



המוסד לביטוח לאומי

מינהל המחקר והתכנון

מערך שירותים מוגבר בקהילה
לקשישים סיעודיים שקיבלו אישור
לסידור במוסד סיעודי

רמת-גן

מס' 29

מפעלים מיוחדים

המוסד לביטוח לאומי
מינהל המחקר והתכנון

מערך שירותים מוגבר בקהילה
לקשישים סיעודיים שקיבלו אישור לסידור
במוסד סיעודי - רמת-גן

מרים כרמלי

ברנדה מורגנשטיין

ה ק ד מ ה

במסגרת ההתעניינות במוסד לביטוח לאומי בשנים האחרונות בצרכיו של הקשיש המוגבל המתגורר בקהילה, הופעלה תוכנית נסיונית לאספקת שירותים מוגברים לקשישים סיעודיים החיים בביתם והמטופלים על ידי בני משפחתם למרוץ שקיבלו אישור לסידור במוסד סיעודי.

דו"ח זה הינו סיכום המחקר אשר ליווה את התוכנית בזמן ההפעלה. הדו"ח מתמקד בתיאור תהליך הפעלת הפרוייקט, ובבעיות הכרוכות באספקת שירותים בשילוב מערכות מטפלות שונות בקהילה; תוך התייחסות גם לאספקטים הקשורים להיקף השירותים ועלותם.

ריכזה את הפרוייקט גב' מרים מרכוס מהשירות לזקן בעיריית רמת-גן. תודה מיוחדת מאוד לה ולצוות העובדים הסוציאליים בשירות לזקן אשר הקדיש מזמנו וממרכו לעבודות ניהול הטיפול והמעקב, תוך מסירות רבה ומעורבות רגשית ומקצועית עמוקה. אין כמעט מלים לתאר את החשיבות בעבודתם אלא לציין שהם בעצם היו את החלק המהותי והמשמעותי של הפרוייקט והינם דוגמה נוספת לרמה המקצועית של העובד הסוציאלי בארץ. מהמוסד לביטוח לאומי ריכזה את הפרוייקט גב' מרים כרמלי אשר בנוסף להשתתפות בתכנון ובליווי, היתה אחראית על ביצוע המחקר.

תודה מיוחדת לפרופ' מריאן רבינוביץ, מנהל בית ביר בבית החולים שיבא אשר הקדיש מזמנו ומנסיונו הרחב לתכנון הפרוייקט ולהפעלתו הלכה למעשה.

חובה נעימה לי לציין את שיתוף הפעולה יוצא הדופן בין הגופים השונים שהיו מעורבים בתוכנית. חברי ועדת ההגוי היו:

פרופ' מ. רבינוביץ	מנהל בית ביר, בית חולים שיבא
גב' מ. מרכוס	מנהלת השירות לזקן, עיריית רמת-גן
מר י. כבדיל	מנהל סניף המוסד לביטוח לאומי, רמת-גן
גב' ת. נתן	יועצת גרונטולוגית, המוסד לביטוח לאומי
גב' א. אלון	מרכזת המפעלים המיוחדים, המוסד לביטוח לאומי
גב' ג. רוזנפלד	מנהלת היעוץ לקשיש, המוסד לביטוח לאומי, רמת-גן
גב' מ. כרמלי	חוקרת אגף מחקר ותכנון המוסד לביטוח לאומי
גב' ב. מורגנשטיין	מנהלת מח' מחקר גמלאות ארוכות מועד, ביטוח לאומי

בנוסף לחברי ועדת ההיגוי השתתפו בהפעלת התוכנית גב' ס. אבידוב וגב' ו. פאליק, נציגות משרד הבריאות, וגב' א. קוסטין נציגת קופ"ח של ההסתדרות הכללית. אחות התוכנית היתה גב' ע. עמיצור, אחות בריאות הציבור ממשרד הבריאות.

לבסוף תודה מיוחדת לקשישים ולמשפחותיהם אשר בזכות שיתוף הפעולה מצידם התאפשר לנו ללמוד מקרוב על בעיות אופיניות של התמודדות המשפחות בטיפול בקשיש הסיעודי.

תוכן העניינים

עמוד

1		I מבוא
2		II מטרות התכנית
5		III תיאור תהליך הפעלת התכנית
7		IV הליווי המחקרי
9		V תיאור הקשישים שהשתתפו בתוכנית
14		VI השירותים שקיבלו המשתתפים בתכנית - סוגי השירותים והיקפם
27		VII בעיות הקשורות להפעלת השירותים
30		VIII השפעת התוכנית על המשתתפים
40		IX חוות דעתם של חברי ועדה על דרכי העבודה
43		X הערכה כללית של התוכנית על ידי העובדות הסוציאליות
46		XI עלות התוכנית
52		XII סיכום ומסקנות

הפרוייקט לפיתוח מערך מוגבר של שירותים לקשישים סיעודיים קשים המתגוררים בביתם הוגש על ידי האגודה למען הקשיש ברמת-גן בשיתוף עם בית החולים תל השומר. המחשבה העיקרית שעמדה מאחורי הפרוייקט היתה כי בשנים הקרובות תהיה זרישה גדולה למוסדות סיעודיים וכי קצב הפיתוח של מוסדות אלה לא יזביק את הצרכים. מכאן החשיבות הרבה לפיתוח מודלים אלטרנטיביים אשר יאפשרו למשפחות הרוצות בכך להמשיך ולטפל בבני משפחתם הסיעודיים בביתם, כאשר הקהילה תספק את השירותים הדרושים בהתאם לצרכים.

נטיה זאת תואמת את הגישה הרווחת בשנים האחרונות גם בספרות הגרונטולוגית וגם בקרב אנשי מקצוע בשדה, שיש לאפשר לאדם המוגבל להשאר בסביבתו הטבעית עד כמה שהדבר ניתן, ושיש לעודד ולתמוך במשפחה המטפלת, אשר בוחרת, לדחות את הסידור המוסדי ולטפל בבן המשפחה הסיעודי בביתו. גישה זו קיבלה תמיכה עם התפתחות הדיונים וההערכויות לקראת הפעלת חוק ביטוח סיעוד בישראל, אשר מטרתו העיקרית להעניק שירותים לקשישים מוגבלים המתגוררים בקהילה. בתקופת התכנון הראשונה של הפרוייקט הנוכחי נדון נושא ביטוח הסיעוד במסגרת ועדת מן אשר מונתה לבדיקת עקרונות להפעלת חוק ביטוח סיעוד ולהמלצתן. אי-לכך מצא המוסד לביטוח לאומי עניין רב בהפעלת תוכנית נסיונית בקהילה אשר תבדוק הלכה למעשה חלק מהרעיונות וההיבטים המעשיים אשר הועלו בזמנו בוועדת מן, ועדה שרוכזה על ידי המוסד לביטוח לאומי.

לקחו חלק בהפעלת התוכנית הנסיונית המחלקה לשירותים חברתיים בעיריית רמת-גן, בית חולים שיבא, לשכת הבריאות האזורית, קופת החולים של ההסתדרות הכללית, וסניף המוסד לביטוח לאומי ברמת-גן. התוכנית אושרה כמפעל מיוחד במסגרת המפעלים המיוחדים של המוסד ופעלה במשך 18 חודש החל מאוקטובר 1984 עד אפריל 1986.

II מטרות התוכנית

המטרה העיקרית של התוכנית הייתה ליצור אלטרנטיבה לסידור מוסדי עבור קשישים שקיבלו אישור לסידור במוסד סיעודי אך משפחותיהם מעוניינות ומסוגלות לטפל בקשיש בבית. מתוך מודעות לקשיים הרבים הניצבים בפני אלו הבוחרים להמשיך ולטפל בקשיש סיעודי בבית, וכדי למנוע התמוטטותם הפיזית והנפשית, גובשה תוכנית של מתן שירותים מוגברים למשפחות אלו במסגרת הקהילה. כלומר, זהו נסיון להשאיר את הקשיש הסיעודי בסביבתו הטבעית, כאשר גורמים מקצועיים בקהילה נוטלים חלק משמעותי בטיפול בו, תוך התחשבות מירבית בצרכיו ובצרכי המטפלים בו.

הצורך בתוכנית כזו נובע ממספר גורמים:

1. משפחות רבות בוחרות מרצונן להמשיך ולטפל בבן משפחה סיעודי ומסרבות לקבל את פתרון המוסד או שמבקשות לדחות את הסידור המוסדי עד כמה שאפשר.
2. רשימות ההמתנה מעידות על מחסור תמידי במיטות מוסדיות, והמסגרות הקיימות לא עונות תמיד על הצרכים וההעדפות של הקשישים ובני משפחותיהם.
3. עול הטיפול בקשיש סיעודי מבחינת עומס הטיפול הפיזי, ההשפעה על היחסים עם בני משפחה אחרים, הקשר בין המטפל והקשיש והתחושה הסוביקטיבית של קושי ובדידות, ידועים היטב לאנשי המקצוע. יתר על כן, סגנון החיים כיום מקשה על הבנים להתמודד עם הטיפול היומיומי בהורים מכיוון שחלק מהנשים עובדות מחוץ לבית ואפשרותן לטפל בהורים קשישים בהיקף שהיה נהוג בעבר מצומצם יותר. בנוסף לכך, חלו שינויים בחברה לגבי ההתייחסות לשעות הפנאי, וטיפול ממושך בקשיש כרוני פירושו לא רק קושי במציאת זמן לסידורים יומיומיים אלא ויתור על כל הכרוך בתרבות הפנאי - אירועים חברתיים, תרבות ובידור, בילוי בחברת המשפחה הרחבה וכו'. במקרים אחרים המטפל בעצמו הינו אדם זקן ולעיתים אף מוגבל בחלק מפעילויות היומ-יום. לעיתים קרובות נוצרים אצל אנשים המטפלים בקרוביהם הקשישים רגשות של מרירות ותסכול היוצרים מתחים פנימיים בין בני המשפחה. אם נביא בחשבון שמצב כזה עשוי להמשך שנים, שלפעמים אף מטפלת המשפחה ביותר מקשיש אחד, הרי עול הטיפול כבד מאד, הן מבחינה פיזית והן מבחינה נפשית.
4. בשנים האחרונות מופעלות בעולם מספר תוכניות של מתן שירותים בבית לקשישים סיעודיים כדי לבדוק האם ניתן באמצעותן להשיג בעת ובעונה אחת שתי מטרות חשובות:

א. לתת לחולים אלו איכות חיים גבוהה יותר מאשר במוסד.

ב. להקטין את העלויות הממלכתיות בתחום הטיפול הסיעודי. תוכניות כאלה באות לבדוק האם הפניית משאבים ממוסדות לטיפול ביתי כדאית מבחינה COST-BENEFIT, עבור קבוצות שונות של קשישים מוגבלים.

5. מעל ומעבר לכל אלה, גוברת המודעות בקרב רוב אנשי המקצוע בתחום הגרונטולוגיה שיש להתחשב ברצונו של הקשיש ולאפשר לו להשאר בביתו, אם הוא מעוניין בכך, ולחיות את חייו ברמה נאותה; וזאת במיוחד כאשר המשפחה מוכנה לטפל בו ואף מעדיפה את האופציה של הטיפול הביתי.

יוזמי התוכנית, שהינם אנשי מקצוע המעורבים בנעשה בתחום זה, נתקלו במצוקתם הקשה של אנשים אשר רוצים להמשיך ולטפל בקרוביהם אולם מגיעים לשלב בו הם חשים שאינם יכולים להמשיך יותר ומתחילים להתלבט בקשר להכנסת הקשיש למוסד. תהליך זה הינו קשה ומכאיב עבור קרובי הקשיש ופעמים רבות פונים בשלב זה לגורמים קהילתיים לשם עזרה ויעוץ. עובדים סוציאליים מרגישים לעיתים חוסר אונים והזדהות עם המשפחות ויחד עמן מנסים למצוא את הדרך המתאימה ביותר בכל מקרה. להפחית רגשות אשמה במקרים של סידור מוסדי, לתת חיזוקים ונימוקים רציונליים וכו'. עימותים אלו קשים מאד גם עבור אנשי מקצוע ותיקים ומיומנים.

מתוך רצון לתת מענה לצרכים אלו הוחל בתכנון תוכנית זו. הקריטריון העיקרי לקבלת משפחה כמועמדת לתוכנית היה, שהמשפחה כבר החליטה על הכנסת קרובם הקשיש למוסד. כמו-כן חשבו שהתוכנית תבוא לעזרת אלו שהכניסו את הקשיש למוסד ולאחר תקופה קצרה התחרטו. המשפחות הופנו לתוכנית על ידי משרד הבריאות או עובדות סוציאליות מקומיות אשר הכירו את המשפחות מקרוב והעריכו שהן משפחות "טובות" שהיו יכולות להתמודד עם הטיפול בבית אם תנתן להם עזרה מסיבית.

אולי בשל צורת הפניה, שהיתה סלקטיבית, בשלבים הראשונים של הפעלת התוכנית חלה מבחינה מסוימת סטייה מהמתוכנן. תוך כדי דיון במועמדותן של המשפחות הראשונות התברר, שלמרות האישור הרשמי של משרד הבריאות לסידור מוסדי, מרביתן של המשפחות לא הגיעו עדיין להחלטה סופית בדבר הכנסת הקשיש למוסד, אלא נמצאו במצב של התלבטויות קשות סביב נושא זה. מצד אחד עומס הטיפול העיקר מאד על המשפחות ומצד שני הן הביעו רצון עז להמשיך ולטפל בקשיש בבית תוך התנגדות לרעיון המוסד. מועמדותן של משפחות אלו הובאה לוועדה לאחר שפנו למשרד הבריאות ופתחו בהליכים לקראת אישפוז ואף קיבלו אישור לכך, ובמקביל פנו בבקשת עזרה למחלקת השירותים החברתיים. תוך כדי לימוד הנושא מקרוב, באמצעות ראיון בני משפחה המטפלים בקשיש הכרוני, הוברר מעל לכל ספק שיש לעשות שינוי מסויים בדרישות הקבלה לתוכנית ולאפשר קבלת קשיש שאמנם קיבל אישור לסידור מוסדי אף אם לא היתה החלטה סופית לממש החלטה זו. זאת מכמה סיבות:

1. למשפחות מסורות המטפלות בקשיש כל זמן שהן מסוגלות לכך ישנה התנגדות בסיסית לרעיון המוסד. כאשר מגיעים למצב של התמוטטות ומתקבלת החלטה סופית על הסידור במוסד סיעודי, כבר מאוחר מדי להציע עזרה כי ההרגשה היא ש"כלו כל הקיצין"; נגמרו כל המשאבים הנדרשים, הנפשיים והפיזיים.

2. העובדות הסוציאליות, מצידן, הסבירו שעקב מידת מעורבותן הגבוהה בקהילה, פונות אליהן לעזרה אותן משפחות הנתונות במצוקה, בשעה שקיימת עדיין נכונות להתמודד עם המצב הטיפולי הקשה, והמטפלים עדיין לא קיבלו החלטה סופית לסידור מוסדי. לטענת העובדות

הסוציאליות אין הן יכולות לעמוד מן הצד, למנוע מהן עזרה ולחכות עד שיבקשו מוסד כדי להציע את התוכנית.

מכל האמור לעיל עולה שיש חשיבות רבה לעיתוי ההתערבות הטיפולית של השירותים השונים בכלל, ושל תוכנית מסוג זה בפרט. מצד אחד ברורה הנטייה הנובעת ממטרות התוכנית, "להחמיר" ולקבל רק קשישים סיעודיים המתאימים לאישפוז במוסד סיעודי, ומצד שני, הוכיחה המציאות שלאחר החלטה על סידור מוסדי, בדרך כלל אין חזרה, כי המשפחה מרגישה שהגיעה לסוף הדרך.

ואכן, במקרה אחד, הופיעה בפני ועדת הקבלה אישה שטיפלה בבעלה שהיה במצב סיעודי כרוני, ושהביעה את רצונה להכניס אותו למוסד. החלטה זו נתגבשה אצלה לאחר שפנתה לעובדת הסוציאלית בבקשת עזרה בטיפול, וכאשר הגיעה לפגישה בוועדת הקבלה לא היתה מוכנה כבר לסגת ממנה. כל הצעות והבטחות חברי הוועדה בדבר העזרה שתנתן לה, לא שינו את עמדתה הנחושה. במילים ברורות אמרה "שזה כבר מאוחר מדי" והיא אינה מסוגלת להמשיך ולטפל בבעלה, גם אם תינתן לה עזרה משמעותית.

דוגמא זו ממחישה, כאמור, את הצורך בהתערבות לפני נקודת המשבר. בניגוד למה שנחזה מראש, לא השתתפה בתוכנית אף משפחה שהכניסה את הקשיש למוסד סיעודי והתחרטה לאחר זמן קצר.

מתוך רצון לשמור על מטרות התוכנית ועל הקריטריונים לקבלה כפי שנקבעו, ועם זאת להתאימם לתנאים הקיימים במציאות, הוחלט לאחר התלבטויות ודיונים לקבל משפחות בצורה הבאה:

התוכנית מיועדת לקשישים סיעודיים אשר קיבלו אישור אישפוז במוסד סיעודי (משרד הבריאות), כלומר, המשפחה עברה את כל התהליכים של פניה למשרד הבריאות והכנת המסמכים הדרושים, זרישה זו הבטיחה שהמשתתפים בתוכנית אכן יהיו דומים מבחינת מצבם הסיעודי לאלו הנמצאים במוסדות סיעודיים. לעומת זאת, התקבלו לתוכנית משפחות שמטפלות בקשיש סיעודי ושעדיין לא החליטו סופית על סידור מוסדי הלכה למעשה. כלומר, אין לומר בביטחה שתוכנית זו היתה האלטרנטיבה היחידה למוסד עבור כולם. יתכן מאוד שחלקם היו נשארים בבית גם ללא עזרה מהתוכנית, לפחות למשך תקופה מסויימת, עד להחמרת מצב הקשיש או להתמוטטות המטפלים.

III תיאור תהליך הפעלת התוכנית

להלן פירוט שלבי הפעלת התוכנית:

1. איתור המועמדים

האיתור נעשה על ידי כל אחד מהגופים השותפים לוועדת קבלה תוך שיתוף פעולה וחילופי מידע ביניהם. המידע הראשוני לגבי משפחה מתאימה הגיע מהעובדת הסוציאלית שטיפלה במשפחה באזור מגוריה; ממשרד הבריאות אם המשפחה פנתה לבקשת סידור מוסדי ועדיין התלבטה; או דרך קופת חולים, אם המשפחה פנתה אליה בבקשת עזרה בטיפול אישי - כאשר בכל המקרים הקשיש נמצא ברשימת המתנה למוסד סיעודי. אם המשפחה נראתה מתאימה מבחינת יכולתה להמשיך ולטפל בקשיש, התחיל התהליך של הכנת ואיסוף החומר לקראת הבאת המקרה לדיון בוועדת הקבלה.

2. ועדת הקבלה

בכל ישיבה הובאו לדיון שני מועמדים חדשים. ריכוז החומר שהובא בפני הוועדה נעשה על ידי השירות לזקן בלשכה הריוחה ברמת-גן ובתהליך איסוף המידע היו מעורבים הגורמים הבאים:

א. עובדת סוציאלית אזורית - ערכה ביקור בית ומילאה שאלון לתוכנית שירותים לחולה כרוני וכן הכינה דו"ח סוציאלי ובו תיאור עברו של החולה, תיאור המשפחה והיחסים בין בני המשפחה, מצב כלכלי, בעיות בטיפול וכו'.

ב. משרד הבריאות - נציגת משרד הבריאות דאגה להבאת האישור לסידור מוסדי במקרים שעדיין לא היה אישור סופי, והציגה מסמכים רפואיים שעל פיהם נתקבלה ההחלטה. אחות בריאות הציבור דיווחה על התרשומתה מביקור בית שערכה ותיארה את המצב התפקודי של הקשיש.

ג. קופת חולים - אחראית להמשך טיפול בקופת החולים הכללית היתה אחראית לריכוז מסמכים רפואיים מהמרפאה, ודיווחה על הטיפול שניתן על ידי קופת חולים. לעיתים השתתפה בישיבה גם אחות המרפאה, שהוסיפה פרטים על הטיפול השוטף ועל התמודדות המשפחה עם הבעיות הכרוכות בטיפול.

לאחר שהוצגו כל הפרטים הנוגעים לקשיש ולמשפחתו, הופיע בפני הוועדה נציג המשפחה, בדרך כלל המטפל בעיקרי (בן/בת זוג או בן/בת של הקשיש), אשר תיאר את הקשיש בטיפול, את עמדתו כלפי מוסד ואת העזרה הדרושה למשפחה כדי להמשיך ולטפל בקשיש בבית.

על סמך נתונים אלה החליטה הוועדה אם לקבל את המשפחה לתוכנית. אם נתקבלה החלטה חיובית נקבעו סוגי השירותים שינתנו למשפחה והיקפם, לפי מצבו של הקשיש והצרכים כפי שהוצגו על ידי בן המשפחה, תוך התחשבות בשירותים הניתנים על ידי גורמים אחרים. הכלל שהינחה את

החלטות הוועדה במתן שירותים היה שכל השירותים שניתנו עד כה מגורמים שונים בקהילה (קופ"ח, משרד הבריאות) יימשכו גם להבא באותה מתכונת ומהתוכנית תנתן תוספת של שירותים שאינם ניתנים או הרחבת השעות של אותם שירותים שכבר ניתנים אך לא במידה מספקת (כמו טיפול אישי). הוחלט לגבות מבני המשפחה דמי השתתפות במימון תוכנית הטיפול, על פי כללי הזכאות הנהוגים במשרד העבודה והרווחה.

