



המוסד לביטוח לאומי

מינהל המחקר והתכנון

היחידה לדרי רחובות  
תל אביב-יפו  
מחקר הערכה  
שלב א'

מס' 60

מפעלים מיוחדים

ירושלים, חשון התשנ"ז, נובמבר 1996

**המוסד לביטוח לאומי  
מינהל המחקר והתכנון**

## **היחידה לדרי רחובות תל אביב-יפו**

**מחקר הערכה - שלב א'**

**שמעון שפירו\* ודפנה פרומר\***

**\* בית הספר לעבודה סוציאלית ע"ש בוב שאפל, אוניברסיטת תל אביב.  
המחקר נערך במסגרת המכון למחקר חברתי שליד החוג לסוציולוגיה ואנתרופולוגיה,  
אוניברסיטת תל אביב.**

## הקדמה

פיתוח היחידה לדרי רחובות גובש על ידי עיריית תל אביב - יפו בשנים 1991-1992 על רקע הגידול המשמעותי במספר דרי רחוב בעיר והיוצרותן של בעיות אישיות וחברתיות קשות שדרשו מענה הולם. גיבוש ופיתוח היחידה כמודל התערבות כוללני היוו פריצת דרך בהתייחסות הקהילה לבעיה חברתית כאובה זו. בשל חדשנותו וחשיבותו אושרה התכנית כמפעל מיוחד על ידי המוסד לביטוח לאומי. החל בשנת 1993 ובמשך שלוש שנים השתתף המוסד לביטוח לאומי עם גורמים נוספים במימון התוכנית ואף מימן את המעקב המחקרי.

בשל רוחב היריעה ומגוון הנושאים שכוסו במעקב המחקרי, יוצגו ממצאי הפרוייקט באמצעות שני פרסומים, שהראשון בהם מוגש כעת לעיונכם. הפרסום השני מתוכנן לצאת בשנה הבאה. פרופ' שמעון שפירו מבית הספר לעבודה סוציאלית באוניברסיטת תל אביב בשיתוף הגב' דפנה פרומר, היו אחראים לליווי המחקרי של הפרוייקט.

אני רוצה להביע את הערכתנו העמוקה על תרומתם של החוקרים לפיתוח הפרוייקט. לעבודתם המדעית תהיה ללא ספק תרומה משמעותית להגברת המודעות, ההבנה והידע בתחום שעד היום כמעט ולא נחקר בארץ בצורה יסודית.

הרוח החיה והיוזמת לפרוייקט היא הגב' ציונה קמלמן, עובדת עיריית תל אביב, אשר במקצועיות ובאמונה רבה עמדה מאחורי התוכנית ומפעילה אותה מתחילתה.

פרוייקט זה לא היה מתבצע ללא הגיבוי המקצועי והכספי של עיריית תל אביב ובעיקר תרומתו של מר זאב פרידמן, מנהל אגף הרווחה בעירייה, העומד בראש ועדת ההגוי המלווה את הפרוייקט מתחילתו.

יש לציין את תרומתם הרבה של גורמים וולנטריים רבים, ובעיקר את פועלה של עמותת "גגון" בראשות עו"ד חריש, למציאת פתרונות לדרי רחוב בעיר.

ניתן לציין בסיפוק שבזכות עיריית תל אביב וגורמים אחרים ובעיקר משרד העבודה והרווחה ומשרד השיכון, הוטמע השירות לדרי רחוב במקומות נוספים בארץ, בהתבסס על הנסיון שהצטבר בתל אביב.

פיתוח המודל ההתערבותי והסדרתו באמצעות נוהלי עבודה קבועים הינו אחת המטרות החשובות שהמוסד לביטוח לאומי הציב בבסיס הפעילות של הקרן למפעלים מיוחדים, ותקוותנו שהוא ישמש אב טיפוס להנהגת שירות ארצי שיתן מענה חלקי לבעייתם הקשה של מחוסרי הדיור.

לסיום, תודה מיוחדת לעובדים המסורים של היחידה לדרי רחוב שמפעילים את השירות יומם ולילה במסירות, רגישות ומקוריות.

ברצוני להודות לצוות ההגוי אשר ליווה את הפרוייקט וממשיך ללוותו גם לאחר סיום התקופה הנסיונית.

מר פרידמן זאב - מנהל האגף לשירותי רווחה, עיריית תל אביב-יפו. יו"ר הוועדה  
גבי בן הרוש רחל - ממונה פרוייקטים מיוחדים, אגף הרווחה, עיריית תל אביב-יפו  
גבי גרוס עדנה - מנהלת המחוז, משרד העבודה והרווחה  
גבי כנעני מירית - עו"ס, נציגת הפסיכיאטר המחוזי  
מר מדינה שלמה - מנהל השירות לפרט ולמשפחה, משרד העבודה והרווחה, ירושלים  
ד"ר סיון - נציג משרד הבריאות, מ"מ ד"ר אביטל כהן  
גבי פרידמן שרה - מנהלת מחוז תל אביב, משרד הקליטה  
פרופ. שמעון שפירו - המחלקה לעו"ס, אוניברסיטת תל אביב  
גבי פרומר דפנה - נציגת צוות המחקר לאוניברסיטת תל אביב ולמוסד לביטוח לאומי  
גבי קמלמן ציונה - מנהלת היחידה לדרי רחוב, עיריית תל אביב-יפו  
גבי שחף דפנה - עו"ס משרד הקליטה, תל אביב  
מר שחר אלי - מנהל מחלקת זכאות ואכלוס "חלמיש"  
עו"ד גלעד חריש - עמותת גגון.

משתתפים עו"סים ביחידת דרי רחוב, עיריית תל אביב-יפו:

כהן אסנת, מרוז תמי, מור אלי ורפאל עדנה.

תודה מיוחדת לעובדי מינהל המחקר והתכנון של המוסד לביטוח לאומי: לגבי נעמי פינטון,  
מנהלת המחלקה למפעלים מיוחדים בעבר ולגבי שרית בייץ-מוראי, מנהלת המחלקה  
הנוכחית, אשר ליוו את הפרוייקט בשלביו השונים.

שלמה כהן  
סמנכ"ל מחקר ותכנון

## תוכן עניינים

עמוד

1	מבוא
6	סקירת ספרות
14	חקרי ארוע: סיפוריהם של תשעה דרי רחובות
24	דרי רחוב בטיפול היחידה - ניתוח כמותי
31	ראיונות מעקב עם אנשים שהיו בטיפול היחידה
40	סוגיות לדיון
50	רשימת מקורות
55	נספחים:
	תדריך לדאיון
	טופס לניתוח מידע מתיקי היחידה

## חקציר

בעשר השנים האחרונות גדל, בערי ישראל, מספרם של דרי הרחוב - אנשים בודדים שלנים בתחנות אוטובוס, על ספסלי שדרות וגנים, בכניסות לבתי מגורים ולחנויות, במתקנים ציבוריים ובמקומות אחרים שאינם מיועדים ללינה. בעקבות הגידול במימדי התופעה הוקמו בערים שונות שרותים יחודיים, שתכליתם להציע לדרי הרחוב מגורים זמניים ודיוור קבע, ולסייע להם במיצוי זכויותיהם במערכות שרותי הרווחה.

מספר דרי הרחוב גדול בתל-אביב יותר מאשר בערים אחרות, ותל-אביב היא גם העיר הראשונה שהקימה מערכת שרותים להתמודדות עם תופעה זאת. השירותים כוללים יחידה מקצועית, שפועלת במסגרת אגף הרווחה, ובה שבעה עובדים סוציאליים, ובית מחסה, ה"גגון", שהוקם על ידי עמותת ציבורית כשיתוף עם העירייה.

עבודת היחידה מלווה, מאוקטובר 1993 ועד לספטמבר 1996, במחקר הערכה שהוזמן על ידי המוסד לביטוח לאומי. המחקר כולל מספר מרכיבים, וביניהם: "סיפורי חיים" של כעשרה דרי רחוב, ראיונות מעקב עם אנשים שהטיפול בהם הסתיים, ניתוח כמותי של נתונים שהצטברו בתיקי היחידה, ועוד. חוברת זאת היא סיכום של שלושת דו"חות הביניים הראשונים שהוגשו לוועדת ההגוי של הפרויקט על ידי צוות ההערכה.

אפיוני דרי הרחוב בתל-אביב דומים לתאורים בספרות המקצועית מצפון אמריקה ובריטניה. מרבית דרי הרחוב הם גברים גרושים או רווקים, אך מבחינות אחרות הם קבוצה הטרוגנית. יש ביניהם צעירים וקשישים, אקדמאים וחסרי השכלה, ותיקים ועולים, יוצאי צבא ומי שלא שרתו מימיהם, וכיו"ב. יחסית לאוכלוסייה הכללית גדול בקרבם שעור העולים החדשים מארצות חבר העמים. כמו כן יש ביניהם מספר גדול יחסית של חולי נפש, ושל מכורים לאלכוהול או לסמים.

למגורים ברחוב נלווה, במרבית המקרים, ניתוק ממערכות פורמליות ובלתי פורמליות. למרבית דרי הרחוב אין כל קשר עם בני משפחה, או עם חברים, ורבים מביניהם אינם מסתייעים בשרותי הרווחה. לרבים אף אין תעודת זהות, מה שמונע מהם מימוש זכויות אזרח.

כמהלך שנות פעילותה של היחידה פנו, הופנו אליה, או אותרו על ידה מרבית דרי הרחוב. רק לחלק מהם היה אפשר לעזור. היו שלא שיתפו פעולה, אחרים לא נמצאו זכאים לשירות, אולם חיהם של רבים מהפונים השתנו מאד כתוצאה מפעילות היחידה. לרבים הוצאו תעודת זהות, והיה באפשרותם לממש זכויות במוסד לביטוח לאומי, בקופות החולים ובמשרד השיכון. ייעוץ אישי וקבוצתי סייע לחלק מהאנשים להבין טוב יותר את מצבם, ולמצות את יכולותיהם ואת המשאבים שלשותם. מגורים זמניים ב"גגון" העניקו לאנשים מקלט בטוח, באיכות חיים סבירה, ושימשו לחלק מהם נקודת מוצא למגורים בקהילה.

היו מקרים בהם הטיפול הסתיים תוך זמן סביר, כאשר האדם עבר לגור בדירה בקהילה, בבית אבות או במסגרת מתאימה אחרת. במקרים אחרים נמשך הטיפול זמן רב מאד ללא תוצאות נראות לעין. היו אנשים שנשרו מהטיפול, נעלמו או נפטרו, ובאחרים הופסק הטיפול כשהתברר שאין סיכוי לסיימו בהצלחה. היו גם כאלה, במיוחד בין המכורים לאלכוהול וחולי הנפש, שחזרו ונשרו לרחוב זמן לא רב לאחר טיפול גמילה או סידור מוצלח לכאורה בדיוור בקהילה. בצד ההצלחות נרשמו מקרים רבים של עבודה ממושכת ומתסכלת, שהישגיה נמחקו כעבור זמן.

הגדלת שעורי ההצלחה של תכנית לטיפול בדרי הרחוב מחייבת הקמת שירותים משלימים, ובמיוחד מערך של דיוור מוגן, הרחבת שדותי הגמילה, ומעקב צמוד של לשכות הדווחה אחר מי שסודרו בדיוור קבע. ברור עם זאת ששום תכנית רווחה לבדה לא תביא לחיסולה של תופעת דרי הרחוב. זוהי תופעה שיש לה היבטים כלכליים וחוקיים, ומבחינות רבות היא סימפטום לחליים חברתיים מורכבים ועמוקים.



## מבוא

מאז ומתמיד היו, בכל ארצות העולם, אנשים אשר, מסיבות כלשהן, לא הצליחו להבטיח לעצמם קורת גג. במהלך העשורים האחרונים גדלו מאד מימדיה של התופעה (Jencks, 1993), והיא הפכה לבעיה חברתית אשר מעסיקה את אמצעי התקשורת, מקצועות השירות וקובעי מדיניות ברבות ממדינות העולם.

גם בערי ישראל גדל מאד, בשנים האחרונות, מספרם של דרי הרחוב. גם כאן הוכרה התופעה כבעיה חברתית, שמחייבת התערבות בכלים מיוחדים, שחורגים משיטות הפעולה המוכרות בשירותי הרווחה. התופעה בולטת במיוחד בתל אביב, שהיא מרכזו של המטרופולין הגדול של ישראל, מוקד הפעילות הכלכלית, ואבן שואבת למהגרים. יתכן שגם מזג האויר הנוח של תל-אביב תורם לרבות היחסי של דרי הרחובות בה.

### היחידה לדרי רחובות

במסגרת האגף לשירותי רווחה של עיריית תל-אביב פועלת, מאז שנת 1991, יחידה לדרי רחובות. תחילה פעלה היחידה במסגרת הלישכה שמשרתת את מרכז העיר, ומאז ינואר 1993 היא פועלת כיחידה עצמאית. תפקידה של היחידה לאתר אנשים חסרי קורת-גג שישנים ברחובות, בגנים, במתקנים ציבוריים, במבנים נטושים, בחדרי מדרגות ובמקומות אחרים שאינם מיועדים ללינה. על היחידה לסייע לאנשים אלה בפתרון בעיות הדיור שלהם לטווח קצר וארוך, ובפתרון בעיות נלוות כמו הכנסה, תעסוקה, טיפול רפואי ועוד. היחידה אמורה לסייע לאנשים שנפלטו מהמערכות החברתיות הרגילות, והפכו ל"הומלסים", לחזור ולהשתלב בחברה כך שצרכי קיום ובטחון בסיסיים, כמו מזון, לבוש, מחסה וטיפול רפואי, יבואו על סיפוקם.

משרדי היחידה ממוקמים כמבנה מרווח באיזור יפו העתיקה. ביחידה חשעה עובדים - מנהלת, ששה עובדים סוציאליים, עובדת סמך-מקצועית ומזכירה (מרכיתם לא במשרה מלאה). כמו כן עומד לרשות היחידה פסיכיאטר במשרה חלקית.

בגלל האופי הייחודי של עבודת היחידה מונתה לה ועדת הגוי, בה מיוצגים הגורמים ששותפים למימון היחידה - עיריית תל אביב, משרד העבודה והרווחה, המשרד לקליטת העליה, המוסד לביטוח לאומי, ובעבר גם הג'וינט. כמו כן משתתפים בוועדת ההגוי נציגי הגופים ששותפים לטיפול בלקוחות היחידה, כמו חברת השיכון "חלמיש" האגף לבריאות הנפש במשרד הבריאות, ועמותת "גגון".

איתור דרי הרחובות - היחידה מאתרת את לקוחותיה במספר דרכים:

סיור לילה - ארבע פעמים בשנה יוצאים העובדים כמשך 2-3 לילות רצופים לסיור במקומות בהם עשויים דרי הרחובות לישון. הסיור נעשה בניידת פיקוח עירונית בליווי פקח עירוני. כשצוות הסיור פוגש בדר-רחוב מבקשים ממנו פרטים אישיים ומציעים לו עזרה. בחורף מציעים לו לישון ב"גגון" או במלון. בקיץ נותנים לו את הכתובת של המשרד ומזמינים אותו לפגישה. קשישים או אנשים שמצבם הבריאותי ירוד מועברים גם בקיץ לאחד ממקומות הלינה.

סיורי בוקר - יש דרי רחובות שהולכים לישון לפנות בוקר, ואינם מאותרים בסיורי הלילה. לכן מסיירים עובדי היחידה באותם מקומות בשעות הבוקר המוקדמות, ומזמינים את מי שהם נתקלים בו לבוא למשרד של היחידה.

דיווח של אזרחים - בעקבות כתבות באמצעי התקשורת על היחידה ועל עבודתה מתקשרים אזרחים למשרד של היחידה ומדווחים על אנשים שנראו ישנים ברחוב. לעיתים מתקבלות הודעות באמצעות מוקדי חירום וגורמים אחרים. כשמתקבל דיווח יוצאים עובדי היחידה למקום. אם האדם דר-רחוב, מוצעת לו עזרת היחידה.

פניות של שירותי רווחה - בין לשכות הרווחה של עיריית ת"א קיימת תורנות חודשית של "לשכת בודדים", שכאחריותה הטיפול באנשים חסרי תוכנית. מהלשכה התורנית פונים ליחידה בעניינם של מי שנחשבים לדרי רחוב. היחידה עשויה ליעץ ללשכה בדבר דרכי הטיפול באדם, או לקבלו לטיפול.

פניות עצמיות - מיעוט מבין לקוחות היחידה מגיעים אליה ביזמתם, לאחר ששמעו עליה מאמצעי התקשורת או מלקוחות אחרים.

השרותים שניתנים ללקוחות - רבים מלקוחות היחידה מסודרים, בשלב הראשון, במגורים זמניים ב"גגון" או במלון, אט כי יש גם כאלה שממשיכים ללון ברחוב תוך כדי הטיפול. ה"גגון" הוא בית מחסה ובו 25 מקומות לינה, לגברים בלבד. המקום מנוהל על יזי עמותה, בשיתוף עם היחידה לדרי רחובות. בנוסף ל"גגון" עומדים לרשות היחידה מקומות לינה בשני מלונות באזור הטיילת ורחוב הירקון. למלונות מפנים עובדי היחידה נשים דרות רחוב, וכן דרי רחובות שאינם משתלבים ב"גגון". עקב קיצוצי תקציב צומצם לאחרונה השימוש במלונות.

הטיפול בלקוחות היחידה נעשה בדרך של "ניהול מקרה". קבלה של אדם לטיפול מותנית בהסכמתו, בכתב, לשתף פעולה בתהליך השיקום. במהלך הטיפול מפנים העובדים הסוציאליים את המטופליים לרשויות שונות לסידור ענייניהם ועוקבים אחר הטיפול עד לסיומו. ההפניות הן למשרד הפנים להוצאת תעודת זהות, לחברת השיכון "חלמיש" להסדרת זכאות

לסיוע בשכר דירה, למוסד לביטוח לאומי לקבלת קיצבאות, וכן לשירותי גמילה מאלכוהול או סמים, לשרותי בריאות ובריאות הנפש, ועוד. לעיתים מנסים עובדי היחידה לסייע ללקוחותיהם לחדש קשרים עם בני משפחה.

העובדים הסוציאליים מקיימים, עם לקוחות היחידה, שיחות אישיות שתכליתן תמיכה נפשית, טיפול בשעת משבר, הקניית דרכי התמודדות חדשות ופתרון בעיות. הטיפול הוא בעיקר פרטני, ומדי פעם מופעלות קבוצות בנושאי הכנה ליציאה לדיור קבע, גמילה מאלכוהול, ועוד. כמו כן מציעה היחידה שעורי עברית לעולים החדשים מחבר העמים.

פתרונות הדיור הם בדרך כלל דירות שנשכרות בשוק החופשי בעזרת סיוע בשכר דירה שמתקבל ממשרד השיכון. משרד השיכון מסייע לדרי רחוב בנוהל מקוצר, ובסכומים מוגדלים. הסיוע מאפשר שכירת חדר, או לעיתים שכירת דירה כמשותף על ידי שני אנשים או יותר. את המטופלים המבוגרים יותר מנסים לסדר בבתי אבות או בדיור מוגן לקשישים. הסידורים המוסדיים הם ללא הגבלת זמן. לעומתם ניתן הסיוע בשכר דירה לשנה וחצי, ובתום התקופה מוטלת על הלקוח האחריות לפנות בבקשה לחידוש הסיוע, על פי הנהלים והקריטריונים המקובלים.

כאשר אדם נכנס לגור במוסד או בדירה ויש לו מקור הכנסה, מקיזכה או מעבודה, אמור הטיפול בו לעבור לשרותי הרווחה בקהילה. זאת כדי שעובדי היחידה יתפנו לטפל בדרי רחובות חדשים, או בכאלה שסודרו בעבר וחזרו לגור ברחוב.

#### מחקר ההערכה

בשנים 1993-1996 נתמכת היחידה לדרי רחוב של עיריית תל-אביב על ידי הקרן למפעלים מיוחדים של המוסד לביטוח לאומי. בתקופה זאת מלווה התכנית במחקר הערכה מטעם הקרן. על תוצאות חלקיות של ההערכה מדווח בחוברת זאת. מטרות ההערכה הוגדרו כדלקמן:

1. לברר אילו שנויים חלו בחייהם של לקוחות הפרויקט, ולברוק האם אפשר לייחס שנויים אלו למרכיבים שונים של הפרויקט.
2. לבדוק את הקשרים בין אפיוני הלקוחות (גיל, מין, רקע חברתי-כלכלי, אבחנה פסיכיאטרית, התמכרויות, ותק ברחוב ועוד) לבין מאפייני התכנית האישית (דיור זמני וקבוע, ייעוץ אישי, טיפול גמילה, עבודה קבוצתית ועוד) לבין התוצאות, דהיינו השנויים שחלו בתנאי החיים ובדפוסי ההתנהגות של הלקוחות.
3. לתאר את ההתפתחות הארגונית של התכנית, ולהעריך את יעילות היעד (target efficiency) שלה.

## הוחלט להפעיל שלש שיטות הערכה עיקריות:

1. מעקב צמוד אחר 10-20 מלקוחות הפרויקט, כדי לקבל את הסיפור האישי של כל אחד מהם. לגבי כל אחד מהם יאסף מידע אודות הרקע שלו (או שלה) לפני שנפגש עם התכנית (עד כמה שניתן לברר), השירותים שהוצעו לו (וכיצד הוצעו), ההחלטות שקיבל, הפעולות שננקטו והשנויים שחלו בחייו. מידע זה יאסף מרשומות, משיחות עם עובדים ובעיקר מראיונות תקופתיים עם הלקוחות. המעקב אחר כל לקוח יימשך לתקופה שארכה עד שנתיים. החומר ירשם בפירוט, ויטוכם בשתי צורות: פרקים קצרים שיספרו את סיפורו האישי של כל נחקר, ופרקים מסכמים לפי נושאים.

2. צוות ההערכה יסייע ליחידה בבניית בסיס נתונים ממוחשב, אשר יכיל נתונים שאפשר לרשום במדויק ולכמת (אפיונים אישיים, השתתפויות בפעילויות, אבחנות והחלטות וכו'). האחריות להקמתו, אחזקתו ועדכונו של בסיס הנתונים תהיה על עובדי התכנית. החוקרים יקבלו על עצמם אחריות מדעית לתכנון בסיס הנתונים, ניתוח הנתונים והסקת מסקנות. מטרת הניתוח, בין השאר, לבדוק קשרים סטטיסטיים בין נתוני רקע ותכנית, לבין תוצאות.

3. מעקב כללי אחר פעילות היחידה והתפתחותה, באמצעות תצפיות בפעילויות שוטפות, ישיבות, סיורי לילה וכיו"ב; ראיונות עם עובדי היחידה וחברי ועדת ההגוי; עיון במסמכים. צוות ההערכה החל בפעילותו באוקטובר 1993. במהלך תקופה זאת נעשו מאמצים להכניס ליחידה בסיס נתונים ממוחשב, שיכלול מידע על אפיוני כל האנשים שפנו ליחידה או פנו אליה, הטיפול שניתן להם ותוצאותיו.

ביצוע ההערכה: בניית התכנה והכנסתה על ידי יחידת המיחשוב של אגף הרווחה נמשכו זמן רב, ורק במהלך שנת 1995 החל תהליך של הקלדת הנתונים השוטפים. האחוז ביצירת מאגר המידע הממוחשב לא איפשר ניתוח כמותי של אפיוני הלקוחות והטיפול בהם. כדי להתגבר זמנית על בעיה זאת ניתח צוות ההערכה 155 תיקים של לקוחות שנפתחו להם תיקים עד לספטמבר 1994. תוצאות ניתוח זה מוצגות בפרק הרביעי. עם השלמת הקלדת כל הנתונים במהלך שנת 1996 אפשר יהיה לערוך ניתוחים כמותיים מורכבים יותר, שמתייחסים לכל מי שקבלו שירות מהיחידה, גם אם לא נפתח להם תיק.

במהלך תקופה של שנתיים וחצי מאז תחילת המחקר איתר הצוות 11 אנשים שהפכו לנושא ל"חקרי ארוע". אנשים אלה רואינו ראיונות חוזרים ונשנים, וכן נאספו נתונים מתיקיהם, ורואינו עובדי היחידה המטפלים בהם. ספוריהם של תשעה מבין האנשים האלה מוצגים בפרק השלישי.

המעקב הכוללני של החוקרים אחר פעולות היחידה בא לידי ביטוי בפרק השישי של הדו"ח. כמו כן נעשו שתי פעולות שלא היו חלק מהתכנון המקורי: מדגם של אנשים שהטיפול בהם הסתיים לכאורה רואינו על ידי סטודנטים לסוציולוגיה, במסגרת סמינר מחקר על "הערכת תכניות

חברתיות". סטודנטים אלה גם ערכו תצפיות בגגון, ושוחחו עם דייריו ועובדיו (פרק חמישי). כמו כן נערך, בשיתוף עם השירות הסוציאלי של המרכז הרפואי סוראסקי, מעקב אחר 50 דרי רחובות שאושפזו בין אוקטובר 1993 לאוגוסט 1994 (פוזן, תנאי, פרומר ושפירו, 1995).

