock, J. & Evers, A. (1991). Innovations and care of the elderly: The front line of change for social welfare services. *Ageing International*, 18(1): 8-21.

Be'land, F., Bergman, H., Lebel, P., Clarfield M.A., Tousignant, P., Contandriopoulos, A.P. & Dallaire, L. (2006). A system of integrated care for older persons with disabilities in Canada. Results from a randomized controlled trial journal of gerontology: *Medical Sciences*, 61A(4): 367-373.

Benjamin, A. E. & Mattias, R. E. (2000). Comparing consumer and agency directed models: California In-Home supportive services program. *Generations*, 24(3): 85-87.

Benjamin, A. E., Mattias, R. E. & Franke, T. M. (1998). *Comparing client-directed and agency models for providing supportive services at home*. Final Report to the U.S. Department of Health and Human Services. Washington, DC: Author.

Bergman, H., Be'land, F., Lebel, P., Contandriopoulos, A.P., Tousignant, P. & Brunelle, Y. (1997). Care for Canada's frail elderly population: Fragmentation or integration. *Canadian Medical Association Journal*, 157(8):1116-1121.

Brodsky, J., Habib, J., Hirschfeld, M., Siegel, B. & Rockoff, Y. (2003). Choosing overall LTC strategies. In: *Key policy issues in long-term care*. World Health Organization, Geneva.

Brodsky, J. & Morginstin, B. (1999). Balance of familial and state responsibility for the elderly and their caregiving in Israel. In: V.M. Lechner, & M.B. Neal. (Eds.). *Work and caring for the elderly: International perspectives*: 68-82. Brunner/Mazel, Philadelphia, PA.

Brodsky, J. & Naon, D. (1993). Home care services in Israel: Implications of the expansion of home care following implementation of the community long-term care insurance law. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 8: 375-390.

Buhler-Wilkerson, K. (2007). Care of the chronically ill at home: An unresolved dilemma in health policy for the United States. *Milbank Quarterly*, 85(4): 611-639.

Campbell, J.C. & Ikegami, N. (2000). Long-term care insurance comes to Japan. *Health Affairs*, 19(3): 26-39.

Carr, S. & Robbins, D. (2009). *The implementation of individual budget schemes in adult social care*. Social Care Institute for Excellence, Research Briefing 20, London: SCIE.

- Carlson, B., Foster, L., Dale, S. & Brown, R. (2007). Effects of cash and counseling on personal care and well-being. *Health Services Research, 42*(1P2): 467-487.
- Challis, D. (2003). Achieving coordinated and integrated care among LTC services: The role of care management. In: J. Brodsky, J. Habib & M. Hirschfeld (Eds.). *Key policy issues in long-term care*. World Health Organization, Geneva.
- Chen, S., Mefford, L., Brown, J., Hsu, M., Clem, R. & Newman, L. (2008). Predictors of American elders' home stay: A secondary data analysis study. *Nursing and Health Sciences, 10*: 117-124.
- Coolen, J. (1995). Multiple effects of innovation in community care: What can we learn from the Netherlands? In: T. Scharf, & C.G. Wenger, (Eds.). *International Perspectives on Community Care for Older People*: (pp. 125-157). England: Avebury, Aldershot.
- Davey, A. & Patsios, D. (1999). Formal and informal community care to older adults: Comparative analysis of the United States and Great Britain. *Journal of Family and Economic Issues, 20*(3): 271.
- de Klerk, M.M.Y., Huijsman, R. & Rotten, F.F.H. (1995). New option in long-term care for the elderly: Evaluation results of demonstration projects in the Netherlands. *Home Health Care Services Quarterly, 15*(2): 19-40.
- Doty, P., Mahoney, K. & Simon-Rusinowitz, L. (2007). Designing the cash and counseling demonstration and evaluation. *Health Services Research, 42*(1P2): 378-396.
- Doty, P. (2000). The federal role in the move toward consumer direction. *Generations, 24*(3): 22-27.
- Evans-Cuellar, A. & Wiener, J.M. (2000). Can social insurance for long-term care work? The experience of Germany. *Health Affairs, 19*(3): 8-25.
- Evashwick, C. (1987). Definition of the continuum of care. In: C. Evashwick & L. Weiss. (Eds.). *Managing the continuum of care: A practical guide to organization and operations*. Rockville, Maryland: Aspen Publishers.
- Evers, A. (1998). The new long-term care program in Germany. *Journal of Aging and Social Policy, 10*(1): 77-98.
- Evers, A. & Leichsenring, K. (1994). Paying for informal care: An issue of growing importance. *Ageing International, 21*(1): 29-40.

- Feinberg, L. F. & Ellano, C. (2000). Promoting consumer direction for family caregiver support: An agency-driven model. *Generations*, 24(3): 47-53.
- Flangan, S. & Greene, P. (2000). Fiscal intermediaries: Reducing the burden of consumer-directed support. *Generations*, 24(3): 94-97.
- Flangan, S. & Greene, P. (1997). *Consumer-directed personal assistance services: Key operational issues for states using fiscal intermediary service organizations*. Cambridge Mass.: Medstat, Inc.
- Flangan, S. (1994). *Consumer directed attendant services: How states address tax, legal, and quality assurance issues*. Cambridge, Mass.: Systemetrics/Medstat, Inc.
- Freedman, V. A. & Kemper, P. (1996). Designing home care benefits: The range of options and experience. *Journal of Aging and Social Policy*, 7(3/4): 129-148.
- Fredman, L. & Daly, M. P. (1997). Weight change: An indicator of caregiver stress. *Journal of Aging and Health*, 9(1): 43-69.
- Fujisawa, R. & Colombo, F. (2009). The long-term care workforce: Overview and Strategies to adapt supply to a growing demand. *OECD Health Working Papers*, No. 44, Paris.
- Guberman, N., Gagnon, É., Côté, D., Gilbert, C., Thivièrge, N. & Tremblay, M. (2005). How the trivialization of the demands of high-tech care in the home is turning family members into para-medical personnel. *Journal of Family Issues*, 26(2): 247-272.
- Hanley R. J., Weiner, J. M. & Harris, K. M. (1991). Will paid care erode informal support? *Journal of Health Politics Policy Law*, 16: 507-521.
- Hansen, J. C. (2008). Community and in-home models. *Journal of Social Work Education*, Vol. 44, No. 3; Supplement: 83-87.
- Hirth, V., Baskins, J. & Dever-Bumba, M. (2009). Program of all-inclusive care (PACE): Past, present and future. *Journal American Medical Directory Association*, 10: 155-160.
- Howe, A. L. (2000). Rearranging the compartments: The financing and delivery of care for Australia's elderly. *Health Affairs*, 19(3): 57-71.
- Jenson, J. & Jacobzone, S. (2000). Care allowances for the frail elderly and their Impact on women care givers. *Labour Market and Social Policy Occasional paper 41*, OECD, Paris.

- Ikegami, N. & Campbell, J. C. (1995). Medical care in Japan. *New England Journal of Medicine*, 333: 1295-1299.
- Kane, R. L. (2003). The interface of LTC and other components of the health and social services systems in North America. In: J. Brodsky, J. Habib & M. Hirschfeld (Eds.). *Key policy issues in long-term care*. World Health Organization, Geneva.
- Kane, R. L. (2000). The chronic care paradox. *Journal of Aging and Social Policy*, 11(2/3): 107-114.
- Kane, R. A., Kane, R. L & Ladd, R. C. (1998). *The heart of long-term care*. New York: Oxford University Press.
- Kodner, D. L. (2003). LTC integration in four European countries: A review. In: J. Brodsky, J. Habib & M. Hirschfeld (Eds.). *Key policy issues in long-term care*, World Health Organization.
- Lafortune, G.B. (2007). *Trends in severe disability among elderly people: Assessing the evidence in 12 OECD countries and future implications*. OECD Health Working Papers, DELSA/HEA/WD/HWP.
- Leutz, W. (1999). Five laws for integrating medical and social services: Lessons from the United States and the United Kingdom. *The Milbank Quarterly*, 77(1): 77-110.
- Lundsgaard, J. (2005). *Consumer direction and choice in long-term care for older persons, including payments for informal care: How can it help improve care outcomes, employment and fiscal, sustainability?* OECD, Paris.
- MacAdam, M. (2008). *Framework of integrated care for the elderly: A systematic review*. Canadian Policy Research Network (CPRN).
- Morginstin, B. & Baich-Morai, S. (1992). *The impact of long-term care insurance on informal caregivers of dependent elderly*. Jerusalem: National Insurance Institute.
- Muscovice, I., Davidson, G. & McCaffrey, D. (1998). Substitution of formal and informal care for the community-based elderly. *Medical Care*, 26(10): 971-981.
- Mahoney, K. J., Simone, K. & Simon-Rusinowitz, L. (2000). Early lessons from the cash and counseling demonstration and evaluation. *Generations*, 24(3): 41-46.

Miltenburg, T. & Klie, T. (1995). Cash oder care? Erfahrungen mit der Zahlung von pflegegeld in der Niederlanden as Quoted In: U. Schneider. (1999). Germany's social long-term care insurance: Design, implementation and evaluation. *International Social Security Review*, 52: 31-74.

Mot, E. (2010). *The Dutch system of long-term care*. The Hague: CPB Netherlands Bureau for Economic Policy Analysis.

OECD (2005). *Ensuring quality long-term care for older people*. Paris.

Stone, R. I. (2000). Consumer direction in long-term care. *Generations*, 24(3): 5-9.

Schneider, U. (1999). Germany's social long-term care insurance: Design, implementation and evaluation. *International Social Security Review*, 52: 31-74.

Sixsmith, A. & Sixsmith, J. (2008). Ageing in place in the United Kingdom. *Ageing Int.* 32: 219-235.

Sundström, G., Johansson, L. & Hassing, L. B. (2000). The shifting balance of long-term care in Sweden. *Gerontologist*, 42: 350-355.

Tamiya, N. & Chen, L. (2009). Caregivers' decisions on placement of family members in long-term care facilities in Japan: Analysis of caregiver interviews. *Social Behavior and Personality*, 37(3): 393-410.

Tilly, J., Wiener, J. M. & Cuellar, E.A. (2000). Consumer-directed home-and community-based services programs in five countries: Policy issues for older people and government. *Generations*, 24(3): 74-84.

Tucker, S., Hughes, J., Burns, A. & Challis, D. (2008). The balance of care: Reconfiguring services for older people with mental health problems. *Ageing & Mental Health*, 12(1): 81-91.

UK Carers at the heart of 21st-century families and communities. (2008). HM Government, Department of Health, London. http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_085338.pdf

Velgouse, L. & Dize, V. (2000). A review of state initiatives in consumer-directed long-term care. *Generations*, 24(3): 28-33.

Wiener, J. (2003). The role of informal support in long-term care. In: J. Brodsky, J. Habib & M. Hirschfeld (Eds.). *Key policy issues in long-term care*. Geneva: World Health Organization.

Williams, A. P., Challis, D., Deber, R., Watkins, J., Kuluski, K., Lum, J. M. & Daub, S. (2009). Balancing institutional and community-based care: Why some older persons can age successfully at home while other require residential long-term care. *Healthcare Quarterly*, 12(2): 95-105.

Wolf, R. S. & Pillemer, K. A. (1989). *Helping elderly victims: The reality of elder abuse*. New York: Columbia University.

Wong, D. (2000). Rapid response: Development of a homecare worker replacement service. *Generations*, 24(3): 88-90.

חלק שני

פרק ה': תפקידי הרפואה הראשונית בטיפול בקשיש המרותק לביתו

בוריס פונצ'יק, סמדר ישי ואיה בידרמן

מבוא

ככל שעולה הגיל עולה שיעור המחלות הכרוניות ושיעור המוגבלויות בקרב קשישים וכן עולה מידת התלות של הקשישים באחרים. לפי נתוני הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, בין 10% עד 20% מהקשישים הגרים בקהילה לא מסוגלים לבצע פעולות יום-יומיות ללא עזרה ועד 22% מהקשישים זקוקים לעזרה חלקית או מלאה בניידות (הלמ"ס, 2010).

קשישים צורכים שירותי רפואה בשיעור גבוה. קשיש מבקר בממוצע אצל רופא המשפחה 16 פעמים בשנה, ושמונה פעמים בשנה אצל רופא יועץ; שיעורי האשפוזים של קשישים במחלקות האשפוז הכלליות הם פי שלוש מאשר באוכלוסייה הכללית (הלמ"ס, 2010). ככל שהגיל עולה והמצב הבריאותי מידרדר, עולה שיעור הקשישים המרותקים לבית וזקוקים לעזרה סיעודית, רפואית, נפשית, סוציאלית וקהילתית.

הגורמים הפועלים בקהילה כוללים צוותים רפואיים (רופאים ואחיות), עובדים סוציאליים, פיזיותרפיסטים, מטפלי בית, מתנדבים ובני משפחה. כולם ממלאים תפקיד חשוב בטיפול בקשיש המרותק לביתו, מייצרים מעטפת שעוזרת בפיתרון בעיות רפואיות וסוציאליות ובתפקוד היום-יומי. הרפואה הראשונית בארץ מתבצעת, בעיקרה, על ידי רופאי משפחה בשירותי הבריאות הראשוניים בקהילה. רפואת המשפחה היא מקצוע כוללני רחב, הרואה את החולה כאדם במסגרות חייו השונות - בקרב המשפחה, הקהילה והבית. מאפיינים שונים של עבודת רופא המשפחה וצוותו מקנים להם תפקיד מרכזי וחשוב בטיפול בקשיש: קירבתם אל המטופל, ההיכרות האישית עם המטופל ועם משפחתו, היכולת לזיהוי מוקדם של מצוקה או מחלה, זמינות גבוהה וראייה מערכתית המאפשרת גישור וקישור בין גורמים שונים הפועלים לטובתו של הקשיש.

אחד מעקרונותיה של רפואת המשפחה הוא עקרון ההמשכיות ורצף הטיפול: יחסי רופא-חולה, הנמשכים לאורך זמן, מהווים אחד היתרונות של הטיפול הרפואי בקהילה ומאפשרים היכרות מעמיקה עם החולה, אישיותו, בעיותיו הרפואיות, הנפשיות והחברתיות

(McWhinney & Freeman, 2009). בעבר, היו ביקורי בית חלק נכבד מתפקידו ומפעילותו של רופא המשפחה, הן לחולים קשישים והן לחולים אחרים, שמחלתם או מצבם הכלכלי לא אפשר להם להגיע אל הרופא. עם השנים צומצמו ביקורי הבית, והיום הם מהווים נתח קטן יותר בעבודתו של רופא המשפחה, ומיועדים בעיקר לחולה הקשיש המרותק לביתו.

עיקרון נוסף של רפואת המשפחה הוא העבודה בצוותים רב-מקצועיים, בשיתוף פעולה ובתיאום בין המקצועות השונים ועם גורמים שונים בקהילה. בצוות המרפאה הראשונית נמצאות אחיות, הלוקחות חלק חשוב בנייתור ובמעקב אחר החולים הכרוניים, שרובם הם קשישים. ברוב המרפאות יש גם עובדת סוציאלית, שגם לה תפקיד חשוב בטיפול בקשישים בביתם. במסגרת הטיפול בקשיש המרותק לביתו מקיימת המרפאה הראשונית קשר הדוק ושוטף עם גורמים קהילתיים, בריאותיים ואחרים - היחידה להמשך טיפול של קופת החולים, מחלקת הרווחה של העירייה, המוסד לביטוח לאומי, מרכזי יום ומועדונים קהילתיים, "שכונה תומכת", ועוד גורמים על פי הצורך.

הטיפול בקשיש המרותק לביתו הוא, אם כן, אחד התפקידים החשובים של אחות ורופא המשפחה, העובדים במרפאה הראשונית. בפרק זה נביא נתונים מהעולם על טיפול רפואי ראשוני בבית הקשישים, נתאר את הנעשה בארץ ונביא מקרה לדוגמה.

רקע מדעי

הספרות המקצועית עוסקת בחשיבות המרכזית של מעורבות רופא משפחה בטיפול בקשיש המרותק לביתו ובביצוע הערכה גריאטרית כוללת של מצבו. זאת, כדי למנוע ולדחות הידרדרות במצב התפקודי, למנוע צורך באשפוז סיעודי בבית אבות, להקטין תמותה ולשפר את איכות החיים של הזקן.

במחקר שערכו אלקן ועמיתיה (Elkan, Kendrick, Dewey et al., 2001) נבדקה יעילותה של תכנית ביקורי בית, קידום בריאות ורפואה מונעת בקרב קשישים כדי למנוע הידרדרות תפקודית, אשפוזים בבתי אבות, תמותה ומצבי חולי. במחקר, שכלל ניתוח של 15 עבודות, נמצא כי ברובן רופאי המשפחה או האחיות הם אלה שביצעו משימות אלה. נמצאה ירידה בתמותה (odds ratio 0.76, 95%CI 0.64-0.89) וירידה בשיעורי האשפוזים הסיעודיים במוסדות לטיפול ממושך (0.65, 0.46-0.91).

מרקל-ריד ועמיתיו (Markel-Reid, Weir, Browne et al., 2006) בדקו השפעתה של תכנית יזומה לקידום בריאות בקשישים "שבריריים" (FRAIL ELDERLY), המתבצעת על ידי אחיות בקהילה. נמצא שיפור באיכות החיים, שכיחות מופחתת של דיכאון ושיפור בתחושת התמיכה החברתית ($P=0.009$) ללא עלייה בעלויות.

תכנית התערבות נוספת כוונה למניעת ירידה תפקודית בקרב קשישים "שבריריים" הנמצאים בבית. התכנית הועברה במשך שנה על ידי אחיות, פיזיותרפיסטים ורופאי משפחה. נמצאה הפחתה בירידה התפקודית ובמידת התלות (בצורה משמעותית סטטיסטית) בקבוצת ההתערבות לעומת קבוצת הביקורת (Gill, Baker, Gottschalk et al., 2002). עבודה של פלצ'ר ועמיתיו (Fletcher, Price, Ng et al., 2004) בבריטניה הראתה, שתכנית מולטי-דיסציפלינרית מצליחה לשפר איכות חיים, ניידות ותחושת מעורבות בסביבה בקרב קשישים. סימס, קרס ונשראלה (Sims, Kerse & Naccarella, 2000) מדגישים את חשיבות העבודה היזומה של רופא המשפחה בקרב קשישים על מנת לשמור על עצמאותם, למנוע הידרדרות בתפקוד יום-יומי ולשפר את איכות חייהם. מאמרם מתייחס ליוזמה של ממשלת אוסטרליה, המתווה מדיניות המעודדת רופאי משפחה לעסוק בתחום זה ומדגישה את חשיבות העיסוק ברפואה מונעת על כל סוגיה.

עבודות נוספות בדקו את השפעתה של הערכה גריאטרית כוללת על קשישים הגרים בביתם. בעבודה של סטאק ועמיתיו (Stuck, Aronow, Steiner et al., 1995) נבדקה ההשפעה ארוכת הטווח (שלוש שנים) של הערכה גריאטרית כוללת של קשישים מעל גיל 75, המתגוררים בבית. היעדים היו מניעה של ירידה תפקודית, שהוגדרה כצורך בעזרה ב-Activities of daily living-basic and instrumental ומניעה של סידור הקשיש בבית אבות. בתכנית שותפו אחיות גריאטריות, רופאי משפחה ורופאים גריאטריים. כתוצאה מתכנית התערבות זו הייתה ירידה מתונה יותר במידת התלות של הקשישים, ושיעור נמוך יותר מהם נזקקו להעברה לבית אבות לעומת קבוצת הביקורת. דוגמה נוספת היא עבודתם של ברנבי ועמיתיו (Bernabei, Landi, Gambassi et al., 1998), שבה נבדקה ההשפעה של תכנית הערכה והתערבות בקשישים מרותקי בית על שיעורי הפניות לבית החולים ועל שיעורי האשפוז, שימוש בשירותי רפואה, שינויים במצב התפקודי, ועלות כוללת של הטיפול בקשיש - כתוצאה מהפעלת התכנית. בתכנית ההתערבות נטלו חלק רופאי משפחה, אחיות, עובדים סוציאליים ופיזיותרפיסטים. שנה לאחר הפעלת התכנית חל שיפור של 5% ברמה התפקודית בקבוצת ההתערבות לעומת ירידה של 13% בקבוצת הביקורת. בנוסף לכך, נצפתה האטה בירידה הקוגניטיבית בקבוצת ההתערבות לעומת קבוצת הביקורת (3.8% לעומת 9.4%) ושיעור נמוך יותר של מטופלים בקבוצת ההתערבות סודרו בבתי אבות. בעבודה של האגס ועמיתיו (Hughes, Weaver, Giobbie-Hurder et al., 2000) נבדקו תוצאות של הפעלת תכנית יזומה של ביקורי בית לקשישים מעל גיל 70, עם ירידה בשני מדדים או יותר של ADL, מחלה סופנית, אי-ספיקת לב קשה או מחלת ראות כרונית. ביקורי בית בוצעו על ידי צוות רב-מקצועי, שכלל רופאי משפחה, אחיות ועובדות סוציאליות. מטרת המחקר הייתה לבדוק האם לביקורי בית יזומים יש השפעה על ירידה ברמת התפקוד, על איכות חיי המטופלים והמטפלים העיקריים, על ההיענות לטיפול ועלויות הטיפול. תוצאות

המחקר הדגימו שיפור באיכות חיי המטופלים והמטפלים העיקריים והפחתה בפניות לבתי החולים.

במחקר שערכו סטאק ועמיתיו (Stuck, Eggar, Hammer et al., 2002) על עבודות שבדקו יעילותן של תכניות יזומות לביקורי בית לקשישים מרותקים מעל גיל 65 נכללו 18 עבודות, שכללו 13,447 קשישים. הקשישים שהשתתפו בקבוצות עם תכנית התערבות רב-מקצועית הראו ירידה תפקודית מתונה יותר וכן נמצאה הפחתת תמותה בקבוצת הגיל 72-77 לעומת קבוצת הביקורת.

בשנת 1999 פורסמה עבודתם של נילור ועמיתיו (Naylor, Brooten, Campbell et al.), שבדקה השפעתה של תכנית שחרור מתוכנן אחרי אשפוז על שיעור האשפוזים החוזרים, תדירות הביקורים אצל רופא המשפחה, עלויות שירותי הבריאות, מצב תפקודי, שיעורי דיכאון והיענות לטיפול בקרב קשישים מעל גיל 65. התכנית התבססה על עבודת אחיות וכללה תכנון שחרור, יצירת קשר עם גורמים מטפלים בקהילה וביקורי בית. נמצא כי בקבוצת ההתערבות היו פחות פניות חוזרות לחדר מיון ואשפוז (6.2% לעומת 14.5%), פחות זמן שהייה בבית חולים (1.53 יום לעומת 4.09 יום) ועלות שירותי הרפואה בקבוצת ההתערבות הייתה נמוכה יותר לעומת קבוצת הביקורת (0.6 מיליון דולר לשנה לעומת 1.2 מיליון דולר לשנה).

צורות הטיפול בקשישים מרותקי בית

קיימים סוגים שונים של טיפול רפואי בקשישים המרותקים לבית על ידי צוותים רפואיים של המרפאות הראשוניות בקהילה (מתוך נהל ביקורי בית של משרד הבריאות ושירותי בריאות כללית א').

טיפול הניתן בביתו של הקשיש:

- **ביקורי בית יזומים על ידי אחות המרפאה**, המיועדים לאומדן מצב תפקודי, סיעודי, פצעי לחץ, כאב, סביבה, משאבים בקהילה, בקרה על נטילת תרופות, ביצוע בדיקות דם, מתן חיסונים, טיפול בפצעי לחץ, התאמת סביבת הקשיש לצרכיו והדרכת המטפל העיקרי.
- **ביקורי בית יזומים על ידי רופא המשפחה**, המיועדים להערכת מצב רפואי ותפקודי, מילוי תפסים למוסדות שונים, כמו למוסד לביטוח לאומי לצורך תביעה לקצבת נכות או סיעוד, הערכת הצורך באביזרי עזר בבית, כגון צורך במיטה סיעודית, כיסא גלגלים, מזרון אוויר, הליכון, ועוד.
- **ביקורי בית של פיזיותרפיסט**, המיועדים לביצוע פיזיותרפיה בבית, בדיקה של תנאי המגורים לצורך התאמת ציוד עזר (כיסא גלגלים, הליכון, מקלחון, הרחבת מעברים).

- **ביקורי בית של מרפא בעיסוק** לבדיקת התאמת תנאי הדיור לצרכיו של הקשיש (מדרגות, אמבטיה, מעברים, ידיות אחיזה, תנאי בטיחות).
 - **ביקורי בית של עובדת סוציאלית** במטרה להעריך את מצבו הפסיכו-סוציאלי של הקשיש, לאתר מערכות תמיכה בקהילה, לבדוק אפשרות של התעמרות, התעללות, הזנחה, בעיה כספית, מצוקה נפשית, הערכה קוגניטיבית, וליצור קשר עם גורמים אחרים, כגון מחלקת הרווחה, ביטוח לאומי.
 - **ביקורי בית יזומים של צוות רב-מקצועי** של יחידות לטיפול בית והמשך טיפול (בדרך כלל ביקורים אלה כוללים רופא ואחות), השייכות לקופות החולים, במטרה לבצע הערכה נוספת של מצב הקשיש ולעזור בטיפול במצבים מורכבים, כגון פצעי לחץ קשיי ריפוי, אי-ספיקת לב קשה, מתן טיפול המשך לאחר אשפוז בבית החולים.
 - **ביקור בית של צוות גריאטרי** לשם ביצוע הערכה גריאטרית כוללת (קוגניטיבית ותפקודית), מתן המלצות להמשך טיפול לצוות המרפאה, המלצות והפניה של הקשיש לשירותים שונים בקהילה או למסגרות מוסדיות (מרכז יום, מועדון, דיור מוגן, הוסטל, בית אבות).
 - **מפגש יזום של הצוות המטפל** של המרפאה הראשונית עם בני משפחה או מטפלים אחרים המעורבים בטיפול בקשיש על מנת לתאם ציפיות, להדריך במתן טיפול, לאתר מצוקה בקרב המטפל העיקרי, ליצור שפה משותפת ודרכי תקשורת עם הצוות מטפל.
- הצוות הראשוני המטפל בחולה מרותק בבית מורכב, בדרך כלל, מרופא המשפחה ואחות המרפאה. הגדרת החולה כמרותק מבוצעת על פי רוב על ידי אחות, בהתאם לקריטריונים ברורים, המתייחסים למצב התפקודי של הקשיש. הכלים המקובלים לבדיקת המצב התפקודי - הערכת תפקוד בסיסית על ידי ADL - ACTIVITY OF DAILY LIVING או אינדקס באמצעות או על ידי אינדקס ע"ש ברטל (Mahoney & Barthel, 1965) או אינדקס FIM - FUNCTIONAL INDEPENDENCE MEASURE (Wright, 2000). תוצאת הבדיקה מאפשרת להגדיר את הקשיש כעצמאי, מרותק לבית או מרותק למיטה. במקרים שבהם נדרשת השמה במוסד, מתבצעת הערכה נוספת, לפי רמת התפקוד, לקביעת סיווג של הקשיש לאחת הקטגוריות הבאות, ובהתאם לתוצאות הקשיש מופנה לטיפול במערכות המתאימות:
- **עצמאי**: בעל יכולת לבצע מטלות ללא עזרת אדם, הן בתפקוד בסיסי ביומיום והן במשק הבית.
 - **תשוש**: מתקשה לבצע מטלות במשק הבית, נזקק לעזרה של אדם, מסוגל לבצע מטלות בסיסיות ללא עזרה או עם עזרה קלה בלבד.
 - **סיעודי**: חסר יכולת לבצע מטלות בסיסיות יומיומיות, גם עם עזרה. בדרך כלל מרותק לכיסא גלגלים וחסר שליטה על אחד הסוגרים.

- **סיעודי מורכב:** בנוסף להגדרה הקודמת, סובל מאחת או יותר מהבעיות הבאות: פצעי לחץ דרגה 3-4, מחלה ממאירה פעילה, דיאליזה, מתן טיפול תוך ורידי ממושך.
- **תשוש נפש:** מתקשה בביצוע מטלות בסיסיות יום-יומיות וניהול משק בית עקב ירידה קוגניטיבית ניכרת.

לרוב, קשישים מרותקי בית משויכים לקבוצת התשושים או הסיעודיים, אך לעתים גם קשישים תשושי נפש יכולים להיות בבית עם השגחה צמודה של מטפל בית ובני המשפחה.

קיימים סוגים שונים של ביקורי בית:

- **ביקור בית דחוף:** מבוצע על ידי רופא או אחות לפי הצורך, בדרך כלל עקב בעיה רפואית/סיעודית חדשה, שהתעוררה ודורשת בדיקה וטיפול מיידי (מחלת חום, פצע לחץ חדש, נפילה בבית, מצב של בלבול, בדיקת דם דחופה).
- **ביקור בית יזום:** מבוצע על ידי רופא או אחות בצורה יזומה, אחת לתקופה (למשל, כל שלושה חדשים), בתיאום עם הקשיש ובני משפחתו או עם המטפל העיקרי, במטרה לבצע בדיקה תקופתית הכוללת פעולות של רפואה יזומה, כמו: הערכת מצב קוגניטיבי ואפקטיבי (קיום דיכאון), מעקב אחר יתר לחץ דם וסוכרת, מתן חיסוני שפעת, ביצוע בדיקות דם תקופתיות וכדומה. ביקור בית יזום דורש הכנה ותכנון מראש. במרפאה הקהילתית קיימת תכנית שנתית של ביקורי בית יזומים של רופאים ואחיות, עם תיאום ביניהם.

להדגמת עקרונות אלה נביא מקרה לדוגמה:

רחל, בת 80, ודוד, בן 85, נשואים 55 שנה ומתגוררים בביתם, בשכונה ותיקה בעיר. הדירה בת שני חדרים + מרפסת סגורה, נמצאת בקומה שלישית, ללא מעלית. רחל ודוד הם ילידי הונגריה, ניצולי שואה, שעלו לארץ בשנת 1955. לזוג שלושה ילדים, שניים מהם מתגוררים בחו"ל ועוד בת גרה ביישוב מרוחק מהוריה.

רחל היא אישה בריאה, בדרך כלל, פרט לכך שסובלת מאוסטיאופורוזיס (בריחת סידן) ובעיות ברכיים עקב שחיקה. דוד נמצא בטיפול פסיכיאטרי עקב דיכאון, מטופל בתרופות ומצבו יציב. הוא אדם חשדן מטבעו, ללא ירידה קוגניטיבית. הזוג היה עצמאי עד לפני כחודשיים. אז נפלה רחל במדרגות הכניסה לבית ושברה את צוואר הירך. היא עברה ניתוח והחלימה בהדרגה, אבל הפסיקה לצאת מביתה עקב חשש מנפילות וקושי בהליכה. בתוך הבית היא משתמשת בהליכון. רחל הוכרה במרפאה כ"מרותקת לבית", והאחות והרופא מבקרים אותה בביתה אחת למספר שבועות למעקב. בעקבות מצבה של רחל, דוד נעשה תלתי יותר ודיכאוני. למרות הטיפול שקיבל, הוא סובל לפעמים מהתקפי כעס ומתוקפנות מילולית.

רופא המשפחה מכיר את בני הזוג מזה כ-15 שנה ומטפל בהם. האחות מכירה אותם כ-10 שנים. הקשר עם צוות המרפאה הוא טוב, לאורך כל השנים.

האירוע הנוכחי: בנם של בני הזוג הגיע לביקור מחו"ל וביקש להיפגש עם צוות המרפאה כדי לדון עמו על מצב הוריו. לטענתו, מצבם קשה והם חייבים לעבור לגור בבית אבות או להכניס מטפלת זרה לביתם. ההורים אינם מוכנים לצאת מהבית וגם לא מעוניינים להכניס "מישהו זר" הביתה.

התערבות צוות המרפאה: הרופא והאחות נפגשו עם הבן בביקור בית אצל ההורים. בביקור הובהרו עמדות ההורים והבן. הבן הביע את חששותיו מכך, שמצב הוריו יתדרדר עוד יותר אם לא יקבלו עזרה, אבל רחל הודיעה כי המטפלת שלה, שמגיעה כל יום לשעתיים, מספיקה בהחלט. דוד התנגד בחריפות לכל הצעה של הבן והיה כעוס ומריר ביותר. רופא המשפחה התייעץ טלפוני עם הפסיכיאטר המטפל. לאור מצבו של דוד שונה מינון התרופות והוספה תרופה להרגעת התקפי הזעם. צוות המרפאה הציע להכניס עוד גורמים לתמונה: הזוג שולב בתכנית "שכונה תומכת", קיבל לחצן מצוקה המאפשר להתקשר לקבלת עזרה 24 שעות ביממה. כמו כן, הוחל טיפול פיזיותרפי ביתי לרחל, במטרה לאפשר לה לצאת מהבית. הוצע לזוג להשתלב גם במועדון עמ"ך לניצולי השואה. לאחר ביקור במועדון הם הסכימו לצאת לשם פעמיים בשבוע ולהשתתף בחוגים השונים. האחות והרופא התרשמו גם ממצבם התזונתי הירוד של הזוג, שניזון בעיקר משימורים וממוצרי חלב. הומלץ על תזונה מאוזנת יותר, נבנה תפריט מתאים, האחות הדריכה את המטפלת ובהמשך ערכה מעקב אחרי הרכב המזון.

המצב היום: הזוג מתגורר בביתו. רחל יוצאת מהבית, בעזרת מקל טריפוד. הזוג מבקר במועדון עמ"ך מספר פעמים בשבוע. מצבם התזונתי השתפר. מטפלת מגיעה לביתם למשך תשע שעות בשבוע. מצבו הנפשי של דוד השתפר והוא ממשיך לקבל תרופות נגד דיכאון. הרופא והאחות בקשר טלפוני ובדואר אלקטרוני עם הילדים הגרים בחו"ל ועם הבת בארץ.

לסיכום

טיפול יעיל בקשיש המרותק לבית מצריך עבודה משולבת של רופאים, אחיות, עובדים סוציאליים, פיזיותרפיסטים, מטפלים ובני המשפחה.

תנאי חשוב להצלחת הטיפול הוא תיאום הפעולות בין כל הגורמים המטפלים בקשיש.

תכנית טיפולית חייבת להיות מתמשכת ומבוססת על פעולות מתוכננות עם ניטור מתמיד של התאמת התכנית לצרכים של הקשיש.

טיפול יעיל בקשיש המרותק לבית משמר ומשפר רמה קוגניטיבית ותפקודית של הקשיש, מקטין שיעור הפניות לבית חולים ושיעור האשפוזים, מקטין את שיעור הקשישים שיזדקקו לסידור מוסדי, משפר את איכות החיים של הקשישים ובני משפחותיהם ומקטין את עלויות הטיפול בקשיש.

צוות המרפאה הראשונית, ובעיקר רופא המשפחה ואחות המרפאה, מהווים כתובת חשובה בטיפול בית בקשישים המרותקים לביתם.

מקורות

- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. (2010). **שנתון סטטיסטי לישראל מס' 61**. ירושלים: הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.
- שירותי בריאות כללית. (2008). **נהלים של שירותי בריאות כללית**. מעקב אחר חולים מרותקים, ביקורי בית - אחיות, ביקור בית למטופל - תדריך לאחות.
- Bernabei, R., Landi, F., Gambassi, G. et al. (1998). Randomized trial of impact of model of integrated care and case management for older people living in the community. *BMJ*, 316: 1348-1351.
- Elkan, R., Kendrick, D., Dewey, M. et al. (2001). Effectiveness of home based support for older people: Systematic review and meta-analysis. *BMJ*, 323(7315): 719.
- Fletcher, A.E., Price, G.M., Ng, E.S.W. et al. (2004). Population-based multidimensional assessment of older people in UK general practice: A cluster-randomised factorial trial. *The Lancet*, 364: 1667-1677.
- Hughes, S.L., Weaver, F.M., Giobbie-Hurder, A. et al. (2000). Effectiveness of team-managed home-based primary care - randomized multicenter trial. *JAMA*, 284: 2877-2885.
- Mahoney, F.I. & Barthel, D. (1965). Functional evaluation: The Barthel Index. *Maryland State Medical Journal*, 14: 56-61.
- Markle-Reid, M., Weir, R., Browne, G. et al. (2006). Health promotion for frail older home care clients. *Journal of Advanced Nursing*, 54(3): 381-395.
- McWhinney, I.R. & T Freeman, T. (2009). *Textbook of Family Medicine*. New York: Oxford University Press, 3rd edition: 13-29; 363-374.
- Naylor, M.D., Broton, D., Campbell, R. et al. (1999). Comprehensive discharge planning and home follow-up of hospitalized elders: A randomized clinical trial. *JAMA*, 17(7): 613-620.
- Sims, J., Kerse, N.M. & Naccarella, L. (2000). Health promotion and older people: The role of the general practitioner in Australia in promoting healthy ageing. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 24: 356.
- Stuck, E., Aronow, H.U., Steiner, A. et al. (1995). A trial of annual in-home comprehensive geriatric assessments for elderly people living in the community. *New England Journal of Medicine*, 333: 1184-1189.

Stuck, E., Egger, M., Hammer, A. et al. (2002). Home visits to prevent nursing home admission and functional decline in elderly people: Systematic review and meta-regression analysis. *JAMA*, 287(8): 1022-1028.

Thomas, M., Gill, M.D., Baker, D.I. et al. (2002). A program to prevent functional decline in physically frail, elderly persons who live at home. *New England Journal of Medicine*, 347: 1068-1074.

Wright, J. (2000). The FIM (TM). The Center for Outcome Measurement in Brain Injury. <http://www.tbims.org/combi/FIM> (accessed October 31, 2010).

פרק ו': אשפוז בית

יוחנן שטסמן וג'רמי ג'קובס

מבוא: הגדרת המושג

"אשפוז בית" הוא מפעל רפואי המספק בבית החולה שירותים רפואיים, הניתנים בדרך כלל באשפוז בבתי חולים, דהיינו בית חולים בבית (home hospitalization או home hospital). המונח "אשפוז בית" הוא לכאורה דבר והיפוכו, כי "אשפוז" פירושו "אירוח" - אירוח חולה בבית חולים, מוסד שבו מתארחים מאושפזים, אנשים חולים, לתקופת זמן קצרה או מוגדרת. לכן, בהגדרתו, "אשפוז" אינו בבית החולה.

בתי החולים נוצרו והתפתחו לפני יותר ממאה שנה כדי ליעל את הטיפול בחולה במקום שבו יש רופאים מומחים, אחיות, צוותי עזר, ציוד לאבחנה, חדרי ניתוח, מעבדות, הדמיות ותרופות מכל הסוגים, וכן כדי שניתן יהיה לטפל במספר רב של חולים במקביל ובאופן מדויק ויעיל, כמיטב הידע הרפואי הרלוונטי.

"אשפוז בית" הוא, אם כן, ההיפך מבית חולים, כי באשפוז בית "מתאשפז" חולה אחד, בביתו, מקום שלכאורה אין בו את כל הנדרש לאבחנתו, אין צוותי רפואה וסיעוד, אין את הציוד הנדרש לטיפול ואת מגוון האפשרויות הטיפוליות. למרות שתירה, לכאורה, זו בין האשפוז בבית חולים לבין אשפוז בביתו של החולה, התפתח מושג זה עבור סוגים מסוימים של חולים ולמספר מצבים רפואיים. ההגדרה הראויה והמקובלת היום ל"אשפוז בית" היא: "אשפוז (או טיפול) פעיל בחולה במסגרת ביתו, לתקופה מוגדרת מראש, כדי לקצר אשפוז קיים בבית חולים או כדי למנוע אותו במצבים מוגדרים המאפשרים זאת. הטיפול ניתן על ידי צוות רפואי מקצועי ומוסמך". חשוב לציין, כי טיפולי בית למצבים שאינם מחליפים אשפוז בבית חולים אינם נכללים תחת ההגדרה של "אשפוז בית".

מי הם המאושפזים בבית?

אשפוז בית נועד לחולים המתאימים לכך בכל גיל, אך בפועל יותר מ-90% מהחולים הם קשישים, בעיקר בני 75 ומעלה, שאשפוזיהם תכופים ובדרך כלל ממושכים יותר מהממוצע. לכן, אשפוז בית נכנס לתודעה ולפרקטיקה הרפואית ככלי טיפולי בעולם הרפואה הגריאטרית.

כאמור, אשפוז בית נועד למנוע אשפוזים, הן בבתי החולים הכלליים והן בבתי החולים הגריאטריים, ובעיקר אשפוזים שברור מראש - מתוך האבחנה הרפואית המשווערת - כי יהיה זה אשפוז ארוך מהממוצע או אפילו אשפוז כרוני. אשפוז בית נועד גם לשחרר שחרור

מוקדם חולים המאושפזים בבתי חולים גריאטריים ולקצר אשפוזים בבתי חולים כלליים, המתארכים בשל בעיות רפואיות שהטיפול בהם אמור להיות ממושך או כרוני.

קיימים סוגים שונים של אשפוזי בית וספקי הביטוח הרפואי בארצות שונות הגדירו צרכים שונים והקימו אשפוזי בית כלליים, אך גם ייעודיים למצבים או למחלות שונות, בעיקר לצורך הטיפול בקשישים (Steel, Leff & Vaitovas, 1998). קיימים אשפוזי בית ייעודיים לחולים לאחר שברי צוואר הירך (Richards, Coast, Gunnell et al., 1998), לחולים לאחר החלפות פרקי ברכיים (Jester & Hicks, 2003), לחולים הסובלים מפקקת ורידים עמוקים ברגליים (Levine, Gent, Hirsh et al., 1996) או לאחר אירועים מוחיים (Richauda, Bo, 2004). קיימים אשפוזי בית רחבים יותר לכלל החולים בגריאטריה תת-חריפה (Wilson, Parker, Wynn et al., 1999) או כטיפול תומך לחולים באי-ספיקת לב סופנית ובהתקפים חריפים של מחלת ריאות חסימתית כרונית (Ram, Wedzicha, Wright et al., 2003; Hernandez, Casas, Escarrabill et al., 2003; Davis, Wilkinson, Bonner et al., 2000). כמו כן, קיימים אשפוזי בית לטיפול פליאטיבי בחולים סופניים ממחלות ממאירות (Stessman, Ginsberg Hammerman-Rozenberg et al., 1997) והנפטרים במסגרת זו בביתם בחיק משפחתם. התפתחותן של תכניות שונות לאשפוז בית בעולם כללה גם מרכזים להכנת עירוניים הניתנים בבית, תכניות לשחרור מוקדם מבתי חולים או תכניות לתחליף אשפוז מלכתחילה.

העניין בפיתוחו של אשפוז הבית נבע משני מקורות: האחד, רופאים ואחיות העוסקים ברפואה כללית ורופאים גריאטריים; המקור האחר הם מנהלי ארגונים המספקים שירותים וביטוחים רפואיים, המגלים עניין בתכנית זו, שיש לה פוטנציאל להקטנת ההוצאה הכספית תוך שמירה על רמה רפואית נאותה. לבתי החולים הכלליים, הנותנים לחולים הקשישים את הטיפול הרפואי החריף והמידי, חסרונות רבים. אירועים שליליים רבים מתרחשים במחלקות של בתי החולים ובמיוחד לקשישים. אירועים אלה כוללים זיהומים, האופייניים בעיקר לבתי חולים וגורמים לדלקות בדרכי השתן, בריאות, בלב ובעור, וגם חיידקים היציבים לרוב התרופות האנטיביוטיות. כמו כן, שכיחים בבתי החולים התפתחות של פצעי לחץ, נפילות על תוצאותיהן החמורות, ומצבים של בלבול חריף (דליריום). אשפוז בבתי חולים כלליים גם גורר בעקבותיו, לעתים קרובות, ירידה תפקודית משמעותית. חזרה בלתי מתוכננת או מסודרת של החולה לביתו גוררת, באופן אירוני, את האשפוז הבא. יתרה מכך, אשפוז בבית חולים כללי הוא גם יקר מאוד. הצפיפות הקיימת ברוב מחלקות בתי החולים תורמת לחיפוש אלטרנטיבות לאשפוז זה. כל אלה ואחרים מהווים סיבות כבדות משקל לפיתוח אשפוז בית, כתחליף לאשפוז בבית חולים כללי (Leff, 2009). קיומן של תכניות שונות לאשפוז בית הביא לווידועים על מהותו של אשפוז זה ועל יעילותו (Leff, 2009; Cheng, Montalto & Leff, 2009).

יעילות כלכלית

ההגדרות המגוונות והתכניות השונות הקיימות במקומות שונים בארץ ובעולם לאשפוז בית מקשים על ביצוע מחקרים השוואתיים בדבר יעילותם הרפואית והכלכלית. גם על פי ההגדרה שאשפוז בית מחליף אשפוז כללי (או גריאטרי) או אף מונע אותו, יש קושי במחקר השוואתי בשל השקפות שונות על ההוראות הנכונות לאשפוז בבית חולים כללי ומשכו ועל הגדרות המצבים הרפואיים שאשפוז הבית נועד להם. בשל בעייתיות זו חסרים בספרות הרפואית מחקרים מקיפים בדבר היעילות הכלכלית של תכניות לאשפוז בית, ובמיוחד חסרות סקירות המשוות מחקרים שבהם נבחרו החולים לאשפוז בית באופן אקראי לעומת אלה שאושפזו בבתי חולים או שאשפוזם נמנע. באחד המחקרים שפורסמו (Shepperd & Iliffe, 2005) נערכה השוואה בין כל המחקרים בעלי אופי רנדומלי, אך לא עלו ממצאים התומכים ביעילותו של אשפוז הבית והודגש הצורך בהגדרות מדויקות יותר לאשפוז בית, כדי לאפשר עריכת מחקרים שניתן יהיה להשוות בין תוצאותיהם (Leff & Montalto, 2004).

במחקר שבוצע מאוחר יותר (Shepperd, Doll, Angus et al., 2009) נבדקה יעילותו של אשפוז הבית אך ורק בהקשר של מניעת אשפוז בבית חולים כללי והפניית החולים לאשפוז בית. נבדקו עשרה מקרים, בהם נבחרו החולים באופן אקראי. המקרים היו מארצות שבהן המבטח משלם את האשפוז או את תחליפו באשפוז בית: אוסטרליה, ניו-זילנד, בריטניה ואיטליה. הממצאים הראו, לאחר כשישה חודשים של מעקב, ירידה משמעותית סטטיסטית בתמותה אצל חולים שהיו באשפוז בבית לעומת חולים שהיו באשפוז בבית חולים. עוד נמצא במחקר זה, שהייתה גם עלייה קלה, בלתי משמעותית מבחינה סטטיסטית, באשפוז חוזר בבית חולים כללי לאחר שלושה חודשים. ממצאים חשובים נוספים שנמצאו היו: שביעות רצון גדולה יותר של החולים ומשפחותיהם מאשפוז בית, פחות סיבוכים ועלות נמוכה יותר. הגבלת המחקר לאשפוז בית, המוגדר למניעת אשפוז בבית חולים (לעומת קיצור אשפוז קיים או מטרת אחרת), הוא צעד מתודולוגי חשוב במחקר, שאפשר תוצאות מרשימות אלה. למרות זאת, היו הבדלים ניכרים בין המפעלים השונים לאשפוז בית בהקשר של הגדרת המחלות שבהן טופלו המאושפזים בבית, חריפות המחלות, מקורות האשפוז, הרכב הצוותים המטפלים בבית החולים ומספר השעות השבועיות שהוקדשו לכל חולה על ידי הרופא והאחות.

מחקרים שפורסמו לאחרונה באיטליה (Aimonino, Tibaldi, Leff et al., 2008) הראו, כי קיים קשר בין תכיפות ביקורי רופא בבית החולה וביצוע הערכה גריאטרית מקיפה בביתו, לבין הקטנה משמעותית של אשפוזים חוזרים בבתי חולים. גם עבודות שבוצעו להערכת אשפוז בית קצר-טווח בארצות הברית למניעת אשפוז בבית חולים כללי הראו, כי אשפוז בית הוא בר-ביצוע ויעיל מבחינה כלכלית, לחולים היו פחות סיבוכים והם סבלו פחות מדליריום

וכן הייתה שביעות רצון רבה יותר של החולים ומשפחותיהם (Leff, Burton, Mader et al., 2005).

במחקרים שבוצעו בירושלים (Stessman, Hammerman-Rozenberg & Cohen, 1997; Stessman, Ginsberg, Hemmerman-Rozenberg et al., 1996) נמצאה יעילות כלכלית משמעותית לאשפוז בית לעומת אשפוז בבית חולים כללי או בבית חולים גריאטרי. נבדקו אשפוזי בית הן למניעת אשפוזים והן לקיצורם, במסגרת שירות גריאטרי מקיף בירושלים. כמו כן, נמצאה שביעות רצון רבה של החולים ומשפחותיהם מאשפוז בית. במחקרים הללו הדגימה של החולים לאשפוז בית לעומת אשפוז כללי לא הייתה אקראית והיו לכך שיקולים אתיים וציבוריים. הבדיקה הכלכלית נערכה על ידי השוואת שיעורי האשפוז הכללי והאשפוז הגריאטרי לנפש באוכלוסיית הקשישים בירושלים ועלויות האשפוז בשנתיים שקדמו להפעלת אשפוז בית ובשנתיים שלאחר מכן. השוואה זו הראתה, שלאחר הפעלת אשפוז בית חלה ירידה משמעותית בשיעורי האשפוז לנפש ובכלל הוצאות האשפוז בשירותי בריאות כללית לנפש במחוז ירושלים. כמו כן, נערכה השוואה בין שיעורי האשפוז לנפש בקשישים בקופות חולים האחרות בירושלים, שהראו בשנים אלה גידול בשיעורי האשפוז ובהוצאות לאשפוז הכללי והגריאטרי בקבוצת גיל זו.

הוכחה נוספת ליעילות הכלכלית של התכנית לאשפוז בית נתקבלה באקראי בירושלים, כתוצאה מהחלטת הנהלת המחוז של שירותי בריאות כללית, בשנת 2002, לצמצם את מספר החולים באשפוז בית. החלטה זו נתקבלה משיקולים כספיים ופנים-ארגוניים. ההנחה הייתה, כי אשפוז בית היא הוצאה עודפת, אמנם חשובה ורצויה, אך ללא משמעות כלכלית. מתוך ההכרח לצמצם בהוצאות לאיזון התקציב נתקבלה ההחלטה להקטין את מספר החולים באשפוז בית מכ-400 בממוצע ל-150 בממוצע. החולים שוחררו לאחריות רופא המשפחה הקודם בשירותי בריאות כללית, למעט 80 חולים אונקולוגיים סופניים, שקיבלו טיפול פליאטיבי, 80 חולים עם אי-ספיקת לב קשה סימפטומטית בדרגה רביעית של NYHA ו-20 חולים מונשמים חלקית. כן הופסקה קבלת חולים חדשים למסגרת של אשפוז בית. לאחר צמצום אשפוז הבית נערך מעקב קפדני על החולים המשוחררים ממסגרת אשפוז בית ובמקביל נערך מעקב על כלל האשפוזים בבתי חולים כלליים של חברי שירותי בריאות כללית בירושלים וכן לגבי האשפוזים הגריאטריים (גריאטריה תת-חריפה, שיקום, סיעוד מורכב) שבאחריות קופות החולים. תוצאות המעקב (נובמבר 2002 - אוקטובר 2003) הראו עלייה תלולה בהיקף האשפוז הכללי והגריאטרי של חברי קופת חולים כללית בירושלים, שנבעה מחזרה של חלק מהמשוחררים מאשפוז בית לאשפוז כללי או גריאטרי וכן ממניעת אפשרות של קבלת חדשות לאשפוז בית (Jacobs, Cohen, Hammerman-Rozenberg et al., 2007). הוצאות שירותי בריאות כללית בירושלים עלו בהתאם באופן משמעותי. תוצאות "ניסוי" זה שכנעו את הנוגעים בדבר, כי אשפוז בית הוא בעל משמעות כלכלית חיובית,

מעבר להיותו צורת אשפוז בעלת משמעות רפואית ואנושית. מאז חזר ועלה מספר החולים בירושלים המאושפזים באשפוז בית לכ-300 חולים בכל זמן נתון.

מה גורם לאשפוז בית להיות כלכלי?

הסוגים השונים של אשפוז בית, הקיימים במקומות ובערים שונות, וייעודם השונה מקשה, כאמור, על עריכת השוואות מקומיות ובינלאומיות. קיימות תכניות מוצלחות יותר וגם כאלה מוצלחות פחות. כאשר הגדרת אשפוז בית היא אשפוז תחליפי של קשישים לאשפוז כללי או לאשפוז גריאטרי, וכאשר יש הקפדה ובקרה על דרישה זו, ניתן לצפות, כי מסגרת האשפוז בבית תהיה כלכלית. החולה יאושפז בביתו רק כאשר יש בכך משום מניעת אשפוז מיידית או לצורך קיצור אשפוז כזה. אם יש סטייה מעיקרון זה, כלומר, אשפוז בית יהיה תוספת לאשפוזים במסגרות הרגילות ולא תחליף להן, הרי שבכך תגדל ההוצאה לבריאות הקשישים במקום לצמצמה ובמוקדם או במאוחר יבוטל אשפוז הבית.

כדי להשיג בפועל מטרה זו של תחליף לאשפוז כללי, בעיקר במחלקות פנימיות או במסגרות גריאטריות חריפות ותת-חריפות שונות, חייב הגורם המבטח, דהיינו קופת חולים, לקיים מסגרת של בקרה כללית על אשפוז הקשישים. מסגרת ארגונית זו היא המאשרת ומבקרת את אשפוז הקשישים בבתי חולים ומוסדות ולכן בידה להפנות חולה לביתו כתחליף לאשפוז אחר. לכן חשוב שאשפוז הבית יהיה מסוגל לתת פתרונות למספר רב של קטגוריות רפואיות. ניהול אשפוז בית חייב להיות כלכלי גם מבחינת ההוצאות שלו. מטבע הדברים, אשפוז בית ארוך יותר באופן משמעותי מאשפוזים כלליים או גריאטריים, ולכן הוצאות הפעלתו חייבות להיות נמוכות, כדי שעל אף משך הזמן הארוך יותר תהיה עדיפות כלכלית לאשפוז בית.

הצוות הדרוש לאשפוז בית

אשפוז בית תלוי קודם כל בצוות הרפואי והמינהלי האחראי להפעלתו ובעיקר צוות הרופאים, האחיות, הפיזיותרפיסטיות, מרפאות בעיסוק והעובדות הסוציאליות. על חברי הצוות להיות ברמה מקצועית גבוהה, כדי שיוכלו לתת פתרונות רפואיים, סיעודיים ומקצועיים באופן עצמאי בביתו של החולה, ולמעט ככל האפשר בהפניה חוזרת של החולה לאשפוז בבית חולים כללי או גריאטרי. הצוות מורכב בדרך כלל מבעלי מקצוע שלא רק מיומנים בתחומם, אלא יש להם גם התלהבות מאתגר הטיפול בבית ומאהבת הסיוע לקשישים. יש דרכים שונות להרכיב צוות מקצועי אידיאלי שכזה. במפעל אשפוז בית בשירותי בריאות כללית בירושלים קיים צוות גרעיני של ארבעה רופאים קבועים, מומחים ברפואה גריאטרית, לניהול אשפוז בית, לאישור ולפיקוח על האשפוז הגריאטרי הכללי במחוז, וצוות של שש

אחיות בכירות עם ניסיון מוכח בגריאטריה. בנוסף לכך, קיים צוות מצומצם אך קבוע של אנשי מקצוע בתחומי הפיזיותרפיה, ריפוי בעיסוק ועבודה סוציאלית. הטיפול בחולים בבתיים נעשה על ידי רופאים, רובם ככולם מומחים ברפואה פנימית, רפואה גריאטרית, קרדיולוגיה, גסטרואנטרולוגיה, פסיכיאטריה, נירולוגיה, ועוד. הרופאים מטפלים בחולי אשפוז בית בבתיים כתוספת לעבודתם הרגילה, בעיקר בבתי חולים, אך גם במרפאות של קופות חולים. במהלך 20 שנה, שבהן מתקיים אשפוז בית בירושלים, הוכח כי צוות רופאים - שאשפוז בית עבורם הוא תוספת עבודה והכנסה - הוא צוות יציב מאוד ומתמיד. אשפוז בית עבור הרופאים הפך למעין שירות רפואי פרטי (שר"פ) בשעות הנוחות להם והמתואמות עם החולים ובני משפחותיהם.

הרופא חייב לבקר את החולה לפחות שש פעמים בחודש ובמידת הצורך יותר, ככל הנדרש. כל ביקור וכל פעולה רפואית מתועדים בתיק החולה הנמצא בבית החולה. לרישומים אלה משמעות רפואית, כמו רישום בתיק חולה המאושפז בבית חולים או המבקר במרפאה. תיקי החולים דומים לתיקי חולים בבתי חולים. פעם בחודש או בחודשיים מתקיים ביקור בקרה על הטיפול בחולה על ידי רופא בקר, מומחה ברפואה גריאטרית או פנימית. ביקור הבקרה נעשה במשותף עם הרופא המטפל או בלעדיו, וגם ביקור זה נרשם בתיק החולה. אחות מתוך צוות האחיות הבכירות עורכת, לפי סדר מסוים, ביקור ראשוני, מיד עם אשפוז החולה בביתו, כדי לקבוע את צרכיו הסיעודיים ואם יש צורך בטיפולים מקצועיים אחרים. על פי קביעתה, מוצמדת לחולה אחות מוסמכת, שתפקידה לטפל בבית בבעיות סיעודיות שונות של החולה, כולל פצעים, בעיות בדרכי השתן, הדרכות בענייני טיפול תרופתי, סיעוד חולים במצבי אי-ספיקת לב, כולל מעקב תזונתי וטיפול דיורטי. חלק מהאחיות סועדות את החולים במחלות קשות, המקבלים טיפול פליאטיבי סופני. האחיות עוסקות גם בהערכת סימפטומים וכאב, במניעת פצעי לחץ ובשעת הצורך בטיפול בהם, וגם בהדרכות למשפחות החולים בביתם. בבית החולה ניתנים, על פי הצורך, גם טיפולי פיזיותרפיה, בעיקר לחולים הזקוקים להמשך שיקום לאחר אירועים מוחיים ושברים, וכן ייעוץ בריפוי בעיסוק, כולל התאמת הבית לתפקוד החולה. על פי הצורך, מצטרפת לטיפול עובדת סוציאלית. הצוות הקבוע מקיים ישיבת צוות שבועית, שבה חברי הצוות סוקרים את האירועים החשובים שאירעו במהלך השבוע החולף, מציגים חולים עם בעיות מיוחדות ודנים בבעיות המשותפות לחברי הצוות הסיעודי והרפואי. היות והפעלה מוצלחת של אשפוז בית תלויה גם, ובעיקר, ב"פרטים הקטנים", מצורף לפרק זה מסמך "אמות מידה ונוהלי אשפוז בית" של שירותי בריאות כללית במחוז ירושלים. מסמך זה מפרט את עיקרי הדרכים והנהלים לאשפוז בית, שבלעדיהם לא ניתן לקיים אשפוז בית מוצלח מבחינה רפואית, סיעודית וכלכלית.

אשפוז בית בירושלים

מפעל זה תואר לראשונה בספרות המקצועית ב-1995 (Stessman et al., 1995) ובהמשך ב-2002 וב-2006 (Jacobs, et al., 2006; Maaravi, Cohen, Hammerman-Rozenberg et al., 2002). התיאור המקורי של אשפוז בית שנכתב בשנה הרביעית להפעלתו, נשאר נכון וכמעט ללא שינויים גם בשנתו ה-20 של מפעל מוצלח זה, וכך מתואר אשפוז בית:

תושבי המדינה שגילם 65 ויותר מהווים כיום כ-10% מכלל האוכלוסייה בארץ...

העלייה בשיעור הקשישים, שחלה בשנים האחרונות, מביאה להגדלה בתצרוכת שירותי הבריאות, כיוון שלקשישים יותר מחלות - חריפות וכתוצאה מכך - מהמוצע הכללי באוכלוסייה. הם צורכים יותר ביקורי רופאים ותרופות ויותר אשפוזים מהמוצע הכללי באוכלוסייה גם אורך האשפוז הממוצע גדל עם הגיל.

האשפוזים המרובים של הקשישים נובעים בעיקר מאופי התחלואה. הם סובלים בדרך כלל ממספר מחלות חריפות בו-זמנית, מהתלקחות תכופה ומהחמרה של מחלות כרוניות, משינויים קוגניטיביים ומירידה תפקודית כתוצאה מבעיות בריאות חריפות. העומס הנוצר במחלקות בתי החולים ובחדרי המיון, במיוחד בחודשי החורף בשל תחלואת הקשישים המרובה, מהווה בעיה תפקודית לבתי החולים ולצוותים המטפלים מצד אחד, ונטל כספי כבד על המוסדות המאשפזים, תוך עלייה מתמדת בהוצאה הלאומית לבריאות, מצד שני. תוצאות אשפוז יכולות להיות מסוכנות לקשישים. לעתים תכופות מסתבך הטיפול בבית החולים בדליריום, בדיכאון או בתגובות לוואי לתרופות. אין זה נדיר לראות, למשל, החלמה מזיהום בדרכי השתן או מאלח דם תוך כדי איבוד היכולת התפקודית העצמאית.

מתוך הנחה שניתן לטפל בחלק מהמחלות החריפות ובבעיות תפקודיות האופייניות לקשישים במסגרת הבית, תוך כדי ייעול השירות הרפואי וחיסכון בהוצאות, הוקמה ב-1991 היחידה לאשפוז בית במסגרת המכון הקהילתי לרפואה גריאטרית של קופת חולים הכללית בירושלים. תפקידה המוגדר של היחידה הוא למנוע במידת האפשר אשפוזים חריפים ותת-חריפים של קשישים או לקצרם, ולתת שירותי אשפוז בבית החולה תמורתם.

קופת חולים הכללית מבטחת כ-60% מכלל תושבי מחוז ירושלים וכ-80% מכלל הקשישים בני 65+ במחוז, ולכן אחראית על רוב האשפוז הכללי, על האשפוז בגריאטריה חריפה ותת-חריפה, שיקום וסיעוד מורכבים.

המטרה הבסיסית של התכנית לאשפוז בית הייתה, כאמור, לקצר או למנוע אשפוז קשישים בבית חולים. החולים נתקבלו לתכנית לאשפוז בית מבתי החולים הכלליים תוך קיצור תהליך האשפוז, בשיתוף פעולה בין צוותי בתי החולים עם צוותי המכון לרפואה גריאטרית, שערכו ביקורים סדירים במחלקות בתי החולים ובחדרי המיון, ובחרו את החולים

המתאימים לאשפוז בית. חולים מהקהילה הופנו לתכנית אשפוז בית בדרך כלל על ידי רופא המשפחה כדי למנוע אשפוז.

התאמת החולה לאשפוז בית נקבעה בהתאם לקריטריונים הבאים:

1. לחולה מחלה חריפה או בעיה רפואית תת-חריפה אשר ללא אשפוז בית תחייב אשפוז כללי או אשפוז גריאטרי חריף/תת-חריף.
2. הסכמת החולה ומשפחתו.
3. יש לחולה תמיכה ביתית או משפחתית מתאימה (לעתים תוך תוספת מטפלת בית [מט"ב] מטעם קופת חולים או ביטוח לאומי).
4. מגורים במחוז ירושלים.
5. חברות בקופת חולים כללית.

חולים, אשר למחלתם נדרשה תשומת לב רפואית אינטנסיבית ומתמדת, או בדיקות מעבדה תכופות, או שימוש בטכניקות מעבדה הקיימות רק בבתי חולים, לא נתקבלו לתכנית והופנו לאשפוז בבתי חולים כלליים או גריאטריים. התכנית לאשפוז בית לא תוכננה ולא הופעלה כתחליף לאשפוז סיעודי כרוני. כמו כן, לא באה התכנית להחליף את הטיפול בקשישים הסובלים מבעיות כרוניות והנמצאים באחריותו של רופא המשפחה.

נקבעו שלושה סוגים של אשפוז בית:

1. טיפול לבעיות אופייניות לרפואה פנימית או גריאטרית חריפה/תת-חריפה.
2. טיפול תומך למחלות אונקולוגיות סופניות.
3. שיקום בית.

תיאור התכנית

1. בחירת החולים

החולים התקבלו לאשפוז בית מבתי החולים הכלליים, תוך קיצור תקופת אשפוזם, או על פי בקשת רופא משפחה, כדי למנוע אשפוז כללי או גריאטרי. החולים, שהתקבלו מבתי החולים הכלליים, נבחרו בהסכמה בין רופאי המחלקה שבה אושפז החולה (בעיקר פנימית, אונקולוגיה, אורטופדיה ונירולוגיה) לבין צוות המכון לרפואה גריאטרית של קופת חולים הכללית, שכלל רופא ו/או אחות ממוקדי הבקרה, ובהסכמת החולה ומשפחתו. המטרה הייתה לקצר אשפוז בבית החולים הכללי, תוך מתן שירות של אשפוז בית לתקופה ראשונית של חודש ימים. רופא גריאטרי בכיר מצוות היחידה לאשפוז בית קובע מי הרופא שיטפל

בחולה בביתו מתוך רשימת הרופאים המבצעים אשפוז בית. אחות בכירה מהצוות, יחד עם הרופא, קובעת את מידת הצורך בטיפול סיעודי וממנה את האחות האחראית לטיפול זה בבית החולה. כ-50% מהחולים באשפוז בית התקבלו לתכנית ישירות מרופאי הקהילה של קופת חולים הכללית וזאת כתחליף לאשפוז ודאי או צפוי בבית חולים. כל חולה מהקהילה נבדק על ידי צוות של רופא גריאטרי בכיר ואחות מוסמכת מהיחידה לאשפוז בית, כדי לבדוק התאמתו לתכנית. לחולים הוסבר, כי התכנית לאשפוז בית היא תכנית טיפול בבית מהסכמה וברצון החולה, הרשאי להפסיקה בכל עת וללא הסבר ולהמירה באשפוז כללי או גריאטרי כנדרש.

2. ארגון אשפוז בית

אשפוז בית מתחיל תוך פחות מ-24 שעות מבקשת רופא המשפחה או מזמן שחרור החולה מאשפוז. התהליך מתחיל בביקור ראשון בבית החולה של הרופא והאחות שמונו לטפל בו. הרופא המטפל והאחות עורכים קבלה מקיפה, הכוללת את תולדות המחלה, מחלות עבר ומשפחה, הרגלים, מצב סוציאלי ומשפחתי ותשומת לב מיוחדת לתרופות ורגישות להן, תזונה ותמיכה נדרשת. כמו כן, נערכת בדיקה פיסיקלית מקיפה תוך תשומת לב לבעיות הפעילות המצריכות אשפוז בית. במהלך האשפוז נערכת גם בדיקה קוגניטיבית ובדיקה תפקודית על ידי האחות האחראית. כל המידע נרשם בתיק אשפוז הבית של החולה, הנשאר בביתו. בתיק שני חלקים, רפואי וסיעודי. במהלך האשפוז נרשם בתיק מהלך המחלה, פקודות הרופא לאחות, תוצאות בדיקות מעבדה, ביצוע פקודות על ידי האחות, גיליון סימנים חיוניים, גיליון תרופות וכדומה.

3. הצוות המטפל

הצוות כולל רופא מטפל ורופא בכיר אחראי, אחות כנדרש ובמידת הצורך פיסיותרפיסטית, מרפאה בעיסוק או עובדת סוציאלית. עבודתם של כל הרופאים המעורבים בתכנית לאשפוז בית היא נוספת על משרתם ברפואה קהילתית או בבית חולים. הרופא המטפל יכול להיות גם רופא המשפחה הקבוע, אם הוא מעוניין ומסוגל לכך, ובתור שכזה יש לו עדיפות על פני רופא אחר. הרופא המטפל חייב לקיים לפחות שישה ביקורי בית אצל החולה במשך החודש ועל פי הצורך גם ביקור כל יום. כמו כן, רשאי החולה להתקשר עם רופאו בטלפון או באמצעות מכשיר זימון בכל שעה משעות היממה. פעם אחת בחודש מתקיים ביקור משותף לרופא המטפל ולרופא הבכיר האחראי, המחליטים יחד על המשך אשפוז בית או על הפסקתו על פי הצורך הרפואי. קיימת מערכת ייעוץ מקצועית של רופאים מומחים

בקרדיולוגיה, אונקולוגיה וטיפול תומך, ראומטולוגיה, עור, פסיכיאטריה, נירולוגיה, אורולוגיה וכירורגיה פלסטית. הייעוץ ניתן בבית החולה על פי הזמנת הרופא המטפל.

האחות מבקרת בבית החולה על פי צורכי החולה, הנקבעים בהסכמה בינה לבין הרופא המטפל. האחות היא בדרך כלל אחות אחראית ממרפאה קהילתית, רצוי ממקום מגורי החולה, אך יכולה להיות גם אחות מנוסה ממערכת האשפוז. על האחות לבצע לפחות 12 ביקורים לחודש בבית החולה. בהתאם לצורך הקליני ניתן להגיע לביקור אחות כל יום ולעתים עד מספר ביקורים ביממה. החולה רשאי להתקשר לאחות בטלפון בכל עת. מתפקידי האחות לוודא ביצוע פקודות הרופא לטיפול בתרופות, השגחה על עירוי נזלים ותרופות אנטיביוטיות, טיפול בצנתרים, בחבישות והחלפתן, בפצעי לחץ ובמניעתם, לוודא ולבצע מדידות סימנים חיוניים על פי פקודות הרופא, לקיחת בדיקת דם ושתן לסוגיהן.

בהתאם לאבחנה ולצורכי החולה, תבקר פיסיותרפיסטית או מרפאה בעיסוק להערכה ולטיפול מקצועי בביתו של החולה, בעיקר לחולים בשיקום בית - לאחר אירועים מוחיים עם נזק תפקודי קל, ולחולים לאחר ניתוחים - בעיקר אורתופדיים. המרפאה בעיסוק מבקרת בתחילת האשפוז בבית כל חולה כדי לבדוק את מידת התאמת הבית לצורכי החולה ולהציע שינויים ושיפורים בבית כנדרש ממצבו. עובדת סוציאלית נדרשת לסיוע מקצועי לחולה ולמשפחתו, בעיקר לחולים סופניים.

4. סיום אשפוז הבית

אשפוז הבית מסתיים בתום התקופה שנקצבה לו - חודש ימים בדרך כלל, אלא אם כן הוארכה תקופת האשפוז מסיבות רפואיות או סיעודיות לתקופה קצובה נוספת, בדרך כלל לחודש נוסף. אשפוז בית יכול להסתיים גם שלא בעתו, בשל רצון החולה, או על פי החלטת הרופא המטפל לאשפוז את החולה בבית חולים כללי בשל החמרת מחלתו או סיבוכים שלא ניתן לטפל בהם בבית, או בשל פטירתו.

בכל אחד ממקרי סיום אשפוז הבית כותב הרופא המטפל סיכום מחלה קצר הנמסר לחולה, נשלח לרופא המשפחה, והעתק נוסף נשאר בתיק החולה, המתויק במשרד אשפוז בית. כ-10 ימים לאחר סיום האשפוז בבית נשלחו שאלונים להערכת שביעות רצון של החולה או משפחתו מהטיפול הרפואי, הסיעודי והפרה-רפואי שקיבלו בבית.

5. צוות היחידה לאשפוז בית

בראש היחידה עומד רופא המנהל את מפעל אשפוז הבית. מסייעים לו שני רופאים נוספים - האחד עובר בכל בתי החולים בעיר ומבצע הערכה להתאמת החולים לאשפוז בית, השני

- מבצע הערכה לחולים בבתייהם כאשר הפנייה באה מהקהילה. לרופאי היחידה מומחיות ברפואה פנימית וברפואה גריאטרית והם עובדים באשפוז בית במשרה חלקית.

בצוות היחידה שש אחיות מוסמכות במשרה מלאה - שתיים מתוכן לתחום הטיפול התומך, וארבע אחיות מחלקות ביניהן את העיר לפי אזורים, ואת מוקדי הבקרה בבתי החולים הכלליים. בנוסף לכך, יש ביחידה שתי מרפאות בעיסוק, שלוש פיזיותרפיסטיות, שלוש עובדות סוציאליות ושתי מזכירות. חברי צוות היחידה לאשפוז בית אחראים, כל אחד בתחומו, על הצוותים המטפלים: רופאים, אחיות, פיזיותרפיסטיות ומרפאות בעיסוק, המטפלים בחולים בביתם.

הצוות מקיים ישיבת צוות שבועית לדיון בבעיות רפואיות, סיעודיות או פרה-רפואיות שהתעוררו בשבוע החולף או להצגת מקרים נבחרים. תת-צוות לטיפול בחולים אונקולוגיים סופניים מתכנס פעם בשבוע לדיון בבעיות המיוחדות האופייניות לחולים אלה ולמשפחותיהם.

תוצאות

בשלוש השנים הראשונות נתקבלו לתכנית אשפוז הבית 1,596 חולים מהם 695 גברים ו-901 נשים. הגיל הממוצע של החולים היה 75, החולה הצעיר ביותר היה בן 13 והקשיש מכולם בן 95. כמחצית מהחולים נתקבלו לתכנית על פי פניית רופא המשפחה כדי למנוע אשפוז בבית חולים כללי, והמחצית השנייה הופנתה לאשפוז בית על ידי רופאי המכון לרפואה גריאטרית, לפי פניית רופאי בתי החולים הכלליים תוך כדי קיצור האשפוז בבית החולים.

הסיבות הרפואיות לאשפוז בית היו: מחלות לב, בעיקר מחלת לב איסכמית ואי-ספיקת הלב (47%); מחלות ריאה, בעיקר מחלות חסימתיות כרוניות עם חרפה וכן דלקת הריאות היו הסיבה השנייה בשכיחותה (34%). מחלות ממאירות בשלב סופני היוו חמישית מכלל הקבלות ל"אשפוז בית". חולים עם מחלות מערכת העצבים המרכזית, בעיקר חולים סיעודיים מורכבים לאחר אירוע מוחי היו כ-14% מהאשפוזים בבית. יצוין, כי לחלק מהחולים היו שתיים או שלש אבחנות רפואיות כסיבה לאשפוז בית. רק 7% מהחולים נתקבלו לשיקום בית מקיף, דהיינו טיפול על ידי רופא, אחות, פיזיותרפיסטית ומרפאה בעיסוק. בנוסף לכך, היו מאות חולים שקיבלו טיפול בפיזיותרפיה ו/או ריפוי בעיסוק בבית לאחר אירועים מוחיים לסוגיהם ושברים, בעיקר שברי צוואר הירך, אך הם לא נזקקו לרופא ואחות במסגרת אשפוז בית ולא נמנו כאן.

טבלה מספר 1:

סיבות רפואיות לקבלה לאשפוז בית ⁽¹⁾	(מס' חולים: 1,596)
מחלות לב	47%
מחלות ריאה	34%
מחלות ממאירות סופניות	20%
מערכת עצבים מרכזית (כולל אירועים מוחיים)	14%
סכרת	10%
מחלות עור ופצעי לחץ	8%
שיקום בית	7%
יתר לחץ דם	6%
אחרים	9%

(1) לחולים רבים הייתה יותר מסיבה אחת לקבלתם לאשפוז בית.

אורך אשפוז בית קצר-טווח ממוצע היה 35 יום (80.1% מהחולים). חולים סיעודיים מורכבים אושפזו בבית בממוצע 144 יום (19.9% מהחולים). אורכו של אשפוז בית ממוצע לכלל החולים היה 56 יום. כל החולים צברו יחד כ-90,000 ימי אשפוז בית. החולים טופלו על ידי 88 רופאים, רובם מומחים ברפואה פנימית ותת-מקצועותיה, מבתי החולים הכלליים בירושלים וכן רופאי משפחה מומחים ממרפאות הקהילה של קופת חולים. כל רופא טיפל בממוצע ב-18 חולים. הטיפול הסיעודי ניתן על ידי 77 אחיות, כולן ממרפאות הקהילה של קופת חולים הכללית בירושלים. אחות טיפלה בממוצע ב-10 חולים. ההפרש נובע מכך, שהיו חולים שלא נזקקו לטיפול סיעודי מאחות. לפי הצורך ניתנו לחולים גם טיפולים אישיים על ידי מטפלות בית (מט"ב) לשתיים עד שלוש שעות ביממה לחודש ימים, עד לקבלת שירות זה מהביטוח הלאומי על פי חוק ביטוח סיעוד.

סיום אשפוז הבית ושחרור החולה תוכנן במשותף על ידי הרופא המטפל והרופא הבכיר עם השיפור במצב החולה. 62% מהחולים שוחררו להמשך מעקב רופא המשפחה במרפאת קופת חולים, מהם 36% למעקב במרפאה ו-26% למעקב רופא המשפחה בבית החולה, בעיקר לחולים מרותקים וחולים שסבלו ממגבלות תפקודיות קשות. 17% הועברו למסגרת מניעת אשפוז על ידי הרופא שביצע את אשפוז הבית (טבלה 2).

טבלה מספר 2:

סיום האשפוז בבית

36%	מעקב רופא משפחה במרפאה (ניידים)
26%	מעקב רופא משפחה בבית החולה (מרותקים)
17%	תכנית מניעת אשפוז
17%	אשפוז בבית חולים
2%	אשפוז סיעודי
0.7%	יציאה מהמחוז
9.4%	נפטרו בבית (בעיקר חולים סופניים)
10.6%	נפטרו בבית חולים (בעיקר חולים סופניים)

מתוך 1,596 חולים שנתקבלו לאשפוז בית 327 חולים (20.5%) אושפזו בבית חולים כללי ב-402 אשפוזים במהלך או בתום האשפוז בבית בשל החמרת מחלתם או בשל רצונם, דהיינו 0.25 אשפוזים בממוצע לחולה באשפוז בית. 395 חולים נפטרו במהלך האשפוז בבית, כמחציתם בביתם והשאר הועברו לאשפוז על פי בקשת משפחתם או החלטת הרופא המטפל, מתוכם 217 חולים במחלות ממאירות סופניות. שאר החולים שנפטרו, בעיקר סיעודיים מורכבים, סבלו ממחלות קשות אחרות.

שביעות הרצון של החולים ומשפחותיהם מהטיפול בכללו הייתה גבוהה. על פי השאלון שנשלח בתום אשפוז הבית להערכת שביעות הרצון של החולים ומשפחותיהם התברר, כי 71% מהנשאלים ציינו את הטיפול הרפואי כטוב מאוד ועוד 25% כתבו שהטיפול היה טוב. ציון טוב מאוד או טוב ניתן על ידי 93% מהנשאלים ביחס להיענות הרופא לקריאות, ו-92% לתכיפות ביקורי הבית של הרופא. 95% הביעו שביעות רצון לגבי משך הזמן שהוקדש לביקור על ידי הרופא; 96% הביעו שביעות רצון באשר להסברים על השימוש בתרופות.

שביעות הרצון מהטיפול הסיעודי שניתן על ידי האחיות הייתה גבוהה לא פחות. 73.7% דיווחו כי הטיפול הרפואי היה טוב מאוד, 22.2% נוספים העריכו את הטיפול כטוב. 93.2% העריכו את היענות האחיות לקריאות כטובה מאוד או טובה, 90.3% היו מרוצים מתדירות הביקורים, 91.4% הביעו שביעות רצון גבוהה מההסברים שניתנו להם על ידי האחיות לגבי התרופות ואופן לקיחתן, ו-95.3% ציינו את יחס האחיות כטוב מאוד.

הטיפול שניתן על ידי פיזיותרפיסטיות ומרפאות בעיסוק הוערך על ידי כ-90.5% ו-84.2% בהתאמה כטוב מאוד. לעומת זאת, רק 75.4% ו-66.6% העניקו ציון טוב מאוד או

טוב לתדירות הביקורים. 88.9% ו-86.7% מהחולים דרגו את היחס של הפיזיותרפיסטית או המרפאה בעיסוק כטוב מאוד או טוב בהתאמה.

