

השנים הראשונות של הטמעת קהילה תומכת בשירותי בריאות הנפש: מה בין הוסטל לבין קהילה תומכת?

ציפי הורניק-לוריא¹, איילת בסיס-ברנר² וגליה מורן³

שינויים במדיניות ובפרקטיקה בתחום בריאות הנפש הביאו להכרה בפוטנציאל השיקום ובחשיבות ההכוונה העצמית של מתמודדי נפש. המעבר לשירותי קהילה תומכת מצמצם אלמנטים מוסדיים שבהוסטלים לטובת שילוב בקהילה ואוטונומיה של המתמודדים. חסר מחקר על אודות תהליכי המעבר לקהילה תומכת ותוצאותיהם, הן מבחינת המתמודדים הן מבחינת הצוות המלווה. המחקר הנוכחי בחן את השנים הראשונות של הטמעת קהילה תומכת בשירותי בריאות הנפש באמצעות ניתוח כמותי ואיכותני (מחקר משלב, mixed-methods). בזרוע הכמותית הושו 975 דיירי קהילה תומכת עם 975 דיירי הוסטל. לא נמצאו הבדלים מובהקים במדדי התוצאה, אך נמצאו הבדלים מובהקים במאפייני הדיירים. בממצאים האיכותניים בעלי עניין תיארו יחס חיובי למעבר לקהילה תומכת, לצד קשיים הנלווים לתהליך. מן המחקר עולה כי אין הבדל בין שני סוגי השירותים במדדי תוצאה של שהות, אשפוז, שיקום ותעסוקה. בהשוואה לדיירים בהוסטלים, בקרב דיירי הקהילה התומכת יש חוסר ייצוג של ערבים וצעירים (18–21 שנה), הם נוטים להיות מבוגרים יותר, מאובחנים בגיל מאוחר יותר, ואחוזי הנכות

ברצוננו להודות למכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות אשר מחקר זה מומן באמצעותו (מחקר מס' 2016/114/ר). הזרוע האיכותנית במחקר היוותה את עבודת הגמר (מאסטר) של גב' איילת בסיס בר ניר. אנו מודות לפרופ' יונתן אנסון, אשר ייעץ בעיצוב הצעת המחקר הראשונית.

¹ דוקטור, חדר מחקר, רשות המחקר, מרכז רפואי מאיר, כפר סבא <https://orcid.org/0000-0002-2122-5116>

² המחלקה לעבודה סוציאלית, אוניברסיטת בן-גוריון בנגב

³ פרופסור, המחלקה לעבודה סוציאלית, אוניברסיטת בן-גוריון בנגב <https://orcid.org/0000-0001-9718-1773>

שלהם נמוכים יותר. בזרוע האיכותנית תואר שיפור במגמות האשפוז בקהילה תומכת ובתהליכי החלמה, בזכות המעברים הגמישים ומאפייניה של הקהילה התומכת. ההשלכות היישומיות של המחקר הן הצורך בהגדרה של מודל קהילה תומכת, במתן הדרכה וליווי לצוות, ובהתייחסות לשחיקת העובדים בקהילה תומכת.

מילות מפתח: שילוב בקהילה, קהילה תומכת, שירותי דיור, תהליכי החלמה, אוטונומיה

תקציר לקהל הרחב

בשנים האחרונות מתרחש שינוי חשוב בשירותי בריאות הנפש: במקום דגש על מוסדות סגורים, מתמודדי נפש רבים יותר ויותר עוברים לחיים בקהילה תומכת – מסגרת המעניקה יותר עצמאות ושילוב בחברה. השינוי נובע מהכרה בכך ששיקום נפשי מצליח יותר כאשר לאנשים יש אפשרות לנהל את חייהם בעצמם, בתוך הקהילה ולא מחוצה לה. נשאלת השאלה כיצד המעבר משפיע על המתמודדים, וכיצד חווים אותו הצוותים המלווים. במחקר רחב היקף נעשתה השוואה בין כ-1,000 דיירי קהילה תומכת לבין כ-1,000 דיירי הוסטלים. הממצאים הראו כי מבחינת מזדים דוגמת משך שהות, שיעורי אשפוז, תעסוקה ותהליכי שיקום אין הבדלים גדולים בין שתי הקבוצות. עם זאת, התברר שמאפייני הדיירים שונים: בקהילות התומכות יש פחות צעירים ופחות דיירים מהמגזר הערבי, ולעומת זאת יותר אנשים שאובחנו בגיל מבוגר יחסית ובעלי אחוזי נכות נמוכים יותר. החלק האיכותני של המחקר, שבו נאספו עדויות של אנשי מקצוע ובעלי עניין, חשף שהמעבר לקהילה תומכת מתקבל לרוב בצורה חיובית. הדיירים נהנים מגמישות גדולה יותר ומתחושה של החלמה בקהילה, אף כי התהליך מלווה גם בקשיים ובהתמודדות של הצוות עם שחיקה. החוקרים מציינים כי צריך להגדיר באופן ברור מהו מודל "קהילה תומכת", להעניק הכשרה וליווי לצוותים, ולבחון את השפעת השינוי לאורך זמן ובמזדים נוספים של שיקום והחלמה.

סקירת ספרות

שינויים ותמורות במערכת בריאות הנפש

בעשורים האחרונים התחוללו שינויים ניכרים במדיניות ובפרקטיקה בתחום בריאות הנפש, הן בעולם הן בישראל. שינויים אלה מבוססים על הבנות חדשות וידע שהתפתח, ומדגישים את פוטנציאל השיקום וההחלמה, את חשיבות ההכוונה העצמית ויכולת הבחירה של מתמודדי נפש, וכן את הצורך לקדם חיים מלאים ושילוב בקהילה (פלדמן, 2007; Anthony & Farkas, 2009; Corrigan et al., 2005). תפיסות חדשות אלו מניעות קובעי מדיניות, אנשי מקצוע וצרכנים פעילים לשנות את גישתם למתן שירותים, ולהוביל לשינויים באופן שבו שירותי בריאות הנפש ניתנים.

מאז שנות ה-80 של המאה ה-20 ישראל הושפעה מתהליכי אל-מיסוד במדינות מערביות, שינתה את מדיניות בריאות הנפש והעבירה שירותים מבתי החולים לקהילה במסגרת חוק ביטוח בריאות ממלכתי תשנ"ד-1994 (אבירם, 2007). ב-25 השנים האחרונות קודמו שלוש רפורמות עיקריות:

1. רפורמה מבנית: צמצום מחצית מסך מיטות האשפוז הפסיכיאטריות, קיצור משך האשפוז והקמת מרכזי בריאות נפש קהילתיים ברחבי המדינה (אבירם, 2001; משרד הבריאות, 2013; ניראל ואח', 2008; Lerner et al., 2012).
2. רפורמה ביטוחית: העברת האחריות לטיפול הפסיכיאטרי מהמדינה לקופות החולים, במטרה לשפר את נגישות הטיפול הנפשי לכלל האוכלוסייה (משרד הבריאות, 2015).
3. רפורמה שיקומית: מבוססת על חוק שיקום נכי נפש בקהילה (2000),⁴ ומתמקדת בפיתוח שירותי שיקום קהילתיים במגוון תחומים באמצעות ספקי שירות (עמותות וחברות) ותחת גולציה מקצועית של משרד הבריאות (אבירם, 2010; שרשבסקי, 2006).

⁴ ביולי 2024 שונה שם החוק ל"חוק שיקום מתמודדי נפש בקהילה (חוק שיקום נכי נפש בקהילה [תיקון מס' 2, 2024], 2000). מאחר שהמאמר נכתב טרם התיקון נעשה בו שימוש בשמו המקורי של החוק.

ניצניו של חוק השיקום הופיעו בשנת 1995, בניסיונות ראשונים לפיתוח מסגרות שיקום בתחום הדיור והחברה. בד בבד עם תהליך האל-מיסוד ועם שינוי הדגש מאשפוז לשילוב בקהילה גבר הצורך בהתאמת שירותי הקהילה לצרכים אישיים ובעידוד ההשתלבות בחברה. חוק שיקום נכי נפש בקהילה (2000) מקנה לכל אדם עם נכות נפשית של 40% ומעלה זכאות לשיקום ולקבלת שירותים בתחומי הדיור, התעסוקה, ההשכלה, הפנאי ומיצוי הזכויות (אבירם, 2010).

ההתרחבות המואצת של מערך השיקום דורשת התאמות ארגוניות ותקציביות. אלה נדרשו גם בשירותי הדיור הנתמך, שסיפקו מענה לאוכלוסייה הולכת וגדלה מקרב הפונים לוועדות סל שיקום (Aviram et al., 2012). מערך השיקום בקהילה התרחב בהדרגה, תוך יצירת רצף שירותים למגוון מצבים ומטרות. עם זאת, דוח מבקר המדינה (2016) חשף שיעור מיצוי נמוך של הזכות לסל שיקום בקרב הזכאים (17.5%–21%) לעומת המקובל בעולם (25%), וכן אי-ניצול של כמחצית האישורים שנתנו ועדות סל השיקום. לצידם נחשפו קשיים בפיתוח שירותים לאוכלוסיות ספציפיות, ליקויים בתהליכי ועדות, מחסור במתאמי טיפול והיעדר מדדי תוצאה לשיפור השירותים (ברוך ואח', 2015; Roe et al., 2010). זאת ועוד, תוכניות שיקום פרטניות נתקלות בקשיים בתיאום בין מערכות השירותים (שטרן ואח', 2009; Moran et al., 2017).

דיור שיקומי נתמך: מגמות ואתגרים בעולם

שירותי שיקום דיור למתמודדי נפש נועדו לתמוך בשיקום בקהילה ולהעדיפו על פני טיפול במוסד. מגמה זו הובילה לפיתוח דיור קבוצתי ודיור עצמאי בליווי תמיכה בקהילה, אך בחירת מקום המגורים נותרה נושא שנוי במחלוקת בטיפול הפסיכיאטרי.

בסקירה של 20 מחקרים שנערכו בקרב 3,134 משתתפים נמצא ש-84% מעדיפים דיור עצמאי על פני מגורים במוסד, אך קיימים פערים בין העדפות הצרכנים לבין המלצותיהם של אנשי המקצוע. מטופלים הביעו רצון לחיים עצמאיים גם במצב של שביעות רצון מהמגורים במוסד, והעדיפו מעבר למסגרות פתוחות יותר (Richter & Hoffman, 2017).

בחינה של מטרות הדיירים בדיור נתמך הראתה כי דיור הוא רכיב הכרחי לצמיחה אישית, אך הוא אינו מספיק (Wenzel et al., 2018). לדיירים בדיור נתמך חשובים פרטיות, תחושת שליטה וביטחון, ויש צורך בהתערבויות לקידום שאיפותיהם האישיות (Moran et al., 2017; Watson et al., 2018). זאת ועוד, תכנון מבנה מתאים למתן השירותים תומך ברווחה

נפשית ובהשתתפות חברתית (Huffman, 2018). תוכניות המבוססות על עקרון בחירת הלקוח, דוגמת "דיור תחילה", הובילו לתוצאות חיוביות בהיבטים של כלכלה ושיקום (Aubry et al., 2015; Parkinson & Parcell, 2018; Richter & Hoffman, 2017).

למרות המאמצים שהושקעו בפיתוח מודלים של דיור נתמך, תועדו קשיים ביצירת יציבות ארוכת-טווח ללא תמיכה ותקצוב ממשלתיים מתמשכים (Parkinson & Parcell, 2018). דיור עצמאי מאפשר מימוש של מטרות אישיות, ביטחון וסיוע בבנייה מחדש של זהות ומשמעות, אך מוביל לעיתים לבדידות ולחסך חברתי. מכאן שנדרש איזון עדין בין השמירה על פרטיות לבין אתגרי הבדידות המתעוררים במצבים אלה (Watson et al., 2018), וחשוב להתאים את הפתרונות להעדפות האישיות של הדיירים בנוגע להשתתפות חברתית ולמשמעויותיה.

דיור שיקומי בישראל

הדיור השיקומי בישראל הוא נדבך מרכזי בחוק השיקום, ויותר מ-60% מהמשתקמים מקבלים שירותי מגורים נתמכים. בשנת 2022 שיעור זה עמד על 66%, לעומת 60% בשנת 2015 ו-58% בשנת 2011. מערך הדיור השיקומי כולל שני סוגי דיור עיקריים: הוסטל, הכולל גם את מודל קהילה תומכת, ודיור מוגן בקהילה. מערך הדיור מספק מדרג של רמות תמיכה: מרמת תמיכה גבוהה בהוסטלים, שבהם נוכח צוות 24/7, ועד תמיכה מינימלית בדיור מוגן לווייני, שבו הצוות נוכח שעתיים בשבוע בלבד (משרד הבריאות, 2013, 2023).

אף שקיים מדרג בתמיכה במערכי הדיור השונים, מחקרים מצביעים על נייודות מוגבלת של צרכנים ברצף הדיור בישראל בהשוואה למחקרים שבוצעו במדינות אחרות (לרנר והורניק-לוריא, 2014; Killaspy & Zis, 2013). יתרה מכך, לצעירים גילאי 17–21 יש סיכוי נמוך יותר להשמה בדיור השיקומי, ושיעור הנשירה שלהם ממנו גבוה משיעור הנשירה בקבוצות גיל אחרות (Hornik-Lurie et al., 2012; Lerner et al., 2012). שיעורי עזיבה גבוהים נמצאו גם בקרב כלל המשתקמים: 32% עזבו לאחר שנתיים, ו-45% לאחר חמש שנים. רק שיעור נמוך מקרב העוזבים מתאשפז סמוך לעזיבה – מה שעשוי להעיד דווקא כי לעזיבה יש סיבות חיוביות, דוגמת מעבר למגורים אחרים או שילוב מוצלח בקהילה.

השמה בדיור שיקומי מפחיתה אשפוזים חוזרים ומקצרת את משך האשפוז, במקרה שהוא מתרחש (Hornik-Lurie et al., 2012). עם זאת, מעבר בין מסגרות דיור בשל שינוי ברמת התמיכה מציב אתגרים ניכרים בפני הדיירים, שכן הם מאבדים את הצוות המלווה ונדרשים

להסתגל לסביבה חדשה. לכן נדרש פיתוח של מודלים גמישים המאפשרים התאמה דינמית של רמת התמיכה, תוך שמירה על יציבות הסביבה (Leff et al., 2009). מודל "קהילה תומכת" מתיישב עם מגמות אלה, ומשקף מאמצים להתאים את מערך הדיוור השיקומי לצרכים המשתנים ולמציאות הישראלית.

מודל קהילה תומכת

קהילה תומכת היא שירות דיוור שיקומי ייחודי לצרכני בריאות הנפש בישראל, ומטרתו היא להבטיח רציפות שירותים ואינטגרציה מלאה, בדגש על חיים עצמאיים בקהילה. המודל מאפשר למתמודדי נפש לחיות בדירות עצמאיות בקהילה (עם שותפים או כיחידים), תוך ליווי אינטנסיבי וזמינות של צוות מקצועי 24/7, בדומה להוסטל. בקהילה יש כ-60 דיירים, והדירות ממוקמות ברדיוס של קילומטר ממבנה מרכזי, המשמש גם מקום מפגש חברתי (חיים, 2025).

מבנה הקהילה התומכת הינו ייחודי בשילוב בין הוסטל ודיוור מוגן במערך שיקום אחד. במרכז הקהילה נמצא בית המשמש "לב הקהילה", ובו מתגוררים כ-10 דיירים עם צוות מקצועי זמין 24/7. מסביבו, ברדיוס של כקילומטר, פזורות דירות לווין המאכלסות כ-4 דיירים כל אחת. בקהילה שני מדרגים של תמיכה: (1) בהוסטל – מעטפת אינטנסיבית הכוללת צוות מקצועי ופרא-מקצועי, לצד שירותים כמו ניקיון ובישול; (2) בדירות הלווין יש ליווי יומי להדרכה בניהול הבית, מתן תרופות פעמיים ביום, ומענה טלפוני. מודל הקהילה התומכת מוביל גישה גמישה המאפשרת התאמה של רמת הליווי והתמיכה לצרכים המשתנים של הדיירים. כך ניתן לשנות את רמת התמיכה בלי שהדייר יצטרך לעבור דירה, בין שמדובר בשיפור בתפקוד המאפשר מעבר מההוסטל לדירת לווין, בין שמדובר בצורך מוגבר בתמיכה המצדיק מעבר בחזרה להוסטל.

מודל קהילה תומכת, שיושם לראשונה בישראל ב-2006, הפך הוסטלים לקהילות תומכות, והביא לשינויים ניכרים בחיי הדיירים ובעבודת הצוות (ד' לוינסון, תקשורת אישית, 22 בפברואר 2016).⁵ לצד הזדמנויות לחיים עצמאיים יותר, המודל מציב אתגרי ניהול עצמי דוגמת ניהול תקציב, קניות ואחזקת הבית. שינויים אלו מחייבים התאמות הן מצד הדיירים הן מצד הצוות, המלווה את התהליך ותומך בהתמודדות היום-יומית.

⁵ ד"ר דפנה לוינסון היתה ממונה מחקר ותכנון, האגף לבריאות הנפש, משרד הבריאות.

מעטפת התמיכה בקהילה תומכת מצומצמת בהשוואה להוסטל, הן בגודל הצוות הן בשעות הנוכחות שלו בדירות. לדוגמה, מנהל קהילה תומכת עשוי לפגוש דייר אחת לשבועיים, ואילו בניהול הוסטל מתקיים קשר יום-יומי. נוסף על כך, בקהילה תומכת האחראיות של אנשי הצוות מתרכזות בידי מדריך אחד, והוא הממלא את כל התפקידים בדירה שבאחריותו. בהוסטל, לעומת זאת, חלקו את התפקידים חמישה מדריכים. בדומה לכך, עובד סוציאלי או מתאם טיפול בקהילה תומכת נושא באחריות מלאה לכל ההיבטים בדירה ובקרוב דיירה, כולל לתחומים שבהוסטל טיפלו בהם אב/אם הבית.

ההבדלים הניכרים בין הוסטל לבין קהילה תומכת מדגישים אפוא את המורכבות שבמעבר למודל זה. ההשפעות המרכזיות של המודל באות לביטוי בהרחבת האחריות האישית של הדיירים לחיהם, בהתאמות הנדרשות מהצוות לשינויים בתפקידים ובפעילות המקצועית, וכן בהשפעה על מערכות היחסים בין הצוות לבין דיירים. גרינשטיין (2009) השוותה בין דיירי הוסטל לבין דיירי קהילה תומכת, ומצאה כי דיירי הקהילה התומכת נהנים מרמת בחירה גבוהה יותר בהיבטי חיים שונים, אך במפתיע, במחקר דווח כי השילוב בקהילה מצומצם מזה של דיירי הוסטלים. ממצאים אלו מצביעים על מורכבות המודל ועל הצורך בחקירה מעמיקה נוספת.

היבט נוסף הראוי לציון הוא ההקשר המבני-כלכלי של קהילה תומכת, אשר מציב בפני המשתקמים הן אתגרים הן הזדמנויות. מגורים בדיר מוגן מחייבים את הדייר לשכור או להחזיק בבעלות דירה, אך בשל מחירי הדיר הגבוהים וסיוע ממשלתי שאינו מכסה את מלוא עלויות השכירות רבים מתקשים לשאתן ומעדיפים מסגרות הוסטל, אף שלא תמיד הן מתאימות לצורכיהם. מודל קהילה תומכת, הכולל דירות מוגנות סביב בית מרכזי, מתקצב כהוסטל לכל דייריו, ללא קשר לרמת התמיכה הדרושה להם. תקצוב זה מקל על המשתקמים את העול הכלכלי, ומאפשר לרבים יותר לגור במסגרת עצמאית תוך שמירה על תמיכה זמינה ומותאמת. המעבר לקהילה תומכת משקף את גישת ההחלמה בבריאות הנפש, השמה דגש על צמצום המוסדות בהוסטלים לטובת שילוב מוגבר בקהילה הנורמטיבית, פיתוח מיומנויות עצמאיות, והעצמת הבחירה והאוטונומיה של הדיירים.

מטרות המחקר

מטרת המחקר הנוכחי היתה לחקור את השנים הראשונות של הטמעת מודל הקהילה התומכת בשירותי בריאות הנפש באופן שיטתי ובראייה מערכתית, תוך השוואה למסגרות הדיור מסוג הוסטל, והיא התבצעה בשתי זרועות: (א) בחינת היבטים בתהליכי השיקום והבריאות של הדיירים המתמודדים עם מגבלה פסיכיאטרית, קרי הצרכנים, באמצעות ניתוח מאפייני הדיירים ובחינת מדדי האשפוז והשיקום של דיירי קהילה תומכת בהשוואה לדיירי הוסטלים; (ב) בחינת נקודת המבט של אנשי צוות בנוגע למעבר מהוסטל לקהילה תומכת, באמצעות מתודה איכותנית (ראיונות) שתאפשר העמקה בקשיים וביתרונות שחוו הצוותים, מנהלי המסגרות והספקים אשר עברו את תהליך השינוי – משירות של הוסטל לשירות שיקומי של קהילה תומכת.

בסך הכל, המחקר הציב שלוש מטרות:

1. השוואה בין מאפייניהם של הדיירים בקהילה התומכת לאלה של דיירי הוסטל (מאפיינים דמוגרפיים, אבחנות, שיעורי אשפוז).
 2. בחינת ההבדל – אם קיים – בין צרכני הוסטל לבין צרכני קהילה התומכת בהיבטים הקשורים למדדי תוצאה של תהליכי שיקום של הדיירים (לדוגמה: במדדי תעסוקה, באשפוזים ובמשך השהות במסגרת השיקום).
 3. הבנה מעמיקה של הקשיים והרווחים הקשורים בשינוי זה מנקודת המבט של הצוות, המנהלים והספקים של המסגרות.
- המחקר בוצע במסגרת פרדיגמה של מחקר משלב שיטות (mixed-methods) עם מערך עיצוב מקביל (Convergent design/Concurrent design); כלומר, שני סוגי הנתונים שנאספו נותחו בנפרד, ולאחר מכן מוזגו יחד (Creswell & Clark, 2017; Fetters et al., 2013). מטרות 1, 2 לעיל נחקרו באמצעות מתודה כמותית, ומטרה 3 לעיל נבחנה באמצעות מתודה איכותנית.

אפיוני הדיירים בקהילה תומכת לעומת הוסטל – זרוע כמותית

שיטת המחקר

מערך המחקר כלל מחקר אורך רטרוספקטיבי מסוג מקרה ביקורת (case-control study). הוא התבסס על מאגר נתונים משולבים מהמוסד לביטוח לאומי וממשרד הבריאות, וכלל קובצי אשפוזים פסיכיאטריים וקובצי סל שיקום.

אוכלוסיית המחקר כללה אנשים עם נכות נפשית של 40% ומעלה, גילאי 18–65 בשנת 2015 (ילידי 1940–1995), שהיו בחיים ב-1 בינואר 2005.

הנתונים שנשלפו מהמאגר המאוחד היו מכמה סוגים: נתונים דמוגרפיים – מין, מגזר, עלייה, גיל, גיל האבחון הראשון של המחלה, מצב משפחתי, מחוז, מעמד חברתי-כלכלי, אחוז הנכות ושנת הכניסה למסגרת הדיור; מידע רפואי – אחוזי נכות נפשיים ואשפוזים פסיכיאטריים (משך האשפוז [במים] במהלך השנה במסגרת הדיור הקובעת); תעסוקה ומסגרות שיקום – סוגי המסגרות, משך השנה במסגרות השיקום ומיקומן.

קבוצת המחקר: קהילה תומכת. כל מי ששהה לראשונה, בשנים 2006–2014, במסגרת דיור של קהילה תומכת לתקופה של שלושה חודשים לפחות ($N=975$).

קבוצת הביקורת: הוסטל. מי ששהה לראשונה, בשנים 2006–2014, במסגרת של הוסטל לתקופה של שלושה חודשים לפחות, ולא שהה במסגרת של קהילה תומכת עד תום תקופת המעקב. מתוך קבוצת הביקורת הפוטנציאלית נבחרו באופן רנדומלי 975 אנשים, שכל אחד מהם תאם משתתף אחד בקבוצת המחקר מבחינת שנת הכניסה למסגרת הדיור הקובעת (בקבוצת המחקר – כניסה לקהילה תומכת; בקבוצת הביקורת – כניסה להוסטל).

משך המעקב. מעקב אינדיווידואלי של שנה לפחות, מהכניסה למסגרת הדיור ועד סוף 2015. ככל שחלפו השנים שיעור המתמודדים שהצטרפו לראשונה למסגרות של קהילה תומכת הלך ועלה: בשנים הראשונות (2006–2007) 4% בלבד מכל קבוצת המחקר נכנסו למסגרת

קהילה תומכת, ואילו בשנה האחרונה של המחקר (2014) 21% הצטרפו למסגרת קהילה תומכת (ראו נספח 1, המציג את התפלגות המשתתפים בקהילה תומכת בתקופת המעקב, על פי שנת הכניסה הראשונה למסגרת הדיור הקובעת).

שאלות המחקר

להלן שאלות המחקר שלאורן נבחנו והושאו דיירי הקהילה התומכת לדיירי הוסטל (זרוע כמותית):

1. האם המאפיינים הדמוגרפיים של הדיירים בקהילה התומכת מגוונים יותר מאלה של דיירי הוסטל?
2. האם משך השהות בימים במסגרת הדיור הקובעת תלוי בסוג של מסגרת הדיור?
3. האם מספר אפיזודות האשפוז ומספר ימי האשפוז במהלך השהות במסגרת הדיור הקובעת תלוי בסוג מסגרת הדיור?
4. האם בין שני סוגי מסגרות הדיור יש הבדלים במספר המשתלבים במערך התעסוקה והשיקום ובשוק החופשי?

עיבוד הנתונים הכמותיים

בוצעו מבחני חי בריבוע לצורך בדיקת הקשר בין סוג מסגרת הדיור (קהילה תומכת והוסטל) לבין משתני המחקר (דמוגרפיים), משך השהות במסגרת הדיור הקובעת, מספר אפיזודות האשפוז הפסיכיאטרי, השתלבות בעבודה בשוק החופשי, והשתתפות בתוכניות שיקום תעסוקתי. כן בוצעו ניתוחי שונות חד-כיוונים במטרה להשוות בין מתמודדים השוהים בקהילה תומכת לבין השוהים בהוסטל ביחס לגיל הכניסה למסגרת הדיור הקובעת; למשך השהות בימים במסגרת הדיור הקובעת; ולסך ימי האשפוז במהלך השהות במסגרת הדיור הקובעת.

נוסף על כך בוצעו רגרסיות ליניאריות לבחינת משך השהות במסגרת הדיור ומשך האשפוז (מספר ימי האשפוז) במהלך השהות במסגרת הדיור הקובעת, כתלות בסוג מסגרת הדיור (קהילה תומכת לעומת הוסטל), תוך בקרה על המשתנים הדמוגרפיים. לבסוף בוצעו רגרסיות לוגיסטיות לבחינת הסיכוי לאשפוז במהלך השהות במסגרת הדיור הקובעת, והסיכוי להשתתפות במערך התעסוקה (בשוק החופשי ו/או במערך השיקום) כתלות בסוג מסגרת הדיור (קהילה תומכת לעומת הוסטל), תוך בקרה על המשתנים הדמוגרפיים.

ממצאים כמותיים

שאלת מחקר 1. האם המאפיינים הדמוגרפיים והקליניים של הדיירים בקהילה התומכת מגוונים יותר מאלה של דיירי ההוסטל?

במרבית המשתנים הדמוגרפיים והקליניים שנבדקו בנוגע לדיירים, למעט מין, נמצאו הבדלים מובהקים סטטיסטית בין השוהים בקהילה תומכת לבין השוהים בהוסטל (לוח 1). בניגוד להשערת המחקר, המאפיינים הדמוגרפיים והקליניים של הדיירים בקהילה תומכת הם מגוונים פחות מאלה של דיירי ההוסטל. בדומה לדיירי ההוסטל, גם בקרב דיירי הקהילה התומכת הרוב הם גברים. בקרב השוהים בקהילה תומכת יש חוסר ייצוג של ערבים; צעירים (במיוחד בני 18–21); מתמודדים ממעמד חברתי-כלכלי גבוה; מתמודדים עם אחוזי נכות נפשית גבוהים (80%–100%); מתמודדים הגרים במחוז המרכז ובתל-אביב (יש ייצוג יתר של מתמודדים ממחוז חיפה והדרום).

לוח 1: מאפיינים דמוגרפיים וקליניים של קבוצת השוהים בקהילה תומכת לעומת השוהים בהוסטל

		קהילה תומכת		הוסטל			
		מספר משתתפים		מספר משתתפים		התפלגות	χ^2 df
סה"כ		975		975			
מין	גברים	625		64%		62%	1.265ns
	נשים	350		36%		38%	
מגזר	ערבי	25		3%		6%	***15.765
	יהודי ואחר	950		97%		94%	
ארץ לידה	ישראל	711		73%		82%	***23.850
	אחר	264		27%		18%	
גיל שבו נקבע אחוז נכות נפשית לראשונה	עד 20	298		31%		40%	***30.258
	21–25	210		22%		24%	
	26–30	160		16%		13%	
	31–40	183		19%		14%	
	41–50	88		9%		6%	
	51+	36		4%		3%	

לוח 1: מאפיינים דמוגרפים וקליניים - המשך

		הוסטל		קהילה תומכת			
	χ^2	df	התפלגות	מספר משתתפים	התפלגות	מספר משתתפים	
גיל בשנת הכניסה למסגרת הדיור הקובעת	***92.173	4	12%	115	3%	33	21-18
			34%	333	24%	232	30-22
			20%	191	27%	261	40-31
			17%	162	20%	196	50-41
			18%	174	26%	253	51+
סטטוס משפחתי בשנת הכניסה למסגרת הדיור הקובעת	*4.707	1	95%	921	92%	896	נשוי
			6%	54	8%	78	לא נשוי
מספר ילדים מתחת לגיל 18 בשנת הכניסה למסגרת הדיור הקובעת	**14.789	3	92%	894	87%	843	ללא ילדים
			4%	40	8%	75	1
			2%	23	3%	31	2
			2%	18	3%	26	7-3
מעמד חברת-כלכלי של יישוב המגורים	***68.929	2	8%	73	5%	44	3-1
			73%	708	87%	850	7-4
			20%	193	8%	78	10-8
אחוז נכות נפשית בשנת הכניסה למסגרת הדיור הקובעת	***20.239	2	71%	696	80%	775	59-40
			9%	90	8%	80	79-60
			19%	189	12%	120	100-80
מחוז מגורים	***239.776	6	15%	144	16%	153	הצפון
			15%	149	27%	259	חיפה
			27%	259	8%	76	המרכז
			20%	191	9%	92	תל-אביב
			11%	104	11%	106	ירושלים
			2%	24	2%	18	יהודה ושומרון
			11%	104	28%	271	הדרום

לא מובהק סטטיסטית; ns; *** $p \leq 0.001$; ** $p \leq 0.01$; * $p \leq 0.05$

השנים הראשונות של הטמעת קהילה תומכת בשירותי בריאות הנפש: מה בין הוסטל לבין קהילה תומכת? ■

שאלת מחקר 2. האם משך השהות (בימים) במסגרת הדיור הקובעת תלוי בסוג מסגרת הדיור?

כמחצית מהמתמודדים ששהו בקהילה התומכת ובהוסטל שהו בהן למעלה משנתיים (49% לעומת 48%, בהתאמה), ללא הבדל מובהק (ראו לוח 2).

לוח 2: משך השהות בימים במסגרת הדיור הקובעת: קהילה תומכת לעומת הוסטל

		קהילה תומכת		הוסטל			
		מספר משתתפים	התפלגות	מספר משתתפים	התפלגות	df	χ^2
		975		975			
משך השהות בימים במסגרת הדיור הקובעת	180-91	91	9%	82	8%	4	2.845ns
	270-181	94	10%	115	12%		
	365-271	109	11%	105	11%		
	730-366	204	21%	208	21%		
	731+	477	49%	465	48%		

לא מובהק סטטיסטית=ns

במודל רגרסיה ליניארית (ראו נספח 2), לא נמצא שמשך השהות במסגרת הדיור תלוי בסוג הדיור (קהילה תומכת לעומת הוסטל), זאת תוך כדי בקרה על המשתנים המתערבים (דמוגרפיים וקליניים): מין, מגזר, עלייה, גיל, גיל האבחון הראשון של המחלה, מצב משפחתי, מחוז, מעמד חברתי-כלכלי, אחוז הנכות, ושנת הכניסה למסגרת הדיור.

שאלת מחקר 3. האם מספר אפיזודות האשפוז ומספר ימי האשפוז במהלך השהות במסגרת הדיור הקובעת תלויים בסוג המסגרת הדיור?

בין שתי קבוצות המחקר לא נמצא הבדל מובהק סטטיסטית במספר אפיזודות האשפוז במהלך השהות במסגרת הדיור הקובעת. פחות ממחצית מהשהים בקהילה תומכת ובהוסטל אושפזו במהלך השהות במסגרת הדיור הקובעת (42% ו-46%, בהתאמה), רובם אושפזו פעם אחת בלבד, ומיעוטם אושפזו שלוש פעמים ויותר (ראו לוח 3). כמו כן, בבדיקה שנעשתה בעזרת רגרסיה לוגיסטית (ראו נספח 3) תוך כדי בקרה על המשתנים המתערבים לא נמצא שהסיכוי לאשפוז במהלך השהות במסגרת הדיור הקובעת תלוי בסוג מסגרת הדיור.

לעומת זאת, במהלך השהות במסגרת הדיור, סך ימי האשפוז הממוצע של השהים בקהילה תומכת היה נמוך במובהק מסך ימי האשפוז של השהים בהוסטל: 81.94 ± 63.47 לעומת 87.60 ± 80.34 , בהתאמה ($F(1,1689)=16.72, p<0.001$). אף על פי כן, בבדיקה שנעשתה בעזרת רגרסיה ליניארית (נספח 4) תוך בקרה על המשתנים המתערבים לא נמצא שמשך האשפוז (סך ימי אשפוז) במהלך השהות במסגרת הדיור הקובעת תלוי בסוג מסגרת הדיור.

