

# מצליחה אך לא שורדת: חקר מקרה של תוכנית לטיפול בנפגעי אלכוהול<sup>1</sup>

ריקי סויה,<sup>2</sup> שמעון שפירז<sup>2</sup> ורוני אלרן-ברק<sup>3</sup>

מאמר זה מדווח על ממצאי חקר מקרה, שבדק מדוע תוכנית חדשנית לטיפול בנפגעי אלכוהול, שנמצאה מועילה ונחוצה, לא המשיכה לפעול מעבר לתקופת המימון הראשונית. המאמר סוקר את הגורמים שהשפיעו על שרידות התוכנית, בהתבסס על מקורות כתובים ועל ריאיונות עם ארבעה בעלי עניין מרכזיים. הדיון מדגיש את חשיבות מחויבות הארגון לתוכנית ואת הצורך באלוף תוכנית שייאבק על קיומה, ומציע דרכים להעלאת הסיכויים לשרידותה של תוכנית בסביבה שאינה אוהדת.

## מבוא

שאלת שרידותן של תוכניות חברתיות מעסיקה כיום גופים שמממנים מיזמים חברתיים (The Corner Stone Consulting Group, 2002; The California Wellness Foundation, 2002) ומפעילי תוכניות. למרות ההשקעה הרבה בפיתוח וביישום של תוכניות חברתיות והידע הרב שהצטבר בספרות המקצועית על טיבן של תוכניות מצליחות, עדיין המנגנונים או התהליכים שמאפשרים שרידות ברורים פחות (Marek, Mancini & Brock, 1999; Mancini & Marek, 1998; Sharir & Lerner, 2006). הבנה לא מספקת של התהליכים מביאה לתכנון ובנייה של תוכניות, ללא התייחסות לסיכויי השרידות שלהן (Fraser et al., 2006; Sarriot et al., 2004). בשנים האחרונות

- 1 הממצאים המדווחים כאן הם חלק ממחקר רחב יותר, הממומן בידי הקרן הלאומית למדע וקרן המחקר של המוסד לביטוח לאומי. ברצוננו להודות להם על תמיכתם. אנו מבקשים גם להודות למנהל היחידה לטיפול בנפגעי אלכוהול והימורים בעמותת אפשר, מר נחום מיכאלי, על שיתוף הפעולה שלו, על המשוב שנתן לגרסה מוקדמת של המאמר ועל היושר והכנות שבהם ענה את תשובותיו.
- 2 פרופסור, בית הספר לעבודה סוציאלית ע"ש שאפל, אוניברסיטת תל אביב.
- 3 בית הספר לעבודה סוציאלית ע"ש שאפל, אוניברסיטת תל אביב, מתאמת המחקר.

אנו עדים למאמץ גובר של אנשי מחקר וגופים מממנים להגדיר את התופעה "שרידות של תוכניות", לפתח מסגרות מושגיות להבנתה ולבחון משתנים שונים לניבוייה (Akerlund, 2000; Elsworth & Astbury, 2004; Johnson, Hays, Center & Delay, 2004; Light, 1998; Mancini & Marek, 2004; Savaya & Waysman, 1998; Savaya, Elsworth & Rogers, 2004; Shediach-Rizkallah & Bone, 1998; Weiss, Coffman & Boham-Baker, 2002). השאלה בדבר גורמים המקדמים או מעכבים שרידות של תוכניות חשובה, הן בגלל התקוות שתולים בהן והן בגלל המשאבים הכספיים והאנושיים המושקעים בהן.

לא ניתן להגיע להערכה מדויקת של אחוז התוכניות ששורדות על סמך הספרות הקיימת, וזאת בגלל שתי סיבות מרכזיות: הגדרות שונות של המושג "שרידות"; הפערים הגדולים בפרקי הזמן שנבחנו מהשנה הראשונה לקיומה של התוכנית (Fagen, 2001; Steadman et al., 1988) ועד חמש-עשרה שנה ויותר של פעילות (חובב וויינשטיין, 1997; Goodson et al., 2001; Marek et al., 1999; O'Loughlin, 1998; Pluye, 2002). עם זאת, מהממצאים המדווחים במחקרים השונים ניתן ללמוד שעד 40 אחוז מהתוכניות החדשות לא שרדו מעבר לשנים הראשונות שלאחר תום תקופת המימון הראשוני (Bracht et al., 1994; Chovav & Weinstein, 1997; Fagen, 2001; Goodson et al., 2001; Mancini & Marek, 1998; Oloughlin et al., 1998; Steadman, et al., 2002).

מכיוון שמאז הקמת מדינת ישראל מימנו גופים שונים – ממשלתיים, עסקיים ופילנתרופיים – מספר רב של תוכניות ניסיוניות, רחבות וקטנות היקף, היא יכולה לשמש סביבת מחקר אופטימלית לחקר התופעה. למרות זאת, ידוע לנו על שני מחקרים בלבד, שנערכו בידי שני גופים שהשקיעו משאבים רבים בפיתוח תוכניות, פרויקט שיקום שכונות (חובב וויינשטיין, 1997) והמוסד לביטוח לאומי (ניב, 2003; 2005) ועל עבודת מוסמך אחת שבדקה תוכניות שמימנה הסוכנות היהודית (בר-אברהם, 2006). לכן החלטנו לערוך מחקר רחב היקף שבודק שרידות של תוכניות שיושמו בארץ. במאמר זה אנו מדווחים על ממצאים מהשלב המקדים של המחקר: חקר מקרה של תוכנית טיפול נמרץ, שאוכלוסיית היעד שלה היתה נפגעי אלכוהול.