3. הפעלת השירותים

לאחר שהתקבלה החלטה חיובית לגבי קבלת משפחה לתוכנית הוטלה על העובדת הסוציאלית האזורית האחראית לארגון ולהפעלת השירותים הניתנים על ידי הגורמים המתאימים. מבחינת המשפחה העובדת הסוציאלית הפכה מעתה ואילך לכתובת לכל בעייה חדשה או משאלה שמתעוררת אצלה בכל התחומים - בעיות משפחתיות, שינויים במצבו של הקשיש, בעיות עם נותני השירותים השונים (מטפלת, מתנדבת), וכו'. אחות התוכנית שהיתה כפופה אף היא למרכזת התוכנית ועבדה בתיאום עם העובדת הסוציאלית, היתה אחראית למעקב בתחום הרפואי-סיעודי, כלומר, לקשר עם רופא המשפחה ורופא התוכנית, עודכנה לגבי הטיפול השוטף של אחות קופ"ח (במקרים בהם טיפול כזה נדרש) והמליצה על טיפול נוסף בתחומים אלה במקרה הצורך. כל בקשה לתוספת שירותים הגיעה לדיון בוועדה דרך העובדת הסוציאלית. הוחלט שאחת לחודש - חודש וחצי ינתן לוועדה דו"ח מעקב על המצב בכל משפחה.

התחומים שנבדקו

השתתפות המוסד לביטוח לאומי במימון התוכנית במסגרת "מפעלים מיוחדים" הותנתה בעריכת מחקר מלווה. התחומים שנבדקו במהלך הלוי המחקרי היו:

1. תיאור קבוצת הקשישים המשתתפים בתוכנית, בעיקר מבחינת מצבם התפקודי.

2. תיאור תהליך העבודה והשירותים שניתנו

נערך מעקב אחר כל שלבי הפעלת התוכנית, החל מאיתור המועמדים על ידי הגורמים השונים, דרך איסוף המידע הרפואי-סיעודי והסוציאלי, החלטת הוועדה הבין-מקצועית בדבר השירותים הדרושים, ומתן השירותים בפועל.

הדו"ח מתייחס במיוחד לתיאור סוגי השירותים שהומלצו והבעיות באספקת שירותים אלה במהלך הפרוייקט. כמו-כן הדו"ח כולל תיאור מפורט של תפקידיהם של אנשי המקצוע שהשתתפו בפרוייקט.

3. תיאור הבעיות המרכזיות המתעוררות בהפעלת התוכנית

אמנם גופים שונים בקהילה (קופ"ח, משרד הבריאות, משרד העבודה והרווחה באמצעות המחלקות לשירותים חברתיים) מספקים עזרה ושירותים שונים לקשישים בבתיהם. אולם עזרה זו מוגבלת הן מבחינת היקפה והן מבחינת סוגי השירותים. החדשנות בתוכנית זו מתבטאת כאמור, הן במירכוז ההפעלה של כל השירותים והפיקוח עליהם והן באספקת שירותים נוספים על אלו המקובלים. משום כך התעורר הצורך לבדוק מה הן הבעיות הקשורות לתהליך הפעלת התוכנית ולסוגי שירותים שבאופן רגיל אינם ניתנים לקשישים בבתיהם.

4. תרומת התוכנית למשפחות המטפלות

לצורך בדיקת נושא זה נערך ראיון לפני הפעלת התוכנית אשר בדק את עומס הטיפול, את הציפיות ואת ההעדפות של בני המשפחה לשירותים. בהתאם למשך הזמן שהשתתפו בתוכנית נערכו ראיונות מעקב תקופתיים.

5. הגישה לסידור במוסד סיעודי

במסגרת הראיונות עם בני המשפחה נבדקה עמדתם של המטפלים לגבי סידור מוסדי ומידת נכונותם להמשיך לטפל בקשיש.

6. עלות

הדו"ח מציג נתונים באשר להיקף ולעלות השירותים שניתנו באמצעות הפרוייקט. נערכה השוואה ראשונית עם עלות אחזקת הקשיש במוסד סיעודי.

שלב הפעלה

כלי מחקר

1. לפני הפעלת התוכנית - טופס הערכת תפקוד של משרד הבריאות מולא על ידי אחות בעת הגשת הבקשה לסידור מוסדי.

- טופס החלטת ועדת הקבלה של התוכנית - נימוקים לקבלה או דחיה, תוכנית הטיפול.

- הערכה תפקודית של אחות התוכנית מולא בביקור בית לאחר קבלת הקשיש לתוכנית לפני התחלת קבלת השירותים.

- ראיון עם המטפל העיקרי של הקשיש.

2. בעת הפעלת התוכנית - טופס מעקב שבועי של העובדת הסוציאלית לתיאור השירותים הניתנים, שינויים במצב הקשיש ובני משפחתו, בעיות, בקשות מיוחדות.

- דווח חודשי על היקף השירותים בפועל ועלותם עבור כל קשיש.

- ראיון מעקב של המטפל העיקרי לאחר כשלושה חודשי קבלת שירותים.

3. לאחר סיום התוכנית - שאלון סיכום לעובדת הסוציאלית.

- ראיון פתוח עם אנשי ועדת הקבלה.

יש להדגיש במיוחד את המגבלות בניתוח ממצאים בהסקת מסקנות במחקר המבוסס על מספר קטן של קשישים ומשפחות שהשתתפו בתוכנית זו. בשל כך, ובשל העובדה שהפרוייקט היווה בעצם מודל של טיפול פרטני-משפחתי, בנוסף לסיכום מספר מגמות כלליות, הדו"ח בעיקר מתמקד בניתוח מקרים לעומק ופירוט התהליכים והנסיון שהצטבר במהלך העבודה.

תהליך קבלת המשפחות לתוכנית "ביחד" החל בסוף אוקטובר 1984 והסתיים ביולי 1985. במשך תשעה חודשים אלה נפגשה ועדת הקבלה 16 פעמים ודנה ב-23 משפחות מועמדות. 17 משפחות התקבלו בדיון ראשון, 5 משפחות התקבלו לאחר דיון חוזר (לאחר שנוספו פרטים שחסרו בתחילה או לאחר התדרדרות נוספת במצב הקשישים) ומשפחה נוספת לא נכנסה לתוכנית מכיוון שהאישה (המטפלת בבעלה) לא היתה כבר מעוניינת בכך וביקשה סידור מוסדי. כלומר - 22 משפחות השתתפו בתוכנית במשך שנת הפעלתה, כאשר בשתי משפחות מדובר בטיפול בזוג קשישים סיעודיים, ובסך הכל השתתפו 24 קשישים, מהם 10 גברים ו-14 נשים.

מתוך 24 המשתתפים¹ בתוכנית נשרו שבעה. שתי נשים נפטרו; שתי נשים אושפזו בבית חולים לאחר שחלה הדרדרות במצבן הרפואי ומשם הועברו למוסד סיעודי לאחר שהוחלט שלא ניתן להחזירן הביתה; קשיש אחד אושפז בבית חולים ונפטר תוך כדי המתנה למוסד סיעודי; קשיש נוסף, שהיה תשוש נפש במצב קשה, הוכנס למוסד לאחר שמשפחתו לא הצליחה להתמודד עם הטיפול בו; וקשישה אחת תשושת נפש הועברה למוסד לאחר שבעלה, שטיפל בה במסירות, נפטר והיא לא היתה מסוגלת להתגורר לבדה.

כלומר, להוציא מקרה אחד, של תשוש נפש שמשפחתו בחרה בלית ברירה במוסד לאחר שלא הצליחו לטפל בו בבית, לא היו מקרים של יציאה מהתוכנית על רקע של "התמוטטות" או חוסר שביעות רצון מהשירותים הניתנים, אלא רובם ככולם נשרו לאחר שנזקקו לטיפול רפואי שוטף בעקבות החמרה במצבם.

כאמור, על פי הקריטריונים שנקבעו מראש, נתקבלו לתוכנית רק קשישים סיעודיים אשר קיבלו ממשרד הבריאות אישור לאשפוז במוסד לחולים כרוניים. אי לכך, מובן שכולם היו מוגבלים בתפקודם היומיומי וזקוקים לעזרת הזולת לפחות בחלק מהפעולות.

הנתונים על המצב התפקודי נתקבלו משני מקורות:

1. שאלון מיזע רפואי-סיעודי למתן שירותים לחולה כרוני - כולל הערכה תפקודית המתבצעת על ידי אחות בריאות הציבור.
2. שאלון הערכה תפקודית, הנמצא בשימוש ענף נכות כללית של המוסד לביטוח לאומי - שירותים מיוחדים לנכים, ומולא על ידי אחות התוכנית בביקור בית ראשון שערכה אצל כל קשיש שהתקבל לתוכנית.

(1) בהמשך תיאור האוכלוסייה סך כל מספר המקרים משתנה לפי סוג הנתונים: נתונים דמוגרפיים, מצב תפקודי, סוג המטפל וכו' יתייחסו לכל 24 המשתתפים בתוכנית. מכיוון שחלקם השתתפו במשך תקופה קצרה מאד, לא נתייחס בתיאור השינויים שחלו במהלך התוכנית לאלו שרואינו פעם אחת בלבד, סמוך להתחלת הפעלת התוכנית (4) ונשרו, או שלא רואינו כלל (2).

לוח מס. 1: אפיוני הקשישים שהשתתפו בתוכנית
(סה"כ = 24 קשישים)

גיל		מין		מוצא		הרכב משק בית		המטפל העיקרי	
74-64	1	גברים	10	אירופה	21	גר לבד	3	בת זוג	7
84-75	12	נשים	14	עירק	3	גר עם בן/ת זוג בלבד	13	בן זוג	5
85+	9					גר עם בן/ת זוג ועם בת רווקה	2	בת	7
לא ידוע	2					גר עם בן/ת זוג ועם בן/ת נשואים	2	בן	2
						ללא בן זוג עם בנים נשואים	3	בן	3
						ללא בן זוג עם בן רווק	1	בן+כלה	

השאלון ממשרד הבריאות נכלל בין המסמכים שהוצגו בפני הצוות הבין-מקצועי כאשר דן במועמדותה של המשפחה לתוכנית. בפרוייקט זה הוחלט להשתמש בשאלון של שירותים מיוחדים מכיוון שיש בו פירוט רב יותר של רמת המוגבלות בכל תחום, בתוספת ניקוד לכל רמה, המאפשר להגיע לציון כולל שמבטא את רמת מוגבלותו הכללית של הקשיש.

הנתונים הבאים מבוססים על השאלון השני אשר בודק את הצורך בעזרת הזולת בתחומים הבאים: ניידות בתוך הבית, הלבשה, רחצה, אכילה ושתייה, הפרשות והצורך בהשגחה.

לוח מס. 2: התפלגות המשתתפים לפי מידת ההזדקקות לעזרת הזולת בתפקוד יומיומי (סה"כ = 19 קשישים)

פעולות יומיומיות	זקוק לעזרה מלאה	זקוק לעזרה חלקית	עצמאי
סך הכל			
ניידות בבית	2	12	5
הלבשה	8	11	-
רחצה	12	7	-
אכילה ושתייה	4	15	-
הפרשות	10	8	1
השגחה*	6	-	13

* קטגוריה זו קיימות רק שתי קטגוריות: זקוק להשגחה מתמדת ואינו זקוק להשגחה.

בלוח מס. 2 מוצגת רמת ההזדקקות של המשתתפים בתוכנית לעזרת הזולת בפעילויות היומיום. בולטת העובדה שבתחומי הלבשה, רחצה ואכילה ושתייה, אין אף קשיש עצמאי, ורק אחד המשתתפים עצמאי בכל הקשור להפרשות. חמישה קשישים מוגדרים כעצמאים בניידות בתוך הבית, אך יש לציין ששלושה מהם עצמאים בעזרת מכשיר ורק שתי קשישות, תשושות נפש, הולכות באופן חופשי. כלומר, אוכלוסיית המשתתפים היתה מוגבלת מאד ברוב פעילויות היומיום.

הקשיים הכרוכים בטיפול בקשיש

עם קבלת משפחה לתוכנית רואיינו המטפלים העיקריים בבתיים על ידי מראינת מטעם המוסד לביטוח לאומי. בראיון התבקשו לתאר את מכלול בעיותיהם וקשייהם הכרוכים בטיפול היומיומי בקשיש. כפי שתואר לעיל, כל הקשישים בתוכנית נזקקו לעזרת הזולת במרבית פעולות היומיום, וחלקם אף לא היו מסוגלים להשאר לבדם מבלי לסכן עצמם. עובדה זו חייבה בני משפחה להתארגן כדי לענות על צרכים אלו. אם על ידי שינוי בדפוסי עבודה מחוץ לבית, או על ידי רכישת עזרה קנויה (במימון פרטי או בהשתתפות גורם קהילתי - קופ"ח, משרד הבריאות, ושירותי רווחה).

לפיכך, נשאל המטפל העיקרי (בן/בת זוג, בן/בת או כלה) האם חל שינוי בהיקף עבודתו מאז שהחל לטפל בקשיש. נמצא כי 11 מהמטפלים לא עבדו גם לפני שהתדרדר מצב הקשיש - בנות זוג שהיו עקרות בית, או בני זוג שפרשו לגמלאות בלי קשר לירידה במצב התפקודי של בת הזוג, ובמקרה אחד - בת שהיתה אף היא עקרת בית לפני שאביה הפך לסיעודי. שישה מטפלים דיווחו על הפסקת עבודתם או על צמצום בהיקף המשרה בעקבות הצורך לטפל בקשיש, ו-3 (2 בנות וכלה) המשיכו בעבודתן כבעבר.

הקושי העיקרי בטיפול, כפי שהוזכר על ידי המטפלים העיקריים, התייחס לאחד מתוך שני התחומים הבאים: 7 מטפלים אמרו שהקושי העיקרי הוא נפשי - הסתגלות למצב מבחינה נפשית, הרגשת הכבילות לבית, חוסר שיתוף הפעולה מצד הקשיש - אם על ידי התנהגות פסיבית או על ידי תוקפנות וסירוב לעשות דברים. יחד המטפלים ציינו קשיים פיזיים הכרוכים בטיפול: 6 ציינו במפורש את הקושי בהרמת הקשיש והזזתו ממקום למקום, ו-7 הזכירו כקושי עיקרי פעולות שונות הקשורות במתן הטיפול היומיומי - הכנת האוכל, רחצה, הבאה לשירותים, חוסר שינה בלילה וכו'. קשיים נוספים שצוייניו היו בעיות בתקשורת בגלל בלבול או קשיי שמיעה של הקשיש, התמודדות עם המצב הנפשי שלו, המעמסה הכלכלית וכו'. סוג הקושי העיקרי לא היה קשור לאורך התקופה שבה נמשך הטיפול בקשיש.

על פי המבחן התפקודי ניתן ניקוד לפי מידת הצורך בעזרה בכל תחום, והציון הכללי נע בין 0 לאלו שהינם עצמאים בכל התחומים ועד 12 למי שתלוי בעזרת הזולת בכל התחומים. הציון כולל גם את הניקוד עבור הצורך בהשגחה. לפי ההגדרה, זקוק להשגחה מי שמסכן את עצמו כאשר נשאר לבדו, ואשר בפועל נמצא תחת השגחה כל שעות היממה. שישה מהקשישים בתוכנית נזקקו להשגחה צמודה, ולא נשארו אף פעם לבדם. בבדיקת רמת המוגבלות הכללית של המשתתפים בתוכנית לפי הניקוד מתקבלת התמונה הבאה:

- רמה א. 2.5-4.0 נקודות - 5 משתתפים
 רמה ב. 4.5-6.0 נקודות - 7 משתתפים
 רמה ג. 6.5-8.5 נקודות - 7 משתתפים

בנוסף לתחומי תפקוד אלו, נבדקו תחומים נוספים הקשורים לתפקודו של הקשיש: בעיות בנשימה, בבליעה, קשר עם הסביבה, מצב נפשי, בראיה ובשמיעה (ראה לוח מס. 3). בעיות בקשר עם הסביבה נבעו מליקויים בתפקוד קוגניטיבי או לעיתים מקשיים בדיבור כתוצאה ממחלה, אשר פוגעים ביכולת הקומוניקציה עם הסביבה. מתוך ה-13 שהוגדרו כבעייתיים ביצירת קשר עם הסביבה, מרביתם סבלו מקשיים בדיבור עקב פגיעה אורגנית והשאר הוגדרו כמבולבלים שלעיתים מעורפלים או אינם מדברים לעניין. סיבה נוספת לבעיות בתקשורת הייתה שמיעה לא תקינה. שבעה משתתפים בתוכנית סבלו מבעיות שמיעה שלא באו על פתרון בעזרת מכשיר שמיעה. ארבעה משתתפים סבלו מבעיות ראייה. בעיות רגשיות היו ל-10 מהמשתתפים; סוגי הבעיות שהוזכרו היו אדישות, דכאון או תוקפנות.

לוח מס. 3: בעיות תפקוד נוספות של הקשישים המשתתפים

בעיות בנשימה	הפרעות בבליעה	קשר עם הסביבה	מצב רגשי	בעיות בראיה	בעיות בשמיעה	צורך בהשגחה
2	2	13	10	4	7	6

שירותים שהתקבלו לפני התוכנית

בראיון בוועדת הקבלה לתוכנית התבקש בן המשפחה (בדרך כלל המטפל העיקרי) לתאר את היקף העזרה המתקבלת ממקורות פורמליים ובלתי פורמליים ואת הקשיים והבעיות שיש לפתור על ידי עזרה נוספת על מנת שיוכל להמשיך ולטפל בקשיש ולהפחית מהעומס המוטל על המשפחה.

כללית, ניתן לומר שרוב הקשישים בתוכנית ומשפחותיהם היו מוכרים לגורמים המטפלים בקהילה, ורק מקרים ספורים הוגדרו כחדשים על ידי העובדות הסוציאליות, וזאת בעיקר כאשר הפניה נעשתה ישירות למשרד הבריאות, או שהקשיש הפך לסיעודי רק לאחרונה בעקבות אירוע פתאומי ולא פנה בעבר לשירותים חברתיים. מתוך 22 המשפחות שהשתתפו בתוכנית, רק בשלושה מקרים לא קיבלו המשפחות שום עזרה מבחוץ והסתדרו בכוחות עצמם עד שחלה הדרדרות שאילצה אותם לפנות בבקשת עזרה, אם לשירותים חברתיים או למשרד הבריאות.

19 משפחות קיבלו שירותים ממקורות שונים עוד לפני הפעלת התוכנית. להלן פירוט השירותים שקיבלו ומקורות המימון שלהם:

1. מרכז יום גריאטרי - שלשה קשישים ביקרו במרכז יום לפני הפעלת התוכנית; אחד מהם הפסיק לאחר שחלה הדרדרות במצבו והפך למרותק לבית.

2. טיפול אישי - לפני הפעלת התוכנית קיבלו 16 משפחות סיוע בטיפול אישי. חמש מתוכן מימנו את המטפל בעצמן ללא עזרה מגורמים פורמליים, בשמונה משפחות התקבלה עזרה במימון קופ"ח בהיקף של 31-52 שעות חודשיות. ובשלושה מקרים היתה השתתפות של משרד הבריאות של 39-52 שעות חודשיות. ברוב המקרים שבהם התקבלה השתתפות של קופ"ח או משרד הבריאות נדרשה גם תוספת במימון מצד המשפחה.

3. ארוחות חמות - ניתנו בשני מקרים לקשישים שגרו בגפס. הארוחות סופקו על ידי המחלקה לשירותים חברתיים.

4. מטז"ית - בשלושה מקרים.

5. פיזיותרפיה - ניתנו ל-10 קשישים, לעיתים על ידי קופ"ח ולעיתים על-ידי פיזיותרפיסט שהוזמן באופן פרטי על חשבון המשפחה.

6. רחצה (ע"י אדם שהגיע במיוחד לצורך כך) - בשלושה מקרים.

כאמור, בולטת העובדה שמרבית המשפחות (82%) היו מוכרות לפחות לאחד הגורמים המטפלים בקשישים מוגבלים בקהילה - שירותים חברתיים, משרד הבריאות או קופ"ח. רק שלוש משפחות לא נעזרו בשום שירותים מבחוץ והתמודדו עם המצב בעזרת בני משפחה בלבד. כלומר, רוב המשפחות ניסו כבר לפני התוכנית לגייס עזרה בטיפול בקשיש, אם ממקורות הקיימים בקהילה או בקניית עזרה באופן עצמאי. אולם העזרה שניתנה למשפחות אלה היתה ברוב המקרים מצומצמת בהיקפה ועיקר עול הטיפול נפל על בני משפחה, אשר הגיעו למצב בו התקשו להמשיך ולטפל בקשיש, ולכן בליט ברירה, החלו לבדוק אפשרויות של סידור מוסדי. יוצא דופן היה מקרה אחד בו טיפל הבעל באשתו הסיעודית והעסיק שתי מטפלות ל-10 שעות ביום כשהוא נושא ברוב ההוצאות (עם השתתפות מסויימת מקופ"ח). במקרה זה לא ביקש הבעל עזרה נוספת מהתוכנית, אלא בהיותו בודד חשוב היה לו הקשר התמיכתי עם העובדת הסוציאלית.