לוח 3: מספר אפיזודות האשפוז במהלך השהות במסגרת הדיור הקובעת: קהילה תומכת לעומת הוסטל

		קהילה תומכת		הוסטל			
		מספר משתתפים		התפלגות מספר משתתפים		התפלגות מספר משתתפים	
		975		975		df	
		סה"כ		סה"כ		ns	
מספר אפיזודות אשפוז במהלך השהות במסגרת הדיור	לא אושפז	563	58%	530	54%	3	3.875ns
	1	249	25%	286	29%		
	2	103	11%	96	10%		
	3 ויותר	60	6%	63	7%		

לא מובהק סטטיסטית ns=

שאלת מחקר 4. האם בין שני סוגי מסגרות הדיור יש הבדלים במספר המשתלבים במערך התעסוקה והשיקום ובשוק החופשי?

מרבית השהים במסגרות הדיור, קהילה תומכת והוסטל, משתלבים במערך התעסוקה השיקומי (75% ו-74%, בהתאמה), ללא הבדל מובהק בין הקבוצות (לוח 4). עם זאת, בקרב השהים בקהילה תומכת יש שיעור גבוה יותר של משתתפים המשולבים בשוק החופשי מאשר בקרב השהים בהוסטל (56% ו-51%, בהתאמה). הבדל זה מובהק סטטיסטית.

ואולם בבדיקה שנעשתה באמצעות רגרסיה לוגיסטית תוך בקרה על המשתנים המתערבים (ראו נספח 5) לא נמצא שהשיקום להשתתפות בתעסוקה (בשוק החופשי ו/או במערך השיקום) במהלך השהות במסגרת הדיור הקובעת תלוי בסוג מסגרת הדיור.

השנים הראשונות של הטמעת קהילה תומכת בשירותי בריאות הנפש: מה בין הוסטל לבין קהילה תומכת? ■

לוח 4: התפלגות העבודה בשוק החופשי והשתתפות בתוכניות שיקום תעסוקתי במהלך
השהות במסגרת הדיור: קהילה תומכת לעומת הוסטל

קהילה תומכת		הוסטל					
מספר משתתפים		התפלגות		מספר משתתפים		התפלגות	
df		χ2					
סה"כ		975		975			
השתתפות בתוכנית שיקום תעסוקתית של בטל"א ו/או מב"ר במהלך השהות במסגרת הדיור	לא השתתף	239		25%		232	
	השתתף	736		75%		743	
		24%		1		ns 0.137	
עבודה בשוק החופשי במהלך השהות במסגרת הדיור	לא עבד	430		44%		478	
	עבד	545		56%		497	
		51%		1		*4.749	

לא מובהק סטטיסטית=0.05≤p; ns;
בטל"א=המוסד לביטוח לאומי; מב"ר=משרד הבריאות

נקודת מבטם של היזמים, המנהלים והצוותים לגבי המעבר מהוסטל לקהילה תומכת – זרוע איכותנית

בחלק זה תתואר זרוע המחקר האיכותנית, כולל המתודולוגיה ותיאור המדגם, ותוצג תמצית של הממצאים. המבנה התמתי יוצג במבט-על בלוח 5 להלן, והממצאים העיקריים יוצגו בפרק הדיון. ממצאי המחקר המפורטים, כולל ציטוטי המרואיינים, מופיעים בנספח 8.

שיטת המחקר

בחלק זה של המחקר ביקשנו לבחון את נקודות מבטם של עובדים במסגרות שיקום בקהילה אשר השתתפו בשנים האחרונות במעבר מהוסטל לקהילה תומכת. בהתאם לכך אומצה גישה של תאוריה מעוגנת בשדה (Grounded theory. Charmaz, 1995; Strauss & Corbin, 1998), והמחקר התמקד בהעמקת ההבנה של ההתנסות בפועל של אנשי הצוות המעורבים במישרין במעבר משירות דיור של הוסטל לקהילה התומכת, על חוויותיהם ותפיסותיהם את תהליך המעבר ואת סוגי הדיור השונים.

גיוס המדגם

במחקר נכללו 4 מסגרות שעברו מהוסטל לקהילה תומכת בשנים 2014–2017. המסגרות נבחרו מתוך רשימה שנמסרה על ידי האחראית לתחום הדיור במשרד הבריאות. לכל המסגרות היה ותק של חצי שנה לפחות בקהילה תומכת. צוות המחקר יצר קשר בטלפון עם מנהלי הארגונים, והעביר מידע על אודות המחקר וטופסי הסכמה להשתתפות (נספח 9). לאחר אישורם תואמו מועדים לראיונות, והם בוצעו על ידי צוות של שלושה חוקרים. כדי לספק תמונת מצב מגוונת, המסגרות שנכללו במחקר היו ממוקמות באזורים גיאוגרפיים שונים בארץ – צפון, מרכז ודרום – ולקחו בו חלק רק אנשי צוות שהיו מעורבים במעבר מהוסטל לקהילה תומכת.

לוח 5 מציג את פירוט המסגרות ומאפייניהן, אנשי הצוות המשתתפים, ומתודות המחקר (ריאיון, קבוצת מיקוד).

השנים הראשונות של הטמעת קהילה תומכת בשירותי בריאות הנפש: מה בין הוסטל לבין קהילה תומכת? ■

לוח 5: תיאור המסגרות ואנשי הצוות המשתתפים במחקר, ומתודות המחקר

מסגרת	מועד המעבר לקהילה תומכת	מס' דיירים	מבנה הקהילה	מרואיינים	צוות מקצועי	צוות פרא-מקצועי	סה"כ
1	ספטמבר 2016	35	מבנה מרכזי + 3 דירות בקהילה, ובהן דירת מעבר אחת*	ראיונות פרטניים: יום, מנהל מקצועי, עו"ס קבוצת מיקוד: 4 עו"ס 5-ו מדריכים	4	5	9
2	יוני 2014	46	מבנה מרכזי + 12 דירות בקהילה	ראיונות פרטניים: יום, מנהלת, מנהל מקצועי קבוצת מיקוד: 2 עו"ס	5	0	5
3	ספטמבר 2016	28	מבנה מרכזי + 3 דירות בקהילה	קבוצת מיקוד כהשלמה למסגרת באזור המרכז: מנהלת, עו"ס 2-ו מדריכות	1 מנהלת 1-ו עו"ס	2 מדריכות	4
4	אוגוסט 2017	29	מבנה מרכזי + 3 דירות בקהילה	ראיונות פרטניים: יום, מנהלת מקצועית, מנהל קבוצת מיקוד: 2 עו"ס 5-ו מדריכים	5	5 מדריכים	10
סה"כ					16	12	28 מרואיינים

*דירת מעבר: דירה שבין המרכזי לבין דירת הלוויין

מהלך המחקר

כלי המחקר כללו ראיונות עומק פרטניים וקבוצות מיקוד, על פי מדריכי ריאיון מותאמים (נספחים 6 ו-7). החוקרת תיאמה את הראיונות עם המרואיינים באופן אישי, והם התקיימו לרוב במקום עבודתם.

ראיונות פרטניים. ראיונות אלו התקיימו במתכונת מובנית למחצה, והתמקדו ברקע של המרואיין, בתפקידו, בתחושותיו ובחוויותיו בתהליך המעבר מהוסטל לקהילה תומכת; יתרונותיו, האתגרים שהציב והשלכותיו. מדריך הריאיון הותאם לתפקיד המשתתף – מדריך, עובד מקצועי, מנהל או יזם – כדי להבטיח מענה לנקודות מבט מגוונות (ראו נספח 6). הראיונות נפתחו בשאלות כלליות ופתוחות על חוויית המעבר ומשמעותה עבור המשתתפים. לאחר מכן נשאלו שאלות שהותאמו לבעלי העניין השונים: אנשי צוות מקצועיים, פרא-מקצועיים, מנהלים ויזמים. צוותי הקהילה התומכת נשאלו על עבודתם היום-יומית, הקשר עם הדיירים ועם עמיתיהם לצוות. ליוזמים ולמנהלים בכירים הופנו שאלות בנוגע למבנה הארגוני, לממשקים בין-ארגוניים ולהיבטים כלכליים וניהוליים. השאלות נוסחו בצורה פתוחה, שהזמינה את המשתתפים לשתף באופן חופשי ואף להרחיב בנושאים שחשובים להם.

קבוצות מיקוד. מדריך הריאיון לקבוצות המיקוד כלל שאלות רחבות, שנועדו לעורר דיון על מאפיינים, דילמות, יתרונות ואתגרים בתהליך המעבר, כפי שחוו אותם המשתתפים (ראו נספח 7). נערכו 4 קבוצות מיקוד, ולאחר כל אחת מהן קיים צוות המחקר דיון כדי לנתח את הדינמיקה, התכנים שהועלו או לא הועלו, ולהציע התרשמויות נוספות (Kidd & Marshall, 2000; Krueger & Casey, 2000). בעקבות זאת חלק מהשאלות שונו, והתמקדו בסוגיות ספציפיות. ביצוע חלק זה של המחקר היה מאתגר בשל תחלופת אנשי צוות וקושי שלהם להתפנות בשעות העבודה.

סוגיות אתיות

כל המשתתפים קיבלו הסבר על מסגרת המחקר ומטרתו. האנונימיות נשמרה, ופרטים מזהים טושטשו. המשתתפים חתמו על טופס הסכמה מדעת להשתתפות במחקר (נספח 9). הראיונות הפרטניים נמשכו בין שעה לבין שעה וחצי, הוקלטו ותומללו בידיעת המשתתפים ובהסכמתם. בכתיבת המאמר הוקפד על שימוש בשמות בדויים ומחיקת פרטים מזהים.

ניתוח הנתונים

הידע שנאסף מהראיונות ומקבוצות המיקוד נותח לפי יחידות משמעות; תמות וקטגוריות זוהו בהדרגה, וקובצו סביב משמעויות ויחסים משותפים. הניתוח התבצע בארבעה שלבים חזרתיים ודיאלוגיים (iterative) שבהם צוות המחקר עסק במיון תכנים ובשינויים לקטגוריות ולתמות.

בתחילה נעשה קידוד ראשוני של התמלילים והוכנה רשימה מפורטת של התמות. בהמשך כלל התמות אורגנו תחת שלוש קטגוריות תוכן מרכזיות. קטגוריות אלו שיקפו הקשרים שבהם התייחסו המרואיינים למעבר מהוסטל לקהילה תומכת.

המודל שהתגבש כלל קטגוריות, תמות ותת-תמות שנוצרו מתוך הנתונים שנאספו (שקדי, 2007; Charmaz, 1995; Patton, 1999). לפירוט מלא של שלבי הניתוח ומהימנות הנתונים ראו בסיס בר-ניר (2018).

ממצאים איכותניים

בניתוח הנתונים האיכותניים זוהו שלוש קטגוריות תוכן מרכזיות, שלכל אחת מהן תמות ותת-תמות, והן מתייחסות להיבטים חיוביים ולהיבטים מאתגרים במעבר לקהילה תומכת. אלו כלולות תחת הכותרות הבאות: (1) לקראת מעבר: התמודדות עם המשמעות הרגשיות והמעשיות של המעבר עבור דיירים וצוות; (2) שינויים במבנה הארגוני ובמאפייני עבודת הצוות; (3) קידום תהליכי שיקום של דיירים ועבודה מכוונת החלמה של הצוות (ראו לוח 6).

לוח 6: רשימת הקטגוריות, התמות ותת-התמות הנרטיביות

קטגוריה	תמות	תת-תמות
1. לקראת מעבר: התמודדות עם המשמעות הרגשיות והמעשיות של המעבר עבור הדיירים וצוות	חששות וקשיים לקראת המעבר, ודרכי ההתמודדות איתם	תחושות של אילוץ, אי-ודאות וחרדה לקראת המעבר
		למידה מאחרים, דיונים ומעבר מדורג של דיירים
ההיערכות למעבר כוללת אתגרים לוגיסטיים והכנה של הדיירים	אתגרים לוגיסטיים	הכנה אינדיבידואלית של הדיירים; הכנה קבוצתית של הדיירים

לוח 6: רשימת הקטגוריות, התמות ותת-התמות הנרטיביות - המשך

קטגוריה	תמות	תת-תמות
2. שינויים במבנה הארגוני ובמאפייני עבודת הצוות	ההיבטים המשותפים לקהילה תומכת ולמודלים אחרים של דיור	
	השלכות המבנה החדש על סוגיות ניהוליות ופיננסיות	
	המעבר לקהילת תומכת מוביל למפגש עם אוכלוסיות מתמודדים חדשות	
	שינוי מבני מוביל לשינויים ארגוניים: דרכי העבודה משתנות	התארגנות צוותית רב-מקצועית; דגש על חשיבות השיתוף במידע
		תחזוקה של מערך דירות, וריבוי אינטראקציות עם גורמים חיצוניים
3. קידום תהליכי שיקום של דיירים ועבודה מכוונת-החלמה של הצוות	המעבר לקהילה תומכת יוצר עומס ומוביל לשחיקה ולתחלופת עובדים	פער בין צורכי תפקידים לתקינה
	שינויים בתהליכי ההחלמה של הדיירים ובתפיסות המקצועיות של הצוות	מעבודה בצוות לעבודה לבד
	השינויים בתהליכי השיקום מייצרים פתרונות מותאמים ומובילים להצלחות	העבודה יותר דינמית וקשה
	השפעת המעבר על מערכות היחסים בין הדיירים, ובין הצוות לבין הדיירים	עלייה בתחלופת העובדים
	חיבורים לקהילה: עידוד ההשתלבות בקהילה והחלשת סטיגמה	חוויות נורמליזציה והומניזציה בעקבות המעבר
	איתגרים וקשיים במערך הקהילה התומכת	שינויים בתפיסת השיקום וקידום תפיסות עבודה מכוונת-החלמה: צמצום הפיקוח על הדיירים מוביל לתפיסות שיקום חדשות; השבת האחריות אל הדיירים יוצרת שיח חדש, מבוסס החלמה
		המעבר מייצר מדרגות נוספות בתהליכי השיקום, ואלה מאפשרות גמישות ומתן מענים
		האצת תהליכי שיקום בעקבות המעבר
		השפעה חיובית על מערכות היחסים בין הדיירים לבין עצמם
		התחזקות הקשרים בין הצוות לדיירים: שיח שוויוני ואינטימי יותר, הכולל אפשרויות בחירה; הדיירים הם "בעלי הבית":
		הננישות של הקהילה מייצרת הזדמנויות חדשות; לא כל הדיירים בוחרים לנצל אותן
		שינויים חיוביים בהיבטי הסטיגמה העצמית והציבורית בעקבות המעבר
		התנועה בין הדירות ותפוסת הבית המרכזי מאתגרות את מדיניות הקליטה של דיירים חדשים
		פגיעה בפרטיות של דיירי הבית המרכזי

לניתוח מפורט המלווה בציטוטים המדגימים כל אחת מהתמות ותת-התמות ראו נספח 8.

יתרונות ורווחים במעבר לקהילה תומכת

מן הממצאים עולים היתרונות והרווחים במעבר לקהילה תומכת, בהתייחסות לארבע סוגיות עיקריות, ואלה יפורטו להלן:

המעבר למגורים עצמאיים מקדם החלמה

מהראיונות השונים עם אנשי הצוות מתקבל הרושם שהדיירים תופסים את המעבר לקהילה תומכת כצעד חיובי ונכון, ושבעי רצון מהשינוי שהוא מקדם. הצוות מזהה שינוי בהיבטי החוויה והתפיסה של האוטונומיה בחיי הדיירים בשני מישורים עיקריים: (1) תפיסת נורמליזציה סביבתית והכרה של הדיירים שהם גרים כעת בביתם שלהם שינתה דפוסי התנהלות ועוררה עצמאות ושליטה של הדיירים במרחב האישי ובגבולותיו; (2) הנוכחות הדלילה יותר של הצוות בבתי הגבירה את תחושת העצמאות במרחב, והביאה לכך שהיבטים של בחירה ואחריות לתחומי חיים רבים עברו או הושבו אל הדיירים.

תהליך השיקום מתאפשר באמצעות רצף זמין של פתרונות דיור

האפשרות לנוע בין השלבים השונים של הדיור השיקומי והסיוע המותאם מהצוות הם מקור למוטיבציה ולתקווה בקרב הדיירים, ומצמצמים מענים אחרים שניתנו קודם לכן, ובהם אשפוז. ניכר כי האפשרות לעבור בין הדירות לבין המבנה המרכזי ובחזרה מייצרת עבור אנשי הצוות ועבור הדיירים מרחב בחירה גמיש להתאמת דיור בעיתו לצורך נתון – התאמה שלא התאפשרה במסגרת מגורים בהוסטל.

מערכות היחסים בין הדיירים מעמיקות, נוצרת סולידריות

אנשי הצוות התייחסו לשינוי לטובה שחל ביחסים החברתיים בין הדיירים בעקבות המעבר ממגורים קולקטיביים ושייכות לקבוצה גדולה למגורים בבית עם שותפים מעטים. תוארו יחסים שאיכותם טובה יותר, ויש בהם התחשבות הדדית, אכפתיות וסולידריות רבות יותר. לדבריהם, כשניתנות לדיירים פרטיות ואינטימיות נוצרות הזדמנויות להעמקת הקשרים ביניהם וליצירת יחסי גומלין של אהדה, חברות ועזרה הדדית.

שילוב בקהילה

אנשי הצוות תיארו שגרות חדשות של הדיירים, הכוללות שימוש בשירותי רווחה, בריאות ופנאי בקהילה, וצינו גם את התהדקות הקשרים החברתיים עם השכנים במסגרת הקהילה התומכת. על פי רוב, בשלבים הראשונים תוארו חששות של תושבי השכונה מפני כניסת דיירי הקהילה התומכת, אך אלה שכנו עם הזמן, ולעיתים אף נוצרים יחסי שכנות טובים. לצד השינויים החיוביים, מהממצאים עולה גם כי יש דיירים המגלים חשש וזהירות במעבר לקהילה התומכת, ואינם יוצרים קשרים עם הקהילה הרחבה.

קשיים וחסמים במעבר לקהילה תומכת

לצד ההיבטים החיוביים שתוארו לעיל, המרואיינים שיתפו בקשיים ובחסמים שהתעוררו עקב המעבר לקהילה תומכת:

חסמים ארגוניים ומבניים להטמעת השינוי

בעלי תפקידים בדרגים ניהוליים ומקצועיים שיתפו בחוויה של אילוץ או תכתיב שנכפה על הצוות כמהלך שמשקף מדיניות של מקבלי ההחלטות מלמעלה. כן ניכרה תחושת אי-בהירות באשר למעבר, קושי להבין מהם מאפייניה של קהילה תומכת וכיצד מצופה מהם לפעול. לצד הבלבול ואי-הוודאות המהלך הטיל עומס עבודה ניכר על אנשי הצוות, שנקשר גם לתחושתם כי לא קיבלו את ההדרכה וההנחיות הדרושות להם כדי ליישמו כנדרש. עולה כי השינוי בחוויית העובדים נעשה ללא הכשרה מספקת, וכי בעלי התפקידים והצוותים הנושאים את המעבר על כתפיהם לא קיבלו את התמיכה שציפו לה.

כניסתן של אוכלוסיות חדשות

הרכב האוכלוסייה בקהילה התומכת השתנה וכלל אוכלוסיות מגוונות שלא היו מיוצגות בהוסטל – כגון אוכלוסיית קשישים או מתמודדים עם תחלואות מרובות או בעיות התנהגות. הצוות המקצועי שיתף בקושי לאתר צרכים, להבין אותם, ולהתאים להם שגרות והתערבויות ללא הידע והניסיון הנדרשים. עוד ביטא הצוות ספק וחשש בנוגע להתאמה של אוכלוסיות אלו לקהילה, והציג שאלות בדבר תקינה והכשרה.

שחיקה מוגברת של הצוות המקצועי והפרא-מקצועי

מן הממצאים עולה שהעבודה בקהילה התומכת כרוכה במאמצים גדולים יותר, בתחושת אחריות רבה יותר, ומלווה בתחושות בדידות חזקה יותר מאשר העבודה בהוסטל, ומכמה סיבות: המרחק של הבתים זה מזה מקשה על הצוות להגיע לבתים המרוחקים, וכרוך בעבודה יחידנית – בהשוואה לעבודה הצוותית במתחם היחיד של ההוסטל. נוסף על כך, העבודה בקהילה תומכת הוסיפה לרשימת המטלות והמיומנויות הנדרשות גם תפקידי ניקיון ובישול. לבסוף, על אף הדרישות הנוספות בתפקיד והמאמץ המוגבר, התגמול נותר נמוך כשהיה. סיבות אלה הגבירו את תהליכי השחיקה הקיימים ממילא בשירותי הבריאות והרווחה.

דיון

מחקר משלב שיטות זה חקר את מסגרת הדיור של קהילה תומכת בשנותיה הראשונות. המחקר מספק נקודת מבט על הדמוגרפיה והשיקום בקרב האוכלוסייה שצרכה שירות זה, על בסיס השוואה בין נתונים של 975 דיירי קהילה תומכת לבין נתונים של 975 דיירי הוסטלים בתקופה הנדונה (זרוע כמותית). בד בבד המחקר מספק הבנה מעמיקה של ההיבטים החיוביים ושל האתגרים הכרוכים במעבר לקהילה תומכת ובשימוש בשירות זה, על סמך קבוצות מיקוד שהשתתפו בהן אנשי צוות ויוזמים של קהילה תומכת (זרוע איכותנית). המחקר פורס ידע נרחב על מאפיינים ומדדי תוצאה של הדיירים, לצד נקודות המבט של יוזמים ומנהלים בכירים, אנשי מקצוע ומדריכי שיקום אשר היו מעורבים במישרין בתהליך המעבר מהוסטל לקהילה תומכת. הדיון מתמקד במשמעויות של הממצאים על רקע הידע הקיים בתחום השיקום, ובהשלכותיהם על קיום שירות זה בישראל. בתחילה תוצג התייחסות לכל זרוע מחקר בנפרד, ובהמשך תיעשה אינטגרציה ביניהן.

אפיוני הדיירים בקהילה התומכת (זרוע כמותית)

מהממצאים עולה כי שיעור המשתקמים המצטרפים לראשונה למסגרות של קהילה תומכת הלך ועלה ככל שחלפו השנים. עם זאת, נראה כי אין הבדל בין מגורים בהוסטל לבין מגורים בקהילה תומכת מבחינת מדדי התוצאה משך השהות במסגרת הדיור, אשפוז, שיקום

ותעסוקה.⁶ כן נמצא כי המאפיינים הדמוגרפיים והקליניים של הדיירים בקהילה תומכת הם מגוונים פחות מהמאפיינים של דיירי ההוסטל. כך, בקרב דיירי הקהילה התומכת יש ייצוג חסר של ערבים ושל צעירים (במיוחד בגילים 18–21). דיירי הקהילה התומכת נוטים להיות מבוגרים יותר, מאובחנים עם מחלה נפשית בגיל מאוחר יותר, ועם אחוזי נכות נמוכים יותר מאשר דיירי ההוסטלים. כלומר, נראה כי דיירי הקהילה התומכת הם אוכלוסייה "קלה" יותר והומוגנית יותר מדיירי ההוסטלים. ממצא זה מפתיע היות שמסגרות דיור מסוג קהילה תומכת אמורות להתאים למגוון רחב של רמות תפקוד, והן מציעות יתרונות חברתיים ורפואיים לצרכנים המעדיפים לחיות באופן עצמאי ומביעים רצון לעבור מטיפול מוסדי לדיור עצמאי בקהילה (Aubry et al., 2016; Parkinson & Parcell, 2018; Richter & Hoffman, 2017).

נראה שהיעדר הגיוון בפרופיל הדיירים בשנותיה הראשונות של הקהילה התומכת עשוי לנבוע מאתגרים מורכבים במערכת השיקום. כך, למשל, מבקר המדינה (2016) ציין כי כ-50% מאישורי ועדות סל שיקום לא מומשו, ובד בבד התגלעו קשיים בפיתוח שירותים לאוכלוסיות מסוימות, ליקויים בתפקוד ועדות, ומחסור במתאמי טיפול (ברוך ואח', 2015; שטרן ואח', 2009; Roe et al., 2015; Roe et al., 2010; Hornik-Lurie et al., 2012). ייתכן כי אתגרים אלה השפיעו גם על מערך הדיור בקהילה התומכת, מה שהוביל למגבלה בקבלת קהל מגוון ולקשיים באיוש הדירות על ידי אוכלוסיות הזקוקות לשירותים אלו.

באופן ספציפי יותר, הייצוג החסר של צעירים וערבים בקהילה התומכת עשוי לנבוע מהיעדר מסגרות ייעודיות בתקופה המדוברת עבור צעירים בלבד או עבור דוברי ערבית. זאת ועוד, חוסר ייצוג של אנשים עם מגבלת תפקוד קשה עשוי להיות תוצאה של "הטיית בחירה" (Selection bias) בשנים הראשונות של השמה בקהילה תומכת. התפיסה ולפיה במסגרת זו נדרשת עצמאות תפקודית יחסית גרמה אולי להפניית אוכלוסיות שתפקודה נמוך יותר למסגרות אחרות. מבנה הקהילה, שבו מספר הדיירים היכולים להתגורר במבנה המרכזי הוא מוגבל, מקשה לתת מענה רציף. הטיית הבחירה יכולה לבוא הן מצד ועדות סל שיקום המחליטות על מתן שירותים, הן מצד ספקי השירות, הן מצד המתמודדים ומשפחותיהם.

ממצאי הזרוע הכמותית הראו שוני גם במאפיינים הגיאוגרפיים של המשתתפים בקהילה תומכת: רובם מאזור הצפון והדרום, ומיעוטם מאזור המרכז ותל-אביב. ייתכן שההסבר לכך הוא כלכלי, שכן השכירות במרכז ובתל-אביב גבוהה בהרבה מהשכירות בדרום או בצפון. מבחינת ספקי

⁶ זאת בניגוד לממצאי הזרוע האיכותנית, כפי שיידונו בהמשך.

השירות, הנדרשים לספק את הדירות למשתקמים בקהילה תומכת, יש לעלויות אלה משמעות רבה, וייתכן כי תקצוב השירותים צריך להביא בחשבון את הבדלי העלויות בין מחוזות שונים.

ככלל, הגדילה המואצת בשיעור המשתמשים בשירותי קהילה תומכת מקרב הפונים לוועדות סל השיקום מצריכה שינויים ארגוניים ותקציביים (Aviram et al., 2012), כדי שיוכלו למלא את ייעודם באופן שוויוני, בכל אזורי הארץ ולכל המגורים. חשוב להמשיך ולבחון במחקר את מסגרת הקהילה התומכת כמסגרת ביניים בין הוסטל לבין דיור נתמך עצמאי. מסגרת זו מקבלת משמעות נוספת על רקע עליית מחירי הדיור באופן כללי, המציבה בפני המתמודדים קושי לממן דיור עצמאי, בתקופה זו במיוחד (Aviram, 2017; Leickly & Townley, 2021). שינויים רבים שחלו בעשור האחרון במאפייניה של האוכלוסייה הזקוקה לשיקום מצביעים על החשיבות שבעריכת מחקרים נוספים – ורצוי מחקרי אורך – כדי להעריך את השינויים באוכלוסייה המתמודדת, בחברה, ובקשר שלהם למדיניות ולהיבטים המשתנים עימם בתחום השיקום (אבירם, 2019).

לאור השינויים החלים במדינה, חשוב לשקול חיבור הדוק יותר של שירותי הדיור של הקהילה התומכת עם השלטון המקומי, מערכות הרווחה והחינוך למבוגרים, וכך להבטיח קשר ישיר לקהילה המיידית ולעודד שילוב והחלמה.

נקודת מבטם של יזמים, מנהלים וצוותים על המעבר מהוסטל לקהילה תומכת (זרוע איכותנית)

בחלק זה של המחקר עלו נקודות המבט של אנשי צוות במגוון תפקידים על מהלך המעבר מהוסטל למודל של קהילה תומכת בדיור שיקומי בבריאות הנפש, מעבר שבוצע בשנים 2007–2014. ככלל, הממצאים מצביעים הן על תפיסות חיוביות בתקופה הנחקרת הן על קשיים שנלוו לתהליך. חלק מן הקשיים קשורים לשלבים הראשונים של תהליך המעבר, וחלקם קשיים מתמשכים שיש לתת עליהם את הדעת כדי לפתח ולשמר את הקיימות של מודל הקהילה התומכת.

ההיבטים החיוביים של המעבר מהוסטל למודל קהילה תומכת

מהממצאים עלה כי המעבר למגורים עצמאיים מקדם החלמה, מביא להעמקת מערכות היחסים בין הדיירים ויוצר סולידריות ביניהם. עוד נראה כי מתקיים שילוב בקהילה ברמה מסוימת.

אנשי הצוות דיווחו כי עם המעבר לקהילה תומכת נצפתה בקרב הדיירים האצה בתהליכי השיקום וההחלמה. הצוות התרשם שתהליכים אלו התרחשו עקב הגדלת טווח האפשרויות הזמינות לצרכים מגוונים ומשתנים, והתאמתן באופן אישי. ממצאים אלו עולים בקנה אחד עם מחקרים על שירותי דיור נתמך (הקרוי בארץ גם "דיור מוגן") בישראל ובעולם, ומדגישים את ההעדפה למגורים עצמאיים בקהילה תוך כדי מיקוד בבחירה ובהכוונה העצמית של הצרכנים (Moran et al., 2017; Parkinson & Parcell, 2018; Richter & Hoffman, 2017). דוגמה מובהקת לכך הפועלת במדינות שונות היא תוכניות "דיור תחילה" (housing first) – מודל דיור נתמך המבוסס על העיקרון של בחירת הלקוח, אשר הציג שיפור ניכר בתוצאות השיקום של מקבלי שירותיו (Aubry et al., 2015). אומנם מודל קהילה תומכת אינו מצוי תחת הקטגוריה של דיור מוגן/נתמך, אך היבט זה במעבר מהוסטל לקהילה תומכת מתייחס בפירוש למגורים ביחידות דיור הנפרדות מהמבנה המרכזי. על כן ניתן להניח כי בחלקו אלו, מודל קהילה תומכת הוא בעל תרומה ייחודית למימוש תהליכי שיקום והחלמה.

לצד זאת, ידוע כי ההחלטה לעבור מההוסטל לדיור נתמך (יחיד) עשויה להיות לעיתים מוקדמת מדי, במקרים שהמסגרת דורשת מן הדייר עצמאות שאינה עומדת בקנה אחד עם מיומנויותיו וכישוריו, והתמיכה שהיא מציעה לו אינה מספקת (Hornik-Lourie et al., 2012). לאור זאת, הקהילה התומכת יכולה להוות מסגרת ביניים בין הוסטל לבין דיור עצמאי ליחידים. מסגרת הביניים מציעה תמיכה וליווי מקיפים יותר, ובכך מגבירה את הסיכוי להצלחה ולקליטה מיטבית (Knapp et al., 2011).

ממצאי המחקר מעידים על שינוי חיובי שחל במערכות היחסים בין הדיירים בעקבות המעבר לקהילה תומכת. המעבר תרם ליצירת קשרים חבריים המספקים תמיכה ועזרה הדדית, לעיתים באופן מפתיע. מחקרים נוספים בישראל ובעולם מדגישים את חשיבותם של שירותי דיור ליצירת הזדמנויות לפיתוח קשרים חברתיים, שהם לעיתים מרכז הרשת החברתית של מתמודדים (פינארט, 2002; רועה וגרבר-אפשטיין, 2016; Harley et al., 2012; O'Connell et al., 2017).

קשיים ואתגרים שנוצרו במעבר לקהילה תומכת

ניתוח הממצאים מצביע על כך שהמעבר לקהילה תומכת הוא תהליך מורכב מבחינה ארגונית, וכי הוא מייצר אתגרים, דילמות מקצועיות ומפגש עם חסמים וקשיים. התהליך משפיע על ממשקים פנים-ארגוניים וחוץ-ארגוניים וכולל שינויים לוגיסטיים, ניהוליים ומקצועיים. במחקר הנוכחי המעבר נתפס לעיתים כשינוי כפוי, ועורר תחושות ניכור וקושי בקרב הצוות והארגונים המעורבים. הטמעת מהלך רחב-היקף כזה, המבוסס על החלטות מדיניות בתחום בריאות הנפש, דורשת שינויים ניכרים בניהול מקצועיות ובדרכי העבודה. כדי להתמודד עם האתגרים יש להיערך למעורבות רחבה של כל בעלי העניין, ולהתמקד בהפחתת הקשיים הכרוכים בשינוי (Piat et al., 2008; Piat et al., 2022). במעבר כזה טמון פוטנציאל רב, אך הוא מלווה באתגרים רבים הדורשים תכנון והשקעת משאבים.

שחיקה בקרב אנשי צוות מקצועיים ופרא-מקצועיים בשירותי קהילה בבריאות הנפש היא אתגר גדול, ויש לה השפעות שליליות על מעורבותם בעבודה ועל איכות הטיפול שהם מספקים (Salyers et al., 2015a). זאת ועוד, שחיקה יכולה להוביל ל"הידבקות חברתית" ולפגוע גם בעמיתים, להביא לנסיגה מקשרים, לירידה במיומנויות התקשורת וההקשבה ולתוצאות לקוח פחות טובות, ולצידן לעמדות שליליות כלפי צרכני בריאות הנפש וקולנות (Salyers et al., 2015b).

נוסף על כך, קיימים חסמים להטמעת תכנון החלמה ממוקד-אדם בארגוני בריאות הנפש. עם החסמים הבולטים נמנים תחושת עומס בקרב נותני השירות, הנחיות חדשות חוזרות ונשנות המעמיסות על הצוות, חוסר במשאבים, הכשרה ותמיכה בלתי מספקות, גישות שליליות מצד מנהיגי התוכנית ואקלים ארגוני מאתגר, לצד מכשולים מבניים (Lodge et al., 2017). כל אלו מדגישים את הצורך ביצירת תמיכה הוליסטית ומותאמת לצוותים.

ייתכן שתחושת השחיקה והקושי של הצוותים במחקר הנוכחי קשורה בהיבטים מבניים של הגדרת הקהילה התומכת במשרד הבריאות. קהילה תומכת היא סוג של הוסטל, ושני סוגי המסגרות אינם מוגדרים כשירותים השונים מהותית זה מזה מבחינה תקציבית ומבנית (משרד הבריאות, שירותי בריאות הנפש, 2015). עם זאת, במסגרת ההוסטל הספק יכול לתת במסגרת אחת שירות ל-30 דיירים, ואילו במסגרת קהילה תומכת הספק יכול לתת – עם אותו הצוות – שירות ל-60 דיירים. בכך, לכאורה, הוא מצמצם את העלויות שלו. חלק מן הספקים תיארו הבדלים בהוצאות לאורך זמן; בתחילת התהליך ההוצאות גבוהות יותר, ובהמשכו הן מתאזנות. אשר לעומס האחריות, מנהלים וספקים התייחסו לקושי ולאחריות הרבה הכרוכים בניהול

ובדאגה ל-50-60 משתקמים (בניגוד ל-30 בהוסטל). ייתכן אפוא שמצב מבני זה מייצר מעטפת דלילה מדי של תמיכה וכוח אדם, ואינו מאפשר למצות את הפוטנציאל של מודל הקהילה התומכת עבור אוכלוסיות מגוונות שדרגת מחלתן קשה יותר. ניתן להניח כי השחיקה והקושי שמבטאים המתראיינים ברוע האיכותנית משקפים את חוסר מימוש הפוטנציאל של הקהילה התומכת. ייתכן אף כי היבט זה קשור לממצא ולפיו אין הבדל בין דיירי המסגרות השונות במדדי התוצאה (ברוע הכמותית) – זמן שהייה במסגרת, אשפוז, ושיקום תעסוקתי – אף שניתן היה לצפות להבדל לטובת הקהילה התומכת.

