



# פיתוח מערך של מדידה שוטפת עבור הוסטלים לדרי רחוב לצורך בקרה ומדידת תוצאות בחינת המצב הקיים

טל לנטו    ליאור בסרמן-נבון    הילה דולב

עריכת לשון: רויטל אביב מתוק  
תרגום לאנגלית (תקציר): חני מנור  
עיצוב גרפי: ענת פרקו-טולדנו

העבודה הוזמנה על ידי מינהל סיוע לבתי משפט ותקון במשרד הרווחה והביטחון החברתי  
ומומנה בסיועו

**מכון מאירס ג'וינט ברוקדייל**  
ת"ד 3886 ירושלים 9103702  
טלפון: 02-6557400  
[brook@jdc.org](mailto:brook@jdc.org) | [brookdale.jdc.org.il](http://brookdale.jdc.org.il)

ירושלים | אב תשפ"ב | אוגוסט 2022

# תקציר

## רקע

הגישה הנהוגה בישראל לשיקום דרי רחוב היא גישת הרצף הטיפולי. גישה זו מבוססת על ההנחה שדיור עצמאי הוא יכולת אישית ומיומנות שחסרה לדרי הרחוב, ושאפשר להקנות אותה. הגישה נועדה לייעל את מתן השירותים לדרי הרחוב תוך התוויית מסלול טיפול הכולל התקדמות בשלבים. בכל שלב מצבו הרפואי קליני של מקבל השירות אמור להתייבב ועליו ללמוד מיומנויות ספציפיות. שלבי הרצף הטיפולי כוללים: (1) עבודת יישוג, קליטה והערכה; (2) קליטה במקלט חירום; (3) קליטה בדיור מעבר; (4) הספקת דיור תומך; (5) מעבר לדיור בר השגה. מסמך זה מתמקד בשלב הקליטה בדיור מעבר, שבישראל נקרא – הוסטל שיקומי. לפי גישת הרצף הטיפולי, ההוסטלים הם שלב ביניים בין מסגרות החירום ובין דיור תומך ומטרתם לספק פתרונות דיור זמניים לתקופה ממושכת, לצד מתן תמיכה בדרגת אינטנסיביות משתנה.

באוגוסט 2021 פנה מינהל סיוע לבתי משפט ותקון במשרד הרווחה והביטחון החברתי למכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל בבקשה לסייע לו בביסוס והערכה של מהלך הפועל להסדרת התנהלות ההוסטלים, באמצעות פיתוח כלים לבקרה ולמדידת תוצאות.

## מטרה

מטרת מסמך זה היא למפות את תפיסת השיקום ואת אופן ההתנהלות של ההוסטלים לדרי רחוב הקיימים בישראל. מיפוי זה ישמש בסיס לפיתוח מודל לוגי ומערך למדידה שוטפת עבור הוסטלים שיקומיים.

## שיטה

כדי למפות את התנהלות ההוסטלים לדרי רחוב הקיימים בישראל נערכו שמונה ראיונות עומק עם בעלי תפקיד המעורבים בתחום הטיפול בדרי רחוב וכן תצפית בהוסטל שיקומי לדרי רחוב. כמו כן נבחן מרכז להפעלת מסגרת הוסטל שיקומי-תעסוקתי לדרי רחוב. נוסף על כך, לשם בחינת כלים ומדדי תוצאה הנהוגים במדינות שונות, בהקשר של דרי רחוב, נסקרו ספרות מקצועית עדכנית, דוחות ומסמכי מדיניות של ארגונים בין-לאומיים ומדינות שונות ממקורות גלויים (אתרי אינטרנט, מסמכים רשמיים ופרסומים בתקשורת).

## ממצאים ומסקנות

מן המחקר עולה כי לדרי רחוב המגיעים להוסטל יש מוטיבציה, גם אם ראשונית, לעשות שינוי ולשקם את חייהם. אולם, תהליך השיקום אינו משימה קלה. אוכלוסיית דרי הרחוב מאופיינת בדרך כלל בצרכים מרובים שהצטברו במשך השנים וחולשים על כל תחומי החיים. יתר על כן, זוהי אוכלוסייה שעל פי רוב אין לה עורף משפחתי וקהילה תומכת שהם גורם חשוב מאוד בכל תהליך שיקומי. עוד עולה כי דיור אינו חזות הכול. יש חשיבות רבה לפתח יכולות ומיומנויות אצל דרי הרחוב לקיום אורח חיים עצמאי,

להשגת איכות חיים ולהשתלבות בקהילה. כמו כן הציפייה כי דרי רחוב יוכלו לסיים את התהליך השיקומי בתקופת זמן קצובה ולעבור ישירות לדיור עצמאי אינה תמיד מעשית. שכן, חלק גדול מדרי הרחוב שמסיימים את תהליך השיקום בהוסטל ממשיכים להזדקק למסגרת או למעטפת תומכת שתלווה אותם בזמן שהם מסתגלים לניהול משק בית ולחיים עצמאיים. ממצאי המחקר ישמשו תשתית לבניית מערך למדידה שוטפת.

## תוכן עניינים

1	1. מבוא
4	2. מטרה
4	3. שיטה
5	4. ממצאים
5	4.1 אוכלוסיית דרי הרחוב – מאפיינים וצרכים
8	4.2 שיקום דרי רחוב בהוסטלים – תוצאות רצויות
10	4.3 התהליך הטיפולי-שיקומי בהוסטלים – תשומות ותפוקות
13	4.4 הפיקוח על ההוסטלים
15	4.5 אתגרים וקשיים בשמירה על רצף הטיפול בדרי רחוב
17	5. סיכום ומסקנות
18	עוד פרסומים של המכון בנושא
19	מקורות

## רשימת לוחות ותרשימים

6	לוח 1: היקף תופעת דרי הרחוב בישראל בשנת 2019
13	לוח 2: אנשי הצוות בהוסטל (לפי תנאי המכרז)
5	תרשים 1: מודל לוגי
6	תרשים 2: שימוש בחומרים פסיכו-אקטיביים בקרב דרי רחוב בישראל בשנת 2019

# 1. מבוא

הזכות לדיוור מעוגנת באמנות בין-לאומיות שונות אשר מכירות בזכותן הבסיסית של כל אדם לדיוור נאות. סעיף 25 של [ההכרזה לכל באי עולם בדבר זכויות האדם](#), וסעיף 11 [באמנה הבין-לאומית בדבר זכויות כלכליות, חברתיות ותרבותיות](#), קובעים כי כל אדם זכאי לרמת חיים נאותה לו ולמשפחתו, לרבות דיוור נאות. במחקר שנערך ב-OECD בשנת 2020 נמצא כי מבין 42 מדינות שנבחנו, ל-17 מדינות הייתה אסטרטגיה לאומית פעילה למאבק בתופעת דרות הרחוב, וב-11 מדינות נוספות היו אסטרטגיות אזריות או מקומיות. ישראל נמנתה בין המדינות שלא הייתה להן אסטרטגיה כזו (OECD, 2020).

תופעת דרות במקומות ציבוריים בישראל היא תופעה חדשה יחסית המוכרת מראשית שנות התשעים של המאה ה-20. לפי נתוני משרד הרווחה והביטחון החברתי (להלן משרד הרווחה), אחוז דרי הרחוב הנספרים במדינה ביחס לאוכלוסייה הכללית הוא מן הנמוכים בעולם ועמד על 0.03% בלבד בשנת 2019 (כ-3,000 איש) (מ. מטר, תקשורת בין-אישית, 23 בנובמבר 2020). לעומת זאת, בשנת 2009 העריכה האגודה לזכויות האזרח, שמשתמשת בהגדרה רחבה יותר לדרי רחוב, כי מספרם של אלה שמתגוררים בכלי רכב, בבתי נטושים, בגנים ציבוריים, על ספסלי רחוב, או בחדרי מדרגות הוא כ-25,000 איש (גן-מור ופריבך-חפץ, 2009). עם זאת, יש להתייחס למספרים אלו בזהירות שכן תופעת דרות הרחוב קשה למדידה ולהשוואה בין מדינות. קושי זה נובע משתי סיבות: ראשית, הנטייה של אוכלוסייה זו להימנע מפנייה לשירותים מוסדיים (סנטו וברגר, 2014); שנית, מספר דרי הרחוב תלוי בהגדרה של אוכלוסייה זו במדינה והמספרים משתנים בין מדינות לעיתים משום שהם מבוססים על הגדרות שונות. על פי תקנות העבודה הסוציאלית (הוראה 33 לפרק 3 בתע"ס), דר רחוב הוא אדם מעל גיל 18 אשר גר ברחוב, במבנים נטושים, בשטחים ציבוריים וכו'. דר הרחוב שרוי בהזנחה גופנית ו/או נפשית, בדרך כלל נמצא בניתוק או ניכור ממשפחה תומכת ואינו נאבק לשנות את מצבו. התקנות מציינות כמה מאפיינים העשויים להיות לדר הרחוב, בהם: היסטוריה של אי-יציבות במגורים וניידות ברחבי הארץ, היעדר תעודות אישיות (תעודת זהות, תעודת עולה וכו'), והתמכרות לחומרים פסיכו-אקטיביים כמו אלכוהול וסמים (משרד הרווחה והשירותים החברתיים, 2010).

