

בטחון סוציאלי

כתב עת בנושאי רווחה ובטחון סוציאלי

- גידולה של אוכלוסיית העולם • כיצד לשמור ולהגן על תכנית הביטחון הסוציאלי ולשפרה
- מדיניות חברתית כלפי משפחות הורים עובדים עם ילדים בגיל רך — מבט על שוודיה
- מי עוזר יותר למי? התייחסות בין-עדתית • על השימוש במושג שיקום בישראל ועל פיתוחה של תורת שיקום מקצועית • למהות השיקום המקצועי • שיקום מקצועי והערכת תכניות שיקום לאור הספרות המקצועית • על נסיבות הפטירה של קשישים • היערכות השירות הסוציאלי בבית חולים כללי לטיפול בנפגעי פעולות איבה • דפוסי שימוש בשירותים רפואיים בישראל בהשוואה למקובל בארצות אחרות: מגעי חולה—רופא

בטחון סוציאלי

כתבי־עת בנושאי רווחה ובטחון סוציאלי

יוצא לאור על־ידי

המוסד לביטוח לאומי

ירושלים * תמוז תשמ"ב * יוני 1982

חוברת 23

בחוברת זו

המאמרים הכלולים בחוברת זו ערוכים בשלוש חטיבות. החטיבה הראשונה נפתחת במאמרו של פרופ' סיימון, התוקף את הדעה הרווחת מאז ימי מאלתוס, לפיה גדלה אוכלוסיית העולם בשיעור העולה פי כמה על השיעור שבו גדלים המשאבים הדרושים לקיומה. דעה זו אינה מביאה בחשבון את יכולתו של האדם לשכלל את האמצעים העומדים לרשותו ואת העובדה שגידול האוכלוסייה מסתגל לתנאי הייצור ונתון להשפעתו של מגוון תנאים כלכליים. פרופ' כהן יוצא להגן על הביטחון הסוציאלי בארצות הברית לנוכח הניסיונות לצמצמו, לפגוע בו או לשנות את בסיסו הפדראלי, ודוחה בתוקף את הטענה כאילו צפויה בתחום זה פשיטת רגל או כאילו התרחבה המערכת הרבה מעבר למה שתזו יוזמיה. פרופ' דורון מבקש לפתוח לפני הקורא הישראלי אופקים אל הנעשה באחת ממדינות הרווחה המתקדמות בעולם — שוודיה, וסוקר בהרחבה את המדיניות התברתית הנהוגה במדינה זו כלפי משפחות שבהן שני ההורים עובדים מחוץ לבית בעוד הם מטופלים בילדים בגיל הרך.

מאמרי החטיבה השנייה דנים בהיבטים שונים של נושא השיקום והגשת העזרה לנזקקים לה. פרופ' יגון ומר רון חוקרים את השפעתם של משתנים כגון מוצא עדתי ומצב כלכלי על מידת העזרה המוגשת. פרופ' רוזנפלד דן בשימוש במושג "שיקום" בישראל ובצורך בפיתוחה של תורת שיקום מקצועית לנוכח השימוש הבלתי מובחן שעושים במושג זה ולנוכח מצבם המביך של העוסקים בשיקום. גב' ברכה בן-צבי מנתחת את מהותו של השיקום המקצועי, המתמחה במאמציו של עובד השיקום לחלץ את המטופל ממצב ה"תקיעות" שנקלע אליו. גב' לוריין שפירא סוקרת את נושא השיקום המקצועי כפי שהוא משתקף בספרות המקצועית ובשלוש ממדינות המערב.

המאמרים בחטיבה השלישית מוקדשים לנושא השירותים הרפואיים והיחסים שבינם ובין אוכלוסיות שונות של נזקקים. גב' חנה נייל חוקרת את הקשר שבין משך מחלתם האחרונה של קשישים ובין מקום פטירתם. מר אשר הוק דן בהיערכותו של השירות הסוציאלי הפועל במסגרת בית החולים הכללי לטיפול בנפגעי פעולות איבה ובבני משפחותיהם. ד"ר אלנצווייג מנתח את דפוסי השימוש בשירותי תים הרפואיים, ויחס הפונים אליהם, הוך השוואה בין המקובל בארץ ובין המקובל בארצות אחרות.



"בטחון סוציאלי" מופיע פעמיים בשנה, בחורף ובקיץ.

מאמרים יש להגיש בשני עותקים, מודפסים ברווח כפול, על צד אחד של הדף. יש לצרף תמצית המאמר באנגלית וכן שם המחבר ושם המאמר באנגלית.

מען המערכת: "בטחון סוציאלי", האגף למחקר ותכנון, המוסד לביטוח לאומי, שדרות וייצמן 13, ירושלים 91909.

הדעות וההערכות המובעות במאמרים הן של המחברים והאחריות לתוכן הדברים מוטלת עליהם בלבד.

המערכת:

ד"ר אריה ניצן (יו"ר)

אלחנן גפני

פרופ' אברהם דורון

פרופ' יצחק זמיר

ד"ר ישראל כ"ץ

פרופ' משה ליסק

יעקב קופ

רפאל רוטר

נירה שמאי

העורך:

רפאל יוליוס

דפוס קואופרטיבי

אחיה, ירושלים

תוכן העניינים

| | | |
|-----|----------------------------|--|
| עמ' | | |
| 5 | פרופ' גוליאן לי סיימון | גידולה של אוכלוסיית העולם |
| 14 | פרופ' וילבור ג' סתן | כיצד לשמור ולהגן על תכנית הביטחון הסוציאלי ולשפרה |
| 21 | פרופ' אברהם דורון | מדיניות חברתית כלפי משפחות הורים עובדים עם ילדים בגיל רך — מבט על שוודיה |
| 36 | פרופ' יואל יגון ויהודה רון | מי עוזר יותר למי? התייחסות בין-עדתית |
| 42 | פרופ' יונה מ' רוזנפלד | על השימוש במושג שיקום בישראל ועל פיתוחה של תורת שיקום מקצועית |
| 52 | ברכה בן-צבי | למהות השיקום המקצועי |
| 62 | לורין שפירא | שיקום מקצועי והערכת תכניות שיקום לאור הספרות המקצועית |
| 75 | חנה וייל | על נסיבות הפטירה של קשישים |
| 83 | אשר חוק | היערכות השירות הסוציאלי בבית חולים כללי לטיפול בנפגעי פעולות איבה |
| 90 | ד"ר אבייקר אלנצויג | דפוסי שימוש בשירותים רפואיים בישראל בהשוואה למקובל בארצות אחרות: מגעי חולה-רופא |
| 101 | אריח וולף, ערי"ד | חקיקה ופסיקה סוציאלית: תוק לתיקון דיני המשפחה (מזונות) (תיקון מס' 2), תשמ"א—1981; הזדמנות שווה בתעסוקה; האם יכול בעל למנוע הפסקת היריון של אשתו? מזונות לילד שנולד מהזרעה מלאכותית |
| 107 | | פרסומים שנתקבלו במערכת |
| 109 | | רשימת המאמרים שהופיעו בחוברות "בטחון סוציאלי" 1—23 |

גידולה של אוכלוסיית העולם *

מאת פרופ' ג'וליאן ל' סיימון **

גידול האוכלוסייה שיביא עמו מחסור במזון והרעת תנאי הסביבה. מאלתוס ערך חישובים של "מקומות-עמידה בלבד". בשנת 1802 כתב פקיד במשרד המושבות ההולנדי כי יאוונה, שאוכלוסייתה מנתה אז 4 מיליון תושבים, "מוצפת מובטלים". כיום מתגוררת ביא-ווה מרבית אוכלוסייתה של אינדונסיה המונה 125 מיליון נפש, ושוב מדברים על צפיפות-יתר במדינה.

ההשקפה הרוחת לגבי גידול האוכלוסייה — בפרט האוכלוסייה בארצות עניות — גורסת, שבני-האדם מתרבים "באורח טבעי". היינו, מקובלת ההנחה שהעניים מקיימים יחסי מין מבלי לתת את דעתם על התוצאות העשויות לנבוע מכך. אם להשתמש במלים של ויליאם ווגט, שספרו "הדרך להישרדות"² נמכר במיליוני עותקים, גידול האוכלוסייה באסיה אינו אלא תוצאה של "הזדווגות חסרת-מעצורים" של מוסלמים, סיקים, הינדים ויתר המיליארד הנחשל. א"י קארלסון, רופא במקצועו, כתב בשנת 1955 באחת מחוברות ביטאון ההסתדרות הרפואית האמריקנית³: "אם נוסיף להתרבות כארנבות, ניאלץ בטווח הארוך לחיות ולמות כארנבות". דעה זאת הולכת יד ביד עם ההשקפה שהאוכלוסייה תגדל בשיעור גיאומטרי עד שתיבלם מחמת רעב או תחלואה.

דומה, שכל בר-בירב יודע, כי חלה הרעה בסביבה הטבעית ואילו כמות המזון הולכת ופוחתת. ספרי הילדים אינם מותירים מקום לספק, שהאשם נעוץ בגודל האוכלוסייה וברי-בויה. בספר על איסוף בולים שנועד לילדים נאמר: "אם תימשך התפוצצות האוכלוסייה, יגוועו בני-אדם רבים ברעב. כמחצית מאוכל-לוסיית העולם שרויה כיום בתת-תזונה, וסכנה של מיתת-רעב מרחפת על רבים... כל הבעיות החמורות הקשורות בסביבה מקורן בבני-אדם — וביתר דיוק, בבני-אדם רבים מדי". אלא שעובדות אלה, המוצגות בפני ילדים בביטחון כה רב, הן או לא בדוקות או לא נכונות.

העובדות הדמוגרפיות, במידה שהן ידועות, אכן יש בהן כדי לנסוך חרדה במבט ראשון. דומה כאילו האוכלוסייה האנושית גדלה בכוח מניע טבעי המחולל את עצמו בשיעור מעריכי והנבלם אך ורק עקב רעב ותחלואה, גראה, שללא התערבות דראסטית לבלימת ריבוי גיאומטרי זה יזותרו עד מהרה "מקומות-עמידה בלבד".

החששות לגבי גידול האוכלוסייה אין בהם חדש. איריפידס, פוליביוס, אפלטון וטרטוליאנוס, ידועים כאורחים שהיו אחוזי חרדה מפני

Julian L. Simon, "World Population Growth", *The Atlantic Monthly* (August 1980), * pp. 70-76. Translated and published by permission of the author

** האוניברסיטה של אילינוי, ארצות הברית.

Fichter, George S., *The Golden Stamp Book of Earth and Ecology*, Racine, Wis., 1 Western Pub., 1972

Vogt, William, *Road to Survival*, New York, Sloane, 1948 2

Carlson, A. J., "Science versus Life," *Journal of the American Medical Association* 147, 3 1955, p. 1440

מש בכלים ולהתקין כלים. דיווי משער, שהי- שימוש בכלים שונים, "פתח לפני מלקט-המזון והצייד גישה למגוון רחב ביותר של סביבות". אולם, לאחר שמוצה הכוח תחדש שהביא עמו השימוש בכלים פרימיטיביים, חלה ירידה בגי- דול האוכלוסייה וגודלה נעשה כמעט יציב.

הקפיצה הבאה בגידול האוכלוסייה התחילה כנראה לפני 10,000 שנה, כאשר במקום לתור אחר צמחי-המזון וחיות-הצייד שגדלו מאליהם, החל האדם לטפח עדרים, לתרוש את האדמה ולזרוע. גם בפעם הזו התייצב גידול האוכלו- סיה לאחר שמוצו העליות הראשונות בתפו- קה שהביאה עמה הטכנולוגיה החדשה, ושוב נעשה גודל האוכלוסייה יציב כמעט בהשוואה עם הגידול המואץ שהתרחש קודם לכן.

שתי התרחשויות אלה, של עלייה חדשה בשי- עור גידול האוכלוסייה והירידה שבאה בעק- בותיה, מצביעות על כך שהגידול המואץ בהווה — שהחל במערב בערך לפני 250—350 שנה — עשוי גם הוא להיבלם כאשר, או אם, יתחיל הידע התעשייתי והחקלאי החדש, שהצי- טבר בעקבות המהפכה התעשייתית, להניב פחות הידושים. אפשר כמובן, שמהפכת הידע הנוכחית תימשך ללא סוף הנראה לעין. מכל מקום, בטווח הארוך נראה שגודל האוכלוסייה מסתגל לתנאי הייצור, וזאת בניגוד לדעה המקובלת האומרת שהיא גדלה תמיד בטור גיאומטרי. לפי השקפה זו, גידול האוכלוסייה מצביע דווקא על שגשוג כלכלי ועל ניצחוננו של האדם, ולא על כישלון חברתי.

הדרך שבה מתאר דיווי את התפתחות אוכלו- סיה האדם עדיין יש בה כדי לעורר בנו את הרושם שגידול האוכלוסייה ניחן בהיגיון משלו שאין לעמוד בפניו והמחוק את עצמו. אלא שצורת ראייה זאת היא כה רחבה, עד שיש בה כדי להטעות. לדוגמה, הדמוגרפים קולין קלארק ומרגרט האסול הוכיחו⁵, שא-

התפיסה בדבר "ריבוי טבעי", "פוריח טב- עית" או "הזדווגות חסרת-מעצורים", מצאה לה תימוכין בניסויים באקולוגיה של בעלי- חיים, אשר לדעת ביולוגים אחדים יש בהם כדי לשמש דגם לגידול האוכלוסייה האנושית. אנאלוגיות אלה שהוצגו, כוללות את תצפיו- תיו הידועות של ג'וזף ב' קאלהון בחולדות נורווגיות כלואות בכלוב, בהתנהגותם המשו- ערת של זבובים בבקבוק או של חיידקים בדלי, ובנטייתיהם של עכברי-שדה וחולדות- כותנה — סולם יצורים המוסיפים להתרבות עד שהם מתים כתוצאה מחוסר אמצעי-קיום. אך כפי שמאלתוס עצמו מודה במהדורה המ- תוקנת של ה"מסה על האוכלוסייה" שלו⁴, בני-אדם שונים תכלית-שינוי מזבובים ומ- חולדות. בהיותם ניצבים נוכח מצב דמוי "שבייה בתוך בקבוק", ניחנים בני-אדם בכושר ראיית-הנולד ועשויים להימנע מהולדת ילדים "מחשש מחסור". היינו, בני-אדם יכו- לים לבחור להם רמת פוריות המתאימה למקורות-הקיים שיעמדו לרשותם. מאלתוס כתב: "בעוד אינסטינקט עז דוחפו [את האדם] להרבות את בני מינו מתייצבת התבונה בדר- כו ושואלת כלום אינו מביא לעולם יצורים שאין ביכולתו לספק להם את האמצעים הדרושים לקיומם".

ההיסטוריה הדמוגרפית מוכיחה, שהאדם יכול גם לשנות את קו-הגבול — להרחיב את הבק- בוק. כלומר, ביכולתו להגדיל את המשאבים בעת הצורך. דומה, שגידול האוכלוסייה לא היה קבוע או יציב כלל ועיקר במרוצת הדו- רות. לדברי הפאליאולוג אדוארד דיווי, בתמונה הכללית ביותר של מיליון השנים שחלפו מתגלות שלוש תמורות מכריעות ופת- אומיות. התמורה הראשונה מסוג זה, גידול מואץ באוכלוסייה, בערך מיליון שנה לפני הספירה, התרחש לאחר שלמד האדם להשת-

Malthus, Thomas R., *Essay on Population. An Essay on the Principle of Population, 4 or a View of its Past and Present Effects on Human Happiness*, London, J. Johnson, 1803.

Clark, Colin & Margaret Haswell, *The Economics of Subsistence Agriculture*, New York, 5 St. Martin's, 1967.

ב-29 אחוזים, בטאיוואן ב-20 אחוזים, בסין ב-24 אחוזים, בהודו ב-16 אחוזים. לפי דעתי אנו רשאים להניח כמעט בוודאות שהדפוס האירופי של מעבר דמוגרפי חוזר ומתרחש עתה בחלקים אחרים של העולם ככל שיורד שיעור התמותה ועולה ההכנסה.

כאשר אנו מתבוננים בעובדות הדמוגרפיות מתוך כוונה לקבוע מה צריך לעשות בעניין גידול האוכלוסייה, רצוננו לדעת מה טומן בחובו העתיד, מה תהיה עוצמתם של "הלח-צים" של גודל האוכלוסייה ושיעור צמיחתה. ואולם, ההיסטוריה של התחזיות הדמוגרפיות צריכה ללמדנו לנהוג במידת הענווה בכל הנוגע להפיכת תחזיות למדיניות. בשנות ה-30 צפו מרבית מדינות המערב ירידה באוכלוסייה סייחן וחששו מפניה. המחקר המקיף ביותר על נושא זה נערך בשוודיה בשנת 1935 בידי כמה מטובי המומחים בתחום מדעי-החברה. כל ארבע התחזיות שלהם חזו שמספר השוודים יפחת ב-2 מיליון עד שנת 1985. אך הס-תבר, שכל השערותיהם לגבי העתיד — שנו-עדו להכיל את כל האפשרויות שניתן להעלות-תן על הדעת — המעיטו במידה ניכרת מגודל האוכלוסייה למעשה, שגדלה תחת זאת ב-2 מיליון נפש בערך. כלומר, העתיד היה טוב בהרבה, מנקודת-ראותם של אותם מדענים, מכפי שהיה צריך להיות לפי ניחושיהם. אילו הפעילו השוודים תכניות להגברת הפריון, כעצת הדמוגרפים, היו תוצאותיהן מנוגדות למה שהם רוצים עתה.

השוודים לא היו היחידים בעשיית תחזיות בלתי מדויקות ופסימיות. ועדת-מחקר מזר-כבת ממדענים בעלי-שם, שמינה נשיא ארצות הברית הרברט הובר בשנת 1933, דיווחה כי "אנו נגיע ככל הנראה לאוכלוסייה שגודלה 145—150 מיליון נפש במרוצת המאה הנוכ-חית". אך אף אחת מכל התחזיות הרבות שה-כינו בשנות ה-30 וה-40 טובי המומחים לדמוגרפיה בארצות-הברית לא חזתה אפילו לשנת 2000 שגודל האוכלוסייה יגיע ל-200 מיליון נפש. והנה, כבר ב-1965 מנתה אוכ-לוסיית ארצות הברית כמספר הזה וכיום הוא

פילו בשטח רחבי-ידיים כאירופה, שניתן לצ-פות כי עליית וירידות מקומיות יקוו בו זו את זו, לא גדלה האוכלוסייה בין השנים 14 לספירה — 1800 לספירה בשיעור קבוע ואף לא גדלה תמיד. תחת זאת, חלו בה התקדמויות ונסיגות כתוצאה ממגוון של גורמים; רעב ומגפות לא היו הבלמים הבלעדיים.

להכנסה נודעת השפעה מכרעת על האוכלו-סייה. לצד קפיצה זמנית בפוריות בעקבות עליית ההכנסה בארצות עניות, חלה ירידה בשיעור תמותת הילדים, וזאת עקב שיפור התזונה, הטבת תנאי התברואה והטיפול הרפואי הטוב יותר (הגם שבמאה ה-20 גר-שמה בארצות עניות אחדות ירידה בתמותה שלא היתה מלווה בעליית ההכנסה). משי-נוכחים בני-אדם לדעת, שמספר קטן יותר של לידות דרוש להשגת גודל נתון של משפחה, אם מתאימים את הפוריות כלפי מטה. הכנסה גדולה יותר גם מעמידה השכלה ושיטות למניעת ילודה בהישג ידם של בני אדם רבים יותר, מייקרת את גידול הילדים ואפשר שנו-דעת לה השפעה על הרצון ללדת ילדים. בדרך כלל, מתלווה לה מגמה לעבור לחיות בערים; לגדל ילדים בעיר יקר יותר מאשר בכפר והי-הכנסה שהם מביאים למשפחה קטנה יותר.

התהליך שבאמצעותו מביאות השפעות אלה של ההתפתחות הכלכלית לירידה בפוריות בטווח הארוך קרוי "המעבר הדמוגרפי" (demographic transition). מתוך הנתונים ההיסטוריים המעולים המצויים לגבי שוודיה אנו רואים בבירור, ששיעור התמותה החל לרדת לפני שירד שיעור הילודה. נוכל לראות שאותה זיקה בין ההכנסה לשיעור הילודה קיימת בארצות רבות אחרות. באחדות מן הגדולות שבמדינות אירופה, שיעור הילוד-דה כיום נמוך בהרבה מכדי למלא את תחסר, כלומר גידול האוכלוסייה הוא מתחת לאפס. גם במדינות מתפתחות רבות חלה ירידה בפוי-ריות. לדוגמה, בין השנים 1965—1975 ירד שיעור הילודה לאלף תושבים בקובה ובסיני-גפור ב-40 אחוזים, בהונג-קונג ב-36 אחוזים, בדרום-קוריאה ב-32 אחוזים, בקוסטה-ריקה

כמוטעות. אנו יכולים לצפות שההכנסה תוסיף לגדול, אך מהו החלק מתוכה שבני-אדם יהיו מוכנים להקציב לגידול ילד? אילו סוגי פעילות אחרים יתחרו בגידול-ילדים על התענינותו וזמנו של ההורה? סביר להניח, שהערכות קשות-לניבוי כגון אלה יהיו הגורמים הקובעים העיקריים לגבי גידול האוכלוסיה. חרף זאת, יכולים אנו לפחות לומר בביטחון, שגידול האוכלוסיה במרוצת המאות האחרונות אינו רצוי לכך שהאוכלוסיה תמיד לגדול הישר אל האינסוף והאבדון.

למרות שאין איש יודע מהו גודל האוכלוסיה או שיעור-גידולה שהעתיד צופן בחובו, שומרים לעתים קרובות ששיעור-אפס בגידול האוכלוסיה (zero population growth או ZPG) הוא המצב הנסבל היחיד. התיאוריה הכלכלית הקלאסית מאששת השקפה זו. עולה מתוכה, שגידול האוכלוסיה מביא עמו בהכרח ירידה ברמת-החיים. את עיקרה של כל תיאור-רייה כלכלית לגבי האוכלוסיה, ממאלתוס ועד ל"גבולות הצמיחה"⁶, ניתן לנסח במשפט אחד: ככל שעולה מספר בני-האדם המנצלים יחידה של משאבים, כן פוחתת ההכנסה לנפש, בתנאי שכל הגורמים האחרים נותרים כמות שהם. משפט זה נגזר ממה שמכונה בפי כלכלנים "חוק ירידת התפוקה". אין שני אנשים יכולים להשתמש באותו כלי, או לעבד אותה חלקת אדמה, בלי שתחול ירידה בתפוקתם לעומת מה שהיו מפיקים, אילמלא נאלצו לחלקם זה עם זה. רעיון דומה אומר, שאין שני בני-אדם יכולים להתפרנס מכמות מוזן נתונה בצורה כה טובה כפי שיוכל לעשות זאת אדם אחד. חלוקת הגילים הנובעת משיעור ילודה גבוה מגבירה השפעה זאת: מספר הילדים ביחס למספר העובדים יהיה גבוה יותר. זאת ועוד, ככל שיגדל מספר הילדים, כן תפחת יכולתה של האשה לעבוד מחוץ לביתה, ובכוח העבודה יתגל צמצום נוסף.

גדול ממנו בהרבה. רבים מעורכי התחזיות אף צפו שתחול ירידה במספר האוכלוסין לפני שנת 2000. כיום אנו יודעים שירידה כזו היא בלתי אפשרית, אלא אם כן תתחולל שואה.

אין כל סיבה לחשוב, ששיטות החיזוי כיום טובות יותר מאלה ששימשו בעבר. במשך שנות השבעים היינו עדים לקשת רחבה של תחזיות על אוכלוסיית העולם. לדוגמה, בשנת 1976 חזו "האומדנים הדמוגרפיים הטובים ביותר" שאוכלוסיית העולם תגיע, לדברי מנהל קרן האו"ם לפעולות בנושאי אוכלוסיה, רפאל סאלאס, ל"שבעה מיליארד נפש בערך" בשנת 2000.⁶ בשנת 1979 אמר מר סאלאס שבשנת 2000 יעמוד המספר על 6 מיליארד נפש. תוך שלוש שנים ירד אפוא המספר שנקב מר סאלאס במיליארד נפש כמעט, היינו כמעט בשביעית.

עוד בשנת 1972 חזתה ועדת הנשיא לנושא גידול האוכלוסיה, שבארצות הברית "אפילו יקטן בהדרגה גודל המשפחה — לרמה ממוצעת של שני ילדים — לא תהיה במשך שני העשורים הקרובים שנה שבה יירד מספר הלידות המוחלט אל מתחת לרמה של 1970". כיצד התפתחו הדברים הלכה למעשה? בשנת 1971 — שנה אחת לפני הגשת התחזית לנשיא ופרסומה — כבר נפל מספר הלידות המוחלט (לא שיעור הילודה) לעומת 1970. בשנת 1975 עלה מספר הלידות המוחלט במעט על מספר הלידות בשנת 1970, ולמעשה היה מספר הלידות בקרב משפחות לבנות קטן משהיה ברוב השנים שבין 1914 ו-1924. במקרה זה לא היתה הוועדה מסוגלת לנבא נכון אפילו את העבר, קל וחומר שטעתה לגבי העתיד. טעויות מביסות כגון אלה מן הראוי שיביאו אותנו לכך שנהרהר פעמיים בטרם נאמץ לנו תחזיות דמוגרפיות.

עשיית התחזיות לגבי גודל אוכלוסיה כרוכה בהנחות לגבי העדפותיהם של בני-האדם; כפי שנוכחנו לדעת, נתגלו בעבר הנחות ממין זה

6 UN Report for Population Activities, Annual Report, New York, 1975
 Meadows, Donella H., Dennis L. Meadows, Jorgen Randers & William W. Behrens III, 7
The Limits to Growth, New York, Potomac Assoc., 1972

— בני-אדם מוכנים לעשות מאמצים מיוחדים כאשר הם מבחינים בצורך מיוחד. לדוגמה, אבות לילדים בארצות הברית עובדים עבודה נוספת, השקולה כנגד שבועיים עד תמישה שבועות עבודה בשנה, עבור כל ילד נוסף. בטווח הארוך, גידול שנתי זה בשיעור של 4 עד 10 אחוזים בכמות העבודה עשוי לאזן לחלוטין (ואף יותר מזה) את ההפסד הזמני של עבודת האם. (צדו השני של המטבע הוא, שבני-אדם עשויים להתאמץ פחות כאשר חלה האטה בגידול האוכלוסייה, ועמה ירידה בבי-קוש.)

— שיעורם הגדול יותר של צעירים בכוח העבודה, הנובע מגידול האוכלוסייה, טומן בחובו יתרונות. עובדים צעירים מסיקים יותר ביחס לצריכתם בהשוואה לעובדים מבוגרים יותר, בעיקר בשל העבודה שהעובדים המבוגרים נהנים מעליית שכרם בהתאם לזוּתק, ללא קשר עם תפוקתם. ומאחר שכל דור נכנס למעגל העבודה עם מטען השכלה רחב יותר מן הדור שקדם לו, תולך העובד הממוצע ומתעשר בידע.

— גידול האוכלוסייה יוצר הזדמנויות בעולם העסקים ריש בכוחו לקדם תמורה. הוא מגביר את כוח-משיכתן של השקעות לצורכי תרחבה והשקעות חדשות, וזאת על-ידי הקטנת הסיכון והגדלת הביקוש הכולל. לדוגמה, כאשר נוצר עודף של דירות או של כושר ייצור בתעשייה, בכוחה של האוכלוסייה ההולכת וגדלה להתגבר על השפל במשק ולתקן את המעוות.

— אפשרויות עבודה במספר גדול יותר והגדלה של מספר הצעירים העובדים פירושן ניידות רבה יותר בתוך כוח-העבודה. והניידות מצדה מגבירה בתרבה את יעילות הקצאת המשאבים: ההתאמה הטובה ביותר של בני-אדם לעיסוקים.

— גידול האוכלוסייה מקדם שיקולים כלכליים של יתרונות של גודל ("economies of scale"): יעילות גדולה יותר של ייצור בקנה-מידה גדול. בעזרת מנגנון זה, ככל שעולה מספר בני-האדם כן גדל השוק. ולפיכך גדל הצורך במיכון, בחלוקת עבודה, בתחבורה ובתקשורת

על-פי דרך השיבה זו עולה, שגם המספרים המוחלטים של בני-אדם וגם חלוקת הגילים המתהווה בתהליך העלייה למספרים היותר גבוהים, בהכרח יביאו לירידה של התוצר לנפש. אלא שהעובדות אינן מאשרות את התיאוריה המקובלת. הן מצביעות על כך, שכמעט ודאי הוא שגידול האוכלוסייה אינו מעכב, ואפשר שהוא אפילו מקדם, את הצמיחה הכלכלית.

עובדה היסטורית אחת היא התפוצצות האוכלוסייה באירופה שחפפה תהליך של התפתחות כלכלית משנת 1650 ואילך. אישור נוסף עולה מהשוואת שיעורי גידול האוכלוסייה עם התיאור פוקה לנפש באותן ארצות מפותחות שלגביהן מצויים נתונים מן המאה שעברה. שום זיקה חזקה אינה מופיעה בין שני המשתנים. לדוגמה, קצב הגידול של האוכלוסייה בארצות הברית היה מהיר פי שישה מאשר בצרפת, אך שיעור העלייה בתפוקה לנפש בשתי המדינות היה כמעט שווה. אוכלוסיות בריטניה ונורווגיה גדלו במאה שעברה באותו קצב, אך שיעור העלייה בתפוקה לנפש בנורווגיה היה גדול בשליש מזה של בריטניה. לעומת זאת הצטיינה אוסטרליה בקצב מהיר ביותר של עלייה בשיעור הגידול באוכלוסייה ואילו שיעור הגידול של התפוקה לנפש היה איטי למדי. סקרים על שיעורי גידול האוכלוסייה והצמיחה הכלכלית בעת האחרונה הם מקור הזכחה נוסף. בארצות המפותחות פחות היה קצב עליית ההכנסה לנפש זהה או מהיר מזה שבארצות המפותחות, כפי שעולה מתוך סקר הבנק העולמי של השנים 1950—1975, חרף העובדה שאוכלוסיית המדינות המתפתחות גדלה בקצב מהיר מזה של אוכלוסיית המדינות המפותחות.

מנתונים אלה לא עולה שגידול מהיר של האוכלוסייה במדינות מפותחות מגדיל את ההכנסה לנפש, אבל יש בהם כדי לסתור את הדעה הגורסת, שגידול האוכלוסייה מצמצם בהכרח את הצמיחה הכלכלית. להעדר קשר של סיבה ומסובב בין גידול האוכלוסייה לצמיחה הכלכלית יש כמה הסברים, כגון:

דומים לגבי אירופה. שניהם מצאו שגם לאחר שהובאו בחשבון התנן והעבודה, עדיין אי אפשר להסביר חלק ניכר מן הצמיחה הכלכלית בעזרת שום גורם אחר אלא זה של שיפור הנוהל הטכנולוגי (לרבות שיטות ארגון משופרות). יתרונות של גודל כתוצאה מהגדלת המפעלים אינם נראים כבעלי חשיבות רבה מוויית-ראייה זאת, הגם שהטכנולוגיה מתקדמת בקצב מהיר יותר בתעשיות גדולות המתפתחות במהירות מאשר בתעשיות קטנות-היקף המתפתחות לאט. שיפור זה בתפוקה אינו מושג באפס מחיר; חלק נכבד ממנו נרכש במחיר השקעות במחקר ופיתוח. אך אין בכך כדי להפחית מחשיבותו.

מהו הקשר שבין חידושים לגודל האוכלוסייה ולשיעור גדולה? מאחר שרעיונות מקורם בבני-אדם דומה שהגייוני הוא כי מספר השיפורים תלוי במספר בני-האדם המשתמשים בשכלם. הרעיון אינו חדש. ויליאם פטי כתב בשנת 1683: "סביר יותר שאדם בעל כושר-המצאה וסקרני ימצא בין 4 מיליון מאשר בין 400 בני-אדם". האנס בתה, שזכה בשנת 1967 בפרס נובל לפיסיקה, אמר שהסיכויים להיתוך הגרעיני ידעו ויודים יותר ככל שיגדל מספר המדענים. בתה אמר, "לא הכסף הוא הגורם המעכב... הקידמה נבלמה בשל חסר-רונם של עובדים בעלי הכשרה מעולה".

אפילו מבט חטוף על ההיסטוריה מגלה, שעם גידול האוכלוסייה במאה האחרונה עלה גם מספר התגליות ושיעור הגידול בפריון גדל בקצב מהיר יותר לעומת המאות הקודמות. בתקופה הפרהיסטורית היה קצב הקידמה איטי ביותר. לדוגמה, בעוד שכיום פיתוח חומרים חדשים — כגון חומרים פלסטיים ומתכות — הוא עניין שבשגרה, חלפו אלפי שנים בין המצאת המטלורגיה של הנחושת לבין המצאת הטכנולוגיה המטלורגית של הברזל. אילו היתה האוכלוסייה גדולה יותר, היו תגליות טכנולוגיות מופיעות ביתר מהירות. יוון ורומי הקדומה הוצגו לעתים קרובות כדוגמאות שיש בהן כדי להפריך קו מחשבה זה. משום כך השוויתי את מספרן של התגליות הגדולות,

גדולים יותר ויעילים יותר. הכלכלן הוליס ב' צ'ברי הישווה את כמות המוצרים במדינות מפותחות פחות ומצא, שבאשר אוכלוסייתה של מדינה אחת כפולה בגודלה מאוכלוסייתה של מדינה אחרת, ובתנאי שכל התנאים זהים, התפוקה לעובד גדולה ב-20 אחוזים. אמת כלכלית בדוקה היא, שככל שקצב גידולה של תעשייה מהיר יותר, כן גדל קצב השיפור ביעילותה. אחד המחקרים, שערך השוואה בין תפוקתן של תעשיות נבחרות בארצות הברית ובין תפוקתן של תעשיות דומות בבריטניה ובקנדה, הוכיח שכאשר מכפילים את גודלה של תעשייה פי ארבעה, יש לצפות לכך שהתפוקה לעובד וליחידת הון מושקע תגדל פי שניים. סביר להניח, שדבר זה נכון באופן כללי לגבי המדינות המפותחות.

אוכלוסייה גדולה יותר מקנה יתרונות של גודל להשקעות חברתיות יקרות רבות, שלא היו כדאיות אילו לא כן — כגון במסילות-ברזל, במערכות גיכון ובנמלים. גם שירותים ציבוריים, דוגמת שירותי כבאות, יכולים להינתן בעלות נמוכה יותר לנפש כאשר האוכלוסייה גדולה יותר.

כל ההסברים שסוכמו זה עתה הם כבדי-משקל מבחינה כלכלית. אך היתרון החשוב מכל שגידול האוכלוסייה מעניק לכלכלה טמון בהגדלת מאגר הידע השימושי. המוח האנושי הוא הקובע מבחינה כלכלית. בדיוק כמו, או אף יותר מאשר, הפה או הידיים. בטווח הארוך, התרומה שבני-אדם תורמים לדעת האנושית הן גדולות מספיק כדי להתגבר על כל העלויות של גידול האוכלוסייה. זהו קביעה חותכת, אך הראיות לטובתה נראות חותכות גם הן.

חשיבותו של הידע הטכנולוגי נתגלתה באופן ברור בשני מחקרים ידועים שערכו רוברט סולוב בשנת 1957 ואדוארד דניסון בשנת 1962. בהשתמשם בשיטות שונות הישבו שני-הם באיזו מידה יש לייחס את הצמיחה הכלכלית בארצות הברית לגידול ההון הפיזי ולגידול בטח-העבודה. דניסון ערך חישובים

עשר המוגיות שברשותו; היצואן המגלה שפחית-אשפה עשויים לשמש מיכלים מצוינים וזולים; מנהל המרכול המוצא דרך להציג יותר סחורה בשטח נתון; העובד המגלה דרך מהירה יותר להדביק תוויות-מחירים על פחיות זושימוראים ועוד ועוד.

גידול האוכלוסייה מחיש את תהליך אימוצן של טכנולוגיות קיימות כמו גם תמצאת טכנו-לוגיות חדשות. הדבר בא לידי ביטוי מצבחה בתחום החקלאות, שהעוסקים בה משתמשים בשיטות "מתקדמות" יותר ויותר, אך גם מייגעות יותר ליצור מזון ככל שגוברת צפי-פות האוכלוסייה — שיטות שהיו אולי ידועות אך התעלמו מקיומן מאחר שלא היו נחוצות. לדוגמה, ציד וליקוט מזון — התובעים מספר מועט ביותר של שעות עבודה שבועיות כדי לספק תזונה מלאה — פיגו את מקומם לחק-לאות של נודים בשיטת קציר ושריפה, וזו פינתה את מקומה לחקלאות מיושבת של הזברה ממושכת, וזו לחקלאות של הזברה קצרה. ובסופו של דבר אומצו שיטות של דישון מלאכותי, השקאה וריבוי יבולים. למ-רות שכל שלב תובע בהתחלה עבודה רבה משתבע השלב שקדם לו, התוצאה הסופית היא מערכת יעילה ופורייה יותר.

תופעה זו מסבירה גם מדוע התקדמות הצי-וויליזאציה אינה בבחינת מירוץ בין הטכנו-לוגיה לאוכלוסייה, שכל אחת מהן מתקדמת באופן בלתי תלוי בחברתה. בניגוד לתפיסה המאלתוסית, אין קשר ישיר בין כל המצאה המגדילה את ייצור המזון ובין ייצור מוגבר של המזון. אפשר שהמצאות אחרות כגון לוח-נטיעות מוצלח יותר, יאומצו מיד כאשר יתברר עד כמה הן מוצלחות, מפני שביכולתן להגדיל את התפוקה ללא תוספת עבודה. המצאות אחרות, דוגמת חקלאות מיושבת או ריבוי יבולים בהשקאה, כרוכות בתוספת עבודה ואי לכך לא יאומצו כאשר יתעורר הביקוש.

העובדה שתאדם לומד תוך כדי עשייה היא מפתח לשיפור הפריון בענפי תעשייה אחדים ובמשקים לאומיים. הרעיון פשוט: ככל שגד-

כפי שאלה נרשמו בידי מומחים לתולדות המדע שהכינו רשימות כאלה, עם מספרי האוכלוסייה ביוון ורומי במאות שונות. מהש-וואה זו עלה, שגידול באוכלוסייה או בשיעור גידולה (או שניהם גם יחד) הלכו יד ביד עם גידול בפעילות המדעית, ואילו ירידה בגודל האוכלוסייה לוותה בצמצומה.

בתקופה המודרנית קיימת עדות מהימנה למדי המאשרת את ההשפעה החיובית הנודעת לגי-דול באוכלוסייה על המדע והטכנולוגיה: במדינות בעלות רמת הכנסה זהה קיים יחס ישר בין התפוקה המדעית לגודל האוכלוסייה. לדוגמה, רמת החיים בארצות הברית ובשווי-דיה היא שווה בערך, אולם אוכלוסיית ארצות הברית עולה במספרה בהרבה על זו של שוודיה והיא מפיקה כמות גדולה בהרבה של ידע מדעי. בדיקת מראי-המקומות המופיעים בפרסומים מדעיים בארצות הברית ובשוודיה ומספר התחליכים הרשומים כפטנטים ששוודיה רוכשת בארצות הברית, מאמתת זאת.

הכיצד אין הודו עתירת האוכלוסין מדינה משגשגת ומתקדמת? לא טענתי שאוכלוסייה גדולה תאפיל מאליה על כל המשתנים האחרים הפועלים על חברתה — האקלים, התרבות, ההיסטוריה, המבנה המדיני. לא אמרתי אלא שאין ראיה לכך שאוכלוסייה גדולה גורמת עוני ותת-התפתחות. הודו היא ארץ ענייה ומפגרת בהתפתחותה בשל גורמים רבים, ומצבה היה חמור יותר אילו היתה אוכלוסייתה קטנה מזאת. ההשוואה הנכונה אינה בין הודו לארצות הברית, אלא בין הודו ובין מדינות עניות אחרות, ועובדה היא שברשות הודו מצוי אחד המערכים המדעיים הגדולים ביותר בעולם השלישי — בחלקו אולי הודות לאוכ-לוסייתה הגדולה.

קשה להפריט בהדגשת העובדה, ש"קידמה טכנולוגית ומדעית" אין פירושה מחקר מתוחכם בלבד, וגאונים אינם המקור היחיד של ידע. הרבה מן ההתקדמות הטכנולוגית מקורה בבני-אדם שלא זכו להשכלה מעולה ושאינם טהנים משכר גבוה: פקיד-המשלוחים המפתח שיטה טובה קצת יותר של פריסת

בדומה להון פיזי. אדרבה, הוא מתייחס לבני-אדם, המגיבים על צורכיהם הכלכליים במאמצים פיזיים ושכליים עד שנוצר הניצוץ היוצרגי ועד בכלל. דמיון ויצרנות אינם מושגים שמקובל להכלילם במודלים כלכליים, אך הבה נכיר בחשיבותם בלי מבוכה ונקצה להם את מקומם הראוי.

חקרתי את ההשפעות של שיעורים שונים של גידול אוכלוסייה — בין השאר שיעור גידול אפס, שיעור גידול של אחוז אחד לשנה ושיעור גידול של 2 אחוזים לשנה — על העולם המפותח, והשתמשתי לשם כך במודל שנועד להביא בחשבון את תרומותיהם של בני-אדם נוספים להתקדמות הטכנולוגיה. על-פי כל מערכת תנאים הצטיינו המשקים ההיפותטיים שהועמדו בתנאים של גידול אוכלוסייה מואץ יותר בהכנסה גבוהה יותר לעובד בהשוואה למשקים שהועמדו בתנאים של גידול אוכלוסייה איטי יותר, וזאת בתקופה שאינה עולה על שמונים שנה. בתנאים ידועים, שיעורי הפוריות הגבוהים יותר מדביקים את שיעור עליית התפוקה לעובד רק כעבור שלושים שנה — כלומר, רק כעשר שנים לאחר כניסתו של הילד הנוסף הראשון לסוח-העבודה. יתרה מזו, על-פי כל קנה מידה מוחלט אין הבדל גדול, בטווח הקצר, בין ההשפעות הכלכליות הנובעות משיעורים שונים של גידול האוכלוסייה. ההבדלים בטווח ארוך הם הם ההבדלים הגדולים.

נכון הדבר, ששלושים עד שמונים שנה הן בגדר עתיד רחוק, אך שומה עלינו לזכור, שהעתיד שלנו יהיה ההווה של זולתנו, כשם שההווה שלנו היה העתיד של זולתנו. מידה כלשהי של העדר אנוכיות צריכה לאלץ אותנו לזכור זאת בבואנו לקבל החלטות הנוגעות למדיניות בענייני האוכלוסייה. לדוגמה, הקוראים יכולים להשוות את המסקנות המסקנות ממודל זה עם תחושותיהם לגבי השאלה, האם היה מצבה ישל ארצות הברית כיום טוב יותר אילו פחתה אוכלוסייתה בשנת 1830 כדי מחצית. באשר לי, ברור לי למדי שאבותינו הגדולים לא את הברכה שבידע וביתרונות-הגדול,

לה האוכלוסייה כן עולה כמות הדברים המיוצרים. התיקף הרחב יותר פותח בפני בני-האדם אפשרויות רבות יותר לשפר את כישורייהם ולפתח שיטות טובות יותר. מהנדסי ייצור השכילו להבין תהליך זה כבר עשרות שנים, אך הכלכלנים עמדו על חשיבותו רק כאשר בדקו את ייצור המטוסים בימי מלחמת העולם השנייה. הם גילו, שכאשר מוכפל מספר המטוסים המיוצרים, העבודה הנדרשת לייצור מטוס אחד פוחתת ב-20 אחוזים. כלומר, אם ייצור המטוס הראשון מצריך 1000 יחידות עבודה, המטוס השני יצריך רק 800 יחידות, וכך הלאה, הגם שלאחר זמן מה תחול התייצבות ברווחים שמקורם ביעילות המוגברת. "שיעורי התקדמות" דומים מאפיינים את תהליכי הייצור של מחרטות, מסונות כלים, מכונות לייצור טקסטיל ואניות. השפעתה של הלמידה תוך כדי עשייה ניכרת גם בירידתם ההדרגתית של מחירי מצרי צריכה חדשים — כגון, מתקני מיוג-אוויר ביתיים ומכשירי טלוויזיה צבעונית — בשנים שלאחר הכנסתם לשוק.

ראינו שלגודל האוכלוסייה ולשיעור גידולה יש מגוון של השפעות כלכליות. הכלכלנים חייבים להתייחס להיקפן ולחשיבותן של השפעות אלה ותוצאותיהן. הם עושים זאת בדרך של בניית מודל המשלב את היסודות החשובים במשק ועל-ידי כך שהם משתמשים בו כדי להשוות את גודל ההכנסה לנפש בשיעורים שונים של גידול אוכלוסייה.

אך בין שהם מתימטיים או מילוליים, פשוטים או מורכבים, ממוחשבים או בלתי ממוחשבים, לכל המודלים הקונוונציונליים של השפעות גידול האוכלוסייה על רמת-החיים יש שורש משותף — מאלתוס של המהדורה הראשונה. ואולם, אם נצטרף למודל המאלתוסי עובדה בסיסית נוספת של הצמיחה הכלכלית — העלייה בפריון שמקורה בכוח היצירה של בני-אדם — נגיע לתוצאה שונה בתכלית. מודל כזה אינו רואה בבני-אדם הון אנושי גרידא, מצרך שהוא כחומר ביד היצר ובלתי פעיל

מהיר יותר. אך לאחר מכן (בין 120 ל-180 שנה), גידול אוכלוסייה מתון מביא לשיפור משמעותי בתפקוד הכלכלי. אוכלוסייה היורדת בגודלה, מצבה חמור ביותר בטווח הארוך. אי לכך, לגבי מדינות מתפתחות כמו לגבי מדינות מפותחות האופן שבו אנו שופטים את גידול האוכלוסייה תלוי בהערכתנו את ההווה בהשוואה עם העתיד. אם כל מעיינינו נתונים להווה בלבד, כי אז יש בתוספת ילדים משום בטל על המשקים במדינות מתפתחות. אך אם יש ביכולתנו להקדיש אותה מידה של דאגה לרווחת הדורות הבאים כפי שאנו מקדישים לעצמנו, אזי נראה בילדים נוספים ברכה. לאור הניתוח הכלכלי שהותווה כאן, כל מי שמגלה עניין בעתיד העולם בטווח הארוך חייב להעדיף אוכלוסייה שהיא חלכה וגדלה על-פני אוכלוסייה שגודלה יציב או פוחת והולך.

בטווח הקצר, כל המשאבים מוגבלים: עיסת העץ ששימשה לייצור החוברת הזאת, מספר הדפים שתקצה לי מערכת כתב העת ותשומת-הלב שיקדיש הקורא לדבריי. לעומת זאת, הטווח הארוך הוא סיפור שונה לחלוטין. למן תחילת ההיסטוריה המתועדת רמת החיים עלתה ועולה יחד עם גידול אוכלוסיית העולם. אין כל סיבה כלכלית משכנעת מדוע לא יתמידו מגמות אלה בכיוון של חיים טובים יותר עד אין קץ. תוספת בני-אדם יוצרת בעיות, אך בני-אדם הם גם האמצעים לפתרון בעיות אלה. תומר הדלק העיקרי להאצת הקידמה בעולם הוא מאגר הדעת שברשותנו, ואילו הבלם הוא העדרו של דמיון. המשאב החשוב מכל הם בני-אדם — בני-אדם בעלי כישורים ומרץ ומלאי תקווה — אשר יפעילו את כוח-רצונם ודמיונם לתועלתם שלהם, ועקב כך, באופן בלתי גמנע, גם לתועלת כולנו.

וכי אילו היה מספרם של אבותינו קטן יותר היתה גם הירושה שקיבלנו קטנה יותר. לגבי מדינות מתפתחות יש במודלים הכלכליים המקובלים כדי להרע אף יותר באשר לגידול האוכלוסייה מאשר לגבי מדינות מסופות. למודל שהכינו אנסלי קואל ואדגר מ' הובר נודעה השפעה מכרעת על החשיבה הדמוגרפית ועל המדיניות הממשלתית במשך למעלה מ-20 שנה. לדברי פיליס פיוטרו, "התיזה של קואל והובר העניקה בסופו של דבר את ההכשר לפיקוח על הילודה כחלק ממדיניות סיוע-החוך של ארצות הברית". קואל והובר פשוט הניחו, שהתוצר הלאומי הכולל של מדינה מתפתחת לא יגדל עקב גידול האוכלוסייה, במשך שלושים השנים שהמודל שלהם מקיף, לא בגלל גידול בכוח העבודה ולא בגלל תוספת מאמץ יצרני. אי לכך החישוב שלהם מתמצה בסופו של דבר בשיעור התפוקה מחוץ לק למספר הצרכנים; גידול במספר הצרכנים מצמצם את הצריכה לנפש, ולא חשוב מה יקרה.

אלא שקיימות השפעות אחרות שיש להתייחס אליהן: השפעתו החיובית של ביקוש מוגדל על עולם העסקים ועל האשקעות בתקלאות; נטייתם של בני-אדם להקדיש שעות רבות יותר לעבודה כאשר המשפחה גדלה; מעבר העובדים מחקלאות לתעשייה; יתרונות-גודל בשירותים ציבוריים; והמספר הגדול יותר של עובדים. כאשר מביאים בחשבון גורמים אלה, וכאשר מניחים הנחות הגיוניות לגבי ההתנהגות האפשרית של משקיהן של מדינות מתפתחות, מקבלים תוצאות שהן שונות תכ-לית שינוי מן התחזיות הקודרות שהורגלנו לשמוע. על-פי המודל שלי, באוכלוסייה הגדלה באיטיות או שאינה גדלה כלל התפוקה לנפש עולה, במשך שישים השנים הראשונות, במקצת על זו של אוכלוסיית שקצב גידולן

כיצד לשמור ולהגן על תכנית הביטחון הסוציאלי ולשפרה

מאת פרופ' וילבור ג' כהן *

יכולים להרשות לעצמם להניח לו לעשות זאת.

בדומה לאותה חברת ביטוח מפני שריפות המבטחת את בתינו גם הביטחון הסוציאלי הוא מערכת ביטוח, אלא שהוא מצטיין בכמה תכונות שהן יחידות במינן ורבות ערך: למרות שחובה היא לשלם את הפרמיות, אין המעסיקים והמועסקים משלמי הפרמיות רשאים לבטל את הפוליסה; מועצת המנהלים של חברת הביטוח — הקונגרס — נבחרת בידי הבוחרים; אין צורך בבדיקה רפואית כדי להיכלל בתכנית; התגמולים והגמלאות נקבעים לאור מדד השכר והמחירים, לפי סדר זה. מערכת זאת פותחה בזהירות והיא ראויה שנטפחה מתוך חיבה.

ואולם, אפילו תומכיה הנלהבים של המערכת — ואני מונה את עצמי עם אלה — מכירים בכך שברגע זה מעיקות עליה כמה בעיות סיננסיות. אבל ניתן להתגבר עליהן. לפיכך אני סבור, שאל לנו להניח עוד לחששות של הרגע מפני האפשרות או הסבירות של פשיטת-רגל להסית את דעתנו, וכי שומה עלינו לנוע הישר אל השאלה הבסיסית והמורכבת יותר — כיצד ניתן להציב את המערכת על בסיס מוצק? הדבר ניתן להיעשות, הוא חייב להיעשות והוא גם ייעשה.

בערך 40 מיליארד דולר נצטברו בקרן העתיד דה הקיימת. אך אין זה סכום גדול בתשוואה

האם צריך לקצץ בגמלאות הביטחון הסוציאלי, בהתאם לעקרונות שהמליץ עליהם ממשל רייגן? ואולי אין לקצץ בהן? האם לקצץ הרבה או מעט? איפה? האם הביטחון הסוציאלי עומד לפני פשיטת-רגל? כיצד ניתן להבריא את הביטחון הסוציאלי מבחינה פיננסית? כלום יש להוריד את הגמלאות אל מתחת ל-80 אחוזים לעובדים הפורשים בגיל 62? האם יש להעלות את הגיל לגמלאות פרישה מלאות של הביטחון הסוציאלי מ-65 ל-68? האם יש לקצץ בגמלאות למוגבלים? האם יש להעלות את מסי הביטחון הסוציאלי, ואולי צריך לממן חלק מכלל הוצאות הביטחון הסוציאלי ממסי-ההכנסה הפדראליים? האם אנו יכולים לתת אמון בכל מה שאנו קוראים או שומעים על הביטחון הסוציאלי?

למרות כל מה ששומעים או קוראים, הביטחון הסוציאלי אינו ניצב כיום בפני פשיטת-רגל, ולהערכתי הוא לא יפשוט את הרגל גם מחר, או בשנה הבאה ואפילו לא בעוד עשרים וחמש שנים. בל נלך שולל אחרי תכסיסי ההפסדה האלה. למעלה מ-36 מיליוני אנשים מקבלים כיום גמלאות מדי חודש, וכ-115 מיליון בני-אדם מעבירים מדי שנה את תשלומיהם למערכת זו. הביטחון הסוציאלי לא פשט את הרגל בעבר, ולפי מיטב ניסיוני בעבר ועל יסוד ארבעים ושבע שנות עבודתי עם הקונגרס, אינני מאמין שהקונגרס והנשיא

* יו"ר האגודה להצלת הביטחון הסוציאלי (SOS). לשעבר שר הבריאות, החינוך והרווחה. וילבור כהן משמש פרופסור לענייני ציבור בבית-הספר ע"ש לינדון ב' ג'ונסון, אוניברסיטת טקסאס, אוסטיין, טקסאס.

יהיה להשתמש בהכנסות המדינה, אם יהיה בכך צורך, כדי לשלם גמלאות במקרה שיתרחשו התפתחויות בלתי צפויות, לפני שיהיה בכוחו של הקונגרס לטפל במצב או בזמן שהוא אינו מתכנס.

מלבד זאת תיתכן בעיה של מימון בטווח הארוך, משיגיעו ילדי תקופת הגיאות בילודה שלאחת מלחמת העולם השנייה לגיל 65, בשנים 2010–2030. מי חכם היודע היום איזה תנאים כלכליים ישררו בעוד 30 עד 50 שנה? אינני סבור שאנו חייבים להיכנס בשנת 1981 או 1982 בעובי הקורה ולנסות לפתור בעיה אפשרית זאת. מן הראוי שנקדיש מעט יותר זמן ללימוד האלטרנטיבות ולהתרכזות בגוש-אים הנוגעים לעשרים השנים הבאות.

הנשיא רייגן הצהיר (במהלך מערכת הבחירות), והשר לענייני עבודה שוויקר אישר מדיניות זאת, כי לא נצטרך לשנות, עכשיו ואף לא בעתיד הקרוב, את גיל הפרישה המקובל בביטחון הסוציאלי מ-65 ל-68. זהו התחום היחיד שבו אני מסכים עמו בכל לבי. ההצעה להעלות את גיל הפרישה ל-68 מוקדמת מדי ואפשר שיתברר שכלל אינה נחוצה. לדעתי, העלאת גיל הפרישה אינה רצויה ואין כל ספק שהיא שנויה במחלוקת. היא מענישה את מי שנעשה חולה או מוגבל בגיל שבין 62 ו-68. עלינו להמתין ולראות, אילו התפתחויות בתחומי התעסוקה, האבטלה והילודה יחולו במרוצת חמש עד עשר השנים הבאות. כיום רבים מוסיפים לעבוד בגילים גבוהים יותר, וראוי לנו לעודדם בכך, אם היכולת בידם ואם ברצונם לעשות כן. לא זו בלבד שעלינו להעמיד לרשותם עבודה מועילה ותכנסה משופרת; הדבר גם מגדיל את הכנסות הביטחון הסוציאלי אלי ומצמצם את ההוצאות לתשלומי גמלאות. החששות שהובעו לגבי בעיות המימון שיתעוררו בשנים 2010–2030 לא יתאמתו לעו-לם! אני, מכל מקום, מטיל ספק בכך שיתעוררו.

אפשר שתתעורר ואפשר שלא תתעורר בעיה פיננסית בטווח הבינוני, בשנים 1984–2000. ואולם, לפי החוק הקיים מתוכננת

לצורכי המערכת. הכסף מופקד כיום בארבע קרנות מגדרות נפרדות, ומדי שנה נוספים עוד 160 מיליארד דולר כתכנסה ובעתיד יגדל הסכום עוד יותר. ואולם, נכון הוא שעקב שיעור האינפלציה הגבוה הנוכחי גדלו תשלומי הגמלאות במערכת בקצב מהיר מזה שנקב באומדן המקורי; ומפני ששיעור האבטלה בשנים האחרונות היה גבוה מן הרגיל, תשלומי הפרמיות של המעסיקים והמועסקים לביטחון הסוציאלי הביאו לכך שההכנסה תהיה נמוכה מן המשוער בתחויות המוקדמות. לפיכך קיימת עתה בעיה תריפה של נזילות, על כל פנים בטווח הקצר. אך אני מקווה שאין זה אלא מצב זמני. אם מאמינים, כמוני, שבעתיד יחול שיפור בכלכלה האמריקנית — כפי שגם מר רייגן מאמין — אזי ניתן לטפל בבעיות קצרות-הטווח של הביטחון הסוציאלי בצורה משביעת-רצון באמצעות הצעות לדרכי פעולה שכבר מונחות לפני הקונגרס. אחת ההצעות מבקשת להתיר מה שמכונה "הלוואות בין קרן לקרן". המסים או הפרמיות המשולמות לביטחון הסוציאלי הם לאמיתו של דבר סך הכל של ארבע פרמיות המועברות לארבעה חשבונות-עתודה נפרדים או "קרנות נאמנות". הקונגרס ייעד קרן אחת לתשלום ביטוח פרישה מהעבודה בגלל זיקנה ולתשלום הגמלאות לשאירים, קרן אחת לביטוח נכות, קרן אחת לביטוח רפואי חלק א' ואחת לביטוח רפואי חלק ב'. רבים רואים בביטוח הפרישה ביטחון סוציאלי, אך למעשה קיימים המישה סוגי ביטוח, והקונגרס הקים ארבע קרנות נאמנות נפרדות לטיפול בסוגי גמלאות שונים אלה. החוק בעניין הלוואות בין קרן לקרן פשוט יתיר לקרן נאמנות אחת להלוות כספים לכל אחת משלושת חברותיה בעת הצורך. חוק אחר יתיר מתן הלוואות לזמן קצוב מן האוצר הפדראלי לביטחון הסוציאלי, עד שיחלוף משבר האינפלציה והאבטלה. שני שינויים אלה יוכלו לפתור את בעיית הנזילות בטווח הקצר. כמו כן, אני ממליץ לחוקק שנית את תיקון ונדנברג, שהיה תקף בשנים 1944–1950, ואשר מבטיח עבור מקבלי הגמלאות שניתן

ציאלי חייבות להיקבע על סמך ערכן העצמי ולא בהתאם להשפעתן על התקציב הכללי הממומן שלא ממס על השכר.

הנשיא רייגן ומר סטוקמן הציעו למעלה מתריסר קיצוצים בגמלאות הביטחון הסוציאלי. מלבד ההצעה הידועה לכול לצמצם את הגמלאות לגילאי 62—65 הם הציעו עוד אחד-עשר קיצוצים מרחיקי לכת של הגמלאות.