76.8% ציינו כטוב מאוד או טוב את מידת התמיכה והעזרה בפתרון בעיות על ידי העובדת הסוציאלית (יש לציין כי עובדת סוציאלית הגיעה לבקר אצל חולה באשפוז בית רק במקרים הקשים ביותר).

דברים אלה, שנכתבו בשנת 1995, נשאו נכונים, כמעט ללא שינוי, גם כעבור 15 שנה והם מיסודות הצלחתו של מפעל אשפוז בית.

אשפוז בית לאחר כ-20 שנה - 2010

שנים רבות של הפעלת אשפוז בית בירושלים הפכו מפעל זה למקצועי מאוד ובעל ניסיון. הדפוסים והנהלים להפעלת אשפוז בית, כפי שנקבעו בתחילת הפעלתו, לא השתנו כמעט עם הזמן והוכחו כיעילים עד היום. מה בכל זאת השתנה עם הזמן? סוגי החולים באשפוז בית ב-2010 הם כדלהלן:

- רפואה גריאטרית חריפה ותת-חריפה;
- איזון וטיפול תומך באי-ספיקת לב קשה;
- טיפול תומך במחלות אונקולוגיות סופניות;
- סיעוד מורכב;
- הנשמה כרונית של חולים במכונת הנשמה;
- שיקום גריאטרי - במקרים מיוחדים.

השינויים בסוגי החולים חלו בהדרגה. נמצא, שחולים הזקוקים לשיקום לא אינטנסיבי, שאינו דורש אשפוז; חולים לאחר אירועים מוחיים עם שיתוקים ובעיות נוירולוגיות קלות; חולים לאחר ניתוחי שברי צוואר הירך, שעברו ניתוחים מוצלחים ותפקודם טוב; חולים לאחר אשפוזים פנימיים ממושכים, הזקוקים לתמיכה בחזרה לתפקוד; חולים ללא סיבוכים או קשיים מיוחדים, כל אלה יכולים לעתים להסתפק בטיפול פיזיותרפי בביתם ולעתים גם בריפוי בעיסוק, ובדרך כלל אף אינם זקוקים לרופא ו/או אחות במסגרת אשפוז בית. למעט מקרים חריגים של תחלואה נוספת מעבר לצורכי השיקום יכולים חולים אלה להיכלל במסגרת של אשפוז בית.

השיפורים העצומים שחלו ב-20 השנים האחרונות בטיפול בחולי לב ופיתוח צינטורים ותרופות חדשות עבורם הביאו להארכת תוחלת חייהם באופן משמעותי, אך הביאו גם לתוספת משמעותית של חולים כרוניים הסובלים מאי-ספיקת הלב. אי-ספיקת הלב, שאינה ניתנת לאיזון טוב במסגרת טיפול מרפאתי, זקוקה לטיפול מקצועי במרפאות קרדיולוגיות,

אולם כאשר בנוסף ללב הכושל יש לחולים גם בעיות תפקוד קשות, נמצא כי אשפוז בית היא מסגרת טיפולית הולמת. אשפוז בית לחולי אי-ספיקת הלב הוא ממושך יחסית, אולם מקטין אשפוזים חוזרים וצריכת ימי אשפוז. לכן הוקמה מסגרת של אשפוז בית לאיזון וטיפול תומך באי-ספיקת הלב.

בשנים האחרונות חלה התקדמות רבה בפיתוח ובשכלול הטכנולוגיות להחייאת חולים ולהנשמה כרונית במסגרת בתי חולים כלליים ובתי חולים גריאטריים, בחולים שמחלתם ונכותם יציבה. אשפוז בית בירושלים לקח, כאתגר, טיפול בהנשמה כרונית בבית כתחליף לטיפול זה במסגרת אשפוזית. נמצא, כי אין קושי מיוחד במתן טיפול זה במסגרת ביתית, כאשר ניתן סיעוד בהיקף מספיק. חולים רבים נקלטו במסגרת זו ושירותי בריאות כללית מימנו לחולים מטפלות סיעודיות בכמות נוספת על זו הניתנת על ידי המוסד לביטוח לאומי, במסגרת שירותים מיוחדים לנכים או על פי חוק ביטוח סיעוד. עם רכישת ניסיון באשפוז בית לחולים מונשמים, הגיע מספר החולים הכרוניים המונשמים במכונה בביתם ליותר מ-30 בוזמנית, ורובם יציבים מבחינה רפואית. בנוסף לטיפול הרפואי והסיעודי הרגיל הם נזקקו גם לטכנאי נשימה מנוסים.

אשפוז בית לא נועד מתחילתו לטיפול סיעודי כרוני, אלא, כאמור, למניעת אשפוז או קיצורו במסגרת בתי חולים כלליים. לקופת החולים אין אחריות על האשפוז הסיעודי הכרוני (הנמצא באחריות משרד הבריאות), אלא רק על אשפוז חולים סיעודיים מורכבים. התפתחות אשפוז הבית הביאה לכך, שחולים שנקלטו למסגרת זו כחולים פנימיים פעילים או גריאטריים תת-חריפים הפכו, לעתים, תוך כדי אשפוז בית לחולים המתאימים להגדרת סיעוד מורכב. משפחות רבות ביקשו להמשיך אשפוז בית ליקיריהם כתחליף לאשפוז בבית חולים גריאטרי, וכך הוקמה מסגרת זו. מסגרת סיעוד מורכב כוללת חולים במצבים סיעודיים מקובלים (ניורולוגיים, נכויות אורטופדיות), שיש להם גם בעיות רפואיות פעילות, המקובלות במסגרת סיעוד מורכב (צורך בהנשמה, חלקית או מלאה, דיאליזה, מחלות פנימיות קשות ופעילות, ממאירות פעילה, פצעי לחץ קשים וכדומה). מסגרת סיעוד מורכב נוספה למסגרת הנפרדת והוותיקה של אשפוז בית לחולים אונקולוגיים סופניים, שבה הוחל מיד עם תחילת התכנית לאשפוז בית ובמהלך השנים לא חלו בה שינויים משמעותיים.

הגורמים להצלחת אשפוז הבית ולהתמדתו

הצלחת אשפוז הבית בירושלים והתמדתו נובעת, כך נראה, משביעות רצון של הלקוחות והמטפלים מחד גיסא ושל המממן, מאידך גיסא. וביתר פירוט, הגורמים להצלחתו של שירות זה הם:

החולים ובני משפחותיהם מביעים את שביעות רצונם מהטיפול ומהשירות הן במכתבים והן בתשובה לשאלונים, אך בעיקר בהתמדתם בקבלת השירות ובסירובם להפסקתו, גם כשאין כבר סיבה רפואית או סיעודית להמשיך בו. אשפוז הבית תלוי ברצונם הטוב של החולה ומשפחתו, וזכותם להפסיקו בכל עת ולקבל במקומו אשפוז בבית חולים כללי או גריאטרי לפי אופי המחלה. לאחר 20 שנות הפעלת השירות ולאחר טיפול ביותר מ-20 אלף חולים, ניתן לציין, כי לא היו הפסקות יזומות של אשפוז בית על ידי החולים ומשפחותיהם, למרות העול הכבד שאשפוז החולה בביתו מטיל על בני ביתו ועל סדר התנהלותו של משק הבית.

צוות אשפוז בית מורכב, כאמור, מרופאים מטפלים, מיועצים מקצועיים ומרופאים בקרים, מאחיות מטפלות ממרפאות קופת חולים, מאחיות בכירות מפקחות, מצוותי פיזיותרפיה, ריפוי בעיסוק, מעובדות סוציאליות ומנהליות.

למעט הצוות המקצועי הקבוע והמצומצם של אשפוז בית, שהם עובדים של שירותי בריאות כללית, לכלל הרופאים והאחיות אשפוז בית הוא בגדר עבודה והכנסה נוספת על עבודתם הקבועה בבתי חולים ובמרפאות. לעשרות הרופאים והאחיות, המטפלים בחולים הנמצאים באשפוז בית, יש עניין מקצועי וכלכלי להתמיד בשירות. לכן גם התחלופה בקרב הצוות המקצועי נמוכה ואין כל קושי לגייס את מיטב הרופאים לעבודה זו. כל הרופאים הם מומחים, בעיקר ברפואה פנימית, ברפואה גריאטרית, ברפואת משפחה ובתת המקצועות הפנימיים. לרופאים המטפלים יש מעמד ואחריות בטיפול בחולים, אך לא בהחלטה מי יאושפז בביתו. בנוגע לשחרור החולה, מתחשבים בדעת הרופא המטפל, אך ההחלטה הסופית נקבעת על ידי מנהל אשפוז הבית וצוותו המקצועי. לרופא המטפל לא אמורה להיות סיבה כלכלית להתנגד לשחרור חולה מסוים מאשפוז בית, כיוון שתמיד יקבל לאחריותו חולה או חולים אחרים. אשפוז בית הפך לא רק למקום טיפול מעולה בחולים, אלא גם למוקד הדרכה לרופאים בהתמחותם ברפואה גריאטרית ולהדרכת סטודנטים בקורס לגריאטריה בבית הספר לרפואה, וגם הם, כמו הרופאים, רואים כיום בתכנית זו מסגרת טבעית ומקובלת לטיפול בחולים קשישים ובמקום הראוי ביותר - בביתם.

הגורם המממן, קרי, הנהלת המחוז של שירותי בריאות כללית, מביע את שביעות רצונו, לאחר שנמצא כי השירות תורם לא רק לשביעות הרצון של הלקוחות, אלא ובעיקר יש לו הצדקה כלכלית.

ומדוע תם הוויכוח הכלכלי לגבי כדאיותו? מכיוון שסוגי החולים הנכללים במסגרתו הם כאלה שהוכח לגביהם הצורך באשפוזים רבים וחוזרים (קשישים החולים במחלות קשות, חולים באי-ספיקת לב, חולים סופניים), וכן חולים שהתחליף לאשפוז הבית שלהם הוא אשפוז קבוע (חולים סיעודיים מורכבים וחולים המונשמים במכונה באופן קבוע). משום כך, אשפוז בית במתכונתו הקיימת כדאי גם מבחינה כלכלית.

גורם נוסף בעל חשיבות רבה להצלחת אשפוז בית הוא ההקפדה על הנהלים של אשפוז בית, הן הנהלים הרפואיים והסיעודיים והן הנהלים המנהליים. נהלים אלה (ראה נספח) כמעט שאינם משתנים עם הזמן, מגדירים בבירור כיצד נבחרים החולים לאשפוז בית, כיצד ומי מטפל בהם וכיצד משחררים אותם, וכן מוגדרים הכללים המנהליים והכספיים.

לסיום, לאחר כשני עשורים שבהם הוכחה הצלחתו של מפעל זה ראוי לשקול את אימוצו לתוך סל השירותים הרפואיים והחברתיים המוענקים לחולים במסגרת חוק בריאות ממלכת.

מקורות

שטסמן, י., מערבי, י., פרידמן, ר. וחב' (1995). תכנית אשפוז בית: רעיון, ארגון ותוצאות. *גרונטולוגיה* 71: 32-42.

Aimonino, N., Tibaldi, V., Leff, B., Scarafiotti, C., Marinello, R., Zanocchi, M. & Molaschi, M. (2008). Substitutive "hospital at home" versus inpatient care for elderly patients with exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease: A prospective randomized, controlled trial. *Journal of the American Geriatric Society*, 56(3): 493-500.

Cheng, J., Montalto, M. & Leff, B. (2009). Hospital at home. *Clinical Geriatric Medicine*, 25(1): 79-91.

Davies, L., Wilkinson, M., Bonner, S., Calverley, P.M. & Angus, R.M. (2000). Hospital at home versus hospital care in patients with exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease: Prospective randomized controlled trial. *British Medical Journal*, 321: 1265-1268.

Hernandez, C., Casas, A., Escarrabill, J., Alonso, J., Puig-Junoy, J., Farrero, E., Vilagut, G., Collvinent, B., Rodriguez-Roisin, R. & Roca, J. (2003). CHRONIC Project, Home hospitalization of exacerbated chronic obstructive pulmonary disease patients. *European Respiratory Journal*, 21: 58-67.

Jacobs, J.M., Cohen, A., Rozengarten, O., Meiller, L., Azoulay, D., Hammerman-Rozenberg, R. & Stessman, J. (2007). Closure of a home hospital program: Impact on hospitalization rates. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 45(2): 179-89.

Jacobs, J.M., Hammerman-Rozenberg, R. & Stessman, J. (2006). Home hospitalization: 15 years of experience. *Annals of Internal Medicine*, 21: 144(6): 456.

Jester, R. & Hicks, C. (2003). Using cost-effectiveness analysis to compare hospital at home in-patient interventions. *Journal of Clinical Nursing*, 12: 13-19.

Leff, B. (2009). Defining and disseminating the hospital-at-home model. *CMAJ*, 180(2): 156-157.

Leff, B. & Montalto, M. (2004). Home hospital-toward a tighter definition. *Journal of the American Geriatric Society*, 52(12): 2141.

- Leff, B., Burton, L., Mader, S.L., Naughton, B., Burl, J., Inouye, S.K., Greenough, W.B., Guido, S., Langston, C., Frick, K.D., Steinwachs, D. & Burton, J.R. (2005). Hospital at home: Feasibility and outcomes of a program to provide hospital-level care at home for acutely ill older patients. *Annals of Internal Medicine*, 143(11): 798-808.
- Levine, M.N., Gent, M., Hirsh, J., Leclerc, J., Anderson, D., Weitz, J., Ginsberg, J., Turpie, A.G., Demers, C. & Kova'cs, M. (1996). A comparison of low-molecular-weight heparin administered primarily at home with unfractionated heparin administered in the hospital for proximal deep-vein thrombosis. *New England Journal of Medicine*, 334(11): 677-81.
- Maaravi, Y., Cohen, A., Hammerman-Rozenberg, R. & Stessman, J. (2002). Home hospitalization. *The Journal of American Directors Association*, 3(2): 114-8.
- Ram, F.S., Wedzicha, J.A., Wright, J. & Greenstone, M. (2003). Hospital at home for acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database*.
- Ricauda, N.A., Bo, M., Molaschi, M., Massaia, M., Salerno, D., Amati, D., Tibaldi, V. & Fabris, F. (2004). Home hospitalization service for acute uncomplicated first ischemic stroke in elderly patients: A randomized trial. *Journal of the American Geriatric Society*, 52: 278-283.
- Richards, S.H., Coast, J., Gunnell, D.J., Peters, T.J., Pounsford, J. & Darlow, M.A. (1998). Randomised controlled trial comparing effectiveness and acceptability of an early discharge, hospital at home scheme with acute hospital care. *British Medical Journal*, 316: 1796-1801.
- Sheppers, S. & Iliffe, S. (2005). Hospital at home versus in-patient hospital care. *Cochrane Database Systematic Review*, (3): CD000356.
- Shepperd, S., Doll, H., Angus, R.M., Clarke, M.J., Iliffe, S., Kalra, L., Ricauda, N.A., Tibaldi, V. & Wilson, A.D. (2009). Avoiding hospital admission through provision of hospital care at home: a systematic review and meta-analysis of individual patient data. *CMAJ*, 180(2): 175-82.
- Steel, K., Leff, B. & Vaitovas, B. (1998). A home care annotated bibliography. *Journal of the American Geriatric Society*, 46: 898-909.

Stessman, J., Ginsberg, G., Hammerman-Rozenberg, R., Friedman, R., Ronen, D., Israeli, A. & Cohen, A. (1996). Decreased hospital utilization by older adults attributable to a home hospitalization program. *Journal of the American Geriatric Society, 44*: 591-598.

Stessman, J., Ginsberg, G., Hammerman-Rozenberg, R., Friedman, R., Ronen, D., Israeli, A. & Cohen, A. (1996). Decreased hospital utilization by older adults attributable to a home hospitalization program. *Journal of the American Geriatric Society, 44*(5): 591-598.

Stessman, J., Hammerman-Rozenberg, R. & Cohen, A. (1997). Home hospitalization in the spectrum of community geriatric care. *Disability Rehabilitation, 19*(4): 134-141.

Wilson, A., Parker, H., Wynn, A., Jagger, C., Spiers, N., Jones, J. & Parker, G. (1999). Randomised controlled trial of effectiveness of Leicester hospital at home scheme compared with hospital care. *British Medical Journal, 319*: 1542-1546.

נספח 1: אמות מידה ונוהלי אשפוז בית. תשס"ט - 2009

שירותי בריאות כללית מחוז ירושלים, המכון לרפואה גריאטרית, רח' פארן 12 ירושלים,
טלפון: 02-5889514 | פקס: 02-5889576

1. הקדמה

בשנים האחרונות התפתחו שירותים רפואיים בקהילה אשר מקטינים את הצורך באשפוז בבתי החולים. במסגרת תהליך זה, פותחה בירושלים, החל משנת 1991 היחידה לאשפוז בית, כחלק מהמכון לרפואה גריאטרית של שירותי בריאות כללית.

2. מטרות

2.1 מטרת נוהל זה לחזור ולהגדיר את המצבים הרפואיים שבהם ניתן לתת טיפול רפואי, סיעודי ו/או שיקומי בקהילה (בבית החולה או משפחתו) כחלופת אשפוז, את דרישות כוח האדם והתשתיות הנדרשות לשם כך ואת הטכניקות לקליטת ושחרור חולים לאשפוז בית.

2.2 היחידה לאשפוז בית היא מחלקת אשפוז בראשות רופא, מנהל מחלקה, וכך עליה לתפקד.

3. הגדרת סוג החולה באשפוז בית

חולה המתאים למסגרת של אשפוז בית הינו חולה הסובל משילוב של תחלואה קשה וממוגבלות תפקודית קשה, דהיינו מקיים את שני התנאים להלן:

3.1 תחלואה: מצב רפואי כזה, שאלמלא הטיפול הרפואי האינטנסיבי הניתן בבית, ברמה הראויה - היה החולה נזקק למסגרת אשפוזית, כללית או גריאטרית, ו/או היה בסכנת הידרדרות רפואית/בריאותית.

3.2 מוגבלות תפקודית: נבצר מהחולה להגיע למרפאה, בשל מגבלת ניידות ומגבלה תפקודית קשה, וזאת למרות מאמץ סביר מצד בני המשפחה ושירותי הקהילה להביאו למרפאה (לרוב מדובר בחולה הנזקק לשני אנשים כדי להוציאו מהבית ו/או אמבולנס עם אלונקה).

הרוב המכריע של המטופלים יהיו גם עם מגבלה תפקודית קשה, אך במקרים אחרים ניתן לקבל למסגרת של אשפוז בית גם חולים שאינם מרותקים לביתם, כאשר הם נזקקים לטיפולים ולזמינות טיפול רפואי בשעות ובימים כאשר המרפאות סגורות.

3.3 אוכלוסיית היעד לאשפוז בית היא:

3.3.1 חולים במחלות תת-חריפות ו/או קשות, שבהיעדר שירות זה היו נזקקים לאשפוז במסגרת המתאימה. מדובר לרוב במצבים זמניים, הדורשים איזון ו/או השגת שיפור - ולא במצבים כרוניים יציבים (זמן טיפול משוער - 30 יום).

3.3.2 חולים עם משך השהיה ארוך יותר - או כרוני, כמו חולים סיעודיים מורכבים, או חולי לב קשים, מונשמים כרוניים וכתחליף לסוגי אשפוז אלה.

3.3.3 חולים במחלות סופניות (בעיקר, ממאירות).

4. עקרונות השירות של אשפוז בית

4.1 הגדרת אשפוז בית: מסגרת שבה ניתן טיפול על ידי צוות של רופא, אחות ומקצועות הבריאות האחרים לפי הצורך, כתחליף לטיפול הניתן בדרך כלל במסגרת אשפוז כללי או אשפוז גריאטרי פעיל (אשפוז תת-אקוטי, שיקומי, סיעודי מורכב, הנשמה כרונית וטיפול תומך לסוגיו).

לאור מאפייני החולים, כאמור לעיל, נדרשים משאבים מקצועיים וטכנולוגיים זמינים ונגישים התואמים את הצרכים הרפואיים הפעילים של חולים אלה, ואשר מקבילים (מבחינת תחומי התוכן) לאלה הניתנים באשפוז.

4.2 עקרונות העבודה:

4.2.1 צוות מטפל: לכל מאושפז בית קיים צוות מטפל שמורכב לפחות מ-רופא מטפל, עם ניסיון ברפואה אשפוזית הרלוונטי למחלתו של המאושפז בבית, אחות מדריכה מוסמכת ובמידת הצורך אחות מטפלת.

בנוסף, קיים ביחידה מאגר של אנשי צוות ממקצועות הבריאות (פרה-רפואי - פיזיותרפיה, ריפוי בעיסוק, תזונה, עבודה סוציאלית ומקצועות נוספים לפי הצורך) המטפלים לפי הצורך.

4.2.2 הרופא הוא הגורם האחראי על הטיפול במטופל. ההחלטה על הצורך בסיעוד תיעשה במשותף עם אחות מדריכה, כך גם הפניה למקצועות הבריאות, מומחים יועצים, בדיקות וכיוצא בזה. הרופא האחראי יכול למנות מרכז טיפול (case manager) למטופל בהתאם לצרכיו העיקריים.

4.2.3 תכנית טיפול: למטופל המתקבל למסגרת אשפוז בית תיקבע, על ידי הרופא המטפל והצוות, תכנית טיפול ומעקב שתתועד בתיקו של המטופל ותעודכן לפי מצבו של המטופל.

4.2.4 בכל אחד מהמקצועות קיים ביחידה אחראי תחום (רפואה, סיעוד, פיזיותרפיה, ריפוי בעיסוק, תזונה, עבודה סוציאלית ומקצועות נוספים לפי הצורך), אשר תפקידיו הם:

- קיום רמה מקצועית נאותה של אנשי המקצוע בתחומי;
 - הנחיית איש מקצוע/מטפל זה בהתאם - לשם טיפול במאושפז בית על פי הוראות הרופא המטפל; ביצוע בקרת איכות על הטיפול הניתן.

4.2.5 הדרישות המקצועיות מהאחראים בכל אחד מהתחומים המקצועיים:

4.2.5.1 מנהל רפואי של היחידה: רופא מומחה באחד מהמקצועות הבאים: גריאטריה, פנימית, רפואת משפחה.

4.2.5.2 מנהלת הסיעוד של היחידה, אחות מוסמכת, עם ניסיון ברפואה אשפוזית או בניהול מרפאה קהילתית, רצוי עם התמחות על בסיסית בתחום רלוונטי.

4.2.5.3 עובדת סוציאלית אחראית, עובדת סוציאלית מורשית עם ניסיון בטיפול בקשישים.

4.2.5.4 פיזיותרפיסטית אחראית: בעלת תואר אקדמי ראשון בפיזיותרפיה לפחות, עם חמש שנות ניסיון בעבודה קלינית וקורס ניהול.

4.2.5.5 מרפאה בעיסוק אחראית: בעלת תואר אקדמי ראשון בריפוי בעיסוק - לפחות.

4.2.5.6 תזונאית אחראית: בעלת תואר אקדמי ראשון בתזונה, לפחות - עם הכשרה מקצועית מוכרת על ידי משרד הבריאות, ועם חמש שנות ניסיון בעבודה קלינית.

4.2.6 רופאים יועצים: ביחידה קיים מאגר של רופאים מומחים המבצעים ייעוץ בבית החולה, בתחום התמחותם, לפי דרישה של הרופא המטפל. תחומי המומחיות הדרושים בשכיחות יחסית הם: רפואת עור, פסיכיאטריה, א.א.ג., קרדיולוגיה, ריאות, אורתופדיה, אורולוגיה, אונקולוגיה (רצוי עם ניסיון פליאטיבי), נירולוגיה, גריאטריה (אם אין בצוות המוביל), רפואת שיקום, אנדוקרינולוגיה, כירורגיה.

4.2.7 תדירות הביקורים של אנשי המקצוע: ייערכו ביקורים יזומים של אנשי המקצוע בבית החולה שבאשפוז בית, בתדירות שלא תפחת מתדירות המינימום כמפורט להלן:

4.2.7.1 תדירות הביקורים היזומים של הרופא למטופל במסגרת אשפוז בית לא תפחת משש פעמים בחודש ועשויה להגיע עד לפעם ביום (תלוי במחלה/ ות ובמצב הקליני של המטופל). בין ביקור לביקור לא יחלפו יותר משבעה ימים.

4.2.7.2 בתכנית תיכלל גם זמינות של רופאים מומחים - לפי הצורך (ר' סעיף 4.2.6 לעיל).

4.2.7.3 קבע הרופא המטפל בהתייעצות עם אחות מדריכה כי יש צורך בסייעוד לחולה, תהיה תדירות ביקורי אחות במסגרת אשפוז בית לא פחות משבעה ביקורים בחודש ועשויה להגיע עד לפעמיים ביום.

4.2.7.4 מקצועות הבריאות (עבודה סוציאלית, פיזיותרפיה, ריפוי בעיסוק, תזונה, ועוד): זמינות להערכה ולטיפול לפי הצורך.

4.2.7.5 טכנאי הנשמה: דרושה זמינות של 24 שעות ביממה ביחידות עם מונשמים.

4.2.7.6 בתחילת אשפוז בית מומלץ על ביצוע הערכת תנאי מגורים על ידי מרפאה בעיסוק והתאמתם על פי המלצותיה.

4.2.8 כוננות וביקורים דחופים: לאור מצבם הקשה יחסית של החולים, שעלול להפוך לבלתי יציב, מרכיב הכרחי באשפוז בית הינו כוננות 24 שעות של רופא ואחות. במידת הצורך - יתבצעו ביקורי בית דחופים מעבר לביקורים היזומים.

4.2.9 ציוד: על היחידה לאשפוז בית להיות מצוידת בציוד ובמחשוב לצורך אבחון וטיפול לפי סוגי החולים המטופלים ביחידה. בפרט, היחידה אחראית על אספקת הציוד הרפואי הנדרש לטיפול פרטני בחולה בביתו (בהתאם לצרכיו הייחודיים, על פי מחלתו ומצבו) ולתחזוקת ציוד זה בבית החולה.

4.2.10 מערך בקרה פנימי:

4.2.10.1 באחריות מנהל המחלקה לאשפוז בית: יש לשאוף לכך, כי לכל רופא מטפל מוצמד רופא בכיר במומחיות המתאימה, המבקר יחד עם הרופא המטפל את מאושפיזי הבית לפחות פעם בחודש, במטרה לעקוב אחר איכות הטיפול הרפואי ולייעץ לרופא המטפל.

רופאים בכירים הם כולם מומחים ברפואה גריאטרית ו/או רפואה פנימית. בחולים בטיפול תומך הרופא הבכיר יכול גם להיות מומחה באונקולוגיה.

גם לרופא מטפל שהוא מומחה מוצמד רופא בכיר אחר.

4.2.10.2 אחות בקרה: יש לשאוף לכך, כי לכל אחות מטפלת מוצמדת אחות מדריכה, שהיא אחות מוסמכת עם ניסיון באגף הפנימי בבית חולים כללי או בבית חולים גריאטרי או בתפקיד בכיר במרפאה קהילתית, המבקרת פעם בחודש לפחות, ביחד עם האחות המטפלת, את מאושפיזי הבית, במטרה לעקוב אחר איכות הטיפול הסעודי, ליעץ לאחות המטפלת.

5. התנאים להפעלת מסגרת אשפוז בית

5.1 תנאי הכרחי לאשפוז בית - הסכמת המטופל ומשפחתו.

5.1.1 קבלה למסגרת אשפוז בית: על המשפחה להסכים ולרצות לטפל בחולה בקהילה, אשר אחרת היה נזקק לאשפוז. לא ניתן לחייב חולה ומשפחתו למסגרת כזו, או ללחוץ עליו בכל דרך שהיא. יש לקבל הסכמה בכתב ו/או אישור על הבנת כללי המסגרת.

5.1.2 שחרור וולונטרי מאשפוז בית: יש לאפשר לחולה ולמשפחתו לסגת בכל עת מהסכמתם זו, גם בניגוד לדעה המקצועית של הצוות המטפל.

5.2 התאמת המטופל למסגרת:

5.2.1 על המסגרת המבצעת אשפוז הבית לבדוק ולוודא כי בבית המטופל מתקיימים התנאים המתאימים לביצוע אשפוז בית, מבחינת מטפלים אישיים, תנאים פיזיים ומכשור.

5.2.2 אשפוז בית אינו מתאים כאשר מצב המטופל לא יציב, או חריף מדי, או כשיש צורך בהשגחה רפואית או סיעודית במקום 24 שעות ביממה, או כאשר המטופל מוערך כקשה מכדי יכולת הטיפול של הצוות.

5.3 ניהול רשומה רפואית על פי הוראות החוק, לרבות תיק רפואי (רצוי ממוחשב), זמין לצוות המטפל, ובו:

5.3.1 פרטי המטופל, הכוללים מאפיינים אישיים וסוציאליים, כולל תנאי מגורים בבית, מטפל עיקרי וכיוב'.

5.3.2 הסכמת המטופל/משפחתו למסגרת אשפוז הבית (לפי האמור לעיל).

5.3.3 שם הרופא, האחות והרופא המחליף (ואנשי מקצוע נוספים אם רלוונטי) האחרים/מוצמדים אישית לאותו מטופל.

5.3.4 רישום הרופא כולל:

- רשימת אבחנות;

- רשימת אשפוזים;

- הסיבה לאשפוז בית;

- בדיקות מעבדה והדמיה רלוונטיות;

ממצאי אומדנים, רצוי בכלים מקובלים, בתחומים כגון תפקודי יומיום, תזונתי (כגון MNA), רגשי וכדומה. עדכון אומדנים אלה לפי הצורך (למשל מעקב תפקודי בחולה שיקום) יכולים להתבצע על ידי אנשי מקצוע אחרים.

תכנית טיפול, לרבות רשימת תרופות, מכשור רפואי, טיפולים ובדיקות קבועות ותקופתיות.

רישום מלא, כמקובל, של ביקורי רופא, הכולל: תאריך ושעת הביקור, מעקב רפואי, הוראות טיפול למשפחה ולצוות המטפל.

מכתב שחרור רפואי מהיחידה (בעת השחרור)
רשומה סיעודית הכוללת:

- אומדנים כגון הערכה תפקודית, אמדן כאב וסימפטומים (בפרט לחולים אונקולוגים);
- מעקבים - כגון מעקב סכרת, פצעי לחץ;
- רישום ביקורי אחות הכוללים: תאריך ושעת הביקור, לרבות בדיקות ופעולות שנעשו;
- מכתב שחרור סיעודי מהיחידה (בעת השחרור).
- רישום אנשי מקצוע אחרים - בדומה וכמקובל.

5.4. נתונים רלוונטיים לאשפוז הבית - בבית המטופל (למטופל ולבני משפחתו/מטפלים):

5.4.1 לכל מטופל יהיה בביתו תיק רפואי וטיפולי, אשר זהה לתיק הקליני של אשפוז הבית, או נגזר ממנו, ויכלול לכל הפחות:

- רשימה מעודכנת של אבחנות, תרופות, בדיקות מעבדה והדמיה;
- תכנית טיפול לרבות טיפולים קבועים (כגון חבישות, החלפת קטטר, סקשן), תכנית תזונה ותכנית הפעלה גופנית מתאימה (לרבות טיפולי בפיזיותרפיה ו/או ריפוי בעיסוק אם רלוונטי).

5.4.2 מידע נוסף, הנדרש למטפלים:

- רשימת אנשי קשר ומספרי טלפון, בפרט רופא אחראי ומחליפו, אחות מדריכה ומזכירות היחידה;
- נהלים רלוונטיים למטופל ו/או למטפל - כגון לגבי תיאום ביקור אנשי מקצוע על פי הצורך, הזמנת ציוד, תרופות וכיוצא בזה.
- מידע מקצועי רלוונטי לגבי הטיפול במחלות ובמוגבלויות הספציפיות שמהן סובל המטופל.

5.5 הסדרים פנים-ארגוניים

5.5.1 ביצוע אשפוז בית יוצע קודם לרופא המטפל הראשוני, אם הוא עונה להכשרה הנדרשת. אם הדבר לא אפשרי - יבוצע על ידי רופא המקושר ליחידה לאשפוז בית, תוך יידוע הרופא המטפל הראשוני.

5.5.2 שחרור מאשפוז בית חייב לכלול העברת מידע מסודרת לרופא הראשוני ו/או למסגרת אחרת אליה מועבר המטופל. השחרור יתבצע בשתי דרכים בו-זמנית:

- בשיחת טלפון מרופא אשפוז הבית לרופא בקהילה שעתידי לטפל בחולה;
- במכתב שחרור.
- שיחת טלפון בלבד או מכתב שחרור בלבד אינם מספקים.

6. קליטה ליחידה של חולה המאושפז בבית חולים

איתור חולה פוטנציאלי ייעשה על ידי:

- 6.1 רופאים המוסמכים לכך מטעם המכון לרפואה גריאטרית.
 - 6.2 אחיות הקשר של היחידה לבקרת בתי חולים, המאחרות במסגרת סקירותיהן בבתי החולים מועמדים שמתאימים על פי מצבם ונתונייהם להיות מוכללים ביחידה לאשפוז בית. האחיות מכינות טופס עם פרטי המועמד, מצבו ונתוניו (ראה להלן נספח ב') לעיון רופאים בקרים של המכון.
 - 6.3 רופא מטעם היחידה לאשפוז בית מבקר בקביעות בבתי חולים מספר פעמים בשבוע, מאתר חולים בעצמו, או בוחן ובודק את החולים להתאמתם למסגרת אשפוז בית. או בוחן טופסי מועמדים שהוכנו על ידי אחיות הקשר. הרופא מחליט על סמך נתונים אלה, ובמידת הצורך מראיין את החולה המועמד לאשפוז בית ו/או מישהו ממשפחתו.
 - 6.4 במידה והרופא החליט שהחולה אינו מתאים להכללה במסגרת אשפוז בית - הוא מודיע על כך לרופא הפונה או לאחיות הקשר ואז נבדקת אפשרות לשלובם במסגרת בית חולים גריאטרי או פתרון חלופי אחר, כולל שחרור רגיל למרפאת האם.
 - 6.5 כאשר רופא המוסמך לכך מטעם היחידה לאשפוז בית מחליט שהחולה מתאים להכללה במסגרת היחידה לאשפוז בית, הוא מבצע את הפעולות הבאות:
 - מאתר רופא מתאים, ולאחר פנייה לרופא המשפחה, יוצר עמו קשר ומקבל את הסכמתו לקבלת החולה לאחריותו;
 - מעביר ליחידה לאשפוז בית בפקס טופס מלא עם פרטי החולה והרופא המטפל (להלן נספח);
 - במקביל מודיע לאחיות הקשר על הכללת החולה למסגרת היחידה לאשפוז בית; אחות הקשר מתאמת את האשפוז עם החולה ומשפחתו (ראה סעיף 6.7 להלן).
 - 6.6 פעילות אחות הקשר בבית החולים
- לאחר שאחות הקשר קיבלה דיווח מהרופא המוסמך לכך, על מאושפז שמיועד להצטרף למסגרת אשפוז בית, היא פועלת כדלקמן:

- מודיעה לחולה ולבני משפחתו על ההחלטה, מוסרת להם את מספר הפלאפון של רופא אשפוז הבית שיהיה אחראי על החולה, מנחה אותם לייצור קשר עם הרופא מיד עם הגעתם לביתם;
- מוסרת לחולה ולבני משפחתו עלון מידע לחולה באשפוז בית;
- מיד עם שחרור החולה מבית החולים לביתו, אחות הקשר מודיעה למחלקה לאשפוז בית על שחרור החולה.

6.7 פעילות הקליטה ביחידה לאשפוז בית

- מזכירת היחידה מבצעת את הפעולות הבאות:
- מזינה פרטים ו"מקימה" את המועמד בתוכנת "שביל";
- מדווחת בדוא"ל לרופא המשפחה על הכללת החולה באשפוז בית;
- מוודאת שחרור בפועל של החולה מבית החולים ומשנה את הסטטוס בתוכנת "שביל" ל"מאושפז";
- מעדכנת ביחידה את הפונקציות הרלוונטיות: אחות מדריכה, פיזיותרפיה, ריפוי בעיסוק
- על פי הנחיית מנהל היחידה לאשפוז בית.

7. קליטה למסגרת אשפוז בית של חולה הנמצא בקהילה

7.1 ישנם חולים קשים ששוהים בביתם במסגרת הקהילה, ורופא המשפחה שלהם מעוניין, זמנית, להכליל את החולה במסגרת אשפוז בית, אזי מתבצעות הפעולות הבאות:

רופא המשפחה פונה לרופא המוסמך לקבלת חולים לאשפוז בית אשר ישקול את הבקשה לפי הקריטריונים המקובלים וימסור החלטתו לרופא המשפחה.

7.2 ניתן גם לפנות למזכירות היחידה לאשפוז הבית אשר תבצע את הפעולות הבאות:

- "מקימה" את החולה כ "מועמד" בתוכנת "שביל" - עד להחלטה;
- מודיעה בדוא"ל לרופא המשפחה שפנייתו התקבלה;
- יוצרת קשר מידי עם רופא היחידה לצורך ביקור והחלטה בבית החולה, מוסרת לו את פרטי החולה, רופא המשפחה וכו' (ראה נספח 2).

7.3 כאשר רופא היחידה מגיע למסקנה, כי החולה אינו מתאים להכללה במסגרת אשפוז בית הוא:

- מודיע ישירות לרופא המשפחה על החלטתו;
- מודיע למזכירות היחידה על החלטתו, המזכירות מבטלת את רשומת החולה מסטטוס מועמד.

7.4 כאשר רופא היחידה מחליט כי החולה מתאים להכללה ביחידה הוא פועל כדלקמן:

- יוצר קשר עם רופא אשפוז בית ומתאם עמו קבלת אחריות על החולה;
- מעביר לחולה ומשפחתו את פרטי רופא אשפוז הבית שיטפל בהם;
- מעביר בו ביום ליחידה בפקס' טופס דיווח על הכללה במסגרת אשפוז בית כולל כל הפרטים הנדרשים (ראה נספח 2).

7.5 תוך 24 שעות לאחר שמזכירות היחידה קיבלה את הטופס מרופא אשפוז בית היא תפעל כדלקמן:

- תדווח על החולה כחולה פעיל בתכנת "שביל";
- תדווח בדוא"ל לרופא המשפחה על קליטת החולה;
- תעדכן ביחידה את הפונקציות הרלוונטיות: אחות מדריכה, פיזיותרפיה, ריפוי בעיסוק, באמצעות טופס שהופק מתכנת "שביל".

7.6 כשגרת ניהול, מזכירות יחידת אשפוז הבית תפיק מתוך תוכנת "שביל" פעם עד פעמיים בשבוע:

- דו"ח חולים שמצויים בסטטוס "מועמד" ותברר את הסטטוס העדכני מול רופא אשפוז בית, אחות קשר וכו' ותעדכן בהתאם את הסטטוס בתוכנת "שביל".
- העתק דוח הסטטוס יועבר למנהל היחידה לאשפוז בית.

8. תהליך שחרור ממסגרת אשפוז בית - ועדת שחרור

8.1 ככלל, חולים מתקבלים למסגרת אשפוז הבית לתקופה של חודש ימים ראשון.

בתום חודש מקליטתם ביחידה, נדון המשך שיוכם במסגרת ועדת שחרורים. רופאים/ אחיות המעוניינים בהארכת השהייה של החולה מעבר לחודש ימים, מעבירים בקשה מוקדמת בנושא לוועדת שחרורים.

8.2 ועדת שחרורים מתכנסת מידי שבוע בפורום הכולל את מנהל אשפוז בית, רופא נוסף מהיחידה, מנהלת סיעוד, אחות מדריכה. בכל ישיבה נדון סטטוס של כ-50 חולים המועמדים לשחרור ומועבר פרוטוקול למזכירות היחידה.

8.3 כאשר הוחלט להמשיך את שהות החולה במסגרת אשפוז הבית, המזכירות מעדכנת את רופא אשפוז הבית, וזה מעדכן את החולה.

8.4 כאשר הוחלט להפסיק את שהות החולה במסגרת אשפוז הבית, מזכירות אשפוז הבית תפעל כדלקמן:

- "סוגרת" בתוכנת "שביל" את מועד שיוך החולה לאשפוז הבית;
- מודיעה בדוא"ל לרופא המשפחה על שחרור החולה ממסגרת אשפוז הבית והחזרתו לאחריות רופא המשפחה;
- מפיקה מתוך תוכנת "שביל" טופס הודעה על גמר אשפוז ביחידה;
- האחיות המדריכה מעבירה את המידע לגורמים הפרה-רפואיים הרלוונטיים.

רופא אשפוז בית שטיפל בחולה פועל כדלקמן:

- מודיע למטופל על "שחרורו" ממסגרת היחידה;
- מכין מכתב שחרור מפורט לרופא המשפחה, למטופל וליחידה;
- מעביר את התיק הרפואי מבית החולה אל היחידה לאשפוז בית.

8.5 כאשר רופא אשפוז בית מחליט ביוזמתו לשחרר חולה מהמסגרת, או כאשר החולה מתאשפז בבית חולים או נפטר ח"ו.

רופא אשפוז בית פועל כדלקמן:

- מודיע למזכירות אשפוז הבית על שחרור החולה;
 - מודיע למטופל על "שחרורו" ממסגרת היחידה;
 - מכין מכתב שחרור מפורט לרופא המשפחה (ולמטופל ולמשפחתו);
 - מעביר את התיק הרפואי מבית החולה אל היחידה.
- מזכירות אשפוז הבית פועלת כדלקמן:
- מעדכנת את צוות היחידה;
 - מעדכנת סטטוס בתוכנת "שביל";
 - מעבירה דוא"ל לעדכון רופא המשפחה.

נספח 2: טופס בקשה ודיווח על הכללת חולה במסגרת היחידה לאשפוז בית

לכבוד היחידה לאשפוז בית

פקס: _____

פרטי החולה: שם משפחה: _____ שם פרטי: _____

מס' זהות: _____ שנת לידה: _____

כתובת: _____ טלפון/פלאפון: _____

הופנה מהקהילה

מרפאה: _____ שם רופא משפחה: _____ תאריך הפנייה: _____

מאושפז בבית חולים:

שם בית חולים: _____ מחלקה: _____

תחום הטיפול

1. פנימית א. תת-חריפה ב. ס. מורכב

2. אי-ספיקת לב

3. אונקולוגי: א. סוף החיים ב. טיפול פעיל

4. מונשמים א. מ. נירולוגית ב. מחלה אחרת

אבחנה תמציתית/תחום קליני _____

מאפיינים/צרכים מיוחדים/הערות _____

הוחלט שלא להכליל את החולה במסגרת אשפוז בית.

פרטי הרופא שאליו ישויך במסגרת אשפוז בית:

שם הרופא: _____ פלאפון: _____

פרטי הרופא המדווח:

תאריך בדיקת החולה

טלפון/פלאפון

שם ומשפחה

פרק ז': חוק ביטוח סיעוד במבחן הזמן

יוחנן שטסמן

מבוא

חוק המסגרת לביטוח סיעוד נחקק בכנסת בשנת 1980, אך תוכנו התפתח בהדרגה. תוכן זה נוצר בעקבות המלצותיה של ועדה ציבורית ("ועדת מן"), שקבעה הן את העקרונות והן את התכנים אשר לפיהם ראוי לבנות את הביטוח הסיעודי לקשישים הנזקקים לכך. הוועדה כתבה שני דינים וחשבונות, האחד של הרוב והשני של המיעוט, שנחלקו במספר עקרונות הנוגעים לביטוח הסיעודי ובעיקר האם לתת סיעוד ביתי בעין, קרי, שירותי מטפלות בקשישים בביתם שיישלחו על ידי המוסד לביטוח לאומי או מטעמו, לעומת דעת הרוב שסברה, כי מן הראוי לתת גמלה כספית לקשיש הנזקק לסיעוד והוא או בני משפחתו יטפלו בכל הכרוך במתן הטיפול הסיעודי בבית (מן, 1983). כשהגיע החוק לחקיקה בכנסת בשנת 1986 נהפכו היוצרות והכנסת קבעה, כי הסיעוד יינתן בעין, כפי שנאמר בסעיף 225 א' לחוק (החוק, 2008):

"(א) זכאי לגמלה לפי פרק זה יהיה מי שביום הגשת התביעה לגמלת סיעוד הגיע לגיל הפרישה.

(ב) ...תשלום גמלת סיעוד, כולה או מקצתה, לידי מי שנותן את שירותי הסיעוד כפי שקבעה ועדה מקומית מקצועית ולא לידי הזכאי."

הרקע לחקיקת חוק ייחודי וחשוב זה היה המצב הדמוגרפי בארץ, שהשתנה מאוד בשנים שמאז קום המדינה ב-1948 ועד חקיקת החוק. עם קום המדינה היה שיעור הקשישים בני 65 ומעלה כ-4.8% באוכלוסייה. ב-1965 עלה שיעור זה ל-6.1% וב-1975 ו-1985 הוא טיפס ל-7.9% ול-8.9% בהתאמה. החל מ-1995, באמצע קליטת גל העלייה הגדול מרוסיה, התייצב שיעור הקשישים על 9.9% מהאוכלוסייה ונשאר בשיעור זה עד שנת 2006. ב-2008 ירד שיעורם של הקשישים ל-9.7% מהאוכלוסייה (ברודסקי, שנור ובאר, 2009).

העלייה בתוחלת החיים וריבוי הקשישים, ובעיקר עליית שיעור בני 75+ עד 85+ בשנים האחרונות, הגדילו מאוד את מספר הקשישים המתקשים בתפקוד היומיומי בביתם וגם את מספר הקשישים שנזקקו לאשפוז גריאטרי פעיל, אשפוז סיעודי או אחר. זאת, כיוון שככל שעולה הגיל מתרבות המחלות ובמקביל חלה נסיגה מתמדת ביכולת התפקוד הפיזית והרוחנית של חלק גדל והולך של האוכלוסייה המבוגרת. שינויים וצרכים אלה הביאו בישראל, כמו גם במדינות רווחה אחרות (Schmid, 2005), לחקיקת חוקים המבטיחים שירותים סיעודיים לזקן הנמצא בביתו. במקביל, התפתח הצורך בפתרונות סיעודיים

בבתי החולים הגריאטריים עבור חולים סיעודיים שאינם ניידים ואינם יכולים ללכת ולא להסובלים ממחלות כרוניות פעילות. צורך זה הגדיל באופן ניכר את ההוצאה הלאומית לבריאות. המחשבה שעמדה ביסוד חוק ביטוח סיעוד הייתה, כי מתן טיפול סיעודי בבית לאנשים המתקשים בתפקודם היומיומי אינו רק מעשה חסד וטיפול אנושי נכון, אלא גם בעל השלכות כלכליות. זאת, משום שמי שיקבל השגחה וטיפול ביתי יזדקק פחות לאשפוז, דבר שיקטין את ההוצאה הלאומית לבריאות (בן-צבי 1989, 1993). לאחר שנחקק חוק ביטוח סיעוד בשנת 1986 נקבע, כי החוק יופעל למעשה רק בשנת 1988, לאחר תקופת הכנה בת שנתיים, שבה הוחל בגביית דמי ביטוח סיעוד והקמת קרן הסיעוד במוסד לביטוח לאומי.

התפתחות הזכאות לגמלת סיעוד

בעת חקיקת החוק סברו מקבלי ההחלטות, כי מספר מקבלי גמלת סיעוד יהיה כ-10,000 איש. אולם המציאות הייתה שונה וכבר ב-1989, כשנה לאחר הפעלת החוק, עלה מספרם של הזכאים לקבלת הגמלה לכ-21,000. בשנים 1998, 2001, 2004 ו-2008 היה מספרם 80,700, 103,800, 113,400 ו-131,500 בהתאמה (לוח מס' 1) וב-2008 העפיל לכ-140,800 זכאים. שיעור הזכאים לגמלת סיעוד עלה באופן תלול מתחילת הפעלת החוק ועד שנת 2000 מ-5.3% מהקשישים שמעל גיל 65 בשנת 1989 ל-11.2% בשנת 1995 והגיע ל-15.5% בשנת 2000. מאז ועד 2008 נשאר אחוז הזכאים יציב והוא עמד על 14.5% בשנת 2004 ועל 15.3% בשנת 2008. ההסבר לעלייה התלולה עד שנת 2000 הוא כנראה הגידול בניצול הזכאות, עד למצב שבו כלל הזכאים למדו לנצל את זכותם וקיבלו את השירות הסיעודי. התייצבות אחוז הזכאים מעיד על כך, שנהלי העבודה בקביעת הזכאות הפכו לשגרה ושאכן מספר הזכאים מבטא את הצרכים האמיתיים בסיעוד קהילתי. יתרה מכך, היות ומשנת 2000 עד 2007 עלה שיעור בני ה-75 וה-80 מ-4.3% ו-2.2% ל-4.6% ול-2.6% בהתאמה, הרי שבאופן יחסי ניתנת הזכאות באופן נכון יותר, מכיוון שעיקר התחלואה והירידה התפקודית חלה בגילאים אלה לעומת גילאי 65 עד 75, שבהם הקשישים בריאים יותר ומתפקדים טוב יותר.

משך השהייה של מקבלי גמלת סיעוד במסגרת החוק עלה אף הוא במהלך השנים.

לוח מספר 1: הזכאים לגמלת סיעוד

אחוז זכאי סיעוד מכלל הקשישים	מקבלי גמלת סיעוד		הקשישים בישראל		השנה
	שיעור גידול שנתי	סה"כ	שיעור גידול שנתי	סה"כ בני 65+	
5.3	28.0	21.4	2.2	405.2	1989
7.9	19.8		4.7	478.6	1992
11.2	13.4	59.0	3.2	528.6	1995
13.7	10.6	80.7	2.2	588.3	1998
15.5	8.8	95.7	2.2	615.2	2000
14.5	0.4	113.4	1.5	780.5	2004
14.8	4.6	120.3	2.4	813.8	2006
14.8	8.3	125.5	2.8	836.5	2007
15.3	4.9	131.5	2.8	860.0	2008

עיבוד מתוך "ביטוח סיעוד" בסקירה השנתית, פרק 4, 2008. מינהל המחקר והתכנון, המוסד לביטוח לאומי, ירושלים.

חוק ביטוח סיעוד - חוק קהילתי

ביטוח הסיעוד נועד לקשישים החיים בבתייהם, בקהילה, ולא לאלה החיים או מאושפזים במוסדות המיועדים לקשישים שאינם מתפקדים, כולל מוסדות סיעוד לסוגיהם, כפי שנאמר בסעיף 227 לחוק: "מבטוח הנמצא במוסד סיעודי... לא יהיה זכאי לגמלת סיעוד". מוסד סיעודי" הוגדר בסעיף 223 לחוק כ-"מוסד סיעודי או מחלקה סיעודית, שבהם מוחזקים ומטופלים אנשים הזקוקים לסיעוד, תשושי נפש או תשושים". הגדרה רחבה זו כוללת בתוכה את כל החולים הסיעודיים והתשושים המאושפזים על ידי, או במימון משרדי הרווחה, הבריאות וקופות החולים, במוסדות לתשושים, בבתי אבות, במוסדות סיעוד, במוסדות לתשושי נפש ובמחלקות לסיעוד מורכב. דיור מוגן או בתי אבות לעצמאים אינם כלולים לכאורה בהגדרת מוסד סיעודי. משום כך, קשיש החי באחד מהם זכאי לסיעוד על פי מבחן התלות יוכל לקבלו שם כאילו חי בדירתו או בבית הפרטי, בהיות דירתו או חדרו בדיור המוגן או בבית האבות בגדר ביתו או מקום שבתו בקהילה. הניסיון הקליני לימד, שעם חלוף הזמן הופכים חלק גדול מדיירי הדיור המוגן ובתי האבות לעצמאים להיות תלויים בזולת. עקב כך, חלק ניכר או רוב דיירי הדיור המוגן הופכים להיות זכאים לקבל גמלת סיעוד והמוסד הופך בחלקו למוסד לתשושים או לסיעודיים.

חוק ביטוח סיעוד אמור היה להשתלב כחוליה הראשונה ברצף הטיפול הסיעודי כאשר מצבו התפקודי והרפואי של הקשיש מחמיר עם הזמן. דהיינו, קשיש במצב סיעודי בביתו, שמצבו החמיר עם הזמן, והוא מתקשה או שאינו יכול עוד ללכת, אמור להיות מועבר לאשפוז במחלקות של תשושים, שבפיקוח ובמימון משרד הרווחה או במוסד סיעודי (כולל במוסד לתשושי נפש), שבמימון ובפיקוח האגף לגריאטריה של משרד הבריאות, או במחלקות גריאטריות פעילות, כולל סיעוד מורכב שבמימון קופות החולים. כל אלה על פי חומרת מצבו של הקשיש. העברה זו של חולים קשישים בין הדרגות השונות של הטיפול הסיעודי, שאמורה הייתה להיות, לכאורה, חלקה וקלה, לא התגשמה למעשה, ושיתוף הפעולה שבין גופים ממלכתיים וציבוריים אלה מצומצם מאוד. בעבר הועלו רעיונות שונים ליתר שיתוף פעולה. ועדת מומחים בין משרדית לרה-ארגון של השירותים הסיעודיים והרפואיים לקשישים במדינה, שמינו במשותף שר העבודה והרווחה ושר הבריאות, הצביעה על דרכים אפשריות וראויות לעבודה משותפת, ללא מיזוג מינהלי וכספי, של כלל שירותי הסיעוד במדינה. מדובר בעבודה משותפת, שתבצע ממוקד מחוזי או עירוני אחד, ובו ישולבו המשרדים העוסקים בביטוח סיעוד, שירותי דיור מוגן ותשושים של שירותי הרווחה, שירותי הסיעוד המוסדי של לשכות הבריאות המחוזיות ושירותי השיקום והסיעוד המורכב של מחוזות קופת חולים. אולם, ניסיון זה לא צלח (שטסמן, 2001; 2000). ההישג היחיד היה בשילוב טופסי ההערכה וההחלטה של הגופים השונים למבחני זכאות ולמבחני הכנסה אחידים, הנמצאים בשימוש כולם.

ראוי לציין עוד, שעד כה כמעט שלא נערך מחקר מדעי שיטתי היכול לאשר או לשלול את ההנחה, שחוק ביטוח סיעוד אכן החליף שירותים רפואיים או סיעודיים מוסדיים או חסך בהם או בעלותם. אמנם נאון ושטרסברג הצביעו על ירידה קלה בשיעור המיסוד לעומת התחזיות ב-1992 (Naon & Strosberg, 1996), אבל אין נתונים על ירידה בשיעורי המיסוד בפועל לאורך זמן. מאידך גיסא, נראה, שהסיעוד הקהילתי על סל השירותים שלו אכן שיפר במידה רבה את רמת השירות הסיעודי הכללי במדינה, אך הוא כרוך בעלויות גבוהות למדי. ייתכן שגם תרם את חלקו להארכת תוחלת החיים הכוללת של הקשישים במדינה (שטסמן, 2001).

הזכאות הביטוחית ומבחן התלות

גמלת הסיעוד מובטחת לכל מי שנמצא זכאי על פי הכללים האחידים והשוויוניים שנקבעו בחוק ובתקנות. הזכאות נקבעת, כאמור, במבחן "הערכת התלות", שהוא לכאורה מבחן מובנה ואובייקטיבי, עם פגמים מעטים, יחסית (שטסמן, כהן וגניסברג, 1991). מבחן התלות נערך בביתו של הקשיש בידי מעריכים מקצועיים שהוסמכו לכך, ביניהם אחיות/אחים, פיזיותרפיסטיות/ים ומרפאות/ים בעיסוק, שעברו הכשרה מתאימה. במבחן התלות נבדקת

יכולתו של הקשיש בביצוע מטלות תפקוד בפעולות יומיומיות (ADL). הפעולות היומיומיות הנבדקות הן ניידותו של התובע ומגבלותיו, יכולתו של הקשיש להתלבש בעצמו, יכולת רחצה, אכילה ושתייה ומגבלותיהן, הפרעות בהפרשות, מתן עזרה לתובע והצורך בהשגחה עליו בתוך הבית. כמו כן, נבדקים הרכב משק הבית והנפשות הפועלות והרושם הכללי המתקבל מן הנבדק וממגבלותיו, ניקיונו האישי של הנבדק וניקיון סביבתו, תלונותיו, התרופות שהוא נוטל, מסגרות הטיפול בו, סדר יומו והשירותים שהוא צורך. ב-2008 תוקן חוק הביטוח הלאומי וקבע בסעיף 224, כי קשיש מגיל 90 ומעלה יכול להיבדק ב"מבחן התלות" על ידי רופא מומחה בגריאטריה בבית חולים, במרפאה או במוסד ציבורי.

סיכום ביקור הבית של המעריך ותוצאות "מבחן התלות" מתורגמים להמלצות המעריך ולניקוד במספרים. פקיד התביעות של המוסד לביטוח לאומי קובע, על פי הניקוד המספרי, בתוספת להיותו של התובע בודד (או חי במשפחה), את החלטתו לזכאות גמלת הסיעוד. מי שקיבל שתי נקודות אינו זכאי לגמלה, אך אם נמצא כי הוא בודד יוסיף לו פקיד התביעות חצי נקודה ובכך יהפוך לזכאי. זכאות זו כפופה למבחן הכנסות. "כשלו" ב"מבחן התלות" משמעו, שהתובע נמצא במצב כללי טוב ושאינו תלוי בתפקודו במגבלות הזכאות כפי שנקבעו בחוק. "הצלחה" ב"מבחן התלות" פירושה כישלון בתפקוד וזכאות לגמלת סיעוד. אולם, מי ש"נכשל" ב"מבחן התלות" יכול, על פי החוק, לערער שוב ושוב עד ש"יצליח" בו. קרי, עד שיוכיח את היותו תלוי וסיעודי. "הוכחה" זו יכול שתהיה תמונה מהימנה של מגבלות תפקוד, אולם, לעתים תיתכן גם תוצאה שבאה מלימוד טכניקת המבחן והכשלה עצמית מכוונת לצורך קבלת גמלה. אין מידע ונתונים ברורים כדי לאמוד אפשרות זו, אולם נמצא שבשנת 2000 הוגשו 71,007 תביעות לגמלת סיעוד ו-51.8% מהן היו תביעות חוזרות. בשנת 2008 היה מספר התביעות 74,085 ומהן 59.1% היו תביעות חוזרות. באגף הסיעוד של המוסד לביטוח לאומי יש נתונים על תובעים רבים שערערו על תוצאות "מבחן התלות" שנערך להם שוב ושוב ועברו אותו עד שמונה פעמים. בשנת 2010 פרסם אגף הסיעוד, כי נערכים מדי חודש 11 אלף הערכות תלות (!). משום כך, יש לשקול קביעת כללים שיאפשרו דחייה על הסף של תביעות חוזרות ונשנות כאשר ברור בעליל שלא הייתה החמרה של ממש במצב התפקוד של התובע. "מבחן ההכנסות" הוא מבחן שכלליו נקבעו בחוק ובו נבחנים הכנסותיהם של הקשיש ושל בן/בת זוגו. המבחן מבוצע על ידי פקיד תביעות של המוסד לביטוח לאומי. על פי המבחן, קשיש שהכנסתו מעל 100% מהשכר הממוצע במשק זכאי לגמלת סיעוד מופחתת ומי שהכנסתו מעל 150% מהשכר הממוצע אינו זכאי כלל.

הוועדה המקצועית המקומית

האחריות לקביעת תכנית הטיפול לשירותי הסיעוד הנחוצים לקשיש התלוי בזולתו, הנמצא בביתו והזכאי על פי החוק לגמלת סיעוד, הוטלה, לפי סעיף 232, על "ועדה מקומית מקצועית", ששר הרווחה ממנה וקובע את אזור פעולתה. לפי סעיף 231 לחוק, "חברי הוועדה יהיו אחות של שירותי הבריאות, עובד סוציאלי של שירותי הרווחה המקומיים ועובד המוסד". ועוד נאמר שם, ש"הוועדה תתייעץ עם רופא". במשך השנים הוקמו כ-300 ועדות סיעוד באזורים שונים בארץ, כל אחת באזור גיאוגרפי שהוגדר על פי השתייכות לרשות מקומית. יש ועדות גדולות, המטפלות ב-500 עד 1,000 זקנים ויש ועדות קטנות, שבטיפולן עד כ-500 זקנים. לרשות הוועדות עומדות בכל אזור עשרות רבות של נקודות שירות של ארגונים המספקים שירותי סיעוד, חלקם חברות למטרות רווח וחלקם עמותות הפועלות כמלכ"ר. לוועדה המקומית יש סמכות רבה לקביעת תכנית הטיפול והשירותים שהקשיש זקוק להם וגם כוח רב לקבוע מי יהיה נותן השירותים שלו. המוסד לביטוח לאומי קבע, שהוועדה חייבת לשתף את הקשיש באפשרויות העומדות לפניו מתוך סל שירותי הסיעוד (לוח מספר 2). בפועל, רק חלק קטן למדי מן הקשישים בוחרים בעצמם את השירותים מתוך ה"סל" ואת ספקיהם. לפי הערכת ספקי השירותים, רק 30% במוצא מן הקשישים מימשו את זכותם זו, ואילו מינהל המחקר והתכנון במוסד לביטוח לאומי העריך בשנת 1998, שרק 40% בערך מן הזקנים מימשו אותה (שמיד, 1998). עוד נמצא במחקר של מינהל המחקר והתכנון, שזקנים סיעודיים ומשפחותיהם אינם נוטים לבחור בעצמם את ספקי השירותים, אלא נוטים, ברוב המקרים, לקבל את המלצתה או את קביעתה של הוועדה המקומית, או המלצה של עובדת סוציאלית, של אחות או של המטפלת. היעדר מעורבות של ממש מצד הזקן בבחירה צוינה גם במחקר נוסף, שבו נאמר, ש"הארגון נבחר על ידי הוועדות המקומיות ולפי שיקול דעתן, ורק במקרים מעטים משתתפים הזקנים ו/או בני משפחותיהם בבחירת הספקים" (קטן ולבנשטיין, 1999). עם זאת, במחקר פנימי שערך מינהל המחקר והתכנון בעבר על קשישים זכאים שטופלו בשבע ועדות סיעוד נמצא, ש-50% בערך מן הקשישים דיווחו שהם בחרו בחברה הנותנת את השירותים.

לוח מספר 2: מקבלי שירותי סיעוד, לפי סוג השירות (דצמבר 2008)

אחוז מקבלי השירות		מספר המקבלים	סוג השירות
כפריט יחיד מתוך מקבלי שירות זה	מסך הזכאים לגמלה		
-	-	182,967	סך הכול*
70.1	98.1	131,630	טיפול אישי בבית
9.0	7.1	9,505	טיפול אישי במרכז יום
0.3	18.3	24,526	מוצרי ספיגה
0.4	12.4	16,701	משדר מצוקה
0.8	0.5	605	שירותי מכבסה

* זכאי לגמלה יכול לקבל יותר מסוג שירות אחד. לפיכך, סך כל המקבלים שירותי סיעוד בלוח גדול ממספר זכאי הגמלה - כ-134.2 אלף.

מתוך "ביטוח סיעוד" בסקירה השנתית פרק 4, 2008, מינהל המחקר והתכנון, המוסד לביטוח לאומי, ירושלים. מספרן הרב של הוועדות, היקף פעילותן והמגוון הרב של הארגונים ושל ספקי השירותים שהן עומדות עמם בקשרים יומיומיים, מעלים שאלות על אחידות נוהלי העבודה של הוועדות והאם הן עומדות בלחצים המופעלים עליהן, בעיקר לחצים של ספקי השירותים השונים להגדיל את חלקם ב"עוגה" או במספר המטופלים המופנים אליהם. אמנם שמיד ציין במחקרו (שמיד, 1998), שהארגונים המספקים את השירותים "מביעים רמה בינונית עד גבוהה של שביעות רצון מתפקוד הוועדה", אבל "מאידך מדווחים הארגונים על קשיים שמערימה הוועדה עליהם בעבודתם היומיומית וכי השיקולים שעל פיהם הוועדה מקבלת החלטות על הקצאת הלקוחות - הזקנים - אינם לפי קריטריונים וכללים אובייקטיביים ורציונליים, וכי הארגונים סבורים שחלוקת הלקוחות ביניהם על ידי הוועדה אינה נעשית בצורה הוגנת."

אישור לאי-שביעות הרצון של העמותות והחברות מקביעת ההיקף והמספר של הקשישים המופנים לכל חברה ועמותה יש גם בתלונות בעל פה ובכתב, שהגישו בעבר חלק מן הארגונים למוסד לביטוח לאומי. כמו כן, הוגשו תלונות על לחצים המופעלים על חברים בוועדות. בהיות העובדים הסוציאליים, שהם חברי הוועדות, עובדי הרשויות המקומית, נוצר לכאורה ניגוד עניינים בעבודתם מול העמותות למען הזקן, שבהן כיהנו ראשי רשויות מקומיות או עובדיהן. בשל כך, מקפיד המוסד לביטוח לאומי למנוע מהעמותות קבלה לטיפול של קשישים סיעודיים עד להפרדה מוחלטת של העמותות מן הרשויות המקומיות.

נראה, שיש צורך להעריך את היכולת המקצועית של הוועדות וחבריהן, ויש חשיבות לקביעת מספר רציונלי של קשישים לטיפול כל ועדה, יחד עם קביעת קריטריונים לחלוקת המטופלים לחברות ולעמותות נותנות השירותים. זאת, תוך ידיעה, שחלק מן הזכאים

מקבלים טיפול מטעם חברות או עמותות הסיעוד עוד קודם לקביעת הזכאות על פי החוק. החלטות הוועדות חייבות להיות אובייקטיביות ו"שקופות" יותר, כדי למנוע לזות שפתיים. כמו כן, יש צורך בהעמקת הפיקוח והבקרה על עבודת הוועדות. שיפורים אלה הם תהליך הנמשך לאורך זמן, אבל חשוב לפעול ליישומם באופן מתמיד כדי שהצדק לא רק יעשה אלא גם ייראה. על הוועדות גם ליידע את זכאי החוק במגוון האפשרויות והשירותים שניתן לקבלם במסגרת הזכאות לגמלת סיעוד (לוח 2).

גמלת סיעוד ורמות הסיעוד

גמלאות הסיעוד נקבעו מלכתחילה בחוק על פי מידת תלותו של המבוטח בזולת. תלות זו נקבעת בעזרת "מבחן התלות". מבחן זה הוכח כמבחן אמין לקביעת הזכאות בגין תפקוד לסיעוד בבית (שטסמן, כהן וגניסברג, 1991). ניתן להניח, שרוב מקבלי גמלת סיעוד אכן צברו יותר מ-2.5 הנקודות המינימליות הדרושות ב"מבחן התלות", כדי להיות זכאים מבחינת התפקוד לסיעוד, כפי שנקבע בחוק. זאת, כאשר הקשיש נהיה תלוי במידה רבה בעזרת הזולת לביצוע רוב פעולות היומיום או זקוק להשגחה על פי סעיף 224 לחוק. דהיינו, ניתן להניח, שבתחילת הטיפול הסיעודי בבית רוב המבוטחים הסיעודיים אכן זכאים לגמלה מבחינת הגדרות התפקוד. ערעורים רבים נשמעו משך השנים על "מבחן התלות", בעיקר על "ההשפלה" והפריצה לאינטימיות של הקשיש, בשל בדיקת התפקוד ליכולת הלבוש, השימוש בשירותים ורחצה. אולם, כפי שבבדיקה רפואית לא ניתן לרופא לקבוע אבחנה ולתת טיפול לחולה בלי בדיקה גופנית, כך גם לצורך אבחנת ירידה תפקודית יש הכרח בבדיקת גורמים אלה שבתפקוד היומיומי של התובע. מסיבה זו כל הערעורים וההשגות על הבדיקה נדחו.

בעניין זה, התעוררה בשנים האחרונות השאלה, האם הזכאות בגין תפקוד נשמרת לאורך זמן, או אולי נוצרים מצבים שבהם מתרחשים שיפורים זמניים או קבועים בתפקוד של מקבלי גמלת סיעוד, אשר מבחינת "מבחן התלות" והחוק עלולים לשלול את המשך הזכאות לגמלה. על אף שהמוסד לביטוח לאומי רשאי, לפי סעיף 230 לחוק, לבדוק בדיקה חוזרת את מידת תלותו של מקבל גמלת הסיעוד מחדש לאחר שישה חודשים, בפועל לא נעשה הדבר במידה מספקת בשל סיבות מגוונות, כולל מגבלות כוח אדם מקצועי באגף הסיעוד במוסד לביטוח לאומי. אמנם, המוסד בודק בדיקה חוזרת את כל מי שאחות שהוסמכה לכך המליצה על כך לגביו, אבל עם הזמן התעוררו שאלות וספקות בדבר היקף התופעה של זכאים לביטוח סיעוד, שנעשו, לכאורה, לא זכאים בשל שיפור במצבם הרפואי והתפקודי. בחוק ההסדרים לשנת 2000 הוכנס תיקון לסעיף 230 לחוק, שבו נקבע, ש"מי שזכאי לגמלת הסיעוד לראשונה והוא לוקה בליקוי שהוא זמני לפי טיבו, לא תשולם לו הגמלה לתקופה העולה על 60 ימים... השר יקבע כללים, תנאים והוראות שבהתקיימם יוכר ליקוי כליקוי

זמני". נמצאנו למדים, שלראשונה, נקבע בחוק גמלת סיעוד מסלול זכאות זמני, או "גמלת סיעוד קצרת מועד" לתקופה של 60 יום, שיכולה להתחיל בעת שחרור החולה מאשפוז. לאחר תקופה של 60 יום על המבוטח או על משפחתו להגיש תביעה מסודרת חדשה לגמלה קבועה. מחוקקי החוק הניחו, שמצבם של קשישים שהיה לא יציב או זמני בעת קביעת הזכאות הזמנית ל- 60 יום, יתייצב ואז יהיה אפשר לקבוע שמצב התפקוד שלהם השתפר והם אינם זקוקים עוד לסיעוד, או שמצב התפקוד הירוד שלהם התייצב ברמה המזכה אותם בגמלת סיעוד קבועה.

יש לציין, כי המוסד לביטוח לאומי בודק בדיקות מדגמיות ותקופתיות את מקבלי גמלת הסיעוד הכרוניים ואת איכות הטיפול בהם, אך הפסקת מתן הגמלה בעקבות בדיקה הוא אירוע מאוד נדיר. כמו כן, יש פיקוח על מתן הטיפול הסיעודי ועל איכותו, הנעשה על ידי עובדות סוציאליות מטעם הוועדות המקומיות. מיעוט הבדיקות על ידי אגף הסיעוד נובע גם מתפיסת העולם של המוסד לביטוח לאומי, המאמינה כי הפיקוח הטוב ביותר על מתן הטיפול נעשה על ידי משפחות הקשיש הסיעודי ועל ידי. זאת, משום שלקשיש ולבני משפחתו יש את הזכות להביע דעתם ולהתלונן על איכות הטיפול בפני העמותה או החברה המעסיקה את המטפל, ועל פי רצונם אפשר להחליף את המטפל או אף את החברה/ העמותה המעסיקה אותו.

מלכתחילה נקבעו בחוק שתי רמות סיוע, בהתאם לירידה במצב התפקוד: במצב של תפקוד ברמה הנמוכה (בין 2.5 לשש נקודות ב"מבחן התלות") ניתנו 11 שעות טיפול לשבוע; במצב תפקוד ברמה הגבוהה (מצב תפקוד שקיבל למעלה משש נקודות ב"מבחן התלות") ניתנו 16 שעות טיפול לשבוע. הניסיון המצטבר של העובדים המקצועיים של אגף הסיעוד, וגם שיחות עם מטופלים ומטפלים, הביאו לשינוי בגישה ולמסקנה שיש לתת את הטיפול הסיעודי בבית בשלוש רמות טיפול. ואכן, בשנת 2007 תוקן סעיף 224 (א) לחוק הביטוח הלאומי וקבע שלוש רמות לגמלת הסיעוד לפי מצבו התפקודי של הקשיש הזכאי לה:

1. כאשר הליקוי ממנו סובל הקשיש גורם לכך שהוא תלוי במידה רבה בעזרת הזולת לביצוע רוב פעולות היומיום (ADL - לבישה, אכילה, שליטה בהפרשות, רחצה, נייודות עצמית בבית), כי אז הוא זכאי לגמלת סיעוד בשיעור של 91% מקצבת יחיד מלאה השווה 93/4 שעות טיפול לשבוע.
2. כאשר כתוצאה מהליקוי הקשיש נהיה תלוי במידה רבה מאוד בעזרת הזולת לביצוע רוב פעולות היומיום ברוב שעות היממה, כי אז הוא זכאי לגמלת סיעוד בשיעור של 150% מקצבת יחיד מלאה השווה ל-16 שעות טיפול לשבוע.
3. כאשר כתוצאה מהליקוי הקשיש נהיה תלוי לחלוטין בעזרת הזולת לביצוע כל פעולות היומיום ובכל שעות היממה או הזקוק להשגחה מתמדת, כי אז הוא זכאי לגמלת סיעוד בשיעור של 168% מקצבת יחיד מלאה השווה ל-18 שעות טיפול לשבוע. הקשישים

הזכאים ל-150% או ל-168% גמלת סיעוד יכולים לבקש ולקבל היתר להעסקת עובד זר רוב שעות היממה, שישה ימים בשבוע, כמתואר בפרק י"ג, העוסק בנושא המטפלים הזרים להלן. אם אין קשישים אלה מעסיקים עובד זר, כי אז קשיש הזכאי על פיו ליקוו ל-150% גמלה מקבל תוספת של 27.2% מקצבת יחיד מלאה, השווה לתוספת של שלוש שעות טיפול לשבוע. קשיש הזכאי על פי ליקוו ל-168% גמלה מקבל תוספת של 36.2% מקצבת יחיד מלאה, השווה לתוספת של ארבע שעות טיפול לשבוע. נמצאנו למדים, כי המחוקק ראה לנכון לקבל את ההמלצות המקצועיות ולקבוע שלוש רמות לטיפול הסיעודי, על פי חומרת הליקוי התפקודי של הקשישים וכן נתן תוספת גמלה בתוספת שעות טיפול, כדי לתמרץ העסקת עובדים שהם אזרחי המדינה.

הספקת שירותי הסיעוד

כאמור, קיימים חמישה סוגים של שירותי סיעוד שהקשישים הזכאים לגמלת סיעוד יכולים לבחור: שעות טיפול אישי בבית, טיפול אישי במרכז יום, מוצרי ספיגה למי שאינו שולט בצרכיו, משדר מצוקה ושירותי כביסה (לוח מס' 2). הקשיש הזכאי לגמלה יכול לבחור שירות סיעוד אחד או יותר על פי רצונו וצרכיו בשיעור שעד גובה הגמלה לה הוא זכאי. בשנת 2008 בחרו כ-98% מהזכאים בטיפול אישי בבית וכ-70% מהם בחרו שירות סיעוד בבית כפריט יחיד. כ-7% בחרו בטיפול אישי במרכז יום, אולם רק כ-9% מהם בחרו שירות זה כפריט יחיד. מוצרי ספיגה נבחרו על ידי כ-18% מהזכאים ומשדרי מצוקה על ידי כ-12% מהם. רק קשישים בודדים בחרו שירותים אלה כשירות יחיד וככלל שירותים אלה באו על חשבון הקטנת שעות הטיפול האישי בבית (המוסד לביטוח לאומי, 2008). נתונים אלה מעידים על כך, שכמעט כל המקבלים גמלת סיעוד זקוקים לטיפול אישי בבית ומעדיפים טיפול כזה. ואכן, טיפול זה היה ונשאר לב ליבו של חוק ביטוח סיעוד.

שירותי הטיפול האישי בבית ניתנים על ידי מטפלות ומטפלים המועסקים על ידי ארגונים נותני שירותים, שהוסמכו ואושרו לכך על ידי המוסד לביטוח לאומי. הסיבה שהמוסד משתמש בארגונים אלה היא כדי שהוא (המוסד לביטוח לאומי) לא יהיה מעסיקם של עשרות אלפי המטפלים והמטפלות ולא תהיה לו מחויבות כלשהי כמעביד כלפי עובדים אלה. לו היה המוסד מעסיק אותם ישירות היה גדל כוח האדם שלו פי עשרים ממה שהוא כיום. שעות הטיפול הניתנות על ידי נותני השירותים נחלקות בין חברות סיעוד (כ-70%) לבין עמותות ציבוריות ומט"ב (כ-30%). זאת, לאחר שחתמו חוזה עם המוסד לביטוח לאומי בעקבות זכייתם במרכז האחרון שהמוסד ערך בשנת 2008. מכרז זה בא בעקבות כמה מכרזים קודמים שהמוסד ערך במטרה להקים מאגר של נותני שירותים לטיפול בית לזכאים. חברות הסיעוד והעמותות עתרו מספר פעמים נגד מכרזים אלה לבתי הדין המנהליים ולבג"צ בגין סעיפים שונים שהיו במחלוקת בנוסחי המכרז, בעיקר עקב דרישות המוסד לביטוח לאומי

לשפר את זכויותיהם הסוציאליות של עובדי הסיעוד. סופו של התהליך הממושך לבחירת נותני השירותים הביא לחתימת הסכמים של נותני השירותים עם המוסד לביטוח לאומי, המבטיחים את זכויותיהם הסוציאליות החוקיות של עשרות אלפי עובדי הסיעוד המועסקים על ידם, זכויות שלא תמיד קיבלו עובדים אלה עד לחתימת ההסכם האחרון.

התפתחות הטיפול הביתי ואיכות המטפלים

"החוק קובע עדיפות לגמלה בעין, כלומר מתן שירותי טיפול ועזרת בית ישירים לזקן. רק כאשר אלה אינם בנמצא תיתכן המרתם בקצבה כספית... קצבה כספית עלולה להיטמע בתקציב המשפחה ולא בהכרח תוצא למטרה שנועדה הגמלה להשיג, היינו הקלת עומס הטיפול (מעל המשפחה)" (בן-צבי, 1993). חיוב המוסד לביטוח לאומי, כנאמר בחוק, לתת שירותי טיפול אישי ועזרת בית בפועל, בצורת שעות טיפול, יצר בשנת 1988 מצב חדש שבו צמח קניין גדול לשירותי הטיפול ועזרת הבית - המוסד לביטוח לאומי - ומולו עמדו רק מעט ספקים, בעיקר עמותות קיימות. כיוון שטייבם של חללים להתמלא, הוקמו עד מהרה עשרות רבות של חברות ועמותות למתן שירותי מטפלות בית לקשישים בביתם - "תעשיית טיפול בית". המטפלים, ובעיקר המטפלות, המועסקים מטעם החברות והעמותות בבתי הקשישים הזכאים לפי חוק ביטוח סיעוד, באים רובם ככולם מן השכבות הדלות, מן העשירונים התחתונים של החברה, כולל חסרי תעסוקה ומובטלים, וחלק לא מבוטל מהם הם חסרי השכלה פורמלית, לרבות בתחומי הסיעוד.

אמנם החוק מחייב להעניק את הגמלה בצורה של שעות טיפול בית, ולא בכסף, אך אין בו כללים המחייבים את המטפלים להיות בעלי ניסיון, השכלה או הכשרה מקצועית פורמלית כלשהי לשם מתן טיפול זה. עד מהרה התברר, כי "מרביתם של עובדי הטיפול הביתי הן נשים לא מיומנות ובעלות השכלה פורמלית נמוכה, גילן הממוצע הוא 43, רובן משתכרות שכר מינימום ועובדות בהיקף משרה חלקי, לפיכך הכנסתן השנתית נמוכה מאוד... ויש להן רק ביטחון מועט בעבודה... הן מועסקות בתפקידים הנהנים מיוקרה מעטה... והערכת איכות ביצוע עבודתן היא עניין מורכב" (שמיד ובורובסקי, 2000).

