

דו"ח קו לעובד: הסיכונים לבריאותן של מהגרות עבודה בענף הסיעוד

עו"ד דיאנה בארון, ד"ר אירית פורת¹

תודה מיוחדת לקרין גלקו וגליה רוזן, סטודנטיות בקורס קידום שוויון בבריאות, מחזור תשפ"ג, בהנחיית פרופ' רחלי ווילף מרון ומרב פרקש סעד מבית הספר לבריאות הציבור, הפקולטה למדעי הרפואה והבריאות באוני' תל אביב, על תרומתן לסקירה הספרותית, לבניית השאלון וביצוע הראיונות, ותודה לתוכנית מתחברים פלוס של יחידת האימפקט; תודה לעו"ד מיטל רוסי, סמנכ"לית קו לעובד שניהלה את מחלקת עובדות הסיעוד משך שנים רבות על תרומתה לדוח; תודה לעו"ד מרינה פוליובסקי מנהלת מחלקת סיעוד לשעבר על הסיוע בבניית השאלון והתרגום לרוסית; ותודה מיוחדת למתנדבות/ים מחלקת הסיעוד אשר פועלות במסירות אין קץ משך שנים ארוכות לסיוע לכל עובדת ועובד סיעוד שפונים בבקשה לעזרה.

הקדמה

עמותת קו לעובד הוקמה לפני למעלה מ-30 שנה כדי לתת סיוע פרטני לאוכלוסיות בפריפריה החברתית-כלכלית ועל מנת להאיר זרקור על בעיות רוחביות שעולות מהעבודה הפרטנית בשוק העבודה השניוני לרבות בענפי עבודה שנסמכים בעיקר על הגירת עבודה. לאורך השנים קו לעובד הפך לכתובת כמעט יחידה לעובדים ועובדות שאינם ישראלים במיציא זכויות בשוק העבודה, והעמותה ניצבת פעמים רבות בצומת שבין דיני העבודה ודיני ההגירה בשאלות פרטניות ועקרוניות.

מיום הקמתה העמותה טיפלה ברבבות מהגרות עבודה שעבדו ועובדות בישראל כמטפלות בענף הסיעוד הביתי². במחלקת הסיעוד פועלים ופועלות כ-15 מתנדבות ומתנדבים מסורות, אשר מזה שנים רבות משקיעות את מרצן ויכולותיהן בסיוע פרטני לעובדות מתוך היכרות עמוקה עם התקנות, החוקים והמצב המיוחד של ההעסקה יוצאת הדופן בבית המטופל. מרבית העובדות פונות כדי להתייעץ, לקבל סיוע במימוש זכויותיהן מול מעסיקיהן ובני משפחותיהם, רשות האוכלוסין וההגירה, המוסד לביטוח לאומי וכן לשכות פרטיות וחברות כוח אדם לסיעוד, גופים פרטיים המעורבים בהעסקתן. הפניות נעשות במספר דרכים לרבות: באמצעות מילוי טופס מקוון; WhatsApp; שיחות הן למנהלת המחלקה והן באופן ישיר למתנדבות³; באמצעות פנייה ל"קו החם"; דרך מדיה חברתית⁴; או בהגעה למשרד. מטבע הדברים, לאורך השנים הבחנו שבמקרים רבים העובדות מגיעות אלינו לאחר שחלה הידרדרות בבריאותן, ובשלבם מתקדמים של מחלות, לרבות מחלות קשות כמו סרטן.

עמותת קו לעובד אינה מתמחה במיציא זכויות רפואיות/במתן סיוע רפואי, אלא שמתוך ההיכרות שלנו את תנאי העבודה הקשים של עובדות הסיעוד (שחלקם יפורטו בהמשך דו"ח זה) ומכיוון שפעמים רבות קו לעובד נחשב עבורן כמקום בטוח שיש בו מענה לשאלות שחורגות מדיני העבודה, המחלקה מסייעת להן לעתים גם במיציא זכויותיהן הרפואיות. מניסיוננו, ישנה ייחודיות במקרים של מהגרות עבודה חולות במחלות קשות בכל הנוגע לשלב בו נעשית הפנייה למערך הרפואי ואלינו: מדובר בשלב מתקדם של המחלה, בין היתר בשל קשיים ביורוקרטיים, חוסר מודעות לבדיקות לגילוי מוקדם, קשיי תקשורת או חוסר זמינות העובדת נוכח תלותה במעסיק (ושלו בה).

¹ הכותבות עובדות בעמותת קו לעובד כמנהלת מחלקת מדיניות ציבורית ומחקר וכמנהלת מחלקת סיעוד בהתאמה.
² מכיוון שלמעלה מ-80% מהעובדים בענף הן עובדות, הדו"ח יעשה שימוש בלשון נקבה בבואו לדבר על עובדות ועובדי סיעוד.
ראו: לוח 12, רשות האוכלוסין וההגירה, [נתוני זרים בישראל](#), מהדורה מסכמת לשנת 2023, מרץ 2024.
³ מספרי הטלפון של מתנדבות נפוצות מפה לאוזן בקהילת מהגרות העבודה.
⁴ [לעמוד הפייסבוק הייעודי של קו לעובד עבור עובדות הסיעוד](#) יש 67 אלף עוקבים ועוקבות נכון לדצמבר 2024.

יצוין, כי מעסיקים של מהגרות עבודה חייבים לפי חוק לבטח את העובדת בביטוח רפואי שדומה לשירותי הבריאות של אזרחים ישראלים (אך לא שווה לו, כפי שיפורט בהמשך), אך הביטוח תלוי בקיומם של יחסי עבודה. עובדת רשאית להאריך את הביטוח בעצמה במעבר בין מעסיקים עד ל-3 חודשים בלבד. במקרה שחברת הביטוח מבינה כי מדובר בחולה במחלה קשה, היא במקרים רבים מזמנת את העובדת לבדיקה אצל רופא תעסוקתי, וככל שהרופא קובע שהעובדת אינה כשירה לעבוד מעל ל-90 ימים, היא מוכרזת כמי שאיבדה את כושר עבודתה והדבר היחיד שתוכל לקבל מחברת הביטוח הוא כרטיס טיסה חזרה לארץ מוצאה. רק אם העובדת שוהה בישראל באשרה מעל ל-10 שנים, תוכל לתבוע גם פיצוי חד פעמי שתקבל בארצה בגין אובדן כושר העבודה, בגובה כ-90 אלף ₪⁵.

אך למרות הביטוח הרפואי, חוסר המודעות של העובדות עצמן למשמעות של גילוי מוקדם, חוסר הזמינות שלהן להגיע לבדיקות סקר וחוסר ההיכרות שלהן עם מערכת הבריאות בישראל, הפער השפתי והתרבותי, ובמקרים מסוימים היעדר תמיכה של משפחת המעסיק במקרה של מחלה או במקרה של היעדרות בשל הצורך בבדיקות⁶, קושי בהזמנת תורים ובזירוזם, קשיים בניהול הטיפול מול קופות החולים וחברת הביטוח (לרבות קבלת טופס 17 ואישור המשך ביטוח), כל אלה גורמים לכך שהעובדת פונה לקו לעובד רק בשלב סופני של המחלה שאילו הייתה מתגלה מוקדם יותר או מטופלת מהר יותר, ניתן היה להאריך את חייה של העובדת החולה ואולי אף להביא לריפוי מלא.

היארעות גבוהה של פניות מסוג זה במחלקת הסיעוד בקו לעובד הביאו אותנו לצאת במחקר לפני כשנתיים בסיוע סטודנטיות מקורס קידום שוויון בבריאות בבית הספר לבריאות הציבור באוניברסיטת תל אביב. מטרת המחקר היא לחקור את תנאי העבודה וגורמי הסיכון בעבודתן של עובדות הסיעוד בענף הסיעוד הביתי באופן יותר מובנה, לצורך בחינת קיומה של קורלציה בין תנאי העסקתן לבין הדיווח העצמי שלהן על מצבן הבריאותי. כפי שיתואר בהמשך, הממצאים מטרידים, ויש הרבה מקום לשיפור הן בהיבטי המניעה והמודעות, הן בהיבטי הפיקוח התקופתי והן לעניין מבנה ההעסקה שהעובדות מועסקות בו ואשר תורם לסיכונים שהן עומדות בפניהם. כל זאת על מנת למנוע את תחלואתן של העובדות, לצמצם במידת האפשר את השפעותיה של העבודה על בריאותן של העובדות, ולאפשר להן לחזור למדינות המוצא בשלום לאחר סיום עבודתן בישראל.

מבוא

על פי הנתונים של רשות האוכלוסין וההגירה מועסקות בישראל 61,505 מטפלות שהינן מהגרות עבודה שמועסקות כחוק ועוד 15,412 מטפלות בסיעוד, שאשרתן פגה ובכל זאת נשארו בישראל⁷. העובדות מגיעות ממדינות דרום מזרח אסיה: הפיליפינים, הודו, סרי לנקה ונפאל וגם ממדינות מזרח אירופה כמו מולדובה ואוקראינה, ומאוזבקיסטן שבמרכז אסיה. מספר מועט מהן מגיע ממדינות נוספות כמו

⁵ לעניין זה נציין שעמותת קו לעובד הגישה בג"צ בבקשה להעניק לעובדות סיעוד, לכל הפחות עובדות אשר שוהות בישראל שנים ארוכות, ביטוח בריאות ממלכתי וביטוח לאומי (ראו בג"ץ 1105/06 קו לעובד נ' שר הרווחה, ניתן ביום 22/6/2014). פסק הדין הורה למדינה לשפר את שירותי הבריאות הניתנים לעובדות ולקרב אותן לשירותי הבריאות להם זכאים תושבים. בעקבות זאת התקבל ההסדר אשר מציע לעובדות אשר חולות במחלה קשה פיצוי חד פעמי.

⁶ יש לציין כי חלק מהמשפחות תומכות ומספקות משענת לעובדת החולה, אבל מכיוון שמדובר במטפלות של מטופלים סיעודיים שתלויים בעובדת וכי קשה להזמין עובדת אחרת תחת העובדת החולה, לא אחת עובדות הוכרחו להתפטר, גם במחיר של אובדן הזכות לימי מחלה בתשלום ואובדן מקום המגורים במהלך ההתמודדות עם המחלה.

⁷ לוח 5, רשות האוכלוסין וההגירה, נתוני זרים בישראל, מהדורה מס' 3, אוקטובר 2024.

רומניה וקולומביה. גיוס העובדות נעשה ברובו במסלולי גיוס פרטיים ולא מפוקחים אשר מאלצים את העובדות לשלם דמי תיווך כדי להבטיח עבורן את האפשרות לעבוד בישראל⁸.

עבודת הסיעוד כוללת עזרה בפעולות היומיום למטופלים שאינם עצמאיים בפעולות ה-ADL - Activities of Daily Living כגון רחצה והיגיינה, אכילה ושתייה, מעברים (מהמיטה וחזרה), עשיית צרכים, התלבשות והתפשטות, ניידות; וכן עזרה בפעולות ה-IADL Instrumental Activities of - IADL Daily Living לרבות: שימוש בטלפון, קניות, הכנת מזון, ביצוע מטלות הבית, כביסה, שימוש בתחבורה, אחריות על תרופות ויכולת לניהול כלכלי. עבודת הטיפול, במיוחד טיפול ארוך טווח, הינה עבודה תובענית מבחינה פיסית (הרמת המטופל, עזרה ברחצה, אכילה, עשיית צרכים, ניהול משק הבית, טיפול בשעות לילה), רגשית (חברה, עידוד, הקשבה) והתנהגותית (ניהול תוקפנות בנסיבות מסוימות, מניעת נפילות, עידוד אכילה). היא דורשת מהמטפלת, מעבר לידע בעבודת הטיפול והסיעוד מהבחינה הפיזית, גם ידע בפסיכולוגיה בזקנה, בשלות רגשית ומקצועית, סובלנות וסבלנות, אמפתיה וחמלה.

מהגרות עבודה בסיעוד הגיעו לישראל כדי לספק טיפול חיוני בקהילה לקשישים סיעודיים וכן לאנשים עם מוגבלות. במובנים רבים עבודתן מהווה הפתרון היחיד שמוצע למטופלים סיעודיים על ידי מדינת ישראל. מודל התעסוקה היחיד האפשרי נכון להיום בישראל: 24 שעות בבית המטופל, 6 ימים (לפחות) בשבוע, כשחובה על המטפלת לישון בבית המעסיק. למעשה לא ניתן היתר להעסקת מהגרות עבודה בענף אלא במתכונת של 24/6 לכל הפחות (אם כי למעשה זו מתכונת עבודה של 24/7)⁹.

על פי הספרות הקיימת, כפי שנראה בהמשך, עובדות אלו פגיעות במיוחד לפגיעה בעבודתן, עובדה שנגזרת מהצטלבות היותן נשים העוסקות במקצוע הטיפול, והיותן מהגרות עבודה אשר מקום עבודתן הוא בבית המטופל, מרחב מבודד ורחוק מהעין הציבורית. אך כפי שנראה להלן, תנאי עבודתן הקשים חושפים אותן גם לפגיעה בבריאותן וברוחותן עקב עבודתן. בסקר שערכנו בקרב 534 עובדות סיעוד במהלך שנת 2023 לצורך מחקר זה ביקשנו מהעובדות לספר על מצבן הבריאותי ושאלנו אותן שאלות שונות לגבי השפעת העבודה על בריאותן. **81% מהן ציינו שהן פיתחו בעיות בריאותיות שונות בעקבות עבודתן כמטפלות בענף הסיעוד הביתי.**

דו"ח זה מתמקד בעובדות ובוחר את האתגרים העומדים בפני מהגרות עבודה בענף הסיעוד הביתי בישראל, ומציע המלצות לשיפור תנאי עבודתן לצורך שמירה על בריאותן.

מהי מחלה תעסוקתית?

מחלה תעסוקתית (או מחלת מקצוע) היא מחלה אשר הגדרתה כוללת מרכיב של קביעת קשר סיבתי בין תנאי העבודה ובין חשיפה לגורמי סיכון לתחלואה. ארגון העבודה הבינלאומי (ה-ILO) מגדיר מחלה תעסוקתית כ"מחלה הנובעת מחשיפה לגורמי סיכון הנוגעים לפעילות הקשורה בעבודה". ארגוני האו"ם כגון ה-ILO וה-WHO, וכן גופים ממשלתיים רבים אחרים, מכירים בשלושה מרכיבים יסודיים

⁸ ראו למשל: עידית ליבוביץ', **כסף שחור, עבודה שחורה**, קו לעובד 2016.
⁹ למידע נוסף על זכויותיהן של מהגרות עבודה בענף הסיעוד נכון לחודש 04/2024 ראו **זכותן קו לעובד**.

הנדרשים לצורך אבחנת מחלות תעסוקתיות: אבחנה של מחלה, חשיפה לגורמי סיכון במקומות העבודה, וקיומו של קשר סיבתי או אסוציאטיבי בין השניים¹⁰.

