



המוסד לביטוח לאומי

מינהל המחקר והתכנון

ביצוע

חוק סיעוד
במגזר הערבי

אע"י - בלבן 3

סקר מס' 126

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

ביצוע חוק סיעוד במגזר הערבי

מאת: חנה וייל

ירושלים, שבת התשנ"ה, ינואר 1995

ה ק ד מ ה

מאז הפעלת חוק ביטוח סיעוד באפריל 1988, מתבצע מעקב מחקרי מגוון בהבטיו השונים, הן על ידי מינהל המחקר והתכנון במוסד לביטוח לאומי והן על ידי חוקרים מבחוץ.

יוזמה של מנהלת ענף סיעוד, הגב' אסתר רייס, הביאה לביצוע מחקר חשוב זה, שבוחן את ביצוע חוק סיעוד במגזר הערבי.

ביצוע המחקר מאפשר בפעם הראשונה, לקבל תמונה מקיפה וממוקדת על יישום החוק באוכלוסיה זו, ומצביע לצד היתרונות והתרומות גם על הבעיות והקשיים בביצוע.

הבהרת התמונה תעזור ללא ספק למצוא את הדרכים לשיפור המצב ועל כן אנו רוצים להודות לגב' חנה וייל מבית הספר לעבודה סוציאלית באוניברסיטה העברית, שבמסירות רבה ביצעה את המחקר בעזרתו של מר חאלד הריש. רוב תודות לשניהם.

תודות גם לעובדי המינהל והמחקר, שערכו, אירגנו והדפיסו את הדווח: הגב' עירא כהנמן, הגב' שרה גרג'י והגב' אני כהן.

שלמה כהן
סמנכ"ל מחקר ותכנון

תוכן ענינים

עמוד

1	מבוא
3	שיטת המחקר
3	מערך המחקר
4	המדגם
5	תהליך הראיון
6	ממצאים
6	אוכלוסית המחקר
6	תכונות דימוגרפיות
8	תאור האוכלוסיה: אספטים נבחרים של תפקוד פיזי
9	תנאי מגורים
12	זכאים לגמלה שלא ניתן לראינם אישית
13	אוכלוסית המטפלות
14	עבודת המטפלת
14	שעות העבודה
17	תחומי העבודה
20	קביעת תכנית העבודה
21	איוש עמדת המטפלת
24	עמדות כלפי המטפלת
24	סוגי המטפלת המועדפת
25	שביעות רצון מן המטפלת
26	שינויים בחייו של זכאי לגמלת סיעוד בעקבות ההכרה בזכאותו
26	השפעת הגמלה על חירות המשפחה הקרובה
26	השפעת הגמלה על רווחת הגמלאי
28	הבדלים בין ישובים
33	פעילות שירותי הרווחה והכריאות

34	ביקורי הרופא
34	ביקורי אחות
34	ביקור נציג החברה מספקת השירותים
35	ביקורי עובד סוציאלי של הרשות המקומית
37	דיון
37	האם הושגו מטרות המחוקק
40	מינהל ביצוע החוק
43	הבדלים בין סוגי ישובים
44	שירותים חסרים
45	אוכלוסיות ראויות לתשומת לב מיוחדת
47	בבליוגרפיה
49	נספח

מ ב א

עבודה זו הוזמנה על ידי אגף שיקום וסיעוד שבמוסד לביטוח לאומי. מטרתה לבדוק את אופן יישום חוק הסיעוד במגזר הערבי, בהנחה שביצוע החוק במגזר זה מעורר שאלות ייחודיות. הנחה זו היתה מבוססת מצד אחד על מידע שהגיע לאגף מן השטח, ומצד שני על מידע שהצטבר תוך כדי ביצוע סקר של שירותי רווחה לקשישים ערביים¹ שנערך בשנה הראשונה להפעלת חוק הסיעוד ועל כן לא יכול היה לספק מידע מספיק לגבי ביצוע החוק. משני מקורות אלה נודע, שבמגזר הערבי קיים לחץ של משפחות לזכות באופצית התשלום הישיר, ולחילופין - למנות בת משפחה למטפלת. מן הלשכות לשירותים חברתיים וגם מן הועדות המקומיות המקצועיות נמסר כי הם נאבקים נגד לתצים אלה, לא תמיד בהצלחה. נמסר שהחוק "אינו מתאים" לתרבות זו, שמסתייגת מאוד מהעסקת אנשים שאינם בני משפחה בעבודה בתוך משק הבית; נאמר גם שטיעון השוני התרבותי הוא משני לרצון לזכות במקור הכנסה נוסף למשפחה. היה "ידוע" שרוב המטפלות הן נכדות שאינן גרות בבית הגמלאי, ולא היה ברור האם ואיך צריך להתמודד עם מצב זה. לחברות ולוועדות לא היו כלים להאבק בלחצי האוכלוסייה, בעיקר משום שלא היה מאגר של כוח אדם מתאים לעבודה: נשים ערכיות, במיוחד דרוזיות ומוסלמיות, אינן אמורות לצאת לעבודה, ודאי שלא ביחידות, בבתים של אחרים, ובתפקיד שנתפס בעיני רבים כמשהו דומה לזה של שפחה. החברות מספקות השירותים לא יכלו להציע תחליף להצעות שבאו מן המשפחה ועל כן לא יכול היה להתקיים מאבק על איוש תפקיד המטפלת. תפקיד החברה מספקת השירותים הצטמצם להסברת האפשרויות שבמסגרת החוק ולקבלת הצעת המשפחה. כיישובים מעורבים היתה קיימת כבר אז האופציה להשתמש בכוח עבודה יהודי, ובמקרים מסוימים הופעלה אופציה זו בהצלחה. היה ידוע שמספר המטפלות זהה כמעט למספר הזכאים לגמלה, עובדה שמקשה מאוד על הפיקוח על עבודתן; היו הערות על חוסר המוטיבציה של המטפלות ללמוד, להיות מקצועיות. בתקופת ההרצה של החוק היה לפחות ניסיון אחד להכשיר כוח עבודה לסקטור הערבי בעיר מעורבת, אך בוגרות קורס זה לא נקלטו בעבודה.

קטעי מידע אלה עוררו תשומת לבם של האחראים לביצוע החוק והוחלט, שיש לבדוק באופן מבוקר מה קורה בשטח; ל"צלם", במידת האפשר, את תהליך ביצוע החוק במגזר זה של האוכלוסייה הקשישה בישראל ולבחון את ההלימה בין הביצוע למעשה בין הוראות החוק והנוהלים שנקבעו על ידי המוסד לביטוח לאומי. מחקר תיאורי

1. וייל ח., 1990, שירותי רווחה לזקנים במגזר הערבי בישראל אש"ל 1990.

מסוג זה אינו בנוי על בדיקת השערות ספציפיות. ההשערה היחידה והמנחה היתה, שפעולת ביצוע החוק נעשית במסגרת החוק והוראותיו.

כאשר הוחלט על ביצוע מחקר זה היה בנמצא נתון בדוק יחיד ומעניין במיוחד: שיעור מקבלי גמלת סיעוד מקרב המקבלים קצבת זיקנה היה גבוה באוכלוסייה הלא-יהודית במידה ניכרת משיעורם בקרב האוכלוסייה היהודית: 11.8% לעומת 6.26% ביישובים העירוניים, לא כולל שלוש הערים הגדולות שבהן האוכלוסייה מעורבת². הסיבה להבדל זה יכולה להיות קשורה לכך, שכל החולים הסעודיים הערביים למעשה, נמצאים בביתם (או נמצאו בביתם בשעת ביצוע הראיון), שהרי כמעט לא היו אז מיטות סיעוד זמינות לאוכלוסייה זו. השערות אלה כנראה תימצאנה תקפות, וכי ניתן יהיה להסביר בעזרתן את ההבדל הגדול בין שתי האוכלוסיות.

המחקר נערך בשני חלקים: תחילה רואיינו מנהלי חברות (או לתלופין מנהלי סניפים של חברות) המספקות שירותים במיגזר הלא-יהודי בכל הארץ. חלק זה של המחקר שימש כחומר רקע, ואין הוא נכלל בפרסום זה. החלק העיקרי, זה שיובא להלן, נסמך על מדגם של מקבלי קצבת סיעוד.

הנתונים מתייחסים למחצית הראשונה של שנת 1993, היא תקופת הראיון.

2. חמסד לביטוח לאומי, מינהל המחקר והתכנון, סקר 109, מאי 1993. מפרסום אחר של המוסד לביטוח לאומי (סקר 108 מאותה שנה) ניתן ללמוד, ששיעור הזכאים לגמלת סיעוד בכלל אוכלוסיית הקשישים הרלוונטית הוא 7%.

שיטת המחקר

מערך המחקר

על מנת לבצע את מטרת המחקר - בדיקת ההלימה בין הוראות החוק והנוהלים שנקבעו לבין הנעשה בפועל בשטח - חיבים היינו ללמוד נוהלים אלה ולכנות שאלון בהתאם. תהליך ביצוע החוק לפי ההוראות והנוהלים הוא כדלהלן: ההודעה על ההכרה בזכאות לקצבת סיעוד מגיעה (מן המוסד לביטוח לאומי) לוועדה המקומית המקצועית המונה נציג של המוסד לביטוח לאומי, נציג של שירותי הרווחה המוניציפליים (שהוא גם מרכז הוועדה) ואחות קופת חולים. ועדה זו יוצרת קשר עם הזכאי לגמלה על מנת להכיר אותו ואת סביבתו החברתית ולהעריך את צרכיו. קשר זה מתבצע על ידי עו"ס של הרשות המקומית³. על סמך דיווח זה נקבעת תכנית הטיפול בזכאי במסגרת מספר שעות הטיפול שהקצבו לו. תכנית זו מועברת לחברה המספקת שירותים לזכאי, וזו מגיעה לביתו על מנת להכירו, להציע מטפל ולהפעיל את השירות. לפי הנוהלים על המטפל לעבוד בשעות קבועות, הרשומות ביומן העבודה שלו⁴; כמו-כן המטפל חייב להודיע לחברה ולמטופל כשאינו יכול להגיע לעבודה, וזה האחרון (או משפחתו) חייבים להודיע לחברה כאשר העובד נעדר מעבודתו. החוק אוסר על העסקת הקרובים הבאים כמטפלים: בנים ובנות; כלות וחתנים; קרובים אחרים הגרים באותו בית, חצר או ממש לידם. בנינו את השאלון בהתאם ושאלנו מי ערך את תכנית הטיפול, מי קבע את תחומי העבודה של המטפלת, האם היא עובדת את מספר השעות שנקבעו, אלו עבודות היא עושה וכיו"ב⁵.

השאלון מורכב בעיקר משאלות פתוחות; זאת בגלל אופיו של מחקר המבקש לתעד את הקורה בפועל בשטח: יש לתת לנשאלים לומר לפי דרכם את אשר יש להם לומר בנושא שעליו נשאלו, ויש לאפשר לשאול שאלות הבהרה; זאת ועוד, קבלת תשובות מהימנות מחייבת לאפשר למרואיינים לבטא את עצמם בצורה חופשית. השאלון כלל מספר שאלות סגורות הנוגעות לעמדותיו של המרואיין. לא תמיד שהו המרואיינים לבד כביתם

3. לעתים מרכז הוועדה הוא העובד הסוציאלי של הרשות המקומית האחראי לנושא הקשישים.

4. יומן זה חייב להימצא בבית הזכאי. נסוף חחודש מאשר הזכאי, או בן משפחתו, את חרשום ביומן.

5. ראה השאלון המצורף.

בשעת הראיון, ולרוב אי אפשר היה לבודדס. לפיכך האינפורמציה התקבלה לעיתים מכני משפחה.

17% מן המרואיינים לא היו מסוגלים להתראיין בעצמם. את המידע אודותם קיבלנו מבן המשפחה הנוכח. בראיונות אלה לא נכללו שאלות על עמדות.

המדגם

החלטנו לדגום יישובים ולראיין בהם את כל המקבלים גמלת סיעוד. הסיבה להעדפת שיטה זו היתה תקציבית בעיקר - חיסכון בהוצאות נסיעה ובזמן נסיעה, דרך זו זולה יותר מאשר ראיון של מספר אנשים קטן ביישובים רבים. סיבה שנייה להעדפת שיטה זו היא האפשרות לבדוק האם קיים הנדל בין סוגי היישובים באופן ביצוע החוק. שיערנו כי:

1. החיים בעיר מעורבת גורמים לשינויים במערכת הנורמות המסורתיות, ועל כן תהיה נכונות גדולה יותר לקבל שירותים מאנשים שאינם קרובי משפחה. כמו כן, ייתכן שאופן הפעלת החוק על ידי הוועדה המקומית המקצועית הממונה על איזור "מעורב" יהיה שונה מזה של ועדה הממונה על איזור שכולו לא-יהודי.

2. ליישובים עירוניים במיגזר הערבי יש מערכת שירותים מפותחת יותר מאשר ליישובים קטנים, שלרובם לא היו בעת עריכת המחקר שירותי רווחה מוניציפליים משלהם. את שירותי הרווחה הם קיבלו באמצעות "לשכה מקובצת" ממשלתית, דלה בכוח אדם ובתקציבים⁶. שיערנו שלמצב זה יכולות להיות השלכות על אפנות ביצוע החוק. כמו כן, שיערנו שכיישובים גדולים יחסית יש לערכים "מודרניים" השפעה יחסית גדולה, ולכן תהיה בהם נכונות רבה יותר לקבל מטפלות שאינן קרובות משפחה מאשר ביישובים קטנים.

3. יישובים סמוכים לערים יהודיות ייטו להיות "מודרניים" יותר מיישובים שבהם אין מגע רב בין שתי האוכלוסיות, ולכן תהיה בהם נכונות לקבל מטפלות שאינן בנות משפחה.

6. וייל חנה, 1990, שירותי רווחה לזקנים במיגזר הערבי בישראל, אש"ל.

על בסיס השערות אלה בחרנו לראיין את הזכאים לגמלת סיעוד באחת הערים המעורבות בשפלה וביישוב גדול במרכז הגליל. כמו כן ראינו את כל מקבלי הגמלה ביישוב קטן מאוד המשתייך מוניציפלית לאחת המועצות האזוריות שרוב היישובים בהם יישובים יהודיים. במסגרת התקציב, שאושר לעבודה זו, לא יכולנו להרחיב את המדגם.

התקציב המצומצם של המחקר כפה את היקף האוכלוסייה הנחקרת, ועל כן הוחלט להתרכז באוכלוסייה המוסלמית.

תהליך הראיון

באנו במגע עם הלשכות לשירותים חברתיים של היישובים שנבחרו, ואלה הפנו אותנו אל העו"סים המטפלים בקשישים. העו"סים דאגו להשיג את הסכמת הקשישים (בכתב) להשתתף במחקר, ולאחר מכן העבירו לנו את שמותיהם ואת כתובתם. בתהליך זה יש כדי להסביר את היעדר הסירובים או נפל מסוג אחר. בסך הכול רואיינו 153 זכאים לגמלה, שהם כל המקבלים גמלה ביישובים אלה. המראיינים היו סטודנטים ערביים.

מ מ צ א י ם

אוכלוסיית המחקר

תכונות דימוגרפיות

מין: גברים 29%
נשים 71%

השיעור הגבוה, יחסית⁷, של נשים נובע מכך שנשים זכאיות לגמלה כבר בגיל 60, ואילו גברים - רק בגיל 65; וכן מכך ששיעור הנשים הקשישות המוגבלות גבוה מזה של הגברים⁸.

גיל: עד 70 17%
71-80 39%
81-90 39%
מעל 90 5%

כמו בכלל האוכלוסייה המוסלמית הקשישה, גם בקרב הנתקרים הגברים היו מבוגרים מן הנשים.

אוכלוסיית המחקר צעירה בהשוואה לכלל אוכלוסיית הזכאים לגמלת סיעוד שבה שיעור גילאי 81+ הוא 52%⁹.

מצב משפחתי: נשואים - 41%
לא נשואים - 59% (כולל רווקות ספורות)
רוב הגברים (82%) נשואים, לעומת 25% מן הנשים.
51% מן הלא נשואים ו-52% מן הנשואים גרים בנפרד מילדים.

