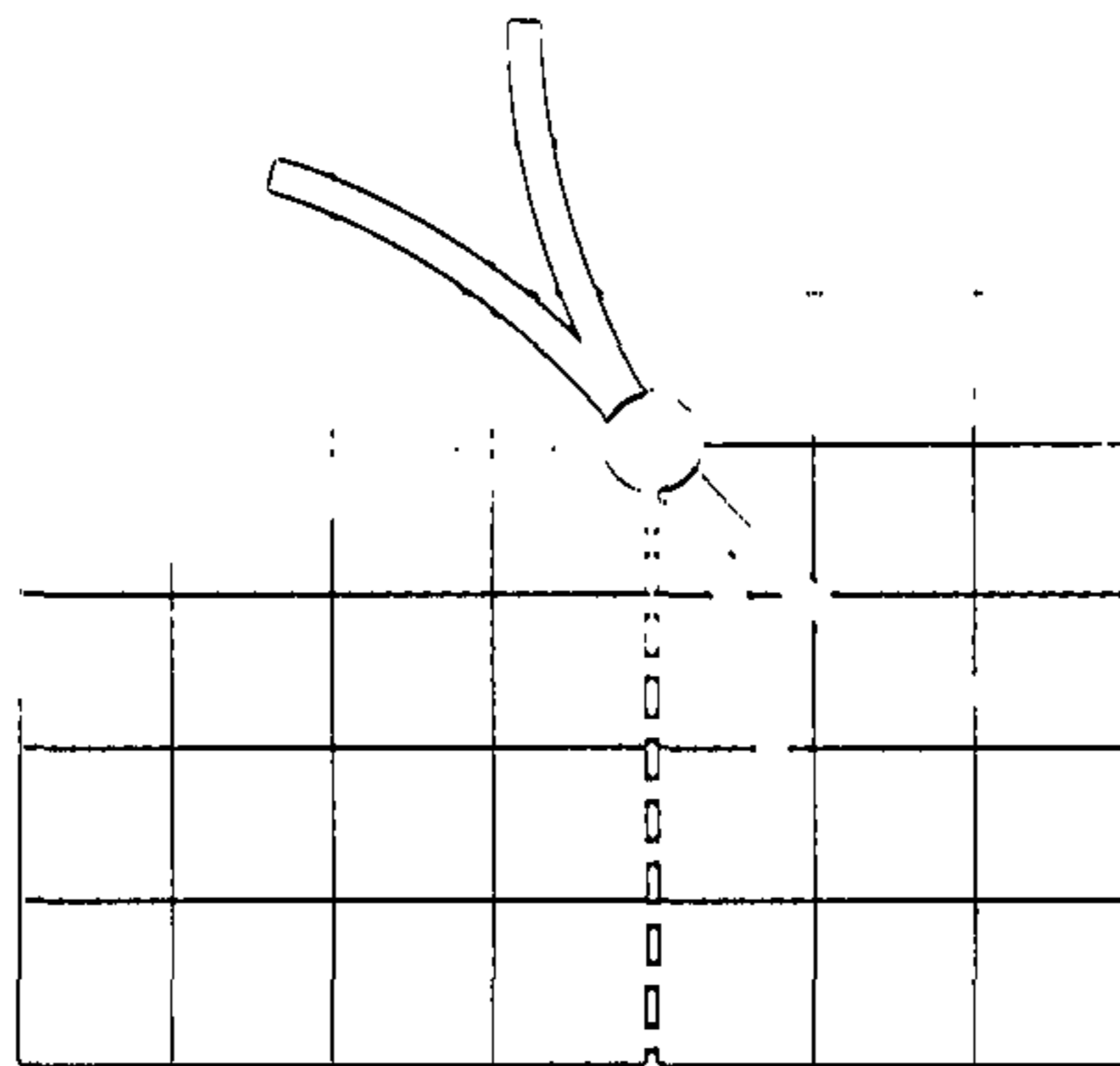


המוסד לביטוח לאומי

מחקרים וסקרים מיוחדים

מוגבלות וחזרה לעבודה ישראל בהשוואה ל-5 מדינות

מאת:
דליה גורדון



מס' 76



המוסד לביטוח לאומי
מינהל המחקר והתכנון

**מוגבלות וחזרה לעבודה:
ישראל בהשוואה ל-5 מדינות
מעקב דו שנתי**

דליה גורדון

ירושלים, אב תש"ס, אוגוסט 2000

תוכן העניינים

עמוד

תקציר

מבוא

1	
2	סידורי החלפת שכר בעת מחלה ונכות במדינות המשתתפות במחקר
7	מערך המחקר

ממצאים

8	
8	החזרה לעבודה וקבלת קצבה
13	אופי החזרה לעבודה
14	תכונות דמוגרפיות
16	תכונות תעסוקה
19	אופי העבודה
20	הפגיעה
20	המצב הבריאותי
24	הציפיות לחזרה לעבודה
26	טיפולים רפואיים
28	המערכת הסוציאלית
36	תהליכים אחרים וקשריהם לחזרה לעבודה
37	שירותים אחרים

מודל מסכם

39

מסקנות והמלצות

43

ביבליוגרפיה

47

ה ק ד מ ה

ב-1992 יזם ארגון הביטוח הסוציאלי הבינלאומי (ISSA) מחקר השוואתי בנושא תהליכי חזרה לעבודה של עובדים שלקו בבריאותם. ישראל, דנמרק, גרמניה, הולנד, שוודיה וארה"ב נענו לאתגר ובכל אחת ממדינות אלו נערך בשנים 1994-1997, מחקר אמפירי פרואקטיבי במבנה דומה (אם כי לא זהה).

מטרת המחקר היתה לבדוק, בפרספקטיבה בינלאומית, כיצד ובאיזו מידע, פעולות וסידורים בתחום הרפואי, הטיפול, השיקומי והמינהלי משפיעים על החזרה לעבודה.

ייחודו של המחקר בכך שהוא בדק באופן אמפירי, את פעולתם של מערכי מדיניות ותחיקה כוללים, מנקודת המבט של מספר דיספלינות בו זמנית.

הפרסום המוצג בזאת מסכם השוואה של מערכות הטיפול השיקומית, הסוציאלית והרפואית בישראל לאלה של יתר המדינות שהשתתפו במחקר, תוך הדגשת מקומו של התמריץ לעבודה הגלום במדיניות, בתחיקה ובנוהל של מערכות אלו בישראל וביתר המדינות.

ברצוני להודות לעובדי מינהל המחקר והתכנון של המוסד לביטוח לאומי על עזרתם ותרומתם לביצוע מחקר זה: למר אלכסנדר גאליה ולמר יאסר עוואד על היעוץ המיתודולוגי והסטטיסטי; לגבי רפאלה כהן על השתתפותה בפיתוח העיבודים הסטטיסטיים; למר יעקב צדקה שריכז את עבודת השדה ולמראיינים אשר ביצעו אותה; לגבי לאה אחדות ולמר שמואל פינציי על שותפותם והערותיהם המעילות בשלבי המחקר השונים; ותודה מיוחדת למר שלמה כהן על ההזדמנות לייצג את ישראל במחקר מעניין זה.

כן תבוא על הברכה ד"ר מילכה דונחין מביה"ס לרפואה של האוניברסיטה העברית בירושלים אשר סייעה בהכנת השאלון הרפואי.

ת ק צ י ר

מסקנות והמלצות

התרחבות מדיניות הרווחה בעשורים האחרונים יצרה צורך דחוף בריסון ההוצאה ובחקטנת התמריץ השלילי לעבודה הגלום בקצבאות. מחקרים רבים שעניינם חיפוש מענה לצרכים אלה מדווחים בספרות הרלבנטית. יחודו של המחקר הנוכחי הוא בכך שהינו רב-דיסיפלינרי, ובכך שהוא בודק מערכי מדיניות כוללים, באופן אמפירי ופרואקטיבי.

היוזמה למחקר היתה של ארגון הביטוח הסוציאלי הבינלאומי (ISSA). הוא נערך בשש מדינות: ישראל, דנמרק גרמניה, הולנד, שוודיה וארה"ב.

עצם ביצוע המחקר מאפשר הפקת לקחים לגבי אפשרויות ומגבלות ביצוע מחקרים משווים אמפיריים בתחום המדיניות הסוציאלית. כמו כן, עושר הנתונים שנאסף עדיין לא מוצה, והם יועמדו לרשות חוקרים שיתעניינו בעיבודם.

בישראל, הדירבון (incentive) העיקרי לחזרה לעבודה של מי שהפסיקו לעבוד עקב פגיעה בבריאותם היה (בתקופת המחקר, ועודנו) הנגישות הנמוכה לקצבה מחליפת שכר. גם בארה"ב מנגנון התמרוץ לעבודה דומה. לעומת זאת, הולנד ושוודיה, בהן הנגישות לקצבה גבוהה, איזנו את התמריץ השלילי לעבודה הגלום בכך ע"י איסור פיטורין על רקע בריאותי, הטלת אחריות מסוימת לשיקום על המעסיק, התערבות שיקומית מוקדמת ואפשרות חזרה מדורגת לעבודה. הן הצליחו בכך והשיגו שיעור חזרה לעבודה גבוה ומהיר יחסית, בעיקר בהולנד (בשוודיה פיצול הסמכויות בין המעסיק לרשות הסוציאלית אולי הביא לעיכוב מסוים בחזרה לעבודה). אולם הערכה שלמה של הישגים אלה תושג רק לאחר שייבדק באיזו מידה בסופו של התהליך (מעבר לשתי שנות המעקב שנכללו במחקר) המשתקמים אומנם הגיעו לעצמאות כלכלית, כלומר המשיכו לעבוד ללא קצבה. ישנם נתונים המורים שדבר זה לא הושג במידה מספקת (ISSA 1999). כמו כן יש לבדוק עלויות של התהליך וכן לבדוק השלכות אחרות שלו, כגון השפעה על הגבלת קליטת עובדים חדשים שאינם לגמרי בריאים. בדנמרק הנגישות הגבוהה לקצבה ללא האיזונים שהוזכרו אומנם הביאה לשיעורי חזרה לעבודה נמוכים ומאוחרים.

הנתונים מורים עוד כי עיקר החזרה לעבודה בכל המדינות, גם בישראל, התרחש בשנה הראשונה לאחר הפגיעה ומי שחזרו בשנה הראשונה – התמידו בעבודתם. היינו, לאירועים הסמוכים לפגיעה השפעה מכרעת על חזרה לעבודה. בישראל נמצא השיעור הגבוה ביותר של מי שחזרו מאוחר יחסית - בשנה השניה. יש יסוד לחשוב, הן מהממצאים ממחקר זה והן ממחקרים אחרים, כי התערבות שיקומית הקרובה יותר למועד הפגיעה היתה מגבירה ומזרזת את החזרה לעבודה. על כן מוצע לבדוק, באופן ניסיוני תחילה, באיזו מידה אצל חולים כלליים ו/או נפגעי עבודה התערבות שיקומית במועד הסמוך לפגיעה, תזרז או תגדיל חזרה לעבודה.

מעריך המחקר לא היה זהה לחלוטין בשש המדינות שהשתתפו בו, אולם בכולן נכללו האלמנטים הבאים:

1. כל המחקרים היו פרואקטיביים ונערכו בתקופה אחת (1995-1997).
2. הנחקרים היו שכירים, עובדים, בגיל 18-59 אשר נפגעו בגב התחתון ונעדרו מעבודתם עקב פגיעה זו 3 חודשים לפחות.
3. כל הנחקרים נבדקו 3 פעמים: 3, 12 ו-24 בחודש שלאחר הפגיעה.
4. תוכן השאלונים בכל 3 מועדי החקירה כלל (לפחות) מעריך נתונים זהה בכל המדינות.

מסגרות האוכלוסייה שמהן נבחרו הנחקרים גם הן לא היו זהות בכל המדינות. בישראל היו הנחקרים תובעי דמי פגיעה.

ראוי להדגיש כי המדינות שהשתתפו במחקר שונות זו מזו במערכי הטיפול המינהלי, רפואי והשיקומי במי שנפגעו בבריאותם. ישראל נבדלת מן המדינות האירופיות בהקשר זה במספר נקודות:

- א. תשלום דמי המחלה בישראל הוא באחריות המעסיק, ואילו תשלום דמי הפגיעה הוא באחריות הביטוח הסוציאלי. במדינות האירופיות המצב הפוך: דמי מחלה הם באחריות רשויות הביטוח הסוציאלי, ואילו ביטוח פגיעה בעבודה הוא באחריות המעסיק.
- ב. בניגוד למדינות האחרות, בישראל קיימת הפרדה מוחלטת בין הטיפול בנפגעי עבודה לבין הטיפול בחולים או בנכים כללים.
- ג. בישראל קיימת זכאות לקצבאות נפגעי עבודה גם לעצמאיים. לא כך במדינות האחרות.
- ד. בישראל ההתערבות השיקומית מאוחרת, בצמוד לאישור נכות, לעומת התערבות מוקדמת במהלך תקופת מחלה (ממושכת) במדינות האירופיות.

החזרה לעבודה וקבלת קצבה

בתום תקופת המעקב, שנתיים לאחר הפגיעה, חזרו לעבודה 60% מן הנחקרים בישראל, בדומה לשוודיה ולארזה"ב, ולעומת כ-72% בהולנד. בדנמרק וגרמניה חזרו לעבודה 40%-35% מן הנחקרים.

קרוב למחצית החוזרים לעבודה בישראל -- חזרו למקום עבודתם הקודם, בו עבדו ערב הפגיעה. בגרמניה, הולנד ושוודיה 82%-94% חזרו למקום עבודתם המקורי, עקב הגבלה על פיטורין על רקע בריאותי במדינות אלה. הגבלה זו גם זירזה את החזרה לעבודה: מרבית החוזרים לעבודה במדינות אלה חזרו כבר בשנה הראשונה לאחר הפגיעה. בישראל רק 2/3 חזרו בשנה הראשונה.

יצוין כי 54% מן החוזרים לעבודה בהולנד במועד שנתיים לאחר הפגיעה (T_3) עבדו תוך קבלת קצבה. בישראל רק 9% מן העובדים קיבלו קצבה. כלומר, שיעור מי שעבדו ולא קיבלו קצבה בישראל בתום שנתיים לפגיעה היה גבוה (55% מהסה"כ) יחסית למדינות האירופיות ובדומה לארה"ב.

הבדלים אלה נובעים מכך, שהמדינות האירופיות מעודדות חזרה חלקית ("תרפויטית") לעבודה, תוך השלמת השכר שמשולם ע"י המעסיק – ע"י קצבה. עידוד זה אמנם זירז חזרה לעבודה, כאמור לעיל, אולם נותר עדיין לבדוק באיזו מידה ומתי חזרו הנחקרים במדינות האירופיות לפרנסה מעבודה בלבד; דבר שקרה, אם בכלל – בתקופה מאוחרת מאשר שתי שנות המעקב שנכללו במחקר זה.

הנגישות הנמוכה לקצבה בישראל (המתבטאת באחוז הנכות הגבוה ובמבחן צמצום הכנסות), בחשוואה למדינות האירופאיות, ניכרה גם בשיעור הנמוך של מקבלי קצבה בין מי שלא חזרו לעבודה. במילים אחרות - לתמריץ לעבודה הגלום בנגישות נמוכה לקצבה יש גם "מחיר" במונחי שמירה על מחייתם של מי שבריאותם או סיבות אחרות אולי אינן מאפשרות להם לעבוד.

איכות העבודה של הישראלים שחזרו לעבודה ירדה יחסית לעבודתם ערב הפגיעה; רבים נאלצו לשנות מקום עבודה ו/או את תוכנה ורבים עבדו פחות שעות שבועיות ובהתאם – הרוויחו פחות מאשר ערב הפגיעה. כל אלה במידה רבה יותר מאשר בהולנד ובדומה לשוודיה ולדנמרק.

תכונות דמוגרפיות

בישראל, ההתפלגות לפי התכונות הדמוגרפיות נבעה מעובדת היות הנחקרים נפגעי עבודה – אחוז הגברים היה גבוה, הגיל הממוצע נמוך וההשכלה לא גבוהה. הגברים חזרו לעבודה מעט יותר מהנשים, כמו בדנמרק ובהולנד ובניגוד לגרמניה וארה"ב. שיעור החזרה לעבודה ירד עם הגיל בישראל כמו במרבית המדינות האחרות. כמו כן שיעור החזרה לעבודה עלה עם ההשכלה, אך לא בכל רמות ההשכלה ולא בכל המדינות. בהתאם להתפלגות לפי הגיל, 2/3 מהנחקרים בישראל גרו עם בן זוג וילדים. אלה חזרו לעבודה בשיעור מעט נמוך מן האחרים, כמו בהולנד. זאת בעוד שביתר המדינות המצב מבחינה זו היה הפוך.

כצפוי, בישראל היה אחוז גבוה יחסית של נחקרים שלא נולדו בישראל. מיעוטם עלה לארץ לאחר 1990. אלה האחרונים חזרו לעבודה בשיעור קצת יותר גבוה מהיתר. בהתאם, גם שיעור מי ששפת האם שלו לא היתה עברית היה גבוה בישראל, זאת בנוסף למי ששפת האם שלו היתה ערבית. מי ששפת האם שלהם לא היתה שפת המדינה, חזרו לעבודה בשיעור נמוך קצת יותר מן האחרים, בכל המדינות פרט לארה"ב.

תכונות תעסוקה ערב הפגיעה

2/5 מן הנחקרים בישראל עבדו ערב הפגיעה במשלחי יד המועדים לפגיעות בגב (בניין, נהיגה, סיעוד וכד'). ההתפלגות לפי משלחי היד שיקפה את ההתפלגות לפי רמת ההשכלה. שיעור החזרה לעבודה עפ"י משלח היד היה בהתאם להשכלה ובהתאם להשתייכות הסקטוראלית של משלחי היד: בעלי משלחי יד הרווחים במגזר הציבורי, בו העובדים נהנים מהגנה על תעסוקה (כלומר נהנים מ"קביעות" בעבודה) חזרו לעבודה יותר מהאחרים. לעומת זאת, שיעור החזרה לעבודה עפ"י הענף לא תמך בממצא זה.

ממוצע מספר שעות העבודה השבועיות היה הגבוה ביותר בישראל – קרוב ל-50 שעות. בארה"ב הממוצע עמד על כ-42 שעות ובמדינות האירופיות – על 38. רק 7% בין הנחקרים בישראל עבדו במשרה חלקית (עד 25 שעות שבועיות) בדומה לדנמרק ולארה"ב. ביתר המדינות שיעורם היה כמעט כפול, ואילו בהולנד – פי שלושה. רוב העובדים עד 25 שעות בשבוע היו בכל המדינות נשים, והם חזרו לעבודה פחות מהאחרים; זאת פרט להולנד.

הוותק במקום העבודה ערב הפגיעה שיקף את הגיל. הוא עמד על 6 שנים בישראל, בדומה לדנמרק וארה"ב. הוא היה גבוה יותר בגרמניה ובשוודיה וגם בהולנד. שיעור החזרה לעבודה, כמו גם מהירות החזרה, עלו עם הוותק בעבודה.

2/3 מהנחקרים בישראל סברו שמקום עבודתם יישמר להם עד שיבריאו. שיעור הסוברים כך היה גבוה מאוד בשוודיה (91%) ונמוך יחסית בדנמרק (49%). מי שסברו שמקום עבודתם נשמר להם חזרו לעבודה יותר מהאחרים.

רמת ההכנסה הממוצעת של הנחקרים, מתורגמת לדולר של ארה"ב, היתה נמוכה יחסית בישראל. ביתר המדינות היא עמדה על פי 1.3 – 1.6 ביחס להכנסה בישראל ועד לקרוב לכפליים – בארה"ב. שיעור החזרה לעבודה עלה עם ההכנסה בישראל, כמו בדנמרק ובהולנד.

לסיכום ניתן לומר, שבישראל, כמו ברוב יתר המדינות, ככל שהקשר עם מקום העבודה היה חזק יותר (מס' שעות עבודה גבוה, ותק גבוה, הכנסה גבוהה, קביעות) – כן גבוה ומהיר היה שיעור החזרה לעבודה.

אופי העבודה נמדד ע"י סולמות Theorell Karasek, המודדים לחץ פסיכולוגי בעבודה ומירווח החלטה, שהיחס ביניהם מודד לחץ, וכן לחץ פיזי ותמיכה חברתית. לא נמצאו הבדלים בולטים בין המדינות עפ"י מדדים אלה: בישראל ציון המתח הממוצע היה מעט גבוה יחסית, בדומה לארה"ב. גם ציון התמיכה החברתית היה גבוה בישראל, כמו בדנמרק.

בניגוד למדינות האחרות, בישראל אירעה הפגיעה בגב במועד קרוב לתחילת ההיעדרות מהעבודה. זאת עקב היות הנחקרים בישראל נפגעי עבודה. ביתר המדינות שהשתתפו במחקר היו הנחקרים חולים כלליים, לכן הבעיות בגבם החלו לעיתים קרובות במועד מוקדם יותר. בכל המדינות עמד שיעור החזרה לעבודה ביחס הפוך לקרבת מועד התחלת המחלה לתחילת ההיעדרות מהעבודה. כלומר, ככל שמועד זה היה קרוב כן גבוה היה שיעור החזרה לעבודה.

מצב בריאותם של הנחקרים נמדד עפ"י מספר סולמות סובייקטיביים. זאת בכל שלושת מועדי החקירה:

- א. הערכת בריאות כללית, חיוניות, רווחה רגשית ופעילות חברתית מתוך ה-SF-36 למדידת הערכת בריאות;
- ב. יכולת תפקוד יום-יומית עפ"י סולם Hannover ADL;
- ג. סולמות Von Korff להערכת כאב ויכולת עבודה.

בכל המדדים הללו, למעט סולם הערכת בריאות כללית, קיבלו הנחקרים בישראל ציונים נמוכים יחסית ליתר המדינות. זאת, שוב, עקב היותם נפגעי עבודה (שנפגעו פגיעה יחסית קשה – הם נעדרו לפחות 3 חודשים מעבודתם). בכל המדינות חל, כצפוי, שיפור ברוב מדדי הבריאות במהלך שתי שנות המעקב. ועוד כצפוי – שיעור החזרה לעבודה עלה עם העליה במדדי הבריאות.

הציפיות לחזרה לעבודה

בתחום זה נשאלו הנחקרים, אם הם סבורים שיחזרו לעבודה, ואם כן – באיזה תחום ומתי. הרושם הוא כי שאלות אלה משקפות במידה מסוימת גם את המוטיבציה לחזור לעבודה.