החקיקה המוסדרת היום כוללת מספר הוראות שמסדירות את סמכויות האכיפה של הרגולטור במקומות עבודה, מתן שירותי בריאות המגיעים לעובדים, ואת רשימת המחלות המזיקות לבריאות¹¹, אשר מינהל הבטיחות והבריאות התעסוקתית במשרד העבודה מפקח עליהן ואוסף עליהן דיווחים משירותי הרפואה. לצד משרד העבודה, למוסד לביטוח לאומי רשימת מחלות מקצוע נפרדת אשר מוכרות לצורך הכרה כפגיעה מעבודה¹². למרות השכיחות של עבודת טיפול וסיעוד, וגורמי הסיכון הרבים בעבודה זו על פי הספרות המקצועית, רשימות המחלות אינן כוללות מחלות תעסוקתיות אשר נובעות מסיכונים אלו. דו"ח זה מתבונן מקרוב בהיבטים הייחודיים של עבודת הטיפול הסיעודי שנעשית על ידי מהגרות עבודה, ומציע תרומה ייחודית לשטח בלתי חרוש.

כאמור, מהגרות העבודה בענף הסיעוד מגיעות כדי לטפל במטופלים סיעודיים, הן חשופות לעיתים קרובות לסיכונים בריאותיים תעסוקתיים ייחודיים, ותחלואתן, כמו תחלואה רבה של נשים אחרות שעובדות במשק הבית, היא שקופה ובלתי נראית לעין הציבור. על פי מחקרים בינלאומיים, עובדות אלו חשופות להשלכות ארוכות טווח על מצבן הבריאותי ולתחלואה גוברת בקרבן¹³. מחקרים הראו כי שעות עבודה הארוכות, הרמה של משאות כבדים ומשימות פיזיות תובעניות נוספות אשר הן חלק יומיומי מעבודתן של מהגרות העבודה עלולים לגרום למחלות שריר-שלד, כגון כאבי גב ובעיות מפרקים¹⁴. בנוסף, עובדות סיעוד חשופות למחלות זיהומיות, במיוחד אלו אשר עובדות בדיוור מוגן, וחשופות בשיעורים גבוהים יותר לחומרים רעילים, הפרשות גוף ועוד. חלק מהגורמים המשמעותיים ביותר בעבודה הם ממשפחת הסיכונים הפסיכו-סוציאליים: תנאי עבודה תובעניים ללא הפרדה בין שעות עבודה ומנוחה, הקושי שבהגירה ובבידוד, התלות ההדדית שבין העובדת למעסיק, תשלום דמי תיווך והסיכון לפגיעה ואלימות, לרבות אלימות מינית.

כפי שנראה להלן, המחקר שביצענו בקרב מהגרות עבודה בענף הסיעוד בישראל מאשש ממצאים אלו ומציג תמונת מצב מטרידה בדבר חשיפתן לגורמי הסיכון השונים והסכנות לבריאותן.

מתודולוגיה

המחקר הנוכחי מבוסס על ממצאים שנאספו במספר שיטות:

- סקר מקוון שהועבר ל-534 עובדות בשלוש שפות – אנגלית, ספרדית ורוסית, בחודשים ינואר-ספטמבר 2023. פילוחים מרכזיים:

¹⁰ [The Prevention of Occupational Diseases](#), p. 4; [International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems \(ICD\)](#), p. 1; [List of Occupational Diseases \(revised 2010\)](#), p. 7; [משבר התחלואה](#); [התעסוקתית בישראל](#), קו לעובד, 2021.

¹¹ [פקודת תאונות ומחלות משלה-יד](#) (הודעה), 1945 וגם [תקנות מחלות מקצוע](#) (חובת הודעה – רשימה נוספת), תש"ס-1980.

¹² [תקנות הביטוח הלאומי \(ביטוח מפני פגיעה בעבודה\)](#), תשי"ד-1954.

¹³ Adelman, R. D., Tmanova, L. L., Delgado, D., Dion, S., & Lachs, M. S. (2014). Caregiver burden: a clinical review. *JAMA*, 311(10), 1052–1060; Ayalon L. (2009). Evaluating the working conditions and exposure to abuse of Filipino home care workers in Israel: characteristics and clinical correlates. *International psychogeriatrics*, 21(1), 40–49.

¹⁴ Malhotra, R., Arambepola, C., Tarun, S., de Silva, V., Kishore, J., & Østbye, T. (2013). Health issues of female foreign domestic workers: a systematic review of the scientific and gray literature. *International journal of occupational and environmental health*, 19(4), 261-277.

- טווח הגילאים של המשיבות: 45.5% מהמשיבות היו בגילי 40-49 שנים (243 מתוך 534), 28% בין 30-39 שנים (148 מתוך 534), 25% בגילי 50+ (134 מתוך 534) והיתר בגילי 25-29 שנים;
- סטטוס זוגי: 38% מהמשיבות היו נשואות עם ילד אחד או יותר (203 מתוך 534), 30.5% היו לא נשואות (163 מתוך 534), 29% היו אלמנות/גרשיות/פרודות (157 מתוך 534) והיתר היו נשואות בלי ילדים;
- מדינת המוצא: 25% מהמשיבות היו מאוזבקיסטן, 22.5% היו מקולומביה, 16% היו מהפיליפינים, 15% היו ממולדובה, 9.5% היו מאוקראינה, 7% היו מהודו, והיתר היו ממדינות אחרות (סרי לנקה, גיאורגיה, נפאל, פרו ועוד);
- שנות עבודה בישראל: 63% מהמשיבות עבדו עד 5 שנים בישראל (337 מתוך 534), 30% עבדו בין 6-10 שנים בישראל (161 מתוך 534), 5% עבדו בין 11-15 שנים (27 מתוך 534) ו-2% מהמשיבות עבדו מעל 16 שנים בישראל (9 משיבות);
- דמי תיווך ששולמו כדי להגיע לעבוד בישראל: 27% מהמשיבות ציינו ששילמו בין 7,000-10,000 דולר (145 מתוך 534), 21% מהמשיבות שילמו בין 10,000-15,000 דולר (110 מתוך 534), 15% מהמשיבות שילמו מעל 15,000 דולר (82 מתוך 534), 14% שילמו בין 4,000-7,000 דולר (76 מתוך 534), והיתר 23% ציינו שאינן זוכרות, לא שילמו או שילמו סכום נמוך מ-4,000 דולר (121 מתוך 534).

- ארבע ראיונות חצי מובנים עם ארבעה עובדי סיעוד (שלוש עובדות ועובד אחד) במהלך חודש פברואר 2023;
- עבודת הדוקטורט "זקנים סיעודיים ומהגרות עבודה – 'עבודת גבולות' בבית בהשראת המדינה ומוסדותיה מאת ד"ר אירית פורת (התשע"ז) ועשרות ראיונות שנערכו במסגרתה.

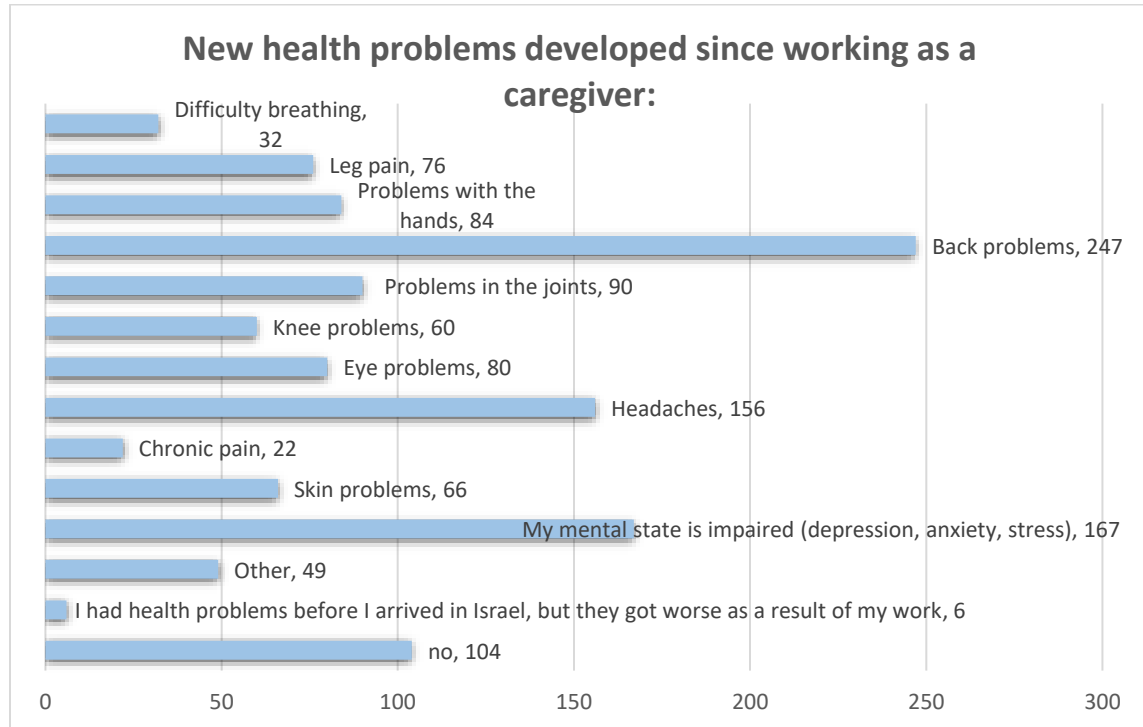
ממצאים מרכזיים

הממצאים העולים מהסקר, הראיונות החצי פתוחים והממצאים מעבודת הדוקטורט והראיונות שבוצעו במסגרתה מצביעים על כך שעובדות אמנם מודעות לחשיפתן לגורמי סיכון, אך מודעותן תלויה בהשכלתן המקצועית, וההכשרה שניתנה להן טרם הגעתן לישראל, ולרוב ידיעותיהן הן חלקיות ואמורפיות ללא ירידה לפרטים או להשלכות ספציפיות על בריאותן.

כאמור, כפי שעולה מהסקר 81% מהמשיבות ציינו שהן פיתחו בעיות בריאותיות שונות בעקבות עבודתן כמטפלות בענף הסיעוד הביתי. כפי שניתן לראות בגרף הבא¹⁵, מרבית העובדות דיווחו על בעיות אורתופדיות בפרקים, בגב, בברכיים, בכפות הידיים וכיו"ב. עובדות רבות דיווחו על כאבי ראש מתמשכים, בעיות עיניים, בעיות עור, קשיי נשימה ועוד תסמינים שהופיעו בעקבות עבודתן. עובדות רבות דיווחו גם על מצוקה נפשית ופגיעה בבריאותן הנפשית כתוצאה מעבודתן (כמו למשל לחץ ודחק,

¹⁵ רק 104 משיבות ענו "לא" על השאלה האם בעקבות העבודה התפתחו בעיות בריאותיות חדשות, 19% מתוך כלל המשיבות. היו משיבות נוספות שענו "לא", ובנוסף סימנו גם את אחת מהתשובות האחרות, להעיד שכן פיתחו בעיות חדשות, ולכן הגרף מציג רק את המשיבות שהשיבו "לא" בלבד, בלי תשובה נוספת.

חרדה, דיכאון ועוד). במחקר זה נציג את הממצאים שעולים מהסקר, ומעידים על גורמי הסיכון השונים בעבודתן של עובדות הסיעוד, ומתוך הדיווח העצמי של עובדות הסיעוד, נצביע על מספר השפעות מרכזיות של העבודה על בריאותן הפיזית והנפשית.



התמונה שעולה מהמחקר היא חד משמעית: כמעט כל עובדת חשופה לסיכונים לבריאותה הפיזית והנפשית, ובשל מחסומי שפה ותרבות שעומדים בפניה ומונעים ניצול של שירותי הבריאות, מידת מוגנותה מוטלת בעיקר על כתפיה ותלויה בידע וברקע שלה, וביכולת שלה לפעול להגנה על עצמה לצמצום הסיכונים. כל זאת, כפי שיצוין בהמשך, בתחום בו עובדות מגויסות לעבודה ממדינות עניות, ונאלצות לשלם סכומי עתק כדמי תיווך כדי להבטיח את עבודתן בישראל.

בפרקים הבאים נבחן את השוני והדמיון בין גורמי הסיכון שקיימים בענף הסיעוד הביתי, ובין ההבנה והמודעות של העובדות בענף לגביהם. הממצאים יוצגו כך שבתחילת כל פרק יינתן מבוא תיאורטי קצר לגבי החשיפות השונות ולאחריו יוצגו ממצאי הסקר והראיונות השונים.

פרק א' – גורמי סיכון פיזיים וסביבתיים

מראיונות שקיימנו עם אנשי המקצוע העוסקים בתחום הגהות התעסוקתית, גורמי סיכון לתחלואה תעסוקתית נחלקים לחמש משפחות: גורמים כימיים, גורמים ביולוגיים, גורמים פיזיקליים, גורמים ארגונומיים וגורמי סיכון פסיכו-סוציאליים¹⁶. על פי הדין הישראלי חובת הזהירות מוטלת על המעסיק לדאוג לבריאותו של עובד, ובכלל זאת לבריאותו התעסוקתית¹⁷. לשם כך, על מעסיקים לערוך הערכת סיכונים ולתת מענה לגורמי הסיכון הספציפיים שקיימים במקום העבודה, כדי לצמצם ולמנוע את

¹⁶ קו לעובד, דו"ח **מפת דרכים: בריאות עובדים פלסטיניים בענף הבנייה**, 2022.
¹⁷ עו"ד יובל סמרה, **חבותו של מעביד לנזקי עובדיו**, המוסד לבטיחות וגהות, אוגוסט 2008.

הנוקים העלולים להיגרם לעובד בשל החשיפה אליהם, ולספק לעובדים שלהם אמצעי מיגון מתאימים להתמגנות מפני גורמי סיכון אלו.

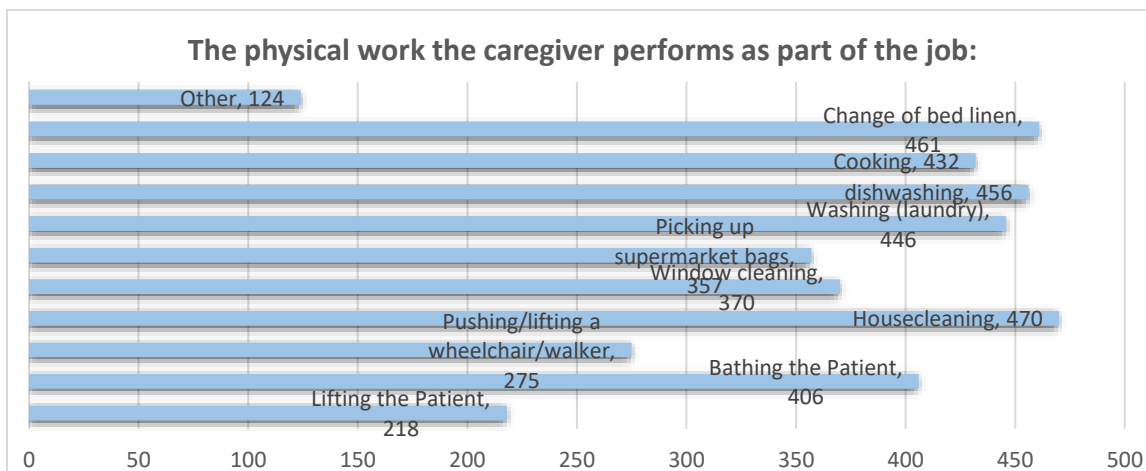
א. חומרים כימיים

חומרים כימיים נחלקים לפי היבטים שונים הכוללים את מידת החשיפה המהווה סיכון לבריאות, ההרכב הכימי של החומרים, אופי ועצמת ההשפעה על עובדים שנחשפים אליהם וסוגי תסמינים שהם עשויים לפתח. כמו כן, מהו התהליך שמייצר חשיפה, האם מדובר בכימיקלים שהם חומר ראשוני או תוצר לוואי בשל תהליך כלשהו או ערבוב חומרים. כך למשל, על פי שיחות עם מומחים מהמוסד לבטיחות וגהות עולה שבין החומרים הכימיים שמטפלים במוסדות סיעודיים נחשפים אליהם ניתן למצוא חומרים כמו פורמלדהיד, כלור, אמוניה, אשר מיועדים לניקוי אסלות וחדרי רחצה¹⁸, או חומרי חיטוי נוספים כמו חומצות פראצטיות לניקוי עובש או אתילן אוקסיד אשר נפוץ בדטרגנטים המשמשים לניקוי והמסת שומנים כמו אבקת כביסה או סבון כלים. חומרים נוספים אשר משויכים למשפחת החומרים הכימיים הם אבק, אשר חשיפה בלתי מבוקרת אליו בכמויות גדולות יכולה להוות גורם סיכון.