לאחר שמשפחה מועמדת התקבלה לתוכנית בוועדת הקבלה, הוחלט בפורום זה על סוגי השירותים שינתנו ועל היקפם, וזאת על פי העקרונות הבאים:

1. מטרת התוכנית הייתה להוסיף שירותים על אלו הקיימים, על מנת להפחית מהעומס הטיפולי המוטל על בני המשפחה, ובכך לעזור להם להמשיך ולהתמודד עם הטיפול בקשיש בבית לאורך זמן. חשוב להדגיש שלא הייתה החלפת שירותים קיימים אלא תוספת לפי הצורך. במקרים בהם לא נעזרה המשפחה בשום עזרה מגורם חיצוני עד לפניתם לתוכנית. הגישה הייתה שיש קודם כל למצות את זכויותיהם המלאות לקבלת עזרה מגורמים אחרים בקהילה (קופ"ח, משרד הרווחה ומשרד הבריאות) ולהוסיף שירותים מתקציב התוכנית בהתאם לצורך.

2. מלכתחילה לא היה סל שירותים מוגדר. סוגי השירותים והיקפם נקבעו באופן ספציפי בהתאם לצרכי הקשיש ובני המשפחה. לחברי הוועדה היה באופן עקרוני חופש פעולה מלא להמליץ על שירותים, אך הנטייה בוועדה הייתה לא להמליץ. לפחות בשלב הראשון, על שירותים מעבר למה שביקשו בני המשפחה באותה עת. זאת, מכמה טעמים שהוזכרו בעת הישיבות ובשיחות עם חברי הוועדה:

א. שמירת תחושת האחריות הכוללת של המשפחה לטיפול בקשיש וכיבוד רצונם, תוך כדי המנעות מלנקוט בגישה פטרונית של "אנשי המקצוע היודעים טוב יותר מה אתם צריכים".

ב. במחקרים שונים נמצא שאנשי מקצוע נוטים, בדרך כלל, להעריך את היקף הצרכים של קשיש מוגבל ומשפחתו ברמה גבוהה יותר מאשר זו שבה המשפחה עצמה מעוניינת. למשל, נמצא שבני משפחה מעריכים יותר מאשר אנשי מקצוע את היקף העזרה הבלתי-פורמלית שאותו הם יכולים לקבל ומבקשים פחות שירותים בשכר ממה שהומלץ על ידי אנשי המקצוע. אמנם, יש גישה האומרת שלעיתים בני משפחה מגזימים בהערכת יכולתם לגייס עזרה בלתי-פורמלית להתמודדות בכוחות עצמם עם הטיפול, מתוך רגשות אשם ותחושת מחוייבות כלפי הקשיש. אולם מכיוון שלתוכנית "ביחד" הגיעו בני המשפחה עם נסיון בטיפול בקשיש, הוחלט לא לשנות בבת אחת את ההרגלים והדפוסים שהיו במערך הטיפול, אלא להתחשב ברצונם ורק אחר כך להוסיף שירותים בהדרגה במידת הצורך.

ג. התוכנית לא פעלה "בחלל ריק" מבחינת מערכת השירותים הקיימת. היה רצון לשמור על רמה דיאלית במתן השירותים ולא להגיע למצב של "הצפת שירותים" ברמה שאינה מתאימה למציאות הכללית.

3. העובדת הסוציאלית, בתוקף תפקידה כמרכזת השירותים למשפחה וכמפקחת על אספקתם ואיכותם ועל המתרחש במשפחה באופן שוטף, הוסמכה לערוך שינויים במערך הטיפול כאשר התעוררו בעיות חדשות או צרכים חדשים, וזאת תוך התייעצות עם הממונה עליה, האחראית להפעלת התוכנית.

צרכים הקשורים למצב הרפואי-סיעודי טופלו בדרך כלל תוך שיתוף פעולה בין אחות התוכנית והעובדת הסוציאלית.

4. מלכתחילה הוחלט על "פתיחות" רבה מבחינת סוגי השירותים שינתנו, והעובדות הסוציאליות תודרכו לנסות ולענות על צרכים ולפתור בעיות גם בצורות שאינן מקובלות בדרך כלל בשירותי הרווחה. זאת, מתוך כוונה לתת כיסוי רחב ככל האפשר של הצרכים ולהקל על בני המשפחה ועל הקשיש בכל דרך אפשרית.

5. בניגוד לתוכניות דומות במקומות שונים בעולם (בריטניה, ארה"ב), שבהן נקבעה "תקרת תקציב" לסל שירותים מירבי לכל משפחה, לא נקבעה בתוכנית "ביחד" מגבלה כזו והיקף השירותים נקבע בכל משפחה לפי צרכיה. ואכן היתה שונות רבה בהיקף השירותים שניתנו למשפחות המשתתפות בתוכנית. גישה זו התאפשרה מכיוון שהתוכנית היתה מוגבלת מראש למספר מצומצם של משפחות, ואחת ממטרותיה היתה הסקת מסקנות לגבי עלות אחזקת קשיש סיעודי בבית תוך כיסוי צרכים לפי הצורך, בהשוואה לעלות במוסד סיעודי. אחת המטרות, כאמור, היתה להציע אומדנים לתקרה אפשרית לכיסוי הוצאות לשירותים. מובן שבלתי אפשרי היה לתת תקציב פתוח אילו השירות היה עומד לרשות כל הזקוקים לו בקהילה על בסיס של זכאות אישית.

השירותים שניתנו במסגרת התוכנית

כאשר הופיעו בני המשפחה בפני הוועדה הבין-מקצועית (ועדת הקבלה לתוכנית), נשאלו, כאמור, מהי העזרה שקיבלו עד כה, מה הם הקשיים העיקריים בטיפול שעדיין לא נפתרו ומהי העזרה הנחוצה להם, לדעתם, על מנת שיוכלו להמשיך ולטפל בבן משפחתם הסיעודי בבית. כמו כן נשאלו למידת שביעות רצונם מהקשר עם הרופא המטפל. בהתאם לתשובותיהם המליצה הוועדה על סוגי השירותים שינתנו ועל היקפם, והאחריות להפעלתם עברה לידי העובדת הסוציאלית. גובה ההשתתפות הכספית של המשפחה נקבע מאוחר יותר על ידי פקידת הזכאות של המחלקה לשירותים חברתיים, על פי כללי הזכאות הנהוגים במשרד העבודה והרווחה.

לוח מס. 4: מספר המשפחות שקיבלו שירותים, לפי טווח שעות שבועיות ודפוס מימון השירות

במימון התוכנית בלבד	במימון התוכנית יחד עם השתתפות גורמים אחרים			טווח שעות/פעמים שבועיות	סה"כ מספר משפחות שקיבלו	סוג השירות
	בהשתתפות המשפחה	בהשתתפות משרד הבריאות	בהשתתפות קופ"ח			
					22	מעקב עו"ס
					22	מעקב ע"י אחות התוכנית
					0	רופא גריאטרי טיפול אישי:
				6-144	22	סה"כ
2		3	-	6-21	5	היקף שעות א'
3		2	4	24-40	9	היקף שעות ב'
1		2	5	42-144	8	היקף שעות ג'
	3			4 פעמים	3	רחצה ¹
2				לפי הצורך	2	השגחה בערבים
				בתיאום עו"ס		
4				פעם בשבועיים	4	השגחה בשבת
				בתיאום עו"ס		
2					2	טיפול בשבת
				2	3	מתנדב
	2				2	ארוחות חמות
			5	במימון שירותי הרווחה	3	מטז"ית
4					4	ריפוי בעיסוק
4	2		4	1-5 פעמים	10	פיזיותרפיה
5	4			2-5	9	עזרה ביתית
1				1-2 פעמים	1	לינה
				≈10	2	מרכז יום גריאטרי
1					1	דוד מים
				במימון משרד הבריאות	4	כסא גלגלים
				במימון משרד הבריאות	3	התאמות בחדר השירותים

- 1) כאשר הרחצה ניתנה על ידי אדם מיוחד ולא על ידי המטפלות. ביתר המקרים נעשתה הרחצה על ידי המטפלת.
- 2) בנוסף לשני מקרים שבהם ניתנה לינה באופן קבוע כחלק מהטיפול האישי.
- 3) 10 שעות במשך יומיים בשבוע.

הערה: הלוח מציג רק שירותים שניתנו במסגרת התוכנית במימון מלא או חלקי ולא שירותים שנרכשו באופן פרטי או במימון גוף ציבורי בלבד.

בבדיקת סוגי השירותים שניתנו בפועל והיקפם לעומת אלו שהומלצו בוועדה, נמצא כי חלו שינויים בשני כיוונים: במקרים מסויימים ניתנו למשפחה פחות שירותים מאלו שהומלצו בוועדה ולעיתים ניתנו שירותים נוספים או בהיקף נרחב יותר ממה שסוכם בוועדה. מימצא זה אינו מפתיע לאור הגישה הכללית שאומצה מראש על ידי מפעילי התוכנית, כפי שהוסבר לעיל, ולאור הסמכויות הנרחבות שניתנו לעובדות הסוציאליות לפעול על פי שיקול דעתה ובהתאם לשינויים שחלו במשפחה ובמצבו של הקשיש במהלך הפעלת התוכנית. פירוט הבעיות הכרוכות בהפעלת השירותים יובא בפרק נפרד. להלן יפורטו סוגי השירותים השונים שניתנו למשפחות, בציון היקפם ומקורות המימון (לוח מס. 4).

מעקב של העובד הסוציאלי

בתוכנית השתתפו תשע עובדות סוציאליות, כאשר שתיים טיפלו כל אחת במשפחה אחת, שתיים טיפלו בארבע משפחות וליתר היו 2-3 משפחות בטיפול. עם התקבל ההחלטה על קבלת משפחה לתוכנית העובדת הסוציאלית הפכה לאחראית להפעלת השירותים השונים והיא למעשה ריכזה את הטיפול בקשיש ובמשפחה. מכאן חשיבותה הרבה של עבודת העובדת הסוציאלית בתוכנית, הן מבחינת הקשיש ומשפחתו והן מבחינת נותני השירותים השונים הנמצאים בפיקוחה. להלן פירוט התחומים השונים שנכללו בעבודתה השוטפת בתוקף היותה מרכזת/מנהלת הטיפול במשפחה.

1. עריכת מפגש ראשוני עם הקשיש ובני משפחתו לצורך הצגת התוכנית כאלטרנטיבה אפשרית לסיזור מוסדי. הכנת הקרקע להפעלת התוכנית כללה שיחות עם בני המשפחה ולעיתים עם הקשיש עצמו (במקרים שהוא מסוגל היה להבין ולבטא עצמו) על מנת להבהיר להם מה יכולה התוכנית להציע, ולברר יחד אתם האם יוכלו בעזרת השירותים השונים להמשיך ולהתמודד עם הטיפול בקשיש בבית.

2. ארגון מערך הטיפול בקשיש בהתאם להמלצות הוועדה:

א. מציאת מטפל/ת מתאים/ה לפי צרכי הקשיש תוך התחשבות מירבית במשאלותיהם המיוחדות (מוצא, שפת דיבור, מין המטפל), וקביעת סדר היום - קביעת השעות שבהן ינתן טיפול אישי על ידי גורמים פורמליים השעות שבהן תשאר האחראית לטיפול בידי בני המשפחה.

ב. יצירת קשר עם גורמים נוספים האמורים להשתתף בטיפול - אחות מרפאה, פיזיותרפיסט, מרפאה בעיסוק וכו'.

3. מעקב שוטף - ביקור שבועי לבדיקת המצב בבית, פיקוח שוטף על איכות הטיפול הניתן על ידי נותני השירותים השונים, עמידה מקרוב על מידת שביעות רצונם של הקשיש ומשפחתו, עריכת שינויים בהתאם לצרכים חדשים שמתעוררים במשך הזמן וכו'. בתקופה הראשונה להפעלת התוכנית הקשר בין העובדת הסוציאלית והמשפחה היה לעיתים הרבה יותר אינטנסיבי וכלל ביקורים נוספים לפי הצורך, שיחות טלפוניות וכו'. העובדת הסוציאלית יצרה בדרך כלל עם המשפחה מסגרת של יחסים לא-פורמליים שאיפשרה להם לפנות אליה כל אימת שהרגישו צורך בכך.

4. שיחות עם בני משפחה - מתן תמיכה, חיזוק ועידוד לבני המשפחה המטפלים, הפחתת חרדות ממה שעשוי לקרות במקרה שתחול הדרדרות, מתן לגיטימציה לרגשות של כעס או טינה, הפחתת רגשי אשם על שלא עושים יותר למען הקשיש וכו'. במקרים מסויימים הועלו בפני העובדת הסוציאלית בעיות ביחסים בין בני המשפחה, שלעיתים נבעו מהמתח והעומס סביב הטיפול בקשיש, ולעיתים אף לא היו קשורים לכך (כמו בעיות לימודיות של הבן בבית הספר וכו'). למשל, במקרה אחד יוצא דופן, יזמה העובדת הסוציאלית פגישה עם נכדיה של קשישה מתוך רצון לשפר יחסים אליה ולשדלם לבוא לבקרה מדי פעם. מעורבותה הרבה של העובדת הסוציאלית בנעשה במשפחה גרמה לעיתים ל"גלישה" לטיפול בתחומים שאינם קשורים ישירות בקשיש ובטיפול בו, מכיוון שבני המשפחה שטחו בפני העובדת הסוציאלית גם בעיות אחרות שהציקו להם ולא עשו הפרדה חותכת בין התחומים.

5. שיחות עם הקשיש המטופל - במקרים שבהם אפשר היה ליצור קשר מילולי עם הקשיש וכאשר הוא הראה נכונות לכך, שוחחה עמו העובדת הסוציאלית, בדרך כלל על נושאים שונים הקשורים בעברו. חלק מהקשישים שמחו לביקורי העובדת הסוציאלית ולהזדמנות למצוא אוזן קשבת. לפעמים גם ניהלו שיחות על היחסים עם הנכדים, על מידת ההתערבות הראויה בחינוכם וכו'. קשישים אחדים גם נהגו לשפוך מרי לבם על מצבם התפקודי הגרוע, ביטאו כאבם וצערם על העומס הרב שהם מטילים על בן זוג או על ילדים שמטפלים בהם וכו'. נוכחותה של העובדת הסוציאלית נתנה להם אפשרות לקיים קשר עם מישהו נוסף שאינו נמנה על המעגל הסגור של בני המשפחה.

מתיאור התחומים השונים שבהם טיפלה העובדת הסוציאלית, ניתן ללמוד על מרכזיותו וחשיבותו הרבה של תפקיד זה בהפעלת התוכנית. הקשר עם העובדת העניק למשפחה בעיקר הרגשה של השתייכות לגוף ממוסד אשר דואג לטיפול בקשיש מכל הבחינות, גם באופן שוטף וכל שכן בעיתות משבר.

אחות התוכנית

אחות התוכנית החלה עבודתה בחודש ינואר, בהיקף של 1/4 משרה, לאחר שהורגש הצורך בגורם מסייע סיעודי לשם פיקוח, מעקב ותיאום בין הגורמים הרפואיים המטפלים. הוחלט שהאחות תבקר אצל כל משפחה חדשה, ותיצור קשר עם רופא המשפחה, אחיות המרפאות שאליהן שייכים הקשישים, בתי-חולים במקרה של אשפוז הקשיש וכו'. לפי דעת חברי הוועדה, בהיותה מיומנת ובעלת ניסיון בטיפול בקשישים, האחות היא הגורם המקצועי המסוגל לאבחן שינויים או הדרדרות במצבו של הקשיש ולהמליץ על טיפול מתאים. אחות התוכנית לא היתה מיועדת להחליף את אחות המרפאה מבחינת טיפולים שוטפים (מדידת לחץ דם, החלפת קטטר וכו').

אחות התוכנית צורפה כחברה בוועדת הקבלה והשתתפה בקביעות בפגישותיה. כאשר הוחלט על קבלת קשיש לתוכנית ערכה האחות ביקור בית ראשון להיכרות עם הקשיש ומשפחתו, לבדיקת מצבו התפקודי ולהערכת איכות הטיפול בו. ביקורים נוספים נערכו לפי הצורך, תוך קיום קשר שוטף עם העובדת

הסוציאלית. בסך הכל ערכה אחות התוכנית כ-20 ביקורי בית ראשוניים² ו-35 ביקורי מעקב, כאשר במשפחות מסויימות הקשר היה הדוק והביקורים תכופים, ובמשפחות אחרות נערכו ביקורים אחת לששה שבועות עד חודשיים.

מתוך השאלונים שמילאה האחות בביקור הראשון ומטפסי המעקב עולה כי היתה מעורבת בנעשה במשפחות ועיקבה אחר הטיפול הרפואי והטיפול הסיעודי הניתנים לקשישים המטופלים. להלן יפורטו דוגמאות לסוגי ההתערבות וההמלצות של האחות:

א. בתחום הרפואי

1. קיום קשר עם אחות מרפאה - בקשה לערוך בדיקות דם, להחליף קטטר, להזמין רופא מקצועי, וכו'.
2. הזמנת רופא התוכנית להערכת מצב מחודשת.
3. הפניית המשפחה לרופא משפחה לבקש שינוי בתרופות.
4. מעקב שוטף אחר שינויים במצב תפקודי גופני ונפשי.
5. המלצה למתן פיזיותרפיה או ריפוי בעיסוק.

ב. בתחום הטיפול הסיעודי

1. הדרכה ובדיקת איכות הטיפול של בני המשפחה והמטפלות.
2. הדרכה בקשר למתן תרופות - הקפדה על זמנים קבועים, מזון מתאים לקשיש, שמירה על נקיטת החולה וסביבתו.
3. הדרכה למטפלים למתן גירויים שונים להפעלת הקשיש - על ידי שיחות עמו, הפעלת רדיו, קריאת עיתון, זירבון לפעולות שאותן הקשיש מסוגל לעשות בעצמו וכו'.
4. המלצות לתוספת אביזרים (כסא גלגלים או כסא שירותים), או לעריכת שינויים מתאימים בדירה - תוספת מעקה בשירותים או דופן מוגבהת למיטה וכו'.

(2) משפחה אחת נתקבלה לתוכנית לפני שהאחות החלה עבודתה והיתה בתוכנית רק שבועות ספורים ומשפחה שניה היתה אף היא בתוכנית לתקופה קצרה ביותר, והאחות לא הספיקה לבקרם.

כאמור, האחות עבדה בתיאום מלא עם העובדת הסוציאלית והגורמים הרפואיים האחרים על הטיפול בקשיש.

רופא גריאטרי

בשלבי תכנון התוכנית הוחלט על ידי יוזמיה שבין השירותים השונים למשפחות בתוכנית יכלל גם רופא מומחה גריאטרי. בישיבת ועדת ההיגוי הראשונה ביום 31.5.84 השתתף גם רופא גריאטרי מ"בית-ביר" שהוצג כרופא התוכנית, והוחלט שבמסגרת התוכנית יבקר באופן סדיר בכל משפחה אחת לשבוע-שבועיים וכן במקרי חירום, במימון של בית החולים תל-השומר (בית-ביר). הגישה העקרונית היתה שחשוב שבפרויקט מסוג זה, המטפל בקשישים סיעודיים, יהיה לווה רפואי על ידי רופא מומחה לכך, וזאת מאחר שרופאי משפחה חלקם אינם מתמחים בגריאטריה וחלקם אינם עורכים ביקורי בית.

בפגישתה השלישית של ועדת הקבלה, ביום 26.11.84, הועלה לדיון נושא הטיפול הרפואי בקשישים בתוכנית. הוחלט שעקרונית רצוי שהטיפול הרפואי בקשיש ישאר באחריות הרופא המטפל, ורק אם מתברר שהקשיש ומשפחתו אינם מרוצים מהיחס שהם מקבלים או במקרים שהרופא המטפל אינו עורך ביקורי בית וקשה לטלטל את הקשיש אליו, יעבור הטיפול הרפואי לרופא התוכנית, לאחר פניה רשמית לרופא המשפחה וקבלת הסכמתו לכך. החלטה זו לא בוצעה בצורה מסודרת ורשמית.

בישיבות ועדת ההיגוי שבה הועלתה בעית הרופא בתוכנית. מתוך רצון להימנע מחיכוכים עם רופאי קופות החולים, הוחלט שרופא התוכנית יערוך ביקור בית ראשון במקרים שיתבקש לכך על ידי ועדת הקבלה, והתערבותו תדרש כאשר מתעוררת בעיה גריאטרית שיקומית סיעודית או כאשר הקשר בין רופא המשפחה והקשיש הינו בעייתי מסיבות שונות. כלומר, תדירות הביקורים של רופא התוכנית תיקבע לפי צרכי הקשיש ותוך תיאום עם הרופא המטפל. למשפחות תינתן האפשרות לפנות אליו במקרה הצורך. רופא התוכנית נכח בפגישה, הסכים להחלטות שנתקבלו, והסכים למלא טפסי דווח לגבי כל ביקור. הודגשה הרגישות שבהתערבות רופא התוכנית בטיפול מבחינת רופא המשפחה, והחשיבות שבשמירה על מעמדו והמנעות מפגיעה בו על ידי חדירה לתחומי אחריותו.