מרבית הנחקרים בכל המדינות סברו, במועד 3 חודשים לאחר הפגיעה, שהם יחזרו לעבודה. אולם בישראל שיעור מי שסברו שיחזרו לתחום בו עבדו ערב הפגיעה ומי שסברו שיעשו כן במהלך השנה הקרובה, היה נמוך יחסית. שיעורם של אלה היה גבוה במדינות שבהן היתה הגנה מפני פיטורין על רקע בריאותי. בכל המדינות, מי שסברו שיחזרו לעבודה במועד קרוב ובתחומם, חזרו לעבודה יותר מהאחרים. אולם הציפייה שלא לחזור לעבודה התממשה במידה רבה יותר מהציפייה כן לחזור.

טיפולים רפואיים

בכל שלושת מועדי החקירה נבדק השימוש בשירותי בריאות וטיפולים רפואיים במגוון רחב ביותר.

מרבית הטיפולים הרפואיים ניתנו בשנה הראשונה שלאחר הפגיעה. הם נמצאו קשורים לשיפור במדדי בריאות, אך טיפולים מעטים נמצאו קשורים לחזרה לעבודה שנתיים לאחר הפגיעה. היו גם טיפולים שנמצאו קשורים באי חזרה לעבודה. זאת יש להניח משום שמי שקיבלו אותם היו מי שבריאותם היתה רופפת יותר. יש לציין, כי ניתוח רגרסיה רב משתני, המתואר בסיכום הבינלאומי של המחקר הנדון (ISSA, 1999), מורה כי השפעת הטיפולים הרפואיים על החזרה לעבודה מוסברת כמעט כולה ע"י המשתנים הדמוגרפיים והבריאותיים: הטיפולים לכשעצמם לא הוסיפו להסבר השונות של החזרה לעבודה.

הטיפול השיקומי והחלפת שכר

א. המשתנים שנבדקו

מערך המחקר בדק מגוון רחב של התערבויות ופעולות שאירעו לנחקרים בתחום השיקום המקצועי, מינהל הקצבאות ושירותי תעסוקה. אולם מערך המחקר לא הבחין בין אירועם של התערבויות אלה במהלך המובנה של הטיפול במי שנפגע בבריאותו (ובמימון ציבורי) לבין אירועם באופן פרטי ועפ"י יוזמת העובד או מישהו אחר, כגון המעסיק. לכן, הסקת מסקנות לגבי ההבדלים במדיניות בין המדינות השונות שהשתתפו במחקר דורשת מידה מסוימת של זהירות. במיוחד אמור הדבר לגבי משתנים כגון "שינוי במספר שעות העבודה השבועיות" בעבודה שלאחר הפגיעה, שבהולנד לדוגמא, אירע בדרך כלל כתהליך מובנה של טיפול שיקומי במימון ציבורי ואילו בישראל הוא קרה בדרך כלל, יש להניח, ביוזמת העובד בלבד – שהפחית שעות עבודה או מצא עבודה חדשה בשעות קצרות יותר. גם "שינוי בתפקיד" שנכלל במשתנה אחד עם "שינוי מקום עבודה" – דבר שלכשעצמו הגביל את ההבנה של משתנה זה, התבצע בהולנד במסגרת תהליך טיפול שיקומי בדרך כלל, ואילו בישראל – יש להניח שהעובד הוא שחיפש ומצא מקום עבודה חדש כאשר פוטר או התפטר עקב מחלתו או פעל לשינוי המטלות הכרוכות בעבודתו כדי להתאימן לבעיותיו הבריאותיות.

ב. ההבדלים העיקריים בין ישראל למדינות האירופיות בתחום ההתערבות הסוציאלית

מספר הבדלים חשובים נמצאו בין ישראל והמדינות האירופיות שהשתתפו במחקר זה בתהליכים שעובר עובד שחלה:

1. הטיפול השיקומי-תעסוקתי, על-ידי הביטוח הסוציאלי ובמימונו (או במימון המעסיק) הוא שירות המוקנה (במועד מסוים) לזכאים לדמי מחלה במדינות האירופיות. בישראל שירות זה מוקנה כמעט רק למי שהוכרו כנכים. כלומר, מועד ההתערבות השיקומית מאוחר בישראל במידה רבה ביותר בהשוואה למדינות האירופיות.

2. האחריות לייזום הטיפול השיקומי מוטלת כמעט רק העובד החולה בישראל. במדינות האירופיות היא מוטלת על המעסיק ו/או הרשויות הסוציאליות.

3. בהולנד ובשוודיה מוגבלים פיטורין על רקע בריאותי. בישראל אין הגנה כזו על עובדים.

4. המעבר מקצבת מחלה לקצבת נכות במדינות האירופיות מתבצע כהמשך טיפול בזכאים לדמי מחלה, תוך הפניה, הנחיה ועזרה על-ידי הרשויות הסוציאליות. בישראל היוזמה לתביעת קצבת נכות היא באחריותו הבלעדית של העובד, ולמעשה לגבי נכים או חולים כלליים מהווה לרוב את המגע הראשון של העובד החולה עם המינהל הסוציאלי.

לסיכום ניתן לומר, כי האחריות להחזרה לעבודה ואף להשגת החלפת שכר במקרה של מחלה או נכות בישראל מוטלת כמעט בלעדית על העובד, בעוד שבמדינות האירופיות היא מוטלת גם על המעסיק והרשויות הסוציאליות. מנגנון התמרוץ להחזרה לעבודה בישראל מכוון כולו אל העובד והוא נשען על חומרת הנגישות לקצבה. כלומר, על התנאים החמורים הנדרשים לצורך השגת זכאות לקצבה. ואילו מנגנון התמרוץ הני"ל במדינות האירופיות ובעיקר בהולנד ובשוודיה מוטל במידה לא קטנה גם על המעסיק.

ג. הפעולות וההתערבויות הסוציאליות

להלן תיאור אירועי הפעולות וההתערבויות הסוציאליות שעבר נחקר – עובד שחלה. סדר התיאור הוא על-פי הנהוג בישראל (במדינות האירופיות, הסדר הוא שונה).

בישראל, שיעור מי שתבעו קצבת נכות (מעבודה או נכות כללית) היה גבוה למדי, בהשוואה למדינות האחרות, כנראה עקב היות הנחקרים נפגעי עבודה שנפגעו פגיעה חמורה למדי (נעדדו 3 חודשים לפחות מעבודתם). מי שתבעו ובוודאי מי שקיבלו קצבת נכות חזרו לעבודה פחות מעמיתיהם, בכל המדינות.

שיעור מקבלי קצבת נכות היה גבוה קצת יותר בין הגברים בישראל. הוא עלה בדרך כלל גם עם הגיל ועם ציון ה-ADL.

רק 6% מהנחקרים בישראל קיבלו טיפול שיקומי. זאת לעומת 2/5 עד 2/3 במדינות האירופיות וחמישית בארה"ב. כמו כן במרבית המקרים הוחל בטיפול זה בישראל רק בשנה השנייה בעוד שבמדינות האירופיות הוחל בו בדרך כלל במחצית הראשונה של השנה הראשונה. מי שקיבלו טיפול שיקומי עבדו בסיום המעקב פחות מהאחרים. זאת משום שהם היו, קרוב לוודאי, פחות מתאימים לחזרה מיידית לעבודה. אולם ככל שמועד הטיפול השיקומי היה מוקדם יותר, כן גדל הסיכוי לחזור לעבודה, גם במהלך התקופה הנסקרת.

בהתאם לאחוז הנמוך של מי שהשתתפו בטיפול שיקומי ממוסד (על-ידי המוסד לביטוח לאומי), מעטים יחסית בישראל עברו תהליכי שיקום המתבצעים בדרך כלל במימון ציבורי, כגון בדיקת יכולת תעסוקתית במרכז שיקום, קורס להכשרה מקצועית או אחר, ביצוע התאמות פיזיות

במקום העבודה וכד'. לעומת זאת רבים יחסית בישראל עשו שינויים בתנאי עבודתם, מיוזמתם העצמית, במאמץ לחזור לעבודה: כך רבים בהשוואה ליתר המדינות במחקר הפחיתו את מספר שעות העבודה השבועיות שלהם ורבים החליפו את מקום העבודה שלהם או עשו שינויים בעבודתם, כדי להתאימה למגבלותיהם. כמו כן רבים יחסית בהשוואה למדינות האחרות, חיפשו עבודה. בניגוד לישראל, קיצור שעות העבודה בהולנד, שוודיה ודנמרק התבצע בדרך כלל במסגרת תהליך שיקומי של "חזרה תרפויטית לעבודה", כאשר הרשות הסוציאלית משלימה את שכרו של העובד בקצבה.

כ-1/3 מהנחקרים בישראל פוטרו. רק בדנמרק, שבה פוטרו 65% מהנחקרים, שיעור הפיטורין היה גבוה יותר. כצפוי, בכל המדינות מי שפוטרו חזרו לעבודה בשיעור נמוך ובמועד מאוחר יותר ממי שיכלו לחזור לעבודתם הקודמת.

מודל מסכם

ניתוח רגרסיה על "מספר חודשים בעבודה" מתוך כלל 24 חודשי המעקב (כאשר מי שלא חזרו לעבודה קיבלו ערך -0) נתן תוצאות דומות לאלה שהתקבלו מהניתוחים הדו-מימדיים: הציפיות לחזור לעבודה כפי שדווחו 3 חודשים לאחר הפגיעה ואשר מבטאות יש להניח, גם מוטיבציה, היה המשתנה החשוב ביותר בניבוי התנהגות העבודה בישראל במהלך שתי שנות המעקב. כמו כן נמצאו חשבים בניבוי - פיטורין וחומרת הפגיעה (כפי שהתבטאה בהערכת הבריאות במועד T_1). במודל קודם שבוצע על נתוני מחקר זה בישראל (גורדון, 1998) גם קבלת קצבה (מנתונים מינהליים, שלא נכללו בניתוח הנוכחי) נכנסה למודל. הממצאים לגבי המדינות האחרות לא היו שונים במידה רבה - מוטיבציה, פיטורין, מצב בריאות וקבלת קצבה השפיעו על חזרה לעבודה יותר מתכונות דמוגרפיות או תעסוקתיות.

ניתן גם לציין, שמרבית המשתנים שנמצאו משפיעים על חזרה לעבודה הם משתני עיכוב - אשר העדרם קשור בשיעור חזרה יותר גבוה. כך לדוגמה, הציפיות שלא לחזור לעבודה התממשו כמעט במלואן, בעוד שהציפיות כן לחזור - לא מומשו במלואן. כמו כן אי פיטורין, העדר כאב ואי תביעת קצבה - היו קשורים בחזרה לעבודה.

מבוא

ההישגים הרבים והחשובים שהושגו בתחום מדיניות הרווחה במדינות המפותחות במהלך המאה העשרים יצרו שתי בעיות הקשורות זו בזו:

1. התרחבות מדיניות הרווחה גרמה להוצאות עצומות שהמדינות השונות מתקשות לממן.
2. סידורי החלפת שכר והכנסה מעבודה, שנועדו כמובן רק למי שלא יכול לכלכל את עצמו – זמנית או באופן קבוע – יצרו מעצם טיבם מידה מסוימת של תמריץ שלילי לעבודה.

הבעיה העיקרית העומדת לפני קובעי מדיניות הרווחה כיום בישראל כמו גם במדינות המפותחות, היא – כיצד להבטיח קיום הוגן למי שלא יכולים להשיגו בעצמם, וזאת תוך כדי ריסון ההוצאה, שמירה על המוטיבציה לעבודה והקטנה ככל האפשר של אפשרויות ניצול לרעה של המערכת.

החלפת השכר בתחומי המחלה והנכות הכללית ונפגעי העבודה, הינם בין התחומים העיקריים בהם בולט הצורך בהקטנת התמריץ השלילי לעבודה הגלום בקצבאות, הן כדי להקטין את ההוצאה ובעיקר כדי לשמור על אוכלוסייה רחבה ככל האפשר בשוק העבודה. התרחבות הסיכונים המכוסים על ידי הביטוח הסוציאלי בתחומים אלה, כמו גם ייעול הנגישות והגדלת המודעות לקצבאות ולשירותים בתחומים אלה, הגדילו את הוצאה הציבורית בהם במידה רבה בכל המדינות המפותחות. זאת למרות שרמת הבריאות של האוכלוסייה במדינות אלה נמצאת בעלייה מתמדת.

בעיה זו בלטה בעשור האחרון במיוחד בהולנד – ב-1975 מקבלי קצבאות נכות בהולנד היוו 8.3% מהמועסקים. ב-1990 מספר זה עלה ל-13.8%. בדנמרק הם מהווים 9% (Hogelund 1999).

ההוצאה על קצבאות נכות ב-1988 הגיעה לכדי 2%-3.5% מהתוצר הלאומי הגולמי בבלגיה, דנמרק, צרפת, גרמניה ובריטניה, ואילו בהולנד היא הגיעה ל-6% (Soeters and Prins, 1985).

כ-7%-11% עוזבים את כוח העבודה בשנה, לצמיתות או זמנית במדינות המפותחות. בכל המדינות שחשתתפו במחקר הנוכחי (חוץ מגרמניה), שיעור מקבלי קצבאות נכות עלה בין 1980 ל-1990. ויותר מכך – מעטים מצליחים להשתקם ולחזור לעבודה תוך ויתור על הקצבה. נכות ולא אבטלה היא הסיבה העיקרית ליציאה משוק העבודה של בני 55+ (ISSA, 1999).

גם בישראל ההוצאה על קצבאות נכות כללית, נפגעי עבודה ונפגעי איבה כמעט הוכפלה בעשור שבין 1985 ל-1995. עובדה זו אף הביאה למספר שינויי חוק שחלקם הגדילו את אחריות המעסיקים והקטינו במעט את קצב הגידול בהוצאה בעיקר בתחום של נפגעי עבודה. זאת כמובן לא במידה מספקת. היקף ההוצאה וקצב גידולה והשלכות מבני הקצבאות על המוטיבציה

לעבודה מעלים את הצורך בייעול המדיניות, התחיקה והסידורים המינהליים, כך שימוזער התמריץ השלילי לעבודה הגלום בקצבה תוך שמירה על הבטחת קיום למי שאין לאיל ידם לעבוד לפרנסתם.

מחקרים שמטרתם לאתר שיטות שיקום רפואי ומקצועי, מבנים של מערכי מדיניות בתחום קצבאות ומבנים של מערכי טיפול מינהלי שיגדילו ויזרזו חזרה לעבודה של מי שנפגעו בבריאותם, מדווחים בספרות בהיקף לא קטן (ISSA 1999). אולם בדרך כלל כל מחקר התמקד בדיסציפלינה אחת – רפואית, כלכלית, שיקומית או אחת אחרת. כל מחקר גם בדק בדרך כלל מערכי טיפול במדינה אחת, כך שמערך המדיניות הכולל היה קבוע לגבי כלל הנחקרים. מחקרי מדיניות השוואתיים, לעומת זאת, התמקדו בדרך כלל בניית החוק, ולכל היותר – במערך היישום המינהלי שלו. אך ככל הידוע, עדיין לא בוצע בתחום הנדון מחקר הכולל גם השוואות אמפיריות של מערכי מדיניות כוללים. למעשה, מרבית המחקרים התמקדו במעקב אחר השפעת שיטת טיפול חדשנית ספציפית מוגבלת אחת, או לכל היותר – השוואות אחדות כאלה. ויותר מכך: הגדרות שונות של משתנים ומשכי מעקב שונים גם הניבו תוצאות בלתי עקביות במחקרים שונים.

ייחודו של המחקר המתואר כאן, בכך שהוא כולל מעקב פרואקטיבי אמפירי למשך זמן אחד, תוך מדידת משתנים שהוגדרו באופן אחיד בשש מדינות שונות, מנקודות המבט הרפואית והשיקומית כאחד. זאת במטרה לאתר מה הם הגורמים, בתוך מערך הביטוח הסוציאלי והרפואי, המשפיעים על שיעור וקצב החזרה לעבודה של מי שנפגעו בבריאותם במדינות שונות, ובאיזו מידה ניתן להפיק לקחים לגבי מערכי מדיניות ותוכניות טיפול שהינם מוצלחים במונחי חזרה לעבודה.

היוזמה למחקר היתה של ארגון הביטוח הסוציאלי הבינלאומי (ISSA). מטרת המחקר הוגדרה כדלקמן: לבדוק, בפרספקטיבה בינלאומית, כיצד ובאיזו מידה פעולות וסידורים בתחום הרפואי, הטיפולי, השיקומי והמינהלי משפיעים על חזרתם לעבודה של מי שנפגעו פגיעה חמורה בבריאותם: כיצד הבדלים בין המדינות במבנה הקצבאות, בנגישות אליהן, בשיעור החלפת השכר, במבנה קצבאות משיקות ובמדיניות שוק העבודה, ובעיקר – באופן ההתערבות השיקומית, הרפואית והמקצועית – תוכנה, מועדה ואופן תפעולה – כיצד כל אלו משפיעים על שיעור ועיתוי החזרה לעבודה של מי שנפגעו בבריאותם בכל אחת מהמדינות שהשתתפו במחקר.

היוזמה למחקר הועלתה לראשונה בידי איססא ב-1992. בשלב הראשון נענו לאתגר 9 מדינות. במדינות אלו נערכו מחקרי התכנות ובסופו של דבר השתתפו במחקר שש מדינות: ישראל, דנמרק, גרמניה, הולנד, שוודיה וארה"ב.

המחקר נוהל בידי ועדת היגוי, שהורכבה מנציגי המוסדות המממנים בכל אחת מהמדינות המשתתפות. הוא תוכנן ובוצע בידי ועדת חוקרים, שכללה את מבצעי המחקר בכל אחת מהמדינות (ISSA, 1999).

סידורי החלפת שכר בעת מחלה ונכות במדינות המשתתפות במחקר

המדינות שהשתתפו במחקר נבדלו זו מזו במידה רבה למדי בסידורי החלפת השכר במקרה של מחלה ונכות: למשל – תקופת ההמתנה לתשלום קצבת מחלה, שבה ממשיך להיות משולם השכר הרגיל, משתנה מיום אחד (דמי פגיעה בישראל, שוודיה, ארה"ב) עד ל-6 שבועות (גרמניה, הולנד). שיעור החלפת השכר משתנה מ-70% ל-100%, כאשר בארה"ב מדובר (בניו ג'רסי) בסכום אחיד. משך התשלום הוא הקצר ביותר בישראל (3 חודשים בעת מחלה (ויותר – עפ"י הסכמי עבודה), 26 שבועות לדמי פגיעה בעבודה), בלתי מוגבל בשוודיה, ועד לשנה בדנמרק ובהולנד ויותר מכך בגרמניה. כמו כן נבדלות המדינות ברמת הקצבה (ביחס לשכר הקודם) ובגורם המשלם. ראה לוח להלן:

לוח מס' 1: אלמנטים נבחרים במערך קצבאות מחלה במדינות המשתתפות במחקר (1997-1994)

מדינה	מועד התחלת תשלום הקצבה*	רמת הקצבה כ-% משכר קודם	משך התשלום (שבועות)	הגורם המשלם
ישראל – דמי פגיעה	יום אחד	75%	26	הביטוח הלאומי
– דמי מחלה	יום אחד	**75% עם תקרה	13	המעסיק
דנמרק	2 שבועות	100% עם תקרה	52	המחלקה לשירותים חברתיים ברשות המקומית
גרמניה	6 שבועות	80%	78	קרן מחלה
הולנד	2/6 שבועות	**70%	52	המעסיק
שוודיה	יום אחד	90% - עד שנה 80% לאחר מכן	לא מוגבל	סוכנות הביטוח הסוציאלי
ארה"ב	יום אחד	סכום קבוע / % עם תקרה	26/52	הביטוח הסוציאלי של המדינה

* עד למועד זה משולם השכר הרגיל בידי המעסיק.
 ** על-פי הסכמי עבודה קולקטיביים – 100%.
 מקור: עיבוד לפי ISSA, 1999.

גם לגבי קצבות נכות ההבדלים אינם קטנים: סף הנכות הרפואית המזכה בקצבה נמוך ביותר בהולנד – 15% (בחלק מהמקרים), וגבוה ביותר בארה"ב – 100%. מועד המעבר מקצבת מחלה לקצבת נכות גמיש ברוב המדינות כמו בישראל לגבי קצבת נכות מעבודה. במקרה של קצבת נכות כללית בישראל, קיימת תקופת המתנה של 3 חודשים ממועד אישור הנכות. בהולנד המעבר מקצבת מחלה לקצבת נכות הוא כמעט אוטומטי לאחר שנת מחלה.

לוח מס' 2: אלמנטים נבחרים במערך קצבאות נכות במדינות המשתתפות במחקר (1994-1997)

מדינה	מינימום אחוז נכות רפואית	דירוג הקצבה	מועד תחילת התשלום	רמת הקצבה כאחוז משכר קודם
ישראל – נכות מעבודה	5%	לפי % נכות	גמיש	75%
– נכות כללית	40%	5 דרגות	לאחר 3 חודשי רמה אחידה עם תוספת נכות	
דנמרק	50%	5 דרגות	גמיש	65%
גרמניה	50%	3 דרגות	גמיש	70%-15%
הולנד	25%-15%	7 דרגות	אחרי 52 שבועות מחלה	70%-14%
שוודיה	25%	5 דרגות	גמיש	65%
ארה"ב	100%	דרגה אחת	אחרי 5 חודשים	משתנה

מקור: עיבוד על-פי ISSA, 1999.

מעבר להבדלים אלה בין המדינות השונות, ניתן להצביע על מספר תחומים בהם שונה ישראל מהמדינות האירופיות, בכל הקשור בטיפול הסוציאלי במחלה ובנכות.

א. ההבדל העיקרי בין ישראל למדינות האירופיות הוא, שבישראל החובה לתשלום דמי מחלה מוטלת על המעסיק. (יש מעסיקים המבטחים עצמם לעניין זה בקרנות המתמחות בכך כגון "קרן מבטחים"). לעומת זאת החלפת השכר במקרי פגיעה בעבודה היא באחריות הביטוח הסוציאלי. במדינות האירופיות המצב הוא הפוך: תשלום דמי מחלה מתבצע בידי המוסד המטפל בביטוח הסוציאלי ואילו ביטוח נפגעי עבודה הוא באחריות המעסיק, החייב לבטח עצמו לענין זה על-פי חוק.