סך-הכל של צמצום הגמלאות שהציעו יסתכם בשנים 1981—1986 ב־81.9 מיליארד דולר ויהיה גדול הרבה יותר בשנים שלאחר מכן — החל ב־30 מיליארד דולר לשנת בשנת 1986. איני סבור שנחוצו או שרצוי לקצץ בגמלאות האלה. אבל לגבי אחדים מקיצוצים אלה כבר הוסכם כי יבוצעו במהלך החודשים הקרובים. יהיו אשר יהיו מעלותיה או הסרונותיה של הגמלה האישית, חושבני שקיצוץ בגמלאות יביא לאבדן האמון בקרב המבוטחים בעתיד בהבטחות החקיקה של הקונגרס. אם משנים היזם או מחר את גמלתו של אדם אחד, אזי פירוש הדבר שמאמצים עיקרון בסיסי יוצר תקדים האומר, שניתן לשנות בשבוע הבא או בשנה הבאה את גמלתו של אדם אחר. אם ניתן לקצץ את גמלת שכנך, אזי נוצר תקדים המאפשר לקצץ בעוד מספר שנים גם את גמלתך שלך. את העיקרון של נסיגה מהבטחות שעוגנו בחוק ניתן להתיל אחר כך גם על תחוב הלאומי, על גמלאות נכי מלחמה, ואפילו על ה"הבטחות" שנתנה הממשלה לחברות פרטיות ולאוניברסיטאות בתמורה לשיירותם שקיבלה מהם.

בין המצדדים בקיצוץ מסוים או בקיצוצים בכלל יש הטוענים שמערכת הביטחון הסוציאלי לי רחבה יתר על המידה וכי התפתחה הרחק מעבר למטרתה המקורית. אך אין להשקפה זאת תימוכין בעובדות היסטוריות. זוהי קביעה שזכתה לתפוצה רבה ורבים מאמינים באמינותה, אלא שהיא איננה נכונה.

כל אחת מן הגמלאות הכלולות בתכנית קשורה ישירות להיבט חשוב של פרישה מעבודה. כל גמלאות-הזיקנה קשורות באופן ברור בפרי-

העלאת שיעורי המס של הביטחון הסוציאלי על מנת לממן את הגמלאות שהבטיח הקונגרס לשלם. מנהל התקציב הפדראלי דייוויד סטוקמן, הציע לקצץ גמלאות אלה באופן משמעותי, לקצץ במסים ולהגדיל את עודף ההכנסות לעומת הגמלאות. אני מתנגד בכל תוקף לשתי ההצעות הראשונות. אולם, אני מקווה שיעלה בידינו להגדיל את עתודות הביטחון הסוציאלי, כדי שנוכל לקדם מקרים בלתי צפויים בעתיד. הייתי רוצה שיהיו בידינו עתודות המשתוות בגודלן לסך תשלומי הגמלאות במשך שנה תמימה, או לכל הפחות 25 אחוזים מיעד זה, וטוב מזה — 50 אחוזים. אך איננו צריכים לקצץ בגמלאות כדי להשיג זאת.

הסיבה העיקרית להצעתם של רייגן וסטוקמן לקצץ בביטחון הסוציאלי מקורה ברצון להשיג שני יעדים: להגדיל את תקציב הביטחון ויחד עם זאת למלא את ההבטחה לאזן את התקציב. היות שהתקציב הפדראלי המאוחד כולל הן את הכנסות המדינה ממשרד האוצר תאמרי-קני והן את תשלומי הביטחון הסוציאלי מקרנות הנאמנות המוגדרות, כל סנט שמקצצים מאחד מתחומי הביטחון הסוציאלי מאפשרת למר סטוקמן להמליץ על הגדלת ההוצאה הצבאית ויחד עם זאת לטעון שהוא מאזן את התקציב. אינני סבור שהמעבידים, השכירים והעצמאיים יודעים — או שהם תומכים בעיקרון זה — שהכספים שהם מעבירים לביטחון סוציאלי ולביטוח הרפואי (וההוצאות מתוך תכניות אלה) אמורים לשמש לאיוונו או לאי איוונו של התקציב, או להגדלתו או לצמצומו של תגירעון הכללי! אך כזהו המצב! למרבה הצער, לכך ישמשו הכספים!

יש להפריד את הביטחון הסוציאלי (ובהקשר זה גם את ביטוח האבטלה הממלכתי) הפרדה גמורה מן התקציב הפדראלי המאוחד. אני ממליץ בכל לב על תיקון כזה, ומציע שייכנס לתוקף מוקדם ככל האפשר. אם ייעשה הדבר, ייעלם אחד המניעים העיקריים לניסיונו של מר סטוקמן לקצץ בגמלאות הביטחון הסוציאלי. הכנסותיו והוצאותיו של הביטחון הסו-

מהוצאות הביטוח הרפואי חלק ב'. אני משלם לביטחון סוציאלי מדי חודש 11 דולר עבור חלק ב'. 70 האחוזים הנותרים משולמים ישי-רות מתוך ההכנסה הפדראלית ממסים כלליים. שום חלק מהכנסות קרן הנאמנות של הביטוח הרפואי חלק ב' אינו נרבע ממסי הביטחון הסוציאלי. מדיניות כללית זאת של סידע מצד האוצר הפדראלי נהוגה מאז משנת 1965 ולא היתה לה שום השפעה שלילית על הגמלאות או על המערכת.

חלק מן הסידע הניתן למערכת מתוך המסים הכלליים הוא מוצדק, שכן הביטחון הסוציאלי מקטין את הצורך בתשלומי ההוצאות על רווחה, סעד רפואי והשלמת שכר המינימום מתוך הכנסות המדינה הכלליות.

אני מציע שנשלם עד מחצית ההוצאות הכרוכות בחלקו השני של הביטוח הרפואי — דמי אשפוז (חלק א') — מתוך ההכנסה הפדראלית הכללית. הקונגרס יהיה חייב להעביר או את אותו חלק ממסי הביטחון הסוציאלי (1.3 אחוזים מן השכר החייב במס). במקום שיוכנסו לקרן הנאמנות של הביטוח הרפואי חלק א', יוכלו 1.3 אחוזים אלה להתחיל לזרום אל קרן הנאמנות של גמלאות הפרישה. דבר זה ישמור על כך שהמערכת תיכנס למאה הבאה במצב כספי איתן ובלתי לקצץ אפילו סנט אחד מן הגמלאות. לפי אומדן יגיע בשנת 1982 השיעור של 1.3 אחוזים מן השכר החייב באותה שנה ל-15 מיליארד דולר בערך.

אני מתנגד לתשלום מלוא סכום הגמלאות, דוגמת דמי הטיפול הרפואי או גמלת נכים, מתוך ההכנסה הכללית של המדינה, מפני שאני חושש שגמלה כזאת תהפוך להיות אז גמלת-סעד". אני מתנגד לכל תיקון אשר יתפוך את הביטחון הסוציאלי למערכת סעד.

הועלו מספר הצעות ראדיקליות שמטרתן לשנות לגמרי את מבנה הביטחון הסוציאלי. הוצע (א) לבטל את תכנית הביטחון הסוציאלי במלואה ולהפקיד את הנושא כולו בידי המגזר הפרטי ולהשאירו באחריותם של היחיד, המעסיק או האיגוד המקצועי; (ב) להפוך את התכנית כולה לתכנית מרצון; (ג) להוציא

שה. גמלאות ביטוח הנכות הן צורה של פרישה קודם זמנה מחמת הגבלת כושר-העבודה שסיבתה ליקוי גופני או נפשי. גמלאות השאידיים מבוססות על מותו (פרישתו הסופית) של המפרנס. וכל גמלאות הביטוח הרפואי מבוססות על התשלומים שמשלמים אלה שפרשו מן העבודה לרופאים או עבור אשפוז בבית חולים.

אין רגליים לטענה שהתכנית כרוכה בתשלומים לאנשים או לטובת אנשים שאינם מקיימים תנאי פרישה בעלי-תוקף.

יש הסבורים בטעות, שמערכת הביטחון הסוציאלי מממנת את ההוצאות על רווחה, עזרה למשפחות עם ילדים תלויים, פליטים מארצות-חוץ, אסירים או בני אדם המקבלים השלמה לשכר המינימום. אין אמת בכך. יש הסבורים, שתשלומיהם לביטחון הסוציאלי הוצאו שלא כדין על מטרות שאין בינן ובין הביטחון הסוציאלי ולא כלום. אין אמת בכך. לביטחון הסוציאלי דרוש שהתשלומים ייכנסו למערכת לפני שהוא יכול לשלם את כספי הגמלאות. המשפחות הנזקקות לסעד ופליטים שלא שילמו מעולם אינם מקבלים גמלאות מן הביטחון הסוציאלי. הרבה ממה שנאמר על המימון השוטף של הביטחון הסוציאלי, על הגמלאות או על עלויות הניהול אינו נכון או שהוא נכון רק למחצה. קיימים דו"חות רשמיים, כגון דו"ח הוועדה הלאומית לביטחון סוציאלי (1981), שראוי לעיין בהם לפני שמתחילים לעשות שינויים בלתי נחוצים, בלתי רצויים או שנויים במחלוקת.

השקפתי שלי בשאלת המימון הבסיסי היא, שחלק — אבל חלק בלבד — ממימון גמלאות הביטחון הסוציאלי בעתיד צריך לבוא מן ההכנסות הפדראליות ממסים כלליים. הדבר יגביל את עליית מסי הביטחון הסוציאלי בעתיד ויביא לחלוקה שווה יותר של ההוצאות. חלק מהוצאות הביטוח הרפואי של הביטחון הסוציאלי — זה שעניינו תשלום שכרם של הרופאים — ממומן כבר תיזם מן ההכנסה הפדראלית ממסים כלליים. כיום מממנים המבוטחים הקשישים והמגובלים בערך 30%

כדי תוחלת-החיים הממוצעת. אך הגחות כאלה אינן מציאותיות לגבי רוב האנשים. תיאוריית "מגדל-השן" יוצאת מן ההנחה, ששום אדם לא ישגה לעולם ולא ייעשה תולה או מוגבל לפני מועד פרישתו. לפי הנחה זו שום אורח מבוגר לא יאלץ לעבור ניתוח לסילוק גידול ממאיר ולשלם 25 או 50 אלף דולר תמורתו; שום מפרנס לא ימות בהשאירו אחריו אלמנה בת 45 ושני ילדים שיגבו את גמלת הביטחון הסוציאלי; שום עובד שגילו 35 לא ייעשה לעולם מוגבל מחמת מחלת הסרטן, מחלת לב או תאונת דרכים ויבוא או לגבות גמלת ביטוח נכות במשך 30 או 40 שנה.

יתרה מזו, מאחר שגמלאות הביטחון הסוציאלי אלי "נמדהות" בשתי דרכים שונות, התוצאה היא, שמקבלי גמלאות שיאריכו לחיות מעבר לתוחלת-החיים הממוצעת יזכו בהחזר גמלאות שיעלה לאין ערוך על סכום תשלומיהם. השכר המשמש לחישוב הגמלאות צמוד למדד, היינו הוא עולה עם עליית השכר, והגמלאות מועלות בצמוד לעליית יוקר-המחיה. אין אף שיטת ביטוח פרטית מלבד זו המציעה הגנה כה מקיפה וצמודת-מדד; ודאי שנכון הוא, שאדם שלא התחתן מעולם, ששילם כל ימיו ומת בגיל 60, אינו זוכה לדולר אחד בתמורה. אבל, אם נשא אשה והוליד ילדים הוא זוכה לקבל במשך 40 שנה ביטוח שאירים ומוגבלות. אפילו אם הוא או היא לא נישאו מעולם ולא הולידו ילדים, הם נהנו מביטוח רב-ערך מפני מוגבלות! מזלם הטוב הוא, שמעולם לא צריכים היו לגבות. ובדומה לכך, מי ימנה את מספרם של בעלי הבתים, שאינם שמחים כלל בשעה שעליהם לשלם פרמיות לביטוח נגד שריפות אך לעולם אינם גובים ולו גם סנט אחד מחברת הביטוח מפני שביתם לא עלה באש? או, שאינם גובים את דמי ביטוח הרכב שלהם, מפני שמעולם לא היו מעורבים בתאונה? או שאינם גובים את דמי ביטוח הגניבות שלהם, מפני שאל ביתם לא פרץ מעולם גנב? אולם, כולם נהנו מהגנה הודות לפרמיות ששילמו.

הביטחון הסוציאלי מעניק שורה מלאה של

ממסגרתה את גילאי 40 ומטה; (ד) להטיל את מימון התכניות לנכים ולטיפול רפואי במלואו על ההכנסה הכללית של המדינה; (ה) לבנות את התכנית מחדש כך שתהיה תכנית קצבאות-פנסיה פשוטה; (ו) לבטל את כל הגמלאות שאינן קשורות לקשישים. הוועדה הלאומית לביטחון הסוציאלי, שהייתי אחד מתשעת חבריה, בחנה בקפדנות את כל ההצעות הללו. ועדה זו-מפלגתית זו (שקיבלה את מינויה מידי הנשיא, דובר בית-הנבחרים ונשיא הסנאט), התנגדה פה אחד לכל ההצעות הראדיקליות האלה וראתה אותן כבלתי נבונות ובלתי נחוצות. אחד מחברי הוועדה האחרים שהיה שותף להשקפתנו היה רוברט ג' מאירס, מומחה לביטוח חיים וחבר המפלגה הרפובליקנית, המשמש עתה סגן נציב הביטחון הסוציאלי בממשל רייגן. הדו"ח המלא שלנו פתוח לעינינו של כל אדם. המלצנו גם להרחיב את תחולת הביטחון הסוציאלי על כל עובדי המדינה שנתקבלו לעבודה לאחרונה, על כל חברי הקונגרס, הממשלה ונציבות הביטחון הסוציאלי. אני סבור, שאילו הוחלה התכנית על חברי קבוצות אלה, אזי לא זו בלבד שהדבר היה מסייע ליציבותה הכספית של המערכת החדות לתשלומיהם, אלא שהשתתפותם בתכנית היתה מבטיחה אחת ולתמיד שהתכנית תהיה איתנה מבחינה כספית.

אני אחד מרבים המתנגדים לכל קיצוץ בגמלאות הביטחון הסוציאלי והתומכים בכל לבם בתשלומים נוספים לשם שמירה על מבנה הגמלאות הקיים, שכן סבורני שגמלאות הביטחון הסוציאלי אינן בבחינת לחם-חסד אלא "עסק טוב" עבור רוב, אם לא עבור כל, החברים המשלמים לתכנית. ודאי, אפשר לטעון שאיש זה או אחר לא ימות או לא ייעשה מוגבל בתוך 40 השנים הבאות, או שיוזכה לחיות רק זמן קצר אחרי פרישתו מן העבודה ושהיה מיטיב לעשות לו השקיע את סכום תשלומיו במשך 40 שנה אלה בריבית של 15 אחוזים ואז היה יכול להשאיר לצאצאיו ירושה גדולה. או אפשר שלא יאריך ימים

רפואיות ואינה דוחה איש מטעמים רפואיים. אין אף מערכת ביטוח פרטית אחרת שעלות הניהול שלה נמוכה כל כך ויחד עם זה היא מצליחה להגיש שירות ברמה כה גבוהה של יעילות. זוהי באמת "מציאה"!

ולבסוף, ממשאלי דעת הקהל עולה, שאחוז מכריע של האוכלוסייה תומך בביטחון הסו-ציאלי והיה מוכן לשלם אפילו יותר ובלבד שלא יקוצצו הגמלאות. ואולם, בעוד שאזרחים קשישים מתנגדים בכל תוקף לקיצוץ בגמלאות, אין להתעלם מכך שעובדים צעירים רבים אינם נלהבים לשלם את דמי הביטחון הסוציאלי. עקב מידע לקוי וחלקי שקיבלו באמצעות כלי-התקשורת נתערערה אמונתם כי יזכו לקבל את גמלאותיהם בעתיד. המסקנה שלהם היא אמנם חסרת בסיס עובדתי, אבל גישה זו היא אופיינית ככל הנראה לצעירים מאז ומעולם — הם מאמינים רק בקיומו של "הזוה" אך לא בקיומו של עתיד. הם מעדיפים לבזבז את שכרם עתה מאשר להקצות סכומי כסף בשביל העתיד. בגישה זו חל שינוי מכריע בהגיע העובד לגיל 35, 45 או 55. בגיל כזה כבר מאוחר מדי, בדרך כלל, להתכונן כראוי לפרישה או למקרה של נכות. לרוע המזל, לפני שהוקם הביטחון הסוציאלי לא היה טהוג לתכנן לקראת העתיד, ובמקרים רבים הפכו אזרחים רבים להיות נתמכי סעד שהדור הבא משלם את קצבאותיהם. עתה יש לנו מערכת שיש בה כדי להפחית את מספר הקשישים הנאלצים להיעזר בקצבאות סעד, אשר במסגרתה נתבעים בני אדם לשלם במשך שנות עבודתם כדי להבטיח לעצמם גמלה לשנים שלאחר פרישתם ממעגל העבודה. אילולא היה הביטחון הסוציאלי קיים, ייתכן שהיו מתווספות לקבוצת העוני 15 מיליון נפש.

הקונגרס קבע שהתשלומים לביטחון הסוציאלי יהיו חובה מפני שהניסיון בעולם כולו לימד שאם מניחים לבני אדם צעירים את הברירה לשלם או לא לשלם, אזי יבחרו רבים מהם

חמישה סוגים שונים, אך קשורים זה לזה, של הגנה ביטוחית המבוססת על סיכונים ממשיים במרוצת החיים. אלה כוללים ביטוח מוגבלות, ביטוח שאירים, ביטוח אשפה, ביטוח שכר רופאים וביטוח פרישה מתמת גיל. הביטחון הסוציאלי לא זו בלבד שהוא "עסק טוב", אלא הוא גם השקעה טובה הן עבור היחיד והן עבור האומה כולה. יתר על כן, הביטחון הסוציאלי ימשיך לשלם לך את הגמלאות המגיעות לך אפילו אם תזכה להגיע לגיל 100 או 120, ויגדיל אותן מדי שנה בהתאם לעליית יוקר-המחיה. היכן תוכל לרכוש לעצמך פוליסת-ביטוח טובה מזו?

אם אדם נעשה מוגבל לצמיתות ולחלוטין לפני מועד הפרישה, הוא או היא זכאים לקבלת גמלאות של ביטוח מוגבלות ולקבל בקירוב אותו סכום שהוא או היא היו מקבלים אילו פרשו בגיל 62 בלי שנעשו מוגבלים. זאת ועוד, אם נפטר האיש בגיל צעיר, יקבלו האלמנה ותלדיהם גמלאות ביטוח-חיים חודשיות שבמקרים אחדים ערכן שווה לערך נקוב של פוליסת ביטוח-חיים בסך 250,000 דולר. יתרה מזו, רבים אינם מבינים, שבערך 10—20 אחוזים מכלל תשלומיהם לביטחון הסוציאלי מוקצים לכיסוי הוצאות טיפול רפואי או אש-פוז שיזדקקו להם בהגיעם לגיל 65 ומעלה או כאשר ייעשו מוגבלים לפרקי-זמן ארוכים, כגון עשרים או שלושים שנה, או כשיזדקקו לדיאליזה או להשתלת כליות העולות כסף רב. רצוני לקבוע בצורה שאינה משתמעת לשתי פנים: אין בנמצא, בשום מקום, ביטוח השווה לזה בערך-כושמשלמים תמורתו דמי-ביטוח בשיעור כזה. דבר זה זה מתאפשר בחלקו בשל העובדה שהביטחון הסוציאלי אינו אלא פוליסת ביטוח קבוצתית ענקית, יעילה ופשוטה. היא מנותלת בהוצאה מינהלית של 1.5 אחוזים בלבד, ללא סוכנים או דמי-תיווך או מנהלים בשכר גבוה. ברשותה נמצאות עתודות קטנות, אין בה בחירה סלקטיבית שלילית ניכרת של סיכונים, היא אינה דורשת מן המבוטח לעבור בדיקות

בין עובדים צעירים ובין קשישים שפרשו מן העבודה, שאני לקיימה מתוך כבוד ראש. אין זה לחם חסד. אני מאמין שיש מקום לשיפורים בביטחון הסוציאלי, אבל לא על חשבון אלה התלויים בו, או אלה העומדים לפרוש או אלה שלרוע מזלם נפטרו או נעשו מגבלים במיטב שנותיהם.

שינויי-פתע בגמלאות אינם יכולים אלא לשבש את תהליך התכנון ארוך-הטווח לקראת הפרישה. יתרה מזו, שינויים פתאומיים עשויים לערער את הכיסוי המשלים שנרכש בחברות ביטוח פרטיות. בני אדם חייבים לתכנן את פרישתם זמן רב מראש. ראוי לעודד תכנון ארוך-טווח מעין זה ולא להרתיע מפניו. ביטול גמלאות שהובטחו עלול לערער את האמון בתהליך התכנון כולו. ערעור כה חמור של אחריות אישית חשובה אינו מעיד על שמרנות ואף לא על אחריות. זוהי טרגדיה!

הנשיא רייגן חייב לעשות יותר מאשר פשרה גרידא בין השינויים הלא-נבונים שהציעו מר סטוקמן והשר שווייקר. הם צריכים לחזור מהם מהצעותיהם חסרות האחריות, להתחיל שוב מן היסודות, לשתף פעולה עם הקונגרס בפיתוח פתרון חליפי שלם ומבוסס, תוך הת-ייעצות עם הקבוצות הנוגעות בדבר המשלמות תמורת התכנית ונהנות מגמלאותיה.

באפשרות השנייה ובסופו של דבר הם יזדקקו לקצבאות סעד או יצטרכו להיות תלויים בילדיהם או בצדקה או יבלו את שארית ימיהם בעוני. אחרי המשבר של 1929 החליטה האומה האמריקנית שלעולם שוב לא תוכל לקבל אלטרנטיבה זו כבסיס למדיניות לאומית. אני עומד בתמיכתי במדיניות זאת.

יש המתנגדים לביטחון הסוציאלי מפני שה-תשלומים הם חובה. אחרים מתנגדים לו מפני שהפרמיות גבוהות מדי. יש כאלה המתנגדים לו מפני שהגמלאות גבוהות מדי; אחרים, משום שהן גמוכות מדי. הביטחון הסוציאלי אינו מושלם, אך לפי דעתי פעל הקונגרס מתוך אחריות ובתבונה בכך ששקל ואיזן גורמים אלה בחוק הבסיסי. אני מאמין שבעתיד יוכנסו בתכנית שינויים מועילים בדייק כמו שנעשה במהלך 45 השנים שחלפו מאז נחקק החוק. שבעה נשיאים ויותר מ-20 קונגרסים שונים הבטיחו, כל אחד בתורו, הבטחות למשלמים ולעם האמריקני בשעה שהוקקו את חוק הבי-טחון הסוציאלי משנת 1935 והוסיפו לו תיקונים. אני חושב שמותר להפר הבטחות רציניות אלה. אני מסכים עם הנשיא רייגן, שהביטחון הסוציאלי הוא בבחינת רשת-ביטחון שיש לשמור עליה. כמו כן אני מאמין, שהביטחון הסוציאלי היא ברית בין הדורות.

מדיניות חברתית כלפי משפחות הורים עובדים עם ילדים בגיל רך - מבט על שוודיה¹

מאת פרופ' אברהם דורון *

דים יכולים להודות אתן וללמוד מהן את התפקידים החברתיים וכללי ההתנהגות המצופים מהם כאנשים מבוגרים. עבודת שני ההורים מחוץ לבית, ובעיקר עבודת האם בתקופת גידול ילדיה בגיל רך, יכולה לפגוע ביכולת המשפחה למלא כראוי את תפקידי החיברות שלה.

שלישית, המשק הישראלי זקוק להרחבת כוח העבודה שלו. השתתפות הנשים בכוח העבודה בישראל היא עדיין נמוכה במידה ניכרת בהשוואה לארצות מתועשות אחרות. בנסיבות הקיימות של צמצום העלייה תוספת של ממש לכוח העבודה יכולה לבוא אפוא רק מכניסה מואצת של נשים בכלל ואימהות בפרט לכוח העבודה². לעבודת האשה מחוץ לבית יש כמובן השלכות לא רק על חיי האם, אלא גם על חיי הבעל, על חיי הילדים ועל חיי המשפחה כולה. הבעיה היא כיצד למצוא שילוב נאות בין חיי עבודה לחיי משפחה בלי לפגוע באף אחד מתחומי החיים הללו.

רביעית, הצורך לשמור ולשפר את רווחת המשפחה. רווחת המשפחה או רמת החיים שלה תלויה יותר ויותר ביכולתם ובגוננותם של שני ההורים לעבוד מחוץ לבית ולשמש מפרנסים המשלימים את הכנסת המשפחה. משפחה שיש

א. מבוא

לחברה הישראלית יש עניין רב בתנאי החיים של משפחות עם ילדים בגיל רך בכלל ובמיוחד של משפחות שבהן שני ההורים עובדים מחוץ לביתם. העניין נובע מכמה וכמה סיבות חשובות. נזכיר כאן את העיקריות ביניהן. ראשית, הבעיות הדמוגרפיות המיוחדות של מדינת ישראל. ישראל מעוניינת למנוע את הירידה המסתמנת בשיעורי הילודה בקרב משפחות צעירות. כידוע, חשוב לחברה הישראלית לשמור על גודל האוכלוסייה ואף להגדיל אותה וזאת מסיבות לאומיות, ביטחוניות וכלכליות כאחת. דבר זה חשוב גם על מנת למנוע היווצרות יחס דמוגרפי שלילי בין קבוצות אוכלוסייה צעירות ובין האוכלוסייה הקשישה.

שנית, חיזוק מעמד המשפחה כגורם מרכזי בגידול הדור הצעיר והינכוח בתנאים של חברה משתנה. הטיפול בילדים בגיל רך והטיפול פוח הינכוחי לאורך תקופת ההתבגרות שלהם מוסיף להיות אחד מתפקידי החיברות החשובים שהמשפחה ממשיכה למלא בחברתנו. שני ההורים משמשים בתהליך זה כדמויות שהיל-

* בית הספר לעבודה סוציאלית ע"ש פאול ברוואלד, האוניברסיטה העברית בירושלים.
1 מאמר זה שואב את עיקר המידע שבו, כפי שיצוין להלן, מעבודות המחקר של פרופ' אלפרד י' קאהן ופרופ' שילה ב' קמרמן מאוניברסיטת קולומביה שבארצות הברית, שהיו בשנים האחרונות חלוצי החקר הבין-ארצי המשווה של שירותי רווחה. אני חב להם אפוא תודה על שאיפשרו לי לכתוב מאמר זה.
2 שיעור ההשתתפות של נשים בגיל 15-64 שנים בכוח העבודה באמצע שנות ה-70 היה 69% בשוודיה, 56% בארצות הברית, 52% בגרמניה המערבית, 48% בצרפת ורק כ-42% בישראל.

משפחות של הורים עובדים עם ילדים בגיל רך צריכות להתמודד אתן על מנת שתוכלנה למלא את תפקידן כראוי לרווחת עצמן, לרווחת ילדיהן ולרווחת החברה הישראלית.

כוונת מאמר זה היא אפוא לנסות ולהפרות את הדיון על המדיניות החברתית כלפי משפחות אלה על-ידי תיאור וניתוח של מדיניות חברתית כלפי משפחות של הורים עובדים עם ילדים בגיל רך בשוודיה. אמנם, שוודיה שייכת לקבוצת הארצות המתועשות העשירות בעולם. היא גם אינה עומדת בפני בעיות ביטחון או כלכלה או בעיות של מתחים פנימיים שמדינת ישראל צריכה להתמודד אתם. אולם, הבעיות שהמדיניות החברתית בשוודיה מטפלת בהן בהתייחסותה למשפחות של הורים עובדים דומות מאוד לבעיות שמדינת ישראל חייבת להתייחס אליהן. הבעיות הדמוגרפיות של ירידה נמשכת של שיעורי הילודה, המאון הדמוגרפי השלילי בין האוכלוסייה הצעירה והקשישה, הצורך בחיזוק מעמד המשפחה והבעיות של שילוב חיי עבודה וחיי משפחה בקרב הדור הבוגר המגדל את הדור הצעיר העתידי — דומות בשתי הארצות. הכוונה כאן היא בעיקר לפרוץ חלון לדיון על המדיניות החברתית במדינת ישראל ולחשוף אותה למה שמתרחש ומתחדש בארצות אחרות. שוודיה היא גם ארץ שקבעה בשנים האחרונות סטנדרטים חדשים בתחומים שונים של מדיניות הרווחה המשמשים דגם ללימוד בשביל ארצות אחרות. הניסיון של שוודיה, עד כמה שהוא ייראה רחוק, יכול לשמש אפוא דוגמה טובה של אפשרויות למידה עצמית ושל למידה מאחרים בתכנון המדיניות החברתית בישראל בשנים הבאות.

בה מפרנס אחד בלבד מתקשה יותר ויותר בתנאים של ביקוש לרמת חיים עולה להשיג את רמת החיים שהיא שואפת לה. רווחת המשפחה קשורה גם בימינו במעמד עצמאי יותר של האשה ובשוויון רב יותר בין בני הזוג במילוי התפקידים בתוך המשפחה ומחוצה לה.

השאלה היא, האם המדיניות החברתית שהתגבשה בישראל במשך השנים אכן ערוכה ומכוונת לסייע במידה מספקת למשפחה שיש בה ילדים בגיל רך וששני ההורים בה עובדים, או שתאם מעוניינת לצאת לעבוד מחוץ למשק ביתה. במשך השנים התקיימו בישראל דינאים שונים על המדיניות החברתית כלפי משפחות של הורים עובדים עם ילדים ונקטו צעדים כדי להגיש למשפחות אלה סיוע בצורות שונות. אולם דומה, שההתקדמות בפיתוח מדיניות נאותה כלפי משפחות אלה הגיעה בשנים האחרונות בישראל לנקודת קיפאון. מצב זה נובע רק בחלקו מן המשבר הכלכלי שמדינת ישראל נמצאת בו והמחייב צמצום ההוצאה הציבורית לפיתוח שירותי הרווחה. בעיקרו הוא נובע מהעדר רעיונות חדשים בתחום זה ומהסגירות הגוברת של מערכת קביעת המדיניות החברתית בישראל ללמידה עצמית וללמידה מאחרים.

למעשה, המדיניות החברתית כלפי משפחות של הורים עובדים עם ילדים בגיל רך, בתחום של הבטחת גימלאות כספיות ובתחום של הקניית זכויות חוקיות שונות הקשורות בעבודתה, נשארה ללא שינוי משמעותי מאז התגבשה מדיניות זו בשנות החמישים. שינוי בעל חשיבות בפיתוח מערכת שירותים חוץ-ביתיים לילדים בגיל רך, ובעיקר של מעונות יום וגני קדם-חובה, חל בסוף שנות השישים ובראשית שנות השבעים. אולם, גם מדיניות זו, קצב התפתחותה והתוכן שלה, סובלים כבר זה כמה שנים מריפיון נמשך. ובכלל, לא הוקדשה מחשבה מספקת לשאלה האם המדיניות בתחום הגימלאות הכספיות, הזכויות החוקיות והשירותים החוץ-ביתיים מסוגלים לתת מענה הולם לכל אותן הבעיות שתוארו לעיל, ואשר

ב. רקע כללי

אוכלוסייתה של שוודיה מונה 8 מיליון תושבים בקירוב. ב-1970 חיו בשוודיה 8,076,903 תושבים, ב-1974 — 8,176,691 תושבים וב-

רי הילודה נמצאים בת זה זמן רב בירידה ודבר זה משתקף במספר לידות חי, בשיעורי לידה גלמיים ל-1,000 באוכלוסייה ובגודל קבוצת הגיל עד 3 שנים כמפורט להלן:

ראשית 1981 — 8,300,000 תושבים³. האוכלוסייה היא המוגנית ויציבה במידה רבה ומ- בחינת הגידול שלה היא הגיעה קרוב לנקודת הקיפאון (zero population growth). שיעור

| גודל קבוצת גילאי עד 3 | | שיעורי לידה גלמיים ל-1,000 באוכלוסייה | | מספר לידות חי | |
|-----------------------|-------|---------------------------------------|------|---------------|------|
| השנה | השנה | השנה | השנה | השנה | השנה |
| 335,560 | 1965 | 14.3 | 1968 | 103,116 | 1972 |
| 330,779 | 1970 | 13.5 | 1974 | 110,407 | 1973 |
| 323,463 | 1975 | 12.6 | 1975 | 109,940 | 1974 |
| 298,000 | *1977 | 13.8 | 1976 | 98,250 | 1975 |
| 288,000 | *1979 | 11.9 | 1977 | | |

* אומדן.

המקור: Sheila B. Kamerman & Alfred J. Kahn, *Child Care, Family Benefits and Working Parents*, New York, Columbia University Press, 1981, pp. 18, 27.

טרפות לכוח העבודה הוא של נשים עם ילדים בגיל רך — עד גיל 3. הגידול המרשים של השתתפות נשים בכוח העבודה משתקף מן העובדה, שבשנות השלושים רק 10% של הנשים הנשואות היו מועסקות מחוץ לביתן, ב-1950 הגיע מספרן ל-15% וכיום המספר מתקרב ל-70%, אם כי רק מחציתן מועסק במשרה מלאה⁴.

ב-1976 עבדו 69% מכל האימהות עם ילדים עד גיל 18 מחוץ לביתן. השיעור היה קצת נמוך מזה אצל אימהות עם ילדים צעירים יותר. מבין האימהות עם ילדים בגיל 3—6 היו מועסקות 64% ומבין אלה עם ילדים עד גיל 3 היו מועסקות 58%⁵.

למרות הגידול המרשים בהשתתפות נשים בכוח העבודה, הנשים עדיין נוטות להתרכז במספר די מוגבל של מקצועות המוגדרים כמקצועות נשיים ושגם השכר בהן נמוך יותר. גם הגידול במספר הנשים בעלות השכלה

גיל הנישואין הממוצע הוא 24 שנים והוא גבוה במקצת מזה שבארצות אירופיות אחרות. אחוז הנשים הנשואות נמוך במקצת מאשר בארצות אחרות. למשל, ב-1974 רק 63% של הנשים בגילים 16—64 היו נשואות. מספר הילדים למשפחה גם הוא קטן. מחצית המשפחות שיש בהן ילדים מגדלות ילד אחד בלבד ושליש מהן מגדלות שני ילדים. 27% מן הילדים שנולדו ב-1974 נולדו לאימהות לא נשואות⁶.

ג. השתתפות נשים בכוח העבודה

נשים מהוות 43% מכוח העבודה בשוודיה. 69% מהנשים בגילאים 18—64 משתתפות בכוח העבודה, לעומת 90% של גברים בקבוצת גיל זו. מראשית שנות השישים הגידול בכוח העבודה האזרחי בא מהצטרפות של נשים בכלל, ובעיקר של נשים נשואות, לכוח העבודה. מראשית שנות השבעים עיקר ההצ-

3 ראה: Sheila B. Kamerman & Alfred J. Kahn, *Child Care, Family Benefits and Working Parents*, New York, Columbia University Press, 1981, p. 18; The Swedish Institute, *Fact Sheets on Sweden*, Stockholm, September 1981.

4 קמרמן וקאהן, שם, עמ' 18—19.

5 שם, עמ' 17. 6 שם, שם.

1. השלב הראשון — המדיניות החברתית כמכשיר להגנה על קבוצות מקופחות המדיניות החברתית בשלב זה ניתנת לתבונה על רקע ההתפתחות של החברה השוודית במאה ה-19, שהיתה עדיין ברובה חברה חק-לאית מסורתית. כמו בכל חברה מסורתית נורמות התנהגות דתיות עדיין היו בה חוקות מאוד. משום כך התייחסה המדיניות החברתית בעיקר לבעיות של הורים וילדים שהתנגשו עם הנורמות החברתיות המרכזיות האלה. לפי נורמות אלה רק המשפחה ומסד הנישואין היו הדרך הלגיטימית להולדת ילדים. רק ילדים שנולדו בתוך המשפחה הוכרו כילדים חוקיים. הנוקשות של הגישה שות הדתיות והמוסריות לגבי התנהגות מינית והולדת ילדים מחוץ לנישואין גררה אתה סנקציות דתיות וחברתיות חמורות בכל מקרה של שבירת נורמות ההתנהגות המקובלות בתחום זה.

גישות אלה נחלשו באופן הדרגתי במשך המאה ה-19. הדבר בא בחלקו עם המשבר מחקלאות לחברה בעלת יסודות תעשייתיים; היווצרות אוכלוסיית נשים עודפת על גברים; ובעיקר עקב העלייה המתמדת במספר הלידות מחוץ לנישואין, שהגיעו בראשית המאה הג' כחית לממדים מדאיגים. חקירה שנעשתה בסוף המאה ה-19 חשפה בפני הציבור את תנאי החיים הקשים של אימהות וילדים שנולדו מחוץ לנישואין ואת הצורך הדחוף להגן עליהם.⁷

המדיניות החברתית שהתגבשה לאט לאט במשך תקופה זו שמחה לה כיעד עיקרי את שיפור הסטטוס החברתי והמשפטי ואת המצב הכלכלי של אימהות וילדים שנולדו מחוץ לנישואין. מדיניות זו התבטאה בהכרה בזכויות המשפטיות של ילדים לא חוקיים, כגון זכויות

גבוהה לא הביא לשינוי רדיקלי במצב זה ורק נשים מעטות מצליחות להגיע לרמות ההכנסה הגבוהות או למשרות גיהול בכירות. בממוצע, שכר הנשים בשוודיה מגיע ל-69% משכר הגברים, אך זהו אחוז גבוה יותר מאשר בכל הארצות האירופיות האחרות שנכללו בסקר של קמרמן וקאהן.⁷

ד. התפתחות המדיניות החברתית כלפי משפחות עם ילדים

הסיבות הכלליות שהביאו את תנאי החיים של משפחות עם ילדים בגיל רך למקד התעניינות של מדיניות הרווחה, כמו השאלה הדמוגרפית, מעמד המשפחה, עבודת אימהות מתוך לבית והדאגה לתפקידי החיברות השונים של המשפחה, מילאו תפקיד זה גם שוודיה. מבחינה היסטורית מדיניות זו התפתחה בשוודיה באופן הדרגתי, בשלושה שלבים, שבכל אחד מהם הושם דגש בנושא מרכזי אחד. בשלב הראשון, שהתחיל עוד במאה ה-19, הדגש המרכזי במדיניות החברתית כלפי משפחות היה להגן על קבוצות המקופחות באוכלוסייה, שהיו זקוקות ביותר להגנה. קבוצות אלה כללו נשים לא נשואות, ילדים שנולדו מחוץ לנישואין וילדים עובדים. בשלב השני, שראשיתו בשנות השלושים של המאה שלג, המדיניות החברתית שמחה את הדגש בבעיות הדמוגרפיות הכלליות של החברה השוודית ובצורך בהשגת וויית הכנסות בין משפחות בתוכה. השלב השלישי הוא פרי התקופה האחרונה ועיקר הדגש בו מושם בהגדלת השוויון בין המינים, כדי לאפשר לגברים ולנשים כאחד להשתתף בחיי המשפחה, בעבודה ובפעילויות חברתיות אחרות.⁸

7 שם, עמ' 18.

8 ראה: Sheila B. Kamerman & Alfred J. Kahn, (eds.) *Family Policy — Government and Families in Fourteen Countries*, New-York, Columbia University Press, 1978.

9 שם, עמ' 22.

דיל את שיעורי הנישואין ולעודד ילודה גבוהה יותר.¹¹ הוועדה הזאת ראתה את הסיבה העיקרית לירידה בשיעורי הילודה ברמת החיים הנמוכה יותר של משפחות עם ילדים בהשוואה למשפחות ללא ילדים ברמות הכנסה דומות. ועדה זו ניסתה גם להתייחס, כנראה בהשפעת התקופה, לצד האיכות של הילודה ורצתה לטפח את הצד האווגני, היינו לשפר את טיב האוכלוסייה.¹²

בעקבות עבודת ועדה זו הוכנסו עוד לפני מלחמת העולם השנייה אי-אלו רפורמות במדיניות החברתית כלפי אימהות. במסגרת רפורמות אלה הוקמו מרכזי בריאות לטיפול באם ובילד לפני ואחרי הלידה והובטח טיפול רפואי ללא תשלום לאימהות בתקופת ההיריון. ועדות נוספות לענייני אוכלוסייה שפעלו בשנות הארבעים התייחסו בעיקר לבעיית הקיפוח הכלכלי היחסי של משפחות עם ילדים וכתוצאה מעבודתן הוחלט ב-1947 להנהיג תשלום של קצבאות ילדים.¹³ בתכנית לתשלום קצבאות ילדים הצטרפו יחד שלושה יעדים, הדמוגרפי, השוויוני והחברתי כדלקמן:

היעד הדמוגרפי — לפעול נגד מגמות הירידה בשיעורי הילודה.

היעד השוויוני — לפעול למען צדק חברתי והגינות רבה יותר על-ידי השוואת רמת החיים של משפחות עם ילדים לאלה שאין להן ילדים. היעד היה בשלב זה להשיג בעיקר צדק אופקי, היינו השוויית רמת החיים בין משפחות בעלות צרכים

לירושא, מניעת אפליה חוקית של אימהות לא נשואות ומתן עדיפות בהגשת סיוע כלכלי ושירותים חברתיים לאימהות וילידים אלה. בהדרגה נתלש גם הדגש של השמירה הקפדנית על נורמות ההתנהגות המינית ובאופן מקביל התגבשה גישה סובלנית יותר לגבי קיום יחסי מין מחוץ לנישואין. את הביטוי לשינוי זה ניתן לראות במדיניות החברתית, שהתעניינותה הועתקה במשך הזמן מן היחסים שבין גבר לאשה ליחסי הורים-ילדים. המדיניות החברתית בשוודיה הפכה להיות, עם הזמן, נייטרלית כלפי סוג היחסים שבין גבר לאשה, אבל היא המשיכה להיות משונינת בקיום מוסד הנישואין ובשמירה עליו ועל המשפחה כמוסד חברתי חשוב וסייעה בחיזור קו. אולם גם במסגרת מגמה זו הדגש המושם בזמננו הוא במתן מעמד ואחריות שווה לשני בני הזוג בכל הנוגע לדאגה ולטיפול בילדיהם.¹⁰

2. השלב השני — המדיניות החברתית כמבשר של מדיניות דמוגרפית

הבעיה הדמוגרפית הועלתה למוקד ההתעניינות של המדיניות החברתית בשוודיה בשנות ה-30. המשבר הכלכלי שפקד אז את שוודיה והאבטלה ההמונית שבאה בעקבותיו פגעו קשה באותה תקופה במשפחות עם ילדים וגרמו מצוקה קשה. אחת מתוצאותיה של מצוקה זו היתה ירידה משמעותית מאוד בשיעורי הילודה, דבר שהעלה למודעות הציבור את תומרת הבעיה הדמוגרפית. הוועדה לבדיקת בעיות אוכלוסייה, שמונתה ב-1935 והגישה שורה של הצעות בין השנים 1935—1938, שמה לה למטרה לעודד נישואין בגיל צעיר יותר, להג-

10 שם, עמ' 23—24.

11 על עבודת ועדה זו ראה: Alva Myrdal, *Nation and Family — The Swedish Experiment in Democratic Family and Population Policy*, Cambridge, Mass., The M.I.T. Press, 1968 (Original Edition 1941).

12 לילייסטרם (לעיל, הערה 8), עמ' 26.

13 ראה: Carl G. Uhr, *Sweden's Social Security System*, Washington D.C., U.S. Department of Health, Education and Welfare, Social Security Administration, Research Report No.

14, 1966, pp. 9—12.

פחה, שהיתה בנויה באופן מסורתי על הגבר העובד מחוץ לבית והוא המפרנס הראשי של המשפחה ועל האשה שהיא אם ועקרת בית בלבד, שינתה בתקופה האחרונה את פניה, והפכה להיות יחידה שבה גם הגבר וגם האשה עובדים מחוץ לבית ושניהם משמשים כמפרנסים. המעבר הוא ממבנה משפחה שהיו בה תפקידים דיפרנציאליים לגבר ולאשה למבנה שהתפקידים בו משותפים לשני המינים, גם בחיי העבודה, גם בחיי המשפחה וגם בחיי הפנאי מחוץ לבית.¹⁴

האוריינטציה של המדיניות החברתית בשוודיה היא לסייע לתהליך זה של שינוי מבנה המשפחה הנובע משינוי התפקידים של שני בני הזוג בתוכה. המדיניות החברתית הננקטת מכוונת על כן באופן מודע לאפשר גם לגבר וגם לאשה למלא הן את התפקידים המוטלים עליהם בחיי המשפחה והן את אלה שהם ממלאים בחיי העבודה. השוודים ערים למתח המתמיד הקיים בין בני הזוג בתוך המשפחה לגבי היכולת למלא שני סוגי תפקידים אלה, ובעיקר נוגע הדבר לאשה, לאורך כל מסלול חיי המשפחה, ובעיקר בתקופה שבה המשפחה מגדלת את ילדיה בגיל הרך. כפי שנראה, המדיניות החברתית משתדלת למצוא תשובות הולמות למתח זה.¹⁵

מגמה זו של המדיניות החברתית באה לידי ביטוי בצורה בולטת כעשור האחרון בתכנית ביטוח הורים. תכנית זו נועדה להבטיח גימלאות כספיות על בסיס שווה לשני ההורים שיש להם ילדים בגיל רך. מגמה זו משתקפת גם בתכניות הפיתוח וההרחבה של מסגרות שירות שונות לילדים בגיל רך, כדי לאפשר לשני ההורים, ובמיוחד לאשה, להמשיך לתפקד בעבודה ובמשפחה.

שונים ברמות הכנסות דומות.

היעד החברתי — להבטיח לכל האזרחים רמת חיים מינימלית מבחינה חברתית ובדרך זו להגן על הילדים מפני מצבי מצוקה של הוריהם ולהבטיח להם תנאי גידול וטייפוח נאותים בגיל הילדות.¹⁴

ועדות אחרות לרווחת המשפחה שפעלו בשנות השישים והשבעים הרחיבו את היעד השוויוני במדיניות החברתית כלפי משפחות. הן לא הסתפקו עוד בתפיסת הצדק וההגינות מבחינה אופקית בלבד והמליצו על נקיטת מדיניות חברתית שיהיה בה גם משום עשיית צדק אנכי, היינו השווייית תנאי החיים בין משפחות עם ילדים, שהן בעלות הכנסה גבוהה, ובין משפחות עם ילדים שהן בעלות הכנסה נמוכה. המגמה היתה כאן להביא לשוויון כלכלי רב יותר בקרב המשפחות. באופן מעשי גישה זו באה לביטוי בשיפור תכניות הקצבאות לילדים ובהנהגת תכנית מענקי דיור למשפחות עם ילדים כאשר גודל המענק הוצמד לתכנסת המשפחה, עלות הדיור שלה ומספר הילדים בתוכה.¹⁵

3. השלב השלישי — המדיניות החברתית ושוויון בין המינים

הדגש המרכזי של המדיניות החברתית כלפי משפחות בתקופה האחרונה בשוודיה הוא בהגדלת השוויון של גשים במסגרת המשפחה תית. דגש זה התקבל כיעד ראשון במעלה של המדיניות החברתית והוא נובע מהשינוי שחל במבנה ובמעמד של המשפחה בשוודיה. המשי-

14 לילייסטרום (לעיל, הערה 8) עמ' 26—27.

15 שם, עמ' 27—29.

16 שם, עמ' 30—36; ראה גם: Ingemar Lindberg & Soren Kindlund, *Income Maintenance : From a Family Perspective — A Swedish Report* (Mimeo), November 1979, p. 19.

17 קמרמן וקאהן (לעיל, הערה 3) עמ' 46.

הגימלאות הקיימות והן בנויות על מנת להשיג את היעדים האלה:

(א) להשלים את ההכנסה של משפחות עם ילדים בכלל ועם ילדים בגיל הרך במיוחד; חד;

(ב) להגביר את האפקט הרדיסטריבוטיבי לא רק בין משפחות שאין להן ילדים ובין משפחות עם ילדים, אלא גם בין שכבות אוכלוסייה אמידות יותר לשכבות ברמות הכנסה נמוכות יותר;

(ג) להבטיח שוויון כלכלי וחברתי רב יותר בתוך החברה השוודית, בין המינים ובין השכבות החברתיות השונות.

להלן נסקור את מערכת הגימלאות והשירותים הקיימים והדרכים הננקטים באמצעותם במטרה להשיג את היעדים שהוצבו.

1. הגימלאות הכספיות

(א) תכנית הביטוח הוריים. תכנית זו הופעלה לראשונה ב-1974 והורחבה באופן משמעותי ב-1978. התכנית היא חלק אינטגרלי של מערכת הביטוח הסוציאלי ונועדה לספק גימלה כספית מחליפה שכר להורים בתקופת הלידה (או אימוץ ילד) ולאחריה, כאשר הנגימ-לה יכולה להשתלם באופן חלקי עד שמלאו לילד 8 שנים. הגימלה הזו באה להתליף את הזכות לחופשת לידה וגימלאות דמי הלידה שניתנו עד 1974 לאשה יולדת בלבד. התכנית משלבת בתוכה את הזכות לחופשה מעבודה לכל אחד משני ההורים לתקופת זמן מוגדרת וכן את הזכאות לגימלה כספית מחליפה שכר בתקופת החופשה. הזכות לגימלה כספית ניתנת גם לאשה שאינה עובדת מחוץ למשק ביתה.¹⁸

הגימלה המשולבת של חופשה מעבודה ותש-לום כספי היא לתקופה כוללת של 360 יום והיא מחולקת לכמה חלקים. חלק אחד ממנה

ה. המדיניות החברתית המופעלת הלכה למעשה לגבי משפחות עם ילדים בגיל הרך

כפי שראינו, אוכלוסיית הילדים עד גיל 3 מונה בשוודיה שלוש מאות אלף ילדים בקירוב. חלק חשוב של המדיניות החברתית בשוודיה מתרכז באוכלוסיית ילדים זו ובהוריהם, כאשר מאחורי המדיניות הזו עומדת החרדה מפני הירידה הנמשכת של שיעורי הילודה והרצון להשיג את היעדים החברתיים המיוחדים שהתגבשו בתקופה האחרונה. החשובים מבין היעדים האלה הם השגת שוויון רב יותר מבחינה כלכלית בקרב המשפחות עם ילדים והגברת השוויון בין המינים. המדיניות החברתית המופעלת למעשה מכוונת להשגת היעדים האלה.¹⁸

מערכת השירותים הקיימת והמיועדת להשיג את היעדים הללו כוללת שורה ארוכה של גימלאות כספיות, רשת של שירותים חוץ-ביתיים לילדים בגיל רך וזכויות שונות בעבורה ומחוצה לה המוקנות להורים ולילדיהם. מכלול הגימלאות והשירותים הקיימים נועד לחזק את מעמד המשפחה, אולם לשם השגת היעד הדמוגרפי ויעד השוויון בין המינים תזכאות לגימלאות השונות ממוקדת בכל אחד מן ההורים לפי המתכונת הזאת: (א) הן ניתנות לשני בני הזוג, ולא רק לאימהות כמקובל ברוב הארצות; (ב) הן מיועדות לאפשר לשני בני הזוג למלא תפקידים שונים בעבודת משק הבית, בחיי המשפחה ובעבודה מחוץ לבית, בעיקר באותה תקופה של חיי המשפחה שבה הילדים הם בגיל רך וכאשר המתח בין חיי המשפחה ובין חיי עבודה הוא הגדול ביותר.

הרצון להגיע לשוויוניות רבה יותר מבחינה כלכלית באה אף היא לידי ביטוי חזק במערכת

18 שם, עמ' 233—235.

19 על התכנית ראה: קמרמן וקאהן, שם, עמ' 47—50; Sheila B. Kamerman, *Maternity and Parental Benefits and Leaves — An International Review*, New-York, Columbia University, Center for Social Sciences, Impact on Policy Series, Monograph No. 1, Fall 1980.

לינדברג וקינדלונד (לעיל, הערה 16); 39—41 pp.

אחרים. דמי הביטוח האלה מכסים 85% מעלות התכנית ו-15% הנותרים באים מהשתתפות הממשלה.²¹

התכנית של ביטוח הורים יש בה משום חידוש חברתי חשוב. החידוש הוא בהקניית הזכות לגימלה בתקופה שלאחר הלידה לאם ולאב כאחד לפי בחירתם; במשך הזמן של תשלום הגימלה המגיעה ל-360 ימים; באפשרויות של חלוקת הגימלה לחצאי ימים ולרבעי ימים המאריכות את משך זמן קבלתה; וכן במשך תשלום הגימלה — עד שמלאו לילד 8 שנים. תכנית זו היא אפוא ניסיון ברור להנהיג שינוי חברתי המתוכנן מלמעלה. כמו בכל הניסיונות מסוג זה, ההפעלה בשוודיה עדיין נמצאת בשלבים ראשונים של התרגלות, ומיצוי הזכות בידי הגברים הוא עדיין נמוך. כמעט כל האי-מהות הזכאיות בכוח לגימלת ביטוח הורים משתמשות בה גם בפועל. מיצוי הזכות בקרב הגברים היה נמוך מאוד. בשנת הראשונה להפעלת התכנית (1974) הוא לא עלה על 2%. מאז הלך והתרחב מיצוי הזכות בקרב הגברים באיטיות וב-1978 הוא הגיע ל-12%—14%. הציפייה היא, ששיעור המיצוי בקרב הגברים יילך ויגדל במשך השנים.²²

להפעלת תכנית ביטוח ההורים לא היו השפעות שליליות על המשק השוודי ולא הורגשו בעקבותיה הפרעות בשוק העבודה. הדעת הרווחת היא, שהקניית הזכות לקבלת הגימלה גם לגברים צמצמה את האפליה הסמויה שהיתה קיימת אולי בקבלתן לעבודה של נשים צעירות. להפעלת התכנית לא היתה גם השפעה בכיוון של הקטנת היצע העבודה של נשים ונמצא כי 80% מהאימהות המקבלות את הגימלה חוזרות לעבוד תוך שנה אחת מיום הלידה. נמצא גם, שגברים הנשואים לנשים המשתכרות שכר גבוה עשויים למצות במידה גדולה יותר את זכותם לגימלה בשנה הראשונה לאחר הלידה בגלל התמריץ הכלכלי לכך. התוצאה המתקבלת היא כמובן הגברת

ניתן בתקופה שלפני הלידה ומיד לאחריה. היא כוללת תקופה של 180 ימים וניתנת למי-מוש לפני הלידה ועד ל-9 חודשים ראשונים לאחר הלידה. היולדת זכאית לקבלת הגימלה 60 יום לפני הלידה המשוער. שני ההורים יכו-לים לקבל לפי בחירתם גימלה זו לאחר הלידה אם הם לוקחים חופשה מעבודה. שני ההורים זכאים גם לחלק את תקופת החופשה והזכאות לגימלה לחצאי ימים, היינו חצי יום חופשה מעבודה וזכאות לגימלה בעדה ולזכות בסך הכל ל-360 ימים של חופשה וגימלה חלקית.

החלק השני כולל 180 ימים של זכות לחופשה מעבודה וזכאות לגימלה ששני ההורים יכולים לנצל לפי בחירתם במשך כל התקופה עד שמלאו לילד 8 שנים. גם כאן שני ההורים יכולים לחלק את תקופת החופשה והזכאות לגימלה לחצאי ימים ולרבעי ימים ולזכות בסך הכל בעבודה חלקית בשכר מלא (כאשר הגימלה משלימה את השכר בעד החופשה) לתקופה שבין 180 ועד ל-720 ימים. על-מנת למנוע הפרעות במקום העבודה הזכאים לגימלת הורים חייבים להודיע למעסיק שלהם על רצונם לצאת לחופשה מלאה או חלקית ולציין את משך הזמן שרצונם להעדר מהעבודה.

גימלת ביטוח ההורים צמודה לשכר והיא בשיעור של 90% מהשכר של ההורה עד לתק-רה שעליה משתלמים דמי הביטוח. הגימלה הצמודה לשכר משתלמת לתקופה של 270 ימים בלבד. הגימלה לתקופה של 90 יום הנוי ספים היא בשיעור אחיד שהוא מ-1 ליולי 1980, 37 כתר שוודי ליום (כ-8 דולר של ארצות הברית). אימהות לא עובדות או אימהות המשתכרות שכר נמוך זכאיות לגימלה בשיעור האחיד בלבד. הגימלה חייבת במס ומשך הזמן שבו היא משתלמת מוכה את מקבליה כתקופה מוכה לרכישת זכויות פנסיה.²⁰

התכנית ממומנת מתשלום דמי ביטוח של המעסיקים בעד עובדיהם ומתשלומי מבוטחים

The National Social Insurance Board, *Social Insurance in Sweden* (Mimeo), Stockholm, 20 April 1981.

22 קמרמן וקאהן (לעיל, הערה 3), עמ' 48—49.

21 שם, עמ' 15.

נוסף לטיפול בילד חולה או להתלפת האדם המטפל בילד ניתן גם להשתמש בזכות למע- נקים אלה כדי לקחת ילד לטיפול רפואי, כולל טיפול רפואי מונע, לאפשר לאב לטפל בילדו בבית בשעה שהאם מאושפזת בבית חולים כדי ללדת ילד נוסף, וכן לאפשר להורה לבקר את ילדו המסוּדָר במעון או בגן ילדים. הזכות למענק מטעמי ביקור ילד במעון או גן ילדים מוגבלת ליום אחד או שני חצאי ימים בשנה. המענק צמוד לשכר והוא בגובה של 90% משכר ההורה עד לתקרה שעליה משתלמים דמי ביטוח. המענק חייב במס. התכנית ממז- מגת באותה צורה כמו ביטוח ההורים. תכנית המענקים נזכה בתמיכה ציבורית רחבה ואין לגביה ויכוח בציבור. בעיקר משתמשות בה משפחות עם ילדים בגילאים עד 7, היינו עד גיל כניסת הילדים לבית-ספר.²³

(ג) מענקי דיור. תכנית זו פועלת במתכונתה הנוכחית מ-1969 והיא נועדה לסייע למשפחות עם ילדים בכיסי הוצאות הדיור שלהן. משפחות שיש בהן לפחות ילד אחד עד גיל 17 יכולות להיות זכאיות למענק דיור. בתנאים מסוימים, גם משפחות ללא ילדים וכן אנשים בודדים יכולים להיות זכאים למע- נק. אולם, התכנית היא סלקטיבית באופייה והזכאות למענק מותנית במבחן הכנסות. מש- פחות עד הכנסה ברמה ידועה זכאיות למענק דיור מלא, שהוא בסכום קבוע (1,500 כתר) לכל ילד, ובתוספת של 80% של הוצאות הדיור עד לגובה שנקבע. המענק מוסח באופן הדרגתי למשפחות עם רמות הכנסה מעל לרמה המזכה למלוא המענק.²⁴

אם גיקת לדוגמה שתי משפחות עם שני ילדים כל אחת, כאשר לכל משפחה כזאת היו הוצ- אות דיור שונות, נראה כי תכנית תשלום מענקי הדיור פעלה ב-1977 בצורה זאת:

השיתוף בין המינים בטיפול בילדיהם, דבר שמתכנני התכנית מעוניינים בו.