אינטגרציה ופערים בין הזרוע הכמותית לבין הזרוע האיכותנית

אף שהממצאים הכמותיים שבחנו את מאפייני הדיירים הראו כי אין הבדל בין שני סוגי השירותים במדדי התוצאה – שהות במסגרת הדיור, אשפוז, שיקום ותעסוקה – הרי הממצאים האיכותניים שבחנו את נקודות המבט של הצוות והספקים מראים כי לדעתם חל שיפור ברור בתהליכי החלמה ואוטונומיה וביחסים חברתיים, וחלקם אף ציינו שיפור במגמות האשפוז בקרב דיירי הקהילה התומכת. העובדים הדגישו את האפשרות לעבור בין הדירות לבין המבנה המרכזי ובחזרה כאפשרות המייצרת עבור הדיירים מרחב בחירה ברמת התמיכה הדרושה להם, ובכך תורמת לצמצום אשפוזים. זאת לעומת מסגרת ההוסטל, שבה אין גמישות במעברים בין מסגרות דיור ברמות ליווי שונות. הפערים בין הממצאים הכמותיים לבין הממצאים האיכותניים מעלים שאלות מעניינות, ואפשר לתת להם כמה הסברים חלופיים.

הסבר אפשרי אחד לפער הוא שוני בין מדדי התוצאה של הדיירים לבין המטרות שאנשי הצוות רואים לנגד עיניהם. כלומר – במדדי התוצאה של הדיירים נבחנו מדדים רפואיים/חברתיים המגולמים במשכי שהות במסגרת, באשפוז ובשילוב בתוכניות שיקום – ואילו לידים של אנשי הצוות המטרות קשורות לא רק למדדים כמותיים, אלא לדיווח עצמי על תחושת מסוגלות, אופטימיות ותקווה, והכלה חברתית. משתנים אלו לא נמדדו במתודה הכמותית, וייתכן שלו היו מוכנסים לחישובים היה נמצא הבדל מובהק בין שתי מסגרות הדיור.

הסבר אפשרי נוסף הוא שבניגוד למחקר הכמותי, שבו עולים בבירור היעדר גיוון דמוגרפי והפרעה נפשית בדרגת חומרה "קלה" יותר (על סמך הגדרתה בביטוח הלאומי), הרי במחקר האיכותני הצוות העלה את הסוגיה של כניסת אוכלוסיית מטופלים מגוונת, קשישה ומורכבת יותר לקהילה התומכת, לעומת האוכלוסייה בהוסטל. פער זה עשוי לנבוע מההבדל שבין

ההגדרות הפורמליות של הנכות לבין מורכבויות התפקוד בפועל. בביטוח הלאומי הקריטריונים מבוססים בעיקר על אחוזי נכות ודרגת אי-כושר השתכרות, כך שהם עשויים לקבוע אחוזי נכות שונים על פי אבחנות רפואיות שונות (למשל, הפרעת אישיות תזכרה באחוזי נכות נמוכים יותר ותסוג כ"קלה יותר" מסכיזופרניה). אולם במציאות היום-יומית אנשים המאובחנים כמתמודדים עם הפרעות "קלות" עשויים לחוות אתגרים קשים ביותר בקהילה, כולל קשיים בדיור משותף, בקשרים חברתיים ובניהול מערכות יחסים עם הצוות. מכאן החשיבות שיש להערכה של רמת התפקוד בפועל, ולא רק בהתבסס על הגדרות פורמליות או אבחנות רפואיות. ייתכן שהמורכבויות שהצוותים פוגשים בהן אינן משתקפות במישורן בבסיסי הנתונים של משרד הבריאות וביטוח לאומי.

הטיית בחירה (selection bias) עשויה להיות הסבר נוסף לפערים בין הממצאים הכמותיים לממצאים האיכותניים (Palinkas et al., 2015). המסגרות שנדגמו הן כאלו שעברו לאחרונה מהוסטל לקהילה תומכת, כך שייתכן שכבר הספיקו ליישם בהן לקחים וידע שהצטברו משנים קודמות, ולכן התוצאות בהן חייבויות יותר. זאת ועוד, היות שהמסגרות שנכללו במחקר מזהות כבעלות אוריינטציה להחלמה ומוטיבציה להשתתף במחקר, הן עשויות לייצג "מקרי הצלחה" של המודל. מסגרות אלו כבר התמודדו, כנראה, עם חסמים מסוימים, ושיפרו תהליכים פנימיים. לעומת זאת, ממצאי המחקר הכמותי מתייחסים לתקופה ממושכת של יותר מעשור, ולמגוון רחב של מסגרות קהילה תומכת.

ניתן אפוא להניח כי המסגרות שנכללו במחקר הכמותי כוללות מאפיינים רחבים ומגוונים יותר מאשר המסגרות שנכללו במחקר האיכותני. שילוב מסגרות ברמות שונות של יישום וגיוון דמוגרפי במחקר יאפשר הבנה רחבה ומעמיקה יותר של ההשפעות והאתגרים במודל הקהילה התומכת.

הערות מתודולוגיות, מגבלות ומחקר המשך

יש להסתכל על ממצאי המחקר וההסברים שניתנו על העשור הראשון של הקהילה התומכת בהירות, ותוך בהתחשבות במגבלות המחקר. חשוב לקיים מחקר המשך שיעקוב אחר יישומה של הקהילה התומכת בעשור האחרון, וייתן פרספקטיבה משלימה לשנים הראשונות של המודל. בהקשר זה יש להדגיש את החשיבות שבבחינתם של כיווני מחקר נוספים בעתיד, שיעמיקו את ההבנה בנוגע לאוכלוסיות, למאפיינים ולאתגרים של הקהילה התומכת.

מגבלה מתודולוגית בזרוע הכמותית של המחקר נגעה למשכי המעקב השונים אחר הדיירים. כידוע, הקהילות התומכות הלכו וצמחו החל משנת 2006 ועד היום. כפועל יוצא מכך יש מתמודדים שהשתלבו במסגרות אלו כבר בשנת 2006, ויש מתמודדים שהשתלבו בהן לקראת סוף תקופת המעקב של מחקר זה, בשנת 2014. כדי להתמודד עם מגבלה זו בחרנו עבור כל אחד מהחברים בקבוצת המחקר (שווה בקהילה תומכת) תואם מקבוצת הביקורת (שווה בהוסטל) מבחינת שנת הכניסה למסגרת הדיור הקובעת, כך שהשוונו במשכי המעקב אחר שתי הקבוצות היא זהה. זאת ועוד, בניתוח הרגרסיות הוכנס המשתנה "שנת הכניסה למסגרת", כדי לפקח על שוונות זו בתוך כל אחת מהקבוצות. הפתרון למגבלה זו הבטיח שמסקנות המחקר לא יושפעו ממשכי מעקב שונים, ואפשר תובנות מדויקות יותר בדבר ההבדלים בין שני סוגי המסגרות לאורך זמן.

מגבלה נוספת במחקר היא היעדר נתונים איכותניים שמקורם בדיירים עצמם. מומלץ שבמחקר המשך ייאספו נתונים מהדיירים במישרין, ואלה יוכלו לשפוך אור על מידת שביעות הרצון שלהם מהמסגרת ומתהליכי השיקום וההחלמה שלהם, וישלימו מידע חיוני החסר במחקר הנוכחי. חשוב להכיר בחשיבותה ובחיוניותה של נקודת המבט של מקבלי שירותים להבנה ולשיפור השירות, ולשילוב נקודות המבט של מתמודדי נפש במחקר ובעיצוב שירותים (Rose & Kalathil, 2019). ככלל, חסר ידע על אודות ההשתלבות של הדיירים עצמם בשירותי דיור נתמך, ובקהילה תומכת בפרט, ויש להשלימו במחקר כמותי שישלב מדדים של תחושת אוטונומיה, יחסים חברתיים והשפעה על איכות החיים. היות שעל פי גישת ההחלמה רצוי לאפשר לדייר מרחב שיאפשר לו נטילת סיכונים מחושבים, ישמר ככל האפשר את חופש הבחירה שלו ויגביר את סכיזם ההצלחה בתהליכי שיקום (Lachman et al., 2009), יש לבחון במחקר גם את מידת השותפות והאוטונומיה של הדיירים בקבלת ההחלטה בדבר המעבר, ובתהליך המעבר.

השלכות לפרקטיקה ולמדיניות

- יש לבחון באיזו מידה עדיין חסרות התוויה והגדרה ברורות של מודל הקהילה התומכת ושל מאפייניו לצוות.
- יש לתת את הדעת לקשר בין המודל המבני, התקצוב והתקינה של מודל הקהילה התומכת לבין השחיקה של העובדים. היבטים פיננסיים והגדרות תקינה משפיעים על היכולת ליישם שירות באופן מלא וכמתוכנן, והם גורם מכריע בין היות השירות מודל מצליח לבין היותו עוד הוסטל הסובל מתת-תקינה.
- דרושים הדרכה, הכוונה וליווי של הצוות (בעיקר של מדריכים, אך גם של אנשי מקצוע ומנהלים), שיספקו כלים ומיומנויות להתמודדות עם אתגרי הקהילה התומכת – האוכלוסיות החדשות, עבודה פרטנית לעומת צוותית, מוגנות לעומת אוטונומיה ועוד.
- יש לאתר את מקורות השחיקה ולפתח פתרונות מותאמים עבור עובדים מקצועיים ופרא-מקצועיים בשירותי שיקום בכלל, ובקהילה התומכת בפרט.
- יש לתת את הדעת על המצב הקיים כיום, ועל הדרכים להרחיב את מסגרת הקהילה התומכת לקבוצות נוספות דוגמת דיירים צעירים יחסית, המגזר הערבי, ודיירים המתמודדים עם הפרעות נפשיות חמורות יחסית.
- יש לבחון באופן שיטתי מדדי תוצאה נוספים בתחום השיקום וההחלמה, לדוגמה בקרב מקבלי השירותים: התייחסות למדדי שיקום קהילתי, בחירה ואוטונומיה, חיבור לגורמים שונים ואינטראקציות בקהילה.
- יש לקיים הערכה של מעברי הדיירים לדיור עצמאי בקהילה, למשל דיור מוגן לאחר המגורים בקהילה תומכת כמסגרת המייצרת עצמאות ומחזקת תפקוד.

מקורות

אבירם, א' (2001). אינטגרציה חברתית של חולי נפש כרוניים: בעיה ישנה בהקשר חדש. **ביטחון סוציאלי**, 61, 42–64.

אבירם, א' (2007). רפורמה מקרטעת בשירותי בריאות הנפש בישראל: חסמים ובלמים בהסטת מוקד הטיפול לקהילה. **חברה ורווחה**, 27, 127–155.

אבירם, א' (2010). חוק שיקום נכי נפש בקהילה: הערכת ביניים והיערכות לעתיד. **מדיסין, כתב עת רפואי בנושא פסיכיאטריה**, 14 (פברואר), 14–23.

אבירם, א' (2019). **מדיניות ושירותים בבריאות הנפש בישראל: בין קדמה לקיפאון**. רסלינג.

בסיס בר-ניר, א' (2018). **מעבר מהוסטל לקהילה תומכת מנקודת מבטם של אנשי צוות: מחקר איכותני** [תזה לתואר שני, אוניברסיטת בן-גוריון בנגב].

ברוך, י', מורן, ג', עזאזיה, פ' ולכמן, מ' (2015). תוכנית השיקום הזאת היא לא שלי: מדוע הפונים לוועדות סל שיקום אינם מיישמים את תוכנית השיקום? **חברה ורווחה, לה** (1), 7-32.

גרינשטיין, ג' (2009). **השוואת מידת השילוב בקהילה ומידת הבחירה לגבי היבטי חיים בקרב מתמודדים עם מחלות פסיכיאטריות בין דיירי הוסטל לדיירי "קהילה תומכת"** [תזה לתואר שני, אוניברסיטת חיפה].

חוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד-1994. ספר החוקים, 1469.

חוק שיקום נכי נפש בקהילה התש"ס-2000. ספר החוקים, 1746, 231.

חוק שיקום נכי נפש בקהילה [תיקון מס' 2, 2024] (2000). ס"ח, 3251.

חיים, ד' (2025, אוגוסט). דיור מוגן וליווי בקהילה: צעד משמעותי בדרך לעצמאות מלאה. **אתר משרד הבריאות**. <https://katzer.net/d939d7>

לרנר, י' והורניק-לוריא, צ' (2014). **מעקב אחרי מסלולי הניידות השונים במערך השיקום התעסוקתי והדיורי של נפגעי הנפש בישראל: דוח מחקר**. מכון פאלק לחקר שירותי בריאות הנפש.

מבקר המדינה. (2016). שיקום נכי נפש בקהילה. **דוח שנתי 166 לשנת 2015**, 575-631.

משרד הבריאות. (2013). **בריאות הנפש בישראל: שנתון סטטיסטי 2012**. המחלקה למידע והערכה.

משרד הבריאות. (2015). הרפורמה בבריאות הנפש. **אתר משרד הבריאות**. <https://www.gov.il/he/pages/mental-health-reform?chapterIndex=1>

משרד הבריאות. (2023). **בריאות הנפש בישראל: שנתון סטטיסטי 2022**. המחלקה למידע והערכה.

משרד הבריאות, שירותי בריאות הנפש. (2015). **נוהל מס' 001.80 שירותי שיקום בקהילה: דיור. הנדון: שירותי הוסטל – סטנדרטים ונהלים להפעלת השירות**. נכתב ונערך ע"י ב' לייזנר ור' גולדינר. <https://did.li/Exp6q>

ניראל, נ', אקר, נ', רוזן, ב', ברמלי-גרינברג, ש' וגרוס, ו' (2008). **הרפורמה בבריאות הנפש: מסמך רקע לתכנון הערכה**. מאיירס-ג'וינט, מכון ברוקדייל. <https://brookdale.jdc.org.il/mental-health-care-reform-background-to-evaluation/>

פינארט, א' (2002). **מהות היחסים השיקומיים: האלמנטים המאפיינים את היחסים השיקומיים, חשיבותם, משמעותם ודילמות ביישומם** [תזה לתואר שני, האוניברסיטה העברית בירושלים].

פלדמן, ד' (2008). זכויות אדם של אנשים עם מוגבלות נפשית בישראל: מציאות ואתגרים. בתוך נ' הדס-לידור ומ' לכמן (עורכים), **שיקום והחלמה בבריאות הנפש: קריאה מנקודות מבט שונות. פרקטיקה, מדיניות ומחקר** (עמ' 207-277). ליתם.

רועה, ד' וגרבר-אפשטיין, פ' (2016). **בראשית: יישום מודל קלאבהאוס לנפגעי נפש בחדרה**. מפעלים מיוחדים, 162. המוסד לביטוח לאומי. https://www.btl.gov.il/Publications/Special_Activities_publications/Documents/mifal_162pdf

שטרן, נ', שרשבסקי, י', נאון, ד', דניאל, נ' ופישמן, נ' (2009). **אנשים עם בעיות נפשיות קשות בישראל: ראייה משולבת של מערכות השירותים**. מאיירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל.

שקדי, א' (2007). **מילים המנסות לגעת: מחקר איכותני תאוריה ויישום**. רמות.

שרשבסקי, י' (2006). שיקום נכי נפש בקהילה בישראל: תהליכים ואתגרים. בתוך א' אבירם וי' גינת (עורכים), **שירותי בריאות הנפש בישראל: מגמות וסוגיות** (עמ' 157-387). צ'ריקובר.

- Anthony, W. A., & Farkas, M. D. (2009). *A primer on the psychiatric rehabilitation process*. Boston University Center for Psychiatric Rehabilitation.
- Aubry, T., Goering, P., Veldhuizen, S., Adair, C. E., Bourque, J., Distasio, J., Latimer, E., Stergiopoulos, V., Somers, J., Streiner, D. L., & Tsemberis, S. (2016). A multiple-city RCT of housing first with assertive community treatment for homeless Canadians with serious mental illness. *Psychiatric Services*, 67(3), 275–281. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201400587>
- Aubry, T., Nelson, G., & Tsemberis, S. (2015). Housing first for people with severe mental illness who are homeless: A review of the research and findings from the at home-chez soi demonstration project. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne de Psychiatrie*, 60(11), 467–474. <https://doi.org/10.1177/070674371506001102>
- Aviram, U. (2017). The reform of rehabilitation in the community of persons with psychiatric disabilities: Lessons from the Israeli experience. *Community of Mental Health Journal*, 1(53), 550–559. <https://doi.org/10.1007/s10597-016-0058-7>
- Aviram, U., Ginath, Y., & Roe, D. (2012). Mental health reforms in Europe: Israel's rehabilitation in the community of persons with mental disabilities law: Challenges and opportunities. *Psychiatric Services*, 63(2), 110–112. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201100009>
- Charmaz, K. (1995). Grounded theory. In J. A. Smith, R. Harre, & L. V. Langenhove (Eds.), *Rethinking methods in psychology* (pp. 27–49). Thousand Oaks.
- Corrigan, P., Mueser, K., Bond, G., Drake, R., & Solomon, P. (2005). *Principles and practice of psychiatric rehabilitation: An empirical approach*. Guilford Press.
- Creswell, J. W., & Clark, V. L. P. (2017). *Designing and conducting mixed methods research*. (2nd ed.). Sage Publications.
- Fetters, M. D., Curry, L. A., & Creswell, J. W. (2013). Achieving integration in mixed methods designs: Principles and practices. *Health Services Research*, 48(6pt2), 2134–2156. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.12117>
- Harley, E. W.-Y., Boardman, J., & Craig, T. (2012). Friendship in people with Schizophrenia: A survey. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47, 1291–1299. <https://doi.org/10.1007/s00127-011-0437-x>
- Hornik-Lurie, T., Zilber, N., & Lerner, Y. (2012). Trends in the use of rehabilitation services in the community by people with mental disabilities in Israel; The factors involved. *Israel Journal of Helth Policy Research*, 1, 24. <https://doi.org/10.1186/2045-4015-1-24>
- Huffman, T. (2018). Built community: Architecture, community, and participation in a permanent supportive housing project. *Journal of Social Distress and the Homeless*, 27(1), 44–52. <https://doi.org/10.1080/10530789.2018.1445507>
- Kidd, P. S., & Marshall, M. B. (2000). Getting the focus and the group: Enhancing analytical rigor in focus group research. *Qualitative Health Research*, 10, 293–308. <https://doi.org/10.1177/104973200129118453>
- Killaspy, H., & Zis, P. (2013). Predictors of outcomes for users of mental health rehabilitation services: A 5-year retrospective cohort study in inner London, UK. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48(6), 1005–1012. <https://doi.org/10.1007/s00127-012-0576-8>

- Knapp, M., Beecham, J., McDaid, D., Matosevic, T., & Smith, M. (2011). The economic consequences of deinstitutionalisation of mental health services: Lessons from a systematic review of European experience. *Health & social care in the community*, 19(2), 113–125. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2010.00969.x>
- Krueger, R., & Casey, M. (2000). *Focus groups: A practical guide for applied research* (3rd ed.) Sage.
- Leff, H. S., Chow, C. M., Pepin, R., Conley, J., Allen, I. E., & Seaman, C. A. (2009). Does one size fit all? What we can and can't learn from a meta-analysis of housing models for persons with mental illness. *Psychiatric Services*, 60(4), 473–482. <https://doi.org/10.1176/ps.2009.60.4.473>
- Leickly, E., & Townley, G. (2021). Exploring factors related to supported housing tenure and stability for people with serious mental illness. *Journal of Community Psychology*, 1(49), 1787–1805. <https://doi.org/10.1002/jcop.22573>
- Lerner, Y., Hornik-Lurie, T., & Zilber, N. (2012). The effect of the implementation of the rehabilitation of the mentally disabled in the community law in Israel on the pattern of psychiatric hospitalizations: A national case register study. *International Journal of Mental Health*, 41(03), 45–59. <https://doi.org/10.2753/imh0020-7411410303>
- Lodge, A. C., Kaufman, L., & Manser, S. S. (2017). Barriers to implementing person-centered recovery planning in public mental health organizations in Texas: Results from nine focus groups. *Administration and Policy in Mental Health*, 44(3), 413–429. <https://doi.org/10.1007/s10488-016-0732-7>
- Moran, G. S., Westman, K., Weissberg, E., & Melamed, S. (2017). Perceived assistance in pursuing personal goals and personal recovery among mental health consumers across housing services. *Psychiatry Research*, 249, 94–101. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.01.013>
- O'Connell, M. J., Wesley, J. K., & Rosenheck, R. A. (2017). Impact of supported housing on social relationships among homeless veterans. *Psychiatric Services*, 68(2), 203–206. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201500276>
- Palinkas, L. A., Horwitz, S. M., Green, C. A., Wisdom, J. P., Duan, N., & Hoagwood, K. (2015). Purposeful sampling for qualitative data collection and analysis in mixed method implementation research. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 42(5), 533–544. <https://doi.org/10.1007/s10488-013-0528-y>
- Parkinson, S., & Parsell, C. (2018). Housing first and the reassembling of permanent supportive housing: The limits and opportunities of private rental. *Housing, Theory and Society*, 35(1), 36–56. <https://doi.org/10.1080/14036096.2017.1281163>
- Patton, M. Q. (1999). Enhancing the quality and credibility of qualitative analysis. *Health Services Research*, 34(5), 1189–1208.
- Piat, M., Lesage, A., Boyer, R., Dorvil, H., Couture, A., Grenier, G., & Bloom, D. (2008). Housing for persons with serious mental illness: Consumer and service provider preferences. *Psychiatric Services*, 59(9), 1011–1017. <https://doi.org/10.1176/ps.2008.59.9.1011>

- Piat, M., Wainwright, M., Rivest, M. P., Sofouli, E., von Kirchenheim, T., Albert, H., Casey, R., Labonté, L., O'Rourke, J. J., & LeBlanc, S. (2022). The impacts of implementing recovery innovations: A conceptual framework grounded in qualitative research. *International Journal of Mental Health Systems*, 16(1), 49. <https://doi.org/10.1186/s13033-022-00559-2>
- Richter, D., & Hoffman, H. (2017). Preference for independent housing of persons with mental disorders: Systematic review and meta-analysis. *Administration & Policy in Mental Health*, 44, 817–823. <https://doi.org/10.1007/s10488-017-0791-4>
- Roe, D., Gelkopf, M., Gornemann, M. I., Baloush-Kleinman, V., & Shadmi, E. (2015). Implementing routine outcome measurement in psychiatric rehabilitation services in Israel. *International Review of Psychiatry*, 27(4), 345–353. <https://doi.org/10.3109/09540261.2015.1025722>
- Roe, D., Werbeloff, N., & Gelkopf, M. (2010). Do persons with severe mental illness who consume the psychiatric rehabilitation basket of services in Israel have better outcomes than those who do not? *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 47, 166–170.
- Rose, D., & Kalathil, J. (2019). Power, privilege and knowledge: The untenable promise of co-production in mental health. *Frontiers in Sociology*, 4, 57. <https://doi.org/10.3389/fsoc.2019.00057>
- Salyers, M. P., Flanagan, M. E., Firmin, R., & Rollins, A. L. (2015a). Clinicians' perceptions of how burnout affects their work. *Psychiatric Services*, 66(2), 204–207. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201400138>
- Salyers, M. P., Fukui, S., Rollins, A. L., Firmin, R., Gearhart, T., Noll, J. P., Williams, S., & Davis, C. J. (2015b). Burnout and self-reported quality of care in community mental health. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 42(1), 61–69. <https://doi.org/10.1007/s10488-014-0544-6>
- Strauss, A. L., & Corbin, J. M. (1998). *Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory* (2nd ed.). Sage.
- Watson, J., Fossey, E., & Harvey, C. (2018). A home but how to connect with others? A qualitative meta-synthesis of experiences of people with mental illness living in supported housing. *Health & Social Care in the Community*, 27(3), 546–564. <https://doi.org/10.1111/hsc.12615>
- Wenzel, S. L., Rhoades, H., Moore, H., Lahey, J., Henwood, B., La Motte-Kerr, W., & Bird, M. (2018). Life goals over time among homeless adults in permanent supportive housing. *American Journal of Community Psychology*, 61(3–4), 421–432. <https://doi.org/10.1002/ajcp.12237>

**נספח 1: התפלגות המשתקמים בקהילה
תומכת בתקופת המעקב על פי שנת הכניסה
הראשונה למסגרת הדיור הקובעת**

התפלגות	N	שנת הכניסה לקהילה התומכת
4%	39	2007–2006
11%	103	2008
8%	80	2009
15%	148	2010
12%	113	2011
14%	134	2012
16%	154	2013
21%	204	2014
100%	975	סה"כ

נספח 2: תוצאות רגרסיה ליניארית: משך השהות במסגרת כתלות בסוג מסגרת הדיור

בחינת משך השהות במסגרת הדיור כתלות בסוג מסגרת הדיור (קהילה תומכת לעומת הוסטל), תוך בקרה על משתנים דמוגרפיים: מין, מגזר, עלייה, גיל, גיל אבחון ראשון של המחלה, מצב משפחתי, מחוז, מעמד חברתי-כלכלי, אחוז הנכות, ושנת הכניסה למסגרת הדיור.

מקדמים בלתי מתוקנים		מקדמים מתוקנים		רווח בר-סמך 95% עבור B	
B	טעות תקן	מקדם β	גבול תחתון	גבול עליון	
14611.84	16292.27		-17341.35	46565.04	חותך
-21.583	35.991	-0.014	-92.17	49.005	מין (גבר לעומת אישה)
-73.462	91.688	-0.02	-253.286	106.361	לאום (ערבי לעומת יהודי)
-33.604	45.339	-0.019	-122.526	55.318	עולה חדש
-0.247	1.911	-0.004	-3.994	3.501	גיל
1.346	2.427	0.018	-3.414	6.105	גיל האבחון הראשון של המחלה
140.806	70.996	*0.048	1.564	280.047	מצב משפחתי (נשוי לעומת רווק/גרוש)
230.35	130.357	0.122	-25.313	486.012	הדרום
178.494	131.052	0.09	-78.531	435.52	המרכז
235.44	131.806	0.113	-23.064	493.944	הצפון
195.622	130.295	0.107	-59.918	451.162	חיפה
201.366	134.013	0.084	-61.468	464.2	ירושלים
139.494	135.747	0.066	-126.74	405.728	תל-אביב
-7.71	82.229	-0.002	-168.982	153.562	3-1
70.656	63.887	0.033	-54.642	195.955	10-8
600.728	435.313	0.032	-253.03	1454.485	ערך חסר
-37.893	63.272	-0.014	-161.985	86.199	59-40
6.439	48.675	0.003	-89.025	101.903	79-60
-6.924	8.098	-0.02	-22.806	8.957	אחוז נכות נפשית (לעומת 80-100)
19.549	37.839	0.013	-54.663	93.762	שנת הכניסה למסגרת הדיור
					מסגרת הדיור (קהילה תומכת לעומת הוסטל)
	0.008				R2
	1,867				N

*p≤0.05

נספח 3: תוצאות רגרסיה לוגיסטית: הסיכוי לאשפוז במהלך השהות בדיור כתלות בסוג הדיור

בחינת הסיכוי לאשפוז במהלך השהות במסגרת הדיור הקובעת, כתלות בסוג מסגרת הדיור (קהילה תומכת לעומת הוסטל), תוך בקרה על משתנים דמוגרפיים: מין, מגזר, עלייה, גיל, גיל האבחון הראשון של המחלה, מצב משפחתי, מחוז, מעמד חברתי-כלכלי, אחוז הנכות, ושנת הכניסה למסגרת הדיור.

רווח בר-סמך 95% עבור Exp(B) גבול תחתון גבול עליון		מקדם האקספוננט של B	טעות תקן	ערך B	
		1.537 E+20	44.509	46.482	חותך
1.123	0.764	0.926	0.098	-0.077	מין (גבר לעומת אישה)
2.527	0.917	1.522	0.259	0.42	לאום (ערבי לעומת יהודי)
1.365	0.841	1.072	0.124	0.069	עולה חדש
1.005	0.984	0.994	0.005	-0.006	גיל
1.015	0.989	1.002	0.007	0.002	גיל האבחון הראשון של המחלה
1.507	0.704	1.03	0.194	0.03	סטטוס משפחתי (נשוי לעומת רווק/גרוש)
2.888	0.721	1.443	0.354	0.367	מחוז (לעומת יהודה ושומרון)
3.994	0.986	1.984	0.357	0.685	הדרום
2.617	0.644	1.298	0.358	0.261	המרכז
2.603	0.651	1.302	0.353	0.264	הצפון
2.613	0.629	1.282	0.363	0.249	חיפה
2.959	0.698	1.437	0.368	0.363	ירושלים
1.322	0.498	0.811	0.249	-0.209	תל-אביב
1.33	0.667	0.942	0.176	-0.06	מעמד חברתי-כלכלי (לעומת 8-10)
1.264	0.749	0.973	0.133	-0.028	3-1
1.187	0.532	0.795	0.205	-0.23	7-4
1.021	0.936	0.977	0.022	-0.023	59-40
1.178	0.787	0.963	0.103	-0.038	79-60
					אחוז נכות נפשית (לעומת 80-100)
					שנת הכניסה למסגרת הדיור
					מסגרת הדיור (קהילה תומכת לעומת הוסטל)
				0.014	Nagelkerke R Square
				1,865	N

נספח 4: תוצאות רגרסיה ליניארית: משך האשפוז (בימים) במהלך השהות בדיור כתלות בסוג הדיור

בחינת משך האשפוז (מספר ימי האשפוז) במהלך השהות במסגרת הדיור הקובעת כתלות בסוג מסגרת הדיור (קהילה תומכת לעומת הוסטל), תוך בקרה על משתנים דמוגרפיים: מין, מגזר, עלייה, גיל, גיל אבחון ראשון של המחלה, מצב משפחתי, מחוז, מעמד חברתי-כלכלי, אחוז הנכות, ושנת הכניסה למסגרת הדיור.

	מקדמים בלתי מתוקנים		מקדמים מתוקנים		רווח בר-סמך 95% עבור B	
	β	טעות תקן	β	טעות תקן	גבול תחתון	גבול עליון
חותך	3896.656		1802.329		361.84	7431.471
מין (גבר לעומת אישה)	-0.064	3.981	0		-7.873	7.744
לאום (ערבי לעומת יהודי)	5.358	10.143	0.013		-14.535	25.25
עולה חדש	-1.051	5.016	-0.005		-10.888	8.786
גיל	-0.232	0.211	-0.035		-0.647	0.182
גיל האבחון הראשון של המחלה	0.01	0.268	0.001		-0.517	0.536
סטטוס משפחתי (נשוי לעומת רווק/גרוש)	2.094	7.854	0.006		-13.31	17.497
מחוז (לעומת יהודה ושומרון)	הדרום	15.466	14.421	0.074	-12.817	43.749
	המרכז	22.221	14.498	0.101	-6.212	50.654
	הצפון	12.456	14.581	0.054	-16.141	41.053
	חיפה	18.088	14.414	0.09	-10.181	46.357
	ירושלים	11.097	14.825	0.042	-17.979	40.173
	תל-אביב	12.594	15.017	0.054	-16.858	42.046
מעמד חברתי-כלכלי (לעומת 4-7)	3-1	-5.086	9.097	-0.014	-22.927	12.754
	10-8	-1.757	7.068	-0.007	-15.618	12.104
	NA	10.64	48.156	0.005	-83.807	105.086
אחוז נכות נפשית (לעומת 80-100)	59-40	-9.365	6.999	-0.032	-23.093	4.363
	79-60	2.839	5.385	0.013	-7.721	13.4
שנת הכניסה למסגרת הדיור	-1.909	0.896	*-0.05		-3.666	-0.152
מסגרת הדיור (קהילה תומכת לעומת הוסטל)	-2.085	4.186	-0.013		-10.294	6.125
R2	0.009					
N	1,867					

* $p \leq 0.05$

נספח 5: תוצאות רגרסיה לוגיסטית: הסיכוי להשתתפות בתעסוקה במהלך השעות בדיור כתלות בסוג הדיור

בחינת הסיכוי להשתתפות במערך התעסוקה (בשוק החופשי ו/או במערך השיקום) במהלך השעות במסגרת הדיור הקובעת, כתלות בסוג מסגרת הדיור (קהילה תומכת לעומת הוסטל), תוך בקרה על משתנים דמוגרפיים: מין, מגזר, עלייה, גיל, גיל אבחון ראשון של המחלה, מצב משפחתי, מחוז, מעמד חברתי-כלכלי, אחוז הנכות, ושנת הכניסה למסגרת הדיור.

רווח בר-סמך 95% עבור Exp(B) גבול תחתון גבול עליון		מקדם האקספוננט של B	טעות תקן	B	
		9738.983	50.426	9.184	חותך
1.651	1.073	**1.331	0.11	0.286	מין (גבר לעומת אישה)
1.489	0.491	0.855	0.283	-0.157	לאום (ערבי לאומת יהודי)
1.124	0.654	0.857	0.138	-0.154	עולה חדש
0.997	0.975	*0.986	0.006	-0.014	גיל
1.026	0.997	1.011	0.007	0.011	גיל האבחון הראשון של המחלה
1.983	0.816	1.272	0.226	0.241	סטטוס משפחתי (נשוי לעומת רווק/גרוש)
4.182	0.953	1.996	0.377	0.691	הדרום
3.293	0.754	1.575	0.376	0.454	המרכז
4.411	0.985	2.084	0.383	0.734	הצפון
2.973	0.688	1.43	0.373	0.358	חיפה
3.412	0.75	1.599	0.387	0.469	ירושלים
5.211	1.097	*2.391	0.397	0.872	תל-אביב
2.234	0.715	1.263	0.291	0.234	3-1
1.774	0.821	1.207	0.197	0.188	7-4
1.427	0.792	1.063	0.15	0.062	59-40
1.751	0.702	1.109	0.233	0.104	79-60
1.046	0.948	0.996	0.025	-0.004	שנת הכניסה למסגרת הדיור
				0.021	Nagelkerke R Square
				1,864	N

* $p \leq 0.05$; ** $p \leq 0.01$

נספח 6: מדריך ריאיון פרטני מובנה למחצה

רקע

- מהו רקע ההכשרה שלך?
- כמה זמן אתה עובד/ת בשיקום?
- אילו תפקידים עשית קודם לכן?
- מהו תפקידך הנוכחי בקהילה התומכת?
- אילו תחומי אחריות תפקיד זה כולל?
- פרופיל האוכלוסייה (אבחנה, סוג תפקוד, גיל)?
- מהו מספר המתמודדים האופטימלי לקהילה?