ב. הבדל שני בין ישראל למדינות האחרות הוא במידת השוני בטיפול הסוציאלי בנפגעי עבודה בהשוואה לטיפול זה בנכים כלליים. במדינות האירופיות שהשתתפו במחקר ההבדלים בנושא זה קטנים למדי ואילו בישראל ההבדלים בולטים, כגון בסף הנכות הרפואית המזכה בקצבה, בזכות הגורם המטפל בחלפת שכר (מעסיק/ביטוח לאומי), בשיעור החלפת השכר (שיעור משכר קודם לעומת סכום קבוע) ועוד.

כך, בניגוד לישראל, נפגעי עבודה במדינות האחרות מקבלים בדרך כלל קצבה מחליפת שכר באמצעות המערך הכולל של תשלומי דמי מחלה או קצבת נכות (כללית), כאשר הם זכאים לעיתים לתוספת על קצבה זו, לרוב במקרה של נכות בלבד. יוצאת מכלל זה היא הולנד, שבה אין כל הבדל בין נפגעי עבודה לחולים/נכים אחרים.

להלן סקירה קצרה על ביטוח נפגעי עבודה במדינות שהשתתפו במחקר:

Social Security Throughout the World, Social Security in the Member States of the European Union

ישראל – חוק ביטוח נפגעי עבודה בישראל היה בין הראשונים בתחום הביטחון הסוציאלי. הוא נחקק ב-1953 לגבי שכירים וב-1956 לגבי עצמאיים. החלפת השכר גם במקרה של אי-כושר זמני לעבודה היא באמצעות המוסד לביטוח לאומי, עד 182 יום. זאת בניגוד לדמי מחלה (שאינה פגיעה בעבודה), המשולמים על-ידי המעסיקים עד 90 יום על-פי חוק (אך הסכמי עבודה מזכים בתקופות ארוכות יותר). שיעור החלפת השכר בשני המקרים – 75%. אם הוכחה נכות מעבודה – משולמת קצבת נכות גם לפני שמוצה משך התשלום לדמי פגיעה. גם קצבה זו שיעורה 75% מהשכר הקודם.

דנמרק – חוק ביטוח נפגעי עבודה נחקק לראשונה ב-1898. הביטוח של נפגעי עבודה בדנמרק מבוצע באמצעות קרנות ביטוח פרטיות והמעסיקים חייבים על פי החוק בביטוח עובדיהם. ישנן קרנות נפרדות לתאונות ולמחלות מקצוע. במצב של אי-כושר זמני החלפת השכר מתבצעת באמצעות התכנית הכללית של קצבת מחלה רגילה. רק במקרה של נכות צמיתה הקרנות האמורות משלמות לנפגעי עבודה תוספת לקצבת נכות כללית. זאת כאשר נכות מלאה מזכה ב-80% משכר קודם עד לתקרה.

גרמניה – חוק ביטוח נפגעי עבודה נחקק לראשונה ב-1884. הוא מבוצע על-ידי קרן ביטוח תאונות. הביטוח חובה. אי-כושר זמני, גם אם נגרם בעבודה, מזכה בדמי מחלה רגילים. נכות צמיתה מלאה מזכה בהחלפת שכר של 2/3 משכר קודם, באמצעות הקרנות האמורות.

הולנד – חוק ביטוח נפגעי עבודה נחקק ב-1916. החל ב-1967 ביטוח נפגעי עבודה – לעניין אי-כושר זמני וצמית כאחד, נכלל בתכניות הכלליות של דמי מחלה וקצבאות נכות.

שוודיה – חוק ביטוח נפגעי עבודה נחקק בשנת 1901. אי-כושר זמני לעבודה מזכה בדמי מחלה רגילים. נכות צמיתה מזכה בקצבת נכות ובתוספת בגין הפגיעה בעבודה המגיעה לשיעור החלפת שכר של 100%.

ארה"ב – החוק הפדרלי בנושא נפגעי עבודה הוא משנת 1908 ומכסה עובדים פדרליים בלבד. אולם למרבית המדינות יש חוק ביטוח נפגעי עבודה חובה (חוץ מ-3 מדינות). החוק במדינות שבהן הוא קיים מחייב את המעסיק לבטח את עובדיו או לשלם להם את הקצבאות בעצמו –

כחוק. ישנן קרנות ביטוח פרטיות וציבוריות שבהן המעסיקים יכולים לבטח עצמם לצורך זה. ברוב המדינות החלפת השכר מגיעה לכ-2/3 עם תקרה, הן בתכניות קצרות הטווח והן הצמיתות.

ג. הבדל שלישי בין ישראל למדינות האירופיות בטיפול הסוציאלי במחלה ובנכות הוא במועד שבו נבחנת האפשרות לשיקום מקצועי ובזהות האחראי ליזום השיקום. בישראל הזכאות לשיקום מקצועי במימון ציבורי חלה בדרך כלל רק לאחר בדיקת הזכאות לקצבת נכות (מעבודה או נכות כללית). אמנם זכאים לשיקום מקצועי גם בעלי נכות רפואית שאינה מזכה בקצבת נכות ויש זכויות המוקנות גם לנכים עובדים, אך בדרך כלל קביעת רמת הנכות (הדרושה לצורך קביעת הזכאות לשיקום ולשירותים אחרים) מתרחשת רק לאחר תביעת קצבה. בשוודיה, לעומת זאת, הצורך בשיקום מקצועי נבדק החל בשבוע השמיני לאחר הפגיעה (או המחלה), בידי רשויות הביטוח הסוציאלי בשיתוף עם המעסיק. בהולנד המעסיק חייב לבדוק צורך בשיקום מקצועי החל בשבוע ה-13 להיעדרות עקב מחלה, ורשויות הביטוח הסוציאלי מפקחות על ביצוע הדבר. בדנמרק המחלקות לשירותים חברתיים המטפלות בביטוח הסוציאלי בודקות את הצורך בשיקום מקצועי לאחר 3 חודשי מחלה לכל היותר. ואילו בגרמניה הביטוח הסוציאלי מטפל בכך 6 שבועות לאחר הפגיעה. בארה"ב, אין זכאות לשיקום מקצועי במימון ציבורי.

ד. הבדל נוסף בין ישראל למדינות האירופיות הוא בנגישות לקצבה. בהולנד, בשוודיה ובדנמרק ובמידת מה גם בגרמניה, הנגישות לקצבת נכות קלה למדי ושיעור החלפת השכר גבוה. למעשה הדברים אמורים גם לגבי הנגישות לקצבת מחלה, בעיקר בהולנד. בהולנד לא נדרש דבר מעובד כדי לקבל דמי מחלה, אפילו לא אישור רפואי – אלא הודעה על מחלתו בלבד. רק בשלב מאוחר יותר עליו להתייצב לבדיקות רפואיות לצורך הוכחת אי-כושרו לעבוד. קצבת נכות מוקנית כמעט אוטומטית לאחר שנה של מחלה.

בישראל לעומת זאת, סף הכניסה לזכאות לקצבת נכות מחמיר ביותר. קצבת נכות מעבודה משולמת רק לאחר בדיקות רפואיות מדוקדקות, ורק משהוכח כי הסיבה לפגיעה נגרמה בעבודה. במקרה שלא הוכח קשר כזה, משולמת קצבת מחלה (על-ידי המעסיק) ל-90 יום בלבד, וקצבה (נכות כללית) משולמת רק למי שלקו לפחות ב-40% נכות רפואית ואיבדו לפחות מחצית מכושרם להשתכר, כאשר הקצבה מבטיחה קיום בלבד.

הליברליות הרבה בהענקת הקצבה במקרי מחלה ונכות ובשיעור הגבוה של החלפת השכר במיוחד בשוודיה ובהולנד עלולים היו להוות תמריץ שלילי לחזרה לעבודה. אולם הם מאוזנים בהגנה חמורה מפני פיטורין על רקע בריאותי, תוך הטלת אחריות נרחבת על המעסיק בכל הקשור לשיקומו של החולה או הנכה, במיוחד בהולנד אך גם בשוודיה. בהולנד, החוק אוסר על פיטורין של מי שלקו בבריאותם. בשוודיה פיטורין אפשריים רק אם מוכיח המעסיק שמיצה כל אפשרות של החזרת החולה לעבודה. בישראל, בה נגישות לקצבות נכות

קשה והחלפת השכר (במקרה של נכות כללית) נמוכה, מידת התמריץ השלילי לעבודה הגלום בקצבה הוא נמוך יחסית. בהתאם לכך, אין בישראל הגנה מפני פיטורין על רקע בעיות בריאות (אם כי ישנה הגנה מסויימת כוללת על תעסוקה).

ה. הבדל נוסף בין ישראל למדינות האחרות בתחום של הטיפול בנפגעי עבודה הוא בכך שבישראל גם עצמאיים זכאים לקצבה במקרי פגיעה בעבודה ואילו במדינות האחרות זכאות זו מוקנית לשכירים בלבד.

ראויות לציון כמה נקודות הייחודיות למערכת ההולנדית: הייחוד העיקרי הוא, שהולנד היא ככל הידוע המדינה היחידה בעולם שבה אין כל אבחנה בין נפגעי עבודה לחולים אחרים. בהולנד גם קיימת הפרדה מוחלטת בין מערך הטיפול הרפואי לבין בדיקות רפואיות המבוצעות לצורך הוכחת מחלה או נכות כהצדקה להיעדרות מעבודה. זאת על יסוד ההשקפה כי רופא מטפל שצריך לתת תעודת מחלה עלול להיקלע לניגוד אינטרסים. לכן אין צורך בהצגת תעודת מחלה בהולנד כדי לקבל אישור לחופשת מחלה. כאשר מחלה מתמשכת – רופאי הביטוח הסוציאלי, שהם בדרך כלל רופאים תעסוקתיים, בודקים את החולה (בנוסף ובאופן בלתי תלוי ברופא המטפל) וקובעים אבחנה לצורך אישור היעדרות מעבודה וטיפול סוציאלי.

מעריך המחקר

מעריך המחקר בכל אחת משש המדינות שהשתתפו בו לא היה זהה לחלוטין. הנחקרים בכל מדינה נבחרו על-פי המטרות המחקריות הפנימיות של כל מדינה ולפי האפשרויות הלוגיסטיות. כמו כן כל מדינה הוסיפה קבוצות אוכלוסייה ו/או נושאים למחקר שהיא ביצעה בתחומה על-פי צרכיה. אולם נקבעו כמה אלמנטים משותפים אשר כל ששת המחקרים צייתו להם:

א. כל המחקרים היו פרואקטיביים ונערכו בתקופה אחת (1995-1997).

ב. אוכלוסיית המחקר היתה זהה בכלם בתכונות הבאות: הנחקרים היו שכירים, עובדים, בגיל 18-59 שנפגעו בגב התחתון (721, 722, 724 בהגדרת ICD9), ואשר עקב פגיעה זו נעדרו מעבודתם 3 חודשים לפחות. ההחלטה לסייג את המחקר לקבוצת נפגעים הומוגנית נבעה מהצורך להסיק מסקנות בדבר דרכי חזרה לעבודה כאשר סוג הפגיעה קבוע. הבחירה בסוג זה של פגיעה נבע מהיותה תדירה ועל כן ההוצאה הציבורית על הטיפול בה גבוהה בכל המדינות.

ג. כל הנחקרים נבדקו 3 פעמים: במועדים 3, 12 ו-24 חודשים לאחר הפגיעה.

ד. השאלונים, שעל פיהם נבדקו הנחקרים במועדים הנ"ל, כללו את מערך התכנים שקבעה ועדת המחקר. כל אחת מהמדינות הוסיפה, כאמור, למערך זה תכנים על-פי צרכיה.

כאמור, מסגרות האוכלוסייה שמהן נבחרו הנחקרים נקבעו בכל מדינה על-פי האפשרויות והצרכים. בישראל היו הנחקרים נפגעי עבודה. זאת משום שבישראל דמי המחלה משולמים כאמור על-ידי המעסיק, בניגוד ליתר המשתתפות במחקר, שבהן דמי מחלה (רגילה, ללא קשר לעבודה), נכללות בביטוח הסוציאלי הרגיל – המתופעל באמצעות מוסד מרכזי - עיריות או קרנות מיוחדות. מתמת ביזור זה של הטיפול בדמי מחלה בישראל אין נתונים מרכזיים על אוכלוסיית מקבלי דמי מחלה. לכן ניתן היה לבצע את המחקר הנדון בישראל לגבי נפגעי עבודה בלבד. גם במדינות האחרות שהשתתפו במחקר נכללו בין הנחקרים שהיו כאמור מקבלי קצבת מחלה, גם נפגעי עבודה, אך הם לא היו במספרים משמעותיים ובכל מקרה לא ניתן היה אפשר לאתרם.

כך בישראל מסגרת האוכלוסייה מתוכה נבחרו הנחקרים היתה תובעי דמי פגיעה בתקופה 10-95-8/94 בגילאי 18-59 אשר נעדרו מעבודתם 3 חודשים לפחות. במחקר בישראל נכללו כל מי שנפגעו בגבם – לא רק בגב התחתון. כמו כן נכללו במחקר בישראל גם עובדים עצמאיים. אופן בחירת הנחקרים וסיכום הממצאים לגבי כלל הנחקרים בישראל, כולל העצמאיים, ראה גורדון 1998, 1997. בסיכום שלהלן, שעיקרו השוואת המחקר בישראל למחקרים ב-5 המדינות האחרות, נכללו גם לגבי ישראל רק הנחקרים והנושאים שנכללו במחקר הבינלאומי, כלומר נכללו רק נפגעי גב תחתון שהיו שכירים – בהתאם להגדרות שנקבעו למחקר הבינלאומי.

כאמור לעיל גם ביתר המדינות שהשתתפו במחקר לא היוו הנחקרים מדגם מייצג ארצי של חולים. האוכלוסיות שמהן נלקחו הנחקרים מכל אחת מהמדינות היו כדלקמן:

הנחקרים בדנמרק היו חולים שהשתייכו לאחת מתוך 24 (מכלל 275) עיריות גדולות.

בגרמניה הנחקרים היו חולים שהשתייכו לאחת מתוך 3 "קופות חולים" בערים תעשייתיות גדולות בצפון ודרום גרמניה, שרובם היו עובדי צווארון כחול.

הנחקרים בהולנד היו שכירים במגזר הפרטי, שמעסיקיהם היו מבוטחים לעניין מחלה ונכות בסוכנויות ביטוח סוציאלי שנדגמו.

בשוודיה הנחקרים היו מבוטחים במשרדי ביטוח סוציאלי מקומיים באחד מ-5 אזורים במדינה.

בארה"ב הנחקרים נלקחו מתוך השייכים לתכניות ציבוריות של קצבאות מחלה בקליפורניה ובניו ג'רסי.

עקב ההבדלים בין המדינות באוכלוסיות שמהן נלקחו הנחקרים, נמצאו הבדלים מובהקים ביניהן בהתפלגויות לפי תכונות דמוגרפיות ותכונות בסיס אחרות (ראה להלן). על כן יש להיזהר בהכללות בעת הסקת מסקנות ממחקר זה.

גודל המדגם במדינות השונות נע בין 327 ל-565. שיעור הנפל עד הראיון האחרון נע בין 13% ל-40%.

לוח מס' 3: המדגמים ואחוז הנפל לפי מדינה

ארזה"ב	שוודיה	הולנד	גרמניה	דנמרק	ישראל	
23.6	20.8	21.9	22.9	15.4	10.6	אחוז נפל ראיון I
484	539	427	410	565	*327	רואיינו ראיון I
377	382	390	245	441	265	רואיינו כל הראיונות
						אחוז נפל בין ראיון I
22.1	29.1	13.3	40.2	21.9	19.0	ל-III

* לא כולל 108 עצמאיים ואחרים שנכללו במחקר בישראל (ראה גורדון 1997) אך לא נכללו במחקר הבינלאומי.

ממצאים

החזרה לעבודה וקבלת קצבה

בתום תקופת המעקב, שנתיים לאחר הפגיעה, חזרו לעבודה 60.4% מהנחקרים בישראל, בדומה לשוודיה ולארזה"ב (62.6%). שיעור החזרה לעבודה היה הגבוה ביותר בהולנד (71.6%) והנמוך ביותר בגרמניה (35.1%). הוא היה נמוך גם בדנמרק (39.7%). גם אם "נתקן" את הנתונים מהמדינות השונות – למשל על-פי ההתפלגות לפי המין, ה-ADL, הגיל וההשכלה כפי שהם התקבלו בישראל, כדי לנטרל השפעת ההבדלים בתכונות אלה בין הנחקרים במדינות השונות, נקבל תוצאות דומות למדי, למעט לגבי ארה"ב, בה התיקנון מוריד שיעור החוזרים; זאת, יש להניח, עקב האחוז הגבוה של בעלי השכלה גבוהה במדינה זו.

לוח מס' 4: אחוז הנחקרים שעבדו שנתיים לאחר הפגיעה (T_3) לפי מדינה – נתונים מקוריים

ומתוקננים

	ארזה"ב	שוודיה	הולנד	גרמניה	דנמרק	ישראל	
							% עבדו T_3
נתונים מקוריים	62.6	62.7	71.6	35.1	39.7	60.4	
נתונים מתוקננים	42.7	58.1	73.3	34.4	41.7	60.9	

46% מתוך מי שחזרו לעבודה בישראל חזרו למקום עבודתם המקורי, בו עבדו ערב הפגיעה, בדומה לדנמרק (42%) ולארזה"ב (56%). ביתר המדינות – מרבית החוזרים לעבודה חזרו למקום עבודתם הקודם (גרמניה – 94%, הולנד 82%, שוודיה 86%). עובדה זו מוסברת בכך שבהולנד ובשוודיה, ובמידת מה גם בגרמניה, החוק אוסר פיטורין על רקע של בעיות בריאות לתקופה מוגדרת, ומטיל על המעסיק אחריות מסוימת לשיקום וקליטה מחדש של מי שנפגעו בבריאותם. עובדה זו גם הביאה לכך, שמועד החזרה לעבודה במדינות אלה היה מוקדם יחסית: רק 2/3 ממי שחזרו לעבודה בישראל חזרו כבר שנה לאחר הפגיעה, בדומה לדנמרק, ואילו בהולנד – רוב החוזרים (89%) חזרו כבר שנה לאחר הפגיעה, בדומה לגרמניה (כ-86%), לארזה"ב (86%) ולשוודיה (79%).

אולם החזרה לעבודה בהולנד היתה מלווה בעצמאות כלכלית – כלומר ניתוק מקצבה – בשיעור נמוך מאשר בישראל: 54% מכלל מי שעבדו במועד סיום המעקב בהולנד עדיין המשיכו לקבל קצבה, כמו 39% בשוודיה. בישראל רק 9% מהעובדים קיבלו קצבה, בדומה לארזה"ב (7%). מעניין לציין שבדנמרק, למרות שיעור העובדים הנמוך, 43% מהם עדיין המשיכו לקבל קצבה (אין נתונים לגבי קבלת קצבה בגרמניה): מכאן ששיעור מי שעבדו והפסיקו לקבל קצבה היה

גבוה יחסית בישראל (55% מהסה"כ) בדומה לארה"ב (58%). הוא עמד על כ-1/3 בהולנד, כ-2/5 בשוודיה ובדנמרק כ-1/5.

לוח מס' 5: הנחקרים לפי חזרה לעבודה שנתיים לאחר הפגיעה (T_3), קבלת קצבה (כלשהי T_3) ומדינה* (אחוזים)

ארה"ב	שוודיה	הולנד	דנמרק	ישראל	
100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	סך הכול
62.6	62.7	71.6	39.7	60.4	עבדו T_3 סה"כ
58.1	41.4	32.7	22.7	55.1	% עבדו T_3 - ללא קצבה (מסה"כ)
37.4	37.3	28.4	60.3	39.6	לא עבדו T_3 - סך הכל
					% לא עבדו T_3 - קיבלו קצבה (מסה"כ)
13.0	30.3	27.6	58.3	22.3	
					% לא עבדו T_3 - קיבלו קצבה (מלא עבדו)
34.8	95.3	97.1	96.6	56.2	

* אין נתונים על קבלת קצבאות בגרמניה.

לסיכום ניתן לומר כי במדינות שבהן עיקר החזרה לעבודה היה במקום העבודה הקודם – ולרוב היו אלה המדינות שנתנו הגנה מפני פיטורין על רקע פגיעה בבריאות ועודדו המשך קבלת קצבה תוך עבודה לפחות לתקופה מסוימת - החזרה לעבודה היתה רבה ומהירה יותר (הולנד, שוודיה). לגבי מדינות אלה עדיין יש לברר באיזו מידה בסופו של התהליך, שמועדו על-פי הממצאים מאוחר מאשר שתי שנות המעקב, אמנם מגיעים העובדים לעצמאות כלכלית ומוותרים על הקצבה. לעומת זאת, במדינות שבהן שיעור הפיטורין היה גבוה יותר (ישראל, דנמרק) שיעור ניכר מהחוזרים לעבודה נאלצו למצוא עבודה חדשה ובטוחה לפני שיוותרו על קצבתם, תהליך הגוזל זמן, ועל כן הם חזרו לעבודה פחות ובעיקר במועד מאוחר יותר. יוצאת מכלל זה ארה"ב, שבה ללא הגנה מפני פיטורין, שיעור ניכר מהחוזרים לעבודה חזרו כבר שנה לאחר הפגיעה. יתכן שההסבר לכך נעוץ באפשרות חזרה למעסיק הקודם בקרב מי שנכללו במחקר זה מסיבות אחרות.

לוח מס' 6: הנחקרים לפי החזרה לעבודה שנה (T_2) ושנתיים (T_3) לאחר הפגיעה, החזרה למעסיק המקורי ומדינה (אחוזים)

ארזה"ב	שוודיה	הולנד	גרמניה	זנמרק	ישראל	
100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	סך הכל
62.6	62.6	72.7	40.8	31.5	49.1	עבדו T_2 סך הכל
39.5	53.8	64.6	38.3	16.3	29.8	% חזרו למעסיק הקודם T_2 (מסה"כ)
62.6	62.7	71.6	35.1	39.7	60.4	עבדו T_3 סך הכל
*48.0	55.5	59.1	33.5	16.9	27.6	% חזרו למעסיק הקודם T_3 (מסה"כ)
56.4	86.2	81.9	94.2	42.3	45.6	% חזרו למעסיק הקודם מעבדו T_3
86.4	79.2	88.7	86.1	65.7	68.1	% עבדו ב- T_2 מתוך עבדו ב- T_3

* 27% לא ידוע.

