ג'וינט ישראל
מכון ברוקדייל לגרונטולוגיה
והתפתחות אדם וחברה בישראל

JOINT (J.D.C.) ISRAEL
BROOKDALE INSTITUTE OF GERONTOLOGY
AND ADULT HUMAN DEVELOPMENT IN ISRAEL

ניהול הטיפול בשירותים לקשישים:
הליכים ארגוניים

פרסומי מחקר

ג'ני ברודסקי
ג'ק חביב
מרק כהן
תמר הרון

ת-48-88

J.D.C. HILL, P.O.B. 13087, JERUSALEM ○ גבעת-ג'וינט, ת.ד. 13087, ירושלים

BR-R-48-88
: ניהול הטיפול בשירותים לקשישים
ברודסקי, ג'ני
001291700100?

ה מ כ ו

הוא מכו
ב-1974
של קרן

בפעולו
הבריאו
מומחים
מימוש

BR-R-48-88 c.2

12917

סימן הפרסום

BR-R-48-88 c.2

שם המחבר ברודסקי, ג'ני

שם הספר ניהול הטיפול בשירותים לקשישים

שם השואל	תאריך	חתימה
[illegible]	18.F.89	[illegible]
[illegible]	27.10.92	[illegible]
[illegible]	10.3.93	[illegible]

מכון ברוקדייל: הספריה

ניהול הטיפול בשירותים לקשישים: הליכים ארגוניים

ג'ני ברודסקי
ג'ק חביב
מרק כהן
תמר הרון

תדפיס מתוך בטחון סוציאלי, חוברת 30, סיון תשמ"ז - יוני 1987

88-48-ת

תקציר

מערכת הטיפול הממושך בישראל מורכבת ממיגוון של ספקי שירותים, מקורות מימון, קריטריונים לזכאות וסוגי שירותים. בשנים האחרונות עסקו מחקרים גרונטולוגיים רבים במבנה הארגוני של מערכת הטיפול הממושך. מגמה זו נבעה מתוך הכרה, שהטיפול בזקן אינו נקבע רק על-ידי צרכיו אלא הוא מושפע גם מהמבנה הארגוני והמנהלי של המערכת.

בעקבות החלתו של חוק ביטוח סיעוד החדש עומדת היום מדינת ישראל בפני שינויים מרחיקי לכת בהקצאת משאבים לשירותי טיפול בית. חוק זה מחייב גם עריכת שינויים מקיפים במבנה הארגוני של המערכת הקיימת. מחקר זה, שנעשה בסיועו הכספי של המוסד לביטוח לאומי, הינו חלק מתכנית להקמת בסיס מידע שעל פיו ייערכו שינויים אלה.

דו"ח זה בוחן את שיטות ניהול הטיפול הנהוגות בטיפול ממושך בזקנים מוגבלים. המחקר מתבסס על ראיונות עם עובדי-שדה ועל עיון בתיקים של פונים. הנתונים נאספו בארבע ערים - ירושלים, תל-אביב, חיפה ובאר-שבע - לגבי פעילותם של ארבעה ארגונים: לשכות הרווחה, לשכות הבריאות, היחידות להמשך טיפול של קופת-חולים ובתי חולים כללים.

בתחום הטיפול הרפואי - בריאות, סיעוד ורווחה - נמצאה חלוקה ברורה של האחריות בין ארבעת הארגונים. לעומת זאת בתחום הלא-רפואי התגלו בעיות רבות באשר לארגון מתן השירותים וחלוקת האחריות.

למרות שמקורות המימון של הארגונים השונים נבדלים זה מזה באופן ברור ביותר, בהתאם לסוג השירות ולמצבו התפקודי של הקשיש, יש צורך לטלטל את הפונה מארגון למשנהו כאשר חל שינוי במצבו. במקרה שאין תיאום נאות בין הארגונים, העברה זו עלולה להיות גורלית לגבי המשך הטיפול. יתר על כן, הקריטריונים לסיווגו של הקשיש, שעל-פיהם נקבעת האחריות הארגונית, אינם חד-משמעיים.

על אף חלוקה זו, העובדים רואים את עצמם אחראים לטיפול בקשיש גם מעבר למסגרת השירותים הניתנים בארגון שבו הם עובדים. גישה זו אופיינית במיוחד לעובדי הרווחה וקופת-חולים. אולם, נטילת אחריות מקפת אינה מעוגנת בהסכם

המקובל על כלל המערכת, והדבר קורא לניגודי אינטרסים ולכפילויות במתן שירותים.

סיבוך נוסף, הנובע מהתלות ההדדית של הארגונים, הוא בהערכת צרכיו של הקשיש ובמימוש תכנית הטיפול. כתוצאה מתלות זו אין באפשרותו של שום ארגון לממש את אחריותו במלואה באופן עצמאי וכדי שמערכת כזו תוכל לתפקד ביעילות, יש צורך במידה רבה של תיאום.

למרות הקשיים בתיאום ובהחלפת מידע בין הארגונים קיימת מידה רבה של תיאום ביניהם. אולם תיאום זה הוא בעיקר כתוצאה מיוזמתם של העובדים עצמם ומשימוש בקשרים אישיים ולא מכוח הסדרים רשמיים.

כאשר נתבקשו העובדים להציע דרכים להשגת שיפורים ארגוניים, המליצו כמה מהם על איחוד מלא של כל הארגונים. אולם רוב ההמלצות היו לחזק את מנגנוני התיאום הקיימים באמצעות צוותים רב-מקצועיים ובין-ארגוניים. הסדר כזה כבר פותח בהמשך למחקר, ונמצא בתהליך יישום ארצי, בשם "תכנית צומת".

ניהול הטיפול בשירותים לקשישים: הליכים ארגוניים

מאת ג'ני ברודסקי, ג'ק חביב, מרק כהן ותמר הרון *

א. מבוא

אחד האיפיונים של רוב המערכות לטיפול ממושך הוא פיצול האחריות בין ספקי שירותים הנבדלים אלה מאלה במקורות המימון שלהם, בקריטריונים לקבלה ובסל השירותים שהם מספקים.

המערכת לטיפול ממושך בקשיש בישראל אינה יוצאת מכלל זה. כיום יכולים הקשישים לקבל שירותים מכמה ארגונים, שיש ביניהם חלוקה מוסכמת של הסדרי מימון. הקשישים מסווגים לפי קבוצות תפקוד: קשישים שהם עצמאיים בתחום הטיפול האישי, אך זקוקים לעזרה בניהול משק־הבית או לשירותים חברתיים תומכים; קשישים תשושים, הזקוקים לעזרה חלקית בטיפול אישי ולעזרה בניהול משק־הבית; קשישים סיעודיים, הזקוקים לעזרה ברחיצה, בהלבשה ובאכילה, וכמובן עזרה בניהול משק־הבית; וקבוצה רביעית, הכוללת את הקשישים תשושי־הנפש המתקשים להתמצא בזמן ובמקום, הסובלים מבלבול וזקוקים לעזרה בטיפול אישי ובניהול משק־הבית בהתאם לחומרת מצבם.

הארגונים השונים מחלקים ביניהם את הטיפול בקשישים על־סמך הסיווג לקבוצות תפקוד ועל־פי אופי העזרה הדרושה:

לשכת הרווחה אחראית על מימון שירותים לניהול משק־הבית לכל הקשישים המוגבלים וכן למימון טיפול אישי (עזרה ברחיצה, הלבשה, ניידות) וסידור מוסדי עבור קשישים עצמאיים ותשושים; מממנת שירותים נוספים כגון הסעות, צהד ביתי, שיפוץ בתי קשישים חסרי אמצעים ושהייה במרכזי יום.

קופת החולים אחראית למימון שירותי טיפול אישי לקשישים סיעודיים החברים בה בזכויות מלאות; משתתפת בהוצאות על מכשירים רפואיים; מממנת את הסידור המוסדי של קשישים הזקוקים לטיפול סיעודי מורכב.

לשכת הבריאות אחראית למימון טיפול אישי לקשישים סיעודיים שאינם חברים בקופת־חולים בזכויות מלאות; מספקת מכשירים רפואיים; מממנת סידור מוסדי לקשישים סיעודיים ותשושי־נפש.

בתי־החולים הכלליים והשיקומיים מספקים טיפול אקוטי ושיקומי. קשישים רבים מצטרפים למעגל מקבלי הטיפול הממושך בקהילה או במוסדות לטיפול ממושך בעקבות אשפוז והפניה של בית־החולים.

לצד אלה פועלים ארגונים אחרים, המשרתים אוכלוסיה מצומצמת יותר, בעיקר על בסיס של התנדבות, כגון "יד שרה".

לכאורה, הימצאותם של ארגונים רבים המספקים שירותים עשויה להעיד על כך שלקשישים מוצע מגוון רחב של שירותים; אך למעשה הדבר מעורר בעיות רבות בתהליך הספקת השירותים. מתוך ספרות המחקר בתחום זה אנו לומדים על הבעיות שהן אופייניות למערכות מפוצלות כמו המערכת

---

* מכון ברוקדייל לגרונטולוגיה והתפתחות אדם וחברה בישראל, ירושלים.

הקיימת בישראל. נזכיר כאן את העיקריות שבהן.

ברוב המערכות אחריותם של הארגונים מתוחמת על־פי בעיות ספציפיות ומתרכזת כמתן פתרונות לבעיות אלה. כתוצאה מכך אי־אפשר לראות את בעיות הקשישים וצורכיהם בראייה כוללת. לעתים, משום שאין ראייה כוללת, קשישים אינם מופנים לקבלת שירותים משלימים מסוכנויות אחרות. שיטה זו מובילה לא רק לחוסר אחידות בגישת המערכת לקשישים שבעיותיהם דומות, אלא גם ליישומן של תוכניות טיפול בלתי הולמות (Sherwood, Morris & Bernhart, 1975; Gottesman, 1980 ; Willemain, 1979). נוסף על כך, חלוקה זו מובילה להעדר רצף בטיפול בקשיש, במידה שחל שינוי במצבו. חוקרים אחרים מצביעים על העדר הסדרים ממוסדים להעברת מידע בין הסוכנויות השונות כעל בעיה מרכזית בתהליך הספקת השירותים וארגונם. בעיה נוספת העולה מממצאיהם של חוקרים אלה היא העדר נהלים ברורים לחלוקת אחריות בין הסוכנויות, דבר הגורם לכך שהקשישים "נופלים בין הכיסאות" (Beatrice, 1979; Greenberg *et al.*, 1980; Habib & Pakes, 1982; Raymond & Carter, 1983). תוצאה נוספת של הפיצול באחריות למתן השירותים היא כזבוז משאבים, הנובע הן מביצוע הערכות חופפות לגבי אותו קשיש בסוכנויות השונות והן מהעדר תיאום בהליכי יישום תוכניות הטיפול והמעקב (Morgenstein *et al.*, 1982; Mueller & Hopp, 1979 ; Steinberg & Carter, 1983). גם לקשישים עצמם קשה להתמצא במערכת כה מסורבלת, משום שאינם יודעים מה הן האפשרויות הזמינות להם במערכת הטיפול הממושך.

בישראל התעורר לאחרונה עניין רב בשיפור המערכת הארגונית. ישראל ניצבת כיום על סף שינויים מרחיקי לכת בהקצאת המשאבים לשירותי טיפול ביתיים לקשישים, עקב יישום חוק ביטוח שירותי הסיעוד החדש. חוק זה פותח פתח לשינויים מקיפים גם במבנה הארגוני של המערכת הקיימת ובדרך תפקודה. על־מנת לגשת בצורה נאותה לשינויים ארגוניים ולחיזוק מנגנון התיאום יש צורך להתבסס על הבנה מעמיקה יותר של המערכת הארגונית.

במאמר זה * מוצגים הממצאים העיקריים של מחקר, שתוכנן כדי לעמוד על תפקוד המערכת בכל הקשור להליכי הטיפול בקשיש. המחקר ניסה לזהות הן את הדפוסים הדומיננטיים והן את השוני בתוך הארגונים, בין הארגונים ובין אזורי הארץ השונים. מטרת המחקר היא לבנות בסיס מידע על תפקוד המערכת שיוכל להוות חומר־עזר לתכנון שינויים.

ב. המערכת המושגית

במחקר הגרונטולוגי הופנתה בשנים האחרונות תשומת לב רבה למבנה הארגוני של השירותים, מתוך הכרה בכך שהטיפול בקשישים אינו נקבע רק על־פי ההערכה האובייקטיבית של צורכיהם, אלא הוא מושפע גם מן המבנה הארגוני והמינהלי של המערכת. פותחו מודלים ארגוניים שונים, כדי למצוא פתרון לבעיות שהוזכרו לעיל.