תהליך המעבר מהוסטל לקהילה תומכת

תארי לי בבקשה את המעבר מהוסטל לקהילה תומכת בחוויה האישית שלך

- אילו הכנות נערכו לקראת המעבר?
- מהם לדעתך היתרונות של המעבר עבור אנשי הצוות והמתמודדים?
- מהם לדעתך החסרונות של המעבר עבור אנשי הצוות והמתמודדים?
- מי לדעתך המרוויחים העיקרים מהמעבר: דיירים, אנשי צוות; מי המפסידים העיקרים?

תיאור השפעות המעבר על בעלי העניין

- מהם הדברים או התחומים שהשתנו באחריות שלך ובתפקידך בעקבות המעבר?
- מהן ההשפעות הפיננסיות של המעבר?
- מה החלק/תפקיד של משרד הבריאות במעבר?
- מהן ההשפעות העיקריות על הצוות?
- מהם השינויים בהגדרת התפקידים של אנשי צוות? איזו השפעה היתה לשינויים אלו?

משתקמים

- מהן ההשפעות העיקריות על המשתקמים?
- האם המגורים בקהילה תומכת משפיעים על איכות חייהם? וכיצד?
- האם יש ניידות בין המבנה המרכזי לדירות? ובאילו כיוונים?
- מהי ההשפעה של הניידות (הפחתת אשפוזים, מדרגות בשיקום)?

ההשלכות של מבנה הקהילה התומכת (שיקום והחלמה)

- מהם המאפיינים של המבנה המרכזי? (אנא התייחס/י לדיווחי מתמודדים, צוות)
- עבור אילו משתקמים הקהילה התומכת הכי תורמת? ועבור מי פחות?
- מהי מערכת היחסים בין המתמודדים במבנה המרכזי לבין המתמודדים בדירות בקהילה?
- האם יש פערים בתפיסת המעבר בין הצוות המקצועי לבין ההנהלה?
- מהן ההשפעות של המעבר על תהליך השיקום של המתמודד/ת: תעסוקה, השכלה, פנאי, משפחה?
- איך המעבר השפיע על השילוב קהילתי? ובאיזה אופן? דוגמאות
- האם שמת לב להשפעה על מערכת יחסים מטפל-מטופל בעקבות המעבר? ובאיזה אופן?
- האם המעבר שינה את מאזן הכוחות ביחסים מטפל-מטופל? ובאיזה אופן (והיכן – דירות לעומת בית מרכזי)?
- לו יכולת, מה היית שומר/ת או משנה בשירות הקיים כדי להיטיב את השירות?
- למרות מרכזיותה של גישת ההחלמה, גם כיום מתמודדים חיים בשולי החברה ונתקלים בסטיגמה ובהפליה. מחקרים אף מצביעים על סטיגמות בקרב צוותי בריאות הנפש. האם חלו שינויים בתפיסות ובעמדות בצוות שלכם עם המעבר? מהם?

לקראת סיום

- אשמח לדעת אם יש משהו שלא שאלתי והיית רוצה להתייחס אליו
- האם יש משהו שהיית רוצה לשאול, להוסיף, לספר?
- האם יש מסר שהיית רוצה להעביר?
- מה למדת על עצמך כאדם וכאיש מקצוע?

נספח 7: מדריך ריאיון לקבוצת מיקוד

נפתח בסבב של שם, תפקיד וותק בשיקום

- כמה דיירים בקהילה?
- האם הייתם מעוניינים במעבר?
- למה החלטתם לעבור? מי החליט על המעבר?
- אילו הכנות נערכו לקראת המעבר: משתקמים/צוות
- מה היו החששות שלכם לקראת במעבר?
- כמה זמן לקח המעבר?
- מהן ההשפעות העיקריות של המעבר עליך כיום?
- מהם הדברים או התחומים שהשתנו באחריות שלך ובתפקידך בעקבות המעבר?
- מהן ההשפעות הפיננסיות של המעבר?
- מה החלק/תפקיד של משרד הבריאות במעבר?

צוות

- מהן ההשפעות העיקריות על הצוות?
 - ◇ מהם השינויים בהגדרת התפקידים של הצוות? כיצד השינויים הללו השפיעו על חברי הצוות? מקצועי, תפקיד, ארגוני, כיום.
 - ◇ שינוי גישה
- מהם היתרונות שאתם חווים כאנשי צוות בעבודתכם בקהילה תומכת?
 - ◇ פיתוח מיומנויות שיקומיות נוספות/אחרות
 - ◇ אחריות, עצמאות
 - ◇ בדידות
 - ◇ חוסר שליטה
- מהם החסרונות והאתגרים שאתם חווים כאנשי צוות בעבודתכם בקהילה תומכת?

משתקמים

- מהן ההשפעות העיקריות על המשתקמים?
- האם המגורים בקהילה תומכת משפיעים על איכות חיהם? וכיצד?
- האם יש ניידות בין המבנה המרכזי לדירות? ובאילו כיוונים?
- מהי ההשפעה של הניידות (הפחתת אשפוזים, מדרגות בשיקום)?
- מהם הרווחים ו/או המחירים והאתגרים העיקריים במעבר זה עבור מקבלי השירות?

◇ מענים ספציפיים יותר

◇ ניידות פחות מרתיעה

◇ אחריות

◇ עצמאות

◇ שותפות, פיתוח יכולת לראיית האחר

◇ יותר שיתופי פעולה עם הקהילה

- מיהם מקבלי השירות שהכי "הפסידו" ממעבר זה?
- האם יש הבדל בין פרופיל האנשים שעברו לבין המתמודדים כיום? האם יש השפעה על תהליכי השיקום?

ההשלכות של מבנה הקהילה התומכת (שיקום והחלמה)

מהם המאפיינים של המבנה המרכזי (מה המתמודדים מדווחים, צוות)?

- עבור אילו משתקמים הקהילה התומכת הכי תורמת? ועבור מי פחות?
- מהי מערכת יחסים בין המתמודדים במבנה המרכזי לבין המתמודדים בדירות בקהילה?
- האם יש פערים בתפיסת המעבר בין הצוות המקצועי לבין ההנהלה?
- מהן ההשפעות של המעבר על תהליך השיקום של המתמודד: תעסוקה, השכלה, פנאי, משפחה?
- איך המעבר השפיע על השילוב קהילתי? ובאיזה אופן? דוגמאות

השלכות הקהילה התומכת (יחסי מקבלי-נותני שירות)

- האם שמת לב להשפעה על מערכת היחסים מטפל-מטופל בעקבות המעבר? ובאיזה אופן?
- האם המעבר שינה את מאזן הכוחות ביחסים מטפל-מטופל? באיזה אופן? והיכן – דירות לעומת בית מרכז?
- למרות מרכזיותה של גישת ההחלמה, גם כיום מתמודדים חיים בשולי החברה ונתקלים בסטיגמה והפליה. מחקרים אף מצביעים על סטיגמות ועמדות בקרב צוותי בריאות הנפש. מהם השינויים בתפיסות ובעמדות שלכם עם המעבר?

שאלות לסיום הריאיון

- מה היית מחליף/משנה? מה חסר?
- מה היית שומר במצב הקיים של הקהילה התומכת?
- האם יש דברים נוספים או תחומים נוספים, תפקידים, כישורי כוח אדם, מאפייני ורמת התפקוד שהיית רוצה לשנות/להחליף/להוסיף במתכונת הנוכחית של קהילה תומכת?

נספח 8: ממצאים איכותניים

הממצאים האיכותניים העלו שלוש קטגוריות-על, שבכל אחת מהן כמה תמות. הקטגוריות מתייחסות ל-(1) תהליך המעבר מהוסטל לקהילה תומכת; (2) שינויים במבנה הארגוני ובמאפייני עבודת הצוות; (3) תהליכי השיקום של דיירים ועבודת הצוות. להלן פירוט של הקטגוריות והתמות, ולאחריו תיאור מפורט של הממצאים.

קטגוריה 1. לקראת מעבר: התמודדות עם המשמעויות הרגשיות והמעשיות של המעבר עבור הדיירים ועבור הצוות

תמה 1: חששות וקשיים לקראת המעבר, ודרכי ההתמודדות איתם

תת-תמה: תחושות של אילוף, אי-ודאות וחרדה לקראת המעבר

תת-תמה: למידה מאחרים, דיונים ומעבר מדורג של דיירים

תמה 2: ההיערכות למעבר כוללת אתגרים לוגיסטיים והכנה של הדיירים

תת-תמה: אתגרים לוגיסטיים

תת-תמה: הכנה אינדיבידואלית של הדיירים

- הכנה קבוצתית של הדיירים, הכוללת שיתוף במידע וחלוקת תחומי אחריות

- הכנה אינדיבידואלית של הדיירים

קטגוריה 2. שינויים במבנה הארגוני ובמאפייני עבודת הצוות

תמה 1: ההיבטים המשותפים לקהילה תומכת ולמודלים אחרים של דיור

תמה 2: השלכות המבנה החדש על סוגיות ניהוליות ופיננסיות

תמה 3: המעבר לקהילה תומכת מוביל למפגש עם אוכלוסיות מתמודדים חדשות

תמה 4: שינוי מבני מוביל לשינויים ארגוניים: דרכי העבודה משתנות

תת-תמה: התארגנות צוותית רב-מקצועית ודגש על חשיבות השיתוף במידע

תת-תמה: תחזוקה של מערך דירות, וריבוי אינטראקציות עם גורמים חיצוניים

תת-תמה: פער בין צורכי תפקידים לתקינה

תמה 5: המעבר לקהילה תומכת יוצר עומס ומוביל לשחיקה ולתחלופת עובדים

תת-תמה: מעבודה בצוות לעבודה לבד

תת-תמה: העבודה יותר דינמית וקשה

תת-תמה: עלייה בתחלופת העובדים

קטגוריה 3. קידום תהליכי שיקום של דיירים ועבודה מכוונת-החלמה של הצוות

תמה 1: שינויים בתהליכי ההחלמה של הדיירים ובתפיסות המקצועיות של הצוות

תת-תמה: חוויית נורמליזציה והומניזציה בעקבות המעבר

תת-תמה: שינויים בתפיסת עבודת השיקום וקידום תפיסות עבודה מכוונת-החלמה

- צמצום הפיקוח על הדיירים מוביל לתפיסות שיקום חדשות
- השבת האחריות אל הדיירים יוצרת שיח חדש, מבוסס החלמה

תמה 2: השינויים בתהליכי השיקום מייצרים פתרונות מותאמים ומובילים להצלחות

תת-תמה: המעבר מייצר מדרגות נוספות בתהליכי השיקום, ואלה מאפשרות גמישות ומגוון מענים

תת-תמה: האצת תהליכי שיקום בעקבות המעבר

תמה 3: השפעת המעבר על מערכות היחסים בין הדיירים, ובין הצוות לבין הדיירים

תת-תמה: השפעה חיובית על מערכות היחסים בין הדיירים לבין עצמם

תת-תמה: התחזקות הקשרים בין הצוות לבין הדיירים בעקבות ההבנה שהדיירים הם "בעלי הבית"

- שיח שוויוני יותר, הכולל אפשרויות בחירה
- הדיירים הם בעלי הבית

תמה 4: חיבורים לקהילה: עידוד ההשתלבות בקהילה והחלשת סטיגמה

תת-תמה: הנגישות של הקהילה מייצרת הזדמנויות חדשות, לא כל הדיירים בוחרים לנצל אותן

תת-תמה: שינויים חיוביים בהיבטי הסטיגמה העצמית והציבורית בעקבות המעבר

תמה 5: אתגרים וקשיים במעורר הקהילה התומכת

תת-תמה: התנועה בין הדירות ותפוסת הבית המרכזי מאתגרות את מדיניות הקליטה של דיירים חדשים

תת-תמה: פגיעה בפרטיות של דיירי הבית המרכזי

ממצאים מפורטים

קטגוריה 1. לקראת מעבר: התמודדות עם המשמעויות הרגשיות של המעבר עבור הדיירים ועבור הצוות

המרואיינים סברו כי השלב שקדם למעבר הוא בעל חשיבות לחוויית המעבר כולה, והתייחסו להיבטים שונים ולפעילויות במעגלים שונים כחלק מההכנה. קטגוריה זו מכילה שתי תמות שעניינן היבטים מרכזיים שאפיינו את ההתייחסויות לשלבים שקדמו למימוש המעבר.

התמה הראשונה היא החששות והקשיים לקראת המעבר. אלה כוללים תחושות חוסר ודאות וחרדה, ואת הגורמים המסייעים להתגבר עליהם. התמה השנייה עוסקת בחשיבות של ההכנה למעבר, וכוללת את הכנת הצוות, אתגרים לוגיסטיים, והכנת הדיירים.

תמה 1. חששות וקשיים לקראת המעבר, ודרכי ההתמודדות איתם

תמה זו משקפת התייחסויות של המרואיינים לחששות שעלו לקראת המעבר ואת דרכי ההתמודדות איתם, והיא מחולקת לשתי תת-תמות.

תחושות של אילוץ, אי-ודאות וחרדה לקראת המעבר. בכמה ראיונות עלה כי החלטה על המעבר לקהילה תומכת נבעה מתכתיב של משרד הבריאות, ונחוותה לעיתים כמהלך שנכפה על הארגון. יזם שיתף בריאיון בדבר השיקולים שהניעו אותו לקדם תהליך של מעבר מהוסטל לקהילה תומכת: "השיקול היה שיבוא יום, והוא יבוא תוך חצי שנה, שנה, שיהיה מכרז ובמסגרת המכרז אנחנו נצטרך להתחייב שכל הוסטל יצטרך להפוך תוך פרק זמן מסוים לקהילה תומכת" (יזם, מסגרת 4).

תחושות של חוסר ודאות, חרדה ומתח הועלו על ידי אנשי הצוות פעמים רבות, הן כאשר תיארו את התחושות שלהם, הן כאשר התייחסו לתחושות הדיירים:

כל המודל הזה של קהילה תומכת נוצר במקרה ולא היה ממי ללמוד כל כך. אני זוכרת שנסעתי לאיזה שני מקומות לראות איך זה עובד. היתה חרדה מאוד גדולה, גם אצל הדיירים וגם אצל הצוות, מה משרד הבריאות רוצה מאיתנו? היתה חרדה מאוד גדולה בצוות מעצם השינוי במבנה העבודה (מנהלת, מסגרת 4).

מרואיינים בתפקידי ניהול התייחסו לחששות המשותפים לכל המעורבים, ולצורך לתת לצוות ביטחון בשלבי ההכנה למעבר, כדי שיוכל לתמוך בדיירים. אחת המנהלות דיברה על החששות של הצוות ועל המסרים שהועברו לקראת המעבר:

אני חושבת שזה משהו קשור להכנה שצריכה להיות לדיירים וצוות ובעיקר לצוות, מה הצוות משדר. אני זוכרת שאנחנו באופן מאוד מושכל, השידור היה שזו ציפייה ומשהו שהוא אפשרי ושנחנו סומכים עליהם, שאנחנו נותנים להם ביטחון שזה יצליח, ופחות נתנו מקום לביטויי חרדה של הצוות. היה לצוות אפשרות לבטא את זה אבל לא מול הדיירים (מנהלת, מסגרת 4).

מרואיינים אחדים שיתפו בחששות שלהם בדבר היכולות של הדיירים להסתגל למעבר:

חרדה מאוד גדולה מה יקרה עם הדיירים, שהדיירים עלולים להיפגע מזה... הקושי הוא לזהות את התגובה המאוחרת יותר של הדיירים... שגרו בחממה והיה להם הרבה תמיכה ופתאום הם נמצאים לבד בדירה, עם אנשים אומנם שהם מכירים אבל הם לבד, לא עם צוות, צוות שבא והולך, והחרדה שמתעוררת כתוצאה מזה (מנהלת מקצועית, מסגרת 4).

אחד היזמים שיתף שהמעבר עורר בקרב כמה דיירים חרדה גדולה, שאף הובילה לאשפוז:

המעבר עשוי לערער חלק מהדיירים ולעורר חרדות. לא כל אחד יכול להיות בקהילה תומכת. כשהעברנו מבנין גדול ומשמעותי [שם מקום] לקהילה תומכת, באותו שבוע אושפזו ארבעה אנשים או חמישה, מחרדה, חרדת נטישה. הם עזבו בית, מקום שהיה בו להם חוסן, היה לו יציבות, ופתאום העבירו אותו לרחוב אחר, בקומה אחרת, בדירה בתוך בניין של אנשים נורמליים (יום, מסגרת 4).

ניתוח הראיונות מעלה כי השלבים שקדמו למעבר נחוו לא אחת כתכתיב ממקור חיצוני וכמקור לקשיים ולחרדות, הן של הצוות הן של הדיירים, שהתקשו להתמודד עם המציאות הלא ודאית הניצבת בפניהם.

למידה מאחרים, דיונים ומעבר מדורג של דיירים. תת-התמה השנייה מתייחסת לדרכי ההתמודדות של הצוות עם תחושות החרדה והמתח. לצד החרדה והחששות, המרואיינים מתארים מאמץ מכוון ללמוד לקראת מה הולכים, ומציינים כי האפשרות לדון ולשוחח עם בעלי עניין שותפים על הסוגיות המעוררות קושי וחוסר ודאות מסייעת להסתגל לרעיון.

זה היה תכנון שלנו ללכת ולראות קהילות תומכות, הלכנו לראות ב[מיקום המסגרת] ולראות את [מיקום המסגרת] ושאלנו שאלות. איך הם מתנהלים ואיך הם עשו את המעבר. שאלנו איך הם עשו את המעבר ובאיזה קשיים הם נתקלו שם גם לפני המעבר. גם תוך כדי המעבר היו להם לא מעט וגם אחר כך, כי היינו שם שנה אחרי שהם עברו. היה להם פרספקטיבה מסוימת של להגיד ככה אחרי (מנהלת, מסגרת 3).

מהראיונות השונים ניכר שנקיטת יוזמה לפנות לעמיתים שעובדים במסגרות אחרות וכבר יישמו מעבר דומה אפשרה להפיג חששות. אחת המנהלות התייחסה לחשיבות שיש להכנת הצוות, לישיבות ולדיונים שהתקיימו טרום המעבר:

זה היה גם לחשוב, קודם כל בינינו ואחרי זה עם הצוות. איך אנחנו בעצם מספרים קודם כל לצוות ואחרי זה איך אנחנו מעבירים את זה... אנחנו לא ידענו בדיוק איך זה יתקבל, זה הכל תלוי בהצגה של זה ובהסברים, וכמה שפחות לעמעם את המקומות שדיירים יכולים מהחוסר ידיעה להילחץ מהם (מנהלת, מסגרת 2).

היבט נוסף שסייע לפוגג את החרדה וההתנגדות היה בחירה בתהליך מעבר הדרגתי.

אצלנו זה היה תהליך מאוד הדרגתי ובנינו אותו בצורה כזאת שבהתחלה הוצאנו... את הכי גבוהים בהוסטל. הנחת עבודה היתה שאנחנו נוציא את הכי מתפקדים, כדי שהם יוכלו לחזור לישיבת דיירים ושיספרו שנהדר להם וטוב להם וזה, ואז בעצם זה יעודד אחרים לצאת... אז באמת התחלנו להוציא דירה אחת ובאמת בדיוק כמו שחשבנו, הם חזרו וסיפרו שהיה נהדר (מנהלת, מסגרת 4).

נראה כי למידה מניסיונם של אחרים, דיונים, שיחות הכנה ומעבר מדורג של הדיירים סייעו לצוות ולדיירים להסתגל לרעיון המעבר וליישמו הלכה למעשה, על אף הקשיים והחששות הרבים.

תמה 2. ההיערכות למעבר כוללת אתגרים לוגיסטיים והכנה של הדיירים

תמה זו מתייחסת לתהליך המעבר מהיבטים של היערכות לוגיסטית ותפעולית, והיא כוללת את הכנת הדיירים לקראת המעבר.

מראיינים רבים סיכמו את המעבר כתהליך חיובי ומוצלח, וזקפו את הצלחתו במידה רבה להכנה שעשו לקראתו. לדוגמה, מנהלת מסגרת אמרה: "אני כן חושבת שעשינו את זה... באופן מפתיע ולא מפתיע כי באמת התכוננו לזה לא מעט, המעבר עבר טוב. באמת הרגשנו שהצלחנו לעשות את זה בצורה שלא היה הרבה משברים או לא היה איזה משהו מאוד קריטי" (מנהלת, מסגרת 3).

המראיינים התייחסו לשני היבטים עיקריים של ההיערכות למעבר, והם מוצגים בשתי תת-תמות: האתגרים הלוגיסטיים של המעבר והכנת הדיירים, כמפורט להלן.

אתגרים לוגיסטיים

כל בעלי העניין שראיינו – יזמים, עובדים מקצועיים ומדריכים – הדגישו היבטים לוגיסטיים מאתגרים של תכנון והתארגנות. יום מסגרת 4 תיאר זאת כך: יש פה פאזל מאוד מורכב של המעבר והתנאים שלו. זה לא פשוט, המעבר הוא לא פשוט. הוא מעבר קשה ומעבר לוגיסטי מסובך". עובדת סוציאלית ממסגרת 2 פירטה: "היה הרבה הכנה של טרם... של טבלאות ושל לנסות לזכור כל דבר הכי קטן שיכול להיות רלוונטי למעבר".

אנשי הצוות הקדישו מחשבה רבה להיבטים הלוגיסטיים ונערכו למעבר, גם בשיתוף הדיירים. מנהלת מסגרת 2 שיתפה: "עניין הלוגיסטיקה הוא מאוד גדול... ומה לוקחים, מה לא לוקחים, איזה דברים נזרקים... גם האריזה של המשרד היתה לא פשוטה. גם לעזור לדיירים להתארגן על הדירות היה מאוד לא פשוט".

לעיתים תוארה התמודדות יצירתית עם האתגרים הלוגיסטיים, כדרך להקל וליצור עם הדיירים חוויה חיובית:

שבוע לפני המעבר התחלנו לארוז. לארוז עם 30 דיירים ושלושה משרדים ומטבח זה וואחד אריזה, אבל זה היה כיף כי עשינו מזה כל אחד ארז ועשינו מדבקות עם צבעים לפי הבית שאתה הולך. זה היה נורא נורא כיף, הכל. היה מוזיקה ואת יודעת, זה יכול להיות מבאס או שאת עושה מזה חגיגה, קרנבל ואיזה כיף שעוברים (מנהלת, מסגרת 1).

ניתן לסכם כי ההיבטים הלוגיסטיים של המעבר אתגרו את כלל אנשי הצוות, וכל אחד מהם התמודד עם האתגרים השונים במסגרת תפקידו ואחריותו.

הכנת הדיירים

המרואיינים העלו את התהליך המורכב של הכנת הדיירים למעבר. ההכנה דרשה התייחסות הן לקבוצה הן לדיירים כפרטים, כך ששלב זה תואר כשלב אינטנסיבי הדורש התכווננות ופרואקטיביות מצד המנהלות ואנשי הצוות.

הכנה קבוצתית של הדיירים, הכוללת שיתוף במידע וחלוקת תחומי אחריות. המרואיינים תיארו את הכנת הדיירים לקראת המעבר כתהליך של שקיפות מרבית ושיתוף במידע, באופן שסייע להפגת חששות ואפשר תהליך יותר חיובי:

כל ישיבת דיירים דיברנו על המעבר, זה כל הזמן עלה. גם שאלות טכניות, של מה זה קורה, כל העיכובים הם ידעו, איפה זה עומד מבחינת הבנייה, כן יש טופס 4, לא טופס 4. עשינו סיורים לראות את המקום עם הדיירים עוד שזה היה ח"רבה (מנהלת, מסגרת 3).

הצוות החל בתהליכי הכנה של הדיירים באופן קבוצתי גם באמצעות שיחות ואספות שעסקו בתכנים שונים הנוגעים למעבר:

התחלנו קבוצות שמדברות על משמעות של מגורים בבית עצמאי, בבית בקהילה, על תהליך המעבר עצמו ומה צפוי להיות בו, על נהלים וחוקים שלו, על מסגרת יום ברורה. כשכל זה קורה שהם לא יודעים איך נראה הבית שלהם ואיפה הוא יהיה, זה היה מורכב. זה לעזור להם לדמיין אותו (עו"ס, מסגרת 1).

מנהלת במסגרת אחרת תיארה גם היא את שיתוף הדיירים במידע ובחשיבה על תכנון המעבר ועל קביעת נהלים חדשים:

היה מפגשים עם הדיירים עצמם בתוך ההוסטל עצמו, חשיבה איך הם רוצים שזה יהיה, איך הם רוצים שזה ייבנה, איך תתנהל הדירה, איך תהיה החלוקה, אם הם יוכלו לבחור חדרים. הם היו בסיור... עם הזמן גם בנינו את כל הנהלים שקשורים (מנהלת, מסגרת 4).

נוסף על שיחות למתן מידע ולהסדרת נהלים, מרואיינים תיארו פעולות שעודדו את הדיירים לקחת חלק פעיל בהכנות, כולל שיתוף בתכנון ובהכנת הבית, וכן למידה ותרגול מעשי לקראת הסתגלות לסביבה החדשה.

[ערכנו] היכרות לפני המעבר. התחלנו ללכת עם הדיירים לבתים, גם היכרות עם איך אני מסתדר עם האוטובוסים ואני מגיע לבית, מהבית למקום העבודה שלי ומהבית לתחנה מרכזית והביתה שלי. עשינו עם הדיירים ניקיון של הבית... הלכנו עם הדיירים, כל בית קיבל תקציב והם ריהטו דברים מהבית, סדינים, תמונות, פחי זבל, כאילו כל הדברים שהם בחרו כדי שזה יהיה הבית שלהם (מדריך, מסגרת 1).

תהליכי ההכנה הקבוצתיים מוצגים כשלב המבשר על שינוי בתפיסה המקצועית, הכולל שיתוף הדיירים, העברת האחריות אליהם, ומיקומם כבעלי תפקיד פעיל בניהול חייהם:

עשינו תהליך של להציג את הרעיון לצוות ולדיירים שהיו שותפים ואז באנו עם זה לאספת קהילה של איך בעצם הופכים אותם להיות יותר שותפים ויותר מובילים את המסגרת. בעצם שאלנו אותם וגם דיברנו איתם על מנהיגות ושאלנו אותם מה הם היו רוצים. זאת אומרת היה ממש מפגש, זה היה כמה מפגשים עם שולחנות עגולים, עם חשיבה, יצאו מתוך זה ועדות (מנהלת, מסגרת 3).

בדומה לכך, מנהל מקצועי תיאר את ההתגייסות למאמץ המעבר כחוויה של שותפות, העצמה ולקחת אחריות של השותפים לתהליך:

בסך הכל התחושה המרכזית היתה שהם לא ילדים, הם לא המטופלים, הם לא המשתקמים הקטנים, אלא בהחלט אני חושב שהמעבר הוציא מהם, לפחות לתקופה, חלק בוגר ואחראי והם היו שותפים. אני חושב שהיתה פה איזושהי הזדמנות לשותפות מאוד מרכזית, של כלל הגורמים. גם מצד הארגון, גם מצד הצוות, גם מצד המשתקמים (מנהל מקצועי, מסגרת 3).

ניכר כי ההכנה הקבוצתית לדיירים נחוותה כבעלת ערך רב, הן להתמודדות עם חוסר הוודאות והחששות בקרב דיירים, הן להבניה מחדש של דרכי העבודה עם הדיירים תוך תיאום ציפיות מחודש בינם לבין הצוות, הן כדרך להעביר מסרים חדשים של שותפות באחריות. נראה כי מסרים אלה מבשרים על השינוי התפיסתי המיוצג במעבר, עוד בשלבים שקדמו למעבר בפועל.

הכנה אינדיבידואלית של הדיירים. מרואיינים אחדים ציינו שעבור חלק מהדיירים המעבר התגלה כחווייה ראשונית, ולכן הצריך למידה אישית של מיומנויות חדשות.

אחרי שעברנו... אחד הדיירים... אמר בחיים לא עברתי דירה. זאת היתה התנסות מבחינתי של מה זאת אומרת לעבור דירה, של לעשות סינון של מה אני לוקח איתי, מה לא, הזדמנות לסנן דברים, לראות מה יש לי. כל מיני דברים שהיו ככה מאופסנים, איך עושים את זה, איך מתארגנים, איך מסמנים (מנהלת, מסגרת 3).

ההכנה האינדיבידואלית אפשרה תהליך פנימי של הגברת המודעות והפעלת הבחירה האישית, ותהליך מעשי של למידת מיומנות חדשה. מנהלת מסגרת 3 התייחסה לצורך בהתאמה אישית של תהליך ההכנה, נוסף על ההכנה הקבוצתית, בפרט עם דיירים שביטאו חששות רבים יותר: "היה תהליך של הכנה, גם ברמה הפרטנית, זאת אומרת אצל דיירים שזה העלה בהם יותר חשש וגם חשיבה של הצוות, זאת אומרת איזה דיירים אנחנו מרגישים שצריך איתם תהליך יותר ככה אישי כי רמת החרדה יותר גבוהה".

ניתוח הראיונות מבהיר את החשיבות הרבה שהמרואיינים מייחסים לתהליכי הכנה למעבר. ניכרת הבחנה בין צורך בהכנה קולקטיבית של קבוצת הדיירים כדרך לגייס מוטיבציה ומחויבות משותפת, לבין הכנה פרטנית, הדורשת תשומת לב לצרכים אינדיבידואליים ומענים מותאמים אישית לדיירים שונים. בראייתם את הדיירים, המשתתפים תיארו את השלבים שלקראת המעבר כהזדמנות לעצירה ולהתבוננות במה שיש לי, מהם הכוחות והמסוגלות שלי, וכן הזדמנות לרכוש מיומנויות ולהעביר מסרים של שותפות והעצמה כהכנה רעיונית לקראת המעבר.

לסיכום, השלבים הקודמים למעבר מלווים באתגרים ניכרים עבור המרואיינים, וכן בקשיים ובחסמים. נראה שככל שהיו שקיפות וחווייה של שיתוף פעולה בין הגורמים הקשורים לתהליך, כך המעבר נתפס כחיובי ומוצלח. לעומת זאת, חוסר ודאות והיעדר הנחיות והדרכה היו קושי ומקור לתסכול רב בקרב הצוותים, וכן נתפסו כמקור למצוקה בקרב הדיירים. תהליכים אלה מצביעים על חשיבותם של שלבי ההכנה להצלחת המעבר, ועל חשיבותם של הכשרה וליווי מקצועי לכל הדרגים.

קטגוריה 2: שינויים במבנה הארגוני ובמאפייני עבודת הצוות

קטגוריה זו מאגדת התייחסויות של המרואיינים להיבטים ולשינויים ארגוניים שיצר המעבר, והיא כוללת חמש תמות: ההיבטים המשותפים לקהילה תומכת ולמודלים אחרים של דיור;

השלכות המבנה החדש על סוגיות ניהוליות ופיננסיות; שינוי מבני מוביל לשינויים ארגוניים: דרכי העבודה משתנות; המעבר לקהילה תומכת מוביל למפגש עם אוכלוסיות מתמודדות חדשות; המעבר לקהילה תומכת יוצר עומס ומוביל לשחיקה ולתחלופת עובדים.

תמה 1. ההיבטים המשותפים לקהילה תומכת ולמודלים אחרים של דיור

אחדים מהמראיינים התייחסו להיבטים דומים ומשותפים לעבודה בהוסטל או בדיור מוגן ולקהילה תומכת. לדוגמה, המנהל המקצועי של מסגרת 4 בחר להדגיש את הבסיס המשותף: "בכלל, הוסטל או קהילה תומכת, אני לא עושה את ההפרדה בין הוסטל לקהילה תומכת, בהמשך אנחנו נעשה את ההפרדה. בעצם... זה ליצור מסגרת מכילה, תומכת, מחזקת, יציבה ומקבלת עבור המתמודדים".

מראיינים הדגישו את הדמיון של המבנה המרכזי בקהילה התומכת להוסטל. למשל, עובדת סוציאלית במסגרת 4 התייחסה לכך שעבור הצוות במבנה המרכזי העבודה לא השתנתה בעקבות המעבר: "בעצם מי שעובד פה במבנה המרכזי רוב הזמן אז הוא די נשאר אותו דבר". מנהל מקצועי הדגיש גם הוא את קווי הדמיון כאשר דיבר על אוכלוסיית דיירי המבנה המרכזי: "אני יכול להגיד שבמבנה המרכזי יש עדיין את אותם דיירים כמו שהיו בהוסטל, שהיום זה וילה יפה ומשהו יותר אינטימי אבל זה קצת ההוסטל" (מנהל מקצועי, מסגרת 2). אותו מנהל הבהיר את הדמיון להוסטל גם בחלק מדירות הלוויין, במעגל הקרוב למבנה המרכזי, המכילות אוכלוסייה הזקוקה לתמיכות רבות יותר, ובהן מיושמת למעשה עבודה דמוית-ההוסטל:

אני חושב שמה שיפה בקהילה זה שהיא יכולה להכיל גם קבוצה יותר גדולה, אני יכול להגיד שבעצם יש את המבנה המרכזי שזה קצת יותר דומה להוסטל המסורתי, יש את המעגל השני שזה העוד דירה או שניים שהן מאוד קרובות יחסית והמעגל היותר רחב של הדירות שיכולות להיות יותר רחוקות (מנהל מקצועי, מסגרת 2).

מדברים אלה עולה כי הקהילה התומכת משמרת אומנם גם מודל של הוסטל, אך בד בבד יש בה טווח של סגנונות דיור שיקומי, המייצגים שלבי ביניים של רמות עצמאות ורמות תמיכה.

דוגמה נוספת אשר מבירה את הדמיון למודלים נוספים בדיור מביא מנהל מסגרת 4, המתייחס לדילמות הנוגעות בהתאמת השותפים בדירות: "זה לא מיוחד לקהילה תומכת... אני מעריך, אבל באחוזים פחותים, שאת הדילמה הזאת יש בדיור מוגן רגיל, כלומר לעשות את ה-matching הזה".