הסוגיות הנמצאות עתה בדיון ציבורי בקשר עם גימלה זו נוגעות למשל לשאלה, האם יש לקבוע תקופת מינימום שתחייב גברים להש- תמש בגימלה; והאם להרחיב את הכיסוי ליום עבודה של 6 שעות בלבד לתקופה של שנתיים וחצי עד שלוש שנים כאשר גימלת ההורים תכסה את ההפרש בין העבודה המקוצרת ובין השכר המלא.²⁵

(ב) תכנית מענקים להורים המ- טפלים באופן זמני בילדיהם. תכנית מענקים זו הופעלה ב-1974 כחלק משלים לתכנית ביטוח ההורים. במקורה היא נועדה לשלם לאחד ההורים מעין גימלת דמי מחלה על מגת לאפשר לו להישאר בבית כדי לטפל בילד חולה. (כאשר במשפחה יש לפחות ילד אחד עד גיל 10; משנת 1980 — עד גיל 12.) יעד זה הורחב ב-1977 והתכנית מאפשרת מאז לאחד ההורים להישאר בבית גם כדי להחליף את ההורה השני או כל אדם אחר המטפל בדרך כלל בילדים כאשר המטפל הזה חולה בעצמו. כמו בביטוח הורים, גם תכנית המענקים משלבת בתוכה את הזכות, של כל אחד מן ההורים להיעדר מן העבודה וכן את הזכאות לגימלה כספית מחליפה שכר בתקופת ההיעדרות.²⁶

במקורו, המענק המשולב בזכות להיעדר מעבודה ניתן לתקופה של 12 ימים בשנה לילד אחד, 15 ימים לשני ילדים, ו-18 ימים ל-3 ילדים. משך הזמן של תשלום המענק הורחב ב-1979 והוא ניתן כיום לתקופה של עד 60 יום בשנה לכל ילד. כאמור, הגימלה יכולה להינתן לשני ההורים לפי בחירתם. את הזכות להיעדרות מעבודה והזכאות למענק ניתן לחלק לחצאי ימים, היינו חצי יום חופשה וזכאות לגימלה חלקית בעד ההיעדרות.²⁷

23 שם, שם. 24 קמרמן וקאהן (לעיל, הערה 19), עמ' 43.

25 קמרמן וקאהן (לעיל, הערה 3), עמ' 49.

26 שם, שם.

27 שם, עמ' 50-51; לינדברג וקינדלונד (לעיל, הערה 16).

באמצע שנות השבעים קיבלו בערך 50% מכלל משפחות עם ילדים בשוודיה את מענקי הדיור הללו. לעומת זאת, רק 5% מן המשפחות האחרות, זוגות ללא ילדים ובודדים, קיבלו את המענקים. התכנית מסייעת למשפחות רבות בהשגת דיור ובכיסוף הוצאות הדיור שלהן. אולם בגלל יוקר הדיור, בעיקר באזורי מגורים טובים יותר, בעיית הדיור והעלות שלה למשפחות לא מצאה פתרון מלא באמצעות תכנית זו.²⁹

(ד) קצבאות ילדים. התכנית לתשלום קצבאות ילדים הונתנה בשוודיה כבר ב-1948 והיא החליפה בזמנו את ההסדר של גיכויי מס שניתנו בגין ילדים. התכנית נועדה להשלים את הכנסתן של משפחות עם ילדים ולשמש מכשיר לחלוקה מחדש של הכנסות בין משפחות עם ילדים למשפחות ללא ילדים.³⁰ תכנית קצבאות הילדים, יחד עם תכנית מענקי הדיור שתוארה לעיל, הן שתי התכניות העיקריות של גימלאות כספיות שהוכנו לשם השגת יעדי המדיניות החברתית בעלת המגמה השוויונית. תכנית קצבאות הילדים היא הזרוע האוניברסלית של מדיניות זו, כאשר הקצבאות משתלמות בעד כל ילד עד גיל 16 ולילד לומד עד גיל 19. לעומת זאת, תכנית מענקי הדיור היא הזרוע הסלקטיבית והגימלאות שלה מותנות במבחן הכנסות. הנטייה המסורתית במדיניות החברתית בשוודיה היתה בשני המקרים לצד גימלאות אוניברסליות, אולם המחסור במשאבים הוא שהכריע בעד הגישה הסלקטיבית בתכנית מענקי הדיור.³¹

קצבאות הילדים הן גימלאות בשיעור אחיד ופטורות ממס. באוקטובר 1980 הן היו ברמת של 3,000 כתר לילד לשנה³², או שוות-ערך ל-4% מן השכר הממוצע לעובדים גברים או

| הכנסה שנתית של המשפחות (כתר' שוודי) | מענק דיור שנתי למשפחה עם הוצאות דיור של 7,500 כתר שוודי | מענק דיור שנתי למשפחה עם הוצאות דיור של 10,000 כתר שוודי |
|-------------------------------------|---|--|
| | לשנה | לשנה |
| 30,000 | 4,400 | 7,300 |
| 40,000 | 3,600 | 5,500 |
| 50,000 | 2,000 | 4,000 |
| 60,000 | — | 2,100 |

מקור: Dorothy Wilson, *The Welfare State in Sweden*, London, Heinemann, 1979, p. 98.

השכר הממוצע בשוודיה ב-1977 היה 50 אלף כתרים בערך. הוצאות הדיור היו גבוהות למדי ומן הנתונים המובאים בלוח שלעיל נראה, שהן יכלו להגיע ברמות הכנסה נמוכות עד ל-30% מההכנסות של משפחה. תכנית המענקים סייעה בכיסוף הוצאות הדיור גם למשפחות ברמות הכנסה בינוניות וגבוהות יותר. אולם עיקר הסייע ניתן למשפחות ברמות הכנסה הנמוכות. משפחה עם הכנסה נמוכה של 30 אלף כתרים והוצאות דיור גבוהות יותר קיבלה מענק שכיסה קרוב לשלושה רבעים מהוצאות הדיור שלה. לעומת זאת, משפחה עם הכנסה מעל לשכר הממוצע ועם הוצאות דיור דומות קיבלה מענק שכיסה רק כחמישית מהוצאות הדיור שלה. בשני המקרים הוצאות הדיור של המשפחות נשארו 10—13 אחוז מהכנסתם בלבד.

תכנית תשלום המענקים מופעלת על-ידי הרשויות המקומיות. מבחן ההכנסות מתבסס על ההכנסה החייבת במס בשנת המס החולפת. הזכאות למענק נקבעת על בסיס זה לשנה שלמה ללא התחשבות בשינויים היכולים לחול בהכנסות המשפחה במשך השנה. התכנית ממומנת מהתקציב הרגיל של הממשלה.³³

28 ראה: Dorothy Wilson, *The Welfare State in Sweden*, London, Heinemann, 1979, pp. 98-99.

29 ראה: קמרמן וקאתן (לעיל, הערה 3), עמ' 51; וילסון, שם, עמ' 99.

30 קמרמן וקאתן, עמ' 50. 31 קינדברג וקינדלונד (לעיל, הערה 16).

32 ראה: *International Social Security Review*, Year XXXIV, No. 2 (1981), pp. 202-203.

רים לעבודה חלקית בתקופה של גידול ילדים עד לשנה הראשונה של כניסתם לבית-ספר³³. שתי הזכויות הללו הופעלו לפני זמן לא רב ועדיין אין נתונים לגבי מידת המיצוי שלהן והשפעתן על חיי המשפחות ועל המשק.

הגימלאות הכספיות והזכויות החוקיות למשפחות עם ילדים שתוארו כאן זוכות כולן למידה גבוהה של פופולריות בקרב הציבור השוודי. האוכלוסייה יודעת על הגימלאות האלה ומידע עליהן ניתן להשיג בקלות בכל משרדי הביטוח הלאומי. פרסומים רבים בכתב וכתובות על הגימלאות השונות מתפרסמים בקביעות מטעם המוסדות המוסקדים על הגשת הגימלאות וכן מטעם ארגוני העובדים והמעסיקים. בעיתונות היומית, בראיון ובטלוויזיה מתפרסמות בקביעות מודעות על הגימלאות. כל הפעילות המסועפת הזאת מיועדת להקל על הנגישות לשירותים הקיימים ולשרת את יעדי המדיניות החברתית, שעניינם לא רק לדאוג לכיסוי מלא של האוכלוסייה, אלא גם להבטיח שזו תמצא באופן מלא את הזכויות והגימלאות שהוענקו לה³⁴.

3. שירותים חוץ-ביתיים לילדים בגיל רך. הכוונה כאן לשירותים לילדים בגיל רך המיועדים לסייע להורים עובדים בטיפול בילדיהם, או לאפשר לשני בני הזוג במשפחה לצאת לעבודה בלי שהדבר יפגע בהתפתחותם התקינה של ילדיהם. המדיניות המוצהרת בשוודיה בתקופה האחרונה היא לגסות ולדאוג לסידור מחוץ לבית לילדים בגיל רך בכל מקרה ששני ההורים מועסקים מחוץ לבית (או כאשר במשפחה יש רק הורה אחד והוא מועסק מחוץ לבית). מאחר שההורים זכאים לגימלאות ביטוח ההורים לתקופה של 6 עד 9 חודשים לאחר הלידה הרי שהדאגה לסידור

ל-5.5% מן השכר הממוצע לנשים³⁵. התכנית כולה ממומנת מתקציבה הרגיל של הממשלה, דבר המעניק לה אוסי דמוגרפי טהור. קצבת ילדים משתלמת אחת לשלושה חודשים.

התכנית נהנית מתמיכה רחבה בקרב האוכלוסייה, למרות שדמת הקצבאות אינה גבוהה. הבעיה הנמצאת עתה בדיון בעניין זה היא האם להצמיד את הקצבאות למנגנון הצמדה אוטומטי כדי להבטיח את שמירת ערכן. הקצבאות מעודכנות עד כה ללא מנגנון אוטומטי, אלא לפי החלטה מיוחדת בהתחשב בעלייה בשכר או במחירים. קצבת ילדים היתה בסך 2,500 כתר לילד לשנה ב-1979, היא הוגדלה ל-2,800 כתר בינואר 1980 והועלתה שוב ל-3,000 כתר באוקטובר של אותה שנה.

2. הזכויות החוקיות

הזכויות החוקיות הקשורות בעבודה הן חלק בלתי נפרד ממערכת השירותים בכסף ובעין למשפחות עם ילדים. הזכויות שנתאר כאן מיועדות במיוחד למשפחות עם ילדים בגיל רך והן מיועדות להקל על השילוב בין חיי עבודה לחיי משפחה.

(א) הזכות לחופשה ללא תשלום. כל אחד מן ההורים של ילד עד גיל 18 חודשים זכאי לצאת לחופשה ללא תשלום מעבודתו. אין בזכות הזו כל הטבה כספית ישירה אלא שמירה מלאה על מקום העבודה עד לתום תקופת החופשה וכן שמירה על הוותק ועל זכויות פנסיוניות שצבר העובד במקום העבודה. זכות זו היא בתוקף מתחילת 1979³⁶.

(ב) זכות ליום עבודה מקוצר. זוהי זכות הנתונה לכל אחד מן ההורים של ילד עד גיל 8 לבחור ביחס עבודה של שש שעות בלבד. למעשה זוהי זכות מובטחת להורים

33 קמרמן וקאהן (הערה 3), עמ' 50.

34 שם, עמ' 51; קמרמן (לעיל, הערה 19), עמ' 45.

35 קמרמן, שם.

36 שם, שם.

שירותים חוץ-ביתיים אחרים לילדים בגיל רך הם ה"משפחתונים", היינו סידור ילדים בידי הרשות המקומית בתוך משפחה זרה (Municipal family day care). הנשים במשפחות "אומנות" אלה מועסקות מטעם הרשות המקומית והן מטפלות בילד בביתן במשך שעות העבודה של ההורים. אשה מטפלת רשית לטפל ב-4 ילדים לכל היותר, כשבמספר זה כלולים גם ילדיה שלה. סידורים מסוג זה נמצאים בפיקוחם ובהדרכתם של שירותי הרווחה המקומיים.

נוסף לשירותים החוץ-ביתיים במרכזים עירוניים והסידורים המשפחתיים בפיקוח, נפוץ מאוד סידור ילדים באופן פרטי וללא פיקוח והדרכה. סידורים אלה נעשים אצל קרובי משפחה, שכנים ונשים המטפלות בילדים בביתן בתשלום. אין נתונים מדויקים על היקפם של סידורים אלה, אך השימוש בהם הוא כנראה נרחב, בעיקר בגלל המחסור החריף במקומות לילדים בסידורים מטעם הרשות. הסידור הפרטי בתשלום הוא גם חלק מהפעילות הכלכלית הלא מוצהרת שלא מדווח עליה ושלא משלמים עליה מס הכנסה ודמי ביטוח לאומי.³⁷

באשר למימון השירותים החוץ-ביתיים, המדיניות הקיימת היא לא להטיל על ההורים את מלוא העלות של החזקת ילד בסידור חוץ-בית. הממשלה המרכזית מסבסדת במידה רבה מאוד את ההוצאות הכרוכות בהקמתם ובהחזקתם של מרכזים עירוניים המספקים שירותים חוץ-ביתיים לילדים בגיל רך. גם התשלומים שההורים נדרשים לשלם בעד החזקת ילדיהם מסובסדים במידה רבה. ההורים משלמים בעד סידור ילדיהם במרכז עירוני או בסידור משפחתי בפיקוח במישרין לרשות

ילדים מחוץ לבית מכוונת לילדים לתקופה שלאחר מיצוי הזכויות שכביטוח זה. אולם, למרות הרצון המוצהר לספק שירותים חוץ-ביתיים לילדים בגיל רך של הורים עובדים, התיצע הקיים של שירותים חוץ-ביתיים כאלה הוא קטן מאוד ובשום פנים אינו מספיק לענות על הביקוש הקיים לשירותים אלה למעשה. לפיכך ננקטו בשנים האחרונות צעדים שנועדו להגדיל ככל שרק ניתן את התיצע הקיים של שירותים לילדים בגיל רך.³⁸

השירותים החוץ-ביתיים לילדים בגיל רך מופיעים בחלקם במרכזים עירוניים (Municipal Preschool Centers) המגישים תכניות טיפול לילדים בגיל קדם-בית-הספר וכן לילדים בגיל בית-הספר. השירותים המוגשים בתוך המרכזים האלה הם כדלהלן:

(א) מעונות יום. המעונות מטפלים בילדים במשך 5 שעות ביום לפחות ועד ליום שלם ובנויים על כיתות ילדים, שכל אחת מהן כוללת קבוצה של 10 עד 12 ילדים בגיל 6 חודשים ועד 3 שנים, וכן קבוצה מקבילה של כ-15 ילדים בגילאים מ-3 ועד 7 שנים, שהוא גיל הכניסה לבית-הספר. הצוות הטיפולי-חינוכי הממלא במעונות אלה הוא שני עובדים מבוגרים לכל 5 ילדים עד גיל 3. למעשה מוסק עובד מבוגר אחד לכל 5 ילדים. המעונות מספקים תכנית חינוכית עשירה המכוונת לקדם את התפתחותם של הילדים וכן לנסות ולשתף את ההורים בתהליך הטיפולי-החינוכי במעון.³⁹

(ב) קבוצות משחק (או קבוצות לבילוי זמן תופשי). קבוצות אלה בנויות במתכונת הטיפולית של מעון היום, אולם הן משמשות לסידור הילד בחלק מן היום בלבד, בדרך כלל למשך שלוש שעות.⁴⁰

37 קמרמן וקאהן (לעיל, הערה 3), עמ' 101.

38 שם, עמ' 103-104.

39 Alfred J. Kahn & Sheila B. Kamerman, *Not for the Poor Alone — European Social Services*, New-York, Harper & Row, 1977, pp. 18-19.

40 קמרמן וקאהן (לעיל, הערה 3), עמ' 102-103.

| 1978 | 1975 | |
|------|------|----------------------------|
| 43 | 17 | סובסידיה של הממשלה המרכזית |
| 14 | 10 | תשלומי התורים |
| 44 | 73 | השתתפות תרשות המקומית |

העלות הכוללת של מקום לילד במרכז עירוני (כולל הוצאות קפיטליות) ב-1978 היתה 86% מהשכר הממוצע לאשה והעלות הכללית של מקום בסידור משפחתי בפיקוח היתה 62% מהשכר הממוצע הזה. ב-1975 התשלום הממוצע של התורים בעד החזקת ליד במרכז עירוני היה 8% מהשכר הממוצע של נשים ו-4% מהשכר הזה בעד החזקת ילד בסידור משפחתי. המגמה המסתמנת היא להשוות את תשלומי התורים בשני סוגי הסידורים האלה ולעשותם ככל האפשר שווים לתורים. הצידוק לשיעורים גבוהים אלה של סיבסוד השירותים החוץ-ביתיים לילדים בגיל רך ניתן בשני משוורים: האחד — התרומה למשק השוודי בהגברת השתתפות נשים בכוח העבודה, האחר — ההשקעה בהון האנושי על-ידי טיפוח ילדים בגיל רך באמצעות שירותים אלה.⁴¹

המקומית. גובה התשלום נקבע לפי הכנסת התורים ומספר הילדים במשפחה, כאשר גובה התשלום המקסימלי שמוותר לדרוש מן התורים הוא שני-שליש מהעלות השוטפת. קיצוב המקומות המוגבלים במרכזים העירוניים אינו נקבע על-פי המחיר ויכולת התורים לשלם, אלא לפי סדרי עדיפות חברתיים.⁴² ההוצאות להתחזקת ילד במעון יום במרכז עירוני התחלקו בשנים 1975 ו-1978, באחוזים, כדלקמן:⁴³

| 1978 | 1975 | |
|------|------|----------------------------|
| 51 | 37 | סובסידיה של הממשלה המרכזית |
| 10 | 15 | תשלומי התורים |
| 39 | 49 | השתתפות תרשות המקומית |

ההוצאות להתחזקת ילד בסידור משפחתי בפיקוח הן גבוהות יותר מאשר סידור במרכז עירוני בגלל העדר הוצאות קפיטליות. אולם, גם כאן הסיבסוד שממנו נהנים התורים הוא גבוה מאוד. העלות השוטפת התחלקה כאן בשנים 1975-1978, באחוזים, כדלקמן:⁴⁴

ילדים עד גיל 3 בסידור חוץ-ביתי בשוודיה בשנים 1975-1977

| 1978 | 1975 | 1978 | 1975 | |
|------------------------|------|-----------|---------|-----------------------|
| (באחוזים של קבוצת גיל) | | (במספרים) | | |
| 10 | 6 | 30,000 | 20,000 | מרכזים עירוניים |
| 10 | 7 | 30,000 | 24,000 | סידור משפחתי בפיקוח |
| 10 | 9 | 30,000 | 30,000 | סידור משפחתי פרטי |
| | | 90,000 | 74,000 | סה"כ |
| | | 300,000 | 323,000 | קבוצת הגיל עד 3 שנים |
| 30 | 23 | | | האחוז בסידור חוץ-ביתי |

מקור: קמרמן וקאהן, עמ' 101.

41 שם, עמ' 180.

42 שם, שם.

43 שם, עמ' 181.

44 שם, עמ' 180-182.

כאן היא מיוחדת במינה והחידוש העיקרי שבה הוא בתחום המשולב של הבטחת גימלאות כספיות וזכויות הקשורות בעבודה לשני התורים במשפחה. חידוש זה משתקף בגימלאות ביטוח הורים, במענק הורים לטיפול באופן זמני בילדים, ובזכויות לחופשה של הורים בתקופת גידול הילדים בגיל צעיר מאוד. המיוחד למדיניות השוודית בכל אלה הוא בהקניית הזכויות על בסיס שווה לשני התורים, ולא כפי שעדיין מקובל בגישה המסורתית של מתן גימלאות וזכויות אלה לאם העובדת בלבד. המגמות המרכזיות הבאות לידי ביטוי כאן הן מתן עידוד לאם ולאב כאחד למלא תפקידי הורות וקידום השוויון בין בני שני המינים הממלאים תפקידי הורות ותפקידי חברתיים אחרים.

במדיניות החברתית השוודית באים גם לידי ביטוי כמה יעדים חברתיים נוספים. הבולט ביניהם הוא היעד הרדיסטריבוטיבי. קצבאות הילדים ומענקי הדיור נועדו להביא לחלוקה מחדש של התכנסות לטובת משפחות עם ילדים ברימים בכלל ובעיקר לטובת משפחות עם ילדים ברמות התכנסות הנמוכות יותר. יעד בולט אחר הוא הגמשת תנאי העבודה המקובלים כדי לאפשר שילוב קל יותר של חיי העבודה וחיי המשפחה. הזכויות לחופשה, לעבודה כשעות מקוצרות ולחלוקת גימלאות ביטוח הורות לחצאי ולרבעי ימים נועדו כולם להקל על משפחות הרוצים עובדים שיש להם ילדים בגיל רך. אולם הם גם מכוונים להשיג יעדים בתחום הדמוגרפי ובתחום כוח העבודה. בתחום הדמוגרפי כוונת המדיניות השוודית היא לעצור את התהליך הנמשך של ירידה בשיעורי הילודה ולחזק את המבנה והמעמד של המשפחה. כל זאת — בלי לסגוע בחופש הבחירה של אשה להביא ילד לעולם ולגדלו מחוץ לנישואין. בתחום כוח העבודה הכוונה היא לאפשר ולעודד כניסה מוגברת של נשים, כולל אימהות של ילדים בגיל רך, לכוח העבודה כדי למלא את המתסור בעובדים ולמנוע בדרך זו את

מן הנתונים המובאים בלוח דלעיל ניתן ללמוד כי שיעור ילדים בגיל רך הנמצאים בסידור חוץ-ביתי הוא יחסית נמוך בשוודיה. הדבר הבולט במיוחד הוא מספר המקומות הקטן לילדים בגיל רך המצויים במעונות במרכזים העירוניים, וזאת למרות המדיניות המוצהרת לאפשר סידורים כאלה לילדים של הורים עובדים. פער זה בין המדיניות המוצהרת ובין הקיים למעשה מוסבר בחלקו במסורת ההיסטורית והשונה בשוודיה לעומת ארצות אירופיות אחרות. שוודיה חסרה את המסורת הארוכה של חינוך קדם-בית-ספר לילדים בגיל רך כפי שנה התפתח במשך תקופה ארוכה בצרפת ובגרמניה. גם גיל הכניסה לבית-הספר בשוודיה הוא גבוה יחסית ונחזה עד גיל 7. המדיניות לפתח את רשת השירותים החוץ-ביתיים לילדים בגיל רך התקבלה רק באמצע שנות השישים ומספר המקומות במרכזים עירוניים גדל בתקופה קצרה יחסית של 12 שנים מ-10 אלפים מקומות ב-1966 ל-30 אלף ב-1978.⁴⁵

המדיניות המופעלת בשנים האחרונות היא להגדיל במהירות את מספר המקומות לילדים בגיל רך במרכזים העירוניים. ההשקעה המוצהרת בפיתוח שירותים אלה קשורה גם בחלוקה במדיניות האנטי-מחזורית של הממשלה, המכוונת להגדיל את הפעילות הכלכלית במשק. אולם, המחסור בתווה במקומות לילדים במרכזים עירוניים נמשך והוא משתקף ברשימות ההמתנה הארוכות למקומות שיתפנו ובנקיטת אמצעי קיצוב קפדניים כדי להבטיח מקומות למשפחות הזקוקות ביותר לסידור ילדיהם במרכז כזה.⁴⁶

ה. דיון וסיכום

המדיניות החברתית בשוודיה לגבי משפחות הורים עובדים עם ילדים בגיל רך שתוארה

דיון זה על המדיניות החברתית כלפי משפחות של הורים עובדים עם ילדים בגיל רך בשוודיה פותח בפנינו את האפשרות ללמוד מהניסיון השוודי ולהתייחס מגקודת ראות זו למדיניות החברתית בישראל. הכוונה היא ללמוד, ולא לחקות או להעתיק, הסדרים שנוצרו בארץ אחרת בהקשר פוליטי וחברתי שונה. אולם, הבעיות המעסיקות את המדיניות החברתית בישראל כלפי משפחות עם ילדים בגיל צעיר בתחום הדמוגרפי, בתחום של הגמשת תנאי העבודה ופיתוח כוח העבודה, בתחום של חינוך המבנה והמעמד של המשפחה, בתחום של צמצום הפערים החברתיים והכלכליים בין עדות ושכבות חברתיות שונות ובתחום של הגדלת רווחת המשפחה ושיפור איכות החיים בחברה הישראלית בכללותה דומות דמיון רב לבעיות שהמדיניות החברתית בשוודיה מתמחדת אתן. במאמר זה הכוונה היא לסייע לתהליך הלמידה החברתית על-ידי פתיחת אופקים למה שנעשה בחברה עשירה ומפותחת יותר. ייתכן שאין בידי החברה הישראלית בשלב זה היכולת הכלכלית או הנכונות הפוליטית, או שניהם ביחד, להרחיק לכת במדיניות החברתית שלה כפי שעשתה שוודיה. אולם, הפריצה המחשבתית היא צעד ראשון לעשייה בעתיד, אם וכאשר נסיבות הזמן והרצון יתאימו לכך.

הצורך ליבא עובדים זרים למילוי תפקידים במשק השוודי שיהיה זקוק לתוספת כוח האדם לאחר שיעבור המשבר שהמשק השוודי נתון בו כעת.

יעדים אלה מוצאים את ביטויים גם במחויבות שהממשלה השוודית קיבלה על עצמה בתקופה האחרונה לפיתוח מואץ של שירותים חוץ-ביתיים שונים לילדים בגיל רך ובגיל קדם-בית-הספר. ההיצע הקיים של שירותים חוץ-ביתיים אלה עדיין מפגר בשוודיה אחר התי-פתחויות בארצות אירופיות אחרות ויעבור בוודאי זמן לא מועט עד שייסגר פיגור זה. אולם, ההשקעה המואצת בפיתוח שירותים אלה והסיבסוד הגבוה, הישיר והעקיף, הניתן לשירותים הקיימים, מעידים על בחינות החלטתה של החברה השוודית להשיג יעד זה.

באופן כללי יותר, המדיניות החברתית השוודית כלפי משפחות הורים עובדים עם ילדים בגיל רך משקפת גם את האתוס הכללי של החברה השוודית. באתוס זה הדגש מושם ביצירת חברת רווחה, שיש בה איכות חיים גבוהה, שכל חלקי האוכלוסייה בה נהנים מאיכות חיים זו המושגת באמצעות הפעולה הקולקטיבית של הציבור כולו. לגבי דברים אלה יש מידה גבוהה של הסכמה בכל הרבדים של החברה השוודית ובעיקר בקרב הדור הצעיר.

מי עוזר יותר ולמי? התייחסות בין-עדתית

מאת פרופ' יואל ינון ויהודה רון *

הממצאים אינם תומכים בכל המקרים בניבוי סביר זה. אמנם גרטנר וביקמן (Gaertner & Bickman 1971) נטו לבנים ושחורים לעזור לבני גזעם יותר מאשר לבני הגזע האחר, אך לעומתם מצא ת'איר (Thayer 1973) שאין הבדל בין העוזרים שניתנה לבן הגזע האחר ובין העוזרים שניתנה לבן אותו גזע, הן אצל לבנים והן אצל שחורים. במחקר אחר מצאו וגנר וקראנו (Wegner & Crano 1975) שלבנים עזרו במידה שווה לבני גזעם ולשחורים, ואילו השחורים העדיפו את בני גזעם. לעומת זאת מצאו כץ, סהן וגלאס (Katz, Cohen & Glass 1975), שבתנאים ידועים העדיפו שחורים ולבנים לעזור לשחור יותר מאשר ללבן. חוסר העקביות בממצאים מצביע על כך, שיש כנראה משתנים של מצב הפועלים מתוך זיקת-גומלין עם המוצא האתני ומגדירים את התנאים שבהם תהיה העדפה של בני אותו מוצא גזעי מבחינת מתן עזרה (ראו, למשל, מחקרם של Gaertner & Dovidio 1977, המצביע על אחד המשתנים הללו).

בארץ המוצא העדתי הוא אחד המשתנים הנחקרים ביותר, והמסבירים שונות בהתנהגויות בתחומים שונים. פרס (1976) מדווח על הזדהות ברורה הן עם עדות ספציפיות והן עם קטגוריות עדתיות רחבות יותר, כגון: עדות המזרח לעומת עדות המערב (עמ' 85), שעליהן מדובר במחקר הנוכחי. מנתוניו של פרס (1968) מסתבר, שהסולידריות של בני עדות המזרח עם בני עדתם חזקה יותר מזו של בני

מטרת המחקר היתה לבדוק את השפעתם של שלושה משתנים על המידה שבה תוגש עזרה מבוקשת. ואלה המשתנים שנבדקו: (א) מוצא-או העדתי של העוזר הפוטנציאלי; (ב) מוצאו העדתי של הנוסק; (ג) מצבו הכלכלי של העוזר הפוטנציאלי.

מספר מחקרים שנערכו בארצות הברית הראו, שככל שמקבל העזרה דומה יותר לעוזר הפוטנציאלי במזנחים של עמדות, ערכים, אישיות, או אף הופעה חיצונית, כן רבים הסיכויים שהעזרה המבוקשת אמנם תינתן (Emswiler, Deaux & Willets 1971; Pandey & Griffitt 1973).

הסבר אפשרי לממצאים אלה מתבסס על גייתו של בירן (Byrne 1971) הטוען, שדמיון מוביל לחיבה וזו מובילה למתן עזרה (Gross, Wallston & Baron 1971; Piliavin 1975). הסבר נוסף מציע קרבס (Krebs 1975). לדעתו, הדמיון מגביר את האמפאיתיה וזו מובילה למתן עזרה.

כאמור, מחקר זה בא לבדוק באיזו מידה משפיע הדמיון במוצא העדתי בין העוזר הפוטנציאלי למבקש העזרה על הסיכויים שהעזרה אמנם תוגש. בירן ווונג (Byrne & Wong 1962) טרעגים, שבהעדר מידע אחר, שני אנשים בני אותו גזע רואים את עצמם דומים איש לרעהו יותר משני אנשים בני גזעים שונים. מכאן, ועל בסיס הנאמר קודם לכן, נוכל לנבא שאנשים בני אותו גזע יעזרו איש לרעהו יותר מאשר אנשים בני גזעים שונים.

* המחלקה לפסיכולוגיה, אוניברסיטת בר-אילן. המתברים מודים לפרופ' י' אמיר ולד"ר א' ביזמן על הערותיהם המועילות לגירסה קודמת של המאמר.

עקרונות של חליפין, ומרגישות חובה לעזור לאלה שעזרו להן בעבר. לעומת זאת, נשות המעמד הנמוך נוטות לעזור כשאך ביכולתן לעשות זאת, בלי להתנות את עזרתן בקבלת עזרה קודמת. מכאן, שאם נשווה התנהגות של מתן עזרה אצל בני עדות המזרח והמערב כאשר המצב הכלכלי של העוזר מוחזק קבוע, הרי שההבדל המצופה בין שתי הקבוצות לא יהיה משמעותי.

השיטה

הנבדקים

בניסוי השתתפו 120 גברים ונשים. 60 מאלה היו ממוצא מזרחי ו-60 ממוצא מערבי. 30 נבדקים בכל קבוצת מוצא תוערכו כבעלי סטטוס כלכלי בינוני-גבוה על-פי איזור מגורייהם ואיכות דירתם (רמת גן והרצליה), ו-30 נבדקים תוערכו לפי אותם קריטריונים כבעלי סטטוס כלכלי נמוך (רמת עמידר, פרדס כץ, סביבות התחנה המרכזית בתל-אביב).

הליך

הנסיין קיבל ייפוי כוח מקבוצת עסקנים שפר-סמה בעיתונות מודעות הקוראות לציבור לתרום כספים למען משפחה (ששמה לא צויין) הנמצאת במצוקה. אחדים מילדיה רתוקים למיטותיהם לתקופות ארוכות בגלל מחלה כרונית וחובות המשפחה גדלים והולכים. הנסיין, שהיה בן עדות המערב, ביקר בבתי הנבדקים בין השעות 5—8 אחה"צ, והציג את עצמו כסטודנט שהתנדב לאסוף תרומות למען המשפחה הנזקקת, כשהוא מציג את המודעה שתוארה למעלה. ממחצית הנבדקים ביקש הנסיין תרומה עבור משפחת "מזר-חי", ומן המחצית האחרת עבור משפחת "רוזנפלד". בדרך זו תופעל המוצא הע-דתי של מקבל העזרה. הבקשה הופנתה אל הנבדקים ללא כל הפעלת לחץ או ניסיונות שכנוע מעבר לנאמר במודעה שפורסמה בעי-תון. לתורמים ניתנה קבלה על הסכום שתרמו.

עדות המערב. ייתכן שתחושה זו מקורה בכך שבני עדות המזרח הם קבוצת "מיצועט" במובן הפסיכולוגי, עם הרגשת קיפוח חזקה (ראה, פרס 1976; Smoocha 1978), המחזקת את לכידות הקבוצה כלפי פנים ומחדדת את היח-סים עם קבוצות החוץ.

אם טיעון זה תקף, אזי סביר לשער שאצל בני עדות המזרח תהיה העדפה בולטת יותר במתן עזרה לבני עדתם יחסית לבני עדות המערב, בהשוואה להעדפתם של בני עדות המערב את בני עדתם הם. ניבוי אינטראקטיבי זה הוא עיקרו של המחקר הנוכחי.

בנוסף לכך ניתן לשאול, האם אפשר לצפות להבדלים בהתנהגות של מתן עזרה בין בני עדות המזרח לבני עדות המערב? מתוך הספ-רות הקיימת על הבדלים בין עדות מזרח למערב לא נמצא שיש בסיס לטיעון האומר שהמוצא העדתי כשל עצמו יכול לשמש כמנבא הבדל בהתנהגות של מתן עזרה. אפשר לצפות להבדל כזה, אם נגייס משתנים נוספים העומדים במתאם עם המוצא העדתי, וכן עם התנהגות אלטרואיסטית. משתנה כזה הוא המצב הכלכלי של העוזר הפוטנציאלי.

אחת הטענות החוזרות ונשנות היא, שבני עדות המזרח, כקבוצה, נמצאים במצב כלכלי גרוע מזה של קבוצת בני עדות המערב (פרס 1976; Smoocha 1978). אם כך, ניתן לנבא, הן על סמך ממצאים של מחקר שנערך בארץ והן על סמך מחקרים שנערכו בארצות הברית, שבני עדות המזרח, ככלל, יגישו עזרה במידה רבה יותר מאשר בני עדות המערב. יגון (Yinon 1979), מצא, שילדים בישראל (גי-לאי 12—13) שתפסו את עצמם כמקופחים מבחינה חומרית, עזרו לאחרים יותר מילדים שתפסו את עצמם כלא מקופחים במונחים חומריים. ההסבר לממצא זה הוא, שכנראה המקופח יכול להתדהות בצורה טובה יותר עם הזקוק לעזרה, לתוות את המתרחש אצלו, ומכאן שהוא יגיש עזרה רבה יותר מן הלא-מקופח. בארצות הברית מצאו מויר וויינשטיין (Muir & Weinstein 1962) שנשי המעמד הבינוני-הגבוה מתייחסות למתן עזרה על-פי

המשתנה התלוי. כמו-כן מוצגים בלוח 1 וכן בלוח 2 ממוצעי התרומות בלירות כפי שנת-רמו בידי הנבדקים בתנאי הניסוי השונים. נתונים אלה מובאים לצורך המחשה בלבד, מכיוון שניתוח שונות תלת-כיווני שנערך עליהם הראה שבחלק מן התאים היתה שונות התרומות גדולה למדי, ולכן השימוש בו איננו לגיטימי.

ניתוח הנתונים הדיכוטומיים, כאשר המשתנים הבלתי תלויים הם המוצא העדתי של העוזר הפוטנציאלי, מוצא העדתי של מקבל העזרה, ומצבו הכלכלי של העוזר הפוטנציאלי, הצביע על הממצאים שלהלן:

א. אין הבדל בין הנבדקים ממוצא מזרחי (38% מתוך 60 נבדקים) ומערבי (43% מתוך 60 נבדקים), באשר לשכיחות התורמים.

הכסף שנאסף הופקד בחשבון הבנק שמספרו צוין במודעה.

הנסיין ניסה את מולו רק באותן דירות שבהן אפשר היה לדעת ללא ספק, על-פי השם הכי טוב על הדלת, מדו המוצא העדתי של הדיירים.

המשתנים התלויים היו אפוא שכיחות וגובה התרומות שתרמו הנבדקים בעקבות פניית הנסיין.

תוצאות

בלוח 1 מוצגות שכיחות התורמים באחוזים בתנאי הניסוי השונים. על שכיחות אלה נערך ניתוח סטטיסטי רב-משתני של נתונים איכותיים דיכוטומיים (ראה Goodman 1970), כאשר שכיחות התורמים לעומת המסרבים היא

לוח 1. שכיחות התורמים באחוזים * וממוצעי גובה התרומות, לפי המוצא העדתי של התורם והמקבל והמצב הכלכלי של התורם

| תורם ממוצא מזרחי | | תורם ממוצא מערבי | | מצבו הכלכלי של התורם |
|------------------|-----------|------------------|----------|--------------------------|
| גובה | נמוך | גובה | נמוך | |
| 0% | 33% | 40% | 53% | למשפחה נזקקת ממוצא מערבי |
| 0 ל"י | 3.33 ל"י | 5.67 ל"י | 6.87 ל"י | |
| 47% | 73% | 33% | 47% | למשפחה נזקקת ממוצא מזרחי |
| 8.53 ל"י | 10.06 ל"י | 3.67 ל"י | 4.8 ל"י | |

* בכל תא 15 נבדקים.

לוח 2. שכיחות התורמים באחוזים * וממוצעי גובה התרומות, לפי המוצא העדתי של התורם והמקבל

| נותן העזרה | | מקבל העזרה |
|-------------|-------------|-------------------------|
| ממוצא מזרחי | ממוצא מערבי | |
| 17% | 47% | משפחה נזקקת ממוצא מערבי |
| 1.67 ל"י | 6.27 ל"י | |
| 60% | 40% | משפחה נזקקת ממוצא מזרחי |
| 9.30 ל"י | 4.23 ל"י | |

* בכל תא 30 נבדקים.

מתקבל תוסר הדיפרנציאליות במתן עזרה מצד בני עדות המערב.

ההעדפה הבולטת שמעדיפים בני עדות המזרח את בני עדות המערב הזקבלה כמצופה, וכנראה שמקורה בלכידות האגנימית החזקה של "קבוצת מיעוט" במובן הפסיכולוגי, המקופחת בידי הקבוצה המערבית הדומיננטית (ראה פרס 1976). בהקשר זה ראוי לציין את הממצא (ראה לוח 1) המראה שעוזרים פוטנציאליים מבני עדות המזרח, שמצבם הכלכלי טוב, לא תרמו אפילו אגורה אחת כאשר המשפחה הנוקקת הוצגה כבאה ממוצא מערבי. ייתכן שזהו ביטוי לעוינות שחשים חברי קבוצה מקופחת שהצליחו להיחלק ממצבם הגרוע ולשפר את מצבם הכלכלי והם "נוקמים" בבני הקבוצה הדומיננטית.

אפשר להסביר ממצא זה גם בצורה אחרת, ולקשרו לממצא אחר שהיה בלתי צפוי. כזכור, נמצא שכלל הנבדקים נטו לעזור למשפחה נוקקת מעדות המזרח יותר מאשר למשפחה נוקקת מעדות המערב. ייתכן שהסיבה לכך היא שהנבדקים יחסו למשפחה הנוקקת מעדות המערב אחריות רבה יותר למצב התלות שהיא נקלעה אליו מאשר למשפחה מזרחית. דהיינו, משפחה מערבית נתפסת כבעלת נתונים בסיסיים טובים יותר להתמודד עם בעיות, להגיע להישגים וכד', ולכן אם לא הצליחה בכך, מוקד התלות נמצא במשפחה. לעומת זאת, משפחה מזרחית נתפסת כנמצאת מלכתחילה בעמדה נחותה עקב גורמים תרבותיים, חברתיים או פוליטיים, ואינה "אשמה" במצבה. הסיבות למצבה הן מעבר לשליטתה, דהיינו, מוקד התלות נמצא מחוץ למשפחה.

ממצאיהם של מספר מחקרים שנערכו בארצות הברית ותפעלו את המשתנה של מוקד תלות חיצוני/פנימי מראים, שנבדקים עוזרים יותר כאשר מוקד התלות הוא חיצוני מאשר במצב שבו מוקד התלות הוא פנימי (ראה Schopler & Matthews 1965; Berkowitz 1968; Horowitz 1973; 1969). לממצא זה ניתנו כמה הסברים:

- ב. שכיחות התורמים למשפחה נוקקת מזרחית (50% מתוך 60 נבדקים) גבוהה יותר באופן מובהק מאשר שכיחות התורמים למשפחה נוקקת מערבית (32% מתוך 60 נבדקים) ($p < .027$; $x^2(1) = 21.60$).
- ג. שכיחות התורמים בעלי מצב כלכלי נמוך (52% מתוך 60 נבדקים) גבוהה יותר באופן מובהק מאשר שכיחות התורמים בעלי מצב כלכלי בינוני-גבוה (30% מתוך 60 נבדקים) ($p < .015$; $x^2(1) = 23.45$).
- ד. זיקת-הגומלין בין המוצא העדתי של העוזר הפוטנציאלי לזה של מקבל התרומה מובהקת (ראה לוח 2). מן הלוח נראה, שבעוד שאצל בני עדות המערב אין הבדל בין שכיחות התורמים לנוקק מעדות המזרח או המערב, הנה בני עדות המזרח תרמו בשכיחות הרבה יותר גבוהה לנוקק מבני עדות המערב.
- ה. לא נמצאו כל זיקות-גומלין נוספות.

דיון

הממצאים מאמתים את ההשערה המרכזית של המחקר בדבר העדפה במתן עזרה לנוקקים בני אותה עדה, אבל רק באופן חלקי. הניבוי היה, שההעדפה תימצא אצל שתי קבוצות המוצא האתני, ובמידה פחותה אצל בני עדות המערב. ניתוח זיקת-הגומלין בין המוצא העדתי של נותן העזרה ובין המוצא העדתי של מקבל העזרה מראה, שההעדפה של בני אותה עדה קיימת רק אצל בני עדות המזרח, ואינה קיימת אצל בני עדות המערב שתרכשו במידה זה ובשכיחות דומים הן לנוקק מעדות המזרח והן לנוקק ממוצא מערבי.

ייתכן שההסבר לחוסר העדפה זה נובע מקימה של נטייה לפאטרנליזם אצל בני עדות המערב כלפי בני עדות המזרח (ראה Smootha 1978). נטייה זו משמשת משקל-נגד לנטייה להעדיף את בני אותה עדה, וכך

חוקה יותר אצל בני עדות המזרח מאשר אצל בני עדות המערב, ובמיוחד אצל בני עדות המזרח שמצבם הכלכלי טוב.

בניגוד לצפוי, לא נמצאו הבדלים בין בני עדות המזרח לבני עדות המערב מבחינת המידה שבה הם נענו לבקשת העזרה. אמנם, בהתאמה עם מחקרים קודמים נמצא גם במחקר הנוכחי שנבדקים ממעמד כלכלי נמוך עזרו יותר מנבדקים ממעמד כלכלי גבוה, אך לא נמצאה זיקת-גומלין בין משתני המוצא העדתי ובין משתנה המצב הכלכלי.

לסיכום, מצאנו שמצאו העדתי של עוזר פוטנציאלי, מצבו הכלכלי ומוצאו העדתי של הנזקק תורמים לקביעת המידה שבה אמנם תינתן העזרה. ברם, ההסברים לממצאים המנסים לאתר את המשתנים המתווכים בין ההשפעות הללו הם עדיין בחזקת השערות הטעויות בחינה בעזרת מחקרים נוספים שיעשו בעתיד.

א. הנזקק שמוקד התלות שלו נתפס כפנימי טופח את עצמו על העוזר הפוטנציאלי ובכך הוא מעורר אצלו התנגדות, כיוון שבקשת העזרה נתפסת כאיום על חופש ההתנהגות שלו (Berkowitz 1973).

ב. בקשה מצדו של נזקק שמוקד תלותו נתפס כחיצוני נראית לעוזר הפוטנציאלי כלגיטימית יותר מבקשה מצדו של נזקק שמוקד תלותו נתפס כפנימי.

ג. נזקק שמוקד תלותו נתפס כפנימי אינו מעורר במידה מספקת את נורמת האחר-רצת החברתית המחייבת לעזור לאחרים התלויים בו (Schopler & Matthews, 1975).

כל אחד משלושת ההסברים הללו יכול להיות נכון לגבי האפשרות של תפיסה דיפרנציאלית של מוקד התלות של משפחה נזקקת מערבית (פנימי) לעומת משפחה נזקקת מזרחית (חיצוני). ייתכן שהבחנה על-פי ייחוס זו היא

ביבליוגרפיה

- פרס, י', "זהות עדתית ויחסים בין עדתיים" (חיבור לשם קבלת התואר דוקטור, האוניברסיטה העברית, ירושלים, 1968).
- פרס, י', יחסי עדות בישראל, תל-אביב, ספרית הפועלים, 1976.
- Baron, R. A., "Behavioral Effects of Interpersonal Attraction: Compliance with Requests from Liked and Disliked Others", *Psychonomic Science*, 25 (1971), pp. 325-326.
- Berkowitz, L., "Resistance to Improper Dependency Relationships", *Journal of Experimental Social Psychology*, 5 (1969), pp. 283-294.
- Berkowitz, L., "Reactance and Unwillingness to Help Others", *Psychological Bulletin*, 79 (1973), pp. 310-317.
- Byrne, D. E., *The Attraction Paradigm*, New York, Academic Press, 1971.
- Byrne, D. E., & Wong, J., "Racial Prejudice, Interpersonal Attraction, and Assumed Dissimilarity of Attitudes", *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 65 (1962), pp. 884-889.
- Emswiller, T., Deaux, K., & Willets, J. E., "Similarity, Sex, and Requests for Small Favors", *Journal of Applied Social Psychology* (1), (1971), pp. 284-291.
- Gaertner, S. L., & Bickman, L., "Effects of Race on the Elicitation of Helping Behavior: The Wrong Number Technique", *Journal of Personality and Social Psychology*, 20 (1971), pp. 218-222.
- Gaertner, S. L., & Dovidio, J. F., "The Subtlety of White Racism, Arousal, and Helping Behavior", *Journal of Personality and Social Psychology*, 35 (1977), pp. 691-707.

- Goodman, L. A., "The Multivariate Analysis of Qualitative Data: Interactions among Multiple Classifications", *Journal of the American Statistical Association*, 65 (1970), pp. 226-256.
- Gross, A. E., Wallston, B. S., & Pilliavin, I. M., "Beneficiary Attractiveness and Cost as Determinants of Responses to Routine Requests for Help", *Sociometry*, 38 (1975), pp. 131-140.
- Horowitz, I. A., "Effect of Choice and Locus of Dependence on Helping Behavior", *Journal of Personality and Social Psychology*, 8 (1968), pp. 373-376.
- Katz, I., Cohen, S., & Glass, D., "Some Determinants of Cross-Racial Helping Behavior", *Journal of Personality and Social Psychology*, 32(6) (1975), pp. 964-970.
- Krebs, D. L., "Empathy and Altruism", *Journal of Personality and Social Psychology*, 32 (1975), pp. 1134-1146.
- Muir, D. E., & Weinstein, E. A., "The Social Debt: An Investigation of Lower-Class and Middle-Class Norms of Social Obligation", *American Sociological Review*, 27 (1962), pp. 532-539.
- Pandey, J., & Griffitt, W., "Attraction and Helping". Paper presented at a meeting of the Midwestern Psychological Association, Chicago, 1973.
- Schopler, J., & Matthews, M. W., "The Influence of the Perceived Causal Locus of Partner's Dependence on the Use of Interpersonal Power", *Journal of Personality and Social Psychology*, 2 (1965), pp. 609-612.
- Smootha, S., *Israel: Pluralism and Conflict*, London, Routledge & Kegan Paul, 1978.
- Thayer, S., "Lend me Your Ears: Racial and Sexual Factors in Helping the Deaf", *Journal of Personality and Social Psychology*, 28 (1973), pp. 8-11.
- Wegner, D. M., & Crano, W. D., "Racial Factors in Helping Behavior: An Unobtrusive Measure", *Journal of Personality and Social Psychology*, 32 (1975), pp. 901-905.
- Yinon, Y., "Perceived Deprivation of Material and Nonmaterial Rewards as Related to Altruistic Behavior among Young Adolescents", *International Journal of Behavioral Development*, 2 (1979), pp. 287-295.

על השימוש במושג שיקום בישראל ועל פיתוחה של תורת שיקום מקצועית*

מאת פרופ' יונה מ' רוזנפלד**

מבוא

בצה"ל, מחנכים וכדומה. עם משקמים זה מפורז ומפורד במסגרות ארגוניות — שלטון-ניות וזלונטריות — שונות ורבות (בריאות, הינוך, שיכון, עבודה, רוחה, ביטחון), ופועל במרכזים, בתחנות, בלשכות ועוד. שליית, בשם "השיקום" אפשר להבטיח, "למכור" ולהפעיל בליל של פעילויות, אשר המשותף ביניהן מועט: לגייס ולהלהיב את יהדות העולם למען אותו אנדרוגינוס המכונה "שיקום שכונות", להחזיר מתנחלים עירוניים לביקתותיהם, להכניס "פנתרים" לסוגריהם ואף להוציא חולי נפש כרוניים מבתי חולים שבהם היו מופקדים, כמו באותו מבצע נהדר של הגוינט מלפני למעלה מעשרים שנה. אכן בתחום המדיניות החברתית של מדינת ישראל אין לדא לא לומר את המלה "שיקום", כדי שיימצאו עבור משאבים, אשר בדרך כלל ניתז לגייס רק עבור פעילויות שבתחום הבריאות והחינוך.

קשה להניח ששימוש בלתי-מובחן זה אינו נותן את אותותיו במהותן ובטיבן של הפעילויות השונות והמגוונות, אשר בהקשר הישראלי זכו לחסות בצלה של מלה זו. כאשר יש מלה כ"שיקום" אשר הפכה להיות מעין מלת-קסמים של כישוף-לבן, של כישוף המבקש לעשות את הטוב, סביר להניח כי פעילויות

המלה "שיקום" היא חדשה יחסית בשפה העברית. השימוש בה החל, ככל הנראה, בשלהי מלחמת העולם השנייה בקשר לשיקום חיילים (resettlement) ששחררו או מן הצבא הבריטי. משמעותה המילולית של המלה היא "להקים מחדש", והיא מתייחסת לפעילות מכוונת הבאה להחזיר דבר לקדמותו.

בדיקה שטחית בלבד מראה, כי השימוש במושג זה פרץ את ההגדרה הספציפית של החזרת דבר לקדמותו ועתה שוב אין לפעילויות הרבות הנקראות "שיקום" מכנה משותף ברור אחד. שלושה הם הסימנים לכך: ראשית, המושג שיקום נצמד לפעילויות שהן שונות במידה רבה זו מזו. אנו שומעים על שיקום שכונות, שיקום הפה, שיקום עיזורים או שיקום משפחות, ובד בבד גם על שיקום מקצועי, שיקום בעבודה, שיקום האינטליגנציה החבויה ושיקום נפשי. שנית, "בשיקום" עוסק צבא גדול של אנשי-שעיסוקם או מקצועם בכך. לכל אחד מהם כינוי אחר: עובדי שיקום, עובדים סוציאליים, קציני מבחן, פקידי שיקום, מממ"ים (מחנכים מיוחדים בתנועה הקיבוצית), קבני"ם (קציני בריאות נפש

* הרעיונות המובעים במאמר זה התגבשו בעקבות הרצאה שניתנה ביום העיון השנתי של המוסד לביטוח לאומי לזכרו של ד"ר גיורא לזטן, ירושלים, 1981. בכתיבת המאמר נעזרתי הרבה בהערותיו החשובות של מר ראובן בוימל ובשיחות שניהלתי עם גברת ברכה בן-צבי על הגדרת השיקום. גם פרופ' אברהם זרון ומר דוד רותם היו לי לעזר רב. תודתי נתונה לארבעתם.

** פרופסור-חבר לעבודה סוציאלית ע"ש גורדון בראון, בית הספר לעבודה סוציאלית ע"ש פאול ברוואלד, האוניברסיטה העברית בירושלים.

ביטוי לאותה ערגה ליצירת האדם החדש בארץ-ישראל אשר היוותה מאוחר יותר את הבסיס לשותפות שבין מגשימי דרכו שלו ובין ראשי תנועת העבודה, שראו בעבודה ובעובדי-הים את הבסיס ליצירת החברה החדשה, הטו-בה, הנקייה מעיוותי העבר, ומ"ניוונו", כביכול, של העם היהודי בגולה וביישוב הישן. אלא שבעוד שהרצל הודה שלא כולם יוכלו לעבוד, וכי ימצאו אף כאלה אשר המדינה תאלץ לפרנסם, העלו ראשוני תנועת הפועלים את הדרישה, שהמוני העם יצטרפו כולם למעמד הפועלים, והתעלמו מסורה המציאות החברתית, לפיה יהיו גם כאלה, אשר ייוותרו מאחור או יפלו ב"צדי הדרך". ואמנם, כאשר קרה הדבר, נפגעו כל החולמים על החברה החדשה, שכן בתהליך התגשמה לא כל העם הפך להיות "פרודוקטיבי".

הווייה זו כאילו העניקה לשיקום, ובמיוחד לאותו שיקום שהיה קשור לעבודה, ערך ראשוני, וראתה בו תשובה לכל מה שלא נתגשם מן האוטופיה החברתית הציונית. והיא אף העניקה את הגושפנקה לאותה "שיקומניה לאומית" שהזכרנו.

מלכתחילה נתן השיקום, דווקא במשמעות של השיקום המקצועי, ביטוי לאותה אוטופיות, נאיביות ותעוזה שנתלוו לחזון הציוני. במשך הזמן הורכב על המושג שיקום מכלול פעילי-יות בלתי מובחנות למען סוגים שונים של אנשים אשר לא הצליחו "לעמוד על רגליהם". פעילויות אלה לא יכלו, כמובן, להצליח זון משום שיעדי הפעילויות נשארו עמומים, הן משום שהפעילויות עצמן לא הוגדרו, והן משום שנתונייהם של המשתקמים בכוח גילו מלכתחילה, שסיכוייהם להצליח בעבודה קלושים מאוד. יתרה מזו, תוך-כדי הזדהות עם החזון, ראו עצמם העוסקים בשיקום לסוגיו השונים מחויבים ונכונים להפעיל מגוון רחב של פעילויות ללא יעדים ברורים, למען אנשים שנפלטו ממערכות אחרות, אף מבלי שהעוסקים בשיקום עצמם בדקו את כישוריהם הם לכך ואת האפקטיביות של פועלם. כך נתנה פעילות השיקום כשלעצמה, גם זאת שאין

השיקום אינן אלא מקסם שוא. בישראל הגיעה תהלתהבות לרעיון השיקום לעוצמה כזו עד שהעוסקים בו לא נדרשו להבהיר לעצמם, או לאלה שאותם הם אמורים לשקם, או לאוהדי פעילות השיקום מן החוץ, מה היא מטרת עבודתם, כלומר, מהו "השיקום" המיוחל שלקראתו הם פועלים. זאת ועוד, כאשר המטרה המיוחלת של תהליך השיקום אינה ברורה, לא קיימת תודמנות ללמוד מן הניסיון ולהתחלק בו. ניתן לומר שבתנאים אלה כל יחיד בצבא העוסקים בשיקום פועל כאדון בנחלתו שלו, כשהוא משוכנע בהצלחתם של מה שהוא מגידיר כהישגיו, בלי שיתעד אותם ובלי שאף יתבקש לעשות כן. מאחר שפעילויות אמור-פיות אלה מופעלות מתוך קונסנסוס לאומי ניתן לומר, כי בתחום מדיניות השיקום בישראל אנו עדים לכעין "שיקומניה לאומית", שסימן ההיכר שלה הוא להיטות בלתי מבחינה מכאן, והעדר תורה שניתן ללמוד אותה וללמדה מכאן.

השיקום כמשאת נפש לאומית וכביטוי לאכזבה מן החלום הציוני

ענייננו כאן הוא להתמודד עם האתגר שבהפיכתו של "תעשיית שיקום" שהן עתירות הון ודלות תחכום למפעלים רווחיים, "רווחתיים" ועתירי ידע. אולם, לפני שנפנה לעניין זה, מן הראוי לנסות ולהתמודד עם השאלה כיצד קרה, שדווקא בישראל יש שפע כזה של משתקמים חברתיים בתחום השיקום, ומצויים בה משקמים כה מרובים, המבטיחים כל כך הרבה, עבור אנשים-משתקמים-כסוח כה רבים. תשובה אפשרית אחת להפיכתו של השיקום למיתוס בחברתנו היא, שמשתקף בו היבט אחד של החלום הציוני, אשר תזה כי "פה בארץ חמדת אבות תתגשמה כל התקוות", כאשר התברר כי חלום זה אינו מתגשם, השיקום כאילו בא לפצות במידת-מה על האכזבות הרצל כתב ב"אלטנוילנד": "כאן [במדינת היהודים] התחלנו הכל מחדש", ובכך נתן

מקום ביטוי לאותה אידיאלוגיה הרואה בעבור-
דה ערך — מפגש בין עניינו של הקולקטיב
לבסס ולחזק את עצמו ובין עניינו של הפרט
להפעיל את האופציות שלו באופן אופטימלי
ועצמאי. העבודה והתעסוקה מהוות כעין צומת
אשר בו אדם מוצא הזדמנות לפעול עם מה
שטמון בו למען עצמו ואף להפעילו גם לתו-
עלת הרבים תוך אופטימום של בחירת ומיני-
מום של כפייה.

כעת, משעמדנו על מה שהוא ייחודי לשיקום,
ניתן לגשת להגדרתו של השיקום, הן כדי
לציין מהו והן כדי לציין מה איננו. הגדרתו
מכאן וגידורו מכאן מניחות את הבסיס לפי-
תוח אותה תורת שיקום אשר בלעדיה שיקום
כשדה פעולה נדון להישאר פרוץ וחסר מיו-
מנות. אך תחילה יש להבהיר את מרכיבי
ההגדרה שהם:

- א. מיקום השיקום בין שאר שירותי הרווחה.
- ב. האוכלוסייה שמדובר בה.
- ג. היעד שהשיקום אמור להשיג.
- ד. התהליך שבעזרתו מושג היעד.
- ה. המקצועיות הנחוצה להפעלת התהליך.

