



הגורמים המשפיעים על ההחלטה של בני משפחה להעביר זקן למוסד סיעודי

איילת ברג-ורמן¹ נטע בנטור¹ ג'ני ברודסקי¹ פנחס ברקמן² איריס רסולי²

המחקר מומן בסיוע המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות

¹ מאירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל
² אגף הגריאטריה, משרד הבריאות

מארס 2011

ירושלים

אדר ב תשע"א

תמצית מחקר

רקע

הארכת תוחלת החיים מביאה לעלייה במספרם של קשישים הסובלים מבעיות פיזיות ומנטליות. איכות הטיפול במערך שירותי הבריאות בקהילה ויכולתם לתת מענה על צורכי הזקנים הופכים גורם מרכזי שיכול לסייע לזקנים מוגבלים להמשיך לגור בביתם ולמנוע/לדחות את העברתם למוסד סיעודי.

סוגיית החלופה בין שירותים בבית לבין טיפול במסגרת מוסדית היא מורכבת. היא מעלה שאלות בנוגע להעדפות הזקנים, ליכולתן של מערכות השירותים הפורמלית והבלתי פורמלית לספק חלופה הולמת בבית.

אם בוחנים את הסיבות מדוע בני משפחה מטפלים מחליטים לפנות לסידור מוסדי של קרוביהם הזקנים, מתברר שהמשפחות מושפעות מגורמים הקשורים למאפייני הזקן, למאפייני המטפל העיקרי הבלתי פורמלי (בן משפחה), ולתפיסתו לגבי יכולתו להתמודד עם נטל הטיפול, וכן לגורמים הקשורים לשירותי הבריאות והרווחה (Buhr et al., 2006; Caron et al., 2006). למותר לציין כי בפועל ההחלטה נובעת משילוב של מספר גורמים. ייחודו של המחקר הוא בהתמקדות בהיבטים הבריאותיים (מצב בריאות, שימוש בשירותי בריאות וצרכים לא מסופקים) המשפיעים על ההחלטה, שכן עד כה המחקרים התמקדו על-פי-רוב בעומס על המשפחה ובשירותים התומכים.

מטרות

לזהות את הקשיים והגורמים הקשורים למצב הבריאות ולהספקת שירותי הבריאות, זמינותם לזקנים מוגבלים בתפקוד המרותקים לביתם, וכיצד נתפסים הגורמים הללו על-ידי בני המשפחה כמשפיעים על ההחלטה לפנות לסידור מוסדי סיעודי במקום להשאיר את הזקן בבית.

שיטה

מתוך רשימה כלל ארצית של 1,496 פניות למשרד הבריאות לקבלת סיוע במימון האשפוז של הזקן במוסד סיעודי (קבלת קוד) בחודשים 10-08/2009, אותרו 971 בני משפחה שהם מטפלים עיקריים. מהם: 301 לא שייכים לאוכלוסיית המחקר (הזקנים שהו במוסד למעלה מחצי שנה או מתו), 114 סירבו להתראיין, ועוד 95 לא רואיינו בגלל בעיית שפה או בעיות אחרות. בסך-הכל רואיינו 402 בני משפחה.

הראיונות נערכו פנים-אל-פנים באמצעות שאלון מובנה, על-ידי מראיינים מנוסים שהודרכו לכך במיוחד.

ממצאים

שישים ואחד אחוזים מהזקנים הם נשים, בגיל 83 בממוצע, כאשר 20% הם מעל גיל 90. כמחצית מהזקנים (55%) הם אלמנים. עשרים ותשעה אחוזים מהזקנים גרים לבד ו-26% מהמטפלים ציינו שגרה בביתם מטפלת.

צורכיהם של הזקנים מושפעים בעיקר מבעיות הבריאות שלהם ומבעיות בתפקוד. כצפוי, שיעורי התחלואה הם גבוהים (על פי דיווח התומכים, כמחציתם סובלים מדמנציה או מירידה קוגניטיבית קשה, ואחוז דומה דיווח על כך שהזקן סובל מדיכאון וממחלות עיניים). אצל מרביתם (71%) חלה הידרדרות במצב הבריאותי בתקופה האחרונה. כתוצאה מכך, השימוש בשירותי הבריאות בקהילה ובבתי-החולים הוא רב. כמעט מחצית מהזקנים (42%) מרותקים למיטה או לכיסא גלגלים, הצורך בעזרה בביצוע פעולות יומיומיות גבוה אף הוא, ולגבי מרביתם קיים קושי להשאירם לבד בבית. נפילות נמצאה כבעיה שכיחה מאוד (אצל 68% מהקשישים), וכבעיה שמקשה על הטיפול בקשיש (68% מהתומכים של קשישים הסובלים מנפילות דיווחו שבעיה זו מקשה במידה רבה על הטיפול בו). קשיים נוספים המקשים על הטיפול בזקן ואשר קשורים למערכת הבריאות הם: קושי להגיע למרפאה (52% אמרו שהבעיה הכבידה עליהם במידה רבה), מחסור במידע למי ולאן לפנות (28%), ובעיות בריאות שלא טופלו כפי שהמטפל חשב שהיה צריך לטפל בהן (21%). יש לציין שכמחצית מהמטפלים דיווחו על חוסר שיתוף פעולה ואף סירוב מצד הזקן לפנות לקבלת טיפול, אשר הקשו אף הם על המטפלים. קשיים נוספים קשורים להתאמת הדירה למצבו של הזקן (39%). ארבעים ושישה אחוזים מהמטפלים חשים שהעומס הכולל המוטל עליהם הוא כבד מאוד ועוד 30% חשים שהוא כבד. השימוש בשירותים אישיים גבוה אף הוא, כך 76% מהזקנים מקבלים עזרה של מטפלת (במסגרת חוק סיעוד), ול-39% יש לחצן מצוקה.

מרבית ההחלטות להעביר את הזקן למוסד סיעודי (75%) נעשו בעת אשפוז בבית-חולים כללי או בסמוך לכך, דהיינו, בעקבות אירוע בריאותי. מרבית בני המשפחה (72%) דיווחו שהיה דחוף מאוד להעביר את הזקן למוסד סיעודי. זאת ועוד, כמעט מחצית מהמרוואיינים התלבטו בטרם קבלת ההחלטה במשך תקופה הקצרה מחודש ימים, וכשני-שלישים לא שקלו חלופות נוספות.

כאמור, אחת המטרות המרכזיות של המחקר הייתה להבין מהם הגורמים המשפיעים על ההחלטה להעביר את הזקן למוסד סיעודי, ועל המשקל היחסי של גורמים שונים בהחלטה. מסדרת שאלות בה התבקשו בני המשפחה לדרג באיזו מידה השפיעו 19 גורמים שונים על ההחלטה, עולה כי ארבעת השיקולים בעלי ההשפעה הרבה ביותר הם: לתת לזקן השגחה יומיומית (89% ציינו במידה רבה), הידרדרות במצבו הבריאותי של הזקן (86%), קושי להתמודד עם בעיות הבריאות של הזקן (85%), ועל מנת לתת לזקן טיפול

רפואי טוב יותר (84%). כלומר, לצרכים הבריאותיים של הזקן ישנו משקל מרכזי בהחלטה. השפעה ברמה בינונית מיוחסת לרצון לתת טיפול אישי (70%), שירותי שיקום (69%), תנאים פיזיים טובים יותר (68%) ולהידרדרות במצבו המנטלי של הזקן (64%). נושאים שהשפיעו על פחות ממחצית מהמשיבים במידה רבה קשורים לבעיות נגישות המרפאה (48%), עומס וקשיים שיש למטפל (34%-46%). כשליש רצו לספק לזקנים חברה כך שלא ירגישו בודדים, וכן סברו שבמוסד ניתן יהיה לשפר את מצבם התזונתי. השפעה נמוכה יחסית הייתה לרצון לשלב את הזקן בפעילות חברתית (23%), לאירוע חריג במשפחה ולקשיים כלכליים (-22%). (19%)

ניתוח גורמים מראה כי ארבעה עולמות תוכן משפיעים על ההחלטה. הגורם החשוב ביותר הינו הרצון לתת לזקן השגחה וטיפול רפואי ואישי טוב יותר, שניתן להסבירם במצבו הבריאותי ובקושי להביאו למרפאה; הגורם השני בחשיבותו הוא שחיקה של בני משפחה, שיכולה לנבוע מהידרדרות מנטלית ובעיות התנהגות של הזקן; הגורם השלישי קשור ברצון לשפר את התנאים של הזקן כמו מתן חברה ותזונה; ואילו הגורם הרביעי הוא אירוע משפחתי חריג.

מסקנות והשלכות לקובעי מדיניות

המסקנה הבולטת מהמחקר היא כי מרבית ההחלטות נעשות בעקבות אירוע בריאותי משברי ולא עקב התנסות ממושכת ומאכזבת עם מערכות השירותים בקהילה. במחקר עלו מספר כיוונים היכולים לסייע למשפחה להתמודד ולשקול חלופות לסידור המוסדי:

- ♦ פיתוח מענים בשחרור מבית-החולים
- ♦ שיפור מערך התמיכה וההדרכה לבני משפחה
- ♦ ביצוע מחקר מבוקר להערכת התערבויות חלופיות לסידור מוסדי

תודות

במהלך ביצוע המחקר הנוכחי, שהיה מורכב במיוחד, סייעו לנו אנשים רבים וברצוננו להביע את הערכתנו ותודתנו להם.

אנו רוצים להודות לאושרית תורג'מן על עבודתה המקצועית בשלב הוצאת הרשומות ממאגר המידע במשרד הבריאות. כמו-כן ברצוננו להודות לד"ר אהרון כהן, מנהל אגף הגריאטריה, ולד"ר אירית לקסר מאגף הגריאטריה במשרד הבריאות, על הערותיהם ועל התובנות שהוסיפו למחקרנו.

תודה מיוחדת אנו חבים למראיינים המסורים, על העבודה המורכבת שבאיתור המרואיינים, שלעיתים נדרשו למיומנויות יצירתיות ולמרות הקושי המשיכו בביצוע המשימה עד לתומה. עבודה זו לא היתה מתאפשרת ללא ריכוזן המקצועי והעיקש של ניקול טליאס ותמרה יהלום, אשר לא ויתרו והובילו את עבודת השדה להשלמתה, על הצד הטוב ביותר.

תודה לפרופ' ג'ק חביב מנהל המכון ולעמיתינו במאיירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל על הערותיהם שתרמו לשיפורו של דוח זה. תודה מיוחדת לעורכת בלהה אלון אשר בהערותיה תרמה לחידוד המסרים בדוח ולשיפור בשטף קריאתו של הדוח, וללסלי קליינמן על הסיוע בהבאת הדוח לדפוס.

תוכן עניינים

1	1. מבוא
5	2. מטרות המחקר ותרומת המחקר
5	3. שאלות המחקר
6	4. שיטות ומתודולוגיית המחקר
6	4.1 אוכלוסיית המחקר
6	4.2 כלי המחקר ואיסוף הנתונים
7	4.3 שיטת הדגימה ותוצאות עבודת שדה
8	5. ממצאים
8	5.1 מאפייני הזקנים
8	א. מאפייני רקע
10	ב. מאפיינים בריאותיים ומוגבלות בתפקוד
11	5.2 מאפייני המרואיינים
13	5.3 קשיים בטיפול בזקן והעומס על המטפל העיקרי
16	5.4 שימוש בשירותים בקהילה
17	א. שימוש בשירותי רווחה
18	ב. שימוש בשירותי בריאות וצרכים לא מסופקים
23	5.5 תהליך קבלת ההחלטה להעברת הזקן למוסד סיעודי
23	א. מאפייני התהליך
25	ב. מידת השפעתם של גורמים שונים על ההחלטה
31	6. מגבלות המחקר
32	7. סיכום
34	8. כיוונים להמשך
35	רשימת מקורות

רשימת לוחות

4.3 שיטת הדגימה ותוצאות עבודת שדה

- לוח 1 : תוצאות עבודת השדה 7
- לוח 2 : מרואיינים ופניות למשרד הבריאות בחודשים אוגוסט-אוקטובר 2009, לפי מחוז 7

5.1 מאפייני הזקנים

- לוח 3 : מאפייני רקע של הזקנים (באחוזים) 8
- לוח 4 : שיעורי תחלואה ושיעורי המקבלים טיפול תרופתי 10
- לוח 5 : נידודות וצורך בעזרה מלאה לביצוע פעולות יומיומיות 11
- לוח 6 : מאפייני רקע של המרואיינים 12

5.2 מאפייני המרואיינים

- לוח 7 : תדירות ביקורים אצל הזקן (בקרב מטפלים שאינם גרים עימו) ומתן עזרה לזקן מצד המטפל העיקרי 13
- לוח 8 : בעיות בריאות אשר הקשו במידה רבה על הטיפול בזקן 14

5.3 קשיים בטיפול בזקן והעומס על המטפל העיקרי

- לוח 9 : בעיות הקשורות למצב הבריאותי ולמערכת הבריאות אשר הכבידו במידה רבה על המטפל העיקרי 14
- לוח 10 : בעיות בריאות שלא קיבלו טיפול הולם ומידת הקושי של המטפל 15
- לוח 11 : עזרה בהתאמת הדירה למוגבלויות הפיזיות של הזקן 15
- לוח 12 : העומס המוטל על המטפל כתוצאה מהטיפול בזקן והוצאות הקשורות בטיפול 16

5.4 שימוש בשירותים בקהילה

- לוח 13 : זכאות לשירותים ושימוש בשירותים בקהילה 17
- לוח 14 : פנייה לחדר מיון ואשפוז בבתי-חולים 18
- לוח 15 : תדירות מפגשים עם רופא, הזדקקות למפגשים נוספים ומתן הסברים 19

20	לוח 16 : תדירות מפגשים עם אחות והזדקקות למפגשים נוספים
21	לוח 17 : תדירות מפגשים עם פיזיותרפיסט והזדקקות למפגשים נוספים
22	לוח 18 : טיפול רפואי נוסף שהזקן נזקק ולא קיבל
24	לוח 19 : מאפייני התהליך
25	לוח 20 : מידת הדחיפות בהעברת הזקן למוסד

5.5 תהליך קבלת ההחלטה להעברת הזקן למוסד סיעודי

7	לוח 1 : תוצאות עבודת השדה
7	לוח 2 : מרואיינים ופניות למשרד הבריאות בחודשים אוגוסט-אוקטובר 2009, לפי מחוז
8	לוח 3 : מאפייני רקע של הזקנים (באחוזים)
10	לוח 4 : שיעורי תחלואה ושיעורי המקבלים טיפול תרופתי (באחוזים)
11	לוח 5 : ניידות וצורך בעזרה מלאה לביצוע פעולות יומיומיות (באחוזים)
12	לוח 6 : מאפייני רקע של המרואיינים (באחוזים)
13	לוח 7 : תדירות ביקורים אצל הזקן (בקרב מטפלים שאינם גרים עימו) ומתן עזרה לזקן מצד המטפל העיקרי (באחוזים)
14	לוח 8 : בעיות בריאות אשר הקשו במידה רבה על הטיפול בזקן (באחוזים)
14	לוח 9 : בעיות הקשורות למצב הבריאותי ולמערכת הבריאות אשר הכבידו במידה רבה על המטפל העיקרי (באחוזים)
15	לוח 10 : בעיות בריאות שלא קיבלו טיפול הולם ומידת הקושי של המטפל
15	לוח 11 : עזרה בהתאמת הדירה למוגבלויות הפיזיות של הזקן (באחוזים)
16	לוח 12 : העומס המוטל על המטפל כתוצאה מהטיפול בזקן והוצאות הקשורות בטיפול (באחוזים)
17	לוח 13 : זכאות לשירותים ושימוש בשירותים בקהילה (באחוזים)
18	לוח 14 : פנייה לחדר מיון ואשפוז בבתי-חולים
19	לוח 15 : תדירות מפגשים עם רופא, הזדקקות למפגשים נוספים ומתן הסברים (באחוזים)
20	לוח 16 : תדירות מפגשים עם אחות והזדקקות למפגשים נוספים (באחוזים)
21	לוח 17 : תדירות מפגשים עם פיזיותרפיסט והזדקקות למפגשים נוספים (באחוזים)
22	לוח 18 : טיפול רפואי נוסף שהזקן נזקק ולא קיבל (באחוזים)