בתמה זו מוצגת התפיסה ולפיה קהילה תומכת אינה שונה, בכמה מובנים בסיסיים, מסוגי דיור מוכרים. מרואיינים אחדים הדגישו שאופיו של המבנה המרכזי דומה להוסטל, ואחרים אמרו כי קהילה תומכת משמרת עקרונות בסיסיים המנחים את העבודה גם בהוסטל וגם בדיור המונן.

תמה 2. השפעות המבנה החדש על סוגיות ניהוליות ופיננסיות

תמה זו עניינה ההשפעות הארגוניות, הניהוליות והפיננסיות של המעבר, כולל השלכות על תקינה והגדרות תפקיד. כמה מרואיינים הדגישו כי הוצאות התחזוקה השוטפת של קהילה תומכת גבוהות מהעלויות של תחזוקת הוסטל. יזם מסגרת 4 הסביר: "זה כשל כלכלי בתחום עלות הדיור. אתה לוקח בית ומפזר אותו בשמונה דירות, אז תיקח בחשבון שהעלויות הדיור יהיו אין-סופיות כמעט".

יזם מסגרת 2 טען כי אומנם ההוצאות הגבוהות בעת המעבר מתאזנות בהמשך, אך הסביר גם הוא את העדיפות הכלכלית של מבנה אחד: "יש שינוי בהוצאות האחזקה, שינוי בכמות הצוות, אבל במהות אין שינוי. כלכלית, בהתחלה זה יותר יקר אבל אחר כך מתאזן. המעבר עצמו מאוד יקר. מבחינה כלכלית עדיף שיהיו במקום אחד". פיצול יחידות הדיור מוביל לעלויות תפעול גבוהות יותר מאשר במבנה יחיד: "ברגע שאתה נותן קצת יותר עצמאות תפעולית אתה יכול וחוסף הרבה יותר תקלות, בלאי גדול מאוד, מחשבים, זה דוגמאות מאוד רלוונטיות לגבינו" (יזם מסגרת 4).

הפיזור הגיאוגרפי משפיע גם על עלויות התקינה, עקב השינוי בעבודתם של מדריכי לילה: "כשזה מפוזר על הרבה דירות זה מחייב אותי לפחות לשני מדריכים... ויש לי תיקנון אחר לגמרי ובעלויות גבוהות בהרבה ממה שהיה לנו" (יזם מסגרת 4).

יזמים ומנהלי מסגרות התייחסו להיבטים פיננסיים המשפיעים על קבלת החלטות במעבר, בפרט בבחירת היישוב שהקהילה תתמקם בו. סוגיה זו קשורה גם לדיאלוג בין מסגרת השירות לבין "הרגולטור":

המעברים הם קשים כי גם הרגולטור לא הגדיר ובטח לא עד הסוף את הסטנדרטים של קהילה תומכת. הוא ניסה אבל כי גם הוא חסר ניסיון בתחום הזה... המדינה ומשרד השיכון והבריאות מזיזים במודע את המשתקמים לשכונות עוני ושכונות זניחות מלאות פשע והם יורים בהם, הם פשוט הורגים אותם. זורקים אותם לשולי החברה שהיה אידאולוגיה להטמיע אותם בתוך החברה, אבל באיזה חברה? בחברה נורמטיבית (יזם, מסגרת 4).

רכיב חשוב בעלויות הוא שכר העובדים. עם המעבר לקהילה תומכת המנהלים נושאים באחריות להרבה יותר משתקמים ותחומים, ובהתאם לכך מתוגמלים בשכר גבוה יותר: "זה לא אותה משכורת, כל מנהל שעובר לקהילה תומכת מקבל ממני תוספת, זאת אחריות לגמרי... בקהילה כמו ב[מקום] למשל, שעברו למשל את ה-50 [דיירים], יש סגן. פשוט מיניתי לכל מנהל סגן" (יום מסגרת 4).

מנהלת נוספת התייחסה למורכבות הניהול בתנאים אלה:

אני מרגישה ששילמתי הרבה מחירים במעבר הזה. הייתי על מוד של הישרדות וכל הזמן להחזיק, שיתפקד ושיהיה מכל הבחינות. גם לתת שירות מקצועי לדיירים ולא לפספס בשום דבר. גם לדאוג שיהיו מספיק אנשים כדי לשלם שכר דירה. כי בכל זאת אני מחויבת לזמינות ואני מחויבת למערכת וזה לא פשוט כי אחד בא על חשבון השני... הכפלת את מספר הדיירים, זה גבה מחירים מאוד כבדים ועומס רגשי והכל שיהיה מתוקתק (מנהלת, מסגרת 3).

זימת מסגרת 3 הדגישה שהעלויות העיקריות הן תפעול וניהול הבית המרכזי: "זה בעייתי כלכלית, זה לא מתקצב. זה הבתים ששואבים את הכי הרבה משאבים כלכליים כי יש שם צוות 24 שעות ומנקה ומבשלת".

לעומת אתגרי התקציב ברמת הארגון, באחד הראיונות עלה כי לקהילה התומכת יש גם יתרונות תקציביים שהדיירים נהנים מהם.

אני רוצה להתייחס לעוד יתרון... שבעצם הדיירים נהנים מתקציב של פנאי של הוסטל, בניגוד לדיור מוגן, הם בעצם משלמים כמו של הוסטל אבל מקבלים דירה כמו של דיור מוגן אבל בתוספת, דירה שהיא מצוידת, מרוהטת, בעיות של אחזקה, ניקיון. כאילו הם בעצם מקבלים פה מעטפת הרבה יותר איכותית, גם זולה, אבל עדיין החדר הפרטי. מעבר לזה, גם כל התקציב פנאי מאפשר את כל הנושא של... הטיולים... הנופש, עוד כל מיני חוגים, קבוצות, עוד הרבה עושר שלם שאני, כשאני גם מנהל מקצועי של מסגרות של דיור מוגן ואני גם באתי מדיור מוגן, אין כלום... התקציב גם אם הוא לא עצום הוא נותן בסיס לדברים חברתיים ולדברים של העשרה, נופש, פנאי, טיולים (מנהל מקצועי, מסגרת 3).

לפיכך, לצד אתגרים תקציביים בארגון של קהילה תומכת ניכרים גם שינויים המאפשרים לשפר את השירות הנ ניתן לדיירים, ובכך תורמים לשיפור באיכות חייהם וברווחתם.

תמה 3. המעבר לקהילה תומכת מוביל למפגש עם אוכלוסיות מתמודדים חדשות

תמה זו מתייחסת לשילובן של אוכלוסיות חדשות בקהילה ולהזדקנות הדיירים. המראיינים ציינו כי אוכלוסיות הדיירים החדשות דרשו התמודדויות עם אתגרים שונים וחייבו התערבויות חדשות. עקב המעבר לקהילה תומכת, חלק מהמסגרות החלו לשרת אוכלוסיות חדשות ומגוונות יותר, גם מבחינת גיל, מאשר בהוסטל, שהרכב האוכלוסייה בו היה הומוגני יותר. שינויים אלה דרשו התאמה של דרכי העבודה והשירות לדיירים. לדוגמה, מנהלת סיפרה כי העלייה בגיל הדיירים דרשה שינויים בהערכת הצרכים שלהם והתאמה ארגונית:

זה משהו שקשור במדיניות שבעצם לא כל כך נותנים מענים לאוכלוסיות שהמצב הפיזי שלהם משתנה, שמתבגרים, אז אני אמרתי לך... שאני עשיתי שינוי גם בתפיסה הזאת עם השנים, הכנסנו מנקה. מבשלת לא, זה עדיין לא... וזה בגלל שהאוכלוסייה מזדקנת ונהיית יותר חולה פיזית ויש צרכים אחרים שמשתנים, ואז כבר עולות שאלות לעשות עוד דירה רמה ד' בקהילה התומכת... כלומר יש איזשהו חוסר מענה להזדקנות של האוכלוסייה ולהחמרה במצבים פיזיים שקשור גם במודל של הקהילה התומכת, כי שוב אני מדברת על תקנים... אם אני צריכה לתת יותר תגבור בדירה מסוימת אז זה יהיה על חשבון דירה אחרת כי אין לי (מנהלת, מסגרת 4).

ציטוט זה מאיר כמה מההשפעות שיש להזדקנות האוכלוסייה, בעיקר מבחינה ארגונית: צורך לאייש תפקידים בצורה שונה וצורך בשינויי תקינה, שכן הצוות צריך להסתדר עם אותה מצבת כוח אדם בכל זמן נתון, ובמעט מאוד גמישות, גם כשהצרכים משתנים. הזדקנות הדיירים משמעה גם יותר תחלואה גופנית, וזו משפיעה על מורכבות העבודה:

אני חייבת... להוסיף את העניין של הזדקנות הדיירים. שנגיד [שם], תמיד היתה התעסקות סביב הסכרת שלו אבל זה לא ברמה שזה היום שהוא כמה פעמים בחודש מגיע למיון והאחות, מוזל שיש אחות, באמת כל שבוע מדברת עם הרופא סכרת שלו... וכן, דיירים כאן מזדקנים. זה מוסיף מורכבות (עו"ס, מסגרת 3).

שינויים בהרכב האוכלוסייה עשויים להיחוו על ידי הצוות כקושי, כמו במקרה של הזדקנות האוכלוסייה, אך לעיתים הם מתגלים כיתרון – כשמדובר באפשרות בשותפות ובנחות שבמגורים רב-גיליים:

אנחנו כן גילינו שמגורים של אנשים בגילאים שונים בדירה יוצר שותפות ומגורים טובים ונוחים יותר בתוך הדירה מאשר אם זה בני אותו גיל, במיוחד אם זה צעירים. כלומר אם זה צעירים זה הרבה פעמים מאוד קשה, אלא אם כן זה צעירים מאוד מיוחדים שהם בוגרים ושקטים יחסית. אבל באמת ברנע שאתה מכניס עם צעירים אנשים מבוגרים יותר אז יש יותר איזון ולמידה, כמו במשפחה (מנהלת, מסגרת 4).

מראיינים ציינו שינויים נוספים בהרכב האוכלוסייה, דוגמת אנשים עם צרכים מורכבים: "אני חושבת שזו סוג האוכלוסייה שהגיעה שהיא השתנתה, שהם מקרים שהם יותר מורכבים... אני חושבת שזה בגלל תפקודים גבוהים ועם זאת מורכבויות אחרות... הרבה יותר מורכבויות התנהגותיות ואישיות" (עו"ס, מסגרת 3). עובדת סוציאלית במסגרת אחרת תיארה את המשימות שנוספו לתפקידי הצוות עם כניסתן של אוכלוסיות דיירים עם מצבים מורכבים, ואת העומס שנוצר:

מאוד קריטי שמספר המקרים המורכבים גדל ואתה נמצא בעצם באותו תקן שאתה נמצא בו, כי זה בלתי אפשרי להגיע לכל הדברים כי הטווח של סוגי הדברים שצריך לטפל בו פר בן אדם הוא עצום. יש לי דיירת שגם יש לי ענייני רווחה איתה וצריך לטפל בעניין של ילד קטן שיש לה וגם עניינים רפואיים, פסיכיאטריים, שתמיד היו, וגם שוב היחידה לטיפול בהתמכרויות וענייני סיוע בשכר דירה או סיוע משפטי או כל מיני. הטווח הוא ענק (עו"ס, מסגרת 2).

כניסת אוכלוסיות במצבים מורכבים נקשרת בדברי מראיינים גם לעובדה שאנשים אלה חיים בקהילה ונמצאים תחת השגחה מועטה, כך שאתגרי הליווי והפיקוח מתגברים.

לא דיברנו על המורכבות של הדייר, שגם דיירים שבתחומים מסוימים מאוד עצמאיים, יש תחומים שעדיין, למשל עניין החובות, זה שהם נמצאים בקהילה אז אתה הולך לחנות הזאת ורושם והולך לחנות הזאת ורושם, יש יותר קושי לפקח על הדברים האלה. ויש מקומות שאנחנו כבר לא יכולים לפקח ולא יכולים לעזור שמה (עו"ס, מסגרת 2).

השינוי בהרכב הדיירים עשוי להשפיע באופנים מגוונים גם על הדיירים האחרים בדירה:

אפשר לדבר על זה שאלה מרימים את אלה, אבל גם אלה מורידים את אלה. אז גם בדירות זה קורה. שמישהי לא במצב טוב היא יכולה להפיל גם את החברות שלה, אבל הם גם, אנחנו מתחזקים את זה ורוב המקרים הם מעלים אחד את השני למעלה, ולא מורידים" (מנהלת מסגרת 3).

עם המעבר למסגרת המאפשרת רצף של סוגי דיור החלו להגיע אוכלוסיות חדשות שאתגרן את הצוות ודרשו ממנו לתת מענים אחרים מאלה שהיו נהוגים בהוסטל. לצד יתרונות מסוימים, קליטת אוכלוסיות חדשות נתפסה לא אחת כאתגר ומעמסה על הצוות, ותרמה לתחושת עומס ושחיקה, כמפורט בתמה הבאה.

תמה 4. המעבר לקהילה תומכת יוצר עומס ומוביל לשחיקה ולתחלופת עובדים

תמה זו עוסקת בהיבטים של העומסים המקצועיים והרגשיים שגרר המעבר. המרואיינים דיווחו כי עקב המעבר התגבר העומס בעבודתם, והתייחסו לכך שבמבנה הארגוני החדש עובדים יותר לבד, ושהעבודה קשה יותר. עומסים אלו מובילים לשחיקה ולתחלופה גבוהה של עובדים. תמה זו מחולקת לשלוש תת-תמות: מעבודת צוות לעבודה לבד; העבודה יותר קשה; עלייה בתחלופת העובדים.

מעבודת צוות לעבודה לבד. המעבר לקהילה תומכת כרוך בשינוי באופי עבודת הצוות: מעבודה בבית אחד שבו מתרכזת כל הפעילות, לעבודה המפוזרת בין בתים שונים. השינוי שהצוות עובר על רקע הפרדת הבתים כרוך בקושי ובהסתגלות להתנהלות חדשה: מעבודה של כל הצוות תחת קורת גג אחת, לעבודה באופן פרטני מול הדיירים בבתיים. אחת המרואיינות ציינה את הקושי להסתגל לעבוד לבד, עם פחות תמיכה מצד אנשי צוות אחרים, ופחות תחושת גיבוי:

היינו צוות מאוד מגובש, אני זוכרת שכל פעם שנתקעתי היה לי מי שיאסוף את עצמי מחדש... אני חושבת שנוצרה הפרדה. הבתים והמדריכים, זה היה קושי מאוד גדול להתרגל לזה שאתה עובד עם עוד מישהו, פתאום לעבוד לבד. גם בדידות, גם זה שאין איתך מישהו במשמרת, שאתה צריך להחזיק את הכל. הצוות הרגיש שכל אחד עובד לעצמו. היינו רגילים שכולם באותו מקום וכולם רואים את כולם והעו"ס רואה את המדריכים או יושבים לפעמים ביחד, וכאילו פתאום זה היה כזה כל אחד לעצמו (מדריכה, מסגרת 1).

אנשי מקצוע נוספים הדגישו את הקושי המוטל על המדריכים במודל העבודה החדש: "הדרישה שלנו היא – תהיו בדירות. ויש משהו מאוד לבד בלהיות בדירה, לעומת שאתה בהוסטל ואז הכל נורא קרוב. ואז הביחד שלהם הוא פה במשרד וגם את זה אנחנו מנסות להקטין, כי כן, הדיירים צריכים אותם איתם" (מנהל מקצועי, מסגרת 2).

מדריכים התייחסו לבדידות שהם חווים משום שאינם מרבים לפגוש עמיתים לצוות ולהתאורר בקשרים בין-אישיים לא פורמליים, כפי שמדגימים שני הציטוטים הבאים: "כן אני שומעת את המדריכים. מדריכה אחת שאומרת... אני רוצה כמה דקות, לא ראיתי את המדריך הזה כבר שבוע... כל פעם שאני בדירה הזאת הוא שם ואין לנו זמן" (עו"ס, מסגרת 2); "היו בינינו קשרים מאוד טובים ואין את האורור ולשבת רגע לסיגריה באמצע העבודה" (מדריכה, מסגרת 1).

מנהלת תיארה את האתגר שבהכשרה ובהדרכה של צוות העובד בתנאים אחרים וחווה בדידות:

[המעבר] הצריך לפתח מערך של הכשרה נוספת לצוות. אני חושבת שזה הצריך מפגשים שלי כמנהלת בין אם זה פרטני ובין אם זה קבוצתיים עם הצוות. כי מה שקורה, בניגוד להוסטל שבו כל הצוות עובד כל הזמן ביחד ואז אתה רואה גם, כי כשאתה רואה בן אדם אתה לא רק רואה אותו פיזית אתה גם מצליח לראות אותו ונותן לו מענים אחרים. וכשצוות עובד בחוץ נוצרת הרבה פעמים תחושה של בדידות... כי הם צוות שהיה רגיל לעבוד ביחד ופתאום יש מדריך שמחזיק בית אבל הוא לבד. הוא לבד שמונה שעות ואין לו קולגה. ואיך יוצרים את הקולגיאליזם עם מדריכים שעובדים בבתי אחרים? זאת מיומנות אחרת, זה מענה אחר, וזה גם יכולת בתוך מערכת לפתח יכולת לראות את המדריכים בלי שאתה רואה אותם פיזית כל הזמן. אני חושבת שזה עניין של הכשרה. אני חושבת שזה עניין של לתת להם מענה בין אם זה רגשי לתחושת הבדידות שלהם, אני חושבת שכמנהל אתה צריך יותר ללמוד לסימוך על הצוות שלך כי הוא באמת נמצא כל הזמן ובכל מקום (מנהלת, מסגרת 1).

מהראיונות עולה כי תנאי העבודה של הצוות, בעיקר של המדריכים, השתנו, וכי העבודה נעשית כעת בבדידות מקצועית. ביצוע משימות השיקום כמעט ללא נוכחות של אנשי צוות נוספים מוצג על ידי המראיינים כמורכב יותר מאשר בהוסטל. עוד עולה שכדי לתת למדריכים את ההדרכה והתמיכה שהם זקוקים להן מבחינה מקצועית, רגשית ומעשית, דרושה הכשרה גם לאנשי המקצוע.

העבודה יותר דינמית וקשה. מרואיינים רבים ציינו כי עם המעבר לקהילה תומכת העבודה הופכת קשה יותר בשל הוספת ממדים חדשים לעבודה, תנועה במרחב גיאוגרפי ואתגרים שהם לא נתקלו בהם בעבר. עובדת סוציאלית מתארת את העומס על המדריכים עקב המרחקים בין דירות, לצד חוסר תגמול כספי, ומציינת כי גם עבודת הצוות המקצועי נעשתה אינטנסיבית יותר:

גם מבחינת הנסיעות, הרבה מדריכים מעדיפים לעשות את זה ברכב שלהם, את המרחקים האלה כי הם צריכים להיות בשלוש דירות ואז הם נוסעים עם הרכב מפה ואז לשם. ואף אחד לא נותן להם על זה כסף וזה לא משהו שמשולם להם. אני חושבת שגם רמת הליוויים שלנו גדלה באופן משמעותי כאילו כלפי חוץ. אני מרגישה את זה ממש. שרמת הפגישות שיש לי בחוץ והרבה דברים (עו"ס, מסגרת 2).

בדבריהם של רבים מהמרואיינים, המעבר מעבודה המרוכזת במבנה יחיד לעבודה במרחב גיאוגרפי מתואר כקושי בולט.

פה את צריכה לעבור מדירה לדירה ולהפך, פה הדירות הרבה יותר רחוקות אחת מהשנייה. לפחות בחוויה שלי, היה לי הרבה הרבה יותר נוח שכולם היו במתחם אחד ואז אני עולה לשם, הולכת לפה... ופה זה פרוס, כאילו בתוך הקהילה ואז צריך להתניע את האוטו ולנסוע. אז בשבילי זה דורש הרבה יותר... [בעבר] אם היה לי איזה מקרה חירום, הייתי עולה ישר למעלה והיה הרבה יותר קל לגשת לדיירים. אם היום יש מקרה חירום נגיד באחת הדירות אז צריך להיכנס לאוטו, להניע ולנסוע (עו"ס, מסגרת 3).

מעבר לניידות הנדרשת בתפקיד, מרואיינים תיארו את האינטנסיביות שבעבודה הישירה בדירה עצמה עם הדיירים:

הרבה יותר מרגישים אותם... [הם] הרבה יותר באים לידי ביטוי. רואים אותם יותר. אני חושב שזה יתרון וגם קושי גדול. אני באתי לעבוד אחרי המעבר – המשמרות הרגישו לי הרבה יותר אינטנסיביות למרות שלא היתה יותר עבודה. זה הרגיש לי שסיימתי את המשמרת הרבה יותר עייף ולא שעשיתי יותר עבודה. פשוט זה היה כל הזמן כל הזמן להיות מדריך, בלי להיות לבד. אתה נכנס לעומק לכל דבר, לכל מילה. היום כשאתה מדריך על פחות אנשים יש לך את הזמן לשיחות יותר רציניות ועמוקות. לעשות אותו הדבר הרבה פעמים לאורך הרבה משמרות זה יוצר אווירה של טחינה ושל אותו הדבר (מדריך, מסגרת 1).

מדריכה נוספת במסגרת 1 תיארה את השינוי שחל באינטנסיביות של העבודה עקב המעבר:

עבודת ההיגיינה נהייתה פי אלף יותר אינטנסיבית. כי זה כל הזמן על הפנים שלך. אתה כל הזמן שם. אתה כאילו בתוך הבית שלהם. בהוסטל הוא בדירה שלו ולו יש את הפינה שלו. לא היינו נכנסים לשם המון. הסקאלה של הבתים לפי העצמאות שלהם, זו סקאלה לפי מה יותר קשה למדריכים, כי המשמרות יותר ארוכות בבתים וגם המשמרות קשוחות יותר.

מדברי המרואיינים שהתייחסו לתמה זו עולה כי המרחבים והניידות מקשים עליהם את העבודה ומגבירים את העומס המוטל עליהם. בד בבד, אפשר להבין כי המגע הקרוב עם הדיירים, הנוכחות והזמינות הרבות יותר של הצוות בקהילה התומכת מאפשר גם התפתחות של קשר מעמיק יותר עימם.

עלייה בתחלופת העובדים. מן הראיונות עולה כי האינטנסיביות והעומס שמוטל על הצוות גורמים לשחיקה, וכפועל יוצא מכך לתחלופת עובדים – בעיקר בשלבים הראשונים לאחר המעבר:

היו תחלופות לא מעטות בצוות, גם מבחינת מדריכים וגם מתאמות. שמתאמות זה יותר משהו שבוא נגיד רואים אותו כיוצא דופן, שלוש מתאמות מאוד מאוד טובות שאהבו מאוד את העבודה ובאמת השחיקה גרמה להם לחפש משהו אחר. וגם בצוות עצמו עולים המון המון דברים בתוך הצוות וקשיים שאתה ככה בגלל העומס מנסה כל הזמן לעזור שם ולא תמיד יש לך איך. אז יש הרבה תחלופה ועזיבות, חוינו המון תקופות של חוסר של צוות (מנהלת, מסגרת 2).

אותה מנהלת התייחסה לבעיה של תחלופת עובדים, והדגישה שהסיבה לכך היא הפער בין דרישות משרד הבריאות לבין מיעוט המשאבים:

בשנים האחרונות באמת היתה תחלופה מאוד גדולה של מדריכי לילה. יש בכלל בעיה מאוד רצינית... של עובדים. דבר נוסף זה... הפער שנוצר בין ציפיות ודרישות של משרד הבריאות מעובדים להתמקצע ולעבוד על תוכניות כאלה ואחרות... לעבוד באופן שיקומי עם הדיירים בלי לתת בעצם לא תמורה כספית. זוהי משפיע ובקהילה תומכת לדעתי זה אפילו יותר חזק, כי אם קודם אתה עבדת קבוצה וצוות והיתה לך הפסקה ובאמת למשרד, ואולי מצאת שם עוד אנשים ויכולת להתייעץ. ובקהילה התומכת, למדריכים וגם לעובדים סוציאליים שעובדים שם, המתאמי שיקום, הם לבד שם בדירה. אז אם יש אירוע, יש בעיה,

יש משהו, הם רחוקים יחסית. כמו בדיור מוגן במובן מסוים, ואתה צריך לבנות איזושהי קבוצת תמיכה שתאפשר סתם לדבר אפילו, סתם ככה, וזה משהו שצריך לדעת, זה חשוב (מנהלת, מסגרת 2).

לצד העומס והקשיים הנובעים מהשינויים בתפקידי הצוות, קשה להציע לעובדים תגמול ראוי ותמיכה מספקת. אחד המנהלים הסביר מדוע במודל של קהילה תומכת התחלופה עולה:

אני אניד לך איך זה כן קשור לקהילה התומכת. משום שיש שני מרכיבים לתפקיד, יש את המרכיב המקצועי, הקשר לאנשים, תחושת התרומה של האנשים, כל הדברים האלה שכשאתה נותן לבן אדם משכורת מעליבה הוא יכול לפחות להחזיק את עצמו דרך תחושת הנתינה, דרך תחושת הקשר לאנשים, דרך תחושת הכרת התודה מהאנשים, זה נדבר אחד. ברגע שאתה מציב לו עוד מחויבויות שהן טכניות לחלוטין, שהוא עכשיו צריך לתזז ממקום למקום במרחקים מאוד גדולים, נניח אנחנו נמצאים פה עכשיו ובשביל להגיע לשם זה בערך עשרים דקות (מנהל, מסגרת 4).

בתמה זו עולה כי הגדרות התפקיד בקהילה הן פרטניות יותר מאשר בהוסטל, שבו העבודה היתה צוותית יותר. בהתאם לכך, המראיינים הצביעו על קשיים הנובעים מבדידות מקצועית. עוד עולה מן הראיונות כי העבודה מחייבת נייחות ויוצרת עומסים טכניים ורגשיים, ואלה אינם באים לידי ביטוי בתגמול החומרי. תחושת העומס והקושי לתת מעני הדרכה התואמים את צרכי העובדים גורמים יחדיו להגברת השחיקה ולתחלופה גבוהה יותר של הצוות.

תמה 4. שינוי מבני מוביל לשינויים ארגוניים: דרכי העבודה משתנות

תמה זו עוסקת בשינוי הארגוני והמבני, שדרש התאמה ושינוי של נוהלי העבודה ונהלים אחרים שהיו נהוגים בהוסטל. אלה כללו תיקוף של נוהלי העבודה: "זה בעצם היה סוג של לכתוב מחדש את ספר הנהלים ואת כל התפקידים וכל חלוקת התפקידים במסגרת" (מנהלת מסגרת 3). מנהלת מסגרת 2 התייחסה גם היא לצורך בעדכון נוהלי העבודה: "מבחינת העבודה, אנחנו ראינו מההתחלה שצריך הרבה נהלים לשנות, המון בעצם דרכי התנהלות שלפני זה היה לנו ככה נגיד סדר יום למדריך לילה, סדר יום למדריך יום, הכל היינו צריכים לשנות. היינו צריכים להתחיל הכל מחדש".

ניהול סדר היום ברמה היום-יומית דרש שינויים, ואלה לוו בחשיבה, תכנון והסתגלות. לדוגמה, סוגיית הקימה בבוקר של הדיירים דרשה מהצוות התארגנות חדשה:

נשאלה השאלה של הקימה בבוקר. זאת אחת השאלות הקשות בקהילה תומכת... משום שחלק מהציפייה שעברה לדיירים היא שמי שעובר לדירה זה מי שאנחנו מאוד סומכים עליו שהוא מסוגל לקום בבוקר ו... אנחנו לא מתכננים בכלל להעיר אותו. לא היה תכנון, זה לא היה משהו שהוחלט שעובר מדריך ומעיר את הדיירים, שום כלום. מוכנים לעזור כמובן בחשיבה איך... אם מישהו רוצה שיתקשרו אליו, אם מישהו רוצה שיעון מעורר, אולי דייר אחר... (מנהלת מקצועית, מסגרת 4).

המעבר למודל עבודה חדש הציב מנהלים במצבים לא מוכרים שדרשו מהם להתמודד עם חוסר ודאות ולמצוא פתרונות מעשיים:

ללמוד מודל חדש, זאת אומרת מזה שהכל נמצא לך מתחת לעיניים או בניין אחד שיש בו את הכל לבעצם אתה לא רואה אותם, הם מפוזרים, אתה צריך ללמוד איך לעבוד עם זה. זאת אומרים שמדריכים הולכים ומסתובבים בדירות. לבנות איזה סדר יום, איזה הגדרות. מה קורה כשיש מדריך לילה שהוא לבד? (מנהלת, מסגרת 2).

בשינויים אלה מודגשים היבטים של התארגנות צוותית רב-מקצועית והאתגרים הנובעים מהחזקת מערך של דירות, הדורש חלוקה שונה והגדרות חדשות של תפקידים ואחריות. בולט בדברי המראיינים ההקשר התפיסתי-מקצועי שהם מתייחסים אליו כרכיב מובנה במעבר, וניכר מדבריהם השינוי בדרכי העבודה כביטוי של שינוי בתפיסה המקצועית.

תמה זו מחולקת לשלוש תת-תמות: התארגנות צוותית רב-מקצועית ודגש על חשיבות השיתוף בידע; תחזוקה של מערך דירות וריבוי אינטראקציות עם גורמים חיצוניים ואתגרים לוגיסטיים; פער בין צורכי תפקידים לתקינה.

התארגנות צוותית רב-מקצועית ודגש על חשיבות השיתוף בידע. השינוי במערך המבני של הדיור דורש התארגנות מחדש, המביאה בחשבון השלכות על חלוקת האחריות, התקינה, המשאבים והתפקידים בצוות. ההתארגנות הצוותית תוארה כמהלך שדורש תפיסה ניהולית מעודכנת, הנותנת מקום לשותפות ולצמצום של יחסים היררכיים לטובת מתן מרחב לביטוי של כלל רכיבי הצוות. למשל, מנהלת מקצועית סיפרה:

זה הצריך ממני... שינוי מסוים במודל הניהול, אבל... מסוים, כי מלכתחילה התפיסה הניהולית שלי היתה של עבודה... יותר שיתופית, פחות היררכית... החשיבה שלי זה שבעצם אני לא מנהלת לבד את המערכת, יש לי שותפים, יש אנשים שבעצם אני חושבת יחד איתם מה נכון ומה לא נכון ואני מחליטה בסופו של דבר, כי האחריות היא שלי... החשיבה היא שהאנשים שעובדים בשטח ושחווים את העבודה הישירה עם המתמודדים... ובאים עם הניסיון חיים שלהם והידע שלהם, הם אנשים שחשוב ונכון לשמוע לדעתם והם אלה שבעצם יצטרכו בפועל למלא את הדברים (מנהלת מקצועית, מסגרת 4).

מרואיינים הנושאים בתפקיד ניהולי תיארו פרקטיקה של שיתוף בידע כרכיב חשוב בתהליך המעבר, כיוון שהתהליך מאופיין בצורך לקבל החלטות מרובות הכרוכות בשיקולים ובלבטים שונים: "היה העניין הזה של ליצור רישות של מידע ואינפורמציה שתעבור בין כולם ושכולם יהיו גם מיוזמים... לגבי התוכניות ומה נעשה עם כל אחד, ומה הקשיים והצרכים והתהליכים ושיתוף" (מנהלת מקצועית, מסגרת 4).

אחד המנהלים התייחס לשינוי ולחשיבותם של הניסיון המקצועי והדוגמה האישית בהובלת התהליך:

אני הייתי מתאם בדיור מוגן... וניהלתי מסגרות של דיור מוגן... הצוות שבא מתוך המסגרת של ההוסטל ופחות הכיר מודלים אחרים אז היה הרבה יותר חששות איך זה יעבוד, בעיקר המון חששות בקטע שזה לא יתפרק ושליטה וודאות... וגם היה מאוד חשוב שהצוות לא יקרין את החששות שלו לדיירים. הנושא של מנהיגות מאוד נבחן פה... לרתום את שאר הצוות (מנהל, מסגרת 2).

תהליכים אלה מלמדים כי המעבר הוא הזדמנות לצמיחה מקצועית ולחוויה של עבודת צוות חיונית ומגובשת:

לעשות את החשיבה המשותפת ולהחליט ביחד, זה מאוד עזר להצמיח את האנשים... מאוד היה חשוב לי לשמר עובדים טובים... ובאמת יש עובדים שעובדים שנים למרות שהמשכורת היתה נמוכה, אז עשיתי את זה... בדרך של הדרכות ותקשורת ויצאה ללימודים מי שצריך... בנייה של תחושה של בית, של משפחתיות מאת שנעים לבוא לעבודה... הרבה מאוד פעילות צוותית... לאפשר גם לצוות את המקום שלו ואת הניבוש שלו (מנהלת מקצועית, מסגרת 4).

מנהל אחר השווה גם הוא את הקשרים המקצועיים בין הצוות לדיירים לקשרים בתוך בית ומשפחה, ושם דגש על חשיבותה של המנהיגות הנדרשת מהצוות:

[כמו] משפחה שעוברת דירה וההורים מאוד פוחדים על הילדים, הילדים בדרך כלל יותר גמישים ומפתיעים לטובה. אבל אם ההורים... יפנינו הרבה יותר חששות וחרדות לילדים אז הילדים יספגו את זה. וברגע שההורים יביאו משהו בטוח אז זה הרבה יותר משמעותי. אז אני יכול להגיד שבחלק הזה היה עבודה, צריך לתת הרבה מקום, אם אני לוקח ככה תובנות, ההכנות המנטליות הם מאוד מאוד משמעותיות (מנהל מקצועי, מסגרת 2).

אחד המנהלים התייחס לקושי לאייש לאורך זמן משרות בעובדים שמתאימים לביצוע משימות שיקום אשר תואמות את התפיסה בקהילה התומכת:

אתה יכול ליצור מצב שבו לא תהיה תקינה חסרה כן? ייקלטו סבתות שאין להם מה לעשות... משועממות והן תהיינה פה וזה פנטסטי... הן כנראה בגיל שכבר לא ילדו, הן לא ילכו ללמוד תואר שני, אתה מקבל שקט תעשייתי מצוין. אבל מה? אתה לא תקבל את העבודה השיקומית שאתה מצפה. המקסימום שאתה מקבל זה שתהיה לך אם בית. גם אם בית זה חשוב, אבל זו לא התפיסה שאנחנו מנסים להקנות. כלומר, אם בית, למשל, היא תעשה דברים במקום הדייר. זה לא מתאים. או דברים אחרים שהם פשוט נמצאים בסתירה לתפיסה המקצועית העדכנית שלנו. אז אני למשל מוכן להיות בחסר ולא לקחת אנשים (מנהל, מסגרת 4).