הגישה הנהוגה בישראל לשיקום דרי רחוב היא הגישה הלינארית. גישה זו מבוססת על ההנחה שדיוור עצמאי הוא יכולת אישית ומיומנות שחסרה לדרי הרחוב, ושאפשר להקנות אותה. היא נחשבת לגישה המסורתית והדומיננטית בטיפול בדרי הרחוב. הגישה נועדה ליעל את מתן השירותים לדרי הרחוב תוך התוויית מסלול טיפול הכולל התקדמות בשלבים, כאשר בכל שלב מצבו הרפואי קליני של מקבל השירות אמור להתייצב ועליו ללמוד מיומנויות ספציפיות. ההתקדמות בשלבים מותנית בשיתוף הפעולה של האדם ובעמידתו בהצלחה בתוכנית הטיפול, תוך התבססות על תפיסת "טיפול תחילה" הדורשת גמילה מחומרים ממכרים או טיפול במצבים בריאותיים (Padgett et al., 2006). כאשר רמת התפקוד של מקבל השירות משתפרת, או שהצורך שלו בשירותים פוחת, הוא מסיים שלב ועובר למסגרת מגבילה פחות (Wong et al., 2006). בגישה זו, דרי הרחוב מגיעים לדיוור קבוע ועצמאי רק כאשר הם מכינים "מוכנות לדיוור" (US Department of Housing and Urban Development, 2020; Johnsen & Teixeira, 2010).

הגישה הלינארית הבולטת ביותר היא זו של הרצף הטיפולי (continuum of care) שפותחה בארצות הברית בשנות התשעים ושנהוגה בישראל. שלבי הרצף הטיפולי כוללים: (1) עבודת יישוג, קליטה והערכה; (2) קליטה במקלט חירום; (3) קליטה בדיור מעבר; (4) הספקת דיור קבוע תומך; (5) מעבר לדיור בר השגה.

בישראל יש כמה סוגים של מסגרות דיור לדרי רחוב המרכיבים את הרצף הטיפולי. אלו שונים במטרות ובשירותים שהם מספקים (משרד הרווחה והביטחון החברתי, 2022):

1. **מסגרות קלט חירום** – מסגרות שמטרתן לייצב את מצבם של דרי הרחוב ולהכניס למעבר למסגרות הטיפול האחרות.
2. **גגונים או שלטרים** – מסגרות שמטרתן להעניק תנאים בסיסיים לדרי הרחוב (ארוחת ערב, מקלחת חמה מיטה וארוחת בוקר), משעות הערב ועד שעות הבוקר.
3. **הוסטלים שיקומיים והוסטלים תעסוקתיים** – מסגרות שמטרתן לשקם את דרי הרחוב ולהחזירם לתפקוד עצמאי.
4. **דירות לווין** – החוליה האחרונה ברצף הטיפולי. מטרתן לספק תמיכה וליווי לדרי הרחוב שעברו הליך שיקומי ומצליחים לתפקד תפקוד עצמאי חלקי. **כיום שירות זה לא קיים בארץ, אך נעשים ניסיונות להפעילו שוב.**
5. **בית לחיים** – מסגרת ארוכת טווח שמקבלת דרי רחוב שסיכויי שיקומם קטנים והם זקוקים למסגרת מוגנת תומכת ומלווה.

מסמך זה מתמקד בהוסטלים שיקומיים. לפי גישת הרצף הטיפולי, ההוסטלים הם שלב ביניים בין מסגרות החירום ובין דיור תומך (ומכאן שמם: "מסגרות דיור לשהייה זמנית" transitional housing). מטרתן של מסגרות אלו היא לספק פתרונות דיור זמניים לתקופה ממושכת, לצד מתן תמיכה בדרגת אינטנסיביות משתנה. בשנת 2020 החליט מינהל סיוע לבתי משפט ותקון במשרד הרווחה (להלן: מינהל תקון) להסדיר את התנהלות ה**הוסטלים** לדרי רחוב, מאחר שהם אינם פועלים לפי סטנדרטים אחידים ויש ספק בנוגע למידה שבה הם משיגים את המטרות השיקומיות שלשמן הוקמו. יישום ההחלטה החל בפיתוח מודל הפעלה, בקביעת סטנדרטים ובהוצאת מכרזים חדשים להפעלת ההוסטלים. כחלק ממהלכים אלו, במחצית השנייה של 2020, התבקש מכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל על ידי מינהל התקון לבצע סקירה בין-לאומית שתבחן את המדיניות, את המענים ואת הסטנדרטים המקובלים בטיפול באוכלוסיית דרי הרחוב במדינות שונות. סקירה זו פורסמה בתחילת 2021 (לנטו ואח', 2021).

בישראל יש כיום ארבעה הוסטלים שנותנים שירות לכ-140 דרי רחוב (שהם כ-4.5% מסך כל דרי הרחוב בישראל).<sup>1</sup> ההוסטל עם מכסת הדיירים הגדולה ביותר (50 דיירים) נמצא בירושלים, וההוסטל עם מכסת הדיירים הקטנה ביותר (18 דיירים) נמצא בבאר שבע (משרד הרווחה והביטחון החברתי, 2022).

באוגוסט 2021 פנה המינהל למכון ברוקדייל כדי שיסייע לו בביסוס והערכה של המהלך החדש להסדרת התנהלות ה**הוסטלים**, באמצעות פיתוח כלים לבקרה ולמידת תוצאות. מטרת הפרויקט היא להניח תשתית של מדידה שתנטר את התנהלות ה**הוסטלים**

---

<sup>1</sup> מן המחקר עולה כי יש לעיתים פער בין הגדרת המסגרת הפורמלית במשרד הרווחה (לפי תנאי ההתקשרות), ובין האופן שבו המסגרת מתנהלת בפועל. כך למשל, נטען כי יש מסגרת במרכז הארץ שמוגדרת 'גגון', אך בפועל היא מתנהלת יותר כהוסטל. כחלק מן המהלכים של משרד הרווחה בתקופה האחרונה, גם סוגיה זו נמצאת תחת הסדרה.

ואת עמידתם בסטנדרטים ותבחן את התקדמות דרי הרחוב במודל השיקומי. המדידה תאפשר לקבל החלטות בנוגע לטיוב המענים לדרי הרחוב בכלל ולטיוב עבודת ההוסטלים בפרט. פיתוח הכלי יתמקד בהוסטלים במסגרת גישת הרצף הטיפולי, אך יאפשר להניח את התשתית למדידה בהמשך של שירותים מסוג "דיור תחילה".



## 2. מטרה

מטרת מסמך זה היא למפות את תפיסת השיקום ואת אופן ההתנהלות של ההוסטלים לדרי רחוב הקיימים בישראל. מיפוי זה ישמש בסיס לפיתוח מודל לוגי ומערך למדידה שוטפת עבור הוסטלים שיקומיים (ר' הרחבה בפרק 4 – ממצאים).

## 3. שיטה

המידע שמוצג במסמך זה נאסף בחודשים ספטמבר 2021 עד פברואר 2022, באופן שלהלן:

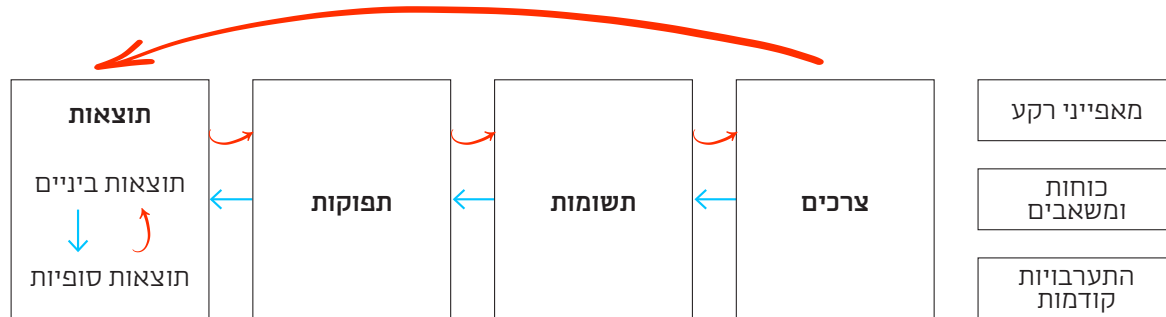
- לשם אפיון ההוסטלים כמודל הפעלה שיקומי נערכו שמונה ראיונות עומק עם בעלי תפקיד המעורבים בתחום הטיפול בדרי רחוב:
  - מנהלת תחום טיפול בדרי הרחוב ממינהל התקון
  - 2 ממונים על מפקחים ממינהל התקון
  - 2 מפקחים על מסגרות לדרי רחוב (גגון והוסטל) ממינהל התקון
  - 2 נציגות מאגפי הרווחה ברשויות המקומיות (תל-אביב וירושלים)
  - מומחה מן האקדמיה
- לשם בחינת הדרישות של מינהל התקון להפעלת ההוסטלים, בחן צוות המחקר את המרכז להפעלת מסגרת הוסטל שיקומי-תעסוקתי לדרי רחוב, באזור הצפון או המרכז (משרד הרווחה והביטחון החברתי, מרכז פומבי 168/2021)
- לשם בחינת התנהלות ההוסטלים, נערכה תצפית בהוסטל לדרי רחוב בירושלים. התצפית נועדה להתרשמות בלתי אמצעית של צוות המחקר מן המרחב הפיזי והסביבתי ומן האווירה במקום. במהלך הביקור נערכו גם:
  - ריאיון עם מנהל ההוסטל
  - שיחות עם אנשי צוות – רכז מדריכים, מדריכים ורכזת טיפולית
  - שיחה עם דרת רחוב השוהה בהוסטל
- לשם הנחת התשתית למדידה, נבחנו כלים ומדדים הנהוגים במדינות שונות, בהקשר של דרי רחוב. צוות המחקר התבסס על מגוון מקורות מידע: ספרות מקצועית עדכנית, דוחות ומסמכי מדיניות של ארגונים בין-לאומיים ומדינות שונות ממקורות גלויים (אתרי אינטרנט, מסמכים רשמיים ופרסומים בתקשורת).  
לנוכח מספר המראיינים הקטן, וכדי למנוע את זיהויים, במקומות שבהם מוצגים ציטוטים לא צוין מקורם.