-
7. הלמ"ס, שנתון סטטיסטי 1992, לוח 2.21: שיעור הנשים (קבוצות גיל זהות) הוא 63%.
 8. פקטור ח., פרימק ח. 1990. מוגבלות בקרב הקשישים בישראל. מכון ברוקדייל לגרונטולוגיה והתפתחות האדם בישראל ד - 90 - 180.
 9. בייץ-מוראי ש, זיפקין א. 1993. הפעלת חוק ביטוח סיעוד 1992 תמוסד לניטוח לאומי מינחל המחקר והתכנון, סקר מס' 108, לוח 16.

צאצאים:

המשפחות גדולות מאוד. ל-50% מן הנחקרים יש לפחות שישה ילדים, ולשני שלישים מהם יותר משמונה. ל-7% אין ילדים - שיעור נמוך מזה שבאוכלוסייה היהודית.

מספר הנכדים והנינים גדול מאוד. ל-88% יש נכדים¹⁰, ול-60% יש נינים. לא שאלנו על דור תמישי.

לכל המרואיינים שיש להם בנים (למעט אחד), יש ילדים ביישוב שבו הם חיים; מחציתם - כל ילדיהם חיים כאותו ישוב.

27%	משקי בית: משק בית חד-דורי - קשיש לבד
24%	" " " " - זוג קשישים
34%	" " " " - דו-דורי - הורים ובנים
15%	תלת-דורי - הורים, בנים, נכדים

רוב (84%) החיים במשק בית דו-דורי חיים עם בנות בוגרות לא נשואות (רובן מעל גיל 30), לעיתים עם יותר מבת אחת רווקה¹¹. כמעט כל אלה אינן מועסקות מחוץ למשק ביתן. למבנה משק בית זה חשיבות מיוחדת לנושא המחקר, ועל כך נרחיב את הדיבור בהמשך. כאן נציין עוד, כי 30% מכל האוכלוסייה הנחקרת חיים במשק בית כזה.

השכלה: שישה אחוזים מאוכלוסיית המחקר יודעים קרוא וכתוב; שיעור זה נמוך בהרבה מהשיעור המקביל בכלל אוכלוסיית בני ה-65+ הלא-יהודיים, שהוא 33%¹².

10. ל-29% מן הנחקרים יש לפחות חמישים נכדים.

11. סוג משק בית זה שכיח באוכלוסייה הלא-יהודית נארץ. ראה וייל 1986, 1988; שיעור רווקות מעל

גיל 30 באוכלוסייה המוסלמית הוא 7.9%, ובאוכלוסייה היהודית - 4.5%. שנתון סטטיסטי 1992, לוח

2.25. שלא כרווקות היהודיות, רווקות אלה נשארות בבית החורים.

12. למ"ס 1992, שנתון סטטיסטי, לוח 22.3.

תיאור האוכלוסיה: אספקטים נבחרים של תפקוד פיזי
ניידות

השתמשנו במדד יכולת הניידות המבחין בין קשישים בלא הגבלות תנועה לבין מרותקים לבית (אינם יכולים לעזוב את הבית בלא עזרת אחרים), לבין מרותקים למיטה או לכיסא גלגלים (לא יכולים לצאת מן המיטה ו/או מהכיסא ללא עזרת אחרים).

התפלגות האוכלוסיה לפי כושר ניידות:
מגדירים עצמם¹³ מרותקים למיטה - 35%
מגדירים עצמם¹³ מרותקים לבית - 60%
מגדירים עצמם¹³ כבלתי מוגבלים - 5%

סך הכול 100%
N 153%

התפלגות זו מעניינת משתי בחינות: ראשית, שבעה אנשים הגדירו עצמם כבלתי מוגבלים בתנועה, הגדרה שאינה עולה בקנה אחד עם הגדרת אוכלוסיית היעד של החוק. מאידך גיסא, היא מתיישבת היטב עם ממצאים אחרים של מחקר זה: מן התשובות לשאלות (הפתוחות) דלינו מידע על 18 מרואיינים¹⁴, המעורר ספק רב לגבי זכאותם לגמלה: המראין התרשם שאין הם מוגבלים בתנועה, הם עצמם ענו לשאלות ללא קושי, וכתשובה לשאלה "כיצד אתה מבלה את היום?" סיפרו, למשל, על ביקורים יומיים במסגד או אצל ילדים או שכנים, ו/או על כך שהם מבצעים בעצמם את רוב עבודות הבית. מרואיינת אחת סיפרה, שהיא מאכילה וחולבת את הפרה מדי יום. שנית, לאור ההגדרות של זכאות לגמלה ציפינו לשיעור גבוה יותר של מרותקים למיטה, כלומר של קשישים הזקוקים לטיפול סיעודי מקיף.

הרוב המכריע של הנחקרים מוגבלים מזה תקופה ארוכה: 11% בלבד אמרו שהם מוגבלים מזה שנה או פחות; 15% מן המרותקים למיטה ו-11% מן המרותקים לבית נמצאים במצב זה שש שנים ויותר.

13. מגדירים עצמם, או הוגדרו כך, על ידי הקרוב שמסר אינפורמציה אודותם משום שלא ניתן היה לראיין אותם.
14. מספר זה כלל את שבעת המרואיינים שחגדירו עצמם כבלתי מוגבלים בתנועה.

ראייה, שמיעה, לעיסה

ל-75% מן הנחקרים יש קשיים בראייה, ל-65% יש בעיות שמיעה, אך רק 11% מהם סבורים שהם זקוקים למכשיר שמיעה. ל-53% מכל האוכלוסייה יש קשיים הן בשמיעה והן בראייה.

67% מתקשים בלעיסה, מהם כ-28% המתקשים בכך למרות שיש להם שיניים תותבות. ל-14% אין שיניים תותבות מפני שאינם רוצים בהם; ל-11% אין שיניים תותבות בגלל היעדר אמצעי מימון.

תנאי מגורים

תנאי המגורים הקשים של קשישים ערביים בישראל ידועים מפרסומים שונים¹⁵. נמצא, שחלק ניכר מן המבנים שבהם חיים קשישים אלה אינו תקין. לרבים אין בבית מקלחת ושירותים, וציוד הבית לוקה מאוד בחסר. לאור אלה נראה היה לנו, כי יש מקום לבדוק את תנאי המגורים של חולים סיעודיים השוהים בביתם. זאת - מפני שאיכות החיים של חולים אלה, כולל בריאותם, נפגעים כאשר תנאי המגורים קשים; וגם הטיפול בהם קשה יותר כאשר התנאים הסניטריים לקויים, וכאשר אין מיתקן לחימום מים, ואין מקרר. הפרסומים מצביעים באופן חד-משמעי על הבדלים בין שני סוגים של משקי בית: תנאי המגורים של קשישים הגרים עם בנים טובים יותר מאלה שגרים בנפרד מבנים הראשונים נהנים מרמת החיים של הבנים - לעיתים קרובות בתיהם של אלה חדשים, וכמעט תמיד הבית מצויד היטב באביזרים מודרניים. אלה שאינם גרים עם הבנים; הציוד לעיתים מינימלי, וחלקו אינו תקין. הבדל זה בין שני סוגי משקי הבית חזר והופיע גם כמחקר זה¹⁶.

להלן תיאור תנאי המגורים של אוכלוסיית המחקר.

15. וייל ת. עזאיזח פ. קינג י., גולדשר א. 1988, תנאי המגורים של קשישים ערביים בישראל,

גרונטולוגיה 40, 7 - 20.

למ"ס 1983, פרסומי מיפקד האוכלוסיה 1983, מס. 11.

16. הבדלים כאלה בין משקי חבית נמצאו גם באוכלוסייה היהודית. למ"ס, לעיל.

מצב המכנים:

55% מן הבניינים במצב תקין (כך אמרו הנחקרים; המראין לא הבחין בליקויים).

ב-17% מן הבניינים נמצאו קירות רטובים

ב-18% מן הבניינים נמצאו יותר מליקוי אחד: צורך בסיווד, קירות רטובים, בעיות באינסטלציה או בביוב, חלונות בלתי תקינים.

מקלחת, שירותים וחימום הדירה

ב-64% מן הבתים אין אמבטיה. ב-5% בלבד אין מקלחת.

ב-20% מן הבתים אין בית שימוש עם אסלה.

ב-86% מחממים את הבית בחשמל או בגז, 8.5% מחממים בעצים, 4% - בנפט¹⁷.

ציוד הבית

לוח מס. 1: הימצאות פריטי ציוד נבחרים בבית הגמלאים (אחוזים)

סך הכל N	אחוזים	אין	יש, במצב לא תקין	יש, במצב תקין	פריט הציוד
153	100	13	24	63	מקרר חשמלי
153	100	21	23	56	דוד שמש או חשמל
153	100	43	25	32	מכונת כביסה
153	100	6	17	77	מיתקן בישול גז, חשמל
153	100	29	15	56	רדיו
153	100	34	16	50	טלויזיה
153	100	51	8	41	טלפון

17. ביישוב מספר 2 שיעור המחממים בעצים הוא 32%.

לוח מס. 1 מלמד כי:

- א. בחלק ניכר ממשקי הבית חסר ציוד בית בסיסי.
- ב. בשיעור לא מבוטל של משקי הבית התבלו פרטי ציוד במשך הזמן, וכנראה אין אמצעים לתקנם או לחדשם. שיעור הקשישים שכל הכנסתם היא קצבת הזיקנה גבוה באוכלוסייה הערבית יותר מאשר באוכלוסייה היהודית; 53% לעומת 33%¹⁸.
- ג. בולט היעדרם (או אי תקינותם) של מיתקני התקשורת - רדיו, טלויזיה וטלפון.

כל אלה מצביעים על רמת חיים נמוכה, שהשפעתה על איכות החיים ועל רווחת החולה הכרוני המרותק לבית או למיטה חזקה במיוחד: הרחצה בלא מיתקן לחימום מים אינה נוחה, בלשון המעטה, ומקשה גם על המטפל; היעדר מקרר אינו מאפשר שמירת מזון בקיץ ומצריך, על כן, השקעת זמן רב יותר בקניות ו/או בהעברת אוכל מוכן מבית לבית; היעדר מכונת כביסה מקשה מאוד ומוסיף עבודה רבה, ועל כן בהרבה מקרים הכביסה מכובסת בבית אחד הילדים ואף בביתה של המטפלת. קשה לחולה שאינו יוצא מן הבית, כשאינו יכול לשמוע רדיו ולראות טלויזיה: מאחר שאין הוא קורא, בין אם מפני שאינו יודע לקרוא ובין אם בגלל מצב עיניו, הוא מנותק מן העולם ומשעמם לו. אכן שמענו לא מעט תלונות על שעמום וכמיהה למגע עם העולם שמעבר לקירות הבית.

שני משתנים משפיעים על הימצאותם של אניזרים אלה במשק הבית:

1. היישוב שבו חי הגמלאי והתרבות המקומית
תפוצת ציוד הבית ותקינותו שונים ביישובים השונים. בולט ההבדל בין יישוב 3 לשני האחרים. כיישוב זה גבוה שיעור האנשים שיש להם רדיו ושיש להם טלויזיה (ההבדלים מובהקים), אולי בגלל השפעת הסביבה השונה - עיר גדולה מעורבת. כיישוב 1 שיעור פרטי הציוד שאינם תקינים גבוה מאוד (הבדלים מובהקים).

18. המוסד לביטוח לאומי, מינחל חמחקר והתכנון סקר 109, לוח מס. 1.

שיעור פרטי ציוד הבית ברשותם של זכאי הגמלה שונה בסוגי משק הבית השונים. הוא הנמוך ביותר במשק הבית שבו חי גמלאי בלבד, גדול יותר במשק הבית שחיים בו שני קשישים (בדרך כלל זוג), והוא גבוה ביותר במשק בית רב-דורי שחיים בו גמלאי וצאצאים (לוח מס. 2). שיעור הפריטים הבלתי תקינים הגבוה ביותר הוא במשק בית שבו חי זוג גמלאים. במלים אחרות: משק הבית של אלמנות שגרות בנפרד מילדים הוא דל ציוד ביותר. משק הבית המצויד ביותר הוא זה שחיים בו גמלאי וצאצאים, ברמת החיים של האחרונים.

לוח מס. 2: שיעור פרטי הציוד הביתי החסרים כמשקי הבית השונים (אחוזים)

סוג משק הבית	גמלאי בודד	זוג גמלאים	משק בית-רב דורי
אין מקרר	39%	3%	4%
אין מתקן לחימום מים	44%	16%	11%
אין מכונת כביסה	90%	35%	22%
אין רדיו	63%	20%	16%
אין טלוויזיה	71%	27%	16%

זכאים לגמלה שלא ניתן לראינם אישית

27 אנשים (18% מכל האוכלוסייה) לא רואיננו אישית. רובם (19) - מפני שהם מנותקים מן הסביבה (אינם מדברים, לא מגיבים) או שהיו חלשים מדי. שלושה אנשים לא רואיננו בגלל חירשותם. ושנים נוספים - מפני שהוגדרו על ידי בני משפחה כמכולכלים.

כצפוי, אוכלוסייה זו מוגבלת מאוד גם בתנועה: 73% מרותקים למיטה. כמו כן גבוה בהם שיעור האנשים המוגבלים בראייה או בשמיעה, והמתקשים בלעיסה. מסתבר אפוא, שאוכלוסייה זו זקוקה לתשומת לב רבה ביותר של ספקי השירותים. ואכן, מספר שעות הטיפול השבועיות המוקצבות להם כזכאים לגמלת סיעוד גבוה ממספר שעות הטיפול המוקצבות לשאר אוכלוסיית המחקר: 56% מהם מקבלים יותר מ-10

שעות שבועיות, לעומת 30% מן השאר. העו"ס מטעם הרשות המקומית מבקר אצל קבוצה זו יותר מאשר אצל שאר אוכלוסיית המדגם: 95% לעומת 78%. לעומת זאת, נציגי החברה המספקת שירותים ממעטים לבקר אצל קשישים אלה: 39% דיווחו על ביקור של נציג החברה בחודש שקדם לראיון, לעומת 58% משאר המרואיינים¹⁹. אין הבדל בין שתי הקבוצות בכל הנוגע לביקורים של רופא ושל אחות קופת חולים.

אוכלוסיית המטפלות

המטפלות²⁰ הן צעירות ומשכילות: הגיל השכיח הוא בין 18 ל-30 שנה, ולרובן המכריע השכלה של יותר מ-10 שנות לימוד, כלומר בוגרות תיכון. רובן אינן נשואות. 41% הן נכדות של מקבל הגמלה, 36% הן קרובות משפחה אחרות, או "נספח" לקרובי משפחה, כגון: בת דוד, בת או נכדה של אח, של אחות, של גיס או גיסה: כלה: אשת הנכד, אחות אשת הנכד, גיסת בן האח וכיו"ב. 10% הן שכנות או מכרות²¹ של בני המשפחה, 22% הן "זרות", כלומר אינן שייכות למערכת החברתית של משפחות מקבלי הגמלה (רובן מספקות שירותים לזכאים בעיר המעורבת). מכאן, שיותר משלושה רבעים מן המטפלות קשורים למשפחות המטפלים בקשרי מחויבות פרטיקולריסטיים. לממצא זה יש משמעויות רבות, שנעמוד עליהן בהמשך. כאן נציין את הקשר שבין ממצא זה לממצא נוסף – לכ-80% מאוכלוסיית המידגם לא היתה אלא מטפלת אחת מאז ההכרה בזכאותם לגמלה; כלומר, שיעור התחלופה של המטפלות אינו גבוה, והסיבות העיקריות לתחלופה הן הריון או נישואים (יותר משני שלישים). אי שביעות רצון מעבודתה של המטפלת הוזכר כסיבה להפסקת עבודתה של מטפלת ב-25% ממקרי התחלופה.

אנו למדים אפוא, כי האישה שנבחרה להיות מטפלת היא על פי רוב אישה צעירה רווקה, בת משפחתו של הזכאי או מקורבת למשפחתו, שעובדת עד לנישואיה ו/או עד להולדת ילדה הראשון. תסריט זה אינו כולל מוטיבציה ללמוד מקצוע, או עניין בסוג העבודה שהיא מבצעת.

19. המראיינים התרשמו, שלא כל המרואיינים ידעו להבחין בין סוגי העו"סים.