---

* המאמר מבוסס על ממצאי מחקר מקיף שנערך במכון ברוקדייל לגרונטולוגיה במימון משותף עם המוסד לביטוח לאומי. תודתנו נתונה לחברי ועדת ההיגוי של המחקר, שליוו אותנו ועזרו רבות בהערותיהם: יששכר בן חיים, בתיה ושיץ, שלמה סהן, ובמיוחד ברנדה מורגנשטיין. במאמר שילבנו גם נתונים מן המחקר "קשישים מוגבלים בקהילה: פיתוח שירותים קהילתיים הולמים עבורם והשלכות להזדקנות לשירותים מוסדיים", שנערך במימון אש"ל (ג' חביב, ח' פקטור, ד"ר נאון, ג' ברודסקי וט' דולב). המחקר נתאפשר הודות לשיתוף פעולה הדוק מצד כל נציגי מערכת שירותי הבריאות והרווחה המקומיים והארציים.

ליצירת תיאום בין ארגונים שונים דרוש תיאום בשלוש רמות: הרמה הבין־משרדית, הדרג המינהלי והדרג המקצועי. התיאום בשלוש הרמות דרוש למטרות שונות: לפי־תוח משאבים דרוש תיאום ברמה הבין־משרדית; בתסנון וביישום של תוכניות דרוש תיאום ברמה המינהלית המקומית; למתן טי־פול מקיף בפרט דרוש תיאום ברמה המקצו־עית (Callahan, 1981; Aiken *et al.*, 1975). חוקרים רבים מגלים עניין בתיאום ברמת הפרט כדרך לשיפור איכות החיים של האנשים הזקוקים לשירותים של טיפול ממושך.

אחת הגישות לתיאום ברמה זו מבוססת על פיתוחו של תפקיד ניהול הטיפול (Case Management). ניהול הטיפול הוא מנגנון שנועד (א) להבטיח נגישות לשירותים שונים וקבלת מידע עליהם, באמצעות פנייה לכתו־בת מרכזית; (ב) קבלת אחריות ליישום תוכנית הטיפול, כדי למנוע סרבול ביורו־קרטי; (ג) הבטחת מעקב הולם וכתובת לפתרון בעיות הצצות במהלך הטיפול; (ד) תיעוד שיטתי ומוסכם של מהלך הטי־פול, הן לצורך מעקב והן ליצירת בסיס מידע לתכנון שירותים.

נתמקד בתהליך ניהול הטיפול מבחינת המשימות הספציפיות העומדות בפני מנהלי הטיפול ברמת הפרט. משימות אלה הן, למעשה, שלבים במסלול שהפרט הנכנס למערכת עובר, כפי שמתואר בתרשים שלהלן:

לגבי כל אלה אנו מתארים את תפיסת העובדים את אחריותם, הצורה שבה אחריות זו מתבטאת בפועל והבעיות העולות תוך־כדי הביצוע. כמו כן אנו עומדים על הקש־רים הבין־ארגוניים: תכיפות הקשר בין הארגונים השונים הנותנים שירותים לקשי־שים וסוגיו; הבעיות הרווחות, לדעת העוב־דים, בתיאום בין הארגונים והמלצותיהם לשיפור התיאום.

ג. איסוף הנתונים

הקשישים הנהנים משירותי הטיפול הממושך (שירותים קהילתיים וסידור מוסדי) נכנסים למערכת באמצעות כמה גורמים: לשכות הרווחה, לשכות הבריאות, היחידות להמשך טיפול של קופת־חולים ומרפאות קופת־חולים, בתי־חולים כלליים ושיקומיים. לפיכך הוחלט לבדוק את דרכי ניהול הטיפול בקשישים במסגרות אלה. המחקר נערך בארבעה אזורים: ירושלים, תל־אביב, באר־שבע וחיפה.

דרכי ניהול הטיפול בקשישים נבדקו בשני אופנים המשלימים זה את זה: (א) ריאיון העובדים הסוציאליים והאחיות מטעם הגור־מים העיקריים המטפלים בקשיש. הריאיון כלל בדרך כלל: תיאור של נוהלי העבודה בכל אחד משלבי ניהול הטיפול; הבעיות העיקריות הכרוכות בביצועם; המלצות לשי־פורים ולדרכי התמודדות עם בעיות אלה;

מסלול הפונה

(ב) איסוף נתונים על קשישים הנמצאים בטיפול באמצעות בדיקת תיקיהם; המידע שלא הופיע בתיקים הושלם בעזרת ריאיון העובדים שטיפלו בקשישים.

בין אנשי המקצוע בארגונים השונים נכללו:

1. כל העובדים הסוציאליים המטפלים בקשישים, ומרכזי הקשישים בלשכות הרווחה (בסך־הכל 97 עובדים).
2. הצוותים המטפלים בלשכות הבריאות המחוזיות (בסך־הכל 10 עובדים).
3. הצוות המטפל ביחידות להמשך טיפול של קופת־חולים, ואחיות במרפאות שכונתיות (סך־הכל 18 עובדים).
4. העובדים הסוציאליים והאחיות הראשיות במחלקות הגריאטרית, הפנימית, הכירורגית והאורתופדית, בבתי־החולים המשרתים את אזורי המחקר: הדסה־עין כרם, הדסה־הר הצופים, שערי צדק, תל השומר, איכילוב, אסף הרופא, השרון, רמב"ם, רוטשילד וסורוקה. כמו־כן רואיינו מנהלי המחלקות הגריאטריות בבתי־החולים שערי צדק והדסה־הר הצופים.

עובדים סוציאליים ואחיות ראשיות בבתי־החולים השיקומיים באזורי המחקר: עזרת נשים, בית רבקה, שמואל הרופא ופלימן, וכן המחלקה השיקומית בהדסה־הר הצופים (סך־הכל עובדים בבתי־חולים — 109).

במסגרת זו רואיינו 229 עובדים. איסוף הנתונים התבצע בחודשים מאי עד ספטמבר 1983. ניתוח התיקים התבסס על אוכלוסיית הקשישים שלהלן:

1. כל הקשישים שהמתינו לסידור מוסדי ממושך (עצמאיים, תשושים, תשושי־נפש וסיעודיים) דרך לשכות הבריאות והרווחה בירושלים ב־15.6.83, בבאר־שבע — ב־10.10.83, ובתל־אביב — ב־1.1.84.
2. מדגם של קשישים, שקיבלו טיפול אישי או עזרה ביתית (או שניהם) הממומנים בחלקם או במלואם על־ידי משרד העבודה והרווחה, משרד הבריאות וקופת־חולים הכללית, ושאינם ממתינים לסידור ממושך. המדגם התבצע על קשישים שקיבלו שירותים אלה בירושלים באפריל 1983, בבאר־שבע — בספטמבר 1983, ובתל־אביב — בדצמבר 1983.

הניתוח מתבסס על 663 קשישים ממתינים ו־2,289 קשישים שאינם ממתינים, ובסך־הכל — 2,952 קשישים, שהם כלל אוכלוסיית המחקר.

הנתונים, שהתקבלו מן התיאור שמסרו העובדים על דרך עבודתם ועל תפיסתם את מערכת הטיפול בקשישים, שולבו והושוו עם הנתונים שהתקבלו מתיקי הקשישים.

ד. השלבים בניהול הטיפול בקשישים

כפי שכבר צוין בהקדמה, הטיפול בקשישים יכול להתחלק למספר מרכיבים בסיסיים. בפרק זה תתואר הדרך שבה מבוצע כל אחד משלבים אלה. הממצאים יוצגו לפי הארגונים העיקריים. כמו־כן מוצגים ההבדלים הבולטים בין האזורים בדפוסי הביצוע של השלבים השונים.

1. דרכי כניסה

אחת הבעיות השכיחות, המונעת מן הקשישים לקבל את השירותים שהם זכאים להם, היא העדר הסדרי הפניה בין הסוכנויות השונות. לכן, לדרך הצטרפותם של הקשישים למערכת הטיפול הפורמלי נודעת חשיבות רבה ביותר. אחת הדרכים היא לפנות לאחד הגורמים ביוזמה אישית, והשנייה באמצעות הפניה של גורמים מטפלים אחרים בקהילה.

ברוב המקרים הקשישים פונים ללשכות הבריאות והרווחה מיוזמתם האישית. אולם אל היחידות להמשך טיפול של קופת־חולים

הם מופנים בעיקר באמצעות מרפאות קופת־חולים. מבין כל הגורמים המטפלים קיבלה החתנה לבריאות המשפחה את הדירוג הנמוך ביותר כגורם מפנה. דבר זה משקף את מעורבותן המצומצמת, עדיין, של אחיות בריאות הציבור בענייני האוכלוסיות המטופלות על־ידי הגורמים הנ"ל.

בניתוח לפי אזורים נמצאו הבדלים רק לגבי ההפניה ללשכות הבריאות. מקורות ההפניה בירושלים ובחיפה דומים: הצטרפותם של הקשישים למערכת נעשית בעיקר מיוזמתם האישית ובעידוד לשכות הבריאות, שקבעו לשם כך שעות קבלה לקהל הרחב. גורמים מפנים חשובים נוספים הם: לשכת הרווחה, בתי־חולים וקופת־חולים. בתל־אביב ובבאר־שבע, לעומת זאת, שבהן לשכות הבריאות אינן מעוחדות פניות עצמאיות, נכנסים הקשישים למערכת בעיקר באמצעות הפניה מבתי־החולים.

2. קבלה והערכת מצב

(1) ק ב ל ה. בשלב זה נאספים הנתונים הבסיסיים על מצבו של המטופל ונבדקת מידת התאמתו לשירותים שמציע הארגון שאליו פנה.

בספרות יש חילוקי דעות בשאלה, מיהו האדם המתאים ביותר לביצוע הערכת מצב ראשונית זו. אחת הטענות היא, שכדי לבצע את הסינון הראשוני אין צורך באדם מקצועי מאוד, ועל־כן ניתן להפריד בין מי שמבצע את הסינון הזה ובין מי שממשיך את הטיפול בקשיש (Gottesman, 1980). היתרון העיקרי בהפרדה זו הוא הקלת עומס העבודה המוטל על אנשי המקצוע. אולם החיסרון בשיטה זו הוא שהמידע, המתקבל עקב ההתרשמות מן ההפניה, הולך לאיבוד, משום שקשה "לתרגמו" לטפסים; חיסרון נוסף הוא העדר קשר אישי מתמשך של הקשיש עם המטפלים בו. לכן יש כאלה הסבורים (למשל Donabedian), ששלב הסינון הוא שלב קריטי, ועל־כן מי שחייבים לבצעו הם דווקא אנשים מקצועיים ביותר.

בארץ מתבצעים הקבלה והסינון על־ידי כל העובדים בלשכות הרווחה והבריאות. עובד סוציאלי תורן בלשכת הרווחה ואחות תורנית בלשכת הבריאות הם, בדרך כלל, המקבלים לראשונה את הקשישים הפונים לגופים אלה והם המפנים אותם לעובד האחראי על איזור מגוריהם. בלשכות הרווחה בחלק מן האזורים (בבאר־שבע, למשל) מועסק עובד קבוע, הנקרא עובד Intake, והוא אחראי לקבלת הפונה, לביצוע ההערכה הראשונית של מצבו ולהפנייתו לעובד אחר לצורך המשך הטיפול. יוצא אפוא, שלא תמיד יש המשכיות בקשר של הקשיש עם העובד שקיבל אותו לראשונה.

(2) ה ע ר כ ה. לאחר שלב הקבלה, העובד אוסף ומארגן את הנתונים שקיבל על הקשיש ואת בקשותיו, לצורך ההערכה. מטרת ההערכה היא להגדיר את מצבו ואת צרכיו של הקשיש ולראות מה הם המשאבים שבאמצעותם הקשיש מסוגל לענות על צרכים אלה.

בארץ ובעולם פותחו כלים שונים לביצוע ההערכה, שמטרתם לאפשר בדיקה אובייקטיבית ככל האפשר ולהגיע לעקיבות מירבית בין דעותיהם של המעריכים השונים (Maddox *et al.*, 1976; Wing *et al.*, 1974). הטופס התפקודי־הרפואי והטופס הסוציאלי לטיפול בחולה הכרוני, שפותחו בארץ, הם דוגמאות לכך.

ההערכה יכולה להתבצע על־ידי איש מקצוע אחד, המתייעץ במידת הצורך עם אנשי מקצוע נוספים, או במסגרת של צוות רב־מקצועי.