לוח 19 : מאפייני התהליך (באחוזים)	24
לוח 20 : מידת הדחיפות בהעברת הזקן למוסד	25
לוח 21 : מידת השפעתם של גורמים שונים על החלטת המיסוד (באחוזים)	25
תרשים 1 : גורמים שהשפיעו במידה רבה על ההחלטה למיסוד (באחוזים)	26
לוח 22 : מידת השפעתם של גורמים נוספים על החלטת המיסוד (באחוזים)	27
תרשים 2 : ציון ממוצע של הגורמים המשפיעים על החלטת המיסוד	28
לוח 23 : ממוצעי הגורמים בהחלטה לפי מאפיינים נבחרים	28

רשימת תרשימים

5.5 תהליך קבלת ההחלטה להעברת הזקן למוסד סיעודי

26	תרשים 1 : גורמים שהשפיעו במידה רבה על ההחלטה למיסוד
28	תרשים 2 : ציון ממוצע של הגורמים המשפיעים על החלטת המיסוד

1. מבוא

אנשים מאריכים חיים יותר מבעבר. בד בבד עם הארכת תוחלת החיים עולה מספרם של קשישים הסובלים מבעיות פיזיות, קוגניטיביות ומנטליות. כתוצאה מכך, מערכת הבריאות נאלצת להתמודד עם מכלול המחלות והתופעות הקשורות בזקנה. שכיחותן של המחלות הכרוניות והמוגבלויות עולה (Andrews, 1994; Ory et al., 2001) ועמה גם הצורך בשירותי בריאות לזקנים (משרד הבריאות, 2005; הלמ"ס, 1997; OECD, 1998). במקביל, איכות הטיפול במערך שירותי הבריאות בקהילה ויכולתם של השירותים לתת מענה על צורכיהם של הזקנים מהוות גורם מרכזי אשר יכול לסייע לזקנים מוגבלים להמשיך לגור בביתם, ולמנוע או לדחות את העברתם למוסד סיעודי.

סוגיית החלופה בין שירותים בבית לבין טיפול במסגרת מוסדית היא מורכבת. היא מעלה שאלות בנוגע להעדפות הזקנים, ליכולתן של מערכות השירותים הפורמלית והבלתי פורמלית לספק טיפול הולם בבית, כמו גם שאלות לגבי עלות מול תועלת. בדבר העדפות הזקנים, אין חולק על העדפתם הברורה להמשיך ולהתגורר בבית, נטייה אשר מתחזקת עם הגיל (AARP, 2000). אם בוחנים את הסיבות מדוע בני משפחה מחליטים להעביר את קרוביהם הזקנים למוסד סיעודי, מתברר שהן מושפעות מגורמים הקשורים למאפייני הזקן; ממאפייני המטפל העיקרי הבלתי פורמלי (בן משפחה), ומתפיסתו לגבי יכולתו להתמודד עם נטל הטיפול (בנטור ומועלם, 2001; Caron et al., 2006; Buhr et al., 2003; Gaugler et al., 1999; Ory, 1996; Bauer, 2006); ומגורמים הקשורים לשירותי הבריאות והרווחה (Williams & Fitton, 1990; Bentur, 2001; Weinberger et al., 1996). למותר לציין כי בפועל ההחלטה נובעת משילוב של מספר גורמים.

הגורמים הקשורים למאפייני הזקן ואשר מנבאים החלטה של בני משפחה מטפלים להעבירו למוסד הם: מצבו התפקודי, הקוגניטיבי וההתנהגותי של הזקן (Annerstedt et al., 2000; Schoenmakers et al., 2009); אירועים טראומטיים, כמו נפילה ואשפוזים חוזרים (Osterweil et al., 1995; Ory, 1999; Sprutte et al., 2001); הידרדרות חמורה במצבו הבריאותי של הזקן (Doherty & Deweaver, 2002). עם זאת, כאשר הזקן הוא אפאתי או דיכאוני ישנה נטייה פחותה להעברה למוסד. לריבוי מחלות לא נמצא קשר עם מיסוד (Bharucha et al., 2004; Banaszak-Holl et al., 2004; Buhr et al., 2006). מטפלים של זקנים הסובלים מדמנציה נוטים יותר להתנגד למיסוד אולם בעיות התנהגות מכבידות מאוד על המטפלים. ואילו אצל זקנים שאינם דמנטיים גורמי סיכון הם: בדידות, חרדה, ריבוי מחלות (Schoenmakers et al., 2009), גיל מבוגר, אי-שליטה בסוגרים, שבץ מוחי וקשיים בפעילות אינסטרומנטלית של ADL ו-IADL (Andel et al., 2007). מתברר גם שמוגבלות נפשית מקשה יותר ממוגבלות פיזית; וכן שמבין הבעיות הפיזיות, שלטיפול בשבץ

ובאריטריטיס גורם לקשיים הרבים ביותר של בני זוג מטפלים (Browning & Schwirian 1994; Buhr et al., 2006).

עצם קיומה של משפחה בקרבת מקום נמצא כמשתנה מסביר מרכזי ליכולתם של זקנים להישאר בבית (Chen et al., 2008). לטיפול בזקן הסובל מדמנציה הוקדשו מחקרים רבים על מנת להבין את הסיבות למיסוד של אוכלוסייה זו. מהמחקרים עלה כי מטפלים בזקנים הסובלים מדמנציה הסבירו שהסיבה העיקרית להעברתם למוסד סיעודי היא שנדרש טיפול מקצועי יותר שאין ביכולתם לתת לזקן. סיבות נוספות שהוזכרו על-ידי מטפלים: בריאותו הלקויה של המטפל אינה מאפשרת להמשיך לטפל בזקן ובייחוד כאשר מצבו של הזקן מידרדר. צאצאים נטו יותר לדווח על הסיבה הראשונה ועל הצורך בעזרה נוספת ומקצועית, ואילו הבריאות הלקויה הוזכרה בשכיחות גבוהה יותר על-ידי בני זוג מטפלים. מאפיינים נוספים של מטפלים בלתי פורמליים שנמצאו קשורים להעברת זקן דמנטי למוסד הם: רמת הכנסה נמוכה, גזע (לבנים), בעלי בריאות נפשית לקויה, תחושת עומס ולחץ גבוהים כתוצאה מהטיפול בזקן או אירוע מסוים אשר שינה באופן דרסטי את מהלך החיים הרגיל אצל המטפל (מחלה או מוות של בן-זוג). עם זאת, לא נמצא קשר מובהק בין מספר השעות שהקדיש בן המשפחה לטיפול בזקן לבין הנטייה להעברתו למוסד (Buhr et al., 2006; Doherty & Deweaver, 2002).

מבחינת מערכת השירותים בקהילה, שירותי הבריאות והרווחה בכל המדינות המפותחות מנסים למנוע או לדחות את מעברם של זקנים מוגבלים מהקהילה למוסדות לטיפול ממושך, ומגייסים מאמצים רבים להשגת מטרה זו. בארצות-הברית, באירופה ובמדינות ה-OECD בפרט, גדלה מאוד ההקצאה לשירותים במסגרת הבית בשנים האחרונות. אם בעבר כמעט כל ההוצאה הציבורית על טיפול ממושך הוקדשה לטיפול במסגרת מוסדית, כיום כ-30% מההקצאה הציבורית לשירותים לטיפול ממושך במדינות אלה מוקצים לטיפול במסגרת הבית (OECD, 2005; Appelbaum et al., 2010). בארצות-הברית, לדוגמה, התקציב המופנה לטיפול ארוך טווח בשירותי בית וקהילה עלה בעשרים השנים האחרונות מ-13% מתקציב ה-Medicare ל-40% (Kunkel & Lackmeyer, 2010); ובישראל חלקו מגיע עד כ-50%. יצוין שאחוז הזקנים במוסדות במדינות המפותחות לא עלה בשנים האחרונות (פרט ליפן), וזאת למרות ההזדקנות של האוכלוסייה. במדינות מסוימות, כמו בקנדה, דנמרק, ארצות-הברית ובישראל, שיעורי המיסוד אף ירדו. ואכן, במדינות שונות, לרבות ארצות-הברית, פיתחו במהלך השנים מדיניות התומכת בתכניות התערבות לשיפור המענים לזקנים מוגבלים המרותקים לביתם ולבני משפחותיהם. במדינות שונות נחקקה חקיקה המעודדת הפחתה בשימוש של טיפול המבוסס על מוסדות, ואשר מרחיבה שירותים מבוססי בית וקהילה. לשם כך ניתנו תמריצים כמו: שחרור מבתי-החולים לקהילה או הנגשת ביטוחים סיעודיים ובריאותיים ארוכי טווח.

זמינותם של שירותים קהילתיים בהיקף משמעותי, יחד עם יצירת רצף טיפולי וניהול טיפול, נמצאו כמאפשרים לזקנים להישאר בקהילה, כפי שעלה מהממצאים של תכניות הדגמה שונות (MacAdam, 2008; Hansen, 2008). ואילו חוסר תמיכה מספקת מאנשי מקצוע במערכת הבריאות (Ryan & Scullion, 2000), צורך בשירותי אחות (Johnson et al., 1994) ובאופן ספציפי שירותי טיפולי בית (Elkan et al., 2001; Stuck et al., 2002), מקשים על הישארות הזקנים בביתם. תכניות רבות הצליחו למנוע את מהלך ההידרדרות, לשפר את תפקודם של הזקנים ואת איכות חייהם של בני המשפחה ואף דחו את העברתם למוסד סיעודי (Appelbaum et al., 2010; Kunkel & Lackmeyer, 2010; Doty, 2010; Cohen et al., 2002; Reuben et al., 1995; Landefeld et al., 1995; Nikolaus et al., 1999; Asplund et al., 2000; Stuck et al., 1995; Rubenstein et al., 1984).

עם זאת, חשוב לזכור כי גם אם הזקנים, בני משפחה המטפלים בהם ואנשי המקצוע גם יחד, מעדיפים את הטיפול במסגרת הבית, אף אחד לא סבור שהדבר אפשרי תמיד ובעבור כל הזקנים. למרות שעדיין רווחת האמונה כי הרחבת זמינותם של שירותים בבית הייתה מאפשרת לחלק מהזקנים הנכנסים למוסדות להישאר בביתם, מתכניות שיושמו במדינות שונות ניתן להסיק מספר עקרונות מנחים: שיפור הרצף הטיפולי בין בית-החולים לבין הטיפול הסיעודי בקהילה, אינטגרציה ושיתופי פעולה בין השירותים השונים, משפרים את יכולתם של בן/בת הזוג ובני משפחה אחרים המטפלים בקשיש סיעודי להמשיך ולהתמודד עם הקשיים הנובעים מהטיפול הסיעודי. עזרה למטפלים צריכה להיות זמינה, נגישה, גמישה, אשר תתאם בין נותני השירות השונים ושתיתן תוך פרק זמן סביר (Rose et al., 2010; Caron et al., 2006).

מתן הסברים למטפלים בזמן שחרורו של הקשיש מבית-החולים לקהילה ותמיכה במטפלים, מסייעים למטפלים להתמודד עם האחריות הכבדה הרובצת על כתפיהם ולהפחית אצלם גישות שליליות לטיפול בקשיש (Bauer et al., 2009; Chenier, 1997).

דוגמה נוספת לשירות יעיל המסייע לבני משפחה הינו שירות טיפולי בית, בו מגיע צוות רפואי לבית הזקן לצורך מעקב ובדיקות. על פי מודל שיושם בארצות-הברית, השירות מקל על בני המשפחה, נותן להם יותר שקט נפשי לגבי הטיפול בזקן ומצב הבטיחות שלו. על פי המודל, למשפחה ניתן חופש בחירה במטפל והתשלום מתבצע ישירות אליו. האפשרות לבחור איש מקצוע שהמשפחה סומכת עליו ואשר יתן שירות באיכות גבוהה תורמת אף היא לתחושת הרווחה של המשפחה, מעצימה את איכות הטיפול ואת שיתוף הפעולה והמחויבות של כל המעורבים (Simon-Rusinowitz et al., 2010).

Colantonio ואחרים (2000) הסיקו על סמך תכנית שיושמה בקנדה שלעזרה טלפונית לבני משפחה של זקנים ישנה חשיבות רבה במתן ייעוץ ותמיכה (Colantonio et al., 2001); ואילו בארצות-הברית נמצא ששילוב מובנה של מנהל מקרה (case manager), ביקורי בית ונגישות טובה לרופא לצורך התייעצות, לתמיכה רפואית וייעוץ לבני משפחה, יכול לדחות מיסוד, בעיקר לזקנים עם דמנציה חריפה (Eloniemi-Sulkava et al., 2001).

בארצות-הברית התרחש תהליך של העברת הדגש לשירותים בקהילה על-ידי שיתופי פעולה ושותפויות בין נותני שירותים עם גופים פדרליים, מדינתיים ולוקליים. ישנם מודלים אשר מספקים נקודת כניסה לתכנית שממנה, הוא מופנה לשירותים הרלוונטיים בהתאם לצרכיו המיוחדים של הזקן. ישנם ארגונים שנוקטים מאמצים לשיפור הנגישות על-ידי הספקת שירותי intake, הערכת וקביעת כשירות. בנוסף, נעשים סקרי צרכנים, והם גם נשאלים על העדפותיהם לגבי השירותים, מתן אפשרויות בחירה ושליטה על השירותים והיכולת של בני המשפחה המטפלים לשכור שירותים אלה, לנהל ולפטר את המטפלים, כחלק מגישה צרכנית (Kunkel & Lackmeyer, 2010).

ועדה שפעלה ב-2008 בנושא כוח עבודה טיפולי לזקנים בארצות-הברית המליצה על שורה של פעולות שיש לנקוט במטרה להעצים מטפלים פורמליים ובלתי פורמליים: ראשית, יש להתייחס לנושא בצורה הרחבה הכוללת את כל מי שמעורב בטיפול - מטפלים ישירים ועזרה בלתי פורמלית; שנית, שיפור מקצועי של המטפלים על-ידי חינוך והכשרה; וההמלצה המרכזית נתנה דגש לתשלום ישיר למטפל, כך שתהיה למשפחה יותר שליטה על סידורי הטיפול, וכך גם יינתן פיצוי לבני משפחה מטפלים הנאלצים לספוג הפסדים בעקבות הפיכתם למטפלים בלתי פורמליים (Noelker et al., 2010).

אחוז הזקנים הנמצאים במוסדות לטיפול ממושך בישראל נאמד בכ-3.5%, אחוז הנמוך לעומת האחוז בכל המדינות המפותחות האחרות. בישראל, מרבית הזקנים המוגבלים גרים בקהילה: כ-20% מהם הם דיירי מוסדות לטיפול ממושך ו-80% גרים בקהילה.