רופא התוכנית הרגיש שמעורבותו מקוטעת ואינה מספיק משמעותית מכיוון שתחומי האחריות והסמכות שלו אינם מוגדרים דיים. אחות התוכנית דיווחה שפנתה אליו במספר מקרים בבקשה לערוך ביקורי בית ונתקלה בסירוב. לאחר דיון נוסף בוועדה הוגדר מחדש תפקידו של הרופא:

1. הערכה ראשונית - ביקור בית אצל כל קשיש המתקבל לתוכנית לשם הערכת מצבו וקבלת מידע רפואי.

2. כאשר מתעוררות בעיות הקשורות לתרופות שהקשיש נוטל בקביעות או כאשר מורגשת הדרדרות מנטלית או פיזית במצבו, יוכלו בני המשפחה להתקשר לרופא התוכנית. לעיתים אפשר להסתפק ביעוץ טלפוני ולעיתים יערוך הרופא ביקור. שינוי בתרופות או טיפול אחר יעשו בתיאום עם רופא המשפחה.

3. במקרי חירום בשעות לא מקובלות, כאשר לא ניתן לפנות לרופא המטפל, יפנו בני המשפחה לרופא התוכנית אשר יבצע את הטיפול הנדרש וידווח על כך לרופא המטפל.

הוחלט להביא את הדברים לידיעת רופא התוכנית ולקבל הסכמתו להפצת מספרי הטלפון שלו למשפחות כדי שיוכלו להשיגו במקרה הצורך. כמו כן הוחלט שהתשלום עבור ביקורי הבית יכוסה על ידי התוכנית.

אולם למרבה הצער, לא חל שינוי מהותי במידת מעורבותו של הרופא בתוכנית. אחות התוכנית מסרה שפנתה אליו מספר פעמים וכן פנו אליו כמה משפחות אך הוא לא היה מוכן לבוא. כמה משפחות נאלצו להזמין רופא פרטי.

הגדרת תפקידו של הרופא היתה בעייתית בשל רגישות הנושא מצד הגורמים האחראים לטיפול הרפואי בקהילה. נושא זה העסיק את מפעילי התוכנית פעמים רבות ונעשו ניסיונות להגיע להסדר שיהיה מקובל על כל הצדדים, אולם ללא הצלחה. יחד עם זאת, הרופא, מצידו, מעולם לא העלה דרישותיו והשגותיו באופן ברור בפני האחראים להפעלת התוכנית, וגם לא הודיע רשמית על הפסקת עבודתו או על אי-רצונו להשתתף; לכן, למרות המודעות לבעיה, לא נעשה מאמץ למצוא לו מחליף, ונושא הטיפול הרפואי לא בא על פתרונו באופן מסודר ונשאר בגדר "החוליה הרופפת" של מערך השירותים בתוכנית.

הדבר מצער מאד אם נזכור כי אחת הסיבות העיקריות בדרך כלל לרצון המשפחה לסדר קשיש במוסד סיעודי, הוא העדר טיפול רפואי נאות במסגרת הקהילה לאנשים סיעודיים והרגשה של חוסר ביטחון באשר למעקב רפואי סדיר. גם במסגרת הפרוייקט ראו חלק מבני המשפחה שאין להם כתובת אליה יוכלו לפנות לשם יעוץ רפואי או להזעקת רופא במקרה הצורך. לפיכך היה ניסיון במסגרת התוכנית ליצור דגם אשר יאפשר:

- א. קשר בין המשפחה והרופא - לפחות להגביר את תחושת המשפחה שיש אל מי לפנות בעת הצורך ולבקש ביקור בית.
 - ב. מעקב מקצועי רפואי של מומחה גריאטרי שיעמוד בקשר עם הרופא המטפל.
- למרות החשיבות הרבה שיחסו הועדה והמשפחות עצמן לקשר עם רופא גריאטרי, לא הצליחה התוכנית לספק צורך חיוני זה.

טיפול אישי

לכל הקשישים שהשתתפו בתוכנית ניתן טיפול אישי (בנוסף לטיפולם של בני המשפחה) על ידי מטפל או מטפלת. לפני התוכנית הועסקו מטפלים ב-16 משפחות, וברובן הוגדל היקף השעות לאחר כניסתם לתוכנית, אם על ידי אותו מטפל או הכנסת מטפל נוסף. אצל שש משפחות לא היתה כל עזרה בטיפול אישי לפני הפעלת התוכנית.

במסגרת התוכנית, בחמש משפחות הועסק מטפל גבר, במקרים שהקשיש היה אף הוא גבר. בדרך כלל נענו בכך לבקשת המשפחות, שהעדיפו מטפל גבר אם בשל הכוחות הפיזיים הדרושים להעברת הקשיש ממקום למקום או בגלל הרגשת הקשיש שהעדיף שגבר ירחץ אותו.

היקף השעות לטיפול אישי והזמנים בהם ינתן נקבעו בתיאום עם בני המשפחה לפי צרכיהם וצרכי הקשיש. לדוגמא: כאשר שני בני הזוג (הבנים) אצלם התגורר הקשיש, עבדו בשעות הבוקר, הגיע המטפל בבוקר ונשאר עד שעות אחר הצהריים, כדי שבני המשפחה המטפלים יוכלו גם לנוח מעט אחר עבודתם. בני זוג מטפלים העדיפו לפעמים שהמטפל יבוא בשעות אחר הצהריים, כדי לשחררם לצאת מהבית לסידורים, ביקורים משפחתיים וכו'. במקרה אחד, בו התגוררה קשישה לבדה, נכנסה מטפלת שכנה ל-6-7 שעות כל יום, באופן מפוצל שלוש פעמים ביום, כדי לתת תרופות וארוחות ולדאוג לניקיון הקשישה וסביבתה. בשני מקרים שבהם התגוררו הקשישים לבדם ניתן כיסוי מלא של 24 שעות ביממה, על ידי שתי מטפלות.

לאחר שנקבעו היקף השעות הרצוי והזמנים שבהם ינתן הטיפול הביתי, נמצאו המטפלים/ות באחת הדרכים הבאות:

1. פניה למט"ב - שירות מטפלות בית, המעסיק מטפלות לאחר שניתנת להן הכשרה לתפקיד. בתוכנית הועסקו ארבע מטפלות ממט"ב.

2. מאגר מטפלות המוכרות לשירותי הרווחה. ארבע מטפלות נשלחו על ידי שירותי הרווחה להכשרה במחלקות הגריאטריות בתל-השומר לפני התחלת התוכנית והועסקו במסגרת התוכנית. אחרות היו מוכרות לעובדות הסוציאליות מהיכרות קודמת, חלקן היו בעלות ניסיון משום שעבדו ככוח עזר בבתי-אבות.

3. פרסום במקומונים.

4. סוכנות "למען" הפועלת ברמת-גן, סוכנות לתווך לשירותי בית שונים, המפנה מטפלות תמורת דמי תווך. 2-3 מטפלות הגיעו לתוכנית בדרך זו.

5. קשרים בלתי-פורמליים של המשפחה. אצל שתי משפחות הועסקו שכנות שהיו מוכרות קודם לכן.

עבור רוב הגברים שהועסקו כמטפלים היתה זו עבודה נוספת; שני אחים מבית חולים או ממוסד סיעודי, סטודנט לרפואה, וכו'.

המטפלות שהגיעו דרך שירות מט"ב, ראו עצמן כמקצועיות ועזרו בעיקר בפעולות הקשורות לתפקודו האישי של הקשיש כמו רחצה, הלבשה, האכלה, מתן תרופות ועזרה להגיע לשירותים. מטפלות אחרות עסקו, בצד פעולות אלו, גם בבישול, עריכת קניות, כביסה, ניקיון חדרו של הקשיש ולעיתים אף עזרו בעבודות הבית האחרות. בני משפחה בודדים ציינו שהמטפל מעסיק את הקשיש בשיחה, במשחק, בקריאת עיתון וכד'. ששה בני משפחה ציינו שהמטפל יוצא עם הקשיש לטיול קצר מחוץ לבית. השגחה צויינה באופן ספציפי במקרים בודדים, בעיקר לגבי קשישים מבולבלים.

לוח מס. 5 : מספר איפיונים של הקשישים, לפי מספר שעות
טיפול אישי לשבוע

אפיון	21 - 6 שעות	40 - 24 שעות	44 - 42 שעות
מספר משפחות	5	9	8
נקוד ממוצע במבחן תפקודי	5.0	4.4	3.9
שיעור הקשישים הזקוקים להשגחה	80.0	44.5	25.0
שיעור הקשישים שמטפלים העיקרי של הקשיש הוא בן/בת/כלה	-	44.5	75.0
שיעור הקשישים שמטפל עיקרי עובד מחוץ לבית	20.0	11.1	62.5
שיעור הקשישים שגרים לבד	-	11.1	37.5

1. הקף שעות הטיפול האישי נקבעה על פי מספר השעות השבועיות שקיבל הקשיש, כאשר היקף א' הוא הנמוך ביותר (ראה לוח מס. 4).
2. כולל זוג קשישים מוגבלים שנחשב כאן כיחידה אחת.

הערה: יש לקרוא את הלוח מימין לשמאל, ולהשוות את האפיונים עבור כל קבוצה של היקף טיפול.

כפי שמוצג בלוח מס. 5, יש הבדלים גדולים בהיקף שעות הטיפול האישי שקיבלו המשתתפים בתוכנית. מספר השעות הממוצע בשבוע היה 15 לרמה הנמוכה ביותר, 30 ברמה הבינונית ו-68 ברמה הגבוהה. כאשר נבדקו האיפיונים השונים של הקשישים על פי היקף שעות טיפול שקיבלו, נמצא כי היקף השעות לא היה קשור לחומרת המצב התפקודי של הקשיש, כפי שניתן היה לחשוב, או לקיומו של הצורך בהשגחה, אלא לאיפיונים המבטאים את סוג העול והצורך בסיוע לבני המשפחה. בולט במיוחד הקשר עם סוג המטפל העיקרי. כאשר המטפל העיקרי הוא בן, בת או כלה וכאשר המטפל עבד מחוץ למשק הבית, ניתנו יותר שעות לטיפול אישי מאשר במקרים שהמטפל הוא בן/בת זוג. כמו כן, כמקובל, ניתנו יותר שעות כאשר הקשיש גר לבד.

ברמה הנמוכה של טיפול אישי, כל המטפלים היו בני זוג, ורק אחד מהם עבד עדיין (במשרה חלקית), וכך, למרות שמרבית הקשישים בקבוצה זו היו

זקוקים להשגחה מתמדת (4 מתוך 5). תפקיד זה נפל בדרך כלל על בן/בת הזוג והעזרה הנדרשת היתה בעיקר, כדי לשחרר את בן הזוג למספר שעות ביום, ולבצע במקומו פעולות הדורשות מאמץ פיזי, כגון הלבשה בבוקר, העברת הקשיש ממקום למקום, האכלה, ולעיתים אף רחצה.

ברמה הגבוהה, לעומת זאת, 6 מתוך 8 המטפלים העיקריים היו בן/בת או כלה, 5 מהם עבדו מחוץ לבית ולכן נדרשו שעות טיפול אישי פורמליות בהיקף גדול. כמו-כן, מפעילי התוכנית התחשבו בכך שכאשר המטפל העיקרי הוא בן/בת יש לו גם משפחה משלו ואינו יכול להקדיש את כל זמנו הפנוי לטיפול בקשיש, וחשוב לאפשר למשפחה הצעירה לצאת לאירועים שונים, בידיעה שהקשיש נשאר בהשגחה ומטופל כראוי.

לסיכום, היקף שעות הטיפול הביתי שאושרו לקשיש במסגרת התוכנית נקבע מתוך התחשבות מירבית בסדר היום של הקשיש עצמו ושל בני המשפחה המטפלים בו, ומתוך מאמץ לאפשר למטפל להמשיך ולקחת חלק בפעילויות שונות ולנהל אורח חיים תקין ככל האפשר.

בתשע משפחות התחלקו שעות הטיפול האישי בין שני מטפלים. החלוקה היתה בדרך כלל בין מטפלת בוקר ומטפלת אחה"צ (כאשר בני המשפחה אמרו שבצהריים אינם זקוקים לשירותי מטפל), וב-13 משפחות הועסק מטפל אחד.

מרכז - יום

שלשה משתתפים הופנו לתוכנית על ידי העובדת הסוציאלית של מרכז היום הגריאטרי, הפועל ברמת-גן כחלק מהשירותים הקהילתיים לקשישים. אצל שלושתם חלה החמרה במצבם התפקודי והנפשי. שניים לא היו מסוגלים להמשיך ולבקר במרכז יום ובמסגרת התוכנית קיבלו שירותים בבית (בעיקר טיפול אישי ורחצה). השלישית, אישה תשושת נפש, המשיכה לבקר במרכז-יום פעמיים בשבוע, כחלק מהשירותים שקיבלה במסגרת התוכנית, כאשר המטפלת מתלווה אליה, מאכילה אותה בצהריים ומשגיחה עליה כאשר יש צורך בכך. בעלה של קשישה זו השתתף במרכז היום בפגישות קבוצתיות של אנשים המטפלים בבני זוג הסובלים מפגיעה אורגנית מוחית. קשישה נוספת הופנתה למרכז-יום לאחר שהתקבלה לתוכנית ונמצאה מתאימה למסגרת זו. קשישה זו גרה לבדה לפני שהפכה לסייעודית, ובמסגרת התוכנית הוחלט לספק לה טיפול אישי על ידי מטפלת שאף לנה אצלה, ופעמיים בשבוע בקרה במרכז-יום ששימש לה גם כמסגרת וחברתית.

כמו כן נעשה ניסיון לשלב בפעילות מרכז-היום קשישה תשושת נפש שנכללה בתוכנית, ביחד עם בעלה שטיפל בה, והיה מוגבל מעט בתפקודו לאחר ארוע מוחי. העובדת הסוציאלית חשבה שמסגרת זו עשויה להתאים לשניהם ואפשר יהיה להשיג בכך מטרה כפולה - העסקת הקשישה בעוד בעלה יהנה להשתתף בפעילויות שמתאימות לו וישתחרר לשעות ספורות מהטיפול באשתו. אולם ניסיון זה לא עלה יפה מכיוון שהאישה היתה חריגה בהתנהגותה ומצבה השכלי הירוד לא אפשר שילובה בפעילויות הנערכות במקום.

בסופו של דבר ביקרו, אם כן, במרכז יום רק שתי קשישות ממשתתפי התוכנית, פעמיים בשבוע בשעות הבוקר.

שירותי השגחה חריגים בשעות לא מקובלות ניתנו במשפחות מסוימות בלבד, כל אימת שנתעורר צורך בכך על ידי בני המשפחה, ועל פי שיקול דעתן של העובדות הסוציאליות. שירותים אלו אינם מקובלים בדרך כלל ואינם נכללים בשירותים הניתנים על ידי גורם כלשהו בקהילה ומדגימים, יותר מכל שירות אחר, את ייחודה של תוכנית "ביחד" ואת גישתם הפתוחה של מפעילי התוכנית לנושא הטיפול בקשיש הסיעודי בבית. מתוך שאיפה להקל על בני משפחה שמטפלים בקשיש להמשיך ולנהל אורח חיים תקין, ועל מנת להפחית מהעומס הנפשי ומהרגשת הכבילות לבית, הוחלט לסייע לבני המשפחה להשתתף באירועים חברתיים או משפחתיים שונים ולעיתים אף לדרבנם לעשות זאת. כך, למשל, נשארה מטפלת למשך סוף-שבוע כדי לאפשר למשפחה צעירה, שאם הבעל גרה עימם, לצאת בלויית ילדיהם לטיול של החברה להגנת הטבע; במקרה אחר איפשרו לבת זוגו של הקשיש לצאת לימי עיון ליומיים והמטפלת נשארה ללון, ובמקרה נוסף, כאשר בת יחידה היא מטפלת עיקרית באביה שגר לבד, סודרה השגחה פעם או פעמיים בחודש כדי שהבת תהיה חופשיה לבלות את השבת עם משפחתה. במשפחה מסוימת, עודדה העובדת הסוציאלית בת זוגו של קשיש בתוכנית לנסוע למספר שבועות לבקר את בתה הנמצאת בחו"ל וזאת לאחר שחשה בתשישות הרבה. כאן אף לא נדרשה תוספת של שעות טיפול מכיוון ששלושת ילדי הזוג נטלו על עצמם את האחריות והתחלקו ביניהם בטיפול באב. בשתי משפחות ניתנו שירותי לינה באופן שוטף, כחלק ממערך הטיפול. במקרה אחד היה זה זוג קשישים סיעודיים בני למעלה מ-90 שנה, אשר גרו לבדם ועד להפעלת התוכנית נהגו בתם וחתנם, ששניהם בני למעלה מ-60, ללון עמם לסירוגין, והתקשו להמשיך ולעמוד בכך.

ר ח צ ה

הערכת מצבם התפקודי של הקשישים בתוכנית, הן על ידי אחות משרד הבריאות והן על ידי אחות התוכנית, הראתה כי כולם נזקקו לעזרה ברחצה. מרבית בני המשפחה המטפלים התקשו למלא תפקיד זה לבדם, ודיווחו על הצורך בעזרה בתחום זה. ברוב המקרים נכללה רחצה בשירותי הטיפול האישי, ורק בשלושה מקרים ניתנה רחצה ארבע פעמים בשבוע על ידי אדם מיוחד (אח במקצועו), כאשר הקשישים היו גברים כבדים ומוגבלים מאד בתנועה והמטפלת לא יכלה לרחוץ אותם אפילו בעזרת האישה.

מתנדבים

בשלוש משפחות קישרה העובדת הסוציאלית בין הקשיש למתנדב או למתנדבת. שלושת הקשישים היו אנשים צלולים מבחינה שכלית והעובדת הסוציאלית חשה בצורך של הקשיש בחברה. העובדת השתדלה למצוא בכל מקרה את המתנדב המתאים מבחינת הרקע ושטחי ההתענינות. כך קיבל קשיש שעבד בעבר בעיריית רמת-גן מתנדב פנסיונר שעבד אף הוא בעירייה; במקרה אחר התאימו מתנדבת שדוברת שפה זרה אותה מדברת הקשישה שביקרה; ובמקרה שלישי היתה זו סטודנטית מתוכנית "קשר" באוניברסיטת בר-אילן שביקרה קשיש שגר לבדו. המתנדבים באו פעם-פעמיים בשבוע בשבוע אחר הצהריים, שוחחו עם הקשיש, צפו יחד בטלוויזיה וכו'.

טיפול פיזיותרפי ניתן ל-10 משתתפים בתוכנית. בארבעה מקרים ניתן הטיפול על ידי היחידה להמשך טיפול של קופ"ח הכללית, וביתר המקרים שבהם לא היו הקשישים בעלי זכויות מלאות בקופ"ח או שהיו מבוטחים בקופות חולים שאינן מספקות שירות זה, ניתן הטיפול על ידי פיזיותרפיסטים פרטיים ומומן על ידי התוכנית (בארבעה מקרים) או על ידי המשפחה (בשני מקרים).

כללית, טיפול פיזיותרפי לקשישים חולים כרוניים ניתן כטיפול תחזוקתי ולא כטיפול שיקומי, וביחידה להמשך טיפול נהוג לתת טיפול פיזיותרפי לתקופה מסויימת ולאחר מכן לעשות הפסקה למספר חודשים ולהתחיל שוב במקרה הצורך. גם לשנים מהמשתתפים בתוכנית נמסר בשלב מסויים על הפסקת הטיפול על ידי קופ"ח, ומאחר שהקשישים הרגישו בצורך בשירות זה, מומן ההמשך על ידי התוכנית.

ריפוי בעיסוק

ריפוי בעיסוק ניתן לארבעה קשישים פעם בשבוע, על ידי מרפאה בעיסוק הנימנית על צוות העובדים במרכז יום הגריאטרי.

עזרה ביתית

אצל תשע משפחות היתה עזרה ביתית, מהן בשמונה משפחות התקבלה העזרה פעם בשבוע ל-2-5 שעות, ובמשפחה אחת רק פעם בשבועיים. לפחות בשלושה מקרים לא היתה המשפחה רגילה להעסיק עוזרת בית, ושירות זה הוכנס לאחר שהעובדת הסוציאלית הרגישה שחשוב מאד להקל בתחום זה על בני הזוג המטפלים וקיבלה הסכמתם לכך, לעיתים לאחר מאמצי שכנוע רבים. בשני מקרים היו אלה גברים שטיפלו בנשותיהם שהיו תשושות נפש, ובמקרה שלישי אישה שטיפלה בבעל סיעודי והיתה חלשה מאד בעצמה. במקרים האחרים עזרה בדרך כלל המטפלת בסיזור הבית, או לפחות דאגה לסדר ולניקיון בחדרו של הקשיש.

אביזרים שונים

בדרך כלל הושגו אביזרים או נערכו שינויים בדירה בעקבות המלצתה של אחות התוכנית. בשלושה מקרים הושגו כסאות גלגלים ובמקרה נוסף כסא גלגלים עם מתקן לשירותים. כמו-כן הומלץ על ידי האחיות בכמה מקרים להתקין מעקה או ידידות בשירותים למען בטיחות הקשיש, במקרה אחד של קשישה שגרה לבדה, הותקן דוד מים חמים (במימון התוכנית) בעקבות דרישתה של האחיות.