החוקרים חלוקים בחעותיהם מהי השיטה היעילה יותר לביצוע ההערכה — האם עדיפה הערכה בצוות או הערכת יחיד? ביאטריס גוטסמן ממליץ על הערכה במסגרת של צוות רב־מקצועי, המורכב מאחות ומעובדת סוציאלית, כדי ליצור איזון בין מודל ההערכה הסוציאלי ובין מודל ההערכה הסיעודי־הרפואי (ראה Beatrice, 1979); טחון, שהשיטה של הפעלת צוות רב־מקצועי

לוח 1. השתתפות העובדים בצוות הערכה (באחוזים)

צוות הערכה	הגורם המטפל			
	לשכת הבריאות	לשכות הרווחה	בתי־חולים	היחידות להמשך טיפול
דנים בצוות על כל הקשישים	89	20	74	44
דנים בצוות על רוב הקשישים	11	33	11	33
דנים בצוות על מיעוט מן הקשישים	—	13	3	22
כלל לא דנים בצוות	—	33	13	—

בכל המקרים היא יקרה, ולא תמיד היא מוכיחה את עצמה כיעילה (Gottesman, 1980). קיימת כמובן גם האפשרות להפעיל צוות רב־מקצועי רק לגבי חלק מן האוכלוסיה המטופלת.

להלן יוצגו הנתונים המתייחסים לצוותי ההערכה הפועלים באזורים שנבדקו. לוח 1 מציג את שיעור העובדים המשתתפים בצוותי ההערכה.

בארגוני בריאות רוב ההערכות מתבצעות במסגרת של צוות. למעשה, כמעט כל העובדים שרואיינו בלשכת הבריאות ובבתי־חולים דיווחו, שההערכות לגבי רוב הקשישים מבוצעות במסגרת צוות. ביחידות להמשך טיפול של קופת־חולים, לעומת זאת, דיווחו 22 אחוזים מן העובדים שברוב המקרים הם אינם מבצעים הערכות בצוות. עובדי היחידות טענו, שההערכה וההחלטה על מתן שירותים מתבצעות לפעמים בצוות ולפעמים על־ידי אדם אחד, בהתאם למורכבות המקרה ולשירות הנדרש. בלשכות הרווחה נדרש ביצוע הערכות־צוות לגבי כל המקרים, וזאת לפי הוראות תע"ס 4, 16.5.82, המפרטות אף את הרכב הצוות: עובד/ת סוציאלי/ת מהלשכה, אחות, ובמידת האפשר — גם רופא משירותי הבריאות המקומיים. אך בבדיקת הליכי העבודה השוטפת נמצא, ש־33 אחוזים מן הנשאלים אינם משתתפים אף פעם בהערכות־צוות, ו־13 אחוזים מהם משתתפים בהן לצורך דיון רק במספר קטן מן המקרים שבטיפולם.

הרכב צוותי ההערכה משתנה בהתאם לגורם המטפל. בלשכת הבריאות נמצא שהצוות מורכב, על־פי רוב, מעובד סוציאלי, מאחות ומרופא גריאטרי; בבתי־החולים הצוות מורכב מרופא, מאחות ומעובד סוציאלי, ולעתים קרובות הוא כולל גם פיזיותראפיסט; ביחידה של קופת־חולים הצוות מורכב מעובד סוציאלי, מרופא, מאחות, מפיזיותראפיסט, ממרפא בעיסוק ומאחות המרפאה.

הצוות הרב־מקצועי בלשכות הרווחה מעניין במיוחד, היות שהרכבתו כרוכה בשיתוף עובדים מארגונים אחרים, דבר הדורש תיאום מירבי. ב־86 אחוזים מן הצוותים משתתפת אחות קופת־חולים, וב־65 אחוזים מהם משתתפת אחות בריאות הציבור. ב־29 אחוזים מן הצוותים משתתפות שתי האחיות גם יחד.

נמצאו הבדלים בין איזור לאיזור. נראה, ששיעור גבוה מעובדי הרווחה בתל־אביב ובבאר־שבע אינם משתתפים בצוותי הערכה, לעומת 70 אחוזים מן העובדים בירושלים ובחיפה, המשתתפים בדיוני צוות ברוב המקרים שבטיפולם.

גם לגבי ההרכב של הצוות, כאשר הוא קיים, נמצאו הבדלים בין האזורים. אחות בריאות הציבור משתתפת תמיד בצוותים בבאר־שבע, וב־86 אחוזים מן הצוותים בחיפה. למעשה, בחיפה משתתפות בצוותים הן אחיות בריאות הציבור והן אחיות קופת־חולים, במידה שווה. 40 אחוזים מעובדי

לוח 2. בעיות בהשגת מידע מגורמים מפנים, לפי סוג בעיה
(אחוז הנשאלים שציינו בעיה זו לגבי כל גורם)

הגורם המפנה	הבעיה				
	אין בעיות	עיכובים בקבלת המידע	קשיים בקריאת כתב היד	מידע לא מלא	קשיים בהשגת אנשים
קופת־חולים	36	22	28	44	28
בית־חולים	39	26	26	32	21
לשכת הבריאות	58	17	4	7	28
לשכות הרווחה	33	32	7	20	53
התחנה לבריאות המשפחה	72	12	5	14	11

הרווחה בחיפה מקבלים החלטות הקשורות להערכת מצב הקשישים במסגרת צוות הכולל את שני סוגי האחיות. בירושלים ובתל־אביב, לעומת זאת, האחיות המשתתפות בצוותי ההערכה הן בעיקר אחיות קופת־חולים, כפי שדיווחו 85 אחוזים מן העובדים הסוציאליים המשתתפים בצוותים אלה.

הממצאים על הרכב הצוותים תואמים את הממצאים על ההסדרים הבין־ארגוניים הקיימים באזורים השונים. לשכות הרווחה בחיפה ובבאר־שבע מקיימות קשר הדוק יותר עם התחנות לבריאות המשפחה בהשוואה ללשכות הרווחה בירושלים ובתל־אביב. הלשכות בירושלים ובתל־אביב מקיימות קשר הדוק עם מרפאות קופת־חולים, והלשכה בחיפה מקיימת קשר הדוק הן עם המרפאות והן עם התחנות לבריאות המשפחה.

(3) בעיות בתהליך ההערכה. המקורות למידע הדרוש למטפל לצורך ביצוע ההערכה הם הקשיש עצמו, משפחתו וגורמים מטפלים המכירים אותו. להעברת המידע בין הגופים נודעת חשיבות רבה, משום שהיא מאפשרת לעובדים לבצע הערכות מקיפות יותר ומשום שהיא מקטינה את מידת הכפילויות בעבודה.

העברת המידע על אודות הקשיש יכולה להתבצע בצורה רשמית (מילוי טפסים), או בצורה פחות רשמית (התקשרויות בטלפון, בירורים בעל־פה וכו'). בלוח שלהלן (לוח 2) סיכמנו את הבעיות העיקריות הכרוכות בהשגת מידע, כפי שצוינו בידי העובדים.

מבין העובדים הצביעו 70 אחוזים על בעיה אחת לפחות בקבלת מידע מאחד מן הגורמים המטפלים האחרים. עובדים מגורמים שונים, המקבלים קשישים שהופנו על־ידי לשכות הרווחה, מדווחים על קשיים ביצירת קשר עם עובדי לשכות הרווחה לצורך בירורים. בעיה שכיחה נוספת היא עיכובים בקבלת המידע. 44 אחוזים מכלל העובדים במערכת טענו, שלעתים קרובות המידע המתקבל מקופת־חולים אינו מלא.

(4) בעיות בסיווג הקשיש. סיווג הקשיש לפי הקטגוריות של עצמאי, תשוש, תשוש־נפש או סיעודי נעשה בשלב ההערכה. במערכת כמו זו הקיימת בארץ קביעת הסיווג היא משמעותית ביותר, שכן היקף השירות והגורם האחראי למימונו נקבעים בהתאם לסיווג הקשיש. שלב הסיווג הוא בעייתי, מאחר שקשישים רבים אינם מתאימים בדיוק לקריטריונים שעל־פיהם נקבע הסיווג. הנתונים המוצגים בלוח שלהלן (לוח 3) מבטאים בעייתיות זו. 90 אחוזים מכלל המטפלים הצהירו, שהם נתקלים בבעיות בסיווג קשישים הזקוקים, להע־

לוח 3. אחוז העובדים הנתקלים בבעיות בסיווג הקשיש

	בריאות	רווחה	בתי־חולים	קופת־חולים	סך־הכל
כאשר הקשיש זקוק לשירותים	89	90	86	65	86
כאשר הקשיש זקוק למיסוד	100	94	88	83	90

רכתם, למיסוד; 86 אחוזים דיווחו, שהם נתקלים בבעיות בסיווגם של הזקוקים לשירותים בקהילה.

הקשיים בסיווג עלולים לגרום עיכובים במתן השירותים לקשישים, לטלטול הקשיש מארגון לארגון, ולמה שמכונה "נפילה בין הכיסאות". כאשר חל שינוי במצבו התפקודי של הקשיש והוא עובר מקטגוריה אחת לאחרת, מועבר גם הטיפול בו מארגון אחד לאחר, דבר היוצר שבר ברצף הטיפול. אם רוצים להבטיח המשכיות הטיפול, צורת ארגון כזו מצריכה שיתוף פעולה הדוק ותיאום רב בין הארגונים השונים.

(5) המלצות לשיפור תהליך ההערכה. העובדים נשאלו בשאלה פתוחה כיצד ניתן, לדעתם, לשפר את תהליך ההערכה. חמישית מן העובדים בכל הגורמים, למעט היחידות להמשך טיפול של קופת־חולים, המליצו על קשרים קבועים בין הגופים; הכוונה לקשר ממוסד, הכולל פגישות קבועות שבהן ידווחו העובדים על מקרים ספציפיים. עובדים ביחידות להמשך טיפול של קופת־חולים המליצו שהמידע יועבר בכתב בין הגופים השונים בזמן ההפניה (כיום מועבר מידע רב בטלפון ובעל־פה). בלשכות הרווחה, בניגוד לארגונים האחרים, אין אפשרות לקיים התייעצות רב־מקצועית בלשכה עצמה. אם מתעוררים קשיים בהערכה ויש צורך בהתייעצות עם אנשי מקצוע אחרים (רופאים, אחיות), יש לפנות לארגונים אחרים. על־כן המליצו העובדים על קביעת הסדרים שיבטיחו שיתוף פעולה עם הארגונים האחרים. ואכן, חמישית מן העובדים בלשכות הרווחה המליצו על הקמת צוות הערכה רב־מקצועי.

3. פיתוח תוכניות הטיפול

באופן תיאורטי ניתן להבחין בין שלב פיתוח תוכנית הטיפול ובין השלב של הערכת מצבו של הקשיש. באופן מעשי שלב זה מתבצע לרוב תוך־כדי תהליך ההערכה. תוכנית הטיפול, הנבנית במשותף בידי הקשיש והמטפל, נועדה לקבוע מה הם בעיותיו וצרכיו של הקשיש ומהי העזרה הדרושה כדי לענות עליהם (Gottesman, 1980). קביעת הצרכים מבוססת, כמובן, על ההערכה, אולם למרות שהכלים המשמשים להערכה מודדים את רמת המוגבלות, אין בכוחם למדוד את כמות העזרה או השירותים הדרושים (Brody, 1979).

יש הממליצים על פיתוח כלי הערכה, המקשרים ישירות את ההערכה התפקודית (איסוף המידע בפועל) עם קביעת רמת המוגבלות ועם ההחלטה על הקצאת השירותים. אחרים (Kutz, 1979) טוענים, שכלי ההערכה הם שיטות לאיסוף נתונים בצורה סטנדרטית ומובנית, כדי להבטיח שכל המידע הרלוונטי יהיה זמין למתכנן הטיפול. אך הם חייבים להשאיר בידי איש המקצוע את ההחלטה לאופן הטיפול והקצאת השירותים.

אחד הקשיים בתרגום רמת המוגבלות למונחים של עזרה מעשית הוא העדר ההסכמה לגבי הגדרת המושג "צורך". למעשה, הגדרת "צורך" היא שאלה של מדיניות. מחקרים הוכיחו, שאין אחידות דעים בין אנשי מקצוע שונים המטפלים בקשישים על רמת הטיפול הדרוש והיקף השירותים (Sager, 1980).

כלי ההערכה שמשתמשים בהם בארץ אינם קובעים את רמת המוגבלות על־פי סולם מוגבלות, ואינם מתרגמים את המוגבלות לצורך בעזרה מעשית. כך נשאר בידי אנשי המקצוע מרחב גדול לקבלת החלטות על היקף העזרה והשירותים שיינתנו.

נקודה נוספת שיש לתת עליה את הדעת היא, מי מתכנן את הטיפול. גוטסמן ממליץ, שאדם אחד יבצע את ההערכה ויתכנן את הטיפול (Gottesman, 1980), כדי למנוע כפילות בעבודה (כגון ביקורי בית גם על־ידי מבצע ההערכה וגם על־ידי מתכנן הטיפול, מאחר שלא ניתן לתכנן טיפול ללא קשר ישיר עם הקשיש).