השפעת שירותי הבריאות והרווחה על מעבר זקנים מוגבלים מהקהילה למוסדות לטיפול ממושך עדיין לא נבדקה בצורה שיטתית בישראל. בתחילת שנות ה-90 הוחל חוק ביטוח סיעוד על-ידי המוסד לביטוח לאומי ונבדקה השפעתו על הפחתת שיעור המיסוד בקרב זקנים (נאון שטרוסברג, 1995). מהמחקר עולה שארבע שנים לאחר הפעלת חוק ביטוח סיעוד לא היה שינוי בדפוסי המיסוד של זקנים סיעודיים. עם זאת, חלה ירידה במיסודם של זקנים תשושים. אולם, למיטב ידיעתנו, נערכו מחקרים שונים אשר בדקו צרכים לא

מסופקים, אבל מחקרים אלה לא התמקדו בהיבט של השירותים הבריאותיים של זקנים מאוד מוגבלים (בנטור ואחרים, 1998; בנטור ורזניצקי, 2003, 2004; ברודסקי ואחרים, 2004; Gross et al., 2003).

לפיכך, המחקר הנוכחי נועד לזהות את הקשיים הקשורים לקבלת שירותי הבריאות, זמינותם לזקנים מוגבלים בתפקוד המרותקים לביתם, וכיצד נתפסים הגורמים הללו על-ידי בני המשפחה כמשפיעים על ההחלטה להעביר את הזקן למוסד סיעודי במקום להשאירו לגור בבית.

2. מטרות המחקר ותרומת המחקר

1. לבדוק את היקף השימוש בשירותי בריאות ורווחה על-ידי זקנים מוגבלים בחודשים האחרונים לפני העברתם לאשפוז סיעודי (כלומר, מספר אשפוזים, מספר ביקורים בחדר מיון אשר לא היו כרוכים באשפוז, שימוש בשירותי אחות ורופא בקהילה ושירותים אחרים).
2. לבחון באיזו מידה הספקת שירותי בריאות בקהילה לזקנים מוגבלים הגרים בבית, עונה על צרכיהם, לזהות חסמים בהספקתם וצרכים לא מסופקים (כגון ביקורי בית של אחות ורופא, בדיקות מחוץ לבית, צורך במטפל פורמלי במהלך שעות היממה, הוצאות פרטיות על בריאות, אובדן ימי עבודה של מטפלים בלתי פורמליים, עומס פיזי ונפשי של מטפלים בלתי פורמליים הקשורים לטיפול בזקן).
3. לבחון באיזו מידה תפיסת הקושי בקבלת שירותי בריאות לטיפול בזקן, מהווה מרכיב חשוב בהחלטה של המטפלים הבלתי פורמליים להעביר את הזקן למוסד לטיפול ממושך.

3. שאלות המחקר

השאלות שנבדקו במחקר הנוכחי הן:

1. האם מצבו הבריאותי והתפקודי של הזקן הוא גורם משמעותי בהחלטה על העברת הזקן למוסד סיעודי. כלומר, ככל שמצבו חמור יותר או שאינו יציב, וככל שצרכיו לשירותי בריאות רבים יותר, האם יש לכל זה משקל רב יותר בהחלטה על ההעברה למוסד סיעודי.
2. האם צרכים לא מסופקים וקשיים בקבלת טיפול רפואי בבית כפי שהם נתפסים על-ידי המטפל הבלתי פורמלי, הינם גורמים מרכזיים בהחלטה למיסוד הזקן, מעבר לצרכים הקשורים בטיפול אישי וסוציאלי.
3. האם תפיסת העומס המוטל על כתפיהם של בני משפחה מטפלים, ותפיסתם את היכולת שלהם לספק לזקן את הטיפול הנדרש, מהוות גורם חשוב בהחלטה להעביר זקן למוסד סיעודי.

4. שיטות ומתודולוגיית המחקר

4.1 אוכלוסיית המחקר

בני משפחה שהם מטפלים עיקריים בזקנים מוגבלים בתפקוד אשר פנו ללשכות הבריאות בחודשים אוגוסט-אוקטובר 2009 על-מנת לקבל סיוע במימון האשפוז הסיעודי.

4.2 כלי המחקר ואיסוף הנתונים

הנתונים נאספו בעזרת שאלונים מובנים אשר פותחו במיוחד למחקר זה. השאלון תוקף בשני שלבים: בשלב הראשון רואיינו 5 מטפלים בזקנים מבין הפונים למשרד הבריאות, ובעקבותיו תוקן השאלון. לאחר מכן נעשתה בדיקה של תהליך האיתור על רשימה ראשונית של כמאתיים פונים, ממנו עלו בעיות חמורות באיתור בני משפחה מטפלים ובהיקף הרחב של זקנים שכבר שוהים במוסדות תקופה ממושכת. בעקבות הבדיקה הוכנסו תיקונים קלים לשאלון ועלה הצורך להכין שני סוגי שאלונים. שאלון אחד נוסח לבני המשפחה של זקן הגר בבית, והשני לבני משפחה של זקן שכבר עבר למוסד סיעודי בששת החודשים האחרונים, בו נשאלו השאלות על מגורי הזקן, צרכיו הבריאותיים ושימוש בשירותי בריאות לגבי התקופה שקדמה למעבר למוסד הסיעודי - להבדיל מהשאלון לזקן הגר בבית, בו נשאלו השאלות לגבי התקופה הנוכחית ולגבי החודשים האחרונים. הסיבה שנקבעה תקופה של עד שישה חודשים מהמעבר למוסד היא על מנת לצמצם בעיות זיכרון.

הראיונות נערכו פנים-אל-פנים במהלך החודשים ינואר עד יוני 2010, על-ידי מראיינים שנבחרו בקפידה, כך שיתאימו לראיין בני משפחה המצויים במצבי חיים לא קלים. חלק מבני המשפחה נתונים ללחצים הקשורים לטיפול בהוריהם וחלקם אף התאבלו על יקיריהם אשר נפטרו במרוצת הזמן. לאחר בחירתם עברו המראיינים הכשרה מקיפה על-ידי צוות המחקר על מערכת השירותים לזקנים באופן כללי, על הרקע למחקר וכן לגבי סוגיות הקשורות בראיונות עם האוכלוסייה הנחקרת. כל מראיין קיבל חוברת הדרכה שכללה עקרונות בראיונות פנים-אל-פנים ונוהלי עבודה במחקר הנוכחי.

הראיונות הראשונים של כל מראיין לוו על-ידי רכז, ובהמשך נעשה מעקב שבועי במהלך כל תקופת איסוף הנתונים, אחר התקדמות של כל אחד מהמראיינים ופתרון בעיות שעלו בשטח. השאלונים תורגמו לרוסית ולערבית במטרה לכלול אוכלוסיות הדוברות שפות אלו.

4.3 שיטת הדגימה ותוצאות עבודת שדה

מתוך רשימה כלל ארצית של 1,496 פניות למשרד הבריאות לקבלת סיוע במימון האשפוז של הזקן במוסד סיעודי (קבלת קוד) בחודשים אוגוסט-אוקטובר 2009, אותרו 971 בני משפחה שהם מטפלים עיקריים בזקנים מוגבלים בתפקוד שגרו בביתם תקופה כלשהי בחצי השנה האחרונה, מהם 301 לא היו שייכים לאוכלוסיית המחקר (194 זקנים נפטרו לפני תחילת המחקר, 105 שהו במוסד למעלה מחצי שנה ועוד 59 פניות לא נכללו באוכלוסייה משום שהמטפל העיקרי לא היה בן משפחה אלא עמותה או עו"ס). מתוך בני המשפחה שאותרו רואיינו 402 בני משפחה, 114 סירבו להתראיין ועוד 95 לא רואיינו בגלל שלא היו דוברי עברית, ערבית או רוסית ולא ניתן היה לראיין אותם, או שלא רואיינו בגלל בעיות אחרות.

בסך-הכל רואיינו 404 בני משפחה של זקנים, שפנו למשרד הבריאות לקבלת קוד, לאחר שהחליטו על העברת הזקן למוסד סיעודי. שני שאלונים היו באיכות ירודה והם נפסלו בשלב בדיקות האיכות. לפיכך, 402 שאלונים שימשו לעיבוד נתוני המחקר (לוח 1).

לוח 1: תוצאות עבודת השדה

סך-הכל	סך-הכל מקרים שפנו למשרד הבריאות
1,496	נפטרים
194	במוסד יותר מ-6 חודשים
105	לא אותרו (לא היה מידע בלשכות שאפשר לאתרם)
525	אין בן משפחה לראיין (עו"ס, עמותה)
59	סירב להתראיין
114	לא רואיין מסיבה אחרת (שפה זרה, קושי לתאם מועד לריאיון)
95	רואיינו
404	נפסלו בבדיקות איכות השאלונים
2	סך-הכל שאלונים תקינים
402	

התפלגות המרואיינים לפי מחוז מראה כי 24.6% הם מאזור המרכז, 18.9% ממחוז תל-אביב, 10.9% מאשקלון, 13.4% מהצפון, 9.5% מירושלים ו-8.7% ממחוז באר שבע. מלוח 2 ניתן ללמוד שהתפלגות המרואיינים לפי מחוז דומה להתפלגות הפניות למשרד הבריאות לפי מחוז.

לוח 2: מרואיינים ופניות למשרד הבריאות בחודשים אוגוסט-אוקטובר 2009, לפי מחוז

סך-הכל	אשקלון	באר שבע	חיפה	ירושלים	אביב	תל מרכז	צפון
סך-הכל מרואיינים	44	35	56	38	76	99	54
% מסך-הכל	10.9	8.7	13.9	9.5	18.9	24.6	13.4
% מהפניות למשרד הבריאות (n=1,496)	10.4	7.7	15.1	7.4	24.9	20.7	13.8

5. ממצאים

המחקר מתייחס לתרומתם של שלושה גורמים עיקריים להחלטה להעביר זקן למוסד סיעודי. הגורם הראשון הוא מצבו הבריאותי והתפקודי של הזקן; השני מתייחס למאפיינים הקשורים לבני המשפחה המטפלים, לעומס המוטל על כתפיהם ותפיסתם את יכולתם להמשיך ולטפל בזקן בצורה נאותה; ואילו הגורם השלישי עוסק בפער בין השימוש בשירותים בקהילה לבין צרכיו של הזקן, כפי שהוא נתפס על-ידי המטפל העיקרי. בפרק זה מובאים ממצאים על מאפייני הרקע ומאפיינים בריאותיים ותפקודיים של הזקנים. לאחר מכן מובאים מאפייניהם של בני המשפחה שרואיינו. ההמשך מוקדש לפירוט הקשיים הקשורים לטיפול בזקן שחשים בני המשפחה וכתוצאה מכך העומס המוטל עליהם; מאפייני השימוש בשירותים הסוציאליים והבריאותיים ובאיזו מידה ישנם צרכים שאינם מסופקים על-ידי מערכות השירותים הללו. את פרק הממצאים חותם ניתוח להבנת תהליך קבלת ההחלטה, כיצד נעשה התהליך, מידת הדחיפות, החלופות שנשקלו ומה היו הגורמים העיקריים שהשפיעו על ההחלטה להעביר את הזקן למוסד סיעודי. באופן ספציפי נתמקד במידה שבה המצב הבריאותי של הזקן והמענים של שירותי הבריאות משפיעים על ההחלטה, וזאת מעבר לצרכים בטיפול אישי וצרכים בתחום חברתי.

5.1 מאפייני הזקנים

א. מאפייני רקע

שישים ואחד אחוזים מהזקנים הם נשים, בגיל 83 בממוצע, כאשר 19% הם מעל גיל 90. כמחצית מהזקנים (55%) הם אלמנים; לקרוב למחצית יש השכלה יסודית או שכלל לא למדו. באשר למגורים, 85% מהזקנים עברו כבר למוסד סיעודי ועוד 15% גרים בבית. אחד מגורמי הסיכון המביאים בני משפחה להחלטה להעביר זקן למוסד סיעודי אשר מוזכר בספרות הוא מגורים לבד. כך, 29% מהזקנים גרים לבד,¹ עוד 24% רק עם בן זוג. עשרים וארבעה אחוזים ציינו שמטפלת גרה בביתם. כאינדיקטור למצבם הכלכלי, 38% מהזקנים מקבלים השלמת הכנסה מהמוסד לביטוח לאומי (לוח 3). בהשוואה לכלל אוכלוסיית הזקנים בני 65+ (ברודסקי ואחרים, 2010), ניכר כי חלקם של האלמנים (55%) גבוה, לעומת חלקם באוכלוסייה הזקנה (34%), חלקם של בני 90+ גבוה (19% לעומת 3%, בהתאמה), חלקם של העולים שעלו לאחר 1989 גבוה (43% ומתוכם 33% עולים מברית-המועצות לשעבר לעומת 25%) בכלל אוכלוסיית הזקנים, ושיעור מקבלי השלמת הכנסה גבוה אף הוא (38% ו-26%, בהתאמה).

לוח 3: מאפייני רקע של הזקנים (באחוזים)

1 לגבי זקנים שכבר עברו למוסד, השאלה התייחסה לתקופה שלפני המעבר למוסד.

סך-הכל		גיל
45	מטל גיל 85	
19	מתוכם : מטל גיל 90	
8	מתוכם : מטל גיל 100	
83	גיל ממוצע (בשנים)	
61	מין: נשים	
100	יבשת לידה	
11	ישראל	
4	מתוכם : ערבים	
64	אירופה-אמריקה	
25	אסיה-אפריקה	
43	עלו לארץ לאחר 1989	
33	מתוכם : עלו מברית-המועצות לשעבר	
100	מצב משפחתי	
35	מזה : נשואים	
55	אלמנים	
100	השכלה	
47	עד יסודית	
27	תיכונית	
26	על תיכונית/אקדמית	
	מקורות הכנסה*	
38	קצבת זקנה עם השלמת הכנסה	
21	פנסיה	
11	שילומים מגרמניה	
5	רנטה	
15	הכנסה אחרת (קצבת נכות, סיוע אחר ממשד ממשלתי)	
100	מקום מגורים בעת הריאיון	
15	גר בבית	
85	גר במוסד	
100	צורת מגורים	
29	לבד	
24	גר עם בן/בת זוג בלבד	
19	גר עם צאצאים בלבד	
4	גר עם צאצאים ובן זוג	
12	גר עם מטפלת בלבד	
12	גר עם בן זוג, צאצאים ומטפלת או הסדר אחר	
100	קופת-חולים	
70	כללית	
16	מכבי	
9	לאומית	
5	מאוחדת	

* ניתן לציין מספר תשובות

ב. מאפיינים בריאותיים ומוגבלות בתפקוד

צורכיהם של הזקנים מושפעים מבעיות הבריאות שלהם ומבעיות בתפקוד. כצפוי, הזקנים הפונים לסידור מוסדי סיעודי סובלים מבעיות בריאות ותפקוד רבות ולעתים מצבם הבריאותי אינו יציב. בני המשפחה שרואיינו נשאלו לגבי מחלות מהן סובל הזקן. תשובותיהם מלמדות כי המחלות השכיחות שדווחו הן: יתר-לחץ-דם (66%), דמנציה או ירידה קוגניטיבית קשה (51%), דיכאון (48%), ומחלות הקשורות בעיניים (48%). המצב הבריאותי הקשה מתבטא גם בריבוי מחלות (co morbidity), מחצית מהזקנים סובלים מ-5 מחלות או יותר. בסביבות 80%-90% מהם מקבלים טיפול תרופתי למחלות מהן הם סובלים (לוח 4).