חלק מהמצאים מוצגים בפרסום זה, שמטרתו להביא בפני הקורא הישראלי את תופעת דרי הרחוב, מימדיה ודרכי הטיפול בה.

## סקירת ספרות

בישראל הפכו חסרי הבית לחלק מסדר היום הציבורי רק לפני שנים ספורות. כך ניתן להסביר גם העדר מחקרים בנושא זה, למעט עבודתה של ציונה קמלמן (קמלמן, 1991). בצפון אמריקה ובאירופה, לעומת זאת, פורסמו במהלך שני העשורים האחרונים אלפי ספרים ומאמרים שעניינם תופעת חסרי הבית, על היבטיה השונים. מקור אחד מדווח על 695 מאמרים מהשנים 1990-1993 שאותרו בחיפוש ממוחשב בשלשה מאגרי מידע (Snow, Anderson and Koegel, 1994).

מטרת סקירת הספרות להביא בפני הקורא הישראלי את עיקרי הממצאים והטיעונים שבספרות האמריקאית והבריטית, כנקודת מוצא לדיון על אפיוני דרי הרחובות של תל-אביב ולהערכת השירותים המוצעים להם. בסקירה הקפנו רק חלק קטן מהספרים, המאמרים והדו"חות שראו אור בשנות ה-80 וה-90.

### הגדרת התופעה ואמדן מימדיה

לתופעת חסרי הבית אין הגדרה מוסכמת ואין מינוח מקובל. יש המצמצמים וכוללים בהגדרה רק את מי שישנים במקלטים ציבוריים ובחוצות ממש (בגנים ציבוריים, במכנים נטושים, בתחנות אוטובוס, מתחת לגשרים וכיו"ב). יש מי שמרחיבים, וכוללים את כל מי שאין לו חזקה על מקום לינה כלשהו. הגדרה זו כוללת גם את מי שמתארחים, בדלית ברירה, אצל קרובי משפחה וידידים, מי שלנים במקום עבודתם וכיו"ב.

ההגדרות הסותרות הביאו להערכות שונות של מספר חסרי הבית בארצות שונות, במיוחד בארה"ב. הדברים הגיעו לידי כך שבשנות השמונים היה טווח האומדנים בין רבע מליון לשלשה מליון (Culhane et.al. 1994). הפער אינו מוסבר רק בהרחבת המושג לעומת צמצומו, אלא גם בקשיי הספירה של מי שלנים בחוצות (Wright and Devine, 1992) וביכוח על יחידת הזמן - האם עסקינן במספר חסרי הבית בנקודת זמן נתונה (כלומר בתאריך מוגדר), או במי שהיו חסרי בית בתקופה כלשהי. מספרם של האחרונים הוערך כגדול פי שלשה, בגלל ריבוי האנשים שנעים בין מגורים נורמטיביים אך שוליים (בכית ידידים וקרובים, כמלון זול כל זמן שהכסף מצוי בכיס וכו') לבין העדר קורת גג.

ההערכות המקובלות ביותר של מספר חסרי הבית, יחידים ומשפחות, בארה"ב נעות כיום סביב 600.000 נפש, שהם כ-0.3% מהאוכלוסיה הבוגרת. לעומת זאת כ-1% מהאוכלוסיה הם חסרי בית במהלך שנה, ובין 5% ל-9% הם חסרי בית בתקופה כלשהי במהלך חייהם הבוגרים (Burt; Culhane et.al. 1994; 1992). גם אם יש ויכוח על ההגדרה המדויקת ועל המספר המדויק, אין ויכוח על כך שמספרם של חסרי הבית גדל מאד בעשורים האחרונים. על פי אומדנים המבוססים על השוואה בין סקרים שנעשו בתקופות שונות הוכפל מספרם בין שנות ה-50 ושנות ה-80,

ואילו במהלך שנות ה-80 גדל מספרם כמעט פי שלשה (Jencks, 1994). בתחילת שנות ה-90 פסק כנראה הגידול במספרם של חסרי הבית בארה"ב.

יש הסכרים שונים לגידול במספר חסרי הבית בארה"ב: הגידול באבטלה והצמצום בתקציבי השיכון הציבורי והרווחה; אל-מיסוד של חולי נפש, ודה-קרימינליזציה של שוטטות ושל שכרות; תכניות שיקום מרכזי הערים אשר, יחד עם הקפדה רבה יותר על חוקי העזר העירוניים, הביאו להריסת מלונות זולים ודיור תת-סטנדרטי.

#### מאפייני אוכלוסיית ה"הומלסים"

בתחילת המאה ה-20 עמדה במוקד המחקר החברתי על חסרי הבית בארה"ב דמותו של ההובו - אדם חסר מקום מגורים קבוע ויציב, נודד ועובד לאורך מסילות הרכבת (Koegel & Burman, 1992). המחקרים התמקדו ב-Hobohemia - ריכוזי מלונות זולים, אכסניות, מקומות אוכל זולים וסוכנויות לעובדים זמניים. חשוב לציין כי אנשים אלה לא היו חסרי דיור, היתה להם כתובת ומקום לינה. החוקרים קראו להם חסרי-בית משום שהיו אלה גברים בוגרים שחיו מחוץ למסגרת משפחתית נורמלית (Shlay and Rossi, 1992).

במהלך המאה העשרים השתנתה התמונה. בשנות ה-30 היו חסרי הבית ברובם קורבנות המיתון הגדול - בודדים ומשפחות שגדדו בתקווה למצוא אמצעים להתפרנס למחייתם. בעקבות מלחמת העולם ה-II הופיעו ב-skidrow גברים לבנים אלכוהוליסטים בעלי קשרים רופפים עם מוסדות החברה ועם משפחותיהם.

השינויים שעברו על ארה"ב בעשורים האחרונים אינם מאפשרים עוד לאפיין את דרי הרחובות כטיפוס אחד. כיום האוכלוסייה מגוונת ביותר. בהשוואה לכלל האוכלוסייה יש בקרב חסרי הבית הרבה צעירים, הרבה בני מיעוטים גזעיים, הרבה אלכוהוליסטים וחולי נפש כרוניים. אך יש בקרבם גם לא מעט אנשים ללא מוגבלות נראית לעין. כיום מוצאים ביניהם גם נשים עם ילדים, בני נוער שכרחו מבתי הוריהם ועובדים ארעיים מאמריקה הלטינית (Snow, Anderson and Koegel, 1994).

ניתוח-על שנעשה על ידי Shlay & Rossi (1992) מקיף 60 מחקרים שבאו לאפיין את אוכלוסיית חסרי הבית. נמצא כי 74% מהם גברים, מרביתם לא נשואים (87%), ורובם צעירים. הגיל הממוצע 36.5, 35% מתחת לגיל 30, ומעטים (7%) מעל גיל 60. 40% שחורים, 81% מובטלים, כשבמקרים רבים האבטלה נמשכת זמן רב.

בסקרים שנערכו נמצא כי אוכלוסיית חסרי הבית כיום, נבדלת מהאוכלוסייה הכללית בתכונות הבאות: עוני קשה, מיומנויות עבודה נמוכות, רמה גבוהה של אבטלה, רבוי בעיות של הסתגלות חברתית (הפרעות נפשיות, אלכוהוליזם, עבריות), העדר תמיכה חברתית, רבוי משברי חיים, חוסר אמון ברשויות, בריאות לקויה (Burt, 1992; Breakey, 1992; Morse, 1992).



על אף הגיוון הרב, ממקדת את ההתענינות הציבורית אוכלוסיית חולי הנפש שבקרב ההומלס, ובטעות נתפסת זמותו של האדם הפסיכוטי הפלורידוי כמייצגת את כלל האוכלוסיה (Koegel & Burman, 1992).

יחד עם זאת אנו מוצאים בספרות חילוקי דעות לגבי אחוז חולי הנפש שבאוכלוסיית חסרי הבית. מרבית ההערכות נעות בין 25% ל-50%, כאשר יש הממעיטים עד כדי 20% ויש המרבים עד 90% (Snow et al. 1986; Schutt and Garrett, 1992; Koegel & Burman, 1992). הערכת מספרם של חולי הנפש מבין חסרי הבית מבוססת על דיווח עצמי, ועל קשר עם מרפאות ברה"נ ומסגרות לאישפוז פסיכיאטרי.

Snow, Baker, Anderson & Martin (1986) טוענים שהאומדנים הגבוהים של חולי נפש בקרב חסרי הבית הינם מיתוס הנובע מאויבעה גורמים: 1. הדגשה לא מוצדקת של תוצאות הדה-מיסוד; 2. תפיסת חסרי הבית כבעיה רפואית; 3. חולי הנפש שבקרב חסרי הבית בולטים יותר; 4. הדרכים בהן השתמשו להערכת מצבם הנפשי של חסרי הבית. גם Koegel & Burman (1992) סבורים ששיטות האבחון המקובלות אינן רגישות לעובדה שסימפטומים המתקשרים לפתולוגיה באוכלוסיה הכללית יכולים להיות קשורים בתנאי חיים של חסרי הבית, כמו למשל ירידה במשקל, דכאון או חוסר יציבות בעבודה. אי אפשר להעריך התנהגות של חסרי בית כשמוציאים אותה מהקשרה.

#### גורמים להעדר קורת גג

הספרות האמריקאית מונה שורת גורמים למצב חוסר בית בארה"ב (Morse, 1992):

אפליה ודעות קדומות - ייצוג לא פרופורציונלי של מיעוטים מראה על אפליה גזעית כגורם משמעותי. לדברי Anderson (1923) דעות קדומות כלפי מיעוטים פוגעות באפשרות לקבל עבודה ומעלות את הסיכוי שבני מיעוטים יהפכו חסרי בית. אפליה גזעית גורמת לכך שמיעוטים יקבלו דיוור גרוע, חינוך גרוע ומניעת אפשרויות להתקדמות (Hopper et al., 1982). התפישה החברתית הרווחת הרואה בחסרי הבית אנשים עצלים, לא ראויים, חסרי ערך וחסרי תקווה מגבילה את האפשרויות החברתיות שלהם ופוגעת בכבודם העצמי (Hopper et al., 1982; Morse, 1986).

שנויים כלכליים - הכלכלה מוזכרת לעיתים קרובות כסיבה היסטורית מרכזית לחוסר הדיור. חוקרים אחדים מציינים את המיתון של תחילת שנות ה-80 כגורם לגידול בתופעה (Jones, 1983; Talbot, 1983). גם סיום המיתון, והירידה באבטלה לא הביאה לירידה מיידית במספר חסרי הבית. לדעה Morse (1992) אפשרויות התעסוקה עבור חסרי הבית לא גדלו בשל היותם חסרי מיומנויות או רקע של עבודה. ההיסטוריה התעסוקתית שלהם מוגבלת והם נתקלים בקשיים שנובעים ממוגבלויותיהם.



דיור - מיעוט דיור במחיר נמוך וירידה ביכולת האנשים לשלם עבור דיור זול בשל האבטלה. היצע הדיור הזול בשכירות בארה"ב הצטמצם מאד במהלך שנות ה-80, וחלק מהעליה במספר חסרי הבית מיוחס לגורם זה (Schutt and Garrett, 1992; Burt, 1992). במיוחד התמעטו בתקופה זו המלונות לבודדים שהציעו מגורים, לעיתים ברמה נמוכה מאד, לגברים ונשים עריריים. רק לאחרונה החלו מאמצים להחיות מוסד זה בערים שונות של ארה"ב.

שרותים להבטחת הכנסה - החמרת התנאים לקבלת סיוע, וסיומן של תכניות לסיוע כלכלי מנעו הכנסות מאנשים שחלקם הפכו לחסרי בית (Burt, 1992).

בריאות נפש - מדיניות מערכות בריאות הנפש בעיקר אלו העוסקות בדה-מיסוד מוזכרת כסיבה להתפתחות תופעת חסרי הבית (Bassuk, ) (1984; Lipton, Sabatini & Katz, 1983; Reich & Siegel, 1978). רבים טוענים כי הגורם הקריטי ביותר הינו כשלון בבניית מערכות תמיכה בקהילה לחולי נפש כרוניים. מערכת בריאות הנפש נכשלה בבניית שרותים והעברת משאבים מטיפול במוסד לטיפול קהילתי.

שימוש לרעה בחומרים פסיכואקטיביים - בקרב חסרי הבית יש שיעור גבוה של אלכוהוליסטים. בין החוקרים יש חילוקי דעות בשאלה עד כמה אלכוהוליזם הוא סיבה או תוצאה של העדר קורת גג (Snow and Anderson, 1993), אך מוסכם שהעדר שרותי גמילה מחמיר את התופעה.

העדר קשרי משפחה - רבים מחסרי קורת הגג סבלו עוד בילדותם מהעדר משפחה יציבה ותומכת. רבים מהם גדלו במוסדות או במשפחות אומנות ורבים נדרו בין משפחתם למסגרות חלופיות שונות. העדר יציבות בילדות פירושו, במרבית המקרים, גם העדר גיבוי של משפחה בבגרות (Piliavin, Sosin and Westerfelt, 1987; Snow & Anderson, 1993).

הויכוח העיקרי בספרות הוא בין מי שרואים את ה"הומלס" כקרבנות של שינויים מקרו-כלכליים ומדיניות חברתית, לבין מי שרואים את הסיבות העיקריות בחולי נפשי והתמכרויות. Burt (1992) מסכמת ויכוח זה בקבעה שתכונות אישיות הופכות אנשים מסויימים לפגיעים יותר להשפעות של תהליכים כלכליים וחברתיים.

#### התערבויות ותכניות טיפול

בני אדם חסרי בית זקוקים למגוון שירותים (Johnson and Cnaan, ) (1995) כמענה לצרכים רבים ושונים. כדי לשרוד הם זקוקים לשירותים בסיסיים כמו קורת גג, מזון, רחצה ושמירת חפצים. הם זקוקים גם לשירותים שייצבו את מצבם, כולל טיפול רפואי ונפשי וסיוע במיצוי זכויות, והם זקוקים לשירותי שיקום, כולל השמה בעבודה ובדיור, הכשרה מקצועית, שירותי ייעוץ וכיו"ב. ואמנם נוצר בערי צפון אמריקה ואירופה מגוון של תכניות שתכליתן לטפל בצרכים אלה או אחרים של חסרי הבית.

מורס ועמיתיו (Morse, et al., 1992) מתארים שלוש תכניות טיפול בחסרי-בית חולי-נפש בסנט לואיס. הראשונה - צוות לטיפול ממושך. בתכנית זו מקבלים כל מטופל ולא דוחים איש, מטפקים שרותים לזמן כלתי מוגבל, ומציעים תכניות וגישות גמישות שיענו על צרכי הקליינטים. עובדי התכנית יוצאים למקלטים, משתדלים להתקרב ללקוחות חשדניים וסרבניים, ונותנים עדיפות לצרכי קיום בסיסיים - מזון, מקלט, ביגוד ודיור קבע. המודל כולל גם סינגור וייצוג. כל חבר בצוות מגיש טיפול אינטנסיבי לעשרה קליינטים. הטיפול נועד להביא לשינוי אישי וסביבתי.

התכנית השנייה - שני מרכזי יום, אחד לנשים והשני לגברים ונשים. בשעות היום, כשמקלטי החירום סגורים, מציעים מרכזי היום אוכל, ביגוד, מקלחות, משחקים כמו קלפים, אפשרות לפגישה עם עו"ס שיקשר עם שרותי רווחה. היחס המספרי בין עובדים סוציאליים לקליינטים בתכנית זאת הוא 40:1.

התכנית השלישית - טיפול במרפאה פסיכיאטרית. התכנית זו מציעה פסיכותרפיה, טיפול תרופתי ועזרה בקבלת שרותי רווחה. בהמשך נציג ממצאי הערכה של תכניות אלה.

Cohen, Onserud & Monaco (1992) מציינים פרוייקט מיוחד שבא לענות על צרכי חסרי בית קשישים בניו-יורק. קשיים האופייניים לאוכלוסיה זו הם: אי-סיפוק צרכים חומריים, מחלות גופניות, דכאון, שימוש באלכוהול, ארועי חיים מלחיצים. הפרוייקט פעל 6 ימים בשבוע, בין 9.00 בבוקר ל-17.00. הכניסה מוגבלת לבני 60 ומעלה. המקום כלל: קפיטריה גדולה, אזורי קריאה ומנוחה, חצר רחבה מוקפת גדר, שרותים ומקלחות לשני המינים, עו"ס, יועצים, מתנדבים. קליינטים רבים ראו במקום אלטרנטיבה לשתייה בחברת חברים. התכנית כללה מנוחה, ארוחות מאוזנות, טיפול רפואי, שרותי טיפול נפשי וגמילה מאלכוהול, קשר עם מנהלי אכסניות זולות כדי להסדיר דיור, סיוע במילוי טפסים, עזרה בבירוקרטיה לשם קבלת סיוע ממשלתי. הצוות יצר קשר עם קשישים חסרי בית בפארקים, תחנות הרכבת התחתית ובמלונות זולים.

Blankertz & Cnaan (1992) מתארים פרוייקט מיוחד לחסרי בית בעלי "דיאגנוזה כפולה", דהיינו המאובחנים כחולי נפש וכמתמכרים לאלכוהול או סמים. עקרונות התכנית היו: 1. מעורבות של הצוות תוך מתן תחושה של איכפתיות וכניית אמון; 2. הכניות התערבות אינדיבידואליות, מובנות ומגוונות מתוך הסתכלות הוליסטית. לאחר 6 חודשים ראשונים של הפעלת התכנית היא לא נמצאה יעילה, בין השאר עקב התנהגות דסטרוקטיבית של לקוחות התכנית. בנייתו הגורמים לכישלון נמצא כי הוא נבע ממיעוט דרישות בדרך שלא איפשרה התקדמות לקראת הצלחה בקצב המותאם לכל קליינט. בתכנית המזודשת היתה מובנות היצונית יחד עם אינדיבידואליזציה וסובלנות כלפי היחיד, ויצירת סביבה תומכת.

Breakey (1992) מביא שורה של גורמים המקשים על הטיפול כחסרי הבית שהם חולי נפש. קודם כל דרך החיים של חסר הבית מקשה על תכנית הטיפול. קשה לשמור על אספקת תרופות קבועה. הם מסתובבים בחיפוש אחרי מיטה או שרותים אחרים ותנועה זו הינה בלתי צפויה. היות והקליינט עשוי שלא להופיע במקום ובזמן צפוי, קשה לתכנן שרותים ולהבטיח המשכיות הטיפול.

לדעת Breakey קיימות דעות קדומות כנגד חסרי הבית, הם אינם נתפסים כ"מטופלים טובים" ואנשי מקצוע רבים מאמינים שהטיפול בהם נועד לכישלון. יש אנשי מקצוע שמתוך הלהט שלהם שלא להאשים את הקורבן נוטים להפחית מתפקידם של גורמים אישיותיים, וכתוצאה מכך מעניקים פחות תמיכה אמפטית ונמנעים מעבודה על נושאים תוך-אישיים ומטיפול בבעיות פסיכיאטריות ובהתמכרויות. חסרי הבית הם מהקליינטים הקשים ביותר שמטפלים פוגשים. הפסיכופתולוגיה שלהם מגוונת והמוטיבציה לטיפול נמוכה. כדי להצליח המטפלים זקוקים למיומנויות טיפוליות מגוונות המלוות בסבלנות יוצאת דופן. מחקרים שנעשו באנגליה הראו שסבלנות כזאת לעיתים אינן בנמצא, וששרותי הבריאות והרווחה נוטים לדחות את דרי הרחובות, ולמנוע מהם את הטיפול לו הם זכאים וזקוקים (Fisher and Collins, 1992).

בניתוח שערכו Shlay & Rossi (1992) על המחקרים בנושא חסרי הבית מצאו כי למרות שהמחקר תמך בעיקביות בצורך בפתרונות ארוכי טווח, מרבית הפתרונות והתכניות עסקו בטווח הקצר. נמצאו שלוש גישות לגבי פתרונות דיור לחסרי הבית.

הראשונה - הקמת מקלטי חרום. כאלה שהציעו מקום לינה ללילה ואלה שסיפקו מקלט בשעות היום. מקלטים אלו הציעו פתרון זמני, בדרך-כלל באיכות נמוכה. גישה זו מספקת לחסרי הבית סביבה לא בטוחה ומתעלמת מהם כבני-אדם. השנייה - דיור מעבר. כאן אפשר להישאר זמן ארוך יותר מאשר במחסות החרום, דהיינו 6 חודשים עד שנה. מסגרת דיור זו מספקת בדרך-כלל שרותים תומכים או מקשרת עמם: גמילה מסמים, טיפול רפואי, הכשרה לעבודה, חינוך ושמירה על ילדים. המטרה לעזור לחסרי הבית לעשות את המעבר לדיור קבוע (Bassuk, 1988; Shlay, 1986); מחודש של חסרי הבית ויצירת גיטאות של "תלויי שירותים" (Schwartz & Glascock, 1989). מבקרי תכניות אלו דיברו על מיסוד (Hock & Slayton 1989; Dear and Wolch, 1987).

הגישה השלישית מדברת על דיור קבע לחסרי הבית. נמעט כל החוקרים קראו להגדלת הדיור בשכ"ד נמוך (Wright & Lam, 1986) למרות זאת נעשו מאמצים מועטים בכיוון זה. בעיית חסרי הבית מטופלת בעיקר כבעיית דיור לזמן קצר, זאת בשל העדר מבנים המתאימים למגורים בשכ"ד נמוך, עלות גבוהה של בניית דיור כזה, עלות שיקום הבניינים וחוסר יכולתם של חסרי הבית לשלם שכ"ד.

שוט וגרט (1992) מצביעים על דילמה מרכזית בתכנון שרותים לחסרי בית. השרותים לחסרי בית אפקטיביים יותר ככל שהם מתואמים טוב

יותר, וככל שהם מוצעים ללקוחות במקום אחד, דהיינו במקלטים אליהם פונים חסרי הבית בחפוש אחר מחסה. מאידך גיטא, הצעת מגוון שרותים בתוך המקלט הופכת אותו לדומה יותר ויותר למוסד טוטאלי, דבר המנוגד למטרות השיקום (Stark, 1994). יש מקלטים אשר מנסים למנוע את תופעת ה-shelterization על ידי הגבלת משך השהות ללא יותר מאשר 3-4 לילות, ועל ידי הפרדה פיזית בין שרותי הרווחה לבין המקלט עצמו, ועל ידי כך מקטינים את יכולתם של הקליינטים להעזר בשרותי הרווחה. הספרות אינה מכריעה בויכוח זה. ויכוח מעניין אחר עניינו הרכב הסגל הרצוי בשרותים לחסרי בית. שוט וגרט (1992) מדווחים על שרותים המעדיפים כוח אדם מקצועי מיומן, בעל נסיון באבחון מהיר של מחלות נפש והתמכרויות. מאידך, יש כאלה שמעדיפים את נסיון החיים של עובדים סמך-מקצועיים מקרב חסרי הבית ומקרב מתמכרים לאלכוהול וסמים שנגמלו, או את המחויבות של מתנדבים. בין האחרונים יש כאלה המשתייכים לתנועות פוליטיות, כמו למשל מחסות לגשים אשר מתנהלים ברוח התנועה הפמיניסטית.

נושא נוסף ששנוי במחלוקת הוא נקודת המפתח לשינוי במצבם של חסרי הבית. האם נקודת המפתח היא דיור קבע, שבעקבותיו עשויים לבוא שינויים אחרים בחיי חסרי הבית? או שמא מציאת וועסוקה סדירה היא הצורך הדחוף ביותר, וכל השאר פועל יוצא ממנה (Hopper & Baumohl, 1994) טענתם של הופר ובאומול נשמעת סבירה לאור הגידול המסיבי במספר חסרי הבית בזמן גידול שיעור האבטלה בארה"ב, והעובדה שמספרם לא גדל ואף קטן במקצת בתחילת שנות ה-90, עם שיפור מצב התעסוקה (Jencks, 1994).

Jencks (1994) מעלה את השאלה האם עצם קיומם של שרותים לחסרי בית עשוי לגרום לגידול במספרם. לדעתו עשויה הצעת מחסה ושירותים אחרים לשנות את מאזן השיקולים של מי שאמנם לא ישנים בחוצות, אך חיים בתנאים בלתי נסבלים בבית משפחתם או במקומות אחרים. השירותים עשויים לתת לאנשים מסוימים אופציה חלופית למצבי מצוקה קשים, וכך להגדיל, לפחות זמנית, את מספרם של מי שמוגדרים כחסרי בית.

#### הערכת התכניות

הערכת האפקטיביות של תכניות לחסרי בית נתקלת במספר בעיות מתודולוגיות, ביניהן הקושי במעקב אחר הקליינטים הניידים של שירותים לחסרי בית (Cohen et al., 1993), ושאלות של אמינותם של חסרי בית, במיוחד חולי הנפש שבקרבם (Calsyn et al., 1993). עבודותיהם של כהן ועמיתיו ושל קלסין ועמיתיו הראו שאפשר להתגבר על קשיים אלה. מאידך נסיון ליישם מערך נסויי להערכת שירותי "ניהול מקרה" הניב תוצאות מפוקפקות, עקב מורכבות השדה וקשיי השליטה על המשתנים (Orvin et al., 1994).