20. כל המטפלים, להוציא אחד, הן נשים. הגבר היחיד הוא עובד של חברה בהנהלת יהודים בעיר מעורבת. כלה אינה רשאית להיות מטפלת על פי תנחלים.

21. חברה של חבת, של נכדה; "קרובים המליצו"; "אנחנו מכירים אותה" וכיו"ב.

עבודת המטפלת

שעות העבודה

לפי הנוהלים, תכנית הטיפול נקבעת על ידי הוועדה המקצועית המקומית, במסגרת מספר שעות הטיפול השבועיות שמקציב חוק הסיעוד. עיתוי אספקת השירותים נקבע על ידי הוועדה המקומית בהתחשב בצרכי הזכאי ובבקשתו.

כל החברות מספקות השירותים טוענות²², שחשוב מאוד לשמור על כך שהמטפל יעבוד בשעות קבועות, הן מבחינת המטופל ומשפחתו והן מבחינת אפשרויות הפיקוח על העובד. על כן הממצאים הבאים מפתיעים במקצת:

47% מן המרואיינים דיווחו כי למטפלת אין שעות עבודה קבועות; 52% מאלה שדיווחו על שעות עבודה קבועות אמרו שהשעות נקבעו על ידי הוועדה או על ידי החברה מספקת השירותים; 34% אמרו שזמני העבודה נקבעו על ידי המשפחה, ו-14% - ששעות אלה נקבעו על ידי המטפל. מכאן, שהמציאות אינה תואמת את ההלכה²³: למעשה, זמן העבודה של המטפלות נקבע לעתים קרובות על ידי סביבתו החברתית של הזכאי לגמלה, והדבר מתאפשר בגלל קשרי הקירבה המתייבים בין המטפלת לבין המטופל ומשפחתו. עדות נוספת לכך שזמן העבודה של המטפלת נקבע לעיתים קרובות על ידי הסביבה החברתית של החולה, בלא התיעצות עם החברה מספקת השירותים, היא הממצא, ש-47% מן המטפלות מגיעים אל המטופלים יותר מפעם אחת ביום, לפי הסדרים בין המשפחה, המטופל והמטפלת: "היא שכנה וקרובה, לכן היא באה מתי שהיא ואנחנו רוצים, וזה מסתדר טוב". וכן: "אין שעות קבועות. כל יום איך שטוב לנו וטוב לה. לפעמים היא נשארת חמש שעות ולפעמים שתיים". חשוב לציין, כי אין היא מגיעה בהכרח למילוי מטלות טיפוליות ישירות: "לפעמים היא חוזרת אה"צ להכין לנו ממתקים".

קיומן של שעות עבודה קבועות של המטפלת קשור לסוג משק הבית שבו חי הקשיש: שעות קבועות הן הנורמה במשק בית תלת-דורי (קשיש עם בן נשוי ומשפחתו) בלבד:

22. שוחחנו עם מנהלי כל החברות הפועלות במגזר הערבי.

23. בנושא זה יש הבדלים ניכרים בין הוועדות המקצועיות השונות, כפי שנראה בפרק הון בהנדלים ביון היישובים השונים שנכללו במדגם.

ב-83% ממשקי בית אלה לעומת 48% בכל משקי הבית האחרים²⁴, שעות העבודה של המטפלת קבועות. (ר' לוח מס. 3).

הגמישות בעיתוי העבודה מלווה בגמישות בכמות שעות העבודה ובהיקף המטלות שאותן מבצעת המטפלת: 69% מן המרואיינים דיווחו, כי לפעמים המטפלת עובדת יותר מן השעות שהוקצבו לה, ו-26% דיווחו על עבודה כמספר השעות הקצובות; השאר - 5% - על אי שמירה על שעות העבודה המוקצבות (לעיתים). 16% דיווחו כי המטפלות אינן מבצעות אלא את המטלות הכלולות בתכנית העבודה הרשמית שלהן (כגון: רחצה, ניקיון אישי, סידור סביבת החולה, קניות, בישול); 84% עושות יותר מזה, כגון: מכבסות את הכביסה של כל בני הבית, מנקות את כל הבית ומסדרות את כל המיטות, וגם "יושבת ומדברת איתי" ו-"נכנסת גם אחר הצהריים לראות מה שלומי"²⁵.

גם משתנים אלה - מספר שעות העבודה והיקף המטלות שאותן מבצעת המטפלת - קשורים קשר סטטיסטי מובהק לסוג משק הבית (ר' לוחות מס. 3 ו-4). במשק הבית התלת-דורי, נוטות המטפלות לעבוד "לפי הספר" יותר מאשר בסוגי משק בית אחרים: בשעות קבועות, תוך הקפדה על משך זמן העבודה ועל תחומי העבודה.

24. X^2 מבחן

25. מידע זה קובץ בעיקר מתשובות לשתי שאלות פתוחות: א. כיצד אתה מבלה את היום כ. מה עושה המטפלת:

תאר יום עבודה רגיל.

(X^2 מבחן).

לוח מס. 3: עבודה בשעות קבועות והקפדה על כמות שעות העבודה, לפי סוג משק בית (אחוזים)

סוג משק הבית	עובדת שעות קבועות	עובדת בשעות לא קבועות	סך הכול N %	עובדת מספר השעות הקצובות	עובדת פחות או יותר מהמוקצב	סך הכול N %
תלת-דורי	83	17	100	52	48	100
אחר	48	52	100	21	79	100
סך הכול	53	47	100	26	74	100

$4.7 = \chi^2$
 $0.05 > P$

$4.9 = \chi^2$
 $0.05 > P$

לוח מס. 4: היקף המטלות המבוצע ע"י המטפלת, לפי סוג משק הבית (אחוזים)

משק הבית	יותר ממטלות החובה	מטלות החובה בלבד	סך הכול	N
תלת-דורי	52	58	100	23
אחר	90	10	100	122
סך הכול	84	16	100	145

$10.4 = \chi^2$
 $0.001 > P$

ההסבר לייחודו זה של משק הבית התלת-דורי וטמון במבנהו: רק במשק בית זה עובדת המטפלת במחיצת כלה של הזכאי לגמלה²⁶, ובין שתיים אלה יש כר נרחב למתח פוטנציאלי. מרואיינים אחדים העירו, כי "לא נעים" להם שהמטפלת, הנמצאת רק

26. כמעט כל הקשישים החיים במשק בית דו-דורי חיים עם בנות רווקות ר' לעיל.

שעות אחדות ביום, מקבלת שכר, ואילו הכלה, שרוב העבודה מוטלת על כתפיה אינה מתוגמלת. ייתכן שמצב זה גורם לכך ששני הצדדים, אך בעיקר המטפלת, מקפידים "להיות בסדר" מבחינה פורמלית.

73% מן המרואיינים מסרו, ש"קרה שהמטפלת לא הגיעה", וגם בעניין זה כולט משק הבית התלת-דורי: שיעור המטפלות במשק בית זה שלא נעדרו מן העבודה גבוה במידה ניכרת (אך לא מבהקת מבחינה סטטיסטית) מן השיעור המקביל במשקי בית אחרים. מן התשובות לשאלה "מה קורה כאשר המטפלת אינה יכולה להגיע" עולה, כי כרוב המקרים הבעיה נפתרת כמסגרת משק הבית או המשפחה (בת, בת זוג, בלה, נכדה), ובשאר המקרים המטפלת דואגת לשלוח מחליפה (אחות, אם). נשאל אחד בלבד דיווח, כי במקרה כזה הוא מודיע לחברה מספקת השירות.

תחומי העבודה

כדי ללמוד מה המטפלת עושה בפועל, שאלנו מי מבצע (בדרך כלל) פעולות טיפול אישי ומטלות בסיסיות של ניהול משק הבית: בישול, כביסה, ניקיון הבית, קניות, קשור עם קופת חולים, רחצה, סידור מיטה. מן התשובות לשאלות אלה למדנו כי יש שלוש אופנויות ביצוע של מטלות אלה: המטפלת בלבד מבצעת אותן; המטפלת כלל אינה מעורבת בביצוען; אנשים נוספים על המטפלת, ממשק הבית עצמו או מחוצה לו, מעורבים בביצוע מטלות אלה. עיון ראשוני בנתונים מלמד, שמידת מעורבותה של המטפלת בביצוע מטלות אלה אינה אחידה (לוח מס. 5); כמעט כל המטפלות מעורבות בביצוע מטלות ניקיון הבית וסידור המיטה, ולכשלושה רבעים מהן אין שותפים לעבודה זו; מאידך גיסא, שיעור המטפלות המעורבות בביצוע מטלות "חוץ ביתיות" כגון קניות וקשר לקופת חולים, נמוך יחסית, כנראה מפני שבביצוע מטלות אלה יש למטפלת שותפים מבני משק הבית או מחוצה לו. השיעור הנמוך, יחסית, של מעורבותה במטלת רחצת הזכאי לגמלה נובע מכך שגברים מעדיפים רחצה על ידי גבר, ולכן מטלה זו מבוצעת כמעט תמיד על ידי בנים או נכדים.

למס. 5: מעורבות המטפלת בביצוע מטלות משק בית נבחרות (אתוזים)

N	סך הכול	מישהו אחר בלבד	המטפלת ומישהו נוסף	המטפלת בלבד	מטלה
153	100	11	40	49	בישול
153	100	10	28	62	כביסה
153	100	1	23	76	נקיון
153	100	17	43	40	קניות
153	100	22	35	43	קופת חולים
153	100	16	29	55	רחצה
153	100	4	19	77	סידור מיטה

היקף מעורבותה של המטפלת בביצוע מטלות אלה קשור לסוג משק הבית: ביצוע כל אחת מן המטלות על ידי המטפלת בלבד גבוה ביותר במשק הבית החד-דורי (קשיש בודד או זוג קשישים ללא ילדים) ונמוך ביותר במשק הבית שבו הקשיש חי עם בת רווקה בוגרת²⁷ (לוח מס. 6), להוציא מטלת סידור המיטה של החולה. במלים אחרות - תרומתה של המטפלת למשק בית זה נמוכה, ואכן אין להתפלא על כך, שכן משק בית זה "סובל" מעודף כוח עבודה. ממצא זה מעמיד בשאלה את נחיצותה של המטפלת במשק בית מסוג זה. מאידך גיסא בולטת תרומתה של המטפלת למשק הבית החד-דורי, כלומר זה המאוכלס בקשישים בלבד. ביותר מ-80% ממשקי בית אלה היא המכבסת, המנקה ומסדרת המיטות.

27. במרבית משקי בית אלה (71%) לא מנשלים, והאוכל מובא מבית אחד הילדים; ב-49% ממשקי בית אלה הכביסה אינה מכובסת בבית, והקניות אף הן מבוצעות לרוב (80%) על ידי בני משפחה שאינם שייכים לאותו משק בית.

לוח מס. 6: ביצוע מטלות משק בית נבחרות על ידי המטפלת בלבד, בסוגים שונים של משקי בית (אחוזים)

מטלה	חד-דורי	רב-דורי	מובהקות*	משק בית שיש בו בת רווקה	אחר	מובהקות**
נישול	70	26	**	16	63	**
כביסה	81	42	**	33	74	**
ניקיון	94	58	**	42	90	**
קניות	65	14	**	9	53	**
קופת חולים	60	26	**	-	-	**
רחצה	60	49	-	31	65	**
סידור מיטה	86	67	-	69	80	-

* P<0.05

** נוסח השאלה: מי, בדרך כלל, מנקה את הבית? מכנס את הכביסה? וכו'.

לוחות 5, ו-6 מעלים, שתרומתה הבולטת של המטפלת בכל סוגי משק הבית היא במילוי שלוש מטלות: סידור מיטתו של החולה, ניקיון הבית וכביסה. מטלות אלה הן בבחינת העבודה הקשה והבלתי נעימה במשק הבית, במיוחד כאשר אין מכונת כביסה²⁸, וכאשר מדובר במיטתו של אדם הזקוק לשירותי סיעוד. ממצאים אלה תואמים תכנים של תשובות לשאלות פתוחות שונות²⁹, שחזרו והופיעו לעיתים די קרובות, כגון: "יש מי שעוזר לאשתי", או "לבתי"; היא "עושה הכל. מה היא לא עושה - מנקה, מכבסת, מבשלת, אפילו מכינה לנו ממתקים"; היא "באה ומתחילה לעזור לבת בניקוי הבית, סידור המיטות והכנת האוכל".

מכל אלה אנו למדים שכפועל יש חלוקת עבודה בין כוח העבודה המשפחתי לבין כוח העבודה הנוסף הודות לחוק הסיעוד; חלוקת עבודה זו נקבעת על ידי המשפחה (ראה

28. בהרבה משקי בית אין מכונת כביסה (לוח מ-1).

29. כגון: מה עושה המטפלת בשעות העבודה; האם אתה מרוצה עכשיו פחות או יותר ממאשר בתקופה שלפני קבלת הגמלה; נמק.

להלן), ואינה תואמת כהכרח את תכנית העבודה שהוכנה על ידי הוועדה המקצועית המקומית³⁰. לפי חלוקת עבודה זו תפקידה העיקרי של המטפלת, בכל סוגי משק הבית הוא ביצוע עבודות משק בית בסיסיות, כגון: ניקיון וכביסה וכן סידור מיטת החולה; והיא מעורבת פחות בפעולות של טיפול אישי. יש להזכיר בהקשר זה, כי מרביתן עובדות שעות רבות יותר מכפי שהוקצב למטופל שלהן במסגרת חוק הסיעוד. לאחר כל אלה לא ייפלא, שכמעט כל המרואיינים (97%) אמרו כי הם שבעי רצון מתכנית העבודה של המטפלת.

קביעת תכנית העבודה

התפלגות התשובות לשאלה "מי קבע את תכנית העבודה" מאשרת את הטענה דלעיל, שלפיה במרבית המקרים המשפחה היא זו הקובעת, למעשה, את תכנית העבודה של המטפלת: 56% אמרו, שהתכנית נקבעת על ידי המשפחה ו/או הזכאי לגמלה, ו-44% - שהתכנית נקבעת על ידי החברה מספקת השירותים, או על ידי הוועדה המקצועית המקומית. גם כאן בולט משק הכית שהקשיש גר בו עם בת מבוגרת רווקה: כ-84% ממשקי בית אלה, לעומת 45% משאר משקי הבית³¹, קובעת המשפחה (כלומר הבת) את תכנית העבודה של המטפלת. במשקי בית שבהם תכנית העבודה של המטפלת נתפשת כנקבעת על ידי חברי משק הבית, חלוקת העבודה בין המשפחה למטפלת מתוחמת פחות מאשר במשקי בית שבהם תכנית העבודה של המטפלת נתפשת כמוכתבת על ידי גורמים תיצוניים: בסוג הראשון של משקי הבית העבודה מתחלקת בין המטפלת למישהו אחר. בסוג השני גדול שיעור המשיבים כי המטפלת בלבד היא המבצעת את רוב המטלות. במלים אחרות - תיחום תפקיד המטפלת דיפוזית יותר במשקי בית בהם תכנית העבודה של המטפלת נתפשת כנקבעת מבפנים, מאשר במשקי בית בהם תכנית העבודה נתפשת כמכתבת מבחוץ.

30. לא בדקנו את תכניות העבודה חרשיות, אך מותר להניח שלא נאמר שם שחן חייבות לנקות את הבית כולו, לכנס את חכביסה של כולם וכיו"ב.

31. χ^2 מונחק.

לוח מס. 7: היעדרות המטפלת מן העבודה, לפי סוג הגורם הקובע את תכנית העבודה (אחוזים)

N	סך הכול	שכיחות ההיעדרות לפחות פעם אחת ³²	אף פעם	קובע תכנית העבודה
85	100	91	9	המשפחה
62	100	52	48	החברה או הוועדה

$$\chi^2 = 14.4$$

$$P < 0.001$$

תכנית העבודה הנקבעת על ידי המשפחה כוללת, ואולי אף בנויה, על גמישות בארגון העבודה: ליותר משני שלישים מן המטפלות העובדות לפי תכנית זו אין שעות עבודה קבועות, לעומת 12% משאר המטפלות³³; וכאשר שעות העבודה אינן קבועות, גדול שיעור המטפלות המבצעות גם מטלות שאינן חייבות בהן. כמו כן, כאשר המשפחה נתפשת על ידי הזכאי לגמלה ו/או על ידי בני משפחתו כאחראית לתכנית העבודה, היעדרות המטפלת שכיחה יותר, אך זכאי הגמלה אינו נפגע מכך כי יש מחליפה מקרב המשפחה.