בעזרתם של חמישה מרכיבים אלה ניתן להג-
דיר שיקום כדלקמן:

- "השיקום הוא אחד מן השירות-
תים הסוציאליים האישיים — המיקום
המיועדים לאנשים בעלי מג-
בלויות המצרות את צעדיהם, — האוכלוסיות
שעבורם רכישת עבודה, תע-
סוקה או מקצוע — התהליך
תביא לריבוי האופציות שלהם
לשנות את דפוסי חייהם בה-
וה ובעתיד הנראה לעין; — היעד
השיקום מופעל באמצעותם
של אנשי מקצוע, על-פי רוב
עובדים סוציאליים, שבידיהם
המיומנות להביא לידי הש-
גת יעד ריבוי האופציות בעז-
רת תהליך רכישת עבודה,
תעסוקה או מקצוע."
- המומחיות
המקצועית

סיכוי להצליח בה, מיצוי חברתי לחזון שנופץ.
ניתן לציין אפוא, כי את מחדלי השיקום אין
לחפש דווקא בחוסר תיאום, בבעיות ארגון או
בהעדר מידע, כי אם בהקשר החברתי של
התחום הנדון, שהושקעו בו פאתוס לאומי
ומשאבים חברתיים כה רבים. הוזה אומר,
העדר הידע מזה וחוסר התיאום והבעיות
הארגוניות מזה הם תולדה של חוסר האפק-
טיביות של שירותי השיקום ולא הסבר להם.

הגדרת השיקום: היעד — אופציות אישיות, התהליך — תעסוקה

לאחר הצגת הרקע האידיאלוגי, והניסיון
להסביר את השימוש הפרוץ במושג השיקום
ואת השלכותיו לגבי הפעילויות שבמסגרתו,
מן הראוי לנסות ולגבש הגדרה ממצה של אותו
תחום אשר המושג שיקום תופס לגביו וכן
לקבוע בצורה ברורה את יעדיו ואת התהלי-
כים הנגזרים מהם. לאחר מכן ננסה לעגן את
המושג שיקום בין שאר הפעילויות החברתיות
המקצועיות, המכוונות למען אנשים ולבסוף
נדון באמצעים שיש לנקוט, כדי לעצב תורת
שיקום שתשרת אנשים העוסקים במלאכת
שיקום, ואשר תתבסס על פעילויות מובחנות
ומכוונות שהם עושים למען כל מי שיכול
להסיק מהן תועלת.

המבקש לפתח תורה של שיקום חייב קודם לכן
להגדיר שיקום מהו. לשם כך, ולאור השימוש
הפרוץ במושג זה בישראל, מן הראוי לעמוד
על המיחד את השיקום ולשחררו מכל אותן
פעילויות אמורפיות ובלתי מובחנות אשר הת-
גדרו בייחוד זה. דומה, שמה שגלום במושג
השיקום ומהותי לו, הן בעולם והן בישראל,
הוא המרכיב של התעסוקה, כלומר העבודה
או המקצוע. אכן העבודה, התעסוקה או המק-
צוע הם המשאב או האמצעי העומד לרשותו
של כל אדם כדי שלא "ייפול בצדי הדרך",
ועל-מנת שיהיה אדון לגורלו ושותף בחברה
שהוא משתייך לה. בהבטחת עבודה ותעסו-
קה לכל, ואף לאנשים שיש להם מגבלות, יש

להם יממשו אנשים בעלי מגבלות את יעדין של השיקום — ריבוי האופציות לשינוי בדפוסי חייהם. אולם, לפני שנעסוק בנושא זה של פיתוח אותה תורת שיקום, אשר תעמוד לרשותם של אנשי מקצוע שעיסוקם הוא השיקום, מן הראוי לעמוד על המרכיב האחד של הגדרתנו שלא דנו בו עד כה — מיקומו של השיקום בין שאר שירותי הרווחה.

שירותי השיקום כחלק ממערכת "השירותים הסוציאליים האישיים"

מבחינת מיקומו ניתן לעגן את תחום השיקום בין שאר הפעילויות הציבוריות למען אנשים בצר להם, המכונות שירותי הרווחה. אלא שאין די בכך. מן הראוי לברר היטב מה שייך לתחום השיקום ומה שייך לתחומי הרווחה האחרים. הדבר חיוני על-מנת לעמוד על האלטרנטיבות לשיקום, כלומר על מה שניתן להציע לאותם אנשים אשר רווחתם אינה דורשת או אינה מאפשרת הפעלת תהליכי השיקום, ולאלה שתשגתם של אותם יעדי השיקום שציינו אינה חיונית עבורם או שתהליכי השיקום אינם יכולים לעזור להם בהשגת יעדים אלה.

השיקום שייך למה שמכנים "השירותים הסוציאליים האישיים". השירותים הסוציאליים האישיים מהווים מערכת אחת משש המערכות של הרווחה החברתית. חמש האחרות הן: ההכנסה, השיכון, החינוך, הבריאות והעבודה¹. ייחודם של השירותים הסוציאליים האישיים הוא בכך שהם מופנים לכל האנשים בחברה הזקוקים להתייחסות אישית, כדי שיוכלו להתמודד טוב יותר עם מצוקות חיי-

כדי להבהיר את הטעון הבהרה כדאי להבליט שאנו מבחינים בין יעד השיקום ובין תהליכי השיקום. בעוד שהיעד — ריבוי אופציות — אינו יעד בלעדי לתחום השיקום, הרי התהליכי-כיום להשגת יעד זה על-ידי רכישת עבודה, תעסוקה או מקצוע, הם בלעדיים לתחום השיקום. רק בתחום השיקום מדובר בתהליך שעי-קרו רכישת משאבים אלה, לתועלתו של היחיד ולתועלת זולתו.

מכאן נובע, שמאחר שמדובר באנשים בעלי מגבלות, מדובר בכאלה אשר עבורם עצם רכישת עבודה, תעסוקה או מקצוע היא משי-מה שאינה בהישג ידם, הרי יש צורך בהפ-עלת שירותים מיוחדים. שירותים אלה נחוצים כי בעלי מגבלות זקוקים לעזרה או לשותפות של אנשים שמומחיותם בכך.

המומחיות הנדרשת להשגת יעדי השיקום על-ידי תהליכי השיקום הספציפיים שציינו הוא פועל יוצא מעצם העובדה שמדובר במגוון רחב של אנשים בעלי מוגבלויות שונות אשר לא רכשו תעסוקה בכוחות עצמם וב"דרך הטבע". איפיון זה, והוא בלבד, מחייב עזרה חיצונית, כלומר התערבות "מלאכותית" ויזומה הנתונה בידי בעלי המקצוע שמומחיותם בכך — עוב-דים סוציאליים. על שום מה בעל מקצוע זה הוא העובד הסוציאלי ולא בעלי מקצוע אחרים קצרה היריעה לדון כאן².

בהעדרן של הגדרות אחרות, ועל בסיס התג-דרה המוצעת כאן, הונח יסוד לפיתוח תורה של שיקום. כאשר ברור מהו שיקום, יכולים העוסקים בו להתחיל וללמוד באופן שיטתי מן הניסיון הרב — אם כי הבלתי מגובש — שהצטבר אצלם, ולהשתמש בו כדי להגיע לקודיפיקציה של מומחיותם, שכפי שהוגדרה כאן ממוקדת בהפעלת אותם תהליכים של רכישת עבודה, תעסוקה או מקצוע, שהנחות

1 בנושא זה דנתי במקום אחר. ראה: Y. M. Rosenfeld, "The Domain and Expertise of Social Work", *Social Work* (to be published in 1983).

2 ראה: Alfred J. Kahn & Sheila B. Kamerman, *Social Services in International Perspective: The Emergence of the Sixth System*, Washington, U.S. Dept. of Health, Education and Welfare, 1976, p. 3.

העיגון הזה של שירותי השיקום בתוך השירותים הסוציאליים האישיים יש תרומה חשובה בפיתוח תחום השיקום: הוא יאפשר לשירותי השיקום להצטמצם ולהעמיק ולעסוק רק במה שהם מיועדים לעסוק בו ואף לחייב אותם לכך. יתרה מזו, עצם הספציפיקציה של מה שייוחדי לשיקום גם מותירה לקשת הרחבה של השירותים הסוציאליים האישיים יעדים ותהליכים שאינם מיעדי השיקום ומתהליכיו. בדרך זאת יוכלו גם שירותים אלה להתפתח ולפתח את מה שייוחדי להם.

יש מי שעשוי לטעון, שיעדו של כל אחד מן השירותים הסוציאליים האישיים הוא ריבוי של אופציות. אולם דווקא מבחינת היעדים יש להבחין בין שלושה סוגים של שירותים אלה, שלכל אחד מהם יש התייחסות שונה בזמן ליעדיהם, ורק האחרון מביניהם כולל את שירותי השיקום. הסוג הראשון כולל שירותים סוציאליים אישיים שיעדם העיקרי למנוע התפתחות שלילית לעתיד תוך התייחסות למצבים בלתי רצויים בהווה. מדובר כאן במכלול רחב של שירותים, כגון אלה הניתנים לילדים חסרי בית, למשפחות שאינן מצליחות להתמודד עם העולם הסובב אותן ועם בעיותיהן הסנימיות. הסוג השני של השירותים הסוציאליים האישיים הם אותם שירותים שיעדם להקל על חייהם של אנשים הסובלים ממגבלות שהן מעיקרן בלתי הפיכות. מדובר כאן, למשל, בשירותים לתולים כרוניים, שעיקרם הקלת המצב הקיים וניסיון למנוע התדרדרות נוספת. הסוג השלישי של השירותים הסוציאליים האישיים, וביניהם שירותי השיקום כפי שהוגדרו כאן, נועדו מעיקרם להרבות אופציות, כלומר לשנות דפוסי החיים בהווה ובעתיד הנראה לעין. בסוג שלישי זה של שירותים יש מרכיב של יוזמות מקצועיות, אשר עיקרן חיי פוש אחר כלים ושיפור מיומנויות, כדי להתאים את תהליכי ההתערבות המאפיינים תחום זה — במקרה שלנו רכישת תעסוקה — להשיג יעדים. המיומנות הנחוצה לשם כך רבה מאחר שפעמים רבות תהליכים אלה מופעלים כדי להוציא אנשים ממצבם הכרוני. אולם

הם. סימן ההיכר של שירותים אלה הוא בעצם ההתייחסות האישית אל האנשים ואל מצוקותיהם על-ידי מי שמומחיותם בכך. תשומת הלב והדאגה האישית הזאת מטעם החברה כזכות אלמנטרית מבטאת את מידת החשיבות שחברה מעניקה לכל מי שחי בתוכה, עד אחר-כך חברה-אזרחית.

השירותים הסוציאליים האישיים מופנים לבני כל הגילים, כאשר אלה חשופים למצוקות הטיפוסיות לשלבי חייהם או שהן פרי תקופה זו או אחרת. יעדם הוא להעמיד לרשותם של בני החברה אמצעים התואמים את צורכיהם הייחודיים והמבטיחים את המשך קיומם והתפתחותם, לבל ייפלו או יזוותרו ב"צדי הדרך". הם כוללים מגוון רחב של שירותים, אשר המשותף להם היא ההתייחסות הייחודית לכל אדם ואדם והקצאת משאבים בצורה דיפרנציאלית. במערכת השירותים הסוציאליים האישיים כלולים השירותים המיועדים לתרום לרווחתם של ילדים, כגון אלה המצויים בתחום האימוץ, משפחות אומנות וכדומה, השירותים הסוציאליים למשפחות, השירותים הטיפוליים לעבריינים או לאלכוהוליסטים והסוגים השונים של השירותים הקהילתיים. למערכת שירותים זאת שייכים גם אותם שירותי השיקום שהגדרנו כאן. כשאר השירותים הסוציאליים האישיים, גם שירותי השיקום מופעלים מטעם החברה ובצורה דיפרנציאלית ומבחינה כדי להרבות את האופציות עבור אלה החסרים אותן, שכן משאביהם האישיים והמשאבים החברתיים הכלליים לא איפשרו את רכיב שותן.

עצם מעוגנתו של השיקום בתוך שירותי הרווחה בכלל, ובין השירותים הסוציאליים האישיים בפרט, מבהיר ומדגיש כי אכן קיימות אלטרנטיבות מרובות ומגוונות בשביל אותו שיקום בעבודה, בתעסוקה או במקצוע שאנו מדברים עליו כאן. עצם קיומן של אלטרנטיבות אלה הוא המשחרר את השיקום — כפי שהוא מופעל כיום — מן הכורח להצליח בכל תנאי ומן המחויבות למצוא פתרונות לכלל האנשים בצר להם. מכאן גם נובע כי בעצם

אחת נשאה פרי בעוד שפעילות אחרת לא הביאה לכך.

בשלב מוקדם זה של מקצוע השיקום לא ניתן לקוות לביסוסו ולשיפורו, מבלי שאלה העוסקים בו יטלו על עצמם את האחריות למשימה, שכן בידיהם מצויים המידע והניסיון. כך, למשל, טוענים רוזן ופרוקטור, כי "ידע בדבר התערבויות [מקצועיות] חייב לכלול ניבויים גלויים על קשרי הגומלין בין תשומות [כלומר, מר, התערבויות] ובין תוצאות רצויות"³. פיתוח תורת השיקום אינו תלוי אם כן ב"שיקום" של תהליכי השיקום או יעדי, אלא בבנייתן של המיומנויות המקצועיות של העוסקים בשיקום ובביסוסן על יסודות איתנים יותר מאלה שעליהם נבנו עד סת. הישועה לא תבוא בדרך של ארגון מחדש ותיאום, והיא לא תבוא מן החוץ, לא באמצעות מומחים מארצות נכר ולא בעזרת תיאוריות וקריאות עידוד מסוג "צריך מחקר", שנועד לשמש מקור לשיפורן של הפעילויות הללו. המומחים מן החוץ לא יושיעו, כי מבחינת המיומנויות המקצועיות, גם הם נאבקים על אותו ידע הנחוץ כדי להתמודד עם הבעייתיות של השירותים הסוציאליים האישיים בכלל ושל שירותי השיקום בפרט. מסיבה זו נוטים מומחים אלה להמליץ על שינויים ארגוניים המתעלמים ומטים את תשומת הלב מן התכנים המקצועיים הלקויים, או על שיפור שיטות האבחון שתרומתן מצומצמת ממילא. שני סוגים אלה של "תרופות" אף עלולים להביא לפירוקה של פעילות השיקום ולחלוקתה ופיזור בין מומחים ומגזרים המהווים חלק מפעילות השיקום. בדרך זאת עלולה האחריות לשיקום להיות מופקעת דווקא מידיו של אותו עובד סוציאלי העוסק בשיקום ואשר רואה עצמו אחראי ושותף לאדם המשתקם, ולא להליכי שיקום אלה או אחרים. אולם גם חיפושן-אימוצן של תיאוריות לא יושיע: קיימת סבירות גמוכה שניתן ליישם בהצלחה את אותן התיאוריות המצויות

דווקא כאשר המומחיות של העוסקים בתחום זה רבה, יעזו אנשי מקצוע מומחים אלה להחזיר ולהעביר אנשים שאין תהליכי השיקום יכולים לשרתם לתחום השני של השירותים הסוציאליים האישיים, לזה שיעדו אינו ריבוי אופציות אלא שימור. כמובן, בהתאם לראייה זאת ניתן לומר, כי אכן תהליך השיקום, אשר יעדו ריבוי אופציות למען אלה שהאופציות שלהן מועטות, הוא חלק ממערכת השירותים הסוציאליים האישיים כאשר לא כל הזקוקים לה תלויים בשירותי השיקום המתמקדים בתהליך רכישת עבודה, תעסוקה או מקצוע. אם כך, ניתן להתפנות כעת לשאלה המכרעת והחשובה: כיצד ניתן ליצור ולפתח תורת שיקום אפקטיבית שאפשר לתארה במלים, להפעילה וללמדה.

צעדים לפיתוח תורת שיקום

לאור הציפיות המוגזמות מן השיקום כפעילות בלתי מובחנת במדינת ישראל, לאור הבלבול בין תהליכי השיקום ובין יעדי, ונוכח אי הבהירות לגבי מקומו של השיקום בתוך מערכת הרווחה החברתית בישראל, אין להתפלא כלל מדוע לא נתגבשה עד כה תורת שיקום המשמשת אנשים שמקצועם הוא השיקום. בהעדר תורה זאת, כלומר בהעדר קודיפיקציה של מיומנויות השיקום, נמצא השיקום בשלב שנמצאה בו הרפואה בראשית דרכה. באותו שלב הפעילו הרופאים, כעובדי השיקום היום, תהליכים ופעלו למען יעדים שלא היו מבוססים על מיומנויות שהופעלו באופן רציונלי ומכוון ואשר ניתן לפרסמם, אם לא לפרשם. התקדמותה ועדיפותה של הרפואה המודרנית היא בכך שניתן לתאר במלים מה הן המיומנויות המקצועיות שנקטו אנשי המקצוע כדי להגיע לתוצאות הרצויות, גם אם לא תמיד ניתן לפרש ולהסביר מדוע פעילות מקצועית

A. Rosen & E.K. Proctor, "Specifying the Treatment Process : The Basis for Effectiveness Research", *J. Social Service Research*, 2, 1 (1978), p. 26

לשאלה מה היו פעילויות השיקום שהופעלו ושהיו אפקטיביות. כלומר, מה שפעלו אנשים מוגבלים אחדים בכוחות עצמם, ומה שפעלו אחרים בעזרתם של אנשי מקצוע עד שמצאו תעסוקה שהגבירה את האופציות שלהם, יכול לשמש חומר גלם שממנו יוכלו אנשי המקצוע להסיק מה הן פעילויות שיקום אפקטיביות. מה שמוצע ומה שיודגם בהמשך הוא כיצד שחזור שיטתי של מה שפעל יכול לשמש את העוסקים בשיקום בפעולתם המקצועית בעתיד. עצם העיבוד, אם כי העיבוד הבלתי שיטתי, של הצלחות הוא לחם חוקם של עובדי השיקום כמו של שאר עובדים מקצועיים. הרי כל איש מקצוע מנסה לשפר את הישגיו על-ידי התייחסות להצלחותיו הקודמות, שאליהן הגיי-עו המשתקמים אם בכוחות עצמם ואם באמצעות אלה שמקצועם הוא השיקום. אלא שהצעתנו כאן היא לפעול בצורה שיטתית, כלומר, לדלות תחילה ממכלול הצלחות העבר את מה שראוי להפעיל, ואחר כך לבחון כיצד ניתן להעשיר בעזרתו את הפעילות המקצועית בעתיד. כדי ליישם שיטה זו בתחום השיקום יש להצטייד כמובן במתודולוגיות המתאימות או לפתח אותן. אולם, גם בלעדיהן עצם הגיי-סיון להסתמך על הצלחות העבר כבסיס להפעלת התערבות מקצועית אינו חדרש לעובדים סוציאליים, ולו רק מפני שגם הם, כמו כל אדם, עושים שימוש רב בהצלחות העבר כבסיס לפעולה בהווה ובעתיד. אבל מה שעושה כל אדם באקראי חייבים בעלי המקצועות החופשיים לעשות במכוון ובאופן שיטתי, ועל כן מן הראוי להדגים במה מדובר בתחום שאנו עוסקים בו.

בעבודה הסוציאלית רבים הם הנסיגות להעתיק ניסויים שבטבע, כלומר הצלחות שאינן פרי יוזמה אישית, ולהתאימם לתנאים שבהם חייבים להפעיל תחליפים מלאכותיים. רבות הן הדוגמאות של שימוש בהצלחות כבסיס לעיצוב שיטות של טיפול סוציאלי. למשל,

כיום במדעי החברה דווקא באותן פעילויות מקצועיות שמטרתן להשפיע על אוכלוסייה בעלת שונות כה גדולה. הקריאה "צריך מחקר" לא תשנה את המצב מאותן סיבות שבעטיין לא התפתחו תיאוריות: תפוצת התופעות הדורשות התערבות היא מצומצמת והשונות בתוכן גדולה. קטנים אפוא הסיכויים שמחקר יסייע למצוא תיאוריות שלאורן ניתן להנחות פעילויות שיקום שהן ספציפיות לאנשים ספציפיים.

לדעתנו, מקור עיקרי אחד היכול לתרום לשינוי פני הדברים הם דווקא אותם האנשים העוסקים במלאכת השיקום והחשים בצדק שהם מתמצאים בנושא. אכן, בלי הידע המצוי בידי עובדי השיקום עצמם מעטים הסיכויים שיקודם פיתוחה של תורת שיקום. השאלה היא, על כן, כיצד — ולא האם — ניתן לנצל מאגר זה של הגיסיון והידע המצויים בידיהם בצורה שיטתית ואפקטיבית. הנחתי היא, שבידי העובדים עצמם נמצא המפתח לפיתוחה של אותה תורת שיקום אשר בעזרתה ניתן יהיה להבטיח שמספר גדול יותר של אנשים בעלי מגבלות ישיגו את היעד של ריבוי אופציות בעזרת תחליכי השיקום — רכישת עבודה, תעסוקה או מקצוע.

התנחה שעליו מתבסס רעיון זה נעוצה בעובדי דה, שכאשר מדובר בתחום בעל שונות רבה מקור המידע המתאים והנמצא בהישג יד הן ההצלחות הרבות או המעטות שהגיעו אליהן, במקרה שלנו, המשתקמים. טיעוננו הוא, שסדרת הצעדים שצעת, או אותן תחנות שעברו, אלה שהצליחו להשתקם — כלומר, אלה שעלה בידם להתרבות את האופציות שלהם על-ידי רכישת תעסוקה — מובילים אל חומר גלם שעליו ניתן לבסס ולפתח תורת שיקום מקצועית. למשל, בין אלה שהשתקמו יש אנשים בעלי מגבלות שהשתקמו בכוחות עצמם ואלה שעשו כן לאחר שקיבלו עזרה מקצועית. בקריירות של אלה ושל אלה גלומות התשובות

4 מן הראוי לציין, שבין המשתקמים שבהם מטפל המוסד לביטוח לאומי יש כאלה שהשתקמו בעצמם וכל שהם מקבלים מן הביטוח הלאומי הן קצבות נידות.

"קריירות" של אנשים שהוגדרו "קשים לה-שמה" עד שנעזרו בשירותי השיקום של המ-סד לביטוח הלאומי. אנשים אלה, בניגוד למצופה, הושמו בעבודה. מה שהשתקף בעליל כמשותף למחצית המשוקמים "המפתיעים" האלה הוא, שלגבי כל אחד מהם ציינו העוב-דים הסוציאליים שהיתה לו "אם אשר גוננה עליו יתר על המידה". "המצא" הזה בוודאי אינו צפוי ואין כאן המקום לעמוד על תרומתו של אימחוח כאלה לתהליך שיקומם של אנשים בעלי מגבלות חמורות. כמו כן אין כאן המקום לעמוד על השלכות "מצא" ראשוני זה בש-ביל איש המקצוע, מאחר שיש לבדוק את תקפותו של הממצא. אולם, לפחות מבחינה אינטואיטיבית ראשונית דוגמה זו מבהירה כיצד ניתן לנצל אוסף "הצלחות" של משתק-מים כדי למצוא באמצעותן לא רק גורמים משותפים ורלוונטיים שקדמו לתהליך השיקום כפי שצוינו כאן, אלא גם גורמים שהיו חלק בלתי נפרד מן הפעילויות המקצועיות עצמן המשותפות לאותם "מקרים" של הצלחה. אלה ואלה, ללא ספק, עשויים לתרום לקידום פעי-לויותיהם המקצועיות של העובדים בתחום השיקום.

בנוסף לדרך זו של גילוי המשותף לפעילויות שיקום מוצלחות ניתן גם להסתמך על סוגים שונים של מחקרים שעסקו בלקחים של הצל-חות, אם כי לאו דווקא בתחום השיקום, ועל השיטות שפותחו מהן כבסיס להמצאתן או לשיפורן של שיטות טיפול מקצועיות בתחום השיקום.

הדגמה ממחקר על משפחות שהשתקמו אחרי שביתן עלה באש⁵

כיצד ניתן לשפר מיומנויות מקצועיות בעזרת הפקתן השיטתית-המחקרית מן המידע הטמון

אלה הגורסים כי לילדים נעדרי משפחה יש לספק תחליף של משפחה, אם לא במשפחה אומנת אזי במסגרת אחרת כאשר תחליף זה חייב להיות — ככל שניתן — דומה למשפחה, טוענים כך מפני שהמשפחה כמוסד — במובן הסוציולוגי — הוכיחה את עצמו הן כעמידה והן כעשירת ניסיון בגידול ילדים. במלים אחרות, בזכות הצלחות מסגרת טבעית זו — המשפחה — משמשת מוקד לחיקוי ובסיס לעיצובן של התערבויות מלאכותיות. כלומר, תחליף עבור ילדים שהמסגרת הטבעית אינה עומדת לרשותם.

גם פיתוחן של שיטות לשהזור מכון של קרי-יירות משתקמים מצליחים, כאשר המטרה להסיק מהן מסקנות, שיש להן השלכות על סוג הפעילויות המקצועיות הרצויות, אינו דבר חדש בעבודה סוציאלית. למעשה כך פו-עלים העובדים הסוציאליים, אם כי לא בצורה גלויה ומבוקרת. כל עובד סוציאלי בעל ניסיון מנסה לבדוק מה הן הדרכים שהשתמשו בהן האנשים, שעמם הוא עובד, כדי להתמודד עם בעיותיהם בעבר, וזאת על מנת לגייס את דרכי ההתמודדות האלה שנמצאו מועילות לפתרון הבעיות שבעטיין פנו אליו, והוא מנצל את הידע שצבר בדרך זאת כדי לפתור את בעיותיהם של אחרים. כך נוהג העובד הסוציאלי גם לגבי פעילויותיו הוא. הוא בורר לו את אותן דרכי ההתמודדות שהציע הוא ושהוכחו כמועילות עם פונת זה או אחר ומפ-עילן בעבודתו עם אחרים. אין כאן המקום להדגיש כיצד אפשר לעשות תהליך מקצועי זה, "המבוית" בעבודתו המקצועית של כל עובד, בסיס לשיטה שבאמצעותה ניתן לבסס את התורה של המקצוע כולו. אולם, את הסי-כוי הטמון בה ניתן להסיק מתיאור קצר, המבוסס על עיון בשנים-עשר אירועים של הצלחות שיקום שאספו עובדי מחלקת השיקום של המוסד לביטוח הלאומי. לפני זמן-מה היתה לי הזדמנות לעיין באירועים המתארים

Jona M. Rosenfeld & Alaine Krim, "Adversity as Opportunity : Urban Families Which did Well After a Fire: A Hypothesis Generating Study" (submitted for publication, June 1981).

השלכות לגבי ההתערבות המקצועית הרצויה והמומלצת. אילולי ממצאים אלה ניתן היה להניח כי אנשי המקצוע יעדיפו לעזור למשפחות שביתן עלה באש לחזק את קשריהן עם משפחות המוצא ולא להינתק מהן. הגישה המתבקשת מן המחקר נוגדת את מה שמשתמע מן התיאוריה בדבר הצורך, כביכול, ברשתות חברתיות, ואת מה שנובע ממנה, שהוא כיום באופנה בעבודה הסוציאלית, היינו לעסוק בחיזוק רשתות חברתיות (networking). לפחות במקרה זה מתברר, שלנוכח האופנות המתחלפות עדיפה גישה מקצועית, המושרתת על ממצאים המבוססים על הצלחות ומצליחים.

אין סיבה לחשוב שאי אפשר יהיה לפעול בדרך דומה גם בתחומי השיקום השונים במציאות הישראלית. סביר להניח, שעובדי השיקום מכירים לא מעט מקרים של אנשים אשר המשותף להם היא הצלחה בתוצאות השיקום. המשתקמים שיוזמו בדרך זו יתפלגו בין אלה שהשתקמותם באה להם בעיקר בכוחות עצמם ובין אלה שעובדי שיקום שונים פעלו עמם ולמענם. הנתונים שייאספו יתבססו בעיקרם על התיקים הכוללים את סיפוריהם של האנשים עצמם ואת דיווחי העובדים המקצועיים. על בסיס נתונים אלה אפשר יהיה לקבוע בצורה אופרטיבית את הקשר בין יעדי השיקום והתהליכים שהופעלו, מחד גיסא, ובין המיומנויות המקצועיות שהשתמשו בהן אנשי המקצוע ואשר תרמו להצלחה, מאידך גיסא.

מן הראוי לציין, שמאחר שהקשיים הטכניים וההוצאות שתדרוש עריכת מחקר מסוג זה הם מעטים והעזרה המחקרית הנחוצה היא זעומה, אין ספק שבידי עובדי השיקום היכולת לפתח תורת שיקום מקצועית.

יתר על כן, דווקא במציאות חברתית, שבה הפך השיקום להיות פעמים רבות מקסם שוא, חייבים אלה האמונים על השיקום, דווקא בתוקף השתייכותם למקצועות החופשיים, ליישול על עצמם את המשימה האפשרית להוצאת השיקום ממצבו המביך. מן הראוי לעשות זאת

בהצלחות ובמצליחים? ננסה להבהיר זאת בהסתמך על מחקר שדווח לאחרונה ואשר עסק במשפחות עניות בניו-יורק שביתן עלה באש.

המשפחות שנכללו במחקר לא זו בלבד שהצליחו לחזור למצב שנמצאו בו קודם שנשרף ביתן, אלא אף עלה בידן לשפר את חייהן. כוונת המחקר הייתה לשתף את המשפחות הללו ששיפרו את חייהן ואת אנשי המקצוע שעבדו עמן בשחזור אותם צעדים שנקטו, ואשר הגבירו את האופציות של אותן משפחות שהשיקמו ולא של האחרות. חלק מן הצעדים ננקטו במכוון, אחרים נעשו באקראי. אלה ואלה יכולים לשמש בסיס לאימוצם של תהליכי שיפור מקצועיים בשביל משפחות העומדות בפני שיקום. אולם, לפני שנציין מהו סוג הצעדים והתהליכים שמדובר בהם נדגיש, שהמשפחות שביתן נשרף — ולא האחרות — הגיעו להישגים כדלקמן: (א) הופעל בהצלחה תהליך של שיקום — ראשי המשפחה, האב או האם, חזרו לעבודה או ללימודים לאחר תקופה ארוכה שבה לא עבדו ולא למדו; (ב) הושג יעד השיקום של ריבוי אופציות — המשפחות החלו להשתמש בשירותים שלא השתמשו בהם בעבר; (ג) הושגה מטרתם הייחודית של השיקום רותים הסוציאליים האישיים לסייע לאנשים בצר להם להתמודד טוב יותר עם מצוקות חיהם. כל המשפחות מסרו שהן חשות שחל שיפור במצבן.

ממצא אחד של אותו מחקר מדגים כיצד פעולות שנקטו המשפחות המצליחות יכולות להעשיר, אם לא להנחות, את אנשי המקצוע המפעילים מיומנויות מקצועיות עבור משפחות כאלה. נמצא, כי במשפחות שחל שיפור במצבן לאחר שעלה ביתן באש, חלה גם התרחקות ממשפחות המוצא שלהן, כלומר מדוריהן, בעוד שבמשפחות שמצבן נשאר כפי שהיה, או הורע, לאחר שעלה ביתן באש, לא חל שינוי ביחסן אל משפחות המוצא שלהן. לא כאן המקום להעריך את משמעותו של השינוי שחל ביחסים עם משפחות המוצא מבחינה תיאורית. מענייננו להדגיש, כי לעצם השינוי יש

השיקום עצמם תירוץ להימנע מלעסוק בהמרת
ניסיונם, באותו תחום שהגדרנו כאן כתחום
הלגיטימי של שיקום, לתורת שיקום התואמת
את תקופתנו.

בתקופה שבה מסתמנת מגמה של צמצום
ההוצאות החברתיות, וזאת כדי שלא יעלה
הכורת בראש ובראשונה על אותם אנשים
המועמדים ל"שיקום". מאחר שהנתונים, הטכ-
ניקות והאמצעים קיימים, שוב אין לעוברי

למהות השיקום המקצועי

מאת ברכה בן-צבי *

נוער מנותקים כשהמטרה להפעיל עבורם תכ-
ניות שיקום בעבודה.

מבוא

אוכלוסיית המשתקמים

בטרם אעסוק באותו "ציוד אישי" של המש-
תקמים מן הראוי לתאר, לאבחן ולהגדיר את
הקבוצות השונות שמהן מורכבת אוכלוסיית
הנפגעים. בין העוסקים בשיקום וכן בספרות
המקצועית מקובל להבחין בין סוגים של נפ-
געים ולשם כך משתמשים במושגים כמו "בעלי
ליקוי", "נכים", "בעלי מגבלות", ו"מוג-
בלים", אף-על-פי שיש לא מעט בלבול בתי-
אורם הן בקרב אנשי המקצוע והן בספרות
המקצועית. על מנת שיוכל להתייחס לאוכלו-
סיית הנפגעים על גווניה, רצוני להבחין
בתוכה בשלוש קבוצות ואמץ לצורך זה מונ-
חים הלקוחים מתחום הבריאות. המונחים הם
(לפי World Health Organization, 1980):
(1) בעלי ליקוי (Impairment); (2) בעלי נכות
(disability); (3) מוגבלים (Handicapped).

(1) בעלי ליקוי

הגדרה: ליקוי הוא אבדן או אי-תקינות
במבנה או בפעילות הפסיכולוגית, הפיזיולוגית
או האנטומית.

מאפיינים: מה שמאפיין את הליקוי הוא
כאמור אבדן או אי-תקינות, בין זמני ובין
קבוע, בגלל הימצאותם של אנומליה, פגימה

בין העוסקים במלאכת השיקום מתנהל דיון
מתמיד באשר למהותה של ההתערבות המק-
צועית של העובד הסוציאלי העוסק בשיקומו
של המטופל. במפגש עם משתקמים ניתן לזהות
בבירור הבדלים ניכרים בהתנהגות התעסוק-
תית בין נפגעים הסובלים מליקויים ומנכות
דומים ותמיד נשאלת השאלה מדוע אחדים
מהם משתלבים בכוחות עצמם או בעזרה זע-
רה ואינם נזקקים להתערבות מקצועית, ואילו
אחרים, שהם בעלי ליקוי דומה, לעתים אף
פחות חמור, אינם מצליחים להשתלב בעבודה
בכוחות עצמם. מה מייחד את אלה המצליחים
לעומת חבריהם שאינם מצליחים? והאם ניתן
לזהות מהו אותו "ציוד אישי" המצוי אצל
המצליחים אשר מסייע להם להצליח בהשתל-
בות בעבודה? מכאן עולה באופן טבעי
השאלה כלום אין מלאכת השיקום בעיקרה
הקניית אותו "ציוד אישי" לאלה החסרים
אותו ואשר בגלל חסרונם אינם מצליחים להש-
תלב בעבודה?

שאלות אלה חוזרות ונשאלות שוב ושוב בין
שהמטופלים הם נכי צה"ל ובין שהם נכי עב-
דה, נכי פעולות איבה, נכים של תאונות דר-
כים, נכים כתוצאה ממחלות ואף נכים מלידה.
יתרה מזו, שאלות אלה חוזרות ונשנות גם
בעבודת השיקום עם אלמנות מלחמה ואלמ-
נות אחרות ואפילו בפעולות הנעשות עם בני

* מנהלת מחלקת השיקום, המוסד לביטוח לאומי.

בגיבוש רעיונותי נעזרתי רבות בשיחות שקיימתי עם פרופ' יונה רוזנפלד, האוניברסיטה העברית
בירושלים. תודתי הרבה נתונה לו על כך ועל העידוד הרב שנתן לי במהלך כתיבת מאמר זה.

על התוצאות עבורו — התרבותיות, הסוציא-
ליות, הכלכליות והסביבתיות — הנובעות
מהימצאותם של נכות או ליקוי. התסך נגרם
בגלל הכישלון או בגלל חוסר היכולת של
המוגבל להתאים את עצמו לנורמות ולציפיות
הקיימות בעולמו של היחיד. המוגבלות נגרמת
כאשר היחיד אינו יכול למלא לאורך זמן
תפקידים כגון התמצאות, עצמאות פיזית, גיי-
דות, תעסוקה, השתלבות חברתית וכלכלית.

יש להדגיש, שכאשר מסוגים מוגבלות אין
מדובר ב"סיווג" לפי ליקויים או לפי "סוגי"
אנשים. המדובר בסיווג של נכות שבהן
יכולים נכים למצוא את עצמם, גסיבות אשר
יעמידו אותם במצב נחות בהשוואה לבני אדם
הדומים להם והמקובלים עליהם מנקודת מבט
של נורמות חברתיות.

תיאורים דומים של מוגבלות מצויים גם בספ-
רות השיקום המקצועי. המוגבל מתואר כמי
שיש לו ליקוי פיזיולוגי או נפשי שבעקבותיו
נערמו מכשולים לפני יכולתו לפעול, להתנהג
ולהשתתף בחיי עבודה ויצירה (רייט, 1980;
מילר, 1978; ברקוביץ, 1975).

להבחנות אלה יש משמעות בשביל העוס-
קים בשיקום הלכה למעשה, שכן אנו פוגשים
ורואים בחיי יומיום נפגעים לא מעטים שיש
להם ליקויים ונכויות דומים, אך אלה אינם
עומדים בדרכם כמכשולים למימוש עצמם,
לביצוע מטרותיהם ולהתקדמות להגשמת
שאיפותיהם או להתפתחותם בחיי עבודה
מספקים. מבהינת שירותי השיקום נפגעים אלה
אינם נזקקים להתערבויות המקצועיות המלא-
כותיות של מומחי השיקום והם מסתדרים
פחות או יותר כשאר בני מינם וגילם. לעומתם
מצויים כמובן הנפגעים של ליקוייהם ונכותם
עומדים להם למכשול ועל-פי ההבחנות
שהבאנו ניתן לתארם כנפגעים של ליקוייהם או
נכותם הפכו להיות מוגבלות. כלומר, נוצר
כאן מימד בלתי ריאלי ושאינו מייצג באופן
מתימן את ממד הליקוי והנכות כפי שמקובל
למדוד אותם באינדקס רפואי (המוסד לביטוח
לאומי, 1954). הליקוי או הנכות משתרעים
לאורכו של רצף: תחל מהכחשה מוחלטת

או אבדן של גפה, איבר, רקמה או חלק אחר
של הגוף או המערכת הנפשית. הליקוי יכול
להיות גם בנפש.

הליקוי הוא התופעה החיצונית של מצב פאתו-
לוגי ובעיקרון הוא מצביע על הפרעות באיבר
כלשהו.

(2) בעלי נכות

הגדרה: נכות היא הגבלה או חוסר יכולת
לבצע פעולה בצורה או בטווח המקובלים
כנורמליים אצל האדם (מדובר בתוצאה של
ליקוי).

מאפיינים: הנכות מתבטאת בחוסר או
בעודף של פעילות או התנהגות מצופים. אלה
יכולים להיות זמניים או צמיתים, הפיכים או
בלתי הפיכים, בעלי תכונות של התקדמות או
נסיגה. הנכות יכולה להיווצר כתוצאה ישירה
מליקוי או כתגובה של היחיד, בעיקר פסיכו-
לוגית, על ליקוי פיזי, ליקוי בתחושה או
כל ליקוי אחר. הנכות היא הביטוי הכולל
של הליקוי ומשקפת את ההפרעות ברמה של
האדם השלם. הנכות מתייחסת לכישורי ההת-
נהגות והפעילויות המורכבות, המקובלות
כהכרחיות לחיי יומיום. למשל: הפרעות בהת-
נהגות נאותה, בטיפול האדם בעצמו, אי-
יכולת להתרחק לבד, לאכול, לשלוט בהפרשות
או בפעילויות אחרות של חיי היומיום או
בפעולות מוטוריות (כושר הליכה וכד').

(3) מוגבלות

הגדרה: מוגבלות היא חסך אצל היחיד שנג-
רם בגלל ליקוי או נכות והמגביל אותו או
המונע ממנו למלא תפקיד שמקובל לראותו
כנורמלי בהתאם לגילו, למינו ולנסיבות החב-
רתיות והתרבותיות שבהן הוא חי.

מאפיינים: מוגבלות מתייחסת למצבו
ולהתנסויותיו של האדם כאשר אלה סוטים מן
הנורמה. אופייני לה הפער שבין ביצועו של
המוגבל ובין הציפיות שלו עצמו או אלה של
קבוצת ההתייחסות שהוא משתייך אליה.

המוגבלות היא תחברות (הסוציאליזציה) של
הליקוי או הנכות ובתור שכזאת היא מצביעה

"ציוד אישי" שהזכרתי קודם, שבכוחו לאפשר לבני אדם להשתתף יחד עם שאר בני גילם בחיי יצירה ועבודה.

אותו מצב של "תקיעות" מביא גם להידלדלו-תן של האופציות הפתוחות לפני הנפגע ומצמצם את מספרן. לפיכך אין הנפגע מסוגל עוד לאותה גמישות שהיא תנאי הכרחי כדי שיוכל להרגיש כבן-חורין לבחור בדרך הנראית לו שתוציאו ממצבו. מטופלים אלה לא יוכלו להיחלץ ללא התערבות מבחוץ, ועל כן הם זקוקים לשירותי התערבות, היינו לשי-רותי השיקום הטיפוליים.

למרות שהתופעה שתוארה לעיל משותפת לקבוצות שהן שונות זו מזו הסיבתיות שלה שונה. להלן אעמוד על מקצת מן הקבוצות הללו.

כשנולד ילד נכה, בדרך כלל ההורים והסביבה אינם מוכנים לכך ואינם מצוידים בידע או בניסיון הדרושים כדי לגדלו ולטפל בו. ואפילו כשההורים מסורים מאוד ומזכנים לעשות הכל בשביל ילדם הנכה, הם עלולים, בגלל חוסר ניסיונם או מתוך אי-ידיעה, למנוע ממנו לנסות ולגלות בכוחות עצמו מה הם הדברים שביכולתו לעשות בכוחו הוא. יש הורים שישתדלו להסתיר את נכותו של ילדם, במטרה לחסוך ממנו אי-נעימויות או סבל ועל כן הם מכחישים את קיומה של הנכות; הורים אחרים עלולים להגזים בממדי הנכות עד כדי כך שהם מניחים לה לפלוש לכל תחומי חייו, גם כאלה שאין להם נגיעה ישירה לפגיעה עצמה. ויש שנכותו של ילד מטילה את צילה הקודר על חיי המשפחה כולה. את יחס ההורים ניתן לתאר כמשון רצף: בקוטב אחד נמצאים החורים שהם פעילים מאוד, המורזים ודוחפים את ילדם ללא ליאות ובעוצמה רבה להגיע להישגים, וזאת בתור פיצוי על נכותו. בקוטב האחר נמצאים הורים המזניחים או דוחים את הילד הנכה עד כדי התעלמות מצרכיו הבסיסיים, מניעת טיפול ראשוני ממנו ואפילו הבעת עוינות כלפי וכלפי מצבו.

גם ילדים נכים, שנאלצו לשהות במהלך גימיו-לם תקופות ארוכות בבית חולים או שנוסקו

וכלה בהגזמה רבה, לפיה הם מקיפים את האדם כולו. מוגבל כזה, שממדי ליקויו גדלו מעבר לכל יחס, יתקשה לגבש לעצמו תמונה עצמית מהימנה ומציאותית, ועל כן גם יקשה עליו לפעול כהלכה. כתוצאה מאלה הוא יפתח לעצמו ציפיות שאינן מציאותיות, שאין בכוחו כלל לממשן או שישקע בהרגשה של חוסר אונים לבטא שאיפות או משאלות. כך מכנים עצמו אדם זה למצב של "תקיעות" — הוא "תקוע" בנכותו שהופכת להיות מוגבלות, וזו מערימה לפניו מכשולים עד שהוא מאבד את היכולת לפעול.

אדם הנקלע למצב כזה שוב אינו מסוגל לממש את הכישורים הטמונים בו ובוודאי שאינו מסוגל לפתח את הכשרונות, להפעיל את המיומנויות ולהשתמש באינטליגנציה שאולי חבויים בו (פרנקשטיין, תשל"ב). הוא אינו משתתף בחיי יצירה ועבודה, אינו מפתח שאיפות מציאותיות שניתן להתקדם להגשמתן וסופו שהוא מידרדר ל"שוליות" חברתית שממנה שוב אינו מצליח להיחלץ.

כל שירותי השיקום מכירים קבוצות שונות של אוכלוסיות-יעד הפונות לקבל שירותי ייעוץ וטיפול שיקומי, שיש להן מכנה משותף אחד: חבריהן נקלעו למצב זה של "תקיעות" ואינם יכולים להיחלץ ממנו. נכים כאלה מצויים בקרב חיילים שנפגעו בעת שירותם בצה"ל, נפגעי עבודה, נכים מלידה או כתוצאה ממחלה, נכי פעולות איבה ונכים של תאונות דרכים. תופעה דומה ניתן לאבחן גם אצל נשים שנתאלמנו מבעליהן ואפילו אצל נערים מנותקים.

לעומת אנשים אלה תמיד ניתן למצוא אנשים אחרים, דומים להם מבחינת הגיל והמין, שגם הם התנסו בפגיעה דומה, או שהמגבלה שלהם דומה מאוד לזו שלהם, ואף-על-פי כן לא נקלעו למצב אומלל זה, ולא עוד אלא שהם הצליחו, למרות מוגבלותם, להתקדם בחיים ולממש את שאיפותיהם. נראה לי, שקיומה של תופעה זו, של בני אדם המתגברים על מצבם לעומת אנשים ש"נתקעו" ללא יכולת לחלץ את עצמם, מאפשר לאבחן את אותו

צמות ההזדמנויות והאופציות העומדות בפני המוגבל והוא מאבד את הגמישות הנחוצה כל כך לבחירת הדרך ההולמת את יכולתו. בהעדר הגמישות נכפה עליו עולם שמגוון ההזדמנויות שהוא מציע הולך ומצטמצם ולכן פתוחה לפניו רק דרך צרה וכפויה, שעל-פיה רוב מכתיבים אותה אחרים. ככל כפייה גם זו מעוררת התנגדות, מביאה לחוסר שיתוף פעולה, לאדישות ואף לעוינות ואלה תורמות עוד ביתר שאת ליצירת אותו מצב של "תקיעות" שקשה להיחלץ ממנו.

תופעה דומה ניתן לראות גם אצל אלמנות, בין שמדובר באלמנות שבטיפול משרד הביטחון, ובין כאלה שבטיפול שירותי הסעד והמוסד לביטוח לאומי. נשים שלא היו מרוצות ממצבן קודם למות הבעל וראו במעמדן במשפחה מעין מצב של "כישלון", וב-הימצאותן בבית מצב של "אין בריחה", ושחשו "דיכוי ממושך של הבעל" או "דיכוי של שאיפות לקידום עצמן", נתקלו לאחר האסון בקושי להיחלץ ממצב זה של "תקיעות" והתקשו לבחור לעצמן דרך משלהן (גורדון, 1981). במלים אחרות, נשים שנאלצו לישבת בבית בגלל העדר השכלה, או מקצוע, או מפני שבאמת הזכאו בידי הבעל או שהיו להן ציפיות מועטות למימוש עצמן, הירבו להשתמש באסון שאירע להן בתור תירוץ לאי עשיית מאמץ להתאושש ולהיחלץ ממצבן, ולמצוא להן דרך לביטוי עצמן בעבודה ואף לסירוב להינשא שנית.

מצב דומה מתגלה אצל נערים מנותקים. למרות שהסיבה שונה לחלוטין, גם כאן מתגלים העדר משאבים אישיים, צמצום האופציות ויכולת בחירה מינימלית של דרך להיחלצות מן המצב שהם נמצאים בו. מבחינה זו נערים אלה דומים לילדים שנולדו נכים, לנכים המבוגרים ולאלמנות. המשותף לכולם הוא דלות משאבים אישיים, אופציות מצומצמות, העדר גמישות וחופש בבחירת הדרך.

מצב ה"תקיעות" עומד אפוא במוקד הטיפול בכל הסוגים של אוכלוסיית המוגבלים ואסטרטגיית ההתערבות השיקומית מכוונת להביא

לטיפול רפואי שמנע מהם להשתתף באופן סדיר בלימודים כשאר בני גילם, ייתקלו בקשיים. מפני שהפסידו לימודים בתקופות הארוכות שנעדרו מבית הספר הם יפגרו אחרי חבריהם לכיתה עד כדי נשירה מקבוצת הגיל שלהם וסופם שייקלעו למצבי בדידות ויחמיצו את ההזדמנויות הפתוחות לפני יתר בני גילם. ילדים נכים אלה נוטים לפתח במהלך גדילתם דימוי עצמי לא מציאותי ומעוות, ללא פרו-פורציה לנכותם — עד כדי הכחשת נכותם מחד גיסא, או הגזמה בחומרתה, מאידך גיסא. מכיוון שאין להם תמונה נכונה של הליקוי הם מוגבלים ביכולתם לתכנן, תוך התחשבות מציאותית בו, את ביצוע הפעולות הדרושות לשם רכישת השכלה, מיומנויות, מקצוע והרגלים בסיסיים שיהוו תשתית לפעילות יוצרת ומסודרת (קדר, 1969).

גם אצל נכים מבוגרים שנפגעו בגיל מתקדם כתוצאה של טראומה כלשהי ניתן להבחין בכי-אלה שפיתחו מוגבלות. ביניהם ניתן לזהות כמעט תמיד אנשים שמאפיין אותם "אי סיום חשבונית העבר" (Unfinished business), כלומר, עוד לפני הפגיעה לא מימשו אנשים אלה את שאיפותיהם, ולא הפיקו סיפוק מעבודתם או מלימודיהם. הרגשות של אי הצלחה ואפילו כישלונות היו מנת חלקם, והפגיעה הטראומטית היתה להם למעין "צליבי" המסביר מדוע לא הצליחו בעבר בלימודים ובעבודה. הפגיעה מקלה על מוגבל כזה בכך שהיא מספקת לו סיבה אובייקטיבית ומקובלת לאי ההצלחות שלו בעבר. הטראומה נותנת בידו סיבה טובה, שאינה גוררת עמה "סטיגמה", למצוא לעצמו "אכסגיה" במצב של "תקיעות". גם אצל נכים אלה, כמו אצל הנכים מלידה שתוארו לעיל, ניתן לגלות הגזמה של הליקוי שלהם, מצד אחד, או הכחשה, מצד שני, וכמובן גם את כל מצבי הביניים בין שני אלה. גם אצלם הורפת הנכות להיות מוגבלות המערימה לפנייהם מכשולים בדרך לביצוע הפעולות הדרושות לתכנונם ולפיתוחם של המשאבים האישיים, להגשמתן של תכניות לימודים או לתפקוד יעיל בעבודה. משום כך גם הולכות ומצטמ-

כגון השכלה, אמצעים וקשרים חברתיים, קרוב לוודאי שלא יהיה מוגבל כלל ויהיה מסוגל לבצע פעולות ולבחור את דרכו. הליקוי כשלעצמו אינו ניתן לביטול, אבל ניתן להקטין את נזקיו בעזרת אמצעים שונים או תחליפים. חלק מן החסר בתחומים שמנינו ניתן להשלים, במידה זו או אחרת, בדרך של הספקה דיפרנציאלית של משאבים.

ניקח למשל מקרה של אדם שנקטעה כף ידו. כמובן שאי אפשר להחזיר לו את ידו שאבדה, אבל ניתן גם ניתן להקטין את הנזק שגורמת לו הנכות בעזרת אמצעים טכניים, כגון יד תותבת או אמצעי עזר חשמליים או אלקטרוניים. מאידך גיסא, אם אדם זה נעדר כל אותם "נכסים" או "ציוד אישי" שהזכרנו למעלה, למשל, אם הוא נעדר השכלה או שאין בידו אמצעים, או שאין לו משפחה תומכת, או שהוא מנוכר מן החברה, אזי הוא ירגיש את עצמו "תקוע" במצב שאין מוצא ממנו.

וכאן תפקידו של השיקום מכריע. בכוחו של השיקום לספק לו את "הציוד האישי" החסר — השכלה, הכשרה לעבודה, הזדמנויות תעסוקה, פעילות בחברה — ועל-ידי כך, לפתוח לפניו אופציות שמתוכנן הוא יוכל לבחור בדרך הרצויה לו, ובלי כפייה, ואשר תעזור לו להיחלץ ממצב ה"תקיעות" שהוא נמצא בו (גלמן, 1973). תפקידו של העובד המקצועי לספק משאבים דיפרנציאליים; לכן המומחיות שהוא חייב לפתח היא כושרו לגייס משאבים למען המוגבל עצמו.

פיתוח יחסים עם המטופל, גילויי אמפאטיה, סמכותו של המטפל, רכישת אמונו של המטופל, שימוש בטכניקות שונות, כל אלה אינם אלא אמצעים ומכשיר להשגת המטרה של גיוס והספקת המשאבים. באהבה בלבד אין די והיא עלולה גם לטשטש את העיקר. הפיכת האמצעי לעיקר עלולה ליצור "עמימות" באשר להשגת המטרה של הספקת המשאבים וההזדמנויות להיחלצות ממצב ה"תקיעות" (בלום והולצמן, 1980). תכנון האספקה הדיפרנציאלית של משאבים והזדמנויות לנכה שמדובר בו דורשת שהמטפל יאבחן

את המוגבל למצב שבו יראה את נכותו או את ליקוייו בגחלם ובממדיהם הנכונים. ראייה מציאותית של הליקוי תאפשר לו ליצור דימוי ריאלי של עצמו (קדר, 1969) ועל-ידי כך יוכל גם לפתח את המשאבים האישיים הדרושים לשם בחירה חופשית של דרכו. שיקום מוצלח פירושו אפוא להחזיר למטופל את הגמישות והחופש בבחירת הדרך להשתתפות פעילה בחיי העבודה והיצירה (שפירא, 1974).

המשאבים הזמינים ותפקיד איש המקצוע

המשותף לאוכלוסיית המוגבלים, ותהיה סיבת מוגבלותם אשר תהיה, היא אפוא דלות במשאבים אישיים או אי יכולת לנצל משאבים אישיים גלויים או חבויים. כאשר הליקוי או הנכות הופכים להיות הנכס העיקרי או הדומיננטי של האדם, הוא נעשה מוגבל. לעומת זאת, כאשר יש לאדם "נכסים" נוספים, שעל-ידיהם נעמוד להלן, גדלים הסיכויים שהליקוי יישאר בממדיו הנכונים והנכה יתפקד כהלכה בחייו, למרות הליקוי שלו.

ה"נכסים" שהזכרנו פירושם, בין היתר, תכונות גופניות או רוחניות, כשרונות, יכולתו לקיים קשרים תקינים עם זולתו. נכסים אלה הם בבחינת ציודו האישי של הנכה. אך יש גם נכסים שאינם בבעלותו אלא שהוא יכול לרכוש אותם לעצמו כך שיהיו גם הם לחלק מ"ציודו". כאלה הם למשל השכלה, קשרים חברתיים, אמצעים כספיים או עזרים שונים הדרושים לו. עוצמת השפעתו של הליקוי על היווצרותה של מוגבלות, המערימה קשיים לפני הנכה בבואו לבצע פעולות, טמונה במידה רבה בכמותם ובאיכותם של נכסיו האישיים האחרים.

כך, למשל, נכה שיש לו ליקוי זעיר או בינוני, אך אין לו כל "נכסים" בתחומים האחרים, יהיה מוגבל במידה מרובה למרות שהליקוי שלו אינו חמור. לעומת זאת, נכה בעל ליקוי דומה אך המצויד ב"נכסים" בתחומים האחרים,

בטכניקות טיפוליות ובגילויי אמפאטיה רבים
אנו עדים פעמים רבות לכך שכוונותינו הטו-
בות מתקבלות מתוך הכנעה או הכרת טובה,
כשהסיבה היא הרצון לשמור על יחסים טו-
בים עם המטפל. דבר זה לא בהכרח משקף את
רצונו של המטופל ועל כן אינם מספיקים.
במקרים רבים ומוכרים אלה אנו נוכחים בנשי-
יה באמתלות שונות ממקום העבודה שהצענו
לו ושהוא לא בחר בו. גישה "פטרונית" זו
כלפי הנכה, המתבטאת ברצון "לסדר אותו
בעבודה", עלולה לקפל בתוכה, בעיני הנכה,
מסר נוסף, שלילי, כזה המתבטא, למשל, בבי-
טוי הרזוח "לסדר אותו".

שלושה מקרים לדוגמה

1. "נכות בצה"ל" — נקודת הזינוק בשיקומו
של רפאל
רפאל הגיע לטיפול לאחר שנפצע בצה"ל וכף
ידו נקטעה. רפאל הוא בן למשפחה מרובת
ילדים. אביו אינו עובד מזה שנים רבות בשל
מחלה ואמו עובדת במשק ביתה. רפאל נפלט
מבית-הספר לאחר שסיים שמונה שנות לימוד
בלבד. בשיחות אתו התברר שבית-הספר
מעולם לא הלהיב אותו במיוחד. הלחצים הכל-
כליים בבית היו מרובים. התורים לא ראו תו-
עלת בלימודיו ועל כן לא עודדו אותו ללמוד.
במקום זאת העדיפו שיעבוד כדי לסייע מעט
למשפחה. רפאל העסק בעבודות פשוטות,
מפעם לפעם, עד שגויס לצה"ל. לאחר שנפצע
במסגרת שירותו שוחרר בתור נסה. רפאל היה
מרוצה מכך, שכן הדבר נתן בידו עילה טובה
לצאת מהצבא בכבוד. התואר "נכה צה"ל"
שימש בידו כדי לחפות על שירות רצוף היש-
גים דלים וכישלונות.
כשהגיע רפאל לשירות התעסוקה דחה כל
הצעת עבודה שהוצעה לו. העבודות שהוצעו
לו תאמו את יכולתו ואת הישגיו הדלים:
שמירה, או עבודה פשוטה בבית תחרושת,
שהוא יכול לבצע בידו האחת. תוך זמן קצר

היטב מהו שהמטופל זקוק לו. משום
כך חשוב שהמטפל יבחין באופן ברור, בשעה
שהוא עוסק בשיקומו של הנכה, בין ה"נכסים"
שיש לו ובין אלה שהנכה צריך ויכול לרכוש.
גיוסם או הספקתם של ה"נכסים" לנכה והק-
נייתם לו הן הפעולות שעושה העובד המק-
צועי במטרה לתת בידי הנכה את מירב האופ-
ציות ולעורר בו את אותה גמישות שהוא זקוק
להן כדי לבחור את דרכו.

האתגר המקצועי העומד בפני עובד השיקום
בעבודתו עם מוגבלים הוא כיצד לנצל נטון
את "נקודת הכניסה" לתוך עילת הנכות הלגי-
טימית, שאיננה סטיגמטית לעולמו של הנכה
ה"תקוע" במוגבלותו, וכיצד להשתמש בתו-
פעה זו כמנוף ליציאה מ"התקיעות" בדרך של
הספקת משאבים דיפרנציאליים.

גם בידי המוגבל ניתנת הזדמנות מיוחדת במי-
נה: ליהנות מהטיפול השיקומי המקצועי
המספק משאבים, טיפול המתחיל בעילת הפגם
הלגיטימי, שאינו מביישו ואינו מדביק עליו
תווית של כישלון חינוכי, ואינו גוזר עליו
להישאר בשוליים מבחינה חברתית, כי אם
מראה לו, באמצעות עילה זו, דרך להיחלץ
ממצבו.