בנקודה זו יש לציין, שלעיתוי החזרה לעבודה חשיבות רבה מבחינת עצם הסיכוי לחזור לעבודה: מרבית החוזרים – בכל המדינות – חזרו בשנה הראשונה, ורוב מי שחזרו לעבודה בשנה הראשונה – נשארו עובדים גם בסוף השנה השנייה.

בהתאם לשיעור החזרה לעבודה ומועדה, ממוצע מספר החודשים שעבדו אלה מבין הנחקרים בישראל שעבדו לפחות חודש אחד במהלך שתי שנות המעקב, עמד על 12.3, בדומה לשוודיה (12.3) ולדנמרק (11.2). בהולנד, כצפוי, עבדו הנחקרים יותר – 16.8 חודשים בממוצע, ובארזה"ב – 13.7. מעניין לציין שבגרמניה עבדו מי שחזרו לעבודה 14.6 חודשים בממוצע, למרות שבסך הכול שיעור החזרה לעבודה היה נמוך.

המעטים שחזרו לעבודה בישראל ועדיין המשיכו לקבל קצבה – קיבלו בעיקר קצבת נכות מעבודה או השלמת הכנסה. בדנמרק, בשוודיה ובהולנד קיבלו אלה מהעובדים שעדיין קיבלו קצבה בעיקר קצבה אחרת, שהיתה כנראה קצבת השלמת שכר למי שחזרו לעבודה באופן חלקי במסגרת תוכנית שיקום. בארזה"ב העובדים המעטים שקיבלו קצבה קיבלו בעיקר קצבת נכות או קצבת פרישה מוקדמת. גם מי שלא עבדו וקיבלו קצבה בישראל קיבלו בעיקר קצבת נכות או הבטחת הכנסה.

לוח מס' 7: אחוז הנחקרים שקיבלו קצבאות שונות (במועד T_3) לפי סוג הקצבה, חזרה לעבודה
שנתיים לאחר הפגיעה (T_3) ומדינה*

סוג הקצבה	ישראל		דנמרק		הולנד		שוודיה		ארה"ב	
	לא עבדו	עבדו	לא עבדו	עבדו	לא עבדו	עבדו	לא עבדו	עבדו	לא עבדו	עבדו
קיבלו קצבה כלשהי סה"כ**	56.2	8.8	96.6	42.9	97.1	54.3	95.3	39.2	7.2	34.8
מחלח***	1.9	-	46.6	13.1	27.2	2.7	51.9	17.6	1.7	0.7
נכות (כללית)	9.5	1.3	27.1	2.3	49.0	15.9	31.1	9.7	1.7	12.8
נכות מעבודה****	14.3	4.4	5.3	-	-	-	6.6	2.6	0.9	6.4
הבטחת הכנסה	13.3	1.9	3.4	1.4	2.9	0.4	0.9	-	0.9	4.3
לימודים*****	2.9	0.6	0.4	1.7	1.9	1.1	0.9	1.3	-	-
דמי אבטלה	11.4	-	12.0	5.7	35.6	3.0	11.3	1.8	0.9	4.3
פרישה מוקדמת	1.0	0.6	3.0	0.6	3.9	-	4.7	2.2	1.7	9.2
קצבה אחרת	2.9	1.3	29.0	24.6	41.9	40.4	29.3	15.0	-	-

- * אין נתונים על קבלת קצבאות בגרמניה.
** אדם יכול לקבל יותר מקצבה אחת. לכן הסה"כ אינו סיכום מקבלי הקצבאות השונות.
*** בישראל – דמי פגיעה.
**** בהולנד אין אבחנה בקצבה בין נכות כללית לנכות מעבודה.
***** בישראל – דמי מחיה בשיקום.

יש לציין כי יחסית למדינות האירופיות, הנגישות הנמוכה לקצבה בישראל מקרב אלה שחזרו לעבודה ניכרה גם בשיעור מי שקיבלו קצבה בקרב מי שלא חזרו לעבודה (ראה לוח לעיל): רק 56% קיבלו קצבה כלשהיא בקרב מי שלא חזרו לעבודה במועד שנתיים לאחר הפגיעה בישראל. זאת בהשוואה ל-95% ויותר במדינות האירופיות ול-35% בארה"ב. כלומר, לנגישות הנמוכה לקצבה, שיתרונה בתמריץ לעבודה, יש גם "מתיר" במונחי שמירה על הכנסתם של מי שבריאותם אולי אינה מאפשרת להם לעבוד.

אופי החזרה לעבודה

אצל קרוב ל-3/4 מהחוזרים לעבודה בישראל חלו שינויים בתוכן עבודתם. תופעה זו אפיינה גם את דנמרק (59%), בה כמו בישראל, רבים החליפו מקום עבודה. בגרמניה מעטים אמרו שתוכן עבודתם השתנה ואילו ביתר המדינות 30%-40% שינו תוכן עבודתם.

ל-16% מהחוזרים לעבודה בישראל נעשו התאמות פיזיות מיוחדות במקום עבודתם כדי שיוכלו לחזור לעבודה. זאת בדומה לארה"ב ולגרמניה (18%). בהולנד רבע מהחוזרים לעבודה קיבלו שירות זה, בדומה לשוודיה (21%). בדנמרק – 31% נזקקו לכך. בכל המדינות (חוץ מארה"ב), התאמות במקום העבודה היו שכיחות יותר לגבי מי שחזרו למעסיקם הקודם.

56% מהחוזרים לעבודה בישראל עבדו בעבודתם החדשה, פחות שעות שבועיות בהשוואה לעבודתם ערב הפגיעה. זאת בדומה ל-2/3 מהחוזרים לעבודה בשוודיה וכ-1/3 בדנמרק. בגרמניה ובהולנד מעטים יחסית הפחיתו שעות עבודתם (9%-16%). להפך: רבים אמרו (75%-85%) שהם עובדים יותר שעות. בארה"ב 28% הפחיתו שעות עבודתם. בהתאם – 55% בישראל אמרו שהם מרוויחים פחות בעבודתם בהשוואה למה שהרוויחו ערב הפגיעה. זאת בהשוואה ל-41% שאמרו כך בשוודיה, כרבע בדנמרק וארה"ב ו-12% בהולנד ו-9% בגרמניה.

לסיכום ניתן לומר, שאיכות העבודה של הישראלים שחזרו לעבודה ירדה יחסית לעבודתם ערב הפגיעה: רבים נאלצו לשנות מקום עבודה ו/או את תוכנה, ורבים עבדו פחות שעות והרוויחו פחות מאשר ערב הפגיעה. כל אלה במידה רבה יותר מאשר בהולנד, ובדומה לשוודיה ולדנמרק.

תכונות דמוגרפיות

להלן תיאור התכונות הדמוגרפיות של הנחקרים בישראל בהשוואה לאלה שנמצאו ביתר המדינות שהשתתפו במחקר, והקשר של תכונות אלה לחזרה לעבודה שנתיים לאחר תחילת ההיעדרות מהעבודה.

בישראל אחוז הגברים היה גבוה במיוחד: 76%. ייתכן שהדבר מוסבר בכך שנחקרים היו נפגעי עבודה בעוד שביתר המדינות הנחקרים היו חולים רגילים שקיבלו דמי מחלה. גם בגרמניה ובהולנד היה אחוז הגברים בין הנחקרים גבוה מאחוז הנשים (למעלה מ-60% גברים), ואילו בשוודיה, ארה"ב ודנמרק הנשים היוו את רוב הנחקרים (כ-3/5). בחינת השפעת המין על החזרה לעבודה שנתיים לאחר תחילת ההיעדרות מהעבודה מורה, כי בישראל ההבדל בשיעור החזרה לעבודה בין הגברים לנשים היה קטן למדי, כאשר הגברים חזרו מעט יותר. בדנמרק ובהולנד – הגברים חזרו לעבודה באופן משמעותי יותר מהנשים (מובהק $X^2 prob < .00$). בגרמניה ובארה"ב לעומת זאת, הנשים חזרו מעט יותר מהגברים, ובשוודיה לא נמצא כל הבדל בשיעור החזרה לעבודה על-פי המין.

הגיל הממוצע של הנחקרים בישראל היה 39 שנים. זאת בדומה להולנד. בדנמרק ובארה"ב היו הנחקרים קצת יותר מבוגרים (גיל ממוצע – 41, 42 בהתאמה) ואילו בגרמניה הם היו המבוגרים ביותר – ממוצע = 50 שנה (זאת כתוצאה מסוג האוכלוסייה אליו השתייכו הנחקרים). גם בשוודיה היו הנחקרים מבוגרים יחסית, ממוצע = 45 שנה).

שיעור מי שחזרו לעבודה בתום תקופת המעקב ירד עם הגיל בישראל, בהולנד, בדנמרק ובארה"ב (מובהק בכל אלה חוץ מארה"ב). יצאו מכלל זה גרמניה ובמידת מה גם שוודיה. גם בשתי מדינות אלה שיעור החזרה לעבודה ירד עם הגיל – אולם הצעירים ביותר (עד 34) חזרו לעבודה בשיעור נמוך מהמבוגרים מחם, במיוחד בגרמניה. ראה לוח לחלק.

לוח מס' 8: הנחקרים לפי הגיל (ב- T_1), עבודה שנתיים לאחר הפגיעה (T_3) ומדינה (אחוזים)

גיל ועבודה	ישראל	דנמרק	גרמניה	הולנד	שוודיה	ארה"ב
סך הכול	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
מזה: % עבדו	60.4	39.7	35.1	71.6	62.7	62.6
עד 34	35.0	29.4	5.8	33.2	18.4	22.5
מזה: % עבדו	68.1	48.0	23.1	77.9	64.7	68.3
35-44	35.0	30.8	17.9	34.9	27.9	36.4
מזה: % עבדו	60.4	44.4	55.0	77.3	72.8	66.9
45-54	22.7	28.9	40.6	27.5	37.4	34.5
מזה: % עבדו	57.6	36.0	48.4	57.4	62.3	61.1
55+	7.3	10.9	35.7	4.4	16.3	6.6
מזה: % עבדו	26.3	17.0	13.8	62.5	43.3	41.7
גיל ממוצע	38.9	41.0	50.4	39.3	44.8	42.3
$\phi X^2 prob$	0.01	0.00	0.00	0.00	0.00	0.08

בדרך כלל בעלי השכלה גבוהה חוזרים מהר יותר לעבודה. זאת כנראה משום שלמשכילים יש תפקידים אחראיים ומעניינים יותר. ייתכן גם שדרישות העבודה שלהם פחות גופניות – לכן בעיות בגב מפריעות להם פחות. הם גם מרוויחים יותר ולכן מפסידים יותר אם לא יעבדו. מצד שני – יש להם יכולת גדולה יותר לעמוד במצב של חוסר הכנסה.

לכמחצית הנחקרים בישראל היתה השכלה תיכונית חלקית. 1/3 סיימו השכלה תיכונית ול-7% היתה השכלה אקדמית. שיעור בעלי השכלה אקדמית היה דומה לישראל בדנמרק, בהולנד ובשוודיה (6%-7%). אולם בדנמרק היה שיעור בעלי השכלה על תיכונית לא-אקדמית גבוה מאשר בישראל, ואילו בשוודיה ובהולנד שיעור בעלי השכלה יסודית היה גבוה מאשר בישראל.

בארה"ב שיעור בעלי השכלה אקדמית היה הגבוה ביותר – 18%. גם שיעור בעלי השכלה תיכונית ועל תיכונית לא אקדמית היה הגבוה ביותר בארה"ב. רמת ההשכלה של הנחקרים בגרמניה היתה נמוכה יחסית: כמעט כולם (89%) היו בעלי השכלה יסודית בלבד.

בישראל, בעלי השכלה על-תיכונית חזרו לעבודה פחות מבעלי השכלה תיכונית, בייחוד הלא-אקדמאים ביניהם (מובהק $X^2 prob < .00$). בהולנד האקדמאים חזרו לעבודה מעט פחות מבוגרי תיכון. בדנמרק ובשוודיה – שיעור החזרה לעבודה עלה עם ההשכלה ($X^2 prob < .01, .02$). בארה"ב רמת ההשכלה השפיעה פחות מאשר ביתר המדינות על החזרה לעבודה.

39% מהנחקרים בישראל לא נולדו בה. זאת בהשוואה ל-16%-17% שלא נולדו בארצם בין הנחקרים בארה"ב ובשוודיה ול-3%-8% כאלה ביתר המדינות שהשתתפו במחקר. לא נמצאו הבדלים משמעותיים בשיעור החזרה לעבודה בין מי שנולדו בארץ מגוריהם לאחרים, בייחוד לא בשוודיה ובארה"ב. בישראל היה הבדל קטן אך לא מובהק: 62% חזרו לעבודה בין ילידי הארץ לעומת 57% בין העולים. מרבית העולים (64%) עלו לארץ עד 1975. 26% מהעולים עלו מ-1990. שיעור החזרה לעבודה של העולים מ-1990 היה מעט גבוה (2/3) משל כלל הנחקרים (60%).

שפת האם של כ-1/3 מהנחקרים בישראל לא היתה עברית. גם שפת האם של 15% מהנחקרים בשוודיה ובארה"ב לא היתה שפת המדינה. ביתר המדינות המשתתפות במחקר שפת האם של 2% - 7% בלבד לא היתה שפת המדינה. כ-1/3 ממי ששפת האם שלהם לא היתה עברית בישראל היו ערבים. היתר היו כמובן עולים, כולל עולים ותיקים. בישראל, כמו בכל יתר המדינות חוץ מארה"ב, נחקרים ששפת האם שלהם היתה שפת הארץ חזרו לעבודה קצת יותר מהאחרים. בארה"ב לא נמצא הבדל בשיעור החזרה לעבודה לפי שפת האם.

2/3 מהנחקרים בישראל גרו עם בן זוג וילדים, כמו 57% מהנחקרים בהולנד וכ-2/5 מהנחקרים בדנמרק, בשוודיה ובארה"ב. בגרמניה היו רק 35% כאלה (כנראה עקב הגיל הגבוה של הנחקרים). כ-10% מהנחקרים בישראל גרו עם בן זוג בלבד כמו 35%-37% כאלה בדנמרק ובשוודיה, 45% בגרמניה, ו-20% - 30% בארה"ב ובהולנד.

אחוז הגרים לבדם היה נמוך ביותר בישראל – 2%, בהשוואה ל-13%-16% כאלה בכל יתר המדינות חוץ מהולנד, שם 6% גרו לבדם. מי שגרו עם בן זוג וילדים בישראל חזרו לעבודה קצת פחות מהאחרים, כמו בהולנד, ואילו ביתר המדינות המצב היה הפוך. לא ברורה הסיבה להבדלים אלה.

תכונות תעסוקה

כצפוי, 2/5 מן הנחקרים בישראל עבדו במקצועות המועדים לפגיעות בגב – בניין (14%), שירותים אישיים כולל מטפלים (13%) ונהיגה (13%). היתר היו פועלים בלתי מקצועיים (20%), עובדים מקצועיים בתעשייה (17%), מפעילי מכונות כבדות (7%), פקידים (5%), טכנאים ומורים (5%) ואחרים.

שיעור העובדים כטכנאים, מורים ופקידים היה גבוה בהשוואה לישראל בדנמרק, בשוודיה ובארה"ב. גם שיעור העובדים במכירות ושירותים אישיים היה גבוה יחסית לישראל בדנמרק ובשוודיה. שיעור המנהלים היה גבוה בהולנד ושיעור הפרופסיונלים – בארה"ב. לעומת זאת היו פחות, בהשוואה לישראל, עובדי בניין וחרושת בדנמרק, בשוודיה ובארה"ב וגם פחות עובדים בלתי מקצועיים בהולנד, בשוודיה ובארה"ב (אין נתונים על משלח יד לגבי גרמניה).

למשלח היד היתה השפעה מובהקת ($X^2 prob < .00$) על החזרה לעבודה בדנמרק, בהולנד ובארה"ב. לא בישראל. טכנאים ומורים חזרו לעבודה יותר מהאחרים בישראל וגם בהולנד, בשוודיה ובארה"ב. זאת אולי משום שהעובדים במקצועות אלה השתייכו למגזרים שבהם הם נהנו מביטחון תעסוקתי רב יותר מהעובדים במשלחי יד אחרים.

מעניין לציין שעובדי בניין חזרו לעבודה יותר מהאחרים בישראל, בדנמרק ובארה"ב. עובדים בלתי מקצועיים חזרו לעבודה פחות מהאחרים בהולנד ובדנמרק ובמידה מסוימת גם בישראל.

30% מהנחקרים בישראל עבדו בענפי תעשייה. 20% עבדו בשירותים ציבוריים, 18% בבניין ו-12% במסחר. בדנמרק בלטו עובדי השירותים הציבוריים (44%) וכך גם בגרמניה (35%). בהולנד הם היוו 22%, כשיעור דומה השתייכו לכל אחד מהענפים בניין ותעשייה.

העובדים בענפי המסחר, האירות, התחבורה והתקשורת חזרו לעבודה בישראל יותר מהאחרים. דווקא עובדי השירותים הציבוריים, שבהם צפויה הגנה טובה יותר מפני פיטורין, חזרו פחות.

ממוצע מספר שעות העבודה השבועיות היה הגבוה ביותר בישראל – 49.6. זאת בהשוואה ל-41.7 בארה"ב ול-37-38 ביתר המדינות.

בהתאם, אחוז העובדים חלקית (עד 25 שעות שבועיות), היה נמוך בישראל – הוא עמד על 7%, בדומה לדנמרק ולארה"ב. בגרמניה ובשוודיה שיעור העובדים חלקית היה כמעט כפול (11%-14%) ובהולנד פי 3 מאשר בישראל – 21% עבדו עד 25 שעות בשבוע.

כמעט כל מי שעבדו חלקית היו נשים, בכל המדינות. כמו כן, בכל המדינות, חוץ מהולנד, מי שעבדו עד 25 שעות בשבוע חזרו לעבודה פחות מהאחרים (לא מובהק). בהולנד העובדים חלקית חזרו לעבודה יותר מהאחרים (מובהק $Ttest prob < .01$). בכך התבטאו כנראה התבדלים בחזרה לעבודה לפי מין.

הוותק במקום העבודה האחרון בישראל, היה נמוך יחסית – ייתכן שהסיבה היא הגיל הצעיר של הנחקרים. הנחקרים עבדו במקום עבודתם האחרון 6 שנים בממוצע. זאת בהשוואה ל-7.5 בדנמרק ובארה"ב, 14-16 שנים בגרמניה ובשוודיה ו-9 שנים בהולנד. שיעור החזרה לעבודה עלה עם הוותק במקום העבודה האחרון בישראל כמו ביתר המדינות, אך השפעה זו לא היתה

מובהקת. זאת חוץ מדנמרק, שבה הוותק במקום העבודה השפיע על החזרה לעבודה באופן מובהק ($X^2 prob < .00$) אך לא לינארי.

הוותק במקום העבודה האחרון נמצא במתאם גבוה יחסית עם מהירות החזרה לעבודה: ככל שהוותק היה גבוה, כן נעדרו הנחקרים פחות זמן מעבודתם עד לחזרה הראשונה לעבודה. זאת חוץ משוודיה. המתאם בין הוותק במקום העבודה האחרון ובין מס' החודשים עד לחזרה ראשונה לעבודה עמד בישראל על 0.37 וביתר המדינות (חוץ משוודיה) על 0.20-0.31.

בחינת הביטחון התעסוקתי של הנחקרים מורה, כי 2/3 מהנחקרים בישראל סברו שמקום עבודתם נשמר להם עד שיבריא. בשוודיה 91% סברו כך. זאת עקב הגנה מפני פיטורין על רקע בריאותי שמקנה החוק במדינה זו (גם בהולנד החוק מקנה הגנה כזו, אולם הנחקרים בהולנד לא נשאלו שאלה זו). מעניין לציין שגם בארה"ב רבים (76%) סברו שיוכלו לחזור לעבודתם, למרות שאין כל הגנה מפני פיטורין בארה"ב. יתכן שההסבר נעוץ בסוג הנחקרים שהשתתפו במחקר. בגרמניה 60% חשבו שמקום עבודתם נשמר להם ובדנמרק רק 49% חשבו כך. כצפוי, בכל המדינות מי שסברו שמקומם נשמר להם חזרו לעבודה יותר מהאחרים. הבדל זה היה מובהק בכל המדינות חוץ מישראל:

את היציבות בשוק העבודה ניתן לבחון על-ידי בדיקת היחס בין מספר השנים שהנחקר עבד מתוך כלל השנים שעברו מאז היה בן 20. הנתונים מורים, כי בכל המדינות המשתתפות הנחקרים היו יציבים למדי בשוק העבודה: שיעור זה היה מעט נמוך בישראל (84%) בהשוואה למדינות האחרות, אולי בגלל השירות הצבאי. הוא היה הגבוה ביותר בארה"ב (95%) ובגרמניה ובשוודיה (90%). בדנמרק והולנד הוא נמצא דומה לישראל (85%). לשיעור זה לא היתה השפעה מובהקת על החזרה לעבודה שנתיים לאחר הפגיעה (T_3) בישראל. כן היתה לו השפעה מובהקת (T_3) על חזרה לעבודה בישראל שנה לאחר הפגיעה (T_2), ובדנמרק, בגרמניה ובהולנד – הן ב- T_2 והן ב- T_3 .

גם מספר חודשי העבודה בשנתיים שקדמו לפגיעה יכול להיות מדד ליציבות בשוק העבודה בכלל ולנטייה להיעדרות מחמת מחלה בפרט. בנושא זה נמצא דמיון רב בין המדינות שהשתתפו במחקר, ובכולן הנחקרים עבדו 21-22 חודש בממוצע בשנתיים שקדמו לפגיעה. בישראל הם עבדו 22.6 חודש, בממוצע, בהתאם לכך שהם היו נפגעי עבודה שנפגעו לראשונה במועד סמוך ל- T_1 .

רמת ההכנסה מעבודה בכל מדינה מושפעת מרמת החיים הכללית ומהתפלגות על-פי תכונות העבודה. ההכנסה הציונית הנמוכה ביותר (בדולר ארה"ב) היתה בישראל – \$941 לחודש. זאת בהשוואה ל-\$1,785 עד \$1,545 בגרמניה, בדנמרק, בהולנד ובארה"ב ול-\$1233 בשוודיה. שיעור החזרה לעבודה בתום שנתיים לפגיעה עלה במובהק ($Ttest prob < .00$) עם ההכנסה מעבודה בישראל וכן בדנמרק ובהולנד.