דרכי החשיפה לגורמי סיכון אלו הן מגוונות ותלויות בחומר. גם רמת הסיכון תלויה בסוג החומר, מידת החשיפה (משך, זמן, עוצמה ועוד). אמנם החשיפה הביתית של חלק מהחומרים הכימיים שנעשה בהם שימוש במוסדות סיעוד נמוכה יותר, אך מכיוון שעובדות הסיעוד הביתיות אמונות גם על עבודת משק הבית בנוסף לעבודתן כמטפלות, בהיעדר נקיטת אמצעים מתאימים, חשיפה לא מבוקרת לגורמי הסיכון הכימיים עשויה לגרום לעובדות לתחלואה תעסוקתית.

כפי שפורסם על ידי המוסד לבטיחות וגהות, ההשלכות של חשיפה לחומרים מהסוג הזה הן מגוונות¹⁹. החל מסכנת הרעלה או התפתחות אלרגיה בשל מגע ממושך ולא ממוגן עם תרופות ומשחות כאמור, עובר בגירוים ודלקות עור בשל שימוש תדיר בסבונים, חומרי חיטוי ודטרגנטים, וכלה בגירווי עיניים, אף וגרון בשל חשיפה לאירוסולים (גז, אדים או עשן) שנפלטים לאוויר מכימיקלים שונים, חומרי חיטוי או חומרי שטיפה. כל אלו עשויים להוביל להרעלה, אלרגיות, נזק כרוני, סרטן ובמקרי קיצון אף למוות.

¹⁸ Vianello, F. A., & Wolkowitz, C. (2022). Italian doctors' understandings of work-related health and safety risks among women migrant home care workers. *Health, Risk & Society*, 1-17. (Vianello 2022 & Wolkowitz).
¹⁹ המוסד לבטיחות וגהות, [מטפל סיעודי במוסדות ומשקי בית – גיליון מידע על סיכונים תעסוקתיים](#), 2015.



כפי שניתן לראות, העובדות דיווחו שהן לא רק מטפלות במטופל, אלא 88% מהמשיבות דיווחו שהן גם מבצעות עבודות ניקיון משק בית (470 מתוך כלל המשיבות), 85% שטיפת כלים (456 מהמשיבות), 84% כביסה (446 מהמשיבות), 69% ניקיון חלונות (370 מהמשיבות) ועוד משימות שכוללות חשיפה ממושכת לחומרי ניקיון, חיטוי או שטיפה.

העובדות גם נשאלו במסגרת הסקר האם פיתחו בעיות בריאות חדשות בעקבות עבודתן. מהממצאים עולה ש-32 עובדות דיווחו שהן פיתחו קשיי נשימה (2% מהמשיבות), 66 דיווחו שהן פיתחו בעיות עור (5% מהמשיבות), ו-80 פיתחו בעיות עיניים (6% מהמשיבות), אשר עשויים להיות משויכים לחשיפה לחומרים כימיים. כמו כן, 156 מהמשיבות השיבו שהן פיתחו כאבי ראש לאחר תחילת עבודתן כמטפלות סיעודיות ביתיות (12%), אך על פי ראיונות שערכנו עם עובדות ייתכן שתסמין זה משויך גם למיעוט שינה, כפי שנראה בהמשך, ולא רק חשיפה לגורמי סיכון כימיים.

ב. גורמי סיכון ביולוגיים

על פי אנשי המקצוע, עובדות סיעוד ביתיות עלולות להיות חשופות גם לגורמי סיכון במשפחה השנייה בשל קרבתן למחלות זיהומיות, וירוסים ובקטריות, כמו גם לגורמים ביולוגיים אחרים כמו פטריות ועובש, בשל סוג העבודה אותן הן מבצעות. חשיפה למיקרואורגניזמים פתוגניים בנוזלי גוף היא גורם סיכון משמעותי למחלות זיהומיות כמו שחפת, הפטיטיס B ו-HIV/איידס עקב מגע קרוב שלהם עם מטופלים וחוסים שכן העבודה נעשית בסמיכות אשר דורשת רמת חשיפה גבוהה ומגדילה את הסיכון להידבקות²⁰. על פי מחקרים, מטפלים סיעודיים נוטים יותר להידבק במחלות זיהומיות עקב שיטות עבודה לא בטיחותיות והיעדר ציוד מגן, בשל היעדר שליטה על חשיפה לזיהומים, ובשל ידע לקוי כיצד להתגונן מפני הסיכונים²¹.

²⁰ המוסד לבטיחות וגהות, [מטפל סיעודי במוסדות ומשקי בית – גיליון מידע על סיכונים תעסוקתיים](#), 2015.
²¹ Pan, X., Zhu, Y., Wang, Q., Zheng, H., Chen, X., Su, J., Peng, Z., Yu, R., & Wang, N. (2013). Prevalence of HIV, syphilis, HCV and their high risk behaviors among migrant workers in eastern China. PloS one, 8(2), e57258. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0057258>.

במהלך תקופות השיא של מגיפת הקורונה בשנים 2020 ו-2021 מטפלות סיעודיות המשיכו בעבודתן הצמודה עם מטופלים, תוך סיכון בריאותן. בשל הסמיכות הגבוהה והיעדר היכולת להתבודד, מטופלת ומטפלת הוגדרו כקפסולה אחת, ולא אחת היו הדבקות הדדיות. בשל כך, הנציבות האירופית המליצה להכיר במגיפת הקורונה כמחלה תעסוקתית בין היתר עבור מטפלות סיעודיות²².

דרכי החשיפה לגורמי סיכון ביולוגיים הן מגוונות. חשיפה לגורמי סיכון ביולוגיים אפשרית באמצעות האוויר, מגע ישיר, התזה או פיזור טיפתי או בליעה. חשיפה עשויה גם להתרחש מדקירה של מחט נגועה, מגע עם קיא, דם או שתן, מגע במצעים או בגדים מלוכלכים בנוזלי גוף, משטחים מזוהמים או טיפול בפסולת רפואית. רמת הסיכון תלויה בסוג הסיכון, מידת החשיפה (משך, זמן, עוצמה ועוד)²³. כל אלו גורמי סיכון הנובעים ממהלך עבודתה של המטפלת הביתית, והיא חשופה אליהם באופן טבעי במהלך משימותיה השוטפות. עם זאת, כדי לצמצם את החשיפה לסיכונים אלו על המעסיקים לספק לעובדות ציוד מגן מתאים, לתת הדרכה לגבי צמצום ומניעת סיכונים, ולתת מענה וכתובת לעובדות אשר מתעוררת להן שאלה לגבי בטיחות או בריאותן התעסוקתית במהלך העבודה.

בראינות השונים עלו עדויות על חשיפה לא מוגנת לנוזלי גוף, והצורך בליווי מקצועי לעובדות אשר נדרשות לתת מענה גם לאלו, במסגרת עבודתן.

לדוגמה, מ' עובד מהפיליפינים, סיפר שהמטופל הקודם שלו היה עם קטטר קבוע, ושעבודתו כללה מגע קבוע בדם. "המשפחה הביאה כפפות כי ביקשתי... הייתה לו עצירות כמה פעמים, והייתי צריך לרוקן את המעייים שלו, עשיתי את זה עם הידיים. ידעתי מה לעשות בזכות הניסיון שלי."

באחד המקרים שהגיעו לפתחנו, ה' מטפלת מהפיליפינים, תיארה מצב של משא ומתן עם הבן של המטופל לגבי ניקיון הצואה של המטופל ברחבי הבית: "הוא מרח את זה בכל השירותים ובכל הבית. כאילו הרגשתי שזה בכוונה... זה קרה כל יום, כאילו הוא מחפש לעשות דברים שיכעיסו אותי... בכל מקום עם הידיים שלו? על הרצפה, על הקירות... כל כך בכיתי. מי ינקח את זה?"

ג. גורמי סיכון פיסיקאליים

על פי מומחים, מטפלות סיעודיות ביתיות אינן חשופות לגורמי סיכון פיזיקליים ייחודיים לעבודתן, מלבד חשיפה לקרינה מייננת במהלך ליווי מטופלים לבדיקות, או במקרים של חשיפה לקור או חום קיצוניים באופן לא מבוקר (כמו למשל רדיאטורים ומשטחים חמים, מים חמים או קרים וכיוצ"ב)²⁴.

ד. גורמי סיכון ארגונומיים

גורמי סיכון ארגונומיים המתבטאים בעומס-יתר על מערכת השריר-שלד עלולים להביא לפגיעות חריפות או כרוניות. על פי מחקרים קודמים, הם נפוצים במיוחד אצל עובדות סיעוד כתוצאה מעבודתן, בשל הזזה והעברה של המטופל הסיעודי. הטיפול במטופל מצריך שימוש בתנועות חוזרות ונשנות, עמידה ממושכת והרמת משאות כבדים תוך מנחי גוף מאולצים / בלתי ניטרליים. משימות אלו מגבירות

²² European Commission, [Commission recommends recognising COVID-19 as occupational disease in certain sectors and during a pandemic](#), 28 November 2022.

²³ ד"ר מירב פז, [מוסדות סיעודיים - סיכונים בטיחותיים ובריאותיים](#), המוסד לבטיחות וגהות, יוני 2010.

²⁴ המוסד לבטיחות וגהות, [מטפל סיעודי במוסדות ומשקי בית - גיליון מידע על סיכונים תעסוקתיים](#), 2015.

את הסיכון להפרעות שרירים ושלד כגון כאבי גב תחתון, כאבי כתף ותסמונת התעלה הקרפלית. מחקרים הראו שמהגרי עבודה אשר עוסקים במקצועות הסיעוד נוטים יותר לחוות הפרעות שרירים ושלד בשל אופי דרישות העבודה שלהם, וכי אם הסיכונים הבריאותיים הללו נותרים ללא מענה, הם עלולים להיות בעלי השלכות ארוכות טווח על בריאותם ורווחתם²⁵.

מהסקר שערכנו עולה שאכן המטפלות נדרשות לבצע משימות שיש בהן סיכונים ארגונומיים, כמו למשל הרמת המטופלים, רחצה, סיוע בעשיית צרכים, עבודות ניקיון ועבודות בית אשר כוללות תנועות מאומצות, חוזרניות, התכופות ממושכת ובזוויות שדורשות מתיחת יתר של השרירים. כך למשל, כפי שהופיע בגרף לעיל, 40% מהמשיבות נדרשות להרים את המטופלים (218 משיבות), 76% לרחוץ אותם (406 משיבות) וכ-88% עושות עבודות ניקיון משק בית (470 משיבות). כל אלה עבודות פיזיות קשות.

מהסקר עולה גם ש-19% מהמשיבות פיתחו בעיות גב (247 מהמשיבות), 7% פיתחו בעיות בידיים (87 משיבות), 7% בעיות במפרקים (90 משיבות), ו-5% העידו שפיתחו בעיות בברכיים (60 משיבות). במוסדות סיעוד העבודה הפיזית המאומצת נעשית על פי נוהל על ידי שני אנשי צוות. לעומת זאת, מניסיונו משפחות מטופלים רבות אינן מודעות לאפשרות להכניס לביתם אמצעים כמו מנוף שעשוי לסייע לעובדת בהרמת המטופלים, ולא אחת אף מסרבות לכך. נכון להיום אין קריטריון להכנסת מנוף או להכשרת מטפלים ביתיים / משפחה בשימוש בו, מה שמגביר את הסיכונים הארגונומיים.

ני, עובדת מהודו, סיפרה: "לפני כמה חודשים המעסיקה שלי כמעט נפלה. תפסתי אותה מאחור כדי שלא תשבור את עצמותיה. אבל נתפס לי הגב. כאבי הגב שיתקו אותי למיטה יום שלם. משפחתה ארגנה עבורי פגישה אצל אוסטאופת... הרגשתי יותר טוב אחרי זה אבל אני לא יכולה להתכופף הרבה או להרים דברים כבדים או לדחוף כיסא גלגלים... כשחזרתי להודו לחופשה הלכתי לעשות צילום רנטגן והרופא המליץ על פיזיותרפיה ומנחה מהרמת דברים כבדים שישה חודשים. אבל אני לא יכולה לעמוד בזה. המטופלת שלי לא יכולה ללכת הרבה... אני אוהבת את המשפחה והם רואים בי בת משפחה. אבל לצערי בגלל המצב הבריאותי שלי, אני מתכננת לעזוב."

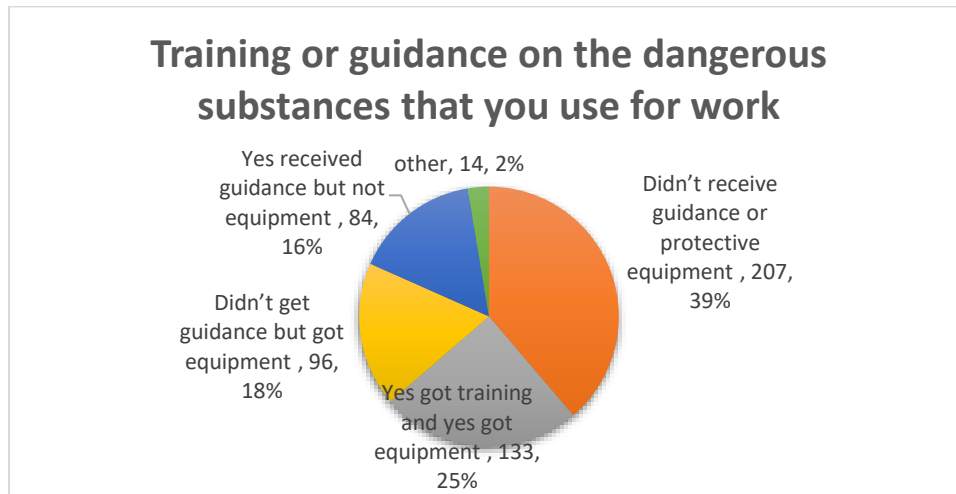
ה. היעדר הכשרה לגבי גורמי סיכון פיזיים וסביבתיים

כאמור, עבודתן של העובדות בענף הסיעוד הביתי מציבה אותן בפני גורמי סיכון משמעותיים לבריאותן. חרף האמור, אין בישראל קורסים ייעודיים לעובדות בסיעוד ביתי ואין קריטריונים כלשהם לקבלה לעבודה. האחריות לבדיקת ההתאמה של העובדת לתפקידה טרם הגעתה לישראל חלה על לשכות פרטיות שפועלות בישראל ואשר מורשות לגייס מהגרות עבודה בענף הסיעוד. לאחר שהעובדות מגיעות לישראל, האחריות להכשרה עוברת לחברות הסיעוד שאחראיות על הניהול המקצועי והליווי והתמיכה בעובדות במהלך שהותן בישראל. על פי דרישת הביטוח הלאומי, חברות הסיעוד מחויבות לוודא ש-30% מהעובדות השתתפו בקורסי הכשרה, לרבות מהגרות העבודה²⁶. עם זאת, חלק מהעובדות בסיעוד הביתי מועסקות על ידי המטופלים באופן ישיר ואין גורם אחראי האמון על הכשרה מקצועית עבורן.