VII בעיות הקשורות להפעלת השירותים

מתוך היות התוכנית "ביחד" תוכנית חדשנית הן מבחינת המבנה המינהלי והן מבחינת היקף וסוגי השירותים שסופקו, אחת המטרות היתה, כאמור, לעקוב אחר תהליך הפעלת השירותים השונים וללמוד מה הן הבעיות העולות במהלך תוכנית כזו. לחלק מהבעיות ניתן היה לצפות מתוך הניסיון המקצועי של המשתתפים וחלקן הפתיעו אף את מפעילי התוכנית ולא נצפו מראש, בשל חוסר הניסיון בתוכנית כזו.

את הבעיות שעלו תוך כדי הפעלת התוכנית ניתן לחלק באופן כללי לשלושה סוגים:

א. בעיות הנוגעות לעבודת העובדות הסוציאליות.

ב. קשיים בהסתגלות לתוכנית מצד בני המשפחה המטפלים בקשיש.

ג. קשיים בהשגת כוח אדם מתאים.

א. בעיות הנוגעות לעבודת העובדות הסוציאליות

1) התייחסות לתקציב ההפעלה של התוכנית - העובדות רגילות לתפקד במסגרת תקציב מוגבל ומתוך מודעות עמוקה למשאבים המצומצמים העומדים לרשותן ולעלות השירותים, ובתחילה התקשו חלקן להסתגל לאפשרויות שהתוכנית פתחה בפניהן. בעוד שבעבודה השוטפת משתדלים לחסוך במתן שירותים ובגלל כל האילוצים לספק רק את אלו הדרושים ביותר לקשיש ולמשפחתו, כאן בתוכנית נתבקשו לאמץ גישה שונה במקצת, לחשוב כיצד אפשר להקל על המשפחה, ולעיתים להרגיל את בני המשפחה לקבל שירות מסויים שלא היו רגילים אליו קודם לכן.

בעיה זו נפתרה בשלבים הראשונים להפעלת התוכנית, לאחר שבשיחות צוות ובפגישות אישיות הדגישה מרכזת התוכנית בפני העובדות שאפשר לשקול הכנסת כל שירות שיענה על צרכי הקשיש ובני משפחתו. אחד העקרונות החשובים של התוכנית היה לאפשר לוועדה ולעובדת הסוציאלית כמנהלת הטיפול לספק שירותים שאינם מקובלים במסגרת העבודה הרגילה של הלשכה הן מבחינת היקף והן מבחינת סוג השירות. המטרה היתה לאפשר ולעודד "יצירתיות" מצד העובדת לפתרון הבעיות המיוחדות של אוכלוסיית הקשישים הסיעודיים. אך ברור שגישה זו היתה אכן לפתח לא רק באמצעות מתן מסגרת מתאימה מבחינה אירגונית ותקציבית, אלא גם על ידי הדרכת העובדים לגבי האפשרויות השונות והיכולת לחרוג מעבר למקובל.

2) עיתוי הפסקת הטיפול בבית והעברת הקשיש למוסד - מלכתחילה נועדה התוכנית לסייע לבני משפחה שהתלבטו בקשר להכנסת הקשיש למוסד סיעודי, והעדיפו להמשיך ולטפל בו בבית בעזרת השירותים השונים שהובטחו להם באמצעות תוכנית "ביחד". לכל אורך הדרך תמכה העובדת הסוציאלית בהחלטת המשפחה והביעה הערכה עמוקה להתמודדותם עם הבעיות הקשורות בטיפול בקשיש.

אולם, במקרים מסויימים הגיעה המשפחה למצב בו נראה שאינה מסוגלת להמשיך בטיפול למרות העזרה האינטנסיבית שניתנה לה, בדרך כלל בגלל הדרדרות חמורה במצבו של הקשיש ולעיתים עקב הרעה במצבו של המטפל העיקרי. במצבים כאלה עלולה היתה העובדת להתקשות ולהודות בצורך במוסד מתוך ראית המצב ככשלון שלה בהפעלת התוכנית. אך בתוקף תפקידה היה עליה להרגיש מתי הגיעה המשפחה לגבול יכולתה להמשיך בטיפול, ולהתחיל לכוונם למציאת סידור מוסדי. בתוקף סמכותה המקצועית נתנה העובדת למשפחה את הלגיטימציה להשלים עם אשפוז הקשיש, תוך הפחתת רגשי אשם מצדם ומתן הרגשה שהם עשו כל אשר ביכולתם ואין הדבר מוריד מערכם כמשפחה טובה ומסורה.

ב. קשיים בהסתגלות לתוכנית מצד בני המשפחה.

בתיאור הקשיים בהסתגלות המשפחה לקבלת עזרה בטיפול בקשיש הסיעודי יש להבחין בשני מישורים:

1) עצם קבלת העזרה - כבר בעת ראיון המטפלים העיקריים במסגרת ועדת הקבלה לתוכנית בלטה העובדה שחלק מבני המשפחה היססו להגדיר מהי העזרה הדרושה להם, וזאת למרות שהודו שקשה להם מאד להתמודד בעצמם עם הטיפול בקשיש ויתכן שבקרוב יאלצו להכניס את הקשיש למוסד. ההיסוס והמבוכה נבעו בדרך כלל מהרגשה ש"זוהי חובתי לטפל באבא (או בבעל) ואף אחד לא צריך לעזור לי", או "מה פתאום שמישהו יאכיל אותי במקומי" וכו'. במקרים מסויימים הוכנסו השירותים בהדרגה, כדי לתת לבני המשפחה שהות להתרגל למצב החדש. למשל, לעיתים ניתנו בהתחלה שעות לטיפול אישי לשעות הבוקר בלבד, ואחר כך לפי הצורך הוגדל היקף השעות. במקרים מסויימים גרמה קבלת העזרה לרגשות אשמה ולירידה בתדמית העצמית של המטפל העיקרי, כתוצאה מכך שאינו מסוגל לטפל בקשיש. במקרים כאלה היה תפקידה של העובדת הסוציאלית "להוכיח" לבני המשפחה שעדיין העול העיקרי והאחריות הרבה מוטלים עליהם וקבלת העזרה אינה גורעת מעובדת היותם בת, בן, או אישה, מסורים מאד. כלומר, מתברר לפעמים שהכנסת שירות כלשהו למשפחה בסיטואציות מסובכות ורגישות, הינו דבר קשה ולעיתים דרוש סיוע מקצועי לא רק בעצם ההחלטה לגבי סוג השירות הדרוש אלא בתרגום מערך זה לשירות בפועל שיתקבל ויתמזג עם מערך הטיפול הקיים.

2) הקשר עם נותני השירותים השונים - במשפחות מסויימות הורגשה בהתחלה מבוכה כאשר הפכו לפתע ל"מעסיקים", ביחוד כאשר חלק מהתשלום מומן לא על ידי המשפחה אלא על ידי התוכנית, ולעיתים לא ידעו מה בדיוק "מותר" או "אסור" לבקש מהמטפלת לעשות, מה כלול בתפקידה ומה ניתן לצפות ממנה.

בעקבות זאת קרה לפעמים שמטפלת ישבה באפס מעשה כי האישה "התביישה" לבקש ממנה עזרה, או במקרים אחרים לא הסכימו מטפלות לעזור בניקיון או בבישול כי עמדו על כך שהן מטפלות רק בקשיש עצמו. בעיות אלו נפתרו לאחר התערבות העובדת הסוציאלית, בשיחה עם כל הצדדים המעורבים, ולאחר שהגיעו להגדרה ברורה יותר של תפקיד המטפלת.

ג. קשיים בהשגת כוח אדם מתאים - השירות העיקרי שניתן באמצעות התוכנית, הן מבחינת חשיבותו למשפחה והן מבחינת היקף השעות, הוא

הטיפול האישי בקשיש, על ידי מטפל או מטפלת. כפי שידוע, קיים מחסור באנשים מתאימים לתפקיד זה. וחלק מהמטפלות שהיו מוכרות לשירותי הרווחה אינן מיומנות דיין או אינן מסוגלות לתת טיפול סיעודי כה קשה ומסובך. לפעמים נדרש כוח פיזי רב כדי להעביר את הקשיש ממיטתו לכורסה או להביאו לשירותים, לעזור ברחצה וכו'. במקרים שהמטופלים היו גברים, הם העדיפו בדרך כלל מטפל גבר, הגברים שמוכנים לעבוד כמטפלים עוסקים בכך בנוסף על עבודתם במקום אחר, ולכן, יכולים להתפנות למספר שעות מועט בלבד, שלרוב אינו מספק את צרכי הקשיש ומשפחתו. כמו-כן קיים קושי למצוא מטפלים ומטפלות לעבודה בשעות לא מקובלות - שעות אחר הצהריים והערב, או בשבתות.

במספר מקרים התעוררה בעיית שפה, כאשר הקשיש המטופל לא שלט בעברית ונעשה מאמץ למצוא מטפל שדובר בשפתו (ספרדית, יידיש או ערבית).

כדי לגייס מטפלים מתאימים פורסמו מודעות בעתונות המקומית וכן הועסקו מטפלות דרך מט"ב או דרך סוכנות "למען" המתמחה באספקת שירותים לקשישים. בשל כל הבעיות שתוארו לעיל, התחלופה של המטפלות/מטפלים בתוכנית היתה גבוהה למדי, עובדה שדרשה השקעת זמן ומאמצים מצד העובדת הסוציאלית, האחראית למציאתם ולהכנסתם לעבודה. תוך מתן הדרכה מתאימה לכל הצדדים על פי הצרכים המיוחדים בכל משפחה.

כשנשאלו בראיון הראשון בצורה כללית לאילו שינויים הם מצפים עם הפעלת התוכנית היו תשובות מרבית הנשאלים כלליות מאד. כולם קיוו לשינוי, אולם ציפיותיהם לא היו בדרך כלל ממוקדות בתחום מסויים. חמישה מרואיינים אמרו שמצפים לשינוי באופן כללי ולא פירוטו. ארבעה קיוו שיהיה להם זמן חופשי לעצמם, וששה ציפו לחוש הקלה בעומס הטיפול, מהם אחד הזכיר במפורש שהוא שמצפה לעזרה כספית. רק במקרה אחד, אמרה מרואיינת שהיא מצפה לשיפור במצבה של האם, השרוייה בדכאון, וזקוקה לחברה בשל בדידותה. מתשובותיהם ניתן להסיק שציפו לקבל עזרה לעצמם ולחוש הקלה במצבם כמטפלים. כנראה מתוך הרגשה שהקשישים המטופלים מקבלים טיפול שעונה על כל צרכיהם ואין הם זקוקים לשיפור בטיפול.

לוח מס. 6 : ציפיות המטפלים העיקריים לשינויים בתחומים שונים בעקבות הפעלת התוכנית (N= 16)

לא	כן	האם אתה חושב שיחולו שינויים בכל אחד מהתחומים הבאים?
9	7	היחסים בין בני המשפחה
10	6	היחסים בין המטפלים לקשיש המטופל
6	10	הקשר עם חברים, ידידים
3	13	כמות העבודה המוטלת עליך
12	4	האחריות שאתה מרגיש למצב בריאותו של הקשיש

בנוסף לכך נשאלו המרואיינים על ציפיותיהם לשינוי בתחומים ספציפיים שהוקראו על ידי המראיינת. התשובות שהתקבלו (ראה לוח מס. 4) מחזקות במידה רבה את ההתרשמות שנוצרה מתוך התשובות לשאלה הכללית. שני התחומים שבהם ציפו מרבית המטפלים העיקריים לשינוי קשורים להם עצמם ולקשיים הניצבים בפניהם בנסיבות הקיימות. 13 מהנשאלים ציפו להרגיש שינוי בכמות העבודה המוטלת עליהם, ומעניין לציין שאותם שלשה מטפלים שלא ציפו לשינויים בתחום זה אכן התקשו להתרגל לקבלת עזרה עם הפעלת התוכנית: אחד מהם טיפל באשתו תשושת הנפש ולשניהם היתה התנגדות לקבל עזרה מבחוץ, ומטפלת שהוכנסה לעבודה בהדרגה הגיעה למקסימום של שש שעות שבועיות בלבד. השניה היתה בת שטיפלה באביה האלמן שגר לבדו, ושם ניתן כיסוי מירבי מבחינת השירותים השונים, אולם הבת התקשתה מאד להשלים עם כך בשלבים הראשונים להפעלת התוכנית, והעובדת הסוציאלית הקדישה זמן רב לשיחות תמיכה עמה ולתכנון סדר היום כדי "לשכנעה" שלא ויתרה על תפקידה כמטפלת עיקרית באביה. השלישי היה בן רווק שגר עם אמו הקשישה ובעצם לא

היו לרוב ציפיות באף אחד מהתחומים. במסגרת התוכנית קיבל השתתפות כספית בהזקת מטפלת מתוך תקווה שישוב לעבודה, אולם הוא העדיף להתפטר ולצאת לפנסיה מוקדמת מכיוון שלא סמך על המטפלת שתוכל להתמודד בעצמה עם הטיפול באם.

תחום נוסף בו ציפו מרבית המשתתפים לחוש שינוי היה הקשר עם חברים וידידים. מתוך ה-10 שציפו לשינוי בתחום זה שישה היו בנים או בנות וארבעה היו בני/בנות זוג. מרואיינים אלה אמרו שבגלל הטיפול בקשיש הם ממעטים להשתתף באירועים חברתיים ומשפחתיים והביעו תקווה שבעקבות העזרה שיקבלו במסגרת התוכנית יהיו פנויים יותר לחדש קשרים חברתיים שנחלשו באחרונה. שישה מרואיינים שלא ציפו לשינוי בתחום זה טענו שהקשרים החברתיים לא נפגעו או שלא האמינו שיהיה שינוי. מכיוון ש"היום הכל טוב סביב הטיפול" ולא מסוגלים לחשוב על חברה.

באשר ליחסים בין בני המשפחה והיחסים בין המטפלים לקשיש המטופל, כל אלו שלא ציפו לשינוי אמרו שאין שום בעיות מלכתחילה והיחסים טובים מאד. 12 מהנשאלים לא ציפו להתחלק עם גורם אחר באחריות למצב בריאותו של הקשיש, ומרביתם אף התבטאו בנוסח "האחריות המלאה נשאת עלי", "זו האחריות שלי והצרות הן שלי". מתוך התנגדות עקרונית להסרת חלק מהאחריות מעצמם. מתוך הארבעה שציפו לשינוי בתחום האחריות, שניים היו בן ובת שטיפלו כל אחד לבדו באם קשישה ולשניהם היה כעס רב על יתר האחים והאחיות שאינם משתתפים בטיפול. כמו כן היו שתי בנות זוג שביטאו עיפות מצטברת וחשו כבולות מאד לבית בגלל הטיפול בבעל.

לסיכום, נראה שהציפיות של מרבית המטפלים מהתוכנית היו ממוקדות בתחומים הקשורים להם עצמם ולצרכיהם האישיים, מתוך הרגשה שהטיפול שהקשיש מקבל עונה על הצרכים אך מטיל עליהם, ולעתים אף על יתר בני-המשפחה, עומס שהם מתקשים לעמוד בו. יחד עם זאת, כאמור, הדגישו מרביתם שהאחריות הכללית למצב בריאותו של הקשיש נשאת שלהם, ולא ציפו להתחלק באחריות עם גורמים אחרים.

תרומת התוכנית

לאחר שהופעלו השירותים השונים במסגרת התוכנית במשך כשלושה חודשים נערך ראיון נוסף עם המטפל העיקרי בקשיש. בראיון זה נשאלו המטפלים העיקריים באלו תחומים מורגשת במיוחד העזרה הניתנת להם. להלן פירוט התחומים שהועלו ומספר המשיבים שהזכירו כל תחום (חלקם הזכירו יותר מתחום אחד):

3) עיתוי הראיון נקבע בכל משפחה תוך התייחסות לקצב הכנסת השירותים השונים ולהסתגלות בני המשפחה לקבלתם. לעיתים נדחה ראיון בגלל אשפוז זמני של הקשיש, או מחלת המטפל העיקרי וכו'.

לוח מס. 7 : תרומות ההשתתפות בתוכנית, לפי תחום

מספר המטפלים שדווחו על תרומה	ת ח ו ם
8	זמן פנוי לעצמי, היכולת לצאת מהבית
5	תמיכה נפשית, הקשר עם צוות התוכנית (עו"ס, אחות)
4	עזרה כספית במימון המטפלות
4	הקלה בעומס הטיפול
3	שיפור במצב הקשיש

על פי התשובות שהתקבלו נראה שהמטפלים העיקריים נעזרו במסגרת התוכנית באותם תחומים שהיו בעייתיים מבחינתם לפני שהופעלה התוכנית. כלומר, התוכנית עזרה בעיקר להם עצמם והקלה מהעומס המוטל עליהם כמטפלים. התרומה בזמן פנוי היתה משמעותית מאד עבור מחציתם, וכדאי לצטט מספר תשובות אופייניות: "אני יכולה עכשו לצאת בשקט מהבית לעבודה, לבקר את הבת, ואפילו לנסוע לחתונה בטבריה", או "חמישה ימים בשבוע אני חופשיה יותר לצאת לקניות ולסידורים", "אני יכולה לחיות את החיים שלי, יכולה לקרוא ספר, יכולה לצאת, לא קשורה אליו".

חמשה נשאלים הדגישו את חשיבות הקשר עם העובדת הסוציאלית והאחיות ואת התמיכה והעידוד שמקבלים מהן, והתבטאו בנוסח של "יש לי הרגשה שאני לא לבד", "הביקורים של הצוות עוזרים לאמא, מרגישה שמתעניינים בה, אני יותר שקט ורגוע".

את העזרה בפועל בטיפול עצמו הזכירו תוך התייחסות לשני תחומים: ארבעה מטפלים ציינו את ההשתתפות הכספית, שבלעדיה לא היו יכולים להעזר בשירותים של מטפלת, וארבעה נוספים ציינו שהטיפול האישי ו/או הרחצה שקיבלו דרך התוכנית הורידו מהעומס שהיה עליהם לפני הפעלת התוכנית. תשובות אופייניות כאן היו "בלי העזרה הכספית לא היינו יכולים לעמוד בהוצאות" או "יותר קל לי בכל המובנים, בגלל האפשרות להעזר בגורמים השונים".

שלושה מהנשאלים הצביעו על שיפור במצב הקשיש המטופל. שניים מהם התייחסו לשיפור במצב הנפשי והסבירו שהקשיש פחות מדוכא ויותר רגוע הודות לשירותים השונים מהתוכנית. במקרה השלישי היתה התייחסות למצב תפקודי, אשה המטפלת בבעלה הסיעודי ציינה שבזכות הטיפול הפיזיותרפי השתפר מצבו. הוא מסוגל להלך מעט בבית בעזרת הליכון והדבר השפיע על מצבו הכללי.

בנוסף לשאלה הכללית נשאלו המטפלים העיקריים האם חל שינוי במספר תחומים ספציפיים ותשובותיהם הושושו לציפיותיהם לשינוי בתחומים אלה לפני הפעלת התוכנית.

לוח מס. 8: המשתתפים, לפי שינויים שחלו במספר תחומים מאז התחלת קבלת עזרה

ת ח ו ם		חל שינוי חיובי	לא חל שינוי
1.	היחסים בין בני המשפחה	5	11
2.	היחסים בין בני המשפחה למטופל	6	10
3.	הקשר עם חברים, ידידים	10	*4
4.	כמות העבודה המוטלת עליך	13	3
5.	סדר היום שלך	10	6
6.	האפשרות למנוחה ולשינה	8	8
7.	הרגשתך בעבודה (רק לאלו שעובדים מחוץ לבית)	4	2
8.	האפשרות לצאת מהבית	12	4

* אצל שניים אף חל שינוי לרעה.

הפריטים 1-4 נשאלו באותה צורה כציפיות אפשריות לשינוי לפני הפעלת התוכנית, והפריטים 5-8 הוכנסו בשאלון המעקב לאחר שהוזכרו על ידי המטפלים כקשיים או כבעיות בראיון הראשון, לפני הפעלת השירותים השונים. כאשר משווים את הציפיות לעומת השינויים שדווחו בראיון התקופתי (לגבי הפריטים שהינם ברי השוואה) מתקבלת התמונה הבאה (ראה לוח מס. 7):

היחסים בין בני המשפחה - מתוך השבעה שציפו לשינוי, רק ארבעה דווחו שאכן היה שינוי, ומשתתפת נוספת, בת שטיפלה באביה, לא ציפתה לשינוי ודווחה אחר כך שחל שינוי לטובה ביחסיה עם בני משפחתה.

לוח מס. 9: מספר המשתתפים שדיווחו על שינוי בכל תחום, בהשוואה לציפיות לשינוי

ת ח ו ם		ציפו לשינוי		לא ציפו לשינוי	
		מתוכם:	מתוכם:	מתוכם:	מתוכם:
		סך הכל	סך הכל	סך הכל	סך הכל
1.	היחסים בין בני המשפחה	7	4	9	1
2.	היחסים בין בני המשפחה למטופל	6	5	10	1
3.	הקשר עם חברים, ידידים	10	9	6	1
4.	כמות העבודה המוטלת עליך	13	12	3	1

בכל יתר התחומים ענתה התוכנית לציפיותיהם האישיים של המשתתפים במידה רבה מאד. מתוך ארבעת הפריטים המובאים לעיל, בולטת יכולתם של המטפלים העיקריים להגדיר מראש את התחומים שבהם נדרש שינוי מבחינתם האישי, ועקביותם לאחר זמן בדיווח לגבי שינויים שחלו בתחומים השונים. חשוב לציין שחלק מאלו שדיווחו שאין שינוי אמרו שלא היה צורך בכך מלכתחילה.