איוש עמדת המטפלת

נושא זה נוגע לענייננו משתי בחינות: א. לימוד התהליך כפי המתנהל בפועל, ובדיקת ההלימה בינו לבין הנוהלים הקבועים ו/או המקובלים בעבודת הוועדות המקצועיות המקומיות. ב. מידת מעורבותו של הזכאי לגמלה בבחירת המטפלת וזיהוי קריטריוני הבחירה.

לשם הבנת הנושא נוהלה עם המרואייין (או עם בן משפחה) שיחה מובנית בנושאים שנקבעו מראש. ברוב המקרים התקבל התיאור הבא של התהליך: העובד הסוציאלי של הרשות המקומית (מטעם הוועדה המקצועית המקומית) הגיע כדי להודיע שהתביעה לגמלת סיעוד אושרה ו"שאל אותנו מי אנחנו רוצים שתהיה המטפלת; ביקש שנודיע

32. נוסח השאלה היה: "האם קרה שהמטפלת לא הגיעה לעבודה".

33. χ^2 מבחן.

לו, וכך עשינו". מאחר שחלק מן המשפחות היה מודע לתהליך זה, ההצעה היתה מוכנה מראש, נבדקה על ידי העו"ס או על ידי נציג החברה שנכחה לספק את השירות, וכאשר תאמה את דרישות החוק³⁴ היא אושרה. רק מיעוטם של המשיבים, בעיקר בעיר המעורבת, הציג את התהליך בצורה שונה. 11% בלבד מכל אוכלוסיית המתקר ציינו שהחלטה התקבלה על ידי גורמים חוץ-משפחתיים, קרי נציג הוועדה המקצועית המקומית או נציג החברה מספקת השירותים (לוח מס. 8).

לוח מס. 8: גורם שקבע מי תהיה המטפלת (אחוזים)

43%	הזכאי לגמלה (ובן הזוג)
31%	המשפחה
15%	הזכאי והמשפחה גם יחד
	נציג הוועדה המקצועית או נציג
11%	החברה מספקת השירותים
100%	סך הכול
149	N

יש קשר מבהק בין סוג משק הבית לבין מקבל ההחלטה מי איש את תפקיד המטפלת: זכאים לגמלה שגרים במשק בית חד-דורי נוטים להחליט בעצמם מי תהיה המטפלת (55%, לעומת 30% במשקי בית אחרים), כנראה מפני שבמשק הבית החד-דורי הקשיש הוא "בעל הבית"; במשקי בית אחרים אין הוא יכול להחליט לבד מי ייכנס לבית.

לוח מס. 8 מורה, ש-59% מהזכאים לגמלה משתתפים בקבלת ההחלטה בדבר מי תהיה המטפלת, ולמעשה הוא ו/או המשפחה קובעים, במרבית המקרים, מי תזכה בתפקיד. תפקיד הרשויות מצטמצם לאישור החלטה זו לאחר בדיקת חוקיותה. לא ברור האם בדיקה זו כוללת את בדיקת התאמתה של המועמדת לתפקיד. המרואיינים לא הזכירו זאת, ואף לא מנהלי החברות המספקות שירותי סיעוד במיגזר הלא-יהודי.

התפלגות הקריטריונים לבחירת המטפלת מעלה כי: 46% בחרו במטפלת בגלל קרבה

34. בענין זה יש הבדלים בין הישובים (הוועדות האזוריות) חשונים. בעיר המעורבת שיעור המרואיינים שלא קבעו בעצמם מי יהיה המטפל גדול יחסית.

משפחתית, 39% - על סמך קשרי ידידות והיכרות אישית, 4% - לפי המלצת העובד הסוציאלי³⁵, 7% - לפי המלצת המשפחה, השאר - מסיבות שונות. התפלגות זו מעניינת משלוש בחינות:

1. בחירת המטפלת לרוב איננה נקבעת על פי הנוהלים הפורמליים, קרי על ידי החברה האמורה לספק את השירות (כאמור לעיל).
2. קריטריונים אובייקטיביים, כגון: ניסיון ו/או ידע מקצועי, התאמה לסוג עבודה זה, לא הושמעו כלל.
3. ליד הקריטריונים המשפחתיים - פרטיקולריסטיים יש מקום גם לקשרים אישיים, בתוך המשפחה המורחבת או מחוצה לה: בוחרים מטפל על פי היכרות איתו, כולל טיב יחסיו עם הזכאי לגמלה ועם משפחתו.

על כן מתפתח תהליך קביעת המטפלת על פי רוב כדלקמן: כאשר מתאפשרת בחירה חופשית ובלי התערבות גורמים חיצוניים, מתחילים לחפש אחר מישהו מתאים³⁶ במסגרת המחויבות המשפחתית, כמובן בהתאם להוראות החוק. אם לא נמצא כזה, מרחיבים את קשת החיפוש לתחום הקשרים החברתיים שאינם קשרי קירבה ישירים, או אינם קשרי קירבה כלל, כגון שכנים. איוש התפקיד על ידי אדם בלתי מוכר, לפי המלצת נציג השירותים, מתבצע כאשר החיפושים בסביבה החברתית המורחבת אינם נושאים פרי; או כאשר יש הוראות ברורות לא לאפשר לזכאי ו/או משפחתו לבחור מטפל. מדיניות כזו נהוגה על ידי הוועדה המקצועית המקומית בעיר המעורבת, שבתחום "שיפוטה" יש רוב יהודי ומיעוט ערבי. 33% מן הנשאלים בעיר זו אמרו, שלא שותפו בהחלטה מי תהיה המטפלת, ו-41% אמרו, שאת ההחלטה קיבל נציג החברה שנקבעה כספק השירותים.

35 לא ברור האם הכוונה לעובד הסוציאלי של הרשות המקומית או לזה של החברה מספקת השירות.

36 אין אנו יודעים מהם השיקולים לבחירתה של נכדה מסוימת על פני שאר הנכדות.

סוג המטפלת המועדפת

התפלגות התשובות לשאלה "מה אתה מעדיף היום - מטפלת מן המשפחה או מטפלת שלא מן המשפחה" היא כלהלן:

לוח מס. 9: סוג המטפלת המועדפת (אחוזים)

74%	מן המשפחה
18%	שלא מן המשפחה
8%	לא משנה
100%	סך הכל
123	N

התפלגות זו מצביעה על העדפה ברורה למטפלת מן המשפחה. רק בעיר המעורבת קיימת העדפה למטפלת שלא מן המשפחה. ביישובים האחרים, ההומוגניים מבחינה תרבותית, רק משיבים בודדים ציינו העדפה זו.

המשיבים לשאלה איזו היא המטפלת המועדפת נתבקשו לנמק את תשובותיהם. בנימוקים להעדפת מטפלת מן המשפחה בולטות התשובות המעוגנת בתרבות המסורתית - "לא טוב להכניס זרים לבית", או "כן משפחה יודע לשמור סוד" - 42%. וסוג הנימוקים השני להעדפה זו מתייחס למוטיבציה של המטפלות: "היא עושה זאת יותר ברצון מאשר מישהו שלא מן המשפחה", וכן "היא נותנת שירות כי היא אוהבת אותי, כי אכפת לה" סוג הנימוקים השלישי להעדפת מטפלת מן המשפחה מתייחס להבנת המורכבות של הקשר מטופל - מטפל (44%): "מבן משפחה נעים יותר לבקש שירות" - 13%. היו גם תשובות ספורות מסוג "הכסף נשאר במשפחה". להנמקות להעדפת מטפלת שלא מן המשפחה אופייניים היעדר מרכיב אפקטיבי והיעדר

37. כסך הכל המרואיינים בנושא זה לא כלולים זכאי גמלה שלא ענו בעצמם על השאלון.

הגבלותיהן של נורמות של מחויבות בקשר שבין המטפל למטופל: "תמורת תשלום אפשר לדרוש עבודה" ו"היא באה לעבוד", "אין מעורבות אישית". מהתפלגות ההנמקות להעדפת סוג המטפלת ניתן ללמוד כי המניע המסורתי אמנם נפוץ, אך לא יותר מאשר זה המיוחס למוטיבציה של המטפלת, כולל מוטיבציה "עסקית" טהורה כגון שירות תמורת תשלום. מימצא זה נראה חשוב, כי פירושו הוא שלרוב האנשים חשובה מאוד המוטיבציה של המטפלת לספק את השירות; ברמה המעשית אפשר להשתמש בממצא זה בעת תהליך הקישור בין מטפלת למטופל.

שביעות רצון מן המטפלת

השאלה על מידת שביעות הרצון מן המטפלת היתה שאלה סגורה בת ארבע דרגות שביעות רצון. כמעט כל המרואיינים דירגו עצמם כמידה פחות או יותר שווה בשתי הדרגות הגבוהות ("מאוד שבע רצון" ו"שבע רצון"); כלומר, כמעט לא נמצאו מרואיינים שהביעו, בדרך גלויה, אפילו מידה זעומה של אי-שביעות רצון. זאת - למרות שקיימת אבחנה בין דרגות שביעות הרצון.

לוח מס. 10 מורה, ששביעות רצון מן המטפלת מושפעת מן המצב המשפחתי של הזכאי לגמלה: אלמנים (באוכלוסיית המחקר מדובר כמעט רק באלמנות) נוטים, פחות מנשואים, להיות שבעי רצון מן המטפלת. קשה להסביר מימצא זה אלא אם נתיחס לשביעות רצון מועטה מן המטפלת כבטוי של אי שביעות רצון כללי יותר - מעין אינדיקטור של "לא טוב לי". ואכן, לאלמנות שאינן גרות עם ילדים, ולבלתי נשואות הגרות לבדן (שכללנו אותן בקטיגוריות האלמנות בגלל מספרן הקטן באוכלוסייה זו) לא טוב מבחינות רבות: הכנסתן נמוכה מאוד, ציוד הבית לקוי,³⁸ וחלק גדול של היום הן לבדן; משעמם להן, ושעות השירות של המטפלת אינן מספקות את צרכיהן. ביטאה זאת כך אחת המרואיינות, הגרה מתחת לדירת האח: "כמו כלבה - מביאים לי אוכל, וזהו".

38. ההכנסה נמוכה, כי אין להן הכנסה משלהן והן מקבלות קצבה מן הביטוח הלאומי בגין הביטוח של הבעל. מצב ציוד הבית: ראה לוח מס. 2.

לוח מס. 10: שביעות רצון מן המטפלת, לפי מצב משפחתי (אחוזים)

מצב משפחתי	שבע רצון	מאוד שבע רצון	סך הכל	N
נשוי	36	84	100	55
אלמן	56	44	100	72
סך הכול	47	53	100	127

χ^2 לא מבהק.

שינויים בחייו של זכאי לגמלת סיעוד בעקבות ההכרה בזכאותו

השפעת הגמלה על רווחת המשפחה הקרובה

לפני ההכרה בזכאות לגמלת סיעוד טופלו 45% מאוכלוסיית המחקר על ידי בת או בנות, ו-24% - על ידי כלה. מטפלות אלה נעלמו מרשימת המטפלות³⁹, ובמקומן עובדות 48% נכדות, 29% קרובות אחרות או מקורבות למשפחה ו-21% "זרות" - שכנות או נשים שלא היה להן קשר עם המשפחה. במלים אחרות, בכמחצית המקרים הוצא הטיפול הפורמאלי מידי המשפחה הקרובה, ובחמישית מהמקרים חלק זה של הטיפול הועבר לידי "זרים". כוונת המחקר היתה להקל על המשפחה הקרובה, ולפי הנתונים שלעיל נראה, שמטרה זו הושגה במרבית המקרים.

השפעת הגמלה על רווחת הגמלאי

כדי לעמוד על השפעת הגמלה על רווחתו של הזכאי לה נשאלו שתי שאלות: "האם אתה מרוצה עכשיו פחות או יותר מאשר בתקופה שלפני קבלת הגימלה" (שאלה סגורה). לאחר מתן תשובה התבקש המרואיין לנמק את תשובתו. השאלה השנייה היתה: "האם הגמלה שינתה משהו בחייך", וגם כאן התבקש המרואיין לנמק את תשובתו. מהתפלגות התשובות לשאלות אלה עולה, כי מרבית הנשאלים אכן הרוויחו, כמוכן של רווחה (well being), מהענקת הגמלה: 85% אמרו שתל שינוי לטובה

39. להוציא ארבע כלות ביישוב אחד, המשמשות מטפלות גם כיום, בניגוד לנוחלים.

בחייהם, ו-81% מרוצים עתה יותר מאשר בתקופה שלפני קבלת הגמלה (לוחות מס. 11 ומס. 12). גם ההנמקות לתשובה החיובית היו באותו כיוון: פחות הכבדה על המשפחה; טיפול טוב יותר; עזרה רבה; הקלה הנובעת מכך ש"נוח יותר לבקש מן המטפלת", אם משום שהיא אינה בת משפחה ואם משום שהיא עובדת בשכר. ראוי להסב את תשומת הלב לקטיגוריה חיובית נוספת: יש עם מי לדבר. שיעור המנמקים כך את השינוי בחייהם עקב הענקת הגמלה אמנם נמוך, אך מוטיב זה הופיע בתשובות פתוחות שונות, ועל כן נראה שיש להוסיף לפונקציות הרשמיות של המטפלת גם את זו הבלתי מתוכננת. בגלל המספר הקטן של המציינים פונקציה זו לא ניתן לבדוק מיהם הזכאים לגמלה שפונקציה זו חשובה להם, אבל לא קשה לנחש: קשישים שגרים לבדם, ובמיוחד אלה שאין להם משפחה, אך היו גם תשובות בנוסח "טוב שיש עם מי לדבר מלבד עם הכת שלי". יש בממצאי המחקר אינדיקציה נוספת לחשיבותה של המטפלת בחייהם של הזכאים לגמלה הגרים לבדם: בתשובות לשאלה הפתוחה "כיצד אתה מבלה את היום?" המטפלת הוזכרה על ידי 64% מקשישים אלה, לעומת 50% מן הקשישים הגרים עם בני זוג ו-44% מן הקשישים הגרים במשק בית רב-דורי.

לוח מס. 11: השפעת הגמלה על חיי המקבל (אחוזים)		לוח מס. 12: שביעות הרצון בהשוואה לתקופה שקדמה לקבלת הגמלה (אחוזים)	
	השינוי בעקבות הגמלה		מרוצה יותר, כי:
22	נוח יותר לבקש מן המטפל	53	המטפלת עוזרת מאוד
9	יש עם מי לדבר	22	עכשיו מכביד פחות על המשפחה
33	הטיפול טוב יותר	6	משכורת מחייבת עבודה
21	מכביד פחות על המשפחה	4	מרוצה פחות
15	הגמלה לא שינתה דבר	15	מרוצה באותה המידה
	סך הכול	100	סך הכול
	N	127	N

נגישות הסיוע של בני המשפחה משפיעה על הרגשת הרווחה עקב הענקת הגמלה: מקבלי גמלה שאינם גרים עם ילדים או בקרבתם המידית⁴⁰ נוטים לציין ש"המטפלת

40. קרבה מידית: בדירה נפרדת, באותו בית או ממש לידו.

עוזרת מאוד" (78% לעומת 50% מבין הגרים עם ילדים או בקרבתם המידית) וכן הם מרבים לציין שהטיפול טוב יותר (38% לעומת 16%). לעומת זאת, אלה הגרים עם ילדים או בקרבתם המידית נוטים לציין שהענקת הגמלה מקלה על המשפחה (31% לעומת 9%). מסתבר אפוא, שהגמלה מסייעת ישירות לגמלאי שאינו חי ממש עם המשפחה כי הוא מקבל שירות טוב יותר, ומסייעת בעקיפין לזה שחי עם ילדים בכך שהוא מרגיש נוח יותר, מפני ששירותי המטפלת מפחיתים את הנטל מעל כתפי המשפחה.