²⁵ Vianello 2022 & Wolkowitz.

²⁶ ראו לעניין זה סעיף 51 במכרז ליצירת מאגר של נותני שירותי סיעוד לטיפול בזקן בביתו לזכאים לגימלת סיעוד, מס' 2038 (2008), המוסד לביטוח לאומי.

מהסקר שערכנו עולים ממצאים מדאיגים לחשיפה לגורמי סיכון פיזיים וסביבתיים, באופן בלתי מפקח ובלי ליווי מקצועי או מיגון מתאים. למרות הסיכונים המשמעותיים לחשיפה לחומרים כימיים בעבודתן, 39% מהמשיבות דיווחו שהן לא קיבלו ציוד מגן או הדרכה (בישראל או במדינת המוצא) לגבי החומרים אליהן הן חשופות בעבודתן (207 מהמשיבות). 18% העידו שהן לא קיבלו הדרכה אך כן קיבלו ציוד מיגון, בעוד ש-16% העידו שקיבלו הדרכה (בישראל או בלימודים במדינת המוצא) אבל לא קיבלו ציוד מיגון. לעומתן, רק 25% מהמשיבות העידו שקיבלו ציוד מגן והדרכה לגבי החומרים המזיקים אליהן הן חשופות בעבודה (בין אם בישראל או בלימודים במדינת המוצא).



לעניין זה, מניסיוננו מהפניות שמגיעות לקו לעובד, לא אחת הדרכות שניתנות לעובדות במדינות המוצא אינן עומדות בקריטריונים מקצועיים מספקים, ואינן נותנות מענה לצורך בהדרכה על שמירה על בטיחותן ובריאותן של העובדות. לעומת זאת, במוסדות סיעודיים בישראל ישנם אמצעים שונים שעוזרים לצוות להתנהל עם חולים סיעודיים כמו מנוף, חגורה, בנוסף לציוד מגן אישי כמו כפפות, מסכות ועוד, בעוד שבבתים פרטיים לכל היותר יהיה מנוף בחלק קטן מהבתים, ורכישת ציוד מגן אישי תהיה באחריות העובדת.

ס', עובדת אוקראינית סיפרה לעניין ההכשרה בהרמת מטופלים: "בעבודה הקודמת הייתה מטופלת מרותקת למיטה. לא קיבלתי הדרכה אבל פיתחתי שיטה שעובדת לעצמי עם הניסיון. משתמשת ברציונל אישי לוגי."

ג' עובדת מהפיליפינים סיפרה: "בבית גם ניקיתי כל יום, וגם את הציפורניים שלה. היא לא רצתה ללכת לסלון בבית האבות אז עשיתי את זה בשבילה. קניתי לי כפפות וציוד מגן. לא קיבלתי הדרכה על התגוננות, הייתה לי הכשרה מהלימודים שלי, אבל לא הייתה הדרכה שקיבלתי כאן."

מ' עובד מהפיליפינים, סיפר: "אחותי לימדה אותי, קולגות, חברים. גם המטפלת הקודמת היה לה ניסיון, היא ידעה איך לעשות דברים והדריכה אותי... המשפחה קנתה ציוד מגן כמו כפפות אחרי שביקשתי מהם."

פרק ב' – גורמי סיכון פסיכוסוציאליים

הטיפול במטופלים סיעודיים הינו עבודה תובענית מבחינה רגשית, הדורשת אמפתיה, סבלנות ורגישות וערנות גבוהה לצרכי אדם אחר. אופי העבודה הייחודי, והמשימות שנדרשות מהמטפל הסיעודי הביתי חושפים אותו לגורמי סיכון גם מהמשפחה החמישית, **קבוצת הסיכונים הפסיכו-סוציאליים** – ולמעשה רוב גורמי הסיכון בעבודתן של מהגרות עבודה בסיעוד שייכים למשפחה זו²⁷.

מחקרים קודמים ביססו זה מכבר את הקשר בין עבודת הסיעוד הביתית וההשפעה על בריאותן הנפשית של העובדות, במיוחד כאשר מדובר במהגרות עבודה. בין הגורמים שעלו בספרות העולמית ניתן למנות את עומס העבודה הגבוה, מחסומי שפה והבדלים תרבותיים²⁸; בידוד חברתי והיעדר תמיכה קהילתית העלולים להוביל לתחושות של בדידות וגעגועים הביתה, ואשר יכולים להרע עוד יותר את בריאותן הנפשית של המטפלות²⁹; מעמדן של מהגרות בחברה מגדיל את הסיכון לבעיות בריאות סוציאליות הנובעות מחשיפה להדרה חברתית ואפליה, שעלולות להוביל לתחושות ניכור, חוסר שייכות, ולהחמיר את מצוקתן של העובדות³⁰; ומחסומים ואתגרים בגישה לשירותי בריאות ושירותים חינוכיים אחרים לרבות בשל פערי שפה ומעמדן כמהגרות³¹.

כפי שעלה בממצאי המחקר שערכנו, כשליש מהמטפלות דיווחו שהעבודה השפיעה על מצבן הנפשי במידה בינונית. וכפי שפורט לעיל, רבות מהן דיווחו על מצוקה פסיכולוגית, כגון חרדה, דיכאון ומתח (167 מהמשיבות, 13%). כפי שיוצג להלן, ניתן לייחס את מצוקתן בין היתר לגורמי הסיכון הפסיכו-סוציאליים שנגזרים מאופי העבודה, מרחק מהמשפחה, בדידות ועוד. ניתן גם לייחס את מצוקתן הנפשית לגורמי סיכון פסיכו-סוציאליים שנובעים ממתכונת ההעסקה הנוכחית שלהן, אשר מגבירה את פגיעותן ומחמירה את הסיכונים הבריאותיים שהן ניצבות בפניהם.

כאמור, **מתכונת ההעסקה הנוכחית של מהגרות עבודה בענף הסיעוד הביתי בישראל היא רק במודל של 24/6 (ולמעשה 24/7) והופכת את המטופלים למעסיקים של המטפלות באופן ישיר.** מתכונת זו מעוררת קשיים רבים, כפי שיוצג בפרק זה. היא מציבה שני צדדים פגיעים אחד מול השני, לכאורה בתואנה של צמצום בירוקרטיה אך בפועל מפריטה שירותים סוציאליים מובהקים ומסירה את אחריות המדינה. אמנם שיטת העסקה זו מבקשת להוזיל עלויות למדינה, אך בד בבד היא גם גורמת לנזק כפי

²⁷ לעניין זה יש לציין כי על פי הספרות, קיים קשר הדדי בין תסמינים פסיכו-סוציאליים ותסמיני שריר-שלד. ראו למשל: Chanchai W, Songkham W, Ketsomporn P, Sappakitchanchai P, Siriwong W, Robson MG. [The Impact of an Ergonomics Intervention on Psychosocial Factors and Musculoskeletal Symptoms among Thai Hospital Orderlies](#). Int J Environ Res Public Health. 2016 May 3;13(5):464.

²⁸ Adelman, R. D. et al, 2014; Vianello 2022 & Wolkowitz.

²⁹ Malhotra, R., Arambepola, C., Tarun, S., de Silva, V., Kishore, J., & Østbye, T. (2013). Health issues of female foreign domestic workers: a systematic review of the scientific and gray literature. International journal of occupational and environmental health, 19(4), 261-277.

³⁰ Straiton, M. L., Ledesma, H. M. L., & Donnelly, T. T. (2017). A qualitative study of Filipina immigrants' stress, distress and coping: the impact of their multiple, transnational roles as women. BMC women's health, 17(1), 1-11.

³¹ Ayalon, L. (2008). Subjective socioeconomic status as a predictor of long-term care staff burnout and positive caregiving experiences. International Psychogeriatrics, 20(3), 521-537.

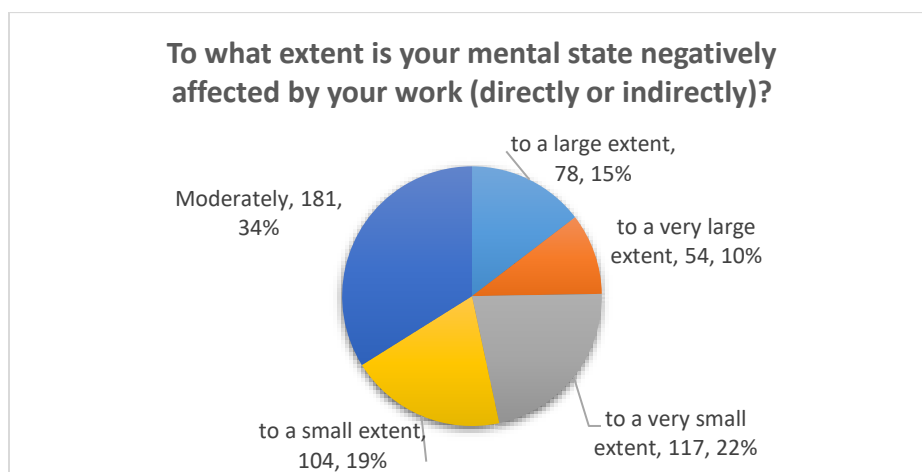
שנראה להלן, ובהיעדר אלטרנטיבות טיפוליות, מטופלים סיעודיים ומטפלות סיעודיות ביתיות מחויבים להסדר הקיים³².

כפי שיוסבר בפרק זה, חלק מגורמי הסיכון הפסיכו-סוציאליים נובעים מאופי העבודה, וחלקם חיצוניים והם תולדה של המדיניות, הנהלים, והוראות הדין השונות שמסדירות את עבודתן של מהגרות העבודה בענף הסיעוד הביתי. בפרק הזה נחלק את גורמי הסיכון ל**ארבע קבוצות**: סיכונים הנובעים מאופי העבודה (בדידות, שעמום, תלות המטופל בעובדת), סיכונים הנובעים ממודל ההעסקה 24/6 לכל הפחות (שעות עבודה ארוכות, חסך שינה, היעדר זמן פנוי, היעדר שעות מנוחה מוגדרות, מחסור באוכל, היעדר נגישות לשירותים רפואיים בישראל), סיכונים הנובעים מיחס המטופל והסביבה (התעמרות, הטרדה מינית), סיכונים הנובעים מההסדרה והמעמד החוקי בישראל (דמי תיווך, אי תשלום שכר, החלפת מעסיקים).

א. סיכונים הנובעים מאופי העבודה

המטפלות פעמים רבות מדווחות על התמודדות עם בידוד, בדידות והתחושה כי הן שקופות. לא קיים גבול בין שעות העבודה לבין שעות הפנאי, המטפלת אינה יוצאת לעבודה, אלא מתעוררת אליה, ברוב המקרים אין לה זמן פנוי מוגדר, אלא היא נדרשת להיות זמינה לבקשות ולדרישות מצד המעסיק, ושעות עבודתה נמתחות ל-24 שעות זמינות, בין ששה לשבעה ימים בשבוע.

על פי הסקר כשליש מהמשיבות העידו שמצבן הנפשי נפגע במידה בינונית בעקבות עבודתן, כשרבע מתוכן העידו שמצבן נפגע במידה רבה או רבה מאוד. בפרק הזה נבחן את הסיכונים הנוגעים למשפחת גורמי הסיכון הפסיכו-סוציאליים שנובעים מאופי העבודה, ושמשליכים על מצבן הנפשי של המטפלות, ומשפיעים על עבודתן בטווח הקצר ובטווח הארוך.



³² לעניין אלטרנטיבות טיפוליות ראו למשל: NIH - National Institute on Aging (NIA), [What Is Long-Term Care?](#), 2023.

1. בדידות

אחד מגורמי הסיכון הפסיכו-סוציאליים שנובעים מאופי העבודה הוא הבדידות, כיוון שנקודת המוצא בענף הסיעוד הביתי היא שהעבודה מתבצעת בבית המטופל. על כן, תנאי העבודה המובנים בענף כוללים בדידות גדולה, כיון שהעובדות אינן חולקות את העבודה עם אנשי צוות נוספים³³. כפי שצוין באחד מהמחקרים הקודמים עליהם התבססנו, "עבודה ביתית מבוצעת במרחב הפרטי, ככל הנראה בבדידות הגדולה ביותר בהיסטוריה האנושית"³⁴. כמו כן, הזרות של העובדות במדינה חדשה, המרחק הגיאוגרפי מהמשפחה ומארץ המוצא, הפרקטיקות השונות תרבותית מייצרות מצב מובנה של בדידות.

ר', עובדת מהפיליפינים אמרה: "אני במקום טוב, אבל הסיבה לבדידות, או אולי לעצב, או אולי לשניהם, היא העובדה שאני במדינה חדשה, מתמודדת עם תרבות שונה, מנהגים שנים, ומתמודדת עם נטל האחראיות בעבודה שלי."

אחד ההבדלים הגדולים בין עבודה בבית לבין עבודה במוסד סיעודי, מתבטא בבדידות. כאשר עובדת סיעוד מועסקת במוסד, עובדים לצידה חברי צוות שחולקים בנטל, יכולים ליעץ, והיא יכולה לשתף אותם בקשייה. זאת לעומת העבודה בבית הנעשית בבידוד מוחלט ובבדידות מוחלטת, בלי חברים למקצוע, ייעוץ או תמיכה. יתרה מזאת, הבדידות נובעת גם מכך שהמדיניות מתייחסת למהגרות העבודה כאל שוהות ארעיות³⁵. אחד התנאים הבסיסיים להגעת מהגרת עבודה בישראל היא שאין לה בישראל בן/בת זוג או ילדים. הנהלים גם אוסרים עליה לקיים מערכת יחסים זוגית, ויש הגבלות קשות על לידה וגידול ילדים במהלך עבודתה בישראל³⁶. עקב זאת, בנוסף לכך שתחושת הבדידות מהווה גורם סיכון פסיכו-סוציאלי, היא אף עשויה להשפיע על התפקוד ועל איכות הטיפול. התחושה עשויה להיות מועצמת כאשר לא נוצר קשר קרוב עם המטופלת עקב סיבות שונות כמו למשל אצל מטופלים לא מילוליים.

ר', עובדת מהפיליפינים, אמרה: "המטופלת לא מדברת בכלל... ואם אני מדברת איתה היא רק חוזרת אחריי... אז אני נותנת לה לשבת, ואחרי שעתיים, בכל שעתיים, אני לוקחת אותה לשירותים. זה למה בתקופה לפני שהיה לי את האינטרנט, הרגשתי כל כך בודדה וכל כך משועממת."