נוצר אפוא מצב, שהמוסד לביטוח לאומי חייב לתת טיפול בית ועזרה לקשישים הסיעודיים בפעולות היומיום שלהם (לבישה, אכילה, שליטה בהפרשות, רחצה, נידודות), או לספק השגחה על קשישים סיעודיים העלולים לסכן את עצמם או את זולתם, או המתקשים בניהול משק הבית שלהם, באמצעות עובדים לא מקצועיים. למעביד שלהם, היינו החברה או העמותה המספקת את השירות הנחוץ, אין שום חובה להכשיר את המטפלים לתפקידם. המוסד לביטוח לאומי דורש, שלפחות 30% מן העובדים יהיו בעלי הכשרה בסיסית, ולמטרה זו הוא משלם בגין כל שעת טיפול בערך שני שקלים על הדרכה ופיקוח. האחריות המוטלת על המטפלים דורשת לפתח הוראות וכלי פיקוח ובקרה נאותים, אשר יחייבו את המעסיקים

להקנות לעובדים אלה הכשרה מקצועית מספקת ונאותה. המעסיקים משגיחים מדי פעם על עבודתם ומדריכים אותם בעזרת עובדת סוציאלית או אחות, אבל אין בכך משום הכשרה מקצועית מספקת ונאותה. יש לתת את הדעת על השאלה - כיצד ניתן, באמצעים הקיימים, להביא להכשרת כלל המטפלות לתפקידן בידי המעסיקים או מטעמם. ייתכן שיש הכרח ברישוי העובדים, לאחר הכשרה מתאימה בכפוף להתקנת קוד אתי בסיסי.

המוטיבציה של העובדים בטיפולם בקשישים קשורה קשר ישיר לשכר העובדים ולתנאי עבודתם, כולל התנאים הסוציאליים. כאהן-סטרבצ'ינסקי וכורזים, במחקרם על "הקשר בין איכות הטיפול בבית הקשיש לבין שכר המטפלת" (כאהן-סטרבצ'ינסקי וכורזים, 1996) טוענות: "מחקרים שמטפלים בקשר בין שכר המטפלות לבין איכות הטיפול בקשיש לא מפרידים את סוגיית השכר משאר ההטבות או התנאים הסוציאליים אשר החברות מספקות לעובד. הטבות אלה כוללות הפרשות לפנסיה, ימי מחלה, ביטוח רפואי, חופשה וכדומה. מחקרים על תנאי העבודה של מטפלות הבית מראים, שהטבות סוציאליות, ובכלל זה רמת השכר, משפיעות על שביעות הרצון של המטפלות מעבודתן. יתירה מזאת, במחקרים אלה הוכח, כי שביעות רצון נמוכה מהעבודה היא גורם לעזיבה."

גם המחקר של קנטור וצ'יצ'ין (Cantor & Chichin, 1990) העלה, שרוב המטפלות (87.7%) אינן שבעות רצון כלל משכרן, ושלמעלה ממחציתן (57%) מאוד אינן שבעות רצון מן התנאים הסוציאליים שהן זוכות להם במקום עבודתן. אי-שביעות רצון זו מנוגדת לעמדות החיוביות של המטפלות כלפי התפקיד ולשביעות הרצון הגבוהה של העובדים מהיבטים אחרים של העבודה, כגון: מטלות העבודה, הקשר עם המטופל ומשפחתו, ההדרכה שהם מקבלים תוך כדי עבודה. נוסף על כך, במחקר זה נמצא, שכאשר נבדקו הגורמים המנבאים שביעות רצון או אי-שביעות רצון מהעבודה, התגמול הכספי היה הגורם הראשון: 9% מן השונות במידת שביעות הרצון מן העבודה הוסברו בסוגיית השכר וההטבות. דהיינו, "נוסף על השפעת השכר על התחלופה, וכתוצאה מכך על איכות הטיפול, השכר הנמוך פוגע ביחסים בין המטפלת למטופל: כאשר המטופלים ערים לכך ששכרו של המטפלת כה נמוך, הם אינם מרגישים שיש להם זכות לדרוש מן המטפלת על מנת לקבל שירות ברמה טובה יותר, דבר שגם הוא משפיע על איכות הטיפול" (Eustis, Fischer & Kane, 1993).

המחקר היחיד שעסק באופן ישיר בהשפעת תנאי העבודה של המטפלות על מניעת עזיבתן מגלה, שעלייה בשכר המטפלות, יחד עם שיפורים אחרים בתנאים, מפחיתים באופן מובהק את שיעור התחלופה (Feldman, Sapienza & Kane, 1990; Feldman, 1993). במחקר זה נבדקו ארבעה פרויקטים שהופעלו בארבע ערים בארצות הברית: מילווקי, סירקוז, סן דייגו וניו-יורק. המטרה הייתה לבחון את ההיתכנות ואת ההשפעה של הכנסת שיפור בעיסוק המטפלת. התכנית כללה את הרכיבים האלה: העלאת שכר, יותר הטבות סוציאליות, יותר הכשרה רלוונטית לעבודה, יותר השגחה ותמיכה מצד המעסיק, תמיכה מצד עמיתים, יותר אפשרויות קידום. בסקירת ספרות שערכה מלכה כורזים בנושא זה

(כורזים, 1999) נמצאה הסכמה רחבה, כי יש מקום לתת את הדעת לדרכים לייצב את תעשיית טיפול הבית כדי להבטיח מענה לצרכים הגוברים וכדי להבטיח את איכות הטיפול. יש לציין, כי מתן הזכויות הסוציאליות לעובדי הסיעוד בארץ הוסדר באופן מוסכם במכרז נותני השירות שהוציא המוסד לביטוח לאומי בשנת 2008 וההסכמים שנחתמו בעקבותיו בין המוסד לעמותות ולחברות שזכו במכרז (טבלה מספר 3). גם התשלומים לעמותות ולחברות הושוו, למעט תשלומי מע"מ, שבו חייבות החברות ופטורות העמותות, ומס שכר שבו חייבות העמותות ופטורות החברות.

טבלה מספר 3: תחשיב עבור שעת טיפול לשירותי סיעוד (1/2010)

מלכ"ר	עסקי		
21.53	21.53	שכר מינימום + 4%	שכר לשעה
0.91	0.91	6 ימים	הבראה
0.30	0.30	1.5 יום לכל 90 יום) X 0.75	מחלה
0.12	0.12	ערך 4 שעות	מתנת חג
1.08	1.08	5%	חופשה
0.62	0.62	8 ימים בממוצע שנתי	חופשת חג
3.25	3.25	חופשי חודשי X 80%	נסיעות
27.81	27.81		סך הכול
1.07	1.07		ביטוח לאומי
3.14	3.14		פיצויים וגמל 13.3%
0.86	0.86	עובד ל-200 מטופלים	עובדים מקצועיים
0.46	0.46		ביקורי בקרה
0.15	0.15		הדרכת עובדים
0.86	0.86	עובד ל-200 מטופלים	עובדים מקצועיים
2.51	2.51	7.5% על תעריף שעה	מינהל
1.44	1.44		רווח 4%
37.43	37.43		
2.19			מס שכר 7.5%
	5.99		מע"מ 16%
39.62	43.42		סך הכול תעריף

המשפחה וגמלת הסיעוד

עקרון יסוד בביטוח הסיעוד מתחילתו היה, כי גמלת הסיעוד לא נועדה להחליף את הסיוע הסיעודי שהקשיש מקבל ממשפחתו, אלא לסייע בידה ולהקל עליה את העומס הטיפולי. זאת, כי עזרת בני המשפחה לזקן מקובלת כמחויבות טבעית ומובנת מאליה (בן-צבי, 1993). כמו כן, ניתנת גמלת הסיעוד כדי לדחות או למנוע, ככל שניתן, את האשפוז של הזקן במחלקה סיעודית כרונית.

בעשור האחרון התגברה מאוד המגמה של העסקת עובדים זרים לטיפול בקשישים. מגמה זו הביאה במידה רבה להקלה או לשחרור המשפחה מעול הטיפול בקשיש, כיוון שהעובדים הזרים (מהפיליפינים בעיקר) עובדים בשכר נמוך וחיים עם הקשיש, בדרך כלל בביתו 24 שעות ביממה, שישה ימים בשבוע. מגמה זו, שהייתה בתחילה נחלת העשירונים העליונים מבחינה כלכלית בחברה, התפשטה מאוד ובשנת 2007 היה שיעור העובדים הזרים כ-22% מכלל המטפלים בקשישים (המוסד לביטוח לאומי, 2007). המצב בתחום זה היום נדון בספר זה בפרק י"ג, הדין במטפלים זרים. העובדים הזרים מקבלים את ברכת הממשלה לעבודתם על ידי מתן אשרת כניסה ועבודה בארץ לתקופות קצובות. עבודת העובדים הזרים מאושרת שמית ואישית לזקן הסיעודי, הנמצא בביתו בלבד. במקרה של אשפוז הקשיש במוסד סיעודי או במקרה של פטירתו פוקע רישונו של העובד הזר ועליו לצאת מן הארץ. על פי נתוני אגף הסיעוד היו ב-2010 כ-30,000 עובדים זרים חוקיים בסיעוד. להעסקת עובדים זרים בכלל ולטיפול בקשישים בפרט ולהיקף הגדל של תופעה זו משמעות חברתית רבה מבחינה ערכית וגם מבחינה תעסוקתית וכלכלית, אולם שאלות אלה חורגות ממסגרת פרק זה. חלק מחברות הסיעוד התארגנו על פי דרישת הממשלה, כחברה נפרדת לייבא או להשיג עובדים זרים עבור זכאי חוק סיעוד. שכרם של העובדים הזרים ממומן בחלקו מגמלת הסיעוד ואת יתרתו מוסיפים הקשיש או בני משפחתו.

גמלת כסף לעומת שירותי סיעוד בעין

בעקבות התופעה של העסקת עובדים זרים בסיעוד התחדש, בשנים האחרונות, הוויכוח הישן על מתן גמלת כסף לסיעוד לעומת המצב החוקי של גמלה הניתנת בשירותי סיעוד. טענות רבות נשמעות על כך, שחלק ניכר מגמלת הסיעוד אינו משמש לתשלום שכרו של העובד הזר ונשאר בידי החברות המעסיקות. בשל כך, חייבה ועדת העבודה והרווחה בכנסת את המוסד לביטוח לאומי, בשנת 2008, על פי תיקון בחוק, לבצע ניסוי של מתן בחירה לקשיש ומשפחתו בין גמלת כסף לגמלת שירותי סיעוד. ניסוי זה ארך 24 חודש והתבצע בחמישה מקומות בארץ, ובינואר 2010 הורחב לשנה נוספת ולמקומות נוספים בארץ. רק קשישים המתגוררים באזורי הניסוי, שצברו לפחות שש נקודות ב"מבחן התלות" והמקבלים

שירותי סיעוד בפועל ממטפל שאינו קרוב משפחה במרבית שעות היממה ובמשך שישה ימים בשבוע, יכולים להשתתף בניסוי ולהגדיר את בחירתם. מטרת הניסוי ותוצאותיו לא הוגדרו בברור ולוועדה דווח, כי כ-6% מהזכאים בחרו בגמלת כסף.

כאמור, הוויכוח בין מצדדי מתן גמלת שירותי סיעוד בעין לעומת מתן גמלת כסף הוכרע על ידי החלטת הכנסת בחקיקת חוק הסיעוד בשנת 1986, שקבעה בסעיף 225 לחוק, כי גמלת סיעוד תשולם לנותן שירותי הסיעוד, על פי החלטת הוועדה המקומית ולא לידי הזכאי. החוק קבע בסעיף 225 (ג), כי גמלת סיעוד תשולם לזכאי רק במקרה שהוא גר עם בן משפחה המטפל בו ואין שירותי סיעוד זמינים שניתן לספק לו. במקרה של תשלום גמלת סיעוד ישירות לזכאי, הוא יקבל רק 80% משיעור גמלת סיעוד שלמה וזאת על פי סעיף 224 (ב') לחוק. בפועל, אין מחסור בשירותי סיעוד בכל שטחי הארץ וסעיף 225 (ג') הופעל רק במקרים נדירים, דהיינו גמלת סיעוד ניתנה מתחילת הפעלת החוק כמעט רק בשירותי סיעוד בעין.

ראוי לציין, כי מתן שירותים בעין בכלל, ושירותי סיעוד בפרט, הם חריג גדול בפעולתו של המוסד לביטוח לאומי. זאת, כי מומחיותו ויסודות תפקודו של המוסד הם סוציאליים ופיננסיים ולב עבודתו של המוסד הוא מתן גמלאות כסף לזכאים השונים, כאשר הגמלאות והקצבאות על פי החוק. לכן, הקים המוסד אגף מיוחד למטרה זו, אגף הסיעוד, וכאמור פעולתו ייחודית במתן שירותי הסיעוד בפועל לזכאים. משהחל המוסד לתת גמלת סיעוד בעין התברר, כי הוא יעיל מאוד בעבודה זו ונותן את שירותי הסיעוד באמצעות תאגידי הסיעוד באופן משביע רצון בדרך כלל. חידוש הוויכוח, כאמור, על עצם מתן גמלת סיעוד בעין לעומת גמלה כספית התרחש בשנים האחרונות בשל ההרחבה הנמשכת בהעסקת עובדים זרים בסיעוד.

במסגרת פרק הנכות שבחוק הביטוח הלאומי קיימת גמלה של "שירותים מיוחדים" (להלן: שר"מ). שמטרתה דומה מאוד לגמלת סיעוד. גמלה זו נועדה לאפשר לנכה שמתחת לגיל 65 (כיום 67) בעל מוגבלות תפקודית לקבל גמלת כסף כדי לממן שירותים סיעודיים בביתו. כאשר הנכה עובר את גיל 65 (נשים בגיל 60) ולאחר תיקון גיל הפנסיה כאשר הוא עובר את גיל 67 (נשים בגיל 64), הוא רשאי לבחור בין המשך קבלת גמלת שר"מ בכסף לבין קבלת גמלת סיעוד בשירותי סיעוד בעין (סעיף 228 וסעיף 206 לחוק). במחקר שבוצע על ידי נאון, ברודסקי וחב' (נאון וברודסקי, 2004) נבדקו 138 זוגות של קשישים מקבלי גמלת סיעוד וקשישים מקבלי גמלה שר"מ בכסף בעלי מתאם דומה בכל זוג. הבדיקה נעשתה על ידי ראיונות אישיים עם הזקן, מקבל הגמלה, וראיון טלפוני עם המטפל הבלתי פורמלי שלו ומשפחתו. המדגם, כפי שצינו החוקרים, לא היה מייצג. הממצא המרכזי במחקר זה היה, כי בעוד ש-90% מהקשישים מקבלי גמלת סיעוד אכן קיבלו סיוע סיעודי מהמטפל מטעם המוסד בטיפול אישי, הרי שרק כשליש מן הקשישים מקבלי גמלת שר"מ מימנו בכספי הגמלה העסקת מטפלת! אמנם, על פי הדיווח, הקשישים היו דומים בשתי הקבוצות במאפייני המוגבלות, ברווחתם הנפשית ובמחלות שמהן סבלו (למעט כבדי הראייה והעיוורים

שהיו באופן מובהק שכיחים יותר בקרב מקבלי שר"מ) וכן היה דמיון רב בין שתי הקבוצות בשימוש בשירותי בריאות כלליים ומקצועיים. אולם מטרת החוק, טיפול סיעודי אישי, לא התממשה במקבלי שר"מ. אין להתעלם מכך, שבחלק מארצות אירופה קיימת זכות בחירה בין גמלת כסף לבין שירותים בעין, אולם לא כל מה שמתאים לארצות אלה יש לאמץ בארץ, בפרט לאור העובדה, שחוק הסיעוד כאן נחקק קודם לחוק ברוב ארצות אירופה ושאינו חולק על כך, שהחוק משיג את מטרתו במתן טיפול סיעודי טוב לשביעות רצון רבה של הזכאים.

- במסגרת הוויכוח המחודש נשמעו טיעונים רבים בעד ונגד מתן גמלת כסף כתחליף בחירה לגמלת סיעוד בעין, הניתנת בשעות טיפול על ידי תאגידים מטעם המוסד לביטוח לאומי. הוויכוח חרג ממסגרת הדיון במתן גמלת כסף בגין העסקת עובד זר והוא מתייחס לכלל מקבלי גמלת הסיעוד. תמצית טיעוני המצדדים במתן בחירה בין גמלת כסף לגמלת סיעוד בעין הם:

- מתן גמלת סיעוד בעין הוא מעין "פטרנליזם" והתערבות בלתי סבירה בזכות ההחלטה והבחירה של הזקן, בפרט כאשר הקשיש ומשפחתו מעסיקים עובד זר ומוסיפים מכיסם להעסקתו מעבר לגמלת הסיעוד. לפי תפיסה זו, ראוי לתת לאזרחים, כולל הקשישים, את הזכות ואת האפשרות לבחור את סוג השירות הרצוי להם ואת מי שיספק אותו, כדי להגשים את "יעד העצמת האזרחים".

- מתן גמלת כסף תורם לחיזוק רשת הסיוע המשפחתית, שלה מקום של כבוד וחשיבות מעשית רבה לתפקודו, לרווחתו ולבריאותו של הקשיש. לכן, על פי טיעון זה, גם בני המשפחה יכול שיקבלו לכיסם את הגמלה כתשלום אפילו חלקי, עבור שירותם והמאמץ שהם מקדישים לטיפול בקשישים ולעתים עבור שעות עבודה שהם מפסידים בשל טיפולם באב או באם המשפחה. גמלת סיעוד מיועדת גם לשפר את המצב הכלכלי של הזקן ובן/בת זוגו המטפל בו.

- תשלום גמלת כסף במקום שירות בעין יקטין את ההוצאה הממשלתית בגין שירותי סיעוד, כיוון שחלק מהתשלומים לחברות הסיעוד אפשר יהיה לחסוך על ידי הקטנת המנגנונים של הביטוח הלאומי ושל החברות ברמה הארצית והמקומית. יתרה מזאת, מתן גמלה כספית יחסוך 20% מההוצאה הממשלתית, כיוון שעל פי סעיף 22 לחוק גמלה כספית משולמת כ-80% מגמלת שירותים. קטן מסכם טיעונים אלה כך: "התמיכה בהענקת גמלה כספית במקום שירותים בעין מעוגנת אפוא הן בשיקולים עקרוניים (הכרה בזכות הבחירה ובצורך לחזק את התמיכה המשפחתית) והן בשיקולים פרקטיים (פיחות בכוחן של החברות, קיטון רווחיהן וצמצום ההוצאה הממשלתית)" (קטן, 2010).

מתן בחירה יביא לצמצום כוחן של החברות המספקות שירותי סיעוד, משום שיש להן רווחים גבוהים מדי והוצאות מנהליות שאפשר לוותר עליהן.

**לוח מספר 4: זכאים לגמלת סיעוד לפי מאפיינים דמוגרפיים ורמת הגמלה
(ממוצע חודשי, 2008)**

מספרים מוחלטים	אחוזים	
131,460	100.0	סך הכול
		מין
38,296	29.1	גברים
93,164	70.9	נשים
		גיל
1,270	1.0	עד 64*
6,368	4.8	69-65
16,340	12.4	74-70
27,658	21.0	79-75
36,816	28.0	84-80
43,008	32.7	85
		הרכב משפחה
61,782	47.0	גרים בגפם
52,340	39.8	גרים עם בני זוג
17,338	13.2	גרים עם בניהם או אחרים
		ותק בישראל
99,4579	75.7	ותיקים
32,001	24.3	עולים ** - סך הכול
3,378	2.6	מזה: עלו אחרי שנת 1999
		רמת גמלה
75,556	57.4	גמלה נמוכה (91%)
32,824	25.0	גמלה גבוהה (150%)
23.080	17.6	גמלה גבוהה מאוד (168%)

* קבוצת הגיל כוללת נשים בלבד.

** אנשים שעלו לישראל אחרי שנת 1989.

מתוך "ביטוח סיעוד" בסקירה השנתית, פרק 4, 2008. מינהל המחקר והתכנון, המוסד לביטוח לאומי, ירושלים.
השוללים טיעונים אלה סבורים, כי "יעד העצמת האזרחים" הוא עיקרון סוציאלי שאינו קשור כלל למטרת הסיעוד - טיפול סיעודי אישי. לגבי הטיעון השני, המטרה המפורשת של

המחוקק הייתה לתת שירות סיעודי אישי קבוע ולא סיוע כספי למשפחה, כי עזרתה - בעיקר עזרת ילדים - נחשבת, כאמור, כמובנת מאליה. צמצום כוחן של עמותות וחברות אינו יעד ולא מטרה, כל עוד הן ממלאות את תפקידן על פי החוזה עם המוסד לביטוח לאומי. לאחר שזכו במרכז הסיעודי, יש יותר ממאה עמותות וחברות שזכו ביושר ובמקצועיות במרכז מסובך זה, המגדיר מראש גם את רווחיהן.

הטענה כי גמלת כסף תקטין את ההוצאה הממשלתית אינה נכונה וזאת משום שההפרש של 20% בין גמלת כסף לעלות סיעוד בעין נובע מתשלומי מע"מ וממסים אחרים החוזרים לממשלה. לכן, אין ולא יהיה הבדל משמעותי בהוצאה הממשלתית בין גמלת כסף לשירות סיעוד בעין. ההנחה כי ניתן להקטין את מנגנון הביטוח הלאומי אם יינתנו גמלאות כסף במקום סיעוד נובעת מחוסר הבנה. ההיפך הוא הנכון. יידרשו עובדים רבים נוספים כדי לוודא שאכן הקשיש קונה בגמלת הסיעוד שירותי סיעוד מתוך הסל, ויידרש מנגנון מיוחד לטפל בתופעות החריגות, שצפוי כי תהיינה רבות.

תמצית טיעוני המצדדים במתן שירותי סיעוד בעין והמתנגדים למתן גמלת כסף היא:

- במתן גמלת כסף לסיעוד קיים חשש כי הזקן הסיעודי יעשה שימוש שאינו תואם את מטרות חוק הסיעוד, קרי מטפלת לא תועסק כלל או לא במספר השעות הנדרש. כן קיים חשש של שימוש בכספי גמלת הסיעוד על ידי בני המשפחה, שלא לצורך טיפול בזקן אלא כחלק מהזנחה או התעללות הקיימת גם במסגרות משפחתיות.
- קיימים קשיים בהעסקה עצמית של מטפלים מתאימים שעברו הכשרה ושיש עליהם פיקוח, קשיים בתשלום שכרם ובעיקר בעול הכבד של התשלומים הסוציאליים הנלווים וכן קשיים במציאת מחליף בעת היעדרות המטפלת בשל חופשה, מחלה או סיבה אחרת.
- טענה נוספת היא, שיש השלכות שליליות לפגיעה בחברות ובעמותות הסיעוד, שהקימו רשת מסועפת, ארצית ומקומית למתן שירותי סיעוד טובים ויעילים לאוכלוסייה הקשישה והמספקות תעסוקה לכ-75,000 מטפלות ומטפלים ישראלים, העובדים בחברות ובעמותות אלה. מתן גמלה כספית עלולה, אפוא, לפגוע לא רק בחברות ובבעלי השליטה בהן, אלא גם במטפלות ובפרנסתן ולהגדיל את האבטלה. יתרה מכך, חברות ועמותות הסיעוד מנוסות בגיוס, בקליטה ובהשמת מטפלים לקשישים. הקשיש הבודד יתקשה למצוא מטפלת בשוק החופשי, ולהיפך, מטפלת המעוניינת בעבודה תתקשה במציאת מעסיק ובהבטחת שכרה וזכויותיה הסוציאליות.
- טיעון נוסף שהושמע בעד המשך מתן גמלאות הסיעוד בעין נובע מהמאפיינים של הקשישים מקבלי הגמלה. מתברר כי ב-2008 28% מהזכאים היו בני גיל 80 עד 84 וכ-33% נוספים היו מעל גיל 85. זאת ועוד, כ-71% מהזכאים הן נשים, 47% גרים בגפם וכ-40% גרים רק עם בן זוג, שהוא/היא בדרך כלל בגיל דומה (לוח מס' 3). ידוע

גם, כי בגיל +85 שיעור הקשישים הסובלים מירידה קוגניטיבית הוא כ-22% ושיעור זה עולה בכ-10% כל שנה.

לכן, לאור מאפיינים דמוגרפיים ורפואיים אלה, קשה לראות את רוב הזכאים, בעלי מאפיינים אלה או חלק מהם, פועלים כמעסיקים של עובדי סיעוד, משלמים את שכרם, את דמי הביטוח הלאומי עבורם ואת ההפרשות הסוציאליות שלהם (קטן, 2010; Schmid, 2005), דואגים למחליף לעובד בעת היעדרותו, במחלתו, בחופשתו השבועית והשנתית ופותרים בעיות שונות המתעוררות אצל העובד מזמן לזמן.

היכן ימצא הקשיש את המטפל? היות ומטפלים קשים להשגה באופן עצמאי, סביר שהזכאי לגמלת סיעוד יפנה, אם יוכל, לעמותה או לחברת סיעוד הן למציאת העובד והן למחליפיו, ואם כן מה הועילו חכמים בתקנתם? היות וכאמור על פי סעיף 224 (ב) לחוק הביטוח הלאומי, קשיש המקבל גמלה כספית מקבל רק 80% משיעורה, הרי שיתברר כי בנוסף לכל הקשישים יהיה בידיו סכום קטן יותר לקנות שירותי סיעוד מאשר לו קיבל גמלה בעין.

יתרה מכך, מתוך תבנית הזדקנות האוכלוסייה (ברודסקי, 2009) ברור כבר היום, כי קבוצת הגיל שמעל 80 ומעל 85 הן החלק הגדול ביותר באוכלוסייה. דהיינו, מקבלי גמלת סיעוד יזדקנו עוד, על כל המשמעויות הנובעות מכך. אמנם, אין להתעלם מכך, שלחלק ניכר ממקבלי גמלת סיעוד יש משפחה הדואגת להם ומממנת עבורם חלק מעלויות המטפל הזר, אך המנגנון להפריד בין הבודדים ובין מוקפי משפחה אינו פשוט ולא ברור מי וכיצד יפקח על השימוש בכספי גמלת סיעוד. מעבר לכך, קיים חשש כי לא ירחק היום שלאחר מתן אישור לקבלת גמלת כסף למעסיקי עובדים זרים יתברר, כפי שכמה גורמים דורשים, שזה הצעד הראשון ובעקבותיו תעלה הדרישה לתת שוויון בזכות הבחירה גם לזכאים המעסיקים עובדים מקומיים או לאלה שאינם מעסיקים עובדים כלל. טיעונים נלהבים ותמיכה ברוח זו נתפרסמו לאחרונה (קטן, 2010). מתן גמלה כספית בכסף במקום בשירותי סיעוד יהפוך גמלה זו, למעשה, לתוספת לקצבת הזיקנה ואז תסוכל ברובה מטרת חוק הסיעוד. האם לכך הכוונה?

עוד נטען, כי חוק ביטוח סיעוד הוא חוק טוב, הנותן ביעילות לכ-15% מהקשישים בישראל סיעוד ועזרה ביתית ואישית, המקלה על תפקודם בבית. סיעוד זה דוחה בזמן או מונע כליל את הצורך של אנשים מבוגרים, שתפקודם ממשיך להתדרדר, לחיות במוסדות הסיעודיים לסוגיהם. לכן, לכל הדעות, החוק השיג את מטרתו וחשוב לשמור את הישגיו. הפעלת החוק במתכונתו הקיימת מספקת עבודה ל-75 אלף מטפלות/ים שזה מקור מחייתם, המעלה את רובם מעל קו העוני ונותן להן את הסיפוק שבעבודה בכלל ובטיפול אישי בקשישים סיעודיים בפרט. גם זה הישג חשוב של הפעלת חוק ביטוח סיעוד. במתן גמלה כספית יש חשש לפגיעה בהישגים של טיפול ביתי סיעודי בפועל. לכן, גם אם החשש קטן, ובוודאי אם יותר מכך, אין סיבה אמיתית לפגוע בקיים. בעיות הנוגעות לגובה התשלום לעובד הזר

בגין העסקתו על ידי המשפחה, שהיא העילה לכל המהומה המחודשת ולניסויים הנעשים בעניין זה באגף הסיעוד, ניתן לפתור בקלות על ידי התניות והסכמים חוזיים בין המוסד לביטוח לאומי לבין העמותות וחברות הסיעוד, כפי שנעשה במכרז הסיעוד לאחרונה, לגבי התשלומים הסוציאליים של כלל עובדי הסיעוד.

מקורות

- בן-צבי, ב. (1989). תרומת חוק הביטוח הלאומי, ביטוח סיעוד, לרווחתם של זקנים סיעודיים. **ביטחון סוציאלי**, 34: 49-60.
- בן-צבי, ב. (1993). חוק הסיעוד - הישגים והשלכות בלתי צפויות ביישומו. **ביטחון סוציאלי**, 39: 110-121.
- ברודסקי, ג., שגור, י. ובאר, ש. (2009). **קשישים בישראל, שנתון סטטיסטי**. ירושלים: מכון מאיירס-ברוקדייל ואשל-ג'וינט ישראל.
- המוסד לביטוח לאומי. (2008). **ביטוח סיעוד. פרק 4: פעולות ומגמות בתחומי הגימלאות**: סקירה שנתית. ירושלים: מינהל המחקר והתכנון, עמ' 171-178.
- המוסד לביטוח לאומי (2008). **חוק הביטוח הלאומי, פרק ו': ביטוח סיעוד** (עדכון 2008). מתוך חוק הביטוח הלאומי וחוקים נלווים. ירושלים: עמ' 148-157.
- כאהן-סטרבצ'ינסקי, פ. וכורזים, מ. (1996). **קשר בין איכות הטיפול בבית הקשיש לבין שכר המטפלת. סקירת ספרות**. ירושלים: ברוקדייל-ג'וינט ישראל.
- כורזים, מ. (1999). **סקירת ספרות בנושא מטפלות בית בזקן**. ירושלים: ברוקדייל-ג'וינט ישראל.
- מן, ק. (1983). **דין וחשבון הוועדה להצעת עקרונות לחוק ביטוח סיעוד**. הוגש לשר העבודה והרווחה, ירושלים.
- נאון, ד., ברודסקי, ג., בן-נון, ש., רזניצקי, ש., מורגנשטיין, ב., גרא, ר. ושמלצר, מ. (2004). **קשישים מוגבלים מקבלי גמלה בכסף (גמלת ש"מ) ומקבלי גמלה בעין (גמלת סיעוד)**. ירושלים: ברוקדייל-ג'וינט ישראל ומינהל המחקר והתכנון, המוסד לביטוח לאומי.
- קטן, י. ולבנשטיין, א. (1999). **עשר שנים להפעלת חוק ביטוח סיעוד - משמעויות ולקחים**. ירושלים: המרכז לחקר המדיניות החברתית בישראל.
- קטן, י. (2010). יש להחיל את זכות הבחירה על כלל הזכאים לשירותי סיעוד. **דורות**, 124: 22-25.
- שטסמן, י., כהן, א. וגינסברג, ג. (1991). **הערכת קביעת הזכאות לשירותים סיעודיים במבחני התלות של המוסד לביטוח לאומי ובמבחנים נוספים באוכלוסייה הקשישה בירושלים**. מחקר בהזמנת המוסד לביטוח לאומי (לא פורסם).
- שטסמן, י. (2000). **סיכום דיונים והמלצות של ועדת המומחים הבין-משרדית לרה-ארגון של השירותים הסיעודיים והרפואיים לקשישים בישראל**. הוגש לשרי העבודה והרווחה והבריאות, ירושלים.

שטסמן, י. (2001). חוק ביטוח סיעוד לאחר שנים עשרה שנה - בעיות ופתרונות. **ביטחון סוציאלי**, 60: 8-30.

שמיד, ה. (1998). **הערכת תפקודם של הארגונים המספקים שירותי טיפול ביתי לזקנים סיעודיים**. ירושלים: בית הספר לעבודה סוציאלית ע"ש פאול ברוואלד, האוניברסיטה העברית בירושלים.

שמיד, ה. ובורובסקי, א'. (2000). סוגיות נבחרות בהספקת שירותי טיפול ביתי לקשישים במלאות עשור להפעלת חוק ביטוח סיעוד. **ביטחון סוציאלי**, 57: 59-81.

Cantor, M.H. & Chichin, E.R. (1990). *Stress and strain among homecare workers of the frail elderly*. New York: Brookdale Institute on Aging, Third Age Center, Fordham University.

Eustis, N.N., Kane, R.A. & Fischer, I.C. (1993). Home care quality and the home care worker: Beyond quality assurance as usual. *The Gerontologist*, 33(1): 64-73.

Feldman, P.H. (1993). Work life improvements for home care workers: Impact and feasibility. *The Gerontologist*, 33(1): 47-54.

Feldman, P.H., Sapienza, A. & Kane, N. (1994). On the home front: The job of the home aide. *The Gerontologist*, 18(3): 16-19.

Naon, D. & Strosberg, N. (1996). *The impact of the community long-term care insurance law on patterns of institutionalization*. Jerusalem: JDC-Brookdale Institute Of Gerontology And Human Development.

Schmid, H. (2005). The Israeli long term care insurance law: Selected issues in providing home care. *Health and Social Care in the Community*, 13(3) 191-200.

פרק ח': הוספיס בית

יהורם זינגר

מבוא

בעקבות התקדמות הטכנולוגיה ברפואה המודרנית בעולם, רואים עלייה בתוחלת החיים של אוכלוסיות שלמות. כמו כן, חל שינוי משמעותי באפידמיולוגיה של התחלואה. יותר אנשים מבוגרים סובלים ממחלות כרוניות לאורך שנים רבות יותר. כיום, אנשים נפטרים פחות ממחלות זיהומיות. גם מחלות כרוניות, כמו סכרת, סוגים שונים של סרטן ומחלות כלי דם שונות, הפכו ממחלות קטלניות, שבהן החולים נפטרו תוך שבועות או חודשים ספורים, למחלות שההישרדות בנוכחות המחלה נמנית בשנים. בשלבים ההתחלתיים של גילוי המחלה הטיפולים הרפואיים מאפשרים הארכת חיים באופן משמעותי. אבל בשלב מסוים הטיפול הופך לבלתי יעיל, המחלה ממשיכה להתקדם ומתברר שלא קיים יותר טיפול שיאריך את החיים. לחלופה, הטיפול מאריך החיים הקיים גורם לסבל כה רב עד שהחולה מגיע למסקנה, שהסבל לא שווה את הרווח מהטיפול. למרבה הצער, פעמים רבות, בשלב זה הרופא מתייצב מול החולה ומשפחתו ומסביר להם שאין לו יותר מה להציע להם מבחינת טיפול רפואי. החולה ומשפחתו מוצאים את עצמם מאוכזבים ממערכת הבריאות, שזנחה אותם. הם חשים מפוחדים, מבולבלים וחסרי אונים מול עתיד לא ברור אך קודר. בשלבים אלה של המחלה קיים כבר סבל רב מבחינת תסמינים גופניים, כמו חולשה וכאב. עכשיו, כשמערכת הבריאות מתנערת מאחריות, מתווספים לסבל גם ממדים נפשיים, חברתיים ורוחניים, שבהם נעסוק בהמשך.

מטרתו של פרק זה לדון במתן טיפול פליאטיבי לחולים הלוקים במחלה סופנית ונמצאים בשלבים האחרונים של חייהם, בתוך מסגרת ביתם. באזור הנגב פותח מודל ייחודי של טיפול פליאטיבי בחולים סופניים, ובתיאור המודל יעסוק פרק זה.

הגדרות של מושגי יסוד

טיפול פליאטיבי

זהו טיפול רפואי ותמיכתי בחולה הסובל ממחלה כרונית חשוכת מרפא, שמטרתו היא הקלת הסבל של החולה במובן הרחב ביותר של המילה. אין הכוונה בטיפול זה לרפא או להאריך את חיי החולה. זו גישה טיפולית רב-מקצועית אשר משפרת את איכות החיים, עד כמה שניתן, של חולים ובני משפחותיהם, בהתמודדות עם מחלות חשוכות מרפא בסוף החיים.

מטרת הטיפול - לאפשר לחולה ולמשפחתו לנצל את הזמן שנותר לחיות בצורה המיטבית. על פי הגדרה של ארגון הבריאות העולמי (WHO, 2010) מאפייני הטיפול הפליאטיבי הם:

- הקלת הכאב וסימפטומים מטרידים אחרים;
- תמיכה בחיים ותפיסת המוות כתהליך נורמלי;
- המטרה אינה להחיש או לדחות את מותו של החולה;
- שילוב של היבטים נפשיים ורוחניים בטיפול בחולה;
- מתן מערכת תמיכה המסייעת לחולה לחיות חיים פעילים ככל האפשר עד למותו;
- סיוע לבני המשפחה להתמודד עם מחלתו של החולה ועם מותו;
- עבודת צוות, כדי להתמודד עם הצרכים של החולה ובני משפחתו גם בשלב האבל;
- שיפור איכות החיים של החולה.

הוספיס

הוספיס הוא למעשה טיפול פליאטיבי-תמיכתי לקראת סוף החיים. במקומות שונים בעולם ההגדרה לסוף החיים מבחינת זמן יכולה להיות שונה, אך בצפון אמריקה ובמדינת ישראל מדובר בזמן הישרדות ממוצע של כחצי שנה. מטרת הטיפול היא לאפשר לחולה לחיות ללא כאב או ללא סימפטומים גופניים אחרים, אלא ברוגע ובכבוד עד רגע המוות.

סבל

סבלו של אדם מחייב התייחסות לארבעה ממדים:

גופני: סבל שהאדם חש בגופו. דוגמאות לכך כוללות: כאב על צורתיו השונות, קשיי נשימה, בחילה וכל אי-נוחות גופנית אחרת.

נפשי: למשל: דיכאון, עצב, חרדה ופחד. לקראת סוף החיים קיים עצב נוכח הפרידה הצפויה וקיים פעמים רבות פחד מהבלתי נודע, חשש מחוסר האונים ההולך וגובר, מסבל קשה שלא יהיה לו מענה ראוי.

חברתי: סבל הנגרם על ידי פגיעה ביחסים שבין החולה והסובבים אותו, בעיקר חברים ובני משפחה.

רוחני: פגיעה בערכים של החולה, שנובעת ונגרמת ממחלתו. למשל, אצל אנשים רבים עצמאות ואוטונומיה הם ערכים מאוד חשובים. אצל אדם החולה במחלה כרונית מתקדמת, פעמים רבות קיימת פגיעה ביכולתו של החולה לשרת את עצמו והוא

הופך לתלוי בזולת לצורך ביצוע פעולות יומיומיות בסיסיות ביותר, כמו לבישה ורחצה. הסבל הנובע מתלות זו נחשב לסבל רוחני. שאלות כמו: "למה זה קרה לי ומה יקרה לי אחרי מותי" הן סוגיות רוחניות.

מהגדרות הללו עולה, כי מטרת הטיפול הפליאטיבי היא להקל על סבלו של החולה ומשפחתו בהיקף הרחב של כל ממדי הסבל. אולם, הקלה על סבל הוא דבר סבוך ומורכב ומעצם היותו רב-ממדי דורש גם מעורבות של אנשי מקצוע מדיסציפלינות שונות ברפואה, שעובדים כצוות, כאשר אחד משלים את תפקידו של האחר. רק כך אפשר להעניק טיפול הנוגע בכל אחד מממדי הסבל.

אחת המטרות של פרק זה היא להראות, שבעזרת עקרונות הטיפול הפליאטיבי, גם בתקופה קשה ביותר של סוף החיים, קיימת אפשרות מעשית להקלה משמעותית על סבלו של החולה. ניתן לאפשר לחולה ולמשפחתו לעבור את תקופת החיים החשובה והמשמעותית הזו בקלות יחסית; לנצל את התקופה הזו להשגת מטרות בעלות השלכות חשובות, הן לחולה והן להמשך החיים של משפחתו וקרוביו האחרים. בפרק זה נעמוד, אם כן, על הצרכים המיוחדים הקיימים בשלב זה של החיים ועל האמצעים הדרושים כדי לאפשר את מילויים ואת הגשמת המטרות הייחודיות לתקופה זו של החיים.

מוות בבית

עד לפני כ-70-80 שנה רוב האנשים בעולם סיימו את חייהם בבתיהם, בחיק המשפחה הקרובה. עם התפתחות והתקדמות הרפואה המודרנית במדינות רבות במערב אירופה ובצפון אמריקה יותר ויותר אנשים מסיימים את חייהם בבית החולים ולא בבתי אבות ובבתי חולים לחולים כרוניים (Tang & Mccorkle, 2003). תנועת ההוספיס המודרנית החלה עם פתיחתו של הוספיס Saint Christophers בלונדון, שהוקם בשנת 1967 על ידי Dame Cicely Saunders. אישה זו התחילה את הקריירה המקצועית שלה כעובדת סוציאלית באחד מבתי החולים בלונדון לפני כ-60 שנה. כבר אז היא הבינה, שבמצבים רבים אין לרפואה המודרנית אפשרות לרפא מחלות רבות וגם היכולת להאריך את חייהם של חולים רבים מאוד מוגבלת. היה ברור לה, שחולים רבים מסיימים את חייהם בסבל רב בלי שלרפואה המודרנית יהיה פתרון עבורם ועזרה משמעותית להעניק להם. מהר מאוד הגיעה סיסלי סאנדרס למסקנה, שכדי לחולל שינוי כלשהו במערכת הבריאות הבריטית עליה לרכוש את התואר דוקטור לרפואה. לאחר שהשלימה את התואר, ביוזמתה, הונחו היסודות לתנועת ההוספיס המודרנית, הוגדרו ופותחו שיטות טיפול יעילות להקלה על סבל גופני, במקביל, נחקרו והובנו התהליכים הנפשיים והרוחניים שעוברים על אדם לקראת סוף ימיו ופותחו שיטות טיפול ייחודיות. בשנת 2005 סאנדרס נפטרה בשיבה טובה באותו ההוספיס שהיא

הקימה 38 שנים קודם לכן. מאחוריה השאירה דיסציפלינה חדשה ופילוסופיית טיפול ברפואה, שבמהלך השנים התפתחה והתפשטה בעולם כולו.

קיימות סיבות רבות לכך שאנשים מסיימים את חייהם שלא במסגרת הבית. ראשית, קיימת התחושה, שבאמצעות הרפואה המודרנית המתקדמת בבית החולים אפשר לרפא, לטפל ולשפר את מצבו של החולה בכל מקרה. בקרב הרופאים, מוות נתפס ככישלון של מערכת הבריאות בכלל ושל הרופא עצמו בפרט ומכאן גם האמונה, שבמסגרת בית החולים אפשר בכל זאת להרחיק את המוות. קיימת תחושה, שבבית חולים מצילים חיים, גם כאשר מצבו של החולה קשה וברור שהמוות קרב. יש רצון גם של החולה ובעיקר של משפחתו, לבדוק האם בכל זאת ניתן לעשות משהו כדי לדחות את המציאות המרה. שנית, קיימת הכחשה של הזיקנה ושל המוות, יש אידיאליזציה של האדם הצעיר והבריא, ולצורך זה אנשים עושים מאמצים רבים לשמור על צעירותם. בקרב משפחות רבות קיימת נטייה שלא לדבר על נושאים הקשורים לסוף החיים. משפטים, כגון "אל תספר לאבא מה יש לו כדי לא לצער אותו לקראת סוף חייו" הם מאוד שכיחים. באווירה כזו לא ניתן לדעת את רצונותיו והלך רוחו של החולה הנוטה למות.

במחקרים שונים שנערכו גם בארץ וגם במדינות שונות במערב אירופה ובצפון אמריקה מתברר, שרוב האנשים היו רוצים לסיים את חייהם בביתם בחיק המשפחה הקרובה להם ובסביבה מוכרת ותומכת (Iecovich, Carmel & Bachner, 2009). למרות זאת, בסופו של דבר, מעל 80% מהאוכלוסייה במדינת ישראל מסיימת את חייה בבית חולים או בבתי אבות ולא בבית. קיימות סיבות רבות לכך, אך כנראה שהסיבה העיקרית נובעת מהעובדה, שמערכת הבריאות אינה ערוכה להעניק שירות בריאות זמין ונגיש לטיפול בסוגיות השונות ובהיבטים השונים העולים בשלב של סוף החיים. מחקר (Singer, Bachner, Shvartzman & Carmel, 2005) שנעשה בבאר שבע, השווה בין התמודדות המשפחות של חולים שנפטרו בבית במסגרת טיפול יחידת הוספיס בית לבין חולים שנפטרו בבית חולים, ללא תמיכה של יחידת הוספיס בית. התברר, שההתמודדות של משפחות שיקירם נפטר בבית הייתה יותר קשה, אך בסופו של דבר הם היו יותר מרוצים מהתהליך, מאשר קרוביהם של האנשים שנפטרו בבית החולים. מעל 95% מהנשאלים דווחו, שאם היו צריכים לעבור את התקופה שנית היו שוב פעם בוחרים ללוות את יקירם ולאפשר לו לסיים את החיים בבית. מחקר נוסף שנעשה בארץ (Tamir, Singer & Shvartzman, 2007) בדק עלויות של טיפול בחולים בשנה האחרונה לחייהם. בהשוואה בין חולים שטופלו במסגרת הוספיס בית לבין חולים שלא טופלו במסגרת זו, אך נפטרו בבית החולים, נמצא שהחיסכון בעלויות בטיפול בית היה משמעותי ביותר. מתברר, שככל שהחולה מתקרב לסוף חייו, כך העלויות למערכת הבריאות עולות. מהמחקר עלה, שחולים במסגרת טיפול הוספיס בית מתאשפזים פחות בבתי חולים ובמוסדות רפואיים אחרים. הם גם פונים פחות לחדרי מיון ולשירותי ייעוץ רפואיים אחרים. בנוסף לכך, הם עוברים פחות בדיקות הדמיה

ומעבדה. עם זאת, חשוב לציין, שלא נמצא הבדל באורך החיים של המטופלים במסגרת הוספיס בית לבין הוספיס במסגרת אשפוזית. גם בדיקת איכות חיים הראתה יותר שביעות רצון בקרב החולים עצמם וגם בקרב בני המשפחה שלהם כאשר קיבלו טיפול בבית בליווי צוות הוספיס בית.

לסיכום, נראה, שבעתיד הנראה לעין תהיה נטייה רבה יותר לאפשר לאנשים לסיים את חייהם בביתם בקרב משפחתם ובסביבה המוכרת להם. מסתבר, שזה מה שהחולים עצמם רוצים וגם מה בני משפחתם מעדיפים, אך כל זאת בתנאי שמערכת הבריאות תהיה מסוגלת לאפשר את הטיפול הנכון והמתאים. מעבר לרצונם של החולים ובני משפחותיהם, הרי שטיפול זה עשוי להיות יעיל וחסכוני יותר מבחינה כלכלית.

חוק החולה הנוטה למות

בשנת 2005 התקבל בכנסת ישראל חוק "החולה הנוטה למות". החוק נותן לכל אדם במדינת ישראל את הזכות לקבוע איזה טיפול יש לאפשר לו לקבל. יתרה מכך, החוק מאפשר לאדם לקבוע גם איזה טיפול אין לתת לו כאשר יחלה במחלה ויהיה במצב של "חולה הנוטה למות". בנוסף לכך, החוק מאפשר לכל אדם לקבוע מי יהיה רשאי לקבוע עבורו איזה טיפול רפואי יקבל ואיזה טיפול לא יקבל, כאשר הוא יהיה במצב של "חולה הנוטה למות" ולא יהיה כבר מסוגל להביע את רצונו. קיימים טפסים, שניתן להורידם מאתר האינטרנט של משרד הבריאות, המפרטים בדיוק את הטיפולים הרפואיים האפשריים. במילוי הטופס, כל אדם יכול להגדיר בדיוק מה הוא מבקש מבחינת טיפול רפואי כאשר יהיה במצב של חולה לקראת מותו. את הטופס יש לשלוח למשרד הבריאות לאחר המילוי. שם הוא יוכנס למאגר מידע ותהיה אפשרות להוציאו בכל מצב שדרושה החלטה לגבי טיפול בחולה הנוטה למות במידה שאינו יכול להביע יותר את רצונו בגלל מצבו ההכרתי.

מתברר שמעבר להיותו כלי טוב, המאפשר לכל אדם לקבוע את רצונו, החוק הוא גם כלי עבודה מצוין לצוותים רפואיים הרוצים לפתוח דיון מעשי עם חולה ולאו משפחתו בכל הנוגע לסוגיות של פרידה וסגירת מעגלים לקראת סוף החיים.

מה נדרש ממערכת הבריאות כדי לאפשר טיפול בחולה לקראת סוף חיו במסגרת בית?

כאמור, סוף החיים כרוך בסבל רב אצל הרוב המכריע של החולים. ככל שהמחלה הסופנית מתקדמת, כך מתווספים יותר ויותר תסמיני סבל גופני, נפשי, רוחני או חברתי. הקושי של החולה ושל הסובבים אותו מתעצם והולך. ככל שהחולה מאבד את עצמאותו דרושה יותר ויותר עזרה אינסטרומנטלית בטיפול היומיומי. הלחץ הנפשי גדל אף הוא כתוצאה מהידיעה שסוף החיים קרב והפרידה היא בלתי נמנעת. האחריות לטיפול גוברת ועמה עולות הדילמות

היומיומיות סביב מה הכי טוב לעשות. השיבוש בחיי כל בני המשפחה גורם למתחים רבים. בנוסף לכך, בשלבים האלה של המחלה מצבו של החולה מאוד דינמי ועשוי להשתנות באופן משמעותי מרגע לרגע. לכן, ללא ליווי מקצועי, הטיפול במסגרת הבית הוא משימה כמעט בלתי אפשרית.

מהם, אם כן, התנאים שמערכת הבריאות צריכה לתת להם מענה כדי שהטיפול יהיה מתקבל על הדעת? לצורך זה צריכים להתקיים שני תנאים בסיסיים:

1. זמינות ונגישות טובים של השירות: השירות חייב להיות זמין ונגיש 24 שעות ביממה, במשך שבעה ימים בשבוע, מאחר שהשינויים המהירים והקיצוניים במצבו של החולה דורשים מענה מיידי. ללא זמינות זו רוב החולים יאלצו להימצא במסגרת אשפוז במשך רוב הזמן שנותר להם לחיות ולכן המענה חייב להיות מהיר. עקב המתח הרב שבו נמצאים החולה וגם בני משפחתו המטפלים בו, אין הרבה סבלנות להמתין עד אשר העזרה תגיע.

2. מקצועיות ייחודית של הצוות הרפואי המטפל: הסוגיות שעולות לטיפול בשלב זה של החיים הן ייחודיות ומורכבות. בדרך כלל, מדובר במכלול של בעיות רב-תחומיות, גופניות, נפשיות, רוחניות וגם בין-אישיות. אנשי הצוות הרפואי חייבים להיות מיומנים בכל התחומים האלה. יש לציין, כי בבתי הספר לרפואה, בתי ספר לאחיות ובבתי ספר לעבודה סוציאלית לא לומדים על טיפול לקראת סוף החיים. עם זאת, רק לאחרונה הוציא מינהל הסיעוד הנחיות לגבי מומחיות הנדרשת מאחיות כדי לעסוק בטיפול פליאטיבי.

יש לציין, כי בחוזר מחודש יולי 2009, הוציא מנכ"ל משרד הבריאות הנחיות, שבו נדרשות קופות החולים לספק טיפול פליאטיבי לחולים סופניים. חוזר זה קובע, שזכותו של כל אזרח במדינת ישראל לקבל טיפול פליאטיבי אם וכאשר הוא זקוק לכך וזאת במסגרת סל הבריאות המחייב של חוק בריאות ממלכתי. עוד נקבע בחוזר זה, כי על שירותי הבריאות לספק את הטיפול הפליאטיבי בכל מקום שבו יימצא החולה, אם זה בביתו, במהלך אשפוזו בבית חולים כללי או במהלך אשפוזו במוסד סיעודי אחר. החוזר מחייב את קופות החולים, בתי החולים והמוסדות הסיעודיים להקים יחידות פליאטיביות גם לצורך טיפול בחולים וגם לצורך ייעוץ לצוותים הרפואיים הקיימים. כמו כן, החוזר קובע, שעל מנת לוודא רמה מקצועית נאותה של השירות הפליאטיבי והצוותים הרפואיים העוסקים בכך, יש לפתח תכניות הכשרה מתאימות. ההכשרה תינתן לכל אנשי הצוות הרפואי: רופאים, אחיות, עובדים סוציאליים ומקצועות רפואיים אחרים.

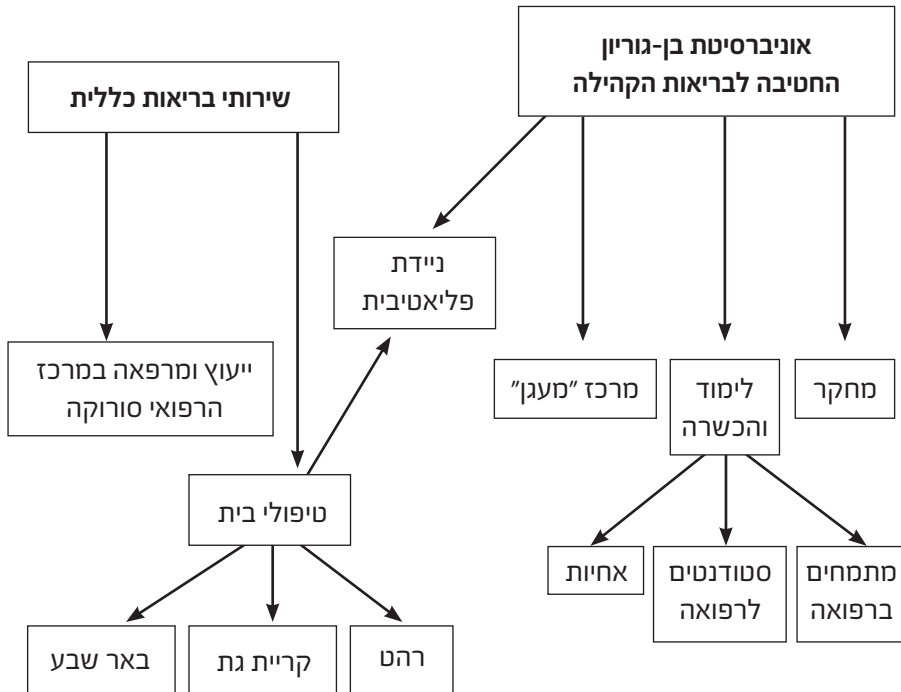
המודל לטיפול פליאטיבי באזור הדרום

הנגב מהווה כמחצית משטחה של מדינת ישראל ובו כ-600,000 נפשות, מתוכם כ-400,000 יהודים, המתגוררים רובם בערים המפוזרות בצפון הנגב ומיעוטם ביישובים חקלאיים בצפון הנגב ובמרכזו. רובם גרים ברדיוס של כ-70 קילומטר מבאר שבע, שהיא עיר המטרופולין של אזור הנגב. בנוסף לכך, חיים באזור כ-200,000 בדואים, שמחציתם מתגוררים בעיירות ברדיוס של כ-40 קילומטר מבאר שבע. כ-100,000 בדואים מתגוררים במה שנקרא "הפזורה" או היישובים הבלתי מוכרים, שבהם תנאי המחיה קשים, מאחר שלא קיימות תשתיות של חשמל, מים או ביוב. כמו כן, תנאי הגישה למקומות אלה קשים, מפאת המחסור בכבישים סלולים או בתחבורה ציבורית כלשהי. העובדה שאוכלוסיית הנגב מתגוררת על פני שטח גדול מהווה אתגר מיוחד בכל הנוגע לשירותי בריאות בכלל ולשירותי פליאטיבי בפרט. הצורך בזמינות ובנגישות של שירות במשך 24 שעות ביממה, שבעה ימים בשבוע ובזמן הגעה סביר מהווה אתגר לא פשוט עבור ספקי השירות הרפואי.

תחילתה של היחידה לטיפול ביתי תומך - הוספיס בית בבאר שבע היה בשנת 1991, כאשר שירותי בריאות כללית החליטו להקים יחידה כזו באזור הדרום. כבר אז היה ברור, שאין במסגרת שירותי הבריאות הקיימים מענה הולם לטיפול בסוגיות העולות אצל החולה לקראת סוף החיים. לאחר זיהוי הצורך, הוכשר באנגליה צוות, על פי המודל שהיה קיים אז. הגישה הבסיסית, כלומר מתן טיפול, שמטרתו הקלה על סבל במובן הרחב של המילה, נשארה וקיימת גם היום. אבל היום, בכל זאת, הגישה הטיפולית היא לפעמים יותר פולשנית. למשל, נהוג היום לתת טיפול אנטיביוטי במקרה של זיהום חריף, על אף שטיפול זה עשוי גם להאריך חיים ולכאורה מדובר בטיפול ולא רק בהקלה על סבל. במקרים מסוימים - ולא כפי שהיה מקובל בעבר - נותנים טיפולים כימותרפיים וקרינתיים לחולי סרטן לקראת סוף החיים, בידיעה שטיפולים אלה עשויים להקל על סבלם.

תחילה הטיפול הוגבל רק למבוטחי שירותי בריאות כללית בבאר שבע. במהלך השנים הורחב השירות כדי לכלול את תושבי קריית גת והמושבים קרובים אליה. בהמשך, נפתח גם שירות עבור תושבי העיר הבדואית רהט והקיבוצים הסמוכים לה, כאשר המטרה, בסופו של דבר, היא לפתוח יחידות בכל רחבי הנגב. המודל הבא מתאר את המערך הארגוני של מתן טיפול פליאטיבי לחולים סופניים בביתם באזור הנגב.

המערך הפליאטיבי בנגב



על פי מודל ארגוני זה ניתן לראות, כי המערך הפליאטיבי בנוי משתי זרועות: הזרוע האקדמית והזרוע השירותית. הזרוע האקדמית מאפשרת פיתוח ויישום תכניות הכשרה והעשרה מקצועיות, במטרה להכשיר אנשי מקצוע רפואיים לעבודה בשטח. בנוסף לכך, קיים מערך להעשרה מקצועית של הצוותים העובדים בשטח, באמצעות קורסים ייעודיים בטיפול וכן מערכת של ליווי והדרכה שוטפים במסגרת ישיבות צוות, המתקיימות אחת למספר חודשים, ועל ידי זמינות של רופאים מומחים בטיפול פליאטיבי לצורך מתן עזרה בפתרון בעיות שוטפות.

כבר בתחילת פיתוח המערך הפליאטיבי הוחלט על ידי הנהלת המחלקה לרפואת המשפחה באוניברסיטת בן-גוריון, שכל מתמחה ברפואת המשפחה יחויב לעבור תקופת הכשרה והתנסות בטיפול במסגרת הוספיס בית. לכן, בסבב הראשון של המתמחה בעבודה בקהילה קיימת חובה לטפל בחולים במסגרת הוספיס בית. המתמחה מקבל אחריות מלאה על טיפול בחולה אחד. כמו כן, המתמחה מחויב לעבוד בתורנויות לילה, שבהן הוא אחראי על היחידה כולה. כל חולה הזקוק לעזרה מחוץ לשעות העבודה השגרתיות יכול להתקשר למתמחה לצורך קבלת עזרה. אם המתמחה זקוק לייעוץ, עליו להתייעץ עם הרופא הכונן באותו זמן, שהוא אחד הרופאים הבכירים העובדים באופן קבוע ביחידה. בנוסף לכך,

המתמחה מציג את החולה שלו במסגרת ישיבת הצוות השבועית. בישיבה זו גם מלמדים חומר תיאורטי הקשור לסוגיות הנוגעות להקלה על סבל ולטיפול בחולה לקראת סוף החיים. הזרוע האקדמית יוזמת מחקרים בכל הנוגע לסוגיות שונות הקשורות לטיפול בחולה לקראת סוף החיים. חלק חשוב מהמחקרים קשור לבדיקת איכות הטיפול על ידי היחידות השונות. בצורה זו יש משוב ושמירה על רמת טיפול נאותה. בנוסף לכך, מופעל מערך מתנדבים באמצעות "מרכז מעגן", כפי שיפורט להלן.

הזרוע השירותית של המערך הפליאטיבי אחראית למתן הטיפול ולייעוץ עצמו. זרוע זו מחולקת לשני אגפים גדולים:

1. האגף האשפוזי, הממוקם במרכז הרפואי האוניברסיטאי "סורוקה" בבאר שבע. במסגרת זו ניתן טיפול לחולים המאושפזים במחלקות השונות של בית החולים האזורי וכן ייעוץ שוטף לצוותים הרפואיים במחלקות השונות בבית החולים. השירות ניתן על ידי רופאים ואחיות שעברו הכשרה וצברו ניסיון בטיפול פליאטיבי. בנוסף לכך, במסגרת המכון האונקולוגי, ההמטו-אונקולוגי והגניקו-אונקולוגי שבבית החולים, מתנהלת מרפאה פליאטיבית אמבולטורית. חולים לא מאושפזים מוזמנים למרפאה זו לצורך קבלת טיפול פליאטיבי.

2. האגף האמבולטורי של השירות מונה מספר יחידות הוספיס בית, המצוותות לריכוזי האוכלוסייה השונים באזור הנגב. בצורה זו אפשר להבטיח, שהזמינות והנגישות יהיו ברמה הרצויה. כל יחידה עובדת בצורה עצמאית, אך כולן מאוגדות ומנוהלות על ידי מינהל המערך הפליאטיבי כולו. מדי פעם, מתקיימים מפגשים משותפים לכל היחידות. אנשי הצוות של כל יחידה הם רופאים, אחיות ועובדות סוציאליות, כולם עובדים ביחידה בחלקיות משרה. ההפניה לטיפול של יחידת הוספיס בית נעשית באמצעות רופא המשפחה במרפאה הקהילתית או דרך מחלקות האשפוז והמרפאות האמבולטוריות שבבית החולים.

חולה ומשפחתו הזקוקים לשירות יכולים לפנות לרופא המשפחה שלהם או לרופא המטפל במסגרת בית החולים. הפניות ליחידה לטיפול פליאטיבי מתקבלות גם ממחלקות האשפוז השונות בבית החולים. בהתאם לצורך, הרופא ישלח ליחידה טופס הפניה לטיפול. צוות היחידה יגיע לביתו של החולה לפגישת הערכה, שבה תיבדק מידת ההתאמה לקבלת השירות וייעשה תיאום עמדות וציפיות עם החולה ומשפחתו. בביקור זה, בין היתר, מוודאים שלחולה ומשפחתו ברור, כי אין מדובר בשירות אמבולנסים ושמטרת הטיפול היא אך ורק לטפל בסבלו של החולה. מסבירים לכולם, לחולה ולמשפחתו, שאין יכולת וכוונה להבריא את החולה ממחלתו. מאחר שרוב החולים סובלים ממחלה ממארת, שנקבעה על ידי רופא אונקולוג, הרי שהיא סופנית ואינה ניתנת לריפוי. היחידה מטפלת גם בחולים עם מחלות כרוניות מתקדמות אחרות, כמו מחלות לב, מחלות ריאה, מחלות עצב נווניות, ועוד. השירות

הוא ללא תשלום ותנאי הקבלה היחיד הוא נוכחות של מטפל עיקרי בבית החולה במשך 24 שעות ביממה, אשר יכול לסעוד את החולה ולקחת אחריות למתן כל הטיפול הדרוש לחולה. למשל, אם החולה בן 90 ואשתו בת 88 היא לא תוכל להיות המטפלת העיקרית, מכיוון שקיים סיכוי שכאשר החולה יהפוך מרותק למיטתו, אשתו לא תהיה מסוגלת לנקותו במיטתו. היא יכולה להיות מטפלת עיקרית רק בתנאי שיהיה עוד מישהו אשר יסייע לה בטיפול. יש לציין, כי השירות אינו כולל מטפל בתשלום, שיכול לסעוד את החולה בביתו. לנושא זה אחראית המשפחה ועליה לדאוג לקבל מטפל בית באמצעות גמלת הסיעוד מהמוסד לביטוח לאומי או במימון פרטי מלא.

כיום קיימות שלוש יחידות הוספיס בית בבאר שבע, בקריית גת וברהט. בכל יחידה עובדים רופאים, אחיות ועובדת סוציאלית. כל חולה מטופל על ידי צוות קבוע של אחות, רופא ועובדת סוציאלית. רק כך ניתן ליצור קשר אמיתי של אמון, שכה דרוש לטיפול מסוג זה. האחות מגיעה לשני ביקורי בית בשבוע מיוזמתה, הרופא מגיע פעם בשבוע מיוזמתו והעובדת הסוציאלית גם היא מגיעה פעם בשבוע מיוזמתה. לפעמים מגיעים אנשי הצוות ביחד ולפעמים לחוד, הכול לפי המצב והצורך. בביקורים אלה נעשית הערכה של מצב החולה, מאתרים בעיות קיימות, כולל איתור בעיות שהחולה ומשפחתו לפעמים אינם ערים לקיומן. כמו כן, מעודדים את החולה ומשפחתו לא להתייחס רק לבעיות הגופניות, אלא גם לנושאים אחרים, כמו פחדים וחששות שהחולה מרגיש בעומק ליבו, סוגיות טכניות למשל צוואה, בעיות בקשרים וחיוכים במשפחה, מה שמאוד פוגע באיכות החיים של החולה וגורם לסבל רב. לפעמים, הביקור מתמקד בדיון - האם רצוי או לא רצוי לומר לחולה את האמת, אולי לא את כל האמת. לעתים, בני המשפחה של החולה מבקשים לא לומר לו את כל האמת ובאיזה שלב של מחלתו הוא נמצא. במחקר שנעשה בבית חולים סורוקה ועדיין לא פורסם נבדק רצונם של חולי סרטן לדעת פרטים על אודות מחלתם. מתברר, שמעל 95% מהחולים רוצים לדעת בדיוק מה מצבם הרפואי, כולל פרוגנוזה. רצון זה אינו תלוי תרבות או מוצא של החולה. יתר על כן, מתברר, שהצוותים הרפואיים פחות מעוניינים לספר לחולה על מצבו מאשר החולה עצמו. השאלה העיקרית היא - אם כבר לומר את האמת, איך לומר אותה. גם סוגיות אחרות של תקשורת עולות בביקורים אלה. למשל, מתייחסים לאפשרות של הכנה מתאימה לפרידה, מלמדים את בני המשפחה על האפשרויות השונות של הכנה לקראת סוף החיים. לדוגמה, מעודדים את החולה לכתוב או להקליט את סיפור החיים שלו, לכתוב או להקליט מכתבי פרידה, להזמין חברים ובני משפחה לפרידה מסודרת, להביע משאלות, בקשות וצוואות. תהליכים אלה דורשים זמן, גם כדי ליצור מוכנות לתהליך וגם לביצוע התהליך. לכן, חשוב שהחולה יופנה לטיפול היחידה, אם אפשר, כשהוא עדיין במצב שהוא מסוגל לתקשר ולבצע משימות כה חשובות לפני מותו. המטרה היא להתגבר כמה שיותר מהר על הקשיים הפיזיים, כדי שאפשר יהיה להשקיע את כל המרץ, גם של החולה וגם של משפחתו, בהכנה טובה לפרידה הסופית. כמובן, שלא כל חולה מגיע להגשים משימות

אלה משום שקיימים מחסומים רבים שיש להתגבר עליהם. לפעמים, לא מצליחים להתגבר על הסבל הגופני, לפעמים לא מצליחים ליצור תקשורת מתאימה, בגלל המצב המשפחתי ויחסים בין-אישיים בעייתיים במשפחה. במשפחות שונות קיימים אמונות ומנהגים שעלולים להפריע לקיום תהליכי פרידה והכנה למוות. עדיין שומעים פעמים רבות דרישות, כמו: "אל תספר לאבא מה יש לו, אם הוא ידע הוא יפסיק להילחם וימות." את הסבל הרוחני והכנה למוות אפשר לעשות אך ורק על ידי תקשורת פתוחה וישירה.

הצוות זמין לקריאות החולה ומשפחתו לפי הצורך, במשך כל שעות היממה, כולל בשבתות ובחגים, שגם בהם מופעל צוות של אחיות ורופאים במתכונת של תורנות. בבית החולה משאירים מחברת עם כל הרשומה הרפואית ובה גם רשימת לוח התורנות. בעת הצורך, החולה יקרא לאחות לעזרה. במקרה שאין ביכולתה לסייע, היא תקרא לרופא כונן לגיבוי ולייעוץ. בשיתוף הדוק עם אוניברסיטת בן-גוריון, תחת חסותו של "בית מעגן", מופעל גם מערך מתנדבים להוספיס בית. "בית מעגן" הוא מרכז לחולי סרטן ומשפחותיהם, שהוקם על ידי תרומות שניתנו לאוניברסיטת בן-גוריון למטרה זו. מדובר במרכז קהילתי בבאר שבע, שבו מתנהלות פעילויות שונות עבור חולי סרטן ומשפחותיהם. לא מדובר בחולים רק לקראת סוף החיים. המרכז מפעיל חוגים בתחומים שונים וקבוצות תמיכה גם לחולים וגם לבני משפחותיהם. כאמור, המרכז גם מרכז ומפעיל את כל מערך המתנדבים של יחידות ההוספיס בית. רופאים ואחיות אינם חלק מהצוות במקום. לפעמים מוזמנים אנשי צוות רפואי לצורך מתן הרצאות, אך לא למתן ייעוץ רפואי מכל סוג שהוא.

הצורך במתנדבים מפורסם באמצעי התקשורת המקומיים, כולל באינטרנט ובעיתונות מקומית. לאחר ריאיון קבלה, כל מתנדב עובר קורס בסיסי קצר וכך רוכש את הכלים הבסיסיים לעזרה לחולה הנוטה למות ומשפחתו. לאחר הקורס, המתנדב מקבל חולה המטופל במסגרת היחידה. עליו לבקר את החולה כשעתיים בשבוע לצורך הענקת עזרה וליווי לחולה ולמשפחתו. לאחר מות החולה, המתנדב שומר על קשר עם המשפחה לצורך "מעקב אבל". כל מתנדב מקבל הדרכה וליווי מקצועיים צמודים לאורך כל תקופת ההתנדבות, שבמהלכה הוא לומד כיצד להתמודד עם כל הסוגיות העשויות לעלות. מלבד כלים מקצועיים, המתנדב מקבל שעות ליווי אישי לצורך עזרה בהתמודדות שלו עם הסוגיות הרגשיות המתעוררות בחשיפה כה קרובה ואינטימית עם המוות. מאגר המתנדבים כולל סטודנטים מאוניברסיטת בן-גוריון, מכל הפקולטות, וגם אנשים מכל רובדי החברה בעיר באר שבע.

היקף הפעילות

במהלך 16 השנים האחרונות טופלו על ידי השירות הפליאטיבי בבאר שבע מעל ל-1,800 אנשים. בכל נקודת זמן מטופלים כ-20 חולים על ידי היחידה. מספר זה תלוי גם בהפניות וגם

בזמינות אנשי צוות מיומנים וזאת בשל מחסור קבוע בצוות, משום שקשה למצוא רופאים ואחיות שמוכנים להתמחות בתחום זה של הרפואה ולעסוק בו.

מעל 95% מהחולים, שטופלו על ידי השירות, סבלו ממחלה ממארת. טופלו גם מספר מצומצם של חולים שסבלו ממחלות לב, מחלות ריאה ומחלות נווניות של מערכת העצבים המרכזית. רוב החולים היו בגיל 30 ומעלה, אך גם טופלו אנשים צעירים יותר, כולל ילדים. זמן השהייה הממוצע לטיפול ביחידה הוא כ-47 ימים וזמן זה נשאר קבוע במהלך כל השנים, כאשר כ-78% מהמטופלים מסיימים את חייהם בבית. מאלה שמתים בסופו של דבר במסגרת אשפוזית, כ-70% נפטרים תוך יממה מרגע אשפוזם. היחידה בקריית גת מטפלת בכשמונה חולים בכל נקודת זמן ובכ-40 חולים בשנה. מבחינת מקום מוות, גם כאן, כ-75% מהחולים מסיימים את חייהם בביתם. הנתונים הארציים מראים, שבאוכלוסייה הכללית כ-18% מהחולים מסיימים את חייהם בביתם. כל היתר מתים במסגרת אשפוזית זו או אחרת.

הניידת הפליאטיבית

כדי לתת מענה לצרכים של אוכלוסייה המתגוררת במרחק רב מהמרכז הרפואי או ממרפאה קהילתית, ובפיזור גיאוגרפי גדול מזה של ריכוזי אוכלוסייה עירוניים, פותח מודל מעט שונה מהמודל העירוני. מודל זה מבוסס על אותם עקרונות של הרפואה הפליאטיבית, אך במקרים אלה גם הנגישות וגם הזמינות היא פחות טובה. באזור שדרומית לבאר שבע קיימת אוכלוסייה בדואית מפוזרת, ללא יישובים מוגדרים ומוכרים ("פזורה"). אנשים אלה חיים במבנים ארעיים או קבועים, המפוזרים בשטח ללא תשתיות של מים, חשמל או כבישים מסודרים. הגישה ליישובי הפזורה היא באמצעות כבישי עפר משובשים. כדי לתת מענה לצורכי אוכלוסייה ייחודית זו, הוקמה "ניידת פליאטיבית", שנועדה לשרת את החולים לקראת סוף חייהם. מדובר ברכב שטח מאויש על ידי צוות של אחות, רופא, עובדת סוציאלית ונהג-מתורגמן, שהוא בן המגזר הבדואי. הצוות יוצא לביקורי בית ברדיוס של כ-70 ק"מ דרומית לבאר שבע. לכן, על המשפחה חלה אחריות יותר כבדה למלא את צורכי החולה, אם כי זמינות של ייעוץ והדרכה בטלפון קיימת 24 שעות ביממה ובכל ימות השבוע. המקרה הבא ממחיש את אופי העבודה של הוספיס בית במגזר הבדואי.

השעה שמונה בערב הטלפון הנייד שלי מצלצל.

"מדבר יהורם, שלום, אני עונה.

"אהלן, מה נשמע?" זהו סעיד, המרכז והנהג של הניידת הפליאטיבית שמתקשר אלי.

"איפה אתה?" הוא שואל כרגיל.

"בדיוק סיימתי ביקור בית בבאר שבע, אני בדרך הביתה." אני עונה.

"התקשר הבן של ג'ומעה החולה עם הטרכאוסטום ליד קיבוץ רביבים," סעיד אומר

וממשיך: "הוא אומר שאבא שלו נחנק."

"טוב, אמור לו שאנחנו בדרך. איפה ניפגש?" אני שואל. אני יודע, שאין סיכוי שאצליח להגיע במכונית שלי. רק רכב של ארבע על ארבע גלגלים, כמו זה של סעיד, מסוגל להגיע לשם. חוץ מזה, בלילה הדרך לא ברורה ויש סיכוי סביר שלא אמצא את הבית. לסעיד חוש מיוחד להתמצאות במדבר.

"אני בבית. נפגש בכניסה לעומר בעוד 15 דקות", הוא קובע.

אני מנתק ומתקשר לאסנת, האחות של הניידת.

"אסנת, מה נשמע? זה יהורם."

"בסדר. אני מבינה שאתה מתקשר בקשר לג'ומעה." היא עונה.

"כן, הבן שלו התקשר לסעיד. כנראה ששוב הקנולה שלו נסתמה והוא לא נושם טוב."

"טוב, אני אתקשר לבעלי שיחזור הביתה מהר להיות עם הילדים. תעבור דרכי וניסע."

אני מתקשר הביתה. "תמי, מה נשמע?" אני שואל את אשתי.

"בסדר, היה יום עמוס בעבודה... אפרת עברה את הבחינה... אתה בדרך הביתה?"

"הייתי. אבל יש קריאה. אני מקווה שזה לא ייקח יותר מידי זמן", אני עונה..

"היום אתה לא בכוננות, אז אני מבינה שאתה יוצא לשטח עם סעיד?" היא שואלת.

כעבור כ-40 דקות אנחנו מגיעים לפחון קטן. חושך מוחלט. אנחנו ממתינים במכונית, זה לא מנומס להיכנס לבית ללא הזמנה של בני הבית. הבן של ג'ומעה יוצא לקראתנו והוא מזמין אותנו להיכנס פנימה לבית. יש בחלל ריח של אבק מעורבב עם עשן של מדורה. בתוך הבית, באמצע החדר, אכן יש מדורה קטנה ומעליה קומקום עם תה. ג'ומעה יושב על מזרן על הרצפה ועשית נפט לידו. פרט לשטיח נוסף לידו אין שום דבר ב"חדר". מרחוק רואים שהוא במצוקה נשימתית. מבט מהיר באור הדל מאשר שהצינור שבגרוננו כמעט סתום לגמרי בהפרשות. לג'ומעה גילו לפני כשנה סרטן של מיתרי הקול במצב מתקדם. הוא עבר ניתוח להסרת מיתרי הקול ונשאר עם צינור נשימה שיוצא מהצוואר.

סעיד מתרגם את ההסבר שלי על מה הבעיה שאובחנה ומה אני מבקש לעשות. ג'ומעה מסכים. סעיד מרגיע את הבנים הנמצאים לידו, עם מבט מאוד מודאג על פניהם.

תוך דקה אסנת מכינה את הציוד הדרוש ומהר אני מוציא את הפרשות. ג'ומעה משתעל כמה פעמים ועוד הפרשות יוצאות החוצה. לא עוברות חמש דקות והכול נרגע. ג'ומעה ובני משפחתו מחייכים שוב. אסנת מסבירה להם שוב איך לנסות ולמנוע הצטברות הפרשות. סעיד מתרגם ומסביר גם הוא. לבסוף, אין ברירה, ללא כוס תה מתוק אנחנו לא נצא משם. ג'ומעה מסתכל עלי במבט חודר. "תגיד, דוקטור", הוא שואל בקול חלש, "קשה לי עם זה

שאני כל כך תלוי בבנים שלי, האם אתה חושב שיהיה יותר טוב?"

שקט מוחלט ... מה אגיד לו?

"מה אתה חושב? איך אתה מרגיש?" אני שואל בחזרה.

הוא לא עונה, אבל שתי דמעות זולגות מעיניו. עוד דקה של שקט ...

"זה מה שחשבתי ... זה כל כך קשה."

לא אמרתי דבר. הנחתי את ידי על הכתף שלו והוא החזיר לי חיך קטן.

אחד מהבנים שואל: "אפשר לעשות עוד משהו עבורו? גם אם זה יעלה כסף, אין דבר, העיקר שיהיה לאבא יותר טוב!"

אסנת עונה: "מה שאתם עושים עבורו, הטיפול והעובדה שאתם לא משאירים אותו לבד לדקה, זה הרבה מעל ומעבר."

בדרך חזרה אנחנו לא מדברים. רק אני אומר: "איזה מזל שקראו לנו. הוא לא היה מחזיק מעמד עד הבוקר. אני יודע שהוא מעדיף למות ולא להגיע לבית החולים."

השעה 22.30 כאשר אני נכנס הביתה.

"מה שלומו? הצלחת לעזור לו?" שואלת תמי, אשתי.

"כן, הגענו בזמן," אני עונה.

יתר הערב היה שקט. ישבתי חצי שעה עם תמי, אכלתי ודיברנו על הילדים.

היום שלי התחיל ב- 07.00. לא היה לי כוח לקרוא את ה-BMJ, המונח על השידה שלי המיטה שלי כבר יותר משבוע.