לדעת החוקרים, ההלימה הכמעט מוחלטת בין הציפיות לשינוי לבין השינויים שחלו בתחומים השונים מצביעה על שני דברים חשובים:

א. חשיבותם ומהימנותם של בני המשפחה בקביעת סוג העזרה הדרושה להם על מנת שיוכלו להמשיך ולתפקד כמטפלים עיקריים בבן משפחה סיעודי.

ב. גמישותה של התוכנית מבחינת מתן שירותים, ורגישותן של העובדות הסוציאליות בהבנת מקור הקשיים והעומס הטיפולי, הביאו לכך שמשתתפים רבים אכן קיבלו עזרה משמעותית באותם התחומים שבהם נדרש שינוי מבחינתם. לגבי הפריטים 5-8 (לוח מס. 6) בולטים בעיקר השינויים בסדר היום ובאפשרות לצאת מהבית. הנשאלים שהשיבו בחיוב הדגישו את האפשרות לעסוק גם בדברים אחרים שמעניינים אותם באופן אישי ואת החופש לצאת לסידורים או לפגישות "בראש שקט" ללא דאגות. מעניין לציין במיוחד את המשיבים יוצאי הדופן: ארבעה מטפלים עיקריים שהם בני/בנות השיבו בחיוב על כל ארבעת הפריטים (להוציא בת שאינה עובדת מחוץ לבית ופרט זה אינו רלוונטי לגביה) והביעו אף באופן מילולי את השינוי המשמעותי שחל בחייהם בכל המובנים. לעומת זאת שני מטפלים (בן ובן זוג) שמלכתחילה לא ציפו לשינויים, דיווחו שלא חל כל שינוי בפריטים אלו.

לסיכום, בניתוח תשובותיהם של המטפלים העיקריים לגבי שינויים שחלו בעקבות התוכנית, מצטיירת התמונה הבאה: באותם המקרים שבהם גילו המטפלים העיקריים יכולת להגדיר את קשייהם העיקריים ואת התחומים שבהם הם זקוקים לעזרה, והיתה בהם נכונות לקבל ולנצל באופן נכון את העזרה המוצעת, היתה לתוכנית תרומה נכבדת וחלו שינויים משמעותיים באורח חייהם. לעומת זאת, במקרים שבהם קיבל עליו המטפל העיקרי את תפקיד "הקרוב" או שלא הסכים לזוותר על "מעמדו" כמטפל עיקרי ולהתחלק עם אחרים בטיפול, היתה התרומה קטנה יותר והתבטאה רק במספר תחומים שלעיתים היו שוליים לפי הרגשת המטפל.

בעיות שלא נפתרו

הואיל והטיפול בבן משפחה סיעודי משפיע על בני המשפחה המטפלים בו בתחומים רבים ושונים, קיוו מתכנני התוכנית שהשירותים הניתנים יקלו באופן משמעותי על המטפלים, אולם ברור היה שלא כל הבעיות והקשיים יעלמו, שהרי העול העיקרי ממשיך להיות מנת חלקו של המטפל.

התחום העיקרי עליו הצביעו כבעייתי היה הטיפול הרפואי: ששה מהמטפלים אמרו שחסר מעקב אחר מצבו של הקשיש על ידי רופא גריאטרי, או כתובת של רופא שניתן לפנות אליו במקרי חירום כאשר המרפאות סגורות, ובמיוחד ציינו בעיות הקשורות לרופאים מקצועיים. בגלל מגבלותיהם של הקשישים קשה לטלטלם למרפאות כדי להבדק על ידי רופאים מקצועיים (רופא עור,

אורולוג, נוירולוג וכו') ואלו אינם נוהגים לערוך ביקורי בית.

שני מטפלים הזכירו שהיתה בעיה בהשגת עזרה ביתית, מכיוון שעוזרות בית מסרבות לעיתים להגיש קבלות ולקבל תשלום בהמחאות כפי שנדרש בתוכנית. בעיות מסוג זה באו על פתרונן בהמשך.

בעיות נוספות שהוזכרו היו שינה לא רצופה בלילות מכיוון שהקשיש מתעורר בלילה וצריך לגשת אליו, אישה שמטפלת בשני הורים ישישים אמרה שלא הגיע המתנדב שהובטח לה ולכן לא יצא לפועל עניין יציאתה לנופש עם בעלה, כפי שסוכם באופן עקרוני עם העובדת הסוציאלית.

שלושה מטפלים נוספים הזכירו בעיות אשר אינן קשורות ישירות לתוכנית ואפשרות לפתרון באמצעות התוכנית היתה קלושה ביותר: בעיות הקשורות לבני משפחה נוספים שאינם מוכנים לעזור בטיפול בקשיש ואף דורשים לסדרו למוסד, חוסר הסתגלות של הקשישה, תשושת נפש, לקשר עם המטפלת, או קשישה שזקוקה לטיפול שיניים והרופאה חוששת לטפל בה מפאת מצבה הכללי הירוד.

שלושה מטפלים אחרים אמרו שכל הבעיות באו על פתרונן המלא; ואחד מהם אף ציין שהעזרה שקיבל מהתוכנית היתה מעל ומעבר לציפיותיו ולצרכיו, לדבריו "רוצים לתת לי יותר עזרה ממה שאני רוצה".

שביעות רצון מהשירותים הניתנים

אחת הדרכים לבחינת הצלחה של התוכנית היתה לבדוק את מידת שביעות רצונם של המטפלים העיקריים מהשירותים השונים הניתנים באמצעותה. בראש ובראשונה חשובה הרגשתם לגבי העובדת הסוציאלית והקשר עימה, בגלל מרכזיותו של תפקידה כמפעילת השירותים והמפקחת על ביצועם היעיל. כמו כן נשאלו המטפלים לגבי כל נותני השירותים האחרים, כפי שיפורט בהמשך.

כשנשאלו כל כמה זמן מבקרת אצלם העובדת הסוציאלית, התקבלו התשובות הבאות:

3	פעמיים בשבוע
6	פעם בשבוע
4	פעם בשבועיים
2	פעם בשלושה שבועות
1	בערך פעם בחודש

מרבית הנשאלים (12 מתוך 16) היו מרוצים מתדירות הקשר. בשלושה מקרים ציינו שהיו רוצים שהעובדת תבקר לעיתים קרובות יותר ובמקרה אחד אמר בן המטפל באמו שביקורי העובדת אינם משמעותיים בעיניו. כולם ציינו שבנוסף לביקורים יש גם קשר טלפוני במקרה הצורך. בדרך כלל התקשרו בני המשפחה לעובדת כאשר נוצרו בעיות הקשורות לנותני השירותים השונים - המטפלת, עוזרת, רופא וכו' - או לתשלום המשכורות לעובדים.

העובדות הסוציאליות זכו ברוב המכריע של המשפחות לדברי הערכה חמים. כמעט כולם ציינו את מסירותן של העובדות והדגישו שהקשר הדוק, ועזרתן

עונה על כל הציפיות ואף מעבר לכך. שני מקרים היו חריגים מבחינת הקשר עם העובדת והיחס אליה: במקרה אחד, בו טיפלה בת זוג בבעלה הסיעודי בעזרת בנותיה. ניתן סל שירותים מגוון וכל בקשותיהם נענו בקביעות ובכל זאת תמיד באו בני המשפחה בטרוניות והעלו בקשות חדשות, ובדרך כלל נעשו פניותיהם לעובדת בעניינים כספיים בלבד. העובדת ניסתה שוב ושוב לטפל בבעיות לגופן וחשה תסכול מכך שאינה מצליחה לשנות משהו בטיפול ובהתייחסות לחולה והיא משמשת רק ככתובת לתשלום לעובדים השונים. משום כך לא נרקם קשר אישי הדוק בין בני המשפחה לעובדת, למרות שהם הודו שהתוכנית הקלה עליהם מאד. במקרה השני, היה זה אותו בן, שלא השכיל לנצל כיאות את העזרה מהמטפלת מכיוון שלא סמך על אף אחד, ולא קיבל את עצותיה של העובדת בקשר לטיפול באמו.

לסיכום, מתוך כל הנתונים שנאספו לגבי ביקורי העובדת והקשר עימה, מתברר שתדירות הקשר נקבעה בין העובדת והמשפחה, בדרך כלל לשביעות רצונם המלאה של שני הצדדים. ברוב המקרים היה הקשר בתחילה תדיר מאד ולאחר מכן, כאשר מערך השירותים הסתדר, ירדה מעט תדירות הביקורים של העובדת והקשר נשמר בשיחות טלפון בין ביקור לביקור.

מטפלות

כאמור לעיל בפרק VII, הפעלת המטפלות בקשישים נתקלה לעיתים בבעיות מסוגים שונים, ובעיות אלו נפתרו בהמשך, אם על ידי מציאת מטפלת מתאימה יותר למשפחה מסוימת, או על ידי מתן הדרכה למטפלת ולבני המשפחה והסתגלות הדדית של כל הצדדים המעורבים. מיזת שביעות הרצון מהמטפלות, כפי שתואר כאן, מתייחסת לתקופה שלאחר בעיות ההסתגלות הראשונות.

תשעה מהנשאלים אמרו שהם מרוצים מאד מהמטפלות ורובם אף הרעיפו שבחים עליהן, ואף ציינו את השתדלותן למלא את תפקידן על הצד הטוב ביותר, ואת הקשר הטוב שיצרו עם החולה. ששה נשאלים ציינו שהם מרוצים מהעזרה של המטפלת והוסיפו הסתייגויות כגון: "חבל שאין לה יותר יוזמה לעשות דברים", "רצייתי שתבוא גם בערבים מפעם לפעם אבל היא עסוקה" וכו'. רק מטפל אחד, בן-זוג, טען שאינו מרוצה מהמטפלת, וזאת משום שאשתו תשושת הנפש לא שיתפה פעולה ואף ביטאה קינאה לבעל כאשר המטפלת באה. מטפל זה היה גם היחיד שאמר שאפשר להקטין את מספר השעות של הטיפול האישי, משום שלא הפיק מכך תועלת רבה.

אשר לשביעות רצונם של היתר מהיקף השעות שניתן לטיפול אישי, 12 מטפלים עיקריים היו מרוצים מאד מהיקף השעות ושלשה ביקשו להגדיל את מספר השעות לעוד שעה-שעתיים ביום, או להוסיף ערב בשבוע. יש לציין, שהנטייה מצד העובדת היתה תמיד להוסיף שעות לפי בקשת המשפחה, אולם לעיתים לא היה הדבר בר-ביצוע בשל מגבלותיה האישיות של המטפלת.

כללית, רמת שביעות הרצון הגבוהה בתחום הטיפול האישי היתה צפויה מראש, לאחר שהעובדות השקיעו מאמצים בלתי נלאים למצוא מטפלות מתאימות לפי צרכי כל משפחה, להיקף השעות שביקשה ולפי לוח זמנים שנראה לה.

1. בעת הכניסה לתוכנית

בראיון הראשון עם כל מטפל עיקרי, אשר התקיים לאחר קבלת המשפחה לתוכנית, הועלתה שאלת ההתייחסות לסידור מוסדי. מכיוון שהתוכנית היתה מיועדת מלכתחילה למשפחות ששקלו ובדקו אפשרות של אשפוז הקשיש במוסד סיעודי ואף קיבלו אישור לאשפוזו ממשרד הבריאות, נשאלו המטפלים העיקריים לסיבות שהביאו אותם לכך. מתוך 20 הנשאלים 12 (60%) השיבו שפנו לסידור מוסדי לאחר שחלה החמרה במצבו של הקשיש או במצב בריאותו של המטפל עצמו וחששו שלא יוכלו להמשיך ולהתמודד עם הקשיים בטיפול כפי שעשו עד כה. מתוכם חמשה בני זוג ובת ציינו שהם חולי לב והרופאים אסרו עליהם להמשיך בטיפול בקשיש. ארבעה מהמרואינים ציינו שבעת שחרורו של הקשיש מהאשפוז האחרון בבית החולים נאמר להם על ידי הצוות (רופאים או עובדת סוציאלית) שלא יוכלו להמשיך לטפל בקשיש בבית ועליהם לדאוג לסידור במוסד. שני בני משפחה שטיפלו באם אמרו שפתחו בהליכים לאשפוז מוסדי בעקבות לחץ כבד מצד יתר האחים. חשוב לציין שלחץ זה נבע ממניעים שונים לחלוטין בכל מקרה, ומשפחות אלו היו יוצאות דופן בתוכנית מבחינות רבות. אחד מהם הוא בן רווק שטיפל באמו הקשישה המרותקת למיטה, סירב לקבל עזרת בני משפחה אחרים מכיוון שלא סמך עליהם, והתעקש לטפל בה בעצמו מתוך מודעות לכך שהוא מקריב את חייו למטרה זו. אחיו דאגו לו מאד וחששו לגורלו ולכן דיברו על ליבו וניסו לשכנעו לחשוב על מוסד כפתרון. במקרה השני היתה זו בת שטיפלה בלית ברירה באמה הקשישה לאחר שיתר שמונת האחים והאחיות נייערו חוצנם מכל אחריות לאמם ולכן לחצו עליה להכניס את האם למוסד.

שני מטפלים אחרים, בן ובת שטיפלו כל אחד באם שהתגוררה עמם, הודו שבעצם לא חשבו ברצינות בשלב זה על הכנסת האם למוסד, אלא פתחו בהליכים לאחר שפנו לגורמים בקהילה בבקשת עזרה בטיפול בבית, והוזרכו להכין אישור אשפוז כדי שיהיה ביזם במקרה הצורך. מתוך תשובותיהם של המרואינים בלט רצונם הכן להמשיך ולטפל בקשיש ולהמנע כמעט בכל מחיר מאשפוזו. בקשתם לסידור מוסדי נעשתה בדרך כלל בנקודת משבר - הדרדרות חריפה במצב הקשיש או החמרה במצבם הבריאותי שגרמה לירידת יכולתם להמשיך ולטפל בבן משפחתם. יוצאת דופן, כאמור, היתה משפחה אחת, כאשר תשעת ילדיה של הקשישה רצו להכניסה למוסד, אולם הדבר לא יצא לפועל בשל התנגדותה התקיפה של האם.

כשנשאלו המרואינים מדוע בחרו להשתתף בתוכנית, רק אחת מהם, בת שטיפלה באמה, אמרה שבחרה בכך בלית ברירה כי "לא הצלחנו להכניסה למוסד". כל יתר הנשאלים קיבלו החלטה להשתתף בתוכנית מתוך אחת מהסיבות הבאות:

א. דאגה למצבו של הקשיש - חמישה משתתפים אמרו שהעובדת הסוציאלית הסבירה להם על האפשרויות בתוכנית ולפי הבנתם הטיפול בבית טוב יותר מזה שבמוסד. שניים הזכירו במפורש שהרופאים אמרו לא להכניס את הקשיש למוסד כי "שם ימות תוך ימים ספורים".

ב. התוכנית סיפקה להם אפשרות להמשיך ולהתמודד עם המצב - שישה נשאלים השיבו שהתוכנית תקל עליהם להמשיך ולהתמודד עם הטיפול, מחוכם שניים הזכירו את הבעיות הכספיות שהיו להם בכיטוי הוצאות הטיפול, וארבעה אחרים הדגישו שקשה היה להם מבחינה נפשית להשלים עם אשפוז הקשיש ולכן התוכנית קסמה להם.

מתוך תשובותיהם של כל הנשאלים עולה בבירור ששמחו מאד לקבל את ההצעה להמשיך ולטפל בקשיש בבית במקום להכניסו למוסד. להוציא משפחה אחת שכאמור הסכימה בליט ברירה לאחר שתביעותיה לאשפוז אח האם הקשישה נתקלו בסירוב מצד המוסדות בגלל התנגדות הקשישה עצמה. משפחה זו, לאחר מכן, המשיכה ללחוץ על העובדת הסוציאלית לסדר את הקשישה במוסד, למרות העזרה שניתנה להם. שני נשאלים אחרים הביעו באותו ראיון את ספקותיהם אם התוכנית תתאים להם, במקרה אחד משום שהאם הקשישה סרבה בתוקפנות להתרגל למטפלת, ובמקרה שני היה זה בעל שנעשה אליים ותוקפני והאישה חששה שלא תוכל להמשיך ולהתמודד עמו בבית. בשני מקרים אלו אכן חלה הדרדרות חמורה במצבם של המטופלים והם אושפזו לאחר שנכללו בתוכנית מספר שבועות בלבד.

2. מספר חודשים לאחר הפעלת התוכנית

כחודשים לאחר שהוחל בהפעלת השירותים השונים במסגרת התוכנית, רואיינו שנית המטפלים העיקריים. מכיוון שמתוך 20 המטפלים ארבעה נשרו לאחר זמן קצר (ראה פרק קודם על הנשירה מהתוכנית), הועבר הראיון התקופתי ל-16 מטפלים עיקריים. כשנשאלו המרואיינים האם ניסה מישהו לשכנע אותם להמשיך ולטפל בקשיש בבית במקום לסדרו במוסד, ענו 10 מהם בשלילה, וארבעה הזכירו רופא, עובדת סוציאלית או קרובי משפחה שאמרו להם שהמוסדות פחות טובים מהטיפול בבית ורצוי להשאיר את הקשיש בסביבתו המוכרת. שני מרואיינים אמרו שבני משפחותיהם ממשיכים ללחוץ עליהם להכניס את הקשיש למוסד.

לשאלה "האם אתה חושב שיהיה צורך להכניס את הקשיש למוסד בעתיד הקרוב, למרות העזרה שאתם מקבלים מהתוכנית?" ששה ענו בשלילה והיו החלטיים בדעתם להמשיך לטפל בו בבית תשעה אמרו שיתכן שיצטרכו להכניסו למוסד אם מצבו ידרדר או אם המטפל העיקרי לא יוכל להמשיך ולטפל בו. רק מרואינת אחת אמרה שהמצב קשה למרות העזרה ואם לא ירגישו הקלה משמעותית תוך חודש-חודשיים יאלצו להכניס את הקשיש למוסד. הראיון במשפחה זו נערך בזמן שחלה החמרה במצב הקשיש, המטפלת פוטררה בשל חוסר שביעות רצונה של המשפחה ומטפלת חדשה אמורה היתה להתחיל בעבודתה. משפחה זו המשיכה בתוכנית במשך תקופה ארוכה למרות הקשיים הרבים.

מתשובות המרואיינים עולה, אם כן, שרובם המכריע ראו בתוכנית פתרון טוב כל עוד ישאר המצב בעינו, ועם זאת תשעה מתוך 16 המרואיינים (56%) חששו "להתחייב" לגבי העתיד והביעו חששותיהם שלא יוכלו להמשיך ולטפל בקשיש אם יורע מצבו או אם המצב הבריאותי שלהם ימנע מהם להמשיך ולטפל בקשיש בבית. ברור שבאופן טבעי מטפלים עיקריים שהם בני זוג חששו יותר ממצב שבו הם עצמם לא יהיו מסוגלים לעמוד בנטל הטיפול, וילדים מטפלים הזכירו יותר את החשש שמצב האב או האם הקשישים ידרדר ויזדקקו לטיפול רפואי שאינו יכול להינתן בבית.

ix חוות דעתם של חברי הועדה על דרכי עבודתה

מתוך ראיונות עם חברי הועדה, אשר ייצגו את הגופים שהשתתפו בוועדה - משרד הבריאות (2); קופ"ח ושירותי רווחה, לשם קבלת חוות דעתם על דרכי העבודה בוועדה, התקבלו התשובות הבאות:

עקרונית כולם הדגישו את תרומתם הרבה של כל אחד מהגופים ואת החשיבות הרבה שהיתה לעבודה המשותפת ולליבון כל הפרטים במסגרת הפגישות השוטפות. היחסים האישיים שנרקמו תרמו ליעילות העבודה, להפגנת רצון טוב ולהשקעת מאמץ מירבי מצד כולם.

היתה הסכמה כללית לגבי חשיבות השתתפותם של נציגי כל הגופים הנ"ל בוועדה. התפיסה שהציגו לגבי תפקידו של כל גוף:

משרד הבריאות - תורם גישה מקצועית ואובייקטיבית בתחום הסיעוד, אינו משמש מקור למידע אודות המשפחה העומדת לדיון, אולם כנציג שאינו מעורב רגשית, אשר מצוייד בכלים מקצועיים ובידע נרחב אודות האפשרויות השונות הקיימות לסיעודיים, יש חשיבות רבה לדעתו. לאור הנתונים המובאים על ידי אחות קופ"ח והעובדת הסוציאלית יכולים נציגי משרד הבריאות לתרום להתווית תוכניות אלטרנטיביות לחולה ולמשפחתו.

קופ"ח - אחות קופ"ח (לעיתים אחות מרפאה ולעיתים המפקחת על האחיות להמשך טיפול) מציגה את כל הפרטים החשובים להבנת מצבו הנוכחי של החולה - אירועים ואישפוזים, הטיפול התרופתי כיום וכו'. אלו חשובים מאוד לקביעת התוכנית הטיפוליים.

עובדת סוציאלית - שירותי רווחה - הפרטים שנתנה העובדת הסוציאלית על החולה ומשפחתו - רקע אישי ומבנה המשפחה והיחסים בתוכה - עזרו מאוד לקבלת החלטה ולגיבוש תוכנית טיפולית שתתאים מכל הבחינות. אחד מהנשאלים ציין שלעיתים האריכו העובדות בתיאור פרטים שלא היו רלוונטיים לקבלת ההחלטה, מכיוון שצורת הצגת החומר היתה נתונה להבנתה ולאישיותה של העובדת הסוציאלית.