## 4. ממצאים

פיתוח כלי המדידה להוסטלים יתבסס על מודל לוגי שיבנה בשיתוף עם ועדת פיתוח שימנה מינהל התקון. מודל לוגי הוא כלי עבודה ויזואלי שמסייע לנסח, לחשוף ולהציג את תאוריית השינוי (ר' **תרשים 1**). הוא מציג את רכיבי תוכנית ההתערבות ואת הקשרים ביניהם, מסייע לתהליך התכנון ולהצגת תוכניות ומשמש כבסיס לגיבוש מערך המדידה ולהבנת ממצאיה.

תהליך התכנון (החיצים האדומים בתרשים 1) מתחיל בזיהוי מאפייני קהל היעד וצרכיו; מן המאפיינים והצרכים גוזרים את התוצאות הרצויות ואת אבני הדרך להשגתן; ורק לאחר מכן בוחרים את התפוקות ומעריכים את המשאבים הנדרשים להפעלתן – התשומות. עם השלמת המהלך מתקבל תרשים זרימה המציג את המהלך הכרונולוגי ליישום התוכנית, המיוצג באמצעות החיצים הכחולים (ארזי ונמר-פורסטנברג, 2020).

### תרשים 1: מודל לוגי



חלקו הראשון של פרק הממצאים יתמקד בקטגוריות הרלוונטיות למודל הלוגי (סעיפים 4.1-4.3). חלקו השני של הפרק (סעיפים 4.4 ו-4.5) יעסוק בפיקוח על ההוסטלים ובאתגרים הן בפיקוח על ההוסטלים הן בשמירה על רצף הטיפול בדרי רחוב.

### 4.1 אוכלוסיית דרי הרחוב – מאפיינים וצרכים

לפי המודל הלוגי, מאפייני רקע הם נתונים על אוכלוסיית היעד שאינם מושא תוכנית ההתערבות ואינם צפויים להשתנות בעקבותיה, אך יש להביא אותם בחשבון בבחירת דרך ההתערבות ויש להם חשיבות: כגורמים מגבירי סיכון; כנתונים שיש להתחשב בהם בתכנון ההתערבות; וכנתונים שיש לבחון בתהליכי הלמידה שבעקבות המדידה (ארזי ונמר-פורסטנברג, 2020).

במיפוי מאפייני דרי הרחוב שערך משרד הרווחה בשנת 2019 נמצא כי בישראל היו 2,723 דרי רחוב שטופלו על ידי היחידות העירוניות לטיפול בדרי רחוב באותה שנה. היחידות העירוניות מעריכות שהיו עוד 276 דרי רחוב לא מוכרים (שלא פנו לקבל שירות) בשטחן. מרבית דרי הרחוב נמצאים במרכז הארץ, בעיקר באזור תל-אביב (**לוח 1**).

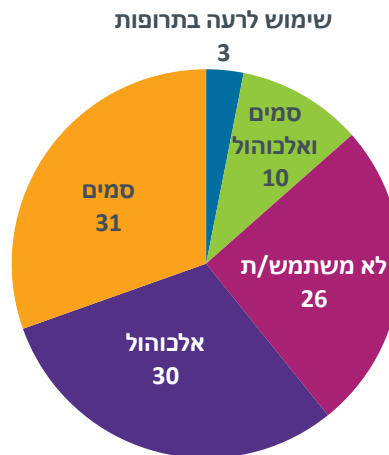
לוח 1: היקף תופעת דרי הרחוב בישראל בשנת 2019 (במספרים)

סך הכול ארצי	מחוז תל אביב והמרכז		מחוז חיפה והצפון		מחוז דרום	מחוז ירושלים
	מחוז תל אביב	מחוז המרכז	מחוז חיפה	מחוז הצפון		
2,723	1,671	494	143	415		
276	146	68	24	38		

מקור הנתונים: מינהל התקון, משרד הרווחה.

עוד עולה מן הנתונים של משרד הרווחה, ש-87% מדרי הרחוב הם גברים, ורק 13% נשים. כ-58% נמצאים בטווח הגילים 36-55 שנים. כמחציתם ילידי ברית המועצות לשעבר, כשליש ילידי הארץ (8% הם מקרב האוכלוסייה הערבית) והשאר עולים ממדינות אחרות. רוב דרי הרחוב משתמשים בחומרים פסיכו-אקטיביים (תרשים 2): כשליש צורכים סמים ושיעור דומה מכורים לאלכוהול. עשירית צורכים סמים ואלכוהול יחד, ושיעור קטן של כ-3% עושים שימוש לרעה בתרופות. רק כרבע מדרי הרחוב מדווחים ככאלו שלא משתמשים כלל בסמים או באלכוהול. בנוגע למצב הבריאות של דרי הרחוב, לפי אומדנים של משרד הרווחה, כ-18% סובלים מבעיה בריאותית גופנית, וכרבע במצב של מוגבלות נפשית.

תרשים 2: שימוש בחומרים פסיכו-אקטיביים בקרב דרי רחוב בישראל בשנת 2019 (N=2,195) (באחוזים)



מאפיינים אלו של דרי הרחוב בישראל, תואמים את המתואר בעולם: רוב של גברים, גיל ממוצע 36 בקירוב ולרבים בעיות כרוניות הכוללות התמכרויות לסמים ואלכוהול ובעיות בריאות ומוגבלויות פיזיות (אברמוביץ, 2013).

לכן, דרות הרחוב לרוב מלווה ולעיתים גם מייצרת תחלואה כפולה ומשולשת הכוללת מעורבות של קשיים נפשיים, מחלות פיזיות, מוגבלויות והתמכרויות. הצלבתם של מאפיינים אלו מייצרת פרופיל מורכב של אוכלוסייה זו.

#### 4.1.1 תנאי קבלה להוסטלים

דרי הרחוב שמגיעים להוסטלים הם אלו שיש להם נכונות להיכנס להליך שיקומי, תוך קבלת עזרה ותמיכה. ישנם שלושה תנאי קבלה להוסטל:

- **גמילה משימוש בחומרים פסיכו-אקטיביים:** בעת הכניסה להוסטל, על דר הרחוב להיות נקי משימוש בחומרים פסיכו-אקטיביים באשר הם, או להיות בהליך גמילה פעיל שבמסגרתו נעשה שימוש בתחליפי סם כגון מתדון. תנאי זה עלה מן הראיונות כתנאי כניסה קשיח שמקפידים עליו.

יצוין כי מחקר אשר השווה בין הוסטלים שתנאי הכניסה אליהם היה פיכחות בעת הכניסה, ובין כאלו שלא, מצא שתנאי הפיכחות בעת הכניסה לדיור זמני איננה תנאי הכרחי להצלחת השיקום של הפרט, וכי גם מי שאינו פיכח בעת הכניסה להוסטל יכול להשתקם (Schinka et al., 2011).

- **מצב נפשי מאוזן:** מרביתם של דרי הרחוב מצויים במצב נפשי מורכב בעת הכניסה להוסטל, מצב שלעיתים נוצר מעצם השהות ברחוב, ולעיתים היה הגורם שהשפיע על דרות הרחוב. מן הראיונות עלה כי אם לדר הרחוב יש מוגבלות נפשית מאובחנת, בעת הכניסה להוסטל מצבו צריך להיות מאוזן, כלומר, ללא הפרעה פעילה ותחת טיפול תרופתי במידת הצורך.

- **מוטיבציה להליך שיקומי:** תהליך השיקום בהוסטל הוא תהליך מחייב שמצריך עמידה בכללים ושיתוף פעולה. על כן, תנאי הכרחי לכניסה של דר רחוב להוסטל הוא נכונות מצידו להליך שיקומי. עם זאת, קשה להעריך את מידת המוטיבציה של דר הרחוב בעת הכניסה, ולעיתים לצד הרצון להשתקם, עשויים להיות לו לבטים בעת הכניסה להוסטל וכן בזמן השהות בו. בריאיון עם מנהל הוסטל, ציין המנהל כי כדי להתמודד עם קושי זה, הוא מקיים ראיון כניסה עם כל מועמד להוסטל, ריאיון שמאפשר לו להעריך את המוטיבציה של המועמד. הוא הסביר כי מלבד קיום הריאיון, גם עצם היכולת של המועמד להגיע באופן עצמאי להוסטל, לעמוד בפיתויים ובאתגרים בדרך, ולחזור באותו האופן למקום שממנו הגיע (לרוב לגגון/שלטר), היא בפני עצמה סמן משמעותי, לעיתים אף יותר מן הריאיון עצמו, לרמת המוטיבציה של דר הרחוב לעבור הליך שיקום בהוסטל. בהסתמך על הליך מיון זה וכן, אם מתאפשר, על חוות דעת מן המסגרת הקודמת שבה שהה, מתקבלת החלטה בנוגע לעמידתו של דר הרחוב בתנאי המוטיבציה בעת הכניסה להליך השיקומי בהוסטל.