בתיאור ההתארגנות הצוותית העלו מרואיינים את חשיבותה של עבודת צוות המאופיינת בתקשורת טובה וקשרים חיוביים. נראה כי אווירת צוות נעימה טרם המעבר והשיתוף במידע הם גורם חוסן המסייע בהתמודדות עם אתגרי המעבר השונים:

אני רוצה להגיד משהו על הצוות באופן כללי, בלי קשר למעבר. הצוות פה, השיתוף פעולה בתוך הצוות הוא מדהים, באמת. כשיש מישהו חסר תמיד יש מישהו שייקח על עצמו, יגבה, הטלפונים הם חופשיים, אנשים מתקשרים מתייעצים, 24/7, בוואטסאפ אנחנו משפחתי כזה שאפשר הכל להעלות בו, וזה באמת מרגיש כמו משפחה בעצם. ואני לא חושבת שזה משהו שהשתנה במעבר, זה היה שמה וזה ממשיך פה, וכן, בהחלט, אני חושבת שזה תורם (עו"ס, מסגרת 4).

שינויים בהתארגנות של הצוותים ובתפיסות הניהול, המדגישות את האחריות המשותפת, נתפסים במידה רבה כתולדה של המעבר. ניכר מהראיונות כי עבודת הצוות והשיתוף במידע מסייעים בהתמודדות עם הקשיים שמתעוררים במעבר.

תחזוקה של מערך דירות וריבוי אינטראקציות עם גורמים חיצוניים. היבטים נוספים הנוגעים לשינוי דרכי העבודה עקב השינוי הארגוני והמבני עלו בקרב מראיינים שתיארו ריבוי משימות חדשות שהם לא הכירו בעבר, כעובדי הוסטל. המשימות החדשות כוללות עיסוק מוגבר בתחזוקת הדירות וניהול אינטראקציות רבות עם גורמים שהם חיצוניים לארגון ולמערכת בריאות הנפש: "גם עניין האחזקה... זה משהו שפתאום אנחנו היינו צריכים לטפל בזה. יש דירה, היא מושכרת מאדם חיצוני, צריך לדבר עם האדם החיצוני הזה אם יש לך בעיה בדירה... צבע, מתקלקל הדוד" (עו"ס, מסגרת 2).

השינויים שנבעו מהמעבר הכתיבו צורך לשנות את ההתנהלות ברמה הלוגיסטית, בפרט בכל הקשור לתחזוקה שוטפת של דירות רבות לעומת תחזוקת מבנה יחיד של הוסטל. התברר שהמשאבים הלוגיסטיים שהספיקו בעבר לא תאמו את הצרכים החדשים. מנהלת מקצועית תיארה את התמודדותה כמנהלת עם סוגיית התחזוקה של הבתים בקהילה התומכת:

לא יכולתי לחכות שאיש התחזוקה יגיע... הקהילה התומכת היו לה עשרה בתים... ודווקא הצוות [במקום] היה מאוד קומפוטנטי, החליפו מנורות לבד, לא הזמינו את האנשים כדי לעשות את זה. אבל אם יש סתימה ואם יש קלקול של משהו ואם יש איזה הצפה ואם נשבר משהו אז זה משהו שצריך קצת מעבר, זה אז משהו שעשינו (מנהלת מקצועית, מסגרת 4)

מציטוט זה עולה כי נדרשה קבלת אחריות לניהול סוגיות התחזוקה השונות. אחריות זו כוללת תקשורת עם גורמים מקצועיים שונים ואינטראקציות חדשות:

לקח זמן למנות בעלי תפקידים מסוימים... היום יש לך דירות, יש לך התמודדות עם בעל בית, התמודדות מול שכנים, אם משהו קורה אצל השכנים, אם משהו קורה אצלך שמשפיע על השכנים... יש פה הרבה יותר מורכבויות, ואמרנו שזה דורש משהו שיטפל בזה כי זה היה נופל על נ'... הרבה דברים שני' לא הספיקה... לעשות כי נהיה מטורף עברו אליי. הרבה דברים שאני כבר הייתי עושה עשר תפקידים, הייתי בכמה כובעים, וכבר לא ידעתי איך לאכול את זה. אין, לא היה מספיק לא זמן ביום, לא תקנים, בשביל לעשות את כל הדברים שהיה צריך (עו"ס, מסגרת 2).

מציטוטים אלה עולה כי הצורך להיענות לאינטראקציות חדשות עם גורמים מחוץ לארגון הטיל עומס גדול על צוות הניהול המקצועי והפרא-מקצועי. עם זאת, ניסוח הדברים בלשון עבר, מתוך מבט רטרוספקטיבי על המעבר, עשוי ללמד כי הקושי הגדול נחווה בשלבי ההסתגלות, וייתכן שגם בסוגיית התחזוקה חוויית העומס מתאזנת בהדרגה לאחר שלבי ההתארגנות-מחדש.

פער בין צורכי תפקידים לתקינה

העומסים החדשים נקשרו בדברי המרואיינים לסוגיות של תקינה. פעמים רבות מתואר פער בין צורכי התקינה בפועל לבין הגדרות משרד הבריאות. מנהלים ויזמים הצביעו על כך שמערך קהילה תומכת מצריך יותר תקנים, גם בגלל הפיזור וגם בגלל הגדלת מספר הדיירים. עם זאת, שיקולים אלה לא בהכרח מגובים בשכר ובתקינה שמגדירים משרד הבריאות. דוגמה לכך מביא יזם שמצא לנכון למנות תפקיד של סגן למנהל מסגרת, ללא גיבוי תקציבי לכך: "לכל אחד כזה יש סגן אבל זה אין בתקן של הוסטל סגנים. מי שמעיין היום בקריטריונים של התקנון אין בכלל מנהל מקצועי לארגון. כאן יש מנהל מקצועי. אין, אני לא מקבל כסף על זה" (יזם, מסגרת 4).

מנהלת מסגרת 3 ציינה כי הכנסת מודל הקהילה התומכת לא לוותה בהתאמות הנדרשות בהגדרות התפקידים ובתקינה בצוות לדרכי העבודה החדשות: "זה שוב נופל על תקציבים, על הרבה מאוד דברים שלא נתנו את המענה. כלומר נבנה המודל, עשו עליו מחקר והכל, אבל לא התאימו לו את ההתאמות המתאימות ברמה של צוות, ברמה של איך זה באמת זה נכון שזה יהיה" (מנהלת, מסגרת 3). דברים דומים השמיעה מנהלת מקצועית של מסגרת 4: "[זה] משהו שצריך לחשוב עליו, כי כל המודל של קהילה תומכת זה מודל [ש]שם בנתה אותו מצוין אבל יש את הפער של התקנים, שבגלל הסטנדרטים, היא השתמשה באותם תקנים שהיו". בדומה לכך, מנהל עמד על הפער בין התקציב והתקינה שמוגדרים במשרד הבריאות עבור קהילה תומכת לבין המשאבים הנדרשים בפועל, וציין כי אתגר זה אף הוביל לעזיבת מדריכים:

את שואלת אם עזבו בגלל הדבר הזה? אפשר להגיד שעזבו, עזבו... נניח ראינו את א', יש סיבות נוספות לעזיבתה ובין השאר זה ההיתוות הזאת... אני מבחינתי עשיתי את כל המאמצים... מאוד הערכתי את העבודה שלה והיא היתה מאוד מסורה... אבל מרכיב מסוים בסיבות זה הדבר הזה (מנהל, מסגרת 4).

באחד הראיונות ציינה עובדת סוציאלית כי השינויים בחלוקת המשאבים הארגוניים ובחלוקת האחריות הובילו לכך שחלק מהמשימות שבעבר ביצעה אשת מקצוע עברו אל המדריכים:

"הרבה דברים היו רק אני, כי אין אפשרות שמדריך ילך כי אין שעות מדריך. אז היום הרבה מהתהליכים הם מלווים על ידי המדריך ולא על ידי" (עו"ס, מסגרת 1).

אחת המרואיינות האירה את הצורך בגמישות של התקינה בהלימה לשינויים בתנועת הדיירים. לדבריה, בתקופות מסוימות, עם כניסת דיירים חדשים לדירות חיצוניות, עולה צורך בתגבור הצוות בדירות אלה:

צריך לתת את הדעת לזה שיש דירות חיצוניות שהם מעין מיני בית מרכזי מה, זאת אומרת שלתקופות מסוימות... עם תחלופה של דיירים, צריך תגבור של צוות... יש לי דירה אחת שיש שם שני מדריכים אחראים, שכל יום יש שם מדריך, גם בבוקר, גם אחרי הצהריים, והעבודה שלנו שם היא יותר אינטנסיבית, אני קוראת לזה מיני הוסטל... אז צריך לחשוב על התקינה, על התשומות שצריך לתת בדירות כאלה... שנכנסים דיירים חדשים לדירה ואז הסתגלות מחדש, שזה מה שקורה עכשיו, כשיש הידרדרות במצב נפשי ואז אחד נדבק מהשני ובלה ובלה אז צריך שם את התגבור... הם כולם על תקן כוללני כי אני צריכה את האקסטרה שעות (מנהלת, מסגרת 3).

מנהלת הרחיבה בדבר השינוי בצרכים הארגוניים, ובפרט בהגדלת התקינה ובהגמשתה באופן התואם את צורכי השטח:

קהילה תומכת צריכה יותר תקנים, אין בכלל ויכוח על זה משום שכשאתה נמצא בבית אחד כולם אז אתה יכול... אם אחד לא נמצא... אתה יכול... לעשות את החלוקה קצת יותר נכונה, יותר מרווחת, כשאתה מחלק מדריכה לשתי דירות... ויש עוד מדריכה לשתי דירות, ואם הזאת של השתי דירות... לא מגיעה אז אתה... יש איזושהי בעיה... אתה צריך להחליף, זה לא פשוט (מנהלת מקצועית, מסגרת 4).

מנהלי מסגרות ומנהלים מקצועיים תיארו תהליך של איתור פתרונות – במסגרת התקינה הקיימת או במימון נוסף של היום – כדי להיענות לצורכי השטח:

אז זה מה שעשינו בהתחלה. זה קודם כל באמת מלכתחילה גם בהוסטל האחד בבוקר לא היו מדריכים, בבוקר. מדריכי לילה סיימו את המשמרת ואז הגיעו העובדים המקצועיים, ומי שנשאר בהוסטל אז מתעסקים איתו, ורק בצוהריים היו מגיעות המדריכות ומתחלקות לקומות. וזה משהו שהמשיך גם אחר כך וזה כן נתן את החיסכון לתקנים (מנהלת מקצועית, מסגרת 4).

המרואיינים מצביעים על חסך בעובדים, על תקינה שאינה מותאמת לצרכים הקיימים בקהילה ועל המחירים של חסכים אלו. עולה כי יזמים ומנהלים מייצרים ומאלתרים פתרונות כדי להתמודד עם המחסור.

קטגוריה 3: קידום תהליכי שיקום של דיירים ועבודה מכוונת-החלמה של הצוות

קטגוריה זו מאגדת תמות שהמרואיינים העלו בנוגע לתהליכי שיקום והחלמה בהקשר של המעבר מהוסטל לקהילה תומכת. השיקום נתפס כאסטרטגיה להשגת מטרות בדרך להחלמה. השינויים בהיבטים של שיקום ושל החלמה בעקבות המעבר תוארו משתי זוויות: תפיסות באשר לשינויים בתהליכי שיקום והחלמה של הדיירים בעקבות המעבר, ושינויים שהמרואיינים מזהים ביחס שלהם עצמם כלפי הדיירים, ובתפיסות השיקום וההחלמה שלהם כעובדים.

קטגוריה זו כוללת חמש תמות: שינויים בתהליכי ההחלמה של הדיירים ובתפיסות המקצועיות של הצוות; השינויים בתהליכי השיקום מייצרים פתרונות מותאמים ומובילים להצלחות; השפעת המעבר על מערכות היחסים (בין הדיירים ובין הצוות לדיירים); חיבורים לקהילה: עידוד ההשתלבות בקהילה והחלשת סטיגמה; אתגרים וקשיים במעבר הקהילה התומכת.

תמה 1. השינויים בתהליכי ההחלמה של הדיירים ובתפיסות המקצועיות של הצוות

השפעות המעבר לסביבת החיים בקהילה מתוארות כחלק מהסתכלות חדשה של הצוות על הדיירים, וכן בתפיסת אנשי הצוות את יחסם של הדיירים כלפי עצמם, כמפורט להלן.

חווית נורמליזציה והומניזציה בעקבות המעבר. תת-תמה זו משקפת את תפיסת המעבר כמסמל נורמליזציה בחייהם של הדיירים. המעבר מהוסטל שמאכלס עשרות אנשים ויש בו צוות גדול יותר לבית נורמטיבי שגרים בו אנשים מעטים ונמצאים בו אנשי צוות מעטים הוא בעל השפעות חשובות – הן ברמת החוויה הן מבחינת ההתנהלות המעשית של הדיירים והצוות. המרואיינים תיארו את חווית הנורמליזציה כהבדל חשוב בין הוסטל לבין קהילה תומכת. לדוגמה, מנהל הסביר את הפגיעה בחופש של האדם הגר בהוסטל לעומת החופש שניתן לו כאדם הגר בקהילה תומכת:

כשאדם נמצא במסגרת אחידה, החופש שלך ותחושת הנורמטיביות של החיים... נפגמת משום שכל רגע יש לך מדריך לידך וישאל אותך מה זה. אתה לא יכול ללכת מתי שאתה רוצה ואין שאתה רוצה וכמה שאתה רוצה. הדירה, שהיא בתוך הקהילה, היא מאפשרת סגנון חיים שהוא יותר נורמטיבי, שאדם יותר אחראי על הלו"ז שלו, יותר אחראי על הפעילות שלו ולכל הדברים האחרים (מנהל, מסגרת 4).

הנורמליזציה קשורה לשינויים פיזיים בתנאי המחיה, הדומים יותר לחיי אדם בקהילה מאשר לחיים בהוסטל:

וואו, היום זה נראה כל כך רחוק. גרנו בבניין של ארבע קומות, מחולק ל-25 דירות, כמו בניין מגורים לכל דבר, שכל שכניך הם חבריך להוסטל. זאת אומרת, שלושים אנשים שגרים ביחד שמצד אחד... יש מענה... 24 שעות בין אם הוא צריך את זה ובין אם הוא לא צריך את זה... ומהצד השני, תחשבי על עצמך לגור עם עוד שלושים אנשים כדרך קבע – שקט לא היה שם (מנהלת, מסגרת 1).

עובדת סוציאלית במסגרת 4 הדגישה את חשיבותם של תנאי המחיה האיכותיים החדשים, ואת תחושות ההערכה והאחריות שהם מעוררים בדיירים:

התמזל לנו המזל שבכלל מצאנו מקום כזה, שהוא גם מאוד איכותי ואפילו אני קוראת לזה מפואר, ואני רואה שהדיירים... גם מתרגשים וגם מעריכים את המקום וגם שומרים על המקום במידה מסוימת. שפעם זה לא ממש נשמר, והיום את רואה שכן בהרגשה הכללית זה כן לשמור על המקום ועל איכות החיים שלהם.

מדריכה במסגרת אחרת התייחסה גם היא להומניזציה של תנאי המחיה ולהשפעה שלה על הדיירים:

סביבה הרבה יותר נעימה. היה משהו בהוסטל, אם היום אני מסתכלת על זה, יסמנו את התקופה כמשהו לא סבבה שקורה. לא מאוד הומני. זה לא בית, זה כמו מעבדה, זה מדמה חיים. אני לא חושבת שזה היה ממש מגורים. אנחנו לא היינו רוצים לחיות בדירות בצורה הזו של הבניין הזה עם הדירות הקטנות. והיה משהו במעבר, שפתאום כאילו הרחיב כזה. אתה רק מגיע לקהילה וזה בית מאוד יפה. חשבו על הפרטים הקטנים. זה בית ויש בו

השנים הראשונות של הטמעת קהילה תומכת בשירותי בריאות הנפש: מה בין הוסטל לבין קהילה תומכת? ■

מטבח של בית, החדרים נעימים, ואני חושבת שהאפקט הזה גם על הדיירים וגם עלינו, לפני שמדברים על העבודה ועל השיקום, בצורה הכי טבעית יצר סביבת עבודה שהיא הרבה יותר נעימה. נקודת פתיחה הרבה יותר חיובית (מדריכה, מסגרת 1).

עובדת סוציאלית נוספת מוצאת קשר ישיר בין "חיים בבית רגיל" לבין השינויים מזהות ובתפקוד של הדיירים:

שאני אומרת איכות חיים... אני לא מתכוונת רק לסביבה הפיזית. אני חושבת שזה הכל קשור להכל. גם זה שהם חיים בעיר, בבית רגיל, שאין שלט [שם הארגון]... הוא רוצה לצאת לקנות לעצמו משהו אז הוא יוצא... גם... פיזית התנאים הרבה יותר טובים, אבל גם באמת איך שהם חווים את עצמם. זאת אומרת זה גם משפיע. אני חושבת שזה בעיניי היתרון היותר גדול (עו"ס, מסגרת 2).

אותה עובדת סוציאלית ציינה שחלק חשוב בתחושת הנורמליזציה ובהעצמת הדיירים נשען על העובדה שהצוות אינו נמצא לידם בכל רגע נתון:

אני חושבת שהם מרגישים פה הרבה יותר נורמליים. אני חושבת שגם זה בעצם שיש את הריחוק מהצוות, שם הכל היה במבנה אחד ומדריך היה כל הזמן לידך. פה יש משהו קצת יותר מעצים בזה שאני ישן במרחק של כמה מאות מטרים בדירה משלי, אני שם לבד בלילה. נכון, המדריך נגיש ואפשר להתקשר אליו ואפשר ללכת למשרד, אבל זה פחות התחושה הפנימייתית, מוסדית... זה יותר תואם את הערכים שגם אני באופן אישי מאמינה בהם.

מן הראיונות עולה כי חווית הבית תורמת לתהליכי השיקום של הדיירים:

אני חושב שהמשהו המרכזי... זה באמת העובדה שזה הבית שלהם. אני חושב שזה דבר שכאילו צריך להתעכב עליו ולהעמיק בו, כי אני חושב שזה אחת התובנות המרכזיות שלי במה הופך את המודל הזה למודל שמאיץ באמת תהליכי שיקום (יזם, מסגרת 1).

מהראיונות השונים עולה כי כאשר מסגרת הדיור נחוות כבית נורמטיבי, יש בכך כדי להעצים את הדיירים, וכתוצאה מכך גובר התפקוד העצמאי שלהם:

משהו שנותן להם כוח ותחושה של הם כמו כולם ושהם מסוגלים ויכולים ושמאפשר להם לגור בדירה חיצונית, זה משהו לשאוף אליו שהם גרים בדירת שותפים, שהם מצליחים לנהל את זה. עם מדריך, בסיוע וככה, אבל שהם מצליחים לעשות את התהליך... הם הצליחו להגיע למצב הזה, הם לא היו צריכים אותנו בכלל (עו"ס, מסגרת 1).

שינויים אלה תוארו באופן חיובי גם מהזווית של עבודת המדריכים:

זה נתן מקום לדברים שלא קרו. זה סבבה לשבת עם דייר. זה לא היה קורה כל הדברים האלו. נגיד, אני ממש אוהבת לבשל, המטבח הוא באמצע הבית ואתה יכול לגייס שבעה דיירים שיבשלו איתך ואתה לא רק חרד שלא יהיה בלאגן במטבח ושמי שרק בתורנות נכנס פנימה. זה בית (מדריכה, מסגרת 1).

השינויים בתנאי המחיה ובחוויות הבית גוררים שינויים נוספים ביחסים ובהתנהלות של הצוות: "המבשלת... לפני זה היה מטבח משלה ועכשיו היא מבשלת בבית שלצורך העניין אם נמשיך עם הסמנטיקה הזו, בבית שהם גרים בו והיא המבשלת שלהם" (מדריך, מסגרת 1).

לנורמליזציה ולהומניזציה של הסביבה הביתית נלווה שינוי בתחושת הזהות של הדיירים: "זה מודל שהוא יותר נכון. נכון יותר שלאנשים האלו יהיה זהות. הם יגורו שלושה שותפים בדירה ולא שלושים, יש להם כתובת, יש להם שכנים. הם אחד האדם. מפסיקים להיות שקופים לטוב ולרע (עו"ס, מסגרת 1). בדומה לכך, יום מדגים את ההיבט הטבעי בכך שהמקום היא בית לדיירים:

חבר'ה מבית שלוש שמעו שיש הרמת כוסית. אז הם סידרו את הבית, הכינו עוגיות, היה ברור להם מאליו שנגיע אליהם... [בהוסטל] הם התארחו באיזהו מודל סמי-מוסדי שהצוות ניהל אותו, ועכשיו הצוות מתארח אצלם. הם גרים במקום שהצוות עובד בו, ולא הפוך (יזם, מסגרת 1).

התייחסות נוספת להיבטי הנורמליזציה עלתה מדבריה של עובדת סוציאלית אשר תיארה את השינוי בשגרות היום של אחת הדיירות:

אני כן חושבת שההתרחקות מההוסטל הוסיפה לממד העצמאות הזה. נגיד אני יודעת ש[שם] התחילה עם הספרית... רק אחרי שהיא עברה לקהילה, יש משהו שהוא ככה אוסף וגורם לך לרצות לטפח, גורם לך לרצות להיות נורמטיבי וללכת לספריה, וללכת לבית קפה בימי שישי (עו"ס, מסגרת 4).

נראה אפוא כי הדיור הנורמטיבי כשלעצמו יש בו כדי להוביל להתקדמות של הדיירים לעצמאות, מול עצמם ומול הקהילה:

אנחנו יודעים מניסיון שאנשים התקדמו יפה כי צורת הדיור הזאת קידמה אותם בצורה מאוד יפה. פחות תלתיים, יותר עצמאיים. הם מרגישים בתוך קהילה נורמטיבית, הם רואים שכנים, הם מתערים בחברה, הם לא מבודדים. זה נורא טוב וזה נורא חשוב וזה נורא הכרחי. זה מאוד הכרחי לשיקום שלהם (יזם, מסגרת 4).

בציטוט אחר מקשר היזם בין ההצלחות בשיקום ורכישת מיומנויות חשובות לבין המעבר לבית:

יש לנו הרבה הצלחות שיקומיות. יש לנו זוגות שהתחתנו וילדו ילדים ויש לנו כל שנה חוויה כזאת של שניים-שלושה חברים. שהם הגיעו אלינו לא היה שום סיכוי, באמת הם הגיעו במצב אובדני והתקדמו וקידמנו אותם והם היום, הם לא יהיו בריאים אף פעם אתה יודע, אבל הם יהיו עם כישורי חיים, הם ידעו מה זה מכונת כביסה ומה זה לבשל ומה זה אחריות ומה זה לנקות את הבית ומה זה לשמור על אסתטיקה וניקיון ומה זה משמעת תרופות ומה זה כבוד לזולת ומה זה ללמוד (יזם, מסגרת 4).

לתפיסתם של המרואיינים, המגורים של הדיירים בבית שלהם מייצרים תנאים המאפשרים להם זהות חדשה וחוויה של שוויון – להבדיל מתחושת החריגות החברתית שהם חוו בהוסטל. ניכר כי הנורמליזציה וההומניזציה של תנאי הדיור מעניקות לאדם רצון ומוטיבציה וכן כלים מעשיים כדי לקדם את עצמו בתחומי החיים השונים.

שינויים בתפיסת עבודת השיקום וקידום תפיסות עבודה מכוונות-החלמה. האופן שבו מרואיינים מדברים על עבודתם בקהילה התומכת מצביע על שינוי תפיסתי-מקצועי, ועל כך שהעבודה בקהילה תומכת מאפשרת יישום מלא יותר של עקרונות של עבודה מכוונת-החלמה. תיאורי היכולת לראות ולהאמין שדברים חיוביים קורים, גם בקרב דיירים שהציפיות מהם היו נמוכות יותר, מדגישים מיקוד בכוחות ואמונה מוגברת בפוטנציאל ההחלמה; הם מבטאים גם אי-ידיעה, נכונות לקבל אי-ודאות, ואפשרות לגלות בעתיד דברים בלתי צפויים. זאת ועוד, נראה שהעבודה בקהילה תומכת מזמנת תהליכי חשיבה אינטנסיביים אל מול סימני שאלה מרובים, והמרואיינים תיארו מאפיין זה כשינוי לעומת עבודתם הקודמת בהוסטל: "אני חושבת שהגענו להמון סימני שאלה. ממקום שאתה יודע מה הולך לקרות, פתאום סימני שאלה. בהוסטל הכל היה מאוד ברור ופתאום הכל מאוד לא ברור" (עו"ס, מסגרת 1).

התאמה מחדש של התפיסות המקצועיות באוריינטציה המכוונת להחלמה נראתה בהתייחסותם של המרואיינים לשני מישורים עיקריים, המפורטים בשתי תת-תמות: צמצום הפיקוח על הדיירים מוביל לתפיסות שיקום חדשות; השבת האחריות אל הדיירים יוצרת שיח חדש מבוסס החלמה.

צמצום הפיקוח על הדיירים מוביל לתפיסות שיקום חדשות

המעבר לבתים העצמאיים מביא לצמצום הפיקוח על הדיירים ומאתגר את הצוותים, הן מבחינת נוהלי העבודה הן מבחינה תפיסית התפקיד. מרואיינים בכל סוגי התפקידים – מנהלים, יזמים, עובדים מקצועיים ומדריכים, כל אחד מנקודת מבטו – התייחסו להבדל בין הוסטל לבין קהילה תומכת במידת הפיקוח וההשגחה על הדיירים. לדוגמה, יום מסגרת 1 התייחס להיבטי הפיקוח והשליטה בהקשרים של תזונה: "אני מהניסיון שלי גם דואג שחלקם, מעצלנות או מסכסוכים פנימיים בתוך הדירה... ישכחו לאכול. זה מדאיג אותי מאוד. זה עניין של פיקוח שלנו והשגחה שחייבת להיות".

מנהל במסגרת 4 תיאר את ההתמודדות שלו. מחד גיסא הוא רוצה לבטוח באנשים ובתהליך, ומאידך גיסא מתקשה להתמודד עם אי-הוודאות עקב היעדר פיקוח קרוב על דיירים:

למנהל זה גם מאוד מאוד קשה אבל אלה דברים שהמנהל צריך לעבוד על עצמו... אני בשלב הראשון שפתחתי את הדירה המרוחקת הייתי באי-שקט, אמרתי... יש לי ביטחון על ביטחונם האישי וכל מיני דברים אחרים כאשר כולם ביחד, ברגע שפתאום יש 700 מטר מפה דירה אני לא יודע, מישהו יפתח את הגז וישכח לסגור אותו, או מישהו יצא החוצה בלי מפתח ויחזור... בלילה ויישאר בחוץ, כל מיני סיטואציות כאלה מבהילות. בוא נגיד, גם להורה יש את הסרטים האלה, אבל שאתה אחראי מוחלט על שלומם של האנשים, שהם חולי נפש לא יעזור שום דבר, אז נכון הם לא בלתי צפויים, אני מכיר אותם. אבל עדיין, ברגע שמידת השליטה שלך מצטמצמת באופן משמעותי יש לך חרדות כמנהל.

עובדת סוציאלית ציינה דאגות דומות שהתעוררו עקב צמצום השליטה והבקרה על ההתנהלות היום-יומית:

ברגע שדיירים... עוברים למקום יותר מרוחק אז יש כל מיני חששות... שאולי לא יסתדרו ואיך [שם] תשתלב בתרנויות דירה ואיך היא תכין ארוחת שיש... ואתה כזה דואג שהם לא יסתדרו... ואולי הם ישאירו סיגריה דולקת. ובסופו של דבר, ברגע שעוברים רואים שאפשר

לשחרר וזה לקח שהוא ממש טוב. כי ברגע שאתה אומר, או.קיי, אני נותן יותר עצמאות, אז אתה רואה שיש תוצאות ואנשים מרגישים גם עם עצמם שהם מצליחים, שהם מרגישים יותר טוב (עו"ס, מסגרת 4).

גם רבים מהמנהלים התייחסו להתמודדות של הצוות עם השינוי בהיבטי הפיקוח:

אני חושבת שלצוות המעבר הזה הוא לא פשוט... כי פתאום יש הרגשה של חוסר שליטה, ולא שליטה ממקום כוחני אלא... אם אתה רגיל לעבוד ולנהל מסגרת... שאתה יודע כל הזמן מה קורה עם כל אחד, אז בבתים העצמאיים אין לך אפשרות לדעת את זה... מסיים שם איש צוות בשמונה בערב, סוגר את הדלת, וזה מעלה המון חששות. וזה בעיקר תהליך שצוות צריך לעבור עם היכולת להחזיק את זה שאנחנו לא תמיד נדע מה קורה שם, ושה בסדר. מצוות שיכול בכל רגע נתון בהוסטל לדעת איפה כל דייר נמצא או אם מישהו לא חזר הביתה, אם מישהו בבית עכשיו יצא ולא חזר הביתה אז אנחנו נגלה את זה רק ביום שאחרי בבוקר. כי יש מדריך שעושה סבב בוקר לתת טיפול תרופתי לכל הקהילה. אם הוא לא רואה את הדייר, רק אז אנחנו מבינים שמישהו חסר (מנהלת, מסגרת 1).

מנהל מקצועי נוסף התייחס לקושי של הצוות להסתגל לאובדן ההשגחה הצמודה:

בנוגע לחסמים של הצוות, זה ממש איך הם יסתדרו ומה יהיה. כי הצוות מאוד מאבד שליטה. מהמקום הריכוזי שיש לך בניין אחד שהמשרדים שם וכל הזמן איזה תחושה שכולם מתחת לאף שלך ואתה יכול להיות על הדברים, פתאום זה באמת עבודה מבוזרת (מנהל מקצועי, מסגרת 2).

מנהלת אחרת ציינה את ההתמודדות של המנהלים עם צמצום השליטה שלהם בעבודת הצוות: "בעיקר... מנהלים שבתחושה שלהם מאבדים שליטה במובן מסוים, כי... איך אני אדע מה קורה בדירה... אם המדריך הזה נמצא או לא נמצא, היה או לא היה, עשה או לא עשה" (מנהלת מקצועית, מסגרת 4). אחד המדריכים תיאר את החוויה שלו בהיעדר פיקוח מלא:

פה יש פחות פיקוח. גם היום יש מדריך שמעיר את כולם בבוקר, אבל פעם הם לא היו יכולים לברוח, היינו תמיד שם. אם מישהו לא היה הולך לעבודה תמיד היה את הנודניק מהצוות, למה לא הלכת לעבודה?... כזה לגעור בו. היום אם לא הלכת לעבודה אף אחד לא ידע עד שיגיע מדריך בצוהריים. זה יותר אתה לעצמך (מדריך, מסגרת 1).

מנהלת במסגרת אחרת התייחסה לשינוי בתפיסת התפקיד של הצוות בעקבות צמצום השליטה והפיקוח על הדיירים:

אני חושבת שבהוסטל הרבה פעמים ה-default – זאת אומרת כולם יודעים לדבר החלמה, שיקום... אבל הרבה פעמים צוותים בלי לשים לב, מאוד נכנסים למקום הזה של לקבוע דברים, של לעשות. ויש גם הרבה דיירים שזה נוח להם... זה גם כאלה שהיה להם נוח, פתאום נאלצו וגם הצוות נאלץ לשחרר. וחלק מההבנה של הצוות שבעצם אנחנו צריכים לעבוד עם זה שאין לנו שליטה מלאה. גם בהוסטל לא היתה אבל עכשיו עוד פחות (מנהלת, מסגרת 2).

צמצום השליטה הוביל מרואיינים להתייחס לשאלת האחריות של הצוות כלפי הדיירים. שאלה זו מתחדדת כשמדובר במצבים העלולים להיות מסוכנים:

עכשיו השליטה היא עוד פחות, ואיפה האחריות שלנו? ועד כמה כן יש לנו אחריות ועד כמה אין לנו? הרבה שיחות היה סביב זה. הרבה ישיבות צוות של מה בשליטתנו ומה לא, ואין אנחנו מנסים, עד כמה שיותר, לבנות איזה מנגנון שאנחנו יודעים מה קורה עם כולם ועדיין מבינים שאם דייר, אחרי סיור לילה, בוחר ללכת, אין לנו שליטה על זה והוא בן אדם עצמאי והוא חי בקהילה. זה חלק מהעניין (עו"ס, מסגרת 4).

עובדים התייחסו להשפעות של צמצום השליטה על שינויים באופן קבלת האחריות. עובדת סוציאלית הסבירה כי השינויים נגזרים מההבדלים בין הוסטל, דיור מוגן וקהילה תומכת:

אני באתי מדיור מוגן, שזה הכי משוחרר, אבל גם האחריות שלך היא פחותה בעצם לעומת הוסטל. ואז בהוסטל זה משהו שהוא נורא קל לשלוט בו. הכל ככה מתחת לזה... ופתאום אתה עובר למשהו שהאחריות היא כמו הוסטל, אבל זה יותר דומה לדיור מוגן. זה מאלץ אותך לשחרר, זה מאלץ אותך להבין שאתה עושה את המקסימום שלך (עו"ס, מסגרת 4).

מנהלת מאותה מסגרת תיארה אף היא את הקשר בין השינויים בפיקוח לבין קבלת אחריות, והציגה כלים ופתרונות למציאות החדשה:

בשל אפרופו אלכוהול וכאלה, אם זה קורה בדיור מוגן אז אתה יכול לדבר ולעשות תהליכים אבל זה בסופו של דבר אחריות שלהם. ופה זה עדיין אחריות שלך ואתה צריך לעשות עם זה משהו. אז גם פיתחנו כל מיני מנגנונים, של... איך לעבוד עם זה, כל אחד, ו... כל מיני תוכניות מותאמות לכל דייר, חוזים מסוימים (מנהל, מסגרת 4).

מן הראיונות עולה כי ההסתגלות וההבניה מחדש של תפיסת ניהול הסיכונים לוותה בחשיבה ובדיונים בסוגיות של חופש בחירה אל מול סיכון, ובאחריות של הצוות. מן הציטוט הבא עולה שהחשיבה מחדש נקשרת לשתי תובנות עיקריות: "אם דייר שותה אלכוהול בדירה, הסיכוי שתראה את זה הוא יותר קטן מאשר כשה היה בהוסטל. אז בסוף גילינו שהכל מגיע, אנחנו מגלים... וגם באמת ההבנה שצריך לשחרר שם" (עו"ס, מסגרת 4).