בתחום זה נמצאו הבדלים בין הארגונים השונים. בלשכת הבריאות מסתמכת האחות, לעתים קרובות, על ההערכות התפקודיות שעשו אחיות בארגונים אחרים. בלשכות הרווחה, העובדות הסוציאליות המבצעות את ההערכות הסוציאליות הן גם המגבשות את הטיפול; יחד עם זאת, התוכנית שהן מגבשות מועברת לאישורו של המדריך, שבידיו נתונה הסמכות להכניס בה שינויים. כאשר נדרשת הערכה תפקודית, העובדת הסוציאלית מסתמכת על ההערכה שמבצעת אחות קופת־חולים או אחות משרד הבריאות. ביחידות להמשך טיפול של קופת־חולים קיימים שני הדפוסים גם יחד. יש מקרים שבהם האחות מתבססת על הערכה שעשתה האחות במרפאה; ובמקרים אחרים, אחות היחידה עצמה עורכת ביקור בית, מבצעת הערכה וקובעת את תוכנית הטיפול.

בבתי־חולים הערכת הקשיש העומד להשתחרר מתבצעת לעתים על־ידי צוות, ואילו תכנון הטיפול נעשה לעתים קרובות על־ידי אדם אחד בלבד: העובד הסוציאלי.

שאלה מרכזית היא, האם תפיסת האחריות של העובדים בארגונים השונים היא כוללנית ולפיכך התוכניות אכן מקיפות את כל השירותים שהקשיש עשוי להזדקק להם, או שמא הן כוללות רק את אותם שירותים שהארגון המתכנן את הטיפול מספק.

מניתוח סוגי השירותים שעליהם ממליצים הגופים השונים עולה, שעובדי לשכת הבריאות ממליצים רק על אותם שירותים שהם עצמם מספקים. בניגוד לכך, עובדים בגופים אחרים ממליצים גם על שירותים שהם אינם מספקים. ניתן לומר אפוא, שכאשר מדובר בתפיסת תפקידם, המטפלים בלשכות הרווחה, בקופת־חולים ובבתי־חולים מתייחסים לצורכי הקשיש באופן מקיף.

חיזוק לדיווחי המטפלים התקבל מניתוח תיקי הקשישים. המטפלים נשאלו האם ניסו להשיג עבור הקשיש שירותים, שאותם לא מספק הארגון שבמסגרתו הם עובדים. נמצא, שבלשכות הרווחה שיעור הקשישים שהמטפל היה מעורב בהשגת שירותים עבורם מחוץ למקום עבודתו גבוה יותר מאשר במערכות אחרות (50 אחוזים, לעומת 40 אחוזים בקופת־חולים ו־25 אחוזים בלשכת הבריאות). מעניין, שבדיווח הכללי אמרו עובדי לשכת הבריאות שהם אינם ממליצים על שירותים אחרים; אך בדיווחים על מקרים ספציפיים נמצא, שהם עזרו לרבע בערך מן המטופלים להשיג שירותים מחוץ ללשכה. שאלת האחריות הכוללנית תבוא לידי ביטוי גם בהמשך, בדיון על נושא של המעקב על יישום תוכנית הטיפול, כאשר נשאלת השאלה האם העובדים מבצעים מעקב רק על השירותים שהם מספקים או גם על השירותים שמספקים ארגונים אחרים.

הועלתה ההשערה, שהמטפלים ישתדלו יותר להשיג שירותים מחוץ לארגון עבור קשישים שאין להם משפחות היכולות לעשות זאת. רוב העובדים דיווחו שהם מסכימים לטענה זו. אולם בניתוח תיקי הקשישים לא נמצא חיזוק לדיווח זה. אדרבה, הניתוח הראה, שאין כמעט הבדל בתחום זה בין הקשישים בעלי המשפחות לקשישים שאין להם משפחות, ובמידה שקיים הבדל, הוא דווקא לטובת הקשישים שיש להם משפחות. יש להניח, שהלחץ שהמשפחה מפעילה על המטפל משפיע לא מעט על תהליך השגת השירותים (ראה להשפעת חיובית של המש־

פחה על מידת ניצול השירותים נמצאה גם בנורווגיה. [ראה Daatland, 1983]).

4. מעורבות המשפחה בפיתוח תוכנית הטיפול

מעורבות המשפחה — התמיכה הבלתי פורמלית — היא גורם עיקרי בהבטחת טיפול הולם לקשיש. יש יחסי־גומלין בין מספקי השירותים הפורמליים ובין מספקי השירותים הבלתי פורמליים. כאשר עובד מַפתח תוכנית טיפול עבור הקשיש הוא מביא בחשבון את מידת יכולתה ונכונותה של המשפחה לעזור. תהליך הפיתוח של תוכנית הטיפול כרוך במשא־ומתן עם המשפחה ובקביעת חלוקת העזרה שתינתן לקשיש בין הגורמים השונים.

לצורך ההערכה בפרט, ולכל שלבי הטיפול בקשיש בכלל, חשוב לבדוק באיזו מידה יש למטפלים קשר עם משפחות הקשישים, במקרים שבהם יש להם משפחות. מן הנתונים עולה, שלמטפלים בלשכת הבריאות היה קשר עם 35 אחוזים ממשפחות הקשישים שבטיפול; למטפלים בלשכת הרווחה — עם 53 אחוזים, ולמטפלים בקופת־חולים — עם 70 אחוזים (הנתונים כוללים רק את הקשישים שיש להם משפחות).

הן עובדי לשכת הרווחה והן עובדי לשכת הבריאות מקיימים קשר עם בני משפחות הקשישים הממתינים למיסוד יותר מאשר עם משפחות הקשישים שאינם ממתינים.

מבין המשתנים האחרים שנמצאו קשורים לקיומו או להעדרו של קשר בין המטפלים ובין בני המשפחות ניתן להזכיר את הבעיות הקשורות לטיפול המשפחה בקשיש. כשהטיפול בקשיש גורם, לדעת המטפל, מתחים במשפחה, או שהטיפול מהווה נטל פיזי או נפשי כבד על בני המשפחה, המטפלים נוטים יותר לקיים עמם קשר.

כדי להבטיח שילוב הולם בין העזרה הפורמלית ובין זו הבלתי פורמלית, רצוי להתייעץ עם המשפחות על צורת מתן השירותים. מסתבר, שלעתים קרובות, אם כי לא

לוח 4. התפלגות התשובות לשאלה "האם אתה נותן עזרה לקשיש כאשר המשפחה יכולה לעזור אך אינה מוכנה לעשות זאת?"

נותן עזרה	הגורם המטפל			
	כללי	לשכות הבריאות	לשכות הרווחה	יחידות של קופת־חולים
כן	70	87	65	72
לא תמיד	25	13	32	28
לא	5	0	3	0

תמיד, הדבר אכן נעשה. שני־שלישים מן הנשאלים דיווחו שהם מתייעצים עם המשפחה לעתים קרובות. מספר קטן של עובדים בכל הארגונים דיווחו שלעולם אינם מתייעצים עם המשפחה. הארגונים השונים גבדלים זה מזה במידת ההתייעצות שהם מקיימים עם המשפחה. בלשכות הרווחה שיעור העובדים הנוהגים להתייעץ עם המשפחה באופן קבוע הוא נמוך יחסית.

שאלה נוספת שנבדקה היא, כיצד העובדים מתייחסים לשילוב בין שירותים פורמליים לשירותים בלתי־פורמליים. נבדק באיזו מידה העובדים מוכנים למנוע שירות מסוים מקשישים, שמשפחותיהם יכולות, אך אינן מוכנות, לעזור להם. לוח 4 מציג את הנתונים בנושא זה.

מתברר, שאין גישה אחידה לנושא זה, אך על־פי רוב העובדים אינם מונעים שירותים מקשישים שמשפחותיהם מסרבות לעזור. 30 אחוזים מכלל העובדים מוכנים, לעתים, למנוע שירות, אך רק 5 אחוזים מונעים באופן עקיב שירותים מקשישים שמשפחותיהם מסרבות לעזור. שיעור העובדים בלשכת הבריאות המוכנים למנוע מתן שירות נמוך עוד יותר. יחד עם זאת, 90 אחוזים מכלל העובדים דיווחו, שהם משתדלים יותר להשיג שירותים לקשישים שמשפחותיהם מגלות נכונות רבה לטפל בהם.

באשר לעזרה שנותנות המשפחות נשאלת השאלה, "מה מונע מהמשפחות לתת עזרה

רבה יותר לקשישים". עמדנו על הבעיות הרבות העומדות בפני המשפחות, כפי שהועלו בידי העובדים. בערך 80 אחוזים מכלל העובדים ציינו יחסים לקויים בין בני המשפחה לקשיש, וכמעט שלושה־רבעים ציינו בעיות בריאות של בני המשפחה.

מחקרים רבים בארץ ובעולם הראו, שה־משפחות, ולא השירותים הפורמליים, הן הנותנות את מרבית העזרה לקשישים (זיל־ברשטיין, 1981 ; Sussman, Shanas, 1981 ; Cantor, 1980). המסקנה ממחקרים אלה היא, שהמשפחות עמוסות יתר על המידה, ויש צורך לפתח שירותים קהילתיים כדי להקל עליהן ולאפשר להן לטפל בקשישים.

רוב העובדים הציעו להקטין את המעמסה המוטלת על המשפחות בעזרת הוספת שירו־תי טיפול אישי ועזרה בניהול משק־הבית. שיעור ניכר מהם סבר, שייעוץ ותמיכה עשויים אף הם לסייע למשפחות.

כמו־כן נבדק באיזו מידה תמיכה כספית עשויה לסייע למשפחות בשיפור הטיפול בקשיש או בקבלת עזרה נוספת מבחוץ לשם כך. כאשר נשאלו העובדים באופן כללי מה היה עוזר למשפחות, הם לא העלו אפשרות זו. אך כאשר הם נשאלו באופן ישיר האם עזרה כספית היתה עוזרת למשפחות לטפל בקשיש, סברו 62 אחוזים מכלל העובדים שתשלומים כאלה אכן יעזרו. יוצאים מכלל זה היו עובדי לשכות הבריאות, שסברו ברו־בם שהדבר לא יעזור.

5. יישום תוכנית הטיפול

יישום תוכנית הטיפול פירושו יצירת הקשר עם נותני השירותים (לרבות שירותים בלתי פורמליים), עריכת משא־ומתן אתם על הס־פקת השירותים הדרושים לקשיש כפי שנק־בעו בתוכנית הטיפול, ומעקב הבא לוודא שהשירותים אכן ניתנים.

שלב יישום הטיפול והאחריות על ביצועו הוא שלב מורכב במיוחד במערכת מפוצלת כמו זו שלנו. האחראי על הביצוע הוא גם מתאם, גם מתווך וגם "שומר־סף", המונע הוצאת כספים מיותרים.

(1) **בעיות בהספקת שירותים קהילתיים.** קיים קשר בין השירותים הזמינים בפועל ובין תהליך תכנון הטיפול. בעיות בהשגת שירותים אחדים יביאו את המתכננים להימנע מלהמליץ עליהם, גם אם יחשבו שהקשיש זקוק להם. גם תהליכי ארגון מסורבלים עלולים לעורר בעיות ביישום. לבסוף, ייתכן שהמשפחה או הקשיש עצמו לא יהיו מעוניינים בשירות שעליו העובד ממליץ.

נבחנה עמדת העובדים בנוגע לאיכותם של אחד־עשר שירותים שונים בקהילה. העובדים התבקשו לציין את הבעיות המתעוררות בכל שירות.

לוח 5 מציג את הבעיות העיקריות המתעוררות בכל שירות בכל אחד מן האזו־רים. נמצא, שבצד בעיות תקציב, שאינן מאפשרות לספק את השירותים בהיקף הרצוי, יש גם בעיות איכותיות וארגוניות. הקושי להשיג כוח־אדם מתאים הוא בעיה מרכזית לגבי שירות הצופיה/מט"זית, המט"ביות, עזרות הבית והשירותים הפרה־רפואיים.