Morse et al. (1992) ביצעו מחקר הערכה ממושך שבא לבדוק את יעילותן של שלוש התכניות שהוצגו בתת הפרק הקודם - צוות לטיפול ממושך, מרכז-יום ומרפאה לבריאות הנפש. ההשערות המרכזיות היו:

1) קליינטים בשלוש המסגרות ישתפרו במהלך הזמן נשורה של משתנים;  
2) הצוות לטיפול ממושך יראה תוצאות טובות יותר משתי התכניות האחרות.

המידגם כלל 102 אנשים שרואיינו והופנו לאחת התכניות. בראיונות נאספו נתוני רקע לבניית קו בסיס, ונעשו ראיונות חודשיים במשך 12 חודשי מעקב. נקודות שנבדקו בהערכה: מספר ימים בחודש האחרון בהם ישנו במקלטים, פארקים, תחנות אוטובוס או מקומות ציבוריים אחרים. הכנסה חודשית, סימפטומים פסיכיאטריים, דימוי עצמי, הסתגלות בינאישית, התנתקות, שימוש באלכוהול. שני משתנים נבדקו ללא קו בסיס - שביעות רצון של הקליינט, קשר עם מוסדות.

בתחילת המחקר הופנו 178 אנשים לתכניות השונות, והיתה נשירה של 76%. הנשירה הנמוכה יותר היתה בתכנית של צוות הטיפול - 29% לעומת 52% במפלט או 45% במרפאה.

לאחר 12 חודשי מעקב הקליינטים בשלושת התכניות הראו שיפור במשתנים של: מספר ימים בחודש שהיו כחסרי בית, הכנסה, סימפטומים פסיכיאטריים, הסתגלות בינאישית ודימוי עצמי. מה שמאושש את ההשערה הראשונה. ההשערה השניה אוששה חלקית. הצוות לטיפול מתמשך הראה תוצאות טובות יותר כשביעות רצון המטופלים, בשימוש בשרותים ובמשאבים, בשכיחות הקשר עם הקליינטים ובהפחתת הימים של שהייה בחוץ כחסר בית (ירידה מ-25 ימים בממוצע לפחות מ-3 ימים בחודש).

לקליינטים של הצוות הטיפולי היו יותר קשרים סביב נושאי אימון למיומנויות חיים, יעוץ, טיפול פסיכיאטרי ועזרה תמיכתית. לקליינטים במרכז היום היו יותר קשרים סביב טיפולי גמילה מסמים. לא נמצאו הבדלים בתחומים של תפקוד חברתי, סימפטומים פסיכיאטריים, שימוש באלכוהול. החוקרים ממליצים להוסיף לתכנית הצוות לטיפול ממושך את הטיפול בגמילה, אימון למיומנויות חיים וטיפול תרופתי.

ממצאים דומים עלו במחקרים שונים שסוכמו ע"י Schutt and Garrett (1992). ניסויים מבוקרים ומחקרי הערכה הצביעו על יתרון לתכניות שהיו מבוססות על קשר אישי אינטנסיבי ונמשך בין חסרי הבית לבין יועצים שקישרו בינם לבין מערכות שרותי הרווחה, ובמיוחד שרותי הדיור. גם בהערכות אלו הקריטריונים להצלחה היו: משך הזמן כדיור קבע, מספר הלילות מחוץ לבית, שביעות רצון של המטופלים.

מרבית מחקרי ההערכה על תכניות לחסרי בית מנסונו לברר את השפעת התכניות על מצבם של לקוחותיהן. מעטים המחקרים שמתייחסים לאוכלוסייה של דרי רחוב, ושמנסים לעמוד על תרומת השרותים לצמצום היקף התופעה. מחקר מסוג זה נעשה בלונדון (Randall and Brown, 1993), ומצא שמאמץ מרוכז להציע דיור לטווח קצר וארוך ושרותים נלווים לדרי רחוב במרכז לונדון הביא לצמצום משמעותי במימדי התופעה, אך לא לחיסולה.



## חקרי ארוע - סיפוריהם של תשעה דרי רחוב

אחד המרכיבים העיקריים של מחקר ההערכה היה מעקב אישי אחר כמה מהאנשים שבטיפולה של היחידה. במסגרת מעקב זה רואינו אנשים אלה ראיונות מפורטים, חוזרים ונשנים, וכן נאסף מידע שוטף מהעובדים המטפלים בהם, ומתיקיהם. מטרת המעקב היתה להכיר את תופעת דרי הרחובות ואת עבודתה של היחידה כפי שהם משתקפים בסיפורי החיים ובמסלולי הטיפול של מספר אנשים.

עד כה נכתבו סיפוריהם של תשעה אנשים. הם מהיים קבוצה מגוונת, שמייצגת חלק ניכר ממגוון הלקוחות שבטיפולה של היחידה. יש ביניהם חמישה עולים מחבר העמים וארבעה ישראלים ותיקים. יש ביניהם אישה אחת ושמונה גברים. יש ביניהם בעלי השכלה גבוהה וחסרי השכלה, צעירים וכוזרים, וכיו"ב. לא הקפנו את כל מגוון הטיפוסים שבטיפולה של היחידה, אך הקבוצה שהגענו אליה מייצגת לפחות חלק מהשונות הרבה של אפיונים אישיים, הסטוריה של מגורים ברחוב, והתערבויות של היחידה. בהמשך נכלול בחלק זה של המחקר מספר אנשים נוספים, מתוך הקבוצות שאינן מיוצגות עד כה.

בפרק זה נספר תחילה את ספוריהם של שלשה מבין האנשים שבטיפולה של היחידה, לאחר מכן נציג בקיצור רב את ששת האנשים הנוספים, ולבסוף ננסה לסכם, בעזרת כל תשעה הסיפורים, את הידוע לנו על המסלול שאנשים אלה עברו, כיצד הגיעו לרחוב, מהלך הטיפול ביחידה, ותהליכי היציאה או ההשארות במעמד של דר-רחוב. שמות הנחקרים בדויים, כמובן.

### שלשה סיפורים אישיים

#### מרדכי

מרדכי, רווק בן 61, מטופל ע"י היחידה מאוקטובר 1993, לאחר שנמצא בעת סיור לילה ישן ברחוב.

רקע: מרדכי, שנולד בסוריה בשנת 1993, עלה לישראל בשנת 1945. אמצעי מבין 6 ילדים במשפחה. רק שתיים מאחיותיו נותרו בחיים ומתגוררות בישראל, האחת מבוגרת וחולה ואין הוא יודע היכן היא מתגוררת. הקשר עם השניה רופף.

מרדכי התקיים במשך שנים ממכירת כרטיסי פיס ועיתונים. כיום מקבל קיצבת נכות. אחותו תארה אותו כנער שהיה בקיא בכתבי הקודש ורצה להיות רב אך בשל נסיבות חיו נאלץ להתקיים מרוכלות.

היה בעבר מאושפז במסגרת פסיכיאטרית. כיום אינו מקבל תרופות פסיכיאטריות. מברור עם רופאת קופ"ת עלה כי הוא מטופל שם במשך שנים רבות בשל מחלת הסכרת ממנה סובל. טופל בעבר בלשכת רווחה.

עד שנת 1986 חי בבית שהיה שייך להוריו בשכונה בדרום ת"א. עם מות ההורים עבר הבית לרשות הילדים, אך האחיות שהיו כבר נשואות החליטו להשאירו למרדכי כדי שיהיה לו מקום מגורים. בשנת 1986 נהרס הבית ע"י "חלמיש", בטענה שהוא מסוכן למגורים. לרשותו של מרדכי הועמדה דירה למשך שנתיים ואח"כ היה עליו להסתדר בעצמו. המגרש בו עמד בית הוריו רשום על שמו של מרדכי בטאבו. הוא אומר שאינו מוכן למכור את המגרש ושומר אותו לזמן בו יתחתן.

מרדכי אומר כי הוא זקוק לשקט נפשי. הוא הגיע למגורים ברחוב לאחר שגר בחדרים שכורים אותם עזב היות ולא סבל ועשים והפרעות של השכנים.

טיפול היחידה: מרדכי נמצא ע"י עובדי היחידה בסיור לילה שהתקיים באוקטובר 1993. הוא נמצא ישן על הרצפה במעבר תת קרקעי ברחוב אלנבי. מרדכי שכב על קרטון דק וראשו היה מונח על שקיות ניילון ובהן חפציו. לבש שכבות רבות של בגדים מטונפים. סיפר כי לפני מספר ימים עזב חדר בו גר בשכירות. עשה רושם של אדם שחי זמן רב ברחוב. הליכתו לא מאוזנת וכשהוא הולך נראה כי הוא עומד ליפול בכל רגע.

עוד כאותו לילה הוכנס למלון "מונופול". לאחר מקלחת קיבל בגדים נקיים, עליהם לבש שכבות נוספות של בגדיו "כזי לא לקבל דלקת ריאות". מרדכי לא היה מרוצה במלון. ביקש לעביר לחדר עם שותף שאינו נוחר, אח"כ ביקש לעבור לחדר בו יש פחות רעש מן החוץ. לדבריו "אמריקה שולחת כסף בשכיל אדם כמוני, למה הממשלה לא נותנת לי". הוא הועבר ע"י העו"ס המטפלת למלון "שלווה", באזור שקט יותר.

עד מהרה התמלא חדרו של מרדכי במלון בערמות של בגדים, שקיות ניילון, כלי אוכל מלוכלכים, בקבוקי שתיה וחבילות נוספות. במשך היום נהג להסתובב באזור כשהוא בא ויוצא בשעות שונות, לעיתים מאד מוקדמות (4.00 בבוקר) דבר שעורר עליו את רוגזם של דיירים אחרים במלון. נהג לאכול במסעדה כשרה באזור. לעיתים קיבץ נדבות. בבדיקה שעשה הפסיכיאטר של היחידה למרדכי לא נמצא כל ממצא פסיכיאטרי.

התכנית שנראתה כמתאימה ביותר עבור מרדכי היתה טיזור בבית אבות. מרדכי הסכים לתכנית אך ביקש שישאר לו מעט כסף לפלפל.

היות וגילו של מרדכי, עפ"י תעודת הזהות, פחות מ-65 (לדבריו הוא מבוגר ב-4 שנים מהמצויין בתעודה), הדרך לסיזורו בבית אבות היתה מורכבת. הטיפול בענייניו נמשך קרוב לשנה, מדצמבר 1993 ועד לאוקטובר 1994. פניות לשני בתי אבות ציבוריים נענו בשלילה, בשל גילו של מרדכי. לאחר ישיבות בהשתתפות נציגי השרות לשיקום והשרות לזקן של משרד הרווחה, ומדור מוגבלים והמדור לקשיש של עיריית ת"א נוצר קשר עם בית-אבות פרטי באזור המרכז. באוקטובר 1994 ביקרה העו"ס המטפלת יחד עם מרדכי בבית האבות כדי לבדוק את התאמתו למרדכי ונכונות המקום לקבלו. המקום מצא חן בעיני מרדכי, נאמר לו

כי הוא יוכל לגור לבד בחדר, הוא ראה כי המקום פתוח והוא יוכל לבוא ולצאת כרצונו. גם מנהל בית האבות הביע הסכמה לקבל את מרדכי. זמן קצר לאחר מכן עבר מרדכי לגור במקום.

כחודשיים לאחר מכן פנתה הנהלת בית האבות אל היחידה וביקשה להוציא את מרדכי, היות והתנהגותו מפריעה לדיירים האחרים. עבר עוד חודש, והנהלה דיווחה על הסתגלות הדדית בין מרדכי וסביבתו, אולם כעבור חודשיים נוספים חזרה הנהלת בית האבות וביקשה את העברתו. נמסר שחלה אצלו התעוררות מינית, והוא מציק למטפלות ומפריע לקשישים. מרדכי עבר לבית אבות אחר, שנמצא באזור כפרי. מרדכי התלונן על רעש האוטובוסים ועל איכות המזון, וכעבור זמן לא רב עזב את בית האבות וחזר לתל-אביב. נכנס לגור במלון "שלווה" ופנה למשרד של היחידה. לאחר שבועות מספר הגיע למסקנה שקשה לו להסתדר בכוחות עצמו, והסכים לחזור לבית האבות.

## מיכאל

מיכאל, בן 33, חי בנפרד מאשתו השנייה. מטופל ביחידה מדצמבר 1994, לאחר שפנה ביזמתו.

רקע: מיכאל נולד ברוסיה בשנת 1962, הצעיר מבין שלושה ילדים במשפחה. גודל ע"י אב חורג. לאחר שסיים בי"ס יסודי למד 4 שנים ציור ופיסול. בגיל 18 התחתן ונולד לו בן. גוייס לצבא הרוסי בהיותו בן 18 ושרת במשך שנתיים. את מרבית שרותו הצבאי עשה כשהוא עובד בסטודיו משלו, שם עשה עבודות פיסול עבור המפקדים. לאחר ששוחרר מהצבא עבר לבילרוסיה, שם עסק בפיסול במפעל שמכר את יצירותיו. היתה לו, לדבריו, הכנסה נאה. לאחר זומש שנות נישואין התגרש ובנו נשאר אצל האם. כחצי שנה לאחר מכן התחונן בשנית.

בשנת 1990 עלו מיכאל ואשתו לישראל. תחילה גר הזוג ליד חיפה, שם עבד מיכאל בנגרות. אח"כ עברו לאילת שם נכנס לכלא על עברות תקיפה ואלים. לאחר 31 חודשי מאסר השתחרר מזהכלא באוגוסט 1994 ולא היה לו לאן ללכת. תקופה קצרה התגורר אצל חבר אך זה גרש אותו משום שמיכאל שתה והשתכר.

הוא גר ברחוב במקומות שונים בארץ. לת"א הגיע לאזור שיחת טלפון עם יוסי סיאס שהמליץ בפניו לפנות לבית השנטי. בת"א פגש קבוצת עולים אלכהוליסטים והתחבר אליהם. לא עניין אותו דבר רק השתייה. שתה כליטר אלכהול ליום. "הייתי צריך לפחות 600 גרם שתיה בכדי לדעת איפה אני נמצא, בשביל להפסיק את הרעידות בידיים". מיכאל סיפר כי התחיל לשתות בגיל 15 בנסיבות חברתיות אך לא השתכר. בצבא התחיל לשתות בכדי להשתכר.

טיפול היחידה: מיכאל הבין שאם ימשיך לשתות ולגור ברחוב ימות (הוא סולק מבית השנטי בשל השתייה). הוא פנה ליחידה אך נאמר לו שזו



אינה מטפלת באלכוהוליסטים. לאחר תקופה קצרה פנה שוב. כשל מצבו הירוד לא הצליח להגיע לכדו למשרדי היחידה, וחברים הביאו אותו. הוא הופנה למלון "מונופול" והוזמן לראיון קבלה אך לא הגיע. יומיים אח"כ הגיע כשהוא שתוי לגמרי ובקושי עמד על רגליו. עובדי היחידה התלבטו בדבר סכויי הגמילה והטיפול, אך החליטו לקחת סיכון. נשלח למלון עם הזמנה ליום המחרת לבוא מבלי ששתה.

מהיחידה הופנה מיכאל למעון לגמילה ברמת גן. לאחר 17 יום, עם שחרורו מהמעון לגמילה הוכנס לגגון, המשיך בגמילה אמבולטורית והופנה ל-A.A. ביחידה החלו לטפל בנושא הגרושין ונעשו פניות למשרד השיכון ולביטוח לאומי. בינואר 1995 אושרו לו זכויותיו במשרד השיכון ושכוע אח"כ נכנס לדירה עם חבר שנגמל גם הוא מהשתיה.

מיכאל היה מהשותפים הפעילים בהקמת קבוצה לאלכוהוליסטים ביחידה אשר מתבססת על עקרונות ה-A.A. הוא משמש דמות של מנהיג בקבוצה ומהווה דוגמה לחברים אחרים. לדבריו, מאז הגמילה המחשבה על חזרה לחיים ברחוב במצב של שכרות כל כך מפחידה אותו שהיא שומרת עליו מפני החזרה לשתיה. גם כשהוא נמצא בין חבריו ששותים אין הוא מתפתה.

כיום הוא גר בדירה, מחקיים מצוירים שמצייר בחנות כיפו (מצייר עפ"י הזמנות של בעל החנות). דירתם מהווה מקום אליו באים חברים אחרים מהקבוצה או מהגגון בשעות של צורך או סתם למפגשים חברתיים. הם יודעים שבדירה אסור לשתות.

לאחרונה השיגו לו מהיחידה סכום כסף לרכישת חומרים לציור בכדי שיוכל לצייר כרצונו "מה שבא מהנשמה" ויוכל להציג את עבודותיו. במקביל הלך עם העו"ס המטפל למרכז לאמנות כיפו שם נתנו לו מקום וחומרים לעסוק בפיסול.

מיכאל מרבה לבקר ביחידה. ציור שלו הוצג בכנס של עובדי הרווחה בעיריית ת"א, ובעזרתו הוצגה זווית מסויימת של עבודת היחידה. הוא יצר קשר מאד טוב עם העו"ס המטפל ונדאה שהוא נהנה מגילויי החיבה וההערכה להם הוא זוכה מעובדי היחידה.

#### דימיטרי

דימיטרי, יליד רוסיה, בן 44, פרוד מאשתו שחיה בארה"ב. מטופל ביחידה מאוגוסט 1994, לאחר שנמצא שוכב ליד מוזאון האצ"ל עם חשד להתקף לב.

רקע: גדל במשפחה חד הורית. לדבריו היה תלמיד טוב, ספורטאי. למד רפואה באוניברסיטה בלבוב והתמחה בכרורגיה. עבד בבית-חולים מחוזי. התחתן, לזוג נולדה בת. לאחר שנתיים התגרשו והנה נשארה אצל האם. דימיטרי נישא בשנית כשלאשתו בת מנשואיה הקודמים. התחיל לעבוד בכרורגית עור במרכז לטיפול בנפגעי כוויות.

בשנת 1990, לאחר מות אמו, רצה להגר לארה"ב. כשהדבר לא התאפשר עלה עם אשתו לישראל. בני הזוג התגוררו באשקלון. דמיטרי למד בשני אולפנים לעברית. ניסה פעמיים לעבור את הבחינות לקבלת רשיון ברפואה ללא הצלחה. כמו כן פוטר מעבודתו כמציל בבריכה. אשתו, ספרנית במקצועה, עבדה במפעל תפירה.

לדבריו, נהג דימיטרי לשתות מזה עשר שנים, אך לא בצורה מופרזת. הכשלונות בבחינות והפיטורין הביאו לדכאון ולהגברת השתיה. אושפז פעמיים בבית חולים כללי בשל בעיות שנבעו מהשתיה. עם שחרורו מבית-החולים התחיל לעבוד כלכורנט. בינתיים אשתו החליטה לנסוע לארה"ב לבקר את בתה, דבר שהביא שוב לנפילה קשה של דימיטרי. הוא חזר לשתות בצורה מופרזת והגיע לאשפוז במצב קשה. היה ארבעה ימים ללא הכרה. כשאשתו חזרה וראתה את מצבו החליטה להפרד ממנו.

בתקופה זו גם הסתיים חוזה השכירות על הדירה. אשתו עברה לגור אצל חברתה, ודמיטרי התגורר במקומות שונים, ברחוב ואצל חברים. נכנס לגמילה בת 12 יום. עם צאתו מהגמילה עבר לתל אביב, לחבר שהסכים לשכן אותו בביתו. לשכת הרווחה סידרה לו קיצבת הבטחת הכנסה.

ביוני 1994 הובא לגגון ע"י חברים ואחרי יומיים הופנה חזרה לטיפול באשקלון. חזר מאשקלון והתנחל עם השיכורים ליזי מוזאון האצ"ל. הסתובב ליד הגגון, אך לא אפשרו לו להכנס בשל השתיה, ומשום שאינו תושב ת"א. בעקבות זאת שינה את כתובתו בתעודת הזהות.

לאחר מספר ימים דווח כי הוא שוכב ליד המוזאון כשהוא מתלונן על כאבים בחזה והתקף לב. הוזמן אמבולנס והוא אושפז באיכילוב. עם שחרורו מבית החולים התקבל לטיפול היחידה.

טיפול היחידה: התקבל לטיפול היחידה באוגוסט 1994 והופנה למלון מונופול בתנאי שלא ישתה, אך הוא המשיך לשתות ואושפז שוב בבית החולים. הופנה שוב ל"גגון" ממנו סולק ע"י המנהל עקב השתייה. לחג סוכות הוכנס שוב לגגון, אך שוב אושפז בעקבות מכות שקיבל במקום.

העובד הסוציאלי המטפל לקח אתו ל-AA, גילה מוטיבציה להשתנות ולהפסיק לשתות, אולם לפגישות במרכז לגמילה הגיע שתוי, או שלא הגיע כלל. נכנס לגמילה תלת חודשית במעון לגמילה. עם צאתו ממעון הגמילה בפברואר 1995 אושר לו סיוע בשכר דירה למשך שנה וחצי.

ארבעה ימים לאחר צאתו מהגמילה נמצא שוכב ליד הגגון כשהוא שתוי. מאוחר יותר הסביר דימיטרי למראיין שהמעבר מהאזירה התומכת והמלאכותית במעון ל"חיים המציאותיים" גרם לו להלם. לאחר מספר ימים אושפז שוב באיכילוב כשהוא סובל מתסמונת גמילה.

כששחרר מאיכילוב הוא הופנה ל"גגון". התחיל להשתתף בקבוצה לאלכוהוליסטים המתקיימת ביחידה. פעיל בקבוצה למרות שאמר ש"הם לא

מבינים עניין". שיחותיו האישיות עם העובד הסוציאלי המטפל היו סביב הגברת מוטיבציה לגמילה, התמודדותו עם עזיבת אשתו, חיפוש תחומי עבודה חדשים.

שכר דירה ברמת גן עם מטופל נוסף מהיחידה אותו הכיר בגגון. הופנה לאגף הרווחה המקומי להמשך טיפול. הוא ממשיך לשתות, וכפי הנראה משתמש גם בסמים. לאחרונה פנה למרכז גמילה מסמים.

#### אפיוני הנחקרים האחרים

מרים: רווקה, ילידת 1935, מנותקת ממשפחתה מילדותה. עסקה בזנות וצרכה סמים. מוכרת לעובדי היחידה מאז 1991, אך בטיפול רק משנת 1993, בעקבות סיור לילה. בבדיקה פסיכיאטרית אובחן תהליך דמנטי, הפרעות בחשיבה ובזכרון. לאחר תקופה של מגורים במלון סודרה בבית אבות מחוץ לעיר. כעבור חדשים ספורים חזרה העירה ומצאה דירה. כיום מועמדת לדיור מוגן לקשישים.

שארל: ניצול שואה, רווק, יליד 1923. כל חייו שמר על חירותו בכך שנמנע מלהינשא או מלהתחייב למקום עבודה, ואף לא ניסה לרכוש דירה. בטיפול היחידה משנת 1994, לאחר שאותר בסיור לילה. לאחר מגורים זמניים בגגון סודר בדירה, ולאחר מספר חדשים הועבר לדיור מוגן לקשישים.

ולדימיר: רווק, יליד 1969, עלה לישראל ב-1991. מהמר כפייתי וסובל מבעיות נפשיות. מטופל ע"י היחידה מיוני 1993. סודר בדירה, וחזר לרחוב עם תום תקופת הסיוע. חזר ופנה ליחידה, הופנה לבדיקה פסיכיאטרית וקיבל טיפול אנטי דכאוני. סודרה לו קצבת נכות והתמנה לו אפוטרופוס המקבלה בשמו. סודר שוב בדירה, לאחר שחודש הסיוע.

יוסף: יליד 1943, רווק (רשום בתעודת הזהות כגרוש). עלה ממדינות חבר העמים ב-1994. שם עבד כמתורגמן וכצלם. סולק מדירה לאחר אי תשלום שכר דירה. נמצא ישן בפארק ע"י ראש העיריה שהפנה אותו ליחידה. אושר לו סיוע בשכר דירה. עבר לירושלים בתקווה למצוא שם דירות במחיר נמוך יותר מתל-אביב. יצר קשרים עם אנשי כנסייה ביפו אשר לדבריו הם "האנשים הטובים היחידים שפגש".

דניאל: נשוי (אשתו נמצאת ברוסיה) יליד 1971. עלה לישראל ב-1993. שותה אלכוהול מאז היותו ילד. מטופל ע"י היחידה מאוקטובר 1994. לאחר שפנה בעקבות המלצה של חבר. חסום לסיוע ממשרד השיכון, התחיל מספר עבודות ועזב. הפסיק מיוזמתו את הקשר עם היחידה.

יצחק: גרוש, ואב ל-5. יליד 1930. עבד במשך שנים רבות בתפקידי פקידות ומינהל. לאחר גרושיו החליף מקומות עבודה רבים. כשאיבד את מקום עבודתו האחרון נאלץ ללון בחוץ. הגיע לטיפול לאחר שפנה למנהלת היחידה בעקבות כתבה בעיתון. קיבל סיוע ושכר חדר בדירה.