### נפגעי אלכוהול בארץ והטיפול בהם

צריכת אלכוהול בישראל, שהיתה נמוכה באופן מסורתי, נמצאת במגמת עלייה בשנים האחרונות, בעיקר בקרב מבוגרים צעירים (Rahav et al., 1999). ממצאים מסקרים אפידמיולוגיים, שעורכת הרשות הלאומית למלחמה בסמים ובאלכוהול, מראים שעד שנת 1998 היתה עלייה בצריכה של חומרים פסיכו-אקטיביים; בשנים 1998-2001 נרשמה

ירידה קלה; ובשנים 2001-2005 נשמרה יציבות. עם זאת, דווח שבצריכת משקות חריפים חלה עלייה בקרב מבוגרים ובני נוער כאחד (אזרחי ואחרים, 2006; נתן, 2007).

בישראל מקובלים שני אופני טיפול עיקריים בנפגעי אלכוהול: טיפול באשפוז וטיפול אמבולטורי. טיפול באשפוז זמין רק למספר מצומצם של אנשים; הוא יקר, קצר מועד ואינו מתאים לכל נפגעי האלכוהול (American Society of Addiction Medicine, 1996). טיפול אמבולטורי כולל בדרך כלל מפגשי ייעוץ אישיים, משפחתיים או קבוצתיים המתקיימים פעם עד פעמיים בשבוע, למשך זמן של עד שעתיים. טיפול זה אינו מתאים לצורכיהם של לקוחות רבים הנמצאים בשלבי טיפול ראשוניים, וזקוקים למסגרת מובנית ואינטנסיבית יותר. גם אין הוא מתאים לצרכים של לקוחות החסרים משאבים חברתיים מספקים וסובלים בו זמנית מבעיות רפואיות או פסיכיאטריות קשות (Finney, Hahn, & Moos, 1996). שיעור הנושרים בטיפול האמבולטורי מגיע ל-77 אחוז; יותר ממחציתם עוזבים במהלך חמשת המפגשים הראשונים (מיכאלי, אבני ושוויצר, 1989).

טיפול נמרץ. התוכנית הנדונה, טיפול נמרץ שמה, היתה אמורה למלא את החלל שבין הטיפול האישפוזי, האינטנסיבי והיקר, לבין הטיפול האמבולטורי, שמתפלים רבים נושרים ממנו קודם לסיום ההתערבות. התוכנית הופעלה כתוכנית ניסיונית בשני אתרי טיפול במרכז הארץ ובצפונה. בכל אתר היו שבעה מחזורי טיפול, כשכל מחזור נפתח עם 12-19 משתתפים. העלות החודשית של התוכנית למשתתף היתה כשליש מעלות הטיפול באשפוז, אך פי שלושה בקירוב מעלותו של טיפול אמבולטורי רגיל.

התוכנית התבססה על מודל IOT (Intensive Outpatient Treatment) שפותח בארצות הברית (Finney, Hahn, & Moos, 1996; Naggy, 1994) והותאם לתנאים בישראל. היא סיפקה מסגרת טיפול אינטנסיבית ומובנית בקהילה, בשלושה ימי פעילות בשבוע, בני שש וחצי שעות כל אחד, לתקופה של שמונה שבועות. כל יום החל בשיחת בוקר עם מנחה הקבוצה, שבה יכלו המשתתפים לחלוק עם חברי הקבוצה מניסיונם, לשאול שאלות, לסקור מפגשים קודמים ולהתכונן ליום הפעילות. באמצעה את מודל הקבוצה הסגורה, הציעה התוכנית מגוון פעילויות, שכללו טיפול קבוצתי, טיפול באמנות, ספורט ומידע על נושאים, כמו תזונה, בריאות, תעסוקה וכיוצא באלה. חלקים משמעותיים מהתוכנית הוקדשו למפגשים ברוח תוכנית אלכוהוליסטים אנונימיים (AA) שכוונו לעודד החלמה רגשית ורוחנית.

הפעילויות תוכננו להרחיב את הידע של המשתתפים על השפעת האלכוהול ונזקיו, ללמד אותם כישורים חדשים ולאפשר להם להפיק תועלת מהתמיכה הרגשית והאינסטרומנטלית שסיפקה הקבוצה – כל אלה נועדו לעזור להם להפסיק לשתות. מלבד זאת שאפה התוכנית להגביר את היענות המשתתפים לקחת חלק בתוכניות המשך אמבולטוריות פחות

אינטנסיביות, לשפר את יחסיהם עם בני משפחה וחברים, להפחית את הנזק הפיסי והרגשי של צריכת האלכוהול ולשלב אותם בכוח העבודה.

טיפול נמרץ היתה תוכנית ניסיונית שתוכננה והופעלה בידי היחידה לטיפול בנפגעי אלכוהול והימורים בעמותת אפשר, המפעילה את התוכניות האמבולטוריות לטיפול בנפגעי אלכוהול הממומנות בידי משרד הרווחה. המימון ההתחלתי לתוכנית טיפול נמרץ הגיע רובו מהקרן למפעלים מיוחדים של המוסד לביטוח הלאומי, שכיסתה 77 אחוז מהעלויות. משרד הרווחה מימן 19 אחוז, ואת היתר (ארבעה אחוזים) מימנה העמותה ממקורותיה.