2. התלות הגדולה במעסיקים

גורם סיכון נוסף שנובע מאופי העבודה הוא התלות הגבוהה של העובדת במטופל ובמשפחתו. כפי שצינו לעיל, המעסיק הוא המטופל, ומקום העבודה נמצא בבית המטופל, ומשמש גם כמקום המגורים של המטופלת. מקום העבודה מהווה עבור העובדת סביבה זרה, מבודדת, בלא מנגנוני פיקוח או בקרה פנימיים על יחס המעסיק כלפי העובדת, והעבודה דורשת ממנה לבצע עבודה סיועית מאומצת שעיקרה טיפול בצרכיו האישיים של אדם אחר. העסקה במתכונת זו מזמנת תרחישים שלא ניתן למצוא אותם

³³ Folbre, N. (Ed.). (2012). For Love and Money: Care Provision in the United States. New York: Russel Sage Foundation.

³⁴ Arat-Koc, S. (1989). In the privacy of our own home: Foreign workers as solution to the crisis in the domestic sphere in Canada. Studies in Political Economy, 28, 33-58.

³⁵ Ayalon L. (2010). Intention to leave the job among live-in foreign home care workers in Israel. Home health care services quarterly, 29(1), 22-36.

³⁶ ראו למשל: כתבתו של אילן ליאור, [המדינה פועלת למנוע קשרי זוגיות בין מהגרי עבודה – כתבת הארץ](#), 2017.

באף עבודה אחרת: חשש להיעדר פרטיות וחדירה לחיים האישיים (עם מי מדברת בטלפון, עם מי יוצאת), פיקוח מוגבר (הוראות לגבי שימוש במים, בשירותים, בטלפון, במזון), טשטוש בין זמן עבודה לבין זמן מנוחה, משימות אינסופיות, העדר גבולות, כוונות מתמדת, שינה לא מספקת, פגיעות לניצול ועוד. כפי שנראה בהמשך, יחסי התלות המובנים בעבודה מסוג זה חושפים את העובדת לסכנה של ניצול כלכלי, פיסי, פסיכולוגי ולעיתים גם לאלימות, ובמקרי קצה כולל אלימות מינית.

אמנם ניתן לראות את התלות ביחסי הטיפול בין מהגרת עבודה לאדם סיעודי כתלות החדית – המטופל ובני משפחתו תלויים בעובדת לצורך פעולות יומיומיות של המטופל, והיא בעצם מאפשרת רווחה לו ולבני משפחתו – אך ברור שלרוב המעסיקים יש מנגנוני סיוע ותמיכה שאין לעובדת (אפילו אם הם אינם מספיקים). התלות מייצרת פעמים רבות אף תלות רגשית וטשטוש בין העבודה למשפחה, כשהעובדת נחשבת ל"בת משפחה", ואם היא מעוניינת לעזוב, המטופל ומשפחתו עלולים לחוות זאת כנטישה את המעסיק, אפילו אם זו זכותה המלאה.

מ', עובדת מהפיליפינים, סיפרה: "אני לא מרגישה ביטחון (תעסוקתי) בכלל... אולי 90% או 80% כי הויזה שלי ל-5 שנים, וההישארות שלי בישראל תלויה במעסיקה."

3. היעדר פרטיות וחדירה לפרטיות

קושי נוסף הנובע מאופי העבודה בבית המטופל, הוא היעדר הפרטיות. הצבת מצלמות בבית הוא פעולה שנעשית פעמים רבות על ידי משפחות לצורך התמודדות עם החשד והחשש לאלימות או להזנחה מצד המטפלת. אך מעבר לכך, עצם ביצוע העבודה בבית המטופל מציבה את העובדות בפני תחושת פיקוח תמידית ומטשטשת כאמור את הגבולות בין האישי למקצועי, ובין המרחב הפרטי למרחב המשותף. גם אלו מגדילים את הפגיעות של העובדות הפגיעות ממילא, וחושפים את העובדת לניצול, כפי שיוצג בהמשך. אמנם אסור לשים מצלמות בחדרים פרטיים של עובדות – אך היו מקרים בהם משפחות מטופלים שמו את המצלמות גם שם – ובמקרים רבים בשל העבודה בחלל קטן ואינטימי בבית המטופל, העובדת נאלצת לחיות ולהתנהל במרחב המשותף ובלי פרטיות.

ר"ש, עובדת מהפיליפינים, סיפרה: "אין בעיה עם המצלמה, לא אכפת לי, בגלל שאני יודעת שאני לא עושה שום דבר רע, אבל למה הם שמו את המצלמה בחדר שלי, מה לגבי הפרטיות שלי? אמרתי למשפחה שלא אכפת לי אם שמים מצלמה בכל מקום בבית, אבל לא בחדר, בבקשה, אמרתי להם. אבל שמו מצלמה אפילו בשירותים."

ג', עובדת מהפיליפינים אמרה: "המעסיקה שלי לא רצתה שאני אשתמש בטלפון. יש לי שעתיים אחה"צ שאני נשארת בחדר שלי אבל היא לא רוצה שאני אתקשר אליהם או אעשה שיחת וידאו, כי היא אומרת שאני מרגלת אחריה לערבים או לחיילים בישראל. הייתה פעם אחת שהיא רצתה שאני אלך לרוסיה ואדבר עם פוטיין. אז לא דיברתי הרבה עם הילדים, אני מדברת איתם רק בשישי כשזה היום הפנוי שלי. התחלתי לצאת לשעתיים שלי רק אחרי שישה חודשים איתה, כי אם יש מקרה חירום אני לא יכולה לדבר עם הילדים שלי."

ב. סיכונים הקשורים למודל ההעסקה 24/6 או 24/7 בבית המטופל

1. שעות עבודה ארוכות

חקיקת המגן בישראל קובעת שחוקי העבודה חלים על כל עובד ועובדת, בלי תלות בסטטוס או במעמד בישראל, מעצם קיומם של יחסי עבודה. חוק שעות עבודה ומנוחה, תשי"א-1951 (להלן: "חוק שעות עבודה ומנוחה") מגדיר ומסדיר בין היתר את אורך יום העבודה, המנוחה השבועית, העבודה בשעות נוספות והפסקות. עם זאת, פסיקת בית המשפט העליון בפרשת גלוטן קבעה שלא ניתן להחיל את החוק במתכונתו הקיימת על עובדות סיעוד בבית המטופל³⁷. ההליך הוגש על ידי קו לעובד בין היתר בנושא תשלום גמול עבור עבודה בשעות נוספות, ולמרות שבית המשפט העליון הורה למדינה לקדם הסדרה מותאמת יותר למודל העסקת עובדות הסיעוד בבית המטופל, כעבור 15 שנים עדיין אין הסדרה אחרת ולמעשה העובדות מועסקות 24 שעות בבית המטופל ללא תגמול מיוחד או הסדרה חוקית של משך העבודה.

השימוש במונח העסקה "24 שעות", מתייחסת לעבודתו של אדם (ולא במתכונת של משמרות) ללא מנוחה וללא הפסקה קבועים מראש ומוסדרים. דפוס ההעסקה סביב השעון שהפך לתקן העבודה הרגיל בישראל בענף הסיעוד הביתי תורם לאיזון אנושיותה של העובדת ומאפשר למשפחה לדרוש ממנה עבודה רצופה 24 שעות ביממה. כמו כן, העסקה במשך שעות עבודה ארוכות גורמת בין היתר לשחיקה, ומחקרים מצאו למשל שעבודה מעל 55 שעות בשבוע מגדילה ב-35% את הסיכון לשבץ, וב-17% את הסיכון למחלת לב איסכמית³⁸. מקל וחומר – זמינות של 24 שעות ביממה.

במקרה לדוגמה שהגיע לפתחנו, עובדת נאלצה לכבס, לנקות, להדיח כלים עבור הקשישה בה טיפלה וכן עבור שני בניה ואף בתה ובן זוגה. כשסירבה להמשיך לאחר שנה וחצי של עבודה, ענתה לה הבת: "את עובדת פה 24 שעות". כשהעובדת הזכירה לה שהיא לא עובדת 24 שעות, התלוננה הבת בפני רשות האוכלוסין וההגירה.

2. חסך שינה

על פי הספרות, מיעוט שעות שינה פוגע בתפקוד נפשי ופיזי. כאשר האדם לא ישן את כמות השעות הדרושה באופן קבוע, הדבר עלול להוביל במוקדם או במאוחר לעלייה במשקל, ללחץ דם גבוה, לסוכרת, לדיכאון, למחלות לב ולעיתים אף לשבץ מוחי. המצב של מחסור בשינה עלול גם להוביל לחרדה גבוהה, לעצבנות, להתנהגות לא יציבה, לתפקוד קוגניטיבי לקוי, לפגיעה בתפקוד היומיומי, ואף לאפיזודות פסיכוטיות. מחסור כרוני בשינה משפיע לרעה על המוח ועל התפקוד הקוגניטיבי³⁹.

על פי הממצאים בסקר, כ-53% מהמשיבות דיווחו על 6 שעות שינה ופחות מכך, 27% מהן דיווחו על בין 4-6 שעות שינה רציפה בלבד, 11% דיווחו על 8 שעות שינה רציפה לפחות, ו-9% דיווחו על פחות מ-4 שעות שינה רציפה בלילה. מניסיוננו, חסך שינה הוא אחת התלונות העיקריות של מהגרות עבודה

³⁷ בג"ץ 1678/07 יולנדה גלוטן פורמלי בית הדין הארצי לעבודה, פ"ד סג(3) 209 (פורסם בנבו, 29/11/2009) (פרשת גלוטן).
³⁸ ראו: דוד זיו, "מחקר עולמי ראשון מסוגו: שעות עבודה ארוכות מגדילות את מקרי המוות ממחלות לב ושבץ מוחי", המוסד לבריאות וגרות, 22/8/2021.

³⁹ Khan MA, Al-Jahdali H. The consequences of sleep deprivation on cognitive performance. *Neurosciences (Riyadh)*. 2023 Apr; 28(2): 91-99.

בסיעוד וזו גם אחת הסיבות השכיחות להתפטרות. חלק מהמעסיקים מתייחסים לתלונות אלו בביטול בטענה שזמינות במהלך הלילה הינה חלק ממטלות העבודה (למשל כדי ללוות את המטופלת לשירותים או במקרים של מטופלים בעלי הידרדרות קוגניטיבית שמאופיינים בהתעוררות מרובה).

ג', עובדת מהפיליפינים, אמרה: "אבל אחרי שבועיים אצלה שמת לי לב שהיא לא ישנה בלילה. היא התעוררה ב-11 או ב-12, ואז הייתה ערה כל הלילה. לפעמים היא הייתה יורדת ללובי כדי שמישהו ייקח אותה. המשפחה לא הביאה לה תרופות למחלה שלה, למרות שהיה לה מרשם משנת 2012. היא לא קיבלה את הטיפול שהיא צריכה... במשך שנה שעבדתי שם היו לי 2-3 שעות שינה בלבד, ולכן היה לי חום כל הזמן. רציתי להרוויח כסף ולכן לא לקחתי מנוחה... כשחזרתי לפיליפינים, התעלפתי ולא התעוררתי 10 דקות... הרופאים אמרו לי שאני צריכה לנוח... אחרי זה ביקשתי לקחת את יום המנוחה שלי כל שבוע. אבל עדיין לא ישנתי מספיק, וכשהייתי נעמדת, הייתי מסוחררת, הכל זז. פעם אחת התעלפתי 30 דקות, ואז המעסיקה לא רצתה שאחזור כי היא פחדה שזה יקרה לי שוב."

ד', עובדת מהפיליפינים, טיפלה באישה שהינה מרותקת למיטה כבר 16 שנים: אינה מדברת, אינה מסוגלת להזין את עצמה, שנמצאת במצב סיעודי מורכב. היא סיפרה: "אחרי שבועיים שעבדתי עם האישה המבוגרת, בעלה הגיע... מבית החולים, אחרי שכרתו את שני רגליים... הוא קרא לי כל חמש דקות, וכשלא באתי התלונן מול הבן שלו שאני לא מטפלת בו. אז עכשיו אני מטפלת בשני אנשים קשישים, האישה והבעל... כשאמרתי שאני לא ישנה טוב, שאני תמיד מסוחררת, הקשיש אמר שהוא לא רוצה לישון... העובדת הסוציאלית אומרת לילדים שלו שהם צריכים שני מטופלים, ושאני רוצה לעזוב אז הם מאיימים שיקראו למשטרה..." אחרי ארבעה חודשים די עזבה את המשפחה.

ס', עובדת מהפיליפינים, ביקשה מהבן עזרה בלילות, כיון שהמטופלת צעקה בלילות מכאבים, והתמוטטה כתוצאה ממחסור בשעות שינה: "אמרתי לבן שלא ישנתי שלושה לילות, ואם אף אחד לא יגיע להחליף אותי, אני לא אוכל להמשיך לעבוד... הוא לא מצא אף אחד. לא יכולתי לברוח ולעזוב את האישה הקשישה בוכה בלילות. אף אחד מהמשפחה לא היה מחליף אותי. ביקשתי רק שיחליפו אותי רק בלילות. אבל יש להם שלושה ילדים... אין להם זמן בכלל. אז מה יוצא? המטפלת אחראית להכל..." התוצאה הייתה עקה גוברת והולכת, התמרמרות, כעס ולבסוף לאחר תקופה ארוכה בה היחסים התדרדרו לתהום – ס' התפטרה ותבעה את בני המשפחה בבית דין לעבודה.

אחת המרואיינות בדוקטורט⁴⁰, בת משפחה של מטופלת (המעסיקה), סיפרה על שיחה עם המטפלת: "אני ב-11 בלילה אתמול מצלצלת לפיליפינית ואומרת לה: לי, תקשיבי, זה בדיוק התפקיד שלשמו את שם, בשביל זה לקחנו אותך, זה שאת שנה עושה חיים שם, אנחנו מאוד מאושרים בשבילך, אבל זה לא הסיבה למה לקחנו פיליפינית לאמא, לא לוקחים בן אדם ששולט על הסוגרים ועל הצרכים שלו ומכניסים אותו בכוח לחיתול... עכשיו הולך להיות יותר קשה ואני מודיעה לך שזה יהיה עוד יותר קשה וזה יהיה עוד יותר קשה עד שהיא תסגור את העיניים, אבל אנחנו לא נכניס אותה לחיתולים כל זמן שהיא יכולה ללכת לשירותים... את צריכה לדאוג לנוח במשך היום, אבל אם את צריכה שלוש פעמים בלילה לקום, אז זה בדיוק הסיבה למה את שם."

⁴⁰ ד"ר אירית פורת, "זקנים סיעודיים ומהגרות עבודה – עבודת גבולות בבית בהשראת המדינה ומוסדותיה", (התשע"ז).

3. חוסר שליטה בזמן ובמרחב

נוסף על גורמי הסיכון שפורטו לעיל, גורם סיכון נוסף שנובע ממודל ההעסקה הוא חוסר שליטה בזמן ובמרחב. העובדת שמתגוררת בבית המטופל וצריכה להיות זמינה לטפל בו סביב השעון, מתקשה לנהל את זמנה על פי צרכיה: תיאום בדיקות רפואיות, מפגשים חברתיים, חופשות שנתיות כדי להתראות עם בני משפחתה, חופשה בעת חירום (מוות או מחלה במשפחה), ועוד. חוסר שליטה בזמנה והיעדר יכולת לנהל את חייה באופן עצמאי פוגע בתחושת המסוגלות ובערך העצמי ועשויה להוביל לתחושת חוסר אוניס ובמקרי קצה, ובשילוב גורמי הסיכון הנוספים שמתוארים להלן, למצב של חוסר אוניס נרכש⁴¹.