בתחום ארגון טיפולי הבית קיימת הבעיה של התייחסות גמישה לצורכי הקשיש. קשי־שים זקוקים לעזרה בכל שעות היום, ולאו דווקא בשעות הבוקר שבהן מספקים שירות זה. בעיות נוספות המתגלות בדרך כלל במערכת הן, למשל, בעיות ביורוקרטיות, שהן חריפות במיוחד בשירותים של שיפוצי דיור. דבר זה משקף את הסרבול הקיים במערך הארגוני של הספקת השירותים, ומצביע על כיוון נוסף שיש ללכת בו כדי לשפר את המערכת. לגבי שירותי בריאות הנפש, שיעור גבוה של העובדים הצביע על בעיות בדרך נתינת השירות. במסגרת השי־רות אין כמעט ביקורי בית, ואם הקשיש אינו מגיע אל התחנה בכוחות עצמו, בדרך כלל אין ביכולתו להיעזר בשירות. קיימת

לוח 6. בעיות בהסדרת המיסוד, לפי סוג הבעיה והגורם המטפל

בעיות	הגורם המטפל				
	כללי	לשכת הבריאות	לשכות הרווחה	בתי־החולים	היחידות להמשך טיפול
מספר מוגבל של מיטות או מוסדות	92	80	89	95	89
חוסר תיאום בין הגופים, הגורם ל"נפילת האנשים בין הכיסאות"	33	30	30	31	56
האנשים המחליטים סופית על הכניסה למוסד אינם שותפים לתהליכי ההערכה ואינם מכירים את המקרים מקרוב	27	0	27	33	5
הכניסה למוסד נעשית, לעתים, בעקבות לחץ מצד הקשיש או משפחתו, ולא בגלל מצבו האובייקטיבי	32	30	18	42	44

גם תופעה של קשישים שאינם רוצים בשיר־ רות. תופעה זו היא גורם חשוב הן בארוחות והן לגבי המועדונים. בשני תחומים אלה יש לבחון, האם שירותים אלה תואמים במידה מספקת את דרישות הצרכנים הפוטנציאליים, והאם הם מאפשרים את מידת הגיוון הדרושה. נמצא, ששיעור גבוה של העובדים בבתי־ חולים אינם יודעים מה הן הבעיות לגבי רוב השירותים, בגלל העדר הקשר בין חלק ניכר של האחיות ובין השירותים בקהילה.

(2) בעיות בהסדרת המיסוד. יש מקרים, שבהם הערכת צורכי הקשיש ובניית תוכנית טיפול מתאימה מצביעים על צורך במוסד כיוון שיש קשיים במילוי צורכי הק־ שיש בעזרת שירותים בקהילה או שהקשיש מעדיף להימצא במוסד.

כמה בעיות עלולות להתעורר ולהקשות על העובדים את תהליך הסידור המוסדי. העובדים נשאלו האם, ובאיזו מידה, הם נתקלים באחת או יותר מן הבעיות המפו־ רטות בלוח 6.

כמעט כל העובדים דיווחו על מחסור במיטות כבעיה המקשה על סידורו של הק־ שיש במוסד. העובדים בגורמי הבריאות, אף יותר מאשר עובדי הרווחה, ציינו שללחץ שמפעילה המשפחה יש השפעה רבה על כניסתו של הקשיש למוסד.

העובדים נתבקשו להעריך את איכות המוסדות. נמצא, שרוב העובדים מעריכים את איכות המוסדות כבינונית, ורק מיעוטם מעריכים את המוסדות כטובים מאוד או כגרועים מאוד. המוסדות חולקו על־פי הבע־ לות עליהם: ממלכתיים, ציבוריים או פרטיים. נמצאו הבדלים משמעותיים בהערכת העוב־ דים את המוסדות השונים. שיעור העובדים הסבורים, שאיכות המוסדות הציבוריים הממשלתיים גבוהה, היה גבוה משיעור העובדים שסברו שהמוסדות הפרטיים הם כאלה (20 אחוזים ו־7 אחוזים, בהתאמה). נמצא, שעובדים מעטים, יחסית, ציינו שאי־ כותם של המוסדות הממשלתיים נמוכה (10 אחוזים). לעומת זאת, שיעור גבוה של עוב־ דים טענו כך לגבי המוסדות הפרטיים. בחיפה ובתל־אביב, שם קיימים מוסדות פרטיים רבים, נמצא שלמעלה מ־40 אחוזים מן העובדים ציינו שאיכות המוסדות נמוכה.

האם תפיסת העובדים את איכות המוסדות ואת המגבלות הקיימות, הן במספר המיטות והן בשירותים הקהילתיים, משפיעה על עצם הפנייתם של קשישים למוסדות? העובדים

לוח 5. הבעיות העיקריות המתעוררות בכל שירות, לפי האיזור (אחוז הנשאלים שציינו בעיה זו)

השירות	ה ע י ר			
	ירושלים	תל־אביב	באר־שבע	חיפה
מט"זית (צופיה)	בעיות תקציב (55%) בעיות כוח אדם (52%)	בעיות כוח אדם (57%)	השירות לא קיים (82%)	בעיות תקציב (44%)
טיפול אישי	בעיות כוח אדם (73%) בעיות תקציב (62%)	בעיות כוח אדם (66%)	תקציב (53%) בעיות באופן מתן השירות (53%)	בעיות תקציב (46%) בעיות כוח אדם (35%)
ארוחות חמות	בעיות באופן מתן השירות (30%) הקשישים מסרבים לקבל את השירות (28%) השירות לא מגיע לכל איזור (26%)	בעיות באופן מתן השירות (31%) הקשישים מסרבים לקבל את השירות (34%)	בעיות באופן מתן השירות (13%) הקשישים מסרבים לקבל את השירות (25%)	בעיות באופן מתן השירות (31%) הקשישים מסרבים לקבל את השירות (31%)
שירות בריאות הנפש	בעיות באופן מתן השירות (47%) הקשישים מסרבים לקבל את השירות (31%)	הקשישים מסרבים לקבל את השירות (36%) בעיות באופן מתן השירות (43%)	בעיות באופן מתן השירות (21%) המשפחות מתנגדות לקבלתו (21%) תהליכי ארגון מסורבלים (21%)	בעיות באופן מתן השירות (32%) הקשישים מסרבים לקבל את השירות (20%)
עזרה במשק־הבית	בעיות כוח אדם (78%) בעיות תקציב (67%)	בעיות כוח אדם (78%)	בעיות כוח אדם (76%) בעיות תקציב (70%)	בעיות כוח אדם (70%)
שירותי כביסה מועדונים	בעיות תקציב (40%) בעיות תקציב (22%)	השירות לא קיים (26%) השירות לא מגיע לכל איזור (12%)	אין בעיות בעיות באופן מתן השירות (19%) השירות לא מגיע לכל איזור (19%) הקשישים מסרבים לקבל את השירות (50%)	בעיות תקציב (37%) בעיות באופן מתן השירות (20%) הקשישים מסרבים לקבל את השירות (18%)

מתנדבים	בעיות כוח אדם (60%)	בעיות כוח אדם (42%)	בעיות כוח אדם (64%)	בעיות כוח אדם (56%)
שירותים פרה־רפואיים	בעיות כוח אדם (41%)	בעיות כוח אדם (29%)	בעיות כוח אדם (33%)	בעיות כוח אדם (29%)
שיפוצי דיור	בעיות תקציב (55%)	תהליכי ארגון מסורבלים (46%)	תהליכי ארגון מסורבלים (46%)	בעיות תקציב (44%)
	תהליכי ארגון מסורבלים (43%)			תהליכי ארגון מסורבלים (41%)

הערות :

הבעיות בשירות המט"ביות בבאר־שבע הן, שהמט"ביות אינן נותנות את כל שעות הטיפול שהוסכם עליהן, ואינן מבצעות את כל הפעילויות הנדרשות.

בשירות בריאות הנפש צוינה הבעיה באופן מתן השירות. יחסם של הפסיכיאטרים בעייתי : הם אינם מתייחסים כראוי לבעיות הקשישים, אינם יוצרים קשר עם גורמים מטפלים אחרים ואינם עורכים ביקורי בית.

הבעיה באופן מתן שירות הארוחות החמות היא, שהאוכל אינו טעים לקשישים.

הבעיות בשירות המועדונים הן חוסר התאמה, בחלק מן המקרים, של כוח האדם המועסק בהם, בעיות בהסעה ובעיות שפה.

נשאלו כמה קשישים הם הפנו למוסדות בשנה החולפת, ועל כמה מקרים היו ממלי־צים להפנות למוסדות, אילו: (1) לא היתה הגבלה במספר המיטות; (2) איכות המוסדות היתה משתפרת; (3) איכות השירותים הקהילתיים היתה משתפרת.

24 אחוזים מן העובדים טענו, שלולא ההגבלה במספר המיטות היו מפנים יותר קשישים למוסדות. 42 אחוזים מן העובדים דיווחו, שאילו שופרה איכות המוסדות, היו מפנים אליהם יותר קשישים. עובדה זו מורה, שהעובדים הערים לבעיות במוסדות לקשישים אפילו אינם מכניסים קשישים לרשימות ההמתנה, גם אם הם סבורים שהיה כדאי לסדר אותם במוסדות. 64 אחוזים מן העוב־דים טענו, שאילו שופרה איכותם של השי־רותים הקהילתיים, הם היו מפנים פחות קשישים לאשפוז מוסדי.

ההבדלים שנמצאו בין האזורים השונים בנושא זה מעניינים מאוד. נמצא, שבבאר־שבע יש למחסור במיטות השפעה גדולה יותר מאשר בכל האזורים האחרים: 43 אחוזים מן העובדים שם טענו שאילו היו יותר מיטות, היו מפנים יותר קשישים למוסד, לעומת 15 אחוזים בלבד שטענו כך בחיפה. מעניין לציין, שאיכות המוסדות משפיעה בעיקר על העובדים בחיפה ובתל־אביב: יותר מ־50 אחוזים מן העובדים בשני אזורים אלה טענו שאילו שופרה האיכות, היו מפנים מספר רב יותר של קשישים למוסד. ממצאים אלה מתאימים לממצאים שצוינו קודם — דהיינו, שהעובדים בחיפה ובתל־אביב סבו־רים שאיכות המוסדות נמוכה.

6. מעקב והערכה מחודשת

הטיפול בקשיש אינו מסתיים עם ביצוע תוכנית הטיפול. מרכיב חשוב בכל טיפול חייב להיות המעקב אחר הקשיש לאחר שקיבל את השירותים שנקבעו לו בתוכנית. לעתים לא נערך מעקב כזה כחלק אינטגרלי ממערך השירותים הניתן לקשיש, והדבר פוגע ביעילות הטיפול (Gottesman, 1981).

המעקב כולל: (1) בדיקה באיזו מידה אכן ניתנו השירותים שהומלץ עליהם בתוכנית הטיפול; (2) מעקב אחר השינויים במצבו החברתי, הבריאותי והתפקודי של הקשיש, לצורך בחינת יעילותם של השירותים ועד כמה הקשיש ממשיך להזדקק להם; (3) פי־קוח על ספקי השירותים, במטרה לבדוק באיזו מידה ניתן השירות בצורה הרצויה והמוסכמת מבחינת היקף השעות והיקף השירותים.

באופן כללי דיווחו רוב העובדים שקיים מעקב על אופן נתינתם של השירותים השו־נים. לשכת הבריאות מבצעת מעקב רק על השירות שהיא מספקת, היינו טיפול אישי, אולם בלשכות הרווחה וגם בקופת־חולים ציינו רוב העובדים את קיום המעקב גם לגבי שירותים שהקשישים שבטיפולם מקב־לים, אך איגם ממומנים באמצעותם. על מעקב אחר מצבו של הקשיש למדנו מתוך הקשרים שהעובדים מקיימים עם הקשישים.

לוח 7. המספר הממוצע של מקרים בטיפולו של כל עובד, לפי הקטגוריות הטיפוליות

הקטגוריה	ירושלים		תל־אביב		באר־שבע		חיפה		ממוצע כללי	
	מספר	אחוז	מספר	אחוז	מספר	אחוז	מספר	אחוז	מספר	אחוז
אינטנסיבי	30	22	28	25	7	4	20	19	26	21
מעקב רגיל	39	28	52	47	21	14	31	30	40	32
מעקב	69	50	30	27	124	82	54	51	59	47
סך־הכל	138	100	110	100	152	100	105	100	125	100

לוח 8. תכיפות הקשר בין המטפלים לקשישים (באחוזים)

	לשכת הבריאות	לשכת הרווחה	קופת־חולים
סך־הכל קשישים	693	1,822	436
באחוזים	100	100	100
פחות מפעם בחודש	72	31	35
פעם בחודש	12	30	29
יותר מפעם בחודש (2—3 פעמים)	5	19	17
לפחות פעם בשבוע	6	12	14
לא ידוע	5	8	5

בדרך־כלל העובדים בלשכות הרווחה מחלקים את הקשישים שבטיפולם לשלוש קטגוריות: מקרים אינטנסיביים, מקרים רגילים ומקרים הנמצאים במעקב. לוח 7 מציג את ההתפלגות לקטגוריות באזורים השונים.

סך־כל המקרים שבטיפולו של כל עובד שונה באזורים השונים: בין 152, בממוצע, בבאר־שבע, ל־105 בחיפה. נבדקו הסטנדרטים לחלוקת המקרים בין הקטגוריות. נמצא, שטווח התכיפויות הוא כדלהלן:

מקרים אינטנסיביים: תכיפות הקשר נעה בין יותר מפעם בשבוע עד פעם בשבועיים; הקשר השכיח הוא קשר שבועי.