כאמור, המוגבל חש שהוא נתון במצב ללא
מוצא בשל העדר משאבים אישיים שיספקו לו
אופציות לבחירה חופשית. אלא שכאן טמונה
גם סכנה. עצם ההתערבות, בדרך של השמה
בעבודה שבחר עבורו המטפל, עלולה להיראות
בעיני המטופל ככפייה מצד הזולת (סקוט,
1969), בין שהזולת הוא העובד המקצועי, ובין
שהוא מופיע בדמותם של בני משפחה או ידי-
דים, הנוטלים לעצמם את הזכות לכוון את
בחירתו מפני שהם סבורים שהם מכירים את
הנסה ויודעים מה טוב בשבילו. מובן, שלא
תמיד עולות הכוונות הטובות בקנה אחד עם
שאיפותיו, שהן לעתים חבויות. לרוע המזל,
לרשות בני המשפחה הידידים עומד רק מגוון
מצומצם ביותר של אמצעים ודרכים לעזור
לנכה להיחלץ ממצבו ומשום כך אנו עדים לא
אחת לכך שהנכה דוחה את כל העצות וההז-
דמניות המוצעות לו. יתרה מזו, בהשתמשנו

ולקיים פעילות חברתית. דלותה של המשפחה אינה מאפשרת מעבר לדירה הולמת יותר את צרכיו. רמי נידון אפוא לבלות את ימיו בבטלה בין כתלי הדירה ורק מפעם לפעם נושאים אותו למטה לטייל מעט. רמי הפך להיות משהו פאסיבי בבית, נטל מעיק לעצמו ולמשפחתו. אל העובד המקצועי הגיע רמי בהיותו כבר בן 19 — צעיר מלא מרירות, רגשות כשל ונטול רצון להיאבק.

בפעולת שיקומו של רמי הושם הדגש בהקניית הרגלי עבודה נכונים והוא נשלח לעבוד בבית-חרושת לאבני חן. רמי החזיק מעמד בעבודתו רק כמה ימים. הוא סירב בתוקף לחזור לעבודה והעדיף לשבת בטל בביתו כש-הוא מלא כעס על אנשי המפעל ועל המטפלים בו. הוא החל להעלות דרישות לא מציאותיות ולא מגובשות — כל יום דרש לעבוד בעבודה אחרת. עובד השיקום החליט לנסות ולפתור את בעייתו של רמי מכיוון אחר: לשפר את האמצעים הפיזיים העומדים לרשותו בתחומי הדיור והניידות. בשיתוף גורמים נוספים בקהילה הועברה המשפחה לדירה בקומת הקרקע ובשביל רמי הותקנה כניסה נפרדת לחדרו. כמו כן נרכשה עבורו מכונת והוא למד לנהוג בה. המתח הרב שבו היה נתון, הצורך להיעזר באחרים כדי לצאת מביתו, ההגבלות על ניידותו — כל אלה הוסרו. השיפור שחל בתנאי חייו שינה לגמרי את התנהגותו. רמי רכש לעצמו ידידים והחל להשתתף באופן פעיל מאוד בפעולות ספורט לנכים.

עתה החל לשתף פעולה בתכנון עתידו. הוא חזר ללימודים, עשה תעודת בגרות, נרשם לאוניברסיטה ורכש השכלה אקדמית. כיום, רמי עובד, זמנית, כפקיד במחלקת מחקר של מוסד ממלכתי.

רמי הוא היום אדם שונה לגמרי מרמי הקודם: לפני פתוחה קשת רחבה של אופציות, בחברה ובחיי העבודה. שוב אינו מוגבל בניידותו, שוב אינו תלוי באחרים כבעבר. הוא יכול לבוא וללכת כרצונו; הוא משתתף בפעילות חברתית לפי טעמו וסיכויו להתקדם בעבודה טובים ביותר. במקרהו של רמי היו אלה האמי-

סיווג פקיד ההשמה את רפאל כסרבן עבודה, ורפאל החל לפתח דפוסי התנהגות של משוטט ונמצא על סף התדרדרות לעולם הפשע. הוא גילה יחס שחצני ואלים כלפי המטפלים בו, תבע כספים והעלה הצעות בלתי מציאותיות, כגון לפתוח עסק עצמאי. הוא לא הסכים להכיר וונה וטען שאין מאפשרים לו לבחור לו את דרכו כרצונו וכפי יכולתו. את אשמת כישלון שיקומו תלה בנכותו.

רפאל הופנה לשיקום. במהלך הטיפול בו הוכנה עבורו תכנית העשרה אינדיווידואלית, שנועדה להשלים את השכלתו. אובחנו ה"חסרים" שלו, הותאמו לו מורים מיוחדים שידעו כיצד לעודדו. בשלב הבא נכנס רפאל ללמוד בבית-ספר למסוגרים, עם רשימת ההשכלה החלה. להפתח לפניו קשת רחבה יותר של אפשרויות תעסוקה, כגון פקידות, הפעלת מחשב, הנהלת חשבונות, עבודה באר-כיב, קבלת אורחים במלון ועוד.

בתום הכשרתו ולאחר שרכש השכלה תיכונית גילה רפאל בעצמו נטייה לאמנות והוא בחר ללמוד בקורס שרטוט. בעזרת מהנדס שיקום הותאמו לו מכשירי עזר. הוא סיים את הקורס בהצלחה והחל לעבוד במקצועו החדש.

כיום רפאל הוא אדם שונה לגמרי מרפאל שלאחר הפגיעה, וזאת בעיקר בזכות "נכסיו" האישיים והאופציות הפתוחות לפניו. גם אם לא היה מצליח למצוא עבודה בשרטוט וגם אם יחליט אי-פעם לעבור לעיסוק אחר, שוב אינו כפוף ל"סידור עבודה" צר ודל כבעבר. כיום הוא בן-חורין לבחור את דרכו כרצונו ולפי נטיותיו והמיומנויות שרכש. המגבלה שוב אינה משמשת לו תירוץ לכישלונו והיא קיבלה את הממדים המציאותיים הראויים לה.

2. רמי "תקוע" בקומה ג'

רמי חלה בשיתוק ילדים בהיותו בן 13 ואינו מסוגל להשתמש ברגליו. אביו פועל פשוט, אמו עקרת בית. המשפחה מתגוררת בדירה הנמצאת בקומה השלישית. מפני שהיה מאוש-פז תקופות ארוכות נפלט רמי מהלימודים ובגלל המדרגות הרבות נמנע ממנו להמשיך

היחידה הנראית לו כמוצא היא לזפות בפרס הגדול באתת ההגרלות. על כן הוא מרבה להשתתף באלה. "כשארויח אוכל לעשות מה שאני רוצה", הוא מכריז וכוונתו שיוכל לפי תוח איזה עסק שאינו מצריך שום השכלה. הוא סבור שבדרך זו גם ייחלץ מן ה"טובות" שמבקשים לעשות עמו אלה הרוצים "לסדר אותו בעבודה" — תרתי משמע. הוא פיקח מספיק כדי להבין שכל שניתן להציע לו מוכרח להיות בהתאם לכישוריו הדלים — סיבה נוספת להרגשות המרירות והקיפוח שלו.

נראה לי, שגמישות בבחירה בין אופציות מציינת אותיות — בין שקשת האופציות היא רחבה ובין שהיא צרה — היא הערובה העיקרית להשתלבות טובה ומספקת בחיי העבודה. עבודה מספקת ומתאימה בכוחה לשחרר את האדם מן המצב ללא מוצא שאליו נקלע עקב מגבלתו (שפירא, 1974).

כאן גם המקום להוסיף ולהדגיש את מקומם של מוסדות החברה בפיתוחם של משאבים ובהעמדתם לרשות הנכים על מנת להרחיב את קשת בחירתם. בשל כך גם חשוב כל כך להסיר מכשולים פיזיים מדרכם של הנכים, לאפשר להם גישה נוחה וקלה למוסדות שונים, להקל עליהם ברכישת דיור מתאים, או אמצעי תחבורה ומכשירים רפואיים הדרושים להם. וחשוב לא פחות מזה להבטיח לנכים קיום בסיסי בתקופה שבה הם רוכשים את המשאבים, כדי להקל עליהם בתקופה הראשונית והקשה של השיקום. כמו כן חשוב מאוד ליצור מגוון רחב של מקומות עבודה ועיסוקים שיוצרו לנכים.

רבים מבין הנכים מתקשים לעתים לרכוש את המשאבים האישיים בתהליך האיטי והמתוכנן של רכישת השכלה. עבור אלה המגוון של הצעות תעסוקה הוא בעל משמעות, שכן הוא מאפשר "בחירה". קליטתם המוצלחת והמרשימה של מוגבלים בעיסוקים עצמאיים כגון החזקת דוכן מכירה או קיוסק אף היא עדות לחשיבותו של גורם "הבחירה". על כן, ככל שיגדל מספר ההזדמנויות הפתוחות לפני

צעים הטכניים ששיפרו את תנאי חייו. שיפורם הוא שפתח לפניו את האפשרויות שהיו סגורות קודם בגלל מוגבלותו הפיזית.

3. חיים — מוגבל בעל ליקוי זעיר — האם יצליח?

חיים איבד את מאבקות ידיו בתחילת שנותיו הצבאי. הוא בא מבית דל. הוריו הם נתמכי סעד, ורק אחדים מצאתו הצליחו להשתלב כהלכה בעבודה. חיים עצמו נפלט מבית הספר בכיתה ח', אך ידיעותיו הן ברמה של כיתה ה' בלבד. חיים לא הצליח למצוא עבודה מספקת עד גיוסו לצה"ל, ולאחר שחרורו מן הצבא לא חיפש חיים עבודה אלא העדיף להתקיים במשך שנים על קצבאות בתור נכה צה"ל. חיים מייחס את מצבו לפגיעתו. הוא מרבה להתלונן על כאבים ואינו חדל מלעסוק במגבלה שלו. חיים רוחש אי-אמון כלפי הסובבים אותו, מטיח האשמות קשות כלפי רופאים ועובדי שיקום בטענה שהם מזניחים אותו, ויחד עם זה הוא מרבה להטרידם בביקורים.

שיקומו של חיים נכשל. הוא מוציא את ימיו בבטלה וכל עיסוקו סחיטת פיצויים עבור המגבלה שלדבריו מציקה לו מאוד. חיים אינו מעוניין כלל להיחלץ מהמעגל שהוא תקוע בו. בד בבד החל חיים לפתח התנהגות א-סוציאלית. הוא מתחבר מפעם לפעם עם טיפוסים מפוקפקים ואף החל להשתמש בסמים. גם חי המשפחה שלו התמוטטו. אשתו נתייאשה ונטשה אותו כשהיא לוקחת עמה גם את בתם היחידה. היא אפילו ויתרה על דמי המזונות המגיעים לה ממנו.

חיים, שהוא בחור פיקח למדי, הוא היום אדם ממורמר ומלא כעס, ולמעשה לא עומדת בפניו שום דרך להיחלץ ממצבו. הוא דוחה כל הצעת עבודה ועל כן הוא סווג בתור "סרבן עבודה" ו"פאראזיט". חיים אינו מרוצה ממצבו. הוא מתהלך כארי בסוגר ואינו מרפה מהמוסדות. הוא אינו מסוגל להשלים עם הישגיו הדלים בעבר ואלה תוסמים בפניו את הדרך למרבית העיסוקים. חיים מרגיש שהוא "תקוע" והדרך

תמוזפה אותו בהשתייכות לחברה. "דמי החב"רות" למעשה היצירה של הקולקטיב היא התרומה האישית שאדם משקיע בעבודתו. נורמה זו מזכה את הנכה בהרגשה הטובה שהוא "ככל האדם" ועל כן אנו עדים להתגברות, בקרב הנכים וארגוני הנכים, של תנועות לעצמאות (Independent Living), לנורמליזציה (Normalization) ולחיים "ככל האדם" (Mainstreaming). (דג'ונג, 1979). התפתחות זו מביאה בעקבותיה, מצד אחד, הערכה רבה לנכה שהצליח להשתלב כהלכה בעבודה, ומצד שני יחס בלתי סלחני כלפי נכה שלא הצליח בכך. לזה האחרון תודבק תווית של "נכשל", דבר שיפגע בדימוי עצמו ויציינו כאדם שהוא יוצא דופן וחי בשולי החברה.

מסיבה זו, אפילו אם החברה ככלל מוכנה "לסלוח" לנכה שנכשל ואף לדאוג לכל צרכיו, אין הנכים עצמם מרגישים נוח במעמד זה, הדוחק אותם למצב של "שוליות" ו"תקיעות". מובן, שלהרגשתם זו ולמצבם יש השפעה גם על משפחתם ועל דור ההמשך שהם מביאים לעולם. גם מסיבה זו חשוב אפוא שמלאכת השיקום תכוון את הנכה לקראת השתלבות פעילה בעבודה על-ידי פתיחת אופציות ועידודו לבחור בדרך המתאימה לו ושיש בה כדי להבטיח כי ישתלב בחיי היצירה של הקולקטיב.

הנכה כן תהיה הצלחת שיקומו בטוחה יותר. מכאן, שעל עובד השיקום לפתח את אותה מומחיות שתאפשר לו להציג הודמנויות מרובות ככל האפשר. גם כאשר הודמנויות מסוג זה הן לכאורה משאבים חיצוניים, ביכולתן לשמש לנכה אופציות ובסיס לבחירה.

סיכום: יעד השיקום – השתלבות בעבודה

בסיכום, רצוני להצביע בקצרה על הסיבות שבגללן אני מגדירה את מטרת השיקום כהשתלבות בעבודה. היחיד פועל בתוך קולקטיב (רוזנפלד, 1981) והעבודה כשלעצמה היא נקודת המפגש של היחיד עם הקולקטיב. אדם עובד הוא אדם פעיל בקולקטיב ואין לך מדיום בר-משותף יותר מאשר העבודה, בהיותו משותף למספר הגדול ביותר של בני אדם בוגרים וביכולתו לשמש מודד מהימן ביותר להוכחת ההשתתפות בחיי הקולקטיב. על כן התפקיד שהטילה החברה על השיקום הוא לשלב את המטופל הנמצא בגיל העבודה בחיי העבודה. מטרתו של האדם היא להשתתף בחיי היצירה של הקולקטיב ומעשה יצירה זה היא העבודה. לכן העבודה היא תחום שהאדם שואף להשתתף אליו ובעבודתו הוא קונה את ה"חברות"

ביבליוגרפיה

- גורדון, דליה, אלמנות ושיקומו, המוסד לביטוח לאומי, האגף למחקר ותכנון, 1981.
 המוסד לביטוח לאומי, מבחנים לדרגות נכות לפי חוק הביטוח הלאומי, 1954.
 מילר, א', "אובדן כושר ההשתכרות כמבחן להערכת נזקי גוף", הפרקליט לב (1978).
 פרגנשטיין, ק', שחרור החשיבה מכפליה, ירושלים, בית-הספר לחינוך של האוניברסיטה העברית, תשל"ב.
 קדר, מריסה, "ייעוץ פסיכולוגי בתהליך השיקומו של מוגבלים בכושרם לעבוד", מגמות, טו/2 (אפריל 1969).
 רוזנפלד, י', "שירות לקולקטיב או ליחיד? לקחים ממלחמות ישראל", חברה ורווחה ד/1 (1981).
 שפירא, מוניקה, "המשקם" לקראת הקתיד, ירושלים, האוניברסיטה העברית, יולי 1974, פרק ד'.
 Berkowitz, M., Englander, Valerie, Rubin, J., Worrall, J. D., *An Evaluation of Policy Rehabilitation Research*, N.Y., Praeger Publishers, 1975.

- Blum, A. & Holzman, Maya, *Clients' and Workers' Perceptions of the Helpfulness of Bituah Leumi Rehabilitation Services: An Exploratory Study*, Tel-Aviv University, 1980.
- Dejong, G., *The Movement for Independent Living*, UCIR, Michigan State University, 1979.
- Gelman, W., *Fundamentals of Rehabilitation — Rehabilitation Practices with the Physically Disabled*, N.Y., Columbia University Press, 1973.
- Scott, R., *The Making of Blind Men*, N.Y., Russell Sage Foundation, 1969.
- World Health Organization, *International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps*, Geneva, 1980.
- Wright, G.N., *Rehabilitation*, Boston, Little, Brown, 1980.

שיקום מקצועי והערכת תכניות שיקום לאור הספרות המקצועית

מאת לוריין שפירא *

בעבודה עבור האוכלוסייה המוגבלת. היא מתייחסת בעיקר להיבט של העבודה בחיי המוגבל המשתקם ולכן אינה כרוכה בפיתוח יחסים בעלי ערך טיפולי ושיקומי בין פקיד השיקום ובין המוגבל. היא מדגישה את הצד החומרי, מבחינת הסיוע הכספי, בקצבאות ובאמצעים אחרים, הניתן למוגבל. יחד עם זאת, גם בגישה האירופית עצמה קיימים הבדלים מעניינים וחשובים. אלה מודגמים במאמר בעזרת הצגה של השיטה האנגלית לעומת השיטה השוודית.

הגישה האמריקנית, כפי שהתפתחה במשך השנים, היא הרבה יותר כוללנית, מבחינת ההיבטים של חיי המוגבל שהיא מנסה לטפל בהם. פקיד השיקום, או יועץ השיקום, הוא דמות בעלת חשיבות רבה יותר ויחסיו עם המוגבל נתפסים כמשמעותיים לתהליך השיקום. ריבוי התחומים שבהם עוסק השיקום בארצות הברית קשור גם למגוון רחב יותר מאשר באירופה של תכניות ושל ניסויים בטכניקות שיקום חדשות.

הגדרות השיקום המקצועי

סקירת הספרות שנכתבה על השיקום המקצועי מבהירה, שאין בנמצא הגדרה אחת של שיקום מקצועי המקובלת על הכול. ההגדרות משתנות בהתאם לדרגת הסוללניות שלהן, כלומר לפי מספר ההיבטים של חיי אדם שניתן לשקמם. בהמשך יתברר, שהגופים העוסקים בשיקום

הקדמה

מאמר זה נכתב על רקע חיזוק הפעילות של מחקר והערכת תכניות בנושא השיקום במוסד לביטוח לאומי ומטרתו להציג בעיות וגישות כפי שהן מופיעות בספרות המקצועית. מחקרי הערכה קשורים בהשוואה בין תכניות המייצגות דרכי השיבה שונות זו מזו. למעשה, ריבוי הגישות והתכניות בתחום השיקום הוא המקנה חשיבות כה רבה למחקרי ההערכה. מטרתו היא לתרום לחידוד ההבנה של תהליכי השיקום המאפיינים גישות ותכניות שונות ולהצביע על היעילות והמוצלחות ביותר שביניהן.

כדי להבין את התפתחותם של מחקרי ההערכה והבעייתיות הכרוכה בהם חשוב, אם כן, להכיר את הגישות והסילוסופיות השיקומיות השונות, שהתפתחו במרוצת הזמן ובמקומות שונים. משום כך יתמקד חלקו הראשון של המאמר בתיאור גישות אלה שהתפתחותן מוצגת בפרספקטיבה היסטורית, מצד אחד, ובצורת השוואה של מערכות שיקום לאומיות שונות, מצד שני.

ניתן להיווכח בעזרת הספרות המסוכמת במאמר זה, שאמנם קיימת הטרוגניות רבה מאוד בשטח השיקום. תוך הסתכנות בפשטנות יתר ניתן להצביע על שתי גישות דומיננטיות — הגישה האמריקנית ולעומתה הגישה האירופית. זו האחרונה מתמקדת, בדרכים שונות, במציאת פתרונות של שיקום מקצועי ובהשמה

* תוקרת באגף למחקר ותכנון של המוסד לביטוח לאומי.

מקצועי. יחד עם זאת, כך סבור גלמן, הגדרה זו מכירה בעובדה שהתנסותו בעבודה של היחיד נוגעת גם בתחומי חייו האחרים. לכן, על מנת להגיע להסתגלות לעבודה לעתים קרובות נחוץ לספק שירותי שיקום גם בתחומי מים האחרים של חיי אדם.

התבוננות בשלוש ההגדרות האלה מעלה כמה עקרונות כלליים של השיקום המקצועי. ראשית, זוהי תכנית משולבת המשתנה כאמור בהתאם לדרגת הכוללניות שלה. שנית, תכנית זו צריכה להדגיש ולפתח את היתרונות הטמונים באדם, ויחד עם זה גם את הגורמים הריאליים, כדי שילמד להתמודד עם סביבתו. ולבסוף, היחיד צריך לקבל על עצמו מידה גדולה ככל האפשר של יזמה ומעורבות בתכנית השיקום (Maliken & Rusalem, 1969).

לתולדות השיקום המקצועי והפילוסופיה שלו

סיפור התפתחותו של השיקום המקצועי בארצות הברית משקף בדרך כלל את השינויים שהתחוללו במשך השנים בתנאים הכלכליים, בגישות של החברה ובטכנולוגיה רפואית. הוא החל כתכנית חינוך והכשרה עבור חיילים משוחררים שחזרו ממלחמת העולם הראשונה והיו מוגבלים מבחינה גופנית. הדגש הושם אז בשיקום גופני, ברכישת איברים תותבים, בהכשרה מקצועית ובמציאת מקומות עבודה. רק לאחר מלחמת העולם השנייה קיבל הטיפול במוגבלים כיוון פסיכו-סוציאלי; אז החלו להביא בחשבון הן את צרכיו של המטופל והן את התנאים החברתיים-כלכליים של סביבתו על מנת להכין תכנית שיקום אינדיווידואלית עבורו ששיאה התשמה בעבודה. ייעוץ לשיקום על בסיס של מפגש פנים אל פנים (ככלי פסיכולוגי) וחינוך הפכו להיות מרכיבים חשובים בתהליך השיקום.

בשנות התמישים והשישים, עם הרחבת אמצעי השיקום והמפעלים המוגנים ועם הכנסת המחקר והתכניות לדוגמה שנועדו להציג

מקצועי במדינות הנסקרות כאן טיגלו לעצמם פילוסופיות וגישות שונות כדי לענות על שאלה זו. אפשר לתאר את הפילוסופיות השונות האלה כנקודות לאורך רצף של כוללניות. בקצה האחד נמצאת הדעה ששיקום מקצועי צריך להיות שיקום תעסוקתי בלבד, ובקצה האחר נמצאת הגישה הפסיכו-סוציאלית, המשלבת שיקום עם היבטים רבים של חיי אדם. חשוב לשים לב לכך, שמפני שמדובר ברצף קיימות נקודות מפגש של הגישות השונות הללו.

גלמן (Gellman, 1973) מביא סיכום קצר של הווגדרות הללו. הראשונה מאלה נובעת מהשקפה כוללנית של השיקום המקצועי והיא גורסת, שלמוגבל נתונה הזכות לקבל עזרה שתחזיר אותו לא רק למצב שבו יהיה בכוחו להרים את התרומה המירבית לחברה, אלא גם להביא לידי מיצוי מירבי של הפוטנציאל הטמון בו. גישה זו לא רק כוללת בתוכה את כל סוגי המוגבלות, אלא כרוך בה הרעיון שטווח רחב של היבטי החיים יכול לשמש נושא לשיקום. גלמן סבור, ששימת הדגש בפוטנציאל איננה ריאליסטית. בהמשך יתר ברר, שהתייחסותו או אי התייחסותו של גוף העוסק בשיקום לרעיון הפוטנציאל, תלויה בפילוסופיה של גוף זה ובגישתו.

ההגדרה השנייה קרובה יותר למרכז הרצף. גם היא רואה בכל המוגבלים נושאים לשיקום, אבל כאן המטרה ריאליסטית יותר. לפיה השיקום המקצועי הוא אותה צורה של טיפול שעניינו לסייע למטופל להגיע לתפקוד חברתי אופטימלי (במשפחה, בעבודה ובחברה בכלל) במסגרת יכולתו והכישורים שלו. ההדגשה המושמת בתפקידים החברתיים מגבילה את מספר המצבים החברתיים שהשיקום המקצועי מתייחס אליהם ובכך מתאפשרת מידה מסוימת של בדיקת תוצאות הטיפול.

לפי ההגדרה השלישית, הכוללנית פחות, שיקום מקצועי הוא תהליך של שיפור התנהגות תפקיד בלתי הולמת במצבי עבודה. הגדרה זו מגבילה את השיקום המקצועי למוגבלים בתעסוקה, ואת המטרה — להישגים בשיקום

קושי העבודה, רמת ההצלחה, סוג המטלה, סוג הפיקוח, הלחצים המופעלים והתגמולים הכספיים. הסביבה הפסיכו-סוציאלית ניתנת גם היא לשינוי במונחים של אינטנסיביות וטווח העירור, רמת הציפייה להצלחה, סוג התפקיד בעבודה, השתתפות בקבוצות עבודה ודרישות ההשתלבות של המטופל.

גלמן זיהת שתי מגמות עיקריות בתחום השיקום המקצועי. המגמה הראשונה היא בכיוון של הרחבת היקף הפעילות, והיא קשורה לגוי שא הכוללות שכבר הוזכר קודם. בארצות הברית השיקום המקצועי הופך להיות כיום כוללני ומקיף יותר ויותר ומשלב היבטים אישיים, חברתיים וסביבתיים במסגרת הטיפול בפרט. דבר זה עורר דאגה באשר לכיוון ההתפתחות של השיקום המקצועי. אם הגדרת הבעיה והמטרה ייעשו רחבות מדי, התוצאה תהיה טיפול לא ריאליסטי ולא יעיל. יש להחליט בזהירות על מנת שאפשר יהיה לעמוד על ההתרחבות ועל ההתפתחות בעתיד ולפקח עליהן.

למגמה השנייה ניתן השם "צרכנות המשתתפים". היא כוללת שינוי בתפקידיהם של המשתתפים והיועץ כאחד. היועץ הופך להיות הזרן לשינוי. דבר זה קשור לעמדה שהוזכרה קודם לכן, לפיה השיקום המקצועי הוא טכנולוגיה חברתית. מצד שני, המטופל הופך להיות משתתף. הוא געשה מעורב יותר בתהליך השיקום המקצועי במונחים של קביעת מטרות, בחירת טכניקות והערכת השירותים שקיבל. למעשה, חוק השיקום המקצועי הפדרלי משנת 1973 מחייב את רשויות השיקום הממלכתיות לשתף את המוגבלים בפיתוח המדיניות ובביצוע התכנית.

אשר לפיתוח המדיניות, מינטש והארש (Minch & Hursh, 1981) ורמס (Remmes, 1972) מדווחים על פעילויות אלה: באזורים רבים משמשים ארגוני מוגבלים כיועצים לגופים הכללי-ארציים, המדינתיים והמקומיים לקבלת החלטות, עורכים סקרים על צורכיהם של חבריהם, יוזמים ומעודדים חקיקה העונה על צרכיהם אלה, מסייעים בגיוס עובדי שיקום לעבור

שיטות חדשות ולהביא לשיפורים בשירותי השיקום, געשה השיקום המקצועי מתוחכם יותר. בנוסף לכך הורחבו הקשרים עם מקצועות הסייעוד ועם מדעי ההתנהגות.

השינוי המשמעותי ביותר שחל בין השנים 1954—1972 בנושא השיקום המקצועי היה הרחבת קבוצת המטופלים כך שתכלול לא רק אנשים מוגבלים מבחינה פיזית, אלא גם אנשים שהם מוגבלים בהתפתחותם (נכי שיתוק מוחין, חולים במחלת הנפילה, מפגרים בשכלם), עבריינים, נוער בעייתי, חולי גפשו ובני אדם מקופחים מבחינה חברתית וכלכלית.

בשנות השבעים ובתחילת העשור הנוכחי נעשו מאמצים להתמודד עם הבעיות הפסיכו-סוציאליות הקשורות לקבוצת מטופלים מורחבת זאת. פגישות טיפוליות פנים-אל-פנים שוב אינן נראות מספיקות ובמקומן התפתחה גישה רבת-תחומית המשתמשת במשאבי הקהילה ומשתפת את בני משפחתו של המטופל והנמשכת, אם יש צורך בכך, לאורך כל חייו המטופל. נוסף לכך, פוחת השימוש בתהליך החד-מימדי של קבלת החלטות שהמשרד עומד במרכזו (גלמן). לעומת זאת, התפתחה הגישה הדוגלת בתהליך קבלת החלטות רב-מימדי והיא קשורה בטכניקות ניסוי והסתכלות במסגרות שונות. פירושו של דבר, התערבות בסיטואציות של המשפחה, התברה והעבודה שבהן נמצאים המשתתפים. בטכניקות אלה מתגלה הכרה בהשפעת הסביבה ותנאיה על הדימוי העצמי של המשתתף.

צורה אחרת להציג התפתחויות מאוחרות אלה היא שמונתה הדגשת-יתר של הייעוץ הפסיכו-תיראפויטי שרווחה בשנות השישים והשבעים המוקדמות. במקום זאת גדל השימוש בסדנאות שיקום למטרות הערכה והסתכלות. סדנאות אלה מספקות סביבת עבודה ריאליסטית המאפשרת להעריך ולשנות התנהגות עבודה. הסדנה איננה מפעל מוגן, אלא מסגרת ניסוי-גית שבה ניתן לשנות את התנאים כך שיש פיעו על הסתגלותו לעבודה של המטופל. במסגרת זאת מבוצעת עבודה אמיתית תמורת תשלום. התנאים ניתנים לשינוי במונחים של

הביטחון העצמי וההנעה ונתחוקה ההרגשה שיש בידיהם מידע טוב יותר בכל הנוגע לאפשרויות התעסוקה. היועצים דיווחו שהגיעו להבנה טובה יותר לצורכיהם של המטופלים.

אולם, מגמה זו של צרכנות המשתקם גם מציבה מספר אתגרים בפני מעשה השיקום המקצועי. על-פי ניתוחו של סקוט (Scott, 1969), אנו צריכים להגיע למסקנה שפיקוח בידי המטופל אינו אלא אשליה. סקוט סבור, שמערכת השיקום המקצועי מתוכננת כך שהמשתקם יהיה תלוי ביועץ: "סימן היכר עיקרי להצלחתו של מאמץ שיקום הוא באיזה מידה עלה בידי המטופל להבין את עצמו ואת בעיותיו מנקודת הראות של עובד השיקום". סקוט ממשיך וקובע, שעובד השיקום רואה את בעיות המטופל כשטחיות ובלתי מדויקות, אם אין להן אופי פסיכולוגי. ומפני שלעובד השיקום יש למעשה מנופול מוחלט על התגמולים והעונשים בתוך המערכת, הם יכולים לכוון את המטופל וללחוץ עליו עד שיחצה את תפיסת הבעיות האישיות שלו מפני זו של היועץ. אם המטופל מוסיף לדבוק בנקודת המבט שלו, אזי משתמשים לגביו בתוויות כגון "אינו מתקבל", "חסר תובנה" או "אינו משתף פעולה". מאחר שלהתקבל לתכנית שיקום מקצועי היא אחד התגמולים, המטופל חייב ללמוד ללכת בתלם בשלב מוקדם מאוד של התהליך.

לאור הניתוח של סקוט, האם יכול השיקום המקצועי לספק שירות יעיל למטופל המנסה להגיע לעצמאות? האם אוטונומיה זן מבטלת את תפקידו של יועץ השיקום המקצועי? מהי מידת השליטה הצריכה להיות באמת בידי המטופל? האם צריך שיהיה בידי הכוח לקבל החלטות שיעמדו בניגוד לנהלים ולדרכי העבודה המקובלים של השיקום המקצועי? האם פיקוח זה הוא, לאמיתו של דבר, אשליה מפני שהמטופל מוגבל מבחינת הברירות והמידע שרשות השיקום מציגה בפניו? ניתן לענות על שאלות אלה רק לאחר ניתוח מעמיק המבוסס על ניסיון שנרכש בצרכנות של משתקמים.

דה, בודקים תכניות שיקום ומצדדים להן המלצות. משמעותן של פעולות אלה עבור השיקום המקצועי היא, שבעלי המקצוע חייבים לעמוד על צרכיו של המטופל לפני שהם מקבלים החלטה כלשהי.

מגמת הצרכנות השפיעה גם על יישום התכניות. תרלקלד (Threlkeld, 1979) ומינטיש והארש מתארים אחדות מן הפעילויות. למשל, כמה רשויות לשיקום מקצועי שכרו מומחה לתכניות לשיתוף צרכנים על מנת לקדם את הגישה הצרכנית; הוקמו מרכזי מודיעין למוגבלים, המאפשרים מידה רבה יותר של חילופי מידע בין המוגבלים ובין סגל עובדי השיקום. במרכזים אלה נלמדות גם מיומנויות של השתתפות בתהליכי הספקת שירותים, שמטרתן להפוך את המוגבלים לשותפים יעילים בתהליך השיקום המקצועי.

במישור האישי יותר ניתן לראות בגישת הצרכנות צורה של ייעוץ שבין מטופלים לבין עצמם ושל "קבוצות תכנון של מטופלים". תרלקלד מביא תיאור של "קבוצות תכנון של מטופלים": תחליף למודל של יועץ אחד-מטופל אחד. מטרת הקבוצה הזו להעניק למטופלים הרגשה של מעורבות, לסייע להם לעמוד על כישוריהם, ועל מגבלותיהם, לעודד התקדמות אישית ובטוח של דבר לתכנון ולבצע את השיקום שלהם עצמם. המטופלים מחולקים לקבוצות של שמונה עד עשרה איש, שלכל אחת מהן יש מנחה שקיבל הכשרה בדינמיקה קבוצתית, ולא בשיקום מקצועי. יועץ השיקום המקצועי משמש יועץ הקבוצה. לרשות הקבוצה מעמידים את כל האמצעים החומרים, הסגל ותקציב הפעולות העומדים לרשות יועצי השיקום המקצועי. הקבוצות אחראיות לפיתוחן ולאישורן של תכניות שיקום ולהוצאות השיקום עבור כל אחד מהמשתתפים.

ההיזון החוזר שנתקבל מפעילויות המעורבות הצרכנית היה חיובי. המטופלים דיווחו על עירנות מוגברת ללחצים ולהגבלות החלים על היועצים. מבחינת תפיסת עצמם של המשתתפים והערכות היועצים נתגלתה עלייה ברמת

סקירה כללית על הנעשה בכמה מדינות

א. ארצות הברית

מבין המערכות שנסקרו לצורך מאמר זה נמ-צאה המערכת האמריקנית המקיפה ביותר. מערכת זו קיבלה את הגישה הרחבה ביותר לשיקום מקצועי ובה נעשה השימוש הרב ביותר בשיטות ייעוץ פסיכו-סוציאליות. המע-רכת האמריקנית מדגישה תהליך של צעד-אחר-צעד לקראת הסתגלות והתאמה לסביבת-מבחינת המבנה שלה המערכת מורכבת מרשת של רשויות שיקום (ציבוריות, פרטיות, ו-לונטריות, ארציות ומקומיות), שכולן מושפ-עות ממדיניות השיקום הפדרלית-מדינתית. מדיניות ונהלים מועברים לרחבי המדינה באמצעות רשויות השיקום המקצועי. הארגו-נים הפרטיים והולונטריים כוללים גופי ש-יקום מקצועי, גופי ייעוץ, מרכזי שיקום, מפע-לים מוגנים, בתי חולים ומרפאות. מערכת השיקום קשורה גם למערכות שירות אחרות כמו: רפואה, פסיכו-טראפיה, סעד, חינוך ותעסוקה. על בסיס מערכת קשרים זו ננקטת לעתים קרובות גישה רב-תחומית בטיפול בנכה.

התואר המקובל ביותר בשיקום מקצועי הוא "יועץ שיקום". תפקיד זה משתנה מגוף לגוף — מזה של ייעוץ פסיכו-סוציאלי בלבד ועד לשירותי מינהל, מנהיגות קבוצה ותיאום. בדרך כלל יועצי שיקום הם בוגרי אוניברסי-טה, ובמידה הולכת וגוברת — בעלי תואר שני. בהכשרה שהם מקבלים בלימודי השיקום המקצועי באוניברסיטאות מושם דגש חזק בפסיכולוגיה.

הדגשה זו בפסיכולוגיה מתגלה באופן ברור ביותר בספרות המקצועית העוסקת בתפקידו של יועץ השיקום (Maliken & Rusalem, 1969; Versluys, 1980; Truax, 1966; Rubin & Roessler, 1979). לעתים קרובות נעשה שימוש במונחים כמו "דימוי עצמי", "זיקת גומלין" (rapport), "קבלה מבוגרת של מוג-

בלות" ו"צמיחה" (growth) — כולם מונחים מקובלים בפסיכו-טראפיה.

טרואה (Truax 1966) זיהה שלוש תכונות כלליות או כישורים הדרושים ליועץ שיקום על מנת שיזכל להשפיע ולעזור למשתקם להצליח בתכנית השיקום. במקרים רבים מצ-פים מיועץ השיקום שיוכל לעסוק גם בייעוץ למשפחה, כדי לסייע ביצירת תקשורת חיובית ותמיכה בתוך משפחתו של המשתקם. התכונה הראשונה היא "אמפאטיה", המוגדרת כך: "להבין את המטופל בצורה רגישה ובמדויק". דבר זה מחייב להבין את "עולמו הפנימי" של המטופל ולהיענות למטופל באופן כזה שהבנה זו תועבר לזולת. התכונה השנייה היא חמימות, שפירושה "דאגה בלתי שתלטנית, קבלה שמתוך הערכה של המשתקם כמות שהוא". התכונה השלישית והאחרונה היא אמיתיות. היועץ "מוכרח להעביר את האמיתות שלו, את האותנטיות שלו, היענותו, אי-ההתגוננות שלו, בגרותו ושלמותו הנפשית".

בחלקו הקודם של המאמר כבר עסקנו בבסיס הפילוסופי וההיסטורי שעליו התפתח השיקום המקצועי לגישה פסיכו-סוציאלית לייעוץ. אבל האם יכול להיות מניע נוסף לשימוש בצדדים הפסיכולוגיים של השיקום המקצועי? קארנס (Carnes, 1979) ומאליקן ורוסאלם (Maliken & Rusalem, 1969) מאמינים שכן. קארנס קבע, שיש ויכוח בארצות הברית ביחס לתפקידו של יועץ השיקום — יועץ פסיכולוגי לעומת מינהלן. התפיסה המסורתית של תפ-קיד הפסיכולוג יוצאת מהנחת היסוד של המע-מד הבינוני. לפיה, המשתקם הוא אדם "בעל כושר מילולי, תבונה עצמית, הנעה גבוהה להגיע להבנה טובה יותר של עצמו". טכניקות לא מכוונות כאלה אינן מתאימות למשתקם שהוא "בן תרבות אחרת, מקופח ובלתי מסו-גל לכוון את עצמו". לדעת קארנס, בשביל מטופלים כאלה הייעוץ חייב לכלול גם שי-רותים מעשיים ושיטתיים פזיים של הסביבה. כפי שיוסבר להלן, שירותים כאלה הם הנדר-מה בבריטניה ובארצות אחרות באירופה. מאליקן ורוסאלם מציעים מניע אחר לשימוש

שייתי. עבור מוגבלים שניתן להעסיקם וסדר-נאות מוגנות בשביל אלה שאי אפשר להעסיקם. כמו כן קיימת מערכת נפרדת אך מקבילה לשיקומם של עיוורים. שירותים ניתנים גם על-ידי שורה של ארגונים וולונטריים-שונים המעורבים בקידום תקיפה, יחסי-ציבור וסעד למוגבלים. בגופם, כמו גם בחינוך ובהכשרה לעבודה. התכנית לשיקום מקצועי משתמשת גם בשירותים של משרד החינוך, הבריאות והביטוח הלאומי.

שני הכלים העיקריים שבהם משתמשים כדי לעודד העסקת מוגבלים בבריטניה הם פנקס המוגבלים ושיטת המכסה. פנקס המוגבלים הוא טכניקה שלפיה גרשמים כל המוגבלים מרצון במשרד לענייני תעסוקה. לפי שיטת המכסה, חברות המעסיקות 20 עובדים ויותר חייבות לשכור לפחות 3% מעובדיהן מתוך רשימה זו. למעשה, כלים אלה הם כמעט חסרי תועלת. בעקבות ראיונות שקיים עם אנשי מינהל בכירים הגיע קארנס למסקנה שאסיפת שיטת המכסה היא רופפת ושניתן לקבל פטור ממנה. גם לפנקס המוגבלים יש חסרונות. מוגבלים רבים מהססים להירשם בו. משום כך אין בפנקס די מוגבלים כדי למלא את "המכסה", ויחד עם זה אין פירוש הדבר שמוגבלים אינם מעעסקים. ב-1972, למשל, 50% מהמוגבלים המועסקים לא היו רשומים בפנקס המוגבלים.

יועץ השיקום, בתור שכזה, אינו קיים בבריטניה. במקום זאת מפוזרים תפקידיו במספר מחלקות בתוך המשרד לענייני תעסוקה. חשוב לציין, שבגלל שיטת רוטציה הנהוגה במשרד יש שאיש סגל העובד עם מוגבלים מועבר לתכניות אחרות במסגרת המשרד, המטפלות בהעסקת בני אדם שלמים בגופם. שיטה כזאת אינה מעודדת יצירתם של יחסים הדוקים בין המטפל למטופל.

ההקבלה הקרובה ביותר לתפקידו של יועץ השיקום הוא "פקיד השמה מחדש למוגבלים" (Disablement Resettlement Officer). כאן resettlement — השמה מחדש — פירושו שי-קום). פקיד זה משמש כפקיד תעסוקה, שומר

בגישה הפסיכולוגית, שהצלחתה תלויה במידה רבה במערכת היחסים שבין היועץ למטופל. לאור העדרן רבי-המשמעות של טכניקות לחיזוי הסתגלות לעבודה היועצים נאלצים להסתמך על הערכות פסיכומטריות סטנדרטיות ועל ההיבט של מערכת היחסים של הייעוץ כדי להתאים בני אדם שהם שונים זה מזה איש איש לעיסוק המתאים לו ביותר. ניסיונות לתקן מצב זה יידונו בפרק "מחקרי הערכה".

ב. בריטניה

ההסדרים הראשונים למען מוגבלים הופיעו בבריטניה בסוף המאה התשע-עשרה — יחסית מוקדם בהשוואה לארצות הברית. באותו זמן נעשה הדבר בתגובה על צורכי התעסוקה של חברה העוברת עיור ותיעוש מהירים. אבל רק ב-1970, כאשר תעסוקה מלאה שוב לא היתה המציאות, נתקבלו חוקים שנועדו לחייב את המחלקות הסוציאליות המקומיות לספק מתקנים ושירותים למוגבלים שאינם מועסקים (Topliss, 1979). המחשה טובה לכך שמטרתן העיקרית של התכניות לשיקום מקצועי היתה מציאת תעסוקה למוגבלים שאינם מועסקים מספקת העובדה, שניהולן של תכניות אלה הוא בידי המשרד לענייני תעסוקה. ואכן, הספרות המקצועית בתחום השיקום המקצועי שהופיעה בבריטניה (ראה חיבוריהם של טופליס, קארנס ופרטומי ממשלה שונים) מדגישה את צורכיהם הרפואיים, המתקנים הפיזיים והכשרתם לעבודה של המוגבלים. לעומת זאת, שלא כמו במערכת האמריקנית, זכה הייעוץ הפסיכו-סוציאלי רק לאזכור מעט ביותר. לפיכך אפשר להגיע למסקנה, שבניגוד למידה הגדולה של כוללניות שאימצה לה המערכת האמריקנית בהגדרת השיקום המקצועי, המערכת הבריטית משתמשת בהגדרה מחמירה יותר, המדגישה את הרעיון המסורתי של הישגיות בעבודה.

כפי שכבר נאמר, שיקום מקצועי הוא שירות הניתן באמצעות המשרד לענייני תעסוקה. המשרד מפעיל רשת של יחידות שיקום תע-

כים אלה (קארנס). ביטחון בעבודה והזכות לעבוד הם היבטים חשובים של אותם צרכים מינימליים. לכן, מדיניות התעסוקה מבוססת על הזדמנות שווה לכל והמעבידים חייבים להתאים את דרישותיהם לצורכי העובדים.

משמעות הדבר לגבי המוגבלים היא, שגם להם, כמו לכל האחרים, יש זכות מוכרת לעבוד ולהשתכר למחייתם. ניהול מדיניות התעסוקה, כולל שיקום והעסקת מוגבלים, נתון בידי "הוועדה הלאומית לשוק העבודה" (National Labor Market Board). הגופים הקובעים את המדיניות כוללים נציגים של המוגבלים. המעבידים אינם יוצאים נפסדים מכך שהם מקבלים מוגבלים לעבודה, שכן הממשלה מפצה אותם עבור אותם עובדים שתפוקתם אינה מגיעה למאה אחוזים (Wyant, 1979).

בגלל מדיניות זו רבים ממפעלי התעשייה הרגילים מכילים סדנאות מוגנות. העובדים בסדנאות אלה מקבלים אותו שכר התחלתי שמקבלים העובדים הרגילים והם רשאים להצטרף לאותם איגודים מקצועיים. תנאי העבודה במפעלים המוגנים האלה הם ברמה גבוהה במיוחד. כך למשל, מצוי בהם רופא המועסק במשרה מלאה. באופן כללי ניתן לומר, שבעקבות הפיצוי שמשלמת הממשלה למעסיקים להשלמת שכר המוגבלים, הזכות להצטרף לאיגוד מקצועי והתנאים הפיזיים המעולים במקומות העבודה, קל למוגבלים בשוודיה להשיג תעסוקה.

בעל המקצוע הקשור לשיקום מקצועי הוא פקיד לשיקום מקצועי שתפקידו דומים לאלה של פקיד ההשמה-מחדש של מוגבלים הבריטי. הוא פועל בלשכת תעסוקה מקומית, הוא אחראי להפניית מטופלים לשירותי הכשרה מקצועית ועוסק בהשמת עובדים.

דמיון נוסף לשיטה הבריטית יש בעובדה שמשתמשים כאן בגישה המכוונת. יש לציין, שבשוודיה אין צורך לעמוד בקריטריונים רפואיים כדי לזכות בשיקום מקצועי. לכן, קבוצת המטופלים כוללת לא רק אנשים שהם מוג-

על קשר עם מעבידים מקומיים ומפקח על פני-קס המוגבלים ועל ביצוע שיטת המכסה בתעשייה. פקיד זה גם אתראי לתיאום השירותים והמשאבים שמעמידים לרשותו של המשתקם, אבל אינו מעורב בשום תכנית ייעוץ עמו. השכלה אוניברסיטאית אינה הכרחית למילוי תפקיד זה. פקיד ההשמה-מחדש של מוגבלים הוא בדרך כלל פקיד של משרד התעסוקה שעבר השתלמות מיוחדת של עשרה שבועות. בידי או בידיה סמכות רבה והיכולת להתליט איזה שירותים יועמדו לרשות המשתקם. לגישה זו אפשר לקרוא בשם "הגישה המכוונת", בניגוד לגישה האמריקנית, שהיא בלתי מכוונת ואשר כרוכים בה ייעוץ למשתקם והתייעצות עמו במטרה להתליט איזו תכנית שיקום לבחור. במקום להתרכז בהסתגלות רגשית לנכות, הדגש בשיטה הבריטית מושם בניידות ובמיזמויות הדרושות לחיי היומיום.

ליד פקיד ההשמה-מחדש של מוגבלים פועל פסיכולוג תעסוקה המעורב בהערכה ובהדרכה בכל הקשור לתעסוקה, אבל לא בהשמה ובייעוץ. ייעוץ פסיכו-סוציאלי, אם הוא ניתן, ניתן בידי העובד הסוציאלי. כתוצאה מעומס העבודה ומשיטת הרוטציה מתרכזו העובד הסוציאלי בבעיותיו הדחופות ביותר של המשתקם, כגון משפחה, דיור ותמיכה כספית. לפי קארנס, העובד הסוציאלי אינו מגלה ידיעה של הפסיכולוגיה החברתית של המוגבלות. בהתאם להערכות הכלליות של קארנס, של משרד הבריאות והביטוח הלאומי בבריטניה (1972) ושל משרד הפנים והבריאות הסקוטי (1972), פיצול אחריות זו בין מספר בעלי מקצוע הביאה למצב של חוסר תיאום ואי שילוב השירותים.

ג. שוודיה

על מנת להבין את מדיניות השיקום המקצועי בשוודיה יש צורך להבין את ההקשר הסוציאלי. התברה השוודית מבוססת על העיקרון של הבטחת הצרכים המינימליים הדרושים לכל יחיד, ומניעת הצורך של היחיד, המשפחה או הקבוצה לשאת בנטל של הספקת צר-

המדינות שתוארו כאן מייצגות לאמיתו של דבר את המגמה באירופה כולה. הסיכום של הלן מתבסס על מסקנותיו של קארנס שעלו מתוך בדיקת השיטות ודרכי העבודה של השיקום המקצועי בבריטניה, בשוודיה, בצרפת, בהולנד וביוגוסלביה, וכן סקירתו של רופנר (Ruffner, 1979) על השיקום המקצועי בארצות השוק האירופי ועל סקירתו של נובל (Noble, 1979) על הנעשה בתחום זה בגרמניה ובסקנדינביה. מכל אלה ניתן להסיק כדלקמן:

1. בארצות אירופה ניתן השיקום המקצועי באמצעות שירותי התעסוקה המטפלים במוגבלים ובריאים גם יחד. במסגרת השירותים האלה פועלים עובדים מיוחדים שתפקידם לטפל במוגבלים, ולספק שירותי השמה ותיאום. בניגוד לכך, השיטה האמריקנית מפעילה מנגנון מיוחד לטיפול במוגבלים, ששירותיו שמם דגש ביעוץ ובתראפיה.
2. דרישות ההשכלה של עובדי השיקום המקצועי באירופה נמוכות מאלה שבארצות הברית. בארצות הברית נדרש לפחות תואר ראשון, בעוד שבאירופה מומחית שיקום מקצועי מקבלים את הכשרתם בקורסים מיוחדים לאחר שהתקבלו לעבודה.
3. באירופה ניתן ייעוץ פסיכו-סוציאלי על-ידי עובדים סוציאליים שבדרך כלל לא קיבלו הכשרה מיוחדת לטיפול בבעיות של מוגבלים. כתוצאה מלחץ זמן ומרוץ טעיה בתפקידים בתוך המחלקות במדינות אירופה הייעוץ אינו ממלא תפקיד חשוב בטיפול במוגבלים.
4. רופנר וקארנס מסכימים שקצבאות סוציאליות ותמיכות ממשלתיות וכאלה המתקבלות מגופים פרטיים גבוהות יותר באירופה מאשר בארצות הברית. קארנס מצטט את הדוגמאות שלהלן, של פרויקטים שהם מתקדמים יותר באירופה מאשר בארצות הברית: טיבסדיות כספיות לתעשיות המעסיקות מוגבלים, מתן

בלים מבחינה גופנית או נפשית, אלא גם אנשים שאיבדו את מקום עבודתם עקב הכנסת אוטומציה ומיכון למפעלים או מפאת גילם הגבוה וכן עובדים הקלאיים שעברו לגור באזור עירוני ועקרות בית החחרות למעגל העבודה.

פקיד השיקום המקצועי אינו חייב להיות בוגר אוניברסיטה. רוב הפקידים האלה עבדו קודם באיגוד מקצועי. הם מקבלים הכשרה נרחבת במשך 12 עד 18 חודש, הכוללת הדרכה אישית, לימוד שיטות ריאיון ועוד. יחד עם פקיד השיקום המקצועי עובדים גם פקיד השמה מקצועית ופסיכולוגים. הפסיכולוגים הם האחראים להכנת מבחנים פסיכומטרים ולניתוח תוצאותיהם.

אין עובדים סוציאליים שמוטל עליהם לעבוד באופן בלעדי עם מוגבלים. העובדים הסוציאליים מעורבים במתן קצבאות ושירותים הן למוגבלים והן לבריאים. לא נדרשות ידיעות מיוחדות על המוגבלות. כמו בשיטה הבריטית, גם כאן יש רוטציה במלוי תפקידים, והשימוש במערכת היחסים מטופל-יועץ הוא מנימלי. במקום זאת מושם דגש במתן השירותים המוחשיים, כמו מענקים לפתיחת עסקים קטנים ולרכישת מכונות ואמצעי תחבורה מיוחדים עבור אלה שניידותם מוגבלת וכן ריפוי והוצאות נסיעה. אפשר שמגמה זו היא תוצאה ממעורבות מוגבלים בקבלת החלטות בענייני מדיניות ומקבלתה הכללית של הגישה הצרכנית. מורפי (Murphy, 1980) מצוין, שהעיוורים בשוודיה הגיעו לשליטה בשירותי השיקום שנועדו להם, והביאו להשמטת מושגים כגון "הסתגלות פסיכולוגית" מתהליך השיקום. עובדה זו תומכת בדעתו של סקוט שנזכרת למעלה, שהשימוש בפרשנויות פסיכולוגיות אינו אלא המצאה של סגל עובדי השיקום המקצועי.

ד. סיכום

אמנם סקירה כללית זו הציגה רק שתי מדינות אירופיות, אולם עימן בתיבורים מקצועיים נוספים העלה ששיטות השיקום המקצועי של

צעות המחקר ניתן למדוד במדויק באיזו מידה תכנית השיקום הן יעילות ובעלות משמעות. שנית, מחקר כזה מזרז את התהליך של איסוף מידע מהימן שעליו ניתן להשתית עקרונות טיפול. שלישית, המחקר מספק מידע מפורט יותר משניתן להשיג באמצעות תצפיות לא-פורמליות. ולבסוף, מחקר ההערכה מספק אמצעים לחיזוי סוג המטופל שהוא בעל הסיכויים הטובים ביותר להצליח והתכנית המוצעת לכת ביותר שתוביל להסתגלות בעבודה. נתרכזו בפריט הראשון — זה של מדידת ההצלחה והמשמעותיות, או עד כמה מוצלחת היא תכנית השיקום. תחום מחקר זה עדיין נמצא בראשית התפתחותו בגלל מורכבותו. ריגלס וחבריו (Reagles et al., 1970) מסבירים שהבעיה היא שרוב החוקרים מוחדים הצלחה בהתאם למספר מוגבל של קריטריונים, למשל: "מועסק-בלתי מועסק". במציאות, מה שנחוץ הוא ללמוד את ההשפעות מרובות-המשתנים של השיקום. במונחים של הגדרות השיקום המקצועי שהובאו בראש המאמר, משמעות הדבר יכולה להיות מידה גדולה יותר של כוללניות. לדעת חוקרים אלה, רוב הקריטריונים הפסיכולוגיים הנמצאים בשימוש, כמו הקטנת תרדדה, שייכות, הערכה עצמית, הישגים בעבודה, הסתגלות פסיכולוגית, אינם מאפשרים להגיע למסקנות ברורות. לפיכך אנו נאלצים להשתמש בקריטריונים כלכליים. ריגלס וחבריו סבורים שמה שדרוש בסופו של דבר הוא סולם דירוג מדויק ובעל מרווחים שווים של כל התופעות הניתנות למדידה. בדרך כלל הקריטריונים הקיימים אינם משקפים את מלוא התחום של המשתנים המשפיעים על הצלחה. חלק מהבעיה הוא, שמטרות השיקום אינן מוגדרות במדויק. ריגלס וחבריו טוענים, שהפתרון הוא להגיע לידיעה טובה יותר של המוגבלות, של תהליכי הטיפול ומרכיביו ושל חיי המטופלים. טענותיהם של ריגלס וחבריו נכונות במידה רבה. סקירת הספרות מראה, שבדרך כלל לא נעשה שימוש בגישת ריבוי-המשתנים. מה שקיים הוא מגוון רחב של קריטריונים לקבי-

דיור למוגבלים באופן חמור, תחבורה ציבורית גוחה, התאמת קצבאות ליוקר המחיה, תמיכה ממשלתית בתכניות לאומיות של מפעלים מוגנים, מרכזי הערכה ובתי-ספר להכשרה מקצועית.

מחקרי הערכה

עוד נקודה אחת על השוואה ראויה לציון. מן הספרות המצויה בידינו עולה, שהערכה של תכניות שיקום מקצועי נפוצה בעיקר בארצות הברית. במקורות שעניינם המערכת הבריטית במיוחד צוין העדרו של מחקר על היעילות וההצלחה של השיקום המקצועי בארץ זו. בארצות הברית, לעומת זאת, קיימים מספר פרויקטים נמשכים העוסקים בבדיקת ההסתגלות לעבודה ואמות המידה להצלחה. כאלה הם, למשל, "Minnesota Studies in National Rehabilitation", "Arkansas Research and Training Center", "Wisconsin Studies in Vocational Rehabilitation", "University of Florida Regional Rehabilitation Institute". הסבר אפשרי להבדל זה טמון אולי בהבדלי הגישה למקצוע השיקום המקצועי עצמו. בארצות הברית מתייחסים אליו כאל מקצוע נפרד והוא פועל כישות נפרדת, בעוד שבאי-רופה השיקום המקצועי אינו נחשב מקצוע נפרד והוא נעשה מתוך המערכת הרחבה של שירותי התעסוקה הממלכתיים. לכן תחזת המקצועיות של עובדי השיקום המקצועי באירופה נמוכה מזו של חבריהם בארצות הברית, תופעה ההולכת בד בבד עם אי הדגשת הצורך בבדיקה עצמית והערכה. תמיכה לרעיון זה באה גם מהעובדה שאצל העובדים הסוציאליים הבריטיים, שהם קבוצה נפרדת ומוגדרת יותר מבחינה מקצועית, אמנם קיים גרעין של ספרות הערכה, אף-על-פי שהיא אינה מוקדשת אך ורק לשיקום מקצועי (Fitzgerald et al., 1977).

מחקר הערכה כפי שתואר קיים בארצות הברית, משמש מספר מטרות (סקוט). ראשית, באמ-

צים פחות מאשר חבריהם הבריאים לפי סולמות ההערכה האלה: ניצול יכולת, הישגים, סמכות, פיצוי, יוצרנות, ערכי מוסר, הכרה, אחריות, מעמד חברתי, גיוון ושביעות רצון כללית.

באמצעות סולם "תועלת השיקום" הצליחו ריגלס וחבריו לזהות את קבוצות המטופלים שהפיקו את התועלת הגדולה ביותר מהשיקום. למשל, רמת התועלת הגבוהה ביותר היתה אצל גברים צעירים שנכותם נגרמת בגיל צעיר ושהיו בלתי-מזעסקים במשך תקופות קצרות. בניגוד למחקרים אחרים, הם מצאו כי רווקים השיגו רמת תועלת גבוהה יותר מנשואים. אצל הגברים היתה רמת התועלת של השיקום גבוהה יותר מאשר אצל הנשים. שירותי שיקום מוחשיים הביאו לרמה הגבוהה ביותר של תועלת, במונחים כגון: הכשרה לעבודה, חומרים, תחזוקה ותובלה. במונחים של התערבות היועץ, הזמן שבילה עם המטופל עמד ביחס שלילי לתועלת, בעוד שהזמן שהשקיע בשיקום המטופל (בתכנון הכשרה מקצועית, רכישת שירותים, השמה ומעקב) עמד ביחס חיובי לתועלת.

נקודה אחרונה זו נוטה להיות בניגוד לגישה הפסיכו-סוציאלית לתהליך השיקום שהשימוש בה רווח כל כך בארצות הברית. באופן כללי, המשתנים המשמעותיים הקשורים לתועלת מהשיקום הן: הכנסה שבועית ממוצעת, מעמד בעבודה בסיום הטיפול, יכולת המטופל לקיים את עצמו, שעות עבודה בשבוע, ופעילות לווית שמחוץ לעבודה (תחביבים ופעילויות משפחתיות).