סוג העבודה ודרישות התפקיד משפיעים על האפשרות לחזור לעבודה של מי שחלו ועל המוטיבציה לעשות זאת. לעבודה הכרוכה בלחץ פיזי יתקשה לחזור מי שנפגע בגבו. עבודה הכרוכה בלחץ פסיכולוגי תפחית את המוטיבציה לחזור אליה. כדי לבדוק משתנים אלה נבחר במחקר הנוכחי סולם Theorell – Karasek שפותח בהולנד. סולם זה מודד על 4 דרגות של תדירות אירועים שונים לחץ פסיכולוגי (Psychological Demand) בעבודה ומרווח החלטה (Decision Latitude), שהיחס ביניהם קובע על-פי ממצאי בוני הסולם לחץ בעבודה. (Strain). כן מודד סולם זה לחץ פיזי (Physical Job Demand) בעבודה ותמיכה חברתית (Social Support) בסביבת העבודה. (ISSA, 1999).

לוח מס' 9: ממוצעי הציונים של הנחקרים בסולמות Theorell Karasek ב- T_1 לפי מדינה

ארה"ב	שוודיה	הולנד	גרמניה	דנמרק	ישראל	
**2.7	**2.9	**2.8	**2.9	**2.8	2.8	לחץ פסיכולוגי
2.9	**2.8	**2.9	2.7	**2.8	2.4	מרווח החלטה
**1.1	**1.1	**1.0	1.2	**1.1	1.3	מתח
**2.0	**1.7	**1.7	1.7	**1.8	1.9	לחץ פיזי
3.0	3.0	**3.3	3.1	3.4	3.4	תמיכה חברתית

* הציונים הם ממוצע על סולם בן 4 דרגות כאשר 4 = גבוה. ציוני מתח = איזון בין מרווח החלטה ולחץ. 1 = מאוזן.
** קשר מובהק עם חזרה לעבודה עד $T_{test} < 0.05$.

בסך הכל ההבדלים בין המדינות השונות על-פי מדדי הסולמות הנדונים לא היו גדולים. הנחקרים בישראל היו במעט גבוהים מעמיתיהם בארצות האחרות בהערכתם את תדירות מצבי הלחץ הפסיכולוגי שבו הם היו נתונים בעבודתם בדומה לנחקרים בשוודיה. לעומת זאת, הישראלים העריכו נמוך יחסית את מרווח ההחלטה שהיה להם בעבודה. בהתאם, ההערכה על-פי סולם זה היא, שהם חשו במתח רב בעבודתם, יותר מעמיתיהם במדינות האחרות. גם הלחץ הפיזי הכרוך בעבודה הוערך גבוה יחסית על-ידי הנחקרים בישראל, כאשר בארה"ב הוא הוערך גבוה אף יותר. לעומת זאת התמיכה החברתית בעבודה הוערכה גבוה יחסית בישראל, כמו בדנמרק.

בישראל, אף אחד ממדדים אלה לא ניבא חזרה לעבודה שנתיים לאחר הפגיעה. בהולנד כל המדדים הללו נמצאו קשורים באופן מובהק לחזרה לעבודה. גם בדנמרק ובשוודיה נמצאו קשרים כאלה, למעט לגבי סולם התמיכה החברתית. בגרמניה רק הלחץ הפסיכולוגי נמצא קשור לחזרה לעבודה, בדומה לארה"ב, שבה גם ללחץ הפיזי היה קשר כזה.

אצל מרבית (86%) הנחקרים בישראל החלה הבעיה בגב בשבוע שקדם לתחילת היעדרותם מהעבודה. זאת בניגוד בולט לנחקרים במדינות האחרות, שבהן רק אצל מיעוט החלו בעיות אלה לאחרונה (ארה"ב – 30%, ביתר 7%-21%). בגרמניה הבעיות בגב החלו למעלה משנה לפני הפגיעה אצל 71% מהנחקרים, כמו אצל למעלה ממחצית הנחקרים בדנמרק ושוודיה, ושליש – בהולנד וארה"ב. הבדל זה בין ישראל למדינות האחרות מוסבר כמובן בכך שבישראל הנחקרים היו נפגעי עבודה וביתר המדינות הם היו חולים רגילים, שאצלם המחלה הנוכחית היתה במקרים רבים המשך לבעיות גב שכבר היו להם בעבר.

בכל המדינות שיעור החזרה לעבודה היה גבוה יותר בין מי שבעיות הגב שלהם החלו בשנה האחרונה (מובהק בדנמרק, בשוודיה ובארה"ב), כאשר מי שסבלו מבעיות בגבם למעלה משנה חזרו לעבודה הכי פחות, ומי שרק לאחרונה נפגעו – חזרו בשיעור בינוני. ממצא זה לא נמצא כמובן בישראל, שוב – עקב היות הנחקרים נפגעי עבודה שסבלו מפגיעה טראומטית לאחרונה.

כדי לבדוק את דרכי ההתמודדות של הנחקרים עם מצב כאבי הגב שלהם, נבחרו שני סולמות של התנהגות של התמודדות (Coping Behavior) – אקטיבית ופסיבית, שפותחו בגרמניה (ISSA, 1999). סולמות אלה בנויים ממקבץ של שאלות המתארות התנהגות של התמודדות, כאשר התשובה עליהן היא "כן" או "לא" נקט הנחקר בהתנהגות המתוארת. התנהגות של התמודדות בתקופה שקדמה להיעדרות מהעבודה רווחה פחות בישראל מאשר במדינות האחרות, בהתאם לכך שהנחקרים בישראל ברובם לא סבלו מהבעיות בגבם בעבר. התנהגות של התמודדות, הפסיבית בלבד, נמצאה בקשר מובהק עם חזרה לעבודה, בגרמניה בלבד ($Ttest\ prob < .05$).

המצב הבריאותי

מצב בריאותם של הנחקרים נמדד על-פי מספר מדדים סובייקטיביים, המבוססים על הערכותיהם של הנחקרים על היבטים שונים של הערכות בריאות, כאב, יכולת עבודה ויכולת תפקוד יום יומי. דרך מדידה סובייקטיבית זו נבחרה הן משיקולים לוגיסטיים, אך גם משום שבמחקרים שונים נמצא שבדיאגנוזה רפואית של כאבי גב יש קושי רב באבחון הבסיסי הפיזיולוגי (Waddell et al 1988, Ursin 1984) וישנה חשיבות רבה לתלונות החולים.

המדדים שנבחרו היו:

א. מדדי הערכת בריאות כללית בדרך כלל ובמועד החקירה, חיוניות (Vitality), רווחה רגשית (Emotional Well Being) והשפעת הבריאות על פעילות חברתית (על סולמות מ-1 עד 100 כאשר 100 = בריא). כל אלה מתוך סולמות ה-SF-36 למדידת הערכת בריאות (Ware et al 1992).

ב. Hannover ADL המודד יכולת תפקוד בפעולות יום-יומיות (בסולם מ-1 עד 100 כאשר 100 = בריא. 1999, ISSA).

ג. סולמות Von Korff להערכת כאב והערכת יכולת עבודה (על סולמות בני 10 דרגות כאשר 10 = גבוה, Von Korff et al 1988).

כל 3 קבוצות המדדים הללו נבדקו בכל שלושת מועדי הראיונות של הנחקרים. ניתן לראות במדידה הראשונה (T_1), שנערכה שלושה חודשים לאחר תחילת ההיעדרות מהעבודה, מדד לעוצמת הפגיעה/המחלה. שתי המדינות הבאות (T_2, T_3) משקפות את קצב ההשתפרות במצב הבריאותי של הנחקרים.

כצפוי, מרבית ממדי הבריאות שהתייחסו למצב הבריאות בעת הראיון (בכל אחד מהראיונות) היו נמוכים יחסית בישראל, מאחר שהנחקרים היו נפגעי עבודה שנפגעו פגיעה יחסית קשה.

לעומת זאת, מדדי הבריאות הכללית, כגון הערכת הבריאות "בדרך כלל", קיום מחלות נוספות והיעדרויות מחמת מחלה בשנה שקדמה לפגיעה היו המשופרים ביותר בישראל. יש להניח שגם עובדה זו קשורה בהיותם של הנחקרים בישראל נפגעי עבודה, שלא היו חולים לפני הפגיעה שהכניסה אותם למחקר.

עם זאת, בישראל כמו ביתר המדינות, מרבית מדדי הבריאות השתפרו במהלך שתי שנות המעקב, אם כי במידה מעטה יחסית. ועוד – כצפוי, שיעור החזרה לעבודה עלה עם העלייה של מרבית מדדי הבריאות.

כך, ממוצע ציון הערכת "הבריאות בדרך כלל" היה הגבוה ביותר בישראל, זרק בה הוא ירד במהלך תקופת המעקב. הערכת "מצב הבריאות בדרך כלל" עמדה בישראל בממוצע על 63 (מתוך 100) במועד 3 חודשים לאחר תחילת ההיעדרות מהעבודה (T_1). היא ירדה ל-57-58 בשני מועדי החקירה הבאים – שנה ושנתיים לאחר תחילת ההיעדרות (T_2, T_3). ביתר המדינות להוציא גרמניה, ממוצע ציון "הבריאות בדרך כלל" עמד על 53-55, בכל שלושת מועדי הראיונות, ובגרמניה הוא היה נמוך יחסית, 48, בהתאם לגילם המבוגר של הנחקרים במדינה זו. הערכת "הבריאות בדרך כלל" השפיעה על החזרה לעבודה שנתיים לאחר הפגיעה רק בארה"ב.

בהתאמה עם הערכת הבריאות הכללית, רק 11% בישראל אמרו שהיתה להם מחלה כרונית נוספת, מלבד הפגיעה בגב. זאת בהשוואה ל-83% שאמרו כך בגרמניה ו-40%-53% כאלה במדינות האחרות, שבהן מי שהיו להם מחלות אחרות גם חזרו (במובהק) פחות לעבודה (בישראל ובגרמניה – לא נמצא קשר כזה).

בהתאם להערכת הבריאות הכללית הגבוהה בישראל, ולמועד בו החלו בעיות הגב של הנחקרים, רק 11% נעדרו מעבודתם בגלל מחלה בשנה שקדמה לפגיעה. זאת כאשר בגרמניה – 81% נעדרו

מעבודתם בתקופה זו, בארה"ב ושוודיה כ-1/3 נעדרו, וביתר – כמחצית. בכל המדינות, ככל שמשך ההיעדרויות הכולל היה גבוה יותר כן שיעור החזרה לעבודה היה נמוך (מובהק בדנמרק וארה"ב בלבד).

כאמור לעיל, בניגוד להערכת הבריאות בדרך כלל, הערכת הבריאות, הכאב והשפעת הפגיעה על יכולת התפקוד היום-יומי (ADL) כפי שהיו בעת הראיון היו נמוכים יחסית בישראל, עקב היות הנחקרים נפגעי עבודה.

כך בישראל הערכת יכולת התפקוד היום-יומי 3 חודשים לאחר תחילת ההיעדרות מהעבודה עמדה על ממוצע של 33.8 (על סולם בן 100, כאשר 100 = בריא). הם הרי נפגעו בדרך כלל פגיעה טראומטית במועד סמוך מאוד לתחילת ההיעדרות מהעבודה. ואילו בשוודיה ובארה"ב הערכת ה-ADL עמדה על 53 בממוצע וביתר המדינות על 47-48 בממוצע.

שנה לאחר תחילת ההיעדרות מהעבודה השתפר ציון התפקוד היום-יומי בישראל (ADL), אולם בשיעור קטן בלבד (12% בממוצע), כמו בשוודיה (11%). שיעור השיפור בנושא זה היה גבוה במיוחד בהולנד (39%). בדנמרק הוא עמד על 16%. בגרמניה לא היה שיפור בתפקוד היום-יומי לאורך כל תקופת המעקב, כלומר עד שנתיים לאחר הפגיעה. עובדה זו אולי מוסברת בגילם המבוגר של הנחקרים במדינה זו. בארה"ב השתפר ציון ה-ADL רק שנתיים לאחר הפגיעה, וגם אז הוא עלה רק במעט (10% בממוצע).

בהתאמה עם שיעור השיפור בממוצע ציוני ה-ADL, ב-38% מהמקרים הורע מצב התפקוד היום-יומי (ADL) שנה לאחר הפגיעה על-פי הערכת הנחקרים בישראל. זאת בדומה לדנמרק ושוודיה (36%-37%) ולעומת 20% בלבד. כאלה בהולנד. בגרמניה וארה"ב – קרוב למחצית דיווחו על הרעה במצבם.

שיעור החזרה לעבודה עלה ביחס ישר עם ציוני ה-ADL בכל שלוש מדידותיהם, בכל המדינות (מובהק בכל המדינות ב- T_2 וב- T_3 . ב- T_1 מובהק בדנמרק, הולנד, שוודיה וארה"ב).

לוח מס' 10: הנחקרים לפי ציון ADL במועד T_1 , חזרה לעבודה שנתיים לאחר הפגיעה (T_3)
ומדינה (אחוזים וממוצעים)

ארה"ב	שוודיה	הולנד	גרמניה	דנמרק	ישראל	
100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	סך הכול
62.6	62.7	71.6	35.1	39.7	60.4	מזה: עבדו
19.7	11.0	19.5	16.5	20.2	42.4	עד 25
29.7	58.5	56.9	25.0	24.7	58.7	מזה: % עבדו
31.9	34.2	42.7	44.2	40.6	37.4	50-26
57.5	54.7	65.8	37.4	39.1	56.3	מזה: % עבדו
26.9	42.3	26.2	31.4	26.5	15.6	75-51
75.3	65.8	84.5	39.5	37.6	72.5	מזה: % עבדו
21.5	12.6	11.6	7.9	12.7	4.7	76+
85.2	83.0	88.4	31.6	69.6	83.3	מזה: % עבדו
52.6	53.6	47.5	47.4	48.3	33.8	ממוצע
0.00	0.01	0.00	-	0.00	-	מובהקות

על פי התאוריה שמאחורי מערך סולמות ה-SF-36 למדידת בריאות, מצב מחלה משפיע גם על מצב הרוח הכללי – תחושת החיוניות, הרווחה הרגשית ויכולת התפקוד החברתי. הממצאים מאשרים זאת: בהתאם להערכת יכולת התפקוד היומ-יומי (ADL) הנמוכה יחסית שנמצאה בישראל, גם ממוצע הערכת החיוניות (Vitality) היה נמוך יחסית – 30 (מתוך 100 = גבוה) במועד הראיון הראשון. הוא עלה מעט במועדי הראיון השני והשלישי (ל-35). גם בגרמניה מדד זה היה נמוך (31 ב- T_1 ו-34 ב- T_2 וב- T_3). בשוודיה ובדנמרק הערכת החיוניות היתה בינונית 39-44 ו-46-54 (בהתאמה) ובהולנד היא היתה הגבוהה ביותר (57 ולבסוף 65). בארה"ב סולם זה וסולם הרווחה הרגשית לא נמדדו.

גם הערכת הרווחה הרגשית היתה נמוכה יחסית בישראל (32 בממוצע ב- T_1 37 ב- T_3). היא היתה גבוהה בהולנד (T_1 69, T_3 75) ובדנמרק (68, 77 בהתאמה) ובינונית בגרמניה (49, 52) ובשוודיה (63, 64). אפילו הערכת התפקוד החברתי תחת השפעת מצב הבריאות היתה נמוכה יחסית בישראל (36 ב- T_1 , 44 ב- T_2 וירדה שוב ל-37 ב- T_3). זאת בהשוואה ל-82-84 (בהתאמה) בדנמרק ובין 54 ל-75 ביתר המדינות.

מלבד הערכת מצב הבריאות על-פי הערכת התפקוד היומ-יומי, הנפשי והחברתי, מצב הבריאות נמדד כאמור גם על-ידי שני מדדים נוספים. סולמות Von Korff להערכת כאב והערכת יכולת עבודה במועד הראיון (על סולם בן 10 דרגות כאשר 10 = גבוה).

ממוצע הערכת הכאב בישראל במועד 3 חודשים לאחר הפגיעה היה 6.4 בדומה לגרמניה. ביתר המדינות הוא היה מעט נמוך מזה (5.6-5.8). שנה לאחר הפגיעה לא חל שינוי במדד זה בישראל ובגרמניה והוא השתפר מעט רק שנתיים לאחר הפגיעה. בארה"ב עלה המדד שנה לאחר הפגיעה וירד לאחר מכן (5.1). ביתר המדינות הוא השתפר כבר ב- T_2 ונשאר דומה ב- T_3 (ל-4.1-5.0).

בהתאם להערכת הכאב הגבוהה והערכת ה-ADL הנמוכה יחסית בישראל בהשוואה ליתר המדינות, גם הערכת יכולת העבודה 3 חודשים לאחר הפגיעה היתה נמוכה: 3.1. בגרמניה היא היתה נמוכה אף יותר (2.5), בעוד שביתר המדינות היא היתה גבוהה יותר (4.0-4.7). במועדים שנה ושנתיים לאחר הפגיעה השתפרה הערכת יכולת העבודה בכל המדינות וגם בישראל, אך עדיין היא היתה נמוכה יחסית, אם כי לא כמו בגרמניה. היא עלתה במיוחד בהולנד (ל-6.5).

כצפוי, שיעור החזרה לעבודה עמד ביחס הפוך להערכת הכאב וביחס ישיר להערכת יכולת העבודה, כפי שנמדדו בכל אחד משלושת הראיונות בכל המדינות (מובחן T test prob < 0.1). (זאת פרט למדד הכאב בגרמניה ב- T_3).

הציפיות לחזרה לעבודה

לסיכום הערכת מצב הבריאות נשאלו הנחקרים, אם הם חושבים שיחזרו לעבודה, ואם כן – מתי. יש להניח כי שתי שאלות אלה משקפות מלבד את הערכת מצב הבריאות ואת הערכת זמינות החזרה לעבודה גם מוטיבציה ותכנון עתידי.

מרבית הנחקרים בכל המדינות סברו במועד 3 חודשים לאחר הפגיעה שהם יחזרו לעבודה. בישראל 89% סברו כך; זאת לעומת 99% שסברו כך בהולנד ו-2/3 בגרמניה (ביתר – 80%-89% סברו כך). אולם, באלה נכללו בישראל רק 28% שסברו שיוכלו לחזור לעבודה בתחום שבו עבדו טרם הפגיעה. בהולנד 75% סברו כך, בדנמרק 24%.

לוח מס' 11: הנחקרים לפי ניבוי החזרה לעבודה במועד T_1 , עבודה שנתיים לאחר הפגיעה (T_3)

ומדינה (אחוזים)

ארחי"ב	שוודיה	הולנד	גרמניה	דנמרק	ישראל	
--------	--------	-------	--------	-------	-------	--

סך הכול

100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	סך הכול
60.2	62.3	74.5	35.6	24.0	27.9	יחזור לעבוד בתחומו
28.5	22.0	24.3	30.7	55.9	58.6	יחזור לעבוד בתחום אחר
11.3	15.7	1.3	33.8	20.1	13.5	לא יחזור לעבוד

אחוז חזרו לעבודה (T_3)

64.0	60.3	71.3	36.9	34.7	61.4	סך הכול
83.1	77.4	79.2	67.5	59.8	71.7	יחזור לעבוד בתחומו
39.8	37.3	50.7	33.3	32.0	61.9	יחזור לעבוד בתחום אחר
23.1	25.0	0.0	72.3	12.3	37.9	לא יחזור לעבוד
.00	.00	.00	.00	.00	.01	$\chi^2 prob$

אשר למועד החזרה לעבודה, 20% בישראל סברו שיחזרו לעבודה בתוך חודש. עוד 16% אמרו שיחזרו במהלך השנה הקרובה. בשוודיה ובארה"ב רק קצת יותר מ-10% סברו שיחזרו בתוך חודש, בשוודיה 82% סברו שיחזרו בתוך שנה.

כצפוי, מי שסברו שיחזרו לעבודה בתחומם, חזרו יותר ממי שלא סברו כך. כמו כן שיעור החזרה לעבודה עלה ככל שהמועד הצפוי לכך היה קצר (מובהק בכל המדינות, $\chi^2 prob < .00$). יותר מכך: מעטים מבין מי שאמרו שלא יחזרו לעבודה - חזרו בסופו של דבר, בכל המדינות. ואילו מי שאמרו שיחזרו - אמנם חזרו בשיעור גבוה מהאחרים, אולם תכניתם התממשה פחות מזו של מי שסברו שלא יחזרו. זאת אולי, נוסף על בעיות בריאות, עקב קשיים במציאת עבודה מתאימה ו/או אבטלה. ניתן לומר אפוא, כי התכנון או הניבוי שלא לחזור לעבודה התממש יותר מהתכנון כן לחזור לעבודה.

לוח מס' 12: הנחקרים לפי הציפיות לחזור לעבודה ב- T_1 , עבודה שנתיים לאחר פגיעה (T_3)

(ומדינה (אחוזים)

ארח"ב	שוודיה	הולנד	גרמניה	דנמרק	ישראל	
100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	סך הכול
62.6	62.7	71.6	35.1	39.7	60.4	מזה: % עבדו
7.2	9.4	22.6	22.2	25.1	20.2	יחזור בתוך חודש - סה"כ
84.6	76.7	89.2	61.7	69.8	67.9	מזה: % עבדו
51.0	51.4	26.8	9.5	13.0	3.4	יחזור לתחומו - סה"כ
82.7	76.2	84.1	65.2	52.7	55.6	מזה: % עבדו
						יחזור לתחום אחר -
11.9	24.1	6.1	8.6	33.2	13.3	סה"כ
41.9	37.7	55.0	42.9	29.3	71.4	מזה: % עבדו
						לא יודע מתי יחזור -
19.3	0.0	43.3	25.9	11.4	51.7	סה"כ
38.6	0.0	57.0	30.2	35.4	59.6	מזה: % עבדו
10.7	15.1	1.2	33.7	17.3	11.4	לא יחזור - סה"כ
23.1	25.0	0.0	8.5	12.3	40.0	מזה: % עבדו

טיפולים רפואיים

תחלואה בגב בתחתון היא מטבעה תופעה חוזרת. כפי שצוין לעיל, בכל המדינות חוץ מישראל, שבה הנחקרים היו נפגעי עבודה, הבעיות בגב החלו כבר בעבר. בהתאם לכך, אחוזים ניכרים מבין הנחקרים בכל המדינות (79% בגרמניה וביתר כ-2/5) ביקרו אצל רופא לצורך טיפול בבעיות בגבם גם בשנה שקדמה לפגיעה שהכניסה אותם למחקר. בישראל רק 20% פנו לרופא לפני הפגיעה האמורה, בהתאם לאמור לעיל - עקב היות הנחקרים נפגעי עבודה שנפגעו במועד קרוב לריאיון הראשון.