מ', עובד מהפיליפינים, סיפר על חוסר השליטה: "אני לא אוהב ללכת לבית החולים כי המשפחה חושבת שהיא קנתה את המטפל, הם מבקשים ממנו לישון בבית החולים, בלי מקלחת או אוכל. אני לא רובוט, אני גבר."

חוסר אוניס נרכש הוא מצב פסיכולוגי בו האדם חווה את עצמו כחסר אוניס וכחסר יכולת התמודדות, לאור ריבוי חוויות שבהן הוא חש כי אכן אין לו יכולת להשפיע על אירועים שליליים בהם הוא מעורב. אנשים אשר מתמודדים עם חוסר אוניס נרכש נמצאים בסיכון גבוה להתפתחות דיכאון, חרדה וקשיי הסתגלות ותפקוד בסיטואציות חדשות ומלחיצות. כמו כן, אנשים המתמודדים עם חווית חוסר אוניס נרכש נוטים להיות בעלי מוטיבציה נמוכה יחסית, מאחר והם מתקשים להאמין כי ביכולתם להגיע להישגים או לשפר את הישגיהם וביצועיהם. חוסר אוניס נרכש עלול גם להקשות על עובדים לקבל על עצמם שגרה של טיפולים, או שמירה על אורח חיים בריא, עקב חוסר האמון שלהם באפשרות להשגת שינוי או שיפור.

4. היעדר זמן פנוי

מתכונת ההעסקה של מהגרות עבודה בענף הסיעוד הביתי היא כאמור בהיקף של 24/6 ושינה בבית המטופל. לא ניתן היתר להעסקת מהגרת עבודה בסיעוד הביתי אלא במתכונת כאמור. על כן, מעצם מהותה – מתכונת העסקה כאמור לא מותירה לעובדת זמן פנוי לאוורור ומנוחה.

על פי הספרות, מספר נמוך של ימי חופש פוגע במצב הנפשי. ההשלכות הסוציאליות והבריאותיות כתוצאה מהיעדר זמן פנוי דוברו רבות גם בכתיבה בישראל⁴², וגם במחקרים בינלאומיים⁴³, והמוסד לבטיחות וגהות הראה במחקריו שקונפליקט בית עבודה עשוי להיות בהסתברות גבוהה גורם לשחיקה גבוהה מאוד⁴⁴. במסגרת הצהרת המאה של ארגון העבודה הבינלאומי מיום 21/6/2019, הגיעו כל המדינות החברות להצהרה משותפת המתייחסת לשוק העבודה העתידי ובין השאר הצהירו כי יש להתמקד בצורך באיזון טוב יותר בין עבודה לבין חיים (זמן פנוי) על ידי עידוד עובדים ומעסיקים להגיע

⁴¹ ראו לעניין זה למשל:

Jayne Leonard, medically reviewed by Lori Lawrenz, PsyD, [What is learned helplessness?](#), Medical News Today 9/12/2024.

⁴² ראו למשל: ד"ר חני אופק-גנדלר (כיום שופט בית הדין הארצי לעבודה), "ענוחה" - בין עבודה למנוחה בעידן הדיגיטלי", **עיוני משפט** מ(1) 2017.

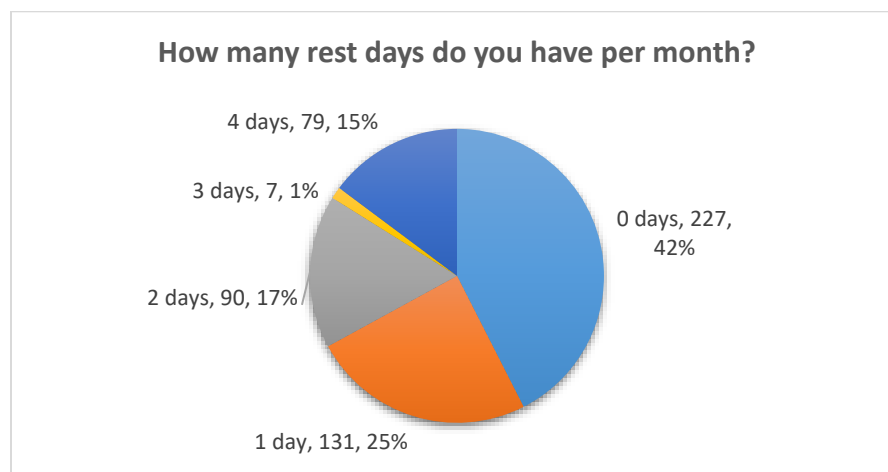
⁴³ Eshak, E.S. Mental Health Disorders and Their Relationship with Work-Family Conflict in Upper Egypt. J Fam Econ Iss 40, 623–632 (2019). <https://doi.org/10.1007/s10834-019-09633-3>

⁴⁴ ד"ר לליב אגוזי, ד"ר אשר פרדו, "סקר גהות ובריאות תעסוקתית ישראל 2023", המוסד לבטיחות וגהות, ינואר 2024.

להסכמות לגבי פתרונות, לרבות בנוגע לשעות העבודה, אשר ייקחו בחשבון את הצרכים ואת התועלות של הצדדים⁴⁵.

למרות זאת, מתכונת ההעסקה של מהגרות העבודה בענף הסייעוד הביתי, ואופן גיוסן והבאתן לישראל מייצרים כשל שוק אשר גורם לכך שלמעשה לא ניתן לקבל היתר העסקה אלא במתכונת של 24/6, ואופן גיוסן של העובדות ותשלום דמי התיווך הגבוהים גורמים לעובדות להסכים לעבוד גם במנוחתן השבועית כדי להחזיר את חובותיהן. מהעדויות שהגיעו אלינו, ישנן משפחות מטופלים אשר אינן מאפשרות לעובדות לקבל את יום מנוחתה ודורשות ממנה לעבוד באופן קבוע גם ביומה החופשי, לצד עובדות שנואשות לכל הכנסה נוספת בין היתר לאור תשלום דמי התיווך הגבוהים ששילמו על מנת להגיע לעבוד בישראל, וכפי שיוצג בהמשך, לכן מבקשות לוותר על יום מנוחתן.

כך עולה גם מהסקר, שם על פי הממצאים, אחוז משמעותי מהעובדות דיווחו על 0 ימי מנוחה בחודש (42%) ואחוז גבוה דיווח על 1-2 ימי חופש בחודש בלבד (42%).



ש', עובדת מהפיליפינים, אמרה: "כשהתחלתי לעבוד גם בשישי-שבת, היא התחילה להגיד לי שלא מגיע לך חופש בגלל שאני משלמת לך... ועד היום אם אני צריכה חופש אני לוקחת פעם ב-2-3 חודשים... אם אני רק מדברת על חופש, אז היא הופכת את הסביבה לבלתי אפשרית... כמעט שנתיים שלא לקחתי חופשת מחלה או משהו כזה, רק מעט מאוד ימים חופשיים שאני יכולה לספור על אצבעותיי... אני גם בן אדם, אני מתעייפת, אני לא מרגישה טוב, אני חולה וכל זה, אבל היא לא מבינה את זה, היא לא סימפטית או משהו כזה, היא לא מבינה את הסיטואציה שלי. ועדיין זו העבודה האחרונה שלי, אני לא יכולה להחליף כי אני מעל 4 שנים ו-3 חודשים. למען האמת, לפעמים זה מאוד מאוד קשה מנטלית, הפיזי – זה כלום – אבל מנטלית אני לכודה כאן. אני באמת לכודה (trapped)".

5. מחסור באוכל

המגורים בבית המטופל מזמנים כאמור שליטה של המטופל, ובמצבי קצה שהגיעו אלינו בקו לעובד עולה שאחד מהתחומים עלולים להיות שליטה במזונה של העובדת, אשר עשוי גם כאן לגרום למצוקה

⁴⁵ ILO, [ILO Centenary Declaration for the Future of Work](#), 26/6/2019.

רבה. על פי העדויות, ישנם מעסיקים שאינם מרשים להכניס מזון שהיא קונה בעצמה (לרוב מטעמי כשרות); ישנם כאלו שמגבילים אותה בכמות המזון שמותר לה לצרוך ואף אוסרים עליה לאכול חלק מהמזון שנמצא בבית (במיוחד מזון שנחשב עבורם יקר, כמו בשר ודגים ופירות); ישנם כאלו שדורשים שתאכל רק את המזון שהיא מכינה עבור המטופל (ללא תבלינים ומלח) ואוסרים עליה לקנות את התבלינים ממדינת המוצא שלה. כך למשל, אחת העובדות שהגיעה לקו לעובד סיפרה שירדה במשקלה 9 ק"ג במהלך חודשים ספורים מתחילת עבודתה בישראל.

ד', מטפל מהפיליפינים סיפר: "שאלתי פעם אחת 'אני יכול לקחת בננה?' בגלל שהייתי כל כך רעב, והייתי מותש. 'אוקיי, תיקח אחת', הוא אמר. ואז, בזמן שאני מחזיק את הבננה הוא הוסיף 'ואז רותי תהרוג אותך'."

היעדר פרטיות וחדירה לחיים האישיים, פיקוח מוגבר והעדר גבולות אם כך חודרים גם לפינת האוכל, ומעבר להשלכות הפיזיות במקרים של היעדר תזונה מספקת, נושא האוכל הינו סוגיה למחלוקת עם מטופלים, אשר גורמת להרבה מועקה ולחץ נפשי לעובדות.

ג', עובדת מהפיליפינים, אמרה: "היא גם לא רצתה שאני אבשל שם. אז אכלתי רק בחוץ. יש פיליפינית בבית האבות שמבשלת ואני משלמת לה 25-30 ש"ו ואוכלת. בבוקר אני אוכלת רק לחם ושותה קפה. ארוחת ערב אני גם מזמינה אצלה. כל יום אני משלמת בין 50-60 ש"ו על אוכל. בהתחלה זה היה בסדר. אבל אחרי חודשיים-שלושה הריח הפריע לה, למרות שזה היה רק רוטב עגבניות, שהיא גם אוכלת."

6. קשיים בנגישות לשירותי בריאות

חוק עובדים זרים, התשנ"א-1991 קובע שמהגרי עבודה יבטחו בביטוח רפואי במימון המעסיק. עם זאת, הביטוח נרכש מחברות ביטוח פרטיות, ולא באמצעות חוק ביטוח בריאות ממלכתי, תשנ"ד-1994, כשבעל הפוליסה הוא המעסיק ולא העובד. שירותי הבריאות שמכוסים על ידי חברות הביטוח אינם מקיפים כמו השירותים שזכאים להם מבוטחים לפי חוק ביטוח בריאות ממלכתי, כמו אי-מתן שירותי בריאות בגין מצב רפואי קודם, ועצם העובדה שבעצם אין שליטה לעובד על ביטוחו. עובד אינו יכול לבטח את עצמו אם המעסיק מפר את חובתו על פי חוק עובדים זרים, אלא רק בתקופת מעבר בין מעסיקים (וגם אז העובד רשאי לבטח את עצמו רק עד 90 יום בלבד שלא ניתן להאריך)⁴⁶.

יתרה מכך, ככל שמצבה הרפואי של עובדת התדרדר באופן שלא מאפשר להמשיך בעבודה שלשמה הוזמנה לישראל במשך מעל 90 יום (בהתאם לקביעה של רופא תעסוקתי), חברת הביטוח רשאית להפסיק את הביטוח הרפואי מטעמים של אובדן כושר עבודה, כך שתוכל לקבל רק כרטיס טיסה בחזרה לארצה. במקרים בהם העובדת מועסקת יותר מ-10 שנים בישראל, ונקבע על ידי רופא תעסוקתי שלא תוכל לעבוד למעלה מ-90 יום, היא תהיה זכאית לפיצוי חד פעמי מחברת הביטוח, שנוון להיום עומד על סך של כ-90,000 ש"ח, אך הוא מותנה בעזיבתה את ישראל חזרה למדינת המוצא. למעשה, מדינת ישראל מייצאת את העלויות הכלכליות והחברתיות הכרוכות בטיפול בעובדת שחלתה במחלה קשה, או

⁴⁶ ראו לעניין זה: נטע משה, "שירותי בריאות לעובדים זרים ולחסרי מעמד אזרחי", מרכז המחקר והמידע של הכנסת (11/6/2013).

אם נפגעה באופן קשה, חזרה למדינת המוצא, פעמים רבות תוך פגיעה קשה ברצף הטיפול, ותוך מניעת טיפולים מצילי חיים.

יתרה מזאת, למרות שלכאורה עומדת בפני העובדת האפשרות להפעיל את הביטוח ולפנות לקבל טיפול רפואי ולבצע בדיקות סקר תקופתיות, עובדות ממעטות לעשות זאת בין היתר בשל היעדר זמן פנוי, בשל הצורך הרב להתפרנס ולהחזיר חובות, וכמו כן בשל אתגרים שפתיים בגישה לשירותי בריאות ושירותים חיוניים אשר ניתנים בשפה העברית בלבד ואינם נגישים לאוכלוסיות מגוונות, או בשל חוסר היכרות עם הבירוקרטיה הנדרשת להזמנת תורים ולקבלת שירותים בישראל בהשוואה למדינת המוצא⁴⁷.

בתגובה לאחד הפוסטים בדף הפייסבוק של קו לעובד לגבי החשיבות של גילוי מוקדם של מחלת הסרטן, מטפלת השיבה: "תודה על התמיכה וההצעה, אבל מערכת הבריאות כל כך איטית, אנחנו צריכים לחכות חודש או יותר בשביל תור, ואחרי שמקבלים תור, שוב כדי לקבל את הממצאים צריך לחכות הרבה זמן, והרבה פעמים בגלל היעדר זמן אנחנו מוותרים על הבדיקות באמצע וסובלים".

ג', עובדת מהפיליפינים, כשנשאלה האם יש לה המלצות לשיפור המוגנות של מטפלות סיעודיות בישראל: "...כשהולכים לקופת החולים צריך לויז ולקבוע תור. אפילו אם זה חירום, צריך לתאם תור. זה קרה לי. כשהלכתי לכללית בכפר סבא בגלל לחץ בחזה, שאלו אותי אם יש לי תור ואז ביקשו ממני לקבוע תור אבל כל הרופאים היו תפוסים. רק כשהתעלפתי אז פינו אותי לאמבולנס, אבל בקופת החולים צריך תור קודם. בפיליפינים אפשר ללכת פשוט, לחכות קצת, ואז מקבלים אותך. אבל כאן צריך לוח זמנים מסודר".

ג. סיכונים הנובעים מיחס המטופל והסביבה – התעמרות בעבודה, אלימות ואלימות מינית

מכיוון שמקום העבודה נמצא בבית המטופל, ומשמש גם כמקום המגורים של המטפלת, נוצר כאמור שטוש בין המרחב הפרטי ובין המרחב המשותף, מה שגורם לפגיעות רבה להתעמרות בעבודה, הטרדה מינית ובמקרי קצה אלימות מסוגים שונים.