עבודת הועדה בנושא סינון המועמדים ובחירת המשתתפים הוערכה על ידי כל המרואינים כיעילה. יחד עם זאת ציינו שניים מחבריה שלא נעשה סקר מעמיק בקהילה על מנת לאתר את כל המועמדים הפוטנציאליים שעשויים להתאים לתוכנית כזו, ורוב המועמדים הובאו לוועדה לאחר שפנו ביוזמתם לעזרה לאחד הגורמים בקהילה - שירותי רווחה, משרד הבריאות או קופ"ח. מכיוון שהתוכנית ממילא הוגבלה מבחינת מספר משתתפים, והמועמדים שהגיעו עמדו בקריטריונים הדרושים, לא נעשה סקר מקיף כזה.

אשר לתפקודה של הועדה כגוף הקובע את סוג והיקף השירותים הרגישו דוב הנשאלים שהדבר לא נעשה במסגרת הועדה בצורה יסודית. ההחלטות לגבי התוכנית הטיפולית היו כלליות ביותר ובפועל נקבעו מאוחר יותר על ידי אחות התוכנית והעובדת הסוציאלית תוך התייחסות מירבית לבקשותיה ולצרכיה של המשפחה. ההרגשה הכללית היתה שתוכנית הטיפול אכן צריכה להקבע בפורום מצומצם יותר ולא במסגרת הועדה כולה.

חילוקי דעות היו בקשר ליעילות המעקב השוטף אחר ביצוע התוכנית. שניים מהנשאלים העריכו את זיוחי המעקב במסגרת הועדה כיעילים מאד, תוך איזכור חסרונו של מעקב רפואי בגלל חוסר תפקודו של רופא התוכנית. מרואיין נוסף נמנע מהבעת דעה בנושא זה, ומרואיין רביעי הרגיש שהמעקב נעשה בצורה שטחית. לדעתו הערכת צרכים צריכה להעשות במסגרת הועדה אחת לכמה שבועות, על בסיס דיווחן של העובדת הסוציאלית והאחות לגבי שינויים שחלו. מרואיין זה הדגיש את העובדה שמצב הקשישים הסיעודיים בדרך כלל אינו סטטי וכל שינוי קטן הוא משמעותי ודורש התייחסות והערכה מחודשת. יש לציין, שבפועל נערכו באופן שוטף שינויים במערך הטיפול, תוך שיתוף פעולה הדוק בין אחות התוכנית לבין העובדת הסוציאלית, אולם על פי תפיסתו של מרואיין זה נושאים אלו צריכים להגיע לוועדה הבין-מקצועית שתכנס במתכונת מצומצמת כדי לדון בכך.

כאשר נשאלו האם לדעתם אפשר ליעל את תהליך הקבלה לתוכנית ואת ההחלטות בדבר השירותים שינתנו, לאחר שנאספו הנתונים לגבי כל מקרה, הסכימו שלושה מתוך ארבעת המרואיינים שניתן לצמצם את הרכב הועדה בתהליך העבודה השוטפת. אולם, רק לאחר שיגובשו קריטריונים מאד ברורים המגדירים את הזכאות לקבלת עזרה מהתוכנית. אחד המרואיינים הציע להסתפק בהרכב של אחות, עובד סוציאלי ופקיד זכאות, ושניים אחרים הציעו שיהיה נציג אחד לכל גוף - משרד הבריאות, קופ"ח ושירותים חברתיים, בראשותו של רופא גריאטרי. המרואיין הרביעי חשב שאין צורך ביעול, מתוך גישה שכל משתתף בוועדה תרם מנסיונו מזוית ראייה נוספת, וההחלטות המתקבלות בצורה זו הנן הטובות ביותר.

לגבי מידת הכיסוי של המקרים המתאימים בקהילה, ההרגשה הכללית היתה שהתוכנית כללה את מרבית המקרים הקשים, אולם מספר משפחות נוספות היו במצב דומה ועשויות היו להעזר בתוכנית. אחד המרואיינים הזכיר שהתוכנית פותרת במיוחד בעיותיהם של זוגות קשישים אשר מחד אינם מתאימים לאותו מוסד עקב רמת תפקוד שונה (לדוגמא כאשר בן זוג אחד תשוש והשני סיעודי) ולא רצוי להפריד ביניהם בערוב ימיהם ולכן קשה מאד למצוא דרך לפתרון מצוקתם. תוכנית "ביחד" איפשרה לזוגות כאלה להמשיך ולהתגורר בביתם, תוך כדי קבלת העזרה הדרושה. מרואינת אחרת המליצה על סריקה שיטתית יותר של אוכלוסיית הקשישים על מנת לוודא שהתוכנית אכן תגיע לכיסוי מכסימלי של המקרים המתאימים ביותר. כללית הדגישו המרואיינים שבאוכלוסיית הקשישים הסיעודיים מתרחשים לעיתים שינויים דרסטיים תוך זמן קצר ולכן רשימת מועמדים אינה סטטית, מספרם משתנה מעת לעת, והפתרון לבעיותיהם חייב להנתן באופן מיידי.

כשנשאלו האם יש לדעתם סוגי שירותים נוספים שלא ניתנו בתוכנית זו ורצוי לספקם, הזכירו שני מרואיינים שירות חיוני שחסרונו הורגש לדעתם - אשפוז זמני של הקשיש על מנת לאפשר מנוחה בבית או יציאה לנופש של המטפל העיקרי. שירות זה, שעקרונית נכלל בין השירותים שהתוכנית אמורה היתה לספק, לא ניתן בסופו של דבר בשל אלוצים שונים. אולם יש לציין שהיתה מודעות לצורך זה בקרב יוזמי התוכנית ומפעיליה, ויתכן שלו היתה לכך דרישה קונקרטיית מצד משפחה מסויימת היה גם נמצא פתרון הולם.

שני המרואיינים האחרים הרגישו שמוצו כל האפשרויות במתן שירותים, אחד מהם הציע להוסיף מפגשים קבוצתיים לבני משפחה. דבר שבעצם נעשה אבל לא בצורה סדירה. שירות נוסף אפשרי שהוזכר היה ריפוי בדיבור, שלא נדרש באף מקרה ולכן לא ניתן.

מכיוון שארבעת המרואיינים ייצגו את הגופים השונים שהשתתפו בתוכנית מעניין היה לברר כיצד השפיעה התוכנית על ראיתם את בעיית הסיעודיים ומה היתה מעורבות הארגון שלהם בתוכנית. נציגי משרד הבריאות ראו את עיקר מעורבותם בתוכנית בשלבים הראשונים של הצגת המועמדים, בדיקת התאמתם לתוכנית וקבלת ההחלטה על קבלתם. מרגע זה והלאה עברה מבחינתם האחריות למשפחה למפעילי התוכנית בפועל, ומעורבותם הסתכמה בהעברת כספים עבורו אלו הזכאים לכך. נציג קופ"ח ציין שדרך התוכנית הכירו משפחות שלא היו מוכרות קודם לכן בקופ"ח ובעקבות הצגתם במסגרת התוכנית זכו חולים אלו לעזרה נוספת בהתאם לזכויותיהם. נציגים אלו אף ציינו שלאור הצלחת התוכנית התחזקה הרגשתם שאכן קיימת אפשרות להחזיק ולטפל בקשיש סיעודי בבית, תוך אספקת השירותים הדרושים. התוכנית סיפקה להם אפשרות לבדוק הלכה למעשה דעות שהתגבשו אצלם כבר קודם לכן. ההתנסות בתוכנית זו אף הביאה להבנה מעמיקה יותר של הצרכים שמעמיד הטיפול בבית בפני הקשיש הסיעודי ומשפחתו. גם נציג השירותים החברתיים ציין שהתוכנית הביאה להבנת יתר של הצרכים של אדם סיעודי בקהילה ושל משמעות האפשרויות הטמונות במשאבים כלכליים.

א הערכה כללית של התוכנית על ידי העובדות הסוציאליות

בתום שנה להפעלת התוכנית הועבר שאלון לכל אחת מהעובדות הסוציאליות שהשתתפו בתוכנית, ובו התבקשו להעריך את השפעתה הנוכחית על הקשיש ומשפחתו, ולתאר האם התוכנית ענתה לציפיותיהן ולציפיותיהם של המטפלים העיקריים. כמו כן נתבקשו לתת המלצות לשינויים, לשיפורים ולתוספת שירותים. יש לציין שהעובדות התבקשו להעריך על פי ראייתן הכללית את התוכנית על סמך נסיונון במשך השנה בה פעלו, מבלי להתייחס לבעיות הספציפיות של כל משפחה שהיתה בטיפולן. לשאלון הפתוח השיבו שמונה עובדות מתוך התשע שנכללו בתוכנית. להלן יפורטו הנקודות העיקריות שהועלו על ידי העובדות בנושאים השונים:

ההשפעה העיקרית של התוכנית על:

1. הקשיש המטופל - את עצם המצאותו של הקשיש בבית, במסגרת המשפחה, ולא במוסד, לא ניתן לייחס באופן מוחלט לתוכנית, מכיון שחלק מהקשישים בתוכנית, מן הסתם, היו נשארים בבית לתקופה מסוימת לפחות, גם ללא עזרה מהתוכנית. לכן, כנראה, התייחסו מרבית התשובות להרגשתו של הקשיש, שהשתפרה לאין ערוך בעקבות העזרה מהתוכנית. העובדות הדגישו שהתוכנית גרמה להעלאת רגש הכבוד העצמי של הקשיש, שמקבל בתוכנית עזרה בטיפול "בזכות" ולא בחסד, ולהפחתת רגשי אשם של הקשיש כלפי המשפחה המטפלת מכיוון שהעול הטיפולי הופחת. כמו כן ציינה אחת העובדות שמתן האפשרות לקומוניקציה עם אנשים נוספים שמטפלים בו, שיפרה את היחסים של הקשיש עם משפחתו.

2. בני המשפחה - בתשובותיהן של העובדות בולטת התייחסות לשיפור באיכות חייהם של המטפלים העיקריים ובני משפחותיהם. מעבר לעובדה הבסיסית שהתוכנית איפשרה להמשיך ולהחזיק את הקשיש בבית ולהמנע מאשפוזו ומרגשות האשם הכרוכים בכך, היא איפשרה למשפחה להמשיך ולתפקד כמשפחה, וכתוצאה מכך לגלות יותר סבלנות כלפי הקשיש. הזמן שהתפנה לבני המשפחה בעקבות החלוקה עם גורמים נוספים בטיפול השוטף בקשיש, נוצל הן כדי לתת לו תשומת לב נוספת והן כדי לנוח ולתכנן פעילויות משפחתיות שעליהן נאלצו לוותר בגלל הטיפול, לפני התחלת התוכנית.

שלוש עובדות ציינו שהקשר עמן עזר למטפלים העיקריים להתגבר על מתחים שנוצרו סביב הטיפול בקשיש ולהבין טוב יותר את מצבם. התוכנית העניקה להם תמיכה נפשית והרגשה שאינם בודדים במערכה.

בולטת העובדה שבתחום זה של השפעת התוכנית על הקשיש ובני משפחתו התייחסו מרבית העובדות לשיפור בהרגשתם של המטופלים ובמצבם הנפשי, ולא בכוחות חייהם של המטפלים העיקריים. כלומר, הטיפול בקשיש אצל משפחות אלו היה טוב גם לפני הכנסת לתוכנית, אולם מצב זה הטיל עומס עצום על המטפלים העיקריים - פיזי ונפשי כאחד - וגרם גם להרגשת אשמה וחוסר נוחות לקשיש. המתחים, הדאגות, הרגשת חוסר האונים והבדידות הופחתו מאד בעקבות התוכנית.

עבודת העובדים הסוציאליים

חמש מתוך שמונה העובדות ציינו קשיים בהשגת מטפלות מתאימות. זמן רב הושקע במציאת מטפלים מתאימים, ולעיתים נאלצו להחליף מטפל/ת שלא התאים/ה לצרכי המשפחה. אחת העובדות ציינה גם שעבר זמן רב עד שהצליחה להפעיל פיזיותרפיסטית. שלוש עובדות לא נתקלו בשום קשיים בהפעלת השירותים.

כל העובדות ציינו שהיו הבדלים בין האפשרויות לאספקת שירותים למשפחות הכלולות בתוכנית לבין האפשרויות הקיימות במסגרת עבודתן הרגילה. השירותים במסגרת התוכנית ניתנו בצורה יותר שיטתית ואינטנסיבית, והעובדות חשו שהצליחו להגשים תוכניות טיפוליות שבעבודתן הרגילה נשארו בגדר שאיפות, בעיקר מחוסר תקציב וזמן.

העובדות נשאלו האם היו הבדלים גם בתחומים אחרים בין הטיפול הניתן מבחינתן למשפחות בתוכנית לבין משפחות הנמצאות בטיפולן השוטף. כולן ציינו שהמעורבות שלהן במשפחות הכלולות בתוכנית "ביחד" היתה הרבה יותר עמוקה, הקשר שנוצר עם משפחות אלו היה יותר עמוק ומחייב. שש מהעובדות ציינו שחשו אחריות רבה יותר למשפחות אלו, והזכירו מספר סיבות לכך:

א. התלות של המשפחות בעובדת חזקה יותר בגלל הטיפול המעמיק שמתייחס גם לבעיות משפחתיות הקשורות לטיפול בקשיש.

ב. כתוצאה מהשקעה גדולה יותר של משאבים העובדת מרגישה באחריות ובצורך לפקח על ניצול יעיל ונכון של השירותים השונים.

ג. העובדת הבטיחה למשפחה עזרה אינטנסיבית על מנת שיוכלו להמשיך ולטפל בקשיש בבית ולכן מחובתה לקיים הבטחה זו.

לעומת שש עובדות אלו, השתיים האחרות ציינו את מעורבותן העמוקה, אולם אמרו שאחריותן שווה לגבי כל המשפחות שבהן הן מטפלות.

מבחינת הזמן המוקדש לטיפול במשפחה, כמעט כולן אמרו שהקדישו למשפחות בתוכנית הרבה יותר זמן מאשר למשפחות האחרות שבטיפולן. הזמן הוקדש הן לביקורים ממושכים ותכופים יותר אצל משפחות אלו, והן לסידורים המינהליים הקשורים להפעלת התוכנית - טלפונים, מילוי טפסים, כתיבת דוח"ות, או בדיקת חשבונות והעברתם לתשלום.

רק עובדת אחת ציינה שסמוך להפעלת התוכנית במשפחה מסויימת היא הקדישה לכך הרבה יותר זמן מאשר למשפחות "רגילות", ולאחר שהכל נכנס למסלול והתוכנית "רצה" באופן שוטף הרגישה שחרור ואפשרות לטפל במשפחות אחרות שלא זכו להיות בתוכנית ונזקקו לעזרתה.

העובדות נשאלו האם כדאי לדעתן לקיים מפגשים קבוצתיים לבני משפחה המטפלים בקשישים. כולן השיבו בחיוב, שלוש הציעו לקיים מפגשים כאלו בתדירות גבוהה (פעם בשבועיים - חודש) וחמש חשבו שמספיק לקיים פעם בכמה חודשים. רובן חשבו שכדאי לקיים בנפרד מפגשים למטפלים שהם בני זוג ולמטפלים שהנם בנים, בנות או כלות. הנימוק היה שבעיותיהם כמטפלים

הן שונות וכאשר המסגרת יותר הומוגנית יש יותר אפשרות לונטילציה ולשחרור רגשות.

כל העובדות העריכו שיש באיזורן מספר משפחות נוספות העונות לקריטריונים של התוכנית ומתאימות להכלל בה, אולם לא נכללו בה מפני שהמכסה התמלאה. אחת העובדות אף ציינה שהיא מטפלת במסגרת התוכנית בשלוש משפחות ואינה יכולה לטפל במשפחות נוספות מבלי להעלות את היקף משריתה.

ואכן, כאשר נשאלו העובדות בכמה משפחות הן תוכלנה לטפל במתכונת של תוכנית כזו, תוך המשך עבודתן השוטפת ובאותו היקף משרה, היתה התשובה השכיחה בין 2-4 משפחות. שלוש עובדות העריכו שיוכלו לטפל ב-5-6 משפחות במסגרת התוכנית.

המלצות לשינויים ושיפורים

כאשר נשאלו העובדות לגבי שירותים שהמשפחות ציפו לקבל ולא קיבלו או שהעובדות עצמן חשבו שניתנו במסגרת התוכנית ולא ניתנו, התמקדו מרבית התשובות בתחום הרפואי. גם נושא זה, וגם נושאים אחרים שהוזכרו לגבי ציפיות, שבו והועלו על ידי העובדות בתור המלצות לשינויים, אי לכך נסתפק באיזכורם כאן.

בעית הטיפול הרפואי הוזכרה על ידי רוב העובדות. הצורך ברופא גריאטרי וברופאים מקצועיים שיערכו ביקורי בית הודגש על ידי שש מתוך שמונה המשיבות. לגבי הקשישים בתוכנית יציאה מהבית למרפאה הינה מבצע מסובד, ולכן הודגשה חשיבותם של ביקורי הבית של הרופאים המקצועיים - אורולוג, אורטופד, רופא עור וכו'.

שירות נוסף שציפו לקבל במסגרת התוכנית היה יציאה לחופשה של המטפלים העיקריים, אם על ידי אשפוז זמני של הקשיש או על-ידי מציאת סידורים נאותים לטיפול בקשיש בבית ולשחרור המטפלים באופן זמני. ואמנם, במקרים מסויימים נמצאה הדרך לאפשר למטפל העיקרי לצאת לחופשה, אולם אשפוז זמני של הקשיש לא נעשה במסגרת התוכנית. על פי התייחסותן של העובדות לנושא זה בהמלצותיהן לעתיד, נראה שיש לפעול בתחום זה בצורה יותר שיטתית. כלומר, יתכן שיש לדרבן ולעודד בני משפחה לצאת לחופשה גם אם היוזמה לכך אינה באה מצידם, ולעזור להם במציאת סידור טוב לטיפול בקשיש בעת העדרם.

שלוש עובדות המליצו על עריכת מפגשים קבוצתיים למשפחות. המלצות נוספות נגעו לתחומים יותר מינהליים, למשל, הכנת כוח אדם מתאים (הוזכר על ידי שתי עובדות), והקלה בעבודה האדמיניסטרטיבית וניהול ענייני הכספים על ידי מנהל חשבונות (שלוש עובדות). עובדת אחת ציינה שיש להגדיל את כוח האדם של העובדות הסוציאליות על מנת להפעיל תוכנית כזו.

XI עלות התוכנית

אחת ממטרות התוכנית היתה להגיע לאומדן של עלות השירותים הדרושים להחזקת קשיש סיעודי בבית. אי לכך נעשה מאמץ לאסוף נתונים הן לגבי עלות השירותים השונים שניתנו למשפחות בתוכנית והן לגבי מקורות המימון של כל שירות. כזכור, עקרונית מימן המוסד לביטוח לאומי באמצעות הקרן למפעלים מיוחדים, את כל ההוצאות לגבי שירותים שלא מומנו על ידי גורם אחר (בדרך כלל משרד הבריאות או קופ"ת) לפי כללי הזכאות הקשורים במצבו התפקודי של הקשיש, או על ידי המשפחה (על פי כללי הזכאות הנהוגים במשרד הרווחה).

בשלב התכנון שלפני הפעלת התוכנית, סוכם שכל הכספים מכל המקורות ייכנסו לקופת האגודה וכל התשלומים יבוצעו דרכה. אולם בפועל צורות התשלום היו שונות מסובכות ומגוונות, בגלל אילוצים שונים, שכמה מהם יפורטו להלן:

1. חלק מהמטפלות סרבו לקבל המחאות (מחשש ממס הכנסה) ודרשו לקבל את התשלום במזומן מהמשפחה. במקרים שלא היתה ברירה אחרת נעשה התשלום כך, והמשפחה קיבלה החזר מהתוכנית (באמצעות האגודה) תמורת קבלה.

2. קשישים שקיבלו כספים ממשרד הבריאות או מקופ"ח עוד קודם להפעלת התוכנית (עבור רחצה, טיפול אישי) המשיכו לעיתים לקבלם ישירות מגופים אלו. כלומר - כספים אלו לא עברו דרך קופת האגודה כפי שתוכנן מראש, והדיווח לגביהם לא היה מלא. כספים אלו שימשו בדרך כלל למימון חלקי של רחצה או טיפול אישי.

3. בתקופות מסוימות של הפעלת התוכנית הניסיונית (נובמבר 1984 - אוקטובר 1985) היתה הקפאה של תקציבים במשרד הבריאות ולא שוחררו כספים. בתקופה זו עוכבו התשלומים ממשרד הבריאות והתוכנית שילמה לנוחני השירות גם את חלקו של משרד הבריאות.

4. עם קביעת מערך הטיפול סוכם במשפחות מסוימות שחלק מהשירותים שינתנו תממן המשפחה בעצמה על חשבונה (למשל: עזרה ביתית, רחצה, פיזיותרפיה), וקשה היה לקבל דיווח מדוייק לגבי עלות שירותים אלה. גם לרופאים פרטיים, לדוגמא, שלמו לפעמים בני המשפחה מכיסם ואין דיווח מלא על כך.

מכל המתואר לעיל מתברר שהמעקב אחר התשלומים (לצרכי מחקר מעקב זה) היה מסובך ביותר.