כתנאי לתמיכתה דרשה הקרן למפעלים מיוחדים התחייבות בכתב ממשרד הרווחה להמשך מימון התוכנית אם תוכח הצלחתה. במכתב מה-1 ביולי 1997 כתב מנהל השירות לרווחת הפרט והמשפחה במשרד הרווחה: "הריני מודיעך בזאת שהשירות לרווחת הפרט והמשפחה מקבל על עצמו אחריות להמשיך להפעיל את תוכנית טיפול נמרץ אחרי שיסתיים המימון ההתחלתי על ידי הקרן למפעלים מיוחדים, במקרה שהתוכנית תוערך כיעילה וכתורמת לטיפול באלכוהוליסטים."

ממצאי מחקר ההערכה, שנעשה בידי מעריכים חיצוניים (ויסמן וסויה 2001), היו שהתוכנית יושמה ברובה כפי שתוכננה, שהפעילויות נהלו באופן מקצועי וש-84 אחוז מתוך 156 המשתתפים שהתחילו את התוכנית סיימו אותה. מלבד זאת דיווחו מנחי הקבוצה, שרוב המטרות שהציבו במפגשים הושגו במלואן, ושהם הבחינו בתמורות שחלו במשתתפים במהלך התוכנית: שיפור בריכוז, תובנות אישיות חדשות, מעבר מייאוש לאופטימיות ונכונות גדולה יותר להתמודד עם מכשולים. גם רוב המשתתפים הביעו שביעות רצון גדולה מפעילויות התוכנית ומהיחסים התומכים שהם פיתחו בינם לבין עצמם ועם סגל התוכנית. רבים מהם דיווחו שרכשו ידע רב על נושא השתייה, למדו להתרחק ממצבים הטומנים בחובם סיכון לשתייה והצליחו להתנזר משתיית אלכוהול לאורך כל תקופת התוכנית. במעקב שנערך כעבור חצי שנה, דיווחו כמחציתם שלא שתו כלל בחודש האחרון. אף שלא נמצאו שינויים משמעותיים במעמדם התעסוקתי של המשתתפים, בקשרי המשפחה שלהם או בנוכחותם בתוכניות המשך אמבולטוריות, קבעו המעריכים שהשפעת התוכנית על דפוסי השתייה שלהם ועל עמדות כלפי שתייה והתנהגויות הקשורות בה (התרחקות מחברים שותים למשל) הצדיקו את קיום התוכנית. הם סיכמו שתוכנית טיפול נמרץ יכולה להיות תוספת ראויה לתוכניות קיימות, באמצע הדרך ברצף הטיפולי שבין הטיפול אמבולטורי שאינו אינטנסיבי לבין הטיפול האשפוזי, שהוא מאוד אינטנסיבי.

מאמר זה עוסק בשאלה מדוע תוכנית טיפול נמרץ לא שרדה מעבר לשלב ההרצה, למרות ההערכה החיובית שקיבלה וההתחייבות בכתב של משרד הרווחה.

---

## שיטה

---

מערך המחקר שנבחר היה חקר מקרה, והמידע אודות הסיבות לכך שהתוכנית לא שרדה נאסף ממסמכים הקשורים לתוכנית, כולל דו"ח ההערכה, ומארכיב ריאיונות עם בעלי עניין שהשתתפו בוועדת ההיגוי של התוכנית:

- א. נציגת הקרן למפעלים מיוחדים של המוסד לביטוח לאומי;
- ב. המפקחת הארצית לטיפול בנפגעי אלכוהול, משרד הרווחה;
- ג. מנהל היחידה לטיפול בנפגעי אלכוהול והימורים בעמותת אפשר, שהפעילה את השלב הניסיוני של התוכנית;
- ד. מנהל המרכז לטיפול בנפגעי אלכוהול במחוז צפון, שהציע את התוכנית ופיקח על יישומה במרכז שניהל.

ריאיונות עומק אישיים ומובנים נערכו עם בעלי העניין במשרדיהם בין אוגוסט לנובמבר 2005. בתחילת כל ריאיון התבקשו המרואיינים לתאר את התפתחות התוכנית, תוך מתן דגש לגורמים שסייעו לשרידותה או הכשילו אותה. הריאיונות הוקלטו ולאחר מכן תומללו. ניתוח תוכן נעשה בידי חוקרת, תלמידה לתואר שני בעבודה סוציאלית, בעלת ניסיון בניתוח תוכן. המטרה הייתה לזהות את הגורמים ואת התהליכים שהובילו לכך שהתוכנית לא שרדה.

---

## ממצאים

---

את הפסקת תוכנית טיפול נמרץ ניתן להסביר הן בהתנהלותם של הגורמים המממנים והן בהתנהלות הארגון שהפעיל את התוכנית.