הבדלים בין יישובים

בחרנו לראיין זכאים לגמלת סיעוד בארבעה יישובים המייצגים מעורבות שונה במערכת השירותים הסטטוטוריים, ומעורבות שונה - מינהלית וכלכלית - באוכלוסייה היהודית. ראינו את כל מקבלי הגמלה המוסלמיים (29 מרואינים) בעיר גדולה שיש בה אוכלוסייה לא יהודית די גדולה המקבלת שירותי רווחה בלשכה עירונית לשירותים חברתיים, משותפת לשתי האוכלוסיות, כולל ועדה מקצועית מקומית האחראית לביצוע חוק הסיעוד. ראינו את כל מקבלי הגמלה (73) בעיר מוסלמית קרובה מאוד ליישובים יהודיים גדולים, שנה ועדה מקומית מקצועית משלה, שהמרכז שלה הוא גם האחראי לטיפול בקשישים בלשכה לשירותים חברתיים של העיריה וכן את כל מקבלי הגמלה ביישוב מוסלמי גדול במרכז הגליל (40 מרואינים) שקיבל באותו זמן שירותי רווחה באמצעות "לישכה מקוכצת" שאחד מעובדיה, עובד סוציאלי לקשישים, ריכז את הוועדה המקצועית המקומית. כמו-כן ראינו את כל מקבלי הגמלה (11) ביישוב מוסלמי קטן המשתייך מוניציפלית למועצה אזורית שרוב יישוביה יהודיים ושהוועדה המקצועית המקומית שלה משותפת לכולם.

אין הבדלים במבנה הדימוגרפי של אוכלוסיות הגמלאים הזכאים ביישובים אלה, להוציא אלה הבאים: א) בעיר המעורבת, שלהלן תכונה יישוב 3, קטן שיעור הגמלאים שלפחות אחד מילדיהם גר בסביבה הקרובה ביותר (כולל באותו משק בית), מזה שביישובים האחרים - 59% לעומת 83%, ב) 84% מן הקשישים הגרים עם בת בוגרת רווקה חיים ביישוב 1.

בתחומים רבים הנוגעים לביצוע חוק הסיעוד מצאנו הבדלים בין היישובים. לוח מס. 12 מציג הבדלים אלה בצורה מרובזת. התנהגות אוכלוסיית יישוב 1 בכל הנוגע לביצוע חוק הסיעוד נראית תואמת את דגם החברה המסורתית, שרוב ההחלטות הן בידי המשפחה ולגורמים חוץ-קרבתיים אין השפעה רבה. מאידך גיסא ייתכן

שההבדל בין יישוב 1 ליישוב 2 אינו בהתנהגות האוכלוסיות, אלא בנוהלי העבודה של הוועדות המקומיות המקצועיות ושל שירותי הרווחה המקומיים. על פי השערה זו, הנראית סבירה יותר, נוהל העבודה של הוועדה ביישוב 1 הוא נוהל המדגיש אי התערבות ככל האפשר במסגרת החוק. ביישוב 2 ניכרת התערבות השירותים הסטטוטוריים: אמנם רוב המטפלות הן נכדות כמו ביישוב 1, אך לרובן יש שעות עבודה קבועות, אלה נקבעות על ידי עובד סוציאלי⁴¹, ותכנית העבודה של המטפלת גם היא נקבעת בדרך כלל על ידי השירותים. גם תופעת ההיעדרות מן העבודה מצומצמת יותר מבישוב. ביישוב השלישי, העיר המעורבת, מעורבותם של השירותים ניכרת עוד יותר: ההחלטה את מי להעסיק כמטפלת נתונה בעיקר בידי התברה מספקת השירותים, ורוב המטפלות לא היו מוכרות למטופלים לפני כניסתם לתפקיד; שעות העבודה ותכנית העבודה נקבעים לרוב על ידי השירותים; ברוב המקרים שעות העבודה הן קבועות, ואין עוברים על מספר השעות הקצובות; שיעור המטפלות המבצעות מטלות שאין הן חייבות בהן⁴², נמוך בהרבה מזה שביישובים האחרים; ההיעדרות גם כאן גבוהה, יחסית, אבל רק ביישוב זה יש המודיעים לחברה מספקת השירותים כאשר המטפלת אינה מגיעה.

41. התרשמנו שלא תמיד ברור לאיזה עובד סוציאלי הכוונה - לזה של הלשכה לשירותים חברתיים, או לזה של החברה מספקת השירותים.

42. הכוונה למטפלות המנקות את כל חנית, מכנסות את הכביסה של כל המשפחה, מבשלות לכולם, מכינות ממתקים לכולם וכיו"ב.

לוח מס. 12: תהליך קליטת המטפלת וארגון עבודתה⁴³ ריכוז ממצאים עיקריים⁴⁴

יישוב 3	יישוב 2	יישוב 1	
אדם שאינו קרוב**	נכדה	נכדה	מי המטפל הנוכחי
נציג החברה**	זכאי	המשפחה*	מי החליט מי תהיה המטפלת
	הגימלה**		
כן	כן**	לא**	האם שעות העבודה קבועות
עו"ס	עו"ס	משפחה	מי קבע את שעות העבודה
בדיוק כפי שקצוב**	יותר מן הזמן הקצוב*	יותר מן הזמן הקצוב*	כמה שעות עובד בדרך כלל
עו"ס	החברה**	המשפחה**	מי קבע את תכנית העבודה
כן	כן**	כן ³	האם קרה שהמטפלת נעדרה
לא	לא	כן*	המטפלת מגיעה לפעמים יותר מפעם ביום

לוח מס. 13 מורה, ששיעור מעורבותן של המטפלות בתחומים שונים של הטיפול האישי ושל עבודות משק הבית אינו זהה בשלושת היישובים.

43. נתונים מפורטים מופיעים במקומות שונים בדו"ח.

44. א. בלוח זה לא נכלל חכפר חמוסלמי שבמועצה אזורית בגלל מספרם הקטן של חמראיינים (11) ביישוב זה.

ב. תיאור היישובים ומספר חמראיינים הוצגו בעמוד הקודם. ביישוב זה ציינו כל חמראיינים כי קרה שחמטפלת נעדרה מן העבודה.

45. * $P < 0.05$ ** $P < 0.01$

לוח מס. 13: המטפלות המעורבות במטלות משק הבית והטיפול האישי, לפי יישוב (אתוזים)

המטפלת אינה מבצעת			המטפלת לבדה מבצעת			מ ט ל ה
יישוב 3	יישוב 2	יישוב 1	יישוב 3	יישוב 2	יישוב 1	
55	3	34	38	72	33	בישול
21	3	11	38	95	48	כביסה
1	-	1	69	100	62	ניקיון
14	23	14	55	35	32	קניות
14	25	22	79	32	30	קישור לקופת חולים
7	7	23	34	73	41	רחצה
7	-	4	38	97	78	סידור מיטה

ההבדלים העיקריים בין היישובים הם:

א. הפעילות הבלעדית של המטפלת גבוהה ביישוב 2 מזו שביישובים האחרים כמעט בכל מטלות משק הבית שנכללו בשאלון. ביישוב זה היו 91% מן הנשאלים מעורבים בבחירת המטפלת (לעומת 77% בשאר היישובים), ורובם (82% לעומת 19% ביישובים האחרים⁴⁶) בחרו בה מפני ש"היא קרובה". הליך זה וסיבה זו להעסקת עובד מתזקים את נורמות המחויבות למשפחה ולקרובים אחרים, לעומת המחויבות למעסיק הפורמלי - החברה שאצלה היא רשומה כעובדת. ייתכן שיש בכך הסבר חלקי למעורבות הגבוהה של המטפלת בכל מטלות משק הבית.

ב. יישוב 3 שונה מן השניים האחרים בשיעור הנמוך של מעורבות המטפלת בבישול ובכביסה ובשיעור גבוה של קישור לקופת חולים⁴⁷. ייתכן שהבדלים אלה קשורים למעורבות הרבה יותר של גורמים חוץ - משפחתיים בקביעת תכנית העבודה ובאיוש משרת המטפלת⁴⁸: כשזו אינה מוכרת למטופל

46. מבחן ברמה 0.001.

47. ראה תחום "מטפלת כלנד" בלוח מס. 13.

48. ביישוב 3 גדול שיעור הזכאים לגמלת סיעוד שלא נתבקשו לבחור במטפלת: 33% לעומת 16% בשאר היישובים.

ולמשפחתו, אין היא מחויבת להם מעבר לתנאי ההעסקה, שנקבעו על ידי החברה המעסיקה אותה.

המובא עד כאן על ההבדלים בין היישובים מעיד על כך שאחד הגורמים המרכזיים להבדלים אלה הוא פעילות הוועדה המקצועית המקומית בהפעלת החוק ובפיקוח על הכיצוע. שוחחנו עם שניים ממרכזי ועדות אלה (יישוב 2 ו-3) לפני תחילת ראיון אוכלוסיית המחקר, ומה ששמענו בשיחות אלה אושר על ידי הממצאים. ביישוב 3 (העיר המעורבת) שיעור המטפלים המוצעים על ידי התכרות המספקות שירותים גבוה, יחסית (55% לעומת 5% בשאר היישובים) ($P < 0.001$), אם כי גם כאן מאשרים העסקת נכדות "כשאינן פיתרון טוב יותר". עם זאת אפשר להניח, שגם לתרבות המקומית יש השפעה. כך, למשל, בעיר המעורבת משפחות הזכאים מעדיפות מטפלים זרים על פני מכירים, מסיבות הקשורות במערכת החברתית המסובכת של אוכלוסייה זו (לדברי העובד הסוציאלי של הלשכה המקומית לשירותים חברתיים).

נסיים את הדיון בהבדלים בין היישובים בהצגת נתון נוסף המעיד על נוהלי עבודה שונים של הוועדות המקצועיות המקומיות: 9% מסך כל המטפלות (14 מטפלות) אינם תואמים להגדרה הפורמלית של מטפלת⁴⁹: הם כלות של הזכאים לגמלה או נכדות הגרות באותו בית או ממש לידו, ואחת צעירה מגיל 18. עשר ממטפלות אלה הן ביישוב 1, וארבע – ביישוב השייך מוניציפלית למועצה אזורית; כלומר – התופעה קיימת ב"איזור השיפוט" של שתי ועדות, ואינה קיימת בשנים הנותרים⁵⁰. אני מודעת לעובדה, שהוועדות אינן בוחרות בעצמן את המטפלת, ואף על פי כן אני סבורה שממצא זה קשור לכך שנוהלי העבודה של הוועדות שונים. זאת, מפני שהקשר בין העובד הסוציאלי בשטח לבין הוועדה המקצועית המקומית: ביישוב 1 העובד הסוציאלי לקשישים של העיריה הוא גם מרכז הוועדה המקצועית המקומית. העובד הסוציאלי ביישוב השני שבו נמצאה תופעת מטפלות שלא נבחרו על פי הנוהלים אמנם אינו חבר בוועדה המקומית המקצועית, אבל הרפרנט שלו לנושא

49. מטפלת לא חוקית על פי דיווח המרואיינים. לא נשאלה שאלה ישירה, אך נשאלו שאלות על יחס הקרבה בין המטפלת למטופל. במספר מקרים הסקנו שחמטפלת אינה חוקית מתוך דברים שנאמרו כתשובה לשאלות פתוחות, לרוב בכל הנוגע למקום מגוריה של הנכדה המטפלת. מאחר שמדע זה מקרי בחלקו, ייתכס שמספר המטפלות הבלתי חוקיות גבוה יותר.

50. החברה שמספקת שירותים ביישוב הקטן השייך למועצה אזורית מספקת שירותים גם ליישוב 1. אבל שם פועלות גם חברות אחרות.

הקשישים בלשכה לשירותי רווחה של המועצה האזורית משמש גם מרכז אותה ועדה. קשה להאמין, שהעו"ס בשטח אינו יודע מיהן המטפלות איתן הוא נפגש בביקוריו אצל מקבל הגמלה (במקרה הספציפי - כלות שגרות עם קשיש), וקשה להאמין שהוא/היא מסתיר במתכוון מידע זה מן הממונים עליו בלשכה לשירותי רווחה (קרי, עובד הקשישים של הלשכה, המשמש גם כיו"ר הוועדה המקצועית המקומית), מה גם שהוא/היא יודע שהוועדה עורכת ביקורים (ברוטציה חדשית) אצל כל מקבל גמלה באיזור שיפוטה⁵¹.

פעילות שירותי הרווחה והבריאות

בביצוע חוק הסיעוד מעורבים ישירות, אף כי לא באופן פורמלי⁵², שירותי הרווחה המוניציפליים וקופות החולים השונות באמצעות סניפיהם המקומיים; שהרי מטרת החוק היא לסייע בטיפול בקשיש החולה, ולאפשר לזקוק לטיפול סיעודי לחישאר בביתו ככל האפשר⁵³. מטרת אלה אינן ניתנות להשגה בלא שירותי הבריאות והרווחה המקומיים, ועל כן יש מקום לברר במסגרת עבודה זו את פעילותם של שירותים אלה בטיפול בזכאי לגמלה ובמעורבותם בפיקוח על ביצוע החוק⁵⁴ ועל רווחתם של הזכאי לגמלה, כפי שפעילות זו נתפשת על ידי המרואיינים. על כן שאלנו על תכיפות הביקורים של הרופא, של אחות קופת חולים, של העובד הסוציאלי של הרשות המקומית ושל נציג החברה מספקת השירותים.

51. מידע שמסרה יו"ר הוועדה המקצועית המקומית בראיון איתה.

52. ואולי בכל זאת באופן פורמלי, שהרי הוועדה המקצועית המקומית מורכבת, בוודאי לא במקרה, מנציג של שני שירותים אלה ומנציג המוסד לביטוח לאומי. כמו כן, החוראות מחייבות לפתוח תיק בלשכה לשירותים חברתיים לכל מי שמוכר כזכאי לגמלת סיעוד, ולכן שירותי הרווחה חייבים להיות מעורבים, גם אם הגמלאי לא פנה בעצמו לשירות זה.

53. כהן ש., חוק ביטוח סיעוד - התארגנות לקראת הפעלה, בטחון סוציאלי 30, 1987, Morginstin B, National Insurance Institute, (Series B), July 1988, discussion paper 1

54. רופא ואחות קופת חולים אחראים לשירות הרפואי הכולל, ונתור שכאלה הם מפקחים על השירות הניתן על ידי המטפל מטעם החוק: אם, לדעתם, חטיפול לקוי, הם חייבים להתערב. שירותי הרווחה קשורות בהפעלת החוק, מפני שהם מספקים את השירותים שאינם כלולים בחוק הסיעוד, כגון: טיפול פרטני, תיאום בין השירותים, אספקת ציוד חסר.

ביקורי רופא

54% מן המרואיינים דיווחו, שביקר אצלם רופא בשלושת החדשים שקדמו לראיון; קצת יותר ממחצית ביקורים אלה היו ביקורים של רופאים פרטיים. לא שאלנו מדוע מעדפים ביקורים של רופאים פרטיים.

ביקורי רופאים אינם מושפעים ממידת המוגבלות של מקבלי הגמלה: אין הבדל בביקורי רופאים בין מרותקים למיטה לבין כאלה שאינם מרותקים.

שיעור ביקורי הרופאים בשלושת החדשים שקדמו לראיון שונה בכל יישוב:

יישוב 1 - 48%

יישוב 2 - 80%

יישוב 3 - 32%

אין סיבה לשער שמצב הבריאות של הזכאים לגמלה ביישוב 2 קשה יותר מזה שביישובים האחרים. לכן מותר לשער שההבדל בין היישובים נובע ממדיניות מקומית שונה של שירותי הבריאות ו/או מצורות שונות של אופן השימוש בשירותים.

ביקורי אחות

אחות קופת חולים ביקרה לפחות פעם אחת בשלושת החדשים שקדמו לראיון אצל 31% מן המרואיינים. אין הבדל בין זכאים המרותקים למיטה לבין זכאות פחות מגבלים בשיעור הביקורים של האחות. יש הבדל בשיעור ביקורי האחות ביישובים השונים.

ביישוב 1 האחות ביקרה אצל 25% מהזכאים לגמלה

ביישוב 2 האחות ביקרה אצל 28% מהזכאים לגמלה

ביישוב 3 האחות ביקרה אצל 54% מהזכאים לגמלה⁵⁵.