מהמחקר עולה כי יש מידה רבה של התאמה בין תנאי הקבלה להוסטל לפי התע"ס ובין ההתנהלות בשטח. תנאים אלו גם עומדים בהלימה עם הנעשה במקומות אחרים בעולם. כך למשל, גם בקנדה בעת הכניסה למסגרת השיקומית, על דר הרחוב להיות נקי משימוש בחומרים פסיכו-אקטיביים, או בהליך גמילה, ובמצב נפשי מאוזן (Novac et al., 2009). עם זאת, ניכר הקושי להעריך את רמת המוטיבציה של דר הרחוב להליך השיקומי וכן את מורכבות מצבו הנפשי בעת הכניסה להוסטל.

## 4.1.2 צורכי דרי הרחוב בהוסטלים

הצרכים של אוכלוסיית היעד מוגדרים על פי המודל הלוגי בתור הבעיות, הדאגות או הקשיים שהם על פי רוב המוקד להתערבות והבסיס להגדרת התוצאות הרצויות. הצרכים מנוסחים במונחים של חוסר, ריבוי, קושי או כמצב בעייתי הדורש שינוי (ארזי ונמר-פורסטנברג, 2020).

מלבד הצורך הברור **בקורת גג**, לדרי רחוב המגיעים להוסטלים יש צרכים אישיים, תעסוקתיים ובריאותיים, לצד צרכים יום-יומיים. ראשית, לדרי הרחוב צורך בכישורי חיים שיביאו ליציאתם מן הרחוב וישמרו אותה, בדגש על **תעסוקה** – הכשרה תעסוקתית, חינוך, הכנסה קבועה וביטחון תעסוקתי (Acosta & Toro, 2000; Price et al., 2019). נוסף על כך, לדרי רחוב גם צורך בקבלה ושייכות לחברה. לחוויה של החיים ברחוב יש השפעה עמוקה על תחושת הזהות. דרי הרחוב חווים תחושה של דיכוי, אובדן תפקיד חברתי ואובדן שייכות. מכאן שלדרי הרחוב צורך בתחושת **משמעות**, שייכות ורצון להרגיש בני אדם בעלי ערך (אברמוביץ, 2013).

רוב דרי הרחוב המגיעים לשיקום בהוסטלים הם לאחר הליך גמילה **מסמים ומאלכוהול**. שכן כאמור, תנאי כניסה להוסטל הוא ניקיון פיזי מחומרים פסיכו-אקטיביים. אולם, גמילה היא מאבק יום-יומי ויש צורך לשמור על דרי רחוב מכורים נקיים מסמים ומאלכוהול. כמו כן כאשר דרי הרחוב מגיעים להוסטל, הם לרוב מגיעים במצב **בריאותי פיזי** לא טוב, לאחר שנים של חיים ברחוב. המצב הבריאותי הקשה נובע הן ממחלות שמקושרות לחיים ברחוב כמו צהבת והן משנים של הזנחת המצב הבריאותי וחוסר מעקב רפואי. דרי הרחוב מגיעים להוסטל כאשר יש להם לפחות צורך בריאותי אחד שאינו מסופק – טיפולי שיניים, משקפי ראייה, טיפול כירורגי, תרופות מרשם וכו'. **בהיבט הנפשי**, להוסטל כאמור לא מגיעים מי שיש להם מחלת נפש פעילה, אך יש צורך לשמור על מצב נפשי מאוזן.

## 4.2 שיקום דרי רחוב בהוסטלים – תוצאות רצויות

התוצאות הרצויות במודל הלוגי מבטאות את השינויים שההתערבות מנסה לקדם ושלשם נועדה. לרוב, התוצאות הרצויות הן תמונת ראי של הצרכים, או שהן מגדירות את מהות השינוי ואת מגמתו (ארזי ונמר-פורסטנברג, 2020).

המטרה של ההוסטלים לדרי רחוב היא לשקם אותם. לפי התע"ס, שיקום מוגדר "חזרה לקהילה, לחיים נורמטיביים ותקינים ולדיוור עצמאי" (משרד הרווחה והשירותים החברתיים, 2010, סעיף 7.3). המרואיינים הצביעו על הגדרות דומות לזו וניכר כי לא עלו סתירות או תפיסות שונות בהקשר זה.

להלן מפורטים ההיבטים הנקשרים לחזרה לקהילה ולחיים נורמטיביים ותקינים כפי שעלה מן הראיונות ומן הספרות המקצועית העוסקת בגישה השיקומית של דרי רחוב (Novac et al., 2009; Feantsa, 2020; Marrone, 2005; Tsai et al., 2012; Pleace et al., 2019). לכל אחד מן ההיבטים יש מדדים מן הספרות שנועדו לבחון את הצלחת השיקום. לפי המודל הלוגי אלו סמנים שנועדו לסייע בזיהוי השגתן או אי-השגתן של התוצאות הרצויות. הסמנים הם הביטויים הנצפים והמדידים לשינוי ויש לזהותם כבר בעת הגדרת התוצאות הרצויות או אפילו בשלב הגדרת הצרכים. הסמנים יודגשו להלן בצבע ירוק.

## 4.2.1 דיור

דיור יציב הוא צורך מרכזי של אוכלוסיית דרי הרחוב (לנטו ואח', 2021). מכאן שחלק מרכזי בשיקום דרי רחוב, הוא להביא אותם לכדי יכולת להחזיק דיור יציב או קבוע (Wong et al., 2006; Padgett et al., 2006; Tainio & Fredriksson, 2009; Johnsen & Teixeira, 2010). מן הראיונות עלה כי זו אומנם אחת המטרות העיקריות בשיקום, אך קשה מאוד להשיג אותה. יתרה מכך, גם כאשר דרי רחוב מגיעים לדיור עצמאי, הם מתקשים לשמר את מצבם (ר' סעיף 4.5).

איך מודדים תוצאות בתחום הדיור?

בוחנים כמה ימים דרי הרחוב ישנו באחד מן המקומות שלהלן בשלושים הימים האחרונים: ישנו בדיור (דירה, חדר או בית משלך/ של מישהו אחר); ישנו במוסדות (בתי חולים או מוסדות שיקום/ בתי כלא/ בתי מאסר/ בתי מלון/ פנימיית); ישנו כחסרי בית (דיור בשלטרים/ ברחוב/ בדירות נטושות/ בסירות וכו').

## 4.2.2 תעסוקה

שיקום תעסוקתי הוא מרכזי בכל תהליך של השתלבות בחברה. מחקרים מצאו כי תעסוקה חשובה לא רק כמקור הכנסה, אלא גם לבריאות ולרווחה הכללית. מכיוון שזוהי פעילות בעלת משמעות המובילה לחוויות של הנאה והישג או לסיפוק כללי מן החיים (Marrone, 2005; Marshall & Rosenberg, 2014) מצופה כי דר רחוב משוקם ישתלב בתעסוקה בהתאם ליכולותיו ומגבלותיו.

איך מודדים תוצאות בתחום התעסוקה?

בוחנים אם דר הרחוב עובד ומהו היקף משרתו. נוסף על כך, בוחנים את מספר הימים שבהם עבד דר הרחוב בחודש האחרון וכמה תמיכה כלכלית קיבל בחודש זה ממקורות שונים, כמו קצבאות.

## 4.2.3 איכות חיים

היבט חשוב בשיקום של דר הרחוב הוא היכולת שלו "להחזיק איכות חיים". כלומר, לא מספיק שדרי הרחוב ינהלו חיים מחוץ לרחוב, אלא חשוב שיחיו טוב ויהיו שבעי רצון מחייהם. מדברי המרואיינים ניכר כי חלק מרכזי מאיכות החיים הוא לחיות בקהילה תומכת ולקיים חיי חברה.

” אתה יכול להיות בדירה ועדיין להיות 'ברחוב', זה [דירה] לא מדד. לפעמים להחזיק את הדירה דורש יותר מדי כוחות, שבסוף גורמים להם לחזור חזרה לרחוב. מי שבאמת השתקם הוא כזה שמתחזק קשרים חברתיים ומשפחתיים.”

איך מודדים תוצאות בתחום איכות החיים?

Lehman Quality of Life Interview (1) (Lehman, 1988). כלי המיועד לבחינת איכות החיים בקרב אוכלוסיות עם קשיים נפשיים מורכבים.

'community-oriented programs environment scale' (2) (Moos & Otto, 1972). שיטה הבוחנת עשרה היבטים של אקלים חברתי בעת השהות במסגרת: מעורבות, תמיכה, ספונטניות, אוטונומיה, אוריינטציה פרקטית, אוריינטציה לפתרון בעיות אישיות, אגרסיה וזעם, סדר וארגון, בהירות התוכנית ושליטת הצוות.

#### 4.2.4 גמילה מסמים ומאלכוהול

חזרה לשימוש בחומרים פסיכו-אקטיביים נתפסת כמדרון חלקלק שבסופו עשויים המשתקמים לחזור לרחוב. תוצאה רצויה היא כי דרי הרחוב המשוקמים ייגמלו לחלוטין.