לא פעם, אנשי הצוות נשאלים איך אפשר להמשיך ולעבוד בעבודה שמעורב בה כל כך הרבה שכול, עצב ויגון. התשובה מורכבת, אך ברורה. אכן, בעבודה אנחנו מוקפים בהרבה סבל ועצב. עם זאת, אנחנו מרגישים שניתנה לנו זכות יוצאת דופן להעניק משהו מיוחד לקבוצה מאוד מיוחדת של אנשים במצב מיוחד. ראשית, קיימת עבודת צוות רב-מקצועית, במובן העמוק והמקצועי של המושג. יש הרבה פרגון ותמיכה הדדיים, אחד עוזר לשני וכל שבוע מתקיימת ישיבה, שבה דנים בקשיים שהתעוררו בשבוע שחלף. אנו מקבלים גם הרבה תמיכה, עידוד ופרגון מהחולים ומבני משפחותיהם. לשבת ליד חולה ימים ספורים לפני מותו ולשמע את האמרה: "דוקטור, שתדע, הצוות שלכם העניק לי את החודש היפה ביותר בחיי! לא האמנתי שכל כך הרבה אנשים אוהבים אותי ואכפת להם ממני." אין דבר יותר מרגש מזה, שנותן כוח ומוטיבציה להמשיך. משפטים כאלה אנו שומעים לעתים קרובות. תמצית עבודתנו היא להסיר את הפחדים והסבל הגופני, שרוב החולים שלנו סובלים מהם, ולאפשר לחולה ולמשפחתו לנצל עד למרב את הזמן שנשאר לו לחיות. כך יש גם אפשרות להתכונן למוות, להיפרד מיקירים ולסגור מעגלים. זהו כנראה צורך בסיסי של האדם כבן אדם.

שאלות לדיון

1. מי אמור לתת את השירות ולפתור את הבעיות סביב סוגיה זו?

כפי שכבר צוין בראשית המאמר, טיפול במסגרת הוסיפיס בית חוסך עלויות למערכת הבריאות, במדינת ישראל. ללא ספק, עיקר העלויות של השירות הן בהעסקת כוח אדם. לגבי סוגיה זו קיימים שני גורמים עיקריים, המעלים את העלות באופן משמעותי. האחד, זוהי עבודה גם בשעות לא מקובלות, כלומר תורניות וכונניות לילה. השני, איכות כוח אדם. אין ספק, שעלות כוח אדם מיומן גבוהה בהרבה מעלות רופאים ואחיות שלא עברו כל הכשרה

נוספת, מלבד הלימודים הבסיסיים לקבלת רישיון עבודה. מסגרות המעסיקות כוח אדם רפואי לא מיומן בטיפול פליאטיבי ברמה נאותה, העוסק בטיפול זה כעבודה נוספת אחרי שעות העבודה, קרוב לוודאי לא תהיינה מסוגלות לתת מענה ברמה טובה ולאורך זמן. חלק מהמסגרות שאמורות לתת שירות הוספיס בית נותנות שירות חלקי בלבד, ברמה מקצועית לא מספקת. אין מענה לילי של אחות ורופא, ואנשי המקצוע העובדים במסגרות אלה לא קיבלו הכשרה מתאימה ואינם מקבלים הדרכה שוטפת. לא מתקיימות ישיבות צוות באופן קבוע, לא מתנהלים דיונים במקרים קשים באופן מסודר ואין השתלמויות מקצועיות. רוב המקרים, לא החולים ולא בני משפחותיהם מודעים למה אפשר לצפות מהטיפול הייחודי הזה, בניגוד לתחומים אחרים ברפואה, כך שאין בקרה נאותה על איכות השירות. קיימים תחומים ברפואה שניתן להעריך איכות בצורה כמותית. בתחום הפליאטיבי מדובר במדדי איכות חיים, בטיפול בתחום הנפש, הרגש והרוחניות של האדם, בתחום של אינטראקציה בין-אישית ותקשורת. תחומים אלה קשה הרבה יותר להעריך ובוודאי לא במונחים כמותיים. ייתכן שיהיה צורך לפתח כלי הערכה ייחודיים לתחום זה של הרפואה.

2. האם קיים הבדל בגישת הטיפול בתרבויות שונות?

במדינת ישראל בכלל, ובנגב בפרט, קיים מגוון תרבותי גדול מאוד. מדובר במוקד הגירה מכל קצות תבל. קיימת אוכלוסייה גדולה של יהודים, החיה בארץ כבר מספר דורות לצד אוכלוסייה מוסלמית ונוצרית, שאף היא חיה בארץ מספר דורות. העניין מסובך עוד יותר אם לוקחים בחשבון שבכל עדה קיימים מנהגים שונים. למשל, תרבות מזרח אירופה שונה מתרבות מערב אירופה ואוי לו לזה שמשווה בין תרבות איטליה לתרבות ספרד. בארץ לא פורסמו עבודות המשוות בין גישות שונות לטיפול בחולה הנוטה למות בתרבויות השונות. לכן, אני יכול לתאר רק את ההתרשמות האישית שלי לאחר עיסוק בתחום במשך כ-16 שנה, בארץ ובחול.

ההתרשמות היא, שיש הרבה יותר מהמשותף מאשר הבדלים בין-תרבותיים. העצב מהפרידה בסוף החיים נראה לי כתכונה אוניברסלית. הפחד והחשש מהבלתי נודע, הפגיעה באיכות החיים באופן כללי, ובמצבי תלות בעזרת הזולת, לצורך פעולות יומיומיות, גברים והולכים והם חובקי עולם. נראה, שהצורך בפרידה לקראת סוף החיים היא תכונה בסיסית, הקיימת אצל כל אדם, ללא קשר למוצאו. הדרך שבה נעשים הדברים שונה מעדה לעדה, אבל הרושם שלי הוא, שגם בתוך העדות קיימים הבדלים בין משפחה אחת לאחרת. כיום, במדינת ישראל קיים עירוב בין העדות השונות ולא נכון לעשות הכללות. חשוב לברר את התרבות האישית של כל אדם ושל כל משפחה ולכוון את הטיפול באופן פרטני לחלוטין. כפי שכבר צוין קודם, בשנה האחרונה נעשה מחקר בקרב חולי סרטן, שבדק את הרצון של החולים לדעת את האמת על מחלתם. הושאו עמדות בין אנשים דוברי עברית לאנשים שכלל לא מבינים עברית, בניסיון לבדוק הבדלים בתרבות שונה. התוצאות לא הראו הבדל בין תרבויות שונות. מעל 95% מהחולים סברו, שגם אם האמת מרה הם מעדיפים לדעת אותה.

מקורות

Iecovich, E., Carmel S. & Bachner, Y. (2009). Where do they want to die: Correlates of elderly persons' preferences for death site. *Journal of Social Work in Public Health, 24*(6): 1-16.

Singer, Y., Bachner, Y., Shvartzman, P. & Carmel, S. (2005). Home death: The caregiver's experience. *The Journal of Pain and Symptom Management, 30*(1): 70-74.

Tamir, O., Singer, Y. & Shvartzman, P. (2007). Taking care of terminally ill patients at home - The economic perspective revisited. *Palliative Medicine, 21*(6): 537-541.

Tang, S.T. & Mccorkle, R. J. (2003). Determinants of congruence between the preferred and actual place of death for terminally ill cancer patients. *Palliative Care, 19*(4): 230-7.

WHO. (2010). *WHO definition of Palliative Care*. Retrieved from: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>. 20.8.2010.

פרק ט': יחידות לטיפול רפואי בבית אסתר יקוביץ, כלנית קיי, טלי סמסון ואדית קוגון

מבוא

טיפול רפואי בבית הוא טיפול הניתן על ידי שירותי הבריאות בתוך ביתו של החולה באמצעות צוות רפואי רב-מקצועי, הכולל בעיקר רופאים ואחיות ואנשי מקצוע נוספים בהתאם לצורך, כמו: פיזיותרפיסטים, מרפאים בעיסוק ועובדים סוציאליים. בהקשר זה יש להבחין בין טיפול בית הניתן על ידי מטפלות בית, למשל, במסגרת גמלת הסייעוד מהמוסד לביטוח לאומי (ראה פרק ז' העוסק בנושא), לבין טיפול רפואי בבית, הניתן על ידי אנשי מקצוע. המטרה המשותפת לשתי התכניות לטיפול בית היא למנוע או לעכב את הצורך במיסוד או באשפוז. אולם, בעוד שהתכנית הראשונה מיועדת לסייע לזקן בפעילות היומיומית ולפצות על ירידה תפקודית, הרי הטיפול הרפואי בבית מיועד לתת טיפול רפואי למגוון רחב של בעיות רפואיות לקבוצות אוכלוסייה שונות, אשר בשל אופי המחלה אין הם יכולים להגיע אל מתקני שירותי הבריאות על מנת לקבל טיפול רפואי. לכן, במקרים רבים, היעדר טיפול רפואי במועד עלול להחריף את מצבם ולהביא לשימוש בשירותי בריאות יקרים יותר. הטיפול הרפואי בבית מגיע אל ביתם של החולים על מנת לטפל במצבים רפואיים שונים, העלולים לגרום לסיבוכים או להידרדרות בריאותית. הטיפולים הנכללים במסגרת זו של טיפול רפואי בבית כוללים: שיקום לאחר אירוע רפואי, כמו: שבר בצוואר הירך, אירוע מוחי וכדומה; טיפול במחלות ממושכות הגורמות לפגיעה בתפקוד היומיומי ובעיקר בניידות, כמו: מחלות פרקים למיניהן, מחלות לב, מחלות בדרכי הנשימה; חולים לאחר אשפוז בבית חולים, הזקוקים להמשך מעקב ולטיפול עד להחלמתם המלאה; חולים סופניים בשלבים מתקדמים של מחלתם, המרותקים למיטתם, כמו חולי סרטן.

אמנם, היחידות לטיפול בית של קופות החולים השונות מיועדות לתת מענה לצרכים של אוכלוסיות חולים שונות, על בסיס אופי המחלה והטיפול הרפואי הנדרש, אולם המציאות מראה, כי באופן טבעי רוב המטופלים ביחידות הם אנשים זקנים מעל גיל 65. זאת, מאחר שהעלייה בגיל כרוכה בעלייה בתחלואה לסוגיה השונים ובשיעור גבוה של זקנים המרותקים לבית. כתוצאה מכך, גובר הצורך בשימוש בשירותי בריאות ראשוניים. אולם, קשיי ניידות ונגישות לשירותי בריאות ראשוניים מונעים מזקנים רבים להגיע אליהם. מצב זה עלול להביא להחמרה במצבם הבריאותי של הזקנים ולהגביר את שיעור הפניות לחדרי מיון בבתי חולים, לאשפוזים ולסידורים מוסדיים לטיפול ממושך. על רקע זה קופות החולים השונות פיתחו תכניות לטיפול בית בחולים כרוניים, כמו גם בקבוצות סיכון אחרות (חולים מורכבים, סופניים, שיקומיים).

לטיפול רפואי בבית יש שתי מטרות עיקריות:

1. לאפשר לזקן לקבל טיפול רפואי בסביבה הטבעית והמוכרת לו ועל ידי כך למנוע אשפוזים העלולים לגרום לנזקים בריאותיים וקוגניטיביים, לעתים בלתי הפיכים וחריפים, כמו: זיהומים, מצבי בלבול כתוצאה ממיקום חדש (תופעה המוכרת כ-Relocation syndrome) והתדרדרות תפקודית.

2. לרסן את ההוצאה הציבורית עבור שירותי בריאות, בעיקר שירותים יקרים, כמו אשפוזים חוזרים, משך האשפוז ופניות לחדרי מיון.

פרק זה כולל שני חלקים עיקריים: בחלק הראשון מובאת סקירת ספרות ומתקיים דיון בסוגיות שונות הקשורות לטיפול רפואי בבית. החלק השני מתמקד בהצגת מודלים שונים של יחידות לטיפול בית אשר פועלות במסגרת שתי קופות חולים: כללית ומכבי, תוך ניתוח השוואתי בין המודלים השונים.

חוק הבריאות הממלכתי, שנחקק בשנת 1994, קבע אמנם בסעיף 6 (3) כי יינתן "טיפול רפואי אמבולטורי, לרבות טיפול נפשי, בין במרפאה ובין בבית," אולם החוק אינו מגדיר באופן אופרטיבי אלו טיפולים יינתנו בבית ואף לא נקבעו תקנים או נהלים מחייבים על ידי משרד הבריאות בנושא. בהיעדר הגדרה מפורשת בחוק או בתקנות ולאור השונות במאפייני האוכלוסייה בין הקופות בהיבטים שונים, כגון: גיל ממוצע ושיעור הקשישים החברים בקופה, שיעור התחלואה הכרונית ומאפיינים סוציו-דמוגרפיים ולאור הצורך למתן מענה המותאם לצורכי האוכלוסייה, תוך התאמה לסביבה העסקית בכל אזור (כגון: קירבה או ריחוק מבית חולים), פיתחה כל קופה מודלים המתאימים לה למתן טיפול רפואי בבית.

סקירת ספרות

שימוש בשירותי בריאות בקרב זקנים

על רקע ההזדקנות המהירה של האוכלוסייה בישראל והגידול המתמיד של זקנים החולים במחלות כרוניות ומרותקים לבתיהם, עולה החשיבות של פיתוח תכניות לטיפולים רפואיים בבית. טיפול רפואי בבית (home health care) הוא שירות הניתן בביתו של החולה, אשר נבצר ממנו להגיע למרפאות או למקומות שבהם ניתנים השירותים הרפואיים, כמו מרפאות חוץ בבתי חולים. שירות זה כולל מגוון רחב של טיפולים רפואיים ופרה-רפואיים. באופן זה אפשר למנוע או לדחות השמה במוסדות לטיפול ממושך וכן מצבים רפואיים חריפים, אשר עקב קשיי הניידות והנגישות של זקנים אלה לשירותי בריאות בקהילה נמנע מהם טיפול רפואי במועד, מה שעלול להביא להידרדרות במצבם הבריאותי ו/או התפקודי.

גיל מתקדם קשור, כאמור, עם שיעור תחלואה גבוה יותר, בעיקר תחלואה כרונית, ותוצאתה שימוש גובר בשירותי בריאות לעומת קבוצות גיל אחרות (ברודסקי, שנור ובאר, 2010). סוגיה זו קיבלה ביטוי גם בשיטת הקפיטציה, שהוגדרה בחוק בריאות ממלכתית, לפיה המחוקק הכיר בשלוש קבוצות גיל של זקנים (65 עד 74, 75 עד 84 ו-85+), כאשר התקצוב לגולגולת עולה עם העלייה בגיל. מחקר שנערך בישראל (Iecovich & Carmel, 2009) מצא, כי בני 90 ומעלה, שאצלם שיעורי התחלואה הכרונית הם הגבוהים ביותר, השתמשו פחות בשירותי בריאות, בעיקר ברפואה מקצועית, לעומת זקנים מתחת לגיל זה וזאת בעיקר בשל קשיי נגישות לשירותי הבריאות. מחקרים נוספים מראים, כי זמינות ונגישות נמוכים של שירותי בריאות קהילתיים מגבירים את השימוש בחדרי מיון בקרב זקנים. למשל, נמצא, כי טיפול רפואי בבית הביא לצמצום הפניות לחדרי מיון (McCusker, Ardman, Bellavance et al., 2001) וכי גיל מתקדם, קשיי תחבורה ובטיחות ברחובות הביאו למיעוט הפניות לשירותי בריאות ראשוניים בקהילה (Fitzpatrick, Powe, Cooper et al., 2006).

למרות הגידול המהיר בהתפתחות שירותים לטיפול רפואי בבית, נערכו מעט מאוד מחקרים שבדקו את התוצאות הקליניות ואת השימוש בשירותי בריאות אחרים בקרב זקנים המקבלים טיפול רפואי בבית. מחקר אחד כזה נערך בקנדה (Smith, Carusone, Willison et al., 2005) במשך 12 חודשים. תחילה נאספו נתונים דמוגרפיים על המטופלים, מצבם הרפואי, אשפוזים וביקורים בחדרי מיון ונערך אחריהם מעקב עד שהסתיים הטיפול הביתי. הממצאים הראו, כי שיעורי האשפוז ותדירות הביקורים בחדרי מיון היו גבוהים. ניתן להבין מכך, כי טיפול רפואי בבית דווקא עשוי להרחיב את השימוש בשירותי בריאות אחרים. מאחר שלמחקר זה לא הייתה קבוצת ביקורת, לא ניתן לקבוע אם שיעורים אלה היו גבוהים לעומת אלה הקיימים אצל מטופלים, שלא נמצאו במסגרת של טיפול רפואי בבית.

במחקרם של בנטור, קינג, ברודסקי ואח' (1998) נבחנו השירותים לטיפול רפואי בבית שסופקו בשנים 1996 עד 1997 למבטחי שירותי בריאות כללית. הממצאים הראו, שרוב החולים היו קשישים, מרביתם חולים כרוניים, שסבלו מתחלואה מרובה וממוגבלות בתפקוד ובניידות, והיו זקוקים לטיפול סיעודי ואחזקתי, להשגחה ממושכת ולביקורים קבועים של צוות סיעודי. לרופאי המשפחה היה תפקיד מרכזי בהפניה ליחידות לטיפול בית. פרסומים אחרים סקרו את פעילותן של היחידות להמשך טיפול וכן יחידות מקומיות לטיפול בית ותיארו את מאפייני החולים המטופלים בהן, את מאפייני הצוות הרפואי ואת דפוסי הספקת הטיפול בבית החולה במסגרת היחידה (למשל, גינדין, סנדלר, שילוח ואח', 1996; ארד, גבע, רוזין ואח', 1999).

מועילות הטיפול הרפואי בבית ויעילותו

אחת השאלות העולות היא - עד כמה טיפולי בית אכן מצמצמים את השימוש בשירותי בריאות אחרים ויקרים יותר, כמו אשפוזים בבתי חולים. על אף ששירות זה החל להתפתח כבר בשנות ה-60 (של המאה הקודמת), נערכו עד כה רק מעט מחקרים, שבדקו את המועילות של השירות כחלופה לאשפוז בבית חולים. במחקרים מעטים אלה הממצאים לא היו עקביים ולפעמים אף סותרים. לכן, אין תמימות דעים לגבי עדיפותו של טיפול הבית על פני צורות אחרות של טיפול (Brazil, Bolton, Ulrichsen et al., 1998; Gladman, Whynes) & Lincoln, 1994; Hedrick, Koepsell & Inui, 1989; Honsner, Fulop, Hood et al., 1996; Hughes, Cummings, Weaver et al., 1992; Milen, Hakansson & Bygen, 1993; Hughes, Ulasevich, Weaver et al., 1997; Shaughnessy, Hittle, Crisler et al., 2002; Weissert, Chernenew & Hirth, 2003). מחקרים אחרים מראים, כי תכניות לטיפול רפואי בבית יוצרות תוצאות משיבועות רצון הן אצל המטופלים והן אצל מטפלים עיקריים על אף שהעלות-תועלת שלהן טרם הוכחה ועדיין אינה ברורה דיה.

בסקירת ספרות, שערך Corrado (2001), על תכניות לטיפול רפואי בבית, הוא מצביע על הוכחות שנמצאו במחקרים שונים, התומכות בשירות זה כחלופה וכמשלימה לשירותים הרפואיים הרגילים, בעיקר כשמדובר באנשים זקנים. Corrado מביא ממצאי מחקרים המצביעים על כך, כי שירות זה הופך להיות מקובל יותר ויותר בכל העולם. עם זאת, התכניות שונות זו מזו בסוג המטופלים, באינטנסיביות הטיפול ובמורכבותו. מחקרים נוספים מלמדים, שקיים שחלוף בין שירותים וכי שימוש בשירות אחד עשוי לצמצם את השימוש בשירות אחר. למשל, שימוש בשירותי בריאות בקהילה עשוי לצמצם שימוש בשירותי אשפוז או אשפוז סיעודי (Greene, Ondrich & Laditka, 1998). במחקר שערך McCusker, ואח' (2001) נמצא, שרוב ההתערבויות שבוצעו במרפאות חוץ, במרפאות לטיפול ראשוני או בטיפול בית הביאו לצמצום השימוש בחדרי מיון. במחקר ניסוי (Schneider, Duggan, Cordingley et al., 2007) שנערך באנגליה נמצא, כי הכללת תכנית לריפוי בעיסוק לזקנים הביאה להקטנה משמעותית בעלויות של שירותי בריאות בקרב קבוצת הניסוי לעומת קבוצת הביקורת. משמעות הדבר היא, שאי-מתן מענה לצרכים בתחום אחד עשוי להביא לשימוש גובר בשירותים אחרים, ואפילו יקרים יותר בקרב אוכלוסיית המטרה. מחקר אחר (Roderick, Low, Day et al., 2001), שנערך אף הוא באנגליה, עסק בבחינת האפקטיביות והעלויות של שיקום ביתי בהשוואה לשיקום במסגרת אשפוז יום גריאטרי לחולים שעברו אירוע מוחי. הממצאים הראו, כי על אף שלא נמצא הבדל משמעותי בין שתי הקבוצות מבחינת עלויות כוללות למטופל, הדבר הביא לצמצום בעלויות של שירותי בריאות בתכנית לטיפול בית, מאחר שנעשה שימוש רב יותר בשירותים סוציאליים. מחקר שנערך באיטליה (Aimonino, Tibaldi, Leff et al., 2008) בדק אשפוזים חוזרים בקרב זקנים חולים במחלות ריאה. חלקם אושפזו במחלקות כלליות בבית חולים וחלקם קיבלו טיפול במסגרת תכנית לטיפול בית.

ממעקב שנערך כעבור שישה חודשים אחר חולים אלה נמצא, כי טיפול בית היה קשור עם צמצום במספר האשפוזים החוזרים, בעלויות טיפול נמוכות יותר ובאיכות חיים טובה יותר למטופלים. ממצאים דומים התקבלו לגבי חולי לב (chronic heart failure) זקנים. במחקר ניסוי (Tibaldi, Isaia, Scarafioti et al., 2009) נערכה השוואה בין קבוצת חולים שטופלה בבית לבין קבוצה שטופלה בבית חולים. לא נמצאו הבדלים מובהקים בין שתי מסגרות הטיפול מבחינת תמותה לאחר שישה חודשים, אולם אצל אלה שקיבלו טיפול בית חל שיפור משמעותי ברמת הדיכאון, במצבם התזונתי ובאיכות חייהם לעומת אלה שקיבלו טיפול בבית חולים.

מחקרים גם מצביעים על החיסכון בהוצאה הציבורית על שירותי בריאות יקרים באמצעות טיפול רפואי בבית. למשל, במחקר אורך שנערך בירושלים (Stessman, Hammerman-Rozenberg & Cohen, 1997; Stessman, Ginsburg & Hammerman-Rozenberg, 1996) נבדקה יעילות היחידה לאשפוז בית של שירותי בריאות כללית, שמטרתה למנוע או לצמצם אשפוזים בבתי חולים. נמצא, כי יחידה זו הביאה לחיסכון בימי אשפוז בבתי חולים כלליים ובבתי חולים גריאטריים. אכן, עלויות גבוהות של שירותי בריאות הביאו מדינות מערביות שונות (כמו קנדה ואנגליה) לחסוך בהוצאות, באמצעות מתן דגש רב יותר על טיפול קהילתי (McDaniel, 1997), שהטיפול הביתי בו מהווה שירות ליבה. באופן כזה אפשר לחסוך בהוצאות על שירותי בריאות יקרים יותר, בעיקר אשפוזים בבתי חולים או השמה במוסדות לטיפול ממושך. בפרויקט ניסויי (Mitton, O'Neil, Simpson et al., 2007), שנערך באזורים כפריים בקנדה, ניתן טיפול בית על ידי אחיות העובדות בטיפול בית במשותף עם רופאי משפחה. הממצאים הראו, כי חל שיפור בתפקוד החולים בפעילות היומיומית והמטופלים דיווחו גם על שיפור ברווחתם הפסיכולוגית. חלה גם הקטנה של 51% בשימוש במספר ימי אשפוז בבתי חולים, 32% בביקורים בחדרי מיון ו-25% במספר האשפוזים, מה שהביא גם לצמצום משמעותי בהוצאות הרפואיות לאדם. במספר מחקרים שנערכו באירופה ובאוסטרליה (Utens, Goossens, Smeenk et al., 2010) נמצא, כי אצל חולים כרוניים במחלת ריאה חסימתית (Chronic Obstructive Pulmonary Disease), שטופלו בבית במקום בבית חולים, לא התגלו השפעות שליליות על מצב בריאותם. כמו כן, שביעות רצונם מהטיפול בבית הייתה רבה יותר. לגבי חיסכון בעלויות נמצא, כי במספר מדינות (ארצות הברית, אוסטרליה וספרד) חולים שטופלו בבית לעומת אלה שאושפזו בבית חולים הביאו לחיסכון ניכר בהוצאה, בעוד שבמדינות אחרות (כמו איטליה ובריטניה) לא היו הבדלים בהוצאה הכוללת. מחקר ניסוי שנערך באוסטרליה (Stewart, Marley & Horowitz, 1999) מצא, כי טיפול בחולי לב במסגרת הבית הביא למניעת אשפוזים חוזרים בבתי חולים, לצמצום במספר ימי אשפוז ולחיסכון בהוצאה על כל חולה. מחקר נוסף (Leff, Burton, Mader et al., 2005) השווה בין מטופלים שהיו באשפוז לבין אלה שטופלו בבית כתחליף לאשפוז. לא נמצאו הבדלים בין שתי הקבוצות מבחינת איכות הטיפול ואף נמצא, כי משך

הטיפול הרפואי בבית היה קצר יותר וכרוך בפחות סיבוכים לעומת אלה שקיבלו טיפול בבית החולים. גם עלות הטיפול בבית הייתה נמוכה יותר באופן משמעותי מזו של אשפוז בבית חולים.

היתרונות שבטיפול רפואי בבית הביאו לכך, שבארצות הברית למשל, נחקק בשנת 2009 חוק הנקרא "החוק לעצמאות בבית" (Independence at Home act), המיועד לאפשר לאנשים, שהם חולים כרוניים ומוגבלים בתפקודם, לקבל טיפול בבית באיכות גבוהה מידין של צוות רב-מקצועי. הזכאים להשתתף בתכנית זו הם זכאי תכנית ה"מדיקאר" (Medicare), אשר ברובם הם זקנים שאינם מקבלים על פי רוב טיפול באיכות טובה ולכן ההוצאה בינם על אשפוזים והשמות מוסדיות היא גבוהה. העלות השנתית של חולה הזכאי לתכנית מוערכת בכ-50,000 דולר וההוצאה היא בעיקר עבור אשפוזים או השמות מוסדיות. התכנית החדשה של "עצמאות בבית" מיועדת לתת טיפול רפואי משולב בבית. הטיפול כולל שירותים רפואיים וסוציאליים לחולים זקנים, המביאים לחיסכון בהוצאה הכוללת לשירותי בריאות בלפחות ב-25%-30%, תוך הגדלת מידת שביעות הרצון של המטופלים ותוצאות הטיפול בהם (DeJonge, Taler & Boling, 2009). הצוות הרב-מקצועי מנוהל על ידי רופא ואחות, המנהלים את הטיפול הכולל בחולה הכרוני, שניתן על ידי גורמים שונים.

כוללות והתמחות בשירות הרפואי לטיפול בית

קיימים מודלים שונים לטיפול רפואי בבית. הספרות המחקרית עוסקת רבות בסוגיה של כוללות (generic) מול התמחות (specialized) באספקת שירותים לאוכלוסיות בסיכון. בעוד שהמודל הכוללני מתייחס למתן טיפול על בסיס מצב בריאותי ותפקודי, הניתן על ידי צוות המרפאה הראשונית, הרי שהמודל המתמחה כולל צוות גריאטרי, המומחה בטיפול בזקנים, והפועל כיחידה נפרדת מצוות המרפאה הקהילתית. עם זאת, מעט מחקרים עסקו בסוגיה זו בהקשר של קשישים ועוד פחות בהקשר לטיפול בית בזקנים שהם חולים כרוניים ומרותקים לבתיהם. במחקר ניסויי שנערך בארצות הברית (Boult, Boult, Morishita et al., 2001) נבדקו ההשפעות של הערכה וטיפול גריאטרי בטיפול מרפאתי על המצב התפקודי ועל השימוש בשירותי בריאות בקרב זקנים. קבוצת הניסוי עברה הערכה כוללת באמצעות צוות רב-מקצועי, שכלל רופא גריאטר, אחות מתחום הסיעוד הגריאטרי ועובד סוציאלי, בעוד שקבוצת הביקורת קיבלה טיפול רגיל במרפאה הראשונית באמצעות רופא המשפחה. הממצאים הראו, כי לא נמצאו הבדלים בשיעורי התמותה, בשימוש בשירותי הבריאות ובהוצאות הטיפול בין שתי הקבוצות. במחקר שנערך באנגליה (Venables, Reilly, Challis et al., 2006) החוקרים בדקו את הסטנדרטים לטיפול בית בזקנים עם דמנציה ואת ההבדלים במדדי איכות בין טיפולי בית לפי מודל כוללני לעומת מודל מתמחה. לא נמצאו

הבדלים מבחינת מדדי איכות, אך נמצא כי המודל הכוללני הציע מידה רבה יותר של גמישות מבחינת היענות לצורכי המטופלים מאשר המודל המתמחה.

מחקר נוסף שנערך אף הוא באנגליה (Holmes, Bentley & Cameron, 2003) בדק את עמדותיהם של קלינאים לגבי מודלים של שירות פסיכיאטרי לזקנים בבתי חולים כלליים. הממצאים העלו, כי 73% מהשירותים הפסיכיאטריים לזקנים סופקו באמצעות מודל כוללני של ייעוץ פסיכיאטרי והיתר השתמשו בשירותים פסיכיאטריים מקשרים (liaison psychiatric services). הפסיכיאטרים שטיפלו לפי המודל הכוללני היו איטיים יותר בהיענות לפניות של הזקנים, 89% מהם לא היו מרוצים מהשירות שהם העניקו במחלקות בבתי החולים ורק 11% מהם ציינו שהם מעדיפים את המודל הכוללני. מסקנת המחקר הייתה, שפסיכיאטרים המטפלים בזקנים אינם מרוצים ממודל הייעוץ הריאקטיבי הקיים והיו מעדיפים את המודל השני, שהוא פרואקטיבי, אך בשל מכשולים הקשורים להסדרים ניהוליים נפרדים של הטיפול הפיזי והטיפול הפסיכיאטרי היה קושי בפיתוחו.

מספר מחקרים בדקו סוגיה זו של התמחות מול כוללנות בהקשר לשירותים סוציאליים לזקנים. למשל, החוקרים קאליס, דארטון, הוגס ואח' (Challis, Darton, Hughes et al.) בדקו באנגליה הסדרים של ניהול טיפול בכלל האוכלוסייה לעומת ניהול טיפול בזקנים במחלקות לשירותים חברתיים. נמצא, כי כמעט בכל המחלקות (97%) המטרה שהוגדרה הייתה לספק טיפול קהילתי כחלופה לסידור מוסדי, אולם רק ל-5% מזקנים אלה היה שירות מתמחה לניהול הטיפול, המתמקד בזקנים בסיכון גבוה. החוקרים סבורים, כי קשר הדוק יותר בין ניהול טיפול בבית עם טיפול רפואי שניוני, כמו רפואה גריאטרית, עשוי להיות אפקטיבי יותר בטיפול בית מאשר קשר עם שירותי בריאות ראשוניים, בעיקר כשמדובר בקשישים המרותקים לבתיהם. מחקר נוסף שנערך באנגליה (Fuller & Tulle-Winton, 1996) בדק שתי קבוצות של צוותים - כאלה שטיפלו רק בזקנים (מתמחה) וכאלה שטיפלו גם בזקנים (כוללני). הצוות המתמחה גילה יותר בעיות אצל הזקנים בשלב ביצוע ההערכה, התייחס יותר לצרכים של המטפלים העיקריים של הזקנים וגם ביצע יותר פעילויות לגבי כל מקרה, לעומת הצוות הכוללני. עם זאת, לא היו הבדלים בתוצאות ההתערבויות בין שתי הקבוצות. החוקרים מציעים, כי שירותים מתמחים יעסקו בעיקר בהערכה, באבחון ובתכנון הטיפול ואילו העובדים הכוללניים יעסקו בעיקר בביצוע תכניות הטיפול. מכך ניתן גם להסיק על חשיבות ההערכה הגריאטרית הכוללנית על הטיפול הרפואי בבית, בעוד שהטיפול עצמו יכול להינתן על ידי צוות המרפאה הראשונית על בסיס ההערכה שבוצעה. כלומר, ניתן גם לשלב בין שני המודלים העיקריים.

מחקר שנערך בארץ (בנטור ורזניצקי, 2002) בחן את מאפייני היחידות לטיפול בית בקופות החולים השונות. נמצא, כי על אף שכל הקופות הפעילו יחידות לטיפול בית, הן היו שונות בנהלים שלהן, במבנה הארגוני, בדפוסי העסקת רופאים וצוות רפואי אחר, ובתפיסת העולם של המנהלים בקופות. נמצאו שני דפוסי עיקריים של שירותים לטיפול בית: הדפוס

הראשון קרוי "יחידות להמשך טיפול ומעקב", שתפקידן לתת ייעוץ, הדרכה ותמיכה לצוותי המרפאות בקהילה, אולם האחריות לטיפול הישיר בחולה נשארת בידי רופא המשפחה ובידי המרפאה בקהילה. הדפוס השני הוא "יחידות לטיפול בית", שבהן צוות היחידה נוטל בפועל את האחריות לטיפול בחולים המרותקים לבית והם למעשה נגרעים ממצבת המטופלים של רופא המשפחה. הצוות ביחידות אלה כולל רופא, אחות ולרוב גם עובד סוציאלי ופיזיותרפיסט. מבחינת מאפייני המטופלים בכל הקופות, הסיבה העיקרית לקבלת חולה לטיפול היא ריתוקו לבית והעובדה שאין הוא יכול להגיע למרפאה או לרופא המשפחה. עם זאת, נמצאו הבדלים במידת החשיבות שמייחסים לעיקרון זה בעת ההחלטה על טיפול בחולה בבית ובמידת ההקפדה בין הקופות ובין היחידות השונות באותה הקופה לגבי טיפול בחולים המסוגלים להגיע למתקני הקופה בקהילה. נמצאו גם הבדלים במאפיינים הרפואיים של החולים ובסל השירותים הניתנים על ידי הקופות השונות. הדיון בהמשך יציג מודלים לטיפול בית בשתי קופות חולים, תוך השוואה ביניהם.

מודלים לטיפול בית בקופות החולים בישראל

חלק זה של הפרק יתמקד בתיאור המודלים הקיימים בשלוש קופות החולים הגדולות בישראל, שבהן ריכוז גדול של זקנים: כללית, מכבי ומאוחדת. בשירותי בריאות כללית מבוטחים כיום 3,973,357 איש, מתוכם 511,494 (12.8%) הם בני 65 ומעלה; במכבי שירותי בריאות מבוטחים 1,891,050 איש, מתוכם 145,660 (7.7%) הם מעל גיל 65; בקופת חולים מאוחדת בסך הכול 1,023,110 מבוטחים מתוכם 57,871 (5.7%) הם מעל גיל 65 (המוסד לביטוח לאומי, 2010).

שירותי בריאות כללית - יחידות להמשך טיפול ומעקב

קופת חולים כללית מפעילה כיום רשת של עשרות יחידות להמשך טיפול ולטיפול ביתי ברחבי הארץ, במסגרתן עובדים מעל 1,000 אנשי צוות ומטופלים כ-30,000 חולים בשנה.

הרקע להקמת היחידות להמשך טיפול

בראשית שנות ה-70 (של המאה הקודמת), שירתה קופת חולים כללית כ-85% מתושבי המדינה. כאז, גם היום, מרבית הקשישים והחולים הכרוניים השתייכו לקופה זו, אשר כארגון הרפואי הגדול יזמה פיתוח והקמה של יחידות להמשך טיפול ברחבי הארץ. היחידות הוקמו מתוך ראייה כוללת לצורכי המטופלים הקשישים ובני משפחותיהם, וכחלק מראייה אינטגרטיבית לשירות כוללני, תוך שמירה על רצף הטיפול, תיאום הטיפול עם הגורמים

הקהילתיים והספקת שירות רפואי-סיעודי מיטבי לקשישים בסביבתם הטבעית. לצד תפיסה זו, וכחלק מהיערכות הכללית למלחמת יום הכיפורים, סייעו היחידות להמשך טיפול בשחרור חולים קשישים ומורכבים לקהילה, עם תום הטיפול הרפואי האינטנסיבי. זאת, עקב הצורך לפנות את מחלקות בתי החולים על מנת לקלוט את פצועי המלחמה. השנים שעברו מאז התאפיינו בתהליך מואץ של הקמת יחידות נוספות ברחבי הארץ, הרחבת השירותים הניתנים באמצעות היחידות, פיתוח יחידות בעלות התמחות ייחודית בתחומים שונים, כגון: הוספיס בית, טיפול תוך ורידי בבית, מונשמים, אי-ספיקת לב, גריאטריה, ועוד, הרחבת היקף המטופלים ביחידות והעמקת מעורבות צוותי היחידות בתהליכי הטיפול בחולים מורכבים על רצף החיים בכל קבוצות הגיל.

ערב חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי וכחלק ממאמצי קופת חולים כללית לשיפור השירות לאוכלוסיית הקשישים, הורחבו שירותי טיפולי הבית וחלה התמחות והתמקצעות ביחידות השונות, המטפלות בחולים במחלות שונות ובמצבי ריתוק ומוגבלות מגוונים. בנוסף לכך, הזדקנות האוכלוסייה, לאורך השנים, לצד השחיקה במקורות המימון של החוק מחד גיסא, וההתפתחות הטכנולוגית מאידך גיסא, יצרו מציאות של הגברת הצרכים של מטופלי הבית, הרחבת המשאבים הנדרשים לכך ועלייה במורכבות החולים בקהילה. לכך תרמו מצוקת האשפוז בבתי החולים והגברת תהליכי בקרת האשפוז על ידי קופות החולים, כפועל יוצא מדרישות האוצר לצמצם את האשפוז בבתי החולים. המציאות, שבה חולים השתחררו מבתי החולים מוקדם יותר וברמת מורכבות גבוהה יותר, הגבירה את הצורך בפיתוח פתרונות קהילתיים לטיפול בחולים בביתם.

"כללית בית"

כחלק ממהלך זה, הקימה קופת חולים כללית, בראשית שנות ה-90, חברת בת אשר התמקדה בהספקת השירותים למרותקי הבית - "כללית בית". החברה הוקמה במסגרת תהליך אסטרטגי, שהביא למיקוד באוכלוסיית הקשישים בכלל ובמרותקי הבית בפרט. במהלך שנות פעילותה, "כללית בית" הגדירה את סל השירותים למרותקים, קבעה נהלים להספקת שירותים, נורמות וכללי הפעלה והגדירה את יחסי הגומלין בינה לבין צוותי המרפאות הראשוניות. כמו כן, "כללית בית" סיפקה שירותים רפואיים וסיעודיים למטופלים מרותקים, תוך הקצאת מכשור רפואי על פי הצרכים, תיאום טיפול עם המשאבים הקהילתיים ובקרה על איכות השירותים.

הפניית חולים ל"כללית בית" נעשתה באמצעות רופא המשפחה. במהלך תקופת הטיפול, המטופל הועבר לאחריות "כללית בית", נגרע ממניין המבוטחים במרפאת האם שלו ועם סיום הטיפול הוחזר אליה. פעילותה של "כללית בית" התאפיינה באיכות מקצועית גבוהה, בשביעות רצון גבוהה של המטופלים ומשפחותיהם, אך גם בעלויות גבוהות במיוחד. הניסיון

המצטבר מפעילותה של "כללית בית" היווה את הבסיס להמשך הפעלת שירות של טיפולי בית ללקוחות הקופה, באמצעות היחידות להמשך טיפול, בשנים שלאחר סיום פעילותה.

הסקירה שלהלן תתאר את מטרות היחידות להמשך טיפול, כפי שהן קיימות היום בקופת חולים כללית, אוכלוסיות היעד, מרכיבי השירות, המבנה הארגוני שבמסגרתו הן פועלות, קשרי הגומלין עם המרפאות הראשוניות, היקפי הפעילות, מסגרות הפעילות, שיתופי הפעולה עם המשאבים הקהילתיים ואתגרים לעתיד.

מאפייני השירות

כיום, במסגרת אסטרטגיית הקופה להבטיח איכות גבוהה של טיפול רפואי, תוך אבטחה של רצף טיפול: קהילה-אשפוז, קהילה-קהילה, אשפוז-קהילה, ומתוך ראייה כוללת את צורכי הקשיש ומשפחתו, היחידות מספקות מערך של שירותים כוללניים רפואיים, סיעודיים ושיקומיים בבית המטופל ומהוות כתובת לגורמים שונים, הן בפן המקצועי והן בפן הארגוני:

- בתי חולים;
- צוותי מרפאות ראשוניות ויועצות בקהילה;
- חולים ובני משפחותיהם;
- גופים ציבוריים וגורמים בקהילה.

על פי תפיסת השירות בקופה, המרפאה הראשונית מהווה את יחידת הבסיס לשירותיה ללקוחות. מתוך כך, לכל מטופל יש רופא משפחה ומרפאת-אם, שאליהם הוא בחר להשתייך. הצוות הרב-מקצועי במרפאה הראשונית כולל רופאים, אחיות, שירותי רוקחות ומינהל. שירותי עבודה סוציאלית ותזונה ניתנים על פי צורך, כמו גם שירותי רפואה יועצת. בהתאם לתפיסה זו, וכפי שהודגם בסקר של מכון ברוקדייל (גרוס, ברמלי-גרינברג ומצליח, 2007), הכתובת הראשונה לפניית המטופלים היא רופא המשפחה וצוות המרפאה הראשונית. צוות המרפאה מערב את צוות היחידה להמשך טיפול, בהתאם למורכבות מצבו הרפואי של החולה ולצרכים המתעוררים במהלך הטיפול. אפשרות נוספת להפניית מטופלים ליחידות להמשך טיפול היא ישירות ממסגרות אשפוזיות שונות, כגון: בתי חולים כלליים, בתי חולים לחולים ממושכים, מרכזי יום ומכוני שיקום, לשכות רווחה, ועוד. במקרים אלה, היחידה להמשך טיפול תודא מתן מענה מידי למטופל, תוך יידוע צוות המרפאה הראשונית וגיבוש תכנית טיפול כוללת ומתאמת למטופל ולמשפחתו.

מטרות היחידות להמשך טיפול

1. לאפשר טיפול בית מיטבי לחולים עם מכלול בעיות רפואיות, סיעודיות ושיקומיות, הדורשים טיפול ומעקב אינטנסיבי או תחזוקתי של צוות רב-מקצועי. טיפול זה אינו יכול להינתן במסגרת המרפאה והוא ניתן כחלופה לאשפוז בבתי החולים הכלליים ו/או הממושכים ו/או הסיעודיים.
2. להוות מסגרת מקצועית וארגונית המסייעת לצוותים, למשפחות המטופלים ולגורמים בקהילה בכל ההיבטים הכרוכים בטיפול מורכב בחולים בביתם.
3. לאפשר לחולים כרוניים וסופניים לקבל טיפול פליאטיבי בכל שלבי החולי עד לסיום החיים, בסביבה הביתית והטבעית.

אוכלוסיות היעד

לקוחות הכללית, הזקוקים לטיפול רפואי, אשר לא ניתן לספקו על ידי צוות מרפאה ראשונית לתקופה מוגבלת או חולים הזקוקים לייעוץ חד-פעמי.

תחומי הטיפול

לב וכלי הדם, מונשמים ומחלות ריאה, חולים הזקוקים לשיקום, חולים אונקולוגיים פעילים וסופניים, וחולים במחלות פנימיות.

שירות הטיפול הביתי הניתן על ידי היחידה כולל:

- רפואה;
- סיעוד;
- פיזיותרפיה;
- ריפוי בעיסוק;
- ריפוי בדיבור;
- עובדות סוציאליות, תזונאיות, קלינאיות תקשורת;
- בעלי מקצוע אלה מספקים שירותים במגוון תחומים:
 - שירותי גריאטריה;
 - שירותי רפואה;
 - שירותי סיעוד;
 - שירותי עירוניים בבית;

- שירותי טיפול בחולים מונשמים ומטופלים בחמצן;
- הוספיס בית לחולים אונקולוגים וטיפול פליאטיבי;
- אשפוז בית לחולים הזקוקים להשגחה אינטנסיבית;
- טיפול בפצעים מורכבים וקשי ריפוי;
- טיפול בחולי אי-ספיקת לב ברמה 3-4.

ההתפתחות הטכנולוגית המואצת תרמה למציאות, שבה המכשור בבית המטופל הוא לרוב מורכב ממגוון סוגים, ברמת תחכום גבוהה ומחייב הדרכה קפדנית על השימוש בו, כולל בקרה על תקינותו. תחום המכשור הרפואי והציוד בבית המטופל הוא באחריות "כללית הנדסה רפואית בע"מ", הנושאת באחריות הכוללת להספקת המכשור הנדרש, תחזוקתו ובקרה על תקינותו. במטרה להמחיש את האתגר ואת רמת המורכבות הכרוכה בעבודת צוותי היחידה להמשך טיפול להלן שני סיפורים אמיתיים:

א', פג שנולד להוריו הבדואים בשבוע ה-25 להיריון. לאחר תקופת אשפוז ממושכת בטיפול נמרץ פגים בבית חולים סורוקה בנגב, הוחלט לשחררו עם מכשיר הנשמה. צוות היחידה להמשך טיפול נדרש להכין את בית המשפחה לשחרור הפג לאוהל שבו מתגוררים הוריו בפזורה הבדואית. יש לציין, שתנאי המחיה באוהל אינם כוללים חשמל ומים זורמים. צוות היחידה עשה כל שנדרש על מנת לאפשר לפג לחזור לביתו.

ש' הוא חולה אי-ספיקת לב בדרגת 3-4, NIHA, המידרדר לעתים קרובות עקב בצקות ומגיע לאשפוזים חוזרים כמעט מדי שבוע. השעות הקשות ביותר הן בשעות הערב, שבהן קוצר הנשימה גובר ומשפחתו של ש' מזמינה אמבולנס המבהיל את ש' באופן דחוף לבית החולים. צוות היחידה להמשך טיפול, הכולל קרדיולוג ואחות מומחית לאי-ספיקת לב, בנה עבור ש' מערך טיפולי המונע את הצטברות הבצקות. בנוסף לכך, לש' יש את מספרי הטלפון של הצוות והוא פונה אליהם גם לאחר שעות העבודה הרגילות. לאחרונה, ש' נזקק לעירוי תוך ורידי של משתנים בביתו, בזכותו נמנע ממנו וממשפחתו הסבל הכרוך בפנייה למיון ובאשפוז חוזר.

שני סיפורים אלו מבטאים את מורכבות החולים ואת האתגר המקצועי העומד בפני צוותי היחידות להמשך טיפול.

מבנה ארגוני של היחידות

היחידה לטיפול ביתי היא יחידה רב-מקצועית. כוח האדם הפועל מטעמה הוא בחלקו על בסיס גרעין קבוע וחלקו שירות של יועצים מקצועיים ו/או נותני שירות ממקצועות הבריאות, המועסקים על ידי היחידה לפי דרישה. הצוות הגרעיני כולל: מנהל רפואי, מנהל סיעוד, מנהל

אדמיניסטרטיבי, רכזי תחום מקצועות הבריאות ועבודה סוציאלית. תפקידיו העיקריים של הצוות הם:

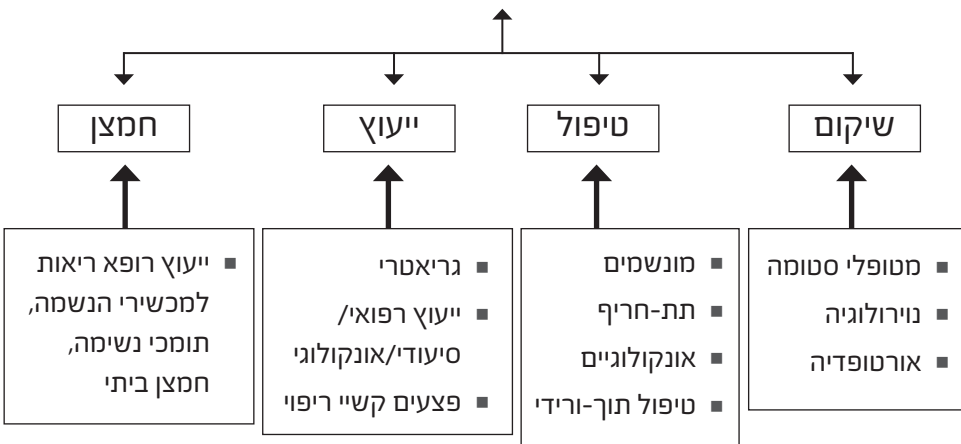
- מתן טיפול ישיר.
- מיון וסיווג חולים, תוך תיאום עם הצוות המטפל במרפאה הראשונית.
- הדרכה וליווי לצוותי המרפאות בטיפול בבית.
- ייעוץ לגורמים המטפלים בחולה בביתו.
- הבטחת איכות ובקרה של תהליכי הטיפול הביתי לסוגיו.
- תיעוד, איסוף מידע ודיווח על התקדמות הטיפול בחולים.
- ניהול תקציב ורכש שירותים.

אנשי צוות מטפלים נוספים הם קלינאי תקשורת, תזונאים ופסיכולוגים. היקף פעילותם נקבע על פי צורכי הטיפול ביחידה ובהתאם למדיניות המחוז. לרוב, היחידה כוללת תת-יחידות, תוך התאמה והתמחות מקצועית, כפי שמוצג בתרשים 1.

תרשים מספר 1



תחומי טיפול



נהוג להפריד בין קבוצת המטופלים המצויים במעקב ובטיפול שגרתי של צוותי היחידה, לבין מטופלים השייכים לאשפוז הבית של היחידה. אלה האחרונים הם חולים המאופיינים לרוב במורכבות קלינית גבוהה, המחייבת טיפול אינטנסיבי, כגון עירויים, זונדה, ניטור צמוד, השגחה ומעקב רציפים.

תחומי הטיפול ביחידה

שיקום: מטופלים הנזקקים לשירותי שיקום ניורולוגי או אורטופדי לאחר אירועי טראומה או אירועים ניורולוגיים שונים, לאחר ניתוח או ללא ניתוח, ומטופלים בעלי סטומה, הנזקקים לשיקום ולסיוע בחזרתם לתפקוד תקין. לרוב, מטופלים אלו היו עצמאיים ופעילים עד האירוע שבעקבותיו חלה הידרדרות מהירה במצבם. מטופלים אלה יזדקקו לטיפול על ידי פיזיותרפיסטים, מרפאות בעיסוק ואחיות.

טיפול: חולים כרוניים קשים, הנזקקים לטיפול תת-חריף ביתי, כגון חולי אי-ספיקת לב בדרגה 3-4, מונשמים עבורם פותח סל שירותים ייעודי, חולים אונקולוגים במהלך מחלה אונקולוגית חריפה, המחייבת טיפול ביתי אינטנסיבי, חולים הנזקקים לטיפול ורידי אינטנסיבי, למתן תרופות IV, כגון: אנטיביוטיקה, תרופות ציטוטוקסיות, משתנים להפחתת בצקות, ועוד. לרוב, במקרים אלה מדובר בחולים אשר עד למחלתם, שגרמה להידרדרותם, היו פעילים ועצמאיים. הטיפול בחולים אלה יינתן לרוב על ידי רופא, אחות, מטפלת, תזונאית, ועוד.

ייעוץ: חולים המצויים במצב של ריתוק ממושך לבית או למיטה, המטופלים בשגרה על ידי צוותי המרפאות הראשוניות אך חל שינוי או הידרדרות במצבם, המחייב היוועצות עם צוות היחידה. הטיפול לרוב יינתן על ידי גריאטר, רופא יחידה, אחות מומחית בטיפול בפצעים קשי ריפוי, תזונאית ועובדת סוציאלית. במידת הצורך, ובמקרים שבהם נדרשת השגחה רפואית ממושכת או טיפול סיעודי אינטנסיבי, הצוות ימליץ לחולה ולמשפחתו על הפנייה לאשפוז ממושך או לשיקום, או על מוסד סיעודי (בהתאם לקריטריונים ולמצב המטופל) ויפעל לביצוע ההערכה הנדרשת, הכנת המסמכים הנדרשים על ידי המוסדות השונים, הערכת מקורות המימון והמשאבים וייצוג החולה ומשפחתו מול לשכות הרווחה, משרד הבריאות ומוסדות אחרים.

חמצן: חולים הסובלים מבעיות כרוניות מתמשכות במערכת הנשימה. לחולים אלה הומלץ מתן טיפול מתמשך בחמצן. מענה להמלצה זו מחייב התאמה מדויקת של המכשור, הדרכה על השימוש בבלונים על פי סל השירותים, בקרה על תנאי אחסון הבלונים, תוך דגש על בטיחות הטיפול. הטיפול יינתן על ידי רופא ריאות ואחות ייעודית לנושא.

תהליך העבודה ושיתוף הפעולה עם המרפאות הראשוניות מודגם בתרשים 2.

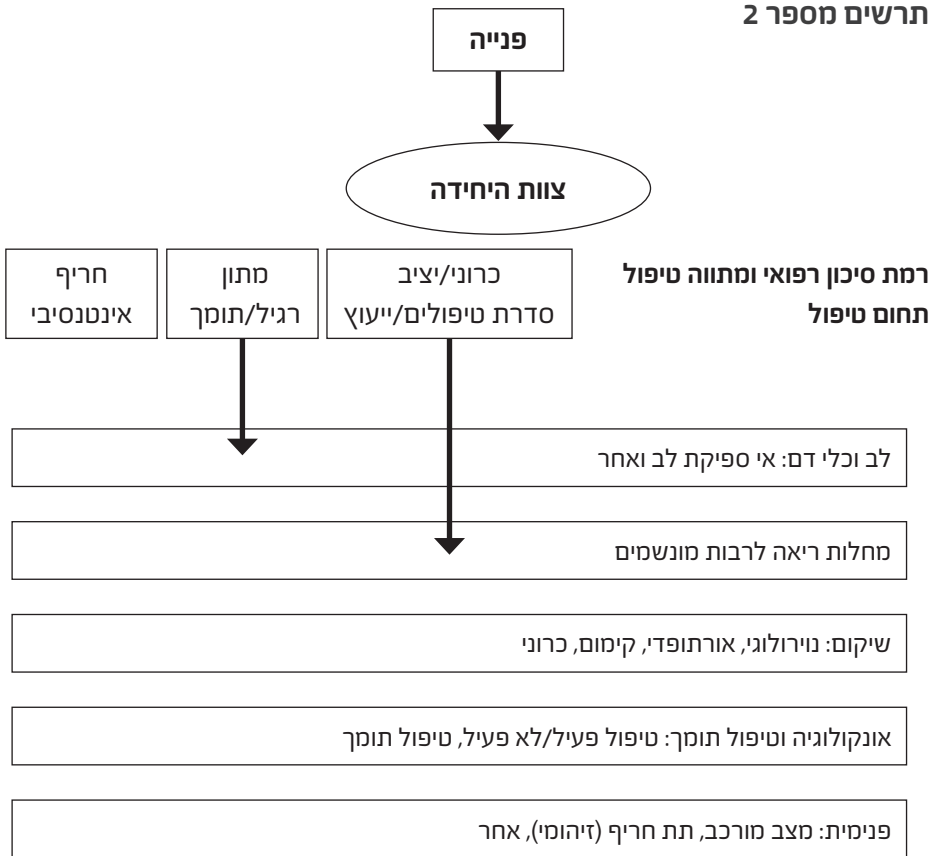
הפנייה ליחידה להמשך טיפול אפשרית הן על ידי צוותי המרפאות הראשוניות והן על ידי הגורמים האשפוזיים והקהילתיים השונים. אם הגורם הפונה הוא צוות המרפאה, הפנייה תיעשה בצרוף מידע רפואי עדכני. המשך הטיפול וההמלצות יגובשו בשיתוף עם צוות המרפאה ומשפחת המטופל. אם מדובר בשירות אשר אופיו מוגדר היטב, כגון: שיקום, טיפול בפצע לחץ, ועוד, הגורם אשר יבצע את הביקור הראשוני יהיה בעל הזיקה המקצועית לבעיה. אם מדובר בפנייה לביצוע הערכה כללית, הביקור יבוצע על ידי רופא היחידה ו/או אחות אשר יגבשו תכנית כוללת, תוך הפעלת בעלי המקצוע הנוספים, בהתאם לצורכי המטופל.

לעתים, הפנייה ליחידה מגיעה כשהחולה עדיין מאושפז בבית חולים כללי או ממושך. במקרים אלה, על צוות היחידה לתאם הכנה כוללת לשחרור החולה, בהקדם האפשרי. הכנת הבית לקליטת חולה משתחרר עשויה לכלול תהליכים מורכבים, כגון: התאמת דוור והרחבת מעברים לכיסא גלגלים, הזמנת ציוד ומכשור, כגון: מזרנים מיוחדים, תמיסות ייחודיות, מכונת הנשמה, כולל גנרטור להפסקות חשמל, בלוני חמצן, חומרי חבישה, צנתרים מיוחדים, מתאמים, ועוד. התהליך לרוב מובל על ידי צוות היחידה להמשך טיפול, בשיתוף

עם צוות המרפאה, מינהל ההספקה של הקופה וצוותי "כללית הנדסה רפואית". קליטה מיטבית של החולה בביתו לשביעות רצון החולה ומשפחתו מהווה פועל יוצא של התיאום בין כלל הגורמים.

המציאות הגיאוגרפית, שבה פועלת היחידה, מהווה לעתים גורם נוסף בתהליך העבודה. זאת משום שלפעמים (בעיקר ברחבי הצפון הרחוק או ברחבי הפזורה הבדואית) איש הצוות הראשון הנמצא בקרבת מקום החולה יבצע הערכה ראשונית ויעביר את המידע המקצועי ליתר הצוותים, על פי צרכי המטופל.

תרשים מספר 2



היקפי הפעילות ונתונים

מדי שנה מטופלים במסגרת היחידות ברחבי הארץ כ-30,000 מטופלים. ממוצע הביקורים למטופל נע בין 10 (ביחידות המעקב) לבין 60 (ביחידות לאשפוז בית). במסגרת אשפוזי הבית מרבית הביקורים (כ-60%) מבוצעים על ידי רופאים ואחיות ויתר הביקורים על ידי בעלי תפקידים נוספים. במסגרת היחידות האחרות, מרבית הביקורים מבוצעים על ידי פיזיותרפיסטים. בקופת חולים כללית כ-250 חולים מונשמים המטופלים בביתם, כ-25 מהם הם ילדים. בין השנים 2006 ל-2009 חלה עלייה משמעותית בהיקף המטופלים ובביקורים המבוצעים על ידי צוותי היחידות:

אשפוזי בית - הכפלה של מספר החולים.

יחידות אחרות - עלייה של כ-20% במספר המטופלים ובהיקף הביקורים.

בהמשך למגמה, שמוביל משרד הבריאות, לשיפור הטיפול בקשישים בקהילה, לצד צמצום האשפוז הסיעודי, הוגדרה קבוצת החולים אשר נותחו לאחר שבר צוואר ירך, כקבוצה ייחודית להתערבות. נמצא, שלמרות שפוטנציאל השיקום של חולים אלה גבוה, אם הטיפול השיקומי אינו ניתן במועד המתאים ובהיקף הנדרש, חולים אלה נמצאים בסיכון גבוה להידרדרות תפקודית עד למצב המוגדר כמצב סיעודי. לשם כך, בנתה הקופה תכנית ייעודית מוגדרת ומפורטת, הכוללת סל שירותים ייעודי לקבוצה זו, תוך הגדרת תהליך האיתור והטיפול בחולים. במסגרת התכנית הוגדרו:

סל שיקום אינטנסיבי: עבור בעלי פוטנציאל שיקומי גבוה, המבוסס על הערכה ראשונית באמצעות ה-FIM - functional index measurement, שיקום אינטנסיבי על ידי פיזיותרפיסט ומרפאה בעיסוק והערכה חוזרת.

סל שיקום תחזוקתי: לבעלי פוטנציאל שיקומי גבולי, הכולל שיקום על ידי פיזיותרפיסט, תוך טיפול תחזוקתי על ידי מטפלת. הערכה באמצעות ה-FIM מתבצעת לפני הטיפול ולאחריו עד שישה חודשים.

הניסיון במהלך 2009 הוכיח, כי התכנית עונה על צורכי מרבית המטופלים ומסייעת לצמצום הקודים הסיעודיים לאשפוז במוסדות סיעודיים. עם זאת, הנושא מחייב המשך מעקב ולימוד הלקחים לשם העמקת התכנית והרחבתה גם לתחומים נוספים.

שיתופי פעולה ומשאבים

היחידות להמשך טיפול בקופת חולים כללית מהוות משאב ידע וסיוע הן לצוותי המרפאות הראשוניות והיעוצות, הן לצוותי בתי החולים במסגרות האשפוז השונות והן לגופים ציבוריים, קהילתיים ועמותות. בין הגורמים השונים ניתן למנות את הרשויות המקומיות, המוסד לביטוח

לאומי, לשכות הרווחה, מערכת החינוך, משרד הבריאות, משרד הביטחון ועמותות, כגון: אשל, "עזר מציון", "יד שרה", ועוד. שיתוף הפעולה בא לידי ביטוי הן בייצוג צורכי המטופל ומשפחתו והן בתיאום הטיפול בין הגורמים השונים.

אתגרים וכיווני פעולה לעתיד

לקופת חולים כללית מסורת ארוכת שנים (בת כ-40 שנה) בהפעלת היחידות להמשך טיפול. במהלך שנות פעילות היחידות חלו שינויים ותמורות הן במטרותיהן, הן במשאבים המופנים לפעילותן והן במערך הארגוני שבמסגרתו הן פועלות. מעל לכל עולה תמונה ברורה של מגמת עלייה גוברת והולכת בהיקף מרותקי הבית והמיטה ובצרכיהם בקהילה. יש להניח, ששחיקת מקורות הסל (של חוק ביטוח בריאות ממלכתי), לצד החרפת מצוקת האשפוז, יגרמו להמשך המגמה של שחרור החולים מבתי החולים לקהילה ברמת מורכבות גבוהה יותר.

מודל היחידות להמשך טיפול, מסגרות פעילותן והרכבן חייב להתאפיין בגמישות מרבית תוך התאמתן למציאות העסקית שבה הן פועלות (במרכז הארץ - בסביבה עתירת מיטות אשפוז או בריחוק מבתי חולים), למאפייני האוכלוסייה, למצאי כוח האדם שבאזור (מחסור בכוח אדם מקצועי בפריפריה הגיאוגרפית ובפריפריה התרבותית - למשל קלינאיות תקשורת דוברות ערבית, פיזיותרפיסטים דוברי אתיופית), להרכב הצוותים במרפאות הראשוניות וליכולותיהם, שכן גם בתחום זה קיימת הטרוגניות רבה, הנגזרת מרמת הידע והניסיון המשתנה בקרב הצוותים הראשוניים.

הטיפול בקהילה מהווה אתגר מקצועי וחברתי של הגורמים הרפואיים, אך גם של הגורמים החברתיים, שכן מצבו הרפואי של החולה הוא רק אחד הגורמים המשפיעים על תפקודו וסיכוייו להידרדר. גורמים סביבתיים וחברתיים, כגון: עריריות, רמת השכלה, רמת הכנסה, קיום ביטוח רפואי פרטי, משפיעים על מידת תלותו של הפרט במערכת הרפואיות והחברתיות הציבוריות, ומשליכים גם על הצורך בשירותי היחידות להמשך טיפול. עובדה זו חייבת להילקח בחשבון בבואנו להגדיר משאבים ומסגרות תקציביות.

הקצאה מתאימה לצורכי האוכלוסייה, הכשרת כוח אדם לפריפריה, תוך התאמה והנגשה תרבותית, הגמשת תהליכי עבודה חוצי מסגרות ומשרדים והגברת ההכשרה לתחום, הן בהכשרות למקצועות רפואה וסיעוד והן במסגרות הכשרה בהתמחות, יסייעו לצוותים ליישום מיטבי של שליחותם, בטיפול במרותקי הבית והמיטה.

מכבי שירותי בריאות

הקופה מפעילה רשת של 31 יחידות לטיפול במרותקי בית, הפרוסות בכל רחבי הארץ. יחידות אלו מעניקות שירותים רפואיים בבית למבוטחי הקופה, אשר עקב מצב בריאותם אינם יכולים להגיע לטיפול רפואי במרפאות. הקריטריונים לקבלת חולה ליחידה מורכבים משיקולים רפואיים, סיעודיים וסוציאליים, הנבדקים על ידי הצוות המטפל. הזכאות לשירות היא על רקע מצב בריאותי (אינו תלוי גיל). טווח השהייה ביחידה עשוי לנוע מתקופה קצרה לטיפול רפואי ממוקד או לשיקום ואחר כך חזרה לטיפול במתקני הקופה בקהילה ועד לריתוק לצמיתות, על רקע מחלות כרוניות קשות. לאורך השנים, ניתן לראות שינויים משמעותיים במבנה היחידות, ייעודן והיקף הזכאים למערך השירותים למרותקי הבית. מגמות אלו הביאו לגידול בשיעור הזכאים לשירות, שעלה מ-3,200 מטופלים בשנת 2004 ל-7,900 מטופלים בשנת 2010, עם תחזית לקצב גידול דומה במהלך העשור הבא. הסקירה שלהלן תתייחס לשינויים שחלו בהגדרת מטרות היחידות, לנהלים השונים המסדירים את פעילותן לאורך השנים, לתהליכים שהתקיימו על מנת לממש נהלים אלה, וכן תתמקד בנעשה היום בשירות זה.

הרקע להקמת היחידות

מספר גורמים השפיעו על קיומו של תהליך מואץ לפיתוח היחידות לטיפול בית בקופת חולים מכבי. השפעה ניכרת יש לעלייה בתוחלת החיים ולהזדקנות האוכלוסייה. קצב גידול הקופה, כתוצאה מהזדקנות האוכלוסייה והעלייה בתוחלת החיים בשני העשורים האחרונים, יחד עם תחזית להמשך קיומן של מגמות אלו, הביאו לעלייה משמעותית במספר הזקנים המבוטחים. מבנה היחידות ונהלי עבודתן הושפעו רבות מחוק בריאות ממלכתי, המחייב את קופות החולים לספק למבוטחיהן סל שירותים בתחומים של שיקום רפואי אמבולטורי במרפאה ובבית. שירותים אלה כוללים: שיקום רפואי - לרבות פיזיותרפיה, ריפוי בדיבור, ריפוי בעיסוק ועבודה סוציאלית בתחום הבריאות, ללא פירוט המחויבות לספקם למרותקי הבית, היקפם, תדירותם והיקף כוח האדם המועסק במסגרתם. במכבי, הקמת מנהלת הגריאטריה בשנת 1999, שבראשה עומד גריאטר ארצי, היוותה צומת דרכים משמעותית בתהליך התפתחות היחידות והתגבשות מודל העבודה בהן. מנהלת זו מאחדת תחת קורת גג אחת את המרפאות הגריאטריות, היחידות לטיפול בית ובקרת האשפוז הגריאטרי ובכך נותנת ביטוי מוחשי לתפיסה העוסקת בשמירה על רצף הטיפול באדם הזקן. הכפפת היחידות לטיפול בית לאחריות המקצועית של מנהלת הגריאטריה הגדירה דפוסי פעולה שונים מאלה של הרפואה הראשונית בסניפים, שעל פיהם פועלות היחידות בזיקה לרפואה הגריאטרית ומתוך ראייה רב-תחומית של הזקן וצרכיו. זרז נוסף להקמתן של היחידות לטיפול בית היה פיתוח מואץ של טכנולוגיות מורכבות, המאפשרות מתן טיפולים בבית החולה

(עירוניים תוך-ורידיים, דיאליזה ביתית, שימוש במחוללי חמצן, חבילות לחולים מונשמים, מתן תרופות שבעבר ניתנו רק תחת ניטור באשפוז בתנאים מותאמים וביצוע פרוצדורות נוספות שבעבר התאפשרו באשפוז בלבד). מכאן, שהשינויים במבנה הארגוני של הקופה, מגמת ההתייעלות המאפיינת את הארגון בכלל ומדיניות קיצור האשפוזים בפרט, בשילוב התקשרויות של הארגון עם גופים המעניקים את שירותי הטכנולוגיות המתקדמות, תרמו תרומה משמעותית להרחבת סל השירותים הניתן בבית המטופל ולהרחבת מספר הזכאים שעשויים ליהנות משירותי היחידה לטיפולי בית, מבלי להזדקק לשירותי אשפוז. כל אלה סייעו בפיתוח המואץ של הקמת היחידות.

מבנה היחידה

צוות היחידה כולל רופאים, אחיות ועובדים סוציאליים בהיקפי תקינה שונים. יש לציין, כי טרם נקבע מפתח לחישוב התפוסה המומלצת ליחידה ומפתח תקינה המגדיר את העומס לכל בעל תפקיד. בנוסף לכך, לצוות גרעיני זה, במרבית היחידות, משולבים אנשי מקצוע נוספים - פיזיותרפיסטים, מרפאים בעיסוק, קלינאי תקשורת, דיאטנים, אנשי אדמיניסטרציה ומינהל. על פי נוהל היחידה, הרופא הגריאטר המחוזי הוא הסמכות הרפואית לתחום טיפולי הבית. מתוקף זה, קיימים ממשקי עבודה במבנים ארגוניים שונים בין הרופאים הגריאטריים ליתר חברי צוות היחידה. בחלק מהמחוזות פעילים משתתפים גריאטריים בישיבות הצוות של היחידה ולוקחים חלק פעיל בדיון על אודות החולה ובבניית תכנית הטיפול, כרופאים יועצים שבמחוזות אחרים משמשים כרופאים מטפלים ביחידה. ביחידות שבהן טרם הוסדרה תקינה למקצועות פרה-רפואיים, נקנה השירות ממטפלים עצמאיים, המבצעים ביקורי בית בבתי החולים. כל אחד מחברי הצוות משמש מומחה בתחומו לטיפול במרותקי הבית. עקב פעילותו ביחידה הוא רוכש מיומנות גבוהה, הכשרות מתאימות וניסיון מקצועי בתחום ייחודי זה.

דפוס הפעולה של היחידות

דפוס הפעולה של צוות היחידה מושתת על נטילת האחריות לטיפול בחולה המרותק לבית (בנטור ורזניצקי, 2002). בסניפים שבהם אין יחידה ייעודית לתחום טיפולי בית וישנם חולים הזקוקים לשירות רפואי בביתם, צוות הטיפול בבית מתמנה מתוך צוות הסניף המקומי והם אחראים לספק למטופל את השירות הנדרש בביתו. בדרך כלל, הצוות יכול את רופא המשפחה בסניף, אחות הסניף ועובדת סוציאלית של הסניף, בשילוב מטפלים עצמאיים, המתוגמלים בהתאם לנוהלי הארגון.

אוכלוסיית היעד וסיווג מטופלים ביחידה לטיפול בית

קיימות מספר קטגוריות של חולים מרותקי בית המוגדרים לפי מצבם הבריאותי וחומרתו:

- **חולה כרוני יציב:** חולים המרותקים לביתם, שמחלותיהם ממושכות, אך מאוזנות והם זקוקים למעקב רפואי קבוע. כמחצית מחולי היחידה שייכים לקבוצה זו. מאפייניהם יורחבו בהמשך. קטגוריה זו מאופיינת במשך שהייה ארוך ביחידה.
- **חולה כרוני פעיל:** חולים המרותקים לביתם, בעלי בעיה רפואית דומיננטית פעילה, המטופלת על ידי צוות הסייעוד של היחידה בגיבוי של רופאי היחידה. לדוגמה, חולים שבעייתם הדומיננטית היא פצע לחץ, כשמטרת הטיפול היא שיפור הבעיה או מניעת החמרתה.
- **חולה שיקומי:** חולה המרותק לביתו, שמצבו הרפואי מצריך תהליך שיקום בבית. לדוגמה, חולה לאחר אירוע מוחי או שבר בצוואר הירך, שסיים את תקופת האשפוז האקוטי והוא בר-שיקום. מדובר בחולים לאחר אשפוז אקוטי או לאחר תקופת שיקום בבית חולים המשכי. עם כניסתם ליחידה נקבעים יעדי שיקום בישיבת הצוות, כאשר המטרה היא להשיב את המטופל לרמת תפקוד מרבית. נקבעת תכנית מעקב על מנת להעריך את איכות השיקום בהתאם לצורכי החולה. קצב הכניסות והשחרורים בקטגוריה זו מוגבר יחסית ליתר הקבוצות ביחידה.
- **חולה רפואי:** חולה המרותק לביתו, הסובל מחוסר יציבות ומשינויים תכופים במצבו הבריאותי, עקב מחלה פעילה אחת או יותר, וזקוק לטיפול רפואי תדיר על מנת למנוע החמרה או אשפוז. קבוצה זו של חולים כוללת חולים עם אי-ספיקת לב לא מאוזנת, מחלות ריאות קשות, חולים אונקולוגים בטיפול פעיל, הזקוקים לטיפול תומך.
- **חולים הזקוקים לטיפול רפואי מיוחד:** בקבוצה זו משולבים חולים הזקוקים להשגחה רפואית וסיעודית בתדירות גבוהה יותר מאשר בקטגוריה הקודמת. בדרך כלל, אלה הם חולים שהטיפול בהם מחייב שימוש בטכנולוגיות מתקדמות, כמו מתן עירוי תוך-וריד בבית החולה, עירוים תכופים וממושכים, דיאליזה ביתית, ועוד.
- **חולים סופניים (הוספיס בית):** חולים, שעקב התקדמות מחלתם, אינם מקבלים טיפול קוראטיבי או שמקבלים טיפול כזה, אולם זקוקים בנוסף לטיפול תומך, הכולל מעקב רפואי, איזון סימפטומים, תמיכה רגשית, ועוד. בהתאם לנוהל משרד הבריאות, המגדיר את אחריות הקופות להקמת יחידות הוספיס ביתי בפריסה ארצית, הוקם ב-2008 ההוספיס הראשון במחוז הדרום. יחידה זו מעניקה טיפול תומך, הכולל התייחסות למרכיבים רפואיים, סיעודיים, פסיכו-סוציאליים ורוחניים לחולה ולבני המשפחה, על ידי צוות, הכולל רופא, אחיות ועובדות סוציאליות. השירות ניתן שבעה ימים בשבוע, כל שעות היממה, על ידי צוות היחידה, בשילוב צוות כוננים מיומן. העובדה שיחידת ההוספיס היא חלק מיחידת טיפולי הבית מאפשרת תנועה בין חולי היחידה לטיפול

בית ליחידת ההוספיס, כאשר חלה החמרה במצבם. זאת, כחלק מרצף הטיפול בחולה על פי צרכיו ומתוך תפיסה של תהליך המוות כתהליך טבעי ברצף החיים, המתרחש בקהילה ובסביבה הטבעית של האדם. כיום, עומדות על הפרק בקשות להקמת יחידות נוספות בדרום ובמחוזות אחרים.

■ **חולים מונשמים:** חולים שעקב מחלתם הפעילה זקוקים להנשמה מלאכותית 24 שעות ביממה. כיום, כ-70 חולים מונשמים שוהים בביתם ונמצאים בטיפול צוותי היחידות לטיפול בית, בפריסה ארצית.

באופן כללי, בכל זמן נתון, כמחצית מהמטופלים בכל יחידה מוגדרים בקטגוריה של חולים כרוניים יציבים, לעומת מספר חולים קטן יותר בקטגוריות כרוני פעיל או רפואי ורפואי מיוחד. מדובר בקבוצת חולים הסובלת ממחלות ממושכות וקשות, בדרגות חומרה שונות, שבהיותן מאוזנות זקוקים למעקב רפואי יזום וקבוע, אך באינטנסיביות נמוכה יותר. קבוצת חולים זו נשארת באחריות היחידה לטיפול בית לאורך זמן. הטיפול בהם כולל מעקב וטיפול יזום על ידי רופא ואחות, בפרקי זמן מוגדרים או לחילופין טיפול אינטנסיבי יותר בהתאם למצבו של החולה ועל פי שיקול הדעת הרפואי.

על מנת להתמודד עם הגדילה בהיקף היחידות, מגבלות תקינה והפיזור הגיאוגרפי שעליו חולשות היחידות, פותחו מודלים שונים למעקב ולטיפול בחולי קבוצה זו. מודל אחד מגדיר, שהמעקב והטיפול יבוצעו על ידי הצוות המטפל ביחידה, בעוד שמודל אחר מגדיר, כי חולים אלו יטופלו על ידי רופא המשפחה בקהילה. שייכותם ליחידה נותרת בעינה והם זכאים לכלל סל השירותים בביתם, כולל ביקורי רופא. באחריות הרופא המטפל (הן רופא היחידה והן רופא המשפחה) לשלב צוות פרה-רפואי (סיעוד, עובדת סוציאלית, ועוד) לטיפול ולמעקב בבית החולה. בכל תקופת השהייה ביחידה, המטופל זכאי לבדיקות, לביוררים ולשירותי רפואה יועצת על פי כללי הקופה. האחריות להבאת המטופל לבדיקות ולטיפולים אצל רופאים יועצים ואצל מרפאות מומחים היא על המטופל ובני המשפחה המטופלים בו.

כאמור, זכאי היחידה הם כלל מבוטחי הקופה, שאינם יכולים לצרוך שירותי בריאות בקהילה בשל היותם מרותקים לביתם. הגדרה זו מאפשרת שונות גבוהה. לדוגמה, יכולים להשתייך לאותה היחידה מבוטחים הסובלים ממצבי חולי תת-חריפים, כשמטרת השהייה ביחידה היא ייצוב מצבם והחזרתם לטיפול במרפאות הרופאים בקהילה, יחד עם מבוטחים הסובלים ממצבי חולי כרוני יציבים, שעבורם השהייה ביחידה היא לצמיתות. ניתוח אוכלוסיית היחידות מעלה שני מאפיינים בולטים. ראשית, ש-80% ממרותקי הבית הם בני 65 ומעלה. שנית, בולט ריבוי המחלות הכרוניות הקשות. לדוגמה, 43% מכלל מטופלי היחידות מוגדרים כסובלים ממחלת לב אחת לפחות, 33% מאובחנים כחולי סכרת, 77% סובלים מלחץ דם ו-16% חולים אונקולוגים. בולטת העובדה שכ-35% סובלים משילוב מחלות שונות, עובדה שהופכת את השמירה על איזון ומניעת החמרה לתהליך ממושך המצריך מומחיות וידע. מהמתואר לעיל, ניתן לראות, שמדובר בעיקר באוכלוסייה קשישה, חולה במחלות מורכבות

ופעמים רבות סובלת מתחלואה מרובה, לוקה במוגבלויות בתפקוד היומיומי, בעיקר בניידות, זקוקה לטיפול סיעודי ואחזקתי, להשגחה ממושכת ולביקורים קבועים של צוות סיעודי. אוכלוסייה זו, שהיא צרכנית של שירותי בריאות, מאופיינת באשפוזים חוזרים ובבדיקות ולכן מציבה אתגרים מקצועיים רבים.

תהליך העבודה ביחידה

הפניית המטופלים ליחידה נעשית בצרוף מסמכים מתאימים מבתי החולים אקוטיים, בתי חולים גריאטריים ומוסדות שיקומיים שונים, כאשר בעת השחרור, הצוות מתרשם, כי החולה זקוק להמשך טיפול בביתו. בקהילה מתקבלות הפניות מרופאי המשפחה בסניפים, גריאטרים או רופאים שיקומיים, גורמים מקצועיים בקופה או שירותים אחרים בקהילה (עובדים סוציאליים). למעשה, נוהל היחידה קובע, שכל אדם יכול לבקש מרופא המשפחה לבחון את התאמת המטופל לקבלת טיפול מהיחידה לטיפול בית. נוהל היחידה מגדיר, כי נציג מצוות היחידה יוצר קשר עם המטופל תוך 48 שעות מקבלת ההפניה ביחידה (72 שעות בסופי שבוע ובערבי חג). שעות העבודה ביחידות הן, בדרך כלל, בין שמונה לשלוש ועל פי היקפי המשרה של אנשי הצוות השונים. כאשר תכנית הטיפול מגדירה צורך בביקורי בית מעבר לשעות העבודה, יבוצעו הביקורים לפי תכנית הטיפול ולא על פי שעות העבודה הפרמליות. עקב העובדה, שאנשי הצוות אינם זמינים במשרדים (אלא בביקורי בית) מקשרות מזכירות היחידות בין המטופלים לבין אנשי הצוות, שאתם הם מחפשים. בנוסף למענה האנושי פועל בכל יחידה שירות מענה קולי, שבו ניתן להשאיר הודעה. מעבר לשעות הפעילות, עומד לרשות מטופלי היחידה מוקד רפואי המעניק שירות ביקור רופא ללא תשלום 24 שעות ביממה. אם יש מקום להפניה למיון, החולה יקבל הפניה למיון הפוטרת אותו מאגרת מיון.