### ממצאים המתייחסים לגופים שמימנו או היו אמורים לממן את התוכנית

כפי שצוין במבוא, את המימון ההתחלתי של התוכנית נתנה הקרן למפעלים מיוחדים של המוסד לביטוח לאומי. קרן זו הסכימה לתמוך בתוכנית למשך שלוש שנים. אז היתה התוכנית אמורה להפוך לחלק ממערך השירותים שהיחידה לטיפול בנפגעי אלכוהול והימורים בעמותת אפשר מציעה. רוב התקציב (75 אחוז) היה אמור להגיע ממשרד

הרווחה, והיתרה (25 אחוז) מהיישובים (עירויות/רשויות מקומיות) שהמטופלים מגיעים מהם.

הבעיה המרכזית היתה שהשירות הרווחת הפרט והמשפחה לא עמד בהתחייבות שלקח על עצמו לממן את התוכנית לאחר שלב ההרצה. התברר שהתחייבות של ראש שירות במשרד ממשלתי היא בגדר הצהרת כוונות, ושברוך כלל אין אפשרות ליעד כספים להפעלת תוכנית כלשהי שלוש שנים מראש. לכן כשהגיעה העת לממש את ההתחייבות, הודיעה הנהלת השירות שהיא חסרה את המשאבים הדרושים. מנהלת הקרן למפעלים מיוחדים מחתה באוזני הנהלת משרד הרווחה על כך שהתחייבות לא קוימה, אך ללא הועיל.

המפקחת הארצית לטיפול בנפגעי אלכוהול, שהיתה חלק מוועדת ההיגוי, פנתה למשרד האוצר בבקשה לתוספת מימון, אך נתקלה בסירוב. נציגי האוצר השיבו שאם משרד הרווחה מעוניין לממן את התוכנית, עליו להקצות לכך משאבים מתקציבו. כדי לעשות זאת, היה על משרד הרווחה לשנות סדרי עדיפויות על ידי העברת כספים מתחומים אחרים, כגון ילדים בסיכון, משפחות מרובות בעיות, אלימות במשפחה, קשישים. את זאת לא היו מוכנים לעשות.

המוראיינים הציעו שלושה הסברים להעדר הנכונות להקצות משאבים לתוכנית: הימצאות נפגעי אלכוהול במקום נמוך בסדר העדיפויות, הן במשרד הרווחה והן בציבור הישראלי; עלותה הגבוהה של התוכנית בהשוואה לתוכנית האמבולטורית הקיימת; החשש שהרשויות המקומיות המצויות במצוקה כספית לא יתרמו את חלקן למימון התוכנית.

מכשול אחר לשרידות התוכנית טמון במבנה הבירוקרטיה הממשלתית. אמנם תוכנית טיפול נמרץ יקרה יותר מהתוכנית האמבולטורית הסטנדרטית והרבה פחות יקרה מהטיפול באמצעות אשפוז, אבל משרד הרווחה אחראי רק על מימון טיפול בנפגעי אלכוהול בקהילה, ואילו הטיפול במסגרת האשפוזית ממומן בידי משרד הבריאות. בשל חלוקה זו של אחריות, לא ניתן היה לשקול את כדאיות העברתם של תקציבים המיועדים לאשפוז לתוכנית טיפול נמרץ בקהילה.

### ממצאים המתייחסים למפעילי התוכנית

כשהיחידה לטיפול בנפגעי אלכוהול והימורים בעמותת אפשר גילתה שהמימון המובטח עתיד לא להגיע, היתה תגובתה הראשונית הפתעה. כך סיפר מנהל המרכז לטיפול בנפגעי אלכוהול במחוז הצפון, שהביא את התוכנית מארצות הברית ופיקח על יישומה במרכז שניהל: "איש מאיתנו לא ציפה שכאשר הכסף [כלומר המימון ההתחלתי] ייגמר, או כשהמוסד לביטוח לאומי ייצא מהתמונה, הכול ישקע." הוא הוסיף: "למרבה הצער,

השלמנו עם גורלנו המר, כפי שאומרים." אכן העמותה לא נקטה צעדים, אשר יכלו לאפשר את המשך הפעלת התוכנית.

היא לא ניסתה להקים שדולה או להפעיל לחץ על משרד הרווחה שיקצה משאבים לתוכנית. המנהל הסביר החלטה זאת בטענה ש"לאורך השנים המשרד לא קיצץ בתקציב שלנו, כפי שעשה לגופים אחרים... כלומר במצב כזה, שבו אתה מצליח לשמר את התקציב שלך כשתקציבים אחרים מקוצצים, קשה מאוד לקום ולדרוש תוספות." במלים אחרות, נראה שהמנהל נמנע מללחוץ על המשרד מתוך חשש שיהיו לכך השלכות שליליות. במלים שלו: "היה אפשר להקים שדולה ולארגן קמפיין נגד משרד הרווחה... אבל יכולנו לשלם על כך ביוקר. יכולנו לנצח בקרב אך להפסיד במלחמה... עליך לזכור שעמותת אפשר היא רק ספק שירות, והמשרד יכול בקלות להחליף אותה בספק אחר."

היחידה לטיפול בנפגעי אלכוהול בעמותת אפשר גם לא שקלה ליצור עובדה מוגמרת על ידי המשך הפעלת טיפול נמרץ ללא תמיכת המשרד, ואז אחרי מעשה לשוב למשרד בדרישה לקבל מימון עבור המחויבויות שכבר לקחה על עצמה. אף שטקטיקות כאלה הוכחו לעתים קרובות כיעילות בישראל, החליט מנהל היחידה לטיפול בנפגעי אלכוהול והימורים בעמותת אפשר שלא לנקוט אותן מהחשש שבשל עמדות שליליות בישראל כלפי נפגעי אלכוהול והקדימות הנמוכה של הנושא במשרד הרווחה, לא יועבר המימון, והיחידה תישאר עם התחייבויות כספיות שלא תוכל לעמוד בהן.