ביקור נציג החברה מספקת השירותים⁵⁶

לפי דיווח המרואיינים, רק מעט מעל מחציתם זכו לביקור נציג החברה מספקת

.55 P < 0.001

.56 המראיינים התרשמו שלעיתים המרואיינים לא ידעו להבחין בין העובד הסוציאלי של הרשות המקומית לבין זה של החברה מספקת השירותים.

השירותים בחודש שקדם לראיון; 25% דווחו על כקור אחרון של נציג החברה "לפני חדשיים", השאר אמר "הוא היה מזמן" או "לא זוכרת מתי היה". נציג החברה ביקר אצל מוגבלים ומכולבלים⁵⁷ פחות מאשר אצל מקבל גמלה בריאים יותר - 61% לעומת 87%⁵⁸.

תכיפות ביקורי נציג החברה מספקת השירותים שווה ביישובים שנכללו במחקר:

ביישוב 3 דווחו 59% מן המרואיינים שלא היו ביקורים של נציג החברה, או "היו מזמן"; בשני היישובים האחרים שיעורים אלה היו נמוכים בהרבה.

ביקורי עובד סוציאלי של הרשות המקומית⁵⁹

בשלושת החדשים שקדמו לראיון ביקרו עו"סים של הרשות המקומית אצל 80% מן המרואיינים, ואצל מחציתם הם ביקרו יותר מפעם אחת. ביקורים של עו"ס אצל חולים מאוד ומכולבלים (אלה שלא ניתן לראינם אישית) תכופים יותר - 96% לעומת 78% אצל חולים פחות⁶⁰. גם כאן שיעור הביקורים שונה ביישובים השונים: ביישוב 2 השיעור הוא 60% לעומת 88% בשניים האחרים⁶¹.

נתונים אלה על פעילות השירותים (כפי שזו נתפשת בעיני הלקוחות) מורים, שפעילות זו נקבעת ברמה המקומית. כך, למשל, אחות קופת חולים פעילה ביישוב 3 הרבה יותר מאשר בשאר היישובים, והעובד הסוציאלי המקומי ביישוב 2 פעיל הרבה פחות מאשר ביישובים האחרים. אחת הסיבות להבדלים אלה יכול להיות השוני בתיקני כוח האדם בשירותים הנדונים ביישובים השונים⁶². אינדיקציה נוספת

57. מקבלי גמלה שלא ניתן לראינם.

58. $P < 0.05$.

59. המראיינים חתשמו שהמרואיינים לא תמיד ידעו להבחין בין העובד הסוציאלי של חברה מספקת חירותים לבין זה של הרשות המקומית.

60. $P < 0.05$.

61. $P < 0.001$.

62. א. וייל, ח. שירותי רווחה לזקנים במיגזר הערבי בישראל, אש"ל 1990.

ב. משרד העבודה והרווחה, דו"ח מישרות ועובדים במחלקות לשירותים חברתיים, מתפרסם מדי שנה.

לקביעת מדיניות השירותים ברמה המקומית היא: לשאלה אם זקוק לעזרי תנועה, כגון הליכון או כסא גלגלים, ענו בחיוב חמישה; ארבעה מהם הם מיישוב 1.

שאלנו על שירותים חסרים. 16% מן המרואיינים מעוניינים באפשרות לצאת מן הבית; 6% רוצים "טיפול רפואי בבית", ושיעור קטן יותר מבקש תנור חימום.

ד י ו ן

הממצאים מלמדים, שמרבית המטפלות הן קרוכות משפחה או מקורבות למשפחת הזכאי לגמלה, שרובן גויסו לעבודה על ידי הזכאי לגמלה ו/או משפחתו, ולא על ידי החברות מספקות השירותים. אלא בדקו את התאמת המועמדות לעבודה לפי הוראות החוק ורשמו אותן כעובדות בחברה ללא הכנה לעבודה, וכנראה גם בלי לבדוק את התאמתן לעבודה. חלק ניכר עובד שעות רבות יותר מכפי שהקציבה הועדה המקצועית מקומית והן מבצעות גם מטלות שאינן כלולות בתכנית העבודה הרשמית. תכנית העבודה וזמן העבודה נקבעים במשא ומתן בין הזכאי ו/או משפחתו לבין המטפלת, בהתאם לצרכים של שני הצדדים. כשהן נעדרות מן העבודה ממלא את מקומן מישהו מן המשפחה, או הן דואגות לשלוח מחליפה; אין מודיעים לחברה שאצלה היא רשומה כעובדת. כמעט כל הזכאים שרואיינו ו/או בני המשפחה שהשתתפו בראיון הביעו שביעות רצון מן ההסדרים הנהוגים; לא שמענו תלונות, להוציא שני גברים: האחד אינו מרוצה כי הוא מעדיף מטפל ממין זכר, ואילו השני אינו מרוצה מן המטפל שהחברה שלחה ושלא הכירו קודם לכן. לפיכך נראה שהמצב טוב בכל הנוגע לשביעות הרצון של המשתתפים בפעולה: כמעט כל הזכאים לגמלה ומשפחותיהם מרוצים; הטיפול כנראה נאות (השירותים הרפואיים אינם מתלוננים על הזנחה), וייתכן מאוד שרוב המטפלות מרוצות. החברות שעליהן לספק את השירותים מרוצות פחות, בעיקר בגלל היעדר אפשרות לתחרות חופשית ביניהן⁶³, אבל הן מרוצות מן ההכנסה. אולם שביעות הרצון מן התוצאה, גבוהה ומקיפה ככל שתהיה, אינה מלמדת על הגשמת כוונות המחוקק ואינה מלמדת על רמת הביצוע ועל יעילותו. על כן שומה עלינו לבדוק את הקשר בין ממצאי המחקר לבין כוונות המחוקק. כמו כן יש לבחון את הממצאים בלא קשר למטרות המחוקק, על מנת לעמוד על משמעותם הרחבה יותר.

האם הושגו מטרות המחוקק

מפרסומים של ש. כהן (1987)⁶⁴ וכ. מורגנשטיין (1988)⁶⁵ אנו למדים שגימלת

63. תמונה זו עולה מן הראיונות עם ספקי השירותים.

64. כהן ש., חוק ביטוח סיעוד-חתיארגנות לקראת הפעלה, בטחון סוציאלי 1987.

65. 1. (Series B), July 1988. Morginstin B, National Insurance Institute, discussion paper

הסיעוד "נועדה להשתתף בכיסוי ההוצאות שיש לזכאי על רכישת שירותי סיעוד...".
"השירותים... נועד לסייע בטיפול הישיר בקשיש כניגזר ממצבו התפקודי" (כהן,
עמ' 9); מורגנשטיין אומרת

"The aim of the personal benefit is to enable dependent persons to remain at home for as long as possible, and to strengthen family caregivers by providing services..."

במלים אחרות: הגמלה נועדה לקניית שירותים על מנת: 1. לסייע בטיפול הישיר בחולה; 2. לחזק את המטפלים המגויסים מתוך המשפחה; ועל ידי כך - 3 - למנוע אשפוז או לדחותו ככל האפשר. ההוראה המחייבת קניית שירותים מגורם חוץ-משפחתי אמורה להבטיח את השגת מטרה מס. 2 - חיזוק המטפלים המשפחתיים על ידי הפחתת עומס הטיפול; כמו כן היא אמורה להבטיח טיפול מקצועי יותר, מפני שההוראה מחייבת הדרכה מקצועית. המחקר הנוכחי לא התייחס כלל למטרה השלישית - מניעת אשפוז.

להלן נבדוק מה מלמדים ממצאי המחקר על השגת שתי המטרות הראשונות.

א. השגת המטרות תלויה בסוג משק הבית שבו חי הזכאי לגמלה: זכאים הגרים עם ילדים נוטים לציין שהם מרוצים מן הגמלה כי היא מפחיתה מן הנטל הרובץ על המשפחה; לעומתם מציינים אלה הגרים בנפרד מילדים, כי הם מרוצים מפני שהם נהנים מן הטיפול הישיר של המטפלת. קשר זה בין סוג המטרה לסוג משק הבית נמצא גם בנתונים על ביצוע מטלות שירות נבחרות על ידי המטפלת: לוח מס. 6 מעיד על מרכזיותה של המטפלת בחיי היום יום של הזכאי לגמלה הגר בנפרד מילדים ("טיפול ישיר"), לעומת תרומתה למשק הבית שבו חי הזכאי עם ילדים ("הפחתת עומס", או "חיזוק" המשפחה המטפלת); במטלות הטיפול הישיר (רחצה, סידור מיטה) היא מעורבת פחות מאשר מי שמטפלת בזכאי שאינו גר עם ילדים.

ב. כוונת המחוקק היתה לספק לגמלאי שירותים באמצעות כוח עבודה חוץ-משפחתי ולא לתגמל את המשפחה עבור שירותים שהיא מספקת. ממצאי מחקר זה מלמדים, שלעתים קרובות המציאות אינה תואמת כוונה זו: בחלק גדול מן המקרים הכסף נשאר במשפחה, אם כי לא תמיד במשק הבית בו חי הזכאי לגמלה. המטפלת השכיחה היא נכדה, ואם אין נכדה זמינה בוחרים בקרוב אחר: אשת הנכד, בת או נכדת אח או אחות וכיו"ב. רק כאשר אין כאלה מרחיבים את מעגל החיפושים לשכנות או לנשים שאין להן קשר עם המשפחה. הנימוק

להעזפת קרובים הוא נורמות תרבות (אסור להכניס זרים לבית, יש לשמור על סודות המשפחה) או נורמות של מחויבות בין קרובי משפחה (קרובים נותנים שירות ביתר ברצון), אך במקביל להנמקות הנורמטיביות האלה אין ספק, שהתמורה עבור השירות הממומן באמצעות גמלת הסיעוד נשאת כמשפחה, אם כי לרוב לא במשק הבית שבו חי הגמלאי. תוך כדי עריכת המחקר למדנו⁶⁶, שמקור הכנסה זה עלול להיות מוקד מתח במשפחה, ודבר זה בוודאי לא היתה בכוונת המחקר. לעתים נוצר מתח בין הבנים ו/או בין הבנים להורה: כל אחד מעוניין שהבת שלו (כלומר משק הבית שלו) תזכה בתפקיד, בגלל התמורה הכספית הצמודה; ואלה שלא זכו בכך מפסיקים את השתתפותם בטיפול בהורה. כמשק בית רב-דורי יכול להיווצר מתח בין הכלה או הבת של הזכאי לגמלה לבין מי שנבחרה להיות המטפלת והוריה. עקרת הבית (הכלה או הבת), שסיפקה את כל השירותים עד לאישור הזכאות לגמלת סיעוד והממשיכה לספק את רוב השירותים גם לאחר מכן, עלולה לראות עצמה מקופחת כאשר התמורה עבור השירות מגיעה למישהו אחר, גם אם מתוך המשפחה. ממצאי המחקר מעידים על קיומו של מתח כזה. מרואיינת אחת אמרה: לא נעים לי שכלתי, שעושה את רוב העבודה, אינה מקבלת כסף.

ג. אספקת שירותים באמצעות גורם חוץ-משפחתי אמורה להבטיח טיפול ברמה מקצועית מסוימת, בהנחה שכוח העבודה הטיפולי מקבל הדרכה מקצועית ונתון לפיקוח של אנשי מקצוע. בנושא זה נתוני המחקר אינם ברורים. מצד אחד, לרוב המטפלות אין הכשרה והן אינן מעונינות להתקדם מקצועית. הראיה – החברות מתקשות מאוד למצוא מטפלות שמוכנות להגיע לימי השתלמות, שלא לדבר על לימודים מרוכזים יותר. רוב המטפלות של הזכאים הכלולים במחקר הן נשים צעירות העובדות על לנישוואיהן או עד הולדת הילד הראשון. הפיקוח – הדרכה במקום העבודה על מספר גדול מאוד של מטפלות⁶⁷ המפוזרות כמספר יישובים אינו יכול להיות יעיל, אלא בתוספת גדולה של כוח אדם מפקח. מצד שני, מרכזי הוועדות המקצועיות המקומיות שאתם שוחחנו ציינו כולם, שהטיפול בהחלט משביע רצון, ואין תלונות של השירותים הרפואיים (קופת חולים); אחת מהן אף ציינה כי לדעת חברי הוועדה שלה הטיפול

66. לא נשאלה שאלה ישירה בעניין זה; ההערות ניתנו בתשובות לשאלות פתוחות.

67. מספר המטפלות שווח, למעשה, למספר הזכאים: באוכלוסיית המטפלות חיתח אחת שטיפלה בשני זכאים, וכל ספקי השירותים ציינו שכמעט אין מקרים כאלה, להוציא אותם מקרים בודדים, בהם שני בני הזוג זכאים לגמלה.

במקרים הסיעודיים הקשים במיגזר הערבי שבתחום פעילותה טוב יותר מאשר במיגזר היהודי: אין ריח שתן, ואין פצעי לחץ.

ד. העסקת נכדים/ות של זכאי לגמלה כמטפלים מתאפשרת לפי הנחיות האגף לשיקום וסיעוד של המוסד לביטוח לאומי לוועדות המקצועיות המקומיות. הנחיות אלה נערכו לראשונה בתקופה שבה התחילו לבצע את החוק, כאשר היה חשש סביר להיעדר שירותים זמינים במיגזר הערבי, ובמקביל סכרו שלא תתאפשר במיגזר זה כניסת (עובדים) זרים לביתם של הזכאים לגמלה. המציאות בכל הנוגע לזמינות שירותים השתנתה לחלוטין מאז תחילת הפעלת החוק, ונושא זה אינו יכול עוד להיות סיבה להעסקת קרובים. ממצאי המחקר מורים, ששיעור הנכדות המטפלות בכלל אוכלוסית המחקר היא 41% (אך יש לזכור, ששיעור זה שונה בישובים השונים), שיעור שאולי נמוך מן הצפוי בחברה שנחשבת למסורתית⁶⁸. לא ידוע האם שיעור המטפלות הנכדות פחת מאז הפעלת החוק, אך השיעור הנמוך יחסית שנמצא במחקר מעיד על כך שיש כיום נכונות לקבל שירותים גם ממי שאינם קרובים כמוגדר בהנחיות, ואף ממי שאינם קרובים כלל.

מינהל ביצוע החוק

החוק מתבצע על פי הוראות והנחיות של האגף לשיקום וסיעוד של המוסד לביטוח לאומי באמצעות הוועדות המקצועיות המקומיות והחברות המורשות לספק את השירותים. בנוסף להוראות אלה, פועלות החברות המורשות לספק שירותים על פי חוזה עם המוסד לביטוח לאומי המחייב אותן באחריות למתן השירות ובפיקוח על העובדים, והקובע נוהלי קשר ודיווח. לפי הסכם זה המטפלים מועסקים על ידי החברות בעלות הרשיון, ויש ביניהם יחסים של מעסיק - עובד, כמקובל. הוועדה מחליטה אלו שירותים יש לספק לזכאי לגמלה, והחברה קובעת את תכנית העבודה של המטפל/ת מבחינת המטלות שיש למלא ומבחינת שעות ביצוען. החברה אחראית להדרכת המטפלים ולפיקוח על עבודתם.

למדנו ממצאי המחקר שרוב כוח האדם המיועד לתפקיד מטפלת מגויס על ידי

68. שיעור הקשישים בחברה זו, שיש להם נכדים, הוא 96%, וכמעט אין קשישים שאין להם ילדים ביישוב שבו הם חיים. (וייל, עזאיזה, גולדשר, קינג 1988).