אשר לטיפולים הרפואיים שקיבלו הנחקרים לאחר הפגיעה: מרבית הפניות לטיפולים הרפואיים הללו בוצעו בשנה הראשונה שלאחר הפגיעה.

כמעט כל (96%) הנחקרים בישראל ביקרו אצל רופא כללי ואצל רופא מומחה (99%). גם ביתר המדינות מרבית הנחקרים ביקרו אצל רופאים אלה (73%-98%). רופא מטעם מקום העבודה טיפל רק ב-17% מהנחקרים בישראל - מרבית מקומות העבודה בישראל לא נותנים שירות כזה; זאת בניגוד להולנד, שבה 97% מהנחקרים נבדקו ע"י רופא מטעם מקום עבודתם. כאמור לעיל, בהולנד על המעסיק לבדוק אפשרויות שיקום של חולים (גם חולים רגילים, לאו דווקא נפגעי

עבודה), דבר הנעשה על פי המלצות רופא תעסוקתי מטעם מקום העבודה. ביתר המדינות, כמו בישראל, שירות זה נדיר (בשוודיה 27%, ביתר 4%-17%).

כמעט כל הנחקרים בישראל (99%) נזקקו לשימוש ברנטגן, C.T. או MRI. גם ביתר המדינות מרבית הנחקרים עברו בדיקות מסוג זה (73%-93%).

88% מהנחקרים בישראל, כמו מרבית הנחקרים ביתר המדינות, קיבלו טיפול פזיותרפי. 25% קיבלו טיפולים אחרים בישראל (כגון מהומאופט, מכירופרקט וכד'), זאת בדומה ל-1/5 בגרמניה, מעל ל-1/3 בדנמרק ושוודיה וכמחצית בהולנד וארה"ב. 16% פנו לאקופונקטורה בישראל בדומה לגרמניה, דנמרק וארה"ב (13%-16%) ואילו בשוודיה היו 34% כאלה ובהולנד – 5% בלבד. גם טיפולים תרמיים (חימום/קירור) היו שכיחים בישראל (75%) כמו בארה"ב (84%). ביתר המדינות 36%-55% קיבלו טיפולים תרמיים. טיפולים חשמליים (אולטרסאונד, גלים קצרים וכד') ניתנו ל-2/3 מהנחקרים בישראל, בדומה לארה"ב ולהולנד (70%). ביתר המדינות היו מעט פחות טיפולים כאלה (53%-62%). עיסוי קיבלו 53% מהנחקרים בישראל, בדומה לשוודיה (55%). ביתר המדינות טיפול זה רווח יותר (65%-69%), במיוחד בהולנד (81%). מניפולציות ומתח ניתנו לכמחצית הנחקרים בישראל (54%), בדומה לדנמרק (59%). בהולנד ובגרמניה טיפול זה היה נדיר יותר (29%, 33% בהתאמה), מאשר בארה"ב ובשוודיה (44%-66%). טיפול במרחצאות היה נדיר בישראל (7%) כמו ביתר המדינות (2%-10%) חוץ מגרמניה, שבה 2/3 מהנחקרים עברו טיפול זה. גם התעמלות היתה נדירה יחסית בישראל (33%) בהשוואה ליתר המדינות (63%-86%), כמו "בית ספר לגב" שכמעט לא קיים בישראל (4%). האחרון היה נדיר יחסית בהולנד ובארה"ב (16%) אך היה שכיח למדי בגרמניה (50%), בשוודיה (39%) ובדנמרק (33%).

38% מהנחקרים בישראל אושפזו עקב הבעיות בגבם. זאת בהשוואה לכמחצית בהולנד ובארה"ב (45% - 49%), ל-24% בלבד בשוודיה ול-29%-31% בגרמניה ובדנמרק. גם שיעור הניתוחים היה נמוך יחסית בישראל (18%) בדומה לדנמרק, גרמניה ושוודיה (15% - 17%). שיעור הניתוחים היה גבוה יותר בהולנד (31%) ובמיוחד היה גבוה בארה"ב (41%).

כמעט כל (99%) הנחקרים בישראל טופלו בתרופות לשיכוך כאבים, כמו מרבית הנחקרים ביתר המדינות (83%-90%).

כרבע מהנחקרים בישראל נעזרו בעזרי הליכה כגון מקל. בשוודיה ובארה"ב טיפול זה רווח מעט יותר (30%, 37% בהתאמה) וביתר המדינות – פחות (13%-16%), במיוחד בהולנד (7%). גם תמיכה על-ידי מחוך רווחה בישראל (77%) יותר מאשר ביתר המדינות, בדומה לארה"ב (66%). בשוודיה 45% נעזרו במחוך, ובגרמניה ודנמרק – כ-1/3, בהולנד – 19%.

מרבית הטיפולים הרפואיים לא הראו קשר ישיר לשיעור החזרה לעבודה שנתיים לאחר התחלת ההיעדרות ממנה. עם זאת, מי שעברו ניתוח חזרו לעבודה (באופן מובהק) יותר בדנמרק ($X^2 prob < .00$), בהולנד (.02) ובשוודיה (.00). דווקא בארה"ב, שבה שיעור הניתוחים היה גבוה, לא נמצא קשר כזה. בישראל מי שקיבלו טיפול באקופונקטורה חזרו לעבודה יותר מהאחרים ($X^2 prob < .03$). בשוודיה מי שנעזרו בעזרי הליכה חזרו לעבודה יותר ($X^2 prob < .01$).

לעומת זאת, מספר טיפולים היו קשורים דווקא בשיעור נמוך יחסית של חזרה לעבודה. זאת יש להניח משום שהפונים אליהם היו מי שבריאותם היתה רופפת יותר מזו של האחרים או משום שתקופת המעקב שנכללה במחקר היתה קצרה מכדי שהטיפולים הללו ישיגו את השיפור המיוחל בבריאות. כך בגרמניה, מי שפנו לרופאים השונים כמו מי שקיבלו טיפול תרמי, חשמלי, תרופתי או עיסוי – חזרו לעבודה פחות מהאחרים (מובהק). בשוודיה, מי שטופלו באקופונקטורה או באמבטיות רפואיות חזרו פחות לעבודה (מובהק). בארה"ב, מי שפנו לרופא מומחה ולפיזיותרפיסט או קיבלו טיפול חשמלי, אקופונקטורה, מניפולציות או אמבטיות או שנעזרו בעזרי הליכה או מחוך – חזרו פחות לעבודה.

יש להעיר כי הפנייה לטיפולים השונים בכל מדינה הושפעה, יש להניח, מתכונות שונות של הפונים. כלומר ייתכן כי הקשרים (המועטים) שנמצאו בין הטיפולים הרפואיים ובין החזרה לעבודה מבטאים את השפעת המשתנים שהביאו לפנייה לטיפול ולא את השפעת הטיפול עצמו. מסקנה זו נתמכת על-ידי הניתוח הרב משתני שנעשה בסיכום הבינלאומי של המחקר (1999, ISSA), שבו נמצא, כי אם מוכנסים משתנים דמוגרפיים ותעסוקתיים לפני הטיפולים הרפואיים בניתוח רגרסיה (כבלוק), המשתנים הרפואיים לא מוסיפים על הסבר השונות של חזרה לעבודה. זאת חוץ מביצוע ניתוח בשוודיה, שנמצא בעל השפעה משמעותית הן על מצב הבריאות והן על חזרה לעבודה, גם כאשר מנכים את השפעת המשתנים האחרים. לממצא זה חשיבות רבה, בייחוד לאור העובדה כי השימוש בניתוח בשוודיה היה פחות שכיח יחסית, כלומר השימוש בטיפול זה היה יעיל בשוודיה.

המערכת הסוציאלית

מגוון הפעולות השונות, ובהן ההתערבויות השיקומיות שננקטו כדי לקדם חזרה לעבודה בכל אחת מהמדינות שהשתתפו במחקר, היה גדול מאוד. המדינות גם נבדלו במהלך הכולל של תהליך השיקום מבחינת מועדי ההתערבות יחסית למועד הפגיעה ולקבלת קצבות מחלה ונכות, וכן מבחינת ה"שחקנים" האחרים לכל התערבות או פעולה.

ההתערבויות/הפעולות/האירועים שנבדקו היו:

א. בדיקת זכאות לקצבת נכות וקבלתה.

- ב. בדיקת התאמה והכנת תכנית לשיקום, ובכלל זה:
- ג. הסבה/הכשרה מקצועית (וכללית).
- ד. ביצוע התאמות במקום העבודה, כגון – התאמות פיזיות, סיוע בהסעה למקום העבודה, שינוי בהגדרת התפקיד בעבודה או החלפת מקום עבודה. שינוי (בדרך כלל הפחתה) בשעות העבודה, השמה בעבודה מוגנת וכן חזרה לעבודה למטרה תרפויטית – תהליך הקיים בחלק מהמדינות המשתתפות ובעיקר בהולנד (לא בישראל, ראה להלן).
- ה. שימוש בשירותים אחרים – כגון חיפוש עבודה, מועדון חיפוש עבודה ("גיוב קלאב") וייעוץ פסיכולוגי.

מערך המחקר בדק באיזו מידה אירעו התערבויות ופעילויות אלה, בין שאירעו כחלק מתהליך שיקום מתוכנן ומובנה שבוצע בידי הגוף הציבורי האחראי לכך ובין שאירעו ביוזמת הנחקר החולה עצמו או מישהו אחר – כגון המעסיק, על-פי יוזמה אישית וללא מימון ציבורי.

מערך המחקר לא הבחין בין שתי דרכי אירוע אלה של ההתערבויות והפעילויות האלה. כך לדוגמה, כל נחקר היה יכול מיוזמתו ועל חשבנו ללמוד בקורס להכשרה או להסבה מקצועית. מצד שני השתתפות בקורס כזה כמובן יכלה לקרות כחלק מתהליך שיקום מתוכנן, ובמימון הגוף האחראי לכך. אי הבחנה זו מגבילה במקצת את האפשרויות להסיק מסקנות לגבי ההבדלים במדיניות בין המדינות בתהליכי השיקום המקצועי והחלפת השכר, וכתוצאה מכך גם לגבי ההמלצות הנובעות מהבדלים אלה.

אי אבחנה זו בולטת בייחוד לגבי "התאמת שעות עבודה", כגון מתן אפשרות לקיצור שעות עבודה כדי לאפשר חזרה הדרגתית לעבודה. בחלק מהמדינות, זו התערבות המגובה בהשלמת חלקיות השכר (הנובעת מהפחתת שעות העבודה) על-ידי קצבה (במימון ציבורי). לעומת זאת, כל נחקר בכל מדינה, היה יכול להגיע להסכם עם מעסיקו ולעבוד פחות שעות לתקופה מסוימת עד שיחלים לגמרי, עם או בלי השפעה על שכרו וללא גיבוי של קצבה במימון ציבורי, אלא על חשבונו או על חשבון מעסיקו. כמו כן היה יכול לחפש ולמצוא עבודה חלקית במקום עבודה חדש.

כאמור לעיל (ראה מבוא), ההבדלים בין המדינות במהלך הפעולות שעובר עובד שנפגע בבריאותו בולטים למדי. נזכיר את העיקריים שבהם:

בכל המדינות המשתתפות, מי שבריאותו נפגעה מודיע על כך למעסיקו. בכולן, חוץ מהולנד, הודעה זו מלווה בתעודת רופא. בהולנד אין צורך בתעודת רופא, מספיקה הצהרת העובד על מחלתו.

בכל המדינות המשתתפות, חוץ מישראל ובארה"ב, הביטוח הסוציאלי מממן דמי מחלה, כלומר החלפת שכר בתקופת מחלה, שהינה היעדרות זמנית עד שנה (בחלקן המעסיק מממן את הימים הראשונים, עד שבועיים). בישראל כידוע, השתתפו במחקר נפגעי עבודה. את החלפת השכר של

אלה בתקופת ההיעדרות הזמנית משלם הביטוח הלאומי. אולם מי שלא הצליח להוכיח קשר בין הפגיעה לעבודה – קיבל דמי מחלה מהמעסיק.

בכל המדינות, חוץ מבישראל ובארה"ב, תקופת מחלה העולה על ימים או שבועות ספורים מזכה בטיפול שיקומי-תעסוקתי, על-ידי הביטוח הסוציאלי ובמימונו – בגרמניה ובדנמרק, ו/או על-ידי המעסיק - בהולנד ובשוודיה. על כן הטיפול השיקומי מתחיל במדינות אלה סמוך מאוד למועד הפגיעה. בישראל, לעומת זאת, שיקום מקצועי במימון הביטוח הסוציאלי ניתן כמעט רק לנכים ולא לחולים, היינו הוא ניתן בדרך כלל רק לאחר בדיקת זכאות לקצבת נכות. לכן הוא מתחיל במועד מאוחר לאחר הפגיעה בהשוואה למדינות האירופיות במחקר זה. בנוסף, בהולנד החוק אוסר פיטורין של עובד חולה במשך שנתיים. בשוודיה פיטורין כאלה אפשריים רק לאחר שכל אפשרויות השיקום במקום העבודה מוצו, בלא הצלחה. גם בגרמניה קיימת הגנה מסוימת מפני פיטורין על רקע בריאותי. בישראל ובארה"ב אין כל הגנה כזו.

זכאות לקצבת נכות נשקלת אוטומטית בתום שנת מחלה בהולנד. הטיפול בה מתחיל עוד קודם לכן. ניתן לתבוע את הקצבה בתום שנה בדנמרק ובשוודיה. בארה"ב ובגרמניה – בתום חצי שנה. בישראל תביעה לקצבת נכות מעבודה או נכות כללית אפשרית בכל מועד, כאשר קצבת נכות כללית משולמת רק לאחר 3 חודשי המתנה. אולם הזכאות לקצבה מותנית בתנאים מחמירים מאשר במדינות האירופיות.

להלן תיאור הפעולות וההתערבויות שהתרחשו במהלך שתי שנות המעקב, במטרה להחזיר את הנחקרים לעבודה. סדר הפעולות בתאור זה הוא על-פי הסדר הנהוג בישראל (ובארה"ב). כאמור לעיל, במדינות האירופיות הסדר הוא שונה: בדיקת האפשרויות לשיקום קודמת לבדיקת הזכאות לקצבת נכות, ולמעשה מתן קצבת נכות מותנה במיצוי אפשרויות שיקום וחזרה לעבודה במהלך קבלת דמי מחלה. בישראל כידוע הזכאות לשיקום נבדקת רק לאחר תביעת קצבת נכות. זאת במהלך בדיקת כושר ההשתכרות המתבצעת על-ידי עובדי השיקום של המוסד לביטוח לאומי כחלק מתהליך בדיקת הזכאות לקצבה.

לוח מס' 13: אחוז הנחקרים שהשתתפו בתהליכי שיקום שונים במהלך שתי שנות המעקב לפי סוג הטיפול ומדינה

סוג הטיפול	ישראל	דנמרק	גרמניה	הולנד	שוודיה	ארה"ב
בדיקת זכאות לקצבת נכות	69	23	34	43	13	44
קבלת קצבת נכות	35	18	25	25	13	25
הכנת תוכנית שיקום	6	58	42	50	66	21
בדיקת יכולת תעסוקתית במרכז שיקום	8	23	7	7	17	18
הכשרה מקצועית	7	20	9	8	26	15
השכלה כללית	6	13	2	2	10	19
התאמות פיזיות	15	24	14	31	24	23
שינויים בהגדרת תפקיד / שינוי מקום עבודה	65	61	19	46	28	40
מזה: שינוי בתפקיד אצל מי שחזרו לאותו מעסיק	56	42	18	46	27	29
חזרה טרפויטית לעבודה	2	4	2	75	37	6
התאמת שעות עבודה	59	45	20	62	31	43
סובסידיה לשכר	-	14	3	2	1	-
איום בפיטורין	23	13	70	15	4	19
פיטורין	34	65	9	17	18	23
ייעוץ ביחס לעבודה	6	6	33	2	11	5
חיפוש עבודה	45	34	29	29	4	49
קבלת הצעת עבודה	8	7	16	6	7	4
ייעוץ פסיכולוגי	2	14	21	4	4	16

קצבת נכות

שיעור הנחקרים שדיווחו על כי פנו בתביעה לקבלת קצבת נכות (נפגעי עבודה או נכות כללית) במועד כלשהו במהלך שתי שנות המעקב היה הגבוה ביותר בישראל (69%). זאת יש להניח משום שמדובר בנפגעי עבודה, שפגיעתם היתה יחסית קשה – הם נעדרו מעבודתם 3 חודשים לפחות. מבדיקת התביעות לקצבת נכות מעבודה או לנכות כללית בנתונים המינהליים שבמוסד לביטוח לאומי, מתקבלת תמונה דומה, אם כי אין זהות מלאה בין דיווח הנחקרים לנתונים המינהליים (הדיווח שלהלן מתבסס על נתוני המחקר, כי עיקרו השוואה ליתר המדינות שהשתתפו בו. ניתוח הנתונים המינהליים ראה גורדון 1997, 1998).

בארה"ב ובהולנד כ-44% פנו בתביעה לקצבת נכות, בגרמניה 34%, בדנמרק 23% ואילו בשוודיה רק 13% פנו בתביעה כזו. מועד בדיקת הזכאות לקצבת נכות היה לרוב במהלך השנה הראשונה לאחר הפגיעה בישראל, כמו בדנמרק ובהולנד. ביתר המדינות – הוא היה לרוב במהלך השנה השנייה.

בישראל רק כמחצית ממי שתבעו קצבת נכות גם קיבלו קצבה – מלאה או חלקית, בהשוואה לכ-3/4 בדנמרק וגרמניה ולכ-58% בהולנד ובארה"ב. בשוודיה – כל המעטים שתבעו קצבת נכות – קיבלו אותה. בסך הכול שיעור מי שבסופו של דבר קיבלו קצבת נכות (חלקית או מלאה, נכות כללית או נפגעי עבודה – כולל מענק) היה הגבוה ביותר בישראל, והוא הגיע לכדי למעלה מ-1/3 מהנחקרים, בהשוואה לכרבע בגרמניה, הולנד וארה"ב ול-18% בדנמרק ו-13% בשוודיה. זאת כנראה משום שהנחקרים בישראל, שהיו נפגעי עבודה ונעדרו זמן ממושך מעבודתם, היו במצב בריאות קשה יותר (והנתונים על מדדי הבריאות מאשרים זאת, ראה לעיל) מעמיתיהם במדינות האחרות.

כצפוי, בישראל ובכל המדינות שהשתתפו במחקר, מי שתבעו - ובוודאי מי שקיבלו – קצבת נכות במהלך שתי שנות המעקב, עבדו בסוף המעקב פחות מהאחרים, והבדלים אלה מובהקים בכל המדינות ($X^2 prob < .00$). בישראל כמחצית ממי שקיבלו קצבה (במועד כלשהו במהלך שתי שנות המעקב) – עבדו בסופו, לעומת 65% בקרב מי שלא קיבלו. יש להניח, שמי שעבדו מבין מקבלי קצבה היו מי שקיבלו מענק או קצבה זמנית או חלקית (מענק הוא היוון קצבת נכות מעבודה, המוענק למי שנכותו פחותה מ-20%). בגרמניה ובדנמרק כמעט איש ממקבלי קצבה לא עבד. בהולנד, כמו בישראל, עבדו כמחצית לעומת 80% בקרב מי שלא קיבלו קצבה, ואילו בשוודיה 1/5 ממקבלי קצבה עבדו ובארה"ב 2/5 (יודגש שהדברים כאן אמורים בקבלת קצבת נכות ולא קצבת השלמת הכנסה לעובדים "בעבודה תרפויטית" במסגרת שיקומם, ראה להלן).

שיעור מקבלי קצבת נכות בקרב הגברים בישראל היה קצת יותר גבוה מאשר בקרב הנשים. כך גם בגרמניה. לא נמצא כל הבדל בשיעור מקבלי קצבת נכות בין נשים לגברים בהולנד, בשוודיה ובארה"ב. כל ההבדלים הללו לא היו מובהקים. לעומת זאת, בדנמרק נשים קיבלו קצבה יותר מגברים, וההבדל מובהק ($X^2 prob < .05$).

שיעור מקבלי הקצבה עלה עם הגיל בכל המדינות למעט ישראל, בה בני 45-54 קיבלו קצבה פחות מהאחרים (מובהק בדנמרק בלבד $X^2 prob < .00$). שיעור מקבלי הקצבה ירד עם ציון ה-ADL שניתן 3 חודשים לאחר הפגיעה (100 = בריא. מובהק בדנמרק $X^2 prob < .00$). זאת חוץ מבישראל, שבה בעלי ציון ADL 51 - 75 קיבלו קצבה יותר מבעלי ציון גבוה מזה. בשוודיה כמעט לא היו הבדלים בשיעור קבלת קצבה לפי ציון ADL, ובארה"ב בעלי ציון ADL הגבוה ביותר קיבלו קצבה יותר מבעלי ציון בינוני.

התאור שלעיל מתייחס לתביעת/קבלת קצבה במועד כלשהו במהלך שתי שנות המעקב. נתונים על קבלת קצבה במועד תום המעקב (T_3) ראה לעיל בפרק "חזרה לעבודה וקבלת קצבה".

שיקום

שיעור מי שהגיעו לטיפול שיקומי היה הנמוך ביותר בישראל. רק 6% מהנחקרים בישראל הגיעו לטיפול שיקומי במוסד לביטוח לאומי, לעומת 2/5 עד 2/3 בשוודיה, בדנמרק, בהולנד ובגרמניה ולעומת חמישית בארה"ב. גם אם ניקח בחשבון שחלק מהנחקרים חיכו לתוצאות תביעות הנזיקין שלהם, זה שיעור נמוך ביותר בהשוואה למדינות האירופיות ואפילו לארה"ב. יותר מכך: בישראל הטיפול השיקומי היה לא רק נדיר למדי אלא גם הוחל בו מאוחר. במרבית המקרים הוחל בטיפול השיקומי בישראל רק בשנה השנייה שלאחר הפגיעה. ואילו בשוודיה, בדנמרק, בהולנד ובארה"ב הוחל בטיפול השיקומי לרוב בשנה הראשונה שלאחר הפגיעה, ובדרך כלל במחצית הראשונה של שנה זו.

הבדלים אלה נובעים כמובן מן ההבדלים בין ישראל למדינות האירופיות באשר למקומו של השיקום במהלך הטיפול הסוציאלי בעובד שחלה, שתוארו לעיל.