על פי הממצאים בסקר, 44% מהמשיבות העידו שהן חוו התעמרות בעבודה או התנהגות פוגענית. מדובר כמעט מחצית מהמטופלות שחוות פגיעה בעבודה. מתוכן 63% חוו זאת מהמטופל, 18% מהמטופל ובני משפחתו, 17% מבני המשפחה בלבד, ו-2% מאחרים בסביבת העבודה (השכנים, גורם מחברת הסיעוד או גורם אחר). למטפלות אלו לא ניתנת כל מעטפת של הגנה, תמיכה או סיוע בהתמודדות או בטיפול ובמניעת ההתנהגות הפוגענית, ורבות מהן נאלצות להמשיך בעבודתן לצד המטופל מהסיבות שצוינו לעיל.

בנוסף ליחס פוגעני והתעמרות בעבודה, 36 משיבות על הסקר העידו כי חוו גם הטרדה מינית מאחד הגורמים – 50% מתוכן על ידי המטופל (18, מחצית מהמשיבות). מדובר בהתנהגות פוגענית פלילית שמשליכה על מצבן של המטופלות, בריאותן התעסוקתית, והמשך הישארותן במקום העבודה. אמנם מדובר ב-6% מתוך כלל המשיבות לסקר, אך בנושא זה ישנו תת דיווח משמעותי כשלמעשה עובדות רבות אינן מלינות על הטרדה או תקיפה מינית.

⁴⁷ Ayalon, L. 2008.

תת הדיווח והטיפול החסר בהטרדות/תקיפות מיניות של עובדות סיעוד עולה מזה שנים ארוכות בדיונים בכנסת, ובמחקרים שונים. כך למשל, כבר בדיון שהתקיים לפני למעלה מעשור בוועדת המשנה למאבק בסחר בנשים צוין שמהגרות עבודה אינן מרבות להתלונן למרות שרמת הפגיעות שלהן היא גבוהה ביותר, ושאלומות ותקיפה מינית הן "תופעה שכיחה" בענף הסיעוד, בין אם מדובר באלימות מצד מטופלים חולי אלצהיימר ודמנציה, אלימות מצד קרובי משפחה וחברים והטרדות ותקיפות מיניות מצד מטופלים גברים ובני משפחה⁴⁸. אך למרות שפעמים רבות הרקע לאלימות מילולית או פיזית עשוי להיות מצבו הרפואי של המטופל והשאלה האם הוא מקבל את הטיפול הרפואי המתאים לו, אין בכך כדי להצדיק את הפקרתן של העובדות. הנושא חזר ועלה בוועדה המיוחדת לעובדים זרים גם בשנים האחרונות שם גם דובר בצורך להבטיח שלעובדות סיעוד שעוברות הטרדה או תקיפה מינית תינתן הזדמנות אמיתית להשתקם ולקבל טיפול ראוי, במקום להישלח מיידית למעסיק חלופי או חזרה למדינת המוצא⁴⁹.

על פי נתונים שהתקבלו מרשות האוכלוסין וההגירה לפי חוק חופש המידע, תשנ"ח-1998, בשנת 2023 התקבלו אצל המפקחת הראשית על עובדות סוציאליות בלשכות הפרטיות לסיעוד 96 תלונות על חשד להטרדה/תקיפה מינית של מהגרות עבודה בבתי מטופלים. מתוכן 33% היו ביחס לבן משפחה (32 מתוך 96), ו-67% היו ביחס למעסיק/מטופל (64 מתוך 96). כל התלונות התקבלו אצל המפקחת הראשית באמצעות עובדות סוציאליות מטעם לשכות הסיעוד הפרטיות. בעקבות התלונה, 75% מהעובדות סיימו את עבודתן אצל המעסיק (72 מתוך 96). רשות האוכלוסין וההגירה נקטה בסנקציות כנגד 16 מעסיקים בלבד, כשב-10 מהמקרים נשללו היתרים וב-6 מקרים אחרים ההיתר הוגבל להעסקת עובד ממין זכר בלבד.

מהגרות העבודה נמצאות בארץ בגפן, מנותקות מארצן, אינן מכירות את מנהגי המקום ואת שפתו, את חוקי העבודה וחוקים אחרים (כמו החוק למניעת הטרדה מינית), משועבדות להחזרת ההלוואה שלקחו בגין דמי התיווך, חיות ועובדות בבתי המעסיקים רחוק מעיניים מפקחות. על כן, המספרים הנמוכים אינם מעידים על היקף פגיעה נמוך, אלא גם היום נובעים מתת דיווח מתמשך ולא מטופל על מקרי אונס, תקיפה ואלימות בקרב עובדות סיעוד⁵⁰.

ד. סיכונים הקשורים למעמד החוקי (זכויות עובדים, תנאי שהייה)

1. מודעות נמוכה לזכויות, קשיים באכיפת החוק

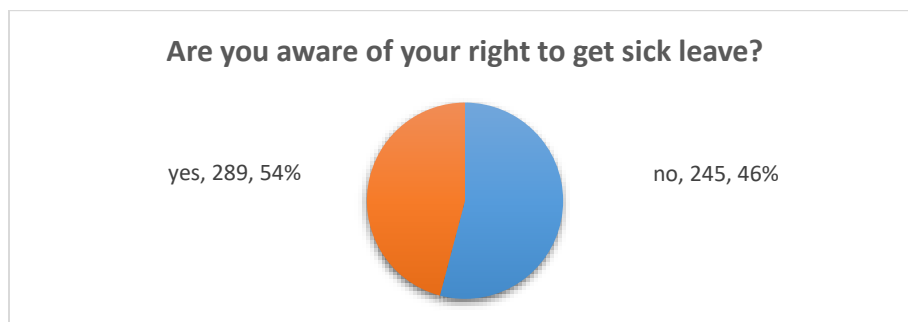
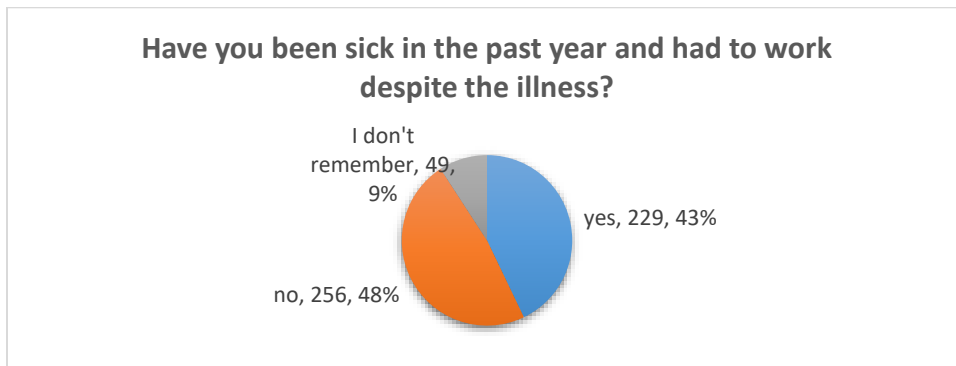
בנוסף לאתגרים בגישה לשירותי הבריאות שצוינו לעיל, עובדות הסיעוד אשר מגיעות לישראל אינן מכירות את ההסדרים החוקיים המקובלים בישראל, או את זכויותיהן בעבודה, בהיעדר הדרכה והסברה. נוסף לחובת ביטוח, שאוזכרה קודם, חוק עובדים זרים מסדיר את יתר תנאי העסקתם של מהגרי העבודה, וחובות מעסיקיהם כמו מסירת הסכם כתוב בשפתה של העובדת, וחקיקת המגן קובעת

⁴⁸ גלעד נתן, (2010) [עבירות מין נגד עובדות זרות](#), מרכז המחקר והמידע של הכנסת.
⁴⁹ ראו לעניין זה את דבריהן של עו"ד מיטל רוסי, מנהלת תחום סיעוד בקו לעובד לשעבר, ועו"ד דינה דומיניץ, מתאמת המאבק בסחר בבני אדם ופוליגמיה, משרד המשפטים בדיון בוועדה המיוחדת לעובדים זרים בנושא "ישיבת מעקב אודות טיפול הרשויות בתופעת האלימות המינית כלפי עובדות ועובדים זרים" מיום 21/2/2022.
⁵⁰ ראו לעניין גם נייר עמדה של קו לעובד בנושא [מניעה וטיפול במקרים של עבירות מין נגד מהגרות עבודה במסגרת תעסוקתן](#), קו לעובד 18/10/2021.

את הזכויות הסוציאליות להן העובדת זכאית כמו הזכות לדמי מחלה, לחופשה שנתית, הזכות לקבל תלוש, פיצויי הלנת שכר, ועוד. למרות זאת, עובדות רבות אינן מודעות לזכותן לקבלת ימי מחלה בתשלום, או לא מאפשרות לעצמן לקחת ימי מחלה כדי לא להשאיר את המטופלת בלי מחליפה.

הספרות מעידה שתופעת ה'נוכחנות' (עבודה גם כאשר עובד או עובדת נמצאים במחלה) נפוצה, ותלויה במאפיינים שונים כמו ענף ומגדר. כך למשל, על פי מחקר שהתפרסם לאחרונה, עולה שתופעת הנוכחנות נפוצה יותר אצל נשים, בין היתר מסיבות שנוגעות לאחריות כלפי העבודה, עומס עבודה על עמיתים וחשש מהצטברות עבודה. כך גם גורמי לחץ שונים כמו אי-ביטחון תעסוקתי, עלול להוביל עובדים להגיע למקום העבודה גם במחלה⁵¹.

על פי הממצאים בסקר, עולה שלכאורה תופעת הנוכחנות נפוצה גם בקרב מהגרות עבודה בסייעוד הביתי. כמחצית מהמשיבות לא ידעו על זכותן לימי מחלה בתשלום (46%), למרות שכ-43% מתוכן העידו על כך שהיו חולות בשנה האחרונה. העובדות מעידות שלמרות מצבן הרפואי, הן המשיכו לעבוד.

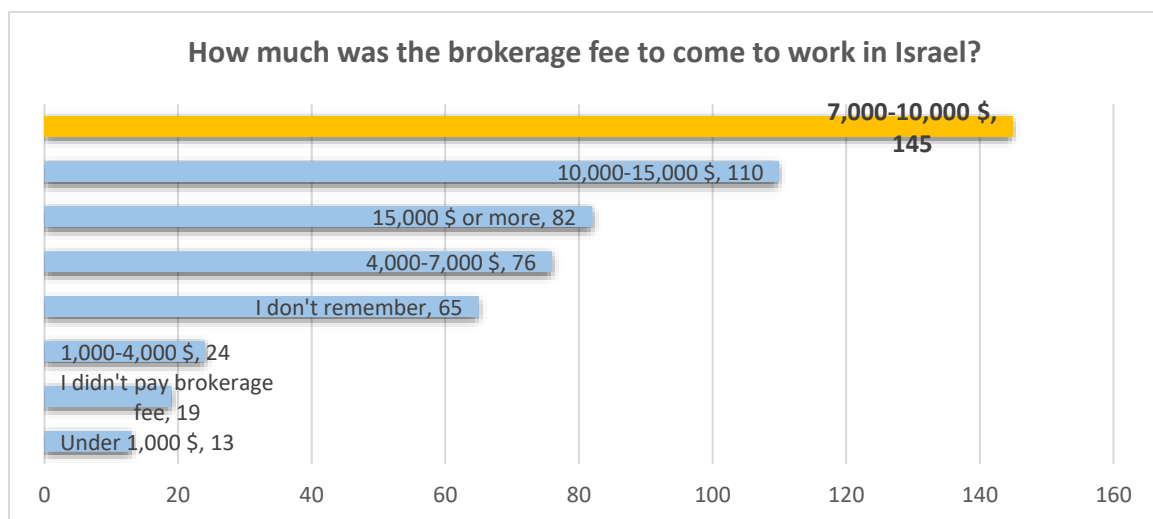


כך למשל, ג', עובדת מהפיליפינים, סיפרה שבאחד הימים היא התעלפה ליותר מ-30 דקות בבית המעסיק, ופינו אותה לבית החולים. כששחררו אותה מחדר המיון, אמרו לה שעליה לנוח. הגורם להתעלפות היה תעסוקתי – ג' עבדה מעל שנה בבית המטופלת כמעט בלי שינה. בעקבות זאת המעסיקה פיטרה את העובדת. "הטריגר לדבר הזה היה בגלל מחסור בשינה וסטריס... הרופא במיון אמר לי אותו דבר. הוא אמר שאני צריכה ללכת לקופ"ח כללית כדי לקבל תעודת מחלה. אבל כשחזרתי לבית המטופלת היא הודיעה לי שהיא לא רוצה אותי יותר כי היא פחדה שזה יקרה שוב..."

⁵¹ חיים בליך, [עבודה בעת מחלה: תופעת הנוכחנות בישראל](#), מרכז טאוב, דצמבר 2024, עמ' 10-8.

2. דמי תיווך

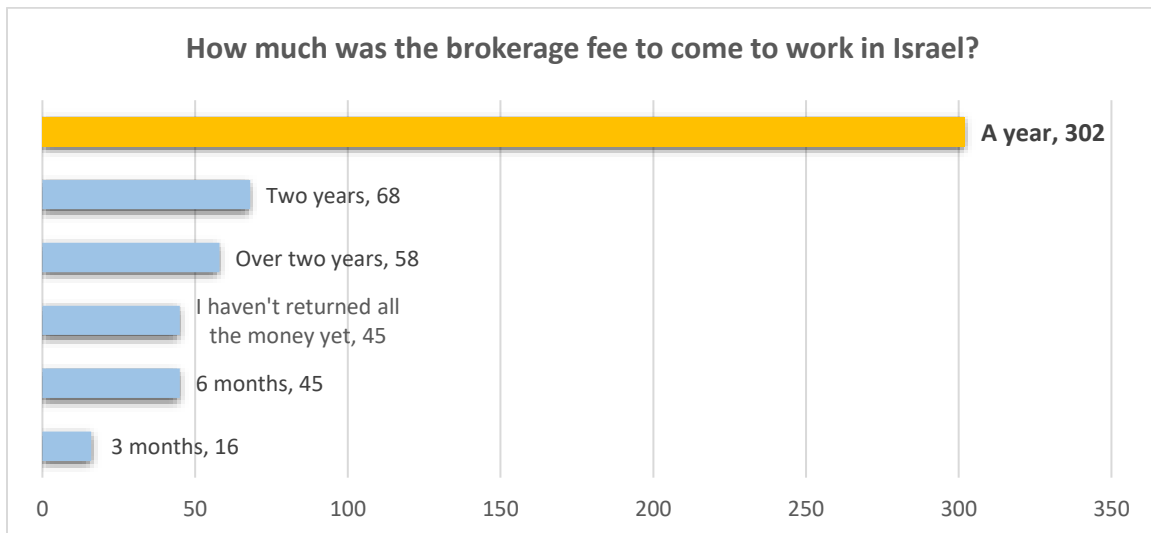
בענף הסיעוד, אשר מועסקים בו קרוב ל-45% מכלל מהגרי העבודה השוהים בישראל באשרה⁵², נכון להיום קיים הסכם בילטראלי פעיל אחד, של עובדים ועובדות מסרי לנקה. הגיוס של שאר העובדות נעשה באופן פרטי, באמצעות סוכנות בארץ המוצא אשר מתאמת עם הלשכה הפרטית המורשית בישראל, אשר מאתרת את המועמדות לעבודה בישראל. אופן איתור העובדות אינו מפקח, ומוביל לתשלום דמי תיווך על ידי עובדות הסיעוד, לעתים בסכומים אסטרונומיים ובאופן לא חוקי, ישירות לסוכנות בארץ המוצא. כתוצאה מכך, עם הגעתן לישראל העובדות בעצם נמצאות בחובות גבוהים ביותר, המייצרים צורך לעבוד יותר ובסכומים גבוהים יותר, וכמובן, מצוקה נפשית גבוהה. עובדים ועובדות המשלמים דמי תיווך (כאמור, כמעט כל עובדי הסיעוד) – עלולים להפוך לעובדים בכפייה⁵³.