מקרים רגילים: תכיפות הקשר עמם נעה בין פעם בשבועיים ובין פעם בשלושה חודשים; הקשר השכיח הוא קשר חודשי.

מקרים במעקב: תכיפות הקשר נעה בין פעם בחודש ובין פעם ביותר משלושה חודשים. התכיפות השכיחה היא אחת לשלושה חודשים.

ניתוח לפי תיקי הקשישים המוגבלים — דהיינו, כאשר האוכלוסייה הנבדקת היא סלקטיבית — מאפשר התייחסות למידת הקשר בין המפעל לקשישים מזווית ראייה נוספת. בניתוח הזה התייחסנו גם אל הקשישים המטופלים באמצעות לשכת הבריאות וקופת־חולים. הנתונים מוצגים בלוח 8.

נראה, שהן בלשכות הרווחה והן בקופת־חולים העובדים מקיימים קשר תכוף יותר עם הקשישים מאשר בלשכת הבריאות. בשני ארגונים אלה, המטפלים נמצאים בקשר עם הקשישים לא רק לצורך הערכה ראשונית, אלא גם לצורך טיפול שוטף.

מן הנתונים עולה, שיש קשר בין תכיפות הקשר עם הקשיש ובין פרמטרים המתייחסים למצבו. בשלושת הארגונים מתקיים קשר תכוף יותר עם קשישים שרמת מוגבלותם גבוהה, או הזקוקים להשגחה (ביום או בלילה). בניגוד למצופה, העובדים אינם יוצרים קשר בתדירות גבוהה יותר עם קשישים המתגוררים בגפם, אלא קיימת נטייה דווקא להימצא בקשר תכוף עם קשישים המתגוררים עם בני זוג או עם ילדים. כמו־כן נמצא, שהן בלשכות הבריאות והן בלשכות הרווחה יש קשר תכוף יותר עם קשישים המתינים לסידור מוסדי, בהשוואה לקשישים שאינם ממתינים.

על המעקב המתבצע בבתי־החולים למדנו מתוך ראיון האחיות והעובדים הסוציאליים במחלקות השונות. נמצא, ש־60 אחוזים בערך מן המטפלים האלה עורכים מעקב לאחר שחרור הקשיש מבית־החולים; 70 אחוזים מן המטפלים מבצעים את המעקב באמצעות פנייה לעובדים המטפלים בקשיש במסגרת הקהילה או במוסדות אליהם הופנו; כמחצית מהם יוצרים גם קשר ישיר עם הקשיש או עם משפחתו.

מהשוואת הנעשה בבתי־החולים באזורים השונים עולה, שבבתי־החולים בחיפה ובתל־אביב נוהגים עובדים מעטים, יחסית, ליצור קשר עם הקשיש לאחר שחרורו. בבאר־שבע ובירושלים קיים יותר מעקב לאחר השחרור. בבאר־שבע נוהגים העובדים ליצור קשר עם המטפלים בקהילה (אחיות או עובדות סוציא־ליות) יותר מאשר במקומות האחרים, אולם הם אינם יוצרים כל קשר ישיר עם הקשיש או עם משפחתו.

ה. קשרים בין־ארגוניים

1. **מידת התיאום וטיב התיאום בין הגורמים** תיאום בין הארגונים יכול להתקיים בשתי רמות ארגוניות: ברמת המדיניות הכוללת — בין חוקים ונהלים שעל־פיהם מגדירים הארגונים השונים את אחריותם למתן הטי־פול לקשיש; וברמה של נוהלי העבודה השוטפת — בין העובדים בשטח בעת מילוי תפקידם. במסגרת מחקר זה התייחסנו לתי־אום ברמה השנייה.

עד כה התייחסנו לבעיית התיאום במס־גרת ניתוח הבעיות שדיווחו עליהן העובדים בכל אחד משלבי התהליך של ניהול הטיפול. כאן נעשה ניסיון לראות את התמונה הכו־ללת יותר.

תיאום בין הארגונים בתוך מערכת השי־רותים נחוץ מסיבות רבות: ראשית — לצורך ההערכה, במיוחד בלשכות הרווחה, התלויות במידע מארגוני הבריאות לצורך הערכה רפואית־תפקודית; שנית — על־מנת להב־טיח שקשיש האמור לקבל שירותים מאר־גונים שונים אכן יקבלם; שלישית — כדי לשמור על רצף הטיפול בקשישים, אשר עקב שינוי במצבם הרפואי־התפקודי ובמצב הבריאות שלהם מועברים מארגון אחד למשנהו.

כדי להבין מה מידת התיאום בין העובדים בארגונים השונים נשאלו העובדים באיזו תדירות הם מקיימים קשר עם ארגונים אחרים, ומה טיבו של קשר זה. הקשר עשוי להתבטא בהחלפת מידע על קשישים ספצי־פיים, לרבות דיווח על מעקב, או במפגשים קבועים לצורך תיאום פעולות באופן כללי.

במשך השנים התהיגו הארגונים השונים מסגרות שונות של קשר ביניהן. אחת המס־גרות הנפוצות היא הביקור הסדיר, שעורכות העובדות הסוציאליות במרפאות קופת־חולים, המטפלות בקשישים שבאזורן. מסגרת נוספת לקשר היא ישיבות קבועות, הנערכות בבית־החולים בהשתתפות אחות קופת־חולים, המקבלת מן הצוות המטפל בקשיש המשתחרר מסמכים, בקשות והמלצות להמ־שך טיפול בקהילה.

רוב העובדים בארבעת הגורמים המטפלים (לשכת הבריאות, לשכת הרווחה, בתי־חולים והיחידה להמשך טיפול של קופת־חולים, המקבלת מן הצוות המטפל בקשיש לעתים תכופות. יוצא מכלל זה הוא הקשר של העובדים בבתי־החולים עם לשכת הרווחה. תדירותו הנמוכה של קשר זה נו־בעת, כנראה, מהעדר קשר בין האחיות לעובדי הלשכה. העובדים דיווחו גם על קשרים עם גופים נוספים הנותנים שירותים לקשישים, כגון מוסדות שיקום, בתי־חולים של יום, מועדונים, תחנה לבריאות הנפש, התחנה לבריאות המשפחה.

הנתונים מראים, שסוג הקשר הרווח ביותר בין כל הארגונים הוא קשר לשם החלפת מידע על קשישים ספציפיים. עובדים מעטים, יחסית, ציינו שהם מקיימים מפגשים קבועים לצורך תיאום מדיניות.

רוב העובדים ביחידות להמשך טיפול של קופת־חולים ובלשכות הרווחה דיווחו שהם מקיימים קשר עם כל הארגונים לצורך החלפת מידע. רובם ציינו שאינם מקיימים פגישות קבועות עם שום ארגון.

לעומת עובדי הגורמים האחרים, רוב עובדי לשכת הבריאות דיווחו על פגישות קבועות עם עובדי בתי־חולים כלליים, קופת־חולים ומוסדות שיקום. ניתן ללמד מכך, שבלשכת הבריאות נהוג לקיים פגישות קבועות עם ארגוני בריאות אחרים. ממצא זה תואם את דיווחי העובדים בלשכת הבריאות על הדרך לאתר קשישים באמצעות פעולות הסברה ופגישות עם ארגוני בריאות.

להלן מוצגים ההבדלים הבולטים ביותר בתכיפות הקשר בין הארגונים השונים בכל האזורים, וכן ההבדלים בסוג הקשר. הקשרים בין הגופים השונים קיימים עקב נהגים הרווחים בכל אחד מהם, והם גם מושפעים מן המאפיינים שהם ייחודיים לאיזור פעולתם.

לשכת הבריאות. צוותי לשכת הבריאות בירושלים ובבאר־שבע דיווחו על קשר תכוף יותר עם בתי־החולים הכלליים מאשר צוותי לשכת הבריאות בתל־אביב ובחיפה. בכל האזורים, פרט לתל־אביב, מקיימים עובדי לשכת הבריאות פגישות קבועות עם עובדי בתי־החולים. באשר לקשר בין לשכת הבריאות ובין לשכות הרווחה, נמצא, שלא כמו באזורים האחרים, שעובדי הלשכה בחיפה אינם מקיימים פגישות קבועות ביניהם אלא נפגשים רק לפי הצורך. ההבדל בתכיפות הקשרים בין לשכות הבריאות לתחנה לבריאות הנפש בולט למדי: בירושלים ובבאר־שבע דיווחו עובדי לשכת הבריאות על קשר תכוף ביותר עם התחנה, ואילו בתל־אביב ציינו העובדים שהם מקיימים עמה קשר רק לעתים רחוקות, ובחיפה — שהם אינם מקיימים כל קשר עם התחנה.

לשכות הרווחה. תדירות הקשר בין לשכות הרווחה ובין לשכת הבריאות בחיפה נמוכה מזו שביתר האזורים. אולם עובדי לשכות הרווחה בחיפה דיווחו על קשר תכוף ביותר עם התחנה לבריאות המשפחה ואף על פגישות קבועות עם עובדיה — דבר שלא צוין בשום מקום אחר. גם בבאר־שבע מקיימים עובדי לשכת הרווחה קשר תכוף למדי עם התחנה, אולם לא פגישות קבועות. מרבית עובדי הרווחה בכל המקומות, פרט לירושלים, נוהגים לקיים קשר תכוף עם ארגוני התנדבות. עובדי לשכות הרווחה בירושלים, בחיפה ובתל־אביב מקיימים פגישות קבועות עם עובדי קופת־חולים. ממצא זה תואם את הדיווח על השתתפות בצוותי ההערכה בשלוש הערים, הכוללים עובדים סוציאליים ואחיות מקופת־חולים.

היחידות להמשך טיפול של קופת־חולים. נמצא, שדפוסי הקשרים בין היחידות ובין הארגונים השונים דומים בכל האזורים. יוצא דופן הוא הקשר בין היחידות ובין התחנה לבריאות הנפש. בחיפה, שלא כמו באזורים אחרים, ציינו רוב העובדים שאין להם כל קשר עם התחנה. הקשר התכוף ביותר בין היחידה לתחנה נמצא בבאר־שבע. בירושלים ובבאר־שבע מקיימים עובדי היחידות קשר עם לשכות הרווחה, אך אינם נפגשים עם עובדיהן באופן קבוע. עובדי היחידה בתל־אביב (בעיקר היחידה ביפו) ובחיפה, לעומת זאת, מקיימים פגישות קבועות הן עם עובדי לשכות הרווחה והן עם עובדי בתי־החולים.

בדפוסי הקשרים בבתי־חולים לא נמצאו הבדלים בולטים.

2. בעיות בתיאום

העדר תיאום בין עובדי הארגונים השונים המטפלים בקשיש נובע מבעיות שונות. הבעיות חולקו לשתי קבוצות: א. בעיות בתחום המדיניות, למשל: העדר מדיניות ונוהלים מוגדרים, בעיות בחלוקת האחריות למתן הטיפול לקשיש; ב. בעיות במסגרת העבודה השוטפת, למשל: העדר תקציבים

לוח 9. שיעור הנשאלים שציינו בעיות בתיאום שירותים, לפי הגורם המטפל

הבעיות	הגורם המטפל				היחידות
	כללי	לשכת בריאות	לשכות הרווחה	בתי-חולים	להמשך טיפול
אין בעיות	8	0	10	7	11
1. בעיות בחלוקת האחריות לטיפול	50	50	65	36	50
2. לפעמים אין ארגון שלוקח על עצמו את האחריות למתן השירותים הדרושים לקשישים	35	40	30	36	50
3. חוסר תיאום לצורך קביעת מדיניות לפיתוח שירותים לקשישים, השגת תקציבים	41	50	40	39	44
4. נהלים מסובכים ושאר בעיות ביורוקרטיות	70	40	65	81	50
5. ליקויים בהעברת מידע על שירותים שקשישים מקבלים מארגונים אחרים	31	20	28	37	17

ומחסור בכוח-אדם המונעים, בין השאר, הצבת אחיות-קישור מקופת-חולים או עובדת סוציאלית מהלשכה בבתי-החולים ואינם מאפשרים קיום פגישות קבועות לצורך תיאום מדיניות; העדר יוזמה מצד העובדים ליצור קשר עם עובדים בארגונים אחרים; ליקויים בהעברת מידע על השירותים הניתנים בארגונים אלה; ועומס הנובע ממילוי טפסים ומהעברת ניירת.

העובדים נתבקשו לציין אילו בעיות מפריעות לתיאום עם הארגונים. נושא זה סוכם בלוח 9.

כמעט כל העובדים דיווחו על בעיות בתיאום.