היחידה שקלה אך דחתה את הרעיון של מימון טיפול נמרץ מתוך תקציבה. היא מצאה עצמה בדילמה: לממן תוכנית יקרה יחסית שמספקת טיפול טוב יותר עם סיכויים גדולים יותר להצלחה למעט אנשים, או לממן תוכנית טיפול פחות יקרה שתיתן ליותר אנשים הזדמנות להשתקם. היא החליטה להמשיך ולממן את הטיפול הפחות יקר ליותר אנשים.

האפשרות לנסות להקטין את עלות טיפול נמרץ, אם על ידי ביטול חלק ממרכיביה או על ידי גיוס מתנדבים שייבצעו חלק מהעבודה, לא נשקלה כלל. המנהל נימק זאת בכך שלפי הערכתו לא היתה היחידה לטיפול בנפגעי אלכוהול מסוגלת להפעיל ממקורותיה הכספיים אפילו גרסה זולה יותר של התוכנית. "הבנו שזה יותר מדי גדול בשבילנו", הוא אמר. "אם הסכומים היו קטנים יותר, ייתכן שהיינו יכולים לעשות משהו... אבל דרישות התקציב היו יותר מדי גבוהות."

היחידה בחרה גם שלא לנסות לגייס כספים לתוכנית ממקורות לא ממשלתיים, בין אם ישירות מהציבור או ממממנים פרטיים. לדברי המנהל, "כל העניין של גיוס כספים מאוד חלש בארגון. אחת הסיבות העיקריות היא שמצאנו מהר מאוד שאנשים לא רוצים לתרום לנפגעי אלכוהול. כלומר: אלכוהוליסטים הם אוכלוסייה דחוייה על ידי הציבור... בגלל התפיסה שהם הביאו את הבעיה על עצמם. בכל המאמצים הקודמים שעשינו לגייס

תרומות, גילינו שההשקעה בניסיונות לגייס כספים היתה גדולה יותר מאשר התרומות שהצלחנו לגייס. כך שזה לא היה שווה את המאמץ.”

לבסוף, היחידה לטיפול בנפגעי אלכוהול בעמותת אפשר נמנעה מלהגיש בקשה למימון המשך, כפי שהציעה הקרן למפעלים מיוחדים של המוסד לביטוח לאומי. בחינה של הפרוטוקולים והתכתובת מגלה, שלקראת סוף השלב הניסויי הציעה נציגת הקרן למפעלים מיוחדים לוועדת ההיגוי של טיפול נמרץ, שהעמותה תגיש בקשה לקרן למימון המשך בן שלוש שנים, על מנת לתמוך בהטמעת התוכנית ובהפצתה באתרים אחרים. שלושה חודשים מאוחר יותר היא כתבה מכתב למנהל העמותה וביקשה לדעת מה הן תוכניותיו להמשך הפעלת התוכנית לכשיסתיים המימון הראשוני. הוא השיב ש”מאמצים רבים נעשים להשיג את המימון הנדרש לתוכנית”. בהבהרות שנתן בהמשך הוא הסביר, שמכיוון שהארכת המימון תלויה בהצטרפות משרד הרווחה לתקציב של המוסד לביטוח לאומי, לא היה טעם לפנות לקרן.

מנהל היחידה לטיפול בנפגעי אלכוהול בעמותת אפשר סבר, שהמוסד לביטוח לאומי הוא זה שהיה צריך לדאוג לשרידותה של טיפול נמרץ. כפי שהוא ראה זאת, המוסד לביטוח לאומי היה בעמדה הרבה יותר טובה מאשר העמותה מבחינת היכולת לנקוט פעולה אפקטיבית: “למוסד לביטוח לאומי יש יותר השפעה על פקידים בכירים, אבל למעט כתיבה של מכתב נזעם, לא עשה דבר כאשר המשרד הפר את הבטחתו.”

---

## דיון

---

את העובדה שתוכנית טיפול נמרץ לא שרדה ניתן להסביר במבנה הביורוקרטיה השלטונית בישראל, בהתנהלות הקרן שמימנה את הניסוי, בהתנהלות המשרד הממשלתי שהיה אמור לקבל על עצמו את האחריות להמשך קיומה של התוכנית ובהתנהלות הארגון שהפעיל את התוכנית.

המכשול המבני לקבלת החלטות רציונליות טמון בכך שבדומה לנושאים רבים אחרים, האחריות על השירותים לנפגעי אלכוהול מפוצלת בין משרדים שונים. תוכנית האשפוז לאלכוהוליסטים ממומנת ומופעלת בידי משרד הבריאות, בעוד שהתוכניות האמבולטוריות הן באחריות משרד הרווחה. חלוקת האחריות מונעת קבלת החלטות שמבוססות על השוואת העלויות והתועלות של התוכנית השונות. אלמלא פיצול זה, ייתכן שתקציבי אשפוז היו מועברים לתוכנית אמבולטורית אינטנסיבית, שעשויה לשרת מספר גדול יותר של נזקקים.