איך מודדים תוצאות בתחום הגמילה?  
Addiction Severity Index (Zanis et al., 1994). שאלון חצי סגור הבוחן שישה היבטים הנוגעים לשימוש באלכוהול ושלושה עשר היבטים הנוגעים לשימוש בסמים ואת השפעתם על מצבו הבריאותי והחברתי של האדם.

#### 4.2.5 בריאות פיזית ונפשית

תוצאה רצויה היא כי דר רחוב משוקם ידע לדאוג לצרכיו הרפואיים באופן עצמאי, ימשיך לקבל טיפול רפואי לפי צורך וישמור על מצב בריאותי פיזי ונפשי מאוזן וללא החמרה.

איך מודדים תוצאות בתחום הבריאות?  
מצב פיזי – מוערך באמצעות שאלון (Ware et al., 1996) medical outcomes short-form  
מצב נפשי – מוערך באמצעות שאלון (McLellan et al., 1980) addiction severity index. השאלון בוחן את מצב ההתמכרויות ואת השפעתו על תחומים שונים בחיים. במחקרים על דרי רחוב נעשה שימוש בפריטים מן השאלון שבוחנים את ההשפעה על המצב הנפשי.  
יש פער בין התוצאה שמעוניינים לבדוק ובין כלי המדידה בתחום זה, שכן המדידה מתמקדת במצבו הרפואי של הפרט ולא ביכולת שלו לדאוג לעצמו מבחינה רפואית.

### 4.3 התהליך הטיפולי-שיקומי בהוסטלים – תשומות ותפוקות

תפוקות הן הסוג וההיקף של הפעילויות והאסטרטגיות הנכללות במסגרת תוכנית ההתערבות שבאמצעותן פועלים שירותי הרווחה ואנשי המקצוע כדי לקדם את השגת התוצאות. התשומות הן המשאבים הנדרשים לקיום התפוקות: עלויות כלכליות, מבנים, כוח אדם ושעות עבודה (בראיונות למחקר זה נבדקו רק סוגיית אנשי הצוות והיקף משרתם) (ארזי ונמר-פורסטנברג, 2020).

#### 4.3.1 תוכנית שיקום

לפי הנחיות התע"ס והמכרז להפעלת ההוסטלים (משרד הרווחה והביטחון החברתי, 2010, 2021), בעת השהות של דר הרחוב בהוסטל יש לבנות לו תוכנית שיקום אישית, על בסיס גישה מודעת טראומה, המותאמת לצרכיו וליכולותיו.<sup>2</sup> המרואיינים הצביעו

<sup>2</sup> מינהל התקון במשרד הרווחה עובד כיום בשיטה של "שירות מודע טראומה". זוהי "גישה טיפולית שמטרתה לסייע לשורדי טראומות מורכבות שחוו או חווים טראומות מורכבות, הכוללות פגיעה פיזית, נפשית, מינית או הזנחה מתמשכת או טראומות אחרות בהתמודדות היום יומית עם הטראומות שעברו לקראת תהליך של החלמה. ידע והבנת הדינמיקה של הטראומה העומדת בבסיס הסימפטומים הקשים, מחייבת הפעלת גישות התערבות מרפאות שמתאפיינות בין היתר במוגנות, חמלה, הדדיות, העצמה, שקיפות תוך שיתוף המטופלים בתהליכי הטיפול" (משרד הרווחה והביטחון החברתי, מכרז כומבי 168/2021, עמוד 8).

על כך שמאחר שדרי הרחוב מגיעים מנקודות התחלה שונות, חשוב שתוכנית הטיפול תותאם לכל אחד בנפרד, לפי צרכיו, יכולותיו והעדפותיו. לפי המכרז, יש לערוך מעקב אחר ביצוע התוכנית הטיפולית אחת לשלושה חודשים, לקיים ועדות הערכה ולשנות את תוכנית הטיפול אם יש צורך ובהתאם להתקדמות הדייר. העובדת הסוציאלית בהוסטל היא זו שאחראית לתוכנית השיקום ולפי ההנחיות עליה גם לערוך פגישה אישית עם הדייר אחת לשבוע לפחות.

מן התע"ס ומן המכרז ניכר כי התוכנית הטיפולית שיקומית בהוסטל כוללת עבודה פרטנית ועבודה קבוצתית, בכמה תחומים. במרבית התחומים, מלבד בתחומי התעסוקה ובריאות הנפש, נמצאה הלימה בין ההנחיות ובין הנעשה בשטח.

- **כישורי חיים** – חלק מרכזי בתהליך השיקום של דרי הרחוב הוא הצורך ברכישת מיומנויות לחיי היום-יום, כהכנה לחיים עצמאיים. בפועל, הדיירים מבצעים משימות יום-יומיות בהוסטל, ומלווים על ידי מדריכים. בין המשימות: תורנויות בחדר האוכל, ניקיון של חדרי השינה והשטחים המשותפים, גינון וטיפוח החצר. כמו כן המדריכים דורשים ומקפידים על שמירה על ההיגיינה האישית של הדיירים בהוסטל. עוד עלה מן הראיונות כי יש חשיבות לכך שדרי הרחוב חיים במשותף עם אנשים אחרים, ושהם לומדים לקבל סמכות מאנשי הצוות בהוסטל.

- **תעסוקה** – חלק מן ההוסטלים לדרי רחוב הם הוסטלים שיקומיים-תעסוקתיים. במכרז להוסטל שיקומי-תעסוקתי (משרד הרווחה והביטחון החברתי, 2021), מצוין כי כל דייר בהוסטל צריך לעבור אבחון תעסוקתי ויחד איתו יוחלט על כיוון השיקום התעסוקתי המותאם לו. בהתאם לכישוריהם וליכולתם, הדיירים ישולבו בקורסים תעסוקתיים וכן ישולבו בהדרגה בשוק העבודה. כמו כן בהוסטל יתקיימו סדנאות תעסוקה ומטופלים ילוו על ידי מדריך תעסוקתי.

ההוסטל שבו נערכה התצפית אינו הוסטל שיקומי-תעסוקתי והדיירים בו אינם מחוייבים לעבוד. לדברי אנשי הצוות בהוסטל נושא התעסוקה הוא מורכב מכיוון שעבודה אינטנסיבית עשויה להעמיס על דרי הרחוב ולא לפזר אותו להיעדר מן הפעילות הטיפולית והחברתית הניתנת בהוסטל. לכן, ההנחיה בהוסטל זה היא שהעבודה לא תהיה אינטנסיבית מדי: לכל היותר ארבעה ימים בשבוע ושש שעות כל יום.

- **גמילה** – דרי הרחוב מגיעים להוסטל לאחר גמילה פיזית, אך מרביתם מטופלים עדיין בתחליפי סם. דיירים מכורים מקבלים את תחליפי הסם דרך מרכזים ייעודיים ברשות המקומית, וההוסטל אחראי לאחסונם ולחלוקתם באופן מבוקר על ידי המדריך. כמו כן בהוסטל מתקיימות פגישות קבוצתיות של NA (מכורים אנונימיים) ו-AA (אלכוהוליסטים אנונימיים).

- **בריאות פיזית** – כאמור, רבים מדרי הרחוב המגיעים להוסטל נמצאים במצב בריאותי לא טוב עקב שנים של הזנחה וכתוצאה מן החיים ברחוב. ההוסטל נדרש לסייע לדרי הרחוב סיוע פרטני, לתאם בדיקות רפואיות ולהיות בקשר עם קופות החולים לשם טיפול במצבם הבריאותי.

- **בריאות הנפש** – כאמור, תנאי קבלה להוסטל הוא מצב נפשי מאוזן. עם זאת, לעיתים נמצאים בהוסטל גם דרי רחוב במצב נפשי המוגדר רשמית כמאוזן, אך בפועל מצבם הנפשי מורכב ולמסגרת חסרים הכלים הטיפוליים להתמודד עימם.

- **מיצוי זכויות** – הצוות בהוסטל מסייע לדיירים בבירור הזכויות המגיעות להם, כמו קצבת נכות או סל שיקום.

- **הסדרת חובות וסיוע משפטי** – לחלק מדרי הרחוב חובות כלכליים ולחלק גם תיקים פליליים. ההוסטל מסייע בטיפול בבעיות אלו.



■ **פעילויות פנאי** – מלבד טיפול בצרכים הבסיסיים, חלק מרכזי בהוסטל הוא פעילויות שמטרתן העשרה והפוגה כמו למשל סדנאות בישול ואומנות.

”להחזיר להם [לדרי הרחוב] את החיים במובן של לחיות. להחזיר אותם להיות "בני אדם" שגם צריכים ליהנות ולהתפנק.”