■ **תהליך מיון וקבלה:** עם קבלת ההפניה ליחידה, צוות היחידה יוצר קשר לתיאום ביקור בית יזום בביתו של החולה לצורך הערכה ובניית תכנית טיפול ראשונית. בדרך כלל, ייערך הביקור על ידי רופא היחידה, המהווה גורם דומיננטי בתהליך המיון ובהחלטה על קבלת החולה ועל תכנית הטיפול ביחידה. תוצאות ההערכה הראשונית יכריעו אם המטופל ישולב ביחידה או יופנה להמשך טיפול אצל רופא המשפחה. עם קבלת החולה ליחידה, מוגדר החולה על ידי קוד ממוחשב כבעל "הערת טיפולי בית" לכל זמן שהותו ביחידה. מטרת הקוד היא הגברת שקיפות המידע בין הצוותים המטפלים ושמירה על רצף הטיפול בחולה לאורך כל תהליך הטיפול בו. קוד זה ישמש על מנת להבחין את החולה מחולים שאינם ביחידה ויקנה לו את סל השירותים שיוגדר בהמשך. בנוסף לכך, עם כניסת החולה לטיפול ביחידה מקבלים רופא המשפחה (גם אם לא הוא הגורם המפנה) והחולה הודעה על כניסתו ליחידה והעברת הטיפול

אל צוות היחידה. תהליך דומה מתבצע בעת החזרת החולה לרופא המשפחה לצורך המשך מעקב וטיפול.

לחולה המושלב ביחידה תיבנה תכנית טיפול ויוגדרו מי הם אנשי המקצוע שיטפלו בו באופן פעיל. לצורך זה ינפיק הרופא הפניה לכל איש מקצוע נדרש. כל מטפל יבקר את המטופל בתיאום עימו או עם המטפל העיקרי ויבנה תכנית התערבות מוגדרת, הכוללת את מטרת ההתערבות ובמידת האפשר, הערכה לגבי משך ההתערבות. תכנית ההתערבות היא מולטי-דיסציפלינרית וכוללת התייחסות מקיפה לצורכי החולה והסביבה שבה הוא חי. משמע, שבנוסף להיבטים רפואיים וסיעודיים תיבדק התאמת הסביבה לצרכיו הנוכחיים של החולה ואם יש צורך יוגדרו הדרכים להתאמתה - שינוי מבנה הדיור, התאמת החללים, שימוש באביזרי עזר לשיפור התפקוד, ועוד. כמו כן, יישקלו היבטים סוציאליים, כולל מיצוי זכויות ויכולת המטפל העיקרי להתמודד עם הצרכים החדשים. שיקולים אלה יהוו חלק מתכנית הטיפול ומשך השהייה ביחידה.

שני כלים מרכזיים עומדים לרשות הצוות על מנת לאפשר שקיפות של מידע בין חברי הצוות הרבים ושל צורכי המטופל, לאור השינוי במצבו: הראשון הוא ישיבת הצוות השבועית, שבה דנים בקליטת מטופלים חדשים. אנשי הצוות מדווחים על תוצאות ההערכה ועל תכניות הטיפול, התקדמות המטופלים ומתקבלות החלטות על שחרורים מהיחידה. כלי זה של ישיבות צוות הוא משמעותי, שכן הוא מאפשר ראייה כוללת של צורכי המטופל. בישיבה זו, לכל חולה ממונה מתאם טיפול על פי הצרכים הדומיננטיים שלו. לדוגמה, לחולה סיעודי עם פצעי לחץ יהיה זה איש הסיעוד ביחידה, בעוד שלגבי חולה שיקומי יהיה זה הפיזיותרפיסט. מתאם הטיפול אחראי על מסגרת הטיפול הכוללת בחולה, כולל תיאום בין כל הגורמים המקצועיים המטפלים, דיווח, קשר עם החולה ומשפחתו לייעוץ ולהדרכה וקשר עם גורמי טיפול נוספים על פי הצורך. כלי שני העומד לרשות הצוות הוא "רשומת טיפולי בית", שהוא תיק ממוחשב, שהותאם לצורכי היחידה, שבו מנהלים כל חברי הצוות את רישומי הטיפול שלהם בתיק הרפואי של החולה. בדומה לתיק ידני, גם בתיק הממוחשב לכל איש מקצוע יש חוץ, שבו הוא מנהל את רישומיו וקיימת הרשאה לכל חברי הצוות להיכנס לצפייה בלבד ברישומים אלה. כך יכול כל איש צוות, העתיד לפגוש את החולה, לעיין בתיק הממוחשב, לקבל את המידע העדכני ביותר ולהתאים את הטיפול הנדרש למצבו של החולה. חוץ מיוחד הוקדש לגיליונות של ישיבות הצוות, שבהם מתועדות החלטות הישיבה, תכנית הטיפול העדכנית ודיווחי התקדמות של החולה. יש לציין, שלתיק זה נדרשת הרשאה מיוחדת ורק עובדי היחידה יכולים להיכנס אליו.

לאורך השהות ביחידה קיימת תנועה בין הקבוצות השונות, המשקפת את השינויים ואת הדינמיקה במצב החולה. למבנה זה חשיבות רבה, שכן הדבר מאפשר אבחנה ברורה בין חולה במחלות כרוניות קשות שמצבו יציב, לחולה פעיל, שמחלתו אינה מאוזנת ולכן הוא זקוק לטיפול אינטנסיבי יותר. החשיבות לעבודת היחידה נובעת מהיכולת לזהות חולים,

שמצבם מצריך התייחסות אינטנסיבית על ידי צוות היחידה, על מנת למנוע החמרה או אשפוז וויסות המשאבים היחידתיים לעברם. חולים שמצבם עלול להוביל להתפתחות מצבים חריפים והם זקוקים להשגחה תכופה יזכו לביקורים בתדירות גבוהה על מנת למנוע החרפה, לעומת חולים הזקוקים רק למעקב תקופתי יזום. בדרך זו ניתן לווסת את פעילות צוות היחידה על פי צורכי החולים ולקבל תמונה עדכנית על מצבו של החולה במהלך כל תקופת שהותו ביחידה.

■ **תנאי השחרור מהיחידה:** שחרור מטופל יומלץ על ידי מתאם הטיפול. ההמלצה תידון בישיבת הצוות. כמו בתהליך הקבלה ובבניית תכני הטיפול גם בקבלת החלטה על שחרור הרופא הוא הגורם הדומיננטי. תנאי הכרחי לשחרור הוא יכולת המטופל להגיע בכוחות עצמו, או עם ליווי, לקבלת טיפול רפואי במרפאה. מכאן ששחרור יתבצע כאשר: (1) החולה חזר לתפקוד עצמאי ויכול לחזור לטיפול במרפאה; (2) מטופלים שעקב מצבם הרפואי, הסיעודי או הסוציאלי זקוקים להמשך טיפול באשפוז ממושך ומשולבים במסגרות אשפוז שונות - בתי אבות או בתי חולים גריאטריים.

סל השירותים ביחידה

השהות ביחידה מעניקה למטופלים סל שירותים ייחודי למצבם. לדוגמה, כל חולה זכאי לשירות מקיף בביתו מאנשי המקצוע השותפים לתכנית הטיפול בו על פי צרכיו, כפי שהוגדרו על ידי צוות היחידה. בנוסף לכך, זכאי כל מבוטח בעל "הערת טיפולי בית" לביקור רופא חינום, 24 שעות ביממה, על ידי מוקד רפואי, לצורך מתן מענה מיידי במצבי חירום או חולי אחרי שעות הפעילות של היחידה. במהלך שהיית החולה ביחידה מתקיימים ביקורים יזומים של רופא היחידה, ניתנים שירותי סיעוד הכוללים: אומדנים, הערכה וטיפול סיעודי על פי צרכיו, מטפלים פרה-רפואיים, ייעוץ סוציאלי מקיף לתמיכה רגשית ומיצוי זכויותיו בקופה ובקהילה, בדיקות מעבדה בביתו, תרופות על פי נוהלי הקופה ושירותים רפואיים נוספים על פי הסדרים המקובלים בקופה. הפניות לרפואה מקצועית נעשות על פי שיקול דעת הרופא המטפל. שירותים אלה הורחבו בשנים האחרונות וגם היום קיימת מגמה של קביעת נהלים והגדרה של טיפולים נוספים למתן בבית. לדוגמה, מבוצעים היום טיפול בצנטרים בבית החולה, ביקורים והדרכה לטיפול בסטומות, חבישות מורכבות, מתן עירוויים שונים, כולל אנטיביוטיקה לוויריד ומתן תרופות נוספות, מעקב וטיפול בחולים הזקוקים לדיאליזה ביתית, התאמת טכנולוגיות שונות התומכות בנשימה עד לטיפול ומעקב אחר חולים מונשמים השוהים בביתם בקהילה, טיפול בחולים הזקוקים לטכנולוגיות הזנה שונות, כמו TPN, PEG, זונדה, ועוד, וביחידת ההוספיס - מתן תרופות נרקוטיות במינונים גבוהים, הקזות דם, ביצוע סדציה על פי צורך בבית החולה, ועוד.

אתגרים בעבודת היחידות

כפי העולה מתיאור זה, מבנה היחידות לטיפול בית במכבי, ייעודן ובהתאם לזה היקפן, עברו שינוי מהותי במהלך העשור האחרון. כיום, היחידות מהוות צומת משמעותי בטיפול בחולים הקשים הקהילה. העלייה בתוחלת החיים ומתוקף זה משכן של המחלות ומורכבותן, מגמות קיצור האשפוזים ותהליכי התייעלות לשימוש מושכל במשאבים הציבוריים משמשים כזרזים בתהליך זה. תהליכים אלה מציבים מספר אתגרים לפתחנו. השמירה על רצף הטיפול בחולה לאורך כל הטיפול בו, הן בתוך הארגון - במעבר בין רופא המשפחה אל רופא היחידה, והן מחוץ לארגון - במעבר בין מוסדות אשפוז שונים אל היחידה, מעסיקה את הצוותים רבות, תוך הקדשת זמן לשיפור תהליכי עבודה, פיתוח כלי מעקב, הגדרת בעלי תפקידים על מנת להבטיח את רצף הטיפול והשגת יעדי בריאות מיטביים. כחלק מהמאמץ לקדם את החולים ואת איכות הטיפול בהם הושקה מערכת סמ"ן גריאטריה, המגדירה מדדי איכות עבור החולים הקשישים, ובכלל זה מרותקי הבית. מערכת מדדים זו שונה ממערכת המדדים לאוכלוסייה הרחבה ולוקחת בחשבון את מורכבות מצבם וצורכיהם. תחזיות גידול האוכלוסייה הקשישה בקופה צופות גידול משמעותי בזכאים לשירותי היחידה. יש לבחון דרכים להרחבת השירות והתאמתו, תוך שמירה על איכות הטיפול בחולים, התייחסות לתקינה מותאמת ושיקולי עלויות השירות.

אתגר נוסף עימו מתמודד הארגון הוא שוויון בין פריפריה למרכז. מאמץ רב מוקדש לגיבוש פתרונות שיאפשרו הענקת הטיפול האיכותי ביותר לכל חולה באשר הוא. יישום חזון זה כרוך בקשיים בתחומי גיוס כוח אדם מקצועי בפריפריה, פריסה גיאוגרפית נרחבת של השירות והגדרת הנהלים כך שיאפשרו את הענקת הטיפול בצורה המיטבית. בתחום זה הצרכים רבים ועשייה רבה ניצבת בפנינו. בנוסף לכך, יישום המגמות, כפי שהוגדרו על ידי משרד הבריאות והמיושמות על ידי הקופה, סביב מדיניות הרחבת סל השירותים הניתן בקהילה, צמצום האשפוזים ופיתוח שירותים שיאפשרו השארת המטופל בביתו ככל הניתן (לדוגמה ההנחיה על פיתוח יחידות הוספיס בפריסה ארצית), כל אלה מעלים את הצורך בשינויים תרבותיים-חברתיים, תהליכי סוציאליזציה של בני משפחה וחולים, העלאת הסובלנות לחולי, לנכות ולמוות כתהליכים נורמטיביים, שהם חלק ממעגל החיים. כיוון שכך, אנשי הצוות משמשים סוכני שינוי חברתיים ומוציאים עצמם מנהלים משא ומתן עם עמיתים בבתי החולים, עם אנשי מקצוע בשירותים בקהילה ועם החולים ובני המשפחה על מנת לשכנעם, כי הענקת הטיפול המיטבי אפשרית גם בבית. מכאן, שחזון השירות המיטבי למרותקי הבית והענקת טיפול רפואי איכותי לחולה בביתו, כרוכים בתהליך הטמעה ארוך מול החולים עצמם, בני המשפחה המטפלים ואנשי מקצוע.

קופת חולים מאוחדת

רקע להקמת השירות לטיפולי בית

ניסיון ראשון למתן שירות טיפולי בית בקופת חולים מאוחדת נעשה ונסמך על הסכם עם אחד מבתי החולים הציבוריים במחוז המרכז, אשר סיפק שירות לחולים מרותקי בית בביתם, תוך ביצוע ביקורים שבועיים אצל כל חולה, עם אפשרות אזעקת רופא לביקורים דחופים וקשר עם הרופא ו/או חדר המיון. כעבור זמן מה, הנהלת המחוז החליטה לקיים שירות זהה על ידי צוות רופא-אחות-פיזיותרפיסט ואחרים, שהוקם על ידי הקופה עצמה. דוגמת ניסיון ראשון זה הועתקה תוך מספר חודשים למחוז נוסף, ובהמשך ליתר המחוזות. עם הצטבר הניסיון הראשוני הוציא אגף הרפואה הוראות לצוות טיפולי בית בקופת חולים מאוחדת (נוהל טיפולי בית). מכאן ואילך, הוקמו יחידות לטיפולי בית בכל המחוזות.

אוכלוסיות היעד

- חולים המשוחררים מאשפוז, המחייבים המשך טיפול וביקורת רפואית בביתם.
- חולים הרותקים למיטתם או סובלים מקשיי ניידות וזקוקים לטיפול רפואי מתמשך.
- חולים עם קשיי ניידות הזקוקים לטיפול שיקומי.

מטרות

- מתן טיפול רפואי רב-צוותי (רופא, אחות, פיזיותרפיסט, עובדת סוציאלית, רופאים מקצועיים) לחולה מרותק בביתו.
- מתן שירות רפואי לחולים בסביבתם הטבעית, המוכרת והתומכת, תוך ניצול משאבי הקהילה ותמיכתה של משפחת החולה.
- העלאת שביעות רצון המטופל בקבלת טיפול במסגרתו הטבעית.
- הבטחת המשכיות הטיפול הרפואי מבית החולים לקהילה, בחולה המרותק למיטתו, תוך צמצום מרבי של השהות בבית החולים (סביבה עם פוטנציאל זיהומי).

קריטריונים לקבלה

- חולה מרותק לביתו, אשר אינו מסוגל להגיע למרפאה לקבלת טיפול רפואי.
- חולה המתקבל אחר שחרורו מאשפוז אשר נדרש לו טיפול רפואי בביתו. הטיפול ניתן תוך יצירת קשר בין בקר הקופה בבית החולים עם החולה ומשפחתו, בסמוך לשחרור.
- חולה המנוע, עקב מצבו, לקבל טיפול במרפאת הקופה.
- חולה המופנה ליחידה לטיפולי בית על ידי הרופא המטפל.
- חולה אשר אשפוזו בבית מתבקש על ידו או על ידי משפחתו בהמלצת רופאו.

קשר עם הרופא המטפל

צוות היחידה לטיפולי בית מקבל הודעה על שחרור חולה מבית החולים והעברתו לטיפול צוות טיפול בית. הרופא המטפל רשאי להפנות את החולה לטיפול על ידי הצוות בביתו. עם שחרור החולה מטיפול בשירות לטיפולי הבית הוא מופנה בחזרה אל הרופא המטפל עם סיכום טיפול מפורט.

תהליכי העבודה

בתחילת הטיפול, אחר שחרור מבית החולים או עם הפניית החולה ליחידה, מבקר רופא או אחות מהצוות לטיפול בית את המטופל, תוך 24 שעות ממועד שחרורו מאשפוז. בהמשך, ייבדק החולה על ידי הרופא, האחות וגורמים נוספים, בהתאם לצורך. פרטי האבחנות, הבדיקות, תכנית הטיפול והנחיות הטיפול המיידיות והנוספות נרשמות בתיק המטופל במדוריו השונים. כל ביקור וכל הוראה של אנשי הצוות מתועדים בתיק המטופל. אחת לחודש לפחות מתקיימת ישיבת צוות טיפולי הבית, בנוכחות כל אנשי הצוות, ורופא בכיר נוסף. הצוות דן על כל חולה חדש ועל מצב החולים במהלך הטיפול ומחליט על המשך הטיפול, עריכת שינויים בו או שחרור המטופל לקהילה. דוח ישיבת הצוות מועבר לעיון באגף הרפואה.

לסיכום, קופת חולים מאוחדת מקיימת מסגרת לטיפולי בית לכל חולה אשר אינו יכול לקבל טיפול רפואי במרפאה, עקב מצבו. הצוותים פועלים במחוזות הקופה, בפיזור אזורי הטיפול, כנדרש ממספר החולים וממרחק הנגישות לביתם.

מהניסיון הנצבר לאורך השנים ומתגובות מטופלים ומשפחותיהם וכן על פי בקרות שונות הנערכות מעת לעת עולה, כי קיימת שביעות רצון רבה מהטיפול הרפואי למקצועותיו השונים, מפשטות תהליכי הקבלה למסגרת טיפולי הבית ומאיכות הטיפול הניתן למבוטחים.

סיכום

הטיפול הרפואי בבית מהווה כיום אחד השירותים המתפתחים במהירות בקופות החולים השונות על מנת לצמצם את הצורך באשפוזים, בטיפולים רפואיים יקרים ובהשמות מוסדיות. זאת, על מנת לאפשר לזקן להישאר בביתו ולהימנע מכל אותן תוצאות לוואי הכרוכות באשפוזים וגם כדי לרסן את ההוצאה הציבורית על מתן שירותי בריאות יקרים, בעיקר כשמדובר באוכלוסייה זקנה, עתירת צרכים בריאותיים. יש להניח, כי הצרכים בתחום זה ילכו ויגדלו באופן משמעותי לאור התחזיות בדבר ההזדקנות המהירה של האוכלוסייה והגידול בשיעור הזקנים בני 85 ומעלה, אשר עם ההזדקנות הולכת ומתרבה התחלואה הכרונית והמוגבלות התפקודית שלהם.

מתוך תיאור היחידות לטיפול בית בשתי קופות החולים הגדולות (כללית ומכבי), אפשר לראות, כי קיימים קווי דמיון רבים ביניהן במאפיינים השונים של המבנה הארגוני, סל השירותים ודפוסי הפעילות של השירות, אך יש גם קווים דומים ומקבילים בהיבטים אחרים, כמו: אוכלוסיות יעד, דרכי הפנייה, הרכב הצוותים, ועוד. האגף לגריאטריה במשרד הבריאות יצא בשנה האחרונה ביוזמה מבורכת לתמרץ את הקופות לפתח את הטיפול הרפואי בבית, כדי לצמצם את הצורך בהשמות במוסדות לטיפול ממושך. השאלה היא עד כמה יש בתמריצים אלה כדי לעודד את הקופות לפתח תכניות לטיפול רפואי בבית.

כפי שנאמר לעיל, קיימים עדיין אתגרים רבים על מנת לייצב את השירותים לטיפול בית ולהביא אותם למיצוי מיטבי. די להזכיר שני אתגרים: הראשון, הפיזור הגיאוגרפי והנגישות לשירותים אלה. מעצם טבעם, שירותי הבריאות מתרכזים באזורי המרכז, שהם צפופי אוכלוסייה. האתגר הוא לאפשר נגישות וזמינות שוויונית לכלל אוכלוסיית הזקנים, גם זו הגרה בפריפריה ובאזורים דלילי אוכלוסייה. אתגר מרכזי נוסף הוא להביא לשילוב בין כל הגורמים והשירותים המספקים שירותים לאוכלוסייה המרותקת לביתה. למשל, היחידות לטיפול רפואי בבית אינן משולבות עם הטיפול הביתי הניתן לזקנים המוגבלים בתפקודם והמקבלים שירותי מטפלת באמצעות גמלאות הסייעוד של הביטוח הלאומי. שילוב ותיאום בין נותני שירותים אלה יאפשר מתן מענה כוללני ומיטבי לזקנים הזקוקים לשירותים השונים על מנת להזדקן בביתם ובסביבתם המוכרת.

מקורות

ארד, ח., גבע, ח., רוזין, ו., קיבריק, ר. וקרש, י. (1999). דגם טיפול תומך בחולי סרטן סופניים בבתיהם ומשוב משפחות המטופלים: מניסיונה של היחידה להמשך טיפול של קופת חולים כללית במחוז הצפון. **הרפואה**, 136(י): 757-762.

בנטור, נ., קינג, י., ברודסקי, ג., מועלם, א. וגינדין, י. (1998). **אשפוז בית במערכת הבריאות בישראל - דוח מחקר**. ירושלים: מכון ברוקדייל-ג'וינט ישראל דמ-329-98.

בנטור, נ. ורזניצקי, ש. (2002). **טיפול בית רפואי במערכת הבריאות בישראל**. ירושלים: מכון ברוקדייל-ג'וינט ישראל, דמ-393-02.

ברודסקי, ג., שגור, י. ובאר, ש. (2010). **קשישים בישראל - שנתון סטטיסטי 2009**. ירושלים: מכון ברוקדייל-ג'וינט ישראל.

גינדין, י., סנדלר, א., שילוח, א. ואוחיון, ר. (1996). אשפוז בית בראשון לציון וברמלה-לוד: שלוש שנות ניסיון בשירות חולים חריפים בקהילה. **גרונטולוגיה**, 75: 58-61.

גרוס, ר., ברמלי-גרינברג, ש. ומצליח, ר. (2007). **דעת הציבור על רמת השירות ותפקוד מערכת הבריאות בשנת 2006, והשוואה לשנים קודמות**. ירושלים: מכון מאירס-ברוקדייל-ג'וינט ישראל.

המוסד לביטוח לאומי. (2010). **דוח מסכם על ניהול קובץ בריאות בחודשים יוני ואוגוסט 2010 וחישוב מפתח החלוקה ליום 1.10.2010**. ירושלים, המוסד לביטוח לאומי - מינהל המחקר והתכנון. הורד מאתר האינטרנט בתאריך 14.10.2010. <http://www.btl.gov.il/Mediniyut/Situation/haveruth/Documents/capitatia102010.pdf>

Aimonino R. N., Tibaldi, V., Leff, B., Scarafiotti, C., Marinello, R., Zanicchi, M. & Molaschi, M. (2008). Substitutive "Hospital at Home" versus inpatient care for elderly patients with exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease: A prospective randomized, controlled trial. *Journal of American Geriatric Society*, 56(3): 493-500.

Boult, C., Boult, L.B., Morishita, L., Dowd, B., Kane, R.L. & Urdangarin, C.F. (2001). Randomized clinical trial of outpatient geriatric evaluation and management. *Journal of the American Geriatric Society*, 49(4): 351-359.

Brazil, K., Bolton, C., Ulrichsen, D. & Knott, C. (1998). Substituting home care for hospitalization: The role of a quick Response service for the elderly. *Journal of Community Health* 23: 29-42.

Challis, D., Darton, R., Hughes, J., Stewart, K. & Weiner, K. (2001). Intensive care-management at home: An alternative to institutional care? *Age and Ageing*, 30 (5): 409-413.

- Corrado, O. J. (2001). Hospital at home. *Age and Ageing, 30*(3): 11-14.
- DeJong, K.E., Taler, G. & Boling, P.A. (2009). Independence at home: Community-based care for older adults with severe chronic illness. *Clinical Geriatric Medicine, 25*(1): 155-169.
- Fitzpatrick, A. L., Powe, N. R., Cooper, L. S., Ives, D. G. & Robbins, J. A. (2004). Barriers to health care access among the elderly and who perceives them. *American Journal of Public Health, 94*: 1788-1794.
- Fuller, R. & Tulle-Winton, E. (1996). Specialism, genericism and others: Does it make a difference? A study of social work services to elderly people. *British Journal of Social Work, 26*: 679-698.
- Gladman, J., Whynes, D. & Lincoln, N. (1994). Cost comparison of domiciliary and hospital-based stroke rehabilitation. *Age and Ageing, 23*: 241-245.
- Greene, V. L., Ondrich, J. & Laditka, S. (1998). Can home care services achieve cost savings in long-term care for older people? *Journal of Gerontology: Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 53B* (4): 5228-5238.
- Hedrick, S.C., Koepsell, T.D. & Inui, T. (1989). Meta-analysis of home-care effects on mortality and nursing-home placement. *Medical Care 27*: 1015-1026.
- Holmes, J., Bentley, K. & Cameron, I. (2003). UK survey of psychiatric services for older people in general hospitals. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 18* (8): 716-721.
- Honsler, M., Fulop, N., Hood, S. & Ujah, S. (1996). Does hospital-at-home make economic sense? Early discharge versus standard care for orthopedic patients. *Journal of Royal of Social Medicine, 89*: 53-55.
- Hughes, S.L., Cummings, J., Weaver, F. et al. (1992). A randomized trial of the cost effectiveness of VA hospital-based home care for the terminally ill. *Health Services Research (HSR) 26*: 801-817.
- Hughes, S.L., Ulasevich, A., Weaver, F.M., Henderson, W., Manhein, L., Kubal, J.D. & Bonarigo, F. (1997). Impact of home care on hospital days: A meta analysis. *Health Services Research, 32*: 415-431.
- Iecovich, E. & Carmel, S. (2009). Differences in accessibility, affordability and availability (AAA) of medical specialists among three age-group of elderly people in Israel. *Journal of Aging and Health, 21*(5): 776-797.

Leff, B., Burton, L., Mader, S. et al. (2005). Hospital at home: Feasibility and outcomes of a program to provide hospital-level care at home for acutely ill older patients. *Annals of Internal Medicine*, 143(11): 798-808.

McCusker, J., Ardman, O., Bellavance, F., Belzile, E., Cardin, S. & Verdon, J. (2001). Use of community services by seniors before and after an emergency visit. *Canadian Journal on Aging*, 20(2): 193-209.

McDaniel, S.A. (1997). Health care policy in an aging Canada: the Alberta 'experiment'. *Journal of Aging Studies*, 11(3): 211-227.

Milen, A.L., Hakansson, S. & Bygen, L.O. (1993). The cost-effectiveness of rehabilitation in the home: A study of Swedish elderly. *American Journal of Public Health*, 83: 356-362.

Mitton, C., O'Neil, D., Simpson, L., Hoppins, Y. & Harcus, S. (2007). Nurse-physician collaborative partnership: A rural model for the chronically ill. *Canadian Journal of Rural Medicine*, 12(4): 208-216.

Roderick, P., Low, J., Day, R., Peasgood, T., Mullee, M.A., Turnbull, J.C., Villar, T. & Raftery, J. (2001). Stroke rehabilitation after hospital discharge: A randomized trial comparing domiciliary and day-hospital care. *Age and Ageing*, 30(4): 303-310.

Schneider, J., Duggan, S., Cordingley, L., Mozley, C.G. & Hart, C. (2007). Costs of occupational therapy in residential homes and its impact on service use. *Ageing and Mental Health*, 11(1): 108-114.

Shaughnessy, P. W., Hittle, D. F., Crisler, K. S., Powell, M. C., Richard, A.A., Kramer, A. M., Schlenker, R. E., Steiner, J.F., Donelan-McCall, N.S., Beaudry, J. M., Mulvey-Lawlor, K. L. & Engle, K. (2002). Improving patient outcomes of home health care: Findings from two demonstration trials of outcome-based quality improvement. *Journal of the American Geriatric Society* 50(8): 1354-1364.

Smith, A.A., Carusone, S.B., Willison, K., Babineau, T.J., Smith, S.D., Abernathy, T., Marrie, T. & Loeb, M. (2005). Hospitalization and emergency department visits among seniors receiving homecare: A pilot study. *BioMed Central Geriatrics*, 13(5): 9.

Stessman, J., Ginsberg, G., Hammerman-Rozenberg, R., Friedman, R. & Ronen, D. (1996). Decreased hospital utilization by older adults attributable to a home hospitalization program. *Journal of the American Geriatric Society*, 44(5): 591-598.

Stessman, J., Jammerman-Rozenberg, R. & Cohen, A. (1997). Home hospitalization in the spectrum of community geriatric care. *Disability and Rehabilitation*, 19(4): 134-141.

Stewart, S., Marley, J. & Horowitz, J. (1999). Effects of a multidisciplinary, home-based intervention on planned readmissions and survival among patients with chronic congestive heart failure: A randomised controlled study. *The Lancet*, 354 (9184): 1077-1083.

Tibaldi, V., Isaia, G., Scarafiotti, C., Gariglio, F., Zanochi, M., Bo, M., Bergerone, S. & Aimonino Ricauda, N. (2009). Hospital at home for elderly patients with acute decompensation of chronic heart disease. *Archives of Internal Medicine*, 169(17): 1569-1575.

Utens, C.M., Gossens, L.M., Smeenk, F.W. et al., (2010). Effectiveness and cost-effectiveness of early assisted discharge for chronic obstructive pulmonary disease exacerbations: The design of a randomized controlled trial. *BMC Public Health*, 10: 618-629.

Venables, D., Reilly, S., Challis, D., Hughes, J. & Abendstern, M. (2006). Standards of care in home care services: A comparison of generic and specialist services for older people with dementia. *Aging and Mental Health*, 10(2): 187-194.

Weissert, W., Chernew, M. & Hirth, R. (2003). Titrating versus targeting home care services to frail elderly clients: An application of agency theory and cost-benefit analysis to home care policy. *Journal of Aging and Health*, 15(1): 99-123.

חלק שלישי

פרק י': כיצד מתמרנים בין עבודה לבין טיפול בן משפחה זקן

אריאלה לבנשטיין, רות כץ ודפנה הלפרין

הקדמה

מטרתו של פרק זה לבחון את השלכות הטיפול בקרובי משפחה זקנים של מטפלים עיקריים המצויים באמצע החיים, על רווחתם האישית, על חיי העבודה וחיי המשפחה שלהם. זאת, לאור ממצאים אמפיריים המצביעים על יחסי גומלין בין משפחה לתעסוקה (Lechner & Neal, 1999), כאשר שני התחומים משפיעים האחד על האחר. תופעה זו מכונה בספרות המקצועית כ"גלישה" בין עבודה למשפחה (work-family spillover) (Grzywacz, Almeida, & McDonald, 2002) ומשמעותה - העברה של רגשות והתנהגויות בין העבודה לבין הבית (Roehling, Moen & Batt, 2003). הפרק כולל: מבוא ובו הצגת הנושא, רקע מדעי ותיאורטי לגבי סוגיות מרכזיות בתחום: איזון בין עבודה למשפחה, השלכות הטיפול, אסטרטגיות התמודדות ברמת העובד-המטפל, ברמת הארגון וברמת המדיניות החברתית, ממצאים נבחרים ממחקר שנערך לאחרונה בישראל בנושא ולבסוף, דיון והמלצות.

מבוא

החברה המודרנית במאה ה-21 מזדקנת ומציבה אתגרים רבים בפני הפרט, המשפחה, ארגוני עובדים והמדינה. המבנה הגילאי של חברות משתנה כאשר האוכלוסייה הצעירה מצטמצמת והאוכלוסייה המבוגרת (גילאי +65) גדלה והולכת, עקב העלייה בתוחלת החיים והתפתחויות בתחום טכנולוגיות של בריאות. לשינויים אלה השפעה על הכלכלה, על שוק העבודה ועל המימון העתידי של מערכות הרווחה והבריאות.

המשפחה ממוקמת במקום מרכזי בין הקולקטיב והפרט ומצויה בצומת הקשרים הבין-דוריים ובחלוקת התפקידים בין המינים במשפחה. היחסים בין עבודה, משפחה והמגדר המטפל מורכבים ביותר. קיימת הנחה, כי קיים קונפליקט בין תעסוקה לבין טיפול וכי כניסת נשים לעבודה במספרים גדלים מעצימה את ניגוד האינטרסים שבין המעסיק למשפחה. זאת, כיון שבמקביל להזדקנות החברות, המשפחה עוברת תהליכי שינוי, המתבטאים במבנה המשפחה, בהרכב חבריה ובהסדרי המגורים של הדור המבוגר. צמצום בגודל המשפחות

כתוצאה משיעורי נישואין נמוכים מבעבר, ירידה בילודה ועלייה בשיעורי הגירושין, מנבאים כי הטיפול בבני משפחה קשישים ומוגבלים יוטל בשנים הבאות על מספר מצומצם יותר של חברי משפחה. בני משפחה אלה עשויים להפוך למטפלים עקב הזדקנות הוריהם, בנקודת זמן אחת או במספר נקודות זמן לאורך מעגל החיים. במקביל, גם מערך שירותי הרווחה והבריאות לקשישים מתקשה לתת מענים הולמים לאוכלוסייה זו, וכתוצאה מכך נטל הטיפול על המשפחה גדל. העלייה בתוחלת החיים, ובמיוחד העלייה במספרם של הזקנים-זקנים (בני 80+) מצביע על כך, שהטיפול בבני משפחה קשישים ישתרע על פני מספר רב יותר של שנות חיי המטפלים (WHO, 2007).

מדינת הרווחה כיום מתקשה להתמודד עם הצרכים הגוברים של טיפול בקשישים מוגבלים, ולכן הנטייה היא להעביר יותר אחריות למערכת הבלתי פורמלית, ובעיקר למשפחה. הסתמכות על מערכת טיפול בלתי פורמלית מניחה, כי נשים פנויות לשאת בתפקידי טיפול. הנחה זו מתבססת על נתונים המצביעים על כך שמרבית המטפלים, גם כיום, הן נשים (Kinsella & Velkoff, 2001). אולם הנחה זאת חייבת להיבחן לאור המספרים הגדלים של נשים המצטרפות לשוק העבודה מחד גיסא ולאור הימצאות יותר גברים בתפקידי טיפול, מאידך גיסא. מגמות אלו מעלות את הצורך להבין הן את השלכות המצב על המטפלים, על חייהם האישיים ועל חיי המשפחה והן את השלכות הטיפול על מחויבויותיהם כלפי מקום העבודה. לאור השינויים החברתיים עולה החשיבות של בדיקה מחודשת של דפוסי סולידריות משפחתית בין-דורית והערכת צורכי המטפלים המצויים בשוק העבודה. חשיבות זו באה לידי ביטוי בהכרזה שהתפרסמה בשנת הזקן הבינלאומית (1999), שהדגישה אסטרטגיות טיפול באדם הזקן כבעלות חשיבות ראשונית. הכרזה זו כללה המלצות למחקר, למדיניות ולתכנון של "שילוב הולם של טיפול בקשישים מוגבלים המערב משפחה, קהילה ומוסדות, שיחלק בצורה מאוזנת את מטלות הטיפול בין המדינה, הקהילה, המשפחה והמטפל העיקרי" (פיסקה a94).

בישראל נמצא, כי 45% מהמטפלים העיקריים בקשישים מוגבלים נמצאים בשוק העבודה (Naon, Brodsky, Ben-Nun et al., 2004). על פי נתוני הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה לשנת 2007 (הלמ"ס, 2007) נשים מהוות כיום חלק משמעותי מכוח העבודה הישראלי. 51.1% מתוך כלל האוכלוסייה, וכשני שלישי מהמטפלים העיקריים הן נשים (ברודסקי, רזניצקי וסטרון, 2006). גם נתונים מארצות הברית מצביעים על כך, שחלק ניכר מהמטפלים בבני משפחה נמצאים בשוק העבודה (NAC/AARP, 2005). כמו כן, ל-70% מהנשים שהיו מועסקות במשרה מלאה היו במקביל מחויבויות לטיפול בבני משפחה (Wisensale, 2008).

על אף שגם גברים וגם נשים מעורבים בתפקידי טיפול, הרי הטבע המגדרי של משפחה ועבודת נשים מתאפיין בכך, שנשים הן אלו המגמישות את מחויבויותיהן המקצועיות במידה רבה יותר מגברים כדי לעזור להוריהן ולבני משפחה מזדקנים. כאשר מטלות הטיפול במבוגרים במשפחה גדלות, נשים יותר מגברים נוטות להחליף את עבודתן, לעבוד באופן

חלקי או אף לצאת ממעגל העבודה. בהתאם לכך, יורדת רמת הכנסתן ויכולתן להתקדם בעבודה. עם זאת, נשים העובדות מחוץ לבית ממשיכות לתמוך בהורים קשישים תוך ויתור על פנאי ושינה, ויתור על הזדמנויות לקידום בעבודה, ניצול חופשות יומי מחלה לטיפול בהורים, קיצור שעות עבודה וגיוס בני משפחה אחרים לעזרה. גורמים אלה מציבים את הנשים בסיכון גבוה יותר למתח נפשי, לדיכאון ולבדידות, לקשיים כלכליים ולאיכות חיים ירודה יותר מאשר גברים (National Alliance for Caregiving - AARP Report, 2004). גם שביעות הרצון מהנישואין וקשרים בין הורים וילדים (Glass & Estes, 1997) נמצאו כמושפעים מתהליכים אלה. בהיותן מועסקות במשרה מלאה או חלקית, ממשיכות נשים לספק עזרה להורים במצבים כרוניים או במצבי הזדקקות זמניים. זאת ועוד, מחקר השוואתי בינלאומי (ארצות הברית, אנגליה והונג קונג) מצא, כי נשים, יותר מגברים, חוו רמות גבוהות יותר של קונפליקט עבודה-טיפול (Wharton & Blair-Loy, 2006). בהשוואה לגברים, נשים מתמודדות באופן לא פרופורציונלי עם מחויבויות רבות יותר לעבודת בית וטיפול בבני משפחה, כולל זקנים מוגבלים, ועובדות/מועסקות בתפקידים פחות מתגמלים (Kalleberg, Reskin & Hadson, 2000).

למרות התמקדותם של מחקרים רבים בניסיון להבנת "החוויה הנשית" של הטיפול, הרי שבשנות ה-90 הוצגו ממצאים גם לגבי מעורבות גברים בטיפול. הספרות המקצועית מציינת, כי גברים מעניקים אף הם סיוע להוריהם המבוגרים (Campbell & Martin-Matthews, 2000), אם כי הם נוטים לתת יותר סיוע אינסטרומנטלי (קניות, ניהול כספי) מאשר טיפול אישי, דבר הבעייתי פחות לשילוב עם מחויבויות העבודה. עוד נמצא, כי חלקם מעבירים את העומס לנשותיהן (Matthews, Hertzman, Ostry et al., 1998).

מטלות הטיפול בקרובי משפחה זקנים הופכות, עם העלייה במספר הזקנים ובמיוחד ה'זקנים-זקנים', לאחד התפקידים המרכזיים במעגל החיים, בעיקר של בני משפחה המצויים בשלב של אמצע החיים. כך, למעשה, הופך הטיפול ל"קריירה נוספת" (Anshel, Pearlin, Mullan et al., 1995). לאור תמורות אלו ומרכזיותו של תפקיד המטפל העובד יש לבחון כיצד מתמרנים המטפלים בין עבודה לטיפול בבן משפחה זקן.

רקע מדעי

השאלה הבסיסית בהקשר לטיפול בבני משפחה זקנים של אנשים המצויים בכוח העבודה קשורה להשלכות ההדדיות על מקום העבודה והמשפחה. המחויבות לטיפול עשויה להשפיע על התפקוד בעבודה. השלכות אלו יכולות לבוא לידי ביטוי, בין היתר, באובדן זמן בעבודה, בירידה בתפוקה, בהיעדרות ללא תשלום, בפרישה מוקדמת מהעבודה ובירידה באורך זמן ההשתכרות (המשפיעה גם על זכויות פנסיה עתידיות) (Neal & Wagner, 2001). לכן יש לבחון האם קיימת פגיעה ברווחתו הפיזית והנפשית של העובד, בחיי משפחתו ובתרומתם

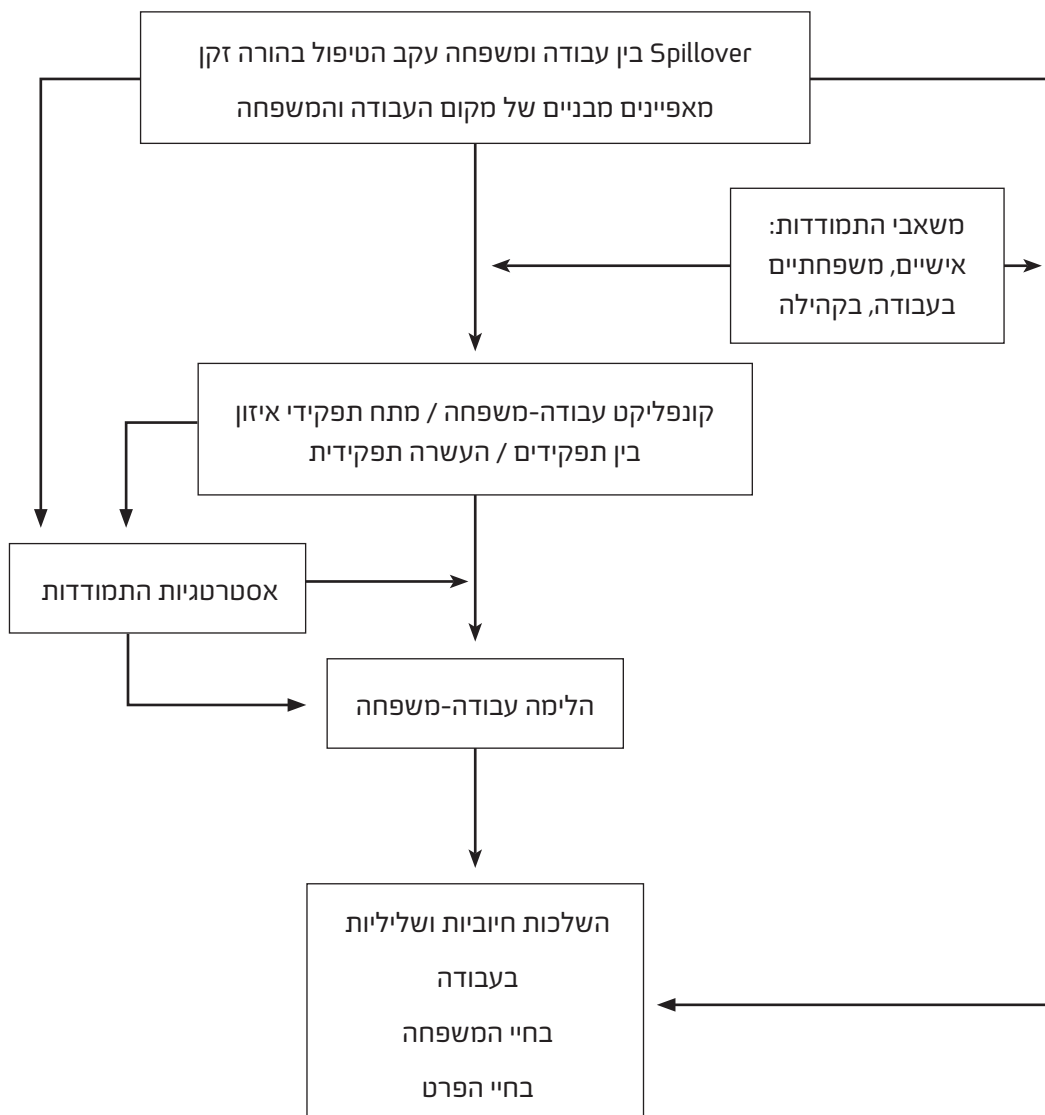
של העובדים לארגון. כמו כן, יש לבחון את יכולתם של השירותים ומקומות העבודה לתמוך במטפל העובד (Walker, 2000).

שתי גישות תיאורטיות עשויות לשמש מסגרת מושגית למפגש בין עבודה לבין טיפול בזקנים על ידי בני משפחה. האחת, הפרדיגמה של מהלך חיי המשפחה (family life course), המתמקדת בחשיבותם של הזמן, ההקשר והמבנה החברתי (Bengtson & Allan, 1993). גישה זו מעודדת את ראיית הטיפול כחלק ממהלך החיים, תוצאה של תלות הדדית של בני משפחה ותלוי-מצב בצמוד למשברים או למצבי לחץ משפחתיים (George & Shanahan, 1996). התיאוריה מתמקדת במסלולים ובמעברים (trajectories and transitions) ובדינמיקה של טיפול במונחים של שכיחות, תזמון, משך הטיפול והקשרו והיא מדגישה גם את המיקום של היחיד בהקשר המשפחתי. תיאוריה זו מהווה מסגרת מושגית חשובה לבחינת ההשלכות ההדדיות של עבודה ומשפחה על אנשים באמצע החיים, המשתתפים בשוק העבודה. אנשים בוגרים ומזדקנים בו-זמנית עם בני משפחה אחרים חשופים לאירועים דוריים אשר עלולים להיות מאופיינים ברמות גבוהות של לחץ ועומס, המשפיעים על ביצועיהם בעבודה ועל דרכי ההתמודדות שבהן ינקטו. לדוגמה, עובדים בגיל הביניים, הנמצאים בשיא הקריירה שלהם, חווים מחויבויות רבות בעבודה וכלפי ילדיהם ונכדיהם, כמו גם כלפי הוריהם המזדקנים.

גישה תיאורטית שנייה היא תיאוריית התפקיד (role theory), המתבססת על האינטראקציה הסימבולית (Klein & White, 1996; White & Klein, 2002) והרלוונטיות לסוגיה שבה אנו עוסקים. קיימים שני היבטים חשובים בתיאוריה זו בהקשר לעבודה ולטיפול בבני משפחה, שהם: קונפליקט (Goode, 1960) והעשרה (Marks, 1977). קונפליקט תפקידי, הנובע מהצורך לשאת במספר תפקידים בו-זמנית, כגון עבודה וטיפול בבן משפחה זקן, גורם לעומס רב. כפל מטלות זה עלול ליצור מתח תפקידי ושחיקה בביצוע אחד או יותר מהתפקידים, מחד גיסא, והעשרה תפקידית, הקשורה לעובדה כי קיימים תגמולים חיוביים בביצוע מספר תפקידים בו-זמנית, מאידך גיסא. למשל, הכנסה מעבודה יכולה למתן את לחץ הטיפול האישי באמצעות היכולת לרכוש שירותים. במילים אחרות, משאבים אישיים ומשפחתיים ומדיניות תומכת במקום העבודה יסייעו בהתמודדות עם כפל התפקידים ואף יגרמו לאיזון ולהעשרה ביניהם.

קיימים מספר מודלים שבחנו את ה"מפגש" בין עבודה למשפחה (family-work interface) והשלכותיו על הפרט ומשפחתו. מביניהם בחרנו להציג את המודל אשר פותח על ידי ווידנוף (Voydanoff, 2002) והממשיג סוגיה זו בצורה כוללת, בהתבסס על שתי הגישות התיאורטיות לעיל.

תרשים מספר 1: המודל המושגי



נפרט בקצרה את הרכיבים הכלולים במודל זה:

- טיפול בבן משפחה זקן: הגדרת הטיפול מוצגת בספרות המקצועית כבעייתית בגלל הקושי להבחין בין פעילויות שגרתיות של תמיכה, שבהן עוסקים בני משפחה באופן קבוע, לבין עזרה לא שגרתית בפעילויות היומיום לחבר משפחה מוגבל. הכוונה לעזרה פיזית או מנטלית, חלקית או מלאה (Marks & Lambert, 1997). ההגדרות מתייחסות גם להיבטים הרגשיים של מתן הטיפול, לצרכים הסובייקטיביים של המטפלים עצמם, העשויים להשתנות על פי מגדר המטפל וקרבתו למטופל, כמו גם לצורך לסייע במקרי חירום לזמן קצוב ולא לאורך זמן.
- מאפיינים מבניים של מקום העבודה: ההתייחסות בעניין זה היא, למשל, לגודל הארגון ולמורכבותו, לתרבות הארגון, לתנאי שכר ולזכויות בעבודה.
- מאפיינים מבניים של המשפחה: מבנה משק הבית והרכבו (סטטוס משפחתי, מספר הילדים וגילם, גילאי ההורים המבוגרים, מצבם הבריאותי ותפקודם), הסדרי מגורים - האם גרים במשקי בית משותפים עם המטופל או במרחק מבית המטופל.
- משאבים אישיים, משפחתיים, משאבי עבודה ומשאבים קהילתיים: זמינותם של משאבים אלה עשויה לסייע להתמודדות עם דרישות בעבודה ומחויבויות לטיפול במשפחה.
- משאבים אישיים - מאפיינים סוציו-דמוגרפיים; משאבים משפחתיים - כגון תמיכה מבני זוג ולא משפחה מורחבת, חלוקת תפקידים במשפחה, יחסי הורה זקן-ילד מבוגר; משאבי עבודה - תכניות ומדיניות לסייע לעובדים מטפלים; משאבים בקהילה - הימצאותם של שירותי טיפול פורמליים וזמינותם.
- קונפליקט עבודה-משפחה / מתח תפקידי / איזון בין תפקידים / העשרה תפקידית: קונפליקט תפקידי כתוצאה של "גלישה" בין מחויבויות ודרישות בביצוע התפקיד התעסוקתי לבין הדרישות הנובעות מהצורך לטפל בילדים מצד אחד ובהורים קשישים, מצד שני. שני היבטים של מתח תפקידי כזה הם: עומס יתר על האדם והפרעות בביצועי התפקידים הן בעבודה והן במשפחה, הנובעים מציפיות סותרות בהקשרים השונים. לעומת זאת, כאשר קיים איזון בין התפקידים בעבודה ובמשפחה תתאפשר העשרה תפקידית, שמשמעותה סיפוק משאבים, כמו הרגשת ביטחון בעבודה ואפשרויות קידום. מיומנויות הנרכשות בתפקיד אחד מסייעות בביצוע התפקיד האחר.
- אסטרטגיות התמודדות: אסטרטגיות התמודדות נובעות ממשאבי התמודדות. למשל, תמיכת בני זוג תאפשר התמודדות עם כפל התפקידים. בנוסף לכך, האפשרות להשתמש בתכניות ובשירותים המעודדים שילוב כזה והייתנים במקום העבודה.
- הלימה עבודה-משפחה: הלימה בין עבודה למשפחה משמעותה תחושת שביעות רצון כללית מהיכולת לשלב בצורה מוצלחת תפקידים בעבודה ובמשפחה.

■ השלכות חיוביות ושליליות: בעבודה, בחיי המשפחה ובחיי הפרט: השלכות בעבודה - ירידה ביעילות בעבודה, היעדרויות, קשיים עם הממונים, חוסר קידום; השלכות במשפחה - צמצום שעות בילוי עם המשפחה; מתח בחיי הנישואין; מתח ביחסי הורים-ילדים; הגברת שביעות הרצון מחיי הנישואין; הגברת רגשות הקרבה מטפל-מטופל; שביעות רצון מתפקיד המטפל; השלכות אישיות-פיזיות - עייפות, חולי, צריכת תרופות; נפשיות - מתח, חרדה, דיכאון; צמצום החיים החברתיים והבילוי בשעות הפנאי; איכות חיים גבוהה/נמוכה: פיזית, פסיכולוגית, חברתית. בהמשך נציג ממצאים בעלי השלכות להיבטים העיוניים והיישומיים של הסוגיה הנידונה, בהתבסס על המודל ורכיביו השונים.

קונפליקט עבודה-משפחה: גורמים ודרכי התמודדות

הספרות המחקרית מצביעה על שלושה סוגים של קונפליקט בין עבודה למשפחה: קונפליקט בהקשר לחלוקת הזמן (time-based conflict); קונפליקט הנובע מהמתח בין דרישות העבודה והטיפול (strain-based conflict); קונפליקט הקשור לסוגי התנהגויות שונים בעבודה לעומת במשפחה (behavior-based conflict) Bruck, Allen & Spektor, 2006; Edwards & Rothbard, 2000; Wharton & Blair-Loy, 2006).

מעבר לכך, קיימים משתנים נוספים הקשורים לסוגים ולעוצמת הקונפליקטים בין עבודה לבין טיפול בבן משפחה, המשפיעים על קבלת החלטה האם להיכנס לתפקיד הטיפול. היבטים אלה כוללים רכיבים סובייקטיביים המשתנים מאדם לאדם, כגון תחושת סיפוק מהעבודה וחשיבות ההשתכרות לדימוי העצמי ולתפיסת העצמי. שני משתנים אלה עשויים, לעתים, להיות קשורים לעבודות בעלות סטטוס ויוקרה גבוהים. ניתן להניח, כי אנשים העוסקים בעבודה בעלת יוקרה גבוהה, יטו פחות לוותר על עבודתם לטובת טיפול (Henz, 2006). עבודה וטיפול עשויים להיות משלימים זו לזה ולהעלות את שביעות הרצון מהחיים. בהתאם, בשנים האחרונות פותח המושג של "איזון והעשרה בין עבודה למשפחה" (family-work balance and enrichment) (Greenhaus & Powell, 2006).

החוקרים גרינהאוס, קולינס ושו (Greenhaus, Collins & Shaw, 2003) בחנו את האיזון בין עבודה, משפחה ואיכות חיים. הם מתייחסים לשלושה סוגי איזון: איזון בהקשר לזמן (time-based balance) - משך זמן המוקדש לעבודה כמו למשפחה; איזון בהקשר למעורבות (involvement - based balance) - מעורבות דומה בעבודה ובמשפחה; שביעות רצון מהאיזון (satisfaction-based balance), דהיינו שביעות רצון זהה מהמתרחש במקום העבודה ובמשפחה. הממצאים העיקריים שלהם מצביעים, כי עובדים שהשקיעו זמן משמעותי הן בתפקידיהם בעבודה והן במשפחה, אולם השקיעו יותר זמן במשפחה, דיווחו על איכות חיים גבוהה יותר. נתונים דומים נמצאו בהקשר למעורבות ולשביעות רצון מהחיים.

ממצאים אלה מחזקים שוב את הטענה, כי גם כאשר נשים משתתפות בשוק העבודה, המשפחה אצלן היא בסדר קדימויות ראשון והשקעת יתר במשפחה נעשית בעיקר על ידן.

השפעות הטיפול על העבודה והשפעות העבודה על הטיפול

מחקרים שבדקו השפעות של הקונפליקט בין עבודה למשפחה מצאו, כי המחויבויות כלפי המשפחה השפיעו בכמה תחומים על עולם העבודה: איחורים והיעדרויות רבות מהעבודה, ירידה בתפוקה בעבודה והחלפה תכופה של מקום עבודה (Evandrou & Glaser, 2004; NAC/AARP, 2004) או עזיבה של מקום העבודה עקב הצורך לטפל בקרוב מוגבל. נמצא, כי נשים עובדות נוטות יותר מאשר גברים לעזוב את שוק העבודה.

מחקרים הציגו בעקביות קשרים בין הקונפליקט משפחה-עבודה לבין תוצאות קונפליקט זה על הבריאות הפיזית והנפשית של המטפלים, כגון דיכאון וחרדה (Musil, Morris, Warner & Saeid, 2003); על תחושת הרווחה האישית שלהם ואיכות חייהם (Rubin & White-Means, 2009), כמו גם על שיעורי התמותה (Schultz & Martire, 2004); על ממדים שונים בחיי המשפחה, כגון שביעות רצון מנישואין, התנהגות הורית וקשר בין הורים לילדים (Glass & Estes, 1997) ועל יכולת התפקוד במקום העבודה. נמצא, כי בין 9 עד 11 אחוז מהמטפלים ויותר על מקום העבודה עקב המחויבויות הטיפוליות (Canadian Study of Health and Aging, 1994). ויתורים אלה כרוכים גם בהפסדי הכנסה, כולל הפסדים לטווח ארוך יותר, כמו הפסד זכויות פנסיה, היבטים שעלולים לגרום לקשיים כלכליים ואף לעוני (Brodsky, Habib, Hirschfeld et al., 2002; McDonald, Donahue & Moore, 1998; Wakabayashi & Donato, 2006).

אסטרטגיות התמודדות ברמת הארגון וברמת הפרט

הצורך למצוא פתרונות שיקלו על היכולת לאזן בין דרישות בעבודה ובמשפחה, עקב טיפול בבני משפחה קשישים מוגבלים, הביא בחלק מארצות המערב לגיבוש מדיניות ציבורית ומדיניות של ארגונים. לדוגמה: תשלום לבני משפחה עובדים המטפלים בקשיש מוגבל, או תכניות לעבודה מהבית (Sundstrom, Malmberg, Castiello et al., 2008; Wagner, 2006).

מחקרים אשר בחנו דרכים לצמצום ההשפעות השליליות של הטיפול על העבודה מחוץ לבית מצאו, כי הנהגת שעות עבודה גמישות, צמצום שעות העבודה וסיוע בגיוס ובארגון עזרה בלתי פורמלית מבני משפחה אחרים, כמו גם עזרה פורמלית, הצליחו למתן השפעות שליליות אלו (Chang, Brecht & Carter, 2001). עם זאת, עובדים אשר תפקידם מאפשר שעות גמישות, חופשת משפחה ללא תשלום וימי מחלה או חופשה בתשלום, נוטים

יותר להישאר ולהמשיך בעבודתם (Pavalko & Henderson, 2006). עם זאת, נמצא, כי לארגונים יש קושי ואולי אי-מוכנות לתפוס את תפקידם כנותני התמיכה האפקטיביים ביותר (Shoptaugh, Phelps & Visio, 2004).

בעקבות השונות הרבה הקיימת, הן בסוגי הטיפול והן במאפייני העבודה, יש צורך בפיתוח אסטרטגיות התמודדות שונות ברמת העובד, הארגון והחברה. חלק מהמחקרים העוסקים בנושא עבודה-טיפול ממליצים על תנאי עבודה גמישים יותר (Dautzenberg et al., 2000). המלצה זו נתמכת בעדויות על לחץ הזמן שבו שרויים המטפלים ובהנחת החוקרים, כי תנאי עבודה גמישים יותר יסייעו לעובדים אלה לשלב טיפול עם עבודה (Fredriksen-Goldsen & Scharlach, 2001). בקרב גברים, האפשרות לעסוק במקצועם במשרה חלקית השפיעה על נכונותם למחויבות הטיפולית ואילו בקרב נשים לא נמצאה השפעה דומה (Fredriksen-Goldsen et al., 2001; Henz, 2006). ממחקרה של הנז נראה, כי לגמישות בתנאי העבודה יש משמעות רק במקרים של צורכי טיפול מעטים או קלים. לכן, גמישות אינה משמעותית עבור אלה העוזבים את העבודה, אך עשויה להשפיע על הנכונות לקבל את המחויבות לטיפול (Henz, 2006).

עובדים מטפלים, העוסקים במקצועות שונים, נוקטים בדרכים מגוונות על מנת להתמודד עם הצורך לטפל בן משפחה מוגבל. עובדי יצור ועובדים בלתי מקצועיים אינם יכולים להגמיש את שעות העבודה או לצמצמן והם נאלצים לקחת ימי חופשה ללא תשלום לצורך הטיפול. לעומתם, בעלי מקצוע מומחים, אנשי מנהלה ובעלי תפקיד ניהולי מנצלים את האפשרות להגמיש את שעות עבודתם כדי להיענות לצורכי הקשישים שבטיפולם. אולם כל העובדים, ללא קשר לסוג עבודתם, מספקים עזרה ללא תמורה על חשבון 'שעות גנובות' מהמעביד (Mutschler, 1994). עוד נמצא, כי מעבידים מדווחים על כ-25 ימי חופשה ללא תשלום שלקחו עובדים מטפלים, ושיעור השעות שלא נוצלו לעבודה בשכר נע בין 2.5 שעות לבין 2.5 שנים. זמן זה מתורגם להפסדים כספיים גדולים, הן לעובד והן למעביד.

קיימים מקומות עבודה לא מעטים המכירים בקונפליקט עבודה-טיפול בבני משפחה ומגבשים תכניות להקל על העובדים כדי שימשיכו להיות חלק משוק העבודה (Davis & Kalleberg, 2006). על אף זאת, נמצא כי חלק ניכר מהעובדים המטפלים אינו מנצל חלק מהתכניות של מקומות עבודה אלה. הסיבה העיקרית לחוסר השימוש בתכניות השונות הוא חוסר ידע עליהן או לגבי זכויות לשירותים שונים (Phillips, Bernard & Chittenden, 2002). מעבר לכך נמצא, כי האקלים והתרבות הארגוניים משפיעים על שימוש בתכניות קיימות וכי לעמדות של המנהל הישיר השפעה ניכרת בסוגיה זו (Clark, 2001).

מדיניות חברתית - רמת המקור

במדיניות ובהקצאת המשאבים של מדינות הרווחה בכל התחומים, כולל בתחום הזיקנה, חלו תמורות רבות. בישראל, גובש בשנים האחרונות מערך שירותים פורמליים, שמטרתו לאפשר לזקנים מוגבלים להישאר לחיות בקהילה ולסייע במידת האפשר לבני המשפחה לטפל בהם, בבד בבד עם ביצוע תפקידיהם האחרים. למשל, קיימות הטבות מס ואפשרות להיעדרות זמנית מהעבודה עד 10 ימים בשנה לצורך טיפול בבן משפחה (ילד ו/או מבוגר) (דרון ולינציץ, 2002). עם זאת, רבים מהשירותים החברתיים מסופקים באמצעות ארגונים עסקיים וולונטריים, כלומר גם ביכולת או ברצון המדינה לספק שירותים אלה חלה שחיקה.

במקביל להתפתחויות אלו, מבנה המשפחה, דפוסי ההתנהגות שלה וחלוקת התפקידים עברו שינויים בעשורים האחרונים, אם כי הסולידריות המשפחתית נשארה חזקה במרבית המדינות (Katz, Daatland, Lowenstein et al., 2005; Lowenstein, 2007). בישראל, בדומה למדינות מערביות אחרות, חלו גם כן שינויים במבנה המשפחה, אך למרות זאת, היא עדיין חברה "משפחתית" בהשוואה למדינות אחרות (Katz & Lavee, 2005). הנורמות המשפחתיות בישראל, בהקשר לדאגה ולטיפול בהורים מבוגרים, עדיין חזקות יותר מאשר ברוב מדינות אירופה (Lowenstein & Daatland, 2006; Katz et al., 2003).

לאור שינויים אלה, ביכולתה של מדינת הרווחה להעניק שירותים נאותים ולאור התמורות במבנה המשפחה ובהתנהגותה מן הראוי לבחון את עתיד הקשרים בין המערכות הפורמליות והמערכות הבלתי פורמליות ביכולתן לתמוך במטפל העובד (Walker, 2000). נשאלת השאלה, אם כך, מהו האיזון האופטימלי בין התמיכה הפורמלית מהמדינה לבין התמיכה מהמערך הבלתי פורמלי (יקוביץ, 2003; בריק ודרון, 2010).

קיימות שתי גישות בהקשר זה (Lingson, 1997):

1. גישת ההחלפה (family-welfare state substitution)
2. גישת ההשלמה (family-welfare state complementarity)

הגישה הראשונה גורסת, כי שירותי המדינה תופסים את מקום המשפחה המטפלת ומחליפים אותה. דוגמה לכך נמצא במודל מדינות הרווחה בסקנדינביה, שבהן יש העדפה ברורה לפיתוח מערך נרחב ונדיב של שירותים, שהם בעיקר ציבוריים, על ידי המדינה. הגישה השנייה גורסת, כי שתי מערכות הטיפול - הפורמלית והבלתי פורמלית, המשפחתית בעיקרה, משלימות האחת את השנייה וכי לכל אחת ממערכות אלה סוגים מוגדרים של אחריות ויכולות טיפול, המתאימות בצורה מיטבית לכל אחת מהן (לפירוט נוסף ראה לבנשטיין וכץ, 2010).

מחקר בינלאומי (OASIS), הכולל חמש מדינות (נורבגיה, אנגליה, גרמניה, ספרד וישראל) מצא, כי שינויים הקשורים לעבודה מתרחשים בסמוך להתערורות הצורך בטיפול בהורה זקן.

ועוד הראה המחקר, כי נורמות של תפקיד פיליאלי וסולידריות משפחתית בין-דורית קשורות לתרבות משפחתית ומדיניות רווחה (Lowenstein & Daatland, 2006; Lowenstein, Katz, & Daatland, 2004). מנתוני המחקר עולה, כי שירותים נדיבים יותר של מדינת רווחה, כמו בנורבגיה, לא דחקו את רגלי המשפחה אלא תרמו לשינוי ביחסים הבין-דוריים ועודדו יותר תמיכה רגשית מהמשפחה. הנחקרים בכל חמש המדינות העדיפו את האחריות המשותפת והרחבת מערך השירותים האינסטרומנטליים על ידי המדינה (Daatland & Lowenstein, 2005). מחקרים שבחנו את אחריות המדינה למול המשפחה בהקשר לחוק הסיעוד מצאו, כי המשפחה אינה מתנערת מאחריותה, אולם הטיפול שלה מקבל ממדים שונים ומתמקד יותר במתן תמיכה רגשית ובסיוע בקבלת החלטות הקשורות למצבו של הזקן (ביץ'-מוראי ומורגנשטיין, 1992; קטן ולבנשטיין, 2000).

מדיניות חברתית בהקשר של אחריות לטיפול בזקן משקפת את היות המדינה מדינת רווחה, את היכולת הכלכלית להקציב כספים למטרה זו ואת מערכת הערכים של משפחתיות ואחריות כלפי טיפול בבני משפחה זקנים. מערכת הביטחון הסוציאלי הישראלית משלבת ארבעה דפוסים: דפוס הסעד, דפוס הביטוח הסוציאלי, דפוס הקצבאות הקטגוריאליות ודפוס הרווחה הנלווית לעבודה (גל, 2005). בישראל קיימת מערכת מפותחת של שירותים מיוחדים לזקנים - ציבוריים, פרטיים וולונטריים. שירותים אלה מעוגנים במספר חוקים. ביטוי להיותה של ישראל מדינה בעלת תרבות משפחתית חזקה נמצא בחוק ייחודי לישראל - חוק "דיני מזונות - משפחה, 1959", לפיו ילדים בוגרים חייבים לדאוג לכלכלת הורים וסבים, אם אלו אינם יכולים לכלכל את עצמם. במקביל, החוק בישראל תומך במטפלים בלתי-פורמליים בעזרת מספר חוקים שיועדו לשם כך: תמיכה בתחום התעסוקתי-כלכלי - זכאות להיעדרות בשל מחלת הורה או בשל מחלת בן זוג על חשבון ימי מחלה, מכוח חוק דמי מחלה התשנ"ח-1998; זכאות לקבלת פיצויי פיטורין ממעביד בשל התפטרות בגלל מצב רפואי של בן משפחה - סעיף 6 לחוק פיצויי פיטורין, תשכ"ג-1963; קבלת זיכוי במס בשל השתתפות במימון בסיסור מוסדי של אב/אם - סעיף 44 לפקודת מס הכנסה; זכאות לקבלת הבטחת הכנסה ללא צורך במבחן תעסוקה, למי שמטפל בבן משפחה חולה - סעיפים 2, 7 לחוק הבטחת הכנסה, התשמ"א-1980. אחד החוקים המרכזיים שנחקקו לרווחת הזקנים בקהילה ומשפחותיהם הוא חוק ביטוח סיעוד (1986), אשר פרק ז' בספר זה דן בו בהרחבה.

בחוקים אשר הוזכרו לעיל אין אחידות לגבי זהות בן המשפחה הזכאי להטבות, והגדרת בן המשפחה היא מצומצמת. על אף ההתפתחות החיובית, עדיין ניתן להצביע על מחסור בשירותים הן בתחום המוסדי והן בתחום הקהילתי (בריק, 2002), מצויאות המקשה מאוד על בני משפחה עובדים.

מכל האמור לעיל ניתן לשער, כי להגדרתה של ישראל כחברה מעורבת מבחינת סוג משטר הרווחה הנהוג בה תהיה השפעה על עמדותיהם ונכונותם של מעבידים ליישם בארגונם מדיניות התומכת בעובדים המטפלים בקרובי משפחה זקנים.

ממצאי מחקר בישראל

במחקר שנערך לאחרונה בישראל³ (לבנשטיין, כץ והלפרין, 2009) נבחנו היבטים שונים של שילוב עבודה וטיפול והשלכותיהם על תחושות קונפליקט, איזון והעשרה תפקידית, כמו גם על שביעות רצון מהעבודה, מהנישואין ומהחיים. כל זאת, תוך התייחסות לדרכי ההתמודדות של עובדים המטפלים בקרובי משפחה, לרוב בהורים זקנים.

אוכלוסיית המחקר כללה 326 עובדים, המטפלים בהורה מבוגר לפחות ארבע שעות בשבוע, אשר רואיינו בראיונות אישיים באמצעות שאלונים. האוכלוסייה מייצגת תחומי עבודה וענפים שונים מ-100 ארגונים: מערכות או חברות ממשלתיות, מערכות עירוניות בתחומי החינוך, הבריאות והרווחה, ארגונים במגזר הציבורי, במגזר העסקי ובמגזר השלישי. קרוב למחצית מהמראיינים (40%) עבדו בארגונים גדולים (מעל 800 עובדים) וכשליש מהם בארגונים קטנים (עד 100 עובדים). יותר ממחצית עובדים בארגונים המשתייכים למגזר הציבורי (56%), כאשר חלק קטן מאוד עובדים בארגונים המשתייכים למגזר השלישי (4%). מרביתם (76%) עובדים במשרה מלאה, כשחלקם (29%) בתפקיד ניהולי. האוכלוסייה כללה נשים וגברים (58% ו-42% בהתאמה), ילידי ישראל (75%), חילונים או מסורתיים. גילם הממוצע של העובדים 51.5 שנה ומרביתם נשואים (83%). כשליש מהמראיינים הם בעלי השכלה של עד 12 שנות לימוד, וכ-40% מעל 15 שנות לימוד. מרבית העובדים (60%) דיווחו, כי הכנסתם קרובה או שווה לממוצע במשק כאשר השאר נחלקים באופן דומה מעל או מתחת לממוצע. מרבית העובדים מטפלים בהורה שלהם (90%), כרבע מהמטופלים זקוקים לעזרה מלאה והשאר זקוקים לעזרה חלקית.

מאפייני הטיפול בקרוב זקן במקביל לחובות העבודה

מרבית העובדים (74%) מטפלים בהורה אחד, ומכאן שכרבע מהעובדים מטפלים בשניים או יותר מבוגרים, כאשר ממוצע הגיל של המטופלים הוא 78 שנים. כשני שלישי (66%) מהעובדים מתגוררים במרחק של עד חצי שעת נסיעה מההורה המטופל ואילו 14% מהם מתגוררים יחד עם המטופל. בהתייחס למצבם הבריאותי של המטופלים, עשירית מהעובדים דיווחו, כי המטופל שווה במוסד ו-16% דיווחו על הזדקקות למטפל צמוד. בעוד כרבע מהעובדים מטפלים בהורה במשך תקופה של עד 15 חודשים, הרי ששיעור דומה מטפלים תקופה שבין 61 ל-180 חודשים. שאר העובדים מטפלים בין 16 ל-30 חודשים ובין 31 ל-60 חודשים. העובדים נתבקשו לציין את מספר השעות שהם מקדישים לטיפול בהורה מבוגר. כמחצית מהעובדים מטפלים עד שש שעות בשבוע, 25% נוספים מטפלים בין שבע ל-14 שעות בשבוע ואילו 20% מהעובדים מטפלים בין 15 ל-30 שעות בשבוע; אחוז קטן מהעובדים

3 השתתפויות עצמיות לטיפול בבתי חולים יש רק בעבור רפואה דחופה וטיפול במרפאות חוץ.

מטפל מעבר לכך (כולל מגורים משותפים). המרואיינים התבקשו לדווח על מידת הקושי בשילוב בין שני התפקידים: עבודה וטיפול ועל מידת התחושה שהעובד מצליח לשלב בין שני התפקידים הללו. רבע מהעובדים ציינו, כי השילוב בין טיפול בהורה ועבודה הוא קשה עד קשה מאוד. כמחצית מהמשיבים דיווחו, כי השילוב הוא לא כל כך קל ואילו השאר דיווחו, כי עבורם השילוב הוא קל. רוב העובדים מדווחים על מידה סבירה של תחושת התמודדות בשילוב שבין עבודה וטיפול.

הטיפול בקרוב משפחה זקן כגורם לפגיעה בעבודה

אין ספק, כי הטיפול בקרוב משפחה זקן מהווה גורם הפוגע בתפקודו של העובד המטפל. 60% מהעובדים דיווחו על הפרעה מסוימת למהלך העבודה התקין בגין הטיפול. סוג ההפרעות השכיח הוא כזה הדורש את נוכחותו של העובד לצד המטופל, ומתבטא אצל מחצית מהעובדים ביציאה מהעבודה במהלך יום העבודה או ביציאה מוקדמת מהעבודה. אצל שלישי מהמרואיינים ההפרעה מתבטאת בהיעדרות מלאה מהעבודה ובאיחורים לעבודה ובקרב 10% בהפחתת שעות העבודה.

השפעת העבודה על הטיפול בקרוב משפחה זקן

אצל רוב הנחקרים עבודתם מגבילה את יכולתם לעסוק בטיפול בקרוביהם במידה כלשהי. כ-60% מהעובדים המטפלים מדווחים, כי הם מותשים מכדי למלא מטלות הקשורות לטיפול בשל חובות העבודה. ייתכן כי מסיבות אלה מעל 60% מהמטפלים חשים, ברמות שונות, שעקב חובות העבודה איכות הטיפול שהם מעניקים אינה לשיעור רצונם. עובדה זו באה לידי ביטוי, למשל, בחוסר סבלנות ובעצבנות כלפי המטופל הזקן. מן הראוי לציין, כי לריבוי התפקידים ולהתמודדות המקבילה עם עבודה וטיפול יש גם תגמולים חיוביים, המתבטאים בהרגשה טובה בשל התמודדות עם כפל התפקידים.

סוגי הסיוע שבהם העובדים המטפלים היו נעזרים

הנחקרים התבקשו לדרג את סוגי הסיוע שבהם היו נעזרים לו היו מוצעים להם. מהממצאים מסתבר, כי גמישות בשעות העבודה הוא האמצעי השכיח ביותר שיכול היה לסייע לעובדים המטפלים (69%). מידע בנושאים משפטיים, ביטוחים, שירותים בקהילה, כמו עובד זר, נמצא כבעל חשיבות רבה בקרב העובדים. 68% מהעובדים דיווחו, כי היו נעזרים במידע נוסף, לו הוצע להם, בנושאים הקשורים לטיפול בקרוב משפחה זקן. אחוז דומה מהעובדים היו בוחרים לנצל ימי עבודה בתשלום לצורך טיפול וכמחצית מהעובדים היו נעזרים בייעוץ

אישי מקצועי. כ-40% היו נעזרים בטיפול חילופי בזקן, באפשרות לעבודה מהבית, בעבודה חלקית או בהפחתת שעות העבודה ללא תשלום.

מסתבר, כי הממונה הישיר הוא הכתובת השכיחה ביותר (77%) לפנייה עבור עובדים הנתקלים בבעיה במישור האישי בשילוב בין עבודה וטיפול. כ-20% מהעובדים הנתקלים בבעיה פונים אל אנשים אחרים במקום העבודה ורק אחוז מזערי מהעובדים פונים אל עובד הרווחה בארגונם.

מנבאי הקונפליקט עבודה-משפחה בקרב עובדים על ידי מאפיינים אישיים וארגוניים

על מנת לנבא מהם המשתנים המשפיעים על הקונפליקט בין טיפול לעבודה בקרב העובדים, נערך מבחן רגרסיה מרובה, שבו הוכנסו מאפיינים אישיים (מין, מצב משפחתי, השכלה, הכנסה) ומאפיינים ארגוניים (גודל הארגון, מגזר, והאם קיימת בו מדיניות כלפי עובדים המטפלים בקשישים) כמנבאים אפשריים של עוצמת הקונפליקט (לוח מספר 1).

הרגרסיה נערכה בשני מודלים, כאשר בראשון הוכנסו מאפייני רקע עיקריים של העובד ובמודל השני, בנוסף על מאפייני הרקע הוכנסו גם מאפייני הארגון. זאת, כדי לבחון אילו מבין שתי קבוצות המשתנים בעלת ניבוי חזק יותר. למשתני הרקע תרומה רבה יותר להסבר השונות - 19% מאשר למשתני הארגון התורמים עוד 14%. הממצאים מצביעים על כך, כי מבין משתני הרקע, המשתנים אשר השפיעו באופן מובהק הם מצב משפחתי (מטפלים נשואים חווים רמה נמוכה יותר של קונפליקט) והשכלה (ככל שהשכלתו של העובד גבוהה יותר הקונפליקט שהוא חווה בשילוב בין עבודה וטיפול הוא חלש יותר). בנוסף על משתנים אלה, גם למין נמצאה תרומה מובהקת לניבוי הקונפליקט במודל השני, כאשר נשים מטפלות חוות קונפליקט גבוה יותר.

מבין מאפייני הארגון רק משתנה אחד היה בעל השפעה מובהקת על הקונפליקט - קיומן של תכניות המיועדות להקל על העובד להתמודד עם כפל התפקיד של עובד ומטפל בהורים קשישים. מבין משתני הארגון, לא נמצאה השפעה מובהקת לגודל הארגון (ארגון קטן הוגדר במחקר זה כמעסיק עד 100 עובדים, בינוני מעסיק בין 101 ל-800 עובדים וארגון גדול מעסיק מעל ל-800 עובדים) או למגזר שאליו הוא משתייך (ציבורי או עסקי).

לוח מספר 1: ניתוח רגרסיה מרובה לניבוי קונפליקט עבודה-משפחה בקרב עובדים על ידי מאפיינים אישיים וארגוניים (n=326)

מודל 2	מודל 1		
β	β	r	משתנה מנבא
			מאפיינים אישיים
.220*	.177	.113	מין (אישה)
-.227*	-.278**	-.359**	מצב משפחתי (נשוי)
-.285**	-.259*	-.304**	השכלה (גבוהה)
-.059	.022	-.177	הכנסה (גבוהה)
			מאפייני הארגון
.107		.026	גודל הארגון (גדול)
.136		.196*	מגזר (ציבורי)
.356***		.289**	תכניות לעובדים מטפלים
.333	.191		R^2
	.142		Change R^2

*p<0.05 **p<0.01 ***p<0.001

אסטרטגיות ההתמודדות של ארגונים עם צורכי עובדים המטפלים בקרוב משפחה זקן

נמצא, כי ברוב הארגונים (73%) כלל אין מדיניות המסדירה את הנושא. את הארגונים שבהם קיימת מדיניות ניתן למצוא בעיקר בין הארגונים הציבוריים והגדולים יותר ובמידה פחותה בארגונים עסקיים. כאשר קיימת בארגון מדיניות, ביטויה נמצא בעיקר בסוגים שונים של הגמשה ושינוי בשעות ובימי העבודה של העובד. כמחצית מהמעבידים בארגונים אלה מאפשרים חופשה בתשלום לתקופה מוגבלת, וכ-40% מאפשרים הפחתת ימי עבודה בתשלום. שימוש באסטרטגיה של אפשרור עבודה מהבית קיים בעיקר בארגוני היי-טק ובמקומות עבודה אחרים, כאשר אופי העבודה מאפשר זאת.