תורסון וחבריו (Thoreson et al., 1968) עוסקים בבעיות שיקום במקום בתועלת. הם מסתמכים על הערכות היועצים כאשר הם מתארים את האיפיונים העיקריים של מטופלים הגורמים בעיות בתהליך השיקום. מטרה משנית של המחקר היתה לקבוע את העניינים העיקריים המעסיקים את היועצים ואת האוריינטציה שלהם. להלן רשימה של איפיוני מטופלים, בהתאם לתפיסת היועצים, הגורמים בעיות ביעוץ ובתכנון ההכשרה המקצועית

עת הצלחה שאינם קשורים זה לזה. בנט ווייזינגר (Bennett & Weisinger, 1974), הכינו רשימה ארוכה ומפורטת של אינדקסים להצלחה שנלקחה מ-75 עבודות ומאמרים העוסקים בהערכת תכניות שיקום מקצועי.

הממצאים שנתקבלו משימוש בסולמות ההערכה השונים מתוארים היטב בספרות. לופ-קוויסט וחבריו (Lofquist et al., 1972) השתמשו בסולמות למדידת השינויים בהתנהגות המטופל יחד עם סולמות המודדים את שביעות הרצון של המועסק ואת שביעות הרצון של המעסיק על מנת להעריך את מידת ההסתגלות לעבודה של מטופלים לשעבר של שירות השיקום. זייס וחבריו (Weiss et al., 1967) הגבילו את עצמם למדידת שביעות רצון של המועסק בין מטופלים לשעבר של השירות. ריגלס וחבריו השתמשו בסולם למדידת תועלת השיקום המביא בחשבון גם את המשתנים של ביצועי היועץ ואת שינויי ההתנהגות של המטופל. ולבסוף, תורסון וחבריו (Thoreson et al., 1969) השתמשו בהערכת המטופלים בידי היועץ כדי להגיע להכללות שונות על איפיוני מטופלים.

בהתבסס על המדדים שלהם גילו לופקוויסט וחבריו מספר אינדיקטורים שהם משמעותיים להסתגלות לעבודה. סיומי הטיפול היו של 5 שנים לכל היותר עבור כמה מהמטופלים כאשר נערכו הסקרים. נעשתה השוואה של הסטטוס של המטופל בעת שהתקבל לתכנית ועם סיום הטיפול, ונעשה מעקב גם לאחר מכן. הסקר גילה עלייה משמעותית באחוז המועסקים במקצועות ה"צווארון הלבן", באחוז המטופלים העובדים במשרות מלאות ובאחוז המטופלים המקיימים את עצמם. מטופלים לשעבר נמצאו מרוצים מעבודתם בדיוק כמו חבריהם הבריאים. אבל, מנהלי עבודה דיווחו על שביעות רצון נמוכה במקצת אצל המטופלים לשעבר מאשר אצל חבריהם הבריאים. זייס וחבריו השתמשו בסולם שלהם לבדיקת המצב אצל המטופלים לשעבר המועסקים במגוון רחב של עבודות והגיעו לתוצאות סותרות. הם מצאו שבדרך כלל מוגבלים מרו-

ביסודו היא שהמטופל יעביר את הניסיון שרכש כאן לעולם החיצון, אבל תוצאות המחקרים מראות כי הסביבה של המפעל המוגן היא לא-מציאותית ואין לה אותה השפעה שיש לתעסוקה רגילה.

אם למדנו משהו מסקר זה של מחקרי הערכה על השיקום המקצועי, הרי זה שהתחום עודנו מתפתח. עד שנגיע לרמת תחכום גבוהה יהיו התוצאות לא עקיבות ויהיו פערים בידיעותינו. ברקוביץ וחבריו מתארים כמה מן הדברים החשובים שהערכת שיקום מקצועי לא הביאה בחשבון בכל הנוגע למתודולוגיה ופירוש. כישלון המתודולוגיה מקורו בהעדר דגימות אקראיות, בשיטות לא מספקות של ביקורת השינויים שחלו באוכלוסיית-יעד, בבחירה כושלת של מעריכים לתכנית, בחוסר תחכום של האמצעים והטכניקות המשמשים לאיסוף הנתונים, ובהעדר מעקב לטווח ארוך אחר המטופלים. כתוצאה מפגמים אלה הכללת התוצאות לגבי אוכלוסיות גדולות יותר היא מוגבלת.

ואשר לפירוש החוקרים לא עמדו על כך ששיעור ההצלחה יכול להיות מושפע במיש-רין ממדיניות הקבלה של המוסד. מוסדות אחדים מקבלים רק תת-קבוצות מסוג אחד מתוך אוכלוסיית המוגבלים. מוסדות אחרים מקבלים רק מטופלים המתאימים לפרופיל שקבע לעצמו המוסד מראש על המשתקם המצליח. נוסף לכך, חלק ממחקרי ההע-לכה לקחו בחשבון רק את העובדה שיש למטופל מקום עבודה בזמן עריכת המחקר מבלי להביא בחשבון את משך הזמן שהוא אכן עבד בו. פרויקטים אחדים מגדירים את האשה כעובדת אם השתפר תפקודה כעקרת בית. יש גם ספק מה באשר להתאמת העיקרון המונח ביסוד המושג "משוקם-לא משוקם" (מועסק-לא מועסק). גישה דיכוטומית זו אינה מביאה בחשבון את איכות העבודה, ואינה משווה את עיסוקו הנוכחי של המשתקם עם עיסוקו הקודם. נוסף לכך, ההערכות אינן מציינות מקרים שבהם המטופל מקבל גם שירותים סוציאליים אחרים. במקרים כאלה

לפי סדר חשיבותם — מן הבעייתי ביותר עד לבעייתי פחות:

1. חוסר הנעה לשיקום.
2. מטרות תעסוקתיות לא-ריאליסטיות (המטופל אינו מקבל את מגבלותיו).
3. תכונות אופי לא רצויות (תוקפנות, עוי-נות, חוסר בגרות ועוד).
4. דרישה נמוכה בשוק העבודה לשירותים שהמטופל יכול להציע (העדר כישורים מקצועיים, השכלה וניסיון, אי-רצון לעזוב איזור גיאוגרפי מסוים).

ובאשר לאוריינטציה של יועצים, המסקנה היא שהם מתרכזים באיפיונים הפסיכולוגיים ואי-גם לוקחים בחשבון איפיונים אחרים העלולים לפגוע גם ביעוץ ובהכשרה המקצועית. החוק-רים מפרשים את הדגש שהיועצים שמים בהנעה כהשתקפות של התסכול שהם פוגשים כאשר הם עובדים עם מטופלים שמערכת ההנעה שלהם עומדת בניגוד לערכי המעמד הבינוני. גילוי זה תומך בדעתם של קארנס וסקוט, שביטאו את אמונתם שיועצים מצפים לכך שהמטופלים יקבלו את הערכים והציפיות שלהם עצמם, שהם אופייניים למעמד הבינוני. למרות הדגש הקיים בהיבטים הפסיכו-סוצי-אליים של השיקום המקצועי, מצאו ברקוביץ וחבריו (Berkowitz et al., 1975) שמטופלים אשר קיבלו שירותים ממשיים כמו ניסיון מעשי בעבודה, או תכנית הכשרה לעבודה בסביבה תעשייתית, גילו שיפור ברמת ההס-תגלות האישית והתעסוקתית שלהם. תוצאות חיוביות ניתן לחזות גם במקרים שבהם מטו-פלים נכנסו לעבודה עם כישורים בסיסיים והתמחויות ספציפיות. סביבת העבודה עצמה היא חשובה. מטופלים גילו שיפור כאשר היו מעורבים במה שנראו בעיניהם כפעילויות משביעות רצון ובעלות אתגר, וכאשר הם קיבלו את הכשרתם הבסיסית במקומות שבהם האחראים עליהם וחבריהם לעבודה יכלו לש-מש דוגמה והיו אנשים שאתם הם יכלו לקיים יחסי-גומלין. יעילותו של המפעל המוגן מו-טלת בספק במידת-מה. הפילוסופיה המונחת

הן למחשבה נוספת ומעמיקה יותר על תכניות השיקום הנהוגות בישראל והן להעלאת רעיונות חדשים שאולי כדאי לנסות וליישם. מנקודת הראות של המחקרים, הסקירה שתובאה כאן צריכה להוביל לגיבוש כיווני מחקר חדשים. כיוון אפשרי אחד כזה הוא ניסוי המלווה בהערכה מחקרית של המעורבות הצרכנית בתהליך השיקום. מחקר כזה יוכל להסתייע בלקחים שהופקו במחקרים דומים בארצות הברית, מצד אחד, וכן לעקוב אחרי השפעת המעורבות הצרכנית בתנאים הספציפיים של החברה הישראלית, מצד שני. כיוון מחקרי אפשרי נוסף, השואב את השראתו מסקירת הספרות, הוא הקשר בין תכניות שיקום ובין הרקע הסוציו-כלכלי של קבוצות משוקמים שונות. כיוון זה כולל את בדיקת הקשר בין הרקע החברתי שממנו באים פקיד השיקום וכיצד הוא משפיע על אופי תכניות השיקום המקובלות ועל מידת הצלחה בשיקום אוכלוסיות בעלות רקע סוציו-כלכלי שונה. גולת הכותרת של כיוון מחקרי זה היא הניסיון לבדוק קשרים והתאמות בין מגוון רחב של תכניות שיקום ובין סוגי אוכלוסייה שונים. לבסוף, חשוב למצות עד כמה שניתן את הידע שהצטבר בנושא של איתור אמות-מידה מתאימות לבדיקת הצלחה בשיקום, במטרה ליישמו, לשכללו ולהתאימו לתנאים שלנו.

הצלחת השיקום המקצועי יכולה להיות תוצאה מצטברת. ולבסוף תחום אחד של מחקר עדיין לא זכה לתשומת לב מספקת — ההערכה של תהליך ההבחנה עצמו וכיצד משפיעה הצמדתן של "תוויות" על המטופל. אם רוצים להגיע להערכה נכונה של תועלת השיקום המקצועי יש להביא בחשבון גם גורמים אלה.

סיכום

מחקר ההערכה של הגישות השונות ותכניות שונות בתחום השיקום עדיין נמצא בראשית דרכו. ההתרשמות מן הספרות המקצועית הדנה בנושא היא, שבחלק ניכר מהמחקרים שנעשו עד כה לוקה התחום המתודולוגי ושכלי שיפורים משמעותיים, שיעשו את המחקרים הרבה יותר מבוקרים, קשה יהיה להסיק מהם מסקנות מבוססות.

אחד היתרונות הברורים של סקירת ספרות המחקר וההערכה בנושא השיקום הוא, שהיא מפתחת את הראייה הביקורתית ביחס לגישות שונות הנקוטות בעבודת השיקום ומחדדת שאלות שלגביהן עדיין אין בנמצא תשובות ברורות.

סקירת הספרות התיאורטית והמחקרים בתחום השיקום מצביעה על מגוון גדול של גישות אפשריות לנושא השיקום. הדבר יכול לתרום

ביבליוגרפיה

- Bennett, E. & Weisinger, M., *Program Evaluation: A Resource Handbook for Vocational Rehabilitation*, New York, ICD Rehabilitation and Resource Center, 1974.
- Berkowitz, M., Englander, V., Rubin, J. & Worrall, J., *An Evaluation of Policy-Related Rehabilitation Research*, New York, Praeger Publishers, 1975.
- Carnes, G., *European Rehabilitation: Service Providers and Programs*, University Centers for International Rehabilitation, Michigan State University, East Lansing, Michigan, 1979.
- Department of Health and Social Security, Welsh Office, *Rehabilitation Report of a Sub-Committee of the Standing Medical Advisory Committee*, London, 1972.
- Fitzgerald, M., Halmos, P., Muncie, J. & Zeldin, D. (Eds.), *Welfare in Action*, London, Routledge and Kegan Paul Ltd., 1977.

- Gellman, W., "Fundamentals of Rehabilitation", in: J. Garrett & E. Levine (Eds.), *Rehabilitation Practices with the Physically Disabled*, New York, Columbia University Press, 1973.
- Gibson, D., Weiss, D., Dawis, R. & Lofquist, L., *Manual for the Minnesota Satisfactoriness Scales*, University of Minnesota, Minnesota Studies in Vocational Rehabilitation: XXVII, Bulletin 53, December, 1970.
- Kimberly, J., "Sheltered Workshops in Sweden", *Rehabilitation Record*, Vol. 13, No. 2 (1972), pp. 35-38.
- Lofquist, L., Dawis, R., & Hendel, D., *Application of the Theory of Work Adjustment to Rehabilitation and Counseling*, University of Minnesota, Minnesota Studies in Vocational Rehabilitation: XXX, Bulletin 58, June, 1972.
- Maliken, D. & Rusalem, H., *Vocational Rehabilitation of the Disabled: An Overview*, New York, New York University Press, 1969.
- Minch, J. & Hursh, N., "Consumer Involvement: The Massachusetts Vocational Rehabilitation Program", *Rehabilitation Literature*, Vol. 42, No. 1-2 (1981), pp. 8-13.
- Murphy, S., "Vocational Rehabilitation Counseling and Advocacy: An Analysis of Dissonant Concepts" *Rehabilitation Literature*, Vol. 44, No. 1-2 (1980), pp. 2-10.
- Noble, J., "Rehabilitating the Severely Disabled: The Foreign Experience", *Journal of Health Practices, Policy and Law*, Vol. 4, No. 2 (1979), pp. 221-249.
- Reagles, K., Wright, G. & Butler, A., *A Scale of Rehabilitation Gain for Clients of an Expanded Vocational Rehabilitation Program*, University of Wisconsin Regional Rehabilitation Research Institute, Series 2, Monograph XIII, 1970.
- Rehabilitation and Care of the Disabled in Britain*, Central Office of Information, London, 1972.
- Remmes, H., "Consumer Involvement in Rehabilitation", *Rehabilitation Record*, Vol. 13, No. 4 (1972), pp. 33-35.
- Rubin, S. & Roessler, R., "Diagnostic and Planning Guidelines for the Vocational Rehabilitation Process", *Rehabilitation Literature*, Vol. 40, No. 2 (1979), pp. 34-39.
- Ruffner, R., "Legislating Employment: The Common Market Experience", *Disabled USA*, Vol. 2, No. 8 (1979), pp. 10-11.
- Scott, R., *The Making of Blind Men*, New York, Russell Sage Foundation, 1969.
- Scottish Home and Health Department, *Medical Rehabilitation: The Pattern for the Future*, Edinburgh, 1972.
- Thoreson, R., Smits, S., Butler, A. & Wright, G., *Counselor Problems Associated with Client Characteristics*, University of Wisconsin Regional Rehabilitation Research Institute, Monograph III, 1968.
- Threlkeld, R., "The Use of Client Planning Groups in Vocational Rehabilitation: An Alternative Service Approach", *Rehabilitation Literature*, Vol. 40, No. 5-6 (1979), pp. 146-148.
- Topliss, E., *Provisions for the Disabled*, Oxford, Basil Blackwell, 1979.
- Truax, C. & Fisher, G., "Empathy, Warmth, Genuineness", *Rehabilitation Record*, Vol. 7 (1966), pp. 10-11.
- Versluys, H., "Physical Rehabilitation and Family Dynamics", *Rehabilitation Literature*, Vol. 41, No. 3-4 (1980), pp. 58-65.
- Weiss, D., Dawis, R., England, G., & Lofquist, L., *Manual for the Minnesota Satisfaction Questionnaire*, University of Minnesota, Minnesota Studies in Vocational Rehabilitation: XXII, Bulletin 45, October, 1967.
- Wyant, D., "Sweden: Land of Opportunities for Disabled People", *Disabled USA*, Vol. 2, No. 8 (1979), pp. 20-22.

על נסיבות הפטירה של קשישים*

מאת חנה וייל**

הטיפול? במשך כמה זמן נזקק המטופל לסי-
עוד עד פטירתו? האם רקע דמוגרפי שונה
משפיע על נסיבות הפטירה? שאלות אלה
נראות לנו חשובות משום שהתשובות להן
יכולות לשמש בסיס לתכנון הסוג והיקף של
השירותים הנחוצים. התשובות לשאלות אלה
יכולות גם לשמש בסיס לתכנת דפוסי השי-
מוש בשירותים הקיימים.

כאמור, הספרות הקיימת כמעט אינה מטפלת
בנושאים אלה. לענייננו נזכיר שתי עבודות
בלבד. קאליש וריינולדס (1976: 224) שאלו
במחקרם: "היכן היית מעדיף למות?" ומצאו
הבדלים משמעותיים מבחינה סטטיסטית לפי
תרבות המוצא: אצל נחקרים (מגיל 20 ומע-
לה) ממוצא יפני בולטת העדפה למות בבית;
לעומתם נחקרים ממוצא מקסיקני העדיפו
למות בבית חולים. ההסברים שמביאים קאליש
וריינולדס להבדלים אלה אינם משכנעים, אולי
גם משום שאינם מתייחסים לשיעור גבוה של
אנשים שלא השיבו לשאלות אלה; אלא שעצם
קיומו של הבדל בין קבוצות בעלות רקע אתני
שונה הוא חשוב ומעניין ונגוע, כפי שנראה
להלן, גם לענייננו.

במחקרו של אייזאקס (1972: 170) יש נתונים
הקרובים יותר לנושא מאמר זה. במסגרת
מחקרו המקיף אסף אייזאקס מידע על נסיבות
הפטירה ומשך המחלה הטרמינלית, על הטי-
פול הסייעודי הנדרש ועל ספקי טיפול זה.
המידע נאסף מבני זוג ומקרובים אחרים, וכן
משכנים ומרופאים של הנפטרים. נתייחס

מבוא

ההתעניינות במוות גדלה והולכת בשנים
האחרונות. הספרות על נושא זה היא ענפה
ונוגעת בצדדים רבים של הבעיה, כגון הת-
ייחסות החולה למוות והתייחסות בני המש-
פחה לגסיסת אחד מבניה; התייחסות הצוות
המטפל למחלה טרמינלית ולחולה הטרמינלי;
תהליך הגסיסה; ההיבטים הפילוסופיים והא-
תיים של מיתה והחיאה; האבל וההתמודדות
עמו; השירותים שתולים טרמינליים נזקקים
להם; בעיות תקשורת של החולה הטרמינלי
עם סביבתו. בזמן האחרון מתפרסמות גם
עדויות על חוויותיהם של אנשים שמתו מוות
קליני והחזירו לחיים.

על נושאים אלה הצטבר חומר מחקרי רב (אם
כי כמעט כולו לא מישראל), אך אנו לא נצט-
טו כאן משום שבמאמר זה נעסוק באותו היבט
של הבעיה שכמעט לא זכה שיטפלו בו, וכן
משום שאנו נעסוק באוכלוסייה קשישה בלבד,
בעוד שהספרות בנושא המוות כמעט שאינה
מתייחסת לגילאים שונים (להוציא מוות של
קטינים). הנושא שבו יעסוק המאמר עניינו
ההיבט האינסטרומטלי-מעשי: היכן נפטרים
קשישים — בבית או בבית חולים? האם קיים
קשר בין משך המחלה האחרונה ובין מקום
הפטירה? מי טיפל בקשיש החולה בבית?
באילו שירותים השתמש? מה המחיר (בכסף
ובמשאבים אחרים) ששילמה המשפחה עבור

* עבודה זו מומנה כחלקה מקרן פורד באמצעות תאגידה הישראלית לקרנות מחקר.
** ג'וינט ישראל — מכון ברוקדייל לגרונטולוגיה והתפתחות אדם וחברה בישראל, בית הספר לעבודה
סוציאלית ע"ש פאול ברוואלד, האוניברסיטה העברית בירושלים.

שימש אותנו כאשר בכתובת שהיתה ברשותנו לא גרו בני משפחה. שכנים אמנם אינם תמיד מקור מהימן; ואף-על-פי כן החלטנו להתייחס למידע שהם מסרו, מטעמים אלה:

(1) המידע שביקשנו היה בסיסי, מן הסוג המצוי בדרך כלל אצל שכנים, והדפוס הרגיל של יחסי שכנות בארץ הוא כזה שאנשים יודעים די הרבה זה על זה;

(2) קיבלנו משכנים מידע שהוכח כנכון: כתובות חדשות של נחקרים, כתובות של קרובים וכיוצא באלה.

מאידך גיסא, לא כל השכנים ידעו לתת תשובות לחלק מהשאלות שנשאלו, ומכאן שהמידע שבידינו מתייחס לעתים רק לקצת למעלה מ-50% מסך-כל אוכלוסיית הנפטרים. ואף-על-פי כן החלטנו להתייחס לממצאים, וזאת מן הסיבות האלה:

(1) נפטרים, שאין עליהם ידיעות בתחומים הנחקרים, אינם נבדלים מבחינת מין, גיל, מצב משפחתי, מוצא תרבותי והרכב משק הבית, מן הנפטרים שעליהם יש בידינו ידיעות;

(2) הנתונים משני שלביו של המחקר זהים בעיקרם, ומקורות המידע לגביהם זהים ובעייתיים באותה מידה. הזהות בין הממצאים מצביעה, לדעתי, על האפשרות שהממצאים אינם מקריים.

בגלל העדר תומר דומה הוחלט להציג ממצאים אלה, למרות המגבלות המתודולוגיות שהובאו לעיל. לפיכך אני מציעה להתייחס לממצאים שיובאו כבסיס להצגת השערות שיש לבקרו באופן שיטתי יותר. המידע שביקשנו לאסוף היה בסיסי, ועל כן הסתפקנו במספר מצומצם ביותר של שאלות.

לממצאי מחקר זה בקשר לנתונים שנציג, אבל נציין כאן שיש להתייחס בזהירות רבה כאשר משווים ממצאים מחוץ לארץ עם ממצאים מישראל, משום שמבנה שירותי האשפוז והשירותים הניתנים לקשישים חולים בבית שונה מאוד מזה שאצלנו.

האוכלוסייה

הנתונים שנדון בהם במאמר זה נאספו תוך-כדי עריכת מעקב אחר מדגם מייצג של גילאי 65+ (יהודים בלבד, החיים בביתם ביישובים עירוניים) בשנת 1966, שרואיינו לראשונה ב-1967 (להלן שלב א'). כאשר חזרנו לראייה גם ב-1971 (להלן שלב ב') ידענו כמובן שחלק מהם שוב לא יהיו בין החיים, וניצלנו אפשרות זו כדי לאסוף מידע בסיסי על נסיבות הפטירה שלהם. בשלב ב' (1971) היה מספר הנפטרים 411, אך לגבי כשליש מהם לא הצלחנו למצוא מידע. מספר הנפטרים בין שלב ב' ל-ג' היה גדול יותר — 542, ושיעור אלה שהצלחנו לאסוף מידע על נסיבות פטירתם היה כמעט זהה. חלק ניכר מאלה שנסיבות פטירתם אינן ידועות נפטרו במוסדות שונים ולא יכולנו לעקוב אחריהם. אחרים עברו לכתובת בלתי ידועה, ועל פטירתם נודע לנו ממרשם התושבים¹.

במאמר זה נדון אפוא בשתי קבוצות נפטרים: אלה שנפטרו בין שלב א' לשלב ב' של מחקר אורך (גילאי 65+), ואלה שנפטרו בין שלב ב' לשלב ג' של אותו מחקר, אשר היו בשעת פטירתם בני 70 לפחות.

שיטה

ידיעות על הנפטרים קיבלנו משני מקורות: משפחות הנפטרים והשכנים. המקור השני

1 לרוב ידעו שכנים לומר רק שהקשיש "עבר למוסד", אך לא ידעו לאיזה, או שעבר ליישוב אחר, אך לא ידעו כתובת מדויקת.

קים בין יוצאי אירופה ליוצאי ארצות האיסלם: יוצאי אירופה נוטים לסיים את חייהם בבית חולים או במוסדות לקשישים ורק כשליש מהם נפטרים בבית, ואילו אצל יוצאי ארצות האיסלם יותר ממחציתם נפטרים בבית. אין להסביר הבדל זה בזמינות הגדולה יותר של מיטות ליוצאי אירופה במוסדות לקשישים, משום שגם אם נפחית את מספר הנפטרים במוסדות מן הנפטרים בבתי חולים כלליים, יישאר פער משמעותי בין שתי קבוצות המוצא. האם הפער הזה נובע מהעדפות נורמטיביות של מקום הפטירה, או מהבדל בכושר להשתמש בשירותים קיימים, הנובע מרמת התשכלה השונה בין שתי קבוצות המוצא? או שמא ההבדל נובע ממדיניות (בלתי מוצהרת ובוודאי בלתי רשמית) מערכת השירותים הרפואיים ומנורמות של המאיישים את עמדות המפתח בחדרי המיון? לשאלות אלה אין תשובה במחקר זה, אבל הזמנה שלאור הממצאים רצוי לחפש להן תשובות.

הקשר בין גיל ובין מקום הפטירה אינו חד משמעי. בשלב ב' מצאנו נטייה ברורה למות בבית הגוברת עם העלייה בגיל. בשלב ג' נעלמה נטייה זו, שאינה תלויה במוצא, ומספר גדול יותר של אנשים ונשים בגיל גבוה נפטרו בבתי חולים כלליים או במוסדות אחרים.

ממצאים

א. מקום הפטירה של הקשישים

מקום הפטירה של קשישים תלוי בגורמים שונים, שהעיקריים בהם הם: העדפתו של התולה או של משפחתו, מדיניות האשפוז והביטוח הרפואי הנהוגים באזור מגוריו של האיש, וכמובן גם מחלתו. לאור הערות אלה מעניין לציין, שהממצאים של איזאקס על מקום הפטירה שעלו מבדיקת האוכלוסייה של סקוטלנד בשנת 1966 דומים מאוד לאלה שלנו, למרות העובדה שבאותה מדינה היו קיימות כבר אז מחלקות גריאטריות לרוב ולא היתה שם מצוקת אשפוז; וגם השירותים הניתנים בביתו של התולה הכרוני היו מפותחים שם יותר מאשר אצלנו. איזאקס מצא, ש-63.6% מכלל הנפטרים בני 65 ומעלה בסקוטלנד נפטרו במוסדות ובבתי חולים שונים² — לעומת 62% באוכלוסיית שלב ב' ו-64% באוכלוסיית שלב ג' אצלנו; זאת, כאמור, למרות מצוקת האשפוז. נשאלת כמובן השאלה, אם הקשישים בסקוטלנד מצדיפים שלא להתאשפז לפני מותם, או, במלים אחרות, עולה השאלה של הבדלים בנורמות תרבותיות. לוח 1 מראה שאצלנו קיימים הבדלים מובה-

לוח 1. מקום הפטירה של קשישים, לפי מוצא³

| N | שלב ג' | | N | שלב ב' | |
|-----|-----------|--------------|-----|-----------|--------------|
| | נפטר בבית | נפטר במוסדות | | נפטר בבית | נפטר במוסדות |
| 220 | 100 | 71 | 193 | 100 | 68 |
| 106 | 100 | 51 | 85 | 100 | 45 |
| 326 | 100 | 64 | 278 | 100 | 62 |

2. שם, עמ' 147, לוח 36.

3. מתוך המקרים הידועים, המקרים הלא ידועים מתפלגים כלהלן: שלב ג': 32% מסה"כ יוצאי אירופה; 37% מסה"כ יוצאי ארצות האיסלם. שלב ב': 21% ו-28%, בהתאמה.

4. כולל שיעור קטן של נפטרים במסדות שאינם בתי חולים כלליים. שיעור זה גבוה פי שניים בין יוצאי ארצות אירופה לעומת יוצאי ארצות האיסלם.

לוח 2. מקום הפטירה לפי גיל פטירה

| שלב ג' | | | | | | שלב ב' | | | | | |
|--------|-----|-------|------|------------|-----------|--------|-----|-------|------|------------|-----------|
| N | ס"ה | במוסד | בבית | בבית חולים | גיל פטירה | N | ס"ה | במוסד | בבית | בבית חולים | גיל פטירה |
| 55 | 100 | 2 | 33 | 65 | 75-70 | 96 | 100 | 1 | 38 | 61 | 74-67 |
| 146 | 100 | 5 | 35 | 60 | 81-76 | 85 | 100 | 7 | 36 | 56 | 82-75 |
| 134 | 100 | 12 | 31 | 57 | 82+ | 57 | 100 | 5 | 53 | 42 | 83+ |
| 365 | 100 | 10 | 32 | 58 | 50 | 238 | 100 | 4 | 41 | 55 | סה"כ |

לוח 3. הקשישים שהיו מאושפזים לפי מספר האשפוזים ולפי הגיל בזמן הפטירה (%)

| שלב ב' | | | | | | שלב א' | | | | | |
|---------------|-----|------|---------|--------|---------|---------------|-----|------|---------|--------|---------|
| מספר האשפוזים | | | גיל | | | מספר האשפוזים | | | גיל | | |
| N | % | יותר | פעם אחת | פעמיים | מפעמיים | N | % | יותר | פעם אחת | פעמיים | מפעמיים |
| 125 | 100 | 42 | 18 | 39 | 81-70 | 107 | 100 | 38 | 18 | 44 | 78-66 |
| 79 | 100 | 32 | 15 | 53 | 82+ | 57 | 100 | 14 | 21 | 65 | 79+ |
| 104 | 100 | 33 | 22 | 45 | | 164 | 100 | 30 | 19 | 51 | סה"כ |

זור אליה אחרי שנציג ממצאים נוספים שבהם חוזרת ועולה תמונת זו (ראה לוח 4 להלן).

3. אשפוז במחלה האחרונה

בדקנו נושא זה משתי בחינות: (א) מספר האשפוזים; (ב) היקף האשפוז — האם היה הנבדק מאושפז במשך כל מחלתו או רק בחלק מתקופה זו? שאלות אלה נראו לנו חשובות בשביל הבנת השימוש בשירותים, מחד גיסא, ואולי גם כדי ללמוד משהו על מדיניות השיירותים הקיימים מאידך גיסא.

מצאנו קשר ברור בין מספר האשפוזים ובין הגיל בזמן הפטירה: הגילאים הגבוהים יותר, בשתי האוכלוסיות (כלומר, בשני שלבי המחקר), היו מאושפזים פעם אחת בלבד, והצעירים יותר היו מאושפזים פעמים אחדות (לוח 3).

חשוב לציין, שהממצאים מצביעים בבירור על ריבוי פטירות במוסדות לקשישים עם העלייה בגיל, כנראה "על חשבון" הפטירה בבית.

הנתונים של איזואקס זהים כמעט לאלה שלנו משלב ג': אין שינוי עם הגיל בפטירות בבית, ויש ירידת מה במספר הפטירות בבתי חולים ועלייה ניכרת עם הגיל של פטירות במוסדות שאינם בתי חולים כלליים⁵. הדמיון בין הנתונים שלו לאלו שלנו מצביע על כך שהממצאים שלנו, על אף הבעייתיות המתודולוגית, אינם מקריים.

עיון בלוח 2 מעלה כמובן את השאלה מדוע נמצאו הבדלים בין שתי האוכלוסיות בכל הנוגע לקשר שבין מקום הפטירה לבין הגיל בזמן הפטירה. נביח לשאלה זו לפי שעה ונח-

5. שם, עמ' 148, לוח 37. במדגם המצומצם שלו נבדק הקשר בין מקום הפטירה למגורים, אך לא נמצאו הבדלים (שם, לוח 5), עמ' 157.

לוח 4. היקף האשפוז במחלה האחרונה לפי הגיל בזמן הפטירה

| שלב ג' | | | | | | שלב ב' | | | | | |
|--------|------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|--------|------|------------------------------|------------------------------|----|-------|
| N | סה"כ | גיל בזמן מאושפז מאושפז לא | | | | N | סה"כ | גיל בזמן מאושפז מאושפז לא | | | |
| | | הפטירה כל הזמן חלק מהזמן כלל | הפטירה כל הזמן חלק מהזמן כלל | הפטירה כל הזמן חלק מהזמן כלל | הפטירה כל הזמן חלק מהזמן כלל | | | הפטירה כל הזמן חלק מהזמן כלל | הפטירה כל הזמן חלק מהזמן כלל | | |
| 52 | 100 | 25 | 65 | 10 | 75—70 | 96 | 100 | 25 | 58 | 17 | 74—66 |
| 28 | 100 | 23 | 61 | 16 | 81—76 | 84 | 100 | 23 | 55 | 12 | 82—75 |
| 14 | 100 | 24 | 58 | 18 | 82+ | 56 | 100 | 46 | 41 | 13 | 83+ |
| 94 | 100 | 24 | 60 | 16 | | 236 | 100 | 33 | 53 | 14 | סה"כ |

האוכלוסיות בכל הנוגע לקשר שבין מקום הפטירה לגיל (ראה לוח 2), אפשר למצוא שני הסברים הפועלים בו-זמנית: אוכלוסיית שלב ג' זקנה יותר מזו של שלב ב', ועל כן היא זקוקה יותר לשירותים רפואיים ולאשפוז; ומצד שני — שירותי האשפוז התפתחו בשנים 1971—1978 וקשישים רבים יותר יכולים להגיע למיטות במחלקות לחולים כרוניים.

מצאנו קשר בין המוצא ובין היקף האשפוז: בשתי האוכלוסיות נוטה קבוצת יוצאי ארצות האיסלם שלא להגיע כלל לבית חולים. ממצא זה מחזק את הנתונים שהבאנו לעיל על הקשר שבין תרבות המוצא לנסיבות הפטירה (לוח 1): יוצאי ארצות האיסלם נוטים למות בבתי-הם, ולעומתם יוצאי ארצות אירופה נוטים למות בבית חולים.

ג. משך צריכת סיעוד

בדקנו נושא זה באמצעות השאלה: כמה זמן היה הנבדק חולה ומרותק למיטה או לא מסוגל לשרת את עצמו? התפלגות משתנה זה זהה בעיקרה בשני השלבים, ומעניינת בצורתה: כשני שלישים של האוכלוסייה מתרכזים בקצוות, השאר פזורים ביניהם. הריכוז בקצוות ההתפלגות מצביע על שתי תופעות חשובות (ראה לוח 5):

א. בערך 30% מן הקשישים נפטרים מבלי להזדקק למעשה לשירותי סיעוד. חלקם נפטרו באופן פתאומי (בשלב ג' היה

האם ממצא זה משקף תהליך של ברירה טבעית, מבחינה זו שהסגיעים יותר נפטרים מוקדם יותר (וזקוקים לשירותים רבים), ואלה שהצליחו להגיע לגיל גבוה יותר הם גם בריאים יותר והמוות שלהם אינו כרוך בצחיכת שירותים רבים ואשפוזים חוזרים? חיווק מסויג להשערה זו ניכל למצוא להלן, בלוח 6. לא מצאנו שם שצריכת סיעוד לתקופה ארוכה קשורה בגיל גבוה דווקא, וייתכן אף שכיוון הקשר הוא הפוך, דהיינו: ייתכן שבגיל גבוה יותר מגיעים פחות קשישים למצב של צריכה ממושכת של סיעוד.

הקשר בין היקף האשפוז ובין הגיל שוב אינו ברור כל כך: נתוני שלב ב' מתיישבים יפה עם הקשר שבין מספר האשפוזים ובין הגיל בשעת הפטירה, דהיינו: שיעור הקשישים שנפטרו ללא אשפוז כלל עולה עם הגיל. בשלב ג' נעלם הקשר בין הגיל בשעת הפטירה והבין היקף האשפוז — כל הזמן, חלק מהזמן, או אי אשפוז כלל. את ההבדל הזה בין שתי האוכלוסיות אפשר להסביר אולי בשיפור שחל בשירותי האשפוז בשנות השבעים: שיעור המיטות לחולים כרוניים עלה בשנים אלה⁶, ולכן יכולים קשישים רבים יותר להגיע לבית חולים. הסבר זה טוחו יפה גם להבדלים שבין הגיל בזמן הפטירה ובין מקום הפטירה (לוח 2).

דומה שלממצא זה, וכמותו גם להבדל בין שתי

6 ראה: הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, שנתון סטטיסטי לשנת 1980, עמ' 639, לוח כד/7.

מערכת השירותים הפורמליים והבלתי פורמליים, כולל העלות הכוללת של סיי-פוק צרכים אלה.

ניתוח משתנה זה לפי גיל בשעת פטירה (ראה לוח 6) מראה, שהריכוז בקצוות מופיע בשני השלבים כמעט בכל קבוצות הגיל. יחד עם זאת, ראוי להקדיש תשומת לב לצמצום-מה של שיעור הנוזקים לסייעוד ממושך בעת המחלה האחרונה החל עם העלייה בגיל (בשני השלבים). ייתכן שממצא זה מצביע על האפשרות שבגיל מבוגר יותר מגיעים פחות קשישים למצב של צריכת סיעוד ממושכת בעת המחלה האחרונה. אני מעזה להציע השערה זו גם משום שהתופעה הנדונה כאן משתלבת עם נתונים אחרים שהבאנו לעיל: לוח 4 מראה (בשלב ב') ששיעור הנפטרים שלא הגיעו לאשפוז כלל עולה עם הגיל, ולוח 3 מראה שקיים קשר בין גיל הפטירה ובין מספר האשפוזים בעת המחלה האחרונה — הקשישים יותר נוטים להיות מאושפזים פעם אחת בלבד. בדיקת הקשר בין משך צריכת הסיעוד ובין היקף האשפוז מגלה, שאמנם רוב האנשים שהיו בתקופה ממושכת במצב תפקודי קשה מגיעים לאשפוז, לפחות בחלק מומן מחלתם; למעלה מ-70% מכלל הנוזקים לסייעוד לתקופה של למעלה מארבעה חודשים (בשני השלבים).

לוח 5. התפלגות שתי האוכלוסיות לפי משך צריכת סיעוד

| שלב ב' | שלב ג' | |
|--------|--------|------------|
| % | % | |
| 34 | 27 | פחות משבוע |
| 17 | 19 | 8—30 יום |
| 9 | 8 | 31—60 יום |
| 10 | 7 | 61—120 יום |
| 30 | 39 | + 120 יום |
| 100 | 100 | סה"כ |
| 236 | 301 | N |

שיעור הנפטרים באופן פתאומי 11% מכלל הנפטרים שעל אודותיהם יש לנו ידיעות, והם מהווים כמחצית מן הכולל-לים בקטגוריה "פחות משבוע".

ב. שיעור גבוה של נפטרים היו לפני פטירתם בבחינת "חולים כרוניים" הזקוקים לסייעוד ממושך ומקיף בבית או בבית חולים; 40% בשלב ב' ו-46% בשלב ג' היו במצב זה במשך למעלה מחודשיים; וכשליש מן הנפטרים היו במצב זה במשך למעלה מארבעה חודשים. שיעור גבוה של זקוקים לשירותי סיעוד לתקופה ממושכת מחייב, לדעתי, עיון מעמיק ומפורט במהות הצורך הזה ובהשלכותיו על מבנה

לוח 6. התפלגות שתי האוכלוסיות לפי משך צריכת הסיעוד והגיל בשעת פטירה

| N | סה"כ | משך צריכת הסיעוד | | | פחות משבוע | גיל הפטירה | |
|-----|------|------------------|------------|----------|------------|------------|--------|
| | | יותר מ-4 חודשים | 31-120 יום | 8-10 יום | | | |
| 95 | 100 | 35 | 18 | 17 | 31 | 67—74 | שלב ב' |
| 82 | 100 | 40 | 10 | 12 | 38 | 78—82 | |
| 57 | 100 | 21 | 21 | 21 | 37 | 83+ | |
| 234 | 100 | 34 | 16 | 17 | 35 | סה"כ | |
| 50 | 100 | 42 | 6 | 18 | 34 | 70—75 | שלב ג' |
| 127 | 100 | 37 | 15 | 18 | 30 | 76—81 | |
| 61 | 100 | 39 | 26 | 20 | 15 | 82—86 | |
| 55 | 100 | 33 | 15 | 20 | 33 | 87+ | |
| 293 | 100 | 39 | 16 | 19 | 27 | סה"כ | |

לוח 7. כמה זמן היה חולה מרותק למיטה או בלתי מסוגל לשרת את עצמו לפי משך האשפוז בבית חולים (שלב ג' בלבד)

| N | סה"כ | יותר מחודש | 30 יום | פחות משבוע | נפטר בבית | משך תקופת הסיעוד |
|-----|------|------------|--------|------------|-----------|------------------|
| 78 | 100 | 4 | 5 | 45 | 46 | פחות משבוע |
| 54 | 100 | — | 65 | 2 | 33 | — 30 יום |
| 43 | 100 | 51 | 12 | 14 | 23 | 120—31 יום |
| 107 | 100 | 35 | 20 | 11 | 35 | יותר מ-4 חודשים |
| 282 | 100 | 22 | 23 | 19 | 36 | סה"כ |

דיון

הממצאים שהבאנו לעיל מעלים שאלות רבות. בדיון זה נתייחס לעיקריות שבהן.

א. האם קיים קשר בין המבנה והמדיניות של השירותים הקיימים ובין הממצאים של מחקר זה?

יש להניח שקשר כזה אכן קיים: זמינות מיטות לחולים ותסרוסתן הגיאוגרפית, זמינות שירות טיפול לחולים כרוניים וזמינותם של שירותים אחרים לביתו של חולה — כל אלה בוודאי משתקפים בנתונים שהובאו, אלא שבמחקר זה לא נוכל לאתר השפעה כזו. גם לשאלות שלהלן, שהן רלוונטיות לנושא, אין בידינו תשובה: כמה אנשים נפטרו בבית בגלל העדר מיטות לחולים כרוניים או משום שאינם יכולים לשלם את הנדרש עבור האשפוז? האם יש לגורם זה השפעה סלקטיבית על קבוצות מוצא? האם מערכת שירות לחולה בבית משפיעה על מספר האשפוזים החוזרים ומאפשרת הישארות בבית עד לפטירה? התשובות לשאלות מסוג זה היו בוודאי שופכות אור כלשהו על הנתונים, אבל לא היו נותנות הסבר מספיק משום שיש לשער שגם לדפוס השימוש בשירותים ולאפנות מתן השירות יש השפעה על נסיבות הפטירה ועל מספר האשפוזים. גורם אפשרי נוסף הוא מדי-

בים) אכן היו מאושפזים חלק מזמן מחלתם; אך רק 5% (בשלב ב') ו-9% (בשלב ג') היו מאושפזים בכל ימי מחלתם. אולם הממצא החשוב ביותר, לדעתי, הוא בכך ש-13—18 אחוזים מבין הזקוקים לסיעוד לתקופה מסוימת לא הגיעו כלל לבית חולים.

נתוני לוח 7 מצביעים מזווית נוספת על בעיית הנזקקים לסיעוד לתקופה ממושכת: למעלה משליש הנפטרים שהיו מרותקים למיטה במשך תקופה שמעל לארבעה חודשים נפטרו בבית; ומניתוח מפורט של קבוצה זו אנו יודעים שכשליש מאלה לא היו מאושפזים כלל, או, במלים אחרות, שהו במשך כל תקופת ריתוקם למיטה. הצגת הנתונים בכיוון הפוך תראה ש-37% מכלל הנפטרים בבית היו מרותקים למיטה למעלה מארבעה חודשים, ומחציתם של אלה — למעלה משנה.

נתונים אלה מצביעים על התפקיד המרכזי שממלאת משפחתו של החולה הכרוני בסיעודו, גם כשהיא נעזרת בשירותים תומכים. עד כמה גדול חלקה של המשפחה בתקופה זו יזבן מן הנתונים האלה: שיעור הנפטרים שבטיפוולם היו מעורבים עובד בשכר או שירות טיפול-בית היה 8% בשלב ב' ו-3% בשלב ג'. מסך כל הנפטרים. בכל שאר הנפטרים טיפלה המשפחה בלבד. וכדאי להזכיר: "משפחה" פירושה לעתים קרובות מאוד בת-אב או בן-זוגו של הקשיש החולה, שאף היא קשישה וכחותיה שזב אינם עמה.

בגלל סיבות נורמטיביות או בגלל אי אמון בבית חוליט; מחויבות נורמטיבית של בנים לטפל בהוריהם; זמינות בלתי שווה של מיטות לחולים כרוניים ממוצא תרבותי שונה⁷. יש לשער, שלכל אלה יש השפעה, אך לא נוכל לומר לפי הממצאים שבידינו מהו משקלם היחסי של גורמים אלה.

ד. מהות הקשר בין גיל לתחלואה ממושכת הדורשת אשפוזים וסיעוד הנתונים שהבאנו מצביעים על קיומו של קשר בכיוון בלתי צפוי: עם העלייה בגיל קיימת אולי פחות צריכת סיעוד ממושכת, וכן יש כנראה פחות אשפוזים בעת המחלה האחרונה. הסברנו ממצא זה בקיומו של תהליך אפשרי של ברירה טבעית: הנשאים בחיים, אלה המגיעים לגיל גבוה, הם גם הבריאים (החזקים) יותר. ממצא זה אינו תואם לכאורה את הדעה המקובלת, האומרת שבגיל גבוה המחלה האחרונה דורשת סיעוד ממושך יותר ולכן יש צורך בהגדלת מספר המיטות עבור מקרים כאלה. כדי לעמוד על סתירה זו יש לבדוק תחילה בעזרת מחקר מתוכנן ויסודי יותר אם ההשערה הגזורה מן הממצאים שלעיל אכן מתאמת; ולאחר מכן יש לבדוק את אותה סתירה לכאורה. השערתנו היא, שאכן יש צורך רב בשיירות סיעוד לקבוצות הגיל הגבוהות, אך לא דווקא לתקופת זמן ממושכת של כל פרט. ריבוי צפוי של הקשישים בגיל גבוה הוא אשר מחייב פיתוח שיירות סיעוד, ולא דווקא ריבוי תקופות ממושכות של צורך בסיעוד.

ניות הקבלה בבתי חולים כלליים. במחקר זה שאלנו, לגבי אלה שלא אושפזו במחלתם האחרונה, מדוע לא אושפזו, וקיבלנו בשני השלבים תשובות (8%—10%) בנוסח: הופנה לבית חולים אך לא התקבל.

ב. האם קיים קשר בין מבנה המשפחה ומבנה משק הבית ובין נסיבות הפטירה? שיעורנו שאכן קיים קשר כזה: קשיש הגר לבדו, עם או בלי בן-בת (זוג בלבד), יזדקק יותר לאשפוז מאשר קשיש הגר עם בנים, וזאת משום שבמשק הבית הרב-דורי קיימים, בדרך כלל, משאבי כוח אדם רבים יותר ועל כן אפשרויות הסיעוד בבית רבות יותר. קשר כזה לא מצאנו. לא בדקנו השערות אחרות, הגזורות מן המערכת המשפחתית: האם זמינותם של בנים (כפי שהוא מתבטא מבחינה אופרטיבית במרחק מגורי הבנים ממגורי ההורים, או בהיותם פנויים מעבודה או מגידול בנים) משפיעה על השימוש בשירות אשפוז? האם העדר צאצאים משפיע על שימוש בשיירות אשפוז? האם העדר צאצאים הוא קריטריון גלוי או סמוי בקביעת קדימויות לתור לאשפוז?

ג. מהות הקשר שבין המערכת הנורמטיבית-תרבותית ובין נסיבות הפטירה מצאנו שיצאי ארצות האיסלם מזדקקים לשיירות אשפוז פחות מיוצאי ארצות אירופה. ההבדל בין שתי הקבוצות מתבטא במקום הפטירה ובהיקף האשפוז. לממצא זה יש כמה סיבות אפשריות, למשל: העדפה למות בבית,

7 אי השוויון בזמינות נובע מן המבנה הפרטיקולריסטי של מערכת זו: חלק מן המיטות נמצא בידיים פרטיות ולכן זהו שירות יקר מאוד והוא מאוץ להישג ידם של רוב יוצאי ארצות האיסלם; חלק מהן שייך לארגונים של יוצאי אירופה, ולכן הן סגורות בפני יוצאי ארצות האיסלם. רק מספר לא גדול נמצא בידיים ציבוריות הפועלות על בסיס אוניברסלי.

ביבליוגרפיה

- Isaacs, B., *The Survival of the Unfittest*, London. Routledge and Kegan Paul, 1972.
Kalish, R. & Reynolds, *Death and Ethnicity, a Psychocultural Study*, Los Angeles, Ethel Percy Andrus Gerontology Center, University of Southern California, 1976.

היערכות השירות הסוציאלי בבית חולים כללי לטיפול בנפגעי פעולות איבה

מאת אשר הוק *

כיום או בתאונת אחרת אין כל הכנה מוקדמת. האסון בא באופן פתאומי — כרעם ביום בהיר. אך בעוד שתאונת דרכים היא אירוע פרטי פיגוע של מחבלים הוא אירוע לאומי.

המומנט הלאומי שבפגיעה הוא משמעותי; הוא משנה את ההיערכות, כיוון שבגללו גורמים רבים בקהילה נכנסים כשותפים פעילים לטיפול בנפגעים. רוב הגורמים האלה מתחילים לפעול מיד לאחר האירוע. אפשר למנות את היחידה לחירום וביטחון של עיריית ירושלים, המשטרה, צה"ל, כלי תקשורת מקומיים ובין-לאומיים, המחלקה לטיפול במשפחה ובקהילה בעירייה, המוסד לביטוח לאומי, לשכת התיירות הממשלתית, נציגויות רשמיות של ארצות חוץ. לכל אלה יש עניין באירוע על-פי הסטטוס של הנפגעים. יתר על כן, הפגיעה ההמונית מביאה אל בתי החולים אנשים רבים החוששים לגורל קרוביהם. רק כאשר ניתן לפרסם את רשימת הנפגעים מצטמצם הקהל הרחב למשפחות הנפגעים עצמם. לעומת זאת, בתאונה פרטית — גם כאשר היא המונית — התעניינותם של גורמי הקהילה אינה אינטנסיבית ומידית עד כדי כך ומספר הגורמים המעורבים מועט.

טובת הנפגעים דורשת תיאום אופטימלי בין כל הגורמים. ריבוי הגורמים המעורבים בפגיעה גועי איבה, הקהל הרב, ובכלל זה קרובי הנפגעים, מצריכים היערכות מיוחדת של השירות

הקדמה: הרקע

מאז 1974 נקראו העובדים הסוציאליים בבתי החולים בירושלים לעתים קרובות לפעול — בין בשעות היום, בין מחוץ לשעות העבודה המקובלות — כאשר הובאו לחדרי המיון נפגעים מפיגועי איבה. לפעמים נפגע אדם אחד, לעתים — עשרות. בין הנפגעים היו תושבי העיר, מבקרים ואורחים ואף תיירים מחוץ לארץ. אנשים אלה נפלו קרבן לפיגוע חבלני בעת שעסקו בענייני היום-יום שלהם ברחוב, בשוק, בחנות כל-בו, באוטובוס. פצועים מרסיסים — ולפעמים "רק" אחוזי הלם — הם מועברים לחדר המיון של בית החולים הקרוב ביותר ולפעמים משם לחדר המיון של בית חולים אחר. שם מחכה להם צוות רפואי — אף הוא נרגש מן האירוע — העושה את האבחנה הרפואית הראשונה במהירות האפשרית.

תוך-כדי הענקת שירותים פסיכו-סוציאליים לנפגעים ולמשפחותיהם גילו העובדים הסוציאליים שהם עומדים בפני אתגר חדש בגלל ההבדל שבין קבוצת נפגעים זו ובין חולים נפצועים אחרים. בדרך כלל, אדם החייב לעבור ניתוח גדול, כבר התנסה בסבל והיה סיפק בידו, ובידי בני משפחתו, להתכונן מבחינה נפשית. לנפגע בפעולת איבה או בתאונת דרכים

* סגן מנהל המחלקה לעבודה סוציאלית, הסתדרות מדיצינית "הדסה", ירושלים. תודתי נתונה לעובדים הסוציאליים ב"הדסה", אשר עבודתם איפשרה לי לכתוב מאמר זה. במיוחד אני מבקש להביע את תודתי לגב' ריטה אברמוב ולגב' גורית שניידמן, עובדות סוציאליות בכירות ב"הדסה", על הערותיהן לתוכן המאמר, ולגב' דינה סטנדל על עזרתה בניסוח.

התחושות שקולט העובד הסוציאלי בשעה זאת. ואלה הן תחושות צפויות ורצויות. העדרן מחייב בדיקה; אפשר שהנפגע לקה בהלם. כשם שיש לטפל ללא דיחוי בפצע גופני כך יש לטפל ללא דיחוי בפגיעה בגפשו.

בשלב ראשון זה אנו עדים לנכונותו של הנפגע להישען על היד המושטת ולתת ביטוי למתרחש. העובד הסוציאלי חש כאילו הוא משמש עזרן לאונייה ללא גווט המיטלטלת על גלג ים סוער. כאשר הנפגע אינו נותן ביטוי לרגשותיו, כאשר הוא נראה שליו, אפשר שזהו סימן להלם.

למרות ההבדל העקרוני בין הנפגע ובין קרוי-ביו (הם אינם חשים איום על שלמותם הגופנית) נראה לנו מתוך ניסיונו שאין שוני מהותי — לפחות בשעות הראשונות — בין צורות התגובה שלהם על האירוע. הן הנפגע והן קרוביו עומדים בפני נחשול של התרחשויות פנימיות ונפשיות לא שגרתיות. האפשרות שיחול שינוי במצב הקיים במשפחה היא מציאותית וקרובה.

אולי מיותר לומר זאת, אך הערות מן הסוג "יהיה טוב", "יהיה בסדר" הן במקרה הטוב בלתי מזיקות, אך על-פי רוב הן פועלות בכיוון הפוך מזה הדרוש כדי לסייע לאדם ולעתים קרובות גם אינן נכונות כלל. מניסיונו למדנו, שמה שמסייע לאדם להתמודד עם החוויה הטרוםטית העוברת עליו הוא להניע אותו לבטא את המתרחש בתוכו. משום כך אנו סבורים שגם תרופות הרגעה כגון ואליום מקהות את החושים ונוטות להקטין את יכולתו של האדם לבטא את רגשותיו.

מהי אפוא הגישה שלנו בעבודה זאת? מנחים אותנו עקרונות התיאוריה של התערבות בשעת משבר. לפי קפלן¹, האדם שואף תמיד לשמור על שיווי משקל (homeostasis) בינו ובין סביבתו. כאשר כוחות פיזיולוגיים או פסיכיים לוגיים מאיימים על שיווי משקל עדין זה גיב-קטים אמצעים לשמירה עליו. "הנסיבות במצב

הסוציאלי לשם שליטה על המתרחש סביב חדר המיון ובתוכו.

הלקחים שהצטברו בעקבות הפיגועים החוזרים ונשנים הובילו לחידוד התשובות שהועלו לגבי שתי סוגיות מרכזיות: (1) מהי התפיסה הצריכה להנחותנו בהענקת עזרה לנפגע ולבני משפחתו; (2) כיצד צריכה המחלקה לעבודה סוציאלית להיערך מבחינה ארגונית בעת קליטת הנפגעים בבית החולים, היינו ניסוח התפקידים הספציפיים והתיאום בין השירות הסוציאלי ובין גורמי בית החולים וגורמי הקהילה המעורבים בטיפול בנפגעים. ההיערכות הארגונית היא פרעל-יוצא של התפיסה המנחה לגבי דרכי העזרה לנפגע ולקרוביו. ככל שתפיסה זאת נעשתה בהירה יותר ומובנת לגורמים השונים, כן ניתן היה להגיע להיערכות ארגונית מוצלחת יותר. במאמר זה ננסה לתאר תחילה את עיקרי התפיסה המנחה ואחרי זה את ההיערכות הארגונית.

עיקרי התפיסה המנחה בהושטת עזרה לנפגע ולבני משפחתו

תכלית ההתערבות לחזק את כושר העמידה של הנפגע וקרוביו לנוכח החוויה הטראומטית העוברת עליהם. תוך-כדי שיחה אתם אנו בוחנים כיצד הם מתמודדים עם המצב ומפעילים אמצעים שנועדו — לפי הבנתנו — לשפר את יכולת העמידה שלהם.

הקשר צריך להתחיל מוקדם ככל האפשר; אם מצב הנפגע מאפשר זאת — עוד בחדר המיון. מדוע? האירוע מהמם. בין שהאדם בריא בנפשו שו בין שהוא בעל אישיות מופרעת נדרשת ממנו באופן פתאומי התמודדות עם חוויה המועזעת את כל ישותו. כל כוחותיו הנפשיים דרושים לשם התמודדות עם התרחשויות בלתי מוכרות המאיימת לשנות את חייו. בלבול, הרגשת סכנה, פחדים וחרדות — אלה הן

1 ראה: G. Caplan, *Principles of Preventive Psychiatry*, New York, Basic Books, 1964, pp. 39-40.

כעבור כמה שעות — לפעמים כעבור ימים מספר — לאחר ששכחו מעט הבתלה והבלבול, והנפגע או קרובו השיבו לעצמם במידת מה את השליטה על עצמם, צצים ומופיעים כמעט תמיד ביטויים של הכחשה: "זה לא נכון", "זה לא קרה", "לא ייתכן". ברם, אבדן רגל, פגיעה בעין, ירידה בכושר השמיעה או אבדן קרוב שנהרג אי אפשר להכחיש לזמן רב. לאט לאט, צעד צעד, או פתאום בבת אחת חודרת האמת המרה לתוך התודעה.

העימות עם המציאות פותח שלב נוסף בתהליך העיבוד הפנימי הנפשי שמאפיין אותו החיפוש אחר תשובה לשאלה "מדוע זה קרה לי". משאלה זאת נגזרות שאלות נוספות רבות: "למה הייתי במקום זה?", "מדוע דחיתי את הקניות מאתמול להיום?", "מדוע הסכמתי לעשות טובה לחברי ולהכניס מכתב לתיבת הדואר" ועוד ועוד. מה שמאפיין את מעשי הטידור הוא שאין לצפות מראש היכן או מתי יתרחשו, אף-על-פי שהכול יודעים שמעשי טידור הם חלק מן החיים במדינה בשנים אלה. מכאן נובעת המסקנה שתמיד קיים סיכון ורק יד הגורל היא הגוררת מי הוא זה שייפגע. אלא שהנפגע איננו מסוגל להשתיק את המתרחש בתוכו בעזרת טיעון הגיוני זה. למען ההתמודדות עם הפגיעה עליו למצוא תשובה לשאלותיו האישיות.

באופן כללי עומדות לפניו שתי אפשרויות: (1) להטיל את האשמה על אחרים, שבעטיים הוא נמצא במקום הפגיעה דווקא באותה שעה, או שבשל רשלנותם לא נמנע האסון — במקרה זה הוא מתמלא זעם; (2) להאשים את עצמו — במקרה זה גדל הסיכוי שיתפתח אצלו מצב של דיכאון.⁴

של משבר הן כאלה, שהדרכים השגרתיות לפתור את הבעיה אינן מצליחות כבעבר בפרק הזמן המקובל". ולפיכך, אומר קפלן: "במצב של משבר עומד הפרט מזל בעיה שלא נראה לה פתרון מידתי ועל כן "משבר הוא תהפוכה של מצב הומיאוסטטי". לידה רפופורט² מציינת, שמצב של משבר מאפיינים שלושה אל-מנטים הכרחיים הקשורים זה בזה: (1) האי-רוע כרוך בסכנה; (2) האירוע מאיים על הציפיות שבחיים; (3) מנגנוני ההתמודדות הרגילים אינם מספיקים כדי להגיב על המצב. הצלחה בהתמודדות זו עשויה לחזק את האדם.³ סמית (1978) וגולן (1978) סוקרים את ההתפתחויות שחלו בתפיסות אלה מאז ועד עתה. כעובדי שדה — ולא כתיאורטיקנים — מצאנו, שהתפיסה הבסיסית שתוארה לעיל מספיקה בתור קו מנחה.