להלן סדר יום לדוגמה בהוסטל שבו נערכה התצפית:

7:30	ארוחת בוקר
8:00	חלוקת תחליפי סם אצל המדריכים
8:45	שיחת בוקר, "מה קורה?"
11:00	קבוצת "רק להיום"
13:00	ארוחת צוהריים
14:00	ניקיון חדרים
18:00	פעילות קבוצתית עם מדריך
19:00	ארוחת ערב
20:00	סגירת דלתות
22:00	כיבוי אורות
24:00	כיבוי טלוויזיות

- טיפולים פרטניים ניתנים פעם בשבוע לכל דר רחוב

- במשך השבוע יש גם מרחבים טיפוליים של טיפול באומנות, בישול וכו'

### **4.3.2 ההוסטל כגורם מתכלל לצורך מיצוי זכויות ושימוש בשירותים בקהילה**

לנוכח המאפיינים והצרכים המורכבים של דרי הרחוב בהוסטלים, הכוללים תחלואה כפולה ולעיתים אף משולשת, מן התע"ס ומן הראיונות עולה כי על ההוסטל לייצר ממשקי עבודה עם מגוון גורמי הטיפול והשירות בקהילה כדי לדאוג לרווחתו ולשיקומו של דר הרחוב. גורמים אלו כוללים את: הפסיכיאטר המחוזי, מערכת הבריאות, מרכזי גמילה, מסגרות לשילוב תעסוקתי, משרד הבינוי והשיכון, שירות התעסוקה, המוסד לביטוח לאומי, משרד העלייה והקליטה (לעולים חדשים), ועו"ס היחידה לדרי רחוב ברשות המקומית. הקשרים הללו חשובים כדי שהדייר ימצה את הזכויות שלו לצריכת שירותים גם בזמן השהות במסגרת אבל גם להמשך חייו, לאחר שישלים את הליך השיקום. צוין כי הסיוע הזה נחוץ במיוחד מכיוון שכיום אין זכויות ייעודיות לדרי רחוב ומיצוי הזכויות נעשה תוך "קישוש" זכאויות מתוקף הכרה בנכויות פיזיות או נפשיות כגון סל שיקום (מנהל הוסטל, תקשורת בין-אישית, 22 בפברואר 2022). בעוד מהראיונות והתצפית עלה כי בפועל זהו אכן התפקיד של ההוסטל, אין הוא מוסדר באופן ברור במרכז.

### 4.3.3 אנשי צוות בהוסטל

לפי המכרז להוסטלים שיקומיים לדרי רחוב (משרד הרווחה והביטחון החברתי, 2021), אלו אנשי הצוות הנדרשים מן הספק לצורך הספקת השירותים ותנאי הסף להעסקתם (לוח 2):

לוח 2: אנשי הצוות בהוסטל (לפי תנאי המכרז)

ניסיון נדרש	השכלה	היקף משרה עבור 32 מטופלים (באחוזים)	צוות
ניסיון מעשי מוכח של שלוש שנים לפחות בעבודה טיפולית עם אוכלוסיות קצה.	תואר ראשון בעבודה סוציאלית ורישום בפנקס העובדים הסוציאליים	1	מנהל מסגרת
ניסיון מעשי מוכח של שלוש שנים לפחות בעבודה טיפולית עם אוכלוסיות קצה.	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ תואר ראשון בעבודה סוציאלית ורישום בפנקס העובדים הסוציאליים</li> <li>■ בוגר קורס התמכרויות מטעם בית הספר לעבודה סוציאלית של משרד הרווחה או מוסד אקדמי מוכר (אפשר להשלים בשנה הראשונה לעבודה).</li> </ul>	1	עובד/ת סוציאלית
ניסיון של שנה בהדרכה ו/או טיפול במוסדות ובמסגרות לאוכלוסיות קצה ואוכלוסיות עם צרכים מיוחדים.	12 שנות לימוד	3.056 + מדריך לילה 2.64	מדריך
	רישיון לעסוק בסייעוד לפי רישום בפנקס סגל סיעודי.	1	אח/ות
	12 שנות לימוד	1	אב/אם בית

בהוסטל שבו נערכה התצפית מועסקים גם אנשי צוות שאינם מוגדרים במכרז: רכזת טיפולית (עובדת סוציאלית), רכז מדריכים, רכז תעסוקה, רופא, פסיכיאטר ועורכת דין. התפקיד של עורכת הדין הוא לטפל בתהליכי מיצוי זכויות, בהסדרת חובות ובעניינים פליליים. לדברי המנהל, זהו תקן ייחודי שנועד לאפשר לעובדות הסוציאליות להתמקד בטיפול בדרי הרחוב ובליווי השיקומי שלהם.

### 4.4 הפיקוח על ההוסטלים

האחריות לתחום של דרי הרחוב עברה בשנת 2020 ממחלקת פרט ומשפחה במינהל שירותים חברתיים ואישיים במשרד הרווחה, למינהל סיוע לבתי משפט ותקון. כיום, המפקחים על המסגרות לדרי רחוב, מפקחים גם על שירותים אחרים במינהל התקון בתחומים של: חסות הנוער, זנות והתמכרויות.

מן הראיונות עלה כי המפקחים מבקרים במסגרות עבור דרי הרחוב לעיתים רחוקות יותר מאשר ביתר המסגרות שתחת פיקוחם (אחת לשלושה שבועות עד חודש). ייתכן שהסיבה לכך היא הטענה שעלתה כי אלו מסגרות "עם סיכון נמוך יותר" וייתכן כי הסיבה היא התפיסה שמדיניות המשרד בהקשר של דרי הרחוב אינה ברורה מספיק.

המפקחים המבקרים בהוסטלים מתמקדים בשני היבטים:

1. **תוכנית הטיפול האישית של הדיירים** – האם יש לכל דייר בהוסטל תוכנית טיפול אישית מותאמת? באיזו מידה נעשה מעקב אחר ההתקדמות שלו? האם הוא מתקדם בהתאם לתוכנית הטיפול שהותאמה עבורו? המפקחים ציינו כי היו רוצים להיות מעורבים יותר בתוכנית הטיפול האישית של דרי הרחוב כדי להעריך באופן צמוד יותר את ההליך השיקומי הניתן בהוסטל, אך בפועל מפאת העומס המוטל עליהם, הם לא מעורבים מספיק.
2. **נראות המסגרת והדיירים** – האם המסגרת נעימה, מטופחת ומזמינה? האם הדיירים שומרים על היגיינה וטיפוח אישי?

#### 4.4.1 אתגרים בפיקוח על ההוסטלים

מן הראיונות עלו כמה אתגרים המשקפים את הצרכים של המפקחים על ההוסטלים:

- **היעדר מומחיות** – כאמור, תחום דרי הרחוב עבר למינהל תקון לפני כשנתיים. מן הראיונות עלה כי זהו תחום ידע חדש עבור המפקחים ולכן הם חשים כי עדיין לא רכשו מספיק מומחיות בנושא. היעדר המומחיות בולט בעיקר אל מול מפעילי המסגרות, שלרוב נמצאים בשטח כבר זמן רב ונתפסים כבני סמכא בתחום.
- **חוסר הלימה בין הנהלים ובין ההתנהלות בשטח** – המפקחים הצביעו על פערים בין הנהלים ובין אופן ההתנהלות של ההוסטלים, פערים אשר מקשים על יכולתם למדוד ולהעריך את השירות הניתן. הפערים המרכזיים נגעו להיבטים האלה:
  - **דרישה לכניסה "נקייה" מחומרים פסיכו-אקטיביים למסגרת** – מן הראיונות הן עם גורמים המעורבים בהליך הפיקוח הן עם גורמים מן ההוסטל עצמו, עלה הקושי בכניסה נקייה לחלוטין מחומרים פסיכו-אקטיביים למסגרות השיקומיות לדרי רחוב, כתנאי הכרחי. לטענת חלק מן המרואיינים, חלק מתהליך הגמילה יכול להתרחש יחד עם הכניסה להוסטל. עם זאת, הייתה תמימות דעים בנוגע להקפדה של המסגרות על איסור הכנסת סמים ושימוש בהם בהוסטל עצמו.
  - **זמן שהות ארוך במסגרת** – על אף שזמן השהות בהוסטלים מוגבל בתע"ס לשנתיים, בפועל ישנם מקרים שבהם זמן השהות של הדיירים מתארך הרבה יותר מכך. בהיבט זה אתגר הפיקוח מורכב ביותר. לעיתים קרובות דר רחוב המורגל במשך שנים לחיים בתוך הוסטל, יתקשה מאוד לצאת לחיים עצמאיים לאחר תקופת הזמן הקצובה ולהתמודד ללא מעטפת תומכת.
  - **מודל הפעלה של המסגרת שאינו תואם את ייעודו על פי התע"ס** – מן הראיונות עם גורמי מקצוע המעורבים בהליך הפיקוח עלה שחלק מן המסגרות שמוגדרות כהוסטל שיקומי, מתפקדות בפועל כגגון, משמע כקורת גג בלבד ללא תנאי כניסה מוסדרים או פעילות טיפולית-שיקומית. אחד מן המרואיינים אף השתמש במושג "מחסנים של דרי רחוב", כמטאפורה למסגרות שבהן דרי הרחוב משוכנים עם תנאים בסיסיים, אך לא עוברים הליך שיקומי או טיפולי, ולכן מחטיאים את מטרות המסגרת.
- **מחסור בכלים להערכה ומדידה** – כהמשך לאתגר שמציב חוסר המומחיות בתחום דרי הרחוב, המפקחים שרואיינו הדגישו כי בעת הגעתם להוסטל, הם חשים שחסרים להם כלי פיקוח ומערך מדידה שעליו יוכלו להתבסס כשהם בוחנים את איכות השירות בהוסטל ואת הליך השיקום של הדיירים השוהים בו.

## 4.5 אתגרים וקשיים בשמירה על רצף הטיפול בדרי רחוב

ההוסטל הוא מענה אחד מבין רצף מענים האמור להביא לשיקום דרי הרחוב. בסעיף זה מוצגים כמה אתגרים שעלו בראיונות ושקשורים לשמירה על רצף הטיפול בדרי רחוב.