השלכות מאפייני עבודה-משפחה ושילוב עבודה-משפחה על עובדים מטפלים בתחומים שונים

ארבעה תחומים נבחנו במחקר זה לגבי ההשלכות של כפל התפקידים בעבודה ובטיפול בהורה מבוגר: שביעות רצון מהעבודה, מחיי הנישואין, מהחיים וממצב הבריאות. בלוח מספר 2 מוצגים מתאמים בין מאפייני עבודה-משפחה לבין ההשלכות בתחומים אלה.

לוח מספר 2: מתאמים בין מאפייני עבודה-משפחה ושילוב עבודה-משפחה לבין ההשלכות בתחומים השונים: עבודה, משפחה ואישיים

בריאות	אישי	משפחה	עבודה		
	שביעות רצון מהחיים	שביעות רצון מהנישואין	שביעות רצון מהעבודה	מאפייני משפחה ועבודה	
					משפחה
179*	-	-.168**	-	ילדים בבית	ילדים
-.173**	-.186**	-.156**	-	בריאות המטופל	הורים
-	-.124*	-	-.151**	מרחק מגורים	
עבודה					
-	-	-	-	גודל	ארגון
-	.161**	.167**	.116*	מגזר ציבורי	
-	.161**	-	**-.198	ניהולי	תפקיד
שילוב משפחה-עבודה					
-.258**	-.410**	-.386**	**-.196	קונפליקט משפחה- עבודה	
.221**	.334**	.306**	-	איזון בין-תפקידי	
-	.187**	.130*	-	העשרה תפקידית	

* p<.001; **p<.01; p<.05

הנתונים בלוח 2 מצביעים, כי קיים קשר בין מאפיינים מבניים של עבודה, משפחה והשילוב ביניהם להשלכות על עבודה, החיים המשפחתיים והחיים האישיים. בהתייחס לשביעות רצון מהעבודה נמצא, כי מגורים קרובים של המטופל, עבודה בארגון ציבורי ובתפקיד ניהולי ורמת קונפליקט עבודה-משפחה נמוכה יותר קשורים לרמה גבוהה יותר של שביעות רצון מהעבודה. בהתייחס לשביעות רצון מהנישואין נמצא, כי מוגבלות חלקית בלבד של המטופל, עבודה בארגון ציבורי, רמת קונפליקט עבודה-משפחה נמוכה יותר, תחושת איזון בין-תפקידי והעשרה תפקידית גבוהה יותר קשורים לשביעות רצון גבוהה יותר מהנישואין. לעומת זאת, נמצא, כי הימצאותם של ילדים בוגרים בבית קשורה בצורה שלילית לשביעות הרצון מחיי הנישואין, קרוב לוודאי עקב המחויבויות והמטלות הנוספות.

הממצאים לגבי הזיקות שבין השילוב טיפול-עבודה לבין החיים האישיים מצביעים על כך, כי מוגבלות חלקית של המטופל, מגורים קרובים אל המטפל, עבודה בארגון ציבורי ובתפקיד ניהולי, תחושת קונפליקט עבודה-משפחה נמוכה יותר, תחושות איזון בין-תפקידי והעשרה תפקידית גבוהה יותר קשורים לשביעות רצון גבוהה יותר מהחיים. התפיסה הסובייקטיבית

של המטפל את מצבו הבריאותי נמצאה קשורה להימצאות ילדים בבית המטפל, למוגבלות חלקית של ההורה המטופל, לתחושת קונפליקט עבודה-משפחה נמוכה יותר ולתחושת איזון בין-תפקידי גבוהה יותר. כל אלה קשורים לתפיסת העובד את מצבו הבריאותי כטוב יותר.

לסיכום, ממצאי המחקר שהוצגו לעיל מראים, כי בקרב כ-40% מהנחקרים קיים "קונפליקט עבודה-טיפול בבן משפחה זקן" וכי קונפליקט זה גרם להפרעות בעבודתם והשפיע לרעה על שביעות רצונם מהחיים ועל מצב בריאותם. לעומת זאת, כמחצית מהנחקרים דיווחו, כי לריבוי התפקידים וההתמודדות המקבילה עם עבודה וטיפול יש גם תגמולים חיוביים. נראה כי נחקרים אלה הצליחו ליצור איזון בין העבודה לבין הטיפול בבן משפחה זקן. היציאה מהבית לעבודה והשחרור למשך חלק מהזמן ממטלות הטיפול בהורה זקן מוגבל אפשרו "מרחב נשימה" לעובדים-מטפלים אלה. כמו כן, לתמיכה ממקום העבודה בתכניות ידידותיות למשפחה, בשירותים רלוונטיים ובנגישות למידע עדכני היו השלכות חיוביות על המטפל.

דין

ברוב המדינות המתועשות בעולם מתקיים סוג כלשהו של מדיניות רווחה (Esping-Andersen, 1999). סוג מדיניות הרווחה קובע את האופן שבו המדינה מתייחסת אל ההסדרים בנושא עבודה-משפחה. במדינות בעלות תפיסה של מדיניות רווחה ליברלית מצופה שהעובד יסתמך על משאביו האישיים לשם טיפול בבני משפחה, בעוד שבמדינות סוציאל-דמוקרטיות האחריות למתן מענים לצורכי עובדים ומשפחותיהם נתפסת הן כאחריות פרטית (של המשפחה) והן כאחריות ציבורית (של המדינה) (den Dulk, 2005). מדיניות הרווחה בישראל נתפסת "כמודל מעורב". מודל זה מאופיין במצב שבו המדינה מעבירה לאחריות ארגונים לא ממשלתיים את אספקת השירותים החברתיים, אך מותירה בידיה את השליטה על תכנון השירותים, מימנם, קביעת הזכאות לקבלתם ובקרה על איכות השירות (קטן, 2002).

בנוסף לכך, חשוב להתייחס לפן הערכי בהקשר לוויכוח שבין אחריות המשפחה והמדינה לטיפול בזקן המוגבל. לאלה המעלים חששות, שבהעברת האחריות לידי המדינה תתנער המשפחה מחובותיה כלפי חבריה, מציעים ליטבק ועמיתיו (Litwak, Silverstein, 2003) עדויות לכך, שפיתוח תכניות מטעם המדינה, ארגונים שונים או סוכנויות אחרות, שמטרתן סיוע למשפחה במילוי תפקידים שונים בטיפול בבני משפחה, לא הובילו להתנערות המשפחה מחובותיה. להיפך, הטענה היא כי: "לשם הבנת תפקיד המשפחה בחברה המודרנית, יש להתייחס לשיתוף שבין ארגונים פורמליים לבין רשתות תמיכה ראשוניות" (Litwak et al., 2003: 50).

בעשרות השנים האחרונות מבנה המשפחה השתנה במספר היבטים. חלק מהשינויים הם תוצאה של תוחלת החיים שעלתה, דורות רבים יותר החיים יחד לאורך הרבה יותר שנים. שינויים אחרים הם השלכות של מגמות במבנה המשפחה, כגון שיעורי גירושין גבוהים ולידת ילדים למשפחות חד-הוריות. בנוסף לכך, יש למנות שינויים ערכיים ושינויים פוליטיים ביחס לתפקיד המדינה בחייהם של יחידים ומשפחות (Bengtson, Lowenstein, Putney & Gans, 2003). שינוי נוסף אשר משפיע על יכולת בני המשפחה למלא את התפקידים המצופים מהם באופן מסורתי הוא העלייה בשיעור ההשתתפות של נשים בשוק העבודה. הימצאותם של מטפלים רבים בכוח העבודה משפיעה על העובדים, כמו גם על מעבידיהם (Moen & Roehling, 2005) וממקדת את תשומת הלב המחקרית והיישומית לסוגיית הקונפליקט עבודה-משפחה. כיום, עובדים רבים יותר מתמודדים עם הצורך לשלב עבודה עם טיפול בהורה מבוגר ולמלא בו בעת את שני התפקידים היטב.

יותר דורות במשפחות רב-דוריות חיים במשך יותר שנים זה לצד זה, כאשר המונח "דור הסנדוויץ'" (בני משפחה התומכים בדור ההורים ובדור הילדים) התרחב וכולל לא רק אנשים צעירים המטפלים בהוריהם ובילדיהם הקטנים, אלא גם אנשים בגיל העמידה, המטפלים בהוריהם, בילדיהם הבוגרים ואף בנכדיהם. חלק נכבד מאוכלוסייה זאת הם אנשים עובדים והאתגר העומד לנגד עינינו הוא לתמוך במשפחות אלה ולסייע להן להתמודד עם התפקידים (המנוגדים לעתים) של עבודה וטיפול בבני משפחה זקנים. במילים אחרות, יש למצוא דרכים להחיל את המעבר מ"קונפליקט עבודה-טיפול" ל"איזון עבודה-טיפול" עבור כמה שיותר אנשים. הדבר מחייב מציאת דרכים לפיתוח מדיניות אשר תהלום ותסלול את המעבר מקונפליקט לאיזון או אף להעשרה בין התפקידים השונים.

אחד האתגרים החשובים העומדים בפני החברה בישראל הוא האתגר לסייע למשפחה להמשיך לתמוך ולטפל בחבריה הזקנים. זאת, במיוחד לאור העלייה בשיעור הזקנים המוגבלים, עם העלייה בגיל. לשם כך, יש לפתח מדיניות הולמת הן ברמת המדינה והן במקומות העבודה. מדיניות שכזו, ברמת המדינה, צריכה לכלול אפשרויות של ימי חופשה בתשלום בגין טיפול בבן משפחה מבוגר, מעבר לנהוג היום על פי חוק, כמו גם אפשרות להיעדרות ללא תשלום למשך תקופה מסוימת ללא סכנת פיטורין עקב כך. ברמת ארגוני העבודה, מומלץ להנהיג מדיניות ייחודית, שתתאם הן לצורכי העובד והן לאפשרויות הקיימות בארגון ולאופיו (Phillips, Bernard & Chittenden, 2002), כגון: לאפשר היעדרות חלקית ללא תשלום, של שעות או מספר ימים, לאפשר גמישות בשעות העבודה כמו גם עבודה מהבית. על המדיניות להיות גמישה ולהכיל מרכיבים שונים וכן עליה להיות מעוגנת בנהלים ברורים, כדי שיישומם יחול על כלל הארגונים והעובדים. ממציא מחקר, שבדק את המדיניות הקיימת בישראל כיום ואת צורכי העובדים המטפלים, הצביעו על האפשרויות הבאות ככאלו שיאפשרו שילוב בין עבודה וטיפול: שעות גמישות, ימי היעדרות בתשלום, עבודה מהבית, עבודה חלקית או הפחתת ימים ושעות עבודה ללא תשלום וחופשה ללא

תשלום לתקופה מוגבלת (לבנשטיין, כץ, פרילוצקי והלפרין, 2007). במחקר שבדק "מדיניות ידידותית של ארגונים" (family-friendly organizations) נמצא, כי פיתוח תכניות ומדיניות של סיוע לעובדים מטפלים היה קשור למערך ייחודי של משתנים כלכליים ומוסדיים, שאפשרו לעובדים איזון טוב יותר בין מחויבויות לעבודה לבין מחויבויות לטיפול. בארגונים שבהם הועסק מספר גדול יותר של נשים במשרות מלאות הציעו תכניות עם יותר גמישות ואפשרות לסיוע בטיפול בהורה המבוגר (Davis & Kalleberg, 2006). פיתוח מדיניות דומה, בהתבסס על ממצאי המחקר שנערך על ידינו והמחקר לעיל, יעזור בהקלת מצוקות העובד המטפל בקרובי משפחה זקנים ובפתרון קונפליקטים שעלולים לעלות בינם לבין מעסיקיהם, תוך הבנה עמוקה יותר בנושא.

מקורות

- בייץ-מוראי, ש. ומורגנשטיין, ב. (1992). **השפעת חוק סיעוד על מערך העזרה הבלתי פורמלי קשישים מוגבלים**. ירושלים: המוסד לביטוח לאומי, מינהל המחקר והתכנון, תשנ"ב.
- ברודסקי, ג', רזניצקי, ש. וסיטרון, ד. (2006). בחינת סוגיות בטיפולם של בני משפחה בזקנים. בתוך: ד. רותם (עורך). **תכנית החומש השמיני 2006-2010**. ירושלים: אשל.
- בריק, י. (2002). פוליטיקה וזיקנה. בתוך: י. בריק (עורך). **הפוליטיקה של הזיקנה** (עמ' 15-29). ירושלים ותל-אביב: אשל והוצאת הקיבוץ המאוחד.
- בריק, י. ודורון, י. (2010). עיצוב הזיקה שבין המשפחה לבין המדינה: המדיניות החברתית בישראל. בתוך: י. בריק וא. לבנשטיין (עורכים). **הזקן והמשפחה: סוגיות מרכזיות ביחסים רב-דוריים** (עמ' 17-40). ירושלים: אשל.
- גל, ג' (2005). מרווחה ללא עבודה לעבודה עם יותר רווחה. **ביטחון סוציאלי**, 69: 5-10.
- דורון, י. וליניצ'יץ, י. (2002). הזדקנות ועבודה בישראל: החוק ועובדים המטפלים בבני משפחה זקנים. **עבודה, חברה ומשפט**, 9: 197-227.
- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (2007). **סקרי כוח אדם**.
www.cbs.gov.il/www/saka_y/01_02.pdf
- יקוביץ, א. (2003). מדיניות הטיפול הממושך בזקנים בישראל. בתוך: א. רוזין (עורך). **הזדקנות וזיקנה בישראל** (עמ' 669-684). ירושלים: אשל.
- לבנשטיין, א., כץ, ר., פרילוצקי, ד. והלפרין, ד. (2007). **תפיסות מעסיקים ועובדים בנושאי מדיניות כלפי עובדים המטפלים בבני משפחה זקנים**. דו"ח מחקר, הוגש לביטוח הלאומי.
- לבנשטיין, א., כץ, ר. והלפרין, ד. (2009). **השלכות חיוביות ושליליות של הטיפול בקשישים על עובדים-מטפלים בקונטקסט אישי, משפחתי ובעולם העבודה**. דו"ח מחקר, הוגש לאקדמיה הלאומית למדעים - ISF.
- לבנשטיין, א. וכץ, ר. (2010). הטיפול בזקן - מהו האיזון הרצוי בין המשפחה לבין המדינה? בתוך: י. בריק וא. לבנשטיין (עורכים). **הזקן והמשפחה: סוגיות מרכזיות ביחסים רב-דוריים** (עמ' 40-53). ירושלים: אשל.
- קטן, י. (2000). **מדיניות הרווחה לפתחה של מאה חדשה**. ירושלים: דפוס אחוה.
- קטן, י. ולבנשטיין, א. (1999). **עשר שנים להפעלת חוק ביטוח סיעוד - משמעויות ולקחים**. ירושלים: המרכז לחקר המדיניות החברתית בישראל.

קטן, י. ולבנשטיין, א. (2000). עיגון הענקת שירותי רווחה בתשתית חוקית - לקחי חוק ביטוח סיעוד. *גרונטולוגיה*, 27(1): 55-68.

קטן, י. (2002). תהליכי ההפרטה במערכת שירותי הרווחה לזקנים - תמונת מצב ולקחים ראשוניים. בתוך: י. בריק (עורך). *הפוליטיקה של הזיקנה* (עמ' 77-110). ירושלים ותל-אביב: אשל והוצאת הקיבוץ המאוחד.

Aneshensel, C. S., Pearlin, L. I., Mullan, J. T., Zarit, S. H. & Whitlatch, C. J. (1995). *Profiles in caregiving: The unexpected career*. San Diego, CA: Academic Press.

Bengtson, V.L. & Allen, R.K. (1993). The life course perspective applied to families over time. In: P.G. Boss, W.J. Doherty, R. LaRossa, W.P. Schumm & S.K. Steinmetz (Eds.). *Sourcebook of family theories and methods: A contextual approach* (pp. 469-498). New York: Plenum Press.

Bengtson, V. L., Lowenstein, A., Putney, N. M. & Gans, D. (2003). In: V. L. Bengtson & A. Lowenstein (Eds.). *Global ageing and challenges to families* (p. 1024). Hawthorne, NY: Aldine de Gruyter.

Brodsky, J., Habib, J., Hirschfeld, M. & Siegel, B. (2002). Care of the frail elderly in enveloped and developing countries: The experience and the challenges. *Aging: Clinical and Experimental Research*, 14(4): 279-286.

Bruck, C., Allen, T. & Spektor, P. (2002). The relation between work-family conflict and job satisfaction: A finer-grained analysis. *Journal of Vocational Behavior*, 60: 336-353.

Campbell, L. D. & Martin-Matthews, A. (2000). Primary and proximate: The importance of coresidence and being primary provider of care for men's filial care involvement. *Journal of Family Issues*, 21(8): 1006-1030.

Canadian Study of Health and Aging. (1994). Patterns of caring for people with dementia in Canada. *Canadian Journal on Aging*, 13(4): 470-487.

Chang, B. L., Brecht, M. L. & Carter, P. A. (2001). Predictors of social support and caregiver outcomes. *Women & Health*, 33(1-2): 39-61.

Clark, S.C. (2001). Work cultures and work-family balance. *Journal of Vocational Behavior*, 58: 348-365.

Daatland, S. O. & Lowenstein, A. (2005). Intergenerational solidarity and the Family-welfare state balance. *European Journal of Aging*, 2(3): 174-182.

- Dautzenberg, M.G.H. et al. (2000). The competing demands of paid work and parent care. *Research on Aging, 22*: 165-187.
- Davis, A.E. & Kalleberg, A.L. (2006). Family-friendly organizations? Work and family programs in the 1990s. *Work and Occupations, 33*(2): 191-223.
- Den Dulk, L. (2005). Workplace work-family arrangements: A study and explanatory framework of differences between organizational provisions in different welfare states. In: S. Poelmans (Ed.). *Work and family: An international research perspective* (pp. 211-238). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Edwards, J.R. & Rothbard, N. (2000). Mechanisms linking work and family: Clarifying the relationships between work and family constructs. *Academy of Management Review, 25*: 178-200.
- Elder, G. H., George, L. K. & Shanahan, M. J. (1996). Psychosocial stress over the life course. In: H. B. Kaplan (Ed.). *Psychosocial stress: Perspective on structure, theory, life course, and methods* (pp. 247-291). Orlando, FL: Academic Press.
- Esping-Andersen, G. (1999). *Social foundations of postindustrial economies*. New York: Oxford University Press.
- Evandrou, M. & Glaser, K. (2004). Family, work and quality of life: Changing economic and social roles through the lifecourse. *Ageing and Society, 24*: 771-91.
- Fredriksen-Goldsen, K.I. & Scharlach, A.E. (2001). *Family and work: New directions in the twenty first century*. New York: Oxford University Press.
- Glass, J. L. & Estes, S. B. (1997). The family responsive workplace. Annual review. *Sociology, 23*: 289-313.
- Goode, W.J. (1960). A theory of role strain. *American Sociological Review, 25*: 483-496.
- Greenhaus, J. H., Collins, K. M. & Shaw, J. D. (2003). The relation between work-family balance and quality of life. *Journal of Vocational Behavior, 63*: 510-531.
- Greenhaus, J. H. & Powell, G. N. (2006). When work and family are allies: A theory of work-family enrichment. *Academy of Management Review, 31*(1): 72-92.
- Grzywacz, J.G., Almeida, D.M. & McDonald, D.A. (2002). Work-family spillover and daily reports of work and family stress in the adult labor force. *Family Relations, 51*: 28-36.

Henz, U. (2006). Informal caregiving at working age: Effects of job characteristics and family configuration. *Journal of Marriage and the Family*, 68: 411-429.

Kalleberg, A.L., Reskin, B.F. & Hudson, K. (2000). Bad jobs in America: Standard and non-standard employment relations and job quality in the United States. *American Sociological Review*, 65: 256-278.

Katz, R., Daatland, S.O., Lowenstein, A., Bazo, M.T., Mehlausen-Hassoen, Prilutzky, D., Herlofson, K. & Ancizu, I. (2003). Family norms and preferences in intergenerational relationships: A comparative perspective. In: V.L. Bengtson & A. Lowenstein (Eds.). *Global aging and challenges to families* (pp. 305-326). New York and Berlin: Aldine De Gruyter.

Katz, R., Lowenstein, A, Phillips, J. & Daatland, S. O. (2005). Theorizing intergenerational solidarity, conflict and ambivalence in a comparative cross-national perspective. In: V.L. Bengtson, A.C. Acock, K.R. Allen, P. Dilworth-Andersen & D. M. Klein (Eds.). *Sourcebook on family theory and research* (pp. 393-407). Sage Publications.

Katz, R. & Lavee, Y. (2005). Families in Israel. In: B.N., Adams & J. Trost. (Eds.). *Handbook of world families* (pp. 486-506). Thousand Oaks, London and New Delhi, Sage Publications.

Kinsella, K. & Velkoff, V. (2001). *An aging world: 2001*. U.S. Census Bureau, Series P95/01-1. Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office.

Klein, D.M. & White, J.M. (1996). Symbolic interaction framework. In: *Family theories* (chap. 4, pp. 87-118). Thousand Oaks, Calif.: Sage.

Lechner, V.M. & Neal, M.B. (Eds.). (1999). *Work and caring for the elderly - International Perspectives*. Philadelphia, PA: Taylor and Francis.

Lingsom, S. (1997). *The substitution issue. Care policies and their consequences for family care*. Oslo: Norwegian Social Research, NOVA-Rapport 6/1997.

Litwak, E., Silverstein, M., Bengtson, V. L. & Hirsr, Y.W. (2003). Theories about families, organizations and social support. In: V. L. Bengtson & A. Lowenstein (Eds.). *Global aging and challenges to families*. New York: Aldine de Gruyter.

Lowenstein, A. (2007). Solidarity-conflict and ambivalence: Testing two conceptual frameworks and their impact on quality of life for older family members. *Journal of Gerontology*, 62(2), S100-S107.

- Lowenstein, A. & Daatland, S.O. (2006). Filial norms and family support to the old-old (75+) in a comparative cross-national context (the OASIS study). *Ageing and Society*, 26: 1-21.
- Lowenstein, A., Katz, R. & Daatland, S.O. (2004). Filial norms and intergenerational support in a comparative cross-national perspective. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, 24: 200-224.
- McDonald, L., Donahue, P. & Moore, B. (1998). *The economic casualties of retiring to caregive* (No. 28). Hamilton, ON: Independence and Economic Security of the Older Population.
- Marks, S.R. (1977). Multiple roles and role strain. *American Sociological Review*, 42: 921-936.
- Marks, N. F. & Lambert, J. D. (1997). *Family caregiving: Contemporary trends and issues* (National Survey of Families and Households working paper No. 78). University of Wisconsin-Madison, Center for Demography and Ecology.
- Matthews, S., Hertzman, C., Ostry, A & Power, C. (1998). Gender, work roles and psychological work characteristics as determination of health. *Social Science Medicine*, 46(11), 1417-2144.
- Moen, P. & Roehling, P. (2005). *The career mystique*. UK: Rowman & Littlefield Publishers, Inc.
- Musil, C.M., Morris, D.L., Warner, C.B. & Saeid, H. (2003). Issues in caregivers' stress and providers' support. *Research on Aging*, 25: 505-526.
- Mutschler, P. (1994). From executive suit to production line. *Research on Aging*, 16: 7-26.
- National Alliance for Caregivers/AARP. (2004). *Caregiving in the U.S.* Bethesda, MD.
- Naon, D., Brodsky, J., Ben-Nun, S., Resnizky, S., Morginstin, B., Graa, R. & Shmeltzer, M. (2004). *Disabled elderly recipients of cash and in-kind benefits*. Jerusalem: JDC: Brookdale Institute of Gerontology and Human Development and National Insurance Institute (Hebrew, detailed abstract in English).
- Neal, M. B. & Wagner, D. L. (2001). *Working caregivers: Issues, challenges, and opportunities for the aging network*. NFCSP Issue Brief. Retrieved from http://aoa.gov/prof/aoaprof/caregiver/careprof/proguidance/background/program_issues/Fin-Neal-Wagner.pdf. on 5.9.08.

- Pavalko, E. K. & Henderson, K. A. (2006). Combining care work and paid work. *Research on Aging, 28*(3): 359-374.
- Phillips, J., Bernard, M. & Chittenden, M. (2002). *Juggling work and care: The experiences of working carers of older adults. Preliminary findings*. Keele, UK: Center for Social Gerontology.
- Roehling, P.V., Moen, P. & Batt, R. (2003). Spillover. In: P. Moen (Ed.). *It's about time: Couples and career* (pp. 101-121). Ithaca: Cornell University Press.
- Rubin, R.M. & White-Means, S.I. (2009). Informal caregiving: Dilemmas of sandwiched caregivers. *Journal of Family and Economic Issues, 30*: 252-267.
- Schultz, R. & Martire, L.M. (2004). Family caregiving of persons with dementia prevalence, health effects, and support strategies. *American Journal of Geriatric Psychology, 12*(3): 240-249.
- Shoptaugh, C. F., Phelps, J. A. & Visio, M. E. (2004). Employee eldercare responsibilities: Should organizations care? *Journal of Business and Psychology, 19*(2): 179-196.
- Sundström, G.B., Malmberg, M., Castiello, S., del Barrio, E., Castejon, P., Tortosa, M.A. & Johnsson, L. (2008). Family care for elders in Europe: Policies and practices. In: E.M. Szinovacz & A. Davey (Eds.). *Caregiving contexts*. New York: Springer Publishing Company.
- Voydanoff, P. (2002). Linkages between the work-family interface and work, family and individual outcomes. *Journal of Family Issues, 23*(1): 138-164.
- Wakabayashi, C. & Donato, K. M. (2006). Does caregiving increase poverty among women in later life? Evidence from the health and retirement survey. *Journal of Health and Social Behavior, 47*: 258-274.
- Walker, A. (2000). Sharing long-term care between the family and the state - a European perspective. In: W.T. Liu & H. Kendig. *Who should care for the elderly?* (pp. 78-106). Singapore: Singapore University Press.
- Wagner, D.L. (2006). Families, work and an aging population: Developing a formula that works for the workers. *Journal of Aging & Social Policy, 18*(3 & 4): 115-125.
- Wharton, A.S. & Blair-Loy, M. (2006). Long work hours and family life. A cross national study of employee's concerns. *Journal of Family Issues, 27*(3): 415-436.

White, J.M. & Klein, D.M. (2002). *Family theories: Understanding families*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

WHO, (2007). *The world health report 2007*. Geneva, Switzerland: WHO Press.

Wisensale, S. (2008). Caregiving policy in the United States: Addressing the needs of caregivers of the elderly. In: R. Hudson's (Ed.). *Boomer bust?* Lexington, MA: Greenwood Press.

פרק י"א: הכלים של המאה ה-21 להתמודדות עם זיקנה: השימוש בטכנולוגיות מתקדמות להזדקנות במקום רחל קיי, יהונתן למברגר ולורנס נורמי

מבוא

האוכלוסייה המבוגרת ברחבי העולם גדלה בשיעור דרמטי: מספר האנשים שעברו את גיל 60 צפוי לגדול מ-375 מיליון ב-1990 ל-761 מיליון ב-2025 (Dishman, 2004). בד בבד עם הזדקנות האוכלוסייה גדל מספר האנשים המבוגרים הסובלים ממחלות כרוניות וממוגבלויות בדרגות חומרה שונות ונזקקים לסיוע. אתגרים חדשים עומדים בפני החברה בכלל ובפני מערכות שירותי הבריאות והשירותים הסוציאליים בפרט: העלויות בכסף ובכוח אדם הדרושות לטיפול בכל מבוגרים בבתי אבות או בבתי חולים וגם הקשישים המעדיפים לחיות באופן עצמאי בבתייהם בגלל הסיכון הגובר והולך לנפילות ולשבץ, העלולים להיות מסכני חיים. בשנת 2002, למשל, מתו בארצות הברית קרוב ל-13 אלף אנשים בני 65 ומעלה כתוצאה מפיגועות הקשורות לנפילות (CDC, 2005). על פי נתונים סטטיסטיים, יותר מ-60 אחוזים מהאנשים המוצאים את מותם כתוצאה מנפילות, גילם גבוה מ-75 (Murphy, 2003). בנוסף לכך, חלק הארי של העלייה בביקוש לטיפול רפואי נובע מהצורך בטיפול במחלות כרוניות: נכון להיום, בארצות הברית, מחלות כרוניות הן הגורם העיקרי לכ-80% מההוצאות על טיפול רפואי (Andersen & Horvath, 2002). עלייה זו מיוחסת ברובה להזדקנות האוכלוסייה.

תופעת ההזדקנות מפנה את הזרקור אל בעיה רלוונטית במיוחד לארגון העוסק במתן שירותים: התדירות הגוברת של תחלואה נלווית. בעולם המתועש, כרבע מקבוצת הגיל של בני 65 עד 69 וכמחצית מקבוצת הגיל 80 עד 84 סובלים בעת ובעונה אחת משתי מחלות כרוניות או יותר (The World Health Report, 2008). הצורך לספק טיפול רפואי לקשישים ולנהל אותו נעשה עניין דחוף (Yeh-Liang, Che-Chang, Tzung-Cheng et al., 2007). ספקי שירותי בריאות חייבים לחפש דרכים זולות וחדשניות לטפל באנשים, הסובלים ממחלות כרוניות הקשורות לגיל, כגון שבץ, מחלות לב, אוסטיאופורוזיס או אלצהיימר, ולנהל את הטיפול בהם. בנוסף לכך, יש לכוון מאמצים רבים יותר למתן תמיכה ולהעצמה, הן של קשישים עצמאים והן של קשישים תשושים, כדי למנוע את התגברות תלותם באחרים.

בכל המדינות המתועשות קיימת מידה רבה של מודעות לעניינים אלה, וכיוון שכך מפתחים ומיישמים מערכות רבות לאספקת שירותים, כולל בתים לגמלאים, שבהם ניתנים שירותים, כגון טיפול רפואי ושירותי תמיכה סוציאליים. בדנמרק (Report on Health and Long-term Care in Denmark, 2005), בגרמניה (Konder, 2003) ובישראל, למשל,

פועלים מרכזי תמיכה קהילתיים עירוניים המספקים שירותי תמיכה לקשישים בבתיהם, מטפלים אישיים מסייעים לקשישים תשושים בבתיהם בפעילויות היומיומיות ומגוון רחב של שירותי עזרה רפואית בבית ניתן בצורה זו או אחרת כמעט בכל המדינות. כמו כן, מפתחים בעבור קשישים תכניות, בדגש על קידום בריאות ומניעת מחלות.

שימוש בטכנולוגיות מידע

בעשור האחרון, בזכות הפיתוח האדיר של טכנולוגיות המידע והתקשורת, מופנית תשומת לב רבה יותר לרתימת טכנולוגיות אלו לשם שיפור ההעצמה, התמיכה והטיפול בקשישים. ישראל היא אחת המדינות המתקדמות ביותר בפיתוח ובשילוב של טכנולוגיות מידע ותקשורת בשירותי בריאות, ובמיוחד בכל הקשור לבריאות בקהילה. כל הרופאים ועובדי הרפואה הפועלים במסגרת קופות החולים, בין אם הם שכירים ובין אם הם עצמאים, משתמשים באופן שוטף ברשומות רפואיות אלקטרוניות, המקושרות למסדי נתונים מרכזיים. כך מובטחים חילופי מידע קליני מלא בין ספקי שירותי הבריאות. כל אחת מקופות החולים מפעילה אתר אינטרנט המאפשר למבוטחיה לצפות ברשומות הבריאות האישיות שלהם מהבית; קופות החולים גם מעניקות שירותים מקוונים אינטראקטיביים בתחומים, כגון קידום בריאות, טיפול במחלות כרוניות, ועוד. דוגמאות לשימוש בטכנולוגיות אלו בישראל, בעת הטיפול בקשישים, הן:

- מערכות לתמיכה בקבלת החלטות על סמך רשומות רפואיות אלקטרוניות, המסייעות לרופאים לטפל בבעיית ריבוי התרופות והאינטראקציה השלילית בין תרופות אצל זקנים;

- רשומות רפואיות אלקטרוניות, שהותאמו במיוחד לטיפול ביתי כדי להקל על התיאום בין צוותי הטיפול במבוטחים בבתיהם, לרבות תיק רפואי ייחודי רב-מקצועי, הכולל תקשורת בין אנשי הצוות, תיאום ביקורים, תיעוד ישיבות צוות ושיחות טלפון לחולה ולמשפחתו;

- שימוש גובר והולך במחשבים קטנים לצורך רישום הטיפול מהבית ושידור דיווחים, באמצעות תקשורת סולרית למחשב המרכזי של קופת החולים;

- שימוש במערכות של טכנולוגיית מידע למען קידום בריאות, מניעת מחלות ומעקב.

במכבי שירותי בריאות, למשל, מתעדים בצורה ממוחשבת את הבדיקות וטיפול המניעה שעברו מבוטחים בני 65 עד 74: חיסונים, בדיקות ממוגרפיה, בדיקות לחץ דם ובדיקות מעבדה, איתור דם סמוי בצואה וצפיפות עצם. האחות, המבצעת את המעקב, מקבלת את הדיווחים וההתראות בצורה ממוחשבת, ומזמינה את המטופל לביקור כדי לעבור איתו על תוצאות הבדיקות, מציעה טיפולים שאולי לא בוצעו, ולאחר מכן מוסרת לו הנחיות להתנהגות

המקדמת את בריאותו, כגון תרגילי התעמלות ותזונה נכונה. ארגוני בריאות אחרים מציעים תכניות דומות. כל אלה שינו את הדרך שבה רופאים, אחיות ולמעשה כלל מערכת הבריאות תורמים לקידום התפקוד והתנהגויות מקדמות בריאות בקרב אוכלוסיית הקשישים.

טֵלֶה-רפואה

טלה-רפואה - או רפואה מרחוק - היא תולדה חשובה נוספת של ההתפתחות המואצת, התחכום הגובר והעלויות הפוחתות של טכנולוגיות מידע ותקשורת. המונח טֵלֶה-רפואה משמש לתיאור כלל הפעילויות הרפואיות המתבצעות מרחוק. שורשי המונח, כפי שהוא מובן לציבור הרחב, כלומר אינטראקציה מתוקשבת בין רופא לבין מטופל, נעוצים בשימוש בתקשורת רדיו שעשו בעבר צוותי ספינות כדי להיוועץ ברופאים, שנמצאו על היבשה. לפני כמה שנים החלו להשתמש במונח "טלה-בריאות" במקום "טלה-רפואה", משום שהוא נתפס כבעל "תקינות פוליטית", אך לפני כשנה בערך גם מונח זה פינה את מקומו למונחים אופנתיים יותר, כגון "בריאות מקוונת" או "בריאות אלקטרונית" (eHealth) (Wootton, 2001).

המונח "טֵלֶמְדִיסִין" (טלה-רפואה בעברית) הוא שילוב של "טֵלֶה" (ביונית: מרחק) ו"מֵדִיִּין" (בלטינית: לרפא), כלומר ריפוי או טיפול רפואי מרחוק. באופן זה, אחת ההגדרות המוקדמות של טלה-רפואה היא של Bird משנת 1971: "עיסוק ברפואה ללא התייצבותם של הרופא והמטופל זה מול זה, אלא דרך מערכת תקשורת אודיו-וידאו אינטראקטיבית" (Bashshur, Reardon & Shannon, 2000). באמצעות מערכת כזו אפשר "לבקר" חולים בבתיים ואולי אף להימנע מביקורים מיותרים במרפאה, לתמוך בחולים זקנים ובמטפליהם העיקריים (בני משפחה, בני זוג או אחרים), לבחון מדדי בריאות מסוימים ולעקוב אחר ביצוע תכנית טיפול (תרופות, תרגילי שיקום, פיזיותרפיה, ועוד).

הגדרה אחרת, אולי מקיפה יותר, היא זו של Scannell: "טלה-רפואה הוא השימוש בתקשוב לצורך אבחון רפואי וטיפול בחולה. היא כוללת שימוש בטכנולוגיית התקשוב כאמצעי לאספקת שירותים רפואיים לאתרים מרוחקים. המונח כולל הכול, החל בשימוש בשירותי טלפון מקובלים וכלה בהעברת אותות דיגיטליים ברוב פס רחב ובמהירות גבוהה בשילוב מחשבים, סיבים אופטיים, לוויינים ותוכנות ציוד היקפי מתוחכמים" (Currell, Urquhart, Wainwright et al., 2010). ברחבי העולם מקובל מאוד לחשוב שלטלה-רפואה יש פוטנציאל לפתור רבות מהבעיות שמערכות מודרניות להספקת טיפול רפואי מתמודדות עמן, כגון: חוסר שוויון נרחב בגישה למקורות טיפול, הנובע מפערים גיאוגרפיים, סוציו-אקונומיים ותרבותיים; חוסר היעילות, וכן התיאום והאינטגרציה המוגבלים של מערכות מורכבות לטיפול רפואי; התפלגות לא אחידה באיכות הטיפול, חוסר אחידות בציות לפרקטיקות רפואיות המעוגנות בניסיון ובמצאים רפואיים, שכיחות גבוהה של טעויות רפואיות ואימוץ נפוץ של סגנונות חיים לא בריאים (Bashur & Shannon, 2009).

שני החוקרים הנ"ל, יחד עם קבוצה גדולה של כותבים, הציגו ניתוח של הבעיות שהטיפול הרפואי בארצות הברית מתמודד עמן כיום ואת תרומתה הפוטנציאלית של הטלה-רפואה לפתירתן. על פי הניתוח שלהם, המבוסס על נתונים מהעשורים האחרונים, מערכות טלה-רפואה הוכיחו את היכולת להשיג את התוצאות האלה:

- שיפור זמינותו של הטיפול הרפואי בכל הרמות (ראשוניות, משניות ושלישוניות) במגוון רחב של מצבים, כולל מחלות לב ומחלות כלי דם מוחיים, הפרעות בתפקוד הבלוטות, כגון סוכרת, סרטן, הפרעות פסיכיאטריות וטראומה, וכן שיפור שירותים, כגון רדילוגיה, פתולוגיה ושיקום.
- קידום הטיפול הממוקד בחולה בקהילה המקומית, בעלות מופחתת. תוצאה זו תורמת גם היא ליציבות במערכות הטיפול הרפואי ובמשק הכלכלי המקומי.
- הגברת היעילות של תהליך קבלת ההחלטות הקליניות, הזמנת מרשמים ותכניות חונכות.
- הגברת היעילות של הטיפול במחלות כרוניות, הן במתקני סיעוד והן בבית. דוגמה לכך היא תכנית ייעודית לחולי אי-ספיקת לב במכבי שירותי בריאות, שבמסגרתה חיישנים משדרים למוקד נתונים על מצבו של החולה וביקורי בית נעשים באמצעות ועידות וידיאו.
- עידוד המטופלים לאמץ סגנון חיים בריא וטיפול עצמי.

מסקנתם של החוקרים היא, שגם אם הטלה-רפואה נותנת מזור לכול, היא יוצרת הזדמנויות משמעותיות לטיפול בנושאים של אי-שוויון בנגישות לטיפול רפואי, שיפור האיכות ושמירה על מסגרת תקציבית. באשר לעלות השירות - הספקים, הלקוחות והחברה בכללותה נהנים מהיתרונות המצטברים של הטלה-רפואה, שעולים לאין ערוך על העלות (Bashur & Shannon, 2009).

הנציבות האירופית אימצה מדיניות אקטיבית המעודדת פיתוח של טלה-רפואה, כפי שאפשר לראות בהודעתה לפרלמנט האירופי, למועצה, לוועדה האירופית לכלכלה ולחברה ולוועדת האזורים בנושא טלה-רפואה בשירות החולים, מערכות הבריאות והחברה: "טלה-רפואה - אספקת שירותי בריאות מרחוק - עשויה לסייע בשיפור חייהם של אזרחי אירופה, הן של המטופלים והן של אנשי מקצועות הרפואה, ומסוגלת גם לתת מענה לאתגרים הניצבים בפני מערכות הבריאות. אזרחי אירופה מזדקנים והולכים, ומספר האזרחים הקשישים החיים עם מחלות כרוניות עולה בהתמדה. לעתים קרובות, מצב בריאותם מחייב התייחסות רפואית מוגברת. באזורים כפריים ונידחים, ובענפי רפואה מסוימים, תמיכה רפואית אינה זמינה באותה קלות או תדירות כפי שמצב בריאותם של החולים מחייב. טלה-רפואה יכולה לשפר את הזמינות של טיפול מקצועי מתמחה באזורים שיש בהם מחסור בבעלי מקצוע בהתמחות זו, או באזורים שבהם זמינות הטיפול הרפואי מוגבלת.

טֵלֶה-ניטור (telemonitoring) עשוי לשפר את איכות החיים של חולים במחלות כרוניות ולצמצם את מספר ימי האשפוז. שירותים כגון טֵלֶה-רדיולוגיה (teleradiology) וטֵלֶה-ייעוץ רפואי (teleconsultation) עשויים לסייע בקיצור רשימות המתנה, בשיפור ניצול המשאבים ובהגברת התפוקות. זה 20 שנה שהנציבות האירופית מממנת פעילות מחקר ופיתוח בתחום זה, מתוך הכרה בפוטנציאל הטמון ביישומי טכנולוגיות המידע והתקשורת (ICT) בשירות הבריאות המקוונת (eHealth) ובשירות הטלה-רפואה בפרט. בנוסף לכך, בתכנית הפעולה בנושא אסטרטגיית בריאות ובריאות מקוונת, הנציבות התחייבה לתמוך במערכות בריאות דיגיטיות וביישום מועיל בטכנולוגיות חדשות" (Commission of the European Communities, 2008).

דוגמאות רבות לפרויקטים מוצלחים של טלה-רפואה אפשר לראות בארצות הברית, באירופה וכן במדינות העולם השלישי, שם נעשתה הטלה-רפואה כלי חשוב לאספקת שירותי בריאות בסיסיים ביותר.

פיתוח טכנולוגי של מערכות טלה-רפואה הוא אחד התחומים שישראל נעשתה בהם מובילה בינלאומית. עם החברות הישראליות המצטיינות בתחום זה נמנות "קרדגרד", שח"ל, "נטלי-סקיולייף" ו"ארוטל מערכות רפואיות". עם שירותי הטלה-רפואה הבסיסיים שמגישות קופות החולים נמנים פיקוח אמבולטורי של תפקוד קרדיולוגי, סוכר בדם, ריכוז חמצן בדם ודום נשימה (apnea). מערכות של טכנולוגיות מידע בתחום הבריאות, הפועלות בארץ במסגרת הקהילה, כמתואר לעיל, סיפקו תשתית איתנה לפיתוחם וליישומם של שירותי טלה-רפואה, לרבות אבחון מרחוק, כגון טֵלֶה-רדיולוגיה, טֵלֶה-אולטרסאונד, טֵלֶה-אק"ג, טֵלֶה-הולטר, טֵלֶה-אופתלמולוגיה וטֵלֶה-דרמטולוגיה. שירותים נוספים הם טֵלֶה-ייעוץ רפואי, הכולל שיחות ועידה בווידיאו (וידיאו קונפרנס), כגון המוקד הטלפוני לרפואת ילדים בשירותי בריאות כללית, העומד לרשות המטופלים לאחר שעות העבודה, ושירות ההתייעצות עם מומחים במכבי שירותי בריאות במרכזי רפואה אזוריים, המיועד למרפאות בפריפריה או לחולים באזורים מרוחקים. כמו כן, פועלות בישראל מערכות לניטור מרחוק, כגון שירותי ניטור אק"ג (שח"ל, נט"ל ואחרים); ניטור עוברי מרחוק; ניטור חולים במחלות כרוניות, כגון המערכת של מכבי שירותי בריאות לניטור מרחוק של חולים הסובלים מאי-ספיקת לב - מערכת המשלבת העברת מידע ממכשור רפואי, כגון מדי לחץ דם, מדי דופק ומאזני אדם למוקד טלפוני מקצועי מאויש. המערכת כוללת שיחות ועידה בווידיאו בין אחיות המוקד הטלפוני לבין החולים בבתיהם. כיום, בשלבי ביצוע נמצאים פרויקטים לניטור מרחוק של מחלת ריאות חסימתית כרונית (COPD) וביקורי בית מקוונים לקשישים המרותקים לבתיהם.

טלה-רפואה בשירות הטיפול בקשישים

לאור טבעה של הטלה-רפואה והאתגרים הייחודיים במתן טיפול לקשישים, כפי שצוין לעיל, אין זה אלא טבעי להשתמש בטכנולוגיות אלו לטיפול בקשישים. ואמנם, הנציבות האירופית הציבה את השימוש בטלה-רפואה למען הטיפול בקשישים בעדיפות גבוהה בהקצאת מימון למחקר ולפיתוח. ארגונים ישראליים משתתפים באופן פעיל ברבים מהמיזמים האלה. שני פרויקטים שהאיחוד האירופי מממן, ובהם יש חלק למכבי שירותי בריאות, הם דוגמה לסדר עדיפות זה:

- HELP, קונסורציום בהנהגת החברה הספרדית Telefonica, הוא פרויקט מסוג AAL (Ambient Assisted Living). זוהי תכנית לשיפור איכות חייה של האוכלוסייה המבוגרת, שנועדה לסייע לטיפול בחולי פרקינסון: התקן תוך-פומי, שפותח בישראל, משחרר תרופה במהלך הרעידות של החולה, מדווח למוקד טלפוני מרוחק על מצב החולה, ומנצל טכנולוגיות גיבוי קיימות כדי להבטיח את בטיחותו של החולה ולסייע לו במקרה הצורך. הניסיון של מכבי שירותי בריאות, הן בתחום הקליני והן בתחום טכנולוגיות המידע, ינוצל לכתובת קווים מנחים קליניים וכן להערכת ההתקן והשימוש בו.

- KSERA (Knowledgeable Service Robots for Aging) - רובוטים בעלי ידע בשירות הקשישים) הוא פרויקט מחקר ופיתוח קולבורטיבי בינלאומי, בשותפות מכבי שירותי בריאות, בתמיכה של תכנית המסגרת השביעית - FP7 של האיחוד האירופי. הפרויקט עשוי בעתיד הקרוב לאפשר הגשת טיפול מרוחק לסובלים מ-COPD באמצעות חיישנים מושתלים במבנה ביתי ורובוט אנדרואידי. גם בפרויקט זה החלק של מכבי שירותי בריאות הוא לכתוב קווים מנחים קליניים ולשמש מרכז לבדיקת הפרויקט ולהערכתו. בקופה אף יקדמו את הטמעת הפרויקט ויישמו בישראל ובמדינות נוספות.

בקרבת גורמים ממשלתיים ומקצועיים בעולם מתגבשת והולכת הסכמה, כי ניטור הבריאות מרוחק הוא פתרון אפשרי להוצאות מרקיעות השחקים של מערכת הבריאות על טיפול בקשישים או בחולים הסובלים ממחלות כרוניות (Lee, Kim Jung et al., 2008). למעשה, שוק שירותי הבריאות הוא אחד השווקים עם שיעור הגידול המהיר ביותר בביקוש לטכנולוגיית WiFi ולטכנולוגיות אחרות של רשתות תקשורת מקומית (LAN) אלחוטיות. התקנים אלחוטיים ניידים רבים פותחו על מנת לאפשר ניטור של מצב הבריאות והרווחה של אנשים, במיוחד של אלה הסובלים מסוכרת, מלחץ דם גבוה או ממחלות לב. לדוגמה, החברה האמריקנית Globus משתמשת במערכת "פרדיגמה" לבקרת סוכרת. המערכת מורכבת מגלוקומטר וממשאבת אינסולין, הפועלים באופן משולב כדי לטפל באופן אלחוטי בחולי סוכרת. Schwiebert ואחרים (Konstantas, 2006) תיארו את האתגרים שניצבו

בפניהם בפיתוח רשתית תותבת בעין, בבואם להקים רשת אלחוטית של מערכי חיישנים חכמים להשתלה בבני אדם (Zhuge, 2005).

”בית חכם” למען הבריאות

עם העלייה ברמת התחכום הטכנולוגי ובגיל האוכלוסייה, ביתו של המטופל הפך למוקד הפעילות של מערכות שירותי הבריאות. ניטור אינטנסיבי של מדדי בריאות בסביבה הביתית נעשה מרכיב חובה במתן טיפול רפואי ובפיקוח. אפשר להגדיר את הטֵלָה-טיפול-ביתי (telehomecare) כשימוש בטכנולוגיות מידע ותקשורת כדי לאפשר הספקה יעילה וניהול יעיל של שירותי בריאות במקום מגוריו של החולה (Office of Health and Information, 1998). זמינותן של טכנולוגיות במחירים מופחתים, גישה לרשתות תקשורת בעלות קיבולת גבוהה וכן העלייה במיומנויות המחשוב בקרב האוכלוסייה, מזינים ומקדמים את הפיתוח של טֵלָה-טיפול-ביתי. באופן זה, הטֵלָה-טיפול-ביתי הופך לדגם הטיפולי החדש, המנצל את טכנולוגיית התקשוב כדי לקשר בין ספקי שירותי בריאות לבין חולים בבתייהם (Gagnon, Lamothe, Hebert et al., 2006).

סקירה של הספרות המקצועית חושפת גישות שונות לטֵלָה-טיפול-ביתי, החל ביצירת קשר בין החולים המרותקים לבתייהם לבין אחיות בריאות הציבור, באמצעות מערכת טלפונים ישנה ופשוטה (Finkelstein, Speedie, Demiris et al., 2004), עבור בטֵלָה-ביקורים של עובדי בריאות הציבור, המשתמשים במחשבים המצוידים במצלמות וידאו או בווידיאוֹפון (מכשיר טלפון הכולל צג להעברת תמונות) (Demiris, Speedie, Finkelstein et al., 2003), או בטלוויזיה אינטראקטיבית, המאפשרת העברת סרטים ותקשורת דו-צדדית בין זקנים לבני משפחה וחברים באמצעות שרתי כבלים. טלוויזיה מעין זו משמשת כמחשב נוח ופשוט לתפעול, למשל על ידי מסך מגע (כמו באינטרנט, רק פשוט יותר). שיטה זו מופעלת בהצלחה עם זקנים המרותקים לבתייהם בהולנד. עוד גישות הנזכרות בספרות המקצועית: ניטור אינטראקטיבי של מחלות דרך האינטרנט; תקשורת בין מטופל לספק שירותי הבריאות באמצעות הודעות דוא”ל או הודעות טקסט בטלפונים סלולריים וכלה במערכות ניטור ביתי מתוחכמות, הכוללות סוגים שונים של מכשירים רפואיים וחיישנים, כגון מדי לחץ דם, מדי דופק, ספרומטרים (מדי קיבולת ריאות), גלוקומטרים (מדי סוכר בדם), חיישנים נלבשים וכדומה, המשדרים את התוצאות למוקדים טלפונים ייעודיים או לעובדי בריאות ייעודיים (Pallikonda, Rajasekaran, Radhakrishnan & Subbaraj, 2009). בעת האחרונה נעשה גם שימוש ברובוטים מותאמים אישית בביתו של הזקן, היוצרים טֵלָה-נוכחות (telepresence), (Martinez, Everssw, Ivarezw et al., 2006) מסייעים לבקר את מצבו ובעתיד גם ישמשו אותו לפעילויות פנאי ותרבות (ראו פרויקט KSERA לעיל).

בזכות פיתוחים אלה החלה להתגבש תפיסה הוליסטית יותר של טיפול בקשישים בבית, המכונה "בית חכם" או "בית בריאות חכם" (Health Smart Home - HSH). צורכי החולים נובעים מהקשיים ומהסיכונים שבהם הם נתקלים בבתיהם, בחיי היומיום שלהם, במקום להתמקד אך ורק בבעיות הבריאות של המטופל, גישה זו מתייחסת אל המטופל כאל בן אדם החי בסביבה חברתית וגיאוגרפית. גישה זו לטלה-רפואה, שבה המטופל נמצא במרכז, מנצלת את היתרונות של שני תחומי הפיתוח - טְלָה-טיפול ו"בית בריאות חכם". התפיסה של "בית בריאות חכם" היא תולדה של שילוב בין שלושה תחומי מחקר - רפואה, "דומוטיקה" (domotics - התקנים ביתיים לבקרה מרוחקת ואוטומטית) ומערכות מידע, והיא מייצגת את אחד הערוצים המבטיחים ביותר לפיתוח שירותי טלה-רפואה וטְלָה-טיפול, שבמרכזם מוצב החולה.

"בית בריאות חכם" הוא בית המצויד במכשירים אלקטרוניים מיוחדים, המאפשרים בקרה מרחוק על התקנים ממוכנים, שתוכננו במיוחד לשם מתן טיפול רפואי מרחוק (Finkelstein, Speedie & Potthoff, 2006). מערכת ה-HSH מחויבת לשיפור איכות החיים והביטחון של חולים בסיכון באמצעות שימוש חדשני בטכנולוגיות מתקדמות, כגון חיישנים חכמים היכולים לעקוב אחר תנועת האדם בבית (למשל הדלקת אורות, פתיחת מקרר, ניטור טמפרטורה ולחות בבית) ולשדר נתונים למוקד מרוחק.

הופעת הטכנולוגיות של "בית חכם" היא גם שיאן של המגמות הרווחות ב-15 השנים האחרונות בביזור אספקת הטיפול הרפואי במדינות מפותחות, מגמות שתוצאתן היא הסטת מסגרות טיפול משניות ושלישוניות לכיוון הגשת טיפול ראשוני בקהילה. במקרה של האוכלוסייה המבוגרת, מתרחש שינוי פרדיגמתי - מטיפול מוסדי בחולים מאושפזים לטיפול מסייע לקשישים בבתיהם. התפתחות זו בדוקטרינת שירותי הבריאות בקהילה קיבלה תנופה חזקה בזכות ההתקדמות המהפכנית בטכנולוגיות המידע והתקשורת (ICT). התקדמות זו באה לידי ביטוי ברשתות הצמתים של חיישנים חכמים, הנמצאות בכל מקום ומגיבות באופן דינמי למגוון רחב של מדדים סביבתיים, פיזיולוגיים ואפקטיביים, בהתאם להתנהגות ולצרכים העכשוויים של הדייר הזקן הניתנים למדידה (Leijdekkers, Gay & Lawrence, 2007), למשל: יתר לחץ דם, מידת החמצן בדם, דופק ומשקל. מדדים הניתנים למדידה באמצעות רשת חיישנים ביתית כוללים את מיקומו ומצב פעילותו של המטופל (יושב בסלון, שוכב במיטה, מתהלך במטבח), מצבים של אביזרי בית שונים (כיריים דלוקים, דלת פתוחה של המקרר, ברזי מים פועלים, שירותים בשימוש). השילוב בין אפשרויות מסוגים אלה בתוך סביבת החיים הביתית יוצר את "הבית החכם".

אם נתייחס באופן ייחודי לנושא של אורח חיים עצמאי עבור זקנים, "בית חכם" יכול להיות מוגדר כמכלול האמצעים הטכנולוגיים המעניקים למרחב המחיה הביתי של אדם מבוגר כושר דינמי להסתגל ולהתאים את עצמו לצרכיו וליכולות התפקוד של הדייר, בהווה ובעתיד. במילים אחרות, כדי להיות "חכמה", סביבת המגורים נדרשת לנטר ולהעריך את

המצב הפיזיולוגי, הקוגניטיבי ואולי גם הרגשי של המטופל, ולהגיב אליו בהתאם. בה בעת, "הבית החכם" חייב להיות תומך, מגיב, מניעת ובעל יכולת הסתגלות לנסיבות משתנות בכל אחד מן ההיבטים הללו (Rowe, Campbell & Lane, 2008).

חשוב מאוד ש"הבית החכם" לא ייתפס כהתגלמות מיוחדת של מקום מגורים מאובזר בצורה חכמה, אלא כפלטפורמה מאובזרת בצורה תשתיתית, שעליה אפשר לפתח יתרונות ופתרונות ייחודיים עבור המשתמש. במקרה של אדם מבוגר, "בתי בריאות חכמים" יכללו לרוב גם ניטור של בטיחות הדייר ומצב בריאותו, סיוע בביצוע מטלות יומיומיות ובקרה מיטבית של סביבת המגורים, על מנת לקדם עצמאות ואיכות חיים. תכונות נוספות עשויות לכלול מערכות מולטימדיה המקלות על קשר סדיר עם בני משפחה, עם חברים ועם מטפלים, כדי להגן על הקשיש מפני בידוד חברתי. לפיכך, "בית חכם" הוא מקום מגורים המצויד באופן שיכול לספק לדייריו שירותים מתקדמים מבוססי-ICT באמצעות מגוון של התקנים ומערכות המותקנים בו. בדרך כלל, "בית חכם" מסוג זה מקושר למרכז בקרת ביצוע אוטונומי. היתרונות האפשריים שלו רבים: ביטחון ובטיחות משופרים, למשל על ידי ניטור ההתנהגות והפעילות של הדייר ועל ידי הבטחת סיוע חירום כשמסתמן שמצב מסוכן עומד להתרחש; בקרה סביבתית המגיבה למצבו הרפואי של המשתמש; בקרת תאורה ובקרה על המכשירים הביתיים, כדי לספק תמיכה מרושתת של טכנולוגיות התומכות בפעילויות הבסיסיות והקשורות במכשירים בחיי היומיום (ADL/IADL).

בין היישומים של מערכות "בתים חכמים" שפותחו בעת האחרונה וראויים לציון נמנה סביבת מגורים מפותחת ואוטונומית למחצה בעבור אנשים עם ליקוי קוגניטיבי קל. למען אנשים החיים עם מחלות או נכויות הקשורות לגיל, הפיתוחים המתקדמים בתחום הטל-טיפול, טל-בריאות, טל-שיקום וטל-רפואה מאפשרים למטופל לקבל בביתו את שירותי הניטור והבריאות הרציפים, שבעבר היו אפשריים רק בבית חולים או במסגרת מוסדית. ואמנם, יישום יעיל של טכנולוגיות עזרה אלו חייב להיות מותאם לשימוש אינטואיטיבי ומביא בחשבון את היכולת הקוגניטיבית של המשתמש (Adlam, Carey-Smith, Evans et al., 2010), ובמידת הצורך מצויד בממשקים גמישים להדרכה בכל שלב ושלב של הפרוצדורה לטיפול עצמי. לדוגמה, המצלמה החכמה מזהה את הפעולות הנכונות בסדר הנכון, ובמקרה של טעות - המערכת נותנת למטופל הוראות קוליות כיצד לתקנה.

כל האמצעים שהוזכרו כאן, ואמצעים אחרים, מותנים בכדאיות כלכלית, באפקטיביות טיפולית וברמת שימוש גבוהה של הזקנים ובני משפחותיהם. בשלב זה, בפיתוח טכנולוגיות אלו רבות השאלות על התשובות, אך כל העוסקים בתחום מבססים את הטכנולוגיות על עתיד, שבו החומרה תהיה זמינה וזולה יותר, והזקן (של העתיד) יהיה מחובר יותר לעולם התקשורת האינטראקטיבית (אינטרנט, סלולר וכדומה). אזי יאלצו מערכות הבריאות והרווחה להתאים את הטכנולוגיות לחסכים בכוח אדם ולהבדלים גיאוגרפיים וסוציו-אקונומיים. לכן,

בטווח של עשר עד 15 שנה, ואולי הרבה פחות מכך, יש לצפות להתפתחויות שינצלו את הידע והניסיון ואף ילמדו מהקשיים ומהכישלונות של היום.

ההצדקה החברתית-כלכלית וההמצאות של תכניות טיפול אזוריות ולאומיות המיועדות לקשישים בבתיהם או בקהילה (כחלופה לדיור מוגן), מתבססות על תשתיות ICT הולמות ומתאימות, המסוגלות לתמוך ברשתות תקשורת ובמערכות משובצות. מערכות מסוג זה תספקנה שירותים חיוניים, כגון ניטור, אזהרות וטלה-בריאות בקהילה, ובשלב הבא, שירותים חדשים נוספים, כגון נוכחות וירטואלית ושימוש במערכות virtual or augmented reality, ברובוט ביתי, ברשת חיישנים ביתית או במערכת מכנית-אלקטרונית אחרת. כל זאת, כדי לספק נוכחות מדומה בבית הזקן, ובכך לאפשר למטפל מרחוק להיות נוכח ולהשפיע בסביבת המטופל, איתור נפילות ועזרי התמצאות, כגון GPS ביתי שיאכן את מיקומו של הזקן בבית (במיטה, בשירותים, במטבח) ויספק למטפל מידע כתוב, קולי או ויזואלי על מנת ללוות את המטופל ולכוונו בהתאם למיקומו הגיאומטרי בביתו.

אפשר לסווג את היסודות החיוניים המרכיבים את סביבת "הבית החכם" לארבע קבוצות תפעול עיקריות: (1) חיישנים. לדוגמה, כאלה המודדים לחץ של גוף על משטחים וגילוי אות אינפרה-אדום לזיהוי מיקומו של המטופל; (2) תקשורת כאמצעי לחיבור בין צומתי החיישנים למערכת של ניטור ובקרה; (3) מפעילים (actuators), כמו למשל מנועים המושתלים ברהיטים ובאביזרי הבית; (4) ממשקי משתמש, כלומר אמצעי תקשורת ואינטראקציה בין המערכת למשתמש, לדוגמה הפעלה באמצעות זיהוי קול, מסך מגע וזיהוי תנועות ידיים.

מעבר לכל התכונות המבניות הבסיסיות הללו קיימת מערכת חכמה לעיבוד מידע, המכונה תְּיִכָּה או תוכנת ביניים (middleware), המרוכזת או מבוזרת ברמות הפשטה שונות אצל מרכיבי החומרה השונים של "הבית החכם" - חיישנים, מערכות ויישומים מתואמים. הפעלת התווכה שקופה למשתמש לחלוטין. היא עובדת ברקע של הממשקים השונים ותפקידה לאחד ולתאם, באופן אחיד ואינטגרטיבי, בין הפעולות של כל המרכיבים ב"בית החכם".

באופן אידיאלי, על התווכה לאפשר הגדרת תצורה של התשתית הכללית של "הבית החכם", בהתאם לדרישות הייחודיות של המשתמש והיישומים התומכים בו. עם זאת, עדיין לא קיימת ארכיטקטורה סטנדרטית של חומרה או של תוכנה בעבור התווכה, ומשום כך יש לעתים קרובות לשכפל את הפונקציות הפרטניות המשולבות בהתקנת "הבית החכם". לדוגמה, כשיש מגוון של חיישנים חכמים לניטור מקומו של הדייר ופעולותיו וכל אחד מצומתי החיישנים הרלוונטיים מקבל, לפי קריטריונים משלו, החלטה בנוגע לרמת החשיבות והנכונות לתגובה מסוימת; או למשל אם כדאי ליצור התראה למוקד. מערכת תווכה אחידה תעודד עמידה בתקני תאימות עבור מגוון היישומים מרובי המרכיבים של "הבית החכם" ותאפשר ערוץ טבעי להתרחבות עתידית ולהוספת פונקציות חדשות לפי הצורך (Bregman)

(Korman, 2009 &). כבר כיום ישנם גופים העובדים על פיתוח מערכת אוניברסלית אחת, שתוכל לספק את רכיב התווכה החיוני בצורה יעילה ואמינה יותר.

תכלול סביבת "הבית החכם" מחייב רשתות ICT הטרוגניות, התומכות ברשתות אזוריות אישיות אלחוטיות (Zigbee, Bluetooth) ותג זיהוי פריטים בתדר רדיו (RFID), רשתות אזוריות מקומיות אלחוטיות (WiFi) וכן רשתות מקומיות קוויות (Chan, Daniels Christophe et al., 2008). באופן זה, המערכת בכללותה מנהלת על ידי "סוכנים" (תוכנות) חכמים, המסוגלים לפעול באופן אוטונומי אם וכאשר הרשת איננה זמינה באופן זמני. האינטליגנציה העומדת בבסיס יכולת ההסתגלות והלימוד העצמי הנדרשים מוכללים בתוך סוכנים אלו. הבקרה על המערכת המוכללת נעשית באמצעות מגוון של ממשקי משתמש, כולל התקנים שכבר נמצאים בשימוש בקרב חלק מאוכלוסיית המבוגרים, כגון טלפונים סלולריים.

רשת החיישנים של "הבית החכם"

"לבית החכם" יש חיישנים מסוגים רבים ומגוונים. אלה החיישנים שכבר זמינים בשוק:

- חיישני נוכחות, תנועה ופעילות.
- חיישני רעש ותנודות.
- חיישנים למדידת טמפרטורת הגוף מרחוק.
- חיישנים לזיהוי נפילות.
- חיישנים לפתיחת דלתות.
- חיישנים להפעלה ולסגירה של ברזי מים.
- חיישנים לשימוש בתנורים, במקררים ובמכשירי מטבח אחרים, וחיישנים למצבם של מכשירי חשמל.
- חיישנים למדידת טמפרטורת הסביבה ואיכות האוויר.

לחיישני "הבית החכם" האוטונומיים, המפוזרים במרחב הביתי, יש כמה מאפיינים משותפים, בלתי תלויים בתפקידו של כל חיישן וחיישן (תנאים סביבתיים, קרבה ותנועה, סימנים פיזיולוגיים חיוניים וכדומה), והם מסוגלים לתקשר באמצעות רשתות אלחוטיות שהוקמו למטרה זו. התקשורת ביניהם מבוססת על טכנולוגיות הטרוגניות ועל פרוטוקולים של תקשורת, והרשתות מסוגלות לבצע ארגון עצמי אוטונומי (Robles & Kim, 2010). צמתים של חיישנים חכמים מציגים כושר הסתגלות לסביבתם ומסוגלים להגיב לצורכי הדייר הקשיש בהתאם למיקומו הנוכחי ולשעה (וייתכן שגם בהתאם לידע של דפוסי התנהגות זמניים של הדייר). הם אף מנטרים נתונים פיזיולוגיים וסביבתיים הנוגעים לדייר.

כדי לשפר את אמינות יכולת הגילוי והאומדן של חיישנים מסוגים שונים, נהוג לשלב את הנתונים מצומתי החיישנים השונים באלגוריתמים קומינבטוריים (Kalpakis & Tang, 2009), הממזגים באופן הוליסטי זרימת מידע מסוגים שונים, הנובעים ממקורות שונים, וכך איכות המידע המשולב הוא יותר מסך כל מקורותיו. תהליך הסינתזה של מידע לקבלת אינדיקציות יותר ברורות וחד-משמעויות מכונה "היתוך נתונים" (data fusion). למשל, אפשר להגדיל באופן משמעותי את ההסתברות לזיהוי נכון של אירוע אמיתי של נפילה (ולמען את ההסתברות לאזעקות שווא) על ידי הזרמת היתוך נתונים מכמה חיישנים המודדים, לדוגמה, את מדדי האינרציה של אדם נופל (באמצעות חיישנים משובצים המודדים את השינויים בתאוצה), תנוחה (באמצעות חיישני וידיאו או אינפרה-אדום), איכויות אקוסטיות (באמצעות חיישני תנודה) ואותות פיזיולוגיים, כגון שינויים בלחץ הדם והדופק של האדם. יתרון נוסף של היתוך נתונים הוא שליטה חכמה בשימוש באנרגיה של איברים שונים המקושרים באמצעות התווכה, גם של החיישנים החכמים עצמם, שמקור החשמל שלהם הוא בדרך כלל סוללות (Jafari, Dabiri & Sarrafzadeh, 2005).

שיקולים אתיים

הירידה בעלויות של טכנולוגיות חדשות ושל מערכות מסייעות מבוססות טכנולוגיה, בעיקר של "הבית החכם", מביאה לכך שהשימוש הצפוי בהם נעשה קרוב יותר מתמיד. בעיקר נוכל לראות גידול ניכר בהיקף ובמגוון של שירותי עזר לזקנים ולמוגבלים, וגידול במספר המשתמשים ובמקבלי סיוע לאוטונומיה באמצעות טכנולוגיות אלו. ואולם, עם כל היתרונות הפוטנציאליים שכבר פירטנו, פיתוחים טכנולוגיים לטובת "הבית החכם" עלולים גם לגרום או אף להחריף מצבים של בדידות בקרב המשתמשים. בנוסף לכך, מערכות ניטור ופיקוח העוקבות אחר תנועה והתנהגות גופנית של הדייר מעוררות בעיות יסודיות של פרטיות ובחירה חופשית. חסרונות אלה דורשים חשיבה עמוקה על כל ההיבטים האתיים של "הבית החכם". עד היום טרם גובשה מסגרת אתית פורמלית להערכת הנכונות של טכנולוגיות "הבית החכם" לטובת האוכלוסייה המבוגרת, והמהלכים להקמתה אינם עומדים בקצב של ההתפתחויות הטכנולוגיות החדשניות (Mordini, Wright de Hert et al., 2009).

סיבה אחת לפיגור של האתיקה אחרי הטכנולוגיה קשורה להשלכות הבלתי צפויות של התקדמות טכנולוגית, שלפעמים שוברת את הפרדיגמות הקיימות בנוגע לתפקידה של הטכנולוגיה בשירות החברה. דוגמה מצוינת לכך היא ממשק מוח-מחשב (brain computer interface), פיתוח חדשני שמצליח להשתלב ביישומים רבים של תמיכה באנשים עם מוגבלות, ביניהם אנשים זקנים. פיתוח זה מאפשר אינטראקציה תקשורתית ופיזית עם הסביבה הבנויה והטכנולוגית באמצעות גלי מוח. המשתמשים הפוטנציאליים הם אנשים המרותקים לבתיהם (Birdaumer & Cohen, 2007). למשל עקב אירוע מוחי, ואנשים

הסובלים מאי-תפקוד מוטורי בשל מחלת פרקינסון או הנטינגטון. בסופו של דבר, מידת ההצלחה של יישום טכנולוגיית "הבית החכם" תלויה בתכנון מודל של ייפוי כוח מהזקנים, שהם שותפים מלאים בתהליך, ובעיקר בפיקוח על מצבם בעידן "הבית החכם" והטלה-רפואה, לעומת מצבם כמקבלים פסיביים של שירותי בריאות.

סיכום

פרק זה מסכם כמה פיתוחים מתקדמים הרוחמים טכנולוגיות חדשות ומשוכללות למען הטיפול בקשישים בבתיהם בקהילה. בשנים הבאות נהיה עדים לצמיחה מואצת בתחום זה, בהתאם לצורכי הזקנים, לאור שיעורם הגדל והולך באוכלוסייה, המחסור באנשי מקצוע בתחום הטיפול הרפואי ופיתוחן של טכנולוגיות חדשות - מתוחכמות יותר ויקרות פחות.

בבואנו להיערך לקראת העתיד, יש לשלב שתי נקודות מבט על מנת להשיג תוצאות מיטביות:

- מנקודת המבט של המטופל, היעד הוא לשפר את איכות חייהם של קשישים בעלי מוגבלויות על ידי ניצול טכנולוגיה התומכת ביכולתם לתפקד באופן עצמאי בסביבתם המקומית.
- מנקודת המבט של שירותי הבריאות, היעד הוא לשפר את יעילות הטיפול הרפואי על ידי מתן טיפול למטופלים בסביבתם המקומית באמצעות שימוש בטכנולוגיה (Williams, Doughty & Bradley, 1998).
- בנוסף לכך, קיימים אילוצים ותנאים המשפיעים על השימוש ב"בית הבריאות החכם" ואותם יש להביא בחשבון בבואנו לאמץ טכנולוגיות אלו של המאה ה-21:
- ההיבט האתי: השימוש בטכנולוגיות אלו חייב להיות בפיקוח רפואי ואתי מחמירים, היות שהשימוש במכשירים, בנוסף על בני אדם או במקומם, מחייב חשיבה על ההיבטים האתיים כלפי המטופל, כולל ניהול סיכונים, כשלים אפשריים בטכנולוגיה, דה-הומניזציה של המטופל, ועוד.
- ההיבט הכלכלי: הפתרונות חייבים להיות כדאיים מבחינה כלכלית, הן מנקודת המבט של המשתמש והן מנקודת המבט של החברה. לדוגמה, ההשקעה ב"דומוטיקה" למטרות רפואיות לא תעלה עשרה אחוזים מכלל ההשקעה בה.
- ההיבט הטכנולוגי: המכשור בתוך הבית, כגון חיישנים, מפעילים (actuators), מחשבים, מערכות בקרה ממוחשבת, חיבורים ותקשורת, חייב להתאים באופן מושלם לצורכי המשתמש. הוא חייב להיות בלתי פולשני ככל האפשר ולהבטיח את ביטחונם ואת פרטיותם של המשתמשים. מובן שמכשור זה חייב גם להיות בטיחותי לחלוטין ולעבור ביקורות בקביעות ובדייקנות.

■ ההיבט הפסיכו-חברתי: הטכנולוגיה החדשה חייבת להיות מקובלת על כל דיירי "הבית החכם" וקלה לשימוש בעבורם.

■ ההיבט של בריאות הציבור: אפשר לאסוף ולנתח את הנתונים על מצבם הרפואי של כל דיירי "בתי הבריאות החכמים" המחוברים לאותה רשת תקשורת, על מנת להגדיר ערכי סף להתראות בעבור כלל האוכלוסייה, במקרה של מחלה מתפרצת, עונתית או לא, כגון שפעת, דלקת הסמפונות או מחלה הקשורה בזיהום אוויר.

מכל האמור לעיל אפשר ללמוד, שהעתיד כבר כאן ושהעתיד הרחוק קצת יותר ייראה אחר לחלוטין. העוסקים בתחום הזיקנה ובפיתוח שירותים יזדקקו להרבה יצירתיות וחשיבה חדשה כדי לשלב אנשי מידע, טכנולוגיה, הנדסה ואתיקה על מנת לרתום את היכולות הטכניות לטובת הזקנים. אנו רק בתחילתה של דרך זו. ברור שהמדע והטכנולוגיה לא יפתרו את כל הבעיות הכרוכות בטיפול באדם הזקן. עם זאת, יש לתפוס את ההזדמנויות שמספקת הטכנולוגיה לטובת פיתוח שיסייע לאדם, אך ישאיר אותו במרכז.

מקורות

- Adlam, T., Carey-Smith, B., Evans, N. & Harris, N. (2010). Implementing smart home technology for people with dementia in the community. *Gerontechnology*, 9(2):146-147.
- Andersen, G. & Horvath, J. (2002). *Chronic conditions, making the case for ongoing care*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Bashshur, R.L., Reardon, T.G. & Shannon, G.W. (2000). Telemedicine: A new health care delivery system. *Annual Review of Public Health*, 21: 613-637.
- Bashshur, R.L. & Shannon, G.W. (2009). National telemedicine initiatives: Essential to health care reform. *Telemedicine and e-Health*, 15(6): 601-602.
- Birbaumer, N. & Cohen, L. G. (2007). Brain-computer interfaces: Communication and restoration of movement in paralysis. *Journal of Physiology*. 579(3): 621-636.
- Bregman, D. & Korman, A. (2009). A universal implementation model for the smart home. *International Journal of Smart Home*, 3(3): 15-30.
- Bronswijk Van, J.E.M.H., Kearns, W.D. & Normie, L.R. (2007). ICT infrastructures in the aging society. *Gerontechnology*, 6(3): 129-134.
- CDC (2005). *Falls and hip fractures among older adults*, <http://www.cdc.gov/ncipc/factsheets/falls.htm> (viewed 5 September 2006)
- Chan, M., Daniels, E., Christophe, E. & Campo, E. (2008). A review of smart homes present state and future challenges. *Computer Methods and Programs in Biomedicine*, 9(1): 55-81.
- Currell, R., Urquhart, C., Wainwright, P. & Lewis, R. (2010). *Telemedicine versus face to face patient care: Effects on professional practice and health care outcomes* (Review). The Cochrane Collaboration. John Wiley & Sons.
- Commission of the European Communities. (2008). Communication from the Commission to the European Parliament, the council, the European economic and social committee and the committee of the regions, 689. *On telemedicine for the benefit of patients, healthcare systems and society*.
- Demiris, G., Speedie, S.M., Finkelstein, S.M. & Harris, I. (2003). Communication patterns and technical quality of virtual visits in home care. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 9: 210-215.

- Dishman, E. (2004). Inventing wellness systems for aging in place. *IEEE Computer*, 34-41.
- Finkelstein, S.M., Speedie, S.M., Demiris, G., Veen, M., Lundgren, J.M. & Potthoff, S. (2004). Telehomecare: Quality, perception, satisfaction. *Telemedicine and e-Health*, 10(2).
- Finkelstein, S.M., Speedie, S.M. & Potthoff, S. (2006). Home telehealth improves clinical outcomes at lower cost for home healthcare. *Telemedicine and e-Health*, 12(2).
- Gagnon, A.P., Lamothe, L., Hebert, M., Chamliou, J. & Fortin, J.P. (2006). Telehomecare for vulnerable populations: The evaluation of new models of care. *Telemedicine and e-Health*, 12(3).
- Jafari, R., Dabiri, F. & Sarrafzadeh, M. (2005). Optimal minimal skew battery lifetime routing in distributed embedded systems. *Journal of Low Power Electronics*, 1: 1-11.
- Kalpakis, K. & Tang, S. A. (2009). Combinatorial algorithm for the maximum lifetime data gathering with aggregation problem in sensor networks. *Computer Communications*, 32(15): 1655-1665.
- Kodner, D. L. (2003). Long-term care integration in four European countries: A review. In: J. Brodsky, J. Habib & M. Hirschfeld (Eds.). *Key Policy Issues in Long-Term Care*: 107-109.
- Konstantas, D. (2004). *The MObihealth project. 1st project*. (2001). European Commission: Deliverable 2.6, <http://www.mobihealth.org>.2004 (viewed 5 September 2006).
- Lee, H., Kim, Y.T., Jung, J.W., Park, K.H., Kim, D.J., Bang, B. & Bien, Z.Z. (2008). A 24 hour health monitoring system in a smart home. *Gerontechnology*, 7(1): 22-35.
- Leijdekkers, P., Gay, V. & Lawrence, E. (2007). *Smart homecare system for health tele-monitoring: Proceedings of the first international conference on the digital society*. ISBN:0-7695-2760-4
- Martínez, A., Everssw, E., lvarezw, J.L., Pascual, D., Garcí'a-Alberolaz, F. & Garcí'a-Alberolaz, A. (2006). Systematic review of the literature on homemonitoring for patients with heart failure. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 12: 234-241.

Mordini, E., Wright, D., de Hert, P., Mantovani, E., Wadhwa, K.R., Thestrup, J. & van Steendam, G. (2009). Ethics, e-inclusion and ageing. *Studies in Ethics, Law, and Technology*, 3(1): Article 5.

Murphy, S.L. (2000). *Deaths: Final data for 1998*. National Vital Statistics Reports Statistics,3, vol. 48, no.11. Hyattsville (MD): National Center for Health Statistics.

Office of Health and Information Highway, Health Canada. (1998). *International activities in tele-homecare*: Background paper.

Pallikonda-Rajasekaran, M., Radhakrishnan, S. & Subbaraj, P. (2009). Elderly patient monitoring system using a wireless sensor network. *Telemedicine and e-Health*, 15(1).

Report on Health and Long-term Care in Denmark. (2005). *European Commission and Council Documents on Health and Long Term Care for the Netherlands*. Retrieved on August 20, 2006 from: http://ec.europa.eu/employment_social/social_protection/health_en.htm

Rialle, V., Duchene, F., Noury, N., Bajolle, L. & Demongeot, J. (2002). Health "smart" home: Information technology for patients at home telemedicine. *Journal & e-Health*, 8(4): 395-409.

Robles, R.J. & Kim, T. (2010). Review: Context aware tools for smart home development. *International Journal of Smart Home*, 4(1): 1-11.

Rowe, M.A., Campbell, J. & Lane, S. (2008). Using a home monitoring system to improve night home safety for community-dwelling persons with dementia. In: A. Mihailidis, J. Boger, H. Kautz & L. Normie (Eds.). *Technology and Aging*. (pp. 114-121) IOS Press.

Tsai, T.C., Hsu, Y.L., Ma, A.I., King, T. & Wu, C.H. (2007). Developing a telepresence robot for interpersonal communication with the elderly in a home environment. *Telemedicine and e-Health*, 13(4).