כיוון שמנגנוני ההתמודדות המקובלים אינם מספיקים מתנסה האדם במצב זה בהתרחשויות שהן זרות לו והוא אף תש כאילו הוא מאבד את השליטה על עצמו והוא עומד נדהם ונפחד למראה התנהגותו. מצאנו שהזדהות וקבי-לה, גישה אמפאית — ללא ביקורת — היא המשענת המחזקת והמסייעת לזרוז את שיבתו של האדם לתחום התנהגותו הרגילה. להיות אתו, להקשיב לו, לעודד אותו להתבטא, לחזור אליו לעתים קרובות ושוב להקשיב לו, ללוותו בדרכו לבדיקות רפואיות, לא לחלוק על דבריו — זהו הקו המנחה בעת הסיוע בשלבים הראשונים שלאחר האירוע. המטפל משמש במקרה זה מעין "אני חיצוני" (outer ego) לנפגע או לקרובו ובעזרתו מנסה הלה, באופן ספונטאני, להחזיר לעצמו את השליטה על עצמו ועל המציאות שמחוצה לו.

2 ראה: L. Rapoport, "The State of Crisis — Some Theoretical Considerations", *Social Service Review*, Vol. 36 (June 1962), pp. 211-217.

3 ראה לעניין זה גם את הסקירות של: L. Smith, "A Review of Crisis Intervention Theory", *Social Casework*, Vol. 59, No. 7 (July 1978), pp. 396-405; N. Golan, *Treatment in Crisis Situations*, New York, The Free Press, 1978.

4 ראה: M. J. Horowitz, *Stress Response Syndromes*, New York, Jason Aronson Inc., 1978; M. M. Epperson, "Families in Sudden Crisis — Process and Intervention in a Critical Care Center", *Social Work in Health Care*, Vol. 2, No. 3 (Spring 1977), pp. 265-273.

ההיערכות הארגונית של המחלקה לעבודה סוציאלית לקליטת נפגעים

בית החולים חייב להיערך קודם לכל לטיפול הרפואי: להבטיח שחדר המיון יהיה מסוגל לקלוט את הנפגעים; לדאוג לכך שמכון הרנטגן וחדרי הניתוח יהיו פנויים; לוודא שבנק הדם יכול לספק את כמות הדם שתידרש; להודיע לרופאים, לאחיות, לטכנאים ולעובדי המעבדה שיהיו מוכנים לקריאה. מנקודת הראות של הנהלת בית חולים הדאגה לנפגע כאדם והתתייחסות לקרובי נמצאת במקום השני. ואף-על-פי שהנהלת בית החולים מכירה בחשיבות הנושא בהטילה על השירות הסוציאלי את האחריות לטיפול הסוציאלי בנפגע ובקרוביו ובהסכימה לתפקידים שעל שירות זה למלא, היה צורך בהליך ממוסד — שהתפתח מפיגוע לסיגוע — כדי ליצור מסגרת ארגונית שתענה על הצרכים. הלקחים שהופקו מכל פיגוע לימדונו אילו שינויים יש להכניס בהיערכות הארגונית. אחרי כל פיגוע ערכנו סיכום בכתב שכלל דין-וחשבון על פעולת העובדים הסוציאליים, מסקנות והמלצות לשינויים ושכלולים. סיכומים אלה שימשו בסיס לדיון עם הגורמים המתאימים הן בבית החולים והן בקהילה. כך הגענו בהדרגה לגיבוש נוהלי הקבע המפרטים את דרכי ההפעלה בשעות העבודה ומחוץ לשעות העבודה; אילו הכנות יש לעשות לקראת היציאה לשטח; מה הם תפקידי העובד הסוציאלי מיד לאחר קליטת הנפגע בחדר המיון ובהמשך הטיפול; כל הקשור בנושא הרגיש של מסירת הודעה לקרובים שלא הגיעו לבית החולים; וכן את דרכי התיאום עם גורמים בקהילה, כגון המוסד לביטוח לאומי, המטה לשעת חירום בעירייה, המחלקה לשירותי משפחה וקהילה בעירייה, לשכת התיירות, הקונסוליות הזרות, המשטרה, משרד מס רכוש וקרן פיצויים. נהלים אלה מותאמים למבנה הספציפי של בית החולים שבו נערכו ולעיר שבה הוא ממו-

למדנו, שגם לאחר ששככה הבהלה אין להניח לנפגע או לקרובו "להסתדר בעצמו". בשלב ההכחשה הסיוע עודנו מתלווה או תומך בלבד, מפני שכל עוד שנפשו של האדם אינה מוכנה להתמודדות עם עובדות החיים אין משמעות לטיפול בדרך ההבהרה. אך כאשר הנפגע מתחיל לשאול את עצמו ואת הסובבים אותו "מדוע זה קרה לי" פירושו של דבר שהוא מודיע לנו שהוא מוכן מבחינה נפשית להבהיר לעצמו את האירוע ואת השלכותיו. לפיכך נדרש המטפל בשלב זה לסייע לנפגע בשחזור האירוע, השלכותיו ומשמעותו עבורו. האתגר הניצב לפני המטפל הוא לאפשר לנפגע להעלות בשעת השיחה את מה שבלבו, כשהוא מתמקד באירוע אך. מתייחס גם להתרחשויות שהיו מסביבו, כגון מה או מי הביא אותו להיות באותה שעה באותו מקום. לעתים אף נחוץ להבהיר מה הם יחסיו עם האנשים שהוא סבור שיש קשר לגביו בינם ובין האירוע. רקע קשריו הרגשיים עם דמויות אלה יכול להיות משמעותי להתרת הסבך הנפשי שנוצר בגין האירוע. עיבוד מעין זה של החוויה הטראומטית יתרומם לבריאות הנפשית של הנפגע.

ניסיונו בטיפול בנפגעים הביאנו למסקנות אלה:

- (1) נפגעים שקיבלו עידוד בשלב הראשון לבטא את מה שבלבם רואים זאת כדבר טבעי להמשיך ולבטא את רגשותיהם. אלה שלא קיבלו עזרה כזאת בשלב הראשון מתקשים לבטא את רגשותיהם בהמשך.
- (2) השיחות עם הנפגע מורזות את תהליך העיבוד והאגשים מסוגלים מהר יותר לשוב למסלול החיים הרגיל.
- (3) בשלב ההבהרה ניתן להבחין בין הבריים אים יתר ובין הבריים פחות בנפשם. עקב זאת ניתן להפנות את הזקוקים לכך לקבלת עזרה פסיכיאטרית.

שמספר העובדים הסוציאליים בבית החולים קטן ומכיוון שנחוק להעניק שירות לכל הנפגעים וקרוביהם יש לחתור לכך שכל העובדים הסוציאליים ישתלבו במשימה.

שיקולים מעין אלה הביאו אותנו ליצירת צוותים קבועים ככל האפשר של 8—10 עובדים סוציאליים, חלקם מנוסים וחלקם לא מנוסים. מן הניסיון נוכחנו לדעת, שעובד חסר ניסיון עדיין אינו מסוגל לתפקד כהלכה ועל כן אנו מצמידים עובד כזה לעובד מנוסה כדי שיעבדו כזוג. בכל צוות כזה נכלל תמיד עובד המתמחה בטיפול בילדים ועובד המתמחה בטיפול פסיכיאטרי. הניסיון לימדנו שכדי שהטיפול יהיה יעיל יש להעמיד את מספר הנפגעים שבהם מטפל עובד מנוסה אחד על שלושה לכל היותר.

ראש הצוות קובע את חלוקת העבודה. כאשר מספר הנפגעים גדול, חשוב שראש הצוות לא יעסוק בעצמו במתן טיפול לנפגעים ולמשפחותיהם, כדי שיוכל להתפנות למתן ייעוץ לעובדים הסוציאליים שבצוות שלו ולפעולות התיאום והקישור בין נושאי התפקידים האחרים בבית החולים, מצד אחד, ובין מוסדות הקהילה, מצד שני.

לא פעם, עם היוודע דבר האסון, פונים אלינו עמיתים למקצוע, בין כיחידים ובין במאורגן ומתוך הודעות עם הנפגעים ורצון כן לעזור לנו הם מבקשים שנאפשר להם לבוא ולעבוד עמנו. הניסיון הראה, שעזרה זו אינה מעילה. הסיבות לכך רבות: על מנת לעבוד בבית החולים ביעילות, ובייחוד בשעת חירום, צריך להכיר את הדרך שבה פועל בית חולים, להתמצא במבוך הפרוזדורים, להכיר את שיטת העבודה הנהוגה במוסד ולהכיר היטב את אנשי הסגל הרפואי והסיעודי. לכן אין תועלת בעזרת אנשי מקצוע שלא הכשירו את עצמם מראש למשימה זו. בשעת האנדרלמוסיה,

קם, על המערך הארגוני המיוחד לה, והם עשויים להשתנות לאור הלקחים שיופקו בעתיד⁵.

ההיערכות הארגונית של המחלקה לעבודה סוציאלית לקליטת נפגעים מושתתת על היסודות האלה:

- להתחיל לפעול מוקדם ככל האפשר
- להבטיח כוח אדם מספיק לחיזוק כושר העמידה (כמפורט לעיל) בשביל כל הנפגעים, קרוביהם והקהל
- להבטיח זיהוי מדויק של כל הנפגעים ולדאוג לכך שקרובי המשפחה יקבלו הודעה מחר ככל האפשר
- למנוע פרסום רשימת שמות הנפגעים בטרם נמסרה הודעה למשפחות הנפגעים
- להבטיח סיעוד עבור אלה התלויים בטיפול של הנפגע (תינוק, ילד, קשיש)
- להבטיח שכל הנפגעים ומשפחותיהם יקבלו מידע על הזכויות המגיעות להם בגין הפגיעה.

להלן נתאר בפירוט-מה שלוש סוגיות ארגוניות שהתלבטנו בהן או שעודנו מתלבטים בהן: (1) הקצאת כוח אדם; (2) ריכוז רשימת הנפגעים; (3) התיאום עם גורמי קהילה.

הקצאת כוח אדם

המיומנות הדרושה לחיזוק כושר העמידה של נפגע וקרוביו היא פרי של לימוד התפיסה התיאורטית כמתואר לעיל יחד עם תרגול הבא תוך-כדי התנסות. למשימה זאת, עובדים סוציאליים העובדים במחלקות הכירורגיות הם בדרך כלל מיומנים יותר מעמיתיהם העובדים במחלקות הפנימיות ובמחלקות למחלות ממושכות. שיקול שני בהקצאת כוח אדם הוא הנכונות הנפשית לעבוד במצבי לחץ. מכיוון

5 הקורא המעוניין לקבל את קובץ נוהלי הקבע מוזמן לפנות אל המחלקה לעבודה סוציאלית, הסתדרות מדיציניית הדסה, ת.ד. 12000, ירושלים 91120.

ופצוע העוזב את חדר המיון. רישומים אלה משמשים בסיס להכנת רשימת הנפגעים. עובדי דה היא, שבלחץ ובהמולה השוררים בחדר המיון בעת שמובאים נפגעים רבים תוך זמן קצר הפרטים משתבשים. לא אחת אין שהות לרשום את זהות הנפגע, שכן מתן הטיפול הרפואי קודם לכל. לכן דרושה בדיקה נוספת לשם זיהוי מדויק של הנפגעים וספירתם.

כאמור, הקושי העיקרי טמון ברצון למנוע את פרסום שמות הנפגעים לפני שנמסרה הודעה לקרוביהם. הנהלת בית החולים הגיעה למסקנה, שיש רק דרך אחת לפקח על כך: לסרב למסור פרטים לכל גורם שהוא — כולל מחלקת החקירות של המשטרה, צה"ל והמחלקה ליחסי ציבור של בית החולים עצמו — כל עוד לא הושלמה הרשימה ונמסרה הודעה לקרובים. ריכוז השמות והטיפול במסירת ההודעות למשפחות נמסרו לידי המחלקה לעבודה סוציאלית. זוהי אחריות כבדה מאוד, אך נראה שהיתה זו החלטה נכונה, כי עבודה סוציאלית כמקצוע מגנה על זכויות הפרט והעובדים הסוציאליים בבית החולים ניגשים לנפגעים מוקדם ככל האפשר⁶. ועל אף כל זאת עדיין נשארו פרצות ולא פעם "דולפות" ידיעות לא בדוקות ומתפרסמות ברבים — ופוגעות בבני המשפחה.

תיאום עם גורמי הקהילה

כאשר החלו הפיגועים התברר במהרה שיש צורך בתיאום בין השירותים השונים שעניינם הדאגה לנפגעים ולקרוביהם. שירותי הרווחה בעירייה, המוסד לביטוח לאומי והשירותים הסוציאליים בבתי החולים פעלו תחילה במקביל וללא תיאום ביניהם. הודות לנוכחות היחידה לביטחון וחירום שבעיריית ירושלים לשמש גוף מתאם, קוימו מפגשים סדירים של הגורמים השונים בקהילה לשם לימוד הלקחים. כעובדים סוציאליים העסיקה אותנו במיוחד השאלה כיצד ניתן להבטיח סיעוד לאנשים

השוררת בדרך כלל כל אימת שקורה אסון כבד, חשוב מאוד שכל עובד וכל בעל תפקיד יידעו בדיוק מה עליהם לעשות, מתי לעשות זאת והיכן.

ריכוז שמות הנפגעים

אימות זהותם של הנפגעים, מסירת הודעה לקרובים וריכוז שמות הנפגעים הם סוגיה עדינה המעסיקה אותנו רבות. מל העניין הלגיטימי שיש לציבור — לדעת את מספר הנפגעים, זהותם ומצבם הרפואי — עומדת זכות הפרט לשמירת סודיות. בכל מקרה חייבים קרובי המשפחה לקבל הודעה לפני הפרסום ברבים.

בפיגוע שהיה ליד בית "הדסה" בתברון בערב שבת, 2 במאי 1980, נדחתה מסירת ההודעה לקרובים ב-24 שעות בגלל קדושת השבת. אלא שצלמים זריזים הצליחו לצלם אחדים מן הנפגעים עוד לפני שאלה הוכנסו לחדר המיון. התמונות שודרו בטלוויזיה בארצות הברית ובשני מקרים לפחות זיהו בהן קרובי משפחה את יקיריהם. בפיגוע אחר ביקשה אשה — שלא נפגעה פיזית — מסיבות אישיות, למחוק את שמה מרשימת האנשים שהובאו לחדר המיון. לעתים נשאר נפגע — שאיננו יכול לדבר — במעמד של אלמוני משום שמסמכי אינם אתו או שנשארו במקום האירוע ועל כן אי אפשר להודיע למשפחתו מה מצבו.

נוסף לקשיים הכרוכים לא פעם בזיהוי מהיר של הנפגעים יש גם לא אחת קושי בקביעת מספרם המדויק. יש שנפגעים נשלחים תחילה לבית חולים אחד אך בגלל סוג הפגיעה או בגלל סוג הטיפול הדרוש הם מועברים משם לבית חולים אחר. משום כך יש שנפגעים נספרים פעמיים.

לפי הנוהל הנהוג כיום רושם פקיד בכניסה לחדר המיון את פרטי הזיהוי של כל חולה ופצוע הנכנס ומציין לאן מועבר כל חולה

6 לפירוט העניין ראתי נוהלי הקבע של המחלקה לעבודה סוציאלית שנוכרו בהערה 5 לעיל.

סיכום

מאמר זה מסכם את הניסיון שרכשנו, כשירות סוציאלי בבית חולים, בנושא הכאוב של דרכי סיוע לנפגעים בפיגועי איבה. תוארו עיקרי תפיסתנו לחיזוק כושר ההתמודדות של הנפגעים וקרוביהם והקהל הרחב. בדונו היבטים אחדים הקשורים בהיערכות הארגונית לקראת קליטת נפגעים. הכוונה הייתה להציע את התפיסה הבסיסית שהתפתחה במרוצת האי-רועים במשך שש שנים. לא הועלו כאן נושאים נוספים, כגון השימוש בשיחות קבוצתיות עם נפגעים קל וקרוביהם, דרכים להקלת הלחץ הנפשי של עובדים סוציאליים ובעלי מקצוע אחרים בבית החולים, ולא פירטנו את תהליך העבודה עם הנפגעים ואת דרכי העבודה אתם לאחר שחרורם מבית החולים. גם בתחום ההיערכות הארגונית לא עסקנו אלא בשלוש סוגיות מרכזיות בלבד. אנו סבורים, שעצם העלאת הנושא יש בכוחה לעורר את המשך הדיון בו ובעקבות זאת — לשפר את טיב השירות הדרוש, והניתן, אך לא רק לנפגעי פעולות איבה, כי אם לכל הנפגעים מתאונות למיניהן.

התלויים בטיפולו של הנפגע, כגון תינוקות, ילדים או קשישים. מתן שירותים אלה כרוך בהוצאות ומצריך כוח אדם. הביטוח הלאומי אינו מסוגל לדאוג לכך מיד לאחר האירוע — עליו לוודא תחילה שהנפגע אמנם זכאי לסיוע לפי חוק נפגעי איבה. לשם כך דרוש אישורה של המשטרה שאכן נפגע האיש בפעולת חבלה. המחלקה לשירותי משפחה וקהילה של עיריית ירושלים קיבלה על עצמה את האחריות לטיפול זה במשך היממה הראשונה; לאחר מכן עוברת האחריות, לגבי הזכאים, לידי המוסד לביטוח לאומי. בפגישות התיאום נקבעו גם דרכי התקשורת בין הגופים האלה.

כמו כן הובהרו סוגיות נוספות, כגון הפעלת התחנות לבריאות הנפש; תפקידי המשטרה בבתי החולים, דרכי מסירת ההודעה למשפחות חללים ופצועים קשה, נוהלי קבורת חללים, תיאום בין דוברי בתי החולים לנציגי כלי התקשורת. בהתאם לנושא הוזמנו לדיונים אלה נציגי הגורמים הנוגעים בדבר. הניסיון שנרכש לימד, שיש צורך בהקמת גוף קהילתי מתאם, שיוכל להבטיח הגדרה ברורה של תפקידים למנוע כפילות ולמצוא פתרונות הולמים.

דפוסי שימוש בשירותים רפואיים בישראל בהשוואה למקובל בארצות אחרות: מגעי חולה-רופא

מאת ד"ר אבי-יקר אלנצויג *

עם פרסומו לאחרונה של סקר השימוש בשי-
רותי בריאות (הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה,
1980. נתוני הסקר מתייחסים לתקופה אוקטו-
בר-דצמבר 1977), ניתן לאמוד נתונים אלה
מבחינה כמותית להשוותם עם השיעורים
המקובלים בארצות אחרות. בטבלה 1 מובאים
נתונים שנאספו בסקר בינלאומי שיזם ארגון
הבריאות העולמי ב-12 אזורים שונים בעולם
(קון וייט, 1976), בהשוואה לנתונים הישרא-
ליים. טבלה 2 משווה את הנתונים הישראליים
עם נתונים עדכניים המייצגים את הערכים
הממוצעים בארצות הברית (National Center
for Health Statistics, 1979). בטבלה זו
מובאת גם השוואה מפורטת של צריכת שירו-
תים לפי הגיל. טבלאות 1 ו-2 מאמתות
את ההשערה שדפוסי השימוש של האוכ-
לוסייה היהודית בישראל שונים מאלה
שנמצאו במדינות אחרות: בישראל גדול
יותר מספרם של מגעי חולה-רופא בתקו-
פה זהה ועבור כל קבוצות הגיל. מעניין,
שהשוני בצריכת השירות נותר משמעותי הן
כשמשווים את מספר המגעים בישראל עם
מספרם במדינה שבה נהוג מודל בריאותי
תחרותי, כגון ארצות הברית (יחס ממוצע
הביקורים הוא 2.91!) והן בהשוואה למספרם
במדינות שהונהג בהן ביטוח סוציאלי (כגון
קנדה) או במדינות שבהן הביטוח הוא ממשלתי
(בריטניה, יוגוסלביה, פולין). תופעה זו זוכה
לאימות גם בתחום אחר: מספר הביקורים
לנפש אצל רופא השיניים (ראה טבלה 2).

מבוא

במערכת הבריאות בישראל התריפה בשנים
האחרונות המגמה של עלייה מתמדת בחלקה
של ההוצאה לבריאות בכלל וההוצאה הלאומית
(ב-1978, למשל, היא הגיעה לשיעור של
7.6%). תופעה זו מחייבת התייחסות שמתוך
כובד ראש לבעיה של בלימת עלויות ולגושי-
אים הנגזרים ממנה, כגון הערכת דפוסי השי-
מוש של השירותים וניתוח השוואתי של
הגורמים לשימוש יתר, לעומת המקובל במדי-
נות מפותחות אחרות.

בין האינדיקטורים המרכזיים להערכת דפוסי
שימוש בשירותים, ברמת הרפואה הראשונית,
מקובל לייחס משמעות רבה ביותר למספר
המגעים שבין חולה לרופא. על אף התחושה
הרווחת בקרב קהילת הבריאות בישראל, לפיה
מספרם של מגעים אלה גבוה במיוחד בארץ,
לא ניתן היה לאמת הערכות אלה באופן שיש
בו תוקף מבחינה סטטיסטית.

הסיבה העיקרית לכך נעוצה בעובדה, שנתוני
הביקורים שפורסמו בעבר, למעט עבודתו של
אנטונובסקי (1972), התבססו על מידע שמסרו
קופות החולים ואשר התבסס על דיווחיהם של
הרופאים. מידע זה, אף לדעת אנשי קופות
החולים, אינו אמין וכתוצאה מכך חדלה הלש-
כה המרכזית לסטטיסטיקה לפרסמו בשנתו-
ניה החל משנת 1977.

* המחלקת לאקולוגיה רפואית, בית הספר לרפואה של האוניברסיטה העברית והדסה, ירושלים.

ט ב ל ה * 1

נפח מגעי חולה—רופא ממוצע לשנה (ל-1,000 נפש)

| ילדים בגיל 0-14 | גברים | נשים | ערך סטנדרטי | ערך גלמי | ארץ/איזור |
|--------------------|--------------|--------------|-------------|--------------|-------------------------|
| 3.02 ± 0.21 | 3.41 ± 0.21 | 5.25 ± 0.29 | 4.68 ± 0.21 | 4.31 ± 0.18 | קנדה (גראנד פריירי) |
| 5.04 ± 0.52 | 5.98 ± 0.44 | 5.69 ± 0.42 | 5.82 ± 0.31 | 5.85 ± 0.31 | קנדה (סקטשוואן) |
| 4.05 ± 0.34 | 4.29 ± 0.29 | 6.60 ± 0.36 | 5.72 ± 0.21 | 5.46 ± 0.23 | קנדה (פרז) |
| 4.03 ± 0.34 | 4.65 ± 0.31 | 6.11 ± 0.34 | 5.46 ± 0.23 | 5.64 ± 0.23 | קנדה (ג'רסי) |
| 5.20 ± 0.52 | 5.15 ± 0.47 | 6.36 ± 0.47 | 5.87 ± 0.31 | 5.77 ± 0.31 | ארה"ב (צפון ורמונט) |
| 7.36 ± 0.78 | 7.46 ± 0.60 | 8.48 ± 0.55 | 7.94 ± 0.36 | 8.01 ± 0.44 | ארה"ב (בולטימור) |
| 7.34 ± 0.57 | 7.49 ± 0.52 | 8.55 ± 0.49 | 7.96 ± 0.34 | 8.06 ± 0.36 | ארגנטינה (בואנוס איירס) |
| 5.33 ± 1.97 | 5.93 ± 0.86 | 6.71 ± 0.73 | 6.19 ± 0.47 | 6.34 ± 0.55 | בריטניה (ליוורפול) |
| 3.30 ± 0.34 | 3.41 ± 0.26 | 4.94 ± 0.29 | 4.10 ± 0.18 | 4.24 ± 0.18 | פינלנד (הלסינקי) |
| 4.89 ± 0.52 | 5.51 ± 0.39 | 5.85 ± 0.39 | 5.68 ± 0.26 | 5.69 ± 0.29 | פולין (לודז') |
| 6.73 ± 0.55 | 7.36 ± 0.49 | 7.47 ± 0.44 | 7.36 ± 0.29 | 7.44 ± 0.31 | יוגוסלביה (באנאט) |
| 6.66 ± 0.73 | 5.77 ± 0.60 | 6.34 ± 0.47 | 6.08 ± 0.36 | 6.08 ± 0.34 | יוגוסלביה (ריז'קה) |
| 5.12 | 5.33 | 6.37 | 5.85 | 5.82 | ממוצע |
| 17.78 ± 0.60 | 11.91 ± 0.26 | 15.98 ± 0.29 | — | 13.96 ± 0.20 | ישראל : יהודים |
| 6.21 ± 0.75 | 4.83 ± 0.37 | 3.82 ± 0.35 | — | 4.31 ± 0.25 | ישראל : לא יהודים |

* הנתונים למעט לגבי ישראל לקוחים מספרם של קון ווייט, 1976. לגבי ישראל: הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 1980. הנתונים עובדו כך שמשתקף נפח מגעים שנתיים.

א. הגדרות. ההגדרות בסקר הישראלי (הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 1980) אינן זהות לאלה של סקרים אחרים. כך, למשל, הסקר הישראלי מגדיר כביקור אצל רופא גם ביקור אצל רופא שיניים, פסיכיאטר ופסיכולוג. בסקר האמריקני (National Center for Health Statistics, 1979) לא מוגדר ביקור אצל פסיכולוג כביקור אצל רופא. אולם כדאי לציין, שמשקלם של ביקורים אלה הוא שולי גם בישראל וכנראה שהוא פחות מאחוז אחד מכלל הביקורים. ביקור אצל רופא שיניים מוגדר בסקר האמריקני כביקור נפרד. הסקר האמריקני כולל גם שירותים שנותנים אחות או בעל מקצוע רפואי הפועל בפיקוח רופא וכן ביקורים למטרות מניעה (אך לא פעולות של סינון המוני). לעומת זאת, הנתונים הישראליים אינם כוללים פעולות מניעה ברפואה כללית וברפואת השיניים, כגון ביקור אצל רופא בטיסת חלב או אצל רופא בית-הספר. התאמת הערכים האמריקניים להגדרות הישראליות מקטינה במידת-מה את ההפרש

למרות העובדה, שבתחום רפואי זה אין הבדל יסודי בדרך מתן השירות בישראל ובארצות הברית, הנה שיעור הביקורים לנפש באוכלוסייה היהודית בישראל (2.71 ביקורים לנפש לשנה) גבוה ב-70% בערך מן השיעור המקביל לו בארצות הברית (אולם יש לציין, שכאן מדובר באוכלוסייה כולה).

ניתוח הנתונים

כאשר בוחנים את מקורו של ההפרש המשמעותי בין הנתונים המתאימים לישראל לעומת הערכים שנמצאו במדינות אחרות, יש להביא בחשבון שתי קבוצות של גורמים פוטנציאליים העשויים להשפיע על הערכים המתקבלים. קבוצת הגורמים הראשונה מתייחסת למתודולוגיה ולשיטות הסטטיסטיות שנקטו בסקר הישראלי לעומת אלה ששימשו בסקרים אחרים. כאן יש להדגיש מספר נקודות:

ט ב ל ה * 2

נפח מגעי הולה—רופא ממוצע לשנה (ל-1,000 נפש)

| ארצות הברית | | | ישראל | | | | |
|-------------|-------|------------|-------|------------|-------|-----------|-------------------------------------|
| סה"כ זכרים | נקבות | סה"כ זכרים | נקבות | סה"כ זכרים | נקבות | | |
| 5.4 | 4.0 | 4.8 | 12.82 | 9.66 | 11.25 | יהודים | ביקורים ¹ |
| | | | 4.36 | 3.44 | 3.88 | לא יהודים | אצל רופא |
| 1.7 | 1.4 | 1.6 | 3.16 | 2.25 | 2.71 | יהודים | ביקורים אצל |
| | | | 0.46 | 0.38 | 0.42 | לא יהודים | רופא שיניים |
| 5.8 | 5.7 | 5.7 | 12.00 | 11.64 | 11.81 | יהודים | ביקורים לפי קבוצות גיל ² |
| | | | 3.02 | 3.19 | 3.11 | לא יהודים | 14-0 ³ |
| 7.2 | 4.4 | 5.8 | 10.21 | 4.80 | 7.99 | יהודים | 24-15 ⁴ |
| | | | 1.82 | 1.38 | 1.59 | לא יהודים | |
| 7.6 | 4.9 | 6.4 | 16.49 | 9.75 | 13.20 | יהודים | 44-25 |
| | | | 8.34 | 4.65 | 6.50 | לא יהודים | |
| 7.7 | 6.3 | 7.0 | 21.32 | 16.08 | 18.84 | יהודים | 64-45 |
| | | | 7.96 | 7.32 | 7.66 | לא יהודים | |
| 8.1 | 6.8 | 7.5 | 22.70 | 21.48 | 22.10 | יהודים | +65 |
| | | | 11.27 | 10.36 | 10.84 | לא יהודים | |

- * מקורות: הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 1979; 1980. National Center for Health Statistics.
- 1 נעשתה התאמה בין הנתונים הישראליים לאלה האמריקניים כך שמן הנתונים הישראליים נזכו הביקורים אצל רופא שיניים.
 - 2 בביקורים לפי קבוצות גיל כלולים גם ביקורים אצל רופאי שיניים.
 - 3 ארצות הברית: 0-16.
 - 4 ארצות הברית: 17-29.

ג. תקפות הנתונים. תקפות השיטה מתייחסת למידה שבה השיטה מאפשרת הערכת כה גבוהה של הגודל שאיתו היא מתיימרת לבדוק (אברמסון, 1979). דומה, שהשאלון המובנה שממלאים הפוקדים בעת הראיון האישי והמשמש מזה שנים את הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה לצורכי סקר כוח-האדם, אכן מבטיח את תקפות הנתונים. דרך אגב, בשיטות איסוף נתונים דומות משתמש גם הסקר האמריקני.

ד. אמינות הנתונים. אמינות הנתונים נים ניתנת לבדיקה בעזרת השוואת של הנתונים המתקבלים ממחידות בלתי תלויות של הערך המבוקש ובדיקת התאמתן אלה לאלה (אברמסון, 1979). עורכי הסקר הישראלי לא ערכו מדידות בלתי תלויות בפרק זמן סמוך לעריכת הסקר. כמו כן אין בנמצא סקר גוסף

בדפוסי השימוש, כך שמספר הביקורים (במ"מ מוצע) לנפש בשנה בארצות הברית, הכולל גם רפואת שיניים, עולה ל-6.4 והיחס בינו ובין הערך הישראלי של 14 ביקורים שנתיים בערך מצטמצם ל-2.19 (ראה טבלה 2).

ב. עונתיות. הסקר הישראלי מתייחס לרביע האחרון של 1977. היות שמדובר בעונה שמאפיינים אותה מצבים חריפים רבים המציינים קיום מגע עם רופא, אין להסיק מכאן ששיעור השימוש הוא כה גבוה עבור השנה כולה. בסקר האמריקני, לעומת זאת, נבדק שיעור השימוש לאורך שנה שלמה כך שהשיעור העונתי נתקווה. ניתן להניח, שיש בכך תרומה כלשהי להפרש הניכר שבין הממצאים הישראליים ובין אלה של ארצות אחרות וכי בניכוי השפעת העונתיות ימותן ההפרש שבין נתוני ישראל לנתונים האמריקניים.

15.7 פעם במרכזים אלה (כולל ביקורי בית של אחות), ואילו הנתון המקביל עבור גילאי 1-4 הוא 3.7 ביקורים לשנה. גם כאן קיימת התאמה טובה לנתוני סקר הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 1980.

הבדלים בדפוסי צריכת השירותים הרפואיים

קבוצה שנייה של גורמים עניינה ההבדלים הממשיים בדפוסי השירותים בישראל לעומת אלה המקובלים בארצות אחרות. הבדלים אלה משקפים היבטים כלכליים, ארגוניים, חברתיים וערכיים. נפרט:

א. ההיבט הכלכלי — התשלום שמשלם החולה. שיטת התשלום מראש לקופות החולים מעודדת להלכה מגעי יתר בין החולה לצוות הרפואי, לעומת השיטה שלפיה המבוטח חייב לשלם תשלום מלא עבור קבלת השירות או להשתתף בו באופן חלקי. ואכן, מחקרים שנערכו בארצות הברית (יסא-לים ובונט, 1976; פרקוף, קהאן והאס, 1976; ברוידה ואחרים, 1975) העלו, ששיעור המגעים של רופא-חולה גבוה יותר בפרקטיקה קבוצתית (group practice), שבה קיימות תכניות מקבילות, האחת — המתבססת על תשלום מראש והשנייה — על תשלום שירות (fee for service). מספר המגעים הממוצע של חולים הבודדים במסלול הראשון גבוה, בדרך כלל, פי שניים ויותר ממספר המגעים של הבודדים בתכנית השנייה.

ברם, להערכתנו אין בכך כדי להסביר את עודף המגעים בארץ, היות שגם בתכנית התשלום מראש בארצות הברית אין מגעים אלא ל-4-5 ביקורים בממוצע לשנה. יתרה מזו, בבריטניה, בקנדה, בפולין וביוגוסלביה (קון ווייט, 1976), שם קיימת מערכת ביטוח בריאות המבוססת על תשלום מראש, מספר הביקורים נמוך במידה משמעותית מזה שבארץ. כלומר, אין לייחס משקל רב להיבט

של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה על התחום האמור.

לאחרונה פרסמו בן סירא ודוכין (1981) סקר נוסף המתבסס על שיטה דומה, כלומר שאלון מובנה שאותו ממלאים בעת ראיון אישי. הסקר נערך לגבי האוכלוסייה היהודית בלבד. מעניינת ההשוואה בין תוצאות סקר זה לתוצאות הסקר שנחתנו למעלה. בסקר של בן סירא ודוכין מתקבל ממוצע שנתי של 12 מגעים לשנה, עם התפלגות מגעים לפי גיל הדומה לסקר הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. כלומר, ערך דומה מאוד לזה שנתקבל כאן — 11.25 מגעים לשנה. התאמה זו מאשרת את אמינות הנתונים של שני הסקרים גם יחד.

כדאי גם להשוות את נתוני הסקר עם נתונים שפורסמו בעבר. בסקר המוזכר במאמר של אנטונובסקי (1972) נמצא, ששיעור הביקורים אצל רופא מגיע ל-13.5 בשנה. לפי נתוני קופות החולים (הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 1976) הגיע מספר הביקורים לנפש בשנת 1975 ל-9.7 בשנה בממוצע בקרב מבוטחי קופת החולים הכללית (לעומת ערך מקביל של 9.4 ביקורים בשנה הקודמת). הערכים המקבילים עבור קופת החולים הלאומית הם 12.5 ביקורים לנפש בשנת 1975 ו-12.2 ביקורים לנפש בשנת 1974. מן הראוי לציין, שבדיווחי קופות החולים לא נכללים ביקורים במרפאות החוץ של בתי החולים, ביקורים אצל רופאים פרטיים וביקורים אצל רופאי שיניים עצמאיים. הכללת ביקורים אלה בסקר הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה תורמת ללא ספק לערכים הגבוהים יותר שנמצאו בו.

בסקר הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה הובאו גם נתונים הנוגעים לביקורים בתחנות לבריאות המשפחה. מספר הביקורים לנפש לשנה באוכלוסייה היהודית הוא 17.2 בשנת החיים הראשונה ו-3.3 ביקורים לשנה עבור גילאי 1-4. במקרה זה קיימים נתונים בלתי תלויים שאוספים ספקי השירות (משרד הבריאות, קופת חולים, עיריות) (הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 1980). על-פי נתונים אלה מבקרים תינוקות בשנת החיים הראשונה

הכלכלי כלגורם המדרבן את החולה לצריכת יתר של השירות.

חוזר) מתוך מגמה "לרצות" את החולה שבתר בו.

ב. ההיבט הכלכלי — התשלום לרופא. שיטת התשלום המועדפת בעיני הרופא היא, בדרך כלל, תשלום עבור שירות. אולם, כנראה ששיטה זו איננה גורם מרכזי בכל הנוגע לגודל הנפח של מגעי חולה-רופא (יסאליס ובונט, 1976; פרקוף, קהאן והאס, 1976; ברוידה ואחרים, 1975). מבין השיטות האחרות יש לבחון את התשלום באמצעות שכר עבודה ישיר לעומת שיטת התשלום על-פי מספר נפשות רשומות (capitation fee), שכן שתיהן נהוגות בארץ. הניסיון בחוץ-לארץ, מלמד, שאין הבדל גדול בין שתי השיטות באשר לנפח מגעי חולה-רופא, אם כי שיטת התשלום לפי מספר הנפשות מקובלת יותר על הרופא הן מנקודת ראות של הסטא-טוס המקצועי והן מפני שיש בה משום תמריץ להכנסה נוספת (גלור, 1970). ייתכן, אם כי הדבר לא הוכח, ששיטת התשלום לפי מספר החולים הרשומים מעודדת בעקיפין יותר מגעים, מפני שהרופא עשוי להמליץ על פעיי-לויות רפואיות נוספות (כלומר, ליזום בעצמו מגעים נוספים, כגון קבלת תזת דעת שנייה של מומחה או בדיקות מעבדה הדורשות ביקור

ג. ההיבט הכלכלי — "זמינות" הרופא וזמינות בעלי מקצועות רפואיים אלטרנטיביים. ידועים היטב מחקרים המראים ששיעור ההתערבות הכירורגית באוכלוסייה עומד ביחס ישיר לשיעור המומחים בכירורגיה באיזור השירות (מקארתי ופינקל, 1980). מכאן, שניתן להעריך באופן גס ש"הזמינות" הגבוהה של בעלי מק-צועות רפואיים בישראל בכלל ושל רופאים בפרט עלולה להשפיע בכיוון של קיום מספר מגעים רב יותר. ואמנם, מהשוואת שיעורי הרופאים ל-1,000 נפש עבור אותן ארצות שנסקרו בסקר הבינלאומי יחסית לשיעורם בארץ עולה, שבשראל מצויים בדרך כלל יותר רופאים לנפש (ראה טבלה 3).

לעומת זאת לא נראה שניתן להסיק מסקנות חד-משמעיות על קיום הבדלים בדפוסי הצרי-כה של שירות רפואי שנותנים אנשים שאינם רופאים בישראל לעומת ארצות אחרות. אמנם נכון, שבארצות הברית, למשל, התפתח מאוד לאחרונה תחום "המקצועות הרפואיים החד-שים" (NHP — New Health Professions), אולם ניתוח עיסוקים שנעשה לגבי בעלי מק-

ט ב ל ה 3

שיעורי רופאים במדינות שונות ל-1,000 נפש¹

| המדינה | השנה | מספר הרופאים לאלף נפש |
|--------------------|------|-----------------------|
| ישראל ² | 1980 | 2.05 |
| ארגנטינה | 1973 | 2.17 |
| קנדה | 1977 | 1.79 |
| פולין | 1975 | 1.72 |
| ארצות הברית | 1975 | 1.47 |
| יוגוסלביה | 1976 | 1.25 |
| בריטניה | 1975 | 1.09 |

1 הנתונים כוללים את כל הרופאים לפי ההגדרות של בעלי מקצוע הרעואה בכל מדינה ומדינה *World Health Environmental Survey, 1978*.

2 הנתונים מבוססים על הערכת משרד הבריאות.

שות הרשומות אצלם הגיע ל-400 ויותר. אם אמנם דפוסי ההתנהגות של הרופא הישראלי מעוררים יצירת "ביקוש" העולה על הנורמה הרווחת בארצות אחרות, אזי יש בנתון זה כדי להסביר במידת-מה את עודף הביקורים.

ה. ההיבט הכלכלי — שיעור ההפניה למומחה. גורם נוסף העלול לתרום את חלקו לריבוי מגעי תולה-רופא הוא ההפניה לרופא נוסף; בדרך כלל מדובר בהפניה למומחה שאליז מפנה רופא המשפחה את התולה. התחושה הרווחת בארץ, לפיה אחוז גדול למדי של הביקורים אצל רופא המשפחה אינם אלא ביקורי "הפניה" למומחה, מתחזקת כאשר מנתחים תוצאות שהוצגו בסקר ההש-וואתי הבינלאומי על שימוש בשירותים (קון ווייט, 1976, עמ' 181). מבין הביקורים שיוזם הרופא מגיע שיעור ההפניה לרופא אחר ל-18% בלבד בממוצע בארצות הברית (באז-רי בולטימור וצפון ורמונט). שיעור נמוך זה מוסבר בקיום התמריץ הכלכלי שלא להפנות תולה לרופא אחר.

לעומת זאת, שיעור ההפניה לרופא אחר שיוזם הרופא, מכלל מגעי תולה-רופא, הוא 62% ביוגוסלביה (ריז'קה) ו-61% בפולין (לודז'). במדינות אלה מתבססת עבודת המרפאה על גוהלים הדומים לשלנו והקשר ברור.

ו. ההיבט החברתי — מטלות פיקוח סוציאליות. בישראל מושם דגש רב בשימוש במערכת הרפואית כבמערכת בקרה ופיקוח סוציאלית לשתי מטרות עיקריות (על אלה עמדו בהרחבה: שובל, אנטונובסקי ודייויס, 1970; אנטונובסקי, 1972; שובל, 1979): קבלת אישורים להעדרויות (ממקום העבודה, מבית-הספר וכו'), וקבלת אישורים שעניינם הקצאת משאבים (כגון פיצויים מגר-מניה, זירוז התקנת טלפון, השגת דירה בשי-כון וכו').

אין כל ספק, שיש בכך כדי להגדיל במידה משמעותית את מספרם של מגעי תולה-רופא. ברם, אין לשכח שגם בארצות כמו בריטניה

צועות אלה (פרי, 1977) מלמד שהם עוסקים בעיקר בטיפולים מונעים או בפעילויות שגר-תיות. כידוע, בישראל תסקידים אלה נמצאים שנים רבות בתחום פעולתן של אתיות בריאות הציבור.

ד. ההיבט הכלכלי — יצירת "ביקוש" בידי הרופא. הרפואי, בניגוד למערכות אחרות, אינו מקיים מערכת פשטנית של ביקוש והיצע. "בשוק" זה הגורם של הספקת השירות (המווסת כמוון את ההיצע) קובע, במידה רבה, גם את הצורך בקבלת השירות (גורם הביקוש). הביקוש בשירות האמבולטורי מתייחס לאחת הקטגוריות האלה: ביקוש ביוזמת התולה, ביקוש ביוזמת הרופא (ביקורים חוזרים), ביקוש שיוזם גורם שלישי (רופא או גורם רפואי אחר). ברור, שהקטגוריה השנייה (ובמידה רבה גם השלישית) נמצאת בשליטתו הבלעדית של הרופא.

בהקשר הנדון במאמר זה ניתן להדגים את התופעה בעזרת נתונים שנאספו בסקר שנערך בבריטניה. על-פי מחקר זה מספר הביקורים הממוצע לנפש אצל רופאים כלליים הוא 4.8 לשנה, כאשר מספר הנפשות הרשומות בכר-טסת של הרופא הוא פחות מ-2,000. המספר יורד ל-3.4 ביקורים לנפש בשנה כאשר מספר הנפשות הרשומות בכרטסת של הרופא עולה על 3,000 (גלאס, 1974). המחבר מסביר הבדל ניכר זה (של 30% בערך) ביכולתו של הרופא לווסת כרצונו את הביקוש כדי למנוע עומס יתר במרפאה. לשם כך הרופא נמנע מלהזמין חולים לביקורים חוזרים או שהוא דוחה אותם לזמן מאוחר יותר.

מעניין, שממצאים דומים נאספו גם במחקר ישראלי שנערך בקרב רופאים עצמאיים בקו-פת החולים הכללית (שביט, קלינברג ודזון, 1979). מספר הביקורים החודשי לנפש הגיע ל-1.29 אצל רופאים כלליים שמספר הנפשות הרשומות בכרטסת הרפואית שלהם לא עלה על 100. המספר ירד עד 0.5 ביקורים לנפש לחדש בערך אצל אותם רופאים שמספר הנפ-

האוכלוסייה היהודית בישראל. המחבר גורס, שהתנהגותו הביקורתית של חולה כלפי הרופא מתמקדת בדרך התגובה של הרופא ולא בתוכן של תהליך הטיפול, מפני שהחולה אינו מסוגל להעריך בצורה אובייקטיבית את ההיבט הרפואי בעת תהליך הטיפול. בן סירא מדגיש את החשיבות שמייחס החולה למסירות הרופא כלפיו, למשך הזמן המוקדש לטיפול ולהתעניינות הרופא בבעיותיו.

בסקר שפרסמו לאחרונה בן סירא ודוכין (1981) ניתן אישור להנחה שחולי קופות החולים אינם באים על סיפוקם בעקבות המגע הרפואי. רק 34% אמרו שהרופא מגלה עניין בבעיותיהם האישיות; פחות ממחצית הנשאלים סבורים שהרופא מקדיש זמן, מגלה מסירות או מתעניין בבעיותיהם. מבחינת טיב הטיפול המצב חמור עוד יותר: רק 19% סבורים שהרופא העניק להם הרגשת ביטחון. קאסטלר ואתרים (1976) מצאו שגורמים אלה קשורים קשר הדוק בהתנהגות של "קניית רופאים" (Doctor Shopping).

מכל האמור לעיל ניתן להסיק, שאי עמידתו של הרופא "בסטנדרטים" הרצויים לחולה, קרי העדר היכולת לאפשר לחולה את הקתרזיס שנוצר קודם, יוצרים במערכת הבריאות הישראלית תהליך נמשך של חיפוש אחר טיפול רפואי "טוב" יותר, ואשר תוצאתו — גידול בביקוש לשירותים אמבולטוריים.

2. התמודדות עם כישלון. בתברה המערבית חולי משמש לא אחת הסבר רציונלי לחוסר היכולת של היחיד להתמודד עם בעייתו או לדאוג לצרכיו. המגע עם הרופא הוא אפוא דרך להענקת לגיטימציה לכישלון (שובל, אנטונובסקי ודייויס, 1970). כשמדובר באוכלוסייה של מהגרים, אי היכולת להתגבר על המשבר הבא בשל אי התסתגלות לדרישות החברה החדשה הוא צורה נוספת של התמודדות עם הכישלון ובעקבותיה חל גידול בשימוש בשירות הרפואי (בן סירא ואח', 1978).

3. האמון ברפואה המערבית "כמשיכת דרך" של הרפואה המסורתית. דפוס התנהגות זה נמצא

או הארצות הסוציאליסטיות נהוג מוסד. זה ושם שיעור הביקורים נמוך מאשר אצלנו. יתרה מזו, כאשר בוחנים את ממצאי הסקר בקרב האוכלוסייה הלא-יהודית בישראל מתקבל ממוצע ביקורים נמוך של 4.31 לנפש לשנה. גם אם גניח שמטלות הפיקוח הסוציאלי עבודה פחותות במידת-מה, משום שאוכלוסייה זו אינה נזקקת לכמה מן האישורים שהאוכלוסייה היהודית נזקקת להם (כגון לקבלת פיצויים מגרמניה), עדיין אין בכך כדי להסביר את ההבדל הגדול בצריכת השירותים. המסקנה המתבקשת היא, שלמטלת הפיקוח הסוציאלי יש השפעה, אמנם לא השפעה מכרעת, על גידולו של מספר מגעי חולה-רופא בקרב האוכלוסייה היהודית בישראל.

נ. התיבט החברתי — התייחסות ערכית. מכל האמור לעיל אין מנוס מן ההנחה — הבאה לידי ביטוי גם במחקריהם של שובל, אנטונובסקי ודייויס (1970) ואנטינובסקי (1972) — לפיה מקום מרכזי בגרימת עודף המגעים של חולה-רופא בארץ תופסת ההתייחסות הערכית, שאותה מגדירים שובל וחבריה כפונקציה הסמויה של הביקוש לשירותי רפואה. פונקציה זו כוללת חמישה מרכיבים, ששלושה מהם נמצאו משמעותיים בחברה הישראלית:

1. הצורך בקתרזיס, כלומר הצורך לפרוק מתחים בדרך של קיום מגע עם אדם המוכן להאזין מתוך אהדה. צורך זה קיים בעיקר בקרב אוכלוסיית מהגרים, שכן אוכלוסייה זו חשה בדידות וחוסר הסתגלות ומתגלות בה תופעות של שבירת המסגרת המשפחתית. האוכלוסייה היהודית בישראל, להבדיל מן האוכלוסייה הערבית ילידת המקום ובעלת קשרי המשפחה החזקים, אכן מתאימה במידה רבה לדגם המוצע. בהקשר זה מדווחים שובל וחבריה (1970) על מגמה של קיום מגעים רבים יותר עם הרופא בין שהחולה מרוצה מתוצאות המגע ובין שאינו בא על סיפוקו. בעבודה מאוחרת יותר מציע בן סירא (1976) מודל המבוסס על ממצאי סקר שנערך בקרב

סיכום ומסקנות

ממצאי הסקר הישראלי (הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 1980) מחזקים את הדעה הרווחת בארץ, והמתבססת גם על עדויות אחרות, כי השימוש בשירותי בריאות אמבולטוריים בישראל רב ביחס של 1:2 ויותר מן המקובל בארצות מערביות אחרות.

דומני, שאי אפשר להסביר את התופעה על יסוד המרכיב החברתי בלבד, כפי שנעשה במספר עבודות שהוזכרו כאן (אנטונובסקי, 1973; בן סירא, 1976, 1978, 1980; שובל, 1979; שובל, אנטונובסקי ודייוויס, 1970), ויש לחפש אפוא את הסיבה לתופעה זו בשילוב של מודל התנהגותי יחד עם מודלים נוספים. שילוב זה נחוץ מפני שהנפח של מגעי חולה—רופא נקבע על-פי שלוש קטגוריות שכמעט אינן תלויות זו בזו: (א) מגעים שיוזם החולה (כולל בני משפחתו); (ב) מגעים שיוזם הרופא: (ג) מגעים שיוזמם הוא גורם שלישי (היינו גורם מקצועי כגון רופא אחר או האחות).

באשר למגעים שיוזמם הוא החולה, הוצעו כאמור כמה מודלים, בעיקר כאלה המדגישים היבטים התנהגותיים וחברתיים, וגם כאשר מודלים אלה מתייחסים להיבטים אחרים, כגון קיום אלמנטים של היצע (זמינות שירותים, נגישות שירותים) או של ביקוש, הדבר נעשה כחלק ממכלול חברתי כולל (כך טוען, למשל, אנטונובסקי, 1972).

נראה לי, שיש להפריד בין המודל ההתנהגותי ובין המודל הכלכלי עבור כל אחת משלוש הקטיגוריות. לגבי המגעים שיוזם החולה, המסקנה המתבקשת היא, כפי שצוין קודם לכן, שאין כנראה משקל רב להיבט הכלכלי ומכאן ניתן לאמץ את המודל של שובל (1979) ושל שובל, אנטונובסקי ודייוויס (1970) כגורם המסביר את ריבוי המגעים שביזמת החולה בחברה הישראלית, הן בפונקציות המטלה הסוציאליות והן בפונקציות הסמויות שתוארו קודם לכן.

בידי שובל וחבריה בקרב האוכלוסיות הפחות "מערביות" שבחברת המהגרים הישראלית. לדעת החוקרים, דווקא אצל אותו חלק של האוכלוסייה המתייחס בחיוב לרפואה המסורתית הבלתי מדעית קיימת נטייה חזקה להשתמש בשירותים הרפואיים של קופות החולים. גם בן סירא (1980) מגיע למסקנה שדווקא השכבות הסוציאליות החלשות הן המרבות להשתמש בשירותי בריאות אמבולטוריים והוא מייחס זאת לחשש מפני מחלות, המשמש גורם מדרבן לקיום מגע עם הרופא, מה גם שהמגע אינו כרוך בהוצאה כספית מיידית וגלויה שהיתה יכולה להיות מחסום על דרך השימוש בשירותים אלה.

גורם נוסף שמן הראוי להזכירו נעוץ בדרך שבה תופסת האוכלוסייה היהודית, הן בארץ והן במקומות אחרים, את המערכת הרפואית. זבורובסקי (1969) מצא, שאנשים מגיבים על סאב, למשל, לא רק כפרטים אלא גם כחלק מקבוצה אתנית (יהודים, איטלקים, שחורים וכדומה). כלומר, המרכיב החברתי-תרבותי בהתנהגותו של הפרט מכריע לעתים קרובות הרבה מעבר למשקלו של המרכיב הביולוגי. לדעת זבורובסקי, את התנהגות היהודים כקבוצה אתנית בחברה האמריקנית מאפיין עודף ביקוש לשירותים רפואיים במטרה להשיג פתרונות מידיים לסימפטומים של המחלה, על אף הספקות לגבי יכולת המערכת הרפואית להתמודד עם המחלה עצמה. לעומת הקבוצה היהודית מגלה קבוצת האמריקנים הוותיקים (Old Americans) נטייה להימנע מפניית אל הרופא משום רצונם למעט מערכם של הסימפטומים, שסיבתו: החשש שבמגע עם הרופא תתברר תומרתה של המחלה. נטייה זו מעוגנת באמונה מחלטת בטיבו ובאיכותו של השירות הרפואי.

גם מחקרים נוספים מצביעים על נטייתה הרבה של האוכלוסייה היהודית בארצות הברית, כקבוצה אתנית, למלא את תפקיד החולה (מיכאניק, 1963; סוכמן, 1965; פינק ואחרים, 1969). נתונים אלה תואמים כמובן את הממצאים הישראליים.

זה הם רופאי השיניים אשר לגביהם נהוג בדרך כלל תשלום לפי שירות, כלומר תמריץ לקיום מגעים נוספים. ואכן, נמצא ששיעור החולים שדיווחו על יותר מביקור אחד אצל רופאי השיניים במשך שבועיים הגיע ל-49% — השיעור הגבוה ביותר מכל ההת-מתויות.

המסקנה העולה מכך היא, שהמנגנון הכלכלי של ביקוש שיוזם הספק קיים לפחות בתחום של רפואת השיניים.

לאחרונה דיווחו בן סירא ודוכין (1981) על שיעור נמוך יחסית — 6% מכלל המגעים (אצל מבוגרים) — של מגעים שביזמת הרופא (להוציא רפואת שיניים). אם אמנם יתאמת שיעור נמוך זה בסקרים נוספים, ניתן יהיה להניח שלהוציא רפואת שיניים, הגורם של יצירת ביקוש בידי הרופאים איננו בעל חשיבות רבה בישראל.

אשר לקטגוריה השלישית — הפגיה ביזמת גורם רפואי אחר — סקר הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (1980) אינו מאפשר להעריך את משקלו ועל כן חייבים לבדוק גורם זה בנפרד. בן סירא ודוכין (1981) מדווחים של-פניות אלה יש משקל נמוך בסך כל הפניות (3% בערך). דבר זה מצריך בדיקה וחקירה נוספת, שכן הרגשתי היא, שחלק גדול יותר מהחולים (כמעט כל אלה המופנים למרפאות מקצועיות, למשל) מגיעים לרופא המקצועי עקב הפניית משנה.

על כל פנים ברור, שאי אפשר להסביר הפניית משנה של חולים לרופא בעזרת המודל התחבירתי, אלא בגורמים הקשורים במבנה הארגוני של שירותי הבריאות בישראל.

אשר למגעים שביזמת הרופא, יש לבחון את ההשערה האם מגעים אלה מוכתבים על-פי השיקול הרפואי בלבד או גם על-פי גורמים כלכליים. המודל הכלכלי מייחס לרופא בקשר-ריו עם החולה מעמד של סוכן. פירושו של דבר הוא, שחלק מן ההחלטות בדבר הביקוש לשירותים רפואיים נעשה בידי הספק (תרופא) לאחר שתחולה העניק לו את הסמכות (עקב חוסר ידענותו) לעשות זאת. כלומר, זהו מנגנון שבו נוצר ביקוש הנגזר מן ההיצע הקיים בשוק, כאשר גורם ההיצע עשוי לווסת את הביקוש כפי צרכיו. הנתונים מישראל ומבריטניה (גלאס, 1974; שביט, קלינברג ודון, 1979), מלמדים שבמקרים אחדים אכן הוכח קיומו של תהליך הוויסות.

האומנם פועל תהליך הוויסות גם בכיוון של הגדלת מספרם של מגעי חולה-רופא? בהעדר נתונים מדויקים על מספר המגעים שיוזם הרופא התשובה לכך אינה פשוטה, אולם ניתן להעריך נתונים אלה בעקיפין. בסקר הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (1980) מופיע גם שיעור הביקורים הנוספים אצל רופאים (כלומר, יותר מביקור אחד) במשך שבועיים לפני תאריך הראיון. שיעורים אלה מובאים לפי סוג התמחותם של הרופאים. ניתן לשער, שברוב המקרים שבהם ביקר חולה אצל אותו רופא יותר מפעם אחת במשך פרק זמן קצר של שבועיים אירע הדבר ביזמת הרופא. כדי לבחון את ההשערה בדבר קיום תמריץ כלכלי להגדלת הביקוש בידי הרופא מן הראוי להתייחס לשיטת התשלום הנהוגה בכל התמחות. ברור שכמעט כל הרופאים העוסקים ברפואה הראשונית אינם זוכים לתמריץ עבור ביקורים נוספים. יוצאים מן הכלל בעניין

ביבליוגרפיה

בן סירא, ז' ודוכין, ר', השירות הרפואי האמבולטורי: דפוסי פניה ותדמית, מכון ישראל למחקר חברתי שימושי, ירושלים, 1981.

הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, השנתון הפמטיסטי לישראל, מס' 27, ירושלים, 1976, עמ' 650.
הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, השנתון הפמטיסטי לישראל, מס' 31, ירושלים, 1980, עמ' 644.
הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, סקר השמוש בשירותי בריאות, סדרת פרסומים מיוחדים מס' 639, ירושלים, 1980.