הנתונים לגבי העלות נאספו דרך המקורות הבאים:

1. העובדות הסוציאליות - העובדות הסוציאליות בתוקף תפקידן כמנהלות השירותים למשפחה, שימשו מקור מידע ודיווח עיקרי. כל עובדת דווחה על השירותים השונים, היקפם ועלותם עבור כל חודש.

2. משרד הבריאות - התקבלו דיווחים על היקף השעות שאושר לטיפול אישי ועל תשלומים בפועל. לא היתה חפיפה מלאה בין דיווח משרד הבריאות לבין דיווחים ממקורות אחרים (אגודה או משפחה), מכיוון שהתשלומים לא בוצעו באופן סדיר ולעיתים שולמו ישירות למשפחות עצמן. נעשה נסיון להגיע לנתונים מלאים ככל האפשר.

3. קופ"ח - התקבלו דיווחים על היקף השעות שאושר לטיפול אישי ורחצה ועל תשלומים למשפחות ולאגודה.

4. אגודה למען הקשיש - סיפקו נתונים לגבי תשלומים שהתקבלו מהמשפחות (על פי כללי הזכאות) ותשלומים שהועברו אליהם ממשרד הבריאות ומקופת חולים.

חשוב להדגיש, שחישוב העלות בתוכנית לא כלל שירותים שסופקו על ידי קופת חולים כמו טיפול רפואי בבית, או שירותים שהמשפחה סיפקה על דעת עצמה ולא דיווחה עליהם (למשל, הזמנת רופא פרטי במקרים ספורים) או עזרה אחרת עליה לא דווחה המשפחה).

הדיווחים הכספיים המובאים להלן מוצגים במחירי אוקטובר 1987; כלומר, כל הסכומים ששולמו עודכנו על בסיס אוקטובר 1987.

לוח מס. 10: התפלגות ההוצאות בתכנית, לפי סוג שירות ולפי מקורות המימון ועלות ממוצעת בחודש לקשיש שקיבל אותו שירות (מחירי אוקטובר 1987 ל-118 חודשי שירות)

עלות ממוצעת (בש"ח לחודש לקשיש*)	סך הכל		סוג השירות
	באחוזים	בשקלים	
602	76	71,027	טיפול אישי
36	5	4,288	עזרה ביתית
35	4	4,137	פיזיותרפיה
57	7	8,763	לינת לילה
38	5	4,498	רחצה (לחוד)
3	1	366	ריפוי בעיסוק
3	1	317	השגחה בשבת
16	2	1,915	אחרות
790	100	93,311	סך הכל
עלות ממוצעות למשפחה בתוכנית 790 ש"ח			
חלוקת השתתפות הגופים השונים במימון (באחוזים)			
16%			המשפחות
6%			קופ"ח
2%			משרד הבריאות
76%			המוסד לביטוח לאומי

* החישוב נעשה על פי מספר הקשישים שקיבלו את השירות עבור אנ החודשים שהשירות ניתן, על פי הדיווח. יש לשים לב שלא כל שירות ניתן במשך 12 חודשים. בסך הכל היו 118 "חודשי שירות" במהלך התוכנית, שהם סיכום של סך הכל מספר הקשישים שקיבלו שירותים בכל חודש. לצורך חישובי העלות נחשב כל קשיש כיחידה נפרדת. לכן משפחה בה שני בני הזוג התקבלו לפרוייקט וקיבלו שירותים נחשבו כשני קשישים.

בלוח מס. 10 מוצג פירוט ההוצאות בפועל על השירותים השונים שניתנו בתוכנית במהלך 12 חודשי התוכנית. חשוב לזכור שחלק גדול מהשירותים ניתנו רק לחלק מהמשפחות, לפי הצורך. וכן לא ניתנו במשך כל התקופה לכל המשפחות. סה"כ הוצאו במהלך התוכנית בשנת הניסוי 93,311 ש"ח במחירי אוקטובר 1987, עבור סה"כ 118 חודשי שירות שניתנו לסך כל המשפחות שהשתתפו בתוכנית. 76% מהסכום מומן ע"י המוסד לביטוח לאומי, ו-16% מומנו ע"י המשפחות עצמן. השתתפות קופ"ח ומשרד הבריאות הגיעה ל-8% ביחד. בחישוב עלות התוכנית לא הוכנסו שירותים אחרים שניתנו למשפחה כגון שירותים רפואיים - ביקורי אחות קופ"ח, רופא או אשפוזים, וכן לא נכלל עלות כוח האדם המקצועי להפעלת התוכנית - עובדת סוציאלית ומרכזת התוכנית, מכוון שעיסוקם בפרוייקט נכלל ונבלע במסגרת עבודתם הרגילה.

לפי הנתונים המוצגים בלוח מס. 10 עולה כי העלות הממוצעת לקשיש בתוכנית הגיעה לכ-790 ש"ח. בולטת העובדה שכ-3/4 מההוצאה הכללית בתוכנית היתה למימון הטיפול האישי. לעומת זאת, מפליא במבט ראשון שיעור ההוצאה הנמוך (5% בלבד) על עזרה ביתית. אולם, ניתן אולי להסביר שיעור נמוך זה בכך, שהשירותים שמומנו על ידי התוכנית היו אלה שניתנו כתוספת על השירותים הקיימים. לפי גישה זו ועדת הקבלה נטתה להתייחס לעזרה ביתית שהמשפחה נהגה לרכוש בעבר כשירות שאין לממנו במסגרת התוכנית וגם כנראה לא היה דווח מלא על עזרה ביתית פרטית מסוג זה. העזרה הביתית שחושבה במסגרת העלות היתה זו שאותה הוחלט לממן בועדה או להתחשב בה כחלק אינטגרלי מתוכנית הטיפול בקשיש. לכן יש להתייחס לדווח על שירות זה כאל דווח חסר.

לינת לילה, רחצה והשגחה נכללו בדרך כלל בטיפול האישי וחושבו לחוד רק במקרים שהשירות ניתן באופן חד-פעמי או כפתרון לצורך מיוחד, או במקרים שנותן השירות היה אדם אחר ולא המטפל האישי. לכן שיעור ההוצאות על שירותים אלה נמוך מאוד.

לוח מס. 11: ההוצאה בשקלים על טיפול אישי, לפי חודש ומספר הקשישים שקיבלו.

(מחירי אוקטובר 87 בש"ח)

ממוצע לקשיש בחודש	סך כל העלות	טווח שעות טיפול לחודש לקשיש		מספר קשישים	חודש
		עד -	מ -		
947	947	160	160	1	נובמבר 84
776	1,552	170	96	2	דצמבר 84
636	2,543	192	80	4	ינואר 85
519	3,635	170	68	7	פברואר 85
467	3,736	187	13	8	מרץ 85
375	3,372	210	45	9	אפריל 85
597	7,758	217	12	13	מאי 85
631	9,462	210	40	15	יוני 85
629	9,437	217	55	15	יולי 85
674	10,109	217	64	15	אוגוסט 85
606	9,092	210	62	15	ספטמבר 85
670	9,384	217	63	14	אוקטובר 85
602	71,027	(חודשי שירות)		118	סך הכל

מתוך ממוצע סה"כ של 790 ש"ח לחודש למשפחה, 602 ש"ח בממוצע הוצאו על טיפול אישי בקשיש (כ-3/4 מהעלות החודשית). מבחינת שעות טיפול שניתנו לקשיש (ראה לוח מס. 11), הטווח היה רחב מאד - מ-12 שעות חודשיות ועד ל-217 שעות בחודש. המשפחה שבה ניתנו רק שתיים עשרה שעות בחודש לטיפול אישי, היתה משפחה בעייתית מבחינת הסתגלותה לקבלת השירות והעו"ס ניסתה להרגילם לטיפול אישי באופן הדרגתי. סה"כ עלות שעת טיפול במחירי אוקטובר 1987 היה 4.28 שקל. מחיר זה נמוך באופן משמעותי מהמחיר שהיה המקובל במט"ב באותו זמן, וזאת מכמה סיבות:

1. רוב נותני השירות של טיפול אישי בתוכנית לא הועסקו דרך מט"ב או דרך ארגון אחר כלשהו, אלא אותרו על ידי המשפחות עצמן או על ידי העובדות הסוציאליות. התשלום שנקבע בין הצדדים היה נמוך ממחיר מט"ב ולא כלל תשלומים נילווים ותקורה.
2. במקרים מסויימים הועסקו המטפלות על בסיס חודשי, ומראש סוכם על תשלום גלובלי למספר שעות רב, כאשר חלק מהזמן נועד להשגחה בלבד. במקרים כאלה התעריף המתקבל לשעת טיפול היה נמוך יחסית לתעריף המקובל במט"ב.
3. במקרים אחרים ניתן תשלום גלובלי לשכן או לקרוב משפחה אשר קיבל אחריות כוללת על הטיפול האישי בקשיש ונכנס מספר פעמים ביום לפי הצורך וגם כאן התשלום לשעה היה נמוך מהמקובל.

חרף כל המגבלות והסייגים בחישוב העלות למתן השירותים המוגברים בקהילה, נראה כי העלות הממוצעת של שירותים קהל תיים נמוכה מעלות החזקתו של קשיש במוסד סיעודי. השוואה מדוייקת איננה אפשרית כמובן, אך ניתן אולי להצביע על כווננים כלליים. באוקטובר 1987 היה כאמור ערך סל השירותים הקהילתיים שניתן לקשיש כ-790 ש"ח בממוצע. תשלום חודשי בממוצע של משרד הבריאות עבור אשפוז קשישים במוסדות סיעוד הסתכם באותה תקופה בכ-1,480 ש"ח. האשפוז המוסדי מבטיח את מלוא צרכיו של הקשיש גם מעבר לשירותי הסיעוד כגון: מזון, לינה וכו', בהנחה שערך שירותים נוספים אלה זהה לרמת הגימלה להבטחת הכנסה המשולמת על ידי המוסד לביטוח לאומי לכל מי שכל קיומו על הקצבה, ששיעורה היה באוקטובר 1987 מסתכם בכ-1,094 ש"ח. סכום זה הוא גם ערך המימון הציבורי בסידור מוסדי במקרים שהקשיש משתתף בעלות המוסד בגובה קצבתו.

ממחקר שנערך בשנת 1983 על עלות השירותים לטיפול מוסדי ממושך במעונות ציבוריים וממשלתיים (דוד כהן, 1983), עולה כי משקל השירותים הסיעודיים והרפואיים מכלל העלות המוסדית מסתכם בכ-70%. מכאן כי עלות שירותי הסיעוד בקהילה במימון ציבורי, בהתחשב בצרכים הספציפיים של הקשיש, מגיע לכדי 70% מההוצאה הציבורית השוטפת במוסדות סיעוד. ברור שבחישוב ההוצאה הציבורית לא נלקחה בחשבון ההשקעה הדרושה בהקמת מוסדות, ולא נזקפו גם הוצאות מימון והוצאות הוניות כלשהן.

להלן יתואר סל שירותים אופייני, שניתן לגב' ע., אלמנה בת 72 אשר עברה אירוע מוחי כשנתיים קודם לכן ועברה לגור עם משפחת בנה היחיד, נשוי + 3 ילדים. שני בני הזוג הצעירים עובדים.

שירות	היקף שעות בחודש	עלות (בש"ח) במחירי אוקטובר 87	אחוז מהסה"כ
טיפול אישי (בוקר + אחה"צ)	162	607.4	59
עזרה ביתית	125	138.6	13
פיזיותרפיה	5	88.5	9
השגחה בשבתות	31	191.0	19
סך הכל		1,025.5	100

חלוקת הממון בין הגופים השונים:

קופ"ח	20%
התכנית	72%
המשפחה	8%

יש לציין שפיזיותרפיה והשגחה בשבתות לא ניתנו באופן קבוע במשך כל חודשי התוכנית אלא לפי הצורך, ובחודשים מסויימים לא ניתנו כלל. ובהתאם לכך גם השתנו גובה העלות ואחוזי ההשתתפות של הגופים השונים.

XII סיכום ומסקנות

התוכנית ברמת גן נועדה לספק מערך שירותים מוגברים לקשישים סיעודיים שקיבלו אישור לסידור מוסדי. אך הם ומשפחותיהם העדיפו שלא לנצל את האופציה המוסדית. קשישים הופנו על ידי עובדים סוציאליים והתקבלו להשתתף בפרוייקט באישור ועדת קבלה בין-מקצועית שגם קבעה את תוכנית הטיפול.

תאור הקשישים

סך הכל השתתפו בפרוייקט 24 קשישים ובני משפחותיהם המטפלים, 10 גברים ו-14 נשים רובם מתגוררים עם בן הזוג בלבד. במהלך שנת הליווי המחקרי נשרו שבעה קשישים, שלשה נפטרו, שנים אושפזו כתוצאה מהדרדרות במצבם הרפואי ועברו למוסד סיעודי. שני קשישים תשושי נפש נכנסו למוסד, אחד בשל עומס טיפול כבד מידי על בני המשפחה ואחד לאחר פטירת בן הזוג.

נתוני מצב התפקוד הצביעו על מגבלות קשות ברוב התחומים מבחינת התפקוד. בהתאם לקטריונים לסידור מוסדי של משר הבריאות

רוב הקשישים היו זקוקים לעזרה מלאה ברחצה ובהפרשות. בנוסף לכך ששה היו זקוקים להשגחה מתמדת. רק שניים נזקקו לעזרה מלאה בניידות ואלה היו מרותקים למיטה. מתוך חמישה העצמאיים בניידות, שניים היו תשושי נפש. בתחומי הלבשה, רחצה ואכילה לא היו כלל קשישים עצמאיים. מבחינת עומס הטיפול על המטפלים, שבעה ציינו שהקושי העיקרי הוא נפשי והיתר ציינו בעיקר קשיים פיזיים הקשורים לתפקוד. סוג הקושי העיקרי לא היה קשור לאורך התקופה שבה נמשך הטיפול בקשיש.

השירותים

רק שלוש משפחות לא קיבלו שום שירותים מגורם מטפל לפני התוכנית, אולם העזרה שניתנה ביתר המשפחות היתה מצומצמת בהתאם לנוהלים ולתקציבים של הגופים המטפלים.

כללית, השירותים שניתנו במסגרת התוכנית היו תוספות לשירותים שכבר ניתנו בעבר, תוך נסיון להגיע למצוי זכויות מלא של הקשישים לקבלת עזרה משירות הרווחה, קופ"ח משרד הבריאות (לפני הסדר העברת כספים לטיפול אישי לידי קופ"ח), גם לאלה שלא היו מוכרים לפני התוכנית.

חשוב ביותר להדגיש כי בשל הרצון ללמוד מהניסוי לא היה סל שירותים מוגדר ועקרונית לא היתה תקרה להיקף המשאבים שהועדה יכלה לנצל עבור קשיש מסויים. עובדה זו איפשרה גמישות בקביעת תוכנית הטיפול. בדיעבד התברר שבדרך כלל ניתנו סוגי השירותים המקובלים אבל בהיקף גדול יותר מהמוקבל בעיקר בטיפול אישי ועזרה ביתית ותוך מאמץ להתאים את סוגי השירות, ספק השירות ומועדי אספקת השירות לצורכי הקשיש והמטפלים העיקריים. ממצא זה מחזק את הגישה בחוק ביטוח סיעוד לקבוע סל שירותים מוגדר המבוסס בעיקר על טיפול אישי.

הגמישות בתכנית התבטאה בעיקר בהתאמת השירותים לצרכים ספציפיים כמו: השגחה בשעות הערב כדי להשתתף בארוע משפחתי, שחרור לסוף שבוע למנוחה, ואף לחופשות ממושכות של שבוע-שבועיים. תוך תכנון מערך הטיפול המוגבר יחד עם בני משפחה נוספים אשר לקחו על עצמם חלק מוגדר מהאחריות בטיפול.

לעובד הסוציאלי ניתנו סמכויות לערוך שינויים במערך הטיפול כאשר התעוררו בעיות חדשות או צרכים חדשים, ללא צורך בקבלת אישור מועדת הפרוייקט. למעשה התוכנית מהווה הרחבה ניכרת בתפקיד וסמכויות העובדת הסוציאלית כמרכזת/מנהלת את מערך הטיפול עבור הקשיש ומשפחתו, כפי שמקובל גם היום בהגדרת תפקוד העובד הסוציאלי במרכז ועדת הסייעוד.

מכיון שבתכנית נכלל מספר מועט של משפחות, יש להזהר מהסקת מסקנות על אוכלוסיית הקשישים הסייעודיים באופן כללי. יחד עם זאת, על סמך המעקב הצמוד, שנתאפשר עקב ייחודה ואופייה הנסיוני של התוכנית, והקשר ההדוק עם אנשי המקצוע ניתן להגיע למספר המלצות הנוגעות להפעלת מודל מסוג זה בעתיד.

1. על פי מבחני התפקוד כל הקשישים שהשתתפו בתכנית היו סיעודיים במצב קשה. הנסיון בהפעלת התכנית מצביע על כך שתשושי הנפש הם הקבוצה הקשה ביותר לטיפול בבית, גם כאשר מדובר על תוספת שירותים מעבר למקובל. לקשישים עם ירידה שכלית משמעותית הזקוקים להשגחה מתמדת 24 שעות ביממה, אך עצמאיים מבחינת תפקודם היומיומי, היה קשה למצוא פתרון לטווח הארוך. הטיפול בקשישים תשושי נפש קשים אינו כרוך רק בעזרה ובהשגחה בביצוע פעולות יומיום אלא בהתמודדות עם הפרעות התנהגותיות קשות ביותר, ודווקא במיוחד כאשר אין מוגבלות בניידות גם לאחר תוספת השירותים במסגרת התוכנית עיקר עומס הטיפול נפל על המשפחה ובסופו של דבר היה קשה להמנע מסידור מוסדי.

2. אשר למימדי הנשירה, ניתן ללמוד שבעזרת התכנית המשפחות התמידו בטיפול בקשיש בבית, כל עוד לא חלה הזדררות דרסטית במצבו הרפואי.

3. בחינת סוגי השירותים והיקפם מצביעה על כך שלמרות שניתה לוועדת הקבלה ולעובדים בשדה יד חופשית להפעלת שיקול דעתם בקביעת תכנית הטיפול, והם אף קיבלו עידוד מהמונים עליהם לחפש פתרונות מגוונים, השירותים שניתנו היו בעיקר טיפול אישי, עזרה ביתית והשגחה. עובדה זו יכולה לנבוע ממספר סיבות הקשורות ביניהן:

א. הצמדותם של אנשי המקצוע לדפוסי השירותים המקובלים במסגרת שרותי הרווחה והבריאות.

ב. מצד המשפחות המטפלות לא התקבלו בדרך כלל בקשות מיוחדות לשרותים אחרים.

ג. שירותים אלה הם אכן החיוניים ביותר לקשיש ולמשפחות המטפלות בקשישי סיעודי בבית. יעילות אספקת השירותים נמדדת לא דווקא בסוג השירות שניתן אלא ביכולת המערכת לספקו בצורה ובמועדים המתאימים לצרכי האוכלוסייה המטופלת. יתכן, אם כן, שסל השירותים הנהוג כיום עשוי לתת מענה במרבית המקרים, כאשר יהיו פתיחות וגמישות בחוק ביטוח סיעוד. בהתאמת השירותים השונים לצרכי המשפחה.

ד. בשלבי התכנון של הפעלת מודל דומה לאספקת שירותים מוגברים חייבים לתת את הדעת להכנת תשתית מתאימה מכל הבחינות.

1. הדרכת העובדות הסוציאליות לשינויים בגישה הטיפולית המתבקשת.

2. הכשרת מאגר כוח אדם מתאים (מטפלות, פיזיותרפיסטיות)

3. יצירת מודעות בקרב אוכלוסיות היעד - הקשיש ובני משפחתו לאפשרויות לקבלת עזרה ומתן לגיטמציה לכך. חלק חשוב מעבודת העובדת הסוציאלית היה בהכנסת שירותים הביתה ועבודה מקצועית עם הקשיש ובני משפחתו סביב התאמת השירותים.

ה. תרומת התכנית הורגשה בעיקר בהקלת העול הנפשי והפיזי המוטלים על המטפלים העיקריים בבן משפחה סיעודי. סביר להניח שבכך ניתן להסביר את התמדתם של רוב המשתתפים בתכנית ואת המנעותם מאישפוז מוסדי. שביעות רצונם הגבוהה של מרבית המשתתפים מהתכנית באופן ומהקשר עם העובדים הסוציאלים בפרט, נובעת ככל הנראה מהסמכויות הנרחבות שניתנו לעובדים הסוציאלים ומגמישות התכנית להענות לצרכים המשתנים של בני המשפחה.

ו. העלות הממוצעת לקשיש בתוכניות הסתכם בכ-790 ש"ח לחודש, במחירי אוקטובר 1987. כ-75% מההוצאה היתה למימון טיפול אישי שניתנה במחיר לשעה שהיתה נמוכה ממחיר מט"ב שהיה מקובל באותה תקופה. בהשוואת לעלות הסידור המוסדי עולה כי עלות שירותי הסיעוד בקהילה במימון ציבורי מגיע לכדי 70% מההוצאה הציבורית השוטפת במוסדות סיעוד (לאחר ניכוי הוצאות מוסדיות לאיזקה ומשק) כאשר לא נלקחת בחשבון כמובן הוצאות להשקעות בהקמת מוסדות, הוצאות מימון והוצאות הונאות אחרות.