לוח 4: שיעורי תחלואה ושיעורי המקבלים טיפול תרופתי (באחוזים)

מחלה	סך-הכל	מהם : מקבל טיפול תרופתי למחלה
מחלת לב (אי ספיקת לב/אי סדירות בקצב הלב/בעיית לב אחרת)	42	93
סוכרת	36	94
יתר-לחץ-דם	66	98
דיכאון	48	88
מחלת ריאות כרונית (ברונכיטיס כרונית, אמפיזמה, אסתמה)	18	87
מחלה כרונית במערכת העיכול (לא כולל סרטן), כגון בעיות בקיבה (אולקוס), בעיות בכבד או בכיס המרה	28	84
מחלה של בלוטת התריס (תת פעילות, פעילות יתר)	9	87
מחלה כרונית בדרכי השתן, דלקת בדרכי השתן, אי-ספיקת כליות	36	92
מחלה בעיניים (קטרקט שלא נותח, גלאוקומה, או ירידה משמעותית בראייה)	48	73
שבץ מוחי או אירוע מוחי	36	82
שבר בירך או באגן הירכיים	24	68
מחלה ממארת	12	69
אוסטיאופורוזיס	29	85
דלקת פרקים או כאבי פרקים	33	80
מחלת פרקינסון	14	81
מחלת אלצהיימר או דמנציה או ירידה קוגניטיבית קשה	51	83

בעיות נוספות שדווחו הן: נפילות חוזרות (68%), כאבים (63%), אי-שליטה בסוגרים (59%), קשיים בשינה (56%), אכילה (49%), עצירות (48%), אפתיות (47%) והתנהגות אלימה (32%). אצל מרביתם (71%) חלה הידרדרות במצב הבריאותי בתקופה האחרונה.

כמעט מחצית מהזקנים (42%) מרותקים למיטה או לכיסא גלגלים ועוד 24% נעזרים במכשיר לצורך הליכה. השיעור של המוגבלים בניידות הוא גבוה (66%) בהשוואה לשיעור המקביל בקרב האוכלוסייה הקשישה כולה (30%). הצורך בעזרה בביצוע פעולות יומיומיות גבוה אף הוא, 76% נזקקו לעזרה מלאה ברחצה (לעומת 26% מהאוכלוסייה הקשישה), 66% בהלבשה (לעומת 22% מהאוכלוסייה הקשישה) (ברודסקי ואחרים, 2010), 57% בשימוש בשירותים ו-44% באכילה. קיים גם קושי להשאירם לבד בבית: 75% אינם יכולים להישאר לבד בלילה ואילו 57% לא יכולים להישאר לבד בכלל בשעות היום, בעיקר בגלל הצורך בעזרה וטיפול וכן בגלל חשש מנפילות (לוח 5).

לוח 5: ניידות וצורך בעזרה מלאה לביצוע פעולות יומיומיות (באחוזים)

סך-הכל	ניידות
34	נייד
24	עם מכשיר עזר
42	מרותק למיטה/כיסא גלגלים
	צורך בעזרה מלאה בפעולות יומיומיות*
76	רחצה
66	הלבשה
57	שימוש בשירותים
44	אכילה
75	לא יכול להישאר לבד בלילה
56	לא יכול בכלל להישאר לבד ביום
78	מהם*: זקוק לעזרה וטיפול רוב הזמן
18	מפחד להישאר לבד
39	חשש מנפילות
31	הקשיש מסכן עצמו
13	בדידות/צורך חברתי
65	הזקן קיבל ביקורים מחברים או בני משפחה יותר מ-3 פעמים בשבוע
46	הזקן נהג לדבר בטלפון עם חברים או בני משפחה יותר מ-3 פעמים בשבוע

* ניתן לציין מספר תשובות

5.2 מאפייני המרואיינים

מרבית בני המשפחה שרואיינו (67%) הם צאצאי הזקנים, הגיל הממוצע הוא 57, שליש מהם גרים עם הזקנים. מרביתם (70%) נשואים, מרביתם בעלי השכלה על-תיכונית או אקדמאית (63%). שישים ושישה אחוזים מהם מגדירים את מצב בריאותם כטוב או טוב מאוד. כמחציתם אינם עובדים (56%) (לוח 6).

לוח 6: מאפייני רקע של המרואיינים (באחוזים)

סך-הכל	
	יחס קרבה לזקן
12	בן זוג
67	בן/בת
5	חתן/כלה
5	אח
10	קרוב משפחה אחר
1	אחר
57	גיל ממוצע (בשנים)
	מצב משפחתי
70	נשוי
8	אלמן
12	גרוש/רווק
	הסדר מגורים של המרואיין
33	גר עם הזקן
44	גר בסמוך לזקן
23	גר רחוק מהזקן
	השכלה של המרואיין
7	עד יסודית
28	תיכונית
63	על תיכונית/אקדמאית
	מצב בריאות
66	טוב מאוד/טוב
27	לא כל-כך טוב

המרואיינים מעורים בחיי הזקנים : חלקם גרים עם הזקן, ואלה שאינם גרים עם הזקן מבקרים אותו לפחות פעם בשבוע ב-91% מהמקרים (מעל מחציתם כל יום או כמעט כל יום) ומסייעים לו בתחומים שונים, כמו סידורים מחוץ לבית (78%), ליווי לטיפולים (72%), ניהול משק הבית (45%); ובטיפול אישי, כמו רחצה, אכילה והתלבשות (38%). מעל מחצית מהמרואיינים (58%) ציינו שהנטל של הטיפול בזקן מתחלק עם עוד בני משפחה (לוח 7).

לוח 7: תדירות ביקורים אצל הזקן (בקרב מטפלים שאינם גרים עימו) ומתן עזרה לזקן מצד המטפל העיקרי (באחוזים)

סך-הכל	תדירות ביקור הזקן (n=252)
39	כל יום
22	4-3 פעמים בשבוע
30	1-2 פעמים בשבוע
9	פחות מפעם בשבוע
	מתן עזרה לקשיש*
78	בסידורים מחוץ לבית
72	בליווי לטיפולים/בדיקות
45	בניהול משק בית
38	בטיפול אישי

* ניתן לציין מספר תשובות

5.3 קשיים בטיפול בזקן והעומס על המטפל העיקרי

בני משפחה המטפלים בזקנים מוגבלים מייחסים את חוסר יכולתם להמשיך ולתת טיפול הולם לזקן כסיבה מרכזית להחלטה על מעבר למיסוד (Bauer, 1996; Ory, 1999; Gaugler et al., 2003; Buhr et al., 2006 Caron et al., 2006). פרק זה מתמקד בקשיים שיש למטפלים, ולהיבטים שונים של תפיסת העומס המוטל על המטפלים ויכולתם להמשיך ולתת לזקן טיפול הולם בבית. מבין הבעיות שפורטו לעיל בסעיף 5.1, הבעיות השכיחות אשר מקשות על הטיפול בזקן במידה רבה הן: נפילות - 46% מכלל המרואיינים (68% מבני משפחה של זקנים הסובלים מנפילות); כאבים - 38% מכלל המרואיינים (60% מבני משפחה של זקנים הסובלים מכאבים); ואי שליטה בסוגרים - 37% מהמרואיינים (63% מבני משפחה של זקנים הסובלים מבעיות אי שליטה בסוגרים) (לוח 8).

כפי שראינו בתכניות בחו"ל (Bauer et al., 2009; Chenier, 1997), מתן הסברים לבני המשפחה יכול לסייע להם בהתמודדות עם הקושי, להעצמה ולהפחתת רתיעה או חשש מהטיפול בזקן. במחקר הנוכחי, ציינו 53% מהמרואיינים שקיבלו הסברים או הדרכה כיצד להתמודד עם הבעיות שהוזכרו בסעיף 5.1, ו-47% לא קיבלו הסברים כלל. רבע מהמשיבים שקיבלו הסברים, סברו שההסברים לא היו מספיקים.

לוח 8: בעיות בריאות אשר הקשו במידה רבה על הטיפול בזקן (באחוזים)

בעיות בריאות	קיימת בעיה	מהם : הבעיה מקשה על הטיפול במידה רבה	הבעיה מקשה על הטיפול במידה רבה (בקרב כלל המטפלים)
נפילות	68	68	46
התנהגות אלימה	32	66	21
אי שליטה בסוגרים	59	63	37
כאבים	63	60	38
אכילה	49	60	29
קשיים בשינה	56	59	33
עצירות	48	58	28
אפתיות	47	43	20

בלוח 9 מרוכזים הממצאים על תחושותיהם של המטפלים לגבי קשיים שתרמו לחוסר טיפול ראוי בזקן. הקשיים קשורים מצד אחד לבעיות הבריאות של הזקן, סירובו לשתף פעולה, קושי להגיע למרפאה וקושי כלכלי של המשפחה. ומהצד האחר למערכת הבריאות: קושי המתבטא ביחס הצוות הרפואי וביכולתו לתת מענה, וכן משום שהמשפחה לא יודעת למי ולכן לפנות. הבעיה השכיחה הייתה ריבוי המחלות של הזקן אשר הקשה על הטיפול בכולן (62%). בהקשר זה צוינה גם בעיית זמינותו של הרופא (52%); חוסר שיתוף פעולה ואף סירוב מצד הזקן לפנות לקבלת טיפול היקשו על מחצית מהמטפלים. עלויות הטיפול צוינו על-ידי 29% מהמרואיינים. כרבע מהמרואיינים דיווחו שלא ידעו למי ולכן לפנות (28%), או על חוסר התייחסות מתאימה מצד הצוות הרפואי (23%).

לוח 9: בעיות הקשורות למצב הבריאותי ולמערכת הבריאות אשר הכבידו במידה רבה על המטפל העיקרי (באחוזים)

סך-הכל	
62	קיום בעיות בריאות רבות הקשה על הטיפול בכולן
52	היה קשה להגיע לרופא לאבחון ולטיפול
50	היה חוסר שיתוף פעולה מצד הקשיש
29	עלויות הטיפול היו גבוהות והייתה בעיה כלכלית
28	לא ידעתי למי ולכן לפנות
23	היה חוסר התייחסות מתאימה מצד הצוות הרפואי
18	פניתי לרופא והוא לא הפנה אותי לרופא מומחה, או שאמר שאין מה לעשות

כמטפלים עיקריים, נשאלו המרואיינים האם לתחשתם היו בעיות בריאות שלא טופלו כמו שהם חושבים שהיה צריך לטפל בהן. עשרים ואחד אחוזים מהם סברו שהתשובה לכך היא חיובית. מהם, 72% חשו שחוסר הטיפול ההולם הקשה במידה רבה על הטיפול בזקן (לוח 10). הבעיות שלא טופלו כראוי התייחסו בעיקר לכך שלא איזנו את רמת הסוכר, טיפול לא טוב לבעיות בעיניים או טיפול שניתן באיחור, או שלא אבחנו את המחלה בזמן.

לוח 10: בעיות בריאות שלא קיבלו טיפול הולם ומידת הקושי של המטפל

סך-הכל	
21	היו לזקן בעיות בריאות נוספות שלא טופלו כפי שהמטפל חושב שהיה צריך לטפל בהן
	מהם: חוסר הטיפול בבעיות הבריאות הקשה על הטיפול בזקן
72	במידה רבה
14	במידה בינונית
14	במידה מועטה או בכלל לא

קשיים נוספים נוצרו גם בהתאמת הדירה למצבו של הזקן. קרוב ל-40% מהמרואיינים אמרו שישנן בעיות בהתאמת הדירה למוגבלויותיו של הזקן ואשר מקשות את הטיפול בו. עיקר הבעיות התייחסו לצורך לעלות במדרגות, או לחילופין חוסר מעלית בבניין; פתחים צרים שלא מאפשרים מעבר של כיסא גלגלים וכן קושי להשתמש באמבטיה (לוח 11). חלק הארי לא קיבלו עזרה בהתאמת הדירה (92%). הסיבה העיקרית לכך הייתה בעיקר משום שהם לא היו מעוניינים בעזרה (59%). כרבע נימקו שלא קיבלו עזרה בהתאמת הדירה בכך שלא ידעו שאפשר לקבל עזרה כזו, כעשירית השיבו שפנו לקבלת עזרה אך לא קיבלו, והיתר נימקו זאת בכך שלא פנו כלל לקבל עזרה משום שלא הספיקו או משום שביצעו את התאמת הדירה בעצמם.

לוח 11: עזרה בהתאמת הדירה למוגבלויות הפיזיות של הזקן (באחוזים)

סך-הכל	
40	ישנן בעיות בהתאמת הדירה למוגבלות הזקן המקשות על הטיפול
62	מהן: מעלית
39	אמבטיה
29	פתחים צרים
92	מהם: לא קיבלו עזרה בהתאמת הדירה (n=145)
	מהם: סיבות שלא קיבלו עזרה בהתאמת הדירה
24	לא ידעו שאפשר לקבל עזרה
9	פנו לקבלת עזרה ולא קיבלו
5	לא הספיקו לפנות
59	לא מעוניינים בעזרה
3	התאימו את הדירה בעצמם

גורם מרכזי נוסף, המוזכר בספרות, אשר מביא בני משפחה מטפלים להעביר את קרוביהם למוסד סיעודי הוא תחושת העומס אשר מביאה לשחיקה ביכולתם להעניק לזקן את הסיוע הדרוש לו. בלוח הבא ניתן לראות שכמחצית מהמטפלים חשים שהעומס הכולל המוטל עליהם הוא כבד מאוד (46%) או כבד (30%). בתשובה על שאלה ספציפית וישירה לגבי העומס הכלכלי, ענו 25% שהם חשים שהוא כבד מאוד ועוד 35% שהוא כבד. בבחינת הנטל הכלכלי, על פי ההוצאות הקשורות לטיפול בזקן, מתברר שלשני-שלישים מהמרואיינים היו הוצאות, רובן ככולן על תרופות. הוצאות נוספות שצוינו היו בעבור טיפולים, אמבולנס, מטפלת, תשלום למוסד הסיעודי ועוד (לוח 12). בקרב מי שהיו לו הוצאות, 54% חשו עומס כולל כבד מאוד, לעומת 8% ממי שלא היו לו הוצאות הקשורות לטיפול בזקן. מעניין לציין ש-42% מהמרואיינים אמרו שהם מטפלים בזקן לבדם, ללא עזרה מבני משפחה אחרים.

לוח 12: העומס המוטל על המטפל כתוצאה מהטיפול בזקן והוצאות הקשורות בטיפול (באחוזים)

סך-הכל	העומס הכולל כתוצאה מהטיפול בקשיש
46	כבד מאוד
30	כבד
17	לא כל-כך כבד
7	לא כבד
	העומס הכלכלי כתוצאה מהטיפול בקשיש
25	כבד מאוד
35	כבד
27	לא כל-כך כבד
13	לא כבד
67	היו הוצאות פרטיות הקשורות לטיפול בקשיש*
66	מהן: לתרופות
37	לטיפולים
36	לאמבולנס
21	למטפלת
10	למוסד הסיעודי
10	טיטולים
10	נסיעות
5	לרופא פרטי
3	אבזרים
20	אחר (בגדים, מזון, טלפון)

* ניתן לציין כמה סוגי הוצאה

5.4 שימוש בשירותים בקהילה

למערכת השירותים יש תפקיד חשוב ביכולת לתת מענה על צורכי הקשיש, ובכך היא משפיעה על החלטת המיסוד. השירותים המרכזיים בישראל מסופקים על פי חוק. כך, שירותי הבריאות מסופקים באופן

אוניברסלי דרך חוק ביטוח בריאות ממלכתי. עזרה פורמלית בתפקוד יומיומי ניתנת דרך חוק סיעוד לזקנים המוגבלים בתפקוד, על פי מבחן זכאות.

א. שימוש בשירותי רווחה

כצפוי, שיעור גבוה מהזקנים (81%) זכאים לקבלת סיוע על פי חוק סיעוד (מהם: 38% מקבלים 9.5 שעות בשבוע ו-62% מקבלים 16 שעות או יותר). מתוכם 18% מקבלים תוספת של 9 שעות מהקרן לרווחת ניצולי השואה. בכלל האוכלוסייה הנבדקת מגיע שיעורם לכ-15%. מרביתם מקבלים עזרה של מטפלת (76%) וזקנים מעטים מבקרים במרכז יום. עם זאת, כמחצית מאלה שלא קיבלו מטפלת במסגרת חוק סיעוד דיווחו שהם פנו לקבלת הגמלה אך נענו בשלילה (והם מהווים 11% מכלל הזקנים), ו-14% לא ידעו שאפשר לפנות (3% מהזקנים). ייתכן שאלה שנענו בשלילה נענו כך בגלל מבחן ההכנסות. שלושים אחוזים מהזקנים מעסיקים מטפלת או עוזרת בתשלום, שלא דרך חוק סיעוד, מרביתם (77%) במימון פרטי והיתר דרך ביטוח סיעודי. ל-39% יש לחצן מצוקה בבית (בקרב הגרים לבד השיעור מגיע לכדי 52%), 15% ביקרו במועדון או במרכז יום, ו-8% היו בנופשו (הכוונה לסידור זמני, לרוב לתקופת החלמה של הזקן לאחר אשפוז בבית-חולים כללי). שישה אחוזים הסתייעו בשירות של ארוחות חמות (לוח 13).