שרידות של תוכנית מושפעת ממדיניות הגורם שמממן אותה בשלב הניסיוני. גורמים מממנים נבדלים במידת האחריות שהם מקבלים על עצמם להמשך קיומה של תוכנית. במקרה שלפנינו שאפה הקרן למפעלים מיוחדים להבטיח את המשך קיום התוכנית על ידי קבלת התחייבות ממשרד הרווחה. התחייבות כזו אמנם ניתנה, אך לא היה בה כדי להבטיח את המשך קיומה של התוכנית. גם הניסיון לעודד את מפעילי התוכנית להגיש בקשה למימון שלב ההטמעה לא צלח. לפני גוף מממן פתוחות עוד דרכים להבטחת המשך קיומן של תוכניות מצליחות. כיום יש נטייה גוברת של גופים מממנים לסייע לארגון שמפעיל את התוכנית ביצירת אסטרטגיות לשרידות ויישומן. יתר על כן, יש גופים מממנים שנוטים להגמיש את גבולות הזמן ולהמשיך לממן תוכנית ראויה עד ש"תעמוד על רגליה" (Johnson et al., 2004; Patrizi, Gross, & Freedman, 2006).

משרדי ממשלה נוטים לעתים לנקוט כלפי תוכניות ניסיוניות את גישת "הפריץ והכלב". אם התוכנית נראית ראויה ומקדמת תחומי פעולה שלמשרד יש בהם עניין, יתחייב המשרד להמשך קיומה, בהנחה שעד שיהיה עליו לממש התחייבות זו יעברו כמה שנים, ועד אז "אלוהים גדול". זה מה שקרה לתוכנית שנדונה במאמר זה. גישה אחרת עשויה לחייב את המשרד לבחון, בעת ההחלטה על תוכנית ניסיונית, את סולם העדיפויות שלו, ולהתחייב להמשך קיומה, רק אם ברור לו שהוא יהיה מוכן להקצות לה משאבים, גם אם יחייב הדבר שינוי בסדרי העדיפויות. גם מדיניות הקרן המממנת עשויה לתרום להתנהגות אחרת יותר של המשרד, אם היא תחייב כבר בשלב הניסויי השתתפות כספית משמעותית, הולכת וגדלה, של זה שבסופו של דבר יהיה אחראי להמשך קיומה של התוכנית.

אבל בסופו של דבר עיקר הדאגה להמשך קיומה של תוכנית טובה ומצליחה מוטל על הארגון שמפעיל אותה. הספרות מדגישה את חשיבות המחויבות של הארגון לתוכנית ושל הימצאות אדם או אנשים שיהיו ה"צ'מפיונים" של התוכנית ויילחמו למענה (Johnson et al., 2004). אסור שסוכנויות המקבלות מימון לתוכניות מיוחדות יקבלו את סיום המימון כגזרה משמים. השאלה היא מה יש ביכולתן לעשות כדי לקדם את שרידותן של תוכניות הניצבות מול תנאים שאינם מקדמי שרידות. הספרות מציעה אמצעים מגוונים לקדם שרידות של תוכניות. נביא כאן שלוש הצעות, שמתקשרות עם חקר המקרה שהוצג במאמר זה.

הראשונה נוגעת למימון. חקר המקרה מראה שלא מומלץ להסתמך על מקור מימון יחיד, אפילו אם הוא מימון ממשלתי. בהתחשב באי היציבות של המימון, מומלץ לחפש מימון ממגוון מקורות, ולעשות זאת מוקדם, כבר בשלב הניסויי, כדי שלא להיתפס ללא אמצעים בעת סיום המימון המיוחד. מחקרים מראים ששרידות של תוכניות עולה, כשיש להן מקורות מימון מרובים (Light, 1998; Marek et al., 1999), כשמנהיגי התוכנית מתכננים גיוס משאבים וכשהגיוס מתחיל בשלב מוקדם (Fagen, 2001; Goodson et al., 2001; Pluye et al., 2002; Steadman et al., 2002).

ההצעה השנייה נוגעת לתוכנית עצמה. מספר מרואיינים התייחסו לעלות הגבוהה של התוכנית והצהירו שיייתכן שהיה נמצא מימון עבודה, אילו היו העלויות נמוכות יותר. אם אכן כך היה קורה, אין באפשרותנו לדעת. חקר המקרה מצביע על השלכות לא רצויות שניתן לייחס אותן לנוקשותה של תוכנית. ההמלצה היא לשקול עריכת שינויים להקטנת עלות התוכנית או, לחילופין, לעשות את התוכנית ליותר אטרקטיבית למממנים. זה יוביל, כמובן, לשינויים בתוכנית המקורית אשר את תוצאותיהם אין לדעת. אף על פי כן, בהתחשב בכך שהחלופה הקיימת היא שתוכנית מועילה תחדל מלהתקיים, נראה שכדאי לנסות, במיוחד כשהספרות מצביעה על כך שגמישות של תוכניות מקדמת את שרידותן (Scheirer, 2005).