בשל התדרדרות במצבו הכספי היה בסיכון לחזור לרחוב ופנה שוב ליחידה. לאחרונה הועמדה לרשותו דירה בדיוור מוגן לקשיש.

ניתוח מסכם של חקרי האירוע: ההדרדרות, התערבות היחידה והתוצאות

אפיוני הנחקרים: האנשים המתוארים בחקרי הארוע שונים בגילם, כמוצאם ובנתוני רקע אחריים, עם זאת ניתן למצוא קווים משותפים. לרובם רקע של משפחה הרוסה או בעייתית, או שהם עצמם נותקו מהמשפחה בגיל צעיר. מרים, בת למשפחה מרובת ילדים, נשלחה לקיבוץ בגיל 10. אין לה כמעט קשרים עם אחיה. דניאל הוא בן לאב קלפן ואם אלכוהוליסטית, והוריו של ולדימיר נפרדו כשהוא היה בן 15. דמיטרי גדל במשפחה חד הורית. שאול הופרד ממשפחתו כשהיה בן 16, בתקופת מלחמת העולם השנייה, ונלקח למחנה עבודה.

לעומתם מתאר יצחק בית שהיו בו יחסים טובים בין ההורים לבין הילדים. מרדכי חי עם הוריו עד לפטירתם, ועם מותם ויתרו אחיותיו על חלקן בדירה כדי שיהיה לו מקום מגורים.

גורמים להתדרדרות: הסיבות להתדרדרות לרחוב שונות. אצל מקצת הנחקרים באה ההדרדרות לרחוב בעקבות אירוע קריטי. כך למשל החלה התדרדרותו של מרדכי בעקבות מות הוריו, והריסת הבית ע"י חלמיש. אצל יצחק הביאו הגרושין והפסקת עבודתו במלון לתקופה ארוכה של חוסר יציבות בעבודה ובדיוור עד שהגיע לרחוב. דמיטרי הגביר את צריכת האלכוהול בעקבות כשלונות חוזרים בבחינות הטמכה לרפואה.

לעומתם היתה ההתדרדרות של מרים לרחוב הדרגתית. נראה כי בעבר התקיימה מזנות וגרה אצל גברים שתמכו בה, אך ככל שהזדקנה מעטו תומכיה, וארכו תקופות המגורים ברחוב. שאול בחר לחיות ברחוב למשך תקופה מסויימת, ראה זאת כחוויה והעדיף זאת על פני מגורים במקום רועש או לא נוח.

מחלות נפש והתמכרויות: בקרב חלק מהנחקרים אובחנו בעיות בתחום בריאות הנפש וההתמכרויות, לעיתים כמשולב. מרדכי אובחן כחולה נפש ואף טופל כך בעבר. אצל ולדימיר הופיעו בעיות נפשיות בגיל צעיר (לדבריו זהו הרקע לגרושו מהבית). בעת טיפולו ביחידה הופנה לבדיקה ולטיפול פסיכיאטרי נוגד דיכאון. אצל דניאל היתה התרשמות כבדיקה הפסיכיאטרית כי שתיית האלכוהול נועדה להוריד את הדכאון, אך בשל השתיה אי אפשר לתת לו תרופות נוגדות דכאון. מרים אובחנה כסובלת מתהליך דמנטי שמקורו בשתיית אלכוהול בעבר. מינאל ודמיטרי צרכו אלכוהול בכמויות שסיכנו את בריאותם וחייהם. יצחק שתה בעבר אך הפסיק לאחר גרושיו בשל הצורך לטפל בילדיו. לעומתם שאול לא שתה ולא אובחן כסובל מהפרעה כלשהי.



## טיפול של היחידה

דיוור - המטרה העיקרית של הטיפול בדרי רחוב היא העברתם מהרחוב לדיוור נורמטיבי. בעקבות ההסדרים המיוחדים שנעשו עם משרד השיכון, קל לפתור את בעיותיהם של חלק מהמטופלים. כך, למשל, במקרה של שאול. במהלך חייו הוא לא פנה אף פעם לסיוע של הרשויות, ולכן נדרשו רק חדשים כדי לסדר לו סיוע בשכר דירה. עברו מספר חדשים נוספים ומשרד השיכון אישר את העברתו לדיוור מוגן, על אף העובדה שחלק משכר הדירה ששולם מראש לבעל הבית הלך לאיבוד. ליצחק לקח זמן ארוך יותר לקבל את הסיוע משום שנדרש להמציא אישורים מהרבנות על גרושיו והשגת מסמכים אלו לקחה זמן.

מרים ודניאל נמצאו "חסומים" לסיוע ממשרד השיכון. התברר כי כבעלותה של מרים היו בעבר, בזמנים שונים, שלוש דירות. לאחר ברורים נמצא כי עבר זמן רב מאז שמכרה את דירתה האחרונה, החסימה הוסרה ואושר לה סיוע לשכירת דירה. לעומת זאת לא אושר לדניאל סיוע, משום שבעבר קיבל משכנתא ומכר אותה. לכן היה עליו למצוא מימון לדיוור באמצעות עבודה. דמיטרי ומיכאל קיבלו סיוע בשכר דירה ללא בעיות מיוחדות ושכרו דירה כל אחד מהם בשותפות עם מטופל אחר מהיחידה. ולאדמייר קיבל סיוע בשכר דירה, אך הוא בזבז את הכסף בהימורים, חזר לרחוב עד שאושר לו סיוע נוסף שהפעם הובטח בהסדר עם המשכיר.

הבטחת הכנסה - היחידה מטפלת במצויי זכויותיהם של מטופליה במוסד לביטוח לאומי. גם עניין זה, שהוא לכאורה פשוט, עלול להסתבך כאשר המטופל אינו משתף פעולה בגלל בעיותיו הנפשיות. יוסף סרב בתחילה לשתף פעולה עם העובדת הסוציאלית ולחתום על המסמכים הדרושים. הוא דרש שהעובדת תערוך לו להלוואה מהבנק. משלא מצא עבודה (חיפש רק במקצועו כצלם) עשה את הנדרש ואושרה לו קצבה. יצחק כעס על המסמכים שעליו היה להביא לביטוח לאומי ועל כך שעליו היה ללכת לשם מספר פעמים, הוא צעק, איים באלימות והיה צורך להרגיעו. בסופו של דבר הביא את האישורים וקיבל את הקצבה.

ייעוץ, הדרכה וטיפול נפשי - ההשקעה הרבה בכוח אדם מקצועי אמורה לבוא לידי ביטוי לא רק בליווי אישי לפתרון הבעיות הקיומיות של דרי הרחובות, אלא גם בייעוץ אישי שיסייע להם לבחון את מצבם, להתמודד עם עברם, ללמוד דרכי התנהגות והתמודדות חדשות. במקרה של מרים היה צורך להקנות לה כללי התנהגות בסיסיים בנושאי היגיינה, וטיפול. כשנכנסה לגור במלון נהגה להתרחץ כמי מזרקה באזור המלון כדי לחסוך מים למלון, בלילה היתה יוצאת ערומה מחדרה לשרותים שמסדרון. במשך תקופה של כחצי שנה קיימה עמה העובדת שתי פגישות בשבוע, לימדה אותה להתרחץ, להופיע בכגדים נקיים ומתאימים לעונת השנה. מרים אף למדה לרכוש ביגוד בהתאם לתקציב שעמד לרשותה.

יצחק היה מלא כעס על הרשויות, היה מדבר על כך שבלי אלימות לא משיגים דבר "ירצח את הפקידונים האלה", בפגישות עמו היה צורך

להרגיע אותו וללמד אותו להשתלט על התוקפנות שבו. יצחק הסתיר מילדיו (החיים בחו"ל) את מצבו, ובשיחות שוכנע לכתוב להם על כך ולהעזר בהם.

מיכאל היה זקוק לתמיכה רבה במאבקו להיגמל מהשתייה. לאחר הגמילה העובד הסוציאלי שטיפול בו נפגש עמו פעמיים בשבוע ועשה אותו שותף פעיל בהקמתה והפעלתה של קבוצת אלכוהוליסטים ביחידה.

בשל הדכאון והתלות של דניאל שהביאו לחשש כי יפגע בעצמו נפגש עמו העובד הסוציאלי המטפל אחת ליומיים לשם מתן תמיכה, נסיונות למצוא פתרונות והתערבות במשבר. בהמשך נסבו הפגישות עימו על מאמציו לחיפוש עבודה.

השיחות האישיות עם ולאדימיר עסקו הן במשימות קונקרטיות והן בקשייו הנפשיים - דימוי עצמי נמוך, נטיה להומוסקסואליות, מצבי חרדה שתקפו אותו, נטייתו להימורים ועוד. עם שאול נפגשה העובדת הסוציאלית פעם בשבוע, והשיחות נסבו סביב נטייתו לברוח ממחויבויות, רצונו להשאר צעיר נצחי והפחד מהזקנה.

לעומת זאת התמקד הטיפול במרדכי בעיקר בתווך, ובפתרון בעיות קיומיות, זאת עקב יכולתו המוגבלת לתובנה ולהתמודדות עם נושאים רגשיים.

סיום הטיפול ויציבות הסידור - אחד המאפיינים של דרי הרחובות הוא חוסר היציבות של חייהם, חוסר יציבות שהוא לעיתים גורם להתדרדרות לרוב, ואשר מקשה על היציאה ממנו. מטרת היחידה היא להביא את האנשים שבטיפול לה לסידור קבוע המתאים לגילם ולמצבם הנפשי והגופני.

ואמנם, יש בין הנחקרים מי שנראה שהגיעו אל המנוחה והנחלה. כך שאול ויצחק שגילם מעל ל-65, אך הם עצמאיים בתפקודם ומסוגלים לדאוג לעצמם. שניהם התקבלו לדיור מוגן לקשישים, לכל אחד מהם דירת חדר בבנין שיש בו אם בית למקרה הצורך. אחרים מחזיקים מעמד על אף סיכונים ולחצים ויש סיכוי שאולי עלו על מסלול חדש. כך מיכאל שחי בדירה עם שותף, עובד למחייתו ואינו שותה.

ומאידך יש כאלה שהסידור אליו הגיעו, שנראה תחילה כקבוע, התגלה כזמני בלבד. מרים, בשל תחילת התהליך הדמנטי, ומודכי, בשל יכולתו הנמוכה לדאוג לעצמו, הופנו לסידור בכתי אבות אף על פי שהיו צעירים מהגיל הנדרש. שני בתי האבות היו מרוחקים מתל-אביב. מרים התגעגעה לעיר הגדולה, עזבה את בית האבות כעבור שלשה חדשים, וחזרה לתל-אביב. כיום היא מתגוררת בחדר ששכרה לעצמה, וממתינה לדיור מוגן. מרדכי שסודר בבית אבות אחד, הועבר לבית אבות אחר בשל התנהגותו שהקשתה על הצוות ועל הדיירים האחרים, ולאחר כשלושה חודשים עזב את בית האבות השני כשהוא מתלונן על הרעש במקום. הוא חזר ביזמתו למלון "שלוה", אך לבסוף הבין כי קשה לו לדאוג לענייניו ושכ לבית האבות מרצונו.

מטופלים צעירים שמקבלים סיוע בשכר דירה (מיכאל, דימיטרי וולאדימיר), יצאו למגורים בדירות בשוק החופשי. עם תום תקופת הזכאות יהיה עליהם לפנות בדרכים המקובלות ולבקש את חידושה, וכן לחדש חוזי שכירות או לשכור דירות אחרות. הסיזור כאן הוא פחות יציב מזה של הקשישים. יש מקום לחשש שמקצתם יימצאו שוב ברחוב. כך ולאדימיר שמוציא את כל כספו על הימורים, ודימיטרי שממשיך לשתות. אצל אחרים נסתיים הטיפול ללא סידור. לדניאל לא נמצא סידור בשל החסימה במשרד השיכון, הוא עזב את הגגון ולא ידוע מה קרה איתו. יוסף עבר לירושלים בתקווה למצוא דירות זולות מאלו שבת"א, עבר להוסטל, סידור שהוא מאד ארעי. לא ידוע מה קורה עימו היום.

כיצד נתפסת עזרת היחידה? האנשים המטופלים ע"י היחידה מנותקים ברובם ממערכות תמיכה חברתיות ומשרותי הרווחה. יש ביניהם כאלה שעבורם המפגש עם היחידה היה הקשר המשמעותי הראשון עם שרותי רווחה ועם מטפלים מקצועיים. מקצתם מביעים תודה והערכה על הסיוע שהוגש להם.

מיכאל, למשל, ציין את העזרה הרגשית והכלכלית שקיבל כאן כמשמעותיות ביותר. לדבריו הוא אוהב לבוא למשרדי היחידה משום שכאן אינו מתבייש וחש ביחס של אכפתיות כלפיו וכלפי המטופלים האחרים. שאול אמר כי אהב את השיחות עם העובדים הסוציאליים שעזרו לו מאד וזוהי הפעם הראשונה שחש כי מישחו דואג לו.

יש כאלה שמודים על מה שקיבלו, אך היו רוצים עזרה רבה יותר. בראיון מנה ולאדימיר את כל סוגי הסיוע שקיבל (דיוור, בטוח לאומי, תמיכה רגשית, עשיית סדר בחייו), אך היה דושה יותר שיחות סביב התקפי החרדה שלו. בעצם הוא מבקש פסיכותרפיה. יצחק גם הוא משבח את עבודת היחידה אך הערכתו מסויגת: העובדים משקיעים ונותנים הרגשה שאכפת להם, אך התוצאות אינן תלויות בהם, הם מוגבלים מול הבירוקרטיה.

לעומתם מי שלא הגיעו אל הסידור הרצוי להם דיברו ככעס על עובדי היחידה, כך דניאל שאמר כי "הסוציאליים" לא עזרו בכלום, לא אכפת להם ממנו והם עושים רק מה שחייבים. יוסף אמר שהם לא יודעים לעזור וכדוגמה הזכיר את סרובה של העבודת הסוציאלית לחתום לו כערכה על הלואה בבנק. שניהם הסיקו את המסקנות, ונעלמו לפני שהטיפול בהם הסתיים. כל האחרים שומרים על קשר עם היחידה, אם משום שהטיפול בעניניהם עדיין נמשך (מרים), אם משום שאינם מרגישים בטוחים בסידור (ולדימיר, מרדכי), ואם כביטוי לקשרי אימון ורצון לתרום משלהם (מיכאל).

## דרי רחובות בטיפולה של היחידה - ניתוח כמותי

### שיטת איסוף וניתוח הנתונים

הנתונים שמוצגים להלן מבוססים על 155 תיקים של מטופלים שאותרו על ידינו במשרדי היחידה. הניתוח כולל את כל מי שנפתח לו תיק מתחילת 1991 ועד לסוף חודש ספטמבר 1994. בנוסף לכך היו בטיפולה של היחידה, באותה תקופה, כמה מאות אנשים שלא נפתח להם תיק. על פי הנהלים לא נפתח תיק למי שהמגע עימו חד פעמי או קצר מועד, כמו למשל מי שאותרו ברחוב אך לא נענו להזמנה לפנות ליחידה, למי שאוכסנו לתקופה קצרה ונשלחו חזרה למקומות מגוריהם, מי שהיו נושא להתייעצות מצד לשכות אזוריות של אגף הרווחה אך לא הפכו ללקוחות של היחידה, ואחרים.

הניתוח שלנו מקיף, כאמור, 155 דרי רחוב שמידת והאינטנסיביות של הטיפול בהם הצדיקה פתיחת תיק. אוכלוסייה זו מעניינת כשהיא לעצמה, אך מייצגת רק בקירוב את כלל דרי הרחוב שהיו בקשר כזה או אחר עם היחידה, ובודאי לא את כלל דרי הרחוב של תל-אביב. יתר על כן, לא בכל התיקים שניתחנו אפשר היה למצוא מידע על כל השאלות שהצגנו. לכן במרבית הלווחות אין מספר המקרים מגיע ל-155, אלא למספר נמוך יותר. האחוזים חושבו תמיד מתוך המספר הרלבנטי לכל לוח.

בלוח מס. 1 אנו רואים שמספר האנשים שנקלטו על ידי היחידה גדל משנה לשנה. יתכן שמהניתוח נשמטו כמה לקוחות שהוקבלו לטיפול בסוף ספטמבר 1994, ושתיקים נפתחו עבורם מאוחר יותר. יש להניח שהמספר שמופיע לתשעת החדשים הראשונים של 1994 מוטה כלפי מטה, ושהגידול במספר הטיפולים החדשים נמשך גם ב-1994.

לוח מס. 1: לקוחות היחידה, לפי שנת החלת הטיפול

שנה	מספר	אחוז
1991	18	12%
1992	38	26%
1993	53	36%
1994 (9 חודשים)	40	27%

### אפיונים סוציו-דמוגרפיים

מלוח מס. 2 אנו למדים שאוכלוסיית דרי הרחובות שבטיפולה של היחידה מורכבת בעיקרה מגברים רווקים או גרושים. האוכלוסייה הטרוגנית מבחינת הגיל, ומבחינת ההשכלה והרקע המקצועי. יש בה צעירים וקשישים, משכילים וחסרי השכלה, פרופסיונלים ועובדי כפיים, וגם הרבה מאד חסרי מקצוע. מספר דרי הרחובות ששרתו בצה"ל אינו מבוטל, במיוחד אם נביא בחשבון את ריבוי העולים בקרבם.



לוח מס. 2: אפיונים סוציודמוגרפיים של לקוחות היחידה

אחוז	מספר	הקטגוריה	האפיון
93%	144	גברים	מין
7%	11	נשים	
100%	155	סה"כ	
13%	21	21-29	גיל
24%	37	30-39	
27%	42	40-49	
18%	28	50-59	
15%	23	60 ומעלה	
100%	151	סה"כ	
5%	7	נשוי	מצב משפחתי
2%	3	אלמן	
7%	10	פרוד	
47%	72	גרוש	
39%	61	רווק	
100%	153	סה"כ	
8%	8	ללא השכלה	
28%	29	יסודית	
33%	34	תיכונית	
31%	32	על תיכונית	
100%	103	סה"כ	
18%	26	אקדמי	מקצוע
2%	3	צוארון לבן	
17%	24	צוארון כחול	
62%	88	ללא מקצוע	
100%	141	סה"כ	
25%	32	מלא	שרות בצה"ל
9%	11	חלקי	
66%	83	לא שרת	
100%	126	סה"כ	
31%	48	ישראל	ארץ לידה
37%	57	חבר העמים	
15%	23	אסיה/אפריקה	
17%	26	אירופה/אמריקה	
100%	154	סה"כ	
47%	46	עד 1977	שנת עליה
54%	53	מ-1988 ואילך	
100%	99	סה"כ	

מרבית דרי הרחובות נולדו מחוץ לישראל, והקבוצה הגדולה בקרבם היא זו של עולי חבר העמים. כמחצית מקרב אלה שנולדו בחו"ל הם עולים ותיקים, שעלו עד שנת 1977, ויתרם עולים חדשים, שהגיעו ארצה בגל העליה האחרון, דהיינו מאז 1988. כמעט כל העולים החדשים (49 מתוך

51) עלו מארצות חבר העמים. מרבית דרי הרחובות שבטיפול היחידה (81%) מדברים עברית, ורובם גם קוראים עברית.

מרבית הלקוחות (90%) לא עבדו בעת שנוצר הקשר עם היחידה, והמעטים שעבדו היו מועסקים בעבודות חלקיות ומזדמנות. למעטים היו הכנסות מעבודה או מתמיכת קרובים וידידים, וכ-36% קיבלו קיצבה כלשהי מהמוסד לביטוח לאומי. למרבית הפונים לא היה מקור הכנסה ידוע.

### הרשת החברתית של דרי הרחוב

כפי שצוין לעיל, הרוב המכריע של הנחקרים רווקים או גרושים, ומעטים בקרבם הנשואים. את דרי הרחוב מאפיינת, כידוע, חולשת הרשת החברתית (ר' סקירת ספרות לעיל). למרבית הנחקרים שלנו יש אמנם קרובים מדרגה ראשונה (הורים, אחאים, ילדים וכיו"ב - לוח מס. 3), אך רק למיעוט יש קשר עימם. גם לפני שהדרדרו לרחוב חיו מרבית הנחקרים (58%) בגפם, ורק 23% חיו עם בני משפחה (הורים, בני זוג וכו'). מעניין לציין שגם בקרב דרי הרחוב עצמם לא נוצרה רשת חברתית תומכת.

באשר לרשת הפורמלית, 21% מדרי הרחובות שהגיעו לטיפול של היחידה היו מוכרים ללשכה לשרותים חברתיים, 7% היו בקשר עם מרפאה ו-13% בקשר עם שרות אחר. בסך הכל 30% היו בקשר עם שרות אחד או יותר. במילים אחרות, קשר עם שרותים פורמליים פיצה רק מיעוט מדרי הרחוב על דלילות הרשת הלא-פורמלית.

### לוח מס. 3: רשת חברתית תומכת

הקירבה	בקשר		לא בקשר		סה"כ
	מספר אחוז	מספר אחוז	מספר אחוז	מספר אחוז	
הורים ו/או אחאים	19	13%	70	47%	148
בני זוג, ילדים	16	11%	44	30%	147
קרובי משפחה אחרים	3	2%	21	15%	137
מכרים וחברים	30	23%	2	2%	132
מכרים בין דרי רחוב	9	7%	3	2%	127

### מצב בריאותם של הפונים ליחידה

שעור ניכר מהנחקרים סובלים ממחלה, נכות או התמכרות כלשהי (לוח מס. 4). נפוצות במיוחד מחלות נפש (38%), אך גדול גם מספרם של המתמכרים לאלכוהול (33%) ומספרם של הסובלים ממחלות גוף (27%). הערכות אלה מסתמכות, במרבית המקרים, על אבחנה שנעשתה על ידי גורם רפואי מוסמך. עם זאת יש מקרים בהם צוות היחידה מגדיר אדם כסובל ממחלה או נכות על יסוד התנהגותו והופעתו, גם אם מסיבה כלשהי לא נמצאת בתיקו אבחנה. יתר על כן, סביר שגם בקרב אלה שבתיקיהם לא צוינו העיות בריאות יש אנשים נוספים שסובלים ממחלה, נכות או

התמכרות כלשהי. מעניין לציין את השעור הגבוה מאד של מי שאושפזו בבית חולים כללי (לוח מס. 5). גם כאלה שכיום אינם מדווחים על מחלה אקוטית נזקקו לאישפוז בעבר.

לוח מס. 4: נכות, חולי והתמכרויות בקרב לקוחות היחידה

סוג הנבדק	מאובחן		משוער		אין מידע		סה"כ
	מספר אחוז	מספר אחוז	מספר אחוז	מספר אחוז	מספר אחוז	מספר אחוז	
מחלת נפש	37	24%	21	14%	96	62%	154
מחלת גוף	35	23%	6	4%	113	73%	154
נכות (חושיים)	20	13%	5	3%	129	84%	154
נכות (גפיים)	15	10%	4	3%	135	88%	154
התמכרות לאלכוהול	47	30%	4	3%	103	67%	154
התמכרות לסמים	15	10%	1	1%	138	89%	154

לוח מס. 5: הסטוריה של אשפוזים

אשפוז פסיכיאטרי	אשפוז כללי		במהלך השנה האחרונה אי פעם אך לא בשנה האחרונה לא אושפז סה"כ
	מספר אחוז	מספר אחוז	
11	11%	21	25%
17	17%	17	21%
72	72%	44	54%
100	100%	82	100%

דרכי הכניסה לטיפול

כיצד הופך דר רחוב ללקוח של היחידה? מלוח מס. 6 אנו למדים שקרוב ל-40% מהלקוחות חיו ברחוב יותר משנה, כעת שאותרו על ידי היחידה. מאידך 15% היו ברחוב פחות מחודש, זאת על אף ההנחיות שאומרות שאדם צריך להיות ברחוב לפחות שלשה חדשים כדי להיות זכאי לטיפול של היחידה. כמחצית הפונים אותרו בסיורי לילה של היחידה, כרבע הופנו על ידי שרותים (לשכות רווחה ושרותים אחרים) וכשישית הגיעו כיזמתם, מקצתם לאחר ששמעו על היחידה מחברים.

מה עשתה היחידה עבור לקוחותיה?

להלן (לוח מס. 7) ניתוח של 557 אינטראקציות בין היחידה לבין רשויות שונות. לוח זה מייצג רק חלק מהאינטראקציות שהתקיימו בין היחידה לגורמים שונים בעניניהם של הלקוחות. שתי הסיבות לחלקיות המידע: ראשית, יש להניח שהרישום בתיקים אינו מלא, ושרבות מן הפניות שנעשו בטלפון או במפגשי פנים אל פנים לא נרשמו. שנית, התכנית בה השתמשנו לצורך הניתוח לא יכלה להכיל יותר מ-7 אינטראקציות לכל לקוח. התברר שבתיקיהם של מקצת הלקוחות נרשמו בין 8 ל-20 פניות, והפניות ה"עודפות" נשמטו מהניתוח. לכן מוטת המספר הכולל של הפניות כלפי מטה, אך אנו מניחים שהשמטת חלק מהפניות לא גרמה להטיה בניתוח החלוקה הפנימית.