כפי שניתן לראות לעיל, על פי הממצאים בסקר, לפי דיווח העובדות נכון לתקופה שקדמה ל-7 באוקטובר, שיעור דמי התיווך ששולמו כדי להגיע לעבוד בישראל היו כדלקמן: 27% מהמשיבות ציינו ששילמו בין 7,000-10,000 דולר (145 מתוך 534), 21% מהמשיבות שילמו בין 10,000-15,000 דולר (110 מתוך 534), 15% מהמשיבות שילמו מעל 15,000 דולר (82 מתוך 534), 14% שילמו בין 4,000-7,000 דולר (76 מתוך 534), והיתר 23% ציינו שאינן זוכרות, לא שילמו או שילמו סכום נמוך מ-4,000 דולר (121 מתוך 534).

כ-57% מהעובדות דיווחו שהצליחו לשלם חזרה את דמי התיווך תוך שנה, אך חלק לא קטן העיד שנדרש להן זמן ארוך יותר כדי להחזיר את החובות שאליהם הן נקלעו כדי להגיע לעבוד כאן, כשמעל 10% ציינו שלקח להן יותר משנתיים של עבודה מאומצת בישראל עד שהצליחו להחזיר את דמי התיווך.

⁵² ראו לוח 5, רשות האוכלוסין וההגירה, [נתוני זרים בישראל](#), מהדורה מס' 3, אוקטובר 2024.
⁵³ חנה קופפר, [סחר בבני אדם: מגמות עדכניות, דרכי איתור, זיהוי וטיפול](#), רשות האוכלוסין וההגירה, מרץ 2018.



התוצאה של תשלום דמי התייווך היא הגדלת אי השוויון ופערי הכוחות בין העובדת למעסיק בשל חשש גדול מפיטורין וחוסר אפשרות לספוג תקופת אבטלה. קשיים אלו מחלישים אף יותר את יכולתה של העובדת לדאוג לצרכיה החברתיים, התעסוקתיים, הבריאותיים והנפשיים, וכתוצאה מכך מחמירים את תלותה במעסיק. הצורך להחזיר את החובות שנוצרו לעובדת בשל תשלום דמי התייווך מכריח את העובדת למעשה להסכים לעבוד בתנאים קשים יותר כדי להצליח להחזיר את החוב. כך למשל, כפי שצוין לעיל, דמי תיווך גבוהים מעודדים אי ניצול הזכות לימי חופש כדי להגדיל את השכר, או עבודה בעת מחלה ואי ניצול ימי מחלה, וכאמור מספר נמוך של ימי מנוחה פוגע בבריאות הנפשית והפיזית, ומשפיע על תפקוד העובדות. גורמי סיכון אלו היו עשויים לתרום לכך שכ-81% דיווחו על כך שפיתחו בעיות בריאות הנובעות מעבודתן.

מסקנות והמלצות

מהמחקר עולה, שלדפוסי עבודתן של מהגרות העבודה בענף הסיעוד הביתי עלולות להיות השלכות על בריאותן. הן חשופות לניצול כלכלי, פגיעות לניצול מיני, לפרקטיקות של ניצול משאבי העבודה שלהן ללא הגבלת שעות, לאלימות נפשית, למחסור במזון, לנזקי גוף עקב עומס העבודה ולשחיקה. בנוסף, נמצא שמכשולים מוסדיים וחברתיים מונעים מהמהגרות שימוש באמצעים חוקיים לשם הגנה על עצמן. הן עשויות להתמודד עם אתגרים בגישה לשירותי בריאות ולשירותים חיוניים אחרים בשל מחסומי שפה ובשל מעמדן כמהגרות.

בשל מורכבות העבודה, ניתן היה לצפות שמדינת ישראל תקפיד על הכשרתן של עובדות הסיעוד ויידוע שלהן בדבר גורמי הסיכון שהן חשופות אליהם, כמו גם הבטחת מתן ציוד מגן אישי לצורך שמירה על בטיחותן ובריאותן במהלך העבודה. אך למעשה, על פי הסקר שערכנו, מעל שליש מהמשיבות ציינו שהן לא קיבלו הדרכה על גורמי הסיכון שהן חשופות אליהם בעבודתן, הדרכה או ציוד להרמת מטופלים, וגם לא קיבלו ציוד מגן לשמירה מפני גורמי סיכון כימיים או ביולוגיים, ושליש נוסף העיד שלא קיבלו הדרכה על חומרים מזיקים שהן יעבדו איתן, או ציוד מגן.

בשל התלות ההדדית בין מהגרת עבודה לאדם סיעודי, בשל חיוניותה של העבודה אותן מבצעות מהגרות העבודה בענף הסיעוד הביתי, ובהיעדר פתרון אחר לקשישים ולאנשים עם מוגבלות סיעודיים בישראל, היה ניתן לשער שמדינת ישראל תקדם גם מדיניות שמיטיבה עם מהגרות העבודה שמוזמנות לעבודה בישראל. לדוגמה, הקמת מנגנונים להבטחת בטיחותן ובריאותן, כמו גם קידום זכויותיהן למנוחה ושירותי בריאות, במהלך עבודתן בישראל. מההיגיון הפשוט עולה שבעבודת הסיעוד במיוחד, טובתם של העובדות והמעסיקים כרוכה אחד בשני, ושאינן מדובר בשני צדדים מנוגדים, אלא בריקוד משותף שאמור להיטיב את הטיפול ואת הרווחה המשותפת. אך בניגוד להיגיון, מדיניות המדינה מתייחסת לעובדות כאל שקופות, ומתעלמת מהשלכות העבודה על בטיחותן ובריאותן.

לאור זאת, אנו ממליצים על שינויי מדיניות לצמצום גורמי הסיכון, ולשיפור ההגנה על בריאותן של מהגרות עבודה בענף הסיעוד הביתי והבטחת שלומן, בתחומים הבאים:

א. קידום מניעה:

1. העלאת מודעות:

א. העובדות עצמן. יש להפיץ באמצעות הלשכות הפרטיות וחברות הסיעוד ובאמצעות כל דרך אחרת (למשל פרסום ברשתות החברתיות ובאפליקציות ייעודיות) הסברים לגבי החשיבות של בדיקות תקופתיות, העלאת מודעות לגורמי הסיכון השונים ויידוע לגבי זכויותיהן של העובדות בשפות הרלוונטיות.

ב. חברות הסיעוד והלשכות הפרטיות. יש לחייב לדווח לרגולטורים לאחר ביקורי הבית בדבר העומס הפיסי המוטל על העובדות, ציוד המגן שניתן לה, גורמי הסיכון השונים הקיימים בעבודתה, והאם היא ישנה לפחות 7 שעות רצופות ביממה ומנצלת את המנוחה השבועית. כמו כן, ניתן לייצר מנגנון לבדיקה שבועית מהירה לבחינת רשימת נושאים ממוקדת כגון רמת תפקוד המטופל והימצאותו של ציוד מגן זמין כמו גם תקינותו.

ג. מטופלים ומשפחותיהם. העלאת מודעות בנוגע לגורמי הסיכון השונים, חובותיהם לדאוג לציוד המגן שניתן לעובדת, לחובתן לאפשר מנוחה שבועית, הפסקות, ארוחות מסודרות, יציאה לבדיקות רפואיות, לעודד אותן לעזור לעובדות לקבוע תורים, לרכוש או לשכור ציוד ארגונומי כדי למנוע פגיעות שלד ושריר⁵⁴, ולהבהיר כי העובדת אינה נותנת מענה לכלל בני המשפחה אלא מטפלת במטופל בלבד.

2. התמקצעות עובדות והתאמה למטופלים:

א. על המדינה להבטיח שמהגרות עבודה מקבלות את ההכשרות וההדרכות אשר ניתנות לעובדות סיעוד ישראליות על ידי חברות הסיעוד. כמו כן, יש להבטיח שתכנים הנוגעים לבטיחות ובריאות תעסוקתית (OSH) וגורמי הסיכון הקיימים בעבודתן מקבלים ביטוי בסילבוס, כמו גם הדרכה על צמצום הסיכונים ושימוש באמצעי מגן.

ב. יש לקדם התאמה של מטפלת למטופל (למשל לפי רמת תפקוד, לפי גיל, לפי משקל ועוד אפיונים), לצמצום גורמי סיכון כמו גורמי סיכון ארגונומיים למינימום האפשרי.

⁵⁴ המוסד לבטיחות וגהות, קווים מנחים לעבודה בטוחה לעובדי סיעוד במחלקות גריאטריות וסיעודיות, ספטמבר 2017.

3. **הפגת בדידות**: יש להקים מערך להפגת בדידות בקרב עובדות סיעוד, לצמצום תחושת הבדידות האישית, הרגשית והחברתית והבטחת מענים להתמודדות עם הבדידות ומצוקות רגשיות ונפשיות.

4. **חופשה שנתית**: עידוד עובדות הסיעוד לנצל את החופשה השנתית שמגיעה להן על פי דין וחיידוד מול המעסיקים בדבר החובה לאפשר לעובדת לנצל את החופשה מבלי להטיל על כתפיה את הצורך לאתר מחליפה במהלך החופשה.

ב. הנגשת שירותי בריאות:

1. בדיקות סקר ובדיקות תקופתיות יזומות:

א. יש לעודד את העובדות לבצע בדיקות סקר תקופתיות⁵⁵, שתהיינה ממוננות על ידי חברות ביטוח הבריאות, ולייצר מנגנון תזכורת לעובדות בגלל היעדר זמן פנוי והצורך בזמינות 24/6 עבור המטופל.

ב. יש לשקול לחייב ביצוע בדיקות תקופתיות לעובדות אשר נמצאות ברמת סיכון גבוהה לפגיעות שריר-שלד על ידי רופא מומחה למען מניעת נזק מצטבר, או התפרצות של דלקות בשל גורמי סיכון ארגונומיים הנפוצים בסביבת העבודה.

2. **עידוד ביצוע חיסונים והדרכה להיגיינה למניעת הפצת מחלות**: בדומה לתוכנית לחיסונים לסטודנטים למקצועות הבריאות ולעובדי מערכת הבריאות⁵⁶, וזאת על מנת למנוע הדבקה, עקב הטיפול, במחלות ממטופלים, או העברת מחלות למטופלים.

3. **ביטוח רפואי**: הגברת האכיפה של חוק עובדים זרים כך שמעסיקים יבטחו את העובדות תוך שקיפות מלאה מהיום הראשון להעסקה, מתן אפשרות לעובדת אשר חלתה במחלה קשה או נפצעה להישאר לקבל את הטיפולים הרפואיים מצילי החיים שהיא זקוקה להם, ולא לייצא את התחלואה למדינת המוצא.

4. **שיפור הנגישות השפתית של שירותי הרפואה**: יש להגביר את נגישותם של השירותים הרפואיים לעובדות דוברות שפות שאינן עברית, ולצמצם את החסמים הברוקרטיים שעומדים בדרכן למימוש זכויותיהן הרפואיות.

ג. שיפור ההסדרה:

1. **עדכון רשימות המחלות התעסוקתיות בפרט בנושא של פגיעות שריר-שלד**.

2. **אימוץ והטמעת סטנדרט של בטיחות וגהות בעבודה הביתית** (למשל התאמת ציוד חיוני, התאמת מספר מטפלות למידת מורכבות הטיפול או למספר מטופלים, קריטריון לחיוב בצידוד הרמה). לעניין זה יש לציין שאמנם מכון התקנים הישראלי אימץ את תקן 12296 לשינוע והזזה ידניים של אנשים במגזר שירותי הבריאות אך נכון להיום לא מדובר בתקן מחייב⁵⁷. יש לוודא שהתקן מוטמע כתקן מחייב במסגרת הסביבה הטיפולית בישראל ומוחל בהתאמות המחויבות

⁵⁵ בכלל זאת: בדיקות המטולוגיה + כימיה, בדיקת שתן כללית, בדיקת רופא, לחץ דם, תפקוד ריאות, ראייה ושמיעה. בנוסף, ניתן לבצע פעם בשנה את אחת מהבדיקות הבאות: ארגומטריה, ממוגרפיה, גניקולוגיה, צפיפות העצם.

⁵⁶ ראו לעניין זה את פרטי התוכנית באתר משרד הבריאות כאן.

⁵⁷ ד"ר יוהנה גייגר, תקן ישראלי 12296: ארגונומיה - שינוע והזזה ידניים של אנשים במגזר שירותי הבריאות, המוסד לבטיחות וגהות, 2017.

גם על טיפול ביתי⁵⁸. בד בבד, יש לבצע פיקוח על ידי לשכות הסיעוד הפרטיות להטמעת הסטנדרט.

3. שעות עבודה ומנוחה :

א. הסדרת מתכונת שעות העבודה והמנוחה במסגרת עבודת הסיעוד הביתי (זכותן של העובדות לשינה רצופה, לפנאי ולמנוחה, עבודה במשמרות ועוד) ;

ב. יש להרחיב את האפשרות של העסקה בשיטת LIVE OUT, בה העובדת מתגוררת מחוץ לבית המטופל ;

ג. יש לעודד עבודה במשמרות כדי לאפשר לעובדות הפוגה, זמן התרעננות ומנוחה מבלי להעביר את הנטל אל המטופלים או העובדות עצמן לדאוג להחלפה שעה שהן נעדרות.

4. מניעת הטרדה / תקיפה מינית :

א. יש לאמץ נוהל לעניין שיתוף הפעולה בין הביטוח הלאומי לבין רשות האוכלוסין וההגירה לשיתוף מידע בדבר מטופלים סיעודיים אשר דווחו ככאלה שקיים חשד לגביהם בנוגע להטרדה / תקיפה מינית של עובדות/ת ישראליות, לפני שהמטופל מקבל היתר להעסקת מהגרת עבודה בסיעוד.

ב. יש לחדד נהלים ברשות האוכלוסין וההגירה בנוגע ליידוע הממונה על עובדים זרים על הטרדה/תקיפה מינית עקב דיווח על הטרדה או פגיעה מינית, ועל תוצאות הליך הברור המינהלי ברשות.

5. דמי תיווך : יש לקדם גיוס עובדות ועובדים באמצעות הסכמים בילטראליים באופן בלעדי כדי למנוע את תופעת דמי התיווך ונזקיה.

מרץ 2025

⁵⁸ ראו לעניין הטמעת התקן את נייר העמדה [הטמעת גישה ארגונומית במערכת הבריאות](#), המועצה הלאומית לבריאות העובד והאגודה הישראלית לארגונומיה והנדסת אנוש, 13/9/2022.