בישראל, כמו בכל המדינות חוץ משוודיה, מי שהשתלבו בטיפול שיקומי עבדו בסיום המעקב פחות מהאחרים (מובהק $X^2 prob < .00$ פרט לגרמניה). זאת יש להניח משום שמי שפנו לשיקום היו מי שהתקשו לחזור מיד לעבודה, מסיבות של צורך בהסבה מקצועית או בביצוע התאמות במקום עבודתם או כדי. כמו כן השתלבות בטיפול שיקומי הוא תהליך הגוזל זמן – בוודאי מעבר לתקופת המעקב. אולם על אף שהשתלבות בשיקום הקטינה את סיכויי החזרה לעבודה בתוך שנתיים, אלה מבין המשתקמים שכן חזרו לעבודה במהלך תקופה זו החלו בשיקום במועד מוקדם מעמיתיהם, ביחוד בדנמרק.

לוח מס' 14: הנחקרים לפי שיקום מקצועי (במהלך שתי שנות המעקב) עבודה שנתיים לאחר הפגיעה (T_3), מספר חודשים בין פגיעה להתחלת שיקום ומדינה (מספרים מוחלטים, אחוזים וממוצעים)

ישראל	דנמרק	גרמניה	הולנד	שוודיה	ארה"ב	
265	441	255	370	383	376	סך הכול
5.6	57.8	41.6	50.3	66.6	21.0	% היו בשיקום
26.7	28.2	31.1	59.7	62.4	29.1	% עבדו מתוך מי שהיו בשיקום
62.4	55.4	39.6	83.7	63.3	71.4	% עבדו מתוך מי שלא היו בשיקום
..	5.6	..	7.1	3.6	6.4	ממוצע חודשים בין פגיעה לשיקום – סך הכול
..	4.8	..	6.6	3.3	4.0	עבדו
13	6.0	..	8.0	4.0	7.3	לא עבדו
..	.01	..	.07	.06	.08	TTest prob

במסגרת הטיפול השיקומי, עברו המשתקמים בדיקות מיוחדות לבדיקת כושריהם המקצועיים כדי לתכנן את שיקומם המקצועי. בדיקות אלה מתבצעות בישראל בדרך כלל ב"מרכזי שיקום". 8% מהנחקרים בישראל דיווחו שעברו בדיקות כאלה. משום מה לא כולם אמרו שהם נמצאים בטיפול שיקומי. הסיבה לכך יכולה להיות אי הבנת השאלות הרלבנטיות או שהיו מי שעברו בדיקת יכולת מקצועית שלא במסגרת טיפול שיקומי במוסד לביטוח לאומי. תופעה זו נמצאה גם בארה"ב, גרמניה ושוודיה. במדינות אלה בדיקות אלה נעשות גם במסגרת בדיקת זכאות לקצבת מחלה.

כמו לגבי השתתפות בשיקום מקצועי, מי שעברו בחינה של כושר עבודתם עבדו בשיעור נמוך מעמיתיהם שנתיים לאחר הפגיעה, בכל המדינות.

הכשרה מקצועית

במסגרת השיקום המקצועי השתתפו חלק מהמשתקמים בהכשרה מקצועית (כאמור לעיל, ייתכן שתלקם השתתפו בהכשרה כזו באופן פרטי). שיעור מי שעברו הכשרה כזו היה הנמוך ביותר בישראל (7%). הוא היה נמוך גם בגרמניה ובהולנד (8%-9%); ביתר המדינות הוא היה קצת יותר גבוה (15%-26%).

6% למדו בישראל במהלך תקופת המעקב בקורס כללי. בגרמניה ובהולנד רק 2% עשו זאת. ביתר המדינות 10%-19%.

מי שהשתתפו בהכשרה מקצועית או בקורס כללי עבדו בשיעור נמוך מעמיתיהם, כנראה משום שנזקקו להסבה מקצועית, ובכל מקרה הם עדיין לא סיימו את לימודיהם בתום שנתיים לפגיעה.

התאמות במסגרת העבודה

בחלק מהמקרים נזקקו הנחקרים לביצוע שינויים במקום העבודה או אף נאלצו להחליף את מקום העבודה כדי לחזור לעבודה. שינויים אלה כללו התאמות פיזיות במקום העבודה, כגון כיסא מיוחד או מכשיר עבודה מיוחד וכד', או שינויים במספר שעות העבודה או שינוי בהגדרת המטלות בעבודה. שינויים אלה בוצעו, כמו כל פעולה אחרת, במסגרת טיפול שיקומי או ביוזמת הנחקר ו/או מעסיקו.

15% דיווחו בישראל שבוצעו בשבילם התאמות פיזיות במקום העבודה. זאת בדומה לגרמניה (14%) ובהשוואה לכרבע שדיווחו על שינויים כאלה בדנמרק, בשוודיה ובארה"ב ו-31% בהולנד. מרבית ההתאמות הפיזיות הללו בוצעו בשביל מי שתזרו לעבודה אל מעסיקם המקורי, בישראל כמו ביתר המדינות. בהולנד – כולם היו כאלה. מרבית השינויים הללו בוצעו בשנה הראשונה

לאחר הפגיעה בדנמרק, בגרמניה, בהולנד ובשוודיה. בישראל ובארה"ב קצת יותר ממחציתם בוצעו בשנה הראשונה.

לעומת זאת, שינויים במספר שעות העבודה היו שכיחים למדי בישראל בהשוואה ליתר המדינות: 59% דיווחו על שינויים כאלה, כאשר רובם בוצעו כבר בשנה הראשונה לאחר הפגיעה, בדומה להולנד (62%). ביתר המדינות שינויים כאלה היו פחות תדירים (43%-45% בדנמרק ובארה"ב, 20%-31% בשוודיה וגרמניה). בנקודה זו יש להעיר, כי מרבית השינויים בשעות העבודה בהולנד בוצעו במסגרת תהליך הנקרא "חזרה תרפויטית לעבודה". כך גם בשוודיה, ואילו בישראל יש להניח שמרבית המקרים בהם קיצרו הנחקרים את מספר שעות עבודתם הם עשו זאת ביוזמתם ועל חשבונם.

חזרה מדורגת או "תרפויטית" לעבודה הינה הליך שיקומי רווח ביותר בהולנד. מאחר שהחוק אוסר על פיטורין על רקע מחלה, המעסיק מקבל את העובד שנפגע בבריאותו בחזרה לעבודה גם אם הוא עובד שעות קצרות מהרגיל, כאשר העובד מקבל השלמה לשכרו או אף את כל שכרו ממערך השיקום. למעלה מ-3/4 מהנחקרים בהולנד עברו תהליך זה; כמעט כולם בשנה שלאחר הפגיעה. גם בשוודיה כ-1/3 קיבלו טיפול דומה, גם הם בשנה הראשונה. בישראל וביתר המדינות לא קיים תהליך טיפולי דומה.

כתוצאה מתהליך טיפולי זה, כאמור לעיל, אחוז ניכר מן החוזרים לעבודה בהולנד, בדנמרק ובשוודיה עבדו תוך קבלת קצבה במועד שנתיים לאחר הפגיעה (T_3).

שאלה נוספת בתחום זה של ביצוע התאמות במבנה העבודה במסגרת מאמץ השתקמות, נגעה לשינויים בתוכן העבודה, כולל החלפת מקום עבודה. צירוף שני אלה בשאלה אחת התברר בדיעבד כלא מוצלח, כי יש הבדל כמובן בין היכולת להשיג שינוי במטלות במסגרת העבודה תוך שמירה על מקום העבודה לבין מקרים של הכרת להחליף מקום עבודה, אם בגלל פיטורין ואם מחמת חוסר יכולת, מסיבות בריאות, להמשיך בה.

בשינויים בתוכן העבודה הכוונה היתה להימנע מביצוע פעולות שכאב הגב מפריע לביצוען, למשל הרמת משאות, התכופפות וכד'.

65% מהנחקרים בישראל ענו בחיוב לשאלה הנדונה, כלומר בוצעו בעבורם שינויים בתוכן העבודה ו/או החליפו מקום עבודה, בדומה לדנמרק (61%). מרבית שינויים אלה בוצעו בשנה הראשונה לאחר הפגיעה. בארה"ב ובהולנד שינויים אלה היו שכיחים מעט פחות (40%-46%) ובגרמניה ובשוודיה אף פחות (19%-28%).

ניתן לומר, שבהתאם לשיעור הנמוך (והמאוחר) של מי שהשתלבו בטיפול שיקומי בישראל, מעטים יחסית למדינות האחרות השתתפו בתהליכי שיקום המתבצעים בדרך כלל במימון

ציבורי, כגון בדיקת כושר עבודה במרכז שיקום, הכשרה מקצועית וביצוע התאמות במקום העבודה. לעומת זאת פעולות שבוצעו ביוזמה אישית של העובד, במהלך המאמץ לחזור לעבודה, לא היו פחות שכיחות בישראל בהשוואה למדינות האירופיות ולעיתים אף להפך: שינויים במספר שעות העבודה היו שכיחים יחסית בישראל כמו גם חיפוש עבודה (ראה להלן).

תהליכים אחרים והקשר ביניהם לחזרה לעבודה

23% מהנחקרים בישראל דיווחו שמעסיקם איים לפטרם לאחר הפגיעה. למעלה מ-1/3 (מהסה"כ) אף פוטרו. שיעור הפיטורין היה הגבוה ביותר בדנמרק – 65% מהנחקרים פוטרו, רובם בשנה הראשונה לאחר הפגיעה. במדינה זו פיטורין ניתנים לביצוע בקלות יחסית במועד 120 יום לאחר הפגיעה ולכן מעסיקים רבים מנצלים אפשרות זו.

בשוודיה מעטים דיווחו על איום כזה או על פיטורין מאחר שפיטורין במקרה של מחלה אפשריים שם רק לאחר שכל אפשרויות השיקום והחזרה לעבודה אצל המעסיק המקורי נבדקו ומוצו ונמצאו בלתי יעילים. בהולנד פיטורין על רקע מחלה אסורים במשך שנתיים לאחר הפגיעה. למרות זאת 15% אמרו כי קיבלו איום שיפוטרו ו-17% דיווחו שפוטרו. ההשערה היא שנחקרים דיווחו כי פוטרו אם הם קיבלו הודעה על כך, גם אם מועד הפיטורין בפועל עוד לא הגיע. בגרמניה רבים (70%) דיווחו שמעסיקם איים לפטרם, אך רק מעטים (9%) אמנם פוטרו.

מעניין לציין שבניגוד למצב בשוק העבודה בדרך כלל בישראל, בין הנחקרים במחקר זה, הגברים פוטרו יותר מהנשים, אם כי ההבדל אינו מובהק. בדנמרק (מובהק $X^2 prob < .00$) ובהולנד נשים פוטרו יותר, וביתר המדינות לא נמצא הבדל בפיטורין לפי המין.

כצפוי, מי שפוטרו חזרו לעבודה בשיעורים נמוכים ממי שיכלו לחזור למעסיקם הקודם (מובהק בכל המדינות חוץ מגרמניה). תהליך מציאת עבודה חדשה גוזל זמן. יש להניח כי במהלך שתי שנות המעקב לא כל המפוטרים הספיקו למצוא עבודה חדשה.

לוח מס' 15: הנחקרים לפי פיטורין (ב- T_1), חזרה לעבודה שנתיים לאחר הפגיעה (T_3) ומדינה

(אחוזים)

ארזה"ב	שוודיה	הולנד	גרמניה	דנמרק	ישראל	
62.6	62.7	71.6	35.1	39.7	60.4	עבדו מסה"כ
22.8	8.6	16.8	9.4	65.1	34.0	פוטרו מסה"כ
45.4	42.4	35.5	39.1	29.3	46.7	עבדו מפוטרו
77.2	91.4	83.2	90.6	34.9	66.0	לא פוטרו מסה"כ
67.7	64.6	78.9	34.7	59.1	67.4	עבדו מלא פוטרו

מי שמעסיקם איים לפטרם ולא פוטרו חזרו לעבודה בשיעור גבוה מהאחרים, כך שאיום זה "עבד". זאת, חוץ מאשר בשוודיה ובחולנד. במדינות אלה קיימת כזכור הגנה מפני פיטורין של מי שחלו; לכן מי שקיבלו איום בפיטורין ידעו שהוא לא ימומש ולכן לא מיהרו לחזור לעבודה.

מרבית הנחקרים בכל המדינות קיימו קשר עם מעסיקם ו/או עם חבריהם לעבודה במהלך חופשת המחלה שלהם. אין נתונים לגבי טיב קשרים אלה – האם הם היו קשורים בבירורים בדבר חזרה לעבודה או שהיו קשרים חברתיים בלבד.

מי שקיימו קשרים כאלה עבדו בתום שנתיים (T_3) פחות מחבריהם, כנראה משום ששאלה זו הופנתה רק למי שלא עבדו במועד T_2 – סוף השנה הראשונה: כזכור, מרבית מי שחזרו לעבודה בסוף תקופת המעקב T_3 , חזרו כבר ב- T_2 . מאחר שכך, מתקבל ששאלה זו הופנתה למי שהתקשו יותר מאחרים לחזור לעבודה.

שירותים אחרים

45% מבין הנחקרים בישראל חיפשו עבודה במהלך תקופת המעקב. הם היוו 63% מבין מי שפוטרו. גם בקרב מי שלא פוטרו 35% חיפשו עבודה. שיעור מחפשי העבודה בארה"ב היה דומה (49%). בחולנד ובגרמניה 29% חיפשו עבודה ובדנמרק 34% עשו זאת. בשוודיה כצפוי מעטים (4%) בלבד חיפשו עבודה.

מעטים בלבד (8%) בישראל דיווחו כי קיבלו הצעת עבודה, ושיעור אף נמוך יותר דיווחו על כך ביתר המדינות חוץ מגרמניה, שבה 16% קיבלו הצעת עבודה.

תבנית שכיחות חיפוש העבודה וקבלת הצעת עבודה וכן שיעור החזרה לעבודה בקרב מי שחיפשו עבודה ו/או קיבלו הצעת עבודה מבטאת את ההבדלים העיקריים בין שתי קבוצות מבין המדינות שהשתתפו במחקר: במדינות שבהן מרבית החוזרים לעבודה חזרו למעסיקם המקורי (שוודיה, הולנד וגרמניה) שיעור חיפוש/מציאת עבודה היה נמוך יחסית וכך גם שיעור החזרה לעבודה בין מי שחיפשו עבודה. בישראל וביתר המדינות, שבהן שיעור ניכר של החוזרים לעבודה עבדו אצל מעסיק חדש, שיעור גבוה יותר חיפשו/מצאו עבודה ושיעור החוזרים לעבודה היה גבוה יותר בין מי שחיפשו עבודה מאשר בין עמיתיהם. ניתן לומר אפוא שבכל מדינה – שיעור החוזרים לעבודה היה גבוה יותר בין אלה שפעלו על-פי המהלך הנחשב ל"יתרון" באותה מדינה.

1/3 מהנחקרים בגרמניה, קיבלו יעוץ מיוחד בקשר לחזרה לעבודה. בישראל רק 6% אמרו שקיבלו שירות כזה, שהיה נדיר למדי גם ביתר המדינות.

מעטים בכל המדינות (עד 3%) קיבלו שירות של "מועדון חיפוש עבודה", שנועד ללמדם כיצד לעשות זאת ביעילות. בישראל איש לא דיווח על שירות כזה. 14% - 21% דיווחו על טיפול

פסיכולוגי בגרמניה, דנמרק וארה"ב. בישראל – 2% דיווחו על טיפול כזה כמו 4% בהולנד ובשוודיה. עזרה בקיצור תורים לטיפולים רפואיים במסגרת שירותי הבריאות קיבלו כ-1/3 מהנחקרים בדנמרק. בישראל איש לא דיווח על עזרה כזו וביתר המדינות 2% - 5% דיווחו על כך.

מי שקיבלו שירותים אלה עבדו בסוף תקופת המעקב פחות מעמיתיהם, ככל הנראה משום שהפונים לשירותים אלה היו כנראה פחות מתאימים לחזרה מיידית לעבודה.

מודל מסכם

לסיכום נעשה ניסיון לבנות מודל שיראה אילו מבין המשתנים שנחקרו משפיעים על חזרה לעבודה. במודל זה המשתנה התלוי הוא מספר חודשים בעבודה במהלך שתי שנות המעקב, כאשר מי שלא עבד כלל במהלך תקופה זו קיבל את הערך - 0. במשתנה זה היה שיעור גבוה של "לא ידוע" בגרמניה, לכן לא מוצג המודל לגבי מדינה זו. המשתנים המסבירים שנבדקו במודל היו המשתנים שהיה בסיס תיאורטי להניח שיש להם השפעה על חזרה לעבודה, ברובם משתנים שנמצאו בעלי קשר מובהק עם חזרה לעבודה. משתנים בעלי אחוז לא ידוע גבוה מ-15% לא הוכנסו למודל. תצפיות עם מעל 10 (מ.מ.) לא ידועים במשתנה כלשהו לא נכללו בחישוב המודל. למשתנים עם מתחת ל-10 "לא ידוע" ניתן השכיח הארצי. השאלות על הטיפולים הרפואיים לא הוכנסו למודל, משום שברובן לא נמצאו בקשר מובהק (ישיר) עם חזרה לעבודה.

המשתנים הדמוגרפיים שנבדקו במודל היו: גיל (ב-5 קבוצות של משתני דמה), מין, עם מי מתגוררים (עם בן זוג וילדים לעומת אחר), רמת השכלה (6 קבוצות, ברצף, לפי רמת בית הספר האחרון), מקום לידה (במדינה/לא במדינה). משתני התעסוקה שנבדקו היו: חלקיות המשרה (מלאה-חלקית), משלח יד (ב-9 קבוצות של משתני דמה), אחוז השנים שבהן עבד מכלל השנים מאז גיל 20, דרישות פיזיות של התפקיד ומתח בעבודה (על-פי סולמות Theorell Karasek, ראה לעיל). משתני הבריאות שנבדקו היו: ADL (על-פי סולם Hannover, ראה לעיל), מידת כאב ויכולת עבודה (סולמות Von Korff, ראה לעיל) והערכת בריאות כללית (מתוך סולמות SF-36, ראה לעיל). כל אלה כפי שנאמדו במועד הריאיון הראשון שנערך 3 חודשים לאחר הפגיעה. כלומר הם מהווים מדד לעוצמת הפגיעה.

משתני ההתערבות הסוציאלית שנבדקו היו – תביעה לקצבת נכות (כן/לא) וקבלת שיקום מקצועי (כן/לא). כמו כן נבדקו הציפיות לחזרה לעבודה כפי שדווחו 3 חודשים לאחר הפגיעה. משתנה זה נבנה כשילוב של שתי שאלות: הראשונה בדקה האם חושב שיחזור לעבודה, ואם כן – האם חושב שיחזור לתחום שבו עבד ערב הפגיעה. השנייה בדקה מתי חושב שיחזור (כל זאת ב-5 קבוצות של משתני דמה). בנוסף נכלל ברגרסיה המשתנה פיטורין (פוטרא/לא פוטרא). פיטורין ניתן לסוג כמשתנה בתחום העבודה או בתחום ההתערבויות הסוציאליות. קבוצת החוקרים שביצעה את המחקרים במדינות שהשתתפו במחקר ראתה אותו כמשתנה התערבות סוציאלית. זאת, יש להניח, משום שבמדינות האירופיות שהשתתפו במחקר, פיטורין של מי שלקו בבריאותם מוסדרים על-ידי החוק ומשמשים גם כאמצעי טיפולי – אם במניעתם ועל ידי כך חיוב המעסיק להחזיר את העובד לעבודה ואם על-ידי איום בפיטורין כדי להניע את העובד לחזור לעבודה. בישראל (וגם בארה"ב ובדנמרק) ביצוע פיטורין הוא בתחום האוטונומי של המעסיק ועל כן ניתן לראות משתנה זה כשייך לתחום העבודה. יצויין כי הקורלציה בין פיטורין ומספר חודשים בעבודה במהלך שתי שנות המעקב היתה גבוהה למדי בישראל – 28. בדומה לארה"ב. היא היתה גבוהה אף יותר בדנמרק ובהולנד (41.-44). בשוודיה הנושא לא רלבנטי, כי פיטורין היו בשיעור

אפסי בתקופת הנחקרת (ראה לעיל) ובגרמניה הקורלציה הגיעה ל-11. זאת בהתאמה עם האמור לעיל לגבי חשיבות הפיטורין בקביעת החזרה לעבודה ומועדה.

אומדן המודל בוצע באמצעות פרוצדורת רגרסיה בצעדים (תוכנת SAS, proc reg stepwise).

כצפוי, התוצאות לגבי ישראל דומות למדי למה שנמצא בניתוח קודם (גורדון, 1998): המשתנים שנכנסו למודל (מובהקים עד $P < 0.05$), לפי סדר אחוז ההסבר שהם נותנים מהשונויות של מספר החודשים בעבודה היו: הציפיות לחזור לעבודה, כפי שדווחו 3 חודשים לאחר הפגיעה, מנבאות יותר מכל משתנה אחר את ההתנהגות העתידית בתחום החזרה לעבודה. מי שאמרו שיחזרו לעבודה בתוך חודש (או שכבר חזרו 3 חודשים לאחר הפגיעה), עבדו מספר גדול יותר של חודשים במהלך שתי שנות המעקב מן האחרים.

המשתנה השני בחשיבותו הוא הפיטורין. מי שפוטרו – ונאלצו לחפש עבודה חדשה – עבדו פחות מהאחרים או לא עבדו כלל. ככל שמידת הכאב שחשו הנחקרים 3 חודשים לאחר הפגיעה היתה גבוהה – כלומר הפגיעה היתה חמורה – כן הם עבדו פחות במהלך שתי שנות המעקב. מי שנכנסו לשיקום מקצועי – גם הם עבדו פחות: הם היו פחות מתאימים לחזרה מיידית לעבודה. מבוגרים (בני 55 ויותר) עבדו, כצפוי, פחות. מי שעבדו במשרה מלאה ערב הפגיעה – עבדו יותר. מי שהיו עובדים בלתי מקצועיים – עבדו פחות.

לסיכום – הציפיות (שאולי מודדות גם מוטיבציה), פיטורין וחומרת הפגיעה (כפי שהתבטאה בהערכת הבריאות במועד סמוך לפגיעה) היו המנבאים הבולטים של החזרה לעבודה בישראל.