לוח 13: זכאות לשירותים ושימוש בשירותים בקהילה (באחוזים)

סך-הכל	
81	זכאי לחוק סיעוד
62	מהם: +16 שעות בשבוע
19	לא זכאי לחוק סיעוד
	מהם: סיבות מדוע לא קיבלו זכאות לחוק סיעוד (n=72)
47	פנו ולא קיבלו
31	לא מעוניינים
14	לא ידעו שאפשר לפנות
30	מטפלת/עוזרת בתשלום שלא דרך חוק סיעוד (n=124)
77	מהם במימון פרטי
15	ביקר במועדון/מרכז יום
8	נופשו
39	לחצן מצוקה
20	מהם: דרך קהילה תומכת
6	קיבל ארוחות חמות

ב. שימוש בשירותי בריאות וצרכים לא מסופקים

בית-חולים

האינדיקטורים הבאים מצביעים על שימוש רב במערכת הבריאות, שכן 70% מהזקנים פנו לחדר מיון בחצי השנה האחרונה ו-72% אושפזו בתקופה זו, לעומת כרבע מכלל הזקנים שמתאשפזים בשנה (ברודסקי ואחרים, 2010). מספר הפניות בקרב הפונים למיון הגיע לפעמיים בחצי שנה, בממוצע. מספר אשפוזים דומה התקבל גם בקרב המתאשפזים באותה תקופה (לוח 14).

לוח 14: פנייה לחדר מיון ואשפוז בבית-חולים

סך-הכל	
70	פנו למיון בחצי שנה אחרונה (%)
75	מהם: 2-1 פעמים
25	3+ פעמים
2.2	ממוצע ביקורים במיון בחצי שנה
72	אושפז בבית-חולים בחצי שנה אחרונה (%)
1.9	ממוצע אשפוזים בחצי שנה

ניתוח הנתונים האיכותניים מראה כי מרבית האשפוזים היו כתוצאה מנפילה או מאירוע מוחי (CVA). השימוש בשירותי הבריאות הקהילתיים היה גבוה אף הוא, כפי שניתן לראות בלוחות 15-17.

קשר עם רופא בקהילה

חמישים ושישה אחוזים מהזקנים ראו רופא כלשהו בשבועיים האחרונים: 18% ראו רופא משפחה 5 פעמים או יותר במהלך שלושת החודשים האחרונים ועוד 28% ראו רופא משפחה 3-4 פעמים. הרופא ביקר בבית אצל 36% מהזקנים ב-3 החודשים האחרונים. עם זאת, 30% מהמטפלים שרואיינו סברו שהזקן היה זקוק לראות רופא לעתים קרובות יותר ו-15% דיווחו שבחצי השנה האחרונה קרה לפחות פעם אחת שהזקן היה צריך לראות רופא ולא ראה אותו. הסיבה העיקרית הייתה משום שהזקנים סירבו לפגוש את הרופא, אך הוזכרו גם סיבות הקשורות לקושי בנגישות וזמינות: משום שהרופא לא הגיע (24%), משום שהיה לזקן קושי להגיע למרפאה (20%), או היה קשה להשיג תור בזמן שהתאים לזקן (14%).

סוגיה נוספת שנבדקה בהקשר לטיפול הרפואי בקהילה היא קבלת הסברים מרופא על בעיות הבריאות והטיפול בזקן, כמו מתי להזעיק רופא, איך לקחת תרופות, תופעות לוואי של התרופות והתפתחות המחלה.

שבעים ואחד אחוזים מהמרואיינים ציינו שקיבלו הסברים מרופא ו-33% היו רוצים לקבל יותר מידע בנושא, בין אם קיבלו הסברים ובין אם לא קיבלו הסברים מהרופא (לוח 15).

לוח 15: תדירות מפגשים עם רופא, הזדקקות למפגשים נוספים ומתן הסברים (באחוזים)

סך-הכל	
100	פעם אחרונה שהזקן ראה רופא
56	בשבועיים אחרונים
25	בחודש האחרון
12	3-2 חודשים אחרונים
7	4+ חודשים אחרונים
100	כמה פעמים הזקן נפגש עם רופא משפחה ב-3 חודשים
21	לא נפגש
33	פעם-פעמיים
28	3-4 פעמים
18	5+ פעמים
2.9	ממוצע פעמים
100	כמה מהמפגשים עם רופא המשפחה היו בבית הזקן
64	אף פעם
19	פעם-פעמיים
11	3-4 פעמים
9	5+ פעמים
30	האם הזקן היה זקוק לתדירות מפגשים גבוהה יותר עם רופא
15	קרה שהזקן נזקק לרופא ולא נפגש איתו בחצי שנה אחרונה
	מהם: הסיבה שלא ראה רופא
24	הרופא לא הגיע
20	בעיה להגיע למרפאה
14	בעיה להשיג תור בזמן מתאים
42	בעיה אחרת (כגון הקשיש סירב לקבל טיפול)
71	רופא הסביר על בעיות הבריאות ועל הטיפול
33	היו רוצים יותר מידע על בעיות הבריאות והטיפול בהן

קשר עם אחות בקהילה

שישים ושניים אחוזים מהזקנים נפגשו עם אחות במהלך החודש האחרון וב-3 החודשים האחרונים 80% ; 47% מהזקנים נפגשו עמה בביתם. אולם, 24% מהמרואיינים ציינו שהזקן נזקק ליותר מפגשים עם אחות. תשעה אחוזים ציינו שעל פי דעתם קרה בחצי השנה האחרונה שהקשיש נזקק לראות אחות ולא ראה אותה,

בעיקר משום שהאחות לא הגיעה (36%), אך גם בשל קשיים בנגישות או בזמינות השירות. ב-22% מהמקרים הקשיש סירב לקבל טיפול (לוח 16).

לוח 16: תדירות מפגשים עם אחות והזדקקות למפגשים נוספים (באחוזים)

סך-הכל	
100	פעם אחרונה שהזקן ראה אחות
37	בשבועיים האחרונים
25	בחודש האחרון
18	3-2 חודשים אחרונים
20	4+ חודשים אחרונים
100	כמה פעמים הזקן נפגש עם אחות ב-3 חודשים
16	לא נפגש
52	פעם-פעמיים
20	3-4 פעמים
12	5+ פעמים
2.5	ממוצע פעמים שהזקן ראה אחות ב-3 חודשים
	כמה מהמפגשים עם אחות היו בבית הזקן
53	אף פעם
27	פעם-פעמיים
13	3-4 פעמים
7	5+ פעמים
24	הזקן היה זקוק לתדירות מפגשים גבוהה יותר עם אחות
9	הזקן נזקק לראות אחות ולא נפגש איתה בחצי שנה אחרונה
	מהם: הסיבה שלא ראה אחות
36	האחות לא הגיעה
27	קושי להגיע למרפאה
15	קושי להשיג תור בזמן מתאים
22	קושי אחר (הקשיש סירב לקבל טיפול)

פיזיותרפיסט

שמונה-עשר אחוזים מהזקנים נפגשו עם פיזיותרפיסט במהלך החודש האחרון, ו-72% מהזקנים נפגשו איתו ב-3 החודשים האחרונים. ב-3 החודשים האחרונים היה מספר המפגשים הממוצע 4.3. הפיזיותרפיסט ערך ביקור בית אצל 35% מהזקנים. שלושים וארבעה אחוזים מהמרואיינים סברו שהזקן נזקק ליותר מפגשים עמו (לוח 17).

לוח 17: תדירות מפגשים עם פיזיותרפיסט והזדקקות למפגשים נוספים (באחוזים)

סך-הכל	
100	פעם אחרונה שהזקן ראה פיזיותרפיסט
12	בשבועיים אחרונים
6	בחודש האחרון
7	3-2 חודשים אחרונים
75	+4 חודשים אחרונים
100	כמה פעמים הזקן נפגש עם פיזיותרפיסט ב-3 חודשים
28	לא נפגש
29	פעם-פעמיים
16	3-4 פעמים
27	+5 פעמים
	כמה מהמפגשים עם פיזיותרפיסט היו בבית הקשיש
65	אף פעם
14	פעם-פעמיים
7	3-4 פעמים
14	+5 פעמים
1.9	ממוצע ביקורי בית של פיזיותרפיסט
34	הזקן היה זקוק לתדירות מפגשים גבוהה יותר עם פיזיותרפיסט

שירותי בריאות אחרים

שישה-עשר אחוזים מהמרואיינים ציינו שבשנה האחרונה קרה לפחות פעם אחת שהזקן היה זקוק לטיפול רפואי אחר ולא קיבל אותו, כמחציתם בתחום הנפשי (פסיכיאטר, פסיכוגריאטר או פסיכולוג). היתר דיווחו על צורך ברופא עיניים, אף-אוזן-גרון וכן קרדיולוג, פרוקטולוג ועוד. בשליש מהמקרים הללו הזקן סירב לקבל טיפול וביתר: נותן השירות לא הגיע (36%), היה קושי להגיע למרפאה (25%) או להשיג תור בזמן שהתאים לזקן (20%) (לוח 18).

לוח 18: טיפול רפואי נוסף שהזקן נזקק ולא קיבל (באחוזים)

סך-הכל	
16	הזקן היה זקוק לטיפול רפואי אחר ולא קיבל בשנה אחרונה
	מהם: סוג שירות לו נזקק
49	פסיכולוג/פסיכיאטר. פסיכוגריאטר
14	עיניים
22	אף-אוזן-גרון
	מהם: הסיבה שלא קיבל טיפול רפואי לו נזקק*
36	נותן השירות לא הגיע
25	קושי להגיע למרפאה
20	קושי להשיג תור בזמן מתאים
33	בעיה אחרת (הקשיש סרב לקבל טיפול)
	* ניתן לציין מספר סיבות

בני המשפחה שרואיינו התבקשו גם לדרג את שביעות רצונם מהטיפול הרפואי שקיבל הזקן בקהילה. עשרים וארבעה אחוזים דיווחו כי הטיפול שקיבלו משירותי הבריאות היה לא כל-כך טוב או לא טוב, 19% די טוב, 36% אמרו שהטיפול היה טוב ו-21% אמרו שהטיפול היה טוב מאוד. זהו שיעור נמוך בהרבה משיעור הדיווח הכללי של שביעות רצון של זקנים ממערכת הבריאות, לפיו, כ-90% מרוצים או מרוצים מאוד מהשירותים שקיבלו בקופת החולים (גרוס ואחרים, 2009). הממצא הזה יכול להצביע על קושי מיוחד בטיפול בקשישים מוגבלים ומרותקים לביתם.

בשאלה פתוחה פירטו המרואיינים ממה היו מרוצים וממה לא היו מרוצים. הנקודות החיוביות שהוזכרו:

"[הזקנה] קיבלה טיפול לפי הצורך מרופא ומפסיכיאטר",

"טיפול אישי, שרק בו [בזקן] מתמקדים, היה קשר רצוף עם קופת-החולים ואחות בדקה והתערבה והרופאים עזרו מאוד". "פעם בשבוע רופאה ביקרה אותה [את האם] בבית וגם אחות לקחת בדיקות דם ופיזיותרפיסט".

"היו מגיעים אליה רופאים שמכבי מסבסדת. גם קיבלה בדיקות מהיחידה לטיפול בית". "הרופא מאוד אנושי. איך שהוא מתחיל לדבר איתו, [הזקן] היה נרגע".

הנקודות השליליות:

"אי אפשר היה לבקש מרופא להגיע הביתה. הייתי צריך ללכת לקחת את המרשם ולאבד יום עבודה".

"כשצריך ביקור בית, הרופא לא הגיע".

"היה קשה להגיע לבית-חולים ולמרפאה." "הרופאים לא מודעים לסבלנות כלפי דמנציה. הם צריכים להעביר את המודעות לסבלנות גם למשפחה".

"הייתה תחושה שאין כתובת ולמי לפנות. אני לא נמצאת שם כל יום ואני לא יכולה לפתור את כל הבעיות".

"עברנו מרופא לרופא, לא התייחסו אליה, מה שרצינו נתנו לה ולא יותר מזה".

"בעיות שיניים לא מטופלות, זמן המתנה ממושך לפסיכיאטר".

"אין פיזיותרפיה בבית וקשה מאוד לנייד אותה ממקום למקום".

5.5 תהליך קבלת ההחלטה להעברת הזקן למוסד סיעודי

תהליך קבלת ההחלטה להעברת זקן למוסד הוא מורכב. במרבית המקרים ההחלטה נעשית על-ידי בני המשפחה, תוך התייעצות עם אנשי מקצוע ומכרים. בני משפחה רבים חשים רגשות אמביוולנטיים, שכן מצד אחד ישנה תחושה של הקלה, ומהצד האחר, רגשות אשם על שאינם מסוגלים להמשיך ולמלא את חובתם/תפקידם (Ryan, 2000). בפרק זה נתאר כיצד התבצע התהליך, מה היו הגורמים שהשפיעו על ההחלטה ומידת השפעתם.

א. מאפייני התהליך

כמעט מחצית מבני המשפחה התלבטו בטרם קבלת ההחלטה במשך תקופה הקצרה מחודש ימים, ופחות משליש דיווחו על תקופה של יותר מ-3 חודשים. תשעים ואחד אחוזים מהמרואיינים התייעצו עם אנשים אחרים, מרביתם עם בני המשפחה (71%) וקרוב למחצית עם רופא משפחה (42%). כשליש השיבו שטרם קבלת ההחלטה הם שקלו חלופות אחרות, כמו הבאת מטפלת או עובדת זרה, היתר קיבלו את ההחלטה ללא בחינת חלופות. מעניין לציין שלא נמצא קשר מובהק סטטיסטית בין הדיווח על בחינת חלופות לבין מדדים השונים של צרכים לא מסופקים, הידרדרות במצבו הבריאותי של הזקן, ולא לעובדה אם אושפז בבית-חולים או אם הזקן זכאי לגמלת סיעוד. ממצאים אלה עולים בקנה אחד עם העובדה ש-75% מהמרואיינים ציינו שקיבלו את ההחלטה במהלך או בסמוך לאשפוז הזקן בבית-חולים. מרבית האשפוזים היו, כאמור, כתוצאה מנפילה ו/או אירוע מוחי.

עוד עלה מהנתונים שבמרבית המקרים (53%) הזקן לא היה מעורב כלל בתהליך קבלת החלטה וב-15% נוספים הזקן לא היה מעורב כל-כך (לוח 19). בקרב זקנים הסובלים מדמנציה 67% לא היו מעורבים כלל בהחלטה ובקרב מי שלא סבלו מדמנציה 38% לא היו מעורבים.