ההצעה השלישית היא לגייס תמיכה בתוכנית. חקר המקרה מראה שהיחידה לטיפול בנפגעי אלכוהול בעמותת אפשר לא עשתה מאמצים לגייס תמיכה לתוכנית ומבליט עד כמה רצוי לעשות זאת. תמיכה כזאת ניתן להשיג באמצעות השקעת מאמצים להעלאת המודעות הציבורית לחשיבות התוכנית או על ידי יצירת קבוצות לחץ לתמיכה בה. הצעות אלה עולות בקנה אחד עם הממצאים בספרות אודות מאמצים מצד מפתחי תוכניות ומנהליהן לגייס תמיכה מהקהילה ולכונן שותפויות עם קבוצות וגופים קהילתיים שונים. תוכניות שבהן נעשו מאמצים כאלה נוטות לשרוד זמן רב יותר (חובב ווינשטיין, 1997; Light, 1998; Steadman et al., 1998 Foreman et al., 2001; Johnson, 2000

באירוע שתואר לעיל לא ננקטו הצעדים האלה. ההימנעות מהם טיפוסית להתנהלות של "עמותות מטעם" (QANGO – Quasi Non-Governmental Organization) – עמותות המוקמות בידי ארגונים ממשלתיים כדי לעקוף מגבלות שמוטלות על הביורוקרטיה הציבורית. בניגוד לעמותות אוטונומיות, העמותות מטעם, אשר תלויות במימון ממשלתי, לעתים רחוקות מעורבות בגיוס כספים, לעתים רחוקות נעזרות במתנדבים ולעתים רחוקות מעזות להתנגד לארגונים הממשלתיים שעליהם הן נסמכות (יקוביץ וקטן, 2005; Schmid, 2004). העדר האוטונומיה של עמותות כאלה מקטין את יכולתן להתחייב לתוכנית שהממשלה בוחרת שלא להמשיך, יהיו אשר יהיו יתרונותיה.

להפסקה של תוכניות מועילות יש השלכות על הפרטים שיכלו ליהנות מהמשך קיומן. הממצאים מחקר המקרה, שהוצג כאן, מצביעים על החשיבות שיש להכללת אמצעים להבטחת השרידות כחלק אינטגרלי מהתוכנית עוד קודם להפעלתה.

כדי להבין טוב יותר את המנגנון שמקדם שרידות של תוכניות, יש להמשיך בחקר התופעה והמנבאים או ההסברים שמופיעים בספרות המקצועית ושעלו בניתוח של תוכנית זו. בעוד שחקר מקרה נותן מידע לעומק על מקרה אחד ומאפשר הבנה של תהליכים, בגלל אופיו לא ניתן להכליל את ממצאיו לתוכניות אחרות (Denzin & Lincoln, 1994; Platt, )

(1992; Yin, 1989). לכן בכוונתנו לבחון את התופעה במתודולוגיה כמותית ובמדגמים גדולים.

---

## מקורות

---

אורחי י', רוזינר, א', שטיינברג, ד' ובר-המבורגר, ר' (2006). השימוש בחומרים פסיכואקטיביים בקרב תושבי מדינת ישראל 2005. ירושלים: הרשות הלאומי למלחמה בסמים ובאלכוהול.

[http://www.antidrugs.gov.il/download/files/microsoft\\_word\\_-\\_2005\\_-\\_6\\_אפידמיולוגי.pdf](http://www.antidrugs.gov.il/download/files/microsoft_word_-_2005_-_6_אפידמיולוגי.pdf)

בר-אברהם, ר' (2006). בעיטת פתיחה או שריקת סיום?: בחינת הקיימות (sustainability) של פרויקטים אשר נתמכו על ידי יחידת ההקצבות של הסוכנות היהודית. חיבור לשם קבלת התואר מוסמך, אוניברסיטת בר-אילן, רמת-גן.

ויסמן, מ' וסויה, ר' (2001). תוכנית "טיפול נמרץ" לגמילת אלכוהוליסטים, דו"ח הערכה. ירושלים: הקרן למפעלים מיוחדים, המוסד לביטוח לאומי.

חובב, ח' ווינשטיין, צ' (1977). המשך או סיום? מעקב אחר תוכניות בשכונות בהן פרויקט השיקום הסתיים. ירושלים: משרד הבינוי והשיקום, אגף שיקום שכונות חברתי.

יקוביץ, א' וקטן, י' (2005). מאפיינים ייחודיים של ארגונים וולונטריים – האם הם קיימים בעמותות למען הזקן? ביטחון סוציאלי, 7, 138-158.

מיכאלי, נ', אבני, א' ושוייצר, ר' (1989). נשירת אלכוהוליסטים מטיפול גמילה. חברה ורווחה, י', 148-157.

נתן, ג' (2007). נתונים על צריכת אלכוהול. מסמך שחובר בידי מרכז המחקר והמידע של כנסת ישראל, <http://www.knesset.gov.il/MMM/data/pdf/m01906.pdf>, תאריך כניסה: 7 בינואר 2008.

Akerlund, K. M. (2000). Prevention program sustainability: The State's perspective. *Journal of Community Psychology*, 28, 353-362.

Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (Eds.) (1994). *Handbook of qualitative research*. Thousand Oak, CA: Sage.