### 4.5.1 הסדרת המעבר בין מסגרות ברצף הטיפול

המעבר בין מסגרות שונות לדרי רחוב נעשה כיום ללא הסדרה ברורה. מן הראיונות עלה כי לעיתים כניסה להוסטל היא מעבר חד מדי לדר הרחוב מן המסגרת הקודמת, במיוחד כשמדובר במעבר מקלט חירום. המרואיינים ציינו, כי מכיוון שמדובר באוכלוסייה המתקשה להתמיד בתוך מסגרות מחייבות, תקופת מעבר "מרוככת" הכוללת כניסה הדרגתית להוסטל, עשויה לתרום ליכולת ההסתגלות ולהתמדה טובה יותר. נוסף על כך, עלתה חשיבות לכך שהמעבר בין המסגרות יעשה תוך תיאום בין הגורמים המטפלים. כך, ליווי של דר הרחוב על ידי עובדת סוציאלית בגנון במעבר שלו להוסטל, עשוי להקל עליו את הקליטה ולטעת בו תחושת ביטחון.

### 4.5.2 שימור השיקום

מן הראיונות עלה כי בפועל מעטים דרי הרחוב שסיימו הליך שיקום מוצלח והצליחו לשמור על כך לאורך זמן. גם דרי רחוב שמוגדרים כ'סיפורי הצלחה' בהוסטל, לעיתים קרובות יחזרו למעגל דרות הרחוב. ניכר כי הקושי המרכזי נובע מכך שהמעבר מההוסטל לדיור עצמאי הוא קיצוני מדי. דרי הרחוב אמורים לעבור ממקום עוטף הכולל אנשי צוות שמפקחים על תהליך הטיפול בהם, אל דירה שבה הם חיים לבדם. המרואיינים ציינו כי תחושת הבדידות והיעדר תמיכה מקצועית מביאים לא מעט מדרי הרחוב לנסיגה הכוללת חזרה לשימוש בחומרים פסיכו-אקטיביים ואף לחזרה לרחוב. דרת הרחוב שעימה שוחחנו נמצאת בהוסטל כבר שנה וחצי. היא ציינה שהיא חוששת מאוד לצאת לדיור עצמאי כי היא לא סומכת על עצמה שתעמוד בפני פיתויים. לדבריה, מה שמונע ממנה להיכנע לפיתויים כיום, אלו השיחות האישיים והקשרים הטיפוליים עם הצוות בהוסטל. טענות דומות עלו במחקר שבחן גורמים המעלים את הסבירות לשיקום נשים בדיור מעבר, שם נטען כי נשים דרות רחוב עם היסטוריה של טראומה מתקשות לעבור מדיור מעבר שבו מערכת כללים שסיפקה להן תחושת ביטחון, לחיים עצמאיים ואוטונומיים בקהילה שבהם אין כללים (Fotheringham et al., 2014).

כיום הסיוע העיקרי הניתן לדרי רחוב לאחר השהות בהוסטל הוא סיוע בשכר דירה ממשרד השיכון והבינוי. אך מן הראיונות עלה כי **מה שחסר בעיקר לדרי רחוב בתקופה הזו הוא הליווי הטיפולי**. ליווי דרי הרחוב שנמצאים בדיור עצמאי אמור להיעשות על ידי היחידה לדרי הרחוב ברשות המקומית, אך בשל העומס המובנה של התפקיד, יכולתן של העובדות הסוציאליות ביחידות אלו להיות זמינות לטיפול ותמיכה שוטפים היא מוגבלת (ר' הרחבה בסעיף 4.5.6).

עוד בהקשר זה עלה כי **לדרי רחוב שהיו בעבר מכורים וכיום הם נקיים אין קהילה תומכת ביציאתם מן ההוסטל**. מכיוון שרבים מדרי הרחוב משתמשים בתחליפי סם, הם אינם מוכרים כמכורים נקיים על ידי קהילות תמיכה כגון NA. על כן, יש צורך בהקמה של רשתות תמיכה זמינות וייעודיות גם בהקשר זה.

### 4.5.3 היעדר דירות לווין

על פי מודל הרצף הטיפולי, אם דר הרחוב עדיין זקוק לסיוע לאחר השהות בהוסטל, הוא זכאי לדיור תומך (Wong et al., 2006). אך כאמור, **שירות דירות הלווין לא קיים כיום בארץ והדבר מהווה אתגר מרכזי בתהליך השיקום של דר הרחוב**. התע"ס והמכרז להוסטלים לדרי רחוב (משרד הרווחה והביטחון החברתי, 2010, 2021) קובעים כי על דר רחוב לשהות בהוסטל לתקופה של 18 חודשים עם אפשרות להארכה של עוד 6 חודשים. אולם, מבלי שקיים דיור תומך אין לאן להפנות דרי רחוב שזקוקים לו. המצב גורם לכך שיש דרי רחוב ששוהים בהוסטל שנים רבות מעבר לשנתיים המקסימליות מכיוון שהם לא מסוגלים לצאת לדיור עצמאי ואין להם מענים חלופיים.

### 4.5.4 היעדר מענה לדרי רחוב זקנים

לנוכח העלייה בהיקף המענים לדרי הרחוב, יש עלייה בתוחלת החיים של אוכלוסייה זו. עלייה זו, הגם שעל כניה מספרת סיפור הצלחה, מציבה אתגר שכן דר רחוב מוגדר ככזה רק בין הגילים 18-65. לאחר מכן, המענים לאוכלוסייה זו אמורים להינתן על ידי בתי אבות. עם זאת, מכיוון שזו אוכלוסייה ייחודית ומורכבת, ישנם מעט מאוד בתי אבות המוכנים לקלוט אליהם דרי רחוב. לכן, דרי רחוב בני 65+ נותרים ללא מענה וללא מסגרת ייעודית או שיקומית.

### 4.5.5 היעדר מענה מותאם לדרי רחוב שאינם "בני שיקום"

דר רחוב שאינו נחשב "בר שיקום" וכמי שיכול להחזיק דיור עצמאי, מועבר כיום לדיור נתמך – "בית לחיים". זוהי מסגרת סגורה, עם שומר בכניסה, שמיועדת לאוכלוסייה שמתקשה לתפקד ומאופיינת בקשיים נפשיים ובריאותיים מורכבים (קוך דבידוביץ', 2016). מן הראינות עלה כי יש בקרב דרי הרחוב כאלה שאומנם לא מסוגלים להחזיק דיור עצמאי, אבל עדיין יכולים לנהל חיים עצמאיים ברמה מסוימת, ולכן "בית לחיים" הוא מענה קיצוני מדי עבורם. חלקם מגיעים כיום להוסטלים ונשארים שם שנים רבות. המרואיינים הצביעו על הצורך במסגרות שיספקו ליווי ותמיכה מתמשכים, מעין "בית לחיים" לאוכלוסייה מתפקדת.

### 4.5.6 מחסור בכוח אדם

אחד האתגרים הבולטים שעלו בראינות הוא המחסור בתקנים לעובדים העוסקים בשיקום דרי הרחוב, כגון עובדות סוציאליות ומדריכים במסגרות עצמן ועובדות סוציאליות ביחידות לדרי רחוב ברשויות השונות. מכיוון שהליך שיקום נשען על כוח אדם מיומן, מחסור כזה משפיע ישירות על יכולותיהן של המסגרות השיקומיות ולאחר מכן בקהילה, לתמוך בהליך השיקום של דר הרחוב.

## 5. סיכום ומסקנות

מסמך זה הוא תוצר של למידה ומיפוי של אופן ההתנהלות המצויה והרצויה של ההוסטלים לדרי רחוב הקיימים בישראל. מטרת המחקר היא ליצור תשתית לפיתוח מודל לוגי ומערך למדידה שוטפת עבור ההוסטלים. מן המחקר עולה כי **לדרי רחוב המגיעים להוסטל יש מוטיבציה, גם אם ראשונית, לעשות שינוי ולשקם את חיהם. אולם, תהליך השיקום אינו משימה קלה.** אוכלוסיית דרי הרחוב מאופיינת בדרך כלל בצרכים מרובים שהצטברו במשך השנים וחולשים על כל תחומי החיים. יתר על כן, זו אוכלוסייה שעל פי רוב אין לה עורך משפחתי וקהילה תומכת שהם גורם חשוב מאוד בכל תהליך שיקומי.

עוד עולה כי דיור אינו חזות הכול. יש **חשיבות רבה בפיתוח יכולות ומיומנויות אצל דרי הרחוב לקיים אורח חיים עצמאי, להשיג איכות חיים ולהשתלב בקהילה.** כמו כן הציפייה כי דרי רחוב יוכלו לסיים את התהליך השיקומי בתקופת זמן קצובה ולעבור ישירות לדיור עצמאי אינה תמיד מעשית. שכן, חלק גדול מדרי הרחוב שמסיימים את תהליך השיקום בהוסטל ממשיכים להזדקק למסגרת או למעטפת תומכת שתלווה אותם בזמן שהם מסתגלים לניהול משק בית ולחיים עצמאיים (למשל, דירות לווין).