Yeh-Liang, H., Yang, C.C., Tsai, T.C., Cheng, C.M. & Wu, C.H. (2007). Development of a decentralized telehomecare monitoring system. *Telemedicine and e-Health*, 13(1).

Williams, G., Doughty, K. & Bradley, D.A. (1998). A system approach to achieving carer net: An integrated and intelligent telecare system. *Information Technology in Biomedicine, IEEE Transactions*, 2: 1-9.

Wootton, R. (2001). Recent advances: *Telemedicine BMJ. Sep. 323*: 557-560.

World Health Report (2008). *Primary health care: Now more than ever*. p. 8

Zhuge, H. (2005). Exploring an epidemic in an e-science environment. *Communications of the ACM, , 48*(9).

פרק י"ב: ביטוח סיעודי בפרספקטיבה בינלאומית וישראלית

שולי ברמלי-גרינברג, רחל קיי ומיה הולצמן

מבוא

מדעי הגרונטולוגיה והגריאטריה מלמדים, שאף על פי שגיל מתקדם אינו כשלעצמו מחלה, הוא אכן מלווה במספר גדל והולך של מחלות ובנסיגה ביכולת התפקוד הפיזית והנפשית, ועקב כך, בהגברת התלות של הקשיש בזולתו ובמשפחתו (שטסמן, 2000; Rice, 1989). עם התבררות האוכלוסייה והעלייה בתוחלת החיים, גדלה גם ההסתברות שאדם יהיה במהלך חייו מוגבל מבחינה תפקודית וקוגניטיבית, וגדל שיעורם באוכלוסייה של אלה שמוגבלים בצורה כלשהי. למשל, בארצות הברית הסיכוי להיות מוגבל בפעילות יומיומית אחת לפחות של אדם בן 85 הוא גבוה פי שבעה מהסיכוי של אדם בן 70 עד 74 (35% לעומת 5%, בהתאמה) (Cohen, Weinrobe, Miller & Ingoldsby, 2005). בישראל, שיעור הזקנים המוגבלים בפעילות יומיומית אחת לפחות עולה מכ-7% בקרב בני 65 עד 74 ל-13% בקרב בני 75 עד 79 ועד ל-39% בקרב בני 80 ומעלה (ברודסקי, שנוור ובאר, 2009). לא רק הסיכון האבסולוטי למוגבלות עולה עם הגיל, אלא גם הסיכון שהמוגבלות תהיה חמורה.

עלות הטיפול הסיעודי היא גבוהה. באנגליה, בשנת 2001 הוצאות על טיפול סיעודי היוו 1.5% מסך ההוצאות של היחידה לאקטואריה של ממשלת בריטניה (GAD) (11.6 מיליארדי אירו) (Comas-Herrera & Wittenberg, 2003). משרד התקציב של הקונגרס האמריקני (The US Congressional Budget Office) אמד את ההוצאה הכוללת לשירותי טיפול סיעודי לקשישים (ללא העלות של הטיפול הבלתי פורמלי) בשנת 2004 ב-135 מיליארדי דולרים (שהיוו 1.5% מה-GDP), ובאומדן גס - ב-15,000 דולרים לכל קשיש מוגבל (CBO, 2004). בגרמניה, בשנת 1998, כ-2.2% מהאוכלוסייה קיבלו גמלה מחוק הביטוח הסיעודי הממלכתי בעלות כוללת של 17 מיליארד דולרים (Geraedts, Heller & Harrington, 2000).

בישראל, סך ההוצאה לחוק ביטוח סיעוד של הביטוח הלאומי ב-2009 הייתה כ-3.6 מיליארד ש"ח (לעומת 2.5 מיליארד ש"ח ב-2004). משרד הבריאות הוציא באותה השנה 1,045 מיליון ש"ח על קניית שירותי אשפוז במוסדות גריאטריים (סך של 13,900 מיטות); כ-240 מיליון ש"ח מתוכם המשפחות שילמו כהשתתפות עצמית (17,300 ש"ח בממוצע לחולה לשנה או 1,400 ש"ח לחודש). ידוע כי המשפחות משלמות מכיסן גם מעבר לתשלומי ההשתתפות העצמית. ברמלי-גרינברג, גרוס וסלוצקי (2010b) מצאו, כי בקרב בני משפחה של מאושפזים סיעודיים ותשושי נפש מקבלי קוד ממשרד הבריאות, 56% דיווחו כי הם

4 רשימת המדינות שנסקרו: אוסטרליה, אוסטריה, בלגיה, קנדה, דנמרק, פינלנד, גרמניה, יוון, אירלנד, ישראל, איטליה, יפן, לוקסמבורג, הולנד, ניו-זילנד, נורווגיה, פורטוגל, ספרד, שוודיה, בריטניה וארצות הברית.

השלימו את מימון השהות במוסד מכספם. בנוסף לכך, כשליש מהמאושפזים הסיעודיים ותשושי הנפש אינם מקבלים עזרה ממשרד הבריאות ומשלמים מכיסם עבור כל הטיפול.

הסיכון להזדקק לטיפול סיעודי ועלות הטיפול הסיעודי צפויים לגדול באופן ניכר בשנים הקרובות. לדוגמה, בבריטניה תחזיות היחידה הממשלתית לאקטואריה (The 2001- based principal population projection of the GAD) היו שבין השנים 2001-2031, מספר האנשים בני 65 ומעלה יעלה ב-54%. מספר בני 85 ומעלה צפוי לגדול אף בקצב מהיר יותר בתקופה זו - ב-81%. רוב הגידול הזה ייגרם מהעלייה הצפויה בתוחלת החיים של גברים. לפי ההערכה, מספר הקשישים התלויים יגדל ב-57% בין 2001 ל-2031, וההוצאה על טיפול סיעודי תגדל ב-118%: מ-11.6 מיליארדי אירו בקירוב בשנת 2001 ל-25 מיליארדי אירו בשנת 2031 (Comas-Herrera & Wittenberg, 2003). דוח של האו"ם משנת 2010 מלמד, כי בשנת 2009 היו בעולם יותר מ-737 מיליון אנשים בני 60 ומעלה, רובם (שני שלישי) חיים במדינות המפותחות. מספרם צפוי לעלות לשני מיליארד ב-2050, ושיעורם יהיה גבוה משיעור הילדים עד גיל 14. כיום, יותר ממחצית האנשים המבוגרים גרים באסיה, וחמישית באירופה. בארצות הברית, משרד התקציב של הקונגרס האמריקני (CBO) העריך, שגם אם רמות המוגבלות תשארנה בעינין, ההוצאה תעלה ל-484 מיליארדי דולרים בשנת 2040, או כ-2% מהתל"ג האמריקני (CBO, 2004).

ניתן לצפות שהאוכלוסייה ברוב המדינות המפותחות תזדקן במהלך העשור הראשון של המאה ה-21. "הנחשול" הדמוגרפי צפוי להכות כמעט בכל מקום. הימצאות המוגבלות היא כיום הגבוהה ביותר בקרב בני 80 ומעלה וקבוצת גיל זו צפויה להתרחב במהלך העשורים הקרובים. בארצות הברית, לדוגמה, עקב הזדקנות דור ה-"baby boom", היא צפויה להתרחב ב-270% ב-40 השנים הקרובות. בגרמניה, היא צפויה להתרחב ב-160%, וביפן - ליותר מ-300%. לכן, יש לצפות לעלייה בביקוש לטיפול סיעודי בהתאם (Karlsson, 2002, 2005); בניו-זילנד, אוכלוסיית בני 65 ומעלה צפויה לגדול במהלך 50 השנים הקרובות מ-12% מכלל האוכלוסייה ל-25%; חלקם של בני 85 ומעלה בכלל האוכלוסייה צפוי לגדול מ-1.3% ל-5.3%. בהתאמה, האוכלוסייה שתזדקק לטיפול מוסדי תשולש ואף יותר (Ashton & St. John, 2005). באנגליה, צפוי שהיקף הטיפול הסיעודי יתרחב ב-61% לערך בין השנים 1995 ל-2031 כדי להדביק את קצב גידול אוכלוסיית הקשישים (Wittenberg, Pickard, 1998; Comas-Herrera et al., 1998; Comas-Herrera & Wittenberg, 2003). אולם, הגורם המכריע לביקוש לטיפול סיעודי הוא התלות, משום שתלות, יותר מאשר גיל, היא זו המגדירה את הצורך. קיימים מחקרים המראים, שתחזית ההוצאה על טיפול סיעודי רגישה להנחות שנעשות לגבי מגמות בתלות. כאמור, תחזיות האוכלוסייה ברוב המדינות מצביעות על ירידה בשיעורי התמותה ועלייה בתוחלת החיים. בהקשר זה עולה שאלה חשובה - האם שיעורי התלות ירדו כפי שקרה עם שיעורי התמותה, יישארו כמו שהם או אולי אף יעלו.

עם זאת, עלינו להביא בחשבון שעלות הטיפול הסיעודי היא גבוהה; חלקה בתל"ג היא יותר מ-1% ברוב העולם המפותח. בשנת 2004, סך כל ההוצאה על טיפול סיעודי בישראל הייתה 1.2% מהתל"ג (0.8% באמצעות מימון ציבורי ו-0.4% באמצעות מימון פרטי). בכל מדינות אירופה, משקי בית פרטיים נדרשים לשאת בחלק לא מבוטל בעול הטיפול, הן מהבחינה הכלכלית והן בהספקת רוב שעות הטיפול שאנשים סיעודיים זקוקים להן. תשלומים פרטיים מורכבים מהשתתפות עצמית לטיפול שסופק בתכניות ציבוריות ומתשלומים מהכיס הפרטי (Huber, 2008). בו בזמן, אוכלוסיית העובדים אשר משלמת את רוב התשלומים הפרטיים הללו צפויה להצטמצם ברוב המדינות, כך שעלולה להיווצר בעיה במימון שירותי הטיפול הסיעודי (Karlsson, 2003; CBO, 2004).

לאור כל הנאמר עד כה, עולה השאלה המתבקשת - מי ידאג לאוכלוסייה זו או מי ישלם עבור הטיפול בה?

ביטוח סיעודי בפרספקטיבה בינלאומית

אם תגבר החשיבות של שירותי הסיעוד, תפקיד הממשלה במימון הטיפול הסיעודי יהיה בעל משמעות מכרעת. מדינות שונות בחרו פתרונות השונים זה מזה בתמריצים, בחלוקת האחריות בין המגזר הציבורי למגזר הפרטי ובתוצאות החלוקה.

באופן כללי, קיימים שלושה מודלים למימון הטיפול הסיעודי:

1. רוב הטיפול ומימונו מוטלים על הקשיש בעל המוגבלות ומשפחתו. כל אדם אחראי על מילוי צורכי הטיפול הסיעודי (העתידי). המימון הציבורי מוגבל, בין אם הוא ניתן רק לעניים ביותר ובין אם הוא מסייע לקשישים רבים, אם כי במידה מועטה. בהקשר של הביטוח הסיעודי, תפקיד הממשלה במודל זה הוא לעודד את רכישת הביטוח הסיעודי ולפקח (רגולציה) על שוק הביטוח הסיעודי. ברוב מדינות המערב, כולל ארצות הברית וישראל, משתמשים במודל זה.
2. הטיפול הסיעודי הוא בעיקרו ציבורי וממומן באמצעות מיסים לאומיים או מקומיים (אוסטרליה, אוסטריה, דנמרק ושוודיה). להרחבה ראה להלן.
3. ביטוח סיעודי סוציאלי-ממלכתי: מיסי ביטוח סיעודי ייעודיים נגבים במיוחד למימון הטיפול הסיעודי (יפן, גרמניה, לוקסמבורג והולנד). להרחבה ראה להלן. בגרמניה, למשל, המטרה המוצהרת הראשונה של חוק הביטוח הסיעודי הייתה "להקל על רוב הנטל הכלכלי שבמוגבלות ומחלה ממושכות" (Geraedts, Heller & Harrington, 2000).

מערכות שבהן מימון הטיפול הסיעודי בעיקרו ציבורי

במדינות סקנדינביה מערכות הבריאות והרווחה הן מערכות ממלכתיות, הממומנות באמצעות מיסים. המדינה קובעת את המדיניות ומשתתפת במימון השירותים, אבל האחריות להספקת השירותים היא של המחוזות ו/או העיריות. בעוד שלכל מדינה יש את המערכת הייחודית שלה הן כולן מאופיינות בכך, שהן מספקות כיסוי רחב ומקיף של שירותי בריאות וטיפול סיעודי. המטרה היא למקסם את התמיכה החברתית והבריאותית בקהילה ובכך לאפשר לקשישים להישאר בקהילה ולצמצם את שיעורי האשפוז הסיעודי.

דנמרק, למשל, הייתה בין המדינות המפותחות הראשונות אשר אימצה מדיניות לטיפול סיעודי בקהילה עם דגש על השארת החולים הסיעודיים בבית. מערכת הבריאות בדנמרק היא מערכת מבוצרת בין חמישה מחוזות ו-98 עיריות. העיריות אחראיות על הספקת שירותי הבריאות והסיעוד בעיר שלהן. השירותים כוללים גם עזרה למוגבלים סיעודיים בבית, סוגים שונים של דיור עבור קשישים בקהילה וכן אשפוז במוסדות סיעודיים. בכל רשות עירונית יש מרכז אשר מהווה את הבסיס להספקת השירותים לקשישים הגרים באזור. במרכז מתקיימות פעילויות הכוללות: רפואה מונעת, שיקום, מידע, הפניות, ארוחות, הסעות ותכניות חברתיות ותרבותיות (Kodner, 2003).

גם באוסטריה קיימת מערכת לטיפול סיעודי, הממומנת באמצעות מיסים לאומיים. ההבדל בין אוסטריה למדינות אחרות הוא בהיותה של מערכת הטיפול הסיעודי נפרדת ממערכת הבריאות. מערכת הטיפול הסיעודי באוסטריה מפצה אדם המוגבל סיעודית בגמלה כספית על פי מבחני מוגבלות פיזית וללא מבחני הכנסה. הגמלות משולמות על ידי הרשויות המקומיות לקשישים אשר גרים בתחומן (Hofmacher & Rack, 2001; Huber et al., 2005).

ביטוח סיעודי סוציאלי-ממלכתי

בדומה לביטוח בריאות ממלכתי, המדינות המפעילות חוק ביטוח סיעודי ממלכתי-סוציאלי מאמינות בעיקרון, כי יש לספק לכל האזרחים הגנה באופן שוויוני מפני הסיכון להפוך להיות סיעודי ולפי צרכיהם ולא לפי יכולתם לשלם.

בכל המדינות המפעילות חוק ביטוח סיעודי-סוציאלי יש כיסוי לסל שירותים מוגדר. הסל כולל גם שירותים לטיפול סיעודי בבית וגם אשפוז סיעודי במוסד לטיפול ממושך. הגמלות משולמות בשירות בעין או בפיצוי כספי והזכאות נבחנת על פי מבחני מוגבלות פיזית.

מימון באמצעות חוק ביטוח סיעודי-סוציאלי הוא יחסית חדש (למעט בהולנד). למשל, לגרמניה יש מערכת ביטוח סוציאלי מאז 1880, אך היא הפעילה חוק ביטוח סיעודי-סוציאלי

רק ב-1995. חוק ביטוח סיעודי-סוציאלי מופרד לגמרי מחוק ביטוח הבריאות הגרמני ומופעל על ידי קופות החולים (Karlsson, 2002). מרכיב מיוחד במערכת הגרמנית הוא השילוב של הביטוח הפרטי כמשלים לביטוח הציבורי. אנשים שהכנסתם גבוהה מהכנסה מסוימת, אשר פרשו מביטוח הבריאות הממלכתי ורכשו לעצמם ביטוח בריאות פרטי, חייבים לרכוש גם מרכיב של ביטוח סיעודי מאותו מבטח המבטח אותם בביטוח הבריאות. הכיסוי בביטוח הסיעודי הפרטי, שאותו הם רכשו, חייב להיות לפחות כמו הכיסוי הניתן על ידי המדינה (Homola, 2002).

ביפן קיים חוק ביטוח סיעודי ממלכתי מאז 2000. ייחודו של חוק זה בכך, שהוא משלב אחריות מימונית של הרשויות המקומיות ושל המדינה. אחת הסיבות המוצהרות ביפן להענקת חשיבות לתכנית לביטוח סיעודי ציבורי מנדטורי הייתה, שהמערכת היפנית המסורתית לטיפול לא-פורמלי נתפסת באופן כללי כשרויה במשבר (Campbell & Ikegami, 2000).

גם לוקסמבורג והולנד מממנות את הטיפול הסיעודי באמצעות חוק ביטוח סיעודי ממלכתי. בלוקסמבורג הרחיבו את חוק ביטוח הבריאות הממלכתי ב-1998, שיכלול גם טיפול סיעודי. הולנד היא המדינה הוותיקה ביותר אשר לה חוק ביטוח סיעודי ממלכתי מאז 1967 (Exter, Hermans & Dosljak, 2005; Schmitz, 2005).

בגרמניה ובהולנד יש גם מערכת שירותים בקהילה (שירותים הניתנים לאנשים המוגבלים בפעילויות יומיומיות, כגון עזרה בבית, עזרה בקניות, תחבורה, תחזוקת הבית וכדומה). על הספקת מערכת שירותים זו אחראים בדרך כלל ארגונים ללא מטרת רווח.

מימון ציבורי מוגבל

פרט למדינות שפורטו לעיל, ברוב המדינות המימון הציבורי לטיפול סיעודי הוא מוגבל ורוב האחריות למימון מוטלת על הקשיש ועל בני משפחתו. להלן נתייחס לשני מודלים: האחד, במדינות שבהן הטיפול הסיעודי הוא חלק אינטגרלי ממערכת הבריאות והמודל השני - במדינות שבהן הטיפול הסיעודי נפרד ממערכת הבריאות.

מודל ראשון: הטיפול הסיעודי הוא חלק אינטגרלי ממערכת הבריאות

בבלגיה, בקנדה, באירלנד ובניו-זילנד שירותי הטיפול הסיעודי מסופקים על ידי מערכת הבריאות באותו אופן כפי שמסופקים שירותי הבריאות. למשל, בקנדה, בדומה לטיפול הרפואי, הטיפול הסיעודי מסופק על ידי הפרובינציות. סל השירותים אמנם שונה מאזור לאזור, אך בכלם יש כיסוי לאשפוז סיעודי, טיפול פליאטיבי, שירותי שיקום וטיפול סיעודי בבית (Marchildon, 2005). בבסיס הרעיון לשלב את הטיפול הסיעודי בתוך מערכת הבריאות ניצבת הגישה, שלפיה יש לרכז תחת קורת גג אחת את האחריות הכוללת להספקת רוב שירותי הבריאות. כך ניתן להבטיח את רצף הטיפול הרפואי, את שיפור השירות לחולה

הקשיש ואת שיפור יעילות הטיפול הרפואי בכל שלביו. יש לצפות שצעד זה יוצר תמריץ למניעת מוגבלות באמצעות הגברת פעולות מניעה ושיקום. כמו כן, יש הטוענים, שארגון של האשפוז הסיעודי כחלק אינטגרלי ממערכת הבריאות גם מביא לחיסכון, בין היתר, מאחר שהוא מאפשר תחלופה בין מיסוד לבין טיפול בקהילה.

מודל שני: הטיפול הסיעודי נפרד ממערכת הבריאות

במדינות שבהן הטיפול הסיעודי נפרד ממערכת הבריאות (כולל ישראל), על הטיפול הסיעודי לסוגיו אחראים גורמים שונים וקיימת בעיה של פיצול במתן השירותים ובמימוןם, כמפורט בפרק הדין בסוגיות מרכזיות בטיפול הממושך בזקנים. לפיצול השירותים בין גורמים ממשלתיים שונים לבין קופות החולים נודעים חסרונות רבים. אלה פוגעים ברצף הטיפול בקשיש הסיעודי ועלולים לגרום לו ולמשפחתו מצוקה קשה. הקשיש ובני משפחתו המסייעים לו נאלצים להתרוצץ בין מטפלים שונים ולטבוע בים הביורוקרטיה המתלווה לכך. רצף הטיפול והתיאום הרפואי בין גורמים מטפלים שונים נפגע, וכתוצאה מכך, נפגעת איכות השירות והטיפול.

ביוון, כחלק מביטוח בריאות מכוסים כמה משירותי הטיפול הסיעודי, אך בנוסף יש הספקה ישירה של שירותים דרך מערכת הרווחה, והספקה שאיננה ישירה דרך פטורים במערך המיסוי. באיטליה, קיימת חלוקה ברורה בין שירותי הבריאות, אשר מסופקים על ידי שירות הבריאות הלאומי האיטלקי, לבין הטיפול הסיעודי אשר נמצא באחריות הרשויות העירוניות (Gori, Di Maio & Pozzi, 2003). גם בפורטוגל, בספרד, בבריטניה ובארצות הברית מערכות השירותים לטיפול סיעודי נפרדות מאלו של מערכת הבריאות.

בישראל, על הטיפול הסיעודי לסוגיו אחראים גורמים שונים. ואכן, בעיית הפיצול בשירותים היא בעיה ידועה במערכת הבריאות ונמצאת על סדר היום הציבורי כבר שנים רבות (ברמלי-גרינברג, גרוס, רסולי ואחרים, 2008; ברמלי-גרינברג, גרוס וויצברג, 2010a). להלן פרוט הגופים האחראים על מימון והספקה של שירותי הבריאות והרווחה לקשישים בישראל:

- **סיעוד בקהילה**, הדורש בעיקר עזרה בפעולות היומיומיות, ניתן לקשישים בקהילה על פי חוק ביטוח סיעוד שבאחריות המוסד לביטוח לאומי.
- **השמה מוסדית של הסובלים ממצוקה סוציאלית וליקוי קל בתפקוד** (עצמאיים ותשושים) מבוצעת באחריות לשכות הרווחה העירוניות, במימון חלקי לפי מבחן הכנסות של השירות לזקן במשרד הרווחה והשירותים החברתיים, ובפיקוחו המלא.
- **אשפוז סיעודי ממושך** ממומן בידי החולה או בני משפחתו. במקרה של מחסור במשאבים, ניתן להיעזר במימונו של משרד הבריאות באמצעות לשכות הבריאות המחוזיות, על פי מבחן הכנסות (כמפורט בתת הפרק הבא).

- **חולים סיעודיים מורכבים**, הסובלים בנוסף למחלתם הכרונית ולליקויים בתפקוד גם ממחלות פנימיות פעילות או מפצעי לחץ או שהם מטופלים בדיאליזה או סובלים ממחלה ממארת מפושטת, הטיפול בהם הוא באחריות קופות החולים ובמימון. זאת, מתוקף חוק ביטוח בריאות ממלכתי, עם השתתפות עצמית קבועה, עליה ניתן לקבל הנחות סוציאליות. בישראל, זהו האשפוז היחיד במסגרת ציבורית אשר כרוך בהשתתפות עצמית.⁵
- קיימים **שירותים נוספים** לקשישים במימון קופות החולים, ובכללם: טיפול רפואי אקוטי בבית חולים ובקהילה, שיקום גריאטרי, הערכה גריאטרית ואשפוז בית. בחוק ההסדרים 2009 נקבע בסעיף "שיפור איכות הטיפול בקשישים ותמרוץ פיתוח פתרונות קהילתיים", כי חלק מהסיכון במימון האשפוז הסיעודי יועבר לקופות החולים. המטרה היא לתמרץ את קופות החולים לפתח פתרונות קהילתיים לקשישים, כאשר האמצעי לכך הוא תמריצים כספיים בתלות בשינוי במספר המאושפזים הסיעודיים מקבלי קודים המבוטחים בקופה (עם עלייה במספר המאושפזים הקופה תקבל קנס ועם ירידה במספר המאושפזים הקופה תקבל פרס כספי).

המגמות והאתגרים בפני מערכות לטיפול סיעודי בעולם

קיי (Kaye, 2008), בסקירתה על ההתפתחויות במערכות הבריאות והטיפול הסיעודי ב-21 מדינות,⁶ סיכמה את המגמות והאתגרים במימון הטיפול הסיעודי:

- בכל המדינות שנסקרו קיימת מגמה להשאיר את החולים הסיעודיים בביתם ככל שניתן. במסגרת זו יש, מצד אחד, פיתוח של מערך שירותים לקשישים בקהילה ומצד שני, הפנייה של משאבים כספיים ואחרים לקהילה.
- למרות המגמה של הרחבת השירותים הניתנים בקהילה לקשישים, עדיין, במדינות רבות, המערך בקהילה אינו מפותח דיו. בנוסף לכך, שירותים אלה לא תמיד נגישים ואפשריים מבחינה כספית לכל הקבוצות באוכלוסייה.
- בכל המדינות יש גידול במימון הציבורי של שירותי טיפול סיעודי. בחלק מהמדינות (כגון, אוסטרליה, גרמניה ואוסטרליה) עלייה זו נובעת כתוצאה ממדיניות מכוונת. במדינות אחרות (כגון, ארצות הברית) עלייה זו נובעת כתוצאה מהגדלת הביקושים ובניגוד למאמצי המדינה לצמצם הוצאות.

5 יחס תמיכה הוא היחס בין מספר האנשים בגיל העבודה לבין מספר הילדים והקשישים באוכלוסייה.
 6 לשם חישוב שיעור הנזקים (Loss Ratio) המלא בשוק, יש לחשב את היחס בין התביעות ברוטו (תביעות ששולמו ושינוי בתביעות תלויות) לבין דמי הביטוח שהרווחו והשינוי בעתודות.

- בכל המדינות ישנה רמה מסוימת של השתתפות עצמית של האדם מוגבל או של בני משפחתו בעת השימוש בשירותי טיפול סיעודי. רמת ההשתתפות העצמית משתנה ממדינה למדינה ובין שירות לשירות.
- בכל המדינות, גם באלו שבהן מופעל חוק ביטוח סיעודי-סוציאלי, המטפל הלא פורמלי ממשיך להיות החוליה החשובה ביותר בתוך מערכת הטיפול הסיעודי. קיימת הכרה הולכת וגוברת בחשיבות של המטפל הלא פורמלי. כתוצאה מכך, מדינות אחדות פיתחו מערכת פיננסית לפיצוי של המטפל.
- הצורך באינטגרציה של שירותים וספקי שירותים מהווה אחד הנושאים הנמצאים על סדר היום הציבורי בכל המדינות. מדינות אחדות הצליחו יותר מאחרות לאחד בין ספקי שירותים (לדוגמה במדינות סקנדינביה). רוב המדינות לא הצליחו בכך, למשל: אי-הצלחת המנגנון לניהול הטיפול באנגליה, ואכזבה מהשילוב בין ביטוח הבריאות והביטוח הסיעודי בגרמניה.
- קיים חשש הולך וגדל לגבי היכולת של המערכת הציבורית לממן את הטיפול הסיעודי.

האתגר במימון הטיפול הסיעודי

בשנים האחרונות, בנוסף לעלייה במספר ובשיעור הקשישים באוכלוסייה, חלה עלייה בעלות הטיפול הסיעודי, ובעיקר בעלות האשפוז הסיעודי. כמו כן, הירידה בשיעור הילודה ברוב המדינות המפותחות, ובהן ישראל, בעשורים האחרונים, הובילה לירידה ביחס התמיכה⁷ כל אלה מעלים את החשש שהוצאה הציבורית על הטיפול הסיעודי תעלה בצורה חדה ואילו היכולת לממן אותה תפחת (Norton, 2000; Karlsson, 2002). לכן, מדינות רבות, שבהן יש מימון ציבורי מלא, פונות למקורות פרטיים לצורך מימון הטיפול הסיעודי (כגון, שוודיה, גרמניה, הולנד ויפן).

במדינות רבות, אשר בהן קיים מימון ציבורי לטיפול סיעודי, מבוצעת רפורמה המשנה את תנאי הזכאות והכיסוי כדי לצמצם את ההוצאה הציבורית (על ידי הקשחת הקריטריונים לזכאות וצמצום היקף הכיסוי). למשל, בשוודיה יושמו מנגנוני השתתפויות עצמיות משמעותיות, המוטלות על הזקן המוגבל ובני משפחתו. בגרמניה, כתוצאה מהגירעון הגדול שבו שרריות מערכות הבריאות והטיפול הסיעודי, מתוכננת רפורמה משמעותית, כאשר גם כאן הכיוון הוא העברת חלק מהאחריות המימונית מהמדינה אל הפרט. לעומת זאת, במדינות אשר בהן קיים כיסוי מלא לבריאות, אך רק חלקי לטיפול סיעודי, מופעל לחץ להגדיל דווקא את הכיסוי הציבורי על טיפול סיעודי ובכך לצמצם את הנטל על הזקן המוגבל

7 לשם השוואה, היחס בין דמי התביעה לפרמיות בביטוח פרט מחלות קשות עומד על 48%.

ועל בני משפחתו. לאור כל זאת, ביטוח סיעודי וולונטרי הוא אפשרות המימון הנדונה ביותר ברחבי העולם (Desonia, 2004; Norton, 2000).

הביטוח הסיעודי כאפשרות למימון הטיפול הסיעודי

ביטוח סיעודי מבטח כנגד הסיכון להזדקק לטיפול סיעודי. הוא מיועד לאנשים ההופכים למוגבלים בפעולות היומיום או לתשושי נפש. לפי תיאוריות כלכלת ביטוח, בהינתן הסתברות גבוהה להזדקקות לטיפול סיעודי בזיקנה ובהינתן העלות הגבוהה של שירותי הטיפול הסיעודי, אנשים "שונאי סיכון" ירכשו ביטוח סיעודי.

מחקרים רבים מראים, כי שיעור בעלי ביטוח סיעודי פרטי בעולם נמוך מאוד (Johnson & Uccello, 2005; Brown & Finkelstein, 2004a). למשל, בארצות הברית, בשנת 2007 לכשמונה מיליון אנשים בלבד היה ביטוח סיעודי פרטי (נמסר בדוא"ל במארס 2007 בידי Jesse Slome, מנכ"ל הארגון האמריקני לביטוח סיעודי - AALTCI); בצרפת, למעט יותר משני מיליון אנשים היה ביטוח כזה (Taleyson, 2003). בספרד, שהיא שנייה רק לאיטליה באירופה בשיעור הקשישים, כ-26% בלבד היו מוכנים לרכוש ביטוח סיעודי שמחירו היה סביר (Costa & Font, 2001).

השיעור הנמוך של בעלי ביטוח סיעודי בעולם מעורר דאגה רבה, שהביטוח הסיעודי לא יצליח להפוך למממן העיקרי של הטיפול הסיעודי ולא יתמוך בצורכי אוכלוסיית הקשישים בעידן של צמצום המימון הציבורי. יש ממשלות שנקטו צעדים רחבים והתערבו בשוק הביטוח הסיעודי במדינותיהן.

ניתן לסווג את החסמים בפני רכישת ביטוח סיעודי לשתי קטגוריות עיקריות: האחת, קשורה להיבט הביקוש בשוק והשנייה - להיבט הספקת השירות. מספר גורמים מיוחדים למאפיינים הייחודיים של הביטוח הסיעודי, לדוגמה, יחסי הגומלין בין הביטוח הפרטי לבין המימון הציבורי (כדוגמת Medicaid) וחוסר היכולת לבטח כנגד סוגי סיכון מסוימים (ביטוח סיעודי אינו מבטח בדרך כלל נגד הסיכון לעלייה משמעותית במחיר הטיפול הסיעודי). גורמים אחרים משותפים לרוב שוקי הביטוח, ובייחוד לחדשים שבהם, אלה כוללים: עלויות אדמיניסטרטיביות, יציבות הפרמיה וניסיון ל"גריפת השמנת" (Meier, 1999; Norton, 2000; Brown & Finkelstein, 2007; Cutler, 1993; Sloan & Norton, 1997; Wiener & Hanley, 1994; Cohen, 2003; CBO, 2004).

החוקרים בראון ופינקלשטיין (Brown & Finkelstein, 2007) העלו גם את האפשרות, שיכולת רצינונית מוגבלת של הצרכן עשויה לצמצם את הדרישה לביטוח סיעודי פרטי. לדוגמה, אנשים מתקשים להבין מהי הסתברות נמוכה ומהם אירועים הכרוכים בהפסדים

גדולים. אולם, רציונליות מוגבלת של הצרכן לא נבחנה באופן אמפירי בתחום הייחודי של הביטוח הסיעודי.

שוק הביטוח הפרטי בישראל: תמונת מצב

בפני אדם הרוצה להתכונן לאפשרות שיזדקק בעתיד לטיפול סיעודי עומדות מספר חלופות למימון הטיפול. הוא יכול אמנם להסתמך על תמיכה כלכלית ועל טיפול בלתי פורמלי של בני משפחה וחברים או לשים מבטחו במימון מטעם המדינה. אך האפשרות העיקרית היא חיסכון וצבירת מקורות מימון עצמיים לטיפול ו/או להיערכות ביטוחית, כגון רכישת ביטוח סיעודי. ביטוח סיעודי הוא ביטוח כנגד הסיכון להזדקק לטיפול סיעודי הניתן לאנשים מוגבלים בשלוש או ארבע פעולות יומיום או לתשושי נפש הזקוקים להשגחה 24 שעות. הביטוח הסיעודי מכסה טיפול סיעודי בקהילה או במוסד סיעודי.

בישראל קיימים היום שלושה סוגי ביטוח סיעודי:

- **ביטוח סיעודי מסחרי לפרט:** נמכר ישירות על ידי חברות הביטוח לפרטים; הפרמיה נקבעת לפי היקף הכיסוי, משך הכיסוי והסיכון האישי.
- **ביטוח סיעודי מסחרי-קבוצתי:** נמכר על ידי חברות הביטוח לקבוצות כמו איגודי עובדים; הפוליסה והפרמיה אחידות לכל הקבוצה.
- **ביטוח סיעודי דרך קופות החולים:** סוג של ביטוח קבוצתי, שנעשה דרך חברת ביטוח. לסקירה של פוליסות לפי הסוגים השונים של הביטוח ראה בהמשך הפרק.

לפני שנות ה-90 (של המאה הקודמת), שווק הביטוח הסיעודי בישראל כרכיב בביטוח המשלים או כנספח לביטוח בריאות מסחרי. שיווקו בפוליסת פרט החל באמצע שנות ה-90. במסגרת חוק ההסדרים (1998) נקבעו כללים חדשים להסדרת ביטוח הבריאות הפרטי בישראל, וביניהם גם כללים להסדרת הביטוח הסיעודי. הכללים קבעו את אופיו של השב"ן (הביטוח המשלים) כביטוח חברתי המבוסס על סבסוד צולב (חובה לקבל כל פונה, פרמיה נקבעת על פי גיל בלבד, אין החרגות על בסיס מצב רפואי). עוד נקבע, כי הקופות ינהלו את השב"ן בעצמן (ולא באמצעות חברות הביטוח). אולם נקבע, שתכניות השב"ן לא יכללו רכיב סיעודי. קופות החולים כן רשאיות לשווק תכניות ביטוח סיעודי קולקטיבי באמצעות חברת ביטוח.

כיום, כמחצית מהאוכלוסייה הבוגרת מחזיקה בביטוח סיעודי פרטי, שנרכש דרך קופות החולים או ישירות מחברות ביטוח מסחריות. מרבית בעלי הביטוח הסיעודי (88%) הם בעלי ביטוח קבוצתי (רוב-רובם רכשו ביטוח קבוצתי דרך קופת החולים). עם זאת, רבים מהמבוטחים אינם מודעים כלל לכך, שהם מבוטחים. למשל, בסקר שנערך במאיירס-

ג'וינט-מכון ברוקדייל בשנת 2005 דיווחו רק 34% מהמרואיינים כי יש להם ביטוח סיעודי: 26% דרך הקופה ו-15% ישירות מחברת ביטוח (ל-7% יש את שני סוגי הביטוח).

מנתוני המפקח על הביטוח עולה, כי בביטוח פרט ב-2008 שילמו המבוטחים 521.2 מיליוני ש"ח וכי חברות הביטוח שילמו דמי תביעה בסך 113 מיליוני ש"ח. היחס בין דמי התביעה לפרמיות בביטוח פרט הוא כ-22%. היחס בין דמי התביעה לדמי הביטוח שהמבוטחים משלמים⁸ יכול ללמד על רווחיות הביטוח לחברות המבטחות. במקרה זה, התביעות מהוות רק כחמישית מסך דמי הפרמיות המשולמים על ידי המבוטחים.⁹ אולם, יש לזכור, כי הביטוח הסיעודי הוא ביטוח צעיר יחסית, ורבים מהמבוטחים עדיין צעירים. בביטוח קבוצתי שילמו המבוטחים 800 מיליון ש"ח דמי ביטוח, וחברות הביטוח שילמו 556 מיליון ש"ח דמי תביעה. היחס בין דמי התביעה לפרמיות בביטוח הקבוצתי עומד על 70.7%¹⁰.

בשנים האחרונות ננקטו פעולות להסדרת ביטוח הפרט על ידי המפקח על הביטוח, אך הסדרת הביטוח הקבוצתי מורכבת הרבה יותר, ועדיין יש נושאים שטרם הוסדרו באופן מלא.¹¹ במקביל להסדרת הביטוח הקבוצתי, פועל המפקח על הביטוח להסדרת הקשר בין חברות הביטוח לקופות החולים. הפוליסה, אשר נכתבה על ידי מכבי שירותי בריאות עבור מבוטחיה וניתנת באמצעות חברת הביטוח "כלל בריאות", שזכתה במרכז להפעלתה בחמש השנים הראשונות, היא תוצאה של פעולות אלו של המפקח. להרחבה על הפוליסה של מכבי והחידוש שהכניסה לשוק ראה בהמשך הפרק.

תקופת הביטוח שבהסכם בין שירותי בריאות כללית לבין חברת הביטוח "דקלה" לגבי ביטוח סיעודי למבוטחי כללית מוארכת אוטומטית ל-36 לחודשים בכל פעם. שירותי בריאות כללית התחייבה לצאת למכרז ולהכריז על זוכה עד אוגוסט 2011. כמו כן, המפקח על הביטוח פועל להתרת הקשר בין שירותי בריאות כללית לבין חברת הביטוח "דקלה", שכן, 35% מ"דקלה" הם בבעלות שירותי בריאות כללית ויש בכך משום ניגוד אינטרסים.

זאת ועוד, נראה שהשוק נמצא עדיין בהתהוות. חברות ביטוח, אשר כמעט לא פעלו בתחום הביטוח הסיעודי, מצטרפות לשוק, ואף הוקמה חברת ביטוח חדשה ("הפניקס בריאות"), שעיקר עניינה הוא הביטוח הסיעודי. בין השנים 2005 ל-2006 חל גידול של 15% בדמי הביטוח ששולמו לביטוח סיעודי פרט, וגידול של כ-7% בדמי הביטוח לביטוח סיעודי

8 היחס בין דמי התביעה לפרמיות בביטוח קבוצתי מחלות קשות עומד על 62%.

9 להרחבה על הסדרת שוק הביטוח הסיעודי בידי המפקח על הביטוח ראו: דוח המפקח על הביטוח, 2005; ברמלי-גרינברג ואחרים, 2008; ברמלי-גרינברג וגרוס, 2003.

10 לשם הקיצור יכונן קופות החולים כדלקמן: שירותי בריאות כללית - כללית, מכבי שירותי בריאות - מכבי, קופת חולים מאוחדת - מאוחדת, קופת חולים לאומית - לאומית.

11 יש לשים לב כי העברת האשפוז הסיעודי בלבד לקופות (ללא האחריות לטיפול הסיעודי בקהילה) עלולה ליצור מערכת תמריצים למשפחות לאשפז את הקשיש במקום לטפל בו בבית (כשל השוק Moral Hazard).

קבוצתי. במקביל, בשנים אלה חל גידול של 41% בדמי התביעות ששילמו החברות בביטוח סיעודי פרט, וגידול של 8% בלבד - בביטוח סיעודי קבוצתי.

ביטוח סיעודי מסחרי לפרט

תהליך ההסדרה של פוליסות ביטוח סיעודי פרט הסתיים בשנת 2002 (ברמלי וגרוס, 2003). מטרת ההסדרה הייתה להתמודד עם המאפיינים המיוחדים של הביטוח הסיעודי ולהבטיח כיסוי הוגן לטווח ארוך.

עיקרי ההוראות:

- תקופת הביטוח היא לכל החיים.
- פרמיה קבועה מעל גיל 65 (אבל חברת הביטוח יכולה באישור המפקח להעלות את הפרמיה);
- אין סבסוד הדדי בין קבוצות גילים או בין המינים.
- על המבטחת להציג למבוטח מהו הערך המסולק במקרה של הפסקת הפוליסה (אפשרות לגמלה מופחתת) לאחר תהליך ההסדרה. רוב הפוליסות המשוקות על ידי חברות הביטוח הן פוליסות סטנדרטיות. דוגמאות לפוליסות מרכזיות בשוק: מגדל "דואגים למחר"; כלל "אחריות לעתיד"; פניקס "עתיר כבוד"; מנורה "הבטחה לעתיד"; אליהו "לחיות בכבוד"; איילון "תמיכת זהב"; הכשרת היישוב "הכי סיעודי".
- הפוליסות הסטנדרטיות נבדלות בעיקר בגובה הפרמיות. למשל, במגדל "דואגים למחר" במחירי 2009, גבר בן 60 ישלם בעבור 10,000 ש"ח פיצוי לחמש שנים - 524 ש"ח; בכלל "אחריות לעתיד" - 524 ש"ח, בפניקס "עתיר כבוד" - 506 ש"ח, במנורה "הבטחה לעתיד" - 493 ש"ח, באיילון "תמיכת זהב" - 467 ש"ח, בהכשרת היישוב "הכי סיעודי" - 465 ש"ח, ובאליהו "לחיות בכבוד" - 430 ש"ח.

בין הגורמים המשפיעים על גובה הפרמיה: חוסר ידע על הרכב השוק, שיווק של סוכני הביטוח, המוניטין שיש לחברת הביטוח בטיב השירות ויציבות חברת הביטוח.

כל פוליסות הפרט הנמכרות הן מסוג של פיצוי. כלומר, המבוטח, עם הפיכתו לסייעודי על פי הקריטריונים הקבועים בפוליסה, מקבל גמלה חודשית (שאינה מותנית בהצגת קבלות), גם אם הוחלט שכן משפחה יטפל באדם הסיעודי וגם אם מקבלים כסף ממקורות אחרים (דהיינו, אין תיאום הטבות או קיזוז עם מקורות אחרים).

נוסף על אלה, מוצעות בשוק פוליסות מיוחדות שהעיקריות בהן:

- פוליסות פרט "סיעודי משלים" - פוליסות המאפשרות מימוש זכויות וקבלת תגמולי סיעוד לתקופה ארוכה יותר מזו הניתנת כיום בפוליסה הקבוצתית. המימוש על פי

פוליסות אלו יהיה רק לאחר סיום המימוש בפוליסה הקבוצתית באופן מצטבר של כל חודשי המימוש המכוסים בפוליסה (שלוש או חמש שנים). פוליסות אלה נרכשות כרובד נוסף לפוליסות הקבוצתיות. היות ולפוליסות אלו סיכון קטן יותר, הן זולות יותר ומציעות ביטחון למקרה שבו האדם הסיעודי זקוק לטיפול סיעודי יותר מחמש שנים המכוסות בפוליסה הקבוצתית.

- פוליסות המקנות סכום חד-פעמי קבוע וידוע מראש.
- פוליסות אשר תשלום הפרמיה בהן הוא עד גיל 65, ואחר כך ערך מסולק עומד על 100% (בתכניות אלה גיל ההצטרפות מוגבל ל-50 עד 55 והפרמיות בדרך כלל גבוהות יותר). בפוליסות פרט קיים סעיף של ערך מסולק, אשר בא להגן על המבוטח במקרה שלא יוכל להמשיך לשלם את הפרמיות החודשיות עבור הביטוח. סעיף זה מאפשר לאדם ששילם את הפרמיה שנים רבות והפסיק לשלם לקבל תגמול חלקי מחברת הביטוח במקרה שיהיה חולה סיעודי. גובה התגמול שיקבל במקרה כזה נקבע לפי מספר השנים שבהן שילם פרמיות, ולפי הכללים שקבע המפקח על הביטוח. טבלת התגמולים החלקיים לפי שנות התשלום מופיעה בפוליסה. במקרה המצוין לעיל, יש פוליסות אשר הייחוד שלהן הוא בקביעת ערך סילוק של 100% עם ההגעה של המבוטח לגיל 65. מבוטח יכול להפסיק את הביטוח ולהמשיך להיות מבוטח על החלק היחסי שצבר ולקבל זכויות מופחתות בעתיד, או בצורת פיצוי חד-פעמי למי שצבר זכויות מעטות או לחלופין תגמולי ביטוח חודשיים.

פוליסות ביטוח סיעודי הנמכרות באמצעות קופות החולים

מאז חוק ההסדרים 1998, הביטוח הסיעודי שנרכש דרך קופות החולים הוא סוג של ביטוח קבוצתי, שנעשה דרך חברת ביטוח. כל קופות החולים משווקות ביטוח סיעודי קבוצתי: כללית עם חברת הביטוח "דקלה", מכבי עם חברת הביטוח "כלל בריאות", מאוחדת עם "הפניקס" ולאומית עם חברת הביטוח "כלל בריאות".

משרד המפקח על הביטוח עדיין נמצא בתהליך ההסדרה של השוק; יש קושי רב בהסדרת הביטוח הקבוצתי. להלן נסקור את הנושאים העיקריים שהוסדרו ואלו שעדיין יש צורך בהסדרתם.

הנושאים שהוסדרו:

- הגדרת מקרה הביטוח: הוגדרו פעולות ה-ADL; חובת כיסוי תשישות נפש; חובת כיסוי טיפול בקהילה.
- תקנות בנושא מצב רפואי קודם (חיתום בתביעה): הגבלת תקופת החיתום בתביעה לשנה מההצטרפות למבוטח הצעיר מגיל 65, ולחצי שנה עבור מבוטח מעל גיל 65.

- הבטחת רציפות ביטוחית: בתום תקופת הביטוח לא ייערך חיתום רפואי חדש.

נושא שהוסדר באופן חלקי:

- המשכיות: במקרה שהמבוטח רוצה לעזוב את הקבוצה (למשל לעבור קופה) חברת הביטוח חייבת לאפשר לו להצטרף לפוליסת פרט. אבל הגמלה ותקופת התשלום לפי הפוליסה הקבוצתית, הפרמיה לפי פוליסת הפרט.

נושאים שטרם הוסדרו:

- שינויים בגובה הפרמיה ואפשרות לפרמיה מסולקת.
 - תוקף הפוליסה.
 - תיאום הטבות.
 - הוגנות היחס פרמיה/תגמול הביטוח.
 - יציבות פיננסית של תכנית הביטוח הסיעודי.
- בלוח 1 מוצגת השוואה בין הפוליסות המשוקות על ידי קופות החולים על פי מדדים עיקריים שלפיהם מומלץ להשוות בין הפוליסות:
- תקופת תשלום הגמלה נע בין שלוש לחמש שנים.
 - סכום ביטוח מרבי במוסד תלוי בגיל ההצטרפות לביטוח (ככל שגיל ההצטרפות צעיר יותר כך סכום הביטוח גבוה יותר). הסכום המרבי נע בין 3,500 ל-13,000 ש"ח, פרט למכבי, שם סכום הביטוח לא תלוי מתי המבוטח הצטרף לביטוח.
 - סכום גמלה לטיפול בבית תלוי בגיל ההצטרפות לביטוח ונע בין 1,400 ל-5,000 ש"ח (בחלק מהתכניות ניתן החזר על סמך קבלות, ולא פיצוי כספי). במכבי לא תלוי בגיל כניסה לביטוח.
 - בכללית, במכבי ובמאחדת, אם המבוטח מאושפז בבית חולים כללי או שיקומי, לא ניתנים תשלומי גמלה (במאחדת - כולל מאושפזים במצב סיעודי מורכב).

לוח מספר 1: השוואה בין פוליסות הביטוח הסיעודי של קופות החולים

לאומית (כלל בריאות)	מאוחדת (הפניקס)	מכבי (כלל בריאות)	כללית (דקלה)	
ADL 3/6 תשישות נפש	ADL 3/6 תשישות נפש	ADL 3/6 תשישות נפש	ADL 3/6 תשישות נפש	מקרה הביטוח
חודשיים	אין	אין	אין	תקופת אכשרה
חודשיים	חודש	חודש	3 חודשים	תקופת המתנה
אין	מאושפז בבית חולים כללי/ שיקומי או סיעודי מורכב	מאושפז בבית חולים כללי	מאושפז בבית חולים כללי או שיקומי	סייגים לכיסוי
3 שנים + שנתיים נוספות של קבלת 60% מהזכויות ¹	3 שנים + שנתיים נוספות של קבלת 60% מהזכויות	5 שנים	3 שנים + 3 שנים החזר מופחת תלוי בגיל הכניסה	תקופת תשלום הגמלה
שיפוי - 3 שנים ראשונות. 3,900 או 7,000 ש"ח לפי גיל הצטרפות לביטוח	שיפוי - 7,000-4,500 ש"ח לפי גיל הצטרפות לביטוח	שיפוי - 10,450 ש"ח אחיד לכולם.	שיפוי - 9,000-2,400 ש"ח לפי גיל הצטרפות לביטוח	תקרת התגמול הסיעודי החודשי במוסד
3 שנים ראשונות: פיצוי 2,600 או 4,500 ש"ח לפי גיל הצטרפות + 60% מזכויות אלה לשנתיים נוספות+ 40% מהזכויות לכל החיים	3 שנים ראשונות: קבלת שירות- 36 שעות טיפול שבועיות או 3,500-5,000 ש"ח פיצוי לפי גיל הצטרפות + 60% מזכויות אלה לשנתיים נוספות	קבלת שירות - 36 שעות טיפול שבועיות או פיצוי חודשי עבור מטפל זר 4,702 ש"ח או פיצוי חודשי 4,180 ש"ח	פיצוי - 5,000-1,500 ש"ח לפי גיל הצטרפות לביטוח	תקרת התגמול הסיעודי החודשי בטיפול בבית

מקור: פוליסות ביטוח סיעודי של קופות החולים, 2010.

¹ ב"לאומית סיעוד" ניתן כיסוי מסוים לכל החיים.

כאמור, הסיכון להפוך סיעודי וחומרת המוגבלות הסיעודית הולכים וגדלים עם הגיל. לכן, בדרך כלל המוגבל הסיעודי מתחיל לקבל טיפול סיעודי בעודו שוהה בבית ולאחר מכן, במידת הצורך, עובר לאשפוז סיעודי. מלוח 1 עולה, כי זקן סיעודי שוהה בבית ואשר ברשותו ביטוח סיעודי ותובע את הביטוח, יקבל גמלה נמוכה יותר מאשר אם היה שוהה במוסד. המדד למשך תקופת תשלום הגמלה חשוב לעניין זה. הורדת תקרת תגמולי הביטוח ככל שמתארכת תקופת המימוש, כפי שקיים בפוליסות לחברי הכללית, המאוחדת והלאומית, מעמידה את החולה הסיעודי במצב שתנאי הפוליסה אינם נותנים מענה לצרכיו. במכבי תקרת התגמול קבועה ושווה לאורך כל תקופת הזכאות. הסיכוי של המבוטח הסיעודי לנצל את סכום הגמלה הגבוה הולך וקטן ככל שהתקופה היא קצרה יותר או שהזכויות מצטמצמות לאורך התקופה. בעת מצב סיעודי, ההוצאות גבוהות ומתמשכות ועל כן תגמולי

ביטוח נמוכים, אשר אינם נותנים מענה הולם, משולים לחוסר ביטוח. יש לשים לב, כי יותר מ-40% מהמאושפזים הסיעודיים שוהים במוסד סיעודי יותר משלוש שנים (ו-14% אף יותר משבע שנים) (ברמלי-גרינברג ואחרים, 2010b).

בלוח מספר 2 מוצגים תעריפי הפרמיות של הפוליסות הקבוצתיות של קופות החולים נכון לכתיבת מאמר זה. הפרמיות נמוכות בצורה משמעותית לעומת פרמיות פוליסות הפרט. אולם, יש לזכור, שבפוליסות הפרט גם הגמלה בדרך כלל גבוהה יותר. כמו כן, יש לשים לב כי בדרך כלל הגמלה משתנה לפי גיל ההצטרפות של המבוטח לפוליסה.

בפוליסת הביטוח הסיעודי לחברי מכבי שירותי בריאות, המצטרפים המבוגרים זוכים לתגמולי סיעוד שווים בעת מצב סיעודי. למצטרף חדש מעל גיל 54 יש תוספת תשלום לפרמיה החודשית לפי גילו, למשך חמש השנים הראשונות מיום הצטרפותו לביטוח. בתום חמש השנים הראשונות, חוזר המבוטח לשלם תעריף חודשי בהתאם לקבוצת הגיל שלו, באותו התעריף כפי שמשלמים בני גילו הוותיקים. עוד עולה מן הלוח, כי קיימים הבדלים בין הפרמיות של הקופות. אולם, חשוב לזכור, כי קיימים הבדלים בין הפוליסות של הקופות בתקרות גמלת הסיעוד במוסד ובבית, בתקופת התשלום וכדומה, וכי הבדלים אלה יכולים להצדיק את ההבדלים בין הפרמיות.

לוח מספר 2: פרמיות לפי גיל (בש"ח)

גיל	כללית (דקלה)	מכבי (כלל) ¹	מאוחדת (הפניקס)	לאומית (הראל) ¹
55-51	35.0	46.66	67	63.63
60-56	43.0	46.66	84	73.22
65-61	62.0	63.13	89.5	84.84
70-66	73.0	74.03	106	96.44
75-71	105.0	99.89	117.5	108.57
80-76	108.0	112.82	123	115.14
+81	109.0	123.22	128.5	115.14

מקור: פוליסות ביטוח סיעודי של קופות החולים, 2010.

¹ על פי הנחיית של המפקח על הביטוח בפוליסות למבוטחי מכבי כללית ולאומית אשר עברו את המכרז יש עלייה שנקבעה מראש של גובה הפרמיות בחמש השנים הבאות. הפרמיות המפורטות בטבלה הן אלו של השנה 30/6/2010-1/7/2009 עבור מכבי ולאומית ושל 30/6/2011-1/7/2010. גם הפוליסה למבוטחי מאוחדת, לאחר סיום המכרז, תעבור תהליך דומה של עלייה בתעריפים.

דיון: הטיפול הסיעודי וחוק ביטוח בריאות ממלכתי

בעיית הפיצול בשירותים היא בעיה ידועה במערכת הבריאות ונמצאת על סדר היום הציבורי כבר שנים רבות. הן ועדת נתניהו בהמלצותיה (1992) והן חוק ביטוח בריאות ממלכתי, שהוחלל ב-1995, קבעו את הצורך בהעברת האחריות לאשפוז הסיעודי לידי קופות החולים.

לפיצול השירותים בין גורמים ממשלתיים שונים לבין קופות החולים נודעים חסרונות רבים. אלה פוגעים בטיפול בקשישי הסיעודי ועלולים לגרום לו ולמשפחתו מצוקה קשה. הקשיש ובני משפחתו המסייעים לו נאלצים להתרוצץ בין מטפלים שונים ולטבוע בים הבירוקרטיה המתלווה לכך. רצף הטיפול והתיאום הרפואי בין גורמים מטפלים שונים נפגע, וכתוצאה מכך, נפגעת איכות השירות והטיפול. במצב זה, לגורם האחראי לטיפול הרפואי והשיקומי (קופות החולים) גם אין תמריץ כלכלי להשקיע במניעת הידרדרות למצב סיעודי, שכן האחריות למימון הטיפול הסיעודי עוברת לגורם מוסדי אחר (המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות בריאות, 2002).

בחוק ביטוח בריאות ממלכתי נקבע, כי בתום תקופת ביניים של שלוש שנים, תועבר האחריות לאשפוז סיעודי ממושרד הבריאות לקופות החולים. מאז, נעשו מספר יוזמות חקיקה בנושא, ואף בימים אלה, אולם עד עתה לא יושם סעיף זה בחוק. בבסיס הרעיון להעביר את השירותים לקשישי שבאחריות משרד הבריאות לאחריותן של קופות החולים ניצבת הגישה, שיש לרכז תחת קורת גג אחת (קרי: קופות החולים) את האחריות הכוללת להספקת רוב שירותי הבריאות. הוועדה הבין משרדית, שהוקמה בשנת 2000 בראשותו של פרופ' שטסמן, המליצה לרכז את כל השירותים לקשישי תחת קורת גג אחת ולהעביר את האחריות לטיפול הסיעודי לקופות החולים (לרבות הטיפול הסיעודי בבית). תחשיב עלות-תועלת שבוצע במכבי שירותי בריאות הצביע על שיפור השירות והוזלת העלויות, במקרה שבו כל השירותים הסיעודיים יועברו לאחריות הקופות. כך ניתן יהיה להבטיח את רצף הטיפול הרפואי, את שיפור השירות לחולה הקשיש ואת שיפור יעילות הטיפול הרפואי על כל שלביו. צעד זה צפוי ליצור תמריץ למניעת מוגבלות באמצעות הגברת התערבויות מניעתיות ושיקומיות. כמו כן, יש הטוענים, שארגון שונה של האשפוז הסיעודי יכול להשיג חיסכון, בין היתר, מאחר שהוא יאפשר תחלופה בין מיסוד לבין טיפול בקהילה. אולם, אחרים חוששים, שמתן זכאות בחוק עלול להוביל לגידול רב בביקוש, ובכך להגדיל מאוד את הוצאות הקופות. כמו כן, יש החוששים, כי התהליך שבו עוברים מקונה שירותים עיקרי (משרד הבריאות) לארבעה קונים (קופות החולים) יביא לירידה באיכות הטיפול הסיעודי. כאמור, עד היום לא נפתרה סוגיית הפיצול בשירותים, ושירותי האשפוז הסיעודי עודם מצויים באחריותה הישירה של המדינה, כמו גם האחריות לשירותים לקשישים במצב סיעודי קל.

סיכום

הטיפול בקשישים ובמוגבלים (פיזית ונפשית) מהווה אתגר מרכזי למערכות הבריאות והרווחה בכל העולם. לנוכח המגבלות של מקורות המימון הציבוריים, גוברת ההכרה בצורך לשילוב בין מקורות פרטיים לציבוריים לשם מימון הטיפול הסיעודי בקהילה או במוסדות סיעודיים.

בישראל, האחריות למימון הטיפול הסיעודי מוטלת בפועל על הפרט. המדינה מסייעת חלקית במימון ומעורבת במתן שירותים; הסוג וההיקף של העזרה נקבעים על פי מצבם הבריאותי והכלכלי של הקשישים. לפי חוק ביטוח בריאות ממלכתי, האשפוז הסיעודי נמצא רשמית באחריות המדינה (במסגרת התוספת השלישית לחוק), ומופרד משירותי הבריאות הניתנים על ידי קופות החולים (בתוספת השנייה לחוק). אך מכיוון שהתקציב הממשלתי לטיפול הסיעודי מוגבל, חלק ניכר מהעלות ממומן בידי הקשישים עצמם ובני משפחותיהם. משמעות הדבר היא, שהזדקקות לטיפול סיעודי היא אחד הסיכונים הגדולים לקשישים. ביטוח סיעודי פרטי כנגד הצורך בטיפול סיעודי בקהילה או במוסדות סיעודיים מהווה אחת החלופות האפשריות למימון הטיפול הסיעודי של קשישים. מקור מימון זה עשוי להפחית את הנטל על האדם הנזקק לטיפול ועל בני משפחתו וכן על הקופה הציבורית.

זאת ועוד, בעיית הפיצול בהספקה ובמימון הטיפול הסיעודי בישראל היא בעיה ידועה במערכת הבריאות ונמצאת על סדר היום כבר שנים רבות. הן ועדת נתניהו בהמלצותיה (1992) והן חוק ביטוח בריאות ממלכתי, שהוחל ב-1995, קבעו את הצורך בהעברת האחריות לאשפוז הסיעודי לידי קופות החולים. מאז חוק ביטוח בריאות ממלכתי היו מספר יוזמות חקיקה בנושא, לרבות יוזמה מימים אלה, אולם, עד עתה לא יושם סעיף זה בחוק.

מקורות

- ברודסקי, ג', שנור, י. ובאר, ש. (2009). **קשישים בישראל: שנתון סטטיסטי 2008**. ירושלים: מכון מאיירס-ברוקדייל-ג'וינט ישראל, פמ 66-09.
- ברמלי-גרינברג, ש., גרוס, ר. (2003). **שוק ביטוחי הבריאות הפרטיים בישראל**. ירושלים: מכון מאיירס-ברוקדייל-ג'וינט ישראל, דמ-403-03.
- ברמלי-גרינברג, ש., גרוס, ר., רסולי, א. ואשכנזי, י. (2008). **ביטוח סיעודי פרטי - הצרכנים, המבטחים והמדינה. גרונטולוגיה לה(3): 33-47**.
- ברמלי-גרינברג, ש., גרוס, ר. וויצברג, ר. (2010a). **ביטוח סיעודי פרטי בישראל**. ירושלים: מכון מאיירס-ברוקדייל-ג'וינט ישראל.
- ברמלי-גרינברג, ש., גרוס, ר. וסלוצקי, א. (2010b). **מימון האשפוז הסיעודי וביטוח סיעודי פרטי**. מכון מאיירס-ברוקדייל-ג'וינט ישראל. דוח המחקר הוגש למכון הלאומי לחקר מדיניות בריאות ושירותי בריאות.
- כנס ים המלח השלישי (2002). **התוספת השלישית לחוק ביטוח בריאות ממלכתי**. המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות בריאות, תל השומר.
- שטסמן, י. (2000) **סיכום דיונים והמלצות של ועדת המומחים הבין-משרדית לרה-ארגון של השירותים הסיעודיים והרפואיים לקשישים בישראל**. הוגש לשרי העבודה והרווחה והבריאות, ירושלים.
- Ashton, T. & St John, S. (2005). *Financing of long term residential care in New Zealand: Swimming against the tide*. Paper presented at the Fifth World Congress of the International Health Economists Association (IHEA), Barcelona, Spain.
- Brown, J.R. & Finkelstein, A. (2007). Why is the market for long-term insurance so small? *Journal of Public Economics* 91(10): 1967-1991.
- Brown, J.R. & Finkelstein, A. (2004a). *Supply or demand: Why is the market for long-term care insurance so small?* Working paper 10782 - National Bureau of Economic Research. <http://www.nber.org/paper/w10782>.
- Campbell, J.C. & Ikegami, N. (2000). Long-term care insurance comes to Japan. *Health Affairs* 19(3): 26-39.
- Cohen, M.A., Weinrobe, M., Miller, J. & Ingoldsby, A. (2005). *Becoming disables after the age 65: The expected lifetime costs of independent living*. AARP Public Policy Institute Report. <http://policycouncil.nationaljournal.com/NR/rdonlyres/37F23058-744C-4082-B1D0-8CE415D65EFC/O/AARPcostliving.pdf>.

Comas-Herrera, A. & Wittenberg, R. (2003). *European study on long-term care expenditure*. Report to the European Commission, Employment and Social Affairs. http://ec.europa.eu/employment_social/social_situation/docs/european_study_long_term_care_en.pdf#page=112.

Congressional Budget Office (CBO). (2004). *Financing long-term care for the elderly*. Congress of the United States, Washington, D.C.

Costa, I., & Font, J. (2001). *Long-term care expenditure projections in Spain: Public and/or private responsibility?* Paper presented at the workshop "Aging Population in the EU" in Berlin, 8-9 Feb. 2001. <http://www.enepri.org/PapersPastWorkshops/papercostainfont.pdf>

Cutler, D. (1993) *Why doesn't the market fully insure long-term care?* Working Paper National Bureau of Economic Research. Cambridge, MA.

Desonia, E.A. (2004). *The promise and the reality of long-term care insurance*. NHPF Background Paper. National Health Policy Forum, The George Washington University. http://nhpf.ags.com/pdfs_bp/BP_LTCL_07-31-04.pdf

Exter, D.A., Hermans, H. & Dosljak, B. R. (2005). *Health care systems in transition: Netherlands*. European Observatory on Health Systems and Policies.

Geraedts, M., Heller, G.V. & Harrington, C.A. (2000). Germany's long-term care insurance: Putting a social insurance model into practice. *The Milbank Quarterly*, 78(3): 375-401.

Gori, C., Di Maio, A. & Pozzi, A. (2003). Long-term care for older people in Italy. In: *European Study of Long Term Care Expenditure*. Report to the European Commission, Employment and Social Affairs DG, Grant number VS/2001/0272, PSSRU Discussion Paper 1840.

Hofmacher, M. M. & Rack, H. (2001). *Health care systems in transition: Austria*. European Observatory on Health Systems and Policies.

Homola, V. (2002). *Long-term care insurance in Germany*. power point presentation.

Huber, M., Hennessy, P., Izumi, J., Kim, W. & Lundsgaard, J. (2005). *Long-term care for older people*. The OECD Health Project: 103.

Johnson, R.W. & Uccello, C.E. (2005). *Is private long-term insurance the answer?* In: An issue in brief - Center for Retirement Research at Boston College, 29 March. <http://www.urban.org/UploadedPDF/1000795.pdf>

- Karlsson, M. (2002). *Comparative analysis of long-term care systems in four countries*. Interim Report of the International Institute for Applied Systems Analysis: 9-15.
- Karlsson, M. (2005). *Long-term care for older people*. The OECD Health Project, Annex B: 117-119.
- Kaye, R. (2008). Long-term care: The next revolution? In: R. Rosen, R. Saltman & M. Shani (Eds.). *Health systems: Are we in a post reform era?* Israel National Institute for Health, Policy and Health Services Research.
- Kodner, D. L. (2003). Long-term care integration in four European countries: A review. In: J. Brodsky, J. Habib & M. Hirschfeld (Eds.). *Key policy issues in long-term care*. 5-123-03. Mayers JDC Brookdale Institute and WHO NMH/CCL.
- Marchildon, G. (2005). *Health care systems in transition: Canada*. European Observatory on Health Systems and Policies.
- Meier, V. (1999). Why the young do not buy long-term care insurance? *Journal of Risk and Uncertainty*, 8:83-98.
- Norton, E.C. (2000). Long-term care. In: A.J. Culyer & J.P. Newhouse (Eds.). *Handbook of health economics* (pp. 955-994). North Holland, Elsevier.
- Norton, E.C. & Newhouse, J.P. (1994). Policy options for public long-term care insurance. *Journal of American Medical Association*, 271(19): 1520-1524.
- OECD (2005). *Long-term care for older people*. The OECD Health Project, Annex B: 115-117; 124-5.
- Rice, D.P. (1989). Health and long-term care for the aged. *The American Economic Review* 79(2): 343-348.
- Schmitz, M.(2005). Luxembourg. In: J. Hermesse (Ed.). *Health care protection today: Structures and trends in 12 countries*. pp.153-170. Association Internationale de la Mutualite, Belgium.
- Sloan, F.A. & Norton, E.D. (1997). Adverse selection, bequests, crowding out and private demands for insurance: Evidence from the long-term care insurance market. *Journal of Risk and Uncertainty*, 15: 201-219.
- Taleyson, L. (2003). *Long-term care insurance: International comparisons*. In: International Center for Research and Development of LTCI-SCOR Technical Information, Jan. 2003. http://www.scor.com/www/fileadmin/uploads/publics/NT2003_09_es_NT59es.pdf

Wiener, J.M. & Hanley, R.J. (1991). Long-term care financing: Problems and progress. *Annual Reviews Publication Health*, 12: 67-84.

Wittenberg, R., Pickard, L., Comas-Herrera, A., Davies, B. & Darton, R. (1998). *Demand for long-term care: Projections of long-term care finance for elderly people*. PSSRU, The University of Kent, England. <http://www.ukc.ac.uk/PSSRU>

פרק י"ג: מטפלים זרים בסיעוד קשישים: סוגיות במחקר, במדיניות ובפרקטיקה אסתר יקוביץ

מבוא

ההזדקנות המואצת של האוכלוסייה בישראל, העלייה המתמדת בשיעור הזקנים, בעיקר בקבוצת הגיל של בני 80 ומעלה, כמו גם העלייה המתמדת בתוחלת החיים, שהיא מן הגבוהות בעולם, מביאים לגידול מתמיד בשיעור הזקנים המוגבלים בתפקודם והזקוקים לעזרה בביצוע פעולות יומיומיות ובהשגחה. שיעורם של אלה מגיע כיום לכ-17% מכלל בני 65 ומעלה (ברודסקי, שגור ובאר, 2009). לצד מגמות דמוגרפיות אלה חלו בשני העשורים האחרונים שינויים מפליגים במבנה המשפחה ובתפקידיה, בעיקר בזמינותה לתת מענה לצרכי זקניה (יקוביץ, 2010א). כל אלה מעלים את הצורך הגובר בשימוש בשירותים פורמליים כדי לאפשר לזקנים להזדקן בכבוד ובתיהם ובסביבתם הטבעית. אחד האמצעים לכך הוא העסקת מטפלי בית זרים, הגרים עם הזקן וזמינים לו סביב השעון.

תופעת המטפלים הזרים, המועסקים כמטפלי בית בזקנים, קנתה לה אחיזה בארץ, כמו גם במדינות מערב ודרום אירופה ובארצות אמריקה הצפונית, מאז סוף שנות ה-80 (Browne & Braun, 2008; Lazaridis, 2007). לגבי רבים מהזקנים המוגבלים בתפקודם, ואשר מעסיקים מטפלים זרים הגרים עמם בביתם, מאפשר הסדר זה הזדקנות במקום ועיכוב או מניעה של סידור מוסדי. יש לזכור, כי גמלת הסיעוד מאפשרת גמלה בשלוש רמות בלבד, בהתאם לחומרת מצבו התפקודי של הזקן, שהן: 9.75, 16 ו-18 שעות שבועיות של טיפול. בחלק מהמקרים אין בגמלת הסיעוד לתת מענה הולם ומספק למי שזקוקים ליותר שעות טיפול במהלך היום ובכל ימות השבוע או מסביב לשעון. זאת, בעיקר כאשר מדובר בזקנים תשושי נפש הזקוקים להשגחה ובזקנים המרותקים למיטה, הזקוקים לעזרה מלאה בכל פעולות היומיום.

בהיעדר חלופה אחרת למתן טיפול בית לאורך שעות רבות יותר ביממה, נחשב הפיתרון של העסקת מטפלים זרים כפיתרון אולטימטיבי לגבי זקנים רבים הרוצים להמשיך ולחיות בבתיהם, חרף מצבם הבריאותי והתפקודי הירוד. מחקר (בר-צורי, 2010) שבדק את עמדותיהם של זקנים ובני משפחותיהם לגבי מעבר לבית אבות מצא, כי רובם המוחלט העדיפו את הסידור של העסקת מטפל זר על פני סידור בבית אבות. ממצא דומה התקבל מסקר של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, שבו נמצא כי מחצית מהאוכלוסייה הבוגרת בישראל תומכת במידה רבה או רבה מאוד בהעסקת עובדים זרים בתחום הסיעוד (הלמ"ס, 2007). לפיכך, פיתרון זה נתפס כמיטבי במובנים רבים מבחינת מתן מענה לצרכיו האישיים,

המורכבים והמגוונים של הזקן החולה והמוגבל בתפקודו. אולם, פיתרון זה מעורר גם שאלות רבות, אשר חלקן אינן יורדות מסדר היום ומהשיח הציבורי. הקריטריונים לזכאות לקבלת היתר העסקה למטפל זר הם: (1). מי שקיבל ציון 4.5 לפחות במבחן התלות של המוסד לביטוח לאומי, גם אם אינו זכאי לקבל גמלת סיעוד בשל גובה הכנסה; (2). מי שמעל גיל 90 זכאי לקבל היתר להעסקת מטפל זר אם קיבל לפחות ציון 4 במבחן התלות, כאמור לעיל.

מטרתו של פרק זה היא משולשת: (1). לסקור את הספרות המחקרית העוסקת בסוגיות שונות הקשורות להעסקת מטפלים זרים, כמו: מהן המשימות שאותם מבצעים מטפלים זרים; באיזו מידה ממשיכים בני המשפחה לטפל בזקן גם כאשר מועסק מטפל זר; באיזו מידה חלו שינויים במשימות הטיפול שאותם מבצעים בני משפחה כאשר מועסק מטפל זר; מהן מערכות היחסים הנרקמות בין המטפל הזר לבין מעסיקיו (הזקן ובני משפחתו), ועוד. יש לציין, כי תחום מחקרי זה נמצא עדיין בחיתוליו ומעטים הם המחקרים אשר בדקו היבטים שונים הקשורים להעסקת מטפלים זרים בזקנים; (2). לבחון את המדיניות הקיימת בארץ בנושא של העסקת מטפלים זרים בתחום הסיעוד על היבטיה השונים: הארגוניים, המשפטיים והמקצועיים, כפי שהיא באה לידי ביטוי בחקיקה ובהוראות מנהליות של המשרדים הממשלתיים הנוגעים בדבר; (3) לבחון היבטים מעשיים הקשורים להעסקת מטפלים זרים, בעיקר בעיות המתעוררות עקב תחום ייחודי זה, שבו ההבחנה בין הפרטי לציבורי ובין הפורמלי לבלתי פורמלי מיטשטשת בגלל אופי העבודה של המטפל הזר, אשר גר עם הזקן ולמעשה חולק עמו את חייו (Iecovich, 2009).

מאפייני זקנים מטופלים ומטפלים זרים בסיעוד - מספר עובדות ומספרים

בתחילת שנת 2010 הועסקו בתחום הסיעוד הביתי 54,747 מטפלים זרים, כאשר 86% מתוכם הועסקו בטיפול בזקנים והיתר בנכים צעירים (נתן, 2010). מאפייניהם של הזקנים, המעסיקים מטפלים אלה, מצביעים על היותם אוכלוסייה בסיכון גבוה: גילם הממוצע של הזקנים נע בין 81 ל-84, רובם נשים, רובם גרים לבד ואינם נשואים (בר-צורי, 2010; יקוביץ, 2010) ורמת מוגבלותם קשה יותר לעומת אלה שאינם מעסיקים מטפל זר (ברודסקי, נאון, רזניצקי ואח', 2004). מבחינת מאפיינים אלה דומה אוכלוסייה זו לאוכלוסייה הנמצאת במוסדות לטיפול ממושך (באר, 2004). זאת ועוד, מצבם הבריאותי של זקנים, המעסיקים מטפלים זרים, הוא על פי רוב ירוד: בין 74% ל-84% מעריכים את מצבם הבריאותי כירוד עד ירוד מאוד. גם מבחינת תחלואה הם סובלים מריבוי מחלות כרוניות (בר-צורי, 2010; יקוביץ, 2010). מבין כ-140,000 מקבלי גמלת סיעוד מהמוסד לביטוח לאומי כ-32,000 מעסיקים מטפל זר (הכנסת, 2010), אשר מממנים את העסקתו באמצעות גמלת הסיעוד ומהשתתפות עצמית. יש גם זקנים שאינם זכאים לקבל גמלת סיעוד משום שהכנסתם

גבוהה מסף הזכאות שנקבע על ידי המוסד לביטוח לאומי. במקרה זה הם ובני משפחותיהם מממנים את מלוא העלות של העסקת מטפל זה.

הרוב המוחלט של המטפלים הזרים הן נשים ורק מיעוטם (כ-14%) גברים. רוב המטפלים הזרים מגיעים מארצות אסיה הרחוקה, כאשר הקבוצה הגדולה מביניהם היא מהפיליפינים (כ-48%) ואחריה באות ארצות מזרח אירופה, כמו: מולדובה, רומניה ואוקראינה, הכוללים 24% מכלל המטפלים הזרים. בשנים האחרונות מסתמנת עלייה במספר המטפלים הזרים מארצות אסיה אחרות, כמו: נפאל, הודו וסרי-לנקה (הלמ"ס, 2009), אשר מהווים כיום 27% מכלל המטפלים הזרים בסיעוד (נתן, 2010ב).

ממצאי מחקרים בנושא

הסוגיה של מהגרי עבודה בתחום טיפולי הבית החלה לזכות לתשומת לב מחקרית רק בשנים האחרונות (Lutz, 2002; Phizacklea, 2000; Ungerson, 1999, 2003), אך גם זאת בעיקר בהקשר של עובדות משק בית או מטפלות בילדים (ארנרייך והוכשילד, 2006). בתחום הזיקנה המחקר נמצא בראשית דרכו. בשל היות המחקר בתחום תעשיית הסיעוד בזקנים באמצעות עובדים זרים חדש יחסית, נערכו עד כה מעט מאוד מחקרים שבחנו סוגיה זו על היבטיה השונים. לכן, מעט מאוד ידוע על השינויים שחלו בתפקידי המשפחה בטיפול בזקן עם כניסת עובד זר לתמונה. מספר מחקרים שנערכו בעיקר בארץ, חלקם איכותניים וחלקם כמותיים, בוחנים את הנושא ממספר זוויות שהעיקריות הן: תפקידים שמבצעים מטפלים זרים וחלוקת התפקידים בינם לבין מטפלים מבני המשפחה, דפוסי מעורבות המשפחה כמותיים, בוחנים את הנושא ממספר זוויות שהעיקריות הן: תפקידים שמבצעים מטפלים זרים וחלוקת התפקידים בינם לבין מטפלים מבני המשפחה, דפוסי מעורבות המשפחה בטיפול בזקן כאשר מועסק מטפל זר, מערכת היחסים המתפתחת בין הזקן לבין המטפל הזר, שביעות רצון מהמטפל הזר, ועוד. נסקור להלן את עיקרי הממצאים העולים מתוך ספרות מחקרית זו, בעיקר לגבי מחקרים שנערכו בארץ.

תפקידים שמבצעים מטפלים זרים

מחקר (כורזים, גורן ונירן, 2002) שבחן תפיסות תפקיד של מטפלות בית, בכלל זה גם מטפלות מהפיליפינים, מצא, כי הן עוסקות במגוון גדול יותר של פעילויות טיפול אישי וסביבתי מאשר המטפלות הישראליות. באופן כללי, תפיסת התפקיד של המטפלות נעה בין תפיסה של תפקיד פורמלי ושל איש מקצוע לבין קרבה ואינטימיות של חברה וקרובת משפחה, כאשר המרכיב האכספרסיבי של התפקיד הוא דומיננטי בתפיסת המטפלות את איכות עבודתן. כמעט כל (כ-95%) המטפלים זרים מבצעים פעולות הקשורות לטיפול אישי, בעיקר רחיצה, לבישה, נעילת נעליים. רוב המטפלים הזרים מבצעים גם עבודות משק הבית, כמו בישול, ניקיון, כביסה; חלקם עוזרים גם בסידורים מחוץ לבית, כמו: קניות והבאת תרופות מבית

המרקחת (בר-צורי, 2010; יקוביץ, 2010א). יש לציין, כי המחקר (יקוביץ, 2010א) מראה, שקיימת מידה רבה של הלימה בתפיסת תפקיד המטפל הזר ביחס למשימות הקשורות לטיפול אישי בזקן וגם ביחס למשימות הקשורות לניהול משק הבית. אולם, על אף זאת, נמצאה אי-הלימה מסוימת בתפיסת תפקיד המטפל הזר ביחס לעבודות בית קשות, כאשר המטפל הזר סבור, שאין עליו לבצע משימות אלה בעוד שהמטפל העיקרי מבני משפחת הזקן סבור, כי על המטפל הזר אכן מוטל לבצע גם משימות אלה. אי-הלימה זו עלולה להיות מקור למתחים ולקונפליקטים. עם זאת, יש זקנים המעסיקים בנוסף למטפל הזר גם עוזרת בית, אולם שיעורם של אלה אינו עולה על 9% (בר-צורי, 2010). בחלק מהמקרים המטפל הזר מסייע לזקן לשמור על קשריו החברתיים ולהשתתף באירועים תרבותיים, כאשר הוא מלווה את הזקן למקומות ולאירועים אלה מחוץ לבית וזאת כאשר מצבו התפקודי הפיזי ו/או הקוגניטיבי של הזקן מאפשר זאת.