שיעור גבוה של העובדים בלשכות הרווחה (65 אחוזים) הדגישו בעיקר בעיות בחלוקת האחריות לטיפול. בעיות אלה יכולות לנבוע מתהליך הסיווג ובדיקת הזכאות, אשר הקריטריונים המנחים את ביצועו אינם חד-משמעיים, כפי שמשתקף מן הנתונים שהוצגו קודם. עקב כך יש שהקשיש מיטלטל בין כמה וכמה גופים, שאינם רואים את עצמם מחויבים לספק לו שירותים. בבתי-החולים הצביעו 81 אחוזים מן העובדים על נהלים מסורבלים ושאר בעיות ביורוקרטיות. דבר זה היה צפוי, שכן בתי-החולים הם נקודת מעבר שממנה הקשישים מופנים להמשך הטיפול בקהילה או למיסוד, וההפניה כרוכה במילוי טפסים, העברת ניירת וכו'.

בלשכות הבריאות 40% מהעובדים טענו, שלפעמים אין ארגון הלוקח על עצמו את האחריות למתן השירותים לקשישים ושיש ליקויים בהעברת המידע על השירותים שמקבלים הקשישים מארגונים אחרים. 50% ציינו, שאין תיאום במערכת לצורך קביעת מדיניות לפיתוח שירותים.

בבעיות התיאום בין עובדי בתי-החולים באזורים השונים לא נמצאו הבדלים בולטים.

לעומת זאת, נמצאו הבדלים בדיווח על בעיות בין עובדי רווחה באזורים שונים. נמצא, שבלשכת הרווחה בחיפה שיעור העובדים שדיווחו על בעיות בחלוקת האחריות על טיפול בקשיש גבוה יותר מאשר בקרב עובדי הרווחה באזורים אחרים. 55 אחוזים מן העובדים גם הצביעו על כך שלפעמים אין ארגון שייקח על עצמו את האחריות למתן השירותים הדרושים לקשישים. שיעור העובדים בחיפה שהצביעו על בעיות בהעברת מידע על השירותים שהקשישים מקבלים מארגונים אחרים גדול פי־שניים מזה שבלשכות אחרות, ופי־שלושה מזה שבבאר־שבע. תופעה זו מעניינת, כיוון שדווקא עובדי הרווחה בחיפה משתתפים במידה רבה יותר בצוותי הערכה, והם דיווחו על קשרים הדוקים עם שאר הארגונים. מכאן אנו למדים, שעצם קיומם של קשרים בין ארגונים אינו מונע בהכרח בעיות של תיאום. אך מצד שני ייתכן, שדווקא הניסיון לבנות תוכניות טיפול כוללניות בשיתוף עם ארגונים אחרים מבליט את הבעיות הנובעות מן הפיצול במערכת, ולכן מדווחים על יותר בעיות.

3. **המלצות לשיפור התיאום בין הארגונים**

העובדים נתבקשו להמליץ על דרכים לשיפור התיאום בינם ובין העובדים במוסדות אחרים באיזורם. ההמלצות, שניתנו כתשובה על שאלה פתוחה, חולקו לשלוש קבוצות עיקריות:

1. המלצות הקשורות לשינוי מבנה המערכת: הקמת גוף אחד שירכז את הטיפול בכל הקשישים בכל הרמות;
2. המלצות לביסוס נהלים קיימים מבלי לשנות את מבנה המערכת: ישיבות משותפות של הגופים המטפלים, הפעלת אנשי קשר בין הארגונים.
3. המלצות לשיפור דרכי העברת המידע והגברת הידע והמודעות, לצורך שיפור איכות העבודה.

הממצאים מובאים בלוח 10.

שיעור לא מבוטל של העובדים בכל הגופים המטפלים סבורים, שריכוז הטיפול בידי גורם אחד הוא הפתרון הרצוי לבעיית התיאום. אולם הרוב, בין 50 ל־85 אחוזים סבורים שהפתרון הוא בחיזוק הקשרים בין הארגונים בדרך של קיום ישיבות תכופות וסדירות של בעלי המקצועות השונים המועסקים בגופים השונים. הישיבות נחוצות הן לצורך תיאום הפעולות באופן כללי והן לשם דיון במקרים ספציפיים. העובדים ממליצים על עבודת צוות רב־מקצועי כעל דרך עבודה יעילה. רק שיעור קטן של העובדים בכל המוסדות המליצו על הרחבת הידע והגדלת המודעות באמצעות ימי עיון והשתלמויות.

לוח 10. שיעורי העובדים בכל גורם מטפל, לפי סוגי ההמלצה

המלצה	הגורם המטפל			
	לשכת הבריאות	לשכות הרווחה	בתי־חולים	היחידות להמשך טיפול
אין המלצות	10	24	25	11
גוף יחיד מטפל	30	8	7	11
חיזוק הקשר הקיים	80	52	56	83
הגברת המידע	0	4	7	5

לוח 11. שיעור העובדים בכל איזור, לפי סוג ההמלצה

	כללי	ירושלים	תל־אביב	באר־שבע	חיפה
גוף יחיד מטפל	23	29	15	33	20
חיזוק הקשר הקיים	68	67	65	67	73
שיפור העברת המידע	9	4	20	0	7

לוח 11 מציג את אחוז העובדים לפי סוג ההמלצה בכל איזור.

כפי שמראה הלוח, שיעור העובדים בתל־אביב שהמליצו על שיפור בהעברת המידע גבוה בהרבה מזה שבמקומות האחרים. שליש מן העובדים בבאר־שבע המליצו על ריכוז הטיפול בקשישים בידי גוף אחד. שני־שלישים מן העובדים בכל האזורים המליצו על חיזוק הקשרים הקיימים בין הארגונים.

ו. דיון

סוגיה מרכזית שנדונה בדו"ח היא הדמיון והשוני בתפיסות הטיפוליות ובדרכי הפעולה של העובדים. יש לציין, שהבדלים בין העובדים בביצוע הטיפול ועשויים לנבוע מלחץ זמן ומעומס עבודה, ולאו דווקא מתפיסות טיפוליות שונות. לדוגמה, העובדים מחזיקים בתפיסות שונות על תפקיד המשפחה בכל שלבי ניהול הטיפול. יש עובדים המספקים שירותים לקשישים שמשפחותיהם יכולות אך אינן מוכנות לספקם, ואילו עובדים אחרים נמנעים מהספקת שירותים במקרים אלה. נמצא הבדל גם במידת ההתייעצות של העובדים עם המשפחות. הבדלים אלה מצביעים על כך שעדיין אין גישה אחידה בנוגע לתפקיד המשפחה בכל שלבי ניהול הטיפול בקשיש. יחד עם זאת, כמעט כל העובדים ציינו שבשלב תהליך ההערכה הם מבררים מה מידת יכולתה ונכונותה של המשפחה לסייע לטיפול בקשיש ומגסים, במקרה הצורך, לעודד את נכונותה.

נמצאו הבדלים גם בשיטות ההערכה המיושמות בכל אחד מן הגורמים. בלשכת הבריאות ובבתי־החולים מבוצעת ההערכה הכוללת של מצב הקשישים במסגרת צוותים רב־מקצועיים, אשר המשתתפים בהם שייכים לאותו ארגון. לעומת זאת, בלשכות הרווחה וקופת־חולים יש צורך בשיתוף עם ארגונים אחרים כדי לבצע הערכה רב־מקצועית. נמצא, ששני־שלישים מן העובדים הסוציאליים בלשכות הרווחה מבצעים הערכות במסגרת של צוות רב־מקצועי ובין־ארגוני לפחות לגבי חלק מן הקשישים שבטיפולם. גם במקומות שבהם לא קיים צוות כזה יש הסכמה בדבר הערך הרב־שיש להערכה הנעשית במסגרת כזו. ערכה של פעילות סדירה יותר של מסגרת רב־מקצועית הוא גם בכך שהיא עשויה להפחית את מספר בעיות התיאום המתעוררות בכל שלבי הטיפול, בפרט כאשר הצוות מורכב מעובדי ארגונים שונים.

סוגיה נוספת שנבדקה היא איכות השירותים הקהילתיים בעיני העובדים. כאן מצאנו מידה רבה של חוסר שביעות רצון. לצד תלונות רבות על תקציבים בלתי מספיקים ובעיות בגיוס כוח־אדם, נתקבלו תלונות רבות גם על בעיות בתהליכי ארגון השירותים המתבטאות, בין היתר, בעיכוב אספקתם. הדבר מצריך בדיקה מעמיקה יותר של כמה מן השירותים הקיימים.

ההבדלים בין התפיסות הטיפוליות ודרכי הביצוע של העובדים עשויים לשמש נקודת מוצא טובה להדרכת עובדי השדה, לצורך מימוש אחיד יותר של מדיניות מתן השירו־

תים לקשיש לא רק בתוך אותו ארגון, אלא גם במסגרת בין־ארגונית רחבה יותר.

לסיום, ברצוננו לתאר בקווים כלליים את מסכת הקשרים הבין־ארגוניים. המערכת מורכבת מיחידות שונות, שפעולתן מושפעת ממדיניות הגוף שהן משתייכות אליו (לשכת הבריאות, לשכות הרווחה, קופת־חולים, בתי־חולים) מחד גיסא, ומגורמים המאפיינים את האיזור שהן פועלות בו, מאידך גיסא.

שאלה מרכזית היא, כיצד תופסים הארגונים השונים את אחריותם כלפי הקשיש וכיצד מתבטאת תפיסתם הלכה למעשה. כיום יכולים הקשישים לקבל שירותים מכמה ארגונים, הפועלים במסגרת של הלוקה ברורה ומוסכמת של הסדרי המימון. יחד עם זאת, הפיצול באחריות מחייב העברת הקשיש מארגון אחד למשנהו, כאשר חל שינוי במצבו. בהעדר תיאום מלא, אין המשכיות ברצף הטיפול בעת המעבר. מה שמקשה על כך עוד יותר היא העובדה, שהקריטריונים לסיווגו של הקשיש, שעל־פיהם נקבעת האחריות הארגונית, אף הם אינם ברורים וחד־משמעיים. במקרים אחדים, בעיקר במקרי גבול, לא ברור איזה ארגון אחראי לטיפול בקשיש.

נמצא, שהעובדים רואים את עצמם אחראים לטיפול בקשיש גם מעבר למסגרת השירותים הניתנים בארגון שהם עובדים בו. העובדים בקופת־חולים, בלשכות הרווחה ובבתי־החולים מבצעים הערכה כוללת של צורכי הקשישים, והם גם ממליצים על שירותים שהם אינם מספקים או אינם מממנים, על־מנת לתת מענה מקיף לצורכיהם. כמו כן הם עושים מעקב על שירותים שמספקים ארגונים אחרים.

לכאורה, הנכונות לקבל אחריות רחבה והגישה המקיפה להערכת הקשיש, המאפיינות את רוב הארגונים, הן המפתח להבטחת טיפול הולם בקשיש. אולם, בניגוד להסכמים בתחום המימון, כאן אין חלוקת עבודה ברורה בין הארגונים, והדבר עלול לגרום התנגשות או כפילויות. הוא עשוי גם להביא לכך, שעובדים יסתמכו יתר על המידה על אחריותם של עובדים אחרים, וכתוצאה מכך ימצא עצמו הקשיש "נופל בין הכיסאות" — כלומר, לא יקבל כל טיפול שהוא.

מורכבות הקשר בין המערכות נובעת מכך, שהגורמים השונים תלויים אלה באלה לצורך ביצוע ההערכה ומימוש תוכניות הטיפול. לדוגמה, העובדים הסוציאליים בלשכת הרווחה תלויים באחיות העובדות בארגונים אחרים לצורך ביצוע הערכות תפקודיות. יתר על כן, בתקנות לשכת הרווחה מומלץ לבצע את ההערכה במסגרת צוות רב־מקצועי שיתכנס לשם כך, והכוונה היא שאחות מאחד מארגוני הבריאות תשתתף בצוות ההערכה של הלשכה. כך גם ביחידות להמשך טיפול או במרפאות קופת־חולים, שאינן מעסיקות סגל של עובדים סוציאליים היכול לענות על כל צורכי המטופלים בתחום ההערכה המעקב, ולפיכך הן נזקקות להסדרי סיוע עם עובדי לשכות הרווחה. דוגמה נוספת היא התלות של עובדי בתי־החולים בגורמים קהילתיים או מוסדיים, שכן מעצם תפקידם במערכת הם חייבים להעביר את הטיפול בקשיש המשתחרר מבית־החולים לגורמים אלה. נוסף על זאת כל הארגונים תלויים, כמובן, בארגונים אחרים לצורך אישור המלצותיהם למתן שירותים שאינם בתחום מימונם.

יוצא איפוא, ששום ארגון אינו יכול לממש את אחריותו באופן עצמאי במסגרת מערכת המנוהלת על בסיס של אחריות כוללת. תפקודה היעיל של מערכת כזו מחייב מידה רבה במיוחד של תיאום בין הארגונים השונים הפועלים בה.