לוח מס. 6: אפיוני פניה

אחוז	מספר	הקטגוריה	האפיון
50%	72	סיוור לילה	אופן הפניה
17%	24	הפניה עצמית	
24%	34	הפניות משרותים	
9%	12	אחר	
100%	142	סה"כ	
15%	20	עד חודש	משך המגורים ברחוב
36%	48	1-6 חדשים	
10%	13	7-12 חדשים	
39%	53	יותר משנה	
100%	134	סה"כ	

מרבית האינטראקציות עם גורמים אחרים היו ביזמתה של היחידה. הפניות היו בעיקר לרשויות השיכון ולמוסד לביטוח לאומי. כמו כן היה מספר ניכר של פניות לשרותי הבריאות למיניהם. תוצאת הפניות היו בדרך כלל חיוביות. רק ב-8% מהמקרים דווח על זחית הפניה. בדרך כלל נענתה פנית היחידה לרשות האחרת, ולהיפך.

לוח מס. 7: פעולות תיווך של היחידה

אחוז	מספר	הקטגוריה	המשתנה
73%	408	מהיחידה	כיון הפנייה
27%	149	אל היחידה	
100%	557	סה"כ	
32%	133	משרד השיכון וחלמיש	הגורם
26%	107	המוסד לביטוח לאומי	
11%	45	לשכת רווחה	
3%	10	משרד הפנים	
9%	37	שרותי בריאות	
12%	51	שרותי בריאות הנפש	
4%	18	שרותי גמילה	
3%	12	שרותי תעסוקה ושיקום	
100%	413	סך הכל	
25%	143	סיוע בשכ"ד, דיור	
14%	82	קצבת ביטוח לאומי	
5%	30	סידור מוסדי	
11%	65	טיפול רפואי או בדיקה	
3%	15	גמילה	
8%	46	סיוע חמרי	
1%	6	שיקום תעסוקתי	
2%	12	הקלות ופטורים	
2%	9	מנוי אפוטרופוס	
19%	104	דו"חות, מידע ואישורים	
9%	53	אחר	
100%	565	סה"כ	

תפקיד עיקרי של היחידה הוא לדאוג לקורת גג לדרי הרחוב, בשלב ראשון לקורת גג זמנית, ובהמשך לסידור קבוע. מבין 155 הנחקרים הופנו 94 לדיור זמני בשלב כלשהו של הטיפול בהם. מרביתם הופנו יותר מפעם אחת, לכן יש לנו בסך הכל 196 הפניות לדיור זמני (לוח מס. 8). אנו רואים שקצת יותר ממחצית ההפניות היו למלונות ו-40% לגגון. יש לזכור שהגגון החל לפעול רק בסוף 1992, ואמנם מאז 1993 הפרופורציה שונה, ומרבית ההפניות הן לגגון.

מבין 155 הנחקרים הופנו 87 לדיור קבע (לוח מס. 8). מרבית ההפניות הן לדיור עצמאי, לבד או בשותפות עם אחרים, ומעוטן לדיור מוגן, בית אבות וכיו"ב. אנו מבקשים להתייחס לנתונים אלה כמשנה זהירות, היות ולא תמיד הצלחנו בעת ניתוח הנתונים שבתיק, להבחין בין ההפניה לקראת סיום הטיפול, לבין מקום הימצאו של הנחקר במועד מאוחר יותר. יש מי שהופנו לדיור קבע, חזרו ונפלטו לרחוב ולעיתים הופנו פעמים נוספות לדיור קבע. יש אחרים (אם כי מעטים) שלא הופנו על ידי המחלקה, והסתדרו בדרך אחרת.

לוח מס. 8: הפניות לדיור ארעי ודיור קבע

סוג ההפניה	סוג הדיור	מספר	אחוז
דיור ארעי	מלון מונופול	75	37%
	מלון שלוח	30	15%
	גגון	78	40%
	אחר	13	7%
	סה"כ	196	100%
דיור קבע	דירה לבד (או עם אחרים)	63	45%
	דיור מוגן	8	6%
	בית אבות, בי"ח, מוסד	16	12%
	אחר	9	7%
	לא סודר	41	30%
סה"כ	137	100%	

בפרק זה התייחסנו רק לתפקידי התיווך שהיחידה מילאה כלפי לקוחותיה. כפי שנראה בחקרי הארוע המוצגים בפרק 3, קיימו העובדים הסוציאליים ביחידה שיחות טיפוליות רבות עם הלקוחות, שיחות שהיו מרכיב עיקרי בתהליך השיקום. בתיקים מצוי מידע חלקי ולא שיטתי על שיחות אלה, ולכן העדפנו שלא לסכמו. כמו כן לא מצאנו רישום מסודר של השתתפות בפגישות קבוצתיות. למיטב ידיעתנו השתתף רק חלק קטן מהמטופלים בצורה סדירה בפגישות קבוצתיות.

## סיום טיפול

קשה לקבוע במדויק את מועד סיום הטיפול בדר רחוב. ואמנם מספרם של אלה שבתיקם מצוי תאריך סיום טיפול מגיע ל-29 בלבד. יחד עם זאת, ב-120 תיקים מצאנו דיווח על אופן סיום הטיפול (לוח מס. 9).

במרבית המקרים סיום הטיפול היה מתוך הסכמה ומתוך הבנה שהיחידה מיצתה את תפקידה לגבי האדם. במקרים אחרים נעלם הלקוח, או שהיחידה הגיעה למסקנה שאינה יכולה להמשיך ולטפל בו, בגלל אי-שיתוף פעולה, אלימות וסיבות דומות. לגבי 31 מהלקוחות מצאנו הפניה לגורם מוגדר להמשך טיפול, מרביתם ללשכת רווחה אזורית. אנו מניחים שנחקרים נוספים הופנו לכתובת כלשהי, גם אם לא מצאנו מידע על כך בתיקיהם.

לוח מס. 9: אופן סיום הטיפול

אופן הסיום	מספר	אחוז
מתוכנן ומוסכם	48	40%
הפסקת טיפול	11	9%
הפונה ניתק מגע	20	17%
אחר	9	8%
טיפול לא הסתיים	32	26%

## ראיונות מעקב עם אנשים שהיו בטיפול היחידה

בפרק זה נדווח על 41 ראיונות מעקב שנערכו עם "בוגרי" היחידה, דהיינו עם אנשים שהגיעו, בעזרת עובדי היחידה, לדיור נורמטיבי מסוג כלשהו. הראיונות נערכו על ידי סטודנטים לסוציולוגיה בשני גלים, בפברואר 1994 ובפברואר 1995. מטרת הראיונות היתה לנסות ולהעריך את עבודת היחידה מנקודת דאותם של מקבלי השירות.

### שיטה

מדגם: המדגם כלל 64 מבין האנשים שטופלו ביחידה לדרי רחוב, ומהם רואיינו 41. נבחרו לראיון רק מטופלים שסודרו על ידי היחידה בדיור קבע. לא נכללו מי שהטיפול בהם נמשך, מי שסרכו טיפול או ניתקו קשר עם היחידה. ברשימת המועמדים לראיון נכללו רק אנשים שכתובותיהם היו ידועות, ושעובדי היחידה סברו שאפשר יהיה לראיין אותם. היות ורק בודדים מהמראיינים היו דוברי רוסיית, כמעט ולא נכללו במדגם עולים מחבר העמים שאינם דוברי עברית. חולי נפש, אלכוהוליסטים ונרקומנים נכללו במדגם רק אם עובדי היחידה העויכו שמצבם מאפשר תקשורת, ושאינם עלולים לסכן את המראיינים. כמו כן לא נכללו ברשימה מי שרואינו על ידינו במסגרת "חקרי האדווע" (ר' פרק שלישי).

כאמור חולקו בין המראיינים שמות וכתובות של 64 נחקרים, אך רק 41 מהם רואינו בפועל. הגורם העיקרי לנשירה מהמדגם היה קושי לאתר את המרואיינים. בין הכתובות שקבלנו היו כמה שהתגלו כשגויות. היו אנשים ששינו את מקום מגוריהם, ולא דווחו ליחידה על שינוי הכתובת. היו כאלה שלא נמצאו בביתם בשעות שונות של היום או הערב, והיו גם כאלה שקבעו עם המראיינים מועד למפגש, אך לא היו בביתם בשעה היעודה.

דרך בחירת המרואיינים, והנשירה מהמדגם, גרמו ללא טפק להטיה מסוימת בתוצאות. יש במדגם תת-ייצוג של עולים מחבר העמים, של מי שנשרו מטיפול, ושל אנשים עם בעיות קשות בתחומי ההתמכרויות ובריאות הנפש. הראיונות נערכו עם אנשים שהיחידה רואה אותם כמסודרים, לפחות זמנית. לא נכללו מי שמטופלים מזה זמן ללא התקדמות או שינוי. עם זאת דומה התפלגות האפיונים האישיים של המרואיינים להתפלגות האפיונים בקרב כלל מטופלי היחידה (ראה פרק רביעי).

עקב המספר הקטן של הנחקרים, ובעיות הדגימה כפי שפורטו לעיל, אנו נמנעים בפרק זה מניתוחים כמותיים. מטרתנו היא להצביע על מגוון המצבים והתגובות בהם נתקלנו. לעיתים נרשה לעצמנו לציין האם מידע מסוים מאפיין מיעוט או רוב בקרב הנחקרים.

הליך: הסטודנטים התחלקו לזוגות, כשכל זוג מראיין 2-3 נחקרים. הראיונות היו פתוחים ומונחים על ידי תדריך משותף (ר' נספח 1). מקצת הסטודנטים עיינו גם בתיקים של המרואיינים ביחידה, ובמידת



האפשר שוחחו עם העובדים שטיפלו בהם. על יסוד כל זמקורות האלה היה עליהם להגיש "חקר ארוע" קצר על כל אחד מהמרואינים.

הראיונות התנהלו, במרבית המקרים, במקומות מגוריהם של המרואינים, לעיתים במשרדי היחידה, ולעיתים במקומות מפגש שנקבעו בין המראיין למראיין (למשל: ספסל בגינה ציבורית). לא תמיד הצליחו המראינים לכסות את כל נושאי הראיון, אם בגלל קשיי ריכוז וכושר ביטוי לקוי של מקצת המרואינים, ואם בגלל מיומנות הראיון המוגבלות של המראינים, שהיו סטודנטים לסוציולוגיה, מקצתם ללא נסיון קודם כמראינים. מאידך גיסא סייעה להם העובדה שהראיונות נערכו בזוגות, מה שהקל על ניהול הראיון ועל רישומו. בגלל מצבם הנפשי של מקצת המרואינים היה לעיתים קשה להבחין בדבריהם בין מציאות לדמיון, אך מרבית הראיונות הוערכו על ידי המראינים כאמינים, וכמשקפים נאמנה את מצבם ועמדותיהם של המרואינים.

אמינות ומהימנות: בספרות עולה מדי פעם שאלת אמינותם של דרי-רחוב כמרואינים, במיוחד חולי הנפש והמתמכרים שבקרבם. בדיקה שנעשתה על ידי קלסין ועמיתיו, (Calsyn et al., 1993) הצביעה על מידת אמינות סבירה של דרי רחוב חולי נפש. אנו בדקנו את אמינותם של המרואינים בשתי צורות. כחלק מהמקרים השוו המראינים את המידע שהתקבל מהנחקרים עם המידע שנכלל בתיק, ומצאו מידה רבה של התאמה. לעיתים התברר מעיון בתיק שהעזרה שהושטה למראיין על ידי היחידה היתה רבה יותר מכפי שדווח על ידי המראיין. המרואינים הגזימו לעיתים בתיאור המיומנות שלהם וביכולתם להסתדר בכוחות עצמם, במיוחד בניהול ענייניהם הכספיים. כמו כן נטו מרואינים להימנע מלדווח על מחלות נפש ואשפוז פסיכיאטרי, לעיתים גם נטו ליפות במקצת את חייהם שלפני ההדרדרות לרחוב. אולם, כאמור, בדרך כלל ההתאמה היתה טובה, והמרואינים התגלו כמדווחים אמינים.

בדיקה נוספת היתה ראיון חוזר של ארבעה מרואינים, שנכללו במדגם של 1994 ורואינינו שנית ב-1995. המראינים לא היו מודעים לקיומו של ראיון קודם. בגלל הראיון הפתוח אין חפיפה מלאה בין שני הראיונות מבחינת הנושאים שעלו בהם, אך לא התגלו סתירות וכמעט שאין הבדלים כאשר מדובר על מידע באותם נושאים. במידה שהיו הבדלים הם נבעו משנויים אמיתיים במצבם של המרואינים, כמו למשל מעבר מדיור עצמאי לדיור מוגן. גם הראיונות החוזרים מעידים איפה על מידה גבוהה של מהימנות, על אף הקשיים שצוינו לעיל.

#### אפיוני הנחקרים

בין המרואינים 9 נשים ו-34 גברים. טווח הגילאים נע בין 22 ל-74. מעטים ביניהם הצעירים עד גיל 40, וכשליש מהמרואינים קשישים מעל גיל 60.



יותר ממחצית המרואינים גרושים, מקצתם גרושים יותר מפעם אחת, כשליש רווקים והשאר נשואים או אלמנים. לכמחצית מהגרושים והאלמנים ילדים, אך רק למעטים מביניהם יש קשר עם הילדים.

רק שמונה מהמרואינים ילידי הארץ. כמעט כל האחרים נולדו בחו"ל, אך מרביתם נמצאים בארץ שנים רבות. בגלל מגבלות שפה יש במדגם שלנו תת-ייצוג של גל העלייה האחרון מחבר העמים.

תעסוקה ומקורות הכנסה: רבים מהמרואינים דווחו על מקצוע או עיסוק כלשהו במהלך חייהם. יש ביניהם צבע, הנדסאי, טבח, פדיקוריסטית, מלצרית, מכונאי רכב, פועל בנין, שומר לילה, איש עסקים ומרצה לפילוסופיה. היו גם כאלה (בעיקר בין הנשים) שלא דווחו על מקצוע כלשהו.

כמעט כל המרואינים חיים מקצבאות המוסד לביטוח לאומי. רק מעטים עובדים, אם במסגרת שיקומית ואם בעבודה חלקית או במסגרות לא פורמליות. היו כאלה שדברו על תכניות, שנשמעו דמיוניות, לעבודה בתחומי האמניות, המסחר וכיו"ב.

רבים מהנחקרים מתלוננים על חסרון כיס. גם בקרב אלה שחיים במוסדות יש המתלוננים על כך ש-20% מקצבת הביטוח הלאומי שנשארת בידיהם אינה מספיקה להוצאותיהם.

בריאות: מרבית הנחקרים ציינו בעיות בריאות. בדרך כלל דווח על בעיות פיזיות כמו סכרת, בעיות בעיניים, צהבת, דיסקוס, פרקינסון. אחרים דווחו על בעיות בריאות נפש (עצבים, מיגרנות וכיו"ב) ומקצתם היו מאושפזים בעבר בבתי חולים לחולי נפש ובמחלקות פסיכיאטריות. שבעה מבין המרואינים דווחו על התמכרות לאלכוהול.

רשת חברתית תומכת: כמחצית מבין המרואינים מספרים שיש להם קשר כלשהו עם בני משפחה, ומקצתם אף נעזרים על ידם. אברהם (כל השמות בדויים) מספר שהוא מבקר מדי פעם את אחיו, אוכל אצלו ומקבל ממנו בגדים ישנים. אימו של חיים שומרת על קשר ללא ידיעות בעלה, ומביאה לו מדי פעם אוכל. רפאל נמצא בקשר עם אשתו לשעבר ועם בנותיו, אך אלה אינם יכולים לסייע לו. לאשר שתי אחיות. האחת ניתקה קשר, השניה עזרה לו באוכל ובגדים בעת שהיה ברחוב. דניאלה מבקרת את משפחתה מדי פעם, אך הם "לא אוהבים אותה ולא עוזרים לה". במקרים אחרים ניתק הקשר עם המשפחה לגמרי.

למיעוט מקרב המרואינים קשרים עם שכנים, או עם בעלי בית. הקשרים לעיתים חיוביים (שותים קפה ביחד) ולעיתים שליליים. כב. אומרת שהשכנים מציקים לה, ומודה בכך שהיא לא כל כך יודעת כיצד עליה להתנהג עימם. ב. משתדלת לשמור מרחק משכניה. חוששת שהשכנות "יתלבשו" על חברה לחיים.

כאשר לידידים אחרים: מיעוט מדווח על ידידים שמסייעים מדי פעם במזון, כמידע או בסידורים. אחרים טוענים שהם מעדיפים להימנע מקשרים, ולהיות "זאב בודד". יחיאל מדווח שהוא ניתק את קשריו הקודמים כאשר נכנס לגור בבית האבות. שם יש לו חברים חדשים "שעושים לו כבוד".

למעטים מהמרואינים קשרים עם חסרי דיור אחרים. בתיה ואביגדור חיים כזוג נשוי, והם תומכים זה בזו. גם אברהם וחנה היו נשואים זמן מה והתגרשו, אך שומרים על קשר. הוא מספר שהוא ממשיך לסייע לה מדי פעם. סם חוזר מדי פעם לבקר את חבריו שממשיכים להתגורר בגן הציבורי. אולג כמעט ולא נמצא בדירתו. את מרבית שעות היום הוא מבלה, בכיכר דיזנגוף, בחברת שתיינים אחרים. אולם מרבית המרואינים לא דווחו על קשר משמעותי עם דרי רחוב אחרים. ההתרשמות שלנו מהראיונות היא שכניגוד למדווח ממספר ערים אחרות בעולם, אין בתל-אביב רשת חברתית עצמאית, או תת-תרבות של דרי הרחוב.

#### הסטוריה של מגורים ברחוב ודרכי יצירת הקשר עם היחידה

מ-36 מהמרואינים התקבל מידע על משך מגוריהם ברחוב. 12 מהם לנו ברחוב פחות מחודש, 11 בין חודש לשנה, ו-13 יותר משנה, ביניהם כאלו שחיו שנים רבות ברחוב, לא בהכרח ברציפות. יש ביניהם מי שאף פעם לא היה לו מקום מגורים משלו, וכל חייהם נדדו בין מקומות לינה זמניים, כולל לינה במקום עבודה, בני זוג מזדמנים, ומגורים ברחוב. יש מי שחיו חלק מהזמן בכתי סוהר או בתי חולים לחולי נפש.

מאיך גיסא יש בין המרואינים מי שחיו שנים רבות כ"בני אדם מן היישוב" והדרדרו לרחוב כתוצאה מגירושין, אלימות במשפחה, איבוד מקום עבודה וסיבות דומות. אחרים נהנו בעבר נוסיוע של רשויות השיכון, מה שאפשר להם תקופות של מגורים בדיור תקני, כאשר בין לבין הם חיו במגורים ארעיים או ברחוב.

הקשר של המרואינים עם היחידה נוצר בדרכים שונות. 13 מכין 41 המרואינים אותרו על ידי עובדי היחידה אשר הציעו להם את שרותיה. כמרבית המקרים קרה הדבר במסגרת סיורי הלילה. אביגדור, שחי זמן רב באחד הגנים הציבוריים מספר על תקופת חיזור ממושכת מצד עובדות היחידה. הן היו משוחחות איתו, מדרבנות אותו לטפל בעצמו, מציעות לו קפה, מפגינות כלפיו חום. בעת מלחמת המפרץ הסכים לעבור לגור במלון, וזו היתה עבורו "עזרה ראשונה" שהעמידה אותו על רגליו.

אחרים הגיעו ליחידה בדרכים שונות ומשונות. היו מי שנעצרו על ידי המשטרה או פקחי העיריה, והופנו ליחידה. שיבעה מהמרואינים הופנו על ידי עובדים סוציאליים בלשכות רווחה, ואחד על ידי מרכז לכריאות הנפש. שניים מהמרואינים שמעו על הגגון והיחידה מעובדי מסעדת "לשובע". אחד לן תקופה מסוימת בבית השנטי והופנה על ידם, אחרים על ידי חברים, מכרים או אנשים שפגשו, והיה גם מי שהופנה על ידי פקיד הקבלה של מלון זול, כשהתברר שאינו מסוגל לשלם עבור הלינה.

## חווית השהיה במגורים זמניים

כמעט כל המרואינים שהו תקופות זמן שונות בגגון ו/או במלון. חלק מאלה שהתנסו במגורים בגגון הדגישו היבטים שליליים של השהיה שם. בראיונות חזרו בטויים כמו "בלגן" או "מקום מטורף" "כל אחד עושה מה שהוא רוצה". היו שטענו שחלק מהדיירים אינם מעוניינים להשתקם, ואינם מקיימים את חוקי המקום "כולם אלכוהוליסטים, פושעים והומלסים שמרעישים". שניים מאלה שעברו תהליך גמילה מאלכוהול ציינו את הקושי של חיים במחיצתם של אלכוהוליסטים שלא נגמלו, ושמדיפים ריח של אלכוהול. היה מי שהיה לילה אחד והעדיף לחזור ולישון בחוץ עד שיימצא לו פתרון דיור.

שמענו תלונות על צפיפות, על רעש, מריבות ומתחים בין הדיירים לבין עצמם, וכינם לבין ההנהלה. היו שהתלוננו על ההנהלה שנועלת את המטבח, המקלחות או מכשיר הטלביזיה כסנקציה על שימוש לא נאות. היו שדיברו בעוינות על האסירים שעושים במקום את עבודת הנקיון ונהנים, לדעת מרואינים אלה, מתנאים טובים בהשוואה לדיירים (למשל: בית שימוש שמיועד לצוות ולאסירים בלבד). כמה מהמרואינים טענו שעובדי היחידה אינם מתערבים ואינם אוכפים את חוקי הבית.

מאיך גיסא היו מרואינים שדווחו על החיים בגגון בנוסח נייטרלי או חיובי. ציינו אותו כמקום שמאפשר חיים נורמליים יחסית לתנאים ברחוב "כמו מחלקת שיקום". היה מי שאמר "גגון מטפק קורת גג טובה לחסרי בית, אם כי יש שם גנבים ונרקומנים", או "בגגון טוב יותר מאשר ברחוב". והיה מי שהגדיר את המקום כ"משהו דמיוני - חוויה בלתי נשכחת - אפילו לא יכול לאמר אם זה היה רע או טוב". אדם זה הגדיר, בהמשך הראיון, את הגגון כמספק תנאי מחיה בסיסיים, אך ללא הבטחון, החום או הפרטיות של בית.

כמו הגגון, גם שני המלונות ("שלוה" ו"מונופול") זוכים להערכות שונות. היו שציינו את השיפור הניכר לעומת החיים ברחוב, ותארו את ההתנסות כחיובית "העובדים התייחסו יפה". אחרים זוכרים את תקופת המגורים במלון כקשה, והתלוננו על לכלוך, גניבות, סמים והצקות מצד עובדים ודיירים. שניים מהמרואינים גרו במלון בעת הראיון, ורצו לראות בכך סידור לטווח ארוך.

## דיור קבע

כאמור, נכללו במעקב רק אנשים שנעזרו על ידי היוזמה בהשגת דיור. מדובר בחדר (עם שותף) בבית אבות, ביחידה של דיור מוגן, בדירת חדר, כחדר בדירה של אחרים או בדירה עם שותפים. מרכזית המרואינים הביעו שביעות רצון מהדיור, אך היו גם טענות על מצב פיזי ירוד של הדירה, על רעש ובעיות עם שכנים או יחסים מתוחים עם בעל הבית ש"נותן לנו הרגשה שמפדיעים לו", או "לא מרשה להניא חברים".

מרבית הראיונות נערכו בבית המרואין, והסטודנטים דיווחו על התרשמותם מתנאי הדיוור. מקצתם תארו דירה מטופחת ונאה. אחרים דיווחו על דירה מסודרת, כמעט ללא ריהוט. היו גם כאלה שתארו דירה מוזנחת ומלוכלכת, ובמקרים קיצוניים דווח על כוך שאינו ראוי למגורי אדם. "מסדרון אפל וטחוב מוביל אל החדרון, בו גם שרותים ומקלחת. אין מקרר וגז, ולכן המרואין אוכל בחוץ". או "תנאי דיוור מחפירים. חדר קטן ואפל, ללא פתחי אוורור" "בנין שנראה נטוש והרוס בחלקו ליד שוק הכרמל. כניסה חשוכה ומפחידה. החזיר הקטן נקי מאד, עם מינימום של ריהוט. המרואינת משתוקקת לעבור לדיוור לקשישים". מאידך: "הבנין משופץ ומרשים. החדר נקי מאד, מכיל ריהוט בסיסי, טלביזיה בכבלים, סטריאו". לעיתים מתואר הבנין כנקי ומטופח, ואילו חדרו של המרואין מלוכלך ועמוס בחפצים שונים.

אלה שסודרו בבית אבות או בדיוור מוגן שבעי רצון בדרך כלל מהסידור, אם כי היה מי שהתלונן על זמני הארוחות והעדר פרטיות. מה שמאפיין את מרבית דיירי בתי האבות והדיוור המוגן הוא תחושת הכיטחון בכך שהם מסודרים לכל החיים. לעומתם הביעו כמה מאלה שסודרו בדיוור עצמאי תחושת אי-בטחון לגבי מה שיקרה כאשר התמיכה תסתיים.