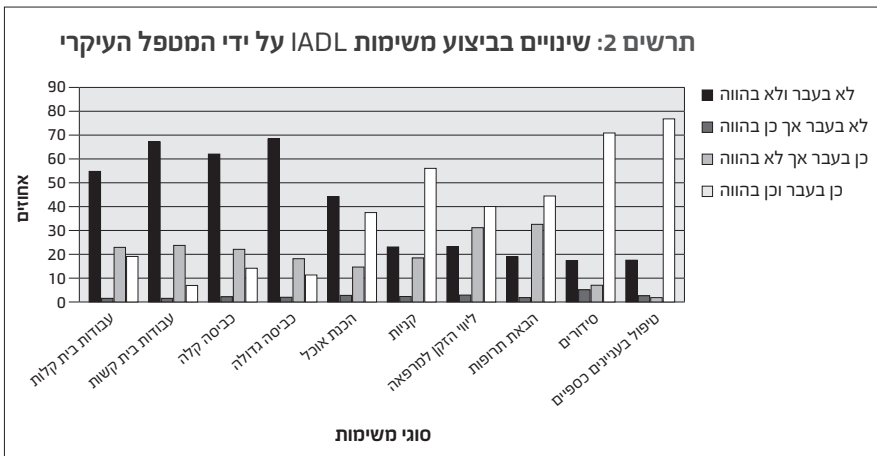
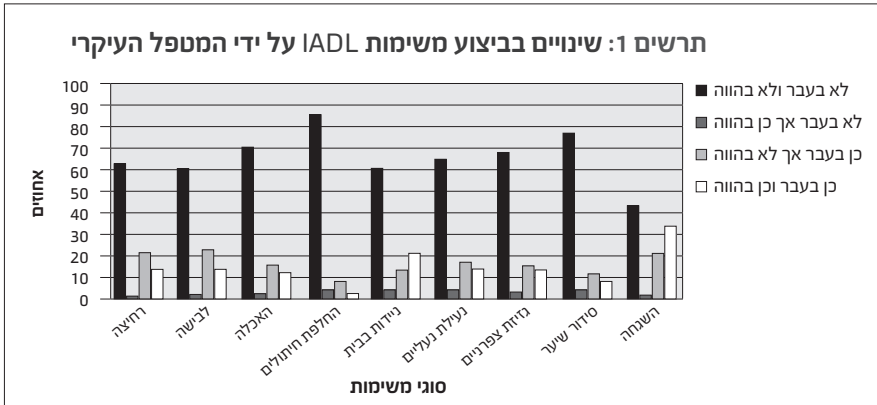
מעורבות המשפחה בטיפול ובסיוע לזקן בעת העסקת מטפל זר

מספר מחקרים בדקו את המידה שבה משפחתו של הזקן מעורבת בטיפול בזקן כאשר לזקן יש מטפל זר. מחקרים (בר-צורי, 2010; יקוביץ, 2010א) מראים, כי מטפל עיקרי מקדיש לטיפול בזקן בממוצע בין 14 ל-18 שעות בשבוע (כשעתיים עד שעתיים וחצי ביום).

בספרות המקצועית קיים דיון האם, באופן כללי, מטפל הבית מחליף או משלים את הטיפול שניתן על ידי המשפחה (Davey & Patsios, 1999; Ward-Griffin & Marshall, 2003). בעוד שהגישה של החלפה (substitution) נמצאה נדירה יותר, הרי הגישה של השלמה (complement or supplement) נמצאה כדפוס השכיח יותר (Litwin & Attias, 1989; Noelker & Bass, 2009; Donfut, 2009). מחקרים שונים נותנים תימוכין לכך גם בהקשר של מטפלים זרים. למשל, ברודסקי ועמיתיה (2004) בחנו את השפעת נוכחות מטפלים זרים על מעורבות המשפחה במתן טיפול ומצאו, כי רוב המטפלים העיקריים של הזקנים המשיכו להיות מעורבים בטיפול האישי ובניהול משק הבית, גרו עם הזקן באותו משק בית או בקרבת מקום, והיקף הטיפול שלהם בזקן לא פחת בשל העסקת מטפל זר. עם זאת, חלו שינויים בתחומים שבהם סייעה המשפחה. כלומר, המשפחה עברה להתמקדות בתחומים הקשורים בניהול משק הבית וסידורים מחוץ לבית וצמצמה את מעורבותה בתחום הטיפול האישי וההשגחה על הזקן. ממצאים אלה נתמכים על ידי מחקר איכותני (Ayalon, 2009a), לפיו מטפלים זרים נעשים אחראים על הטיפול האישי בזקן ועל עבודות משק הבית בעוד שבני משפחת הזקן ממשיכים להיות מעורבים בטיפול בזקן, אך אופי מעורבותם משתנה. עוד נמצא במחקר זה, כי בעקבות כניסת מטפלת פיליפינית לטיפול בזקן, בניו ובנותיו של הזקן עברו להתמקד בניהול הטיפול ולצמצם את תמיכתם הרגשית והחברתית בזקן, בעוד שבני זוג המשיכו להעניק טיפול אישי ודאגה רגשית, בנוסף לטיפול שניתן על ידי המטפלת

הזרה. המטפלות הפיליפיניות נעשו אחראיות לטיפול היומיומי ולעבודות הבית וסיפקו בנוסף גם תמיכה רגשית וחברתית.

גם יקוביץ (Iecovich, 2010), במחקרה על מטפלים זרים מהפיליפינים, מצאה, כי המשפחה ממשיכה למלא תפקיד מרכזי במילוי צרכיו של הזקן, גם כאשר מועסק מטפל זר הגר עם הזקן. היא מצאה ארבעה דפוסים של מעורבות משפחה ביחס לטיפול אישי ולניהול משק הבית, כפי שהם משתקפים מתרשימים 1 ו-2: (1) מטפלים עיקריים שהיו מעורבים בטיפול ובמתן סיוע טרם כניסת המטפל הזר והמשיכו לעשות כן גם לאחר מכן; (2) מטפלים עיקריים שהיו מעורבים בטיפול ובמתן סיוע טרם כניסת המטפל הזר וחדלו לעשות כן לאחר כניסת המטפל הזר; (3) מטפלים עיקריים שלא היו מעורבים במתן טיפול לא לפני ולא אחרי העסקת המטפל הזר; (4) מטפלים עיקריים שלא היו מעורבים בטיפול לפני העסקת מטפל זר, אך החלו להיות מעורבים בטיפול בזקן לאחר מכן. דפוס אחרון זה, שאמנם היה הפחות שכיח מכולם, נבע כנראה מהחמרה במצבו של הזקן באופן שמטפל אחד לא היה בו כדי לתת מענה למכלול צרכיו המגוונים, המורכבים והאינטנסיביים של הזקן, כמו גם הצורך לתת מענה ביום השבועי שבו העובד הזר נמצא בחופשה. ניתן לומר, כי למעשה מתקיימים דפוסים שונים של עזרה, כאשר בחלק מהמקרים אין המטפל העיקרי מעורב ישירות - בהווה - בטיפול האישי ובעבודת משק הבית וגם לא היה מעורב בכך בעבר ומשימות אלה מבוצעות על ידי המטפל הזר בלבד. במקרים אלה, מחליף למעשה המטפל הזר את המטפל העיקרי בטיפול האישי ובעבודות משק הבית. דפוס נוסף של החלפה הוא כאשר המטפל העיקרי נהג לבצע משימות אלה, אך חדל מכך עם העסקת המטפל הזר. לעומת זאת, ניתן לראות כי בשיעור ניכר מהמקרים המטפל העיקרי היה מעורב בטיפול ובהגשת סיוע לזקן בעבודת משק הבית לפני העסקת המטפל הזר וגם לאחר מכן. מבחינה זו, יש כאן דפוס של השלמה ותוספת. עם זאת, יש משימות, בעיקר כאלה הקשורות לסידורים מחוץ לבית, כמו קניות, סידורים או טיפול בעניינים הכספיים של הזקן, שבהם רוב המטפלים העיקריים היו מעורבים וממשיכים בכך גם לאחר העסקת המטפל הזר. במיוחד בולט הדבר לגבי טיפול בענייני הכספיים של הזקן, כאשר בודדים הם המקרים שבהם המטפל הזר מעורב או אחראי לנושא זה. במילים אחרות, ממצאי המחקר מצביעים, כי למעשה מתקיימים בו-זמנית דפוסים שונים של מעורבות המשפחה במתן טיפול ובסיוע לזקן גם בפרספקטיבה של זמן עבר והווה וגם בפרספקטיבה של חלוקת עבודה בין המטפל העיקרי לבין המטפל הזר. זאת, כאשר דפוס המעורבות משתנה בהתאם לסוג המשימה המסוימת, מעבר למכלול של משימות הקשורות לטיפול אישי או לניהול משק הבית.



העובדה שלא חלו שינויים גדולים בתפקידי המטפל העיקרי, בעקבות כניסת מטפל זר לטיפול בזקן מוסברת בכך, שזקנים המעסיקים מטפל זר הם אלה שרמת מוגבלותם קשה ומורכבת. יש לזכור, כי על פי המדיניות הקיימת בארץ, רק מי שזכאי לקבל גמלה בשיעור 150% ויותר (אנשים הזקוקים לעזרה רבה ברוב פעולות היומיום או לעזרה מלאה בכל פעולות היומיום) יכול לבקש היתר להעסקת מטפל זר. ניתן להניח, אם כן, כי בחלק ניכר מהמקרים הימצאותו של מטפל זר עדיין מצריכה עזרה מצד מטפלים נוספים ולכן יש צורך בעזרה מעשית גם מצד המטפל העיקרי. זאת ועוד, מאחר שהמטפל הזר זכאי ליום חופשי בשבוע הרי על המשפחה למצוא מחליף ליממה זו ולכן בחלק ניכר מהמקרים המשפחה היא זו שבעצם מחליפה את המטפל הזר בטיפול בזקן, בהיעדר פתרון קבוע אחר (בר-צורי, 2010). במילים אחרות, אופי תפקיד המטפלים העיקריים משתנה עם העסקת מטפל

זר לטיפול בזקן, הגם שהם ממשיכים לדאוג לזקן ולהיות מעורבים באופן פעיל בטיפול בו ובמילוי צרכיו השונים.

איכות היחסים שבין המטפל הזר לבין הזקן

לטיב היחסים הנרקמים בין הצדדים יש משמעות המתייחסת לכל אחד מהמעורבים בטיפול: הזקן המטופל, המטפל הזר והמטפל העיקרי. איכות יחסים טובה נבחנת, בין היתר, גם במידת האמון המתפתח בין הצדדים (Porter, Lasiter & Poston, 2005). מחקרים (Glendinning, Halliwell, Jacobs et al., 2000; Spandler, 2004) מצביעים על כך, שעל אף שמדובר בקשר פורמלי ועסקי, שבו המטפל מקבל תשלום עבור עבודתו מידי המטופל, גם המטופלים וגם המטופלים מעריכים קרבה ביחסים ביניהם וכי זהו היבט חשוב בעבודת המטפל. מאחר שמטופלים אלה, שהגיעו מארץ רחוקה, מנותקים מהרשתות החברתיות הטבעיות שלהם, גרים עם הזקן ונמצאים אתו כל היום, הם הופכים להיות מעין חלק מהמשפחה. מצב זה מכונה "שארות מזויפת" (false kinship) ומשמעותו - העתקת הרגלים מתוך יחסי משפחה, כדי לעצב יחסי גומלין, אחריות ומידה של אינטימיות בין המעסיקים לבין המטופלים (Cox & Narula, 2003).

ממחקרה של יקוביץ (2010א) עולה, כי בעוד שהמטפל הזר תפס את יחסיו עם הזקן כטובים עד מתונים, הרי שהזקן תפס את יחסיו עם המטפל הזר כטובים עד טובים מאוד. כלומר, הזקן המטופל תופס את איכות היחסים עם מטפלו הפורמלי כטובים יותר לעומת מה שהמטפל הזר תופס את יחסיו עם הזקן. עוד עולה ממחקר זה, כי 45.7% מהזקנים המטופלים תפסו את יחסיהם עם המטפל הזר כיחסים עם בן משפחה או אפילו יותר מבן משפחה, 25.6% הגדירו את היחסים עמו כידיד או חבר ואילו 28.7% הגדירו אותו כעובד. לעומתם, המטופלים העיקריים תפסו את המטפל בצורה יותר מאוזנת: 50.6% הגדירו את המטפל הזר כעובד, 17.4% הגדירו אותו כחבר או כידיד ואילו 32% הגדירו אותו כבן משפחה.

מידת הקרבה שחשים הצדדים ואיכות היחסים ביניהם נמצאה מושפעת גם מטיב התקשורת, בעיקר הבלתי מילולית, שביניהם (יקוביץ, 2010ב; Ayalon, Kaniel & Rosenberg, 2008), כמו גם ממידת הדמיון האתני ביניהם (Porat & Iecovich, 2010), שמשמעותו גם דמיון תרבותי. למשל, זקנים ילידי מדינות מזרח אירופה, שדיברו רוסית וטופלו על ידי מטפלות מארצות חבר העמים לשעבר, דיווחו על תקשורת טובה יותר ועל איכות יחסים קרובה יותר לעומת זקנים שטופלו על ידי מטפלות פיליפיניות אשר לא יכלו לתקשר בשפתם והיו שונות מהמטופלים ברקען התרבותי.

הדדיות ביחסים היא רכיב חשוב ביותר בקשר שבין המטפל לבין מעסיקו. קיים קושי להעסיק מישהו שמעניק טיפול אישי ואינטימי מבלי שיתפתח קשר רגשי ובין-אישי כלשהו

בין המעורבים, במיוחד כאשר הוא גר עם הזקן וחולק עמו את חייו (יקוביץ, 2010ב). מטפלים שגרו עם הזקן נטו לפתח קשרים הרבה יותר קרובים עם הזקנים ועם בני משפחותיהם לעומת מטפלים שלא גרו עם הזקנים (Chichin, 1991). עוד עולה ממחקר זה, כי טיב מערכת היחסים שבין המטפל שגר עם הזקן לבין המטופל ובני משפחתו היה גורם משמעותי בשביעות רצון המטפל, גם כאשר הוא לא היה מרוצה משכרו ומהתנאים הנלווים (Chichin, 1992; Chichin & Cantor, 1990; 1992). איילון (2009a; 2009b; 2009c; Ayalon, 2009a) בדקה את מערכות היחסים שבין מטפלות פיליפיניות לבין המטופלים שלהן ומצאה, כי יחסים אלה נעו מיחסי אמון קרובים לבין יחסי ניצול והתעמרות. היו מטופלים שאיבדו את האמון במטפלת בשל הזנחה והתעמרות וחששותיהם מפני המטפלת גדלו. אך גם המטפלות הזרות בעצמן דיווחו שהן היו חשופות לניצול ולהתעמרות על ידי מעסיקיהן. ממצאים אלה מצביעים על כך, כי דפוסים היחסים שבין המטפלים הזרים למטופלים עשויים לנוע מיחסי קרבה דמוי יחסי משפחה ועד למערכות יחסים קשות ורעות.

שביעות רצון מהמטפל הזר

לאיכות היחסים הנרקמת בין הצדדים קשר משמעותי לשביעות רצונו של הזקן מהטיפול ולשביעות רצונו של המטפל הזר מעבודתו. מספר מחקרים שבדקו את שביעות הרצון של הזקן ומשפחתו מהמטפל הזר מצאו, כי ברוב המקרים שביעות הרצון הייתה רבה הן מהטיפול עצמו והן מהיחס של המטפל הזר. ברודסקי ועמיתיה (2004) מצאו, כי זקנים שהעסיקו מטפל זר היו מרוצים יותר מעבודתו לעומת מטפלים מקומיים (65% ו-45% בהתאמה). לעומת זאת, לא נמצא הבדל משמעותי בשביעות הרצון מיחסו של המטפל הזר אל הזקן, או בתחושה שאפשר לסמוך עליו לעומת מטפל מקומי. מחקר נוסף (Iecovich, 2007), שבדק שביעות רצון של זקנים מקבלי גמלת סיעוד מארבע צורות של טיפול: טיפול בית שניתן על ידי מטפלת מקומית; טיפול בית שניתן על ידי מטפלת זרה; ביקורים במרכז יום ושילוב של מרכז יום עם מטפלת בית, מצא כי מבין ארבעת דפוסי הטיפול השונים רמת שביעות הרצון הגבוהה ביותר הייתה זו, שבה לזקן הייתה מטפלת זרה שגרה עמו. גם בר-צורי (2010) מדווחת, כי רוב (87%) הזקנים ובני משפחותיהם היו מרוצים מהטיפול הניתן על ידי המטפל הזר, בעיקר מיחסו, ממקצועיותו ומנכונותו להגיש עזרה מיזמתו.

גם מטפלים זרים נמצאו על פי רוב מרוצים מעבודתם, כאשר שביעות הרצון של המטפל הזר הושפעה ממכלול של גורמים, כמו: מאפייני הזקן - כאשר הזקן היה ממוצא אירופי שהעריך את בריאותו כטובה יותר, כך ביטא המטפל הזר שביעות רצון רבה יותר מעבודתו; מאפייניו של המטפל הזר - ככל שרמת השכלתו, הוותק שלו בארץ, בעיסוק כמטפל ובעבודה עם הזקן שבו הוא מטפל בהווה היו גבוהים יותר, כך שביעות רצונו מהעבודה הייתה רבה יותר; איכות היחסים - ככל שאיכות היחסים שבין הזקן לבין המטפל העיקרי ובין

הזקן לבין המטפל הזר נתפסו כטובים יותר, כך המטפל הזר היה יותר שבע רצון מהעבודה; מאפייני הטיפול - ככל שהמטפל העיקרי הקדיש יותר שעות בשבוע לטיפול בזקן, ככל שהמאמץ בעבודה היה נמוך יותר וככל שמידת האוטונומיה של המטפל הזר בעבודתו (שיקול דעת וסמכות לקבל החלטות) הייתה רבה יותר כך הוא היה יותר שבע רצון מעבודתו (יקוביץ, 2010א). עם זאת, יש לציין את ריבוי המקרים של החלפת מטפל זר. נמצא (בר-צורי, 2001) כי כ-45% מהזקנים העסיקו בעבר מטפל זר אחר, כאשר כשליש מתוכם החליפו מטפל זר בשל חוסר שביעות רצון ממנו וברוב המקרים האחרים המטפל הוא שעזב. גם במחקרה של יקוביץ (2010א) נמצא, כי כ-70% מהמטפלים הפיליפינים שטיפלו בזקנים טיפלו בעבר בזקנים אחרים, כאשר הסיבה העיקרית (63.5%) לסיום עבודתם הקודמת הייתה אמנם פטירה של הזקן או מעבר לבית אבות, אך בכ-10% מהמקרים הם עזבו בגלל בעיות עם בני משפחה, 12.5% עזבו בגלל בעיות בתשלום השכר ועוד כ-12.5% עזבו בגלל שהעבודה הייתה להם קשה או בגלל בעיות בתקשורת. במילים אחרות, בשני המחקרים נמצא, כי כשליש עזבו את עבודתם מחוסר שביעות רצון מסיבות שונות. נתון זה מצביע על שיעור תחלופה די גבוה של המטפלים הזרים, כאשר הסיבות השכיחות לפיטורי העובד הזר היו ברוב המקרים אי-התאמה של המטפל למטופל מבחינת היחס והגישה או גם בשל אי-התאמה פיזית של העובד לנתוני האדם הסיעודי שבו עליו לטפל. מכאן ניתן להניח, כי באותם מקרים שבהם אחד הצדדים אינו מרוצה ממשנהו, מסיים העובד הזר את עבודתו והוא מוחלף בעובד זר אחר.

מימון מטפל זר

מחקרים שונים שנערכו בארץ מראים, כי למצב הסוציו-אקונומי של הזקן משקל משמעותי בהחלטה וביכולת להעסיק מטפל זר. אמנם ברוב המקרים קיימת השתתפות של גורמים ציבוריים במימון העסקת מטפל זר, בעיקר גמלאות הסיעוד המשולמות על ידי המוסד לביטוח לאומי ו/או גורמים משתתפים אחרים (כמו קרן ניצולי השואה), אולם העסקת מטפל זר מחייבת השתתפות עצמית מצד בני משפחה ומהזקן עצמו. זאת, משום שאין בגמלת הסיעוד כדי לכסות את מלוא העלות של שכר המטפל הזר והתנאים הנלווים לשכר (Iecovich, 2009). בחלק מהמקרים (25.7%) העלות במלואה אמנם מכוסה על ידי הזקן ו/או משפחתו ואולם, יש כאלה אשר יש בידיהם היתר להעסיק מטפל זר, אך הם אינם עושים זאת מאחר שידם אינה משגת לשלם את ההפרש שבין ההוצאה הנדרשת לבין גובה גמלת הסיעוד המשולמת להם או משום שאין הם זכאים כלל לגמלת סיעוד (בר-צורי, 2010). מסקר +60 של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (1997) עולה, כי קיים קשר מובהק בין רמת ההכנסה של הזקן לבין העסקה של מטפל זר: כשליש מהזקנים שהעסיקו מטפל זר היו בעלי רמת הכנסה של עד 50% מהשכר הממוצע לעומת כשני שלישי בקרב זקנים שלא העסיקו מטפל זר. עוד נמצא, כי הסיכוי של זקנים בעלי הכנסה גבוהה ובינונית להעסיק

מטפל זר היה גבוה באופן משמעותי לעומת זקנים שהכנסתם הייתה נמוכה (ברודסקי ועמיתיה, 2004).

לסיכום, ממצאי מחקרים מצביעים על כך, כי המטפל הזר מבצע את מרבית הפעולות הקשורות בטיפול אישי בזקן ופעולות הקשורות לעבודות משק הבית. עם זאת, בני המשפחה ממשיכים להיות מעורבים בצורה פעילה במתן טיפול אישי לזקן, בעיקר ביום המנוחה של המטפל הזר וכאשר מצבו התפקודי של הזקן כה ירוד עד אשר מטפל אחד אינו מסוגל לתת מענה מיטבי לצרכיו המורכבים והמגוונים של הזקן. ברוב המקרים, המשפחה מתמקדת בעיקר בנושאים כספיים ובנושאים הקשורים לניהול הטיפול בזקן ולניהול ענייניו. ממצא נוסף הוא, שברוב המקרים מערכת היחסים הנרקמת בין הזקן לבין המטפל הזר היא טובה והזקן ומשפחתו מרוצים מהטיפול ומהיחס של המטפל הזר, כפי שגם הזקן מרוצה מעבודתו של המטפל. יש לסייג ולומר, כי במקרים שבהם אחד הצדדים אינו מרוצה אין המטפל הזר ממשיך לעבוד באותו מקום והוא מפוטר על ידי מעסיקיו או עוזב מיוזמתו. ברוב המקרים אין בסיוע הציבורי כדי לממן את מלוא העלות של העסקת מטפל זר ולכן זוהי נחלתם של מי שהכנסותיהם בינוניות עד גבוהות, מה ששולל אפשרות זו מזקנים מיעוטי אמצעים.

כאמור, המחקר בתחום זה הוא בראשית דרכו והמחקרים שנסקרו פותחים כר נרחב למחקרים נוספים. למשל, שאלות בדבר יחסי אמון המתפתחים בין הזקן, משפחתו והמטפל הזר הם סוגיה הראויה לבחינה מחקרית, בעיקר לאור העובדה שמטפלים אלה מגיעים מתרבות שונה, מדת אחרת וברוב המקרים גם אינם דוברים את שפתו של הזקן. הספרות המקצועית נהגה לחלק את מערכות התמיכה לשתי תת-מערכות עיקריות: פורמלית ולא פורמלית אשר לעתים מחליפות אחת את השנייה ולעתים משלימות זו את זו. העסקה של מטפל זר הגר עם הזקן מטשטשת את הגבולות שבין הפורמלי והבלתי פורמלי ולמעשה יוצרת דפוס חדש, היברידי, שיש מקום להרחיב בו ולהעמיק את הבנתו.

מדיניות הממשלה לגבי העסקת מטפלים זרים

התופעה של העסקת מהגרי עבודה בתחום הסייעוד מתרחבת והולכת בהתמדה. למרות זאת, אין מדיניות ממשלתית מגובשת בנושא. מחד גיסא, נחקקו מספר חוקים ונקבעו הוראות אשר נותנים לגיטימציה להעסקת מטפלים זרים ומטרתם הסדרה של תנאי העסקתם, כפי שיפורט להלן. מאידך גיסא, יש כוונה לצמצם את מספרם ואין מענה לבעיות אנושיות וחברתיות שונות, אשר נוכחותם בארץ יוצרת, כמו מתן אפשרות להתאזרחות ולשילוב חברתי, בעיקר כאשר נולדים להם ילדים הגדלים ומתחנכים בארץ. הדיון הציבורי סביב החלטת הממשלה לגרש חלק מילדי העובדים הזרים הוא רק דוגמה אחת לכך.

כאמור, קיימים מספר חוקים (ולצידם תקנות) המגדירים ומסדירים את תנאי הבאתם והעסקתם של מטפלים אלה:

■ **חוק העובדים הזרים התשנ"א-1991:** החוק מגדיר את תנאי העסקתם של עובדים זרים וקובע, כי בין המעסיק (הזקן ומשפחתו) לבין העובד הזר ייערך חוזה וכי תנאי שכרו של המטפל יהיו זהים לאלה של עובד ישראלי. על מעסיקיו לדאוג לביטוח רפואי למטפל, למגורים הולמים, לתגמולים, לפיצויים, ועוד. אדם המעסיק מטפל זר חייב לקבל היתר עבודה עבורו מטעם משרד הפנים. תיקון לחוק, שהתקבל בחודש מארס 2010, נועד להבטיח את זכויותיו של העובד הזר. לצורך זה נקבע (פרק 3ד בחוק), כי שר הפנים ימנה ממונה על הזכויות של עובדים זרים בתחום דיני העבודה, אשר בין יתר תפקידיו לפעול כלפי מעסיקים בפועל לאכיפת זכויות העובדים הזרים לפי דיני העבודה ולקידום ההכרה בזכויות אלה. מי שמעסיק עובד זר ללא היתר ומי שאינו ממלא אחר יתר הוראות החוק צפוי לעמוד לדין ולהיענש על ידי תשלום קנסות כבדים ועד מאסר בפועל. לצד חוק זה תוקנו תקנות המגדירות בצורה מפורטת יותר את זכויותיהם של העובדים הזרים, כמו: צו עובדים זרים (איסור העסקה שלא כדין והבטחת תנאים הוגנים; סל שירותי בריאות לעובד), התשס"א-2001, תקנות עובדים זרים (אגרת בקשה ואגרה שנתית), התשס"ד-2004, תקנות עובדים זרים (דמי היתר), התשס"ו-2006, תקנות עובדים זרים (איסור העסקה שלא כדין והבטחת תנאים הוגנים; שיעור ניכויים מהשכר בעד מגורים הולמים), התש"ס-2000, ועוד. חוקים, תקנות והוראות אלה חלים על עובדים זרים בכלל בכל ענפי התעסוקה ובכלל זה גם מטפלים זרים בתחום הסייעוד.

■ **חוק הכניסה לישראל התשי"ב-1952:** החוק קובע, כי מי שאינו אזרח במדינת ישראל חייב לקבל אישור שהייה (ויזה). לגבי עובדים זרים קובע החוק (סעיף 3א), כי היתר שהייה לא יעלה על חמש שנים ויש להאריכו מדי שנה. לגבי מטפל זר קובע סעיף קטן (ב) שבסעיף 3א, כי צריכים להתקיים התנאים הבאים לצורך אישור הארכה של היתר שהייה: (1) העובד הזר מועסק במתן טיפול סיעודי לאותו מטופל, ברציפות, במשך השנה שבתכוף לפני תום תקופת הארכה הכוללת; (2) גורם מוסמך שאינו מועסק ואינו בעל עניין בחברה העוסקת בתיווך עובדים זרים או בהעסקתם, נתן חוות דעת בכתב, לאחר שנפגש עם המטופל במקום מגוריו, הקובע כי הפסקת העסקתו של העובד הזר במתן טיפול סיעודי לאותו מטופל מסוים עלולה לגרום לפגיעה קשה במטופל. "הגורם המוסמך" לעניין זה הוא עובד סוציאלי בעל כישורים, כפי שקבע שר הפנים, רופא או אח מוסמך. עוד קובע החוק, כי מי שאין בידו היתר שהייה צפוי לענישה ולגירוש מהארץ.

■ **חוק העסקת עובדים דרך קבלני כוח אדם התשנ"ו-1996:** החוק קובע (סעיף 10 בחוק), כי העסקה של עובד זר, בכלל זה מטפלים זרים בזקנים, חייב היעשות דרך קבלני

כוח אדם שקיבלו רישיון לעסוק בכך. נוהל של משרד התעסוקה, מסחר והתעשייה, שהתפרסם בשנת 2007 (נוהל לשכות פרטיות להבאה, תיווך ולטיפול בעובדים זרים בענף הסייעוד) בעקבות החלטת ממשלה מס' 448 מתאריך 12.9.2006 ושנכנס לתוקף בשנה שחלפה, מפרט את הכללים הנוגעים באופן מיוחד להעסקת מטפלים זרים בסייעוד וקובע, כי העסקת מטפלים זרים בסייעוד תיעשה אך ורק באמצעות לשכות תיווך לעובדים זרים בענף הסייעוד וכי חל איסור להעסיק עובד כזה שלא דרך לשכת תיווך כזו. המעסיק הישיר של המטפל הזר הוא הזקן בעל המוגבלות, הנזקק לטיפול ולסיוע במשך רוב שעות היממה (סעיף 22 בנוהל). מטרתו של נוהל זה היא "הסדרת ההעסקה של עובדים זרים בענף הסייעוד... כדי להבטיח לעובדים אלה תשלום שכר ומתן תנאים הוגנים, להגביר את האכיפה כנגד מי שגובה תשלום שלא כדין מהעובדים הזרים לשם הבאתם לישראל וכן לאפשר את הניוד של העובדים הזרים בענף הסייעוד ובכך למנוע את הכבילה של העובדים למעסיק ספציפי". סעיף 8 בנוהל מגדיר, בין היתר, כי לשכת תיווך כזו תעסוק בהתאמה ובשיבוץ עובדים למטופלים, תדאג להכשרתם בארץ מוצאם, לחתימת הסכם בין המטפל הזר לבין מעסיקו, להשגת היתר עבודה והארכתו, להעסקת עובדים סוציאליים כדי שיפקחו וידירכו את המעסיק ואת העובד לגבי זכויותיו של כל אחד מהצדדים וידווחו לממונה על זכויות עובדים זרים במשרד הפנים על כל מקרה חריג, כמו הטרדה מינית או אלימות מצד צד אחד כלפי משנהו. יש לציין, כי בעקבות נוהל זה הוגשה עתירה לבג"ץ על ידי מספר חברות בתחום הסייעוד נגד משרד התמ"ת. בית המשפט העליון, בשבתו כבית דין גבוה לצדק בתאריך 3.1.2008 (בג"ץ 4957/07), דחה את העתירות ובין היתר התייחס לכך, כי בנוהל זה יש משום ביטול הסדר הכבילה למעסיק מסוים שהיה נהוג בעבר. על פי הסדר הכבילה, מטפל זר היה מנוע מלעבור ממעסיק אחד למשנהו. בכך נפגעה חירותו של העובד הזר ונוצרה תלות מוחלטת של העובד במעסיקו.

למרות כוונותיו ומטרותיו הטובות של נוהל זה למגר תופעות שליליות שהיו קשורות בהעסקה של מטפלים זרים, הוא מעורר שאלות נוקבות - האם וכיצד תיעשה האכיפה של הדרישות המפורטות בנוהל, הן כלפי לשכות התיווך והן כלפי מעסיקיהם של מטפלים זרים.

יש לציין, כי בנוסף לחוקים, לתקנות ולנהלים קיימת ועדה קבועה בכנסת לעניין העובדים הזרים, אשר קיימה מספר דיונים בנושא של מטפלים זרים בסייעוד. הדיון האחרון בנושא התקיים בחודש מארס 2010 ועסק ביחסים שבין המעסיקים (הזקנים) לבין מטפליהם הזרים, כאשר הזקנים ובני משפחותיהם המעסיקים נאלצים להתמודד עם תביעות משפטיות שונות מצד מטפליהם, כמו הלנת שכר, פיצויים, תשלומי שעות נוספות ותנאי שכר אחרים. הצעת חוק, שיוזם יו"ר הוועדה, ח"כ יעקב כץ, נועדה לקבוע, כי לשכות התיווך תהיינה המעסיקות של עובדים אלה וכי הזקן ומשפחתו יעבירו את השתתפותם הכספית לידי לשכות התווך.

על ידי כך אפשר יהיה לפטור את הזקנים המטופלים מהתמודדות עם תביעות כאלה של מטפליהם (הכנסת, 2010).

הנושא של עובדים זרים עולה גם לדיוני ממשלה מעת לעת. למשל, צמצום מספר העובדים הזרים והחלפתם בעובדים ישראלים, כחלק מתכנית אסטרטגית להתמודד עם בעיית האבטלה. עם זאת, בניגוד לענפים אחרים, כמו בניין וחקלאות, שבהן קבעה הממשלה מכסות, היא נמנעה מלעשות זאת ביחס לעובדים זרים בתחום הסייעוד וכן נמנעה מכל צעד שהיה בו כדי להגביל מתן היתרים להעסקת עובדים אלה. אף בהקשר זה עולה הספק לגבי יישומן של החלטות הממשלה. למשל, בהמשך להחלטת הממשלה מספר 448 מיום 12.9.06 נקבע, כי בתוך 45 יום יפורסמו לציבור תנאי הקליטה למאגר של העובדים הזרים בענף הסייעוד, השהוים בישראל ללא תעסוקה וזאת כדי להביא לצמצום הבאת עובדים זרים מחו"ל על ידי לשכות פרטיות בסייעוד. למרות זאת, טרם הוקם מאגר של עובדי סיעוד וטרם החלו להינקט אמצעים להגבלת ייבואם של עובדים זרים חדשים בענף זה (נתן, 2010א). עם זאת, יש לציין כי במטרה לצמצם את מספר המטופלים הזרים בסייעוד והחלפתם במטופלים ישראלים החל המוסד לביטוח לאומי, בשנת 2009, לשלם תוספת של שלוש עד ארבע שעות טיפול נוספות בשבוע למי שבידו היתר עבודה להעסקת מטפל זר ואינו מממש היתר זה ובמקום זאת מעסיק עובד ישראלי.

סוגיה נוספת, שזכתה להתייחסות של קובעי המדיניות, היא האם להעניק גמלה כספית או גמלה בכסף. לצורך זה הוחל בשנת 2008 בניסוי למשך שנתיים בחמישה מקומות בארץ, שלפיו ניתנה האפשרות למי שמעסיק מטפל לפחות 12 שעות ביום במשך שישה ימים בשבוע (וכאלה הם על פי רוב מטופלים זרים) להחליף את הגמלה בעין בגמלה כספית, שתועבר ישירות לידי המעסיק של המטפל. עם סיומו של הניסוי בסוף 2009 הוחלט להמשיכו לעוד שנה ולהרחיבו לחמישה יישובים נוספים. יש להניח, כי בתום הניסוי תתקבל החלטה לגבי אפשרות של מתן גמלה כספית למי שמעסיק מטפל זר.

לסיכום, התפתחות המדיניות הממשלתית בנושא המטופלים הזרים בסייעוד, כמו כלל העובדים הזרים בישראל, נבנתה עם השנים נדבך על גבי נדבך. לצורך זה נחקקו חוקים ותקנות ונקבעו נהלים ליישומן של החלטות ממשלה. עם זאת, מתוך עיון בדוחות של ועדות בין-משרדיות, שעל בסיסן התקבלו החלטות ממשלה, ועל בסיס דיוני הוועדה לבעיית העובדים הזרים בכנסת, עולה כי עדיין חסרה מדיניות כוללת ומגובשת הנותנת מענה ומתייחסת למכלול של בעיות שטרם מצאו את פתרונן, כמו אלה שאוזכרו לעיל ושידונו בהמשך. לצערנו, גם כאשר קיימת מדיניות היא אינה נאכפת דיה ומנגנוני הפיקוח קצרה ידם מלמלא את תפקידם בצורה מיטבית ויעילה.

הפרקטיקה: בעיות ואתגרים

כפי שנאמר בפתח הדברים, העסקה של מטפלים זרים עשויה לדחות או למנוע השמה מוסדית של זקנים במצב תפקודי ירוד ולאפשר להם להזדקן בביתם ובסביבה המוכרת להם. משך זמן העבודה של מטפל זר בממוצע הוא ארבע שנים, מה שמאפשר צבירת ניסיון ויציבות בעבודתו עם אותו המטופל, לעומת מטפלים ישראלים, המתחלפים לעתים קרובות יותר ממטפלים זרים (בר-צורי, 2010). עדויות העולות מהשטח מצביעות כי קיימות בעיות רבות, אשר מדי פעם נחשפות בפנינו גם דרך אמצעי התקשורת הכתובה והאלקטרונית. את הבעיות ניתן למיין למספר קטגוריות:

- **נטישה של המטפל הזר:** קיימת תופעה שמטפל עוזב את מעסיקו ללא הודעה מוקדמת ולמעשה נוטש את הזקן, שהיה תלוי בו ורגיל אליו, ללא טיפול וללא מענה מידי לצרכיו. יש לזכור, כי זקן שבידו היתר עבודה למטפל זר הוא ברוב המקרים במצב תפקודי פיזי ו/או קוגניטיבי ירוד, דבר המחייב מענה חלופי מידי. הסיבות לנטישת עובדים אלה הן שונות, כמו למשל: רצון להחליף מעסיק משום שהעבודה אצל המעסיק הנוכחי קשה מדי; רצון לעבוד אצל מעסיק שיאפשר לעבוד בעבודה נוספת, או בשל ניצול, כפייה וכבילה של המטפל על ידי מעסיקו, נושא שידון להלן. עובדים אלה אף זכו לשם "עובדים ברחנים". למעשה, ביטול הסדר הכבילה מאפשר למטפל הזר להחליף את מעסיקו כל אימת שמתגלעים קשיים בעבודתו עם מעסיקו הנוכחי. גם מדיניות הממשלה "להכשיר" מטפלים זרים, שהפכו לעובדים לא חוקיים (ומספרם של אלה מוערך בכ-3,000), כדי למנוע הבאה של עובדים זרים נוספים, מאפשרת קיום מאגר של מטפלים זמינים, אשר יכולים לכאורה להחליף באופן מידי מטפלים שעזבו את מעסיקיהם. אולם, שאלת ההתאמה בין המטפל למטופל וההסתגלות למטפל חדש היא תהליך המצריך בניית יחסי אמון ואלה אינם מתרחשים מיידית, מה עוד שלא תמיד המטפל החדש אכן מתאים. מבחינה זו יש תפקיד מרכזי לעובדים הסוציאליים, הן בגופים המספקים שירותי סיעוד והן בלשכות התיווך להבאת מטפלים זרים. דבר זה מפורט ומוגדר בנהל של משרד התמ"ת (2007), הקובע בצורה מפורשת, שעל גופים אלה להעסיק עובדים סוציאליים שאחד מתפקידיהם הוא לשבץ מטפל מתאים בהתאם לצורכי הזקן הנזקק לטיפול ולסייע בפתרון בעיות המתגלעות בין הצדדים.
- **התעמרות והתעללות של המטפל הזר במטופל:** התקשורת מדווחת חדשות לבקרים על חשיפה של מקרי התעללות של מטפלים זרים במטופליהם. הסיבות המביאות מטפלים אלה לפגוע במטופלים הן רבות ומגוונות: (1) בעיות אישיותיות ומופרעות של המטפל הזר. יש לציין, כי בעוד שקיימת הקפדה על הדרישה שמטפל זר יעבור בדיקות רפואיות טרם הגעתו לארץ, אין מערכת סינון שיכולה לאתר מטפלים לא מתאימים מבחינת בריאותם הנפשית או אישיותם. דווקא לנושא זה צריכה להינתן

הדעת לאור העובדה שמפקידים בידיהם זקנים חסרי ישע, החשופים לפגיעה בקלות יתירה, בהיעדר מערכת פיקוח יעילה; (2) היעדר הכשרה וידע לגבי התמודדות עם בעיות שונות הכרוכות בטיפול בזקן. הכוונה בעיקר להתמודדות עם בעיות התנהגויות, כאשר הזקן הוא תשוש נפש, אשר עלולות להביא את המטפל למצבים של חוסר אונים ושעליהם הוא עלול להגיב בהתנהגות מתעללת במטופל; (3) שחיקה פיזית ונפשית של המטפל. במקרים רבים אין המטפל הזר יוצא ליום מנוחה ונשאר עם הזקן שבעה ימים בשבוע בביתו, הגם שהוא מקבל תשלום נוסף עבור יום עבודה זה, הדבר הוא בניגוד לחוק. למשל, פגשתי במטפלת זרה המטפלת בזקנה תשושת נפש. מטפלת זו נמצאת עם הזקנה שבעה ימים בשבוע ולא יצאה מהבית מזה שלוש שנים. את הסידורים שמחוץ לבית עורכים בני משפחתה של הזקנה וחבריה של המטפלת באים לבקרה בבית הזקנה; (4) ניצול של העובד על ידי הצגת דרישות רבות ומוגזמות מצד המעסיקים, בכלל זה שעות עבודה וביצוע עבודות קשות. בסופו של דבר, התסכול והכעס של המטפל מופנים כלפי הזקן חסר הישע.

- **התעמרות וניצול של מטפלים זרים על ידי מעסיקהם:** ניצול, התעללות ומעשי אונס הם מנת חלקם של מספר לא קטן של מטפלים זרים, בעיקר הנשים שביניהם. לארגון "קו לעובד" (2010) מגיעות תלונות רבות על מעשים כאלה. למשל, אזורחית פיליפינית, המטפלת בקשישה במושב בדרום הארץ מזה 10 שנים. במהלך כל שנות העסקתה היא עבדה שבעה ימים בשבוע במשך 24 שעות ביממה, כשהיא 'זוכה' ליום חופש אחד מידי חודש. לדבריה, היא גם לא קיבלה תשלום על שבתות וחגים שבהם עבדה ללא הרף ושכרה בארבע השנים הראשונות היה מתחת לשכר המינימום. עבור חידוש היתר העבודה שלה היא אולצה לשלם מכספה, בניגוד לחוק (גורן, 2010). מקרה אחר הוא מטפלת שהועסקה אצל קשישה חולת אלצהיימר, אשר מתגוררת עם בנה. כתנאי לקבלת משכורתה החודשית חייב אותה בנה של הזקנה לקיים עמו יחסי מין. כאשר ביקשה מהבן לחדול ממעשיו, אמר לה הבן, כי אם הוא יפטר אותה היא לא תוכל למצוא עבודה אחרת, מאחר שהיא מטפלת בזקנה כבר שש שנים ומעל תקופה זו אם היא מפסיקה לעבוד עליה לעזוב את הארץ. לכן, העובדת פוחדת לעזוב את המשפחה וגם אינה נוקטת שום צעד כדי שהבן יחדל ממעשיו (ליבוביץ, 2010). יש גם מקרים רבים, שבו אין המטפל מקבל את שכרו והתנאים הנלווים המגיעים לו על פי דין.
- **הכשרה של המטפלים הזרים:** איכות הטיפול מושפעת מרמת ההכשרה של המטפל לעסוק בעיסוק זה. הכשרה המקנה ידע בתחום הזיקנה והבנה של תופעות שונות שבהן נתקל המטפל במהלך עבודתו, כמו גם הקניית מיומנויות טיפול, עשויה לתרום למתן טיפול באיכות וברמה גבוהות יותר. אולם, ברוב המקרים, אין המטפלים הזרים מגיעים עם הכשרה ייעודית בנושא ואת עבודתם הם לומדים תוך כדי התנסות בטיפול בזקן. היעדר הכשרה עלולה להביא למקרים של פגיעה בזקן, קושי בהתמודדות עם

דרישות התפקיד ומתן טיפול באיכות ירודה. אמנם הנוהל של משרד התמ"ת (2007) קובע, כי על לשכות התיווך לדאוג להכשרת העובדים עוד בארץ מוצאם לפני הגעתם לארץ, אולם המבחן יהיה באכיפה של דרישה זו והקפדה אחר מילויה. כיום, זהו שטח פרוץ, שבו כל אחד יכול להתקבל לעבודה כמטפל בזקנים ואין כל דרישה לקרדיטציה או לרישוי, כפי שקיים הדבר למשל בגרמניה, שם חל איסור על עובדים זרים לטפל בגופו של הזקן ותחום זה פתוח רק בפני מי שעברו הכשרה מתאימה וקיבלו רישוי לעסוק בכך.

■ **פיקוח ובקרה:** סוג כזה של עבודה, הנעשית באינטימיות שבין המטופל הזקן לבין המטפל הזר, רחוק מהעין הציבורית, מחייב מערכת בקרה ופיקוח שונה מזו הקיימת כיום. למעשה הפיקוח והבקרה נמסרו לידיהן של חברות הסיעוד ולשכות התיווך להבאת עובדים זרים. שיטת פיקוח ובקרה שכזו היא בבחינת "חתול השומר על השמנת." וכי איזה חברה תרצה לחשוף שהעובדים שלה מנצלים או מתעמרים במטופליהם? מדוע שירצו לפגוע במקור שממנו הם גורפים רווחים? אשר על כן, נדרשת מערכת אכיפה ופיקוח חיצונית, אולי ממשלתית, שיהיו בידיה הכלים להתמודד עם התופעות הקשות והמכוערות שזקנים ומטפלים זרים כאחד נחשפים להן באינטראקציה של הטיפול. מבחינה זו, למשפחה של הזקן יש תפקיד מאוד מרכזי במעקב ובפיקוח אחר עבודת המטפל הזר. רוב המקרים של התעללות בזקנים נחשפו על ידי בני משפחה, אשר הציבו מצלמות נסתרות לאחר שהתעורר חשדן כי משהו אינו תקין. אין תחליף לביקורים תכופים של בני משפחה כדי לצמצם תופעה זו של התעללות בזקנים על ידי מטפלים זרים. עם זאת, חשוב לציין, כפי שסוקר לעיל, כי ברוב המקרים הזקן מרוצה מהטיפול ומהיחס כלפיו מצד המטפל הזר וזה האחרון מרוצה מעבודתו (יקוביץ, 2010א).

סיכום

העסקת מטפלים זרים, הגרים עם הזקן המוגבל בתפקודו וסועדים אותו מסביב לשעון, הפכה להיות חלופה מועדפת על ידי זקנים רבים ובני משפחותיהם, וזאת בהיעדר חלופות קהילתיות זולות ומועילות יותר, המאפשרות לאותם זקנים להזדקן במקום גם במצבים של ירידה תפקודית קשה. עם זאת, מחקרים מראים, כי מטפלים זרים אינם מחליפים בני משפחה בטיפול בזקן וכי המשפחה ממשיכה להיות מעורבת בצורה פעילה בסיוע לזקן, אולם מוקדי התפקיד שלה משתנים והיא מעורבת יותר בניהול הטיפול בזקן ובהחלפת המטפל ביום החופשי שלו בשבוע. מספרם של זקנים, המעסיקים מטפלים זרים, גדל והולך מדי שנה, הגם שמדיניות הממשלה היא לצמצם את מספרם של מטפלים אלה. אולם, אין כיום הגבלה של מכסה להבאת עובדים זרים בסיעוד, כפי שקיים הדבר בענפים אחרים, כמו

בחקלאות או בבניין. עובדה זו מצביעה על אחד ההיבטים של סוגיה מורכבת זו והוא, היעדר מדיניות כוללת, עקבית וברורה.

לא כל זקן הזקוק לטיפול אישי ולעזרה בבית יכול לאפשר לעצמו להעסיק מטפל זר, אלא אם הוא נמנה על האוכלוסייה בעלת הכנסה בינונית או גבוהה. זאת, משום שאין גמלת הסיעוד גבוהה דיה כדי לממן את מלוא העלות הכרוכה בהעסקת מטפל זר. במילים אחרות, אפשרות זו פתוחה בפני מי שידו וידי משפחתו משגת העסקת מטפל זר. מכאן ברור, כי מי שידו אינו משגת שירות כזה - נטל הטיפול נופל על כתפי בני המשפחה. לחילופין, ללא הסדר מספק לא יוכל הזקן להזדקן במקום וייתכן כי בני משפחתו יפנו לסידור מוסדי באמצעות משרד הבריאות, אשר עלותו למדינה גבוהה הרבה יותר מאשר השלמת עלות הטיפול על ידי מטפל זר. קובעי המדיניות צריכים לתת את דעתם לנושא זה של צדק חברתי, שיש בו כדי לקפח את אותה אוכלוסיית זקנים דלת אמצעים.

הגם שמחקרים מראים, כי על פי רוב הזקנים ובני משפחותיהם מרוצים מסידור זה, לא ניתן להתעלם מהתחלופה הרבה בתחום, כאשר הסיבות לכך רבות ומורכבות, חלקן תלויות במטפל (עזיבה או "ברירה") בשל ניצולו, התעמרות בו או הטרדה מינית, וחלקן תלויות במעסיקיו בשל חוסר שביעות רצון מהטיפול ו/או היחס של המטפל, בעיות שפה ותקשורת ועד למעשים של התעללות ופגיעה במטופלים. פרק זה העלה אחדות מהבעיות העיקריות העולות סביב העסקת מטפלים זרים בטיפול בזקנים, כמו הכשרתם של עובדים אלה והתאמתם לטיפול בזקנים אליהם הם משובצים, היעדר מערכת יעילה של פיקוח ואכיפה, שתוכל להתמודד עם הבעיות העולות סביב המפגש שבין המטפל הזר והמטופל הזקן. ללא אלה, אנו עלולים להמשיך ולשמוע על מקרים קשים של התעללות, ניצול והתעמרות מצד כל אחד משני הצדדים, אשר הנפגע העיקרי מהם, הוא בסופו של דבר הזקן חסר הישע.

ההזדקנות המהירה של האוכלוסייה הכללית ושל אוכלוסיית הזקנים והגידול המתמיד במספר הזקנים הזקוקים לטיפול על מנת להזדקן בביתם, מחייבים חשיבה כוללת על אודות חלופות נוספות שיהיה בהן לתת מענה לצורכי הזקנים הללו. אחת מהן, היא קביעת מדרג רחב יותר של רמות של גמלת סיעוד (יותר משלוש רמות) שייתנו מענה מיטבי יותר לצרכים של זקנים, אשר לא כולם זקוקים למטפל זר שיגור איתם. אולם, בהיעדר חלופות אחרות, זוהי חלופה זולה ואולי יחידה העומדת לרשות אלה שידם משגת זאת.

מקורות

- ארנרניך, ב. והוכשילד, א. ר. (2006). **האישה הגלובלית**. תל-אביב: בבל.
- באר, ש. (2004). **מפקד ארצי של דיירי המוסדות לטיפול ממושך, 2000 ומגמות בדפוסי המיסוד של הקשישים, 1983-2000**. ירושלים: מכון מאירס-ברוקדייל-ג'וינט ישראל.
- בר-צורי, ר. (2010). **בעלי היתר להעסיק עובדים זרים בסיעוד: מבט-על**. ירושלים: משרד התעשייה, המסחר והתעסוקה - מינהל מחקר וכלכלה.
- ברודסקי, ג., נאון, ד., רזניצקי, ש. ובן נון, ש. (2004). **מקבלי גמלת סיעוד - מאפיינים, דפוסי קבלת עזרה פורמלית ובלתי פורמלית וצרכים בלתי מסופקים**. ירושלים: מכון מאירס-ברוקדייל-ג'וינט ישראל והמוסד לביטוח לאומי, דמ-440-04.
- ברודסקי, ג., שנור, י. ובאר, ש. (2009). **קשישים בישראל: שנתון סטטיסטי 2008**. ירושלים, מכון מאירס-ברוקדייל-ג'וינט ישראל.
- גורן, י. (2010). **עבודת בישראל**. הורד מאתר האינטרנט בתאריך 20.4.2010. <http://www.kavlaoved.org.il/media-view.asp?id=2763>
- הכנסת. (2010). **פרוטוקול הוועדה המיוחדת לבעיות העובדים הזרים מיום 16.6.2009**. הורד מאתר האינטרנט בתאריך 20.4.2010. http://www.knesset.gov.il/protocols/heb/protocol_search.aspx?ComId=15
- הכנסת. (2010). **הודעה לעיתונות שהתפרסמה בתאריך 3.3.2010**. הורד מאתר האינטרנט בתאריך 20.4.2010. <http://www.knesset.gov.il/spokesman/heb/Result.asp?HodID=8417>
- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. (1997). **סקר 60+**. הורד מאתר האינטרנט בתאריך 19.4.2010. http://www.cbs.gov.il/www/publications/senior98/word/intro_c1.doc
- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. (2007). **הודעה לעיתונות: סקר חברתי 2006 - עמדות הציבור כלפי טיפול באנשים הסובלים מקשיי תפקוד**. הורד מאתר האינטרנט בתאריך 19.4.2020. http://www.cbs.gov.il/energy/newhodaot/search_text_hodaot.ht
- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. (2009). **הודעה לעיתונות: בסוף שנת 2008 היו בישראל כ-115 אלף עובדים מחו"ל שנכנסו לישראל באשרת עבודה**. הורד מאתר האינטרנט בתאריך 17.4.2010. http://www.cbs.gov.il/reader/newhodaot/hodaa_template.html?hodaa=200920161

יקוביץ, א. (2010א). **מטפלים עיקריים ומטפלים זרים בזקנים: גורמים המסבירים נטל וסיפוק טיפול של המטפל העיקרי ושביעות רצון של המטפל הזר מעבודתו - דו"ח מחקר**. באר שבע: אוניברסיטת בן-גוריון בנגב.

יקוביץ, א. (2010ב). מטפלים עיקריים, מטפלים זרים ומה שביניהם. בתוך: א' לבנשטיין וי' בריק. (עורכים). **הזקן ומשפחתו** (עמ' 207-222). ירושלים: אשל- ג'וינט ישראל.

כורזים, מ., גורן, ט. ונירן, ר. (2002). **מטפלות בית בזקנים: מאפיינים, תפיסת תפקיד ודפוסי עבודה והעסקה**. ירושלים: מכון מאירס-ברוקדייל-ג'וינט ישראל, דמ-365-02.

ליבוביץ, ע. (2010). **משכורת תמורת יחסי מין**. הורד מאתר האינטרנט בתאריך 21.4.2010: <http://www.kavlaoved.org.il/media-view.asp?id=2763>

משרד התמ"ת. (2007). **נוהל לשכות פרטיות להבאה, תיווך ולטיפול בעובדים זרים בענף הסיעוד**. ירושלים: משרד התמ"ת. הורד מאתר האינטרנט בתאריך 20.4.2010: <http://www.moital.gov.il/NR/exeres/0B7500AA-12FB-4A2C-9190-C31A479667D9.htm>

נתן, ג. (2010א). **מדיניות הממשלה בנושא עובדים זרים - החלטת ממשלה מס' 1274 מינואר 2010**. ירושלים: הכנסת - מרכז המחקר והמידע. הורד מאתר האינטרנט בתאריך 20.4.2010: <http://cbl212-235-5-230.bb.netvision.net.il/mmm/data/pdf/m02450.pdf>

נתן, ג. (2010ב). **זכויותיהם וחובותיהם של מעסיקים ושל עובדים זרים בענף הסיעוד**. ירושלים: הכנסת - מרכז המחקר והמידע. הורד מאתר האינטרנט בתאריך 20.4.2010: <http://www.knesset.gov.il/mmm/data/pdf/m02449.pdf>

קו לעובד. (2010). הורד מאתר האינטרנט בתאריך 21.4.2010: <http://www.kavlaoved.org.il/media-view.asp?id=2763>

Ayalon, L. (2009a). Family and family-like interactions in households with round-the-clock paid foreign careers in Israel. *Age & Ageing*, 29(6): 671-686.

Ayalon, L. (2009b). Fears come true: The experience of older care recipients and their family members of live-in foreign home care workers. *International Psycho-Geriatrics*, 21(4): 779-786.

Ayalon, L. (2009c). Evaluating the working conditions and exposure to abuse of Filipino home care workers in Israel: Characteristics and clinical correlates. *International Psycho-Geriatrics*, 21(1): 40-49.

Ayalon, L., Kaniel, M. & Rosenberg, L. (2008). Social workers' perspectives on care arrangements between vulnerable elders and foreign *home care workers*:

Lessons from Israel/Filipino care-giving arrangements. *Home Health Care Services Quarterly*, 27(2): 121-142.

Browne, C. V. & Braun, K. L. (2008). Globalization, women's migration, and the long-term care workforce. *The Gerontologist*, 48(1): 16-24.

Chichin, E.R. (1991). Formal counterparts of informal caregivers: Paraprofessional home care workers who live with their clients. *Journal of Long Term Home Health Care*, 10(2): 28-33.

Chichin, E.R. (1992). Home care is where the heart is the role of interpersonal relationships in paraprofessional home care. *Home Health Care Services Quarterly*, 13(1/2): 161-177.

Chichin, E.R. & Cantor, M.H. (1990). *Correlates of job satisfaction among homecare workers in New York City*. Paper presented at the Annual Scientific Meeting of the Gerontological Society (43rd, Boston, MA, November 16-20, 1990).

Chichin, E.R. & Cantor, M.H. (1992). The home care industry: Strategies for survival in an era of dwindling resources. *Journal of Aging & Social Policy*, 4(1/2): 89-105.

Cox, R. & Narula, R. (2003). Playing happy families: Rules and relationships in au pair employing households in London, England. *Gender, Place and Culture*, 10(4): 333-344.

Davey, A. & Patsios, D. (1999). Formal and informal community care to older adults: Comparative analysis of the United States and Great Britain. *Journal of Family and Economic Issues*, 20(3): 271-299.

Glendinning, C., Halliwell, S., Jacobs, S., Rummery, K. & Tryer, J. (2000). New kinds of care, new kinds of relationships: How purchasing services affects relationships in giving and receiving personal assistance. *Health and Social Care in the Community*, 8(3): 201-211.

Iecovich, E. (2007). Live-in and live-out homecare services and care recipient satisfaction. *Journal of Aging and Social Policy*, 19(4): 105-122.

Iecovich, E. (2009). *The role of migrant homecare workers in providing care to frail elderly people*. Paper presented at the international expert meeting on "Monitoring long-term care for the elderly". European Center for Social Welfare, Policy, and Research and the Ministry of Welfare and Social Services, Jerusalem, September, 2009.

- Iecovich, E. (2010). Tasks performed by primary caregivers and migrant live-in homecare workers in Israel. *International Journal of Ageing and Later Life*, (in press).
- Lazaridis, G. (2007). Les infirmières exclusives and migrant quasi-nurses in Greece. *European Journal of Women's Studies*, 14(3): 227-245.
- Litwin, H. & Attias-Donfut, C. (2009). The inter-relationship between formal and informal care: A study in France and Israel. *Ageing and Society*, 29(1): 71-91.
- Lutz, H. (2002). At your service madam! The globalization of domestic service. *Feminist Review*, 70: 89-104.
- Lutz, H. (2002). At your service madam! The globalization of domestic service. *Feminist Review*, 70: 89-104.
- Noelker, L. S. & Bass, D.M. (1989). Home care for elderly persons: Linkages between formal and informal caregivers. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 44(2): 563-70.
- Phizacklea, A. (2000). Gendered actors in migration. In: J. Andall (Ed.). *Gender and ethnicity in contemporary Europe*. Oxford: Berg.
- Porat, I. & Iecovich E. (2010). Patterns of relationships between frail elderly persons and their foreign live-in homecare workers. *Home Health Care Service Quarterly*, 29(1):1-29.
- Porter, E.J., Lasiter, S. & Poston, E. (2005). Figuring out whether they can be trusted: Older widows' intentions relative to hired non-professional homecare helpers. *Journal of Women & Aging*, 17(4): 77-92.
- Spandler, H. (2004). Friend or foe? Towards a critical assessment of direct payments. *Critical Social Policy*, 24(2): 187-209.
- Ungerson, C. (1999). Personal assistants and disabled people: An examination of a hybrid form of work and care. *Work Employment and Society*, 13(4): 583-600.
- Ungerson, C. (2003). Commodified care work in European labour markets. *European Societies*, 5(4): 377-396.
- Ward-Griffin, C. & Marshall, V.W. (2003). Reconceptualizing the relationship between "public" and "private" eldercare. *Journal of Aging Studies*, 17(2): 189-208.

סוף דבר אסתר יקוביץ

התחום של טיפול בית הוא תחום המתפתח במהירות. כפי שמשתקף מהכתוב בספר, הטיפול במסגרת הבית הופך להיות שירות מרכזי וחיוני יותר ויותר בטיפול במצבי בריאות ותפקוד שונים ומשתנים. אנו עדים לנטייה גוברת והולכת של "שיבה הביתה" והחלפת האשפוז בבתי חולים ובמסגרות מוסדיות, לסוגיהם השונים, בטיפול בביתו של הזקן החולה ו/או המוגבל, כפי שלמדנו בפרק שכתבה פרופ' שורץ ועמיתותיה על התפתחות ההיסטורית של הטיפול בבית. זאת, בשל שתי סיבות עיקריות: האחת, העדפה של הזקן להישאר בביתו, ואף למות בביתו, כאשר מתקיימים התנאים הנדרשים לכך. השנייה, קובעי המדיניות מעוניינים לספק שירותים שאינם נופלים במועילותם מאלה המסופקים במסגרות אשפוזיות, אך יעילים יותר מבחינת ההוצאה הציבורית, במיוחד לנוכח התחזיות על הגידול הצפוי בשיעור הזקנים, העלייה מתמדת בתוחלת החיים וריבוי המקרים המצריכים טיפול למשך פרקי זמן ארוכים יותר מבעבר.

מדיניות הטיפול בבית בישראל מוצאת את ביטויה בחקיקה במסגרת מערכת הביטחון הסוציאלי ונותנת ביטוי להעדפה של הרעיון בדבר "הזדקנות במקום", כפי שפרופ' בריק הרחיב בפרק הדין בנושא. למשל, חוק ביטוח סיעוד נועד לספק שירותים בביתו של הזקן, כאשר הוא מוגבל בתפקודו היומיומי וזקוק לעזרת הזולת. זאת ועוד, זכאותו לקבלת הגמלה פוסקת עם המעבר למסגרת מוסדית. גם חוק בריאות ממלכתי 1994 מטיל על שירותי הבריאות לספק טיפולים רפואיים בבית. למשל, סעיף 6א בחוק קובע: "שירותי הבריאות יינתנו על פי סל שירותי הבריאות ... (3) טיפול רפואי אמבולטורי, לרבות טיפול נפשי, יינתן בין במרפאה ובין בבית." עם זאת, אין החוק מגדיר אלו סוגי שירותים רפואיים יינתנו בבית ואין הוא כלל מתייחס לנושא של אשפוז בית. אשר על כן, התפתחו עם השנים מודלים ייחודיים של טיפולים רפואיים בבית, דוגמת אשפוז בית בירושלים או טיפול פליאטיבי באזור הנגב. היו אלה אנשים חלוצים, בגדר "משוגעים לדבר", שהחליטו לעשות מעשה. אין זה אומר שמודלים אלה ישימים בכל מקום ובכל מערכת, אך לפחות הכיוון הותווה והדרך נסללה והעובדות מדברות בעד עצמן.

יש לציין, כי בשנת 2009 הוציא משרד הבריאות שני נהלים המחייבים מתן טיפול רפואי בבית, על פי העדפתו של החולה, כחלופה למתן הטיפול במסגרת אשפוזית וזאת בשני מצבים: האחד, במקרה של צורך בטיפול פליאטיבי בחולה סופני - נוהל 30/09 "הפעלת שירות פליאטיבי (הוספיס) בקהילה, בבית חולים כללי ובמוסד סיעודי" קובע בסעיף 5: "השירות נמצא בסל השירותים המפורט בתוספת השנייה לפי חוק ביטוח בריאות ממלכתי, הניתן למבוטחים על ידי קופות החולים על פי העקרונות: ...קיום מערך פליאטיבי ייעודי לבית המטופל, זמין 24 שעות ביממה..." הנהל השני מתייחס למתן טיפול שיקומי - חוזר מספר

4/2009, הנושא את השם: "אמות מידה למתן טיפול שיקומי". נוהל זה קובע בסעיף 10.1.2, כי טיפול שיקומי לזקנים יכול להינתן גם בביתו של המטופל. הנוהל מטיל חובה על הגורם המבטח להפעיל צוות שיקום רב-מקצועי, או לחתום על הסכם עם שירות קיים המפעיל צוות שיקום, כדי לספק שירות כזה בבית, במידה וזו העדפתו של המטופל. המבחן האמיתי יהיה כמובן מבחן היישום והאכיפה של ביצוע נהלים אלה על ידי הקופות. עם זאת, אין קביעה בחוק ואין נהלים המטילים על קופות החולים לספק טיפול רפואי בבית לחולים כרוניים, הזקוקים לטיפול ממושך או לאשפוז בית במצבים אקוטיים, שניתן לטפל בהם במסגרת הבית, ולכן גם אין סטנדרטים המגדירים את מהות השירות, היקפו, מבנהו, צורת הספקתו, סל השירותים, ועוד. כתוצאה ממצב זה, קופות החולים פיתחו שירותים לטיפול רפואי בבית וכל אחת פיתחה לעצמה מודל/ים משלה.

מתן טיפול בבית, במצבים בריאותיים ותפקודיים שונים, אינו יכול להינתן מבלי שקיימת משפחה תומכת ומטפלת, הנושאת בעיקר נטל הטיפול ומהווה תשתית שעליו נבנה הטיפול הפורמלי בבית. זה נכון ביחס למצבים של אשפוז בית, כפי שפרופ' שטסמן וד"ר ג'קובס כותבים במאמרם על אשפוז בית, וזה בוודאי נכון לגבי טיפול פליאטיבי בחולים סופניים, כפי שכותב ד"ר זינגר בפרק העוסק בטיפול פליאטיבי בבית, וזה גם נכון לגבי טיפול בית בחולים כרוניים, כמצוין בפרק שכתבו ד"ר יקוביץ, גב' קיי, גב' סמסון וגב' קוגון, על הטיפול הממושך בבית. המשפחה מהווה ציר מרכזי בטיפול, גם כאשר הזקן מקבל שירותי סיעוד מידיה של מטפלת בשכר וגם כאשר המשפחה מעסיקה מטפלת זרה הגרה עם הזקן, כפי שמודגש בפרק שכתב פרופ' שטסמן על חוק ביטוח סיעוד ובפרק על מטפלים זרים שאותו כתבה ד"ר יקוביץ. קיומה של משפחה תומכת, המוכנה ליטול על עצמה את התפקיד המרכזי במתן אפשרות לטיפול בית בזקן הוא, אם כן, תנאי הכרחי למתן טיפול בית. אולם, לא ניתן להתעלם מהעובדה, כי חלק ניכר מהמטפלים העיקריים הם אנשים עובדים, הנדרשים לתמרן בין עבודה לבין משימות הטיפול, כפי שמתארות פרופ' לבנשטיין, פרופ' כץ ודפנה הלפרין בפרק הדין בנושא זה. לכן, הנטייה הגוברת להעביר את הטיפול הרפואי והתמיכתי בזקן החולה והמוגבל בתפקודו אל ביתו מחייבת התייחסות לשני רכיבים: האחד, חייבת להיות מדיניות המחייבת מעסיקים ליצור לעובדים מטפלים סביבת עבודה ידידותית, המתחשבת בתפקידם כמטפלים בבן משפחה זקן. הרכיב השני הוא, שללא מדיניות ממשלתית, המתמרצת עובדים ומעסיקים כאחד לאפשר לעובדים מטפלים להתמסר לטיפול בבן משפחתם הזקן, מגמה זו של פיתוח הטיפול בבית כנראה תלך ותיבלם. זהו אינטרס ציבורי וזהו צורך בסיסי של בני משפחה מטפלים.

זאת ועוד, מתוך פרקי הספר עולות מספר סוגיות נוספות המחייבות התייחסות ופעולה מצד קובעי המדיניות ונותני השירותים. ראשית, עולה צורך לתיאום ולשילוב בין נותני השירותים השונים על מנת להבטיח רצף טיפול והתייחסות למכלול צרכיו של הזקן ובני משפחתו, כפי שגם ברודסקי מדגישה בפרק העוסק בסוגיות במדיניות הטיפול בבית. הפיצול הקיים כיום בין השירותים לטיפול בית פוגע ביעילותם ובמועילותם ובעיקר מכביד

על צרכני השירותים הללו. למשל, כיום, זקן יכול לקבל שירותים לטיפול בית משתי מערכות שונות: טיפול רפואי בבית מיחידה לטיפול בית בקופה שבה הוא מבוטח (טיפול ממושך, טיפול שיקומי או טיפול פליאטיבי), ובו-זמנית לקבל גם שירותי מטפלת בית, במסגרת זכאות לגמלת סיעוד מהמוסד לביטוח לאומי. בין שתי מערכות אלו אין שום תיאום, ממשק או תכנון משותף של תכנית טיפול כוללת בזקן. תכניות טיפול אלו נקבעות בנפרד, כל אחת במערכת שלה, על פי קריטריונים שונים ומערכת שיקולים שונה. הסוגיה הזו של הצורך בהתמודדות עם הפיצול שבין מערכות הטיפול והתמיכה השונות איננה יורדת מסדר היום הציבורי במדינות רבות בעולם המערבי (Yeandle & Fry, 2010). לצורך זה פותחו מודלים שונים המבטאים רמות שונות של שילוב ותיאום בין השירותים באופן שלזקן ולמשפחתו נקודת כניסה אחת למערכת, המתייחסת למכלול צורכי הזקן והמטפל בו והנותנת מענה בהתאם (Leutz, 1999), מבלי שהזקן ומשפחתו צריכים לכתת רגליהם מגורם אחד למשנהו ולאבד את דרכם בסבך הביורוקרטיה (Leichsenring, 2004). נושא זה חייב גם לעמוד על סדר היום הציבורי בישראל ומחייב שינוי והתמקדות בטובת הזקן, מעבר לשיקולים פוליטיים כאלה ואחרים.

סוגיה נוספת העולה מתוך הספר היא השימוש בטכנולוגיות מסייעות לצורך הטיפול הרפואי והתמיכתי בבית. השימוש בטכנולוגיות מסייעות, פשוטות ומתקדמות, מיועדות לאפשר לזקן לשמר את עצמאותו התפקודית עד כמה שניתן, למנוע תאונות ומצבים אשר עלולים להפכו לנכה, לסייע לבני משפחה, בעיקר לאלה מהם העובדים, בהשגחה ובמעקב אחר הזקן המרותק לביתו ולהנגיש לו שירותים, שבדרך אחרת יקשה עליו לעשות בהם שימוש. טכנולוגיות אלה מיועדות גם לצמצם את הטיפולים הרפואיים החוץ-ביתיים ואת הצורך בביקורים במתקני בריאות או בביקורי בית של צוותים מקצועיים, אשר המחסור הצפוי בהם בשנים הקרובות יחריף וילך, כפי שד"ר קיי ועמיתיה מציינים בפרק העוסק בטכנולוגיות מסייעות. בהקשר זה יש להזכיר, כי במסגרת חוק בריאות ממלכתית נקבע בחוק ביטוח בריאות ממלכתי סעיף 6 (א) (7), כי סל שירותי הבריאות כולל גם מכשירים ואביזרי עזר רפואיים ובתוספת השלישית בסעיף 4 יש רשימה ארוכה של מכשירים ואביזרים אשר משרד הבריאות משתתף במימונם, כמו: מקלות הליכה, הליכוניס, עגלות נכים, מיטות פאולר, מנופים הידראוליים, מזרונים למניעת פצעי לחץ, ועוד. מעניין עד כמה הציבור מודע לזכויותיו אלה ועד כמה הוא אכן מממש אותן.

מעבר לכך, נראה כי קיים צורך בחשיבה אחרת ובפיתוח אסטרטגיות חדשות למניעת תחלואה ומוגבלות. לצורך זה יש לשים דגש רב יותר על תכניות לקידום בריאות והחזרה לכושר (Reablement). תכניות כאלה פותחו במדינות מתקדמות ומזדקנות, אשר הגידול בהוצאה הציבורית על טיפול בתחלואה ובנכות הביאן לאמץ אסטרטגיות חדשות, אשר בטווח הארוך עשויות לרסן את ההוצאה הציבורית. בעוד שטיפול הבית המסורתי שם דגש על טיפול תחזוקתי ועל תמיכה, הרי שהגישה החדשה נשענת על מושגים של הזדקנות

פעילה, של הזדקנות מוצלחת ושל בניית יכולות ושימורן (Cartwright, Cosgrave, Gooden, et al., 2009). על בסיס תפיסה זו החלו בשנים האחרונות להתפתח תכניות השמות דגש על מניעה ושיקום, כדי למצות את הפוטנציאל של הזקנים ולמנוע, עד כמה שניתן, הזדקנות לטיפול ממושך. גישה זו מיועדת להתקדם אל מעבר לטיפול תחזוקתי מסורתי בבית ולהביא לשיפורים במצב התפקודי ובאיכות החיים. הגישה שמה דגש על התערבויות משמרות בתחום הריפוי בעיסוק, פיזיותרפיה, חינוך לבריאות ושיקום חברתי. על המדינות שאמצו אסטרטגיות אלה נמנות חלק גדול ממדינות ה-OECD. גם באיחוד האירופי מושם דגש גובר על פיתוח טכנולוגיות, שמטרתן לדחוק ולדחות מחלות ומוגבלויות לגילים מתקדמים יותר ולצמצם את מספר שנות החיים עם מחלות ומוגבלויות אלה (Alpert, 2010; Resnick, 2010).

סוגיה נוספת הראויה להתייחסות היא המימון לטיפול ממושך. ההוצאות של המוסד לביטוח לאומי על תשלומי גמלת סיעוד הולכות ומאמירות, כמו גם ההוצאה על שירותי בריאות לטיפול ממושך. נושא זה נדון בהרחבה על ידי פרופ' בנטור בפרק הדין במדיניות הטיפול הרפואי בבית. למרות זאת, מחקרים שנערכו בתחום (למשל, ברודסקי, נאון, רזניצקי ובן-נון, 2004) מצביעים על פער בין הצרכים לבין מידת המענה לצרכים אלה. אשר על כן, עולה הצורך במציאת פתרונות חלופיים ונוספים למימון. לצורך זה התפתחו תכניות לביטוחי סיעוד פרטיים לסוגיהם השונים, כפי שנדון בהרחבה בפרק שכתבו ברמלי ועמיתותיה. יש לשקול שילוב בין מערכות הביטוח הציבורי והפרטי על מנת לתת מענה הולם ומלא יותר לצרכים המתרבים.

לא ניתן לסיים ספר זה מבלי לציין את ההתקדמות העצומה שחלה בארץ בתחום הטיפול בזקן בביתו, כפי שמשתקף הדבר היטב מתוך כל פרקי הספר. קשה לתאר כיצד ניתן היה לאפשר לזקנים להזדקן בביתם ללא מערכת שירותים תוך-ביתיים מפותחת, מקצועית ומגוונת, המאפשרת איכות חיים, חיים בכבוד וגם מוות בכבוד, כאשר הזקן נמצא בסביבתו הטבעית ומוקף בבני משפחה אוהבים ודואגים. בהקשר זה יש גם לחשוב על אלה שאין להם משפחה שנוטלת על עצמה את הדאגה והאחריות, המאפשרת להם להזדקן במקום. לאלה צריכה לדאוג הקהילה ולשם כך פותחו מודלים שונים במקומות שונים בעולם שניתן ללמוד מהם, אולם הדין בכך חורג ממסגרת ספר זה.

למרות ההתפתחות בתחום זה יש עוד רבות לפנינו ועוד רחוקה הדרך כדי לנוח על זרי הדפנה. התבררנו באנשי מקצוע מעולים, שהטיפול בזקן הוא נר לרגלם. טוב שיש לנו גם "משוגעים לדבר" אשר יוזמים תכניות, הוגים רעיונות ומיישמים אותם. אולם, ללא הירתמות רצינית ומשמעותית של הממסד להתמודדות עם הסוגיות שפורטו לעיל ועם האתגרים שמציבים השינויים הדמוגרפיים, תוך התעלות מעבר לשיקולים פוליטיים ולאינטרסים צרים, ולפעמים גם אישיים, לא תיפתרנה חלק מהבעיות שנידונו בספר.

מקורות

ברודסקי, ג., נאון, ד., רזניצקי, ש. ובן-נון, ש. (2004). **מקבלי גמלת סיעוד - מאפיינים, דפוסי קבלת עזרה פורמלית ובלתי פורמלית וצרכים בלתי מסופקים**. ירושלים: מכון ברוקדייל-ג'וינט ישראל. הורד מאתר האינטרנט:

<http://brookdaleheb.jdc.org.il/?CategoryID=156&ArticleID=121>

Alpert, P.T. (2010). Maximizing the health of older adults. *Home Health Care Management & Practice*, 22(5): 372-375.

Cartwright, C., Cosgrave, C., Gooden, J. & Carpenter, L (2009). *Re-ablement of older people in North Coast NSW. Australia*: NSW Department of Ageing Disability and Home Care (DADHC). Retrieved from: <http://aslarc.scu.edu.au/Re-ablement%20of%20Older%20People%20in%20North%20Coast%20NSW,%20Ph%201.pdf>. Accessed 13 September 2010.

Leichsenring, K. (2004). Developing integrated health and social care services for older persons in Europe. *International Journal of Integrated care*, 4, e10. Retrieved from: <http://www.ijic.org/index.php/ijic/article/viewArticle/107/213>. Accessed 18 August 2010.

Leutz, W.N. (1999). Five laws for integrating medical and social services: Lessons from the United States and the United Kingdom. *The Milbank Quarterly*, 77(1): 77-110.

Resnick, B. (2010). Function of older adults in acute care: Optimizing the opportunity. In: M.D. Foreman, K. Milisen & T.T. Fulmer (Eds.). *Critical care nursing in older adults: Best practices* (pp.209-239). NY: Springer.

Yeandle, S. & Fry, G. (2010). *The potential of ICT in supporting domiciliary care in England*. JRC European Commission. Retrieved from: <ftp://ftp.jrc.es/pub/EURdoc/JRC56438.pdf>. Accessed 5 September 2010.

הטיפול בבית הופך בשנים האחרונות לתופעה הולכת ונפוצה. זאת, מתוך הכרה, כי טובתו של הזקן להיות מטופל בביתו, כשהוא מוקף בבני משפחתו וגם כדי להביא לריסון ההוצאה הציבורית עבור שירותי בריאות בכלל ושירותי אשפוז בפרט.

הספר "טיפול בית בזקנים המוגבלים בתפקודם" עוסק במערכת הטיפול בזקנים חולים, ברמות שונות ובשלבים שונים של חולי ותחלואה, וכן בזקנים מוגבלים בתפקודם היומיומי, שצורכיהם מחייבים טיפול בבית.

טובי המומחים בארץ בתחום המדיניות, המחקר והפרקטיקה בזיקנה מתמקדים אפוא במאמריהם בסוגיות רבות ומגוונות הקשורות לתחום מדיניות הטיפול בזקנים בבית. המאמרים השונים, המופיעים בספר, מתארים תכניות ושירותים תוך-ביתיים מגוונים, שמטרתם לאפשר לאנשים זקנים להזדקן בכבוד בביתם ובסביבתם הטבעית לצד חיסכון בהוצאה הציבורית.

הספר מיועד לכל מי שעוסק בזיקנה ומתעניין בתחום, החל מאנשי מקצוע וכלה בבני משפחה המטפלים בזקן חולה או מוגבל בתפקודו.

עורכת הספר, **ד"ר אסתר יקוביץ**, היא מהגרונטולוגים המובילים בארץ בתחום הזיקנה ומרצה בכירה במחלקה לסוציולוגיה של הבריאות וגרונטולוגיה, בפקולטה למדעי הבריאות באוניברסיטת בן גוריון שבנגב, שם שימשה כראש התכניות ללימודי זיקנה לתואר שני.