הבעיות הנוצרות במסכת הקשרים הקיימים מתבטאות, בין היתר, בדיווחים על קשיים שונים הניצבים בפני החלפת המידע בין הארגונים. שני־שלישים מן העובדים דיווחו על בעיות בהחלפת מידע. יחד עם זאת, העובדה ששליש מן העובדים לא דיווחו על בעיות כאלה מעידה על יכולתם של חלק מן העובדים ליצור בעצמם את ההסדרים

המתאימים עם יתר הארגונים. כמו־כן דיווחו כמחצית מן העובדים על בעיות בחלוקת האחריות בטיפול (במקומות אחדים היה השיעור גבוה יותר, למשל: 80 אחוזים בקרב עובדי לשכות הרווחה בחיפה ו־100 אחוזים — ביחידה להמשך טיפול של קופת־חולים בבאר־שבע), 70 אחוזים דיווחו על הליכי ארגון מסורבלים.

למרות הקשיים נמצא, שלמעשה קיימת מידה רבה של תיאום בין הארגונים השונים, אולם תיאום זה מותנה בעיקר ביוזמתם של העובדים בשדה והוא אינו מעוגן בהסדרים רשמיים. עובדה זו עשויה אולי, להסביר את השוני הרב הן בהיקפם והן במהותם של הקשרים שמקיימים עובדים שונים וארגונים באזורים שונים עם ארגונים אחרים. בהקשר זה ציינו עובדים רבים את הצורך למסד ולחזק את הקשרים הבין־ארגוניים.

חלק מן העובדים ממליצים על איחוד מלא של זכאויות הארגונים המספקים שירותים. אין ספק, שכל צמצום של הפיצול הקיים יפשט את התהליכים הארגוניים, אך ההמלצה העיקרית של העובדים היתה לחזק את מנגנוני התיאום הקיימים, תוך מיסוד הצוותים הרב־מקצועיים המבוניים מאחות קופת־חולים ועובדת סוציאלית מלשכות הרווחה, העובדת בתיאום עם אחיות בריאות הציבור (בהתאם לאופי האיזור). כפי שהצביעו הנתונים בדו"ח, הסדר זה כבר מתבצע על־ידי חלק מן העובדים בכמה אזורים. למעשה, כבר נצבר ניסיון רב, היכול לעזור במימוש המלצה זו.

ביבליוגרפיה

דו"ח הוועדה להצעת עקרונות לחוק ביטוח סיעוד בראשות פרופ' מן, ירושלים, 1983.

חביב, ג', פקטור, ח', נאון, ד', ברודסקי ג', דולב, ט', הלימות הטיפול בקשישים המקבלים שירותים בקהילה ובקשישים הממתינים למיסוד, מכון ברוקדייל לגרנטולוגיה והתפתחות אדם וחברה בישראל, ירושלים, 1986 (טרם נדפס).

מורגנשטיין, ב', שמאי, נ', כהן ש', "מגמות בתכנון ובהפעלת חוג ביטוח סיעודי", בטחון סוציאלי מס' 24 (1983), עמ' 77—99.

פקטור, ח', גוטמן, מ', שמואלי, ע', מיפוי מערך השירותים לטיפול ממושך לקשישים בישראל, מכון ברוקדייל לגרנטולוגיה והתפתחות אדם וחברה בישראל, ירושלים, 1982.

Aiken, M. *et al.*, *Coordinating Home Services,* Jossey Bass, San Francisco, 1975.

Andrus Gerontology Center, *Staffing Patterns in Case Coordination Programs: Choice and Consequence: A Working Paper,* University of California, Los Angeles.

Baxter, R. *et al.*, *The Planning and Implementation of Chanelling: Early Experiences or the National Long Term Care Demonstration,* Mathematica Policy Research, Princeton, New Jersey, 1983.

Beatrice, D., *Care Management: A Policy Option for LTC,* University Health Policy Consortium, Brandeis University, 1979.

Brody, S., *Planning for the Long Term Support/Care System: The Array of Services to be Considered,* Department of Physical Medicine and Rehabilitation Medical Center, University of Pennsylvania, 1979.

Callahan, S. & S. Wallack, *Reforming the Long Term Care System,* University Health Policy Consortium, Lexington Books, Massachusetts, 1981.

Daatland, S., "Use of Public Services for the Aged and the Role of the Family". *The Gerontologist* 23 (1983, pp. 650-656.

Dewar, A., R. DiTomara, N. Hage & G. Ziets, *Coordinating Human Services,* Jossey Bass, San Francisco, 1975.

Doherty, N. *et al., The Triage Experiment: Overcoming Organizational and Financial Barriers to Care for the Elderly*, Hartford Connecticut, 1980.

East Cleveland Community Human Services Center, *A Strategy for Services Integration*, Cleveland, Ohio, 1974.

Eggart, G. *et al.*, "Gaining Control of the LTC System: First Returns from the ACCESS Experiment", *The Gerontologist* 20 (1980), pp. 356-363.

Goodman, C., *Case Management Model Project Evaluation*, Department of Social Work, California State University of Long Beach, 1981.

Gottesman, L., *Possible Case Management Activities of a Channeling Agency*, Philadelphia Geriatric Center, 1980.

Greenberg, J. & R. Fine, "Issues in Evaluating the Cost of Services to the Elderly", in: D. Mangen & B. Peterson (eds.), *Handbook of Research Instruments in Adult Development and Aging*, Academic Books, New York, 1982.

Greenberg, J./Roth, D. Johnson A. & C. Austin, *A Comprehensive Study of L.T.C. Demonstration Projects: Lessons for Future Inquiry*, Center for Health Services Research, University of Minnesota, 1980.

Habib, J. & J. Rojas-Pakes, *The Role of Case Management in the LTC System: Introductory Remarks*, Brookdale Institute of Gerontology, Jerusalem, 1982.

John, D., "Managing the Human Service System: What Have We Learned From Service Integration?" *Human Services Monograph Series*, 4, 1974.

Kane, R., *Interprofessional Teamwork*, Manpower Monograph No. 8, University of Utah, Provo, Utah, 1975.

Kutz, E., *Eligibility Considerations in the Provision of Long-Term Services*, Univesitry of Chicago, Chicago 1979.

Leutz, W. *et al., Changing Health Care for an Aging Society*, Planning for the Social Health Maintenance Organization, Brandeis University Health Policy Center. Lexington Books, Massachusetts, 1985.

Maddox, G. L. & Karsik, R. B. (eds.), "Planning Services for Older Persons; Translating National Objectives into Effective Programs", Proceedings of a Workshop held at Duke University, 1976.

Marshall, K. *et al.*, "Integration of Human Services", in: *HEW: An Evaluation of Services Integration Projects* 1. HEW Social and Rehabilitation Service, Washington, D.C., 1972.

Mittenthal, S., *Human Services Development Programs in Sixteen Allied Services (SITO) Projects*, Human Ecology Institute, Wellesley, Massachusetts, 1975.

Morris, R. & I. Lescher, "Service Integration: Real versus Illusory Solutions to Welfare Dilemmas", Paper prepared for conference on Service Delivery in Human Service Organizations, 1977.

Mueller, J. & M. Hopp, *Case Management Services for the Mentally Disabled: A Study of Cost Effectiveness and Barriers to Service Delivery*, Cornell University, 1979.

Price, L. & L. Rips, *Third Year Evaluation of the Monroe Country LTC Program*, Department of Social Services, New York, 1981.

Quin, J., *Triage II: Coordinated Delivery of Services to the Elderly*, Executive Summary, Department of Health and Human Services, Connecticut, 1982.

Rojas-Pakes, J., *Assessment for Long-Term Care: A Review of Selected Instruments*, Brookdale Institute of Gerontology, Jerusalem, 1981.

Sager, A., *Learning the Home Care Needs of the Elderly*, Levinson Policy Institute, The Florence Heller School for Advanced Studies in Social Welfare, Brandeis University, Boston, 1980.

Sherwood, S., J. Morris & E. Bernhart, "Developing a System for Assigning into an Appropriate Residential Setting", *Journal of Gerontology* 30 (1975), pp. 331-342.

Steinberg, R. & G. Carter, *Case Management and the Elderly*, Lexington Books, 1983.

Willemain, T., "Beyond the GAO Cleveland Study : Unit Selection for Home Care Services", Discussion Paper, University Health Policy Consortium, Brandeis University, 1979.

Wing, J. K., Cooper, J. E. & Sartorius, N., *Measurement and Classification of Psychiatric Symptoms*, Cambridge University Press, London, 1974.

Young, A. *et al.*, *Client Tracking/Case Management System Alternatives*, Report for the National LTC Cannelling Demonstration Project, 1981.

Zawadski, R., *On-Lok Senior Health Services : Toward a Continuum of Care*, On-Lok Senior Health Services, San Francisco, 1979.

ג'וינט ישראל
מכון ברוקדייל לגרונטולוגיה
והתפתחות אדם וחברה בישראל

JOINT (J.D.C.) ISRAEL
BROOKDALE INSTITUTE OF GERONTOLOGY
AND ADULT HUMAN DEVELOPMENT IN ISRAEL

THE ORGANIZATION OF LONG-TERM CARE SERVICES IN ISRAEL: AN EVALUATION

reprint series

Jenny Brodsky
Jack Habib
Marc A. Cohen
Tamara Haron

R-48-88

J.D.C. HILL, P.O.B. 13087, JERUSALEM ○ ירושלים, 13087 .ד.ת ,גבעת-ג'וינט

THE INSTITUTE

is a national center devoted to research, experimentation and education in gerontology and adult human development. It was founded and is funded by the American Jewish Joint Distribution Committee (AJDC) with the assistance of the Brookdale Foundation and the support of the Government of the State of Israel. Its research is policy- and program-oriented, interdisciplinary and, primarily, of an applied nature.

The Institute tries to identify socially relevant problems and to recommend alternative solutions to problems of the health and social services and policies. It attempts to bring together academic and governmental experts and other public officials and citizens in order to link research findings with their implementation.

מכון ברוקדייל: הספריה

את הספר יש להחזיר עד

תאריך	תאריך	תאריך
		18 אוג' 1989

THE ORGANIZATION OF LONG-TERM CARE SERVICES IN ISRAEL: AN EVALUATION

Jenny Brodsky
Jack Habib
Marc A. Cohen
Tamara Haron

Reprint from: Social Security, No. 30, June 1987

R-48-88

ISSN 0334-9128

Abstract

The long-term care system in Israel encompasses a diversity of service providers, funding sources, eligibility criteria, and types of services. In recent years, much gerontological research has been directed towards the organizational structure of LTC services. This results from a recognition of the fact that the care of the elderly is not determined only by their needs, but also by the system's organizational and administrative structure.

Following the implementation of the new Nursing Care Insurance Law, Israel is today facing far-reaching changes in the allocation of resources to home care services. This law allows for far-reaching changes in the system's organizational structure as well. The study, funded by the National Insurance Institute, is part of an attempt to prepare an information base for the planning of these changes.

The study examines case management techniques employed by field staff dealing with disabled elderly, based on staff interviews and on an examination of client files. It was conducted in four cities - Jerusalem, Tel Aviv, Haifa, and Beersheba, and covered the activities of Social Service Offices, Health Offices, Kupat Holim Continuing Care Units, and hospitals.

In the professional care areas - medical, nursing, and social care - there is a clear division of responsibility between these four organizations. However, there are many problems regarding the allocation of responsibility and service delivery arrangements in the realm of non-professional care.

Although the organizations function within a clearly defined division of financial responsibility, based on the type of service and

the functional status of the elderly client, there is a need to transfer clients among organizations when there are changes in their condition. If coordination is inadequate, this transfer is detrimental to the continuity of care. Further, the classification criteria that determine organizational responsiblity are not clear-cut.

In spite of these divisions, the staff perceive themselves as responsible for caring for the elderly over and above the services provided by their own organization, particularly social services and Kupat Holim workers. However, this overall responsibility is not anchored in an agreement accepted by the whole system, and this leads to conflicts of interest and duplication of effort. A further complexity derives from the mutual dependency of the organizations in needs assessment of the elderly and in implementation of care plans. Thus, no organization can fully carry out its responsibility independently. In order that such a system may function efficiently, a great deal of coordination is required.

Despite the problems of coordination and information transfer between organizations, a fair amount of cooperation can be found. However, this cooperation is usually the result of personal initiative and goodwill, and is not anchored in official agreements.

When the field staff were asked to offer recommendations for organizational improvements, some recommended a complete amalgamation of all services. The main recommendation, however, was to enhance coordination by establishing interorganizational multiprofessional teams. Such an arrangement was developed as a follow-up to the study and is now being nationally implemented.