המשפחות, לעיתים קרובות לפי בקשה מפורשת ("העו"ס שאל: את מי אתם מציעים כמטפלת") של נציג הוועדה המקצועית המקומית, או של נציג החברה שנבחרה לספק את השירות: 41% מטפלות הן נכדות, ו-36% הן קרובות משפחה אחרות או שכנות, חברות וכיו"ב. המשפחה מחפשת במאגרי כוח האדם שלה, ואם אינה מוצאת שם, מועבר החיפוש לסביבה החברתית הקרובה. המטפלת היא בבחינת נבחרת המשפחה למילוי תפקיד המטפלת⁶⁹, והזכיה בו מחזקת את מחויבותה למסגרת הקירבה ועושה אותה חיבת בנאמנות ואחריות (accountable) בראש וראשונה למסגרת זו. מחויבותה לחברה המעסיקה אותה פורמלית בלבד, גם מפני שהיא והמשפחה יודעים שאין לחברה כוח אדם חילופי, ומכל מקום, אם תיזרש החלפה גם היא תגויס מתוך המסגרת המשפחתית: בכל המקרים שבהם היתה לגמלאי יותר ממטפלת אחת ביישובים שאינם עיר מעורבת, גם המטפלות הקודמות היו נכדות או קרובות אחרות. החברות מציעות כוח אדם כמעט רק בעיר המעורבת. במקומות אחרים כנראה אין להן היצע⁷⁰, אולי מפני שההסדר המקובל - שהמשפחה דואגת לאיוש התפקיד - אינו מאפשר ואינו מצריך פיתוח כוח אדם אחר.

יותר ממחצית המרואיינים סבורים, שהם ו/או המשפחה קובעים את תכנית העבודה של המטפלת; רק כרבע מכל המטפלות עובד במסגרת השעות הקבועות על ידי הוועדה המקצועית המקומית, ולכמעט 50% אין שעות עבודה קבועות. עיתוי העבודה ותכניה נקבעים, למעשה, על ידי משא ומתן בין המשפחה והמטופל לבין המטפלת כשהגורמים בעלי המשקל במשא ומתן זה הם הצרכים של משק הבית, של הזכאי לגמלה וזמן העבודה הנוח למטפלת. החברה מספקת השירותים אינה צד במשא ומתן זה, אף על פי שיש לשער שהיא מודעת לקיומו.

לאור ממצאי המחקר ניתן לתאר את התהליך בערך כך: המשפחה מסכמת עם המטפלת המועמדת את תחומי העבודה ומועדיה, ולאחר מכן היא מוצעת לחברה כמטפלת. נציג החברה מאשר את העסקתה לאחר בדיקת התאמתה לתפקיד מבחינת החוק. ייתכן שהוא מוסיף תנאים משלו, כגון ניהול יומן עבודה והודעה על היעדרות מן העבודה וכיו"ב. לכאורה, מותנה אישור ההסכם הבלתי כתוב שבין הזכאי ו/או משפחתו לבין המטפלת בקיום הנוהלים המחייבים, אך למדנו מממצאי המחקר שהתניה זו

69. רוב המטפלות לא היו בבחינת מבקשי עבודה לפני כניסתן לתפקיד; הן ממלאות אותו מפני שנתקשו לעשות זאת על ידי קרובים או מכרים.

70. מסקנה מראיונות עם ספקי השירותים; כמו כן, גם - לו היה ברשותן היצע בלתי תלוי של כוח אדם, בוודאי היו לוחצים על המשפחות לקבל אותו.

אינה אפקטיבית: ההיעדרויות מן העבודה אינן מדווחות לחברה, וכאשר שעות העבודה אינן קבועות, הרישום ביומן העבודה יהיה לקוי. המסקנה מתיאור זה היא, שלמרות ההתניה המתוארת לעיל החברה אינה צד בהסכם שבין הזכאי לגמלה ו/או משפחתו לבין המטפלת, ובהיעדר סטטוס זה אין החברה יכולה למלא כראוי את תפקיד הפיקוח על עבודת המטפלת, גם מפני שאין לה כוח להפעיל סנקציות וגם מפני שאין לה כוח אדם חילופי. כתוצאה מכל אלה תפקידי החברה, כפי שהוגדרו בהסכם שבינה לבין המוסד לביטוח לאומי, מרוקנים במידה רבה מתוכנם, להוציא תפקיד העברת הכספים.

להסדר הקיים בפועל יש שתי מגרעות נוספות: הוא פרוץ לאפשרות שהעובד ידווח לחברה דיווחים כוזבים, והחברה תדווח כוזב למוסד לביטוח לאומי מפני שהוא מבוסס על מדיניות של הסכמה בשתיקה להסדר שאינו תואם את מדיניות הוועדות המקצועיות המקומיות ואת ההסכם בין החברות לבין המוסד לביטוח לאומי. הוא מאפשר ניצול של המטפלות על ידי משפחות הזכאים, או הזכאים עצמם, באותם המקרים שיתסי הקירבה אינם מגינים עליהן. יש להדגיש, כי ככלל הסדר זה נוח לכולם, ובמיוחד לצרכן השירותים: הזכאי לגמלה ומשפחתו מקבלים שירות בתנאים שמקובלים עליהם ובהתאם להגדרתם את צורכיהם; המטפל עובד לפי הסכם שעשה בעצמו עם מעסיקו בפועל, כמעט בלא התערבות המעסיק הפורמלי שאינו יכול, למעשה, להפעיל סנקציות. אין הרבה אפשרויות עימות בין החברה לבין המטפלת, ודבר זה נוח גם לחברה. מדיניות ה-*laissez faire* הנהוגה על ידי החברות נוחה להן מפני שהיא זולה מבחינת הזמן המושקע בעבודה (פיקוח) ותואמת את רצון הלקוחות ואת רצון המטפלות; והיא גורמת למה שקרוי בלשון מדיניות יחסי העבודה כארץ ל"שקט תעשיתי", מצב שטוב גם ליחסייהן עם הוועדות המקצועיות המקומיות ועם המוסד לביטוח לאומי. יש לזכור, שהאמור לעיל אינו מתייחס לכל האוכלוסייה המוסלמית: בעיר המעורבת הדברים, כנראה, אינם מתנהלים כך. גם ביישובים האחרים לא כל המטפלות הן קרובות או מקורבות משפחה של הזכאי לגמלה. לוח מס. 7 מורה, שכאשר המשפחה אינה נתפשת כמקור הסמכות להפעלת השירות ויחסי מעסיק-עובד מתקיימים בין המטפלת לגורמים חוץ משפחתיים, ההיעדרות מן העבודה נמוכה. מכאן, שבתנאים כאלה אפשר להפעיל סמכות ופיקוח.

ממצאי המחקר ומן הדיון שלעיל אפשר להבין, כי להוראות הקימות בעניין ניהול יומן עבודה אין הרבה משמעות בחלק ניכר של המקרים. היעדרויות מן העבודה כנראה שכיחות, ואין מדווחים על כך לחברה, שאצלה רשומה המטפלת כעובדת. אבל הזכאי לגמלה אינו סובל מכך, מפני שהסכיבה החברתית מספקת מחליפה. היעדרות יכולה לגרום בעיות לגמלאים שגרים לבד או עם בן/ת זוג, במיוחד אם אין להם

הבדלים בין סוגי יישובים

כחרנו את היישובים שבהם בוצע הראיון על בסיס השערות על קיומם של הבדלים בין יישובים לפי מיקומם הגיאוגרפי ולפי גודלם ומידת פיתוח השירותים שבהם. כמו כן כחרנו בעיר מעורבת בגלל ההבדל בינה לבין ערים הומוגניות מבחינה תרבותית, וגם בגלל שני יישובים מעורבים אופן אספקת השירותים שווה בשני סוגי האוכלוסייה. לפי הממצאים, ההשערה בדבר הבדל בכיצוע החוק בעיר מעורבת אכן אושרה; לא כן ההשערות האחרות. אמנם נמצאו הבדלים בין היישובים בהפעלת החוק (ראה ריכוז ממצאים עיקריים), אך נראה שיש לזקוף הבדלים אלה לשוני בין ועדות המקצועיות המקומיות בגישה של כל אחת מהן לכיצוע החוק וההוראות. ההבדל הבולט הוא בין יישוב 3 (העיר המעורבת) לבין היישובים האחרים. הבדל זה נובע מכך, שהוועדה ביישוב זה משרתת איזור גדול, שחלק מאוכלוסייתו ערבי, ואופן ביצוע החוק זהה לשתי האוכלוסיות. רוב המטפלות בזכאי הגמלה ביישוב זה לא היו ידועות למשפחות לפני שהוכרה הזכאות לגמלה; הן עובדות בשעות קבועות ולא עובדות מעבר לזמן הקצוב; תכנית העבודה ושעות העבודה נקבעו על ידי הגורמים החוץ-משפחתיים. ממצאים אלה ניתן להסיק, כי אפשר להפעיל את החוק באוכלוסייה הערבית המוסלמית במתכונת זהה לזו שבאוכלוסייה היהודית. בכל אחד משני היישובים האחרים (1,2) שונה אופן הפעלת החוק במידת האכיפה של הנוהלים הפורמליים על ידי הוועדות המקצועיות המקומיות ועל ידי החברות מספקות השירותים. ביישוב 1 נקוטה מדיניות של אי התערבות מכסימלית: המטפלות הן נכדות או קרובות אחרות; המשפחה מחליטה מי תמלא את תפקיד המטפלת, מה תהיה תכנית העבודה, באלו שעות תבוצע העבודה; רוב המטפלות עובדות יותר מן הזמן הקצוב (ושיעור ההעדרות גבוה. כמלים אחרות - *laisser faire* מוחלט. ביישוב 2 הדפוס שונה במקצת, פחות פתוח: יש התערבות רבה יותר של הגורמים המפעילים את החוק והקפדה רבה יותר על הנוהלים הפורמליים; אך איוש תפקיד המטפלת הוא בידי המשפחה ו/או זכאי הגמלה; המטפלת השכיחה היא נכדה, והיא עובדת מעבר לשעות המקצבות.

אנו למדים אפוא על קיומם של שלושה דפוסים של הפעלת חוק הסיעוד במיגזר המוסלמי. בגלל ההיקף המצומצם של אוכלוסיית המחקר אין לדעת את שכיחותם,

וייתכן שקימים דפוסים נוספים, נפוצים לא פחות⁷¹. מבחינה מעשית אין עניין במספר הדפוסים ובשכיחותם, אלא ביעילותם להשגת מטרות המחוקק ו/או לאספקת שירותים מירבית ויעילה. לכן עולה השאלה, האם רצוי לכוון את פעילות מפעילי החוק לאימוץ הדגם הראשון, כלומר זה הקים בעיר המעורבת. כבר ציינו לעיל, שדגם זה מוכיח שאפשר להפעיל את החוק במיגזר זה לפי הנוהלים המקובלים והמפעלים במיגזר היהודי, אך נשאלת השאלה האם ראוי לעשות זאת לאור העובדה שבדפוסים האחרים השירות הניתן ללקוחות יעיל וטוב (תחלופה מועטה; ההיעדרות אינה פוגעת בלקוח, אולי להוציא קשישים שאין להם ילדים זמינים, ואשר הם מיעוט זעום), ואם לשפוט לפי כמות ועיתוי שעות העבודה - השירות, כנראה, טוב מאוד.

שירותים חסרים

חלק ניכר מן המרואינים רוצים "לצאת מן הבית, לראות אנשים", וחלקם יכול היה לעשות זאת לו היה ברשותו כיסא גלגלים. אפשרות להגיע למועדון או למרכז יום היתה מקלה על מספר לא קטן של גמלאים, ובעיר המעורבת אכן מגיעים חלק מהגילאים למועדון בהסעה מאורגנת. מתנדכים מבקרים היו בוודאי מסייעים מאוד, הן בגלל הקשר האישי והן כמתווכים בין הזכאי לגמלה לשירותים למיניהם. נדמה, שלמרות האילוצים התקציביים המופעלים על השירותים אפשר להקל על חלק מהמצוקות שאותן חשפנו במחקר זה. לפחות, חובה להתאמץ לעשות זאת מפני שאספקת שירותי טיפול אישי אינה פותרת בעיות קשות הנוכעות מן הסביבה הפיזית או החברתית, כגון: כיצד מסתדר אדם מוגבל פיזית בלא אסלה לשבת עליה? כיצד הוא מתרחץ בלא אפשרות לחמם מים בכמות גדולה? כיצד הוא מבשל או מבשלים עבורו כשמתקן הבישול אינו תקין, ובמיוחד כשהוא גר לבדו ואינו מסוגל להכין או

להגיש אוכל? כיצד הוא מתחמם בחורף (וקשישים זקוקים לחימום, בעיקר אם אינם ניידיים) בלא ציוד מתאים ובלתי מסוכן ובלא אמצעים כספיים הולמים? ואיך נשמר האוכל - לסופי שבוע, כאשר המקרר אינו פועל? רשימת השירותים שלשכה לשירותים חברתיים אמורה לספק לצרכניה, כוללת תיקון ציוד בית ושיפוץ דירות, גם אם בהגבלות תקציב; יש גם מקורות אחרים, ציבוריים ופרטיים, שאפשר לעניין אותם בפתרון בעיות מסוג זה. נדמה, שלא כל המקורות נוצלו, ומן הראוי היה

71. אני משערת שגם במיגזר היהודי קימים דפוסים שונים, אולי אפילו דומים לאלה שנמצאו במחקר זה.

שהאחראים לביצוע חוק ביטוח סיעוד - המוסד לביטוח לאומי ומשרד הרווחה - יתנו דעתם לנושא זה, שאינו מיוחד לאוכלוסייה הערבית, גם אם מצוקות אלה נפוצות בה יותר. עזרים רפואיים, כמו כיסא גלגלים והליכון, ניתן להשיג באמצעות יד שרה או משרד הבריאות בהשקעה עצמית קטנה יחסית. קשה להכין כיצד קורה, שאנשים שמוכרים לשירותי בריאות ורווחה חסרים אביזרים מסוג זה.

אוכלוסיית ראיות לתשומת לב מיוחדת

במחקר זה הראינו את ההשפעה הדיפרנציאלית של גמלת הסיעוד על הסוגים השונים של משקי הבית. כאן נציג את הבעייתיות המיוחדת של שניים מהם.

1. משק בית חד-דורי (קשישים בלבד), במיוחד אלה שאין להם ילדים או שאין להם ילדים זמינים. אוכלוסיית משקי בית אלה שונה מן השאר בכך שגמלת הסיעוד תורמת ישירות לרווחת הקשיש עצמו; ההקלה על המשפחה נובעת מהשינוי שחל בחייו של הקשיש.

מרכזיותה של המטפלת בחיי היום יום של גמלאי סיעודי החי בגפו כנר הוזכרה לעיל. היא זו שמספקת לו את השירותים הבסיסיים, ואם אין לו ילדים - היא ספק השירותים הכמעט הבלעדי.⁷² חשיבותה של המטפלת באה לידי ביטוי בתשובות לשאלה "כיצד אתה מבלה נדרך כלל את היום": המטפלת הוזכרה על ידי נשאלים אלה בשיעור גבוה יותר (18%) מאשר על ידי שאר אוכלוסיית המחקר. אוכלוסייה זו גם מבודדת יחסית: ביקורי שכנים מוזכרים כתשובה לאותה שאלה בשיעור נמוך יותר מאשר בשאר האוכלוסייה. מכאן, שלמטפלת יש פונקציה נוספת, ל"טיפול" עצמו - קשר אנושי. אין אנו יודעים איך קשישים מוגבלים אלה מסתדרים בשעות הרכות שהמטפלת אינה נמצאת איתם, אבל המחקר מלמד שהם נוטים לבלות את זמנם במיטה, גם כאשר אין לכך סיבה פיזית. מצוקתם של גמלאים אלה אינה מתבטאת רק בהיעדר שירותי טיפול ושירותי משק בית. מצוקת היעדר ציוד הבית גדולה מאוד⁷³, והיעדר רדיו ו/או טלוויזיה (לוח מס. 2) מגביר את הרגשת הבדידות ואת השעמום. חלק ניכר מאנשים אלה גרים בדירות או בתים ישנים במצב אחזקה גרוע. כ-39% מן הבתים אין בית שימוש עם אסלה (לעומת 15% כשאר הבתים), או אין בית שימוש

72. המשפחה הרחבה יותר אינה מתעלמת מהם, אך הרושם המתקבל הוא שלרוב מסתפקים במתן שירותים מינימלי.

73. לא בדקנו את מצב הציוד בבית, כגון: ריהוט, שמיכות, מצעים.

כלל. להלן תיאורים שרשמו המראיינים: (הראיון נערך בחורף) "חדר אחד (כנראה מאסבסט), קר, ריח של ביוב כי השירותים נמצאים בחדר, רטיבות בקירות. ועוד תיאור - בבית אין: מקרר, מיתקן לחימום מים, מכונת כביסה, רדיו, טלוויזיה, טלפון. מיתקן הבישול (גז) אינו תקין. החלונות שבורים, יש סימני רטיבות בקירות וריח רע כבית".