כמעט כל המרואינים היו מודעים לעזרה שקיבלו מהיחידה בהשגת דיוור, אם כי היו בודדים שטענו שעשו את הכל בעצמם.

#### עזרת היחידה לנחקרים - ההיבט האינסטרומנטלי

מהראיונות ומהעיון בתיקים עולה שכמעט כל הנחקרים נעזרו על ידי היחידה בפתרון בעיות קיומיות, בנוסף לפתרון בעיות הדיוור. סוגי העזרה שהוזכרו בשכיחות גבוהה יחסית היו: הוצאת תעודת זהות, הסדרת זכויות להבטחת הכנסה, הסדרת חובות ישנים, השגת ריהוט, ביגוד וציוד ביתי, או השלמת הליכי גרושין (שלב חיוני לקראת הבטחת זכויות דיוור). כמו כן הוזכרו טיפול שיניים, השגת עזרה ביתית, השגת עזרים רפואיים, הפניה לשירות התעסוקה או למרכז הגמילה מאלכוהול.

ההתרשמות שקיבלנו מהדיווחים היתה שכמעט בכל המקרים היתה ההתערבות אפקטיבית, והבעיות הבירוקרטיות שבעבר הקשו על חיי המרואינים, ומנעו מהם אמצעי קיום, קורת גג, טיפול רפואי וקשר אנושי, אמנם באו על פתרון. היו מקרים בודדים בהם נותרה הרגשה שהמלאכה לא הסתיימה. היו מרואינים שנתנו תחושה של חוסר בטחון בהסדר הדיוור אליו הגיעו, ואחרים לא הסתדרו עם ההכנסה המוגבלת שמקורה בקצבאות הביטוח הלאומי וצברו חובות כבדים. יתכן שבמקרים אלה היחידה השיגה את המקסימום שאפשר להגיע אליו.

## קשרי המרואינים עם היחידה, והתמיכה הרגשית

היו מקרים בהם היחידה פעלה לחידוש הקשרים עם בני משפחה. היו הצלחות וכשלונות. אהובה חידשה קשר עם אימה בעזרת היחידה, וכיום היא מבקרת את האם. היחידה ניסתה לחדש את הקשר בין בתיה לבנותיה, אך ללא הצלחה. לבתיה שתי בנות. האחת גרה באילת, וזו שגרה קרוב נמנעת מקשר במצוות בעלה (בתגובה להטרדות מצד בתיה). עם ילדיו של אביגדור יצרה היחידה קשר בניגוד לרצונו. הכן מוכן להזמין לביתו, אך נתקל בחשדנות מצד אביגדור.

רבים מהנשאלים תארו את השיחות האישיות עם העובדות הסוציאליות ביחידה כמשמעותיות ביותר. השיחות עזרו להם ללבן בעיות, העניקו להם תמיכה נפשית ותחושה שאינם לבד, ושיש מישהו שאכפת לו מהם. השיחות עזרו להם לצאת ממצב של דכאון ו"למצוא את עצמם". היה מי שאמר שהן "עוזרות לו מבחינה נפשית", והיה מי שהגדירן כ"עוזרות להעביר את הזמן". במקרים בודדים חדרו השיחות לרובים עמוקים יותר, תוך נסיון להתעמת עם טראומות של העבר. מאידך, מרבית המרואינים לא השתתפו בקבוצות, ואף לא היו מודעים לקיומן.

מיעוט מבין המרואינים כפר בתועלת שהפיק מהשיחות האישיות, או אף בסיוע האינסטרומנטלי. היה מי שטען שאת כל מה שהשיג, בתחום הדיוור ובתחומים אחרים, השיג בכוחות עצמו. היה מי שטען שהשיחות מיותרות, והיה מי שהגדיר אותן כ"חקירות" שנעשות על ידי אנשים "ללא השכלה פסיכולוגית".

מרבית הנחקרים ביטאו עמדות חיוביות ביותר כלפי היחידה לדרי רחובות ועובדיה. נשמעו בטויים כמו "קרן אור" או "קרש הצלה", ושכחים על הטיפול הנהדר והעובדים שעושים מעל ומעבר. אחרים הסתפקו בציון רשימת הדברים שהיחידה עשתה עבורם. ה. מציין שהוא מפנה נזקקים נוספים ליחידה.

מאידך, היו בודדים שהתייחסו בשלילה אל היחידה, והגדירו אותה כתירוץ להעסקת עובדים סוציאליים. מרואינים אלה טענו שהם שומרים על קשר עם היחידה רק משום שהיא חולשת על סוגי עזרה שאפשר לקבל רק דרכה.

## המשך קשר עם היחידה

כל נחקרי ראיונות המעקב הוגדרו על ידי עובדי היחידה כאנשים שהטיפול בהם הגיע לסיומו. התברר שקרוב למחצית המרואינים דווחו על המשך קשר עם היחידה, במרבית המקרים שמירת קשר אישי ללא מטרה אינסטרומנטלית, במקרים אחרים נסיון להיעזר בעובדי היחידה לפתרון בעיה חמרת זו או אחרת. היו אף מרואינים שהביעו ספק בכך שיוכלו להמשיך ללא תמיכת היחידה, או העובדת הסוציאלית המטפלת בהם,



והביעו חשש שאם ינותק הקשר הם ידרדרו חזרה לרחוב, לא תמיד מצביע המשך הקשר על יחס חיובי ליחידה. אצל כוודדים מכין המרואינים נוצרה תלות עוינת, שמתבטאת בהתקשרויות תכופות ו"לוחצות" אל עובדי היחידה.

כמה מהמרואינים ציינו שהיחידה שומרת על קשר עימם. עובדים מטלפנים לשאול מה שלומם, ומדי פעם הם מקבלים הזמנה למסיבה.

גורמי סיוע אחרים: אצל כמעט כל המרואינים היחידה היא הגורם המסייע העיקרי, לעיתים גם לאחר שסודרו בדיוור. רק אצל מרואינת אחת המרכז לבריאות הנפש מופיע כגורם מסייע עיקרי, שגם יצר את הקשר עם היחידה. אצל אלה שסודרו בבתי אבות הפך השירות הסוציאלי של המוסד לגורם מסייע עיקרי. שלשה מהמרואינים דיווחו על סיוע של עובדים סוציאליים שלא מהיחידה. אחד מהם, שהופנה לאחת הלשכות האזוריות בתל-אביב, מתלונן על סיוע לא מספיק, ומבקש לחזור לטיפול של היחידה.

#### מצבם של הנחקרים בעת הראיון

רבים מכין המרואינים מרוצים ממצבם כיום, ורואים שיפור משמעותי בחייהם. הם ציינו את העובדה שיש להם הכנסה יציבה ושיש להם קורת גג מעל לראשם, גם אם לא תמיד הם שבעי רצון מתנאי מגוריהם, ואינם בטוחים ביציבות ההסדר.

אילו מיקמנו את כל המרואינים על רצף מבחינת איכות חייהם כיום, היינו מוצאים בקצה החיובי מרואין שנגמל משתיה, ממשיך לקיים קשר עם מרכז הגמילה, חי בדיוור מוגן, חידש את הקשר עמו משפחתו, יש לו חברה לחיים והוא אפילו רכש כלב. בקצה השלילי נמצא מרואין שסודר בבית אבות לאחר שלא החזיק מעמד בדירות שכורות, והוא מלא טענות כלפי המוסד והחוסים בו. בראיון עם אדם זה, ועם כמה מהאחרים, עלו נימות חזקות של חשדנות ועוינות כלפי הסביבה (בעלי בית, צוות במוסד, שכנים וגם עובדי היחידה) במידה שמטילה ספק ביכולתם להמשיך ולשרוד בסביבתם החדשה לאורך ימים.

#### סיכום ראיונות המעקב, ומסקנות

יציבות הסידור: כשמנסים לסכם את מידת ההצלחה של היחידה בטיפול באנשים שרואינו על ידינו אנו מוצאים תמונה מעורבת, החל מספורי הצלחה חד-משמעיים של אנשים שחיו ברחוב ללא תקוה, אותרו, טופלו סודרו בדירה או במוסד והם כיום מרוצים מהסידור ושמחים בחלקם. לעומתם יש כאלה שאמנם עברו, בעזרת היחידה, ממגורים ברחוב למגורים נורמטיביים, בדירה שכורה או במוסד, אך מביעים אי-שביעות רצון ממצבם הנוכחי, ונותנים למראיין תחושה ברורה שהם לא הגיעו אל המנוחה והנחלה. התרשמותנו היא שאחד הגורמים המנכאים את מידת ההצלחה היא מצבו הנפשי של האדם. תחושה של העדר יציבות נמצאה בעיקר אצל מי שאובחנו כחולי נפש, ומצבם הנפשי עשוי לסכן את יכולתם

ליהנות מהסידור שנמצא עבורם, ולהתמיד בו.

מצאנו פער ניכר בין מידת שכיעות הרצון ותחושת הבטחון של הקשישים שסודרו בבתי אבות ובדיור מוגן, לעומת צעירים יותר שסודרו בדיור עצמאי בקהילה. אצל האחרונים מצאנו לעיתים תנאי דיור קשים ביותר, ובמיוחד תחושת חוסר ביטחון באשר לעתידם. סביר להניח שדבר זה נובע כחלקו מכך שלעבודה האינטנסיבית של היחידה אין המשך בצורת ליווי צמוד מצד שרותי הרווחה המקומיים.

הגדרת אוכלוסית היעד: על פי ההגדרה המוצהרת מקבלת היחידה לטיפול רק אנשים ששהו ברציפות ברחוב שלשה חדשים לפחות. כשליש מהמרואינים כמדגם שלנו דיווחו שהם היו ברחוב פחות מחודש. מעטים אף הגיעו לגגון או למלון הישר מדיור זמני קודם (הוסטל, מעון גמילה או קרובי משפחה). בדרך כלל מדובר באנשים שהיו חסרי בית אמיתיים, ושאלמלא התערבותה של היחידה הם היו עוברים לגור ברחוב. סביר להניח שהקליטה המהירה הגבירה את סכויי השיקום של אנשים אלה.

הגדרת נקודת הסיום: מהדיווחים עולה השאלה מתי אדם מפסיק להיות "לקוח" של היחידה (אם בכלל). הרושם הוא שחלק מסדורי הדיור הם סדורים לא יציבים, מבחינת סדרי המימון, איכות המגורים והסביבה, יחסים עם שכנים ובעל בית, יכלתו של האדם להתמודד עם דרישות. חלק מהאנשים יצרו תלות בעובדי היחידה, ורק סיפוק צרכי התלות מבטיח את יכלתם להתמודד עם קשיי החיים. הרושם הוא שגם עובדי היחידה סבורים שאין הם יכולים יכולה לנתק את הקשר עם מקצת האנשים בלי לסכן את ההישגים שהיו. מאידך השקעת משאבי היחידה ב"בוגריה" עלולה להביא לסתימת היחידה ולקושי להתמודד עם צרכי הלקוחות החדשים שנקלטו, ואלה שבחוץ. בפרק הבא נתייחס לבעית המעקב אחר עבודת היחידה, ולדרכים לשימור הישגיה.

## סוגיות לדיון

בפרק זה אנו מצביעים על מספר סוגיות שיש לתת עליהן את הדעת, בתחום הטיפול בדרי רחוב. הסוגיות שאנו מעלים כאן מבוססות בחלקן על הנתונים והרשמים שהועלו בפרקים בקודמים, ובעיקר על תצפיות, ראיונות, השתתפות בישיבות ורשמים שאספנו במהלך שני שנות מעקב אחר עבודת היחידה לדרי רחוב של עיריית תל אביב.

### הגדרת אוכלוסיית היעד - גבולות המושג "דר רחוב"

על אף הדיונים שהתקיימו במהלך השנים האחרונות בועדת ההגוי של התכנית ובפורומים אחרים, עדיין יש מידה של אי-בהירות בהגדרת הגבולות המדויקים של המושג "דר רחוב".

אחת השאלות הקשות היא ההבחנה בין "דרי רחוב" לשאר חסרי בית. בעת הקמת היחידה נקבע שהיחידה רואה כדר-רחוב ומקבלת לטיפול רק את מי שנצפה ישן בחוצות שלשה חדשים לפחות. היחידה אינה אמורה לטפל בדרי רחוב אפיזודיים, דהיינו במי שישן בחוצות תקופה קצרה בלבד וחוזר למסגרת מגורים כלשהי. יתר על כן, תבחין זה אמור להקשות על דרות רחוב רצונית, דהיינו מצבים בהם אנשים ישנים בחוצות כדי להשיג זכויות והטבות שלא היו יכולים להשיג בדרך אחרת.

כידוע הצליחה היחידה להסדיר עבור דרי הרחוב נהלים וזכויות יחודיים בתחומי הדיור והבטחת ההכנסה. כך, למשל, זוכים דרי רחוב, בהליך מקוצר, לסיוע בדיור שגבוה בכשליש מהסיוע לו זוכים, לאחר ברור מדוקדק וממושך, חסרי דיור אחרים. הישג זה עלול ליצור, אצל חלק מחסרי הדיור ואצל עובדים שמטפלים בהם, מוטיבציה לנסות ולהכנס לקטגוריה של דרי-רחוב, גם אם נתוניהם אינם מצדיקים זאת. בספרות האמריקאית (Jencks, 1994) הועלתה טענה שקיומם של שרותים יחודיים לחסרי בית עשוי לעודד את מי שחיים בתנאי דיור גרועים במיוחד ליהפך לחסרי בית. בדומה הועלתה בישיבות ועדת ההגוי של היחידה לדרי רחובות הטענה שיש חסרי דיור שהופכים לדרי רחוב כדי ליהנות מהקלות היחודיות לאוכלוסייה זאת. התופעה נדירה, אך מדיניות הקליטה של היחידה מושפעת לא במעט על ידי חשש זה.

בפעילות היומיומית של היחידה מופעלת מידה של שיקול דעת. כפי שהראינו לעיל, אחוז לא מבוטל של לקוחות היחידה לן ברחוב פחות מחודש קודם שזכה לטיפול של היחידה. קרה שאדם נצפה ברחוב תקופה קצרה יחסית, אך ברור שאין לו כל אלטרנטיבה למגורים ברחוב. לעיתים הופעתו משכנעת את כל מי שבא עימו במגע שלפנינו דר רחוב אמיתי. במקרים מסוג זה הקפדה יתרה על הכללים עלולה לסכן את בריאותו של האדם, לגרום להדרדרות נוספת, ולהקשות על הטיפול בהמשך.

נראה לנו שמיומניות האבחון שעובדי היחידה פיהחו במהלך השנים מאפשרות להם, במרבית המקרים, להבחין בין דרי רחוב הזקוקים



להתייחסות מיוחדת, לבין אלה שיש להפנותן לשרותי הרווחה אחרים. מכיוון שכך, מוצדקת לדעתנו מידה של גמישות בהפעלת מבחן שלושת החדשים, תוך הפעלת נהלים שיבטיחו בדיקה מדוקדקת של הנזקקות והזכאות של כל פונה ופונה.

סוגיה אחרת היא ההבחנה בין דרי-רחוב ל"פולשים", דהיינו אנשים שהתנחלו בבתים נטושים (squatters). גם כאן מתעוררת בעיה של גבולות ההגדרה. מי שמוצא מחסה בבית נטוש כלילות חורף הוא ללא ספק דרי-רחוב. כך גם מי שלן במבנה נטוש בתנאים של עזובה מוחלטת. מאידך מי שפלש למבנה נטוש, ניקה וסידר והפך אותו למעין בית הוא אולי מסיג גבול, אך אינו דרי רחוב.

ואמנם, בחדשים האחרונים ממעטים עובדי היחידה לסירוב בבתים נטושים כדי לאתר בהם דרי רחוב. עובדי היחידה טוענים שאין כאן שינוי מדיניות, והם ממשיכים לראות במי שישן בבית נטוש דרי רחוב. עם זאת התרשמנו שהם צמצמו את המאמצים לאתר אנשים אלה. נושא זה מסתבך עקב העובדה שהמתגוררים בבתים הנטושים הם לעיתים קבוצות של גברים שמשתמשים בסמים. הבעיות שלהם חורגות מעצם המגורים בחוץ, ולא תמיד יש לעובדי היחידה כלים להתמודד עימם.

#### "יעילות היעד" של היחידה

אחת הסוגיות המרכזיות בהערכה של כל תכנית היא שאלת "יעילות היעד" שלה, דהיינו המידה בה היא מצליחה לשרת את אוכלוסיית היעד שלה. האם היא מגיעה לכל אוכלוסיית היעד, או לפחות לחלק ניכר ממנה? האם היא מקצה מהמשאבים שלרשותה גם למי שלא אמורים להימנות על לקוחותיה?

סוגיה זו חשובה במיוחד כשמדובר ביחידה לדרי רחוב, שההצדקה לקיומה נעוצה בכך שחסרי הבית נופלים דרך כל חורי רשת הבטחון של שרותי הרווחה. היחידה קמה כדי להציע רשת בטחון נוספת, צפופה במיוחד, שתצליח לתפוס את דרי הרחוב, ולשלב אותם מחדש במערכות החברתיות הרגילות.

קשה מאד להעריך את יעילות היעד של היחידה. בניגוד לחלק מערי ארה"ב (Wright and Devine, 1992), לא נערכו בארץ מפקדים של דרי-רחוב. לכן גם אין באפשרותנו להעריך את שעור דרי הרחוב שאותרו וטופלו על ידי היחידה. מתוך המעקב שלנו אחר עבודת היחידה אנו יכולים רק לקבוע שהיחידה פיתחה, במהלך השנים, שיטות יעילות לאיתור דרי הרחוב שאינם פונים מיזמתם, או ביזמת שרותי הרווחה. סיורי הלילה הם עדיין אחד הכלים העיקריים ליצירת קשר עם דרי רחובות, כשנוספות להם פעולות איתור בשעות היום, כולל שעות הבוקר המוקדמות, כאשר עובדי היחידה יוצאים לפגוש בדרי הרחוב, לעיתים בעקבות פניות מהציבור ומרשויות.

סביר להניח שהשיטות שפותחו על ידי עובדי יחידה, יחד עם המודעות הגוברת של הציבור, מביאים לכך שמרבית דרי הרחוב מאותרים במוקדם

ובמאוחר. עובדי היחידה גם פתחו מיומנויות של יצירת קשר והצעת שירות. יחד עם זאת נותרו כרחובות תל אביב דרי רחוב, בעיקר "סרבני שירות", שמחמקים מקשר עם עובדי היחידה, או מסרבים לפתרונות ולשרותים המוצעים להם. אנשים אלה ממשיכים לישון בחוצות תל-אביב, זוכים לכולטות באמצעי התקשורת, ויוצרים לחץ על פרנסי הציבור, ובאמצעותם גם על שירותי הרווחה. נחוץ להבחין בין שני היבטים של הנושא, ההיבט ההומני, וההיבט הסביבתי-חוקי.

1. ההיבט הסביבתי והחוקי: דרי הרחובות נחשבים, בעיני הציבור ופרנסיו, למפגע תברואתי, אסטתי ובטיחותי. ה"ציבור" רוצה שהעיר תהיה נקייה, ושמצוקה חברתית ובעיות חברתיות לא יטרידו את שלותו. הוא אינו רוצה לראות דרי רחובות בפתח חנות, בגן הציבורי, בפסאג' או בתחנות האוטובוס. יחד עם זאת הציבור הישראלי רואה את מי שישנים ברחוב כמסכנים שזקוקים לעזרה, לא כעבריינים שיש להפעיל נגדם את החוק. ואמנם, רשויות החוק פועלות רק לעיתים רחוקות להרחקת דרי-רחוב ממקומות ציבוריים, והכלים שעומדים לרשותן למטרה זו מוגבלים ביותר. מכאן הלחצים המופעלים על היחידה לנסות ולמצוא פתרון גם לאותם דרי רחוב שאינם נענים להצעות לעזרה, ושאינם מוכנים או מסוגלים לשתף פעולה בתכניות שתכליתן מעבר לדיור רגיל בקהילה.

עמדות הציבור הן הרקע ליזמות חקיקה שתכליתן לאפשר טיפול בכפיה בדרי-רחוב. יזמות אלה מבוססות על תפיסה האומרת שאם השרותים החברתיים אינם מצליחים לשכנע את דרי הרחוב לחסות בדיור זמני ולעבור משם לדיור קבע, יש להעמיד לרשותם את הכלים החוקיים שיאפשרו להם לעשות זאת. ואמנם, במחצית השניה של שנת 1994 הונחו על שולחן הכנסת ארבע הצעות חוק פרטיות שבאות להעניק לעובדים סוציאליים סמכות להכניס דרי רחוב, למשך זמן קצר, למסגרת שתענה על צרכיהם הגופניים (שינה, רחצה, מזון וטיפול רפואי) ושעשויה לשמש כנקודת מוצא להתערבות שיקומית. הצעות החוק הפרטיות יצרו לחץ על משרד העבודה והרווחה, אשר הציע הצעת חוק חלופית משלו שמעניקה את לבית המשפט, על יסוד מידע שיתקבל מפקיד סעד, סמכות להשמה קצרת טווח במוסדות. כאשר הגיעו הצעות אלה לדיון בוועדת העבודה והרווחה העלו חלק מחברי הכנסת ספקות בדבר התאמתן לחוק יסוד כבוד האדם וחירותו.

הצעות החוק נדונו בהרחבה ביום עיון שצוות המחקר כינס באוניברסיטת תל-אביב, ובדיון שנערך במשרד המשפטים. בדיונים אלה היתה הסכמה שאין לכפות על אדם שרות כלשהו על אדם רק משום שאיש מקצוע סבור שהשירות הוא לטובתו. אפשר להטיל על אדם הגבלות מתוך שיקולים של הגנה על אחרים וטובת הכלל, ואפשר לכפות עליו טיפול או אשפוז כדי להגן על חייו.

דעת מרבית המשתתפים היתה שהחקיקה הקיימת מספיקה כדי לאפשר טיפול בדרי רחוב, כמו באוכלוסיות אחרות הנתונות במצוקה. יש שסברו שנדרשת חקיקה שתאפשר אשפוז קצר מועד לאלכוהוליסטים, אך כאן אין

להכחין בין דרי רחוב לבין אלכוהוליסטים שמצויים בביתם. משתתפי יום העיון סברו שנדרשת הרחבה של היצע השירותים שיאפשרו לחלץ מהמגורים ברחוב את אלה שרוצים בכך, ולא חקיקה שתכפה טיפול באלה שאינם רוצים בו.

סביר להניח שהלחצים שמופעלים על היחידה לסינוי חוצות תל-אביב מדרי-רחוב יימשכו. על היחידה יהיה להמשיך ולהפעיל, במקרים מוצדקים, את מגוון החוקים שמאפשרים כבר כיום טיפול או אבחון ככפיה. מאידך רשאית היחידה לצפות לגיבוי מצד אגף הרווחה ומשרד העבודה והרווחה בהגנה על גבולות פעילותה. נחוץ לחזור ולהזכיר לתקשורת ולפוליטיקאים שתפקיד שרותי הרווחה הוא להציע שרותי שיקום ורווחה למי שרוצים להיעזר בהם. תפקידי שיטור, הגנה על הציבור מפני הטרדות, מניעת הסגת גבול ושיפור חזות העיר מוטלים על רשויות אחרות.

2. ההיבט ההומני: להתייחסות ל"סרבני השרות" מקרב דרי הרחוב היבט נוסף, ההיבט ההומני. היחידה מגדירה את תפקידה כשיקום דרי רחוב והפיכתם ל"בני בית". הגדרה זו מעלה סמני שאלה לגבי הטיפול במי שזקוק למחסה אך אינו מוכן, או אינו מסוגל, עקב מחלת נפש או התמכרות, להכנס לתהליך שקומי. יש דרי רחובות שאינם מוכנים או מסוגלים לשתף פעולה בתכנית שיקום, אך הם עשויים להפיק תועלת ממקלט שיציע מיטה חמה, מזון, רחצה ומזור לחלייהם ופצעיהם. יש גם כאלה שאינם מוכנים להתפנות מהמקום בו התנחלו על המדרכה, בחצר בית, או בגן ציבורי, ואשר עשויים, יחד עם זאת, ליהנות מסיוע של ארוחה חמה, אפשרות לרחצה או שמיכה חמה בליל חורף.

על פי התקנות של היחידה, כדי ליהנות משרותיה חייב אדם להיות מוכן להכנס לתהליך של שיקום. היחידה חורגת מדי פעם (לדעתנו בצדק) מהכללים שאמורים להנחותה, ואף עושה מאמצים ניכרים לעורר בלקוחות פוטנציאליים מוטיבציה לשיקום, אך לאחר כל זאוו נותרים אלה אשר מסיבות שונות אינם יכולים או אינם רוצים להיות ל"בני בית".

לכן הועלתה, במהלך השנתיים האחרונות, הדרישה לכלול במערך השירותים לדרי רחובות, בצד יחידה שעוסקת בשיקומם של ברי השיקום שביניהם, גם מקלטים שיציעו קורת גג ושירותים נלווים (מזון, רחצה, טיפול רפואי), לטווח קצר או לטווח ארוך, למי שרוצים בהפוגה מקשיי החיים ברחוב בלי לשנות את אורח חייהם מיסודו. טענה זאת מחייבת אותנו לדון בתפקידו של הגגון במערך השירותים לדרי רחוב.