- שביט, נ', קלינברג, ל', דון, ר', "פרקים בכלכלה בריאותית, הרופאים העצמאיים בקופ"ח : דפוסי העבודה והיקף הפניות לשרותי עזר", פרסומים ופקרים, מס' 84, תל-אביב, קופ"ח, 1979.
- Abramson, J. H., *Survey Methods in Community Medicine* (Second Edition), Edinburgh, London & New York, Churchill & Livingstone, 1979, pp. 103-112.
- Antonovsky, A., "A Model to Explain Visits to the Doctor: With Specific Reference to the Case of Israel", *Journal of Health & Social Behavior*, 13 (1972), pp. 446-454.
- Ben Sira, J., "The Function of the Professional's Affective Behavior in Client Satisfaction: A Revised Approach to Social Interaction Theory," *Journal of Health and Social Behavior*, 17 (1), (1976), pp. 3-11.
- Ben Sira, Z., "Involvement with a Disease and Primary Care Utilization," *Sociology of Health and Illness*, 2, (1980), pp. 247-276.
- Ben Sira, Z., "A Facet Theoretical Approach to Psychosomatic Complaints," *Israel Annals of Psychiatry*, 16, (1978), pp. 219-231.
- Broida, J. H., et al., "Impact of Membership in an Enrolled, Prepaid Population on Utilization of Health Services in a Group Practice," *New England Journal of Medicine*, 292 (15), (1975), pp. 780-783.
- Fink, R. et al., "The 'Filter-Down' Process to Psychotherapy in a Group Practice Medical Care Program," *American Journal of Public Health*, 59 (2), (1969), pp. 245-260.
- Glaser, W. A., *Paying the Doctor, Systems of Remuneration and their Effects*, Baltimore & London, The Johns Hopkins Press, 1970.
- Glass, N., "The Economics of General Practice in England," *British Journal of Preventive & Social Medicine*, 28 (1974), pp. 203-209.
- Kasteler et al., "Issues Underlying Prevalence of Doctor Shopping Behavior," *Journal of Health and Social Behavior*, 17, (1976), pp. 328-339.
- Kohn, R. & White, K. L., *Health Care — An International Study*, Oxford University Press, Oxford, New York & Toronto, 1976, pp. 136-193.
- McCarthy, E. G. & Finkel, M. L., "Surgical Utilization in the U.S.A.," *Medical Care* 18 (9), (1980), pp. 883-892.
- Mechanic, D., "Religion, Religiosity and Illness Behavior: The Special Case of the Jews," *Human Organization*, 22 (3), (1963), pp. 202-203.
- National Center for Health Statistics, *Current Estimates — United States — 1978*, Washington D.C., U.S. Government Printing Office, November 1979.
- Perkoff, G. T., Kahn, L. & Haas, P. L., "The Effects of an Experimental Prepaid Group Practice on Medical Care Utilization and Cost," *Medical Care*, 14 (1976), p. 432-449.
- Perry, H. B., "Physician Assistants: An Overview of an Emerging Health Profession," *Medical Care*, 15 (12), (1977), pp. 982-990.
- Shuval, J., "Primary Care and Social Control," *Medical Care*, 17 (6), 1979, pp. 631-638.
- Shuval, J. T., Antonovsky, A. & Davies, A. M., *Social Functions of Medical Practice*, San Francisco, Jossey Bass, 1970.
- Suchman, E. A., "Social Patterns of Illness and Medical Care," *Journal of Health and Human Behavior*, 6 (Spring), (1965), pp. 2-16.
- World Health Environmental Surveys*, London, IMS World Publications, 1978.
- Yesalis, C. H. & Bonnet, P. D., "The Effect of Duration of Membership in a Prepaid Group Health Plan on the Utilization of Services," *Medical Care*, 14 (1976), pp. 1024-1036.
- Zborowski, M., *People in Pain*, San Francisco, Jossey Bass, 1969.

חקיקה ופסיקה סוציאלית

חוק לתיקון דיני המשפחה (מזונות) (תיקון מס' 2), התשמ"א—1981

תיקון חוק זה נתקבל בכנסת ב־20 במאי 1981, על־פי הצעת חוק פרטית של חברי הכנסת אמנון לין, עקיבא גוף ומשה עמאר.

על־פי המצב הקיים חלה חובת מזונות הקטין על האב, גם כאשר חילד בחזקת אמו, ובלי להתחשב ביחס ההכנסות שבין האב לאם. כך קורה, שאב העובד כשכיר צריך להעביר לאם חלק ניכר משכרו גם אם האשה מרוויחה ממקורותיה שלה סכומים שווים ואף גדולים יותר מזה של הבעל לשעבר. מצב זה מחמיר עוד יותר באותם מקרים שבהם הגבר בונה בית חדש, והכסף שהוא ממציא לידי אשתו לשעבר בא למעשה על חשבון אשתו ובניו החדשים. במקרים רבים, ובמיוחד של ילדים שגילם פחות משש, האב גם נאלץ, למורת רוחו, להשאיר את הילד בחזקת האם, וגם — משום שהילד בחזקת האם — לשלם לידיה את דמי המזונות. במקרים רבים, החזקת הילד בידי האם הופכת להיות אמצעי להוציא מידי האב כספים וכדי לנקום בו.

לעתים גם אין בקרה שתבטיח שכל הכספים המשולמים במזונות לקטין אמנם יוצאו על הקטין לצרכיו.

מכל הסיבות הללו באה הצעת התיקון לחוק ומטרתה לחלק את המעמס הכספי בפועל בין שני הורים ביחס הולם להכנסתם הריאלית, ובאופן שלא יפגע באורח חַד־צַרְדִי בילדים מנישואים שניים.

חוק זה עורר ויכוחים ודברי ההסבר דלעיל הם ברוח הנימוקים וההסברים של חברי הכנסת שהציעוהו.

הזדמנות שווה בתעסוקה

בשלהי חודש מאי נתקבל בכנסת חוק הזדמנות בתעסוקה, התשמ"א—1981.

למעשה כוונת החוק למנוע הפליה בהעסקתן של נשים. החוק קובע שאסור לסרב לקבל אדם לעבודה או לשלחו להכשרה מקצועית, שהיא תנאי לקבלתו לעבודה, מחמת מינו או מחמת היותו נשוי או הורת. מאידך גיסא, אין רואים בכך הפליה כאשר אופיו או מהותו של התפקיד או ענייני ביטחון המדינה מונעים את קבלתו של בן אחר המינים לעבודה הנדונה. סעיף נוסף מטפל במודעות. לא תפורסם ברבים הצעת עבודה או הודעה בדבר שליחה להכשרה מקצועית שהיא תנאי לקבלה לעבודה, אלא אם שם המשרה או תוארה צוינו בה במונחים המתייחסים לשני המינים.

שר העבודה והרווחה ימנה מפקחים לצורך החוק. למפקחים ניתנו סמכויות לדרוש מידע, לחקור, לבדוק מסמכים וכדומה.

החוק מקים מועצה ציבורית שמתפקידה לייעץ לשר בכל עניין הנוגע לביצוע החוק וכן בכל הנוגע (1) לטיפוח תודעה ציבורית בכל הקשור לשוויון הזדמנויות בתעסוקה; (2) ליצירת תנאים והכנת שירותים להקל על נשים את היציאה לעבודה; (3) לשוויון הזדמנויות בקי-דום. בעבודה ובשליחה להכשרה מקצועית של עובדים ועובדות במקום העבודה; (4) לפרסום מידע בכל עניין שבתחום תפקידה של המועצה. את המועצה ממנה שר העבודה והרווחה. שלושים אחוז מחבריה הם נציגי משרדי ממשלה, 30 אחוז נציגי עובדים וכמספר הזה נציגי מעבידים ויתרת עשרת האחוזים — נציגי הציבור.

האם יכול בעל למנוע הפסקת היריון של אשתו?

שרה ואברהם (השמות בדויים — א"ו) נשואים זה לזו מאז שנת 1975, ולהם בת אחת, שהיא כיום כבת שלוש. שרה הפסיקה בעבר היריון אחד ועתה היא שוב בהיריון. בין בני-חוג נתגלעו מחלוקות ומריבות, ולטענת שרה, הנמצאת בחודש החמישי להיריונה, היא אף הוכתה בידי בעלה. על-כן החליטה להיות בנפרד ממנו ואף ביקשה את אישורה של הוועדה להפסקת היריונה. הוועדה אישרה את הפסקת ההיריון.

אברהם, הבעל, פנה לבית-המשפט המחוזי בתיפה ובית-המשפט המחוזי החליט למנות את אברהם לאפוטרופוס על העובר ששרה אשתו נושאת ברחמה. מינוי זה ניתן רק לצורך הופעתו בפני הוועדה להפסקת היריון, לפי חוק העונשין, ולשם טיעון בפניה. בית המשפט גם הורה שעל שרה להימנע מלהפסיק את היריונה או לפגוע בעובר בצורה כל שהיא, עד להחלטת הוועדה להפסקת היריון.

בפסק דינו אמר בית המשפט המחוזי: "הפסקת היריון, ודאי בשלב מתקדם, הינה הליך משמעותי לא רק במה שנוגע לבריאות האשה, אלא, ובראש ובראשונה באשר לגורל העובר, גם לגבי אבי העובר והמערכת המשפחתית. שני בני חוג מופקדים על תקינות המערכת המשפחתית ועל תיפקודה ותפעולה, והבעל כשלעצמו זכאי אף הוא להתחשבות ברצונו ובשאיפותיו במה שנוגע לילדו בעתיד. הוועדה אינה נזקקת להסכמת הבעל, אך שומה עליה, בדרך כלל, לקבל ממנו מידע והצהרת כוונות. מסתבר שבמקרה שלפני לא זומן הבעל אל הוועדה, ובכך לקה הדיון שקויים על ידה".

על כך מערערת שרה בפני בית המשפט העליון.

חוק העונשין אינו מקנה לבעל זכות וטו או זכות אחרת, שמכוחה יוכל לדרוש הימנעות ממתן החלטה בקשר להפסקת היריון. החוק האנגלי אינו מקנה, אף הוא, לבעל או לאב זכות כי ייועצו בו לפני מתן אישור להפסקת היריון. כך נקבע גם על-פי פסיקה של בית המשפט הפדרלי העליון בארצות הברית — זכות הפרטיות מקנה לאשה את הזכות הבלעדית להחליט, עד לשלב מסוים של ההיריון, על הפסקתו. לבעל אין זכות בדיון למנוע את ביצוע החלטתה. בהוק הישראלי לא זו בלבד שאין לבעל מעמד בהליכי החלטה להפסקת היריון, אלא אין גם הוראה כלשהי בדבר זכות ההופעה של הבעל לפני הוועדה כדי להשמיע דבריו. אין ללמוד מכאן כי אסור לוועדה לשמוע את הבעל, אם חלה פונד ומבקש זאת. ועדה, שכווננה על-פי חוק כדי לטפל בנושא שנמסר לסמכותה, רשאית לשמוע לפי שיקול-דעת את דבריו של פלוני, שיש לו נגיעה לעניין, המבקש להביא לפניו את עמדתו בנושא הנתון להכרעתה, אם היא סבורה כי יהיה בדבריהם שיתשמעו לפניו, לכאורה, כדי לסייע בידיה להגיע להחלטתה, ובלבד שיוקפד על שניים אלה: (א) שלא תעוכב בשל כך פעולתה של הוועדה; (ב) שהוועדה תאמץ לעצמה נהלים המונעים פגיעה בזכותה של האשה. כך, למשל, יש לוודא שהאשה תוכל להיות נוכחת בעת הופעת הבעל, או שתוכל להגיב על טענותיו, אם תרצה בכך.

השופט שנגר קיבל את ערעורה של שרה.

השופטת הדסה בן-יעתו הצטרפה לדעה זו והוסיפה זווית נשית בפסק דינה: התופעה של הפסקת היריון ביזמת האשה היא עתיקת-יומין, והיקפה התפשט וחלך למרות העובדה שבעבר נאסרה במצוות הדתות השונות, ובמשך הזמן נוסף לכך הלאו המפורש בהוק החילוני של מרבית המדינות.

במשך דורות רבים עצם הציבור, ואתו המתוקק, את עיניו, והתעלם מן התופעה המדהימה שמיליוני נשים, שאינן בהכרח פורקות עול מצוות הדת ואינן מפרות חוק מטבעו, אינן מוכנות לעמוד באיסור זה, והן מוצאות דרכים להפסיק היריון שאינו לרצונן. יש ארצות, שבהן הל איסור גם על האשה, אך בכולן הוא חל על מבצע החפלה. ההתעלמות מן הבעיה נסתייעה לא מעט בכך ש"העבריינים" לא היו מובאים לדין, ומתנגדי החפלות הרגיעו את מצפונם בעובדה, שהאיסור מופיע בספר החוקים. רוב המדינות אינן מרצות מחוקי החפלות שלהן, בין שחוקיהן החדשים קיצוניים לכאן או לכאן, ובין שהם פרי פשרה. השופטת בן-יעתו סבורה

שבנושא רגיש זה, הרצוף בעיות שהאנושות לא מצאה להן עד היום תשובה ברורה, צריך בית המשפט להימנע ככל יכולתו מהבעת דעה, המושפעת, ולו בעקיפין, מהשקפת עולמו של השופט. אסור לשופטים ליטול חלק בוויכוח הציבורי, שהיום כבר אינו מצטמצם לתחום הערכי והמוסרי, אלא פלש באופן משמעותי לתחום הפוליטי. היום דנים בנושא ההפלות במצעים של מפלגות, ונבחרים פוטנציאליים מבטיחים לבחריהם לפעול לתיקון החוק בכיוון זה או אחר, או למנוע את תיקונו.

התעברות, היריון ולידה הם אירועים אינטימיים, שכל כולם בתחום צנעת הפרט. אין המדינה מתערבת בתחום זה אלא מטעמים כבדי משקל, הנעוצים בצורך להגן על זכות הפרט או על אינטרס ציבורי חשוב. האיסור על ביצוע ההפלות נובע מטעמים שונים, כגון הכרה בעיקרון של קדושת החיים, האינטרס הציבורי לדאוג להמשך קיום האנושות בהגנה על חיים עתידיים, האינטרס הלאומי להגדלת האוכלוסייה במדינות הזקוקות לכך, שמירה על התא המשפחתי, שמירה על בריאות האשה. המטיפים לביטול האיסור טוענים, לעומת זאת, שאין העובר "חי" הזכאי להגנה; שהאשה חופשית לעשות בגופה כרצונה, וכל עוד נמצא העובר ברחמה, אינו אלא חלק מגופה; שהיריון ולידה הם עניינה הפרטי של האשה, ואין לכפותם עליה למטרות לאומיות; שהיריון ולידה, כשהם כפויים, עלולים להזיק לבריאות האשה יותר מהפלה במועד סביר.

במרכז הוויכוח הזה עמדו מאז ומתמיד שאלות, שעד היום לא הצליח שום אדם להשיב עליהן תשובה חד-משמעית: מהו סוד החיים, היכן תחילתם, ממתי הם ראויים להגנה, ממתי נחשב קיפוחם לעבירה או לפחות למעשה אסור.

"שלשה שותפין חן באדם, הקדוש ברוך הוא ואביו ואמו" (קידושין). אין חולק על שותפותו של האב ביצירת העובר ובחובת פרנסתו, גידולו וחינוכו, לאחר שיצא לאוויר העולם. על כן הרעיון שיש לשתף את האב בהחלטה בדבר ביצוע הפלה שובה את הלב ממבט ראשון. אין ספק, שכאשר מדובר בהורים נשואים זה לזו ובמשפחה מתוקנת רצוי ששני ההורים יהיו שותפים להחלטה כזאת. דבר זה רצוי גם לאם, שכן זו החלטה קשה ונוח להחליט על כך בעצה אחת עם שותפה לחיים. אך הבעיה קיימת כשיש חילוקי דעות בין ההורים. או אז הביע המחוקק הישראלי את דעתו כי אין לאב מעמד בדיוני ועדת ההיריונות.

מטרת החוק, המתיר הפלות במקרים אחדים, היתה אחת ויחידה: מתן אפשרות חוקית לנשים לצאת מה"מתרת" ולבצע הפלה בתנאים סאניטריים נאותים, במוסד רפואי מוכר, בצורה מבוקרת ותוך קבלת ייעוץ רפואי וסעד נפשי וסוציאלי לפי הצורך. מטרתו היתה מגינת הפליה זועקת לשמים בין נשים עשירות לעניות, על מנת שאלה האחרונות לא תיאלצנה לסכן את בריאותן, ולפעמים את חייהן, בהיזקקות ל"הפלות זולות".

אין מעמד לשום איש זולת האשה בדיוני ועדת ההיריונות. אין זה דיון משפטי, ולכן אין חובה שיחיה "צר שכנגד". עיקרו של הדיון הוא בבדיקת בקשת האשה לביצוע הפלה וקביעה אם היא נכנסת בגדר המבחינים הקבועים בחוק.

הואיל ויש חשיבות מירבית לכך, שהפלה שאושרה תבוצע בשלב מוקדם ככל האפשר של ההיריון, אין ערעור על החלטת הוועדה להעניק אישור. אין סמכות לבית המשפט לבטל אישור כזה או למנוע או לעכב פעולה על-פיו, או להורות לוועדת ההיריונות לדון מחדש או לשנות את החלטתה.

השופט מנחם אלון חלק על עמיתיו. לדעתו יש לבעל מעמד, על-פי דין, להישמע בפני ועדת ההיריונות, וזאת כזכות שיסודית בכללי הצדק הטבעי. שהרי זכותו של אדם להישמע בטרם תינתן, על-ידי גוף מינהלי, החלטה הפוגעת בו — נטילת העובר, שלהורים יש זיקה טבעית עמוקה לגורלו.

בדעת רוב נתקבל ערעורה של שרה, ומשמעותו הנחרצת — אין לבעל או לאב כל מעמד בשאלה של הפסקת היריון.

מזונות לילד שנולד מהזרעה מלאכותית

מקס ומרגלית נישאו זה לזו בשנת 1971. מקס היה נשוי קודם לאשה אחרת שממנה התגרש ובמשך עשר שנות נישואיו ההם לא נולדו לו ילדים. אחרי שנשא את מרגלית לאשה, משעברו מספר שנים והיא לא הרתה, פנו בני-הזוג לבית החולים "אסף הרופא" לשם בדיקות וקבלת טיפול רפואי. הבדיקות העלו ליקויים והפרעות אצל שני בני-הזוג, שבעטיים לא היו סיכויים להיריון בעקבות קיום יחסי מין ביניהם. הרופא, ד"ר סופר, ביצע הזרעה מלאכותית לאשה מתורמי זרע בלתי ידועים ואחרי טיפול במשך שנה בערך הוכתרה ההזרעה המלאכותית תית בהצלחה: בינואר 1976 נכנסה מרגלית להיריון וכעבור תשעה חודשים ילדה בת. בסתיו 1977 החלו סכסוכים בין בני-הזוג ומשלא הצליחו להשלים ביניהם, הגישה מרגלית תביעת מזונות נגד בעלה, ותבעה מזונות לעצמה ועבור הבת. בינואר 1979 התגרשו השניים ובבית המשפט המחוזי בבאר-שבע נותרה לדיון רק תביעת המזונות של הבת. השופט המחוזי פסק כי מקס חייב לזון את הבת וחייבו לשלם לה מזונות בסכום של אלף לירות לחודש כשסכום זה צמוד למדד יוקר המחיה.

מקס מערער בפני בית המשפט העליון.

בבית המשפט המחוזי טען מקס כי ההזרעה המלאכותית, שכתוצאה ממנה הרתה מרגלית, לא היתה בהסכמתו. מרגלית טענה שההיפך הוא נכון. הרופא העיד, שמקס הסכים להזרעה המלאכותית אחרי שאפשרות זו הוצעה לו והוסבר לו שהסיכויים שמרגלית תוכל להרות מקיום יחסי מין אתו הם קלושים ביותר. השופט המחוזי האמין לעדות הרופא, אשר נסתייעה גם בראיות נסיבתיות אחרות לפיהן ידע גם ידע מקס על ההזרעה המלאכותית ואף הסכים לביצועו. בית המשפט המחוזי לא התייחס באמון להסברו שעל אף העובדה שבמשך עשר השנים של נישואיו הקודמים לא הרתה אשתו הראשונה ואף-על-פי שהוא ידע על הליקוי בפוריותו, האמין בתום לב שההיריון הוא ממנו ולפיכך לא עורר כל שאלה, "כי זה קרה גם לאברהם אבינו".

הבעיות המשפטיות הנובעות מלידה כתוצאה מהזרעה מלאכותית הן סבוכות ואם כי פורסמו בנושא זה מחקרים לא מעטים של מלומדים בארצות שונות, הרי הפסיקה בבתי המשפט של ארצות שונות היא דלה וזה, כנראה, המקרה הראשון שהנושא נדון בבית משפט אזרחי בארץ. לפי הדיון העברי, על-מנת להבטיח מזונות, אחרי פקיעת הנישואין, לילד שנולד לאשה בהזרעה מלאכותית שנעשתה מתורם זר בהסכמת הבעל, יש צורך בהתחייבות מפורשת של הבעל לזון את הילד שיוולד, התחייבות שתערך באופן שתהא תקפה, דהיינו בנוכחות עדים ועל-ידי קניין" (מחקר של י' אינדיג).

שופט בית המשפט העליון י' כהן קובע, שאין כל קושי לחייב את מקס במזונות הילדה עד ליום גירושיו ממרגלית. סעיף 3 (א) לחוק לתיקון דיני העונשין (מזונות), תשי"ט—1959, קובע: "אדם חייב במזונות הילדים הקטינים... של בן-זוגו לפי הוראות הדיון האישי החל עליו, והוראות חוק זה יחולו על מזונות אלה". על-פי הדיון האישי, שהוא במקרה שלנו המשפט העברי, חייב בעל לזון מדין צדקה את ילדי אשתו, ובכך די כדי לבסס את החיוב במזונות, כאמור, עד ליום הגירושין. אך נותרת השאלה מה היסוד לחיובו של מקס במזונות עבור הילדה שנולדה מהזרעה מלאכותית שנעשתה לאשתו בהסכמתו, כשמדובר במזונות אחרי שפקעו הנישואין.

השופט המחוזי ביסס, בין השאר, את החיוב במזונות על הנימוק שלהלן: "משהסכים הנתבע להפרייה מלאכותית של אשתו, הוא הסכים שיצטרף אדם נוסף למשפחתו. הוא גם ידע שלעולם לא יידע מי היה התורם האלמוני של הזרע לצורך אותה הפרייה. הסכמה זו של הנתבע יש לראותה ככוללת התחייבות מכללא לפרנס את אותו קטין או קטינה שיוולד כתור-צאה מאותה הפרייה. כל מסקנה אחרת תביא לתוצאה שהדעת וההגיון אינם סובלים אותה. אותו קטין שיוולד כתוצאה מהפרייה מלאכותית לא יכול לדעת מזרעו של מי נולד ואת בעל אמו אינו יכול לתבוע. קטין כזה יפול למעמסה על החברה. על כן ברור לדעתנו, שכאשר אדם מסכים שאשתו תופרה בהפרייה מלאכותית, הוא מסכים ומתחייב מכללא הן כלפי אשתו והן לטובת הילד שיוולד, לפרנס ולזון את הקטין שיוולד כתוצאה מאותה הפרייה. המסקנה היא

שתביעת התובעת מסי' 2 (הילדה) למזונותיה יכולה להתבסס גם על התחייבות מפורשת או מכללא כזו של הנתבע.

השופט אף הסתמך על פסקי דין אמריקניים בנדרון ובמיוחד על פסק דין של בית המשפט העליון של מדינת קליפורניה, אשר קבע בין השאר: "... אדם סביר, אשר עקב אי יכולתו להפרות, משתתף באופן אקטיבי ומסכים להזרעה מלאכותית של אשתו בתקווה שיווצר ילד שאליו הם יתייחסו כאל ילד שלהם, יודע שהתנהגות כזו נושאת אתה התחייבויות משפטיות של אבהות ואחריות פלילית בגין אי-תמיכה. אדם אשר מסכים ליצירת הילד אינו יכול ליצור יחסים זמניים שהוא יקבל אותם או יתכחש להם כרצונו, אלא ההסדר צריך להיות בעל אופי כזה, שיטיל עליו חובה לתמוך באלה שעבור קיומם הוא אחראי באופן ישיר. כפי שצוין בית המשפט שדן בענין, יחא זה בטוח להניח שבלי ההשתתפות האקטיבית וההסכם של הנתבע הילד לא היה נוצר".

השופט י' כהן סבור, שבמקרה דנא משתמעת מההסכם בין הבעל לאשה בדבר קיום הזרעה מלאכותית התחייבות של הבעל לזון את הילד שיוולד כדרך שחייב אב לזון את ילדו. על כן צדק בית המשפט המחוזי כשחייב את מקס בתשלום מזונות לילדה גם אחרי תקופת פקיעת הנישואין.

ודרך אגב, במאמר בנושא ההזרעות המלאכותיות קובע ד"ר שיפמן כי מספרן של הזרעות אלה הנערכות בארץ גדול למדי ולא מעטות מהן מבוצעות בידי רופאים פרטיים. הנושא כולו פרוץ מבחינת הסדר תחיקתי ונראה שעוד יוסיף להעסיק את בתי המשפט בעתיד. מקס ימשיך אפוא לשלם מזונות לילדה שבאה לעולם עקב הסכמתו שתיעשה הזרעה מלאכותית באשתו.

פרסומים שנתקבלו במערכת

המוסד לביטוח לאומי, משרד הבריאות ואוניברסיטת תל-אביב, צרכים רפואיים וסוציאליים של קשישים מוגבלים — שירותים נחוצים ועלותם. ירושלים, יולי 1981. 139 עמ'.
ממצאי מחקר מקיף שנערך בבני ברק במטרה לעמוד על צורכיהם הרפואיים והסוציאליים של קשישים המוגבלים ביכולת התפקוד שלהם. הממצאים עשויים להיות לעזר רב בגיבוש המדיניות שתיוקט לשם הפעלת ביטוח סיעוד.

קלנר, יעקב, העלויות הראשונות — מיתוס ומציאות. האוניברסיטה העברית בירושלים, בית-הספר לעבודה סוציאלית ע"ש פאול ברוואלד, ירושלים, תשמ"ב. 168 עמ'.
זוהי אסופה של מאמריו של פרופ' קלנר ז"ל, שעניינם התפתחותה של המדיניות החברתית בארץ-ישראל בתקופת העלויות הראשונות.

Estes Carroll, *The Aging Enterprise*, Jossey Bass, Publishers, San Francisco, Washington, Boston, 1980. 283 pp.

בשעת יישום פרספקטיבות של כלכלה מדינית הושם הדגש בשאלה כיצד המדיניות לגבי הקשישים משקפת שיקולים ובעיות בתחום הרחב יותר של הכלכלה והפוליטיקה. ספר זה בוחן לא רק את מקורותיהם ותוצאותיהם של קווי המדיניות הנוגעים לקשישים, כי אם גם את כלל המפעל למען הקשישים שנוצר בעקבות בעיות אלה. כמו כן מתואר כאן שיתוף הקשישים בקביעת המדיניות הנוגעת להם וביישומה.

Hansen, Elizabeth, *The Politics of Social Security*, Auckland University Press, Oxford University Press, 1980. 181 pp.

המחברת מתארת את התפתחות הביטוח הלאומי בניו זילנד מאז 1938, השנה שבח נתקבל חוק הביטוח הלאומי של ניו זילנד, ועד שנת 1978, לאור המדיניות שהיתה נהוגה בתקופות השונות.

Levy, Baruch, *A Comparative Study of Attempts to Formulate Social Policy on the National Level in the USA, the United Kingdom and Israel*, University Microfilm International, Ann Arbor, Michigan, U.S.A., London, England, 1980. 362 pp.

זהו מחקר השוואתי ראשוני שבו נעשה ניסיון לנסח קווים למדיניות סוציאלית ברמה הלאומית, בארצות הברית, בבריטניה ובישראל. בין היתר מודגשת חשיבותו של הפיקוח הממשלתי על ניסוחה ויישומה של המדיניות הסוציאלית לאור הצורך הרחוף בשינוי סדרי העדיפויות הלאומיים.

Nixon, J., *Fatherless Families and Family Income*, Dept. of Health and Social Security, London, 1979. 240 pp.

הספר מבוסס על מחקר שנועד לחקור את תנאייהן הכספיים והחומריים של משפחות חסרות אב המקבלות השלמת הכנסה. המחקר משווה גם את מצבן הכלכלי של משפחות אלה עם זה של משפחות אחרות הנהנות מביטוח סוציאלי ובכלל זה משפחות הכוללות את שני ההורים.

Organization for Economic Cooperation and Development, *Unemployment Compensation and Related Employment Policy Measures*, Paris, 1979. 281 pp.

זהו דו"ח המביא תוצאות מחקרים שנעשו בכמה מדינות בנושאים של מדיניות הגמלאות, חוסר עבודה ושילובם מחדש של העובדים בשוק העבודה. המדיניות שנחקרו הן: אנגליה, צרפת, שוודיה, ארצות הברית וקנדה.

Owens, G. & P. Birchenall, *Mental Handicap: The Social Dimensions*, Pitman Publishing Ltd., London, 1979. 239 pp.

הספר מנתח את הנושא של מוגבלות נפשית בהקשר של המשפחה, הקהילה ובית החולים.

Rix, Sara & Paul Fisher, *Retirement Age Policy — An International Perspective*, American Institute for Research, Washington, 1981. 233 pp.

הספר מתרכז בבעיות הפרישה מעבודה, לזמן קצר ולטווח רחוק, בהמש מדינות: צרפת, גרמניה המערבית, דנמרק, שוודיה והממלכה המאוחדת. ואלה הנושאים העיקריים שהספר דן בהם: המגמות בתחומי העבודה והפרישה ממנה, בעיית מימוןה של מערכת הביטוח הסוציאלי, עתידה והערכתה של מדיניות הפרישה מעבודה ובעיית גיל הפרישה.

Room, Graham, *The Sociology of Welfare*, Basil Blackwell, Oxford, Martin Robertson, Oxford, 1979. 276 pp.

המחבר ממקד את תשומת לבו בשלושה היבטים של החברה הקפיטליסטית: הדינמיקה של השינוי החברתי, התהוותו של חוסר השוויון, דפוסי הקונפליקט והאינטגרציה בחברה, והוא בוחן את הדרכים שבהן המדיניות הסוציאליות השונות משפיעות אלה על אלה.

Sanford Cedric, *Social Economics*, Heinemann Educational Books, London, 1977. 268 pp.

בספר זה מוצגים המדיניות הסוציאליות ונושאייה בבריטניה מנקודת מבטו של כלכלן. בין היתר דן המחבר בנושאים אלה: גודלו של המגזר הציבורי, האובלוסייה, העוני בעתיד, חלוקת ההכנסות והעושר.

United Nations, *Integration of Disabled Persons into Community Life*, 81 pp.

הדברים מבוססים על דו"ח של ועדת מומחים מטעם האו"ם ומתוארות בהם גישות שונות לשילוב המוגבלים בחיי הקהילה.

Yanovitch, Murray, *Social and Economic Inequality in the Soviet Union*, M. E. Sharpe Inc., Publishers, White Plains, New York, 1977. 197 pp.

המחבר מנתח בהרחבה את התפיסה הסווייטית של המבנה החברתי ומתאר צדדים שונים של אי השוויון בחברה הסווייטית: הפרשיות בהכנסות, אי שוויון בנגישות למוסדות ההשכלה השונים, נייחות חברתית על היבטיה השונים.

רשימת המאמרים שהופיעו בחוברות "בטחון סוציאלי" 1-23

חוברת 1, פברואר 1971

ד"ר ישראל כ"ץ
רפאל רוטר ונירה שמאי
ד"ר אברהם זורון
ד"ר אריה ניצן
ד"ר גיורא לוטן
רפאל רוטר ונירה שמאי

עמוס מילר
אהרון אפרת
דן שניט
אוליב סטיבנסון
ד"ר אריה ניצן

נגלה ונסתר במדיניות סוציאלית
דפוסי העוני בישראל — ממצאים ראשוניים
מענקי התייקרות 1962 — נסיון של שירות סלקטיבי להבטחת הכנסה
שכבות מעוטות הכנסה בישראל (זקנים ושאיירים מקבלי הטבות סוציאליות)
התחשבות בצרכים אינדיבידואליים במסגרת הביטוח הסוציאלי
התחלקות ההכנסה האישית בישראל — המגמות בשנות השישים
מימון בחשבון צובר (Funding) ובחשבון שוטף —
אספקטים כלכליים חשבוניים וחברתיים
מדיניות שכר ותופעות עוני
כמה בעיות משפטיות בסוגיית הסעד למעוטי היכולת
בעיותיו של הפרט במערכת הבטחון הסוציאלי
התפתחויות האחרונות בבטחון הסוציאלי בעולם

חוברת 2, דצמבר 1971

ד"ר מאיר אביזוהר
ד"ר י. א. קואומו
פרופ' ראובן ירון
יוסף חלד

אהרן הימל
ד"ר אברהם זניאל
אידה ס. מרים
ד"ר אריה ניצן
השאם נאשף
ריצ'רד מ. טיטמוס

ד"ר ישראל כ"ץ

למקורותיה של הגישה השוויונית למדיניות רווחה
הגנת העובד מפני אבטלה (מחקר משווה)
להצעת "חוק ביטוח בריאות, תשל"א—1971"
בדרך לחוק ביטוח בריאות
קיצבת זיקנה ושאיירים בשנים 1954—1970
(כוח קנייתה היחסי ושיעורה במונחי שכר ממוצע)
גישות חדשות לתכנון מדיניות סוציאלית
עוני, ערכי-שוויון ומבנה הבטחון הסוציאלי
סימפוזיון בינלאומי בנושא: "מדיניות סוציאלית באירופה"
השתלבות האוכלוסייה במזרח-ירושלים במסגרת הביטוח הלאומי
"זכויות" בחברת רווחה. החוק ושיקול הדעת
דם, רווח ותמריצים במדיניות סוציאלית (על ספרו של ריצ'רד מ. טיטמוס:
"יחסי תשורה: מדם אנוש למדיניות סוציאלית")

חוברת 3, יוני 1971

דוד תורוביץ
פרופ' יואל שנין
אליעזר שמואלי
אברהם כ"ץ
ד"ר אברהם זורון

משה לוין
רן חרמש, רוני בר-צורי ויורם ברזילי
ד"ר יוסף בר-אור
ד"ר חגית ריגר-שלונסקי
לוטה זלצברגר וד"ר יונה מ. רוזנפלד
פרופ' אלבין ל. שור
גד יעקבי
עו"ד אריה זולף

המבחן הסוציאלי של המדיניות הכלכלית
החיים שמעבר "לשיא" (שינויים פסיכולוגיים בגיל העמידה)
בעיות בתחום האינטגרציה החברתית בהינוך
התלמיד טעון הטיפות, מורו והכשרתו
גימלאות על פי מבחני נזקקות בביטוח הלאומי
"נכה" ו"נכות" — כמושגי יסוד בכמה מחוקקים הסוציאליים בישראל
(ניתוח השוואתי)
מענק אבטלה או עבודה יזומה
ביטוח לאומי — אשליה של עצמאות
שירותי רווחה כדרך לחקצאת תגמולים חברתיים
דפוסי הפעולה של שירותי הרווחה בירושלים
ביטוח סוציאלי — אידאולוגיה ותוכנית
מדיניות סוציאלית ופער חברתי
הקיקה סוציאלית (סקירות): ביטוח מפני אבטלה; חוק המזונות

חוברת 4-5, יולי 1973

ד"ר ישראל כ"ץ
יוסף סלייפר
נעמי ליבנה
ד"ר י. א. קואומו
פרופ' זאב פלק
ד"ר אריה ניצן
רפאל רוטר
עוזי אבל
ישראל קיסר

צימצומה של מצוקה (סוגיות ישנות בזמן הזה)
גישות חדשות לשיכון הציבורי
השפעות כלכליות של הנהגת ביטוח אבטלה בישראל
בטחון סוציאלי למובטל בישראל
חקיקה חדשה בתחום הבטחון הסוציאלי
תנאי חייהן של משפחות מרובות ילדים
הרפורמה בקיצבאות הילדים בישראל
לקראת ביטוח פנסיוני חובה יחסי להכנסה
בוררות חובה במערכת יחסי העבודה
ליקויים ופגמים בשיטה הקיימת לפיצוי נפגעי תאונות דרכים (דברים בעקבות
התזכיר להצעת חוק הגימלאות לנפגעי תאונות דרכים)
לקראת כיסוי מלא של תאונות ונכות במסגרת הביטוח הסוציאלי
תשומות וערכים בשירותי הסעד
נסיון להפריד בין תפקידים הקשורים במתן תמיכה כספית לבין שירותים
סוציאליים אחרים בעירית ירושלים
תמורות בחברה הערבית על רקע יישום השירותים הסוציאליים
ביטוח סוציאלי — אוניברסלי או סלקטיבי
שמרנות ורווחה
חקיקה ופסיקה סוציאלית (סקירות): חוק מס מקביל, תיקוני הביטוח
הלאומי (10, 11, 12); תיקון לחוק שירות מילואים (תגמולים) פיצויים
. לאלמנה; מהו מעון ילדים?

חנוך אריאל
ד"ר גיורא לוטן
דב פרומן

ד"ר אלעזר ד. יפה
אורי שטנדל
פרופ' וילבור ג'. כהן
ד"ר מאיר אביזוחר

עו"ד אריה וולף

חוברת 6-7, יולי 1974

ד"ר גיורא לוטן

ייחודו של הביטוח הלאומי
מיגבלות השירותים לפי עקרון נזקקות (מקרה המענקים לתלמידים
בבתי הספר העלייסודיים)
ביטוח נכות

ד"ר אברהם דורון
רפאל רוטר ודבורה אבינרי
צבי בהר

ארגוני נכים בישראל (מבנה, מניעים ודרכי התנהגות)
הדילמות המקצועיות ב"שיקול הדעת" בעבודה סוציאלית (הצגת נסיון
אמפירי ליישוב הבעייה)

ד"ר אליעזר ד. יפה

ד"ר יוסף קטן
מוריה אבנימלך
פרופ' ח. ש. הלוי
חנה וייל
פרופ' זאב פלק
ריצ'רד קרוסמן
ד"ר ישראל כ"ץ
עו"ד אריה וולף

לקראת שיתוף לקוחות בשירותי רווחה בישראל (בחינת הרעיון ומניעיו)
השפעת ההוצאה הציבורית לשירותים סוציאליים על החלוקה מחדש של החכנסות
טיפוליים בישראל
אוכלוסיית המעונות לקשישים עצמאיים בישראל
סעד משפטי — בזכות
הפוליטיקה של הפנסיות
ריצ'רד מ' טיטמוס; אידיאליסט, מדען ומגשים
חקיקה סוציאלית (סקירה): ביטוח נכות

חוברת 8, מארס 1975

ד"ר יעקב חביב
ד"ר מאיר אביזוחר
ד"ר אריה ניצן
אברהם וולפנזון
ד"ר אוריאל פרוקצ'יה וד"ר אריה ל. מילר
פרופ' שמעון צייגר

העוני בישראל 1964—1974, לאור התפתחות המערכת להבטחת החכנסה
מודעות לזכויות הבטחת חכנסה
עבר, הווה ועתיד במערכת הביטוח הלאומי בישראל
בטחון סוציאלי כמוקד הוויכוח בליברליזם המודרני
מצבו הכלכלי של הנכה כמבחן לשיעור הגימלה
עקרונות שיטת הפנסיה במזרח אירופה

חסעת תלמידים (Busing) כמכשיר לדסגריה של מוסדות חינוך בארה"ב ובישראל
 האחידות שבשירותי הבריאות
 עמדות כלפי הקיים והחסר בתחום הבריאות מבחינתם של צרכני השירותים
 תקשורת עם אוכלוסיית המצוקה
 מערכת שירותים למשפחות חד-הוריות (שירותי משרד הבטחון לאלמנות מלחמה וילדיהן)
 צעד חדש בכיוון לרווחת הילד
 חקיקה ופסיקה סוציאלית (סקירות): ביטוח זכויות עובדים בפשיטת רגל ופירוק תאגיד; חוכאי בעל לפיצויי פיטורים של אשתו? מי ישלם פיצויים לעוזרת?

אליעזר שמואלי
 פרופ' ק. י. מן
 יורם ברזילי ורוני ברצורי
 אלחנן גפני
 לאח שמגר-הנדלמן
 פרופ' זאב פלק
 עו"ד אריה וולף

חוברת 9-10, דצמבר 1975

התערבות קצרת-זמן: דגם שירותי חירום לעת משבר קהילתי אידיאולוגיה, תוכניות וגורמים ארגוניים במערכת הסעד: המקרה של ישראל
 שירותי רווחה באמצעות לשכת הסעד
 סגנון התמודדות ושיקום
 הנטיה להתמודדות פעילה כגורם בחיקולטות בעבודה ארגון מוסדות השיקום בישראל
 חלוקת ההכנסות מחדש באמצעות הביטוח הלאומי (לפי קבוצות דימוגרפיות וקבוצות הכנסה)
 התמריצים לעבודה במערכת התמיכות בישראל
 שנת האשה הבינלאומית (הרחורים מסוימים)
 מעמד האשה הערבית בישראל על סף שנת 1976
 התיישבות הקלאית כאלטרנטיבה לעוני (מאה שנה לתוכניתו של ישראל דב פרומקין לתתיישבות עניי א"י)
 אלטרנטיבה למערכת הרווחה במציאות הפוליטית בישראל
 השלכות חברתיות של הרפורמה במיסוי הישיר
 חקיקה ופסיקה סוציאלית (סקירות): תיקונים בחוק הביטוח הלאומי, מזונות לבן זוג, דינו של "חידוע בציבור" כבן זוג, תאונת עבודה בשעת רחצה בבריכה, פיצויים על הפסד השתכרות

פרופ' בנימין ינוב (צ'טקוב)
 ד"ר אברהם דורון ופרופ' ראלף מ. קרמר
 ד"ר חגית ריגל-שלונסקי
 פרופ' יואל שנק, ד"ר חיים אדלר ופרופ' אמיל אדלר
 עדנה וולף ופרופ' יואל שנק
 ד"ר שלמה כץ וויקטור פלוריאן
 ד"ר יעקב חביב
 ד"ר מרגזרי חוניג
 זינה הרמן
 אורי שטנדל
 ד"ר יעקב קלנר
 ד"ר אליעזר ד. יפה
 ח"כ יחזקאל פלומין
 עו"ד אריה וולף

חוברת 11, יולי 1976

הארגון החברתי של השירותים לטיפול סוציאלי-אישי השירותים הסוציאליים האישיים במבט בין-ארצי
 האופי הארגוני של מוסדות שירות וולונטריים בישראל
 ההתערבות הטיפולית בשלביה הראשונים של תקופת האבלות אצל אלמנות מלחמת יום הכיפורים — מי, מהי ובאלו תחומים?
 התייחסות הסביבה להורים שכולים
 כוח אדם סיעודי בישראל — היבטים וסוגיות
 נפגעי תאונות דרכים — בעיות ופתרונות
 תאטרון קהילתי ועבודה סוציאלית קהילתית
 גיל הפרישה של נשים במבחן עקרון השוויון
 הקשר בין עמדותיהן של נערות בנושאי משפחה לבין תפיסתן את הדפוסיים הקיימים במשפחת מוצאן
 מגמות בחלוקת ההכנסה הלאומית בארץ מתפתחת — הזוגמה של ג'מייקה עליה, אידיאולוגיה ומדיניות סוציאלית מפרספקטיבה היסטורית

ד"ר אברהם דורון
 זינה הרמן
 פרופ' ראלף קרמר
 ויקטור פלוריאן
 ד"ר יואל ינוב ואברהם כרמלי
 פרופ' רבקה ברגמן ורות רון
 ד"ר אריה ניצן
 פרופ' בנימין ינוב (צ'טקוב)
 ד"ר רות בך-ישראל
 ברכה רובינק וד"ר אורית איכילוב
 ד"ר חיים הרפז
 ד"ר יעקב קלנר

חקיקה ופסיקה סוציאלית (סקירות): הצעת חוק דמי מחלה; בין אב לבן;
 הזכאי בעל לפיצויי פיטורים של אשתו; תאונה לחברת ועד עובדים
 סיקורת ספרים (חוק העניים משנת 1834 — א-היסטורי או א-סטטיסטי;
 האקדמאים והרביזיה של תוכנית בוורידג' בשנות החמישים וחשישים;
 החפרשיות והפער ב"חברה ההסתדרותית")

עו"ד אריה וולף

ד"ר יעקב שביט

חוברת 12-13, מארס 1977

הרפורמה במס ותשלומי העברה בישראל, יולי 1975
 שיפור דפוסי החכוננה והתיאום של שירותי הרווחה
 על חלוגיקה של שירותי הרווחה
 שכר עבודה, שירותים בעין (In Natura). ומדיניות סוציאלית
 זכויות הנכים ברפובליקה הפדראלית של גרמניה — סקירה
 השוואתית וביקורתית
 ביטוח נכות לעקרת הבית ומה הלאה?
 תנאי עבודת נשים בארצות מזרח-אירופה
 סוציאליזציה בגיל השלישי — הערכת תוכנית הדרכה לפרישה
 חינוך והדרכה לאורה תיים הסכוני
 מפעל נסיוני לשיפור שירות ההזנה בבתי-הספר
 ארוחות בבתי-ספר באנגליה
 ביטוח בריאות — הארות למבקרים את הצעת החוק
 על מצוקת הדיור בישראל
 על בעיות של נאמנות בעבודה סוציאלית: מיהם בעליהם של שירותי הסעד?
 חקיקה ופסיקה סוציאלית (סקירות): חוק עבודת נשים (תיקון מס' 5),
 תשל"ו—1976; חוק הביטוח הלאומי (תיקון מס' 23), תשל"ו—1976;
 חוק הביטוח הלאומי (תיקון מס' 24), תשל"ו—1976; טובת הילד;
 סדר עדיפות בהצלת בני אדם
 סיקורת ספרים (מדינת הרווחה וחברת הרווחה — אשליה ומציאות;
 צדקה וסיוע מול פרודוקטיביזם וקונסטרקטיביזם)

רפאל רוטר ונירה שמאי
 ד"ר משח שני
 אלחנן גפני
 ד"ר יעקב שביט

ד"ר אריה ל. מילר
 ד"ר רות בן-ישראל
 פרופ' שמעון צייגר
 יעל קרמר
 נעמי פינטון
 אגני מינחרד ונעמי פינטון
 פרופ' אלפרד ג'. קאהן ושיילה ב. קמרמן
 עו"ד אריה וולף
 יוסף סלייפר
 ד"ר אליעזר ד. יפה

עו"ד אריה וולף

ד"ר יעקב שביט

חוברת 14-15, נובמבר 1977

מגמות בביטוח הסוציאלי בעולם: אתגר שלהי שנות השבעים
 מדיניות רווחה: מצעי המפלגות בבחירות לכנסת התשיעית
 הפרישה מן העבודה לאור מצבם הדמוגרפי של הקשישים
 עבודת התנדבות והתגמולים ממנה
 שירותי רווחה למבוגר ולקשיש בחברה הקיבוצית
 האם יש לעניים הזדמנות שווה לקניית "ההזדמנות השווה"
 חשתתפות אזרחים בתכנון עירוני
 פיתוח ארגוני בשירותי הסעד — סיכום עבודת שנה עם צוות בלשכת סעד עירוני
 שירותי אינפורמציה וייעוץ בירושלים
 ניהול רשת קהילתית תומכת
 התייחסות עובדי השיקום למציאות האבחון המקצועי
 שליטת הרפואה בחוק הישראלי בנושא האשפוז הלא-רצוני
 תורנויות של בתי מרקחת (תולדות החקיקה בנדון)
 ראשיתה של מדיניות סוציאלית בחברת הישוב היהודי בארץ ישראל
 הסיוע למובטלים בתקופת הישוב (1925—1930) — נדבנות,
 יצרנות ועזרה חדדית
 מקורות תרבותיים-יהודים לאידיאולוגיית הרווחה הישראלית

ד"ר פאול פישר
 ד"ר יעל ישי
 ד"ר אריה ניצן
 ד"ר בנימין גדרון
 דוד אתר

אלי טירם
 פרופ' בנימין ינוב (צ'טקוב)
 ד"ר אמנון כספי
 ד"ר אברהם דורון ואליעזר פרנקל
 ד"ר עמירם גונן
 ויקטור פלוריאן ודב הר-אבן
 מיכל גוטמן
 פרופ' ח. ש. הלוי
 ד"ר יעקב קלנר

ד"ר ראובן שינדלר

אברהם וולפנון

חסימה ופסיקה סוציאלית (סקירות): חוק התגמולים לנפגעי פעולות איבה (תיקון מס' 3), תשל"ז-1977; חוק פיצויי פיסורים (תיקון מס' 10), תשל"ז-1977; תיקונים בחוק הביטוח הלאומי (תיקון מס' 28, תיקון מס' 30); אימוץ בלי הסכמת האם הטבעית; רוקח שהתכחשה לבתה קטינה; גילם הגבוה של מאמצים סיקורת ספרים (השלמת שנה מול קצבאות ילדים)

עו"ד אריה וולף
ד"ר יעקב שביט

חוברת 16, יולי 1978

בעיה סוציאלית והתערבות סוציאלית — מערכת מושגים לניתוחם
אבני נגף בדרך לקביעת מדיניות חברתית בתחום הבטחון הסוציאלי בישראל
סוגיות במדידת העוני בישראל
תיקרה לרמת-חיים — על העדרם של סטנדרטים לרמת-חיים מקסימלית
כחלק ממדיניות שוויונית
מקבלות דמי מזונות בישראל — ממצאים ומסקנות
חרופא הישראלי נוכח צרכיהם של שירותי הבריאות בישראל
ישיבות צוות בארגוני שירות
הרתורים על גרונטולוגיה מונעת בישראל
התכנסה של הקשישים ומקורותיה
שירותי מידע לקשישים בישראל
החקיקה הישראלית המתיחסת לאשה והשפעתה על מעמדה הנחות בעבודה
העובד הסוציאלי הישראלי כמתריע חברתי
חסימה ופסיקה סוציאלית (סקירות): תיקון לחוק פיצויים לנפגעי תאונות דרכים; טובת הילד — השיקול המכריע; דמי מזונות לילדים; תקיפה כתאונת עבודה עו"ד אריה וולף

ד"ר יעקב קלנר
ד"ר אברהם דורון
ד"ר יעקב חביב, ד"ר מאיר כהן וד"ר רוברט לרמן
ד"ר מאיר אביזוהר וד"ר יעקב שביט
ד"ר אריה ניצן
פרופ' ק. י. מן
ד"ר דוד ברגל
פרופ' יצחק מרגולץ
ד"ר חיים הרפז
דב שנער
עו"ד אבינועם עצמון
יוסף כורזים

חוברת 17, מארס 1979

הארגון הפלורליסטי של שירותי הבריאות בישראל
שירותי רפואה בישראל — מבט מזווית אחרת
ביטוח בריאות — לקראת העתיד (בעיות נבחרות)
ביטוח בריאות — השגות והצעות
רפואה ממלכתית ומחירה
האם ביטוח מלא לחוצאות רפואיות מבטיח בריאותנו?
שיטת התשלום לרופא בביטוח הבריאות
ניתוח והערכה של נסיונות ליישום מדיניות שכר סלקטיבית בשירות
הציבורי בשנים 1976-1977
הודקנות האוכלוסייה, תעסוקת קשישים
ומדיניות הפרישה
הדאגה לקשיש בחברה הקיבוצית
שלושה אופני התערבות במשפחות שכולות
עבודה סוציאלית קהילתית ומנהיגים פוליטיים
ברשויות המקומיות
חסימה ופסיקה סוציאלית (סקירות): חוק שכר מינימום; זכויות לאסירי ציון ולמשפחות הרוגי מלכות; תקנות בדבר מתן סיוע משפטי; פיצוי נזק לעובד נקיין; דיור נפרד לאשה; הפקרת ילד

פרופ' ח. ש. הלוי
פרופ' אברהם דורון
ד"ר אריה ל. מילר
ד"ר רם ישי
ד"ר אסא הראל
יפה מכנס-כספי
עו"ד אריה וולף
פרופ' אריה שירום ואבישי לנדאו
ד"ר אמיר חלמן וד"ר מיכאל סוניס
דוד אתר
מיכל גוטמן

פרופ' בנימין ינוב וד"ר שמואל נדלר
עו"ד אריה וולף

חוברת 18-19, דצמבר 1979

השיכון העירוני בשנות המדינה
הגיאוגרפיה של השיכון הציבורי בערי ישראל

יוסף סלייפר
ד"ר עמירם גונן

ד"ר חיים הרפז
פרופ' אברהם דורון

חנה וייל
פרופ' יעקב קלנר

יוסי תמיר
ד"ר מנחם כרמי
ד"ר אריה ל. מילר
ד"ר אליעזר יפה
פרופ' שמעון צייגר

עו"ד אריה וולף

מגורים בתל-אביב-יפו — תהליכים ומגמות
שירותים מוסדיים לקשישים בי"8 ארצות (סקירה משווה)
סיבות פגייח למעונות לקשישים עצמאיים —

השלכות לתכנון שירותים לקשישים
ה"אמת מארץ-ישראל" — מהאח, ביקורת ותיקון
שינויים בדפוסי העוני באוכלוסיית השכירים בישראל
בשנים 1969—1977 (מגמות כלליות)

שכר מינימום: גישות בספרות והשלכותיו האפשריות בישראל
הביטוח הסוציאלי ושאלת הפיצויים על כאב וסבל

גורמים להשמה דיפרנציאלית של ילדים טעוני חסות בישראל

כמה היבטים של מדיניות הוצאות למטרות חברתיות במדינות מזרח אירופה
חקיקה ופסיקה סוציאלית (סקירות): תיקון לחוק מס מקביל; חוק הביטוח

הלאומי (תקון מס' 36); זכות המזונות של ילד; חיוב סבתא במזונות נכדתה

חוברת 20, אוגוסט 1980

פרופ' אברהם דורון
גב' לאה אחדות וד"ר מנחם כרמי
ד"ר אריה ניצן

דוד דרור ומנשה כרמון

ד"ר יפה מכנס-כספי

ד"ר שאול קובובי

ד"ר אריה ל. מילר

פרופ' ח. ש. חלוי

אלחנן גפני

דבורה אבינרי

ד"ר דוד ברגל וד"ר בעז שמיר

עו"ד אריה וולף

מחצית היובל לביטוח לאומי בישראל — הישגים ובעיות
25 שנה למוסד לביטוח לאומי

קווים להתפתחות הביטוח הלאומי בישראל

הלימות כיסויי הסיכונים בפנסיה המקיפה

הבטיים כלכליים לתיקון בתקנות קרנות הפנסיה

המיקרו-טראומה

ביטוח נפגעי עבודה: ניתוח מבחינת המשפט הרצוי

ביטוח אמחות במסגרת בריאות הציבור — ציוני דרך בעבר ותוואי לעתיד

בניית תדמית ציבורית למוסד לביטוח לאומי

אמנות בינלאומיות בתחום הבטחון הסוציאלי

רווחה במקומות עבודה — תחום התערבות בעבודה סוציאלית

חקיקה ופסיקה סוציאלית (סקירות): תיקון לחוק לימוד חובה; תיקונים לחוק

הביטוח הלאומי; קצבת ילדים אינה הכנסה של הורים

חוברת 21, מארט 1981

פרופ' ר. א. פארקר
ד"ר יעל ישי

פרופ' יואל ינון, אירית שרון, זויה עזגד ועילית בר-שיר

יהודה גבע ויצחק מואב

יעקב קופ

ד"ר יעקב חביב וחיים פקטור

יהודית קינג ואניטה גריפל

ד"ר ל. אפשטיין, גב' ע. תמיר,

גב' י. סלומון, ד"ר גלפר,

ד"ר ד. אוסטרוביץ וד"ר ס. לינדר-פלץ

הטיפול הסוציאלי במדינת רווחה בת זמננו

השפעת ארגונים ציבוריים על מדיניות רווחה: היבטים משווים

מי עוזר למי? השוואה בין חניכי עיר,

מושב וקיבוץ

הסדרי עדכון והערך הריאלי של קצבאות בתקופת אינפלציה

תמורות במבנה הגיל והשלכותיהן על הביקוש לשירותים ציבוריים

סוגיות בהערכת הצעות לפנסיה ממלכתית

מי צריך קורס הכנה לפרישה?

רתיקות בקרב קשישים

הפתתת אישפוזים פסיכיאטריים ושינוי דפוסי הטיפול

בחולי נפש: ניתוח משווה

גישות של פוליטיקאים לחולי נפש ומחלות נפש — השוואה בין חברי

הכנסת וחברי הפרלמנט הבריטי

הערות לחוק הפיצויים לנפגעי תאונות דרכים תשל"ה—1975

וחוק הביטוח הלאומי (נוסח משולב), תשכ"ח—1968

ד"ר אורי אבירם

שולמית רמון

חנוך אריאל

עוזי אבל
זאב ברקאי

שלוש שנים להפעלתו של חוק הפיצויים לנפגעי תאונות דרכים
על מדיניות השיכון ובעיות יישומה

חוקה ופסיקה סוציאלית (סקירות): הצעות חוק הביטוח הלאומי (תיקון מס' 42);
חוק בניינים ציבוריים (סידורים מיוחדים לנכים), תשמ"א—1980; חוק הכשרות
המשפטית והאפוסטרופסות (תיקון מס' 6), תשמ"ב—1980; אימוץ קטינה ללא
חסכמת הוריה

עו"ד אריה וולף

חוברת 22, נובמבר 1981

ד"ר א"ל מילר
מייק רדין

מבט חדש בביטוח נכות
השותפות הבעייתית: הפנסיות הממלכתיות והפרטיות בבריטניה
ההיערכות החברתית בישראל לגידול האוכלוסייה הקשישה
ולשינויים במאפייניה

פרופ' אברהם דורון, אריאלה לבנשטיין ויעקב קופ
פרופ' עמירם גונן וד"ר מיכאל סוניס

הגיאוגרפיה של הקשישים בישראל

הקשר בין גיל, פעילות חברתית, פעילות משמעותית ושביעות
רצון מהחיים

נעמי באום, ד"ר שלמה קרביץ וד"ר שלמה כץ

עמדות תושבי שכונות בירושלים כלפי בריאות הנפש ותרומתן

נעמי פינטון

לתכנון של פרויקט בריאות נפש קהילתי

נביל מרשוד

סוגיות בשיקום נכים במזרח ירושלים

ד"ר אהרון פיין

סיוע לישראלים חוזרים — זכאות וזנקקות

חוקה ופסיקה סוציאלית (סקירות): חוק הבטחת הכנסה, תשמ"א—1980;

אירלנד: חוק למניעת אמצעי-מניעה; הורים שכולים נאבקים על

עו"ד אריה וולף

חזקות לבקר אצל נכדם

חוברת 23, יוני 1982

פרופ' ג'וליאן סיימון
פרופ' וילבור ג' כהן

גידולה של אוכלוסיית העולם
כיצד לשמור ולחגן על תכנית הביטחון הסוציאלי ולשפרה

מדיניות חברתית כלפי משפחות הורים עובדים

פרופ' אברהם דורון

עם ילדים בגיל רך — מבט על שוודיה

פרופ' יואל ינון ויהודה רון

מי עוזר יותר למי? התייחסות בין-עדית

פרופ' יונה מ' רוזנפלד

על השימוש במושג שיקום בישראל ועל פיתוחה של תורת שיקום ומקצועית

ברכה בן-צבי

למהות השיקום המקצועי

לוריין שפירא

שיקום מקצועי והערכת תכניות שיקום לאור הספרות המקצועית

חנה וייל

על נסיבות הפטירה של קשישים

אשר חוק

היערכות השירות הסוציאלי בבית חולים כללי לטיפול בנפגעי פעולות איבה

ד"ר אבייקר אלנצויג

דפוסי שימוש בשירותים רפואיים בישראל בהשוואה למקובל

בארצות אחרות: מגעי חולח-רופא

חוקה ופסיקה סוציאלית (סקירות): חוק לתיקון דיני המשפחה (מזונות)

עו"ד אריה וולף

(תיקון מס' 2), התשמ"א—1981; הזדמנות שווה בתעסוקה; האם יכול

בעל למנוע הפסקת חיריון של אשתו? מזונות לילד שנולד מחזרעה מלאכותית