לוח 19: מאפייני התהליך (באחוזים)

סך-הכל	
75	ההחלטה התקבלה במהלך או לאחר אשפוז בבית-חולים
	משך הזמן בו התקבלה ההחלטה על ההעברה למוסד
42	עד חודש
15	בין חודש לחודשיים
16	בין חודשיים לשלושה חודשים
13	3-6 חודשים
15	יותר מ-6 חודשים
100	מעורבות הקשיש בהחלטה
53	לא מעורב
15	לא כל-כך מעורב
14	מעורב
18	מעורב מאוד
91	התייעצו לפני קבלת ההחלטה*
71	מהם : עם בני משפחה
42	רופא משפחה
23	רופא אחר
14	אחות
14	עו"ס
6	אנשי מקצוע אחרים
13	חברים/מכרים
30	נשקלו חלופות אחרות

* ניתן לענות מספר תשובות

תשעה-עשר אחוזים מבין כלל המרואיינים ציינו שדחוף להם להעביר את הזקן למוסד ועוד 72% ציינו שדחוף להם מאוד (לוח 20).

לוח 20 : מידת הדחיפות בהעברת הזקן למוסד

סך-הכל	
72	דחוף מאוד
19	דחוף
9	לא כל-כך/לא דחוף

ב. מידת השפעתם של גורמים שונים על ההחלטה

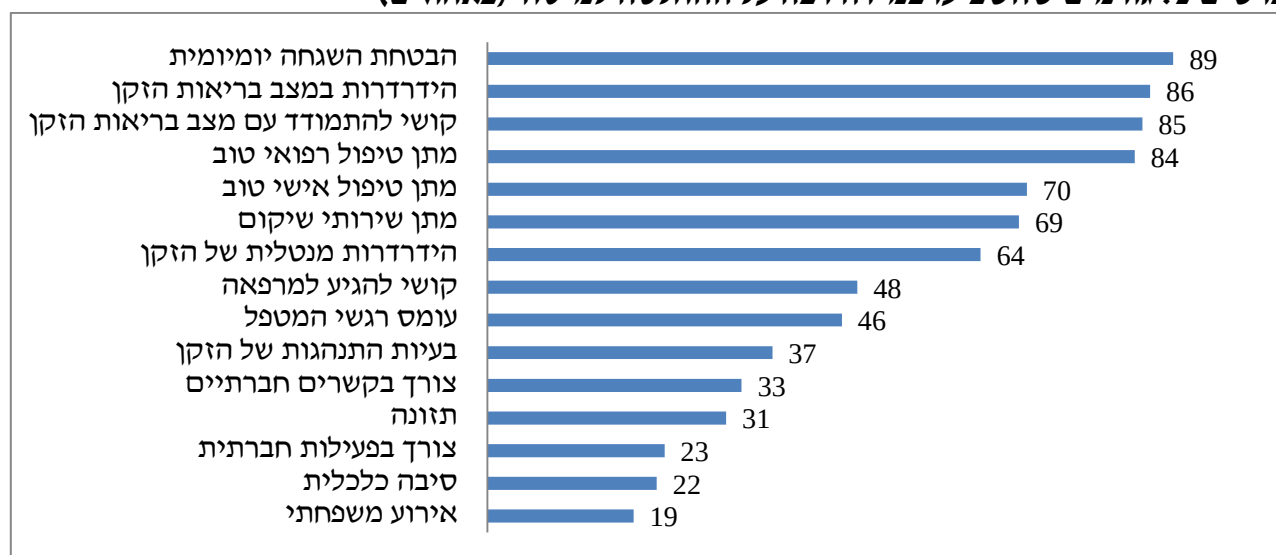
אחת המטרות המרכזיות של המחקר הייתה להבין מהם הגורמים המשפיעים על ההחלטה להעביר את הזקן למוסד סיעודי. בסדרת שאלות התבקשו המרואיינים לדרג באיזו מידה כל אחד מהגורמים שהוצגו בפניהם השפיע על ההחלטה. מהלוח והתרשים הבאים המציגים את תשובותיהם עולה כי ארבעת הגורמים בעלי ההשפעה הרבה ביותר היו: לתת לזקן השגחה יומיומית (89% ציינו במידה רבה), הידרדרות במצבו הבריאותי של הזקן (86%), קושי להתמודד עם בעיות הבריאות של הזקן (85%), ועל-מנת לתת לזקן טיפול רפואי טוב יותר (84%). כלומר, לצרכים הבריאותיים של הזקן ישנו משקל מרכזי בהחלטה. השפעה ברמה בינונית מיוחסת לרצון לתת טיפול אישי (70%), שירותי שיקום (69%), תנאים פיזיים טובים יותר (68%) ולהידרדרות במצבו המנטלי של הזקן (64%). נושאים שהשפיעו על פחות ממחצית מהמשיבים במידה רבה קשורים לבעיות נגישות המרפאה (48%), עומס וקשיים שיש למטפל (34%-46%). כשליש רצו לספק לזקנים חברה כך שלא ירגישו בודדים, וכן סברו שבמוסד ניתן יהיה לשפר את מצבם התזונתי. השפעה נמוכה יחסית הייתה לרצון לשלב את הזקן בפעילות חברתית (23%), לאירוע חריג במשפחה ולקשיים כלכליים (-22% (19% (לוח 21 ותרשים 1).

לוח 21 : מידת השפעתם של גורמים שונים על החלטת המיסוד (באחוזים)

מעטה/ בכלל לא	בינונית	רבה	
8	3	89	לתת לזקן השגחה יומיומית במוסד
9	5	86	הידרדרות במצבו הבריאותי של הזקן
8	7	85	קושי להתמודד עם בעיות הבריאות של הזקן
10	6	84	לתת לזקן טיפול רפואי טוב יותר במוסד
15	15	70	לתת לזקן טיפול אישי טוב יותר (רחצה, הלבשה, הליכה, אכילה וכד')
			לתת לזקן שירותי שיקום (פיזיותרפיה, ריפוי בעיסוק וכד') טובים יותר במוסד
21	10	69	לתת לזקן תנאים פיזיים טובים יותר במוסד
21	11	68	הידרדרות במצבו המנטלי של הזקן
25	9	64	קושי להגיע למרפאה לקבל שירותי בריאות שהזקן צריך
40	12	48	עומס רגשי שכרוך בטיפול בזקן
39	15	46	קושי להתמודד עם בעיות ההתנהגות של הזקן
53	10	37	

מעטה/ בכלל לא	בינונית	רבה	
50	16	34	שחיקה של בני משפחה מטיפול בזקן
53	14	33	לספק לזקן חברה כדי שלא ירגיש בודד
58	11	31	לספק לזקן תזונה טובה יותר במוסד
64	13	23	לאפשר לזקן להשתתף בפעילויות שונות (כמו : משחקי חברה והרצאות)
65	13	22	בגלל שהטיפול בזקן מחייב אובדן ימי עבודה או פגיעה אחרת בעבודה
70	11	19	הוצאות כספיות גבוהות מדי לטיפולים, אמבולנס, טיטולים וכד'
76	5	19	אירוע משפחתי חריג (מחלה, פיטורין, משבר כלכלי, נישואין, גירושין במשפחה)

תרשים 1: גורמים שהשפיעו במידה רבה על ההחלטה למיסוד (באחוזים)



בני המשפחה נתבקשו לציין בשאלה ישירה באיזו מידה אשפוזים חוזרים והרגשה שיש להם כתובת לפניית בתחום הרפואי השפיעו על ההחלטה. מתשובותיהם עולה כי 25% השיבו שלאשפוזים חוזרים הייתה השפעה רבה על ההחלטה (לוח 22). עוד עולה מהלוח כי 75% חשים שיש למי לפנות כאשר מתעוררת בעיה רפואית. מבין המשיבים שרק לפעמים הם יודעים או שאינם יודעים למי לפנות, 8% השיבו שלבעיה זו הייתה השפעה רבה על החלטת המיסוד.

לוח 22: מידת השפעתם של גורמים נוספים על החלטת המיסוד (באחוזים)

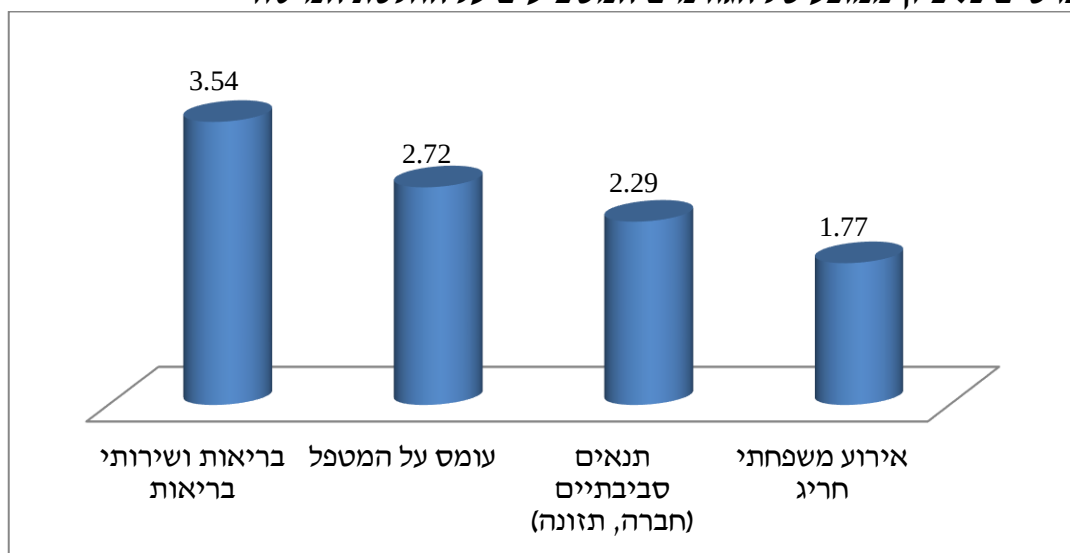
סך-הכל	ההחלטה הושפעה מאשפוזים חוזרים
25	במידה רבה
11	במידה בינונית
11	במידה מעטה
33	בכלל לא
20	לא היו אשפוזים חוזרים
	כשמתעוררת בעיה רפואית חשים שיש למי לפנות בדרך כלל
75	במידה רבה
13	לפעמים
13	לא
	באיזו מידה התחושה שלא תמיד יש למי לפנות כשמתעוררת בעיה רפואית השפיעה על החלטת המיסוד
8	רבה
5	בינונית
87	מועטה/בכלל לא

במטרה להבין לעומק את נקודת ראותם של המרואיינים וכיצד הם תופסים את הגורמים המשפיעים על ההחלטה, נעשה ניתוח רב-משתני מסוג factor analysis, ממנו התקבלו 4 עולמות תוכן נפרדים:

1. הרצון לתת לזקן השגחה וטיפול רפואי ואישי טוב יותר, לנוכח מצבו הבריאותי והקושי להביאו למרפאה (קושי להתמודד עם בעיות הבריאות וההידרדרות הבריאותית, לתת תנאים פיזיים טובים יותר, לתת טיפול רפואי, אישי ושיקומי טוב יותר וכן השגחה יומיומית לזקן).
2. הידרדרות מנטלית ובעיות התנהגות אשר שוחקות את המטפלים (הידרדרות במצבו המנטלי של הזקן, קושי להתמודד עם בעיות התנהגות, שחיקה ועומס רגשי כתוצאה מהטיפול בזקן).
3. לשפר את התנאים הסביבתיים כמו חברתי והתזונה (חברה ופעילויות חברתיות כדי שהזקן לא ירגיש בודד, לתת לו תזונה טובה וכן אובדן ימי עבודה ועלויות גבוהות).
4. אירוע משפחתי חריג (מחלה, גירושים וכד').

בעבור כל עולם תוכן חושב הממוצע של כל המרכיבים אותו. ממוצע זה נע בין 1 - לא השפיע בכלל, לבין 4 - השפיע במידה רבה. מבין כל עולמות התוכן, הראשון בחשיבותו אשר השפיע על החלטת המיסוד הוא שירותי בריאות: הרצון לתת לזקן השגחה וטיפול רפואי ואישי טוב יותר, לנוכח מצבו הבריאותי והקושי להביאו למרפאה (ממוצע של 3.54); ובסדר יורד: עומס על המשפחה: הידרדרות מנטלית ובעיות התנהגות אשר שוחקות את המטפלים (2.72); תנאים סביבתיים: הרצון לשפר את מצבו החברתי והתזונתי (2.29); ומשבר משפחתי: אירועים חריגים במשפחה (1.77) (תרשים 2).

תרשים 2: ציון ממוצע של הגורמים המשפיעים על החלטת המיסוד



מלוח 23 עולה שכאשר משווים את הממוצעים על פי מאפיינים שונים של הזקן, השימוש בשירותים וכן העומס על המשפחה, הגורם החשוב ביותר הוא הרפואי. מתברר גם שככל שמצבו הבריאותי של הזקן גרוע, על פי אינדיקטורים שונים, וככל שהמשפחה מתקשה להתמודד עם הטיפול בו, משקלו של המרכיב הבריאותי בהחלטה גבוה יותר. מהלוח עולה גם שכאשר הבן זוג הוא המטפל העיקרי לתחושת העומס יש משקל רב יותר בהחלטה, בהשוואה לתחושת העומס של הצאצאים. מתברר גם שככל שישנה שביעות רצון גבוהה יותר מהטיפול הרפואי, פוחתת חשיבותו של המרכיב הרפואי בהחלטה.

לוח 23: ממוצעי הגורמים בהחלטה לפי מאפיינים נבחרים

מספר משפחתי	תנאים סביבתיים	עומס על המשפחה	שירותי בריאות	סך-הכל
1.77	2.29	2.72	3.54	אינדיקטורים למצב בריאות הזקן
	*		*	דחיפות העברה למוסד
1.76	2.41	2.80	3.61	דחוף מאוד
1.38	1.75	2.33	3.05	לא דחוף
	*	*	*	מצב בריאותי
1.82	2.89	2.82	3.66	הידרדר
1.73	2.30	2.53	3.30	יציב
				מחלות
1.79	2.24	2.76	3.58	+5

שירותי בריאות	עומס על המשפחה	תנאים סביבתיים	משבר משפחתי	
3.50	2.69	2.36	1.79	פחות מ-5
*				אושפז ב-6 חדשים אחרונים
3.60	2.72	2.30	1.73	כן
3.42	2.72	2.24	1.89	לא
*	*			החלטה התקבלה במהלך אשפוז
3.62	2.63	2.32	1.75	כן
3.45	2.87	2.33	1.88	לא
*	*			השפעת הידרדרות במצב בריאותי
3.64	2.82	2.31	1.80	רבה
3.17	2.13	2.35	2.25	לא חלה הידרדרות
				שימוש בשירותי בריאות ועומס על המשפחה
	*			קרבת המטפל
3.69	2.88	2.10	1.82	בן/בת זוג
3.50	2.72	2.30	1.79	צאצא בוגר
				טיפול בית
3.48	2.75	2.31	1.95	יש
3.58	2.72	2.28	1.73	אין
				כשיש בעיה יש למי לפנות
3.51	2.68	2.28	1.73	כן, במידה רבה
3.63	2.70	2.22	1.90	לא
				בעיות המקשות על הטיפול
*	*			אכילה
3.67	2.96	2.50	1.80	במידה רבה
3.39	2.37	2.16	1.80	בכלל לא
*	*			נפילה
3.70	2.87	2.35	1.85	במידה רבה
3.49	2.22	2.39	1.39	בכלל לא
*	*			אפתיות
3.61	3.14	2.41	1.83	במידה רבה
3.18	2.13	2.06	1.00	בכלל לא
*	*			אי-שליטה בסוגרים
3.63	2.96	2.32	1.73	במידה רבה
3.17	2.11	2.28	1.63	בכלל לא
	*			עצירות
3.71	2.90	2.21	1.97	במידה רבה

שירותי בריאות	עומס על המשפחה	תנאים סביבתיים	משבר משפחתי	
3.52	2.24	2.68	1.55	בכלל לא
*	**			כאבים
3.68	2.85	2.32	1.96	במידה רבה
3.35	2.41	2.24	1.63	בכלל לא
*	*	**		שביעות רצון מהטיפול הרפואי
3.21	2.37	2.05	1.62	טובה מאוד
3.66	2.81	2.46	1.87	לא טובה
				* p<0.05
				** p<0.10

המטפלים נשאלו, בשאלה פתוחה, מה היו השיקולים שהונחו על כף המאזניים בעד ונגד העברת הזקן למוסד סיעודי. מצד אחד, הם סברו שבמוסד הזקן יקבל טיפול רפואי טוב יותר, תהיה הקפדה על התרופות והתזונה, השגחה ועזרה יומיומית וחברה. העברתו למוסד גם תקל על המשפחה את העומס הרגשי והכלכלי הכרוכים בטיפול בזקן. מהצד האחר, הפרידה והניתוק הם קשים; ישנן נקיפות מצפון בגין הוצאת הזקן מהסביבה הטבעית; הידיעה שהעברה למוסד תקצר את חיי הזקן; התנגדות הזקן לצאת מהבית; חשש שמא ירגיש בדידות במוסד; ואולי גם החשש שמא לא יקבל טיפול טוב במוסד הסיעודי (לנוכח סיפורים המובאים בכלי התקשורת).