#### תפקידי ה"גגון" וקשריו עם היחידה

מאז הקמתה היה ברור שאחד מתפקידיה העיקריים של היחידה היא לדאוג למקום מגורים זמני לדרי הרחוב שבטיפולה. תחילה הושמו לקוחות היחידה במלונות "מונופול" ו"שלוה", ובהמשך הוקם בית המחסה "גגון", כמפעל משותף של עמותת גגון והיחידה. תפקידו של הגגון, ודפוסי הקשר בינו לבין היחידה זכו, במהלך השנים, להגדרות שונות.

בספרות מארה"ב (Schutt and Garrett, 1992) אנו מוצאים התלבטות בסוגיה האם רצוי לשלב שרותי אכסון זמני עם שרותי ייעוץ, ניהול מקרה ושיקום. יתרונות השילוב היא בנגישות השרותים למי שאינם מסוגלים להתמודד עם ריבוי שרותים, ועם הפניות ממסגרת למסגרת. מאידך קיים החשש ששילוב הפעילויות יחזק את התלות במסגרת ויקטין את הנכונות והיכולת של הדיירים לחזור ולהתמודד עם החיים בקהילה.

מקום כמו ה"גגון" עשוי איפה לשרת אחת או יותר מהמטרות הבאות:

1. מחסה ללילה (אולי גם ליום) שמספק לאדם גג מעל הראש, מיטה לישון בה, ביטחון מפני התנכלות, הזדמנות להתרחץ ולהחליף בגדים, שתיה חמה ומזון, מידע, עזרה ראשונה וכיו"ב. במילים אחרות - מסגרת דומה ל-shelter כפי שהוא מוכר מערי ארה"ב, אשר מציבה בפני החוסים בה דרישות מינימליות של הימנעות מהנהגות שתפגע בדיירים אחרים, בצוות או ברכוש.

2. מסגרת להסתכלות ולאבחון, שתאפשר בניית תכנית שיקום מותאמת לכוחות ולצרכים של כל דייר.

3. מסגרת שיקומית, half-way house, שתציע מעבר הדרגתי בין חיי הרחוב לדיור נורמטיבי, ושאחת ממטרותיה היא לטפח נורמות, הרגלים ודפוסי התנהגות שמתאימים למגורים עצמאיים בקהילה ותומכים בשיקום.

התרשמותנו היא שהגגון, כמו גם המלונות, ממלאים בעיקר את התפקיד הראשון, ואינם בנויים לשמש כמסגרת אבחונית ושיקומית. מלוי שני התפקידים האחרים היה מחייב הכנסת כח אדם מקצועי לגגון עצמו, הקפדה מירבית על כללי התנהגות, והזדמנות להתנסות בהתנהגויות נורמטיביות.

מדווחים של מסיימי היחידה ששהו בגגון, ומתצפיות של סטודנטים, אנו למדים שהגגון מספק איכות חיים משופרת לעומת החיים ברחוב. המקום מספק לדייריו מיטה חמה, מזון, אפשרות רחצה והפניה לטיפול רפואי. דיירי הגגון מוגנים מסכנות שאורבות להם ברחובות. עם זאת, היות הגגון פתוח לכל (או כמעט לכל) פרושו שהשפעות הדדיות בין הדיירים לא תמיד תואמות את המטרות השיקומיות. גם כוח האדם שבגגון, שמבוסס בעיקר על דרי רחובות ועובדי שב"ס, לא נועד להשגת מטרות שיקומיות. ההפרדה הפיזית בין הגגון למשרדי היחידה, מוצדקת לכשעצמה, מגבילה את יכולתה של היחידה להשפיע על דפוסי החיים בגגון.

בהקשר זה עולה שאלת הקשר בין עמותת גגון לבין היחידה לדרי רחובות. עמותת גגון חרטה על דגלה מתן מחסה לכל נזקק, ואילו היחידה הגדירה לעצמה מטרות שיקומיות שמחייבות מעורבות ומוטיבציה מצד הלקוחות. מידי פעם מתגלעים חילוקי דעות סביב החלטות בדבר קבלה או סיום שהות של דיירים בגגון. קורה שהגגון מעוניין להמשיך ולהציע קורת גג למישהו על אף העובדה שאינו משהף פעולה בתהליך



השיקום, ומאיך קורה שהיחידה מבקשת להמשיך ולטפל באדם שצוות הגגון מעדיף לדחותו בגלל דפוסי תפקודו שמקשים על חיי הדיירים האחרים והסגל.

השהות בגגון, כמחסה זמני לאנשים שמצויים בטיפולה של היחידה, ממלאה תפקיד קריטי בתהליך השיקום. לכן נודעת חשיבות רבה לשיתוף הפעולה ההדוק בין שתי הרשויות. עבור עובדי היחידה הגגון הוא מקום בו ניתן ליצור קשר ולהתחיל תהליך טיפולי עם מי שאולי לא יגיעו, כשלב ראשון, למשרדי היחידה. יחד עם זאת אסור לשכוח שהגגון הוא כמעט מקום המקלט היחיד לדרי רחובות בתל אביב וסביבתה, דבר מצדיק מדיניות ליברלית של הצעת מחסה לכל דורש, לעיתים גם למי שאינו מסוגל להפיק תועלת מטיפולה של היחידה. יתכן שהגיע הזמן לחשוב על שתי יחידות, האחת מקלט לכל נזקק, והשנייה מסגרת הכנה למגורים נורמטיביים.

### יציבות המגורים בקהילה

הבעיה המרכזית שעולה בממצאי המעקב אחר אנשים שהיו בטיפולה של היחידה, ושהטיפול בהם הסתיים, היא בעיית יציבות השיקום. יש לזכור שאנו עוסקים כאנשים שהסיכויים לשינוי בר קיימא בחייהם קלוש מכתחילה. לכן אין זה מפליא שמקצת המטופלים חוזרים בסופו של דבר לרחוב. מבחינה זאת יש הבדל ניכר בין שתי קבוצות. מרבית הקשישים שסודרו בכתי אבות ובדיור מוגן רואים את עצמם כמי שהגיעו אל המנוחה והנחלה, גם אם קורה שאנשים נעלמים מבית אבות בו הם סודרו.

קשה יותר מצבם של אלה שנעזרו בתמיכה בשכר הדירה בשוק החפשי. כידוע, ניתן הסיוע החריג לתקופה מוגבלת, ועם תום התקופה נחוצ לחדש זכאות בהליכים ובתנאים רגילים. בראיונות המעקב עלה שחלק ניכר מהמרואינים מקרב קבוצה זאת חיו בתחושה של אי-ביטחון, וחששו מהיום בו תיגמר תקופת השכירות, ויהיה עליהם לדאוג לזכאות לתמיכה בדרך הרגילה, ובסכומים נמוכים יותר. ואמנם היו גם כאלה שחזרו לחיות ברחוב, ולהתדפק על דלתה של היחידה, עם סיום תקופת השכירות או אף לפני כן.

אי היציבות נובעת בראש ובראשונה מאפיוני האוכלוסייה, שכוללת אנשים שיכולתם לתפקד בקהילה פגועה ביותר, וכל משב רוח עלול להחזירם לרחוב. עם זאת יתכן שיש גם גורמים מוסדיים שתורמים לתופעה זאת:

1. הסיוע לשכר דירה משתווה אך בדוחק למחירים הנמוכים ביותר בשוק הדיור של תל-אביב. כתוצאה מכך פונים חלק מהלקוחות לדיור שטומן בחובו את זרעי הנשירה המחודשת לרחוב. יש שמתחלקים בדירה עם שותפים שאינם מתאימים להם, ואחרים שוכרים דירה בסביבה שאינה מעודדת המשך תהליך השיקום.

2. הקושי של גורמים בקהילה להתמודד עם דרי רחוב ששוקמו, ולשלב אותם במערכת השרותים הרגילים, כגון שרותי ייעוץ, מעקב ופקוח של הלשכות האזוריות לשרותים חברתיים.

כמיוחד דרושים שירותים לאלכוהוליסטים כרוניים, שחסרים את הכוחות להכנס לתכנית גמילה ושיקום. כיום חלק מהם גר ב"גגון", ללא תוחלת לשיקום. אחרים מסודרים בדיוור בקהילה, אך נושרים ממנו תוך זמן קצר אם בגלל תגובת בעלי הבתים והסכיבה להתנהגותם החריגה, ואם בקנוניה עם בעל הבית שמאפשר להם להפוך את שכר הדירה לכסף מזומן. מערכות שירותי הרווחה, כולל השירותים לדרי רחוב ושירותי הגמילה, לא פיתחו עד כה כלים יעילים להתמודדות עם אוכלוסיה זו.

3. העדר תשתית של מסגרות מגורים שמותאמות לבעיות המיוחדות ול"חריגות" של מי שהיו דרי רחובות. יש לזכור שהיחידה מטפלת באוכלוסיה הבעייתית ביותר, זו שנפלה דרך כל רשתות המגן של מדינת הרווחה. לגבי אוכלוסיה זאת המושג "שיקום" אין משמעותו דוקא חזרה לתפקוד רגיל של "אדם מן הישוב". בין לקוחות היחידה יש כאלה שהמקסימום שאפשר לשאוף אליו הוא הכנתם לתפקוד במסגרת מוגנת. השגת מטרת היחידה מותנית איפה בקיומם של שרותים אשר יהיו מוכנים לקלוט חלק מה"בוגרים", ולספק להם סביבה מוגנת. מנסיונה של היחידה אנו למדים על הצורך בשרותים הבאים:

- דיוור מוגן לאנשים (מתחת לגיל 60) שבגלל מחלת נפש, פיגור שכלי או מגבלות אחרות אינם מסוגלים לנהל משק בית עצמאי, אך מסוגלים לתפקד במסגרת עצמאית-למחצה, אשר מקלה עליהם את הנטל של ניהול תקציב הדיוור (תשלומי שכ"ד והוצאות נלוות), מגינה עליהם מהתנכלות וניצול, עוקבת אחר הסתגלותם ומסייעת בפתרון בעיות שעולות. בעבר עמדה לרשות היחידה דירה מוגנת כזאת, שנוהלה על ידי מט"ב, וענתה על הצורך של כמה מהמטופלים. עלותו של דיוור בזה גדולה מהתמיכה לשכ"ד שניתנת למי שמוצא דיוור בשוק החפשי, אך לא נהרבה.

- מוסדות מותאמים לאנשים שעדיין אינם קשישים אולם זקוקים למסגרת מגינה בגלל רמת התפקוד שלהם. לבתי אבות קשה לקלוט אנשים אלה בגלל גילם ודפוסי התפקוד שלהם.

- בנייני מגורים להשכרה לבודדים (SRO): בניינים כאלה היו קיימים בעבר באזורים המרכזיים של רבות מערי העולם. מדובר בבנין (לעיתים מלון שירד מגדולתו) שמשכיר חדרים לבודדים, ובמחיר סביר. יש מקום לעודד ולסבסד שירות כזה, שעשוי להתאים למי שאינם יכולים להרשות לעצמם שכירת דירה, ומתקשים להתחלק בדירה עם שותפים.

- מגורים לטווח ארוך במלון: התרשמנו שהמלונות שמשרתים את היחידה פיתחו מידה רבה של סובלנות להתנהגות חריגה של דייריהם. עולה השאלה האם לא עדיף להשאיר חלק מהאנשים שמגלים קשיי הסתגלות במלונות, במקום לנסות להתאימם למסגרות הנוקשות יותר של מוסדות ושל השוק הפתוח.



## תהליכי סיום ופרידה

מסתבר ש"סיום טיפול" הוא מושג גמיש ביותר. מצאנו שמתוך רשימת האנשים שהטיפול בהם הסתיים לכאורה, כולל אלה שתיקיהם הועברו ללשכות רווחה אחרות, נשארו רבים בקשר עם היחידה. הסיבות לכך שונות. לעיתים נותרו עניינים שלא נסגרו עד הסוף, וחייבו את המשך הקשר. לעיתים לא היו יחידות אחרות מוכנות לקלוט את מי שסודרו באזור פעילותן (על כך בפרק הבא). לעיתים לא היו המטופלים מסוגלים לקבל את המעבר החד מטיפול אינטנסיבי לטיפול המעקב בלשכה האזורית. במקרים אחרים נוצרה תלות נפשית של המטופל בעובד המטפל, וחוסר יכולת להעביר את התלות לאדם אחר. לעיתים היו אלה עובדי היחידה שראו צורך בהמשך קשר, כדי לוודא שהישגי הטיפול לא ילכו לאיבוד.

נחוץ לתת את הדעת לשאלת דרכי סיום הטיפול על ידי בניית דרכי הפניה והעברת טיפול שיבטיחו המשכיות. אפשר גם לחשוב על דרכים להכניה מחדש של הקשר בין הלקוח ליחידה והפיכתו לקשר שמבוסס פחות על תלות, למשל על ידי טיפוח קבוצות לעזרה עצמית והדדית בין מקצת דרי הרחוב ששוקמו.

### מקומה של היחידה במערכת שירותי הרווחה

היחידה רשמה לעצמה לא מעט הצלחות ביחסיה עם גורמי חוץ, כגון משרדי השיכון, הפנים והבריאות, המוסד לביטוח לאומי, חברת השיכון העירונית, ועוד. יחסים אלה הביאו במקרים רבים לשינוי תקנות, נהלים ודפוסי פעולה לטובתם של דרי הרחובות. מאידך עלו שאלות בדבר חלוקת התפקידים בין היחידה לבין הלשכות לשרותי רווחה של עיריית תל-אביב, והמחלקות לשרותים חברתיים באזור המרכז. בעיות אלה אינן מקריות, והן נובעות ממהות בעיית דרי הרחובות.

הלשכות האזוריות: הסוגיה העיקרית כאן היא השליטה על הקליטה והפליטה של היחידה. מנהלי הלשכות האזוריות רואים את היחידה כשלוחה של האגף, עתירת משאבי כוח אדם וידע, שאמורה לעמוד לרשותם כל אימת שהם נתקלים במקרה של דר-רחוב על פי אבחנתם. הם היו רוצים לשמור בידיהם את ההחלטה מי ישאר בטיפולם, ומי יגיע לטיפולם של היחידה. לעומת זאת רואים עובדי היחידה החלטות על קליטת פונים חדשים כאחד התפקידים העיקריים של היחידה. ברקע לויכוח זה נמצאת שאלת ההגדרה של "דרי רחוב" והבחנה בינם לבין חסרי דיור גרידא.

בעיה דומה מתעוררת בקצה השני, כאשר היחידה מנסה לקבוע מתי היא מסיימת את עבודתה עם לקוח ומפנה אותו להמשך טיפול בלשכה האזורית. לא תמיד קלטו הלשכות האזוריות את הקליינטים הקשינו של היחידה, גם כאשר אלה הפכו לדרי-בית באזור עליו הן מופקדות. רק לאחרונה נוסחו כללים להעברת אנשים מטיפולם של היחידה ללשכות ולהיפך.

הקושי בקליטת בוגרי היחידה על ידי המחלקות האזוריות נובע, בין השאר, מהאפיונים היחודיים של אוכלוסייה זאת, ומכך שטיפול ההמשך בדרי רחוב שסודרו בדיוור קבע מחייב השקעה רבה של כוח אדם, והמחלקות האזוריות לא תמיד יכולות להרשות לעצמן זושקעה זו. יתר על כן, כפי שכבר צוין לעיל, העדר מסגרות מתאימות לטיפול המשך מקשה הן על היחידה והן על הלשכות האזוריות.

ההיבט האזורי: בעית דרי הרחוב היא במהותה בעיה מטרופוליטנית, שמחייבת טיפול במישור של המטרופולין, ולא של הרשות המקומית. אנשים נפלטים לרחוב בכל רחבי איזור גוש דן, ובכל רחבי מדינת ישראל. חלקם נשארים בקרבת מקום מגוריהם המקורי, וחלקם נמשכים לתל-אביב, העיר הגדולה. עיריית תל אביב אינה מוכנה לשאת בעומס של דרי הרחובות מכל ערי גוש דן, ומאידך היקף הבעיה והמשאבים בישובים הסמוכים אינו מצדיק יצירת שרותים מקבילים, נמיוחד לא בתחום המגורים הזמניים.

כפי שבעית דרי הרחוב לא נוצרת בתל-אביב, היא גם לא יכולה להיפתר בתל-אביב. שוק הדיוור של תל-אביב מוגבל, ולעיתים קרובות קל יותר למצוא בערי הטבעת דיוור באיכות סבירה ובמחיר שוואם את הסיוע של משד השיכון. מבחינה זאת יהיה זה נכון להפנות את חסרי הבית שמטופלים בתל-אביב למגורים בערים סמוכות, ולקבלת שירותים במחלקות הרווחה המקומיות. פעולה כזו עלולה להתפרש כנסיון מצד עיריית תל-אביב להעביר את הקליינטים הקשים ביותר שלה לעווי הטבעת. כלאמר, יש להתייחס לבעיית דרי הרחוב כבעיה אזורית, שמחייבת תכנון משותף של שירותים ופתרונות דיוור בדרג אזורי.

### פיתוח הסגל

ההחלטה על הקמת יחידה לטיפול בדרי-רחובות, ועל תמיכת המחלקה למפעלים מיוחדים של המוסד לכיטוח לאומי בפעילותה, נבעה מההכרה בכך שדפוסי העבודה המקובלים בשרותי הרווחה אינם מתאימים לעבודה עם אוכלוסייה זאת, ושנחוץ לפתח דפוסי עבודה שיאפשרו יצירת קשר טיפולי ויצירת שינוי בדפוסי ההתנהגות והחיים של אנשים פגועים אלה. אחת ממטרות היחידה כפרויקט נסיוני היא פיתוח "תורה" ומיומנות ייחודית לטיפול בדרי רחוב.

ואמנם, במהלך השנים פיתחה היחידה שיטות התערבות יחודיות, וזכתה להכרה בזכות המיומנות המקצועית של עובדיה. בנוסף לטיפול הישיר בדרי הרחובות של תל-אביב, רבו במהלך השנים הפניות ליחידה מאמצעי התקשורת, ומשרותי רווחה בישובים אחרים. היותה היחידה הראשונה שעוסקת באופן בלעדי בבעיית דרי הרחובות מטילה עליה אחריות לתרומה גם במישור הארצי, כולל מעורבות בנושאי חקיקה וקביעת מדיניות.

בשיחות עם העובדים התרשמנו מתופעות של עייפות ושחיקה. כדי שצוות שקיבל על עצמו עבודה עם אוכלוסייה כל כך קשה יוכל להתמיד באותה רמת תפקוד לאורך ימים נחוץ להיענות לצרכים שלו עצמו, ולנקוט

באמצעים להבטיח התרעננות של הצוות ו"מילוי מצבריו". מה שנדרש, במישור מקומי וארצי כאחד, הוא יצירת מערך של הדרכה, השתלמויות, פיתוח סגל ופיתוח ידע, שיאפשר ניצול וטיפוח הידע שנצבר עד כה, והמשך פיתוחו לעתיד.

### דברי סיכום

לעיל הובאו ממצאים ראשוניים של מחקר הערכה שמבוסס על ניתוח 155 תיקים של אנשים שקיבלו שרותים מהיחידה לדרי רחובות, סיפורים מפורטים של תשעה דרי רחובות, מעקב אחר מדגם מקרב האנשים שהטיפול בהם הסתיים לכאורה, ומספר רב של תצפיות וראיונות ביחידה ובסביבתה. מהנתונים שנאספו משיטות השונות נובעות הסוגיות והשאלות שהובאו בפרק זה. להערכתנו מוקדם להציע מסקנות חד-משמעיות על עבודת היחידה ועל דרכי הטיפול בדרי רחובות, ואנו מסתפקים בהצעת מספר רעיונות לסיכום:

מהמעקב אחר עבודת היחידה לדרי רחובות אנו למדים שהיא הצליחה להביא לשינוי בחיי חלק מהאנשים שנפלו דרך כל החורים של רשתות הבטחון והדרדרו למגורים ברחוב. יש ביניהם כאלה שהצליחו להגיע, בעזרת היחידה, למסגרת חיים נורמטיבית אשר הולמת את רצונותיהם ואת יכולתם. יתכן ואפשר להגיע לשיעור גבוה יותר של הצלחות, אם ינקטו צעדים נוספים להגברת התיאום בין עבודת היחידה לבין עבודתם של שירותי רווחה אחרים, להבטחת מעבר חלק יותר מהטיפול הנמרץ של היחידה לטיפול הרגיל של השירותים האחרים, והשלמת מערכת השירותים בכאלה שחסרים כיום, כמו מתקני דה-טוקסיפיקציה לאלכוהוליסטים ודיוור מוגן לאנשים צעירים שחסרים את הכוחות למגורים עצמאיים בקהילה. יתכן שנחוץ גם לבחון מחדש את הסדרי האכסון הזמני לדרי רחובות, ולהבחין בין הפונקציות של מחסה לכל לבין דיוור מעבר למי שמתתפים בתהליך שיקומי.

אנו מקוים שבדו"ח המסכם שלנו יהיה באפשרותנו לדווח על השלמת בסיס הנתונים של היחידה, ולהציג ממצאים על כלל האנשים שהיו בטיפול בשנים 1991-1996. אנו מקוים גם שבמהלך השנה הזקובה גם תובטח הדרכה לסגל היחידה, על מנת לשמר את המשאב העיקרי שעומד לרשות הטיפול בדרי רחובות - מקצועיות ומסירות ללא גבול של העובדים השותפים לפעילות קשה ושוחקת זאת.

## מקורות

קמלמן, צ.י. (1991). חסרי בית בתל-אביב יפו, עבודת גמר לקראת התואר "מוסמך אוניברסיטה", בית הספר לעבודה סוציאלית ע"ש בוב שאפל, אוניברסיטת תל-אביב.

פוזן, ג'. תנאי נ., שפירו ש., ופרומר ד. (1995). חסרי דיוור במרכז הרפואי סוראסקי, תל-אביב. השירות הסוציאלי של המרכז הרפואי סוראסקי בשיתוף עם בית הספר לעבודה סוציאלית על שם בוב שאפל, אוניברסיטת תל-אביב.

Anderson, N. (1923). The Hobo: The Sociology of the Homeless Man. Chicago: University of Chicago Press.

Bassuk, E.L. (1984). The homelessness problem. Scientific American, 251, 40-45.

Bassuk, E.L. (1988). Redefining transitional housing for homeless families. Yale Law Policy Review, 6, 49-67.

Blankertz, L.E. & Cnaan, R. (1992). Principles of care for dually diagnosed homeless persons: Findings from a demonstration project. Research on Social Work Practice, 2(4), 448-464.

Breakey, W.R. (1992). Mental health services for homeless people. In M.J. Robertson & M. Greentblatt (Eds.), Homelessness: a National Perspective. New York: Plenum Press.

Burt, M.B. (1992). Over the Edge: The Growth of Homelessness in the 1980s. New York: Russel Sage.

Calsyn R.J., Allen G., Morse G.A, Smith R. and Tempelhoff B. (1993). Can you trust self-report data provided by mentally ill individuals? Evaluation Review 17/3, June, 353-366.

Cohen E.H., Mowbray C.T., Bybee D., Yeich S., Ribsi K. and Freddolino P.P. (1993). Tracking and follow-up methods for research on homelessness. Evaluation Review 17/3, June, 331-352.

Cohen, C.I., Onserud, H. & Monaco, C. (1992). Project rescue: Serving the homeless and marginally housed elderly. The Gerontologist, 32(4), 466-471.

Culhane, Dennis P., Dejowski Edmund F., Ibanez Julie, Needham Elizabeth and Macchia Irene (1994). Public shelter admission rates in Philadelphia and New York City: The implication of turnover for shelter population counts. Housing Policy Debate 5/2, Office of Housing Research, Fannie Mae, Washington D.C. pp. 107-140.

Dear, M.J. & Wolch, J.R. (1987). Landscapes of Despair: From Deinstitutionalization to Homelessness. Princeton NJ: Princeton Univ. Press.

Fisher K. and Collins J. (1992). Homelessness, Health Care and Welfare Provision. London: Routledge.

Hock, C.J., & Slayton, R. (1989). New Homeless and Old: Community and the Skid Row Hotel. Philadelphia: Temple Univ. Press.

Hopper, K., Baxter, E., Cox, S., et al., (1982). One Year Later: The Homeless Poor in New York City. New York: Community Service Society.

Hopper K. and Baumohl J. (1994). Held in abeyance: Rethinking homelessness and advocacy, American Behavioral Scientist, 37(4): 522-552.

Jencks, C. (1994). The Homeless. Cambridge, Mass. Harvard University Press.

Johnson A.K. and Cnaan R. (1995). Social Work practice with homeless persons - State of the art. Research on Social Work Practice 5/3, July, 340-382.

Jones, R.E. (1983). Street people and psychiatry: An introduction. Hospital and Community Psychiatry, 34:807-811.