- Fagen, M. C. (2001). *Building a conceptual model for sustaining prevention programs: A multiple case study*. A Thesis submitted as partial fulfillment of the requirements for the degree of Doctor of Philosophy in Public Health Sciences in the Graduate College of the University of Illinois at Chicago.
- Finney, J. W., Hahn, A. C., & Moos, R. H. (1996). The effectiveness of inpatient and outpatient treatment for alcohol abuse: The need to focus on mediators and moderators of setting effects. *Addiction, 91*, 1773-1796.
- Foreman, R., Brookes, L., Abernethy, P., Brown, W., & Stoneham, M. (2001). Assessing the sustainability of the "Just Walk It" program model: Is it effective and will it enhance program success? Retrieved on September, 8, 2003 from <http://www.transport.wa.gov.au/conferences/walking/pdfs/B1.pdf>
- Fuller, R. K., & Hiller-Sturmhofel, S. (1999). Alcoholism treatment in the United States. *Alcohol Research & Health, 23*, 69-77.
- Goodson, P., Smith, M. M., Evans, A., Meyer, B., & Gottlieb, N. H. (2001). Maintaining prevention in practice. Survival of PPIP in primary care settings. *American Journal of Preventive Medicine, 20*, 184-189.
- Johnson, G. (2000). *Making change last. Achieving sustainable innovations in child welfare*. Boston Children's Institute of the Home for Little Wanderers. Retrieved September, 15, 2003 from [www.thehome.org/site/pdf/4B2Johnson.pdf](http://www.thehome.org/site/pdf/4B2Johnson.pdf).
- Johnson, K., Hays, C., Center, H. & Daley, C. (2004). Building capacity and sustainable prevention innovations: A sustainability planning model. *Evaluation and Program Planning, 27*, 135-149.
- Light, P. C. (1998). *Sustaining innovation: Creating nonprofit and Government organizations that innovate naturally*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.

- Marek, L. I., Mancini, J. A., & Brock, D. J. (1999). Continuity, success, and survival of community-based projects: The National Youth at Risk Program Sustainability Study. Retrieved September 7, 2003, from <http://www.ext.vt.edu/pubs/family/350-801/350-801.html>.
- Nagy, P. D. (1994). *Intensive Outpatient Treatment for Alcohol and Other Drug Abuse: Treatment Improvement Protocol (TIP) series, Number 8*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Substance Abuse Treatment.
- Patrizi, P. A., Gross, E. K., & Freedman, S. (2006). Strength in flexibility: Lessons from a cluster of capacity building grants in the juvenile justice field. *Evaluation and Program Planning*, 29/2: 162-170.
- Platt, J. (1992). Case study in American methodological thought. *Currents in Sociology*, 40, 17-48.
- Pluye, P. (2002). Vers un nouveau modele theorique du deroulement des programme: Etude de la routinisation des programmes en promotion de la sante. A thesis submitted as partial fulfillment of the requirements for the degree of Doctor of Philosophy in Public Health in the Department of Social Medicine of the School of Preventive Medicine of the University of Montreal in Canada.
- Pluye, P., Potvin, L. & Denis, J. (2004). Making public health programs last: Conceptualizing sustainability. *Evaluation and Program Planning*, 27, 121-133.
- Project MATCH Research Group. (1997). Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project MATCH post-treatment drinking outcomes. *Journal of Studies on Alcohol*, 58, 7-29.
- Rahav, G., Hasin, D., & Paykin, A. (1999). Drinking patterns of recent Russian immigrants and other Israelis: 1995 national survey results. *American Journal of Public Health*, 89, 1212-1216.

- Sarriot, E. G., Winch, P. J., Ryan, L. J., Edison, J., Bowie, J., Swedberg, E., & Welch, R. (2004). Qualitative research to make practical sense of sustainability in primary health care projects implemented by non-governmental organizations. *International Journal of Health Planning and Management, 19*, 3–22.
- Scheirer, M. A. (2005). Is Sustainability Possible? *American Journal of Evaluation, 26*, 320-347.
- Schmid, H. (2004). The role of nonprofit human service organizations in providing social services: A prefatory essay. *Administration in Social Work, 28*, 1-21.
- Shediac-Rizkallah, M. C., & Bone, L. R. (1998). Planning for the sustainability of community-based health programs: conceptual frameworks and future directions for research, practice and policy. *Health Education Research, 13*, 87-108.
- Steadman, H. J., Coccozza, J. J., Dennis, D. L., Lassiter, M. G., Randolph, F. L., Goldman, H., & Blasinsky, M. (2002). Successful program maintenance when Federal demonstration dollars stop: The access program for homeless mentally ill persons. *Administration and Policy in Mental Health, 29*, 481-493.
- Swerissen & Crisp (2004). The sustainability of health promotion interventions, *Health Promotions International, 19*, 123-130.
- The California Wellness Foundation (2002). Reflections on Sustainability. Retrieved on October, 7, 2003 from <http://www.tcwf.org/reflections/2002/feb/index.htm>.
- The Corner Stone Consulting Group (2002). End games: The challenge of sustainability. The Annie E. Casey Foundation. Retrieved on September, 5, 2003 from <http://www.aecf.org/publications/data/endgames.pdf>.
- Weiss, H., Coffman, J., & Bohan-Baker, M. (2002). *Evaluation's role in supporting initiative sustainability*. Prepared for the fifth biaual

meeting of the Urban Seminar Series on Children's Health and Safety at Harvard University, Cambridge, Massachusetts, on December 5-6, 2002.

Yin, R. K. (1989). *Case study research - design and methods* (2<sup>nd</sup> ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.