אחד הפתרונות אשר יכולים למנוע, או לדחות, העברה של זקן למוסד סיעודי הוא שירותי טיפולי בית, אשר מסופק על-ידי קופות החולים. בשירות זה רופא ו/או אחות מגיעים לבית הזקן המתקשה להגיע למרפאה על מנת לבצע את הבדיקות הנדרשות, ולעקוב אחר מצבו הבריאותי. שירות זה אינו מוגדר במפורט בחוק ביטוח בריאות ממלכתי כחלק מסל השירותים שקופות-החולים אמורות לספק למבוטחיהן וקיימים הבדלים בהיקף השירותים שניתנים בבית בידי ארבע קופות-החולים (בנטור ורזניצקי, 2002). רבע מהזקנים במחקר הנוכחי קיבלו שירות זה. מרבית בני המשפחה של זקנים שלא קיבלו את השירות סברו, לאחר שהוסברה להם מהות השירות, שאם היה מצב היפותטי בו היו מקבלים שירות של טיפולי בית הם לא היו משנים את החלטתם להעביר את הזקן. ייתכן שחלק מההסבר לממצא נובע מהעיתוי בו נשאלה השאלה, כלומר המחקר נערך בשלב בו החריף מאוד מצבו הבריאותי של הזקן והדחיפות הייתה כה גבוהה, שהמרוויינים חשו שהשירות של טיפולי בית אינו פתרון רלוונטי בשבילם. מבין המשיבים שלא היו משנים את החלטתם נמצא שיעור גבוה של זקנים שיש להם מטפלת (72%), לעומת השיעור בקרב המשיבים בחיוב שהיו משנים את ההחלטה לו היו מקבלים טיפולי בית (61%). מבין המשיבים שהיו משנים את החלטתם לאף אחד אין מטפלת.

עוד נמצא שככל ששביעות הרצון מהטיפול הרפואי שקיבל הזקן הייתה גבוהה יותר, כך הייתה נמוכה יותר הנטייה להשיב שטיפול בית אולי היה משנה את ההחלטה (19% מהמרוצים מאוד, לעומת 30% מהלא מרוצים). לא נמצא קשר בין ההחלטה לבין קרבת משפחה בין הזקן למרואיין, הידרדרות במצבו הבריאותי של הזקן, אשפוז בחצי השנה האחרונה, תחושה שטיפול רפואי לא הולם שקיבל הזקן מקשה על הטיפול בו, והאם נשקלו חלופות אחרות.

בשאלה פתוחה התבקשו המרואיינים לתאר את השתלשלות האירועים שהביאו להחלטה לאשפז את בן המשפחה הזקן במוסד סיעודי. בעזרת שאלה זו ניתנה לכל מרואיין אפשרות לספר את סיפורו על פי תחושותיו, ולבחור את הנושאים והמילים על פי החוויות שחווה ועל פי מה שרצה להעביר אלינו. במכלול התשובות אנו מוצאים מגוון רחב ביותר של נושאים שהועלו, שכן סיפורו של כל זקן וכל בן משפחה היה שונה וייחודי. עם זאת, בנייתו הטקסט, כפי שנתפס מתוך עולם החוויות שחוו, עלו מספר נושאים שהיו משותפים למרואיינים רבים, כגון בית-חולים ("בבית-חולים סירבו להחזיק אותו ואמרו שצריך מוסד"); הידרדרות במצבו הבריאותי של הזקן; נפילות ואירוע מוחי, דמנציה וצורך בהשגחה ועזרה צמודה לזקן; בעיה אצל המטפל - מחלת או פטירת בן הזוג; קושי פיזי ונפשי לטפל בזקן; או צורך של מטפל עיקרי לנסוע לחו"ל; בעיה נפשית והתנהגותית של הזקן - אגרסיביות, התנהגות מוזרה, בלבול, עצבנות, שכחה, התפרצויות זעם; הזקן מרותק לכיסא גלגלים - דבר המקשה להגיע לקבלת טיפול רפואי ולהתנייד בבית; הזדקקות לטיפול רפואי צמוד - קטטר, זונדה, עיוורון, מתן אינסולין; וכן בעיות עם מטפלת - בית קטן שאין בו מקום למטפלת, מטפלת שלא עזרה, שלא ידעה לתת כדורים, שלא תקשרה, או שלא היתה מוכנה לטפל, עובדת זרה שסיימה את עבודתה; ובעיות מכך שהזקן לא קיבל מספיק שעות מביטוח לאומי.

6. מגבלות המחקר

המחקר לוקה במגבלות שנובעות מהאסטרטגיה שננקטה בתכנון מערך המחקר. אוכלוסיית היעד הורכבה ממשפחות שנמצאות במצוקה כתוצאה מהטיפול בבן משפחה זקן, ולכן בחרנו להתמקד בפונים למשרד הבריאות לקבלת קוד במוסד סיעודי. אולם, מטבע הדברים, לא לגבי כולם ניתן היה לקבל פרטים אשר יאפשרו לאתרם, ולכן חלק מרשימת הפונים לא אותרו. עם זאת, התפלגות בני המשפחה שרואיינו נמצאה דומה להתפלגות הפונים, לפי מחוז. מגבלה נוספת קשורה לקושי לזהות סיבתיות, זאת, משום שמערך המחקר לא אפשר לערוך השוואה בין קבוצת הניסוי לבין קבוצת ביקורת אשר לא קיבלה החלטה על מיסוד. הדבר מגביל את יכולתנו לעמוד על קשרים סיבתיים, כמו באיזו מידה משפיע מצבו הבריאותי של הזקן או צרכים לא מסופקים, על ההחלטה, ולכן ניתוח הממצאים הוא תיאורי בעיקרו. אולם, אנו סבורים שישנה

חשיבות רבה בהצפת הסוגיות שעלו במחקר ומהממצאים שהצביעו על מרכזיותו של התחום הבריאותי בהחלטה על סידור מוסדי.

7. סיכום

במחקר זה נבדקה לעומק מערכת השיקולים המשפיעים על ההחלטה של בני משפחה המטפלים בזקנים להעבירם למוסד סיעודי. במחקר רואיינו 402 בני משפחה שהיו מטפלים עיקריים בזקנים אשר קיבלו החלטה להעבירם למוסד סיעודי ופנו למשרד הבריאות לקבלת קוד. ייחודו של המחקר הוא במיקוד שניתן בו להבנת חלקה של מערכת הבריאות בהחלטה, כך שממצאי המחקר יכולים לשמש את מקבלי ההחלטות במערכת הבריאות בבחינת הדרכים לדחיית מיסוד או למניעתו.

במחקר נבדקו שלוש שאלות:

1. האם מצבו הבריאותי והתפקודי של הזקן הינו גורם משמעותי בהחלטה על העברת הזקן למוסד סיעודי. כלומר, האם ככל שמצבו חמור יותר או שאינו יציב, וככל שצרכיו לשירותי בריאות רבים יותר, כך יש להם משקל רב יותר בהחלטה על ההעברה למוסד סיעודי

מצבו הבריאותי של הזקן נבדק על פי מספר פרמטרים, כמו שיעורי תחלואה, שימוש בשירותי בריאות (אשפוזים, פניות למיון, ותדירות מפגשים עם רופא, אחות ופיזיותרפיסט) והערכת מצבו הבריאותי. מצבו התפקודי של הזקן נבדק על פי יכולתו לבצע פעולות יומיומיות (ADL, IADL), ניידות, יכולת להישאר לבד, בעיות התנהגות; ופרמטרים כמו זכאות לגמלת סיעוד ושימוש בשירותים בקהילה, כמו מטפלת, נופשון, מרכז יום.

בהשוואה לכלל האוכלוסייה הקשישה בולטים שיעורי המוגבלות הגבוהים של הזקנים שהשתתפו במחקר ושיעורי השימוש שלהם בשירותים. בדיקת מערכת השיקולים שהביאה להחלטה להעביר את הזקנים למוסד הראתה שבני המשפחה מביאים בחשבון ארבעה עולמות תוכן נפרדים:

- א. הרצון לתת לזקן **השגחה וטיפול רפואי ואישי טוב יותר**, לנוכח מצבו הבריאותי והקושי להביאו למרפאה
- ב. הידרדרות מנטלית ובעיות התנהגות של הזקן אשר **שוחקות** את המטפלים
- ג. הרצון לשפר את **התנאים הסביבתיים**, כמו חברה, פעילויות חברתיות ותזונה
- ד. **אירוע משפחתי** חריג.

בהחלטה להעביר את הזקן למוסד סיעודי מייחסים בני המשפחה המטפלים את החשיבות הרבה ביותר לרצונם לתת לזקן טיפול רפואי והשגחה טובים יותר. לפי אינדיקציות שונות, מצאנו גם שככל שמצבו הבריאותי של הזקן פחות טוב כן עולה בחשיבותו המשקל של המרכיב הרפואי בהחלטה.

ממצא חשוב הוא השיעור הגבוה של המרואיינים שקיבלו את ההחלטה על מיסוד במהלך אשפוז בבית-חולים, או לאחריו. ממצא זה מחזק אף הוא את מרכזיותו של המרכיב הבריאותי בהחלטה.

2. האם צרכים לא מסופקים וקשיים בקבלת טיפול רפואי בבית, כפי שהם נתפסים על-ידי המטפל הבלתי פורמלי, היוו גורמים מרכזיים בהחלטה למיסוד של הזקן, מעבר לצרכים הקשורים בטיפול אישי וסוציאלי

על פי תפיסתם של המטפלים העיקריים, עולה כי ישנו שיעור לא מבוטל של זקנים שלא קיבלו טיפול רפואי שהולם את הבעיות הרפואיות מהן סבלו הזקנים - בין רבע לשליש מהמרואיינים ציינו שהזקן נזקק ליותר מפגשים עם רופא, אחות או פיזיותרפיסט. כחמישית מהמרואיינים דיווחו שהזקן נזקק לטיפול רפואי ולא קיבל אותו, בעיקר בתחום בריאות הנפש. הסיבות שהיקשו על קבלת השירות היו בעיקר בעיות נגישות. חוק ביטוח סיעוד מאפשר מתן סיוע לזקנים המוגבלים בביצוע פעולות יומיומיות. ממצאי המחקר עולה כי 19% מהזקנים אינם מקבלים גמלת סיעוד, מרביתם נדחו או לא ידעו שהם יכולים לפנות לקבלת השירותים. בין השירותים הסוציאליים ניתנת גם עזרה בהתאמת הדירה למוגבלות הזקן. ל-40% מהזקנים היו בעיות מסוג זה אולם כמעט כולם לא קיבלו עזרה בהתאמת הדירה.

כשליש מהמרואיינים היו רוצים לקבל יותר הסברים מהצוות הרפואי כיצד להתמודד עם הטיפול בזקן. לא אוששה ההשערה לגבי משקלם הגבוה של צרכים לא מסופקים בהחלטה על מיסוד. יתר על כן, לא נמצא הבדל בחשיבות שיוחסה לגורם הרפואי, בין המדווחים על צרכים לא מסופקים, לבין אלה שלא דיווחו על צרכים לא מסופקים על פי הפרמטרים הבריאותיים והסוציאליים השונים שנבדקו.

3. האם תפיסת העומס המוטל על כתפיהם של בני משפחה מטפלים ותפיסתם את היכולת שלהם לספק לזקן את הטיפול הנדרש מהוות גורם חשוב בהחלטה להעביר זקן למוסד סיעודי

המטפלים העיקריים מדווחים על בעיות התנהגות והידרדרות במצבו המנטלי של הזקן אשר גורמות לשחיקה שלהם ולעומס רגשי. כמחצית המרואיינים מדווחים על עומס כבד מאוד כתוצאה מהטיפול בזקן ועוד 30% מדווחים על עומס כבד. עם זאת, מתברר שהעומס הכלכלי כתוצאה מהטיפול בזקן הוא נמוך יותר, שכן 25% דיווחו על עומס כבד מאוד ו-35% על עומס כבד. הגורם של עומס ושחיקה נמצא כשני בחשיבותו בהשפעה על ההחלטה והוא משפיע יותר על בני זוג, בהשוואה לצאצאים בוגרים. הבעיות המקשות ביותר על המטפלים הן: נפילות (46%), כאבים (38%) ואי-שליטה בסוגרים (37%). מתברר גם

שהבעיות המכבידות על מרבית המטפלים הן ריבוי בעיות בריאות המקשות על המטפל לנהל את הטיפול בכולן, קושי להגיע לרופא לאבחון ולטיפול וחוסר שיתוף פעולה מצד הזקן.

עוד נמצא כי מתן הסברים והדרכה למטפלים לגבי בעיות הבריאות, תרופות, מתי לפנות לקבלת עזרה רפואית ואל מי וכד', יכולים להפחית את תחושת העומס והתסכול באשר ליכולתם לתת לזקן טיפול הולם בבית.

8. כיוונים להמשך

אחת התובנות העיקריות העולות מהמחקר היא כי אחוז ניכר מההחלטות על מיסוד הזקן התקבלו בעקבות אשפוז בבית-חולים כללי. הסיבות העיקריות לאשפוז הן: נפילות ואירוע מוחי. בהמשך לכך, המרכיב הרפואי בהחלטה בולט על רקע השחיקה והעומס הרגשי על המשפחה המטפלת, בעיקר בקרב מטפלים בזקנים הסובלים מדמנציה.

מהמחקר התברר גם שהיקף השימוש בשירות טיפולי בית הוא נמוך יחסית. עם זאת, נמוך שיעורם של מי שסבורים שקבלת שירות זה הייתה יכולה לשנות את החלטתם, על אף שבספרות המקצועית מקובלת ההנחה שהשירות יכול לסייע בדחיית מיסוד. מהמחקר קשה להסיק אם ההסבר לכך הוא בעיתי, כלומר, אם המרואינים היו משתמשים בשירות טיפולי בית בשלב מוקדם יותר, שירות זה יכול היה להיות אפקטיבי יותר. עם זאת, ייתכן שחלק גדול מהמשפחות חשות שהמיסוד הוא בלתי נמנע, לאור העובדה שמרביתן כלל לא שקלו חלופות בקהילה.

נראה כי השחרור מבית-החולים הוא צומת חשובה מאוד לפיתוח תכניות התערבות שיסייעו לזקן להישאר בביתו ובסביבתו המוכרת, ויתמכו בבני משפחתו המתקשים לשאת בעול המתמשך. לפיכך, יש חשיבות רבה להרחבת השירותים וההתערבויות, שכבר התחילו להתפתח במספר בתי-חולים בארץ והמקובלים בעולם, שירותים אשר מתמקדים בתהליך השחרור של קשישים מוגבלים מבית-חולים. במקביל נמצא כי בני משפחה של זקנים המטפלים בזקנים הסובלים מדמנציה, ושהם בני זוגם של הזקנים, מייחסים חשיבות גבוהה יחסית לעומס הרגשי ולשחיקה. לפיכך, חיזוק התמיכה, ההסברים וההדרכה למטפלים בזקנים הסובלים מדמנציה ולבני הזוג של הזקנים, יוכלו לסייע להם להתמודד עם הקשיים הקשורים בטיפול.