התמונה לא שונה במידה רבה גם במדינות האחרות שהשתתפו במחקר: הציפיות לחזרה לעבודה, כפי שהוצגו 3 חודשים לאחר הפגיעה, היו משתנה חשוב ב"ניבוי" חזרה לעבודה גם בדנמרק, בשוודיה ובארה"ב. גם בהולנד השפעתם היתה מובהקת, אם כי פחותה. בארה"ב הציפייה לחזור לעבודה בתחום בו עבדו ערב הפגיעה לבדה הסבירה 37% מהשונויות של מספר חודשי העבודה בשנתיים שלאחר הפגיעה. יש להניח שלנחקרים היתה קביעות בעבודה והם ידעו שהם יחזרו אליה. הפיטורין היו מנבא חשוב גם בדנמרק ובהולנד וכן במידה מסוימת גם בארה"ב. זאת למרות שבדנמרק הפיטורין היו שכיחים ביותר ובהולנד – נדירים יחסית. הערכת מצב הבריאות 3 חודשים לאחר הפגיעה (על-פי מדדים שונים – כאב, הערכת יכולת עבודה או ADL) בלטו בהסבר השונויות של מספר החודשים בעבודה בשוודיה, בארה"ב ובהולנד. גם בדנמרק – אם כי פחות. תביעת קצבה, שלא נכנסה למודל בישראל בלטה בדנמרק, בהולנד, בשוודיה ובארה"ב (בנושא זה יש לציין, שבמודל שהוצג בסיכום קודם [גורדון 1998] של מחקר זה נלקחו נתונים מינהליים לצורך אמידת משתנה זה. המשתנה המינהלי כן נמצא בולט בהסבר החזרה לעבודה, כך שייתכן שהנתון מהשאלון בנושא זה לגבי ישראל, ששימש בעיבוד הנוכחי, היה מוטא).

ניתן לסכם את האמור לעיל ולומר, שהציפיות לחזרה לעבודה, כפי שהובעו 3 חודשים לאחר הפגיעה, מהוות מנבא טוב של ההתנהגות בתחום זה בשנתיים שלאחר מכן. משתנה זה מהווה, יש להניח, שקלול של מוטיבציה והערכת יכולת וסיכויים בתחום. כמו כן להתערבויות החברתיות ולפיטורין – בין שרואים בו משתנה עבודה ובין משתנה של התערבות חברתית – חשיבות רבה, כמו להערכת מצב הבריאות (הסובייקטיבית). ואילו משתני העבודה והמשתנים הדמוגרפיים משפיעים פחות.

ניתן גם לציין, כי מרבית המשתנים שנמצאו משמעותיים במודל, הינם גורמי עיכוב: במסלול המצופה של חזרה לעבודה, המטרה מושגת ככל שמעטים ו/או נמוכים גורמי העיכוב. דבר זה בולט בייחוד בנושא הציפיות: כאמור לעיל, הניבוי שלא לחזור לעבודה התגשם יותר מן הניבוי כן לחזור.

להלן לוח ובו המשתנים שנכנסו למודל הרגרסיה בכל אחת מהמדינות המשתתפות, חוץ מגרמניה. מוצגים רק משתנים מובהקים לפחות ברמה של $P < 0.05$. לכל משתנה צוין דירוגו ב"צעדי" הכניסה למודל, אחוז ההסבר שהוא נותן מהשונות של המשתנה התלוי (R^2 partial) ואומדן הפרמטר.

לוח מס' 16: מודל רגרסיה על מספר חודשים בעבודה (משתנים שנמצאו מובהקים עד $P < 0.05$)

משתנים דמוגרפיים	אחרת			שוקית			הולנד			דמוק			שראל		
	Para. Est.	Part. R ²	דרגת	Para. Est.	Part. R ²	דרגת	Para. Est.	Part. R ²	דרגת	Para. Est.	Part. R ²	דרגת	Para. Est.	Part. R ²	דרגת
קבוע	-12.69			6.09			-11.23			-13.98			-21.22		
משתנים דמוגרפיים															
גיל 25-34	-1.71	0.01	7				0.77	0.01	6						
גיל 45-54										3.03	0.01	5	5.68	0.03	5
גיל 55+										-2.02	0.01	9			
למת השכלה															
משתני עבודה															
תקוות משרה										2.26	0.01	7	4.72	0.02	6
משלח יד: לא מקצועי													-2.24	0.01	7
טכנאים															
מכירות ושירותים															
תעשייה כבודה/בניין															
מתח בעבודה															
לחץ פיזי בעבודה	1.22	0.01	6				1.16	0.02	4	0.70	0.01	8			
% שנות עבודה															
תערכת בריאות															
כאב	1.25	0.09	2	-2.59	0.16	1	-1.47	0.02	5	1.40	0.01	6	-1.88	0.04	3
יכולת עבודה	0.75	0.01	10	1.03	0.01	8	1.16	0.04	3						
ADL	0.58	0.01	8				0.77	0.01	7						
בריאות כללית															
התערבות חברתית															
פיטורין	1.96	0.01	5	1.84	0.01	7	5.69	0.10	2	3.73	0.83	2	4.15	0.07	2
תכנית שיקום	1.85	0.01	9	3.91	0.02	4	5.49	0.29	1	2.73	0.03	4	6.54	0.03	4
תביעת קצבה	2.52	0.05	3							2.93	0.04	3			
ציפיית	3.70	0.02	4												
יחזור תוך חודש	5.66	0.37	4							4.57	0.29	1	5.68	0.13	1
יחזור לתחומן															
יחזור לתחום אחר															
לא יחזור לעבודה															
סה"כ שונות מוסברת		0.58			0.34			0.51			0.48			0.34	

(1) לא כולל משלח יד, עקב שיעור גבוה של "לא ידוע".

מסקנות והמלצות

המחקר שתואר לעיל הינו חלוצי בסוגו בכמה היבטים: מרבית המחקרים בנושא של חזרה לעבודה של מי שנפגעו בבריאותם בודקים מערכי טיפול מיוחדים או מתייחסים למשתנים בדיסציפלינה ספציפית, גם כשהם כוללים השוואה בינלאומית. השוואות בינלאומיות של מערכי תחיקה ומדיניות כוללות בדרך כלל תיאור מערכי החוק, ולכל היותר גם תיאור דרכי היישום המינהלי שלהם. מחקר זה בדק גם תוצאות אמפיריות של מערכי מדיניות כוללים לגבי מי שעברו תהליכים אלה במדינות שהשתתפו במחקר, זאת כאשר המשתנים שנבדקו השתייכו למספר דיסציפלינות.

עם זאת, אפשרויות ההיסק מוגבלות למדי, משום שבסופו של דבר לא היה אפשר, מסיבות טכניות, תקציביות ואחרות לבצע מחקר זה בכל המדינות. כמו כן הנחקרים לא היוו מדגם מייצג של חולים ברוב המדינות שהשתתפו בו ולא היה אפשר להבחין בין אירוע של פעולות שיקום וחזרה לעבודה במסגרת יזומה ציבורית, כלומר על-פי המדיניות, לעומת אירועם ביוזמה פרטית. אולם בכל מקרה יצויין, כי עצם ביצועו של מחקר זה בקנה המידה בו בוצע מאפשר להסיק מסקנות חשובות ולהפיק לקחים לגבי אפשרויות ביצוע של מחקרים אמפיריים משווים בתחום המדיניות הסוציאלית.

עוד יצויין, כי במהלך מחקר זה נאספו נתונים עשירים מאוד אשר נוגעים במספר דיסציפלינות. סיכום זה ואף הסיכום הבינלאומי של המחקר כמובן אינם ממצים את אפשרויות העיבוד והסקת המסקנות מתוך שלל המידע שנאסף. בעתיד הקרוב יועמד מערך הנתונים שנאספו לרשות הציבור. חוקרים המעוניינים בכך יוכלו לנצל.

את הניתוחים שהוצגו בזאת ניתן לסכם ולומר, כי הם הבליטו מספר מרכיבים חשובים של מדיניות אשר להם חשיבות מכרעת בקביעת שיעור וקצב החזרה לעבודה של מי שנפגעו בבריאותם: נגישות נוחה לקצבה גורמת לתמריץ שלילי לחזרה (מיידיית) לעבודה אצל עובד שחלה, אלא אם כן זו מאוזנת בדרך כלשהי, כגון בהגנה מפני פיטורין והטלת אחריות על המעסיק להחזרת העובד שחלה לעבודה; זאת בשילוב עם אפשרות חזרה מדורגת לעבודה תוך קבלת קצבה להחלפת/השלמת השכר המופחת עקב קיצור שעות העבודה או הקטנת המטלות בעבודה. כלומר הטלת אחריות על המעסיק להחזרה מהירה של העובד לעבודה והאפשרות לשמור על קצבה (חלקית) לתקופה ראשונית של עבודה מקטינים את התמריץ השלילי לעבודה הגלום בנגישות נוחה לקצבה.

כך בהולנד, שבה מידת האחריות המוטלת על המעסיק גבוהה ביותר, למרות הנגישות הנוחה לקצבה ושיעור החלפת השכר הגבוה, שיעור החזרה לעבודה היה גבוה. גם בשוודיה קיימת הגנה מפני פיטורין, אולם היא קשורה במינצוי תהליכי שיקום. יתכן שבמידה מסוימת ההכרח למצות אפשרות חזרה לעבודה אצל המעסיק המקורי מנעה חיפוש עבודה חדשה, גם כשאפשרות זו כבר

לא התאימה. יתכן גם, שכאשר האחריות היא באופן מוחלט על המעסיק, יש בהגנה זו כדי לזרז חזרה לעבודה ולנטרל את התמריץ השלילי לעבודה הגלום בקצבה, כפי שקרה בהולנד. אולם כאשר ישנה חלוקת סמכויות בין המעסיק למערכת הציבורית והאחריות מתחלקת – הגנה זו ממריצה פחות את החזרה לעבודה, כפי שקרה בשוודיה.

בישראל ובארה"ב – שבהן אין הגנה על תעסוקה ואין כל אחריות על המעסיק – שיעור החזרה לעבודה היה משמעותי, יש להניח בעיקר עקב חסמים גבוהים יחסית לקצבה. כלומר כאן הוקטן התמריץ השלילי לעבודה אצל העובד החולה עצמו, באמצעות חסמים אלה. לעומת זאת בדנמרק, הצירוף של נגישות קלה לקצבה עם אי הגנה על תעסוקה ושחרור המעסיק מאחריות להחזרת העובד לעבודה יצרו שיעור חזרה לעבודה נמוך יחסית, למרות ההתערבות השיקומית המוקדמת. נראה כי המערכת במדינה זו פוגעת בתמריץ לעבודה – הן אצל העובד והן אצל המעסיק. יצוין כי גם בניתוח מיוחד של נתוני מחקר זה לגבי הולנד ודנמרק, שנערך בדנמרק, המסקנה העיקרית התמקדה בחשיבות הרבה מנקודת הראות של החזרה לעבודה, של ההגנה מפני פיטורין במצב של זמינות נוחה לקצבה (Hogelund, 1999).

לגבי גרמניה המסקנות אינן חד משמעיות. זאת אולי עקב היות מדגם הנחקרים מאוד מוטא (גיל גבוה יחסית ועובדי צווארון כחול בלבד).

הבחירה בין נגישות גבוהה לקצבה, תוך הגנה על תעסוקה ומתן אפשרות לחזרה מדורגת לעבודה, לבין נגישות נמוכה תוך שחרור המעסיק מחובה כלשהי כלפי עובד חולה, היא כמובן ערכית. ממצאי מחקר זה מדגישים את חשיבות האיזון (או התחליפיות) בין מערכי התמריץ השונים לעבודה.

בכל המדינות, עיקר החזרה לעבודה התרחש בשנה הראשונה. ויותר מכך: מרבית מי שחזרו לעבודה בשנה הראשונה התמידו בעבודה. ישנה אפוא חשיבות רבה לאירועים במועד קרוב לפגיעה בכל הנוגע לחזרה לעבודה. אולם בעוד שבהולנד ובארה"ב כמעט כל מי שחזרו לעבודה חזרו כבר בשנה הראשונה לאחר הפגיעה, דווקא בישראל נמצא השיעור הגבוה ביותר של מי שחזרו רק בשנה השנייה. ייתכן שהדבר נובע מדחיית החזרה לעבודה עקב כוונה לתבוע נזיקין. אך יתכן גם שהתערבות שיקומית מוקדמת יותר על-ידי גורם ציבורי, כפי שנמצא במדינות האירופיות, היתה מזרזת חזרה לעבודה.

הממצאים מורים, כי אם כי בכל המדינות מי שהחלו בטיפול שיקומי חזרו לעבוד בשיעור נמוך מן האחרים, מי שפנו לטיפול שיקומי וחזרו לעבודה במהלך שתי שנות המעקב, החלו בטיפול מוקדם מן האחרים. ייתכן אפוא שלעצם הבחינה בדבר אפשרויות החזרה לעבודה היתה השפעה מזרזת על החזרה לעבודה, ביחוד בהולנד, בניגוד למה שנמצא בישראל.

באשר להמלצות. מטרת מחקר זה היתה לזהות אלמנטים של מדיניות ותהליכים הקשורים בחזרה מהירה לעבודה של מי שלקו בבריאותם. אולם ניתוח הממצאים כפי שהוצג לעיל מראה, כי כל אלמנט של מדיניות מקבל את משמעותו ואת אופן השפעתו על התנהגות האנשים במידה רבה מתוך ההקשר שבו הוא נמצא כאשר לאלמנטים אחרים של מדיניות ותחיקה גם בתחומים משיקים יש השפעה מכרעת על תוכנו. למעשה לא ניתן לזהות ולשלוף אלמנט בודד של מדיניות ולהצביע עליו כמומלץ ליצירת התוצאות הרצויות. המארג הכולל של המדיניות שבתוכו הוא פועל הוא שקובע את דרכי השפעתו. מסקנה זו אינה אופטימית מבחינת היכולת ללמוד מהניסיון של מדינות אחרות, בכל הקשור למערכי מדיניות.

אם בכל זאת נסתכן בהמלצות על-פי ממצאי המחקר הנדון, ניתן לומר, כי ההתערבות השיקומית המאוחרת והמעטה ביותר בישראל, בהשוואה למדינות האירופיות, אולי מביאה להפסד מסוים מבחינת שיעור ומועד החזרה לעבודה של מי שנפגעו בבריאותם.

הממצאים מורים כי עיקר החזרה לעבודה (גם בישראל), התרחש בשנה הראשונה. דחיית טיפול שיקומי למי שזקוק לו אולי גורם לדחייה או למניעה של חזרה לעבודה.

בישראל כידוע אין זכאות לשיקום מקצועי בתקופת תשלום דמי פגיעה או דמי מחלה. ויותר מכך: האחריות לביצוע תהליכים הדרושים לחזרה לעבודה מוטלת כמעט בלעדית על העובד, שעליו להגיש תביעה לשיקום, גם במועד המאוחר (בדרך כלל לאחר אישור זכאות לקצבה), שבו מוקנית לו זכות זו.

יצוין לדוגמה, כי אף שהחוק מקנה זכאות למימון מכשירי עבודה והתאמות פיזיות במקום העבודה במימון המוסד לביטוח הלאומי, ומטיל על המעסיק חובה להסכים לביצועם, כמעט אין ניצול זכות זו שלא במסגרת טיפול שיקומי, המוקנה כאמור בדרך כלל רק לאחר קביעת זכאות לקצבת נכות, כלומר במועד מאוחר למדי אחרי הפגיעה.

מבחינה טכנית, מאחר שאין בישראל רישום מרכזי של חולים, יש קושי מסוים בהקדמת ההתערבות השיקומית לגבי חולים (ממושכים) ונכים כלליים. אולם ניתן כמובן למצוא דרכים לעשות זאת. בכל מקרה ניתן לבצע זאת לגבי נפגעי עבודה תוך הטלת אחריות מסוימת על המעסיק ו/או על מחלקת השיקום במוסד לביטוח לאומי – כגון על-ידי חובה לבדוק את ההתאמה לשיקום מיידי. מומלץ אם כן לערוך ניסוי שמטרתו תהיה לבדוק, באיזו מידה הקדמת התערבות שיקומית והעלאת המודעות לאפשרות זו תזרו ותגדיל חזרה לעבודה של מי שנפגעו בבריאותם – נפגעי עבודה וחולים (כלליים).

גם בניתוח ההשוואתי של נתוני הולנד ודנמרק שהוזכר לעיל, המליץ החוקר להקדים את הטיפול השיקומי בדנמרק. בתקופת המחקר ההתערבות היתה על-פי החוק במדינה זו - 3 חודשים לאחר הפגיעה. ההמלצה היתה להקדימה לחודשיים לאחר הפגיעה. בישראל ההתערבות השיקומית

קורית בדרך כלל לכול המוקדם במחצית השנייה של השנה שלאחר הפגיעה, כאשר החציון לגבי כלל הפונים החדשים לשיקום בשנים 1999 ו-1998 היה למעלה משנתיים!

אשר להגדלת אחריות המעסיק להחזרה לעבודה ולשיקום עובדים שחלו: כאמור, התחיקה בדבר הגנה על תעסוקה נמצאה יעילה בהחזרת חולים לעבודה בעיקר בהולנד ובשוודיה. אולם תחיקה מסוג זה אינה מומלצת מסיבות רבות ושונות. בין היתר היא אינה מתאימה במצב של זמינות נמוכה של קצבאות. כמו כן יש לה השלכות שחלקן לא רצויות: בהולנד מעסיקים לא נוטים לקבל לעבודה אנשים שאינם בריאים ביותר, ומאז שנוסדה תחיקה זו רבו המשרות על-פי חוזה לזמן קצוב. לתופעות אלה, השפעה שלילית על קליטת עובדים חדשים ואולי גם על אבטלה, ועל גמישות שוק העבודה והצמיחה (Hogelund, 1999). בנוסף, תחיקה מסוג זה חייבת להיתמך באפשרות חזרה מדורגת לעבודה, כפי שאמנם קיים בהולנד ובשוודיה, המגובה בקצבה המשלימה/מחליפה שכר במקרה של קיצור שעות העבודה. זאת ועוד, הנתונים במחקר זה אינם כוללים כל מידע בדבר העלות הכספית הכרוכה במערך מדיניות זה, שהיא בוודאי גבוהה, אפילו לא על העלות הישירה, ובוודאי שלא על עלות מול תועלת. כך שבכל מקרה, נראה כי בנושא זה יש להרחיב עוד את הידע בטרם יוסקו מסקנות חד-משמעיות.

יצוין בהקשר זה, כי בישראל הזכאות לקצבת נכות מעבודה אינה מתבטלת עם החזרה לעבודה. ואמנם מרבית מקבלי קצבה זו עובדים. אשר לקצבת נכות כללית – מי שהשתקם וחזר לעבודה נהנה מתקופה מסוימת (קצרה) של קבלת קצבה תוך כדי עבודה. אולם הן במקרה של פגיעה בעבודה ובעיקר במקרה של מחלה ונכות כללית, אפשרות השיקום נבחנת במועד מאוחר מאוד, עובדה שאולי מונעת מלמצות את מלוא האפשרות להחזרה מהירה לעבודה.

בביליוגרפיה

S. Bergendorff, M. Westin, E. Hansson, T. Hansson, E. Palmer, Do sickness cash benefits and rehabilitation allowances promote or discourage return to work in Sweden? Memo. 1998.

F. S. Bloch, R. Prins, Work incapacity and reintegration – theory and design of a cross-national study, International Social Security Review, No. 2, 1997.

R. G. Brooks et al. Euroqol: Health-related quality of life measurement. Results of the Swedish questionnaire exercise. Health Policy, vol. 18, 1991.

B. Cuelenaere, T. J. Veerman, R. Prins, A. M. Van der Giezen, In distance mirrors: work incapacity and return to work. College van toezicht sociale verzekeringen. 1999.

The Euroqol Group, Euroqol – a new facility for the measurement of health-related quality of life. Health Policy, vol. 16, 1990.

L. Eskelinen et. al. Relationship between the self-assessment and clinical assessment of health status and work ability. Scandinavian Journal of Work environ Health. Vol. 17, 1991.

J.C. Hennessey, L.S. Muller. The effect of vocational rehabilitation and work incentives on helping the disabled worker beneficiary back to work. Social Security Bulletin, vol. 58, 1995.

Y. Hogelund, Reintegration Policies in the Netherlands and Denmark: The role of Employers. Research programs No. 6, the Danish National Institute of Social Research, 1999.

J. Ilmarinen, K. Tuomi, Work ability of aging workers, Scandinavian Journal of Work Environ Health, vol. 18, 1992.

ISSA – Cross-national study on work incapacity and reintegration (WIR project), draft, 1999.

Michael von Korff, J. Ormel, F. J. Keefe, S. E. Dworkin. Grading the severity of chronic pain. Pain, 1992, pp. 133-149.

L. S. Muller, Disability beneficiaries who work and their experience under program work incentives. Social Security Bulletin, vol. 55, 1992.

R. Prins, T. J. Veerman, S. Andriessen, Work incapacity in cross-national perspective. Netherlands Institute for the Working Environment, NIA, 1992.

R. Prins and A. de Graaf. Comparison of sickness absence in Belgian, German and Dutch firms, British Journal of Industrial Medicine, Vol.. 43, 1986.

J. Soeters, R. Prins, Health care facilities and work incapacity: A comparison of the situation in the Netherlands with that in six other West European countries. International Social Security Review No. 2, 1985.

Social Security Programs Throughout the World, SSA, USA, 1999.

Social Protection in the Member States of the European Union, European Commission, 1998.

H. Ursin, I.M. Endresen, G. Ursin, Psychological factors and self report of muscle pain. European Journal of Applied Psychology. 1988 57:282-290.

M. von Korff, S.F.Dworkin, L.L. Resche, A. Krujir, An epidemiologic comparison of pain complaints. Pain 1988, vol. 32.

G. Waddell, M. Bircher, D. Finlayson, C. J. Main, Symptoms and signs: physical disease or illness behaviour? British Medical Journal, vol. 28, 9, 1984.

J. E. Ware, C. D. Sherbourne, the MOS 36 – item short-form health survey (SF-36). Medical care 1992, vol. 30, no. 6.

דליה גורדון – מוגבלות וחזרה לעבודה – מחקר השוואתי בינלאומי, שלב שני; בתוך: סקירה שנתית 1996/97, המוסד לביטוח לאומי, 1997.

דליה גורדון – עבודה שנתיים לאחר פגיעה; בתוך: סקירה שנתית 1997/98, המוסד לביטוח לאומי, 1998.

ניתן להזמין פרסומים במוסד לביטוח לאומי, מינהל המחקר והתכנון,
שד' ויצמן 13, ירושלים 91909, טל. (02)6709579