כלומר, אף שהצוות חושש מקושי לשלוט במצבי סיכון, מתברר כי מידע חשוב מתגלה על פי רוב על אף מגבלת השליטה. נוסף על כך, התמודדות זו דורשת הבנה חדשה באשר לשליטה ולפיקוח, ונכונות לוותר ולקבל את המשמעות של חירויות הדיירים. ההבנה החדשה באשר לשליטה ולאחריות מתקבלת מתוך דיונים והדרכות, ואל מול המפגש עם המציאות בשטח: "יש לך חרדות כמנהל. אבל בשביל זה יש הדרכה וגם הזמן עושה את שלו והמציאות מוכיחה... שבדרך כלל ההסתגלות היא הרבה יותר טובה ממה שאתה ניבאת" (מנהל, מסגרת 4).

היבטי הפיקוח על הדיירים בקהילה ומידת האחריות של הצוות בקהילה הם נושאים שעלו פעמים רבות בראיונות השונים, ובמישורים שונים. מן הראיונות עולה כי מרבית העובדים מבינים שהאפשרות הזמינה והנכונה לדיירים ולהם היא ללמוד לקבל את המציאות החדשה ולשחרר, ובד בבד לגבש מנגנונים לצמצום סיכונים.

השבת האחריות אל הדיירים יוצרת שיח חדש, מבוסס החלמה. היבט נוסף העולה בהקשרים של הפיקוח ובשינוי בתפיסות השיקום של הצוות כרוך בהבנה שהאחריות, בתחומים רבים בחיים, עוברת אל הדייר, או חוזרת להיות שלו. תפיסות אלו של השבת האחריות לדיירים משותפות הן לאנשי הצוות הן לדיירים:

זה משהו שהשתנה אצלם ואצלנו ביחד. אם פעם היה מובן מאליו שאם יש לי בעיה אני הולך אל הצוות ופותרים לי את זה אז היום... הגישה היא הרבה פעמים להחזיר את זה אליהם ולראות איך הם עושים את זה, שוב, עם התמיכה והעזרה שלנו... החל בארגון של הטיולים והפנאי ובנייה של התוכנית פנאי שנתית, שזה משהו שבאמת דיירים עושים,

ועד לזה שאתמול אחת הדיירות אמרה לי מה זה אין כאן נייר טואלט. אז אם פעם הייתי הולכת להביא לה אז עכשיו אמרתי לה או.קי אז מה עושים עם זה?... אז עכשיו הם יודעים שיש אספת קהילה ואת יכולה להעלות את זה באספת קהילה ולראות איך הם מתמודדים עם זה (עו"ס, מסגרת 2).

אותה עובדת סוציאלית תיארה כיצד המעבר שינה את תפיסות הצוות בכל הנוגע לשליטה, לאחריות ולשחרור, והדגישה את השיח החדש שנוצר:

כל המעבר היה כרוך בהרבה יותר שחרור שלנו. נראה לי שהיה לנו מאוד נוח שהרבה מאוד היה עלינו. היה הרבה היסוס, כמה גם אנחנו צריכים לשחרר בשביל להיות במקום של מעודד או שבכלל נכניס לראש שלנו שאנחנו רוצים לשלוח כמה שיותר אנשים החוצה. היכולת פשוט לשחרר, ולשחרר ממקום טוב, לא שמסיר אחריות אלא ממקום שאתם אחראיים לעצמכם ובואו ננהל על זה שיח ומה המשמעות של זה בכלל. שאנחנו מדברים על לשחרר, איפה זה פוגש אותי? מה זה עושה לי? הבטן שלי מתכווצת, למה הבטן שלי לא מתכווצת? (עו"ס, מסגרת 2).

תיאור נוסף התייחס לשינוי שחווים אנשי הצוות בהקשר של האחריות:

יש משהו... שבתור אנשי טיפול אנחנו מאוד לפעמים מגוננים, לפעמים ככה תומכים, ואחד הדברים שהכי מרכזיים שצריך ללמוד פה זה לא לעשות בשביל... תמיד יש כזה אם אני אעשה זה יצא יותר טוב ויותר מהר, אבל לא לומדים מזה. וזה תהליך שאתה עובר כדי לדעת לתת להם [עצמאות] (עו"ס, מסגרת 4).

עובד סוציאלי במסגרת 1 חידד את השינוי בשיח שנוצר בין הצוות לבין הדיירים וכולל סוגיות של שיקום ונושאים רלוונטיים:

האמונה וההתקווה והיכולת שלנו לראות אותם כעצמאיים כחלק מתוך הקהילה. הם גרים בתוך הקהילה, בתוך שכונה אמיתית יש שכנים, ואז זה לראות את זה ולדבר על זה. אני פחות צריכה לעמוד ליד הבן אדם כדי שיעשה משהו, כי המיומנויות כבר הושרשו ואני פנוי לעשות דברים נוספים, למשל שיח על סל שיקום. דברים שאני כעובד סוציאלי לא הספקתי לגעת בהם לפני כן. לדבר על מיניות, להכניס לפה סדנאות על מיניות, ספורט, אורח חיים בריא ויוגה (עו"ס, מסגרת 1).

תהליך השבת האחריות לדיירים עורר במרואיינים מודעות לציפיות הנמוכות שהיו להם טרום המעבר באשר לפוטנציאל ההחלמה של הדיירים. ניכר כי תפיסותיהם המקצועיות של העובדים ועמדותיהם השתנו, וכעת הם מאמינים יותר ומיישמים היבטים של אמונה באדם ובסיכויים להחלמה. שינויים אלה מעוגנים בתיאור הפרקטיקה המעשית של עובדים בדרגים שונים. מנהלת דיווחה כי חוותה את האפשרות לשינוי לנוכח התקדמותו של אחד הדיירים: "יש לנו דייר שפעם אחת מרכזות השיקום אמרה לי שהוא לא יצא לעולם מהוסטל, והוא דווקא בבית היותר עצמאי שלנו, עם כל מיני תמיכות כאלה ואחרות (מנהלת, מסגרת 1).

השבת האחריות ותוצאות השיקום שנלוו לתהליך זה גרמו לצוות לחוות אמונה במקומות שבהם הטילו ספק בעבר: "איך זה נתן בוסט לדייר מורכב, לא להאמין... להאמין! את יודעת מה? להאמין! בחירה (עו"ס, מסגרת 3).

מהראיונות השונים עולה כי כאשר הפרקטיקה מכוונת יותר לאינדיבידואל (לעומת האפיון הקבוצתי בהוסטל), נוצרות אפשרויות חדשות עבור המתמודדים והצוות, ומתחזקת האמונה באדם המתמודד עם מגבלה נפשית ובהחלמה שלו:

אני חושבת שזה חידד לי הכי הרבה את היכולת להאמין בהם, להאמין בנו כצוות שזה אפשרי, ושהשינויים האלה לפעמים מאיימים ומפחידים, אבל אולי לפעמים זה יותר מאיים ומפחיד לנו מאשר לחבר'ה שאנחנו מלווים. ואם עושים את זה נכון וטבעי עטוף במידה הנכונה, אז השמיים הם הגבול. והם מוכיחים את זה יום-יום" (מדריכה, מסגרת 4)

תיאור נוסף של שינוי התפיסה באשר לאמונה בהחלמה מבליט את הגברת האופטימיות באשר לשיפור בקרב דיירים: "אני חושבת שהיתרון הכי גדול זה פשוט היכולת והאמונה שזה אפשרי ושחולי לא אומר שום דבר על מי שהם ועל היכולות שלהם והקשיים שלהם והאתגרים שלהם, ושהכל יכול להתקיים אם רק רוצים" (עו"ס, מסגרת 3).

התחזקות האמונה במתמודד כאדם שווה בעל פוטנציאל לצמוח ולהתפתח על אף מגבלות מקבלת ביטוי אצל רבים מהמרואיינים:

זה זורק אותי לשם, למקום של תקווה, של אמונה באדם, של רגע לראות אותו שווה בין כלנו ולהאמין שאפשר ושיש דברים מורכבים יותר ומורכבים פחות אבל זה תמיד אפשרי. הם הוכיחו לעצמם ולנו והם מוכיחים כל יום מחדש שאנחנו יכולים (עו"ס, מסגרת 1).

מרואיינים תיארו תהליך שבו הם למדו להשיב את האחריות אל הדיירים. התהליך היה מורכב, כיוון ששינה סדרים שהתקיימו עד אז. אנשי הצוות חששו להשיב את האחריות, והדיירים חששו לקבל אותה. תוצאות התהליך לא איחרו להגיע, וניכר שהצוות למד להכיר בתרומה שיש להשבת האחריות לשיקום, והוא חווה הצלחות של ממש – כולל במקרים שבהם הציפיות להתקדמות בשיקום היו נמוכות.

תמה 2. השינויים בתהליכי השיקום מייצרים פתרונות מותאמים ומובילים להצלחות

תמה זו כוללת התייחסויות להיבטים חדשים וחשובים של שיקום שהמעבר אפשר. התוצאות של היבטים אלו מחולקות לשתי תת-תמות: המעבר מייצר מדרגות נוספות בתהליכי השיקום, ואלה מאפשרות גמישות ומגוון מענים; האצת תהליכי שיקום בעקבות המעבר.

המעבר מייצר מדרגות נוספות בתהליכי השיקום, ואלה מאפשרות גמישות ומגוון מענים. המרואיינים הצביעו על כך שרצף שירותי הדיוור בשיקום השתנה. בעבר, המעבר הוגדר כיציאה ממסגרת אחת, כגון הוסטל, למסגרת אחרת של דיוור מוגן, כאשר הדייר מוכן לכך. ואילו הקהילה התומכת מייצרת מדרגות נוספות על פני הרצף השיקומי. רבים מהמרואיינים הסבירו כי מדרגות אלה אפשרו מעבר הדרגתי וגמיש יותר בין רמות עצמאות שונות בדיוור. לדוגמה, עובדת סוציאלית תיארה את היתרונות שברצף השיקום, ובזמינות האפשרויות במסגרת הקהילה התומכת:

אם בעבר זה היה הוסטל ואז השלב הבא זה דיוור מוגן. הפער היה כל כך גדול, וזה הרבה פעמים לא מציאותי וגם מחזיר את החבר'ה שלנו אחורה. יש משהו בזה שזה הדרגתי ובבנה, הרבה יותר מאפשר, הרבה יותר מקל ויוצר צמצום בתוך הפערים ואפשר לדבר על הפערים... קל גם לי, וגם לדיירים אני חושבת, להחזיק את זה בצורה יותר פרקטית, מעבר לחלום זה בר ביצוע, זה אפשרי ואני לא צריך לחכות עכשיו עשר שנים או שלוש שנים או שנה. אני יכול לעשות את זה במרחקים של חודש וחצי אחד מהשני ואז כאילו יש לי תקווה, אני זו קדימה. אני חושבת שהעובדה שיש את הקהילה התומכת... מאפשר לי תהליך שהוא הרבה יותר מוחשי, שהוא בר ביצוע, הוא לא אמורפי שהדיוור מוגן שם ואני פה ואין שום סיכוי שזה יקרה מתישהו בזמן הקרוב. אנחנו מסתכלים על זה ברצף. זה פשוט פתח כמה מדרגות חשובות ברצף (עו"ס, מסגרת 1)

לפי תפיסה זו, האפשרות לממש במהרה צעדים לעבר עצמאות ואחריות מעודדת את הדיירים להתנסות בפועל בשלבים חדשים, וכך מנגישה את ההתקדמות כמציאותית. מודגש ההבדל בין אפשרות זו לבין מעברים מסורבלים יותר בין מסגרות דיור שונות, שבהם ההתקדמות נתפסת ונחוות תאורטית ומורכבת. הנמישות המובנית בסוג זה של שירות עולה בציטוט זה: "בעיניי, ככל שזה מפורק ליותר חלקים אז היכולת של הצעיר לא ליפול בין השלבים האלו שהוא צריך לדלג היא יותר חזקה. מה שנתפס כההום הוא פחות רחב ועמוק ה"ההום" (יזם, מסגרת 1). היזם הוסיף כי תהליך רב-שלבי זה מדמה סוציאליזציה נורמטיבית, בדומה לצעירים אחרים שיוצאים לחיים עצמאיים:

יש פה כמה וכמה צעדים שאדם בקהילה שהוא לא מתמודד עם קושי נפשי עובר. איזו סוציאליזציה כזו ביציאה מבית הורים, צבא, או שירות לאומי, ואחרי זה התנתקות הדרגתית. אז יש פה משהו שעם כל הקשיים, יש את המשהו המעברי הזה (יזם, מסגרת 1).

התהליך מאפשר התקדמות הדרגתית איטית, וזו יכולה לסייע בהתמודדות עם העצמאות החדשה שעשויה להבהיל:

יש את היכולת להדרגתיות... אם אתה יכול להתחיל מפה ואז יש יותר הדרגתיות לקראת... אולי זה מתחבר יותר ל"יש למה לשאוף", וגם הדרגתיות מהבחינה של העצמאות. פה אתה פחות עצמאי, פה עושים דברים יותר ביחד עם המדריך, וככל שאתה מתקדם יותר אז יש... זה משהו בין דיור מוגן לבין הוסטל. זה לא בום כזה, ישר אני עובר כזה הכל עליו פתאום (עו"ס, מסגרת 3).

המראיינים הסבירו כי במודל הקהילה התומכת אפשר ליצור התאמות אישיות לאנשים שונים ולצרכים משתנים, ובהתאם למצבם הנפשי של הדיירים. כך ניתן מענה מותאם הן לחלקים של תפקוד עצמאי של הדייר, הן להיבטים שנדרשת בהם תלות גדולה יותר באחרים:

המטרה היא... ליצור איזושהו מדרג. בשנה ושלושה חודשים שבהם אנחנו במודל של קהילה היו לא מעט תנודות בתוך הקהילה, קדימה ואחורה. כלומר, יש חברה שעושים תהליך. המעבר במדרג בתוך הקהילה הוא פחות מרתיע מהוסטל לדיור מוגן. אנחנו גם תמיד עושים איזושהו הליך של הכנה לפני זה, ואנחנו גם תמיד שומרים את המקום של

מי שעבר, לתקופה מסוימת, כדי שאם הוא ירצה יהיה לו לאן לחזור. אבל רוב החבר'ה רוצים להתקדם ורוצים את המעבר בין הבתים. אני אניד שלחילופין, החבר'ה בתקופות שיש להם החרפה במצב הנפשי ומי שגר בבית הכי עצמאי וכרגע הוא זקוק לאינטנסיביות בגלל שהוא מרגיש פחות טוב, או שבגלל מצבו כרגע יש מסוכנות לו או לאחרים, אז אנחנו מחזירים בחזרה או לבית המרכזי או לבתי המעבר, כדי ליצור את המוגנות ולתת את המענה שכל בן אדם צריך, וזה לתקופת זמן מסוימת. החזרה אחורה היא לא כדרך קבע (מנהלת, מסגרת 1).

מנהלת אחרת המחישה את יתרון הגמישות במתן מענים המותאמים לצורך אישי:

מישהי שלפני זה היתה בדיוור מוגן ואז הגיעה להוסטל, היא אמרה שזה כמעט כמו דיור מוגן רק עם יותר תמיכה של הצוות. אז אני... הגדרתי את זה "ללכת עם ולהרגיש בלי"... אני חושבת שיש משהו במודל הזה שהוא מאוד מוצלח. כי אתה יכול באמת להתאים את עצמך לכל אחד... יש משהו במודל הזה שמאפשר לך, עד כמה שניתן... יותר להתאים את עצמך גם מבחינת מגורים וגם מבחינת רמת הליווי (מנהלת, מסגרת 2).

עוד ניתן ללמוד כי מסגרת הקהילה התומכת יכולה להכיל מצבי ביניים שבהם בחלק מתחומי החיים התפקוד הוא עצמאי, ואילו בתחומים אחרים נדרש סיוע רב יותר:

יש... מצבים באמצע, שדייר מבית עצמאי בא לקבל את התרופות בבית המרכזי, שזה גם כאילו עוד מדרגה, זה מאוד נוח. זה טוב גם לדיירים שלא ישר אומרים להם לכו לאשפוז, אלא יש להם מדרגות שהם יכולים לעבור... מכיוון שני זה גורם מוטיבציוני. לדיירים שהם פחות עצמאיים עכשיו מציבים להם מטרת שיקום. להיות בבית עצמאי יותר. מה אתה צריך לעשות כדי להגיע לשם. כאילו נתן מוטיבציה. זה משהו שרואים יותר (מדריכה, מסגרת 1).

לדברי המדריכה, האפשרות לנוע בין שלבים של התקדמות בתחומים שונים היא מקור למוטיבציה. הדיירים יכולים לראות מטרות חדשות כבנות השנה, גם אם בשלב הנוכחי יש נסיגה מסוימת במצבם.

כמעט בכל הראיונות, האפשרות ליצור התאמות לצרכים שונים ולספק סוגי דיור שונים ורמות תמיכה שונות בהתאם להבדלים בצרכים של דיירים ולשינויים במצבם תוארה כיתרון בולט:

פה אנחנו באמת נכנסים ליתרונות של קהילה תומכת. קהילה תומכת מאפשרת לעשות הפרדה שתהיה יותר מותאמת לצרכים. זאת אומרת, אם בהוסטל אנחנו נאלצנו לעשות ערבוב שהוא בעייתי, גילאים שונים, צרכים שונים, איכויות תפקודיות שונות, פה אחד הדברים למשל שאני בונה עכשיו זו דירה שיהיו לה מאפיינים די דומים. זאת אומרת יהיה בה נשים בניילאי 30 עד 40 פלוס-מינוס, מתפקדות, עצמאיות, ולהן אנחנו נוכל לתת התערבות דירתיית שהיא יותר מותאמת (מנהל, מסגרת 4).

האצת תהליכי שיקום בעקבות המעבר. מרואיינים, בכל סוגי התפקידים, תיארו התקדמות ושיפור מואץ בתהליכי שיקום של דיירים בתחומים של עצמאות, אחריות וקידום מטרות אישיות, ושיתפו בתחושות ההתפעלות והפליאה שלהם לנוכח השינויים.

התהליכים השיקומיים של הדיירים קפצו אצל כל אחד, זה פשוט היה מטורף לראות את זה. אצל כל אחד בנקודה אחרת, עצמאות, אחריות, רצון להתקדם, יכולת לראות את האחר, שותפות, כאילו משהו שאני לא ראיתי קודם אצל דיירים שאני מכירה לא מעט שנים וזה כיף לראות את זה מהצד (מנהלת, מסגרת 1).

מדריך באותה מסגרת הציג תיאור דברים דומים: "זה היה טירוף איך אנשים התקדמו. אנשים שלא חשבתי שהם מסוגלים לחיות לבד – מסתדרים. השיפור אצל רוב הדיירים, לפחות אלה שעברו לבתים עצמאיים, מבחינתי מטורף. לא משהו שיכול לקרות" (מדריך, מסגרת 1).

בדומה לכך, עובדת סוציאלית נתנה דוגמאות להשפעות החיוביות של המעבר על אחת הדיירות:

הכל תפס תאוצה, אני מרגישה... שהיא... דיירת שעברה, אומנם... לפני הרבה זמן, אבל בעקבות המעבר באמת שהיא... כל החיים שלה התהפכו לטובה. גם היא עברה עבודה, היא גם הרבה פחות חולה, היא עובדת יותר ימים בשבוע, מבחינת תורנויות בדירה היא הרבה יותר משקיעה, כל התפקוד שלה עלה וזה אני לא אגיד שזה רק קשור למעבר לדירה עצמאית כי גם עצם זה, הכל שזור בהכל. גם העזיבה שלה את העבודה למקום חדש גם הוסיף לה רעננות וכוחות (עו"ס, מסגרת 4).

אחד המנהלים ייחס את האצת תהליכי השיקום לשינוי בסגנון העבודה של הצוות: "זה חייב להיות באמת בהכוונה ובהדרכה חכמה של הצוות. כלומר זה לא נעשה מעצמו, זה חייב להיות, ללוות אנשים עם הרוח הזאת. כלומר עם נוכחות פסיבית, כלומר להיות שם אבל לא להתערב ולא לשלוט ולא להחליט בשבילי" (מנהל, מסגרת 4).

האצת תהליך השיקום מיוחסת לגילויים של כוחות חדשים ומוטיבציה מצד הדיירים. מהציטוטים של אנשי הצוות ניתן להתרשם שעוצמתם ומהירותם של תהליכים אלו הפתיעו אותם, ועמדו בסתירה למסוגלות שהם ייחסו לאותם דיירים. שינויים נוספים והשפעות המעבר על מערכת היחסים בין הדיירים לצוות יוצגו בתמה הבאה.

תמה 3. השפעת המעבר על מערכות היחסים בין הדיירים, ובין הצוות לבין הדיירים

הממצאים בתמה זו מחולקים לשתי תת-תמות, ומאירים את השינויים החיוביים במערכות היחסים בין הדיירים ובינם לבין הצוות. תת-התמה הראשונה מתייחסת להשפעה החיובית על מערכות היחסים בין הדיירים בקהילה התומכת, ותת-התמה השנייה מתייחסת לשינויים במערכת היחסים בין הצוות לבין הדיירים ומתארת את השיח השוויוני והאינטימי שנוצר, הנשען על ההבנה שהדיירים הם בעלי הבית.

השפעה חיובית על מערכות היחסים בין הדיירים לבין עצמם. ניתוח הראיונות העלה כי בתפיסת המרואיינים, המעבר מייצר בין הדיירים אינטראקציות חדשות בעלות השפעה חיובית. הן כוללות הפחתה של אירועים דוגמת גנבות והגברה של יחסים אמפתיים, מודעות והתחשבות רבה יותר זה בזה. לדוגמה, עובדת סוציאלית מספרת כי הדיירים למדו לראות את האחר כחלק מאחריותם בבית:

אם דייר שהיה בהחרפה זה היה כאילו הופך את הבית, הוא מציק לי, הוא משגע אותי הוא לא נרדם בלילות, פתאום הם הרבה יותר אמפתיים, הרבה יותר רואים אותו, אנחנו מבינים שהוא לא מרגיש טוב, אנחנו מנסים לעזור לו במה שאנחנו יכולים, ועם עדיין קווים אדומים. גם אם אתה לא מרגיש טוב אתה לא יכול לפגוע בנו. אני חושבת שזה למידה כבית, של לראות את האחר וגם לדעת לשים גבולות (עו"ס, מסגרת 1).

בדוגמה אחרת, מנהלת מתארת את התחזקות יחסי החברות בין דיירים בעקבות המעבר:

ירדו מקרים של גנבות, זה לא קיים יותר, של לגנוב אחד מהשני חפצים. כי אני רואה את החבר שלי ואני מבין מה המשמעות של אם אני פוגע לו בחפצים. זה לא קיים בקהילה בכלל. בהוסטל זה היה לא נפוץ, אבל זה היה קורה (מנהלת, מסגרת 1).

מדריכה במסגרת 1 הדגישה את הסולידריות בקרב הדיירים בקהילה תומכת לעומת ההוסטל: "זה הכריח אותם באמת להיות אחד בשביל השני. להכיל אנשים אחרים שגרים איתם. היינו אומרים איזה חמודים הם. שנה לפני כן לא היינו מצפים שזה יקרה שהם ידברו אחד עם השני". עובדת סוציאלית ציינה כי ההתנהלות של הדיירים כשותפים האחראים לביתם מובילה לחיזוק היחסים ההדדיים והאכפתיות ביניהם:

כל דייר צריך להתמודד עם החברים שלו. אם היינו מביאים לדירה כוס סוכר והם היו מסיימים תוך חצי דקה, עכשיו הוא יצטרך להסביר ליצחק למה אין לו סוכר, וזה מביא אותם להתמודד עם השלכות של המעשים שלהם על החברים שלהם. לא רק מאיש צוות שבא ואומר "בוא נדבר על זה", אלא ממש רואים את הפגיעה באופן הרבה יותר ישיר (עו"ס, מסגרת 1).

לפיכך, המרואיינים מתארים את לקיחת האחריות של הדיירים למערכות היחסים ביניהם כנגזרת של העברת האחריות שלהם לבית לדיירים. כך ניתן לראות התפתחות של הדדיות וסולידריות בקשרים בין שותפים, ולמידה של מיומנויות תקשורת בין-אישית.

התחזקות הקשרים בין הצוות לדיירים: שיח שוויוני ואינטימי יותר, הכולל אפשרויות בחירה; הדיירים הם "בעלי הבית". ניתוח הראיונות העלה כי השינוי במבנה מערך הדיור ומעמדם של חברי הצוות כאזרחים בביתם של הדיירים משפיעים, ובאופן עמוק, גם על מערכות היחסים בין הדיירים לבין הצוות. השינוי ביחסים מתבטא בהגברת השיח על בחירה; בהעמקה של הקשרים עם דיירים; ביחסים שוויוניים יותר ובהקשבה לחלומות אישיים.

שיח שוויוני ואינטימי יותר, הכולל אפשרויות בחירה. מרואיינים דיווחו כי במרחב של הקהילה התומכת השיח המתנהל בינם לבין הדיירים הוא שוויוני יותר. עובדת סוציאלית שיתפה בתפיסתה ולפיה הפערים עדיין קיימים, אך הם הצטמצמו בעקבות המעבר: "יחסים שיקומיים יותר שוויוניים. כי זה לא שוויוני, אין מה לעשות. המטרה היא לשאוף לשוויוניות הזאת, אבל היא לא שוויונית אף פעם, בין אם נרצה ובין אם לא" (עו"ס, מסגרת 1). אחד הביטויים של השיח השוויוני יותר בין הדיירים לבין הצוות היה מרחב גדול יותר של אפשרויות בחירה: "יש יותר תפיסה שזה החיים שלהם וזה הבחירה שלהם" (עו"ס, מתאמת, מסגרת 3).

הרחבת השיח על בחירה נתפסה כחלק מהשינוי שהמעבר חולל. כך, מנהלת השוואה בין השיח בהוסטל לבין השיח בקהילה:

גם בהוסטל את לא רוצה ואת לא יכולה גם להכריח אף אחד לעשות שום דבר. אבל פה יש יותר שיח על המשמעות של זה. זה בסדר אם תחליט לא ללכת לעשות עכשיו בדיקת דם, אבל בוא רגע נדבר על המשמעות של בדיקת הדם, למה אתה צריך לעשות אותה ומה יקרה אם לא תעשה אותה. ועכשיו תקבל את ההחלטה אם אתה עושה או לא (מנהלת, מסגרת 1).

השיח על הבחירה עלה כבר בשלבי המעבר והשינויים בתהליכי העבודה שנוצרו בעקבותיו. מנהלת הדגימה את היבטי הבחירה בכל הנוגע לרכישת המזון ולארוחות עצמן: "כמובן, הם בנו לעצמם את התפריטים. זה היה שינוי מאוד מהותי שהם יכולים בעצם יותר לבחור מה הם רוצים לאכול, מה לקנות, היה תקציב" (מנהלת, מסגרת 4).

השינויים במרחב הבחירה של הדיירים, והשאיפה לעודד חשיבה עצמאית וקבלת החלטות עצמאית, הם חלק ממדיניות ארגונית מוצהרת: "כל דירה עשתה את שלה, את התקנון, את החוקים שלה וכו'. כמובן היו דברים שהיו אוניברסליים לכולם. היתה ציפייה והיתה דרישה שהיא אוניברסלית לכולם ברמה הבסיסית, אבל באמת המרחב של הבחירה היא מאוד בולט" (מדריכה, מסגרת 4).

מרואיינים מבליטים את התרומה שיש להגדלת מרחב הבחירה עקב המעבר מההוסטל לערכי השיקום. הציטוטים השונים ניכר כי הצוות מעודד את הדיירים לקבל החלטות ולבצע בחירות הנוגעות לחייהם, הן במישורי התפעול, דוגמת רכישת מזון, הן במישורי השיקום, דוגמת כתיבת תקנון או הבחירה לבצע בדיקות דם.

הדיירים הם "בעלי הבית". אנשי צוות רבים סיפרו כי הם חשים עצמם כאורחים בבתם של הדיירים, ומשתלבים בפעילויות המתרחשות בו. זאת לעומת המודל הקודם, שבו הם היו צוות שעובד בהוסטל ומפעיל את המקום עבור הדיירים, ואילו מעורבותם של הדיירים לא נחווה כאקטיבית:

אתה משתלב בתוך סדר היום הזה. איכשהו כאילו אתה חלק מהם, ולא שואב אותם החוצה. הבנייה היא שיתופית, השיח הוא שיתופי, הדילמות. כלומר יש ישיבות בית אחת לשבוע שהדיירים מעלים את התכנים, את הקשיים, את האתגרים שעולים, את ההצלחות של הבית כקבוצה (עו"ס, מסגרת 1).

מנהלת במסגרת אחרת התייחסה לשינוי בגישה של הצוות לנוכח ההבנה שמדובר כעת בבית של הדיירים:

זה נראה כמו בית יותר, ואז יש משהו שיותר קל לצוות להפנים שזה הבית שלהם. ואנחנו דופקים להם בדלת, גם אם כרגע אנחנו אמורים להגיע לפה וגם אם יש לנו את המפתח. זאת אומרת, ההבנה הזאת של הפרטיות של בן אדם, אתה יודע, משהו בסיסי שהרבה פעמים בהוסטל, לצערי, שוכחים אותו (מנהלת, מסגרת 2).

מרוויינים הצביעו על כך שבבתי הקהילה התומכת נוצרת אינטימיות שלא התאפשרה עד כה בהוסטלים, ושהקשר בינם לבין הדיירים העמיק:

אני חושבת שיש הרבה יותר מפגש עם הדיירים... אתה בתוך הדירה שלהם, בתוך הבית שלהם. הם כל היום מסביבך. הם הרבה יותר נוכחים ואתה הרבה יותר נוכח בשבילם, גם מבחינת כמות הדיירים... בבית של היותר עצמאיים, דיירים שבגלל שהיו יותר עצמאיים היו נעלמים לנו. ושם, למרות שיש פחות שעות מדריך, הרבה יותר מרגישים אותם. הרבה יותר באים לידי ביטוי (מדריכה, מסגרת 1).

עובדת סוציאלית במסגרת 4 הדגישה גם היא את היחסים העמוקים שנוצרו בין הצוות לבין הדיירים בעקבות המעבר: "פתאום יש שיחות יותר עמוקות, יש תהליכים יותר עמוקים שקורים עם המדריכים, ויש לך מדריכים, מה שלא היה קורה בעבר. יש יותר זמן".

לצד התרומה החיובית שיוחסה להבנה שמדובר בביתם של הדיירים, מרוויינים אחדים תיארו מציאות שבה לא כל דיירי הבית הפנימו את השינוי במהרה, ולא הבינו או הרגישו שמדובר בבית שלהם. ניכר כי ההתנהלות במבנה הדיור החדש דרשה הסתגלות ולמידה, הן מצד הדיירים הן מצד הצוות. הדבר בא לידי ביטוי ביחס לכניסת אנשים זרים לדירה:

כניסה של אנשים זרים לדירה שזה משהו שהוא מאוד היה בולט בהתמודדות של הצוות עם חלק מהדיירים. אני זוכרת שאפילו בבית הגדול, לפעמים הייתי מגיעה והיו מסתובבים שם אנשים והיית שואל את הדיירים עצמם מי אלה וכולם עונים לא יודע, לא יודע, לא יודע. כלומר שהדלתות פתוחות, אנשים נכנסים יוצאים, אנשים יכולים להיות בחדרים שלהם... ייכנס מישהו זר, הם לא יעשו שום דבר. הוא יגיד חשבתי ש... וזהו... היתה גם עבודה על זה. לנעול את הדלת, לא להכניס. היה תקנון, ובאמת היה שיח על זה מאוד רציני בעקבות מקרים שקרו... אתה לא גר עם עצמך לבד, אתה גר עם עוד אנשים, אתה צריך לקבל את ההסכמה שלהם לזה שהם יודעים שנכנסים, זה בית שלהם (מנהלת, מסגרת 4).

המרואיינים התייחסו לשינוי בתפיסה ולהבנה שמדובר בביתם של המתמודדים, וצינו שהעובדה שהדיירים הם כעת בעלי הבית והם האורחים שינתה את דפוסי התקשורת. המרואיינים ציינו שמדובר בתהליך שאורך זמן ודורש הכוונה והדרכה, אך הוא תורם תרומה חשובה להעמקת הקשר וליצירת יחסים אינטימיים יותר.

תמה 4. חיבורים לקהילה: עידוד ההשתלבות בקהילה והחלשת סטיגמה

המעבר לקהילה תומכת יצר גישה לקהילות מקומיות בשכונות המגורים. תמה זו מאירה את תפיסות המרואיינים, ולפיהן המעבר למגורים בקהילה עודד את הדיירים לצרוך שירותים קהילתיים ולבנות קשרים בקהילה. הדבר מתבטא, בין השאר, במגוון רחב יותר של אפשרויות תעסוקה, ובהתאמת התעסוקה לרמות תפקוד שונות או להעדפות אינדיבידואליות: "יש גם מפעל מוגן קרוב אז חלק הולכים אליו. חלק פה בקלאב האוס... גם תעסוקה נתמכת" (מנהל מקצועי, מסגרת 2).

הניתוח מעלה כי לתפיסת המרואיינים, הנגישות של הקהילה מאפשרת לדייר להרחיב את עולמו, היות שנפתחות בפניו הזדמנויות לחיי קהילה, הזדמנויות שלא היו קיימות בחיים המבודדים יותר בהוסטל. גם ההתמודדות עם יחסי שכנות בבניין מגורים משותף היא חדשה ומאתגרת לדיירים ולצוות. אחת המרואיינות אמרה בהקשר זה:

יש שכנים שקשה להם עם הדיירים האלה, ואני חושבת שההתמודדות הזאת היא עוד סוג של התמודדות נורמטיבית עם שכנים. למרות שלפעמים זה לא נחמד, אבל זה עדיין חלק מהתמודדות עם שכנים. כמו שלי יש התמודדות עם השכנים אצלי, אז להם יש התמודדות עם השכנים שלהם, לטוב ולרע. ואני חושבת שזה משמעותי (אחות, מסגרת 4).

מבחינה זו, השילוב בקהילה הוא חלק אינטגרלי מן המעבר ומן הנורמליזציה שמאפיינת אותו, ועם זאת הוא דורש מאמצים ניכרים. החיבורים לקהילה מוצגים בשתי תת-תמות: הנגישות של הקהילה מייצרת הזדמנויות חדשות, לא כל הדיירים בוחרים לנצל אותן; שינויים חיוביים בהיבטי הסטיגמה העצמית והציבורית בעקבות המעבר.