רשימת מקורות

- בנטור, נ.; רוניצקי, ש. 2004. **מצב תפקודי ודפוסי השימוש בשירותי בריאות בקרב קשישים בישראל: ממצאים מסקרי קשישים של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה**. דמ-430-04. מאיירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל, ירושלים.
- בנטור, נ.; רוניצקי, ש. 2002. **טיפול בית רפואי במערכת הבריאות בישראל**. דמ-393-02. ג'וינט-מכון ברוקדייל, ירושלים.
- בנטור, נ.; מועלם, מ. 2001. "השפעת הטיפול בחולה על בני משפחתו במסגרת אשפוז בית". **הרפואה** ה(140): 386-391.
- בנטור, נ.; קינג, י.; ברודסקי, ג'.; מועלם, א.; גינדין, י. 1998. **אשפוז בית במערכת הבריאות בישראל**. דמ-98-329. ג'וינט-מכון ברוקדייל, ירושלים.
- ברודסקי, ג'.; שנוור, י.; באר, ש. (עורכים). 2010. **קשישים בישראל, שנתון סטטיסטי, 2009**. פמ-67-10. משאב, מאיירס-ג'וינט מכון ברוקדייל, ירושלים.
- ברודסקי, ג'.; נאון, ד.; רוניצקי, ש.; בן-נון, ש. 2004. **מקבלי גמלת סיעוד - מאפיינים, דפוסי קבלת עזרה פורמלית ובלתי פורמלית וצרכים בלתי מסופקים**. דמ-440-04. מאיירס-ג'וינט מכון ברוקדייל, ירושלים.
- גרוס, ר.; ברמלי-גרינברג, ש.; וייצברג, ר. 2009. **דעת הציבור על רמת השירות ותפקוד מערכת הבריאות ב-2007 והשוואה לשנים קודמות**. דמ-541-09. מאיירס-ג'וינט מכון ברוקדייל, ירושלים.
- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. 1997. **סקר בריאות אפריל 1996-מארס 1997, ממצאים כלליים**. פרסום מיוחד מס' 1136, הלמ"ס, ירושלים.
- משרד הבריאות. 2005. **בריאות בישראל: נתונים נבחרים**. שירותי מידע ומחשוב, משרד הבריאות, ירושלים.
- נאון, ד.; שטרסברג, נ. 1995. **שינויים בדפוסי מיסוד של קשישים מוגבלים בעקבות החלת חוק סיעוד: ממצאים נבחרים**. דמ-242-95. ג'וינט-מכון ברוקדייל, ירושלים.
- AARP. 2000. *Fixing to Stay: A National Survey of Housing and Home Modification Issues*. http://assets.aarp.org/rgcenter/il/home_mod.pdf
- Andel, R.; Hyer, K.; and Slack A. 2007. "Risk Factors for Nursing Home Placement in Older adults with and without Dementia". *Journal of Aging Health* 19(2):213-228.
- Andrews, R.G. 2001. "Promoting Health and Function in an Ageing Population". *British Medical Journal* 322:728-729.
- Annerstedt, L.; Elmstahl, S.; Ingvad, B.; and Samuelsson, S-M. 2000. "Family Caregiving in Dementia: An Analysis of ohe Caregivers' Burden and the "Breaking Point" When Home Care Becomes Inadequate". *Scandinavian Journal of Public Health* 28:23-31.

- Appelbaum, R.; Mehdizadeh, S.; and Kunkel, S. 2010. "Can Elephants Learn to Dance? Ohio's Efforts to Create a Balanced System of Long-term Services and Supports". In: **Public Policy & Aging Report**. Vol. 20(1): Advancing Home and Community-based Services: Transforming Policies, Programs, and Service Delivery in Long-term Care
- Asplund, K.; Gustafson, Y.; Jacobsson, C.; Bucht, G.; Wahlin, A.; Peterson, J.; Blom, J.O.; and Angquist, K.A. 2000. "Geriatric-based Versus General Wards for Older Acute Medical Patients: A Randomized Comparison of Outcomes and Use of Resources". **Journal of the American Geriatric Society** 48:1381-1388.
- Banaszak-Holl, J.; Fendrick, A.M.; Foster, N.L.; Herzog, A.R.; Kabeto, M.U.; Kent, D.M.; Straus, W.L.; and Langa, K.M. 2004. "Predicting Nursing Home Admission: Estimates from a 7-Year Follow Up of a Nationally Representative Sample of Older Americans". **Alzheimer Disease and Associated Disorders** 18(2):83-89.
- Bauer, M.; Fitzgerald, L.; Haesler, E.; and Manfrin, M. 2009. "Hospital Discharge Planning for Frail Older People and Their Family. Are We Delivering Best Practice? A Review of the Evidence. **Journal of Clinical Nursing** 18:2539-2546.
- Bauer, E.J. 1996. "Transitions from Home to Nursing Home in a Capitated Long-term Care Program: The Role of Individual Support Systems". **Health Services Research** 31(3):309-326.
- Bharucha, A.J.; Pandav, R.; Shen, C.; Dodge, H.H.; and Ganguli, M. 2004. "Predictors of Nursing Facility Admission: A 12-Year Epidemiological Study in the United States". **Journal of American Geriatric Society** 52:434-439.
- Bentur, N. 2001. "Hospital at Home: What is its Place in the Health System?" **Health Policy** 55:71-79.
- Browning, J.S.; and Schwirian, P.M. 1994. "Spousal Caregivers' Burden: Impact of Care Recipient Health Problems and Mental Status". **Journal of Gerontological Nursing** 20(30):17-22.
- Buhr, T.G.; Kuchibhatla, M.; and Clipp C.E. 2006. "Caregivers' Reasons for Nursing Home Placement: Clues for Improving Discussions with Families Prior to the Transition". **The Gerontologist** 46(1):52-61.
- Caron, D.C.; Ducharme, F.; and Griffith, J. 2006. "Deciding on Institutionalization for a Relative with Dementia: The Most Difficult Decision for Caregivers". **Canadian Journal on Aging** 25(2):193-206.
- Chen, S.; Mefford, L.; Brown, J.; Hsu, M.; Clem, R.; and Newman, L. 2008. "Predictors of American Elders' Home Stay: A Secondary Data Analysis Study". **Nursing and Health Sciences** 10:117-124.
- Chenier, M.C. 1997. "Review and Analysis of Caregiver Burden and Nursing Home Placement". **Geriatric Nursing** 18(3):121-126.

- Cohen, H.J.; Feussner, J.R.; Weinberger, M.; Carnes, M.; Hamdy, R.C.; Hsieh, F.; Phibbs, C.; Courtney, D.; Lyles, K.W.; May, C.; McMurtry, C.; Pennypacker, L.; Smith, D.M.; Ainslie, N.; Hornick, T.; Brodtkin, K.; and Lavori, P. 2002. "A Controlled Trial of Inpatient and Outpatient Geriatric Evaluation and Management." *New England Journal of Medicine* 346(12): 905-912.
- Colantonio, A.; Kosistky, A.J.; Cohen, C.; and Vernich, L. 2001. "What Support do Caregivers of Elderly Want? Results from the Canadian Study of Health and Aging". *Canadian Journal of Public Health* 92 (5):376-379.
- Devroey, D.; Van Casteren, V.; and De Lepeleire, J. 2002. "Placements in Psychiatric Institutions, Nursing Homes, and Home for the Elderly by Belgian General Practitioners". *Aging and Mental Health* 6(3):286-292.
- Doherty, J.; and Deweaver, K.L. 2002. "Critical Incidents in the Lives of Elders with a Disability: Factors Leading to Institutional Placement". *Journal of Gerontological Social Work* 38(4):39-51.
- Doty, P. 2010. "The Evolving Balance of Formal and Informal, Institutional and Non-institutional Long-term Care for Older Americans: A Thirty Year Perspective". In: *Public Policy & Aging Report*. Vol. 20(1): Advancing Home and Community-based Services: Transforming Policies, Programs, and Service Delivery in Long-term Care
- Elkan, R.; Kendrick, D.; Dewey, M.; Hewitt, M.; Robison, J.; Blair, M.; Williams, D.; and Brummell, K. 2001. "Effectiveness of Home Based Support for Older People: Systematic Review and Meta-analysis". *British Medical Journal* 323:1-8.
- Eloniemi-Sulkava, U.; Notkola, I-L.; Hentinen, M.; Kivela, S-L.; Sivenius, J.; and Sulkava, R. 2001. "Effects of Supporting Community Living Demented Patients and Their Caregivers: A Randomized Trial". *Journal of the American Geriatrics Society* 49:1282-1287.
- Gaugler, J.F.; Kane, R.L.; Kane, R.A.; and Newcomer, R. 2005. "Early Community-Based Service Utilization and its Effects on Institutionalization in Dementia Caregiving". *The Gerontologist* 45(2):177-185.
- Gaugler, J.E.; Kane, R.L.; Kane, R.A.; Clay, T.; and Newcomer, R. 2003. "Caregiving and Institutionalization of Cognitively Impaired Older People: Utilizing Dynamic Predictors of Change". *The Gerontologist* 43(2):219-229.
- Gross, R.; Brammli-Greenberg, S.; and Bentur, N. 2003. "Women Caring for Disabled Parents and Other Relatives: Implications for Social Workers in the Health Services". *Social Work in Health Care* 37(4):19-37.
- Hansen, J.C. 2008. "Community and in-Home Models". *Journal of Social Work Education* 44(3) Supplement: 83-87.

- Johnson, R.A.; Schwiebert, V.B.; and Ronsenmann, P.A. 1994. "Factors Influencing Nursing Home Placement Decisions: The Older Adult's Perspective" *Clinical Nursing Research* 3(3):269-281.
- Kunkel, S.R.; and Lackmeyer, A.E. 2010. "The Role of the Aging Services Network in Balancing and Transforming the Long-term Care System". In: *Public Policy & Aging Report*. Vol. 20(1): Advancing Home and Community-based Services: Transforming Policies, Programs, and Service Delivery in Long-term Care.
- Landefeld, C.S.; Palmer, R.M.; Kresevic, D.M.; Fortinsky, R.H.; and Kowal, J. 1995. "A Randomized Trial of Care in a Hospital Medical Unit Especially Designed to Improve the Functional Outcomes of Acutely Ill Older Patients". *New England Journal of Medicine* 332:1338-1344.
- MacAdam, M. 2008. "Framework of Integrated Care for the Elderly: A Systematic Review". *Canadian Policy Research Network (CPRN)*.
- Nikolaus, T.; Specht-Leible, N.; Bach, M.; Oster, P.; and Schlierf, G. 1999. "A Randomized Trial of Comprehensive Geriatric Assessment and Home Intervention in the Care of Hospitalized Patients". *Age and Ageing* 28:543-550.
- Noelker, L.S.; Castora-Binkley, M.R.; Browdie, M.R.; and Ejaz, F. 2010. "Strengthening the Direct Care Workforce: Preliminary Recommendations From a National Panel of Experts In Long-Term Care". In *Public Policy & Aging Report*. Vol. 20(1): Advancing Home and Community-based Services: Transforming Policies, Programs, and Service Delivery in Long-term Care.
- Organization for Economic Co-ordination and Development (OECD). 1998. *Maintaining Prosperity in Ageing Society*. France.
- Ory, M.G. 1999. "Prevalence and Impact of Caregiving: A Detailed Comparison between Dementia and Nondementia Caregivers". *The Gerontologist* 39(2):177-185.
- Ory, M.G.; Cox, D.M.; Gift, H.C.; and Abeles, R.P. 1994. "Aging and Quality of Life - Celebrating New Discoveries". In: *Aging and Quality of Life*. Abeles, R.P.; Gift, H.C.; and Ory, M.G (eds.). Springer Publishing, New York.
- Osterweil, D.; Martin, M.; and Syndulko, K. 1995. "Predictors of Skilled Nursing Placement in a Multilevel Long-term Care Facility". *Journal of the American Geriatric Society* 43(2):108-112.
- Reuben, D.B.; Borok, G.M.; Wolde-Tsadik, G.; Ershoff, D.H.; Fishman, L.K.; Ambrosini, V.L.; Liu, Y.; Rubenstein, L.Z.; and Beck, J.C. 1995. "A Randomized Trial of Comprehensive Geriatric Assessment in the Care of Hospitalized Patients". *New England Journal of Medicine* 332:1345-1350.
- Rose, M.; Ejaz, F.K.; Noelker, L.S.; and Castora-Binkley, M. 2010. "Recent Findings on Home and Community-based Services Across the States". In: *Public Policy & Aging Report*. Vol. 20(1): Advancing Home and Community-based Services: Transforming Policies, Programs, and Service Delivery in Long-term Care.

- Rubenstein, L.Z.; Josephson, K.R.; Wieland, G.D.; English, P.A.; Sayre, J.A.; and Kane, R.L. 1984. "Effectiveness of a Geriatric Evaluation Unit: A Randomized Control Trial". *New England Journal of Medicine* 311:1664-1670.
- Ryan A.A.; and Scullion H.F. 2000. "Nursing Home Placement: An Exploration of the Experiences of Family Carers" *Journal of Advanced Nursing* 32(5):1187-1195.
- Schoenmakers, B.; Buntinx, F.; Devroey, D.; Van Casteren, V.; and DeLepeleire, J. 2009. "The Process of Definitive Institutionalization of Community Dwelling Demented Vs Non Demented Elderly: Data Obtained from a Network of Sentinel General Practitioners". *International Journal of Geriatric Psychiatry* 24:523-531.
- Simon-Rusinowitz, L.; Loughlin, D. M.; Ruben, K.; Martinez G.G.; And Mahoney, K.J. 2010. "The Benefits of Consumer-directed Services for Elders and Their Caregivers in the Cash and Counseling Demonstration and Evaluation". In: *Public Policy & Aging Report*. Vol. 20(1): Advancing Home And Community-Based Services: Transforming Policies, Programs, and Service Delivery an Long-term Care.
- Spruytte, N.; Van Audenhove, C.; and Lammertyn, F. 2001. "Predictors of Institutionalization of Cognitively-impaired Elderly Cared for by Their Relatives". *International Journal of Geriatric Psychiatry* 16(12):1119-1128.
- Stuck, A.E.; Egger, M.; Hammer, A.; Min der, C.E.; and Beck, J.C. 2002. "Home Visits to Prevent Nursing Home Admission and Functional Decline in Elderly People". *Journal of the American Geriatric Society* 287(8):1022-1028.
- Stuck, A.E.; Minder, C.E.; Peter-Wuest, I. et al. 2000. "A Randomized Trial of In-home Visits for Disability Prevention in Community-dwelling Older People at Low and High Risk for Nursing Home Admission". *Archives of International Medicine* 160(7):977-986.
- Stuck, A.E.; Aronow, H.U.; Steiner, A.; Alessi, C.A.; Bula, C.; Gold, M.N.; et al. 1995. "A Trial of Annual In-home Comprehensive Geriatric Assessment for Elderly People Living in the Community". *New England Journal of Medicine* 333:1184-1189.
- Weinberger, M.; Oddone, E.Z.; and Henderson, W.G. 1996. "Does Increased Access to Primary Care Reduce Hospital Readmission? Veterans' Affairs Cooperative Study Group on Primary Care and Hospital Readmission". *New England Journal of Medicine* 334(22):1441-1447.
- Williams. E.I.; and Fitton, F. 1990. "General Practitioner Response to Elderly Patients Discharged from Hospital". *British Medical Journal* 300(6718):159-161.