Koegel, P., & Burman, M.A. (1992). Problems in the assessment of mental illness among the homeless: An empirical approach. In M.J. Robertson & M. Greenblatt (Eds.), Homelessness: a National Perspective. New York: Plenum Press.

Lipton, F.R., Sabatini, A., & Katz, S.E. (1983). Down and out in the city: The homeless mentally ill. Hospital and Community Psychiatry, 34:817-821.



Morse, G. (1986). A Contemporary Assessment of Urban Homelessness: Implications for Social Change. St. Louis: University of Missouri.

Morse, G. (1992). Courses of homelessness. In M.J. Robertson & M. Greenblatt (Eds.), Homelessness: A National Perspective. New York: Plenum Press.

Morse, G.A., Calsyn, R., Allen, G., Templehoff, B. & Smith, R. (1992). Experimental comparison of the effects of three treatment programs for homeless mentally ill people. Hospital and Community Psychiatry, 43(10):1005-1010.

Orwin, R.G., Sonnefeld L.J., Garrison-Mogren R., & Smith N.G., (1994). Pitfalls in evaluating the effectiveness of case management programs for homeless persons, Evaluation Review 18(2): 153-207

Piliavin, I., Sosin M.R. and Westerfelt, H. (1987). Tracking the homeless. Focus 10(4):20-25.

Randall G. and Brown S. (1993). The Rough Sleepers Initiative: An Evaluation. London:HMSO.

Reich, R., & Siegel, L. (1978). The emergence of the Bowery as a psychiatric dumping ground. Psychiatry, 50:191-201.

Schutt, R.K. and Garrett, G.R. (1992). Responding to the Homeless: Policy and Practice. New York: Plenum.

Schwartz, D.C., & Glascock, J.H. (1989). Combatting Homelessness: A Resource Book. New Brunswick, NJ: Affordable Housing Institute.

Shlay, A.B., & Rossi, P.H. (1992). Social science research and contemporary studies of homelessness. Annual Review of Sociology 18:129-160.

Shlay, A.B. (1986), Woman space and community: A feminist agenda. Urban Resources, 3:1-4.

Stark, L.R. (1994). The shelter as "Total Institution": An organizational barrier to remedying homelessness. American Behavioral Scientist 37/4, February, 553-562.



Snow, D.A., Baker, S.G., & Anderson, L. (1986). The myth of pervasive mental illness among the homeless. Social Problems, 33(5):407-423.

Snow D.A. and Anderson L. (1993), Down on Their Luck - A Study of Homeless Street People. Berkley, University of California Press.

Snow D.A., Anderson L. and Koegel P. (1994), Distorting tendencies in research on the homeless. American Behavioral Scientist 37/4, February, 454-460.

Talbott, J.A. (1983). The shame of the cities. Hospital and Community Psychiatry, 34:773.

Wright, J.D., & Lam, J. (1986). The low income housing supply and the problem of homelessness. Social Policy,

Wright J.D. and Devine J.A. (1992). Counting the homeless: The Census Bureau's "S-Night" in five U.S. cities. Evaluation Review 16/4, July, 355-364.

נספחים

אוניברסיטת תל אביב  
חוג לסוציולוגיה ואנתרופולוגיה

סמינר מחקר: הערכת תכניות חברתיות

תדריך לראיון - תשנ"ה

הנחיות למראיינים: עליכם לנסות ולמצוא "עוגן" כלשהו, בעבר או בהווה, וממנו לקבל את סיפורו של הנחקר, בסדר כרונולוגי ככל האפשר. למשל, כאשר הראיון מתקיים בביתו של הנחקר, אפשר להתחיל משיחה על הדירה וסביבתה. כאשר הראיון מתקיים במשרדי היחידה, אפשר להתחיל מהקשר הראשון עם היחידה, וכיו"ב.

בכל נושא, התחילו משאלה כללית פתוחה, והמשיכו בשאלות ספציפיות. נסו להשיג מידע על כל הפריטים הרלבנטיים דלהלן, אך לא בסדר ובניסוח בו הם מופיעים כאן. לקראת סוף הראיון, נסו לשחזר עם המרואיין את הסיפור, כדי לוודא שקלטתם אותו נכון.

\* \*  
\*

שמי . . . . . אני סטודנט/ית שמתתפ/ת במחקר על היחידה לדרי רחובות. חברי ואני משוחחים עם אנשים שהיו בקשר עם היחידה (עם ציונה, עדנה, דפנה, אסנת, אלי, נינה) ולשמוע מהם על הקשר שלהם עם היחידה לדרי-רחובות, על החיים שלהם לפני שנוצר הקשר עם היחידה, ואחרי שנפרדו ממנה. אני מניח/ה שקבלת מכתב על כך מהיחידה, ומקוה שתסכים לשוחח אתי ולענות על שאלותי.

\* \*  
\*

איך ואיפה נוצר הקשר שלך עם היחידה לדרי רחובות?  
האם עובדים מהיחידה פנו אליך?  
האם מישהו הפנה אותך אליהם?  
מתי, איפה ואיך נוצר הקשר?

ספר לי על החיים שלך לפני שנוצר הקשר עם היחידה.  
איפה גרת? עם מי? איך הסתדרת? ממה התקיימת?

(אם סיפר על חיים ברחוב) איך הגעת לחיות ברחוב?  
כמה זמן ישנת ברחוב? איפה בדיוק נהגת לישון?

האם מישהו עזר לך בתקופה החיא?  
האם נעזרת בקרובי משפחה? בחברים? בעובדים סוציאליים?  
באנשים אחרים?

ספר לי על הפגישה הראשונה את עובדי היחידה (ציונה וכו').  
מה הציעו לך? מה חיתה תגובתך?

מה קרה אחר כך? האם ביקרת במשרדי היחידה? באיזו תכיפות?

האם היו לך שיחות אישיות עם מישהו מהעובדים ביחידה? עם מי ועל  
מה?

האם מישהו מהעובדים הסוציאליים עזר לך בסדורים, בעצות, בהדרכה?  
מי, במה, כיצד?

האם עזרו לך לקבל תעודת זהות? איך? מה עשו? האם זה עזר?

האם עזרו לך בביטוח לאומי? כנ"ל

האם עזרו לך למצוא דירה ולקבל עזרה בדיור? כנ"ל

האם עזרו לך למצוא עבודה? כנ"ל

האם עזרו לך לטפל בבריאות שלך? כנ"ל

האם חיתה לך בעיה עם אלכוהול או סמים? האם עזרו לך בנושא זה?  
מי עזר לך, וכיצד?

כשהיית צריך את העובדים הסוציאליים, האם תמיד יכלת למצוא אותם?

האם היו לך, ולאנשים אחרים, פגישות קבוצתיות עם עובד/ת  
סוציאלי/ת? על מה דיברתם בפגישות? האם זה עזר לך? איך?

האם גרת תקופה כלשהי במלון מונופול או שלוחה? ספר איך היה שם.

האם גרת תקופה כלשהי בגגון? ספר איך היה שם.

איך אתה מסתדר היום?

האם יש לך מקום לגור? האם אתה שבע רצון ממקום המגורים?

ממה אתה מתפרנס? האם החכנסת מספיקה לך?

מי עזר לך לסדר את כל זה. איך הם עזרו לך?

האם יש לך חברים? מי הם ומאיפה אתה מכיר אותם?

האם יש לך כיום קשר עם המשפחה?

במה מתבטא הקשר?

האם היה זמן שהקשר היה מנותק? איך התחדש הקשר?

האם אתה גר כיום עם אנשים נוספים?  
מי הם? איך אתה מסתדר עימם?

האם היחידה עזרה לך? מי במיוחד עזר לך?  
מה מהדברים שעשו במיוחד עזר לך?  
מה במיוחד לא עזר לך?

האם אתה מרוצה ממה שעשו ביחידה?  
ממה כן וממה לא?  
מה לפי דעתך צריך לשנות בעבודה של היחידה?

האם יש משהו שרצית שיעשו בשבילך, ולא עשו?

האם היו אחרים שעזרו לך באותו זמן?  
בני משפחה? עובדי שרותי רווחה?  
חברים מקרב דרי תרחובות? אחרים?

האם אתה עזרת לעצמך? כיצד?

איך המצב שלך היום בחשואה למצב לפני שנה? לפני שנתיים?

איך אתה רואה את העתיד? האם המצב שלך ישתפר או יהיה גרוע יותר?  
למה ואיך?

האם היחידה עזרה לאנשים אחרים שאתה מכיר? ספר לי דוגמא.  
מי זה היה? מה היתה הבעיה?  
מה עשו בשבילו? האם זה עזר?

האם כיום יש לך עוד קשר עם היחידה. עם מי? באיזה עניינים?  
אם לא - איך נפסק הקשר? האם זה טוב שהוא נפסק?

היום, כשקשה לך, למי אתה פונה לעזרה?

האם יש עובדים סוציאליים אחרים שעוזרים לך?  
האם אתה זקוק לעזרה? אם כן, במה?

האם מאז שנפסק הקשר עם היחידה קרה שיסנת בחוץ? מתי ואיך זה קרה?  
האם אתה חושב שזה יכול לקרות לך?

האם יש עוד משהו שהיית רוצה לספר לי על היחידה לדרי רחובות ועל  
השרותים האחרים, משהו שיוכל לעזור לעובדי היחידה לעזור לאנשים  
שזקוקים להם?

האם תהיה מוכן לספר לי כמה פרטים נוספים על עצמך?

בן כמה אתה? \_\_\_\_\_

איפה נולדת? \_\_\_\_\_ מתי עלית ארצה? \_\_\_\_\_

האם אתה נשוי או היית פעם נשוי? \_\_\_\_\_ האם יש ילדים? \_\_\_\_\_

כמה שנים למדת? \_\_\_\_\_ סוג החשכלה \_\_\_\_\_ מקצוע \_\_\_\_\_

האם עבדת בעבר? \_\_\_\_\_ איפה, במה, עד מתי? \_\_\_\_\_

האם אתה עובד כיום? \_\_\_\_\_ איפה ובמה? \_\_\_\_\_

האם אתה מקבל קיצבה מביטוח לאומי או ממקור אחר? \_\_\_\_\_ איזו? \_\_\_\_\_

מה מצב הבריאות שלך? \_\_\_\_\_ האם אתה סובל ממחלה כלשהי? \_\_\_\_\_

איזה מחלות? \_\_\_\_\_

איזה טיפולים אתה מקבל? \_\_\_\_\_

האם היית בבית חולים? מתי ולמה? בבית חולים לחולי נפש? במרכז

גמילה? בבית סוחר? \_\_\_\_\_





שירות בצנ"ל: 1. שירות מלא, 2. שירות חלקי, 3. לא שרו, 8. לא ידוע

ל  
24

מקורות הכנסה: 1. כן, 2. לא, 8. לא ידוע  
א. עבודה  
ב. קצבת ביטוח לאומי:  
ג. תמיכת קרובים זידידים  
ד. אחר:

ל  
25 28

תאריך יצירת הקשר:

ל  
29 34

אופן יצירת הקשר: 1. הפניה עצמית, 2. פניה מהציבור (כולל שכנים), 3. הפניה מלשכת רווחה: 4. הפניה משירות אחר: 5. משטרה, 6. סיור לילה, 7. חבר מביא חבר, 8. אחר:

ל  
35

משך זמן המגורים ברחוב: 1. עד חודש, 2. עד חצי שנה, 3. עד שנה, 4. יותר משנה, 8. לא ידוע

ל  
36

מקום "מגורים" עיקרי ברחוב: 1. רחוב ממש, 2. גן ציבורי, 3. מעבר או גשרון, 4. מבנה נטוש, 5. חדר מזדגות, 6. מתקן צבורי, אחר:

ל  
37

מקום מגורים לפני ה"רחוב": 1. במשפחה, 2. לבד, 3. אחר:

ל  
38

סיבה מוצהרת למגורים ברחוב:

ל  
39

קרובים ומכרים: 1. יש, 2. יש אך לא בקשר, 3. אין  
א. הורים ו/או אחאים:  
ב. בני זוג ו/או ילדים:  
ג. קרובי משפחה אחרים:  
ד. מכרים וחברים:  
ה. מכרים מקרב דרי הרחוב:  
ו. אחר:

ל  
40 45

נכות או חולי: 1. כן - מאובחן, 2. כן - משוער, 3. לא

א. מחלת נפש:  
ב. מחלת גוף:  
ג. נכות (חושיים):  
ד. נכות (גפיים):

ל  
46 49

ה. התמכרות לאלכוהול	ללא	
ו. התמכרות לסמים	ללא	
ז. התמכרות אחרת:	50	52
אישטוז פסיכיאטרי: 1. במהלך השנה האחרונה, 2. אי-פעם אך לא במהלך השנה האחרונה. 3. לא אושפז, 8. אין מידע.	ללא	53
אישטוז כללי: 1. במהלך השנה האחרונה, 2. אי-פעם אך לא במהלך השנה האחרונה, 3. לא אושפז, 8. אין מידע.	ללא	54
בטיפול שרותי הרווחה: 1. כן, 2. לא, 8. לא ידוע.	ללא	
א. לשכה לשרותים חברתיים:	ללא	
ב. מרפאה:	55	53
ג. אחר:		
ד. אחר:		
האם היה מוכר ליחידה לפני הפניה? 1. כן, ניתנו שרותים:	ללא	
2. כן, ויתן ייעוץ ללשכה:	59	
3. כן, לא ניתנו שרותים, 4. לא.		

חלק ב' : ומנגי מיפול וועקב

הבסווע זכרונות במערו השיכון

האם הופנה למשרד השיכון למיצוי זכויות כהליך מקוצר?	ללא	
1. כן 2. לא 3. לא ידוע	60	
תאריך הרשמה	ללא	
	61	65
תאריך קבלת העודת זכאות	ללא	
	67	72
תאריך סיוע בהליך מקוצר	ללא	
	73	78

ללא 79

הפניות מהיחידה ואליה וענינו של הפונה

פניה ראשונה: חאריך: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

1 6

כיוון הפניה: 1. מהיחידה, 2. אל היחידה, 3. לא ברור

\_\_\_\_\_

7

- הגורם: 1. לשכת רווחה: \_\_\_\_\_ 2. משרד ושיכון (או
- חברה משכנת): \_\_\_\_\_ 3. ביטוח לאומי, 4. משרד הפנים,
- 5. שרותי בריאות כלליים: \_\_\_\_\_ 6. שרותי בריאות הנפש:
- 7. שרותי גמילה: \_\_\_\_\_ 8. שרותי תעסוקה ושיקום: \_\_\_\_\_
- 9. אחר: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

8

תוכן הפניה: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

9 10

התוצאה: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

11 12

פניה שניה: חאריך: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

13 18

כיוון הפניה: 1. מהיחידה, 2. אל היחידה, 3. לא ברור

\_\_\_\_\_

19

- הגורם: 1. לשכת רווחה: \_\_\_\_\_ 2. משרד השיכון (או
- חברה משכנת): \_\_\_\_\_ 3. ביטוח לאומי, 4. משרד הפנים,
- 5. שרותי בריאות כלליים: \_\_\_\_\_ 6. שרותי בריאות
- הנפש: \_\_\_\_\_ 7. שרותי גמילה: \_\_\_\_\_ 8. שרותי
- תעסוקה ושיקום: \_\_\_\_\_ 9. אחר: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

20

תוכן הפניה: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

21 22

התוצאה: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

23 24

פניה שלישית: תאריך: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

25 30

כיוון הפניה: 1. מהיחידה, 2. אל היחידה, 3. לא ברור

ל  
31

הגורם: 1. לשכת רווחה: 2. משרד השיכון (או  
חברה משכנת): 3. ביטוח לאומי, 4. משרד הפנים,  
5. שרותי בריאות כלליים: 6. שרותי בריאות  
הנפש: 7. שרותי גמילה: 8. שרותי  
תעסוקה ושיקום: 9. אחר: \_\_\_\_\_

ל  
32

תוכן הפניה: \_\_\_\_\_

ל  
33 34

התוצאה: \_\_\_\_\_

ל  
35 36

פניה רביעית: תאריך: \_\_\_\_\_

ל  
37 42

כיוון הפניה: 1. מהיחידה, 2. אל היחידה, 3. לא ברור

ל  
43

הגורם: 1. לשכת רווחה: 2. משרד השיכון (או  
חברה משכנת): 3. ביטוח לאומי, 4. משרד הפנים,  
5. שרותי בריאות כלליים: 6. שרותי בריאות  
הנפש: 7. שרותי גמילה: 8. שרותי  
תעסוקה ושיקום: 9. אחר: \_\_\_\_\_

ל  
44

תוכן הפניה: \_\_\_\_\_

ל  
45 46

התוצאה: \_\_\_\_\_

ל  
47 48

פניה חמישית: תאריך: \_\_\_\_\_

ל  
49 54

כיוון הפניה: 1. מהיחידה, 2. אל היחידה, 3. לא ברור

ל  
55

הגורם: 1. לשכת רווחה: 2. משרד השיכון (או  
חברה משכנת): 3. ביטוח לאומי, 4. משרד הפנים,  
5. שרותי בריאות כלליים: 6. שרותי בריאות  
הנפש: 7. שרותי גמילה: 8. שרותי  
תעסוקה ושיקום: 9. אחר: \_\_\_\_\_

ל  
56

תוכן הפניה: \_\_\_\_\_

57 58

התוצאה: \_\_\_\_\_

59 60

פניה שישית: תאריך: \_\_\_\_\_

61 66 66

כיוון הפניה: 1. מהיחידה, 2. אל היחידה, 3. לא ברור

67

הגורם: 1. לשכת רווחה: 2. משרד השיכון (או  
חברה משכנת): 3. ביטוח לאומי, 4. משרד הפנים,  
5. שרותי בריאות כלליים: 6. שרותי בריאות  
הנפש: 7. שרותי גמילה: 8. שרותי  
תעסוקה ושיקום: 9. אחר: \_\_\_\_\_

68

תוכן הפניה: \_\_\_\_\_

69 70

התוצאה: \_\_\_\_\_

71 72

מספר שורה

73

פניה שישית: תאריך: \_\_\_\_\_

1 6

כיוון הפניה: 1. מהיחידה, 2. אל היחידה, 3. לא ברור

7

הגורם: 1. לשכת רווחה: 2. משרד השיכון (או  
חברה משכנת): 3. ביטוח לאומי, 4. משרד הפנים,  
5. שרותי בריאות כלליים: 6. שרותי בריאות  
הנפש: 7. שרותי גמילה: 8. שרותי  
תעסוקה ושיקום: 9. אחר: \_\_\_\_\_

8

תוכן הפניה: \_\_\_\_\_

9 10

התוצאה: \_\_\_\_\_

11 12



שיחות אישיות

_____ מט' פגישות:	_____ עד תאריך:	_____ מתאריך:	_____	_____
_____ מט' פגישות:	_____ עד תאריך:	_____ מתאריך:	_____	_____
_____ מט' פגישות:	_____ עד תאריך:	_____ מתאריך:	_____	_____
_____ מט' פגישות:	_____ עד תאריך:	_____ מתאריך:	13	18

השתתפות בשיחות קבוצתיות מתובנות ומובנות

_____ מספר פגישות:	_____ המנחה:	_____ הקבוצה:	_____	_____
_____ מספר פגישות:	_____ המנחה:	_____ הקבוצה:	_____	_____
_____ מספר פגישות:	_____ המנחה:	_____ הקבוצה:	_____	_____
_____ מספר פגישות:	_____ המנחה:	_____ הקבוצה:	19	22

השמה במקום מגורים זמני

_____ המקום: 1. מונופול, 2. שלוח, 3. מלון: _____ 4. מלון:	_____	23
_____ 5. גגון, 6. בית חולים 7. אחר:	_____	_____

_____ תאריך כניסה:	_____	24	29
--------------------	-------	----	----

_____ תאריך יציאה:	_____	30	35
--------------------	-------	----	----

השמה שניה

_____ המקום: 1. מונופול, 2. שלוח, 3. מלון: _____ 4. מלון:	_____	36
_____ 5. גגון, 6. בית חולים 7. אחר:	_____	_____

_____ תאריך כניסה:	_____	37	42
--------------------	-------	----	----

_____ תאריך יציאה:	_____	43	48
--------------------	-------	----	----

השמה שלישית

_____ המקום: 1. מונופול, 2. שלוח, 3. מלון: _____ 4. מלון:	_____	49
_____ 5. גגון, 6. בית חולים 7. אחר:	_____	_____

תאריך כניסה: _____	50	55
תאריך יציאה: _____	56	61
תאריך סיום הטיפול: _____	62	67
אופן הסיום: 1. סיוט מתוכנן ומוטכס, 2. הפסקת טיפול מצד היחידה, 3. ניתוק מגע על ידי הפונה, 4. הפונה נפטר, 5. אחר: _____	68	
הוכנה להמשך טיפול: 1. ללשכה, 2. לשרות אחר, 3. לא הוכנה	69	
הפניה לדיור קבע: 1. בדירה לבד, 2. בדירה עם אחרים, 3. בדיור מוגן, 4. בבית אבות, 5. בבית חולים או במוסד, 6. אחר: _____, 7. לא הוכנה לדיור קבע. כתובת: _____	70	
טלפון: _____		
תאריך טיכום הטופס: _____ שם: _____	71	
מספר שורה	72	
הערות נוספות (כולל ארועים חריגים):		

**NATIONAL INSURANCE INSTITUTE  
Research & Planning Administration**

**Municipal Services for the Homeless  
in Tel Aviv**

**An Evaluation Study  
Stage I**

**by Shimon Spiro\* and Daphna Frumer\***

**\*The Bob Shapell School of Social Work, Tel Aviv University. This study was carried out under the auspices of the Institute for Social Research of the Department of Sociology and Anthropology, Tel Aviv University.**

**Jerusalem, November 1996**

## **Abstract**

The number of *homeless persons*, i.e., single individuals who "sleep rough" on park benches, in bus stations, in hallways or in other locations not meant for sleeping, grew considerably over the last ten years. In response to this growth, new services were established to provide the homeless with temporary and long-term shelter and to help them claim services and benefits.

The number of homeless is greater in Tel Aviv than in other cities, and Tel Aviv is the first city in Israel to establish specialized services to deal with this problem. These include: 1. a "unit for the homeless" (henceforth the *unit*) within the municipal social welfare department, employing seven social workers, and 2. "Gagon", a shelter operated by a voluntary agency in cooperation with the municipality.

The *unit* was set up as a Demonstration Project financed by the National Insurance Institute, which commissioned an evaluation study on its work. In this study we employed a number of methods, including detailed life histories of ten clients, follow-up interviews with a sample of former clients and a quantitative analysis of the files of 155 clients. Three interim reports of this study are summarized in this publication.

The characteristics of the homeless in Tel Aviv are similar to those reported in the literature from North America and the United Kingdom. The majority are men, single or divorced. In other respects they are a heterogeneous group, including young and old persons, university graduates and school drop-outs, new immigrants and veteran Israelis, etc. The most recent immigrants from the former USSR are over-represented among the homeless, as are mentally ill persons and persons addicted to alcohol or drugs.

Homeless persons tend to be detached from informal and formal networks. Most of them have little or no contact with relatives or friends, and rarely utilize any health or welfare agencies. Many do not possess an identity card, and thus are denied access to public services and resources.

In the years since the establishment of the *unit*, the social workers have offered help to most of the homeless persons in Tel Aviv. Some were found to be ineligible or refused to cooperate. The lives of many others changed as a result of their encounter with the *unit*. Identity cards were issued, and many clients gained access to social security benefits, medical assistance and housing. Temporary residence in the shelter provided them with a safe and sound environment in which they could begin to deal with their many problems and needs. Individual and group counseling helped some clients gain insight into their problems and search for solutions.

In some cases the work of the *unit* with a homeless person was completed successfully within a reasonable time span. These clients moved to normal housing or, when appropriate, into an old-age home or some other residential setting. In other instances, work dragged on for a long time without much visible progress. Some clients dropped out, others passed away and still other cases were terminated due to lack of progress. Some clients who were helped to what seemed like permanent housing were found again in the streets after a short time. This was often the case with alcoholics and mentally ill persons.

It is unreasonable to expect any one program to have a significant impact on the number of homeless in Tel Aviv or any other city. To increase the rates of success, complimentary services are needed, such as alcohol rehabilitation, sheltered housing and a more systematic follow-up of newly-housed homeless by the local welfare agencies.

## פ ר ס ו מ י ם    נ ו ט פ י ם

- מס' 1 - "עובדים בשכר נמוך וטובסידיות לשכרם", מאת: אברהם דורון ורפאל רוטר (בעברית - נובמבר 1976; באנגלית - יולי 1978).
- מס' 2 - "גמלאות להבטחת קיום - הצעת תכנית", מאת: אברהם דורון וציפי זיסקינד (בעברית - יוני 1978, באנגלית - יוני 1979).
- מס' 3 - "עשרים וחמש שנות ביטוח לאומי בישראל", מאת: לאה אחדות ומנחם כרמי, 1981.





THE NATIONAL INSURANCE INSTITUTE  
Research and Planning Administration

**Municipal Services  
for the Homeless  
in Tel Aviv  
An Evaluation Study  
Stage I**

---

**Demonstration Projects**

**No. 60**

---

Jerusalem, Israel, November 1996

540060.0 9611 .נ.פ.