תיאור מצבה של אוכלוסייה זו מעורר שתי שאלות הקשורות זו לזו:

א. האם ניתן לספק טיפול סיעודי הולם בתנאי מגורים קשים כפי שתוארו לעיל? אלו שינויים חייבים להיעשות על מנת שהטיפול יהיה הולם ויעיל?

ב. האם כוונת המחוקק לספק שירותים על מנת למנוע אישפוז אינה מחייבת לכלול בסל השירותים המוצע על ידי הרשויות האחראיות לרווחתו של הגמלאי אפשרות לשיפור תנאי מגורים (כולל ציוד בית בסיסי) עד לרמה המאפשרת טיפול יעיל ותנאי חיים המאפשרים הישארות בבית?⁷⁴

2. משקי בית שבהם גר זכאי לגמלה עם בת/ות רווקה מבוגרת שאינה עובדת. בניגוד למשק הבית שאת מצוקותיו תיארו לעיל, יש במשק בית זה כוח אדם מספיק לספק שירותי משק בית ושירותי סיעוד. לעיתים די קרובות קיים עודף כוח אדם: כאשר לזכאי יש בת/בן זוג, וכאשר חיים בו יותר מבת רווקה מבוגרת אחת. לא בטוח, שתוספת כוח אדם למשק בית זה היא בבחינת הקלה על המטפלים. הבת שעדיין עושה את רוב העבודה ושאין לה הכנסה משלה, ושהסטטוס שלה במשפחה ובחברה נמוך בגלל רווקותה, עלולה שלא לראות בעין יפה את "צרתה", שלעיתים היא בת אחותה או בת אחיה, זוכה בהכנסה. במקרים אלה אולי רצוי לאפשר לזכאי ולמשפחתו (קרי: בתו שגרה עימו) לבחור בין בת מטפלת לבין מטפלת אחרת, כדי לחזק את התומך העיקרי בקשיש החולה.

74. דוגמאות: לתקן מקורים, או לספק אחרים. לתקן מיתקני בישול למי שמבשל בבית. לתקן דודי שמש, או לחתקין מיתקנים לחימום מים לרחצה. לספק כיסא שירות למוגבלים, שאין לחם בית שימוש עם אסלה. לדאוג לתיקון חלונות. לדאוג למצעים ושמיכות.

כ י ב ל י ו ג ר פ י ה

1. 1993, ברודסקי ג. נאון ד. קינג י. 1993 השלכות הרחבת הטיפול הביתי על מצבם של קשישים מוגבלים בעקבות החלת חוק הסיעוד. מכון ברוקדייל לגרונטולוגיה והתפתחות האדם. ד - 204 - 93.
2. 1993, דו"ח מישרות ועובדים במחלקות לשירותים חברתיים. משרד העבודה והרווחה.
4. 1993, הלמ"ס. שנתון סטטיסטי
5. 1993, ש. בייץ-מוראי וא. זיפקין, המוסד לביטוח לאומי, מינהל המחקר והתכנון: הפעלת חוק ביטוח סיעוד סקר מספר 108.
6. 1993, מ. שמלצר ואחרים, המוסד לביטוח לאומי, מינהל המחקר והתכנון: סקר מס' 109.
7. 1990, וייל ת. שירותי רווחה לזקנים במיגזר הערבי בישראל. אש"ל.
8. 1989, וייל ת. עזאיזה פ. קינג י. גולדשר א. תנאי מגורים של קשישים ערביים בישראל. גרונטולוגיה 40, 7 - 20.
9. 1987, כהן ש. חוק ביטוח סיעוד - התארגנות לקראת הפעלה ביטחון סוציאלי, מס' 30, עמ' 19 - 7.
10. 1990, פקטור ח. פרימק ת. 1990. מוגבלות בקרב הקשישים בישראל מכון ברוקדייל לגרונטולוגיה והתפתחות האדם. ד - 180 - 90.
11. 1988, Morginstin B. National Insurance Institute Discussion paper 1 (series B).

נ ט פ ח

ש א ל ו ן

- 1
 2
 3
 4
 5
 6 7 8
 9
- מספר כרטיס
 1. יישוב
 2. מספר סידורי
 שם
 3. האם הראיון נוהל:
 1. עם הקשיש בלבד
 2. עם הקשיש ומישהו מבני המשפחה (צין מי ענה לאיזו שאלה).
 3. עם מישהו מבני המשפחה בלבד - הקשיש אינו מסוגל להתראין.
 ציין מדוע. (חרש, חלש מידי, מבולבל, סיבה אחרת)
 4.
 5.
 6.
 4. מין
 5. שנת לידה
 6. מצב משפחתי 1. נשוי 2. אלמן 3. גרוש או רווק
 ילדים: (לפי סדר כרונולוגי. מלא את הנתונים לכל אחד מס' הילדים)

שם	מין	מצב משפחתי	מספר ילדים	מספר נכדים	היכן גר כל ילד
(הוראות סימול למטה)	ז/נ	נ, א, ג+ר	1 2 3		

- הוראות סימול ל: היכן גר כל ילד. יש לסמן לכל אחד מן הילדים.
1. באותה דירה
 2. באותו בית או לידו
 3. במרחק הליכה של 5 דקות
 4. במרחק הליכה של 10 דקות
 5. במרחק הליכה של 30 דקות
 6. ביישוב אחר. איזה?
 7. בחו"ל

7. מספר הילדים.

10

8. מספר הנכדים

11

9. מספר הנינים

12

10. מגורי ילדים

- 1. כל הילדים באותו יישוב
- 2. יש ילדים מחוץ ליישוב

מי גר בדירה זו מלבדך? (פרט גיל, מצב משפחתי וקירבה למרואיין של כל אדם הגר באותה דירה).

שם	גיל	מצב משפחתי	קרבה למרואיין
----	-----	------------	---------------

11. מספר הנפשות בדירה (לא לשאול, לסכם מן הלוח שלעיל)

14

12. כמה שנים למדת בבית ספר?

15

13. מצב הראיה: האם יש בעיות קשות בראיה?

16

1. אין

2. כבד ראייה או עורר.

14. מצב השמיעה: האם יש בעיות בשמיעה?

17

1. אין בעיות שמיעה

2. יש בעיות אין צורך במכשיר

3. יש בעיות יש צורך במכשיר { מדוע? {

15. מצב הלעיסה: האם אתה מתקשה בלעיסה?
 1. לא מתקשה בלעיסה
 2. מתקשה בלעיסה 18
16. האם יש לך שיניים תותבות?
 1. יש שיניים תותבות 19
 2. אין שיניים תותבות כי אין צורך
 3. אין שיניים תותבות כי אינו רוצה
 4. אין שיניים תותבות כי אין כסף.
17. האם אתה מגדיר עצמך: (שאלה סגורה. הקרא אותה למראויין ואל תעזור לו לבחור בתשובה).
 1. מרוחק למיטה או לכסא גלגלים, אם כן, ממתי?
 2. לא מרוחק למיטה או לכסא גלגלים אך לא מסוגל לעזוב את הבית ללא עזרה - אם כן ממתי?
 3. מסוגל לעזוב את הבית ללא עזרת אחרים, לא מוגבל בתנועה. 20
18. כמה זמן, בחודשים, מקבל גימלת סיעוד? 21
19. מי המטפל/ת שלך הנוכחי מטעם חוק הסיעוד?
 1. נכדה 22
 2. כלה
 3. קרובה אחרת- ציין את יחס הקירבה
 4. שכנה
 5. מישוהו אחר, לא מן המשפחה
 6. נכד
 7. גבר אחר מן המשפחה
 8. גבר לא מן המשפחה.
20. באיזו חברה מספקת שירותים היא/הוא רשום/ה? 23
21. כמה מטפלות היו לך מאז שאתה מקבל קיצבת סיעוד? 24
- | האם היתה: קרובת משפחה
(ציין את הקירבה) או אחר | כמה זמן
עבדה | מדוע עזבה |
|--|-----------------|-----------|
| | | |
- ראשונה
 שנייה
 שלישית
22. בת כמה המטפלת הנוכחית? 25
23. כמה שנים למדת בבית ספר? 26

24. מי טיפל בכך לפני שקיבלת גימלת סיעוד? 27
25. האם את/ה מרוצה עכשיו פחות או יותר מאשר באותה תקופה? 28
1. מרוצה פחות
2. מרוצה יותר
3. מרוצה באותה מידה
מדוע?
26. תאר את סדר היום שלך, מהבוקר עד שאתה הולך לישון, בפירוט ככל האפשר.
- _____
- _____
- _____
- _____
27. מה הייתה רוצה לשנות (להוסיף) בסדר יום זה. 29
- מי מבצע בדרך כלל את הפעולות הבאות: (למראיין: כתוב את התשובה מילולית; ודא שאתה יודע את יחס הקרבה למרואיין; הוראות סימול בסוף סידרת השאלות).
28. מי מכין בדרך כלל את האוכל/מבשל 30 31
29. מי מכבס את הכביסה 32 33
30. מי בדרך כלל מנקה את הבית 34 35
31. מי בדרך כלל עורך קניות 36 37
32. מי הולך בשבילך לקופת חולים כאשר יש צורך 38 39
33. מי בדרך כלל עוזר לך להתרחץ 40 41
34. מי בדרך כלל מגיש לך את האוכל 42 43
35. מי בדרך כלל מסדר את המיטה 44 45

הוראות סימול:

- | | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------|------------------------|------------------|-------------------------|
| 1. המטפלת/מטעם חוק סיעוד | 2. האישה | 3. הבעל | 4. בת איתה גר/ה | 5. בת שאינה גרה איתה/ו | 6. כלה איתה גר/ה | 7. כלה שאינה גרה איתה/ה |
| 8. נכדה איתה גר/ה | 9. נכדה שאינה גרה איתה/ה | 10. בן או נכד שגר איתה/ה | 11. בן או נכד שאינו גר איתה/ה | 12. שכן/ה | 13. אחר: פרט: | |

ציוד בסיסי של הבית: יש במצב תקין יש במצב לא תקין אין

- | | | | | | |
|------------------------|--------|---------|---|--------------------------|----|
| 36. מקרר חשמלי | 1 | 2 | 3 | <input type="checkbox"/> | 46 |
| 37. דוד שמש, חשמל, גז | | | | <input type="checkbox"/> | 47 |
| 38. מכונת כביסה | | | | <input type="checkbox"/> | 48 |
| 39. מתקן בישול גז/חשמל | | | | <input type="checkbox"/> | 49 |
| 40. רדיו | | | | <input type="checkbox"/> | 50 |
| 41. טלוויזיה | | | | <input type="checkbox"/> | 51 |
| 42. טלפון | | | | <input type="checkbox"/> | 52 |
| האם יש בבית: | יש (1) | אין (2) | | | |
| 43. אמבטיה | | | | <input type="checkbox"/> | 53 |
| 44. מקלחת | | | | <input type="checkbox"/> | 54 |
| 45. בית שימוש עם אסלה | | | | <input type="checkbox"/> | 55 |

46. כמה מחממים בחורף? 56
1. נפט
 2. חשמל
 3. גז
 4. עצים
 5. לא מחממים
47. מצב הכנין: תאר את הרצפה (מרוצפת או משטח בטון) מצב הקירות - יש/אין רטיבות בחורף, חלונות תקינים, אינסטלציה תקינה/לא תקינה, ביוב.
- תהליך קליטת המטפלת
48. לאחר שהודיעו לך שאתה זכאי לגימלת סיעוד - האם שאלו אותך את מי אתה רוצה כמטפל/ת? 57
1. לא
 2. כן - למה בחרת כמטפל/ת זה?
 - 3.
 - 4.
- איך נבחר/ה המטפל/ת? (יש לנהל שיחה בנושא זה, ולברר: האם ההצעה באה מן העו"ס, מהחולה, מבני המשפחה - מי מתוכם, האם נאמר להם על ידי ה"ועדה" שישלחו מישהו? האם הוצעו אפשרויות שונות ונאמר להם שהם יכולים לבחור?)
49. כמה שעות שבועיות הקציבו לך? 58
- 1.
 - 2.
 - 3.
 - 4.
50. האם יש לה שעות עבודה קבועות? אם כן - אלו הן? (כתו את השעות דפי שהמרואיין אומר) 59
1. לא (עבור ל-53)
 2. כן
 3. כן
 4. כן
51. איך נקבעו שעות אלה? (על ידי העו"ס, לפי בקשתך, לפי בקשת המשפחה, על ידי המטפל/ת) 60
52. האם שעות עבודה אלה נוחות או היית מעדיף שעות אחרות? 61
1. השעות נוחות לי
 2. השעות אינן נוחות לי - מדוע (עבור ל-54)

53. אין למטפל/ת שעות עבודה קבועות - איך העבודה מאורגנת? 62
54. האם היא מקפידה על שעות העבודה שלה? האם היא מאריכה לפעמים, מקצרת לעיתים?
 1. עובדת בדיוק את השעות המקצבות
 2. עובדת לעיתים יותר זמן
 3. עובדת לעיתים פחות זמן 63
55. מה היא עושה בשעות העבודה שלה? (תאור מפורט ככל האפשר; לשאול - זה הכל? אולי שכחת משהו?) 64
56. האם אתה שבע רצון מתכנית העבודה שלה? (לא לשאול את המשפחה)
 1. כן
 2. לא - מדוע 65
57. מי קבע תכנית העבודה של המטפל/ת?
 1. העו"ס (הועדה)
 2. המשפחה
 3. נציג החברה מספקת השירותים
 4. מקבל הגימלה
 5. כל אלה
 6. חלק מאלה - מי 66
- מספר כרטיס DUP
 1
- מה קורה כאשר המטפלת אינה יכולה להגיע (האם אתה מודיעים לארגון המשלם? האם הם שולחים מישחו אחר? האם מישחו מבני המשפחה ממלא את מקומה?) 2
57. האם היית רוצה שמשחו בטיפול בכך יהיה שונה ממה שנעשה היום?
 1. לא
 2. כן - פרט 3
58. האם לדעתך הגימלה שינתה משהו בחייך? אם כן - מה? (לא לשאול את המשפחה).
 1. הגימלה לא שינתה דבר
 2. כן - נוח יותר לבקש מן המטפל/ת מאשר מבני משפחה
 3. כן - יש עם מי לדבר מלבד עם בני המשפחה
 4. כן - הטיפול יותר טוב
 5. כן - אני מכביד פחות על המשפחה 4
59. האם בשלושת החדשים האחרונים נערכו אצלך ביקורים של אחות קופ"ח? 5

60. האם בשלושת החדשים האחרונים ביקר אצלך רופא?
 1. כן - לפי בקשתי (רופא קופ"ח או רופא פרטי?)
 2. כן - ביזמתו
 3. לא 6
61. האם בשלושת החדשים האחרונים נערכו ביקורים של העו"ס אצלך?
 (להוציא הכקור שנערך כדי קבל את הסכמתו של המרואיין לראיון)
 1. לא היה ביקור
 2. ביקור אחד
 3. שני ביקורים
 4. שלושה ביקורים 7
62. מתי ביקר אצלך לאחרונה נציג של החברה מספקת השירות?
 1. לא ביקר אף פעם
 2. ביקר לפני 8
63. מה היתה סיבת הביקור?
 1. לא ביקר אף פעם 9
64. מי חותם על טופס הדיווח של המטפל?
 1. הבן או הבת
 2. מקבל הגימלה
 3. לא יודע 10
65. האם בטופס הדיווח רשומות שעות העבודה של המטפל/ת?
 11
66. כיצד אתה מעריך את שביעות רצונך מן המטפל/ת שלך? (שאלה סגורה. לא לשאול את המשפחה)
 1. לא שבע רצון
 2. ככה ככה
 3. די שבע רצון
 4. מאוד שבע רצון 12
67. אלו שירותים חסרים לך, מה חסר לך לשיפור איכות החיים?
 (לא לשאול את המשפחה) 13

68. מה אתה מעדיף היום - מטפלת/ת מן המשפחה או שלא מן המשפחה?
(לא לשאול את המשפחה)
1. מטפלת/ת מן המשפחה
2. מטפלת לא מן המשפחה.

14

69. מדוע?

15

3306

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