הנגישות של הקהילה מייצרת הזדמנויות חדשות, לא כל הדיירים בוחרים לנצל אותן

המראיינים התייחסו לכך שהמעבר משנה את אורח החיים של הדיירים הודות לנגישות של הקהילה, וצינו שהנגישות הזאת פותחת הזדמנויות לחיי קהילה ומרחיבה את המודעות של הדיירים לקיומם. המנהל המקצועי של מסגרת 2 אמר: "לעבור לכאן, להיות באמצע עיר, שהכל נגיש לך, שהכל במרחק הליכה. זה פתח המון עולמות". עובדת סוציאלית במסגרת 2 חיברה את הנגישות של חיי הקהילה לאיכות החיים: "עבור הדיירים זה החיים בקהילה שהם לגמרי העלו את אורח החיים שלהם. פתאום הכל נגיש, גם האיכות חיים עלתה". מדריכה תיארה את היתרונות הכרוכים בנגישות של חיי הקהילה ושל השירותים השונים:

פתאום משהו הרבה יותר נגיש והרבה יותר מאפשר להם. גם הרצון שלהם גדל שם בתוך זה. הם מגלים בעצמם דברים שמתחשק להם יותר. נגיד מישהו בא לו עכשיו ללכת לספרייה אז הוא קם והולך לספרייה, ששמה אולי המרחק, אולי החשש, לא יודעת מה, קצת סגר שם את המקום הזה (מדריכה, מסגרת 4).

עובדת סוציאלית הוסיפה דוגמה לשינוי שחל אצל שתי דיירות בקהילה:

אני חושבת שהכי בולט היה שיש את [שם] ו[שם], שהן שתי דיירות יחסית מבוגרות ובעצם שהן היו ב[מקום] היה נורא קשה לשכנע אותם שבואו, תצאו קצת לקניון, לכו קצת לפה, תלכו קצת לשם... וכל דבר כזה היה כבד, תמיד היה קושי. וכשהן הגיעו לפה, בלי שבכלל זה בא מאיתנו, זה ממש בא מהן לצאת ביחד וללכת פה לשוק וללכת לדואר והכל ככה זרם. הכל זרם בצורה שהיא יותר חופשית ויותר כיפית. גם זה שיש להן דירה עכשיו שזה רק שתיהן, זה ממש עשה להן טוב (עו"ס, מסגרת 2).

מראיינים אחדים הדגישו כי פעילויות הפנאי תפסו בהדרגה מקום מרכזי בחיי הדיירים, ונתנו דוגמה לשינוי זה:

חוץ מהעובדה שאנחנו באמת גרים בתוך הקהילה, יוצרים שיתופי פעולה עם הקהילה, אני יכולה להגיד שזה מאוד הרחיב את צריכת שירותי הפנאי בקהילה של החברה, בין אם זה שירותי פנאי שקשורים למשרד הבריאות, כמו "יאללה מבליים אחרת" או תוכנית עמיתים, אבל פתאום החברה נגיד - אחד הדיירים אומר לי, כאילו זה הפך להיות שגרה אבל את

יודעת, שעברנו זה היה לי שוק. אחד הדיירים בבית המרכזי אומר לי "ב"י אני הולך לקקאו עם ינאל". זה היה כאילו הדבר הכי מדהים ששני חברי' ילכו לשבת בבית קפה, יאללה לכו. אז הם הולכים לסרטים והולכים לפלאפל והולכים ל[שם מקום] בעיר (מנהלת, מסגרת 1).

אותה מנהלת הדגישה גם את חיזוק הקשר עם השכנים, והשוותה בין מערכות היחסים והדינמיות של הדיירים בקהילה התומכת לבין סדר היום האחר והסגור שהתקיים בהוסטל:

נוצרה איזושהי שיתופיות בקהילה, ושכנים כמובן. שכנים שמאוד בהתחלה היתה התנגדות מאוד רצינית ואחר כך בעצם התפוגגה לחלוטין. והמסר והתחושה שלנו שאנשים מעבירים זה שהם בעצם לא יכלו לקוות לשכנים יותר טובים שזה באמת משהו ש... אני זוכרת שאפילו אני הייתי מופתעת, כי זה לא משהו שאני הכרתי מהמקומות שאני גרתי... שהיינו בהוסטל אחוד באמת היה מין מבנה שהדיירים היו יוצאים ונכנסים, יוצאים ונכנסים וזה... אנחנו עשינו הכל בתוך המערכת... לא היתה שותפות מאוד דומיננטית עם הקהילה מסביב. היציאה בעיקר לחוגים וגם הפיזור בקהילה, השכנים או הקהילה. השכונה הכירה את הדיירים רק מזה שהם יצאו ונכנסו להוסטל, אבל הם היו רב הזמן בתוך הבית, הם לא היו מסתובבים.

לצד התרומה של הנגישות של קהילה, מרואיינים התייחסו גם לאתגרים שבשילוב בה. מנהלת תיארה את הפער בין הגישה המעודדת שילוב בקהילה לבין העובדה שבפועל הדיירים מעדיפים לעיתים את הפעילויות החברתיות הניתנות בתוך המסגרת:

אנחנו הגישה שלנו היא בכל מקרה כמה שיותר החוצה לקהילה. יש פה אנשים שאני עדיין מרגישה שהמסגרת הזאת, בגלל שהיא מספקת את החלק החברתי ויש פה חוגים אחרי הצהריים שאנחנו מעבירים, ויש פה קבוצות כאלה ואחרות, זה לחלק מהאנשים מחליף את זה שהם יוצאים החוצה. הם יעדיפו להיות פה כי זה נגיש וזה במקום לצרוך את זה בחוץ ואותו דבר... קשר עם השכנים כמעט ואין, הם משאירים את הפריווילגיה הזאת לנו (מנהלת, מסגרת 3).

בקרב הדיירים נראות אפוא רמות שונות של פעילות אקטיבית בקהילה, ויש דיירים המתקשים ליוזם קשרי שכנות חבריים: "הם לא בקשרי שכנות, הם לא ינקשו על הדלת של השכן 'חסר לי כפית סוכר'. הם יתקשרו לשוב 'אפשר לבוא לבית המרכזי לקחת כפית סוכר?' כזה למשל, עדיין יש" (מנהלת מסגרת 3).

מרואיינים אחדים התייחסו לכך שמדובר בתהליך הדרגתי, הדורש זמן והסתגלות להרגלים חדשים, ושנדרשה כשנה להיווצרות ולהתבססות הקשרים עם הקהילה:

אני חושבת שהחיבורים לקהילה הם הרבה יותר מורגשים דווקא שנה וקצת אחרי. אני חייבת להניד שדווקא בהתחלה היה הרבה יותר קשה לחבר את החבר'ה החוצה, והיה איזשהו תחושה של אני קודם כל צריך להתרגל למשהו החדש כי הקרקע זהה. אני צריך לעשות את מה שאני חייב, לא הרבה יותר מזה כרגע כי אני צריך להתייבב. דווקא עכשיו, בכמה חודשים האחרונים, יש הרבה יותר חיבורים לתוכניות כמו "עמיתים" או תעסוקה בשוק החופשי דווקא ולא במפעלים מוגנים. ההיכרות עם המתנ"ס שנמצא פה קרוב וקופת החולים, הדואר, שהם מאוד מאוד עצמאיים, המכולת שהם הולכים אליה באופן קבוע (עו"ס, מסגרת 4).

לצד העידוד של הדיירים להיות שותפים בקהילה, הצוות מעודד אותם גם להשתתף בפעילות של המסגרת הפנימית – מה שעשוי לשמר או לעודד חויית תלות:

זה דירה כמו כל הדירות, דירת שותפים. ואז זה אתגר שלנו שבאמת לעמוד על זה שזה חשוב שהם יבואו לישיבות דיירים, כי זה חשוב לכולם, כל הקהילה תומכת, לפעילויות שיש כאן. כי הם לא רוצים להגיע לפעמים, צריך עבודה מאוד אינטנסיבית מצד [שם], מצידו, מצד כל העובדות סוציאליות שעובדות בדירות ולנסות ליצור אצלם את הבֶּלֶגְס הזה, של נכון, אנחנו מבינים, אתם גרים בחוץ, ויחד עם זאת אתם עדיין קשורים לפה. וזה קצת כזה לזכור מאיפה באתם ולכן אתם הולכים (עו"ס, מסגרת 4).

המעבר לקהילה תומכת אפשר לדיירים גישה לשירותי הקהילה, שינה את סדר היום וכלל קשרי שכנות חבריים שלא היו קיימים בהוסטל. עם זאת יש הבדלים בין הדיירים, ולא כולם יוזמים ופעילים בקהילה. עבור חלקם מדובר בהסתגלות שדורשת זמן. נוסף על כך נוצר מתח מסוים בין עידוד ההשתלבות בקהילה לבין עידוד להשתתפות בפעילות בתוך המסגרת.

שינויים חיוביים בהיבטי הסטיגמה העצמית והציבורית בעקבות המעבר

המעבר לקהילה תומכת חושף את קיומה והשפעתה של הסטיגמה הציבורית והסטיגמה העצמית על הדיירים ועל הצוות. תת-תמה זו מתייחסת לשינויים בהיבטי הסטיגמה עקב המעבר, ועולה ממנה כי הדיור בתנאים נורמטיביים בקהילה ובאופן שאינו חושף את זהותם

כמתמודדים מוביל הן להחלשת הסטיגמה מצד הסביבה הן לצמצום הסטיגמה העצמית. עובדת סוציאלית במסגרת 1 תיארה את התפיסה הזו מזווית הראייה של דייר: "פעם היו אומרים... היתה לי תווית, הייתי יוצא מאותה כניסה של אנשים שהיו מבקשים כסף, נראים חולים, והיום הם יוצאים מבית שיוצאים ממנו אנשים שנראים כמוהם אז זה גורם להם יותר להיפתח". מבחינה זו, הדיור בתנאים נורמטיביים תורם להחלשת הסטיגמה העצמית ולנכונות ליצור קשרי שכנות ולהיפתח לקשרים נוספים. האפשרות להימנע מתיוג הובילה לעיתים להסתייגות של דיירים בדירות הלוויין מתקשורת עם המבנה המרכזי, הנתפס כהוסטל, בשל התיוג הכרוך בכך:

יש... אמירות מצד הבנים של איזושהי היבדלות מההוסטל, מהמבנה המרכזי, שלהם דירה בפני עצמה, יש לזה יתרונות כשלעצמם, הם גאים בזה... נותן להם תחושה של... החיסרון והקושי במקרה הזה זה איזושהי היבדלות שלהם מאיתנו ומהדיירים פה, חוסר רצון להגיע לפעמים... ברגע שאתה מגיע אתה מקוטלג (עו"ס, מסגרת 4).

מנהלת אחרת תיארה מקרה הפוך, ובו דיירות בחרו להזדהות על שלט הכניסה לדירתן בשם התוכנית, ולא בשמותיהן הפרטיים: "הן שמו שלט על הדלת [שם המסגרת] ואנחנו הזדעזענו. אני לא אמרתי שום דבר, לא אמרנו שום דבר, אבל הזדעזענו שהם שמו שלט [שם המסגרת] ולא את השמות שלהם. למה שם המסגרת? [שם], [שם]... השמות שלכן" (מנהלת, מסגרת 3). נראה כי הזעזוע נובע מהציפייה של המנהלת שהדיירות יזדהו בשמן ולא בשם המסגרת, ובכך ייתנו ביטוי להסרת התיוג העצמי והחברתי. אלא שלצד ציפייה זו של הצוות, הרי בפועל נראה לעיתים קושי של דיירים לחוות את עצמם באופן אינדיבידואלי ונורמטיבי ולהזדהות ככאלה, ללא השייך המוצהר למסגרת.

המרואיינים היו ערים לסוגיית הסטיגמה הציבורית, והביעו חשש שהיא תוביל להתנגדות של השכנים והתושבים כלפי המסגרת. לעיתים, מרואיינים התייחסו בהבנה מסוימת לחששות מצד הסביבה, כחלק צפוי מתהליך ההסתגלות ההדדית: "[יש] המון פחד שאם עכשיו הם עברו לגור לפה אז אני צריך לדאוג לילדים שלי? שישתובב פה חופשי. כאילו זה מחשבה שהיא מבורות, אבל אני לא יכולה לשפוט את זה" (עו"ס, מסגרת 1).

היבטי ההשפעה של הסטיגמה הציבורית הובאו בחשבון מבעוד מועד, עם תכנון המעבר. מנהל מסגרת הסביר כי המודעות לסוגיה היתה גורם מנחה בתהליכי התכנון וההכנה למעבר, ושיקול בבחירת הדיירים המתאימים:

זה הכריח אותנו לקחת אחריות יותר גדולה כי אתה לא צריך משהו אחד שמתנהג בצורה מאוד קיצונית ובעייתית כדי להוציא סטיגמה ולהניד הנה הם ככה... אני יכול להניד שמעבר לזה בגלל שקהילה תמיד תהיה בשכונה כי אתה צריך את המרחק הגיאוגרפי, מרחק הליכה הקרוב יחסית אז יש אחריות נורא נורא גדולה שהקהילה תכיל את האנשים ולעשות את ההבנה שלא כל מי שיכול היה להיות בהוסטל יכול להיות בקהילה, כי מספיק שיהיה סיפור אחד עם בעל בית אחד בשכונה, ברחוב, בבניין, שיהיה איזה מקרה מאוד בעייתי, אחר כך הסיכוי שבעלי דירה יסכימו להשכיר לך והשכונה וההתנגדויות הקהילתיות, המקומיות יכולות להיות מאוד בעייתיות... היה לנו אחריות מאוד מאוד גדולה בעצם לשמור על השם של המסגרת, מה שנקרא להפריך את הסטיגמה של בריאות הנפש, ושלא יהיה דברים שיחזקו אותה. כי בטח בשנה, שנתיים, שלוש הראשונות מסתכלים על המסגרת, על הדיירים, על הקהילה, בזכות מגדלת. אז זו... נקודה מאוד משמעותית. ובאמת היינו צריכים לעשות הערכה של מי מתאים ומי לא, ושלושה מראש בעצם מצאנו להם פתרונות חלופיים... בעצם שמי שיעבור יהיו אנשים שזה באמת יעבוד איתם, שזה מתאים, שיוכלו לעשות את המעבר (מנהל מקצועי, מסגרת 2).

כפי שהעריכו אנשי הצוות, המעבר לקהילה תומכת אכן דרש התמודדות עם הסטיגמה הציבורית כלפי אנשים המתמודדים עם מגבלה נפשית. מנהל מקצועי תיאר התנגדות מצד תושבים בשכונה לפתיחת הקהילה התומכת במקום:

בשלב ראשון היתה ממש התנגדות של השכונה לקבל את הדיירים, בכלל את הרעיון שיהיה פה הוסטל, קהילה תומכת, מה זה משנה איך הם רצו לקרוא לזה. וממש היתה התנגדות עד כדי כך שהם פנו לעירייה והיינו צריכים לקבל אישור מיוחד מהעירייה כדי כן להקים את זה (מנהל, מסגרת 4).

לצד קשיים אלה, אותו מנהל הבהיר את ההבדל בין הוסטל בעבר לבין הקהילה התומכת, וציין כי יחסי השכנות הולכים ומתחזקים עם הזמן ותורמים לשינוי הסטיגמה:

באמת בהתחלה הם התייחסו מאוד בחשדנות השכנים לכל מה שקורה פה. ונכון להיום, חלק מהדיירים כן מקיימים יחסי שכנות, שזה לדעתי עוד משהו שהוא אופייני לקהילה תומכת יותר. מה שלא היה שם... היתה דירה שהיא חלק מקומפלקס של כמה וילות ששם היו יחסי שכנות, אבל בבניין המרכזי לא, שום קשר... לא היה קשר בכלל. והיום ממש את רואה שחלק מהדיירים יצרו קשרים מאוד יפים עם השכנים. (מנהל, מסגרת 4).

מנהלת אחרת הציגה גם היא תהליך של ירידה הדרגתית בהתנגדות השכנים, וציינה כי ההיכרות האישית מסייעת בשינוי העמדות:

בהתחלה היה קצת קשה אבל אני חושבת שהם קיבלו אותנו. גם בדירות אני בקשר עם כל ועד הבית בכל דירה. ובמצב מזה שעכשיו השכרנו דירה, יכולתי להרים טלפון ולהגיד להם אני יכולה לתת את הטלפון שלכם? כי בעל הדירה החדשה חושש. אני יכולה לתת את הטלפון שלכם שתמליצו? והיתה המלצה וזה כיף, זה כיף (מנהלת, מסגרת 3).

מרואיינים דיווחו כי עצם המיקום באזור ובתנאי מגורים נורמטיביים מאפשר לדיירים שבעבר גרו בהוסטל להרגיש בטוח ונוח יותר בקהילה התומכת:

אני יודעת משיחות עם דיירים ספציפיים שהם היו מרגישים מתויגים בשכונה [שם]. כאלו ידעו שהם הולכים ברחוב והם שייכים להוסטל. כי זה היה רחוב עם הרבה הוסטלים, ודי כבר הכירו אותם. והיום הם מרגישים יותר בנוח כי לא יודעים מיהם ומהם. עוד בית קרקע שיש בשכונה. הם מרגישים יותר בנוח (מדריכה, מסגרת 1)

מן הראוינות עולה בבירור תחושת הסיפוק וההקלה הנחווית כאשר קשיים שנובעים מבורות וסטיגמה באים על פתרונם באווירה חיובית. מנהלת נוספת תיארה את ניפוץ הסטיגמות עקב ההיכרות של הקהילה עם הדיירים:

ואז הם גם לומדים שזה חבר'ה עם יכולות. זאת אומרת שלא רק שהם לא מפחידים וטה טה טה, הם גם לא מסכנים. זה לגמרי, אני חושבת שמהבחינה הזאת, היום, אחרי ארבע שנים, אני יכולה להגיד לך שזאת הדרך הכי טובה לשבור סטיגמות. זאת אומרת, אתה יכול לבוא עם הרבה הסברים, הרצאות, הדרכות, טה טה טה, זה לא אותו דבר כמו לחיות את זה (מנהלת, מסגרת 2).

המעבר למגורים בקהילה הציף את שאלת הסטיגמה הציבורית ואת הדרכים להתמודד איתה עוד טרם המעבר עצמו. אנשי הצוות דיווחו כי ההתמודדות עם הסטיגמה הציבורית היתה חלק חשוב בהיערכויות שלהם, כיוון שידעו כי הסטיגמה הציבורית היא חזקה ועשויה להקשות את ההשתלבות בקהילה. ניכר מהראיונות השונים שכל שחלף הזמן והדיירים השתלבו בחיי הקהילה נוצרו קשרי שכנות וחל שינוי לטובה בעוצמות הסטיגמה העצמית והציבורית. תהליכי השינויים בהיבטי הסטיגמה העצמית אינם אחידים בקרב הדיירים, ומשתנים לאורך זמן.

תמה 5. אתגרים וקשיים במערך הקהילה התומכת

לצד יתרונותיו של המעבר הגמיש בין שלבים ומעני דיור תואמים, תנועה זו נקשרה גם לכמה חסרונות. תמה זו מתייחסת לאתגרים ולקשיים הכרוכים במעבר לקהילה תומכת, והיא מחולקת לשתי תת-תמות: התנועה בין דירות ותפוסת הבית המרכזי מאתגרות את מדיניות הקליטה של דיירים חדשים; פגיעה בפרטיות של דיירי הבית המרכזי. ברמה הארגונית, הרכב הדיירים בכל שלב מכתוב לארגון את פוטנציאל הקליטה, ומכאן את מדיניות הקליטה של דיירים חדשים. עבור הדיירים, תנועה זו עלולה להביא לפגיעה בפרטיות של דיירי המבנה המרכזי, ועבור הצוות היא גורמת לחוויית עבודה אינטנסיבית ביותר.

התנועה בין הדירות ותפוסת הבית המרכזי מאתגרות את מדיניות הקליטה של דיירים חדשים

הרכב ומספר הדיירים בקהילה בכל שלב מכתוב את פוטנציאל הקליטה של המסגרת, ומשפיע על מדיניות הקליטה של דיירים חדשים. המרואיינים ציינו כי תנועה בין הדירות מציפה דילמות וקשיים הכרוכים בתפעול המעברים ובקליטת דיירים חדשים. הציפייה לתנועת דיירים מהבית המרכזי לדירות חיצוניות עומדת בבסיס היכולת של הארגון לקלוט דיירים חדשים. אך במציאות, לא אחת התנועה אינה מתאפשרת כמצופה עקב מצב נפשי ותפקודי של דיירים. מרואיינים בכל הדרגים טענו כי הבית המרכזי קטן מדי, וכי תכולתו המוגבלת אינה מאפשרת די גמישות ותחלופה של דיירים: "אני אומרת שטוב יותר מבנה מרכזי גדול יותר. זה מאפשר יותר גמישות" (יזמת, מסגרת 2).

עובדת סוציאלית תיארה מקרים שבהם דיירים קיימים ופוטנציאליים זקוקים לסוג המענה שניתן בבית המרכזי, אך אין בו מקום פנוי: "היום אנחנו חושבים על מישוה שהוא מתאים למבנה המרכזי, אבל אין איך להכניס אותו... אני מניחה שהיו גם עוד הפניות שהיום אנחנו לא יכולים לקבל של אנשים שזקוקים למישוה קצת יותר הוסטלי" (עו"ס, מסגרת 2). מנהל מסגרת 4 שיתף בדוגמה דומה:

הגיעה אליי מישוה מהוסטל אחר ו... אני מקבל את המידע, מנתח אותו מבחינה מקצועית לאן היא מתאימה. כרגע הבניין המרכזי הוא מלא, אי-אפשר יותר מ-16 בבניין המרכזי... ובקהילה זה לא מתאים לה, היא עדיין לא שם. ולכן אני חייב לדחות אותה. לקבל אותה למקום מרוחק מבחינתי זה לא אחראי.

מהניתוח עולה כי קשיים אלה מציבים בפני אנשי המקצוע דילמות הנובעות מהמתח בין ציפיות היום לבין דרישות משרד הבריאות ולבין שיקול הדעת המקצועי באשר לצורכי הדייר:

השאלה מה קורה אם יש איזושהי נסיגה? יש לך לאן ללכת? לא אין לי לאן ללכת... אז עכשיו מה הפתרון היזמי?... היום רוצה שהכל יהיה מלא, לא חשוב מה מו מי, שוב לא. הוא רוצה שהכל יהיה מלא אז הוא אומר מה הבעיה? תשלוף את המישהו הכי טוב מפה ושים אותו שם. אז א', צריך להסביר שאנשים הם לא שק תפוחי אדמה, וב', אם אנחנו קבענו שהאנשים שנמצאים פה הם בעלי צרכים מיוחדים שהם צריכים להיות פה, אז לא יכול להיות שבגלל שמישהו שצריך לבוא משם אנחנו נשלוף אותו (מנהל, מסגרת 4).

לשאלת המראיינת, המנסה לחדד ולברר מהו החיסרון במערך, משיב המנהל: "אם למשל היינו קובעים שבקהילה תומכת יש 30 דיירים בבניין המרכזי ו-30 בפריפריה, אני חושב שזה היה מתאים לחלוטין. אבל ברגע שקבעו שזה 15 מול 45 זה לא מתאים" (מנהל, מסגרת 4).

מנהלת במסגרת אחרת התייחסה לחיסרון זה באופן דומה:

חיסרון זה שיש לי מספר יותר קטן של מקומות למבנה המרכזי ויש לי ביקוש לבית המרכזי. זאת אומרת, יש לי פה רשימת המתנה הרבה יותר גדולה ממה שהיתה לי בהוסטל. אנשים מחכים לבית המרכזי. זה יכול לקחת גם שנה. זה חיסרון משמעותי (מנהלת, מסגרת 3).

עוד דילמה הקשורה לסוגיית התנועה בין הדירות ולשאלת מענה הדיור המתאים עלתה כאשר מנהל מסגרת תיאר מצב שבו מתפנה מקום בדירת שותפים, אך השיקול המקצועי הוא לשמר איזון חיובי שנוצר במערכת היחסים בין שותפים:

והאמת היא שהיום מאוד מאוד קשה לנו. יש לנו פרק זמן די ארוך של מקום פנוי שם. קשה לנו מאוד לאכלס שם את המקום הזה. אם למשל המקום היה נניח מבודק וזה, אז בסדר שמים שם עוד אחת, שתהיה חגיגה יותר גדולה. אבל יש כזאת הרמוניה ויש כזה איזון, ומישהי שתהיה שם, והיו כבר שתיים או שלוש הצעות טובות וזה לא התאים. לא התאים לא בגיל, אחת היתה בורדר ליין שתקרא שם את כולן, זה ממש לא מתאים (מנהל, מסגרת 4).

מנהל נוסף תיאר את הקושי שבהעברת דייר ממקום למקום עקב אילוצים של מקום ומדיניות הקליטה של דיירים חדשים:

עכשיו לבוא לבן אדם ולשלוף אותו, זה מאוד מאוד קשה. גם אם מבחינה מקצועית זה מתאים, עדיין זה קשה. בוא נגיד, אני לא אחשוש לבוא לבן אדם ולהגיד "תשמע, מיצית פה". אבל אני לא יכול לבוא ולעשות את זה אחרי חודשיים. עשינו הכנה לפה, והראיתי לך את המקום, ועכשיו משהו שנסוג בדירה מרוחקת, בגלל זה אני צריך לעזוב את המקום? ושוב להסתדר עם אנשים חדשים (מנהל, מסגרת 4).

נראה כי המעבר למערך דיור המכיל רצף של מענים לצרכים שונים פוגש במציאות את הקושי לסנכרן את צורכי הניידות (או אי-ניידות) של דיירים בין המבנה המרכזי לבין דירות הלוויין בהתאמה לתכולה האפשרית. במציאות נוצר קושי לתכנן ולהתכונן מבחינה ארגונית, ולהיענות לפניות חדשות ולצרכים משתנים.

פגיעה בפרטיות של דיירי הבית המרכזי

היות שהמבנה המרכזי מהווה מוקד של פעילות לצוות ולדיירים מדירות חיצוניות, הפרטיות של דיירי הקבע במקום נפגעת לעיתים. מן הראיונות עולה שהתפקיד הכפול שממלא הבית המרכזי עלול להיות בעייתי:

הבית המרכזי, לא יודע אם נפגע, אבל כל הדיירים אוהבים לבוא לשם, ואז הפרטיות של הדיירים בבית הזה נפגעת. יש אווירה שדיירים של הבית המרכזי שתמיד הם צריכים להתמודד עם החרפות של האחרים, כי תמיד אלו הדיירים שיבואו לבית המרכזי לאיזה תקופת ביניים כאלה (עו"ס, מסגרת 1).

מדריך אחר תיאר דברים דומים: "לבית המרכזי נפגעה הפרטיות. פתאום הם יותר אנשים בדירה והפרטיות שלהם יורדת בגלל זה. אתה שם משהו במקרר אז יש סיכוי שהוא ייאלץ. יש דייר שהוא קם מוקדם בבוקר והוא מעיר את כולם. הפרטיות של הדיירים מאוד נפגעה" (מדריך, מסגרת 1).

עובדת סוציאלית נוספת הציגה גם היא את המחיר שמשלמים דיירי הבית המרכזי:

המבנה המרכזי נתפס לדיירים שגרים בדירות בחוץ בתור משהו משותף. זאת אומרת, הם לא רואים את זה כמו שלהם, יש את הבית שלהם, שאנחנו תמיד מזכירים להם את זה. [המבנה המרכזי] זה הבית של תשעה דיירים שחיים פה, ואם אתה רוצה להיכנס ולהשתמש בשירותים או אתה רוצה להיכנס בכלל אז אתה לא יכול פשוט להתפרץ לבית של מישהו אחר... כן, הפרטיות שלהם נפגעת ורואים אותם עדיין כהוסטל (עו"ס, מסגרת 2).

מבחינה זו, מרואיינים מאירים את הפגיעה בפרטיות של דיירי הבית המרכזי כחיסרון הכרוך בתהליכי השיקום וההחלמה שלהם. התנאים המתוארים מחזקים את התפיסה של מבנה זה כהוסטל, כמקום מוסדי-ציבורי, יותר מאשר כבית פרטי של אנשים. נראה כי בתנאים אלה קשה יותר ליצור את אותה תחושת הנורמליזציה וההומניזציה שתוארה עבור דיירי דירות הלוויין.

סיכום

תפיסות המרואיינים מאירות תהליכים מקבילים המתרחשים בקרב הדיירים ובקרב אנשי הצוות עצמם, בפרט בהקשר של הרחבת המכוונות להחלמה ושיפור הישגי השיקום בתנאים החדשים שנוצרו עם המעבר לקהילה תומכת. תנאים אלה נתפסים כמאפשרים יתר גמישות במענה לצרכים משתנים, עקב יצירת מדרג של אפשרויות דיור ותמיכות וניידות דו-כיוונית ביניהן. המעבר לקהילה תומכת נתפס כמאין תהליכי שיקום, משפר את איכות החיים של דיירים, מוביל לשינויים חיוביים במערכות היחסים בין הצוות לבין הדיירים ומעודד השתלבות עצמאית יותר בחיי הקהילה. השילוב וההשתתפות של דיירים בחיי הקהילה דורשים התמודדות של הצוות עם המתח שבין מתן מענים של פנאי וחברה בתוך המסגרת לבין עידוד לצריכתם בקהילה האזרחית של סביבת המגורים. נושא זה נקשר גם לחיבורים מגוונים אל הקהילה סביבם, ולהפחתה מדורגת של הסטיגמה מצד הסביבה ושל הדימוי העצמי-החברתי של הדיירים כתושבי הקהילה.

לצד תפיסות חיוביות אלה, שיקום והחלמה עשויים להיות מאתגרים במצב שבו מגבלות של תפוסה מול צרכים מקשות את היישום של מדיניות של תנועת דיירים מהמבנה המרכזי לדירות חיצוניות ואת הקליטה דיירים חדשים בהתאם. תנאי המגורים במבנה המרכזי, המשמש גם מקום מפגש לכלל דיירי הקהילה התומכת ואנשי הצוות, עשויים גם הם לאתגר תהליכי החלמה בשל הפגיעה בפרטיות הדיירים במבנה זה. מרואיינים התייחסו גם לקושי להתאים מענים למנעד רחב של צרכים, ובפרט למתמודדים במצבים של תפקוד ירוד.

נספח 9: טופס הסכמה להשתתפות במחקר על אודות הקהילה התומכת

המעבר מהוסטל לקהילה תומכת: מאפייני מטופלים המתמודדים עם בעיות נפשיות, תפיסת נותני השירות וההשלכות על תוצאות השיקום

למשתתפת/ש, שלום,

במסגרת מחקר על אודות המעבר מהוסטלים לקהילות תומכות בתחום השיקום אנו פונים למנהלי מסגרות, אנשי צוות בכירים וספקים שעברו את תהליך המעבר ומכירים את השירות לפני המעבר ולאחריו להתראיין, כדי שנוכל ללמוד על תפיסתם וחוויותיהם את השינוי שחל. כדי שהשיח בריאיון יזרום באופן טבעי וללא הפרעות, אנו מקליטים את הריאיון במכשיר הקלטה. ההקלטה משמשת אותנו לקידוד ספציפי של תמות ועמדות שעלו במסגרת הריאיון. הקידוד אינו כולל פרטים מזהים מלבד אפיונים דמוגרפים כלליים (כגון תפקיד, ניסיון בעבודה, מגדר, גיל).

אנו מבקשים מכם לחתום על טופס ההסכמה להשתתף במחקר. טופס זה נשמר בנפרד מהנתונים ואינו מאפשר לקשר בין זהותכם לבין הנתונים שתספקו. הסטודנט/עוזר המחקר שיקיים את הראיונות יהיה היחיד שיכול לקשר בין זהותכם לבין הנתונים שתספקו. החוקרות הראשיות שמנחות את המחקר עשויות להיות מעורבות גם בניתוח תוכן הריאיון, אך כיוון שהנתונים שעולים בריאיון יוקלדו ללא פרטים מזהים לקובץ, תישמר פרטיותכם. ההקלטות נשמרות כקובצי שמע בכרטיס זיכרון הנשמר בארון מאובטח במשרדה של החוקרת הראשית. רק לחוקרת הראשית ולצוות המחקר יש גישה לקבצים אלה. הסטודנט/עוזר המחקר המראיינים עברו הכשרה על ידי החוקרת הראשית ד"ר גליה מורן והם מחויבים לסודיות מוחלטת: הם לא יעבירו בשום צורה ואופן כל מידע שעולה בראיונות. הנתונים ינותחו בעילום שם תוך מיקוד בתמות כלליות בלבד, ולא יעסקו בפרופיל תשובות של משתתפת/יחידה. במידה ותחושו אי-נוחות מכל סיבה שהיא, זכותכם להפסיק את השתתפותכם במחקר בכל שלב. לאחר סיום קבוצת המיקוד ומילוי השאלונים, הסטודנט/עוזר המחקר האוסף את הנתונים ישמח לענות לכם על כל שאלה.

על כל שאלה נוספת תוכלו לפנות אליי בכתובת galiyam@bgu.ac.il

אנו מודות לכם על השתתפותכם במחקר, ומעריכות את עזרתכם

ד"ר גליה מורן, הפקולטה למדעי הרוח והחברה אוניברסיטת בן-גוריון בנגב, באר-שבע, ישראל
ד"ר ציפי הורניק-לוריא, הפקולטה למדעי החברה, אוניברסיטת בר-אילן, ישראל
פרופ' (אמריטוס) יונתן אנסון, הפקולטה למדעי הרוח והחברה, אוניברסיטת בן-גוריון בנגב, באר-שבע, ישראל

טופס הסכמה להשתתפות בריאיון עבור מחקר על אודות הקהילה התומכת

הצהרת המשתתף/ת:

אני החתום/ה מטה מצהיר/ה כי קראתי את טופס ההסכמה במלואו, וכי בחתימתי אני מביע/ה את הסכמתי להשתתף במחקר.

תאריך _____ שם פרטי + משפחה _____ חתימה _____

הצהרת המראיין:

אני החתום/ה מטה מצהיר/ה כי אני מחויב לשמור על סודיות מלאה. כל המידע הרלוונטי יהיה חשוף לצוות המחקר בלבד ולפי התנאים המוסברים בדף זה. מעבר לכך לא אעביר בשום צורה ואופן כל מידע שעולה בקבוצת המיקוד.

תאריך _____ שם פרטי + משפחה _____ חתימה _____