באשר להיבטי הפיקוח על ההוסטלים, נמצא כי מכיוון שתחום דרי הרחוב עבר למינהל תקון לפני כשנתיים, **התחום חדש עבור המפקחים והם חשים שעדיין לא רכשו מספיק מומחיות בנושא.** בהקשר זה, המפקחים זקוקים לכלי פיקוח ומדידה שיסייעו להם בבקרה ובלייווי של המסגרות לדרי רחוב. נוסף על כך, חשוב להתמודד עם הפערים בין הסטנדרטים הקיימים ובין ההתנהלות הקיימת בשטח – אם על ידי חידוד הסטנדרטים הקיימים או גמישות בהם ואם על ידי הבניית פעולות האכיפה.

ממצאי המחקר ישמשו תשתית לבניית מערך למדידה שוטפת. פיתוח מערך המדידה ייעשה בתהליך שיתופי בוועדת פיתוח שתורכב מבעלי עניין המעורבים בשירותים עבור דרי רחוב. שלבי הפיתוח יכללו: בניית מודל לוגי ברמת הדיירים בהוסטל; פיתוח שני כלי מדידה, האחד ברמת הפרט – בחינת התקדמות דר הרחוב במודל השיקומי, והשני ברמת ההוסטל – בקרה על עמידה בסטנדרטים; והגדרת מודל המדידה. הכלים יתבססו על המודל הלוגי שיפותח, ובד בבד יגובש גם מודל המדידה – אופן ותדירות המילוי ואופן השימוש בנתונים.

## עוד פרסומים של המכון בנושא

לנטו, ט., מילשטיין, א., ודולב, ה. (2021). מדיניות, מענים וסטנדרטים לאיכות הטיפול בדרי רחוב: סקירה בין-לאומית. דמ-856-21.

את הפרסומים אפשר להוריד ללא תשלום מאתר המכון: [brookdale.jdc.org.il](http://brookdale.jdc.org.il)

## מקורות

אברמוביץ, ע. (2013). *חוויית החופש אצל חסרי הבית: המאבק על גיבוש זהות הרחוב*. עבודת תזה, אוניברסיטת חיפה הפקולטה למדעי הרווחה והבריאות, בית הספר לעבודה סוציאלית.

ארזי, ט., ונמר-פורסטנברג, ר. (2020). *המדריך האינטגרטיבי לחשיבה תוצאתית*. מ-162-20. מכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל.

גן-מור, ג. ופריבך-חפץ, ד. (2009). *אין כתובת – הפרת זכויות האדם של חסרי הבית בישראל: תמונת מצב והצעה לגיבוש מדיניות חדשה*. האגודה לזכויות האזרח בישראל, והתוכנית למשפט ורווחה, אוניברסיטת תל-אביב.

משרד הרווחה והביטחון החברתי. (2021). *המכרז להפעלת מסגרת הוסטל שיקומי-תעסוקתי לדרי רחוב, באזור הצפון או המרכז*. מכרז פומבי 168/2021.

משרד הרווחה והביטחון החברתי. (2021). *תחום דרי רחוב*. נדלה ב-1.2.2022 מתוך: <https://www.gov.il/he/Departments/Units/molasa-homeless-service>

משרד הרווחה והביטחון החברתי. (2022). *מרכזי שירות לדרי רחוב*. נדלה ב-1.4.2022 מתוך: <https://www.gov.il/he/Departments/DynamicCollectors/molasa-outerhomes-homeless?skip=0>

משרד הרווחה והשירותים החברתיים. (2010). *הטיפול באוכלוסיית דרי הרחוב*. בתוך: *תקנות העבודה הסוציאלית. הוראות והודעות* (הוראה 33 לפרק 3 בתקנון עבודה סוציאלית). [https://www.molsa.gov.il/CommunityInfo/Regulations/SocialRegulations/Documents/%D7%A4%D7%A8%D7%A7%203%20-%20%D7%A4%D7%A8%D7%98%20%D7%95%D7%9E%D7%A9%D7%A4%D7%97%D7%94/3\\_33.pdf](https://www.molsa.gov.il/CommunityInfo/Regulations/SocialRegulations/Documents/%D7%A4%D7%A8%D7%A7%203%20-%20%D7%A4%D7%A8%D7%98%20%D7%95%D7%9E%D7%A9%D7%A4%D7%97%D7%94/3_33.pdf)

סנטו, י. וברגר, מ. (2014). *מיפוי דרי הרחוב בישראל - דוח סופי*. פילת ישראל מקבוצת היי קפיטל.

לנטו, ט., מילשטיין, א., ודולב, ה. (2021). *מדיניות, מענים וסטנדרטים לאיכות הטיפול בדרי רחוב: סקירה בין-לאומית*. דמ-21-856. מכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל.

קוך דביוביץ, פ. (2016). *הטיפול בסובלים מתחלואה נפשית כפולה*. מרכז המידע והמחקר של הכנסת.

Acosta, O., & Toro, P. A. (2000). Let's ask the homeless people themselves: A needs assessment based on a probability sample of adults. *American Journal of Community Psychology*, 28(3), 343-366.

Byrne, T., Huang, M., Nelson, R. E., & Tsai, J. (2021). Rapid rehousing for persons experiencing homelessness: a systematic review of the evidence. *Housing Studies*, 1-27. doi: 10.1080/02673037.2021.1900547

FEANTSA Country Fiche - Finland (November 2020). Retrieved on 18 December 2020 from [https://www.feantsa.org/public/user/Resources/country\\_profiles/FL\\_-\\_Country\\_Profile\\_2020.pdf](https://www.feantsa.org/public/user/Resources/country_profiles/FL_-_Country_Profile_2020.pdf)



- Fotheringham, S., Walsh, C. A., & Burrowes, A. (2014). 'A place to rest': The role of transitional housing in ending homelessness for women in Calgary, Canada. *Gender, Place & Culture*, 21(7), 834–853. doi: 10.1080/0966369X.2013.810605
- Johnsen, S., & Teixeira, L. (2010). *Staircases, elevators and cycles of change: 'Housing First' and other housing models for homeless people with complex support needs*. Crisis.
- Lehman, A. F. (1988). A quality of life interview for the chronically mentally ill. *Evaluation and Program Planning*, 11(1), 51–62.
- Marrone, J. O. E. (2005). Creating hope through employment for people who are homeless or in transitional housing. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 8(1), 13–35. doi: 10.1080/15487760590953939
- Marshall, C. A., & Rosenberg, M. W. (2014). Occupation and the process of transition from homelessness: L'occupation et le processus de transition de l'itinérance au logement. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 81(5), 330–338. doi:10.1177/0008417414548573
- McLellan, A. T., Luborsky, L., Woody, G. E., & O'Brien, C. P. (1980). An improved diagnostic evaluation instrument for substance abuse patients: The Addiction Severity Index. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 168, 26–33.
- Moos, R., & Otto, J. (1972). The community-oriented programs environment scale: A methodology for the facilitation and evaluation of social change. *Community Mental Health Journal*, 8(1), 28–37.
- Novac, S., Brown, J., & Bourbonnais, C. (2009). Transitional housing models in Canada: Options and outcomes. *Finding home: Policy options for addressing homelessness in Canada (e-book)*. <https://homelesshub.ca/sites/default/files/attachments/1.1%20Novac%20et%20al%20-%20Transitional%20Housing.pdf>
- OECD. (2020a). Homelessness and housing exclusion. <http://www.oecd.org/housing/data/affordable-housing-database/housing-conditions.htm>
- Padgett, D. K., Gulcur, L., & Tsemberis, S. (2006). Housing first services for people who are homeless with co-occurring serious mental illness and substance abuse. *Research on social work practice*, 16(1), 74–83. doi:10.1177/1049731505282593
- Pleace, N., Baptista, I., Benjaminsen, L., & Busch-Geertsema, V. (2019). *The Regulation and Quality of Homelessness Services: EOH Comparative Studies on Homelessness 9*. Research Report. FEANTSA. <https://www.feantsaresearch.org/en/comparative-studies/2020/02/25/comparative-studies-on-homelessness-number-9-2019?bcParent=763>

- Price, N., Lavi Wilson, N., & Solomon, C. (2019). Effectiveness of financial literacy interventions provided to homeless; Will it increase self-sufficiency. *Journal of Clinical Cases and Reports*, *S1*, 6–10.
- Schinka, J. A., Casey, R. J., Kaspro, W., & Rosenheck, R. A. (2011). Requiring sobriety at program entry: Impact on outcomes in supported transitional housing for homeless veterans. *Psychiatric Services*, *62*(11), 1325-1330. [https://doi.org/10.1176/ps.62.11.pss6211\\_1325](https://doi.org/10.1176/ps.62.11.pss6211_1325)
- Tainio, H., & Fredriksson, P. (2009). The Finnish homelessness strategy: from a 'staircase' model to a 'housing first' approach to tackling long-term homelessness. *European Journal of Homelessness*, *3*, 181-199. [feantsa-ejh2009-evaluation-16622178144273146290.pdf](https://doi.org/10.1080/174473144273146290)
- Tsai, J., Rosenheck, R. A., & McGuire, J. F. (2012). Comparison of outcomes of homeless female and male veterans in transitional housing. *Community Mental Health Journal*, *48*(6), 705-710. <https://doi.org/10.1007/s10597-012-9482-5>
- Tsai, J., Mares, A. S., & Rosenheck, R. A. (2010). A multisite comparison of supported housing for chronically homeless adults: "housing first" versus "residential treatment first". *Psychological services*, *7*(4), 219. <https://doi.org/10.1037/a0020460>
- US Department of Housing and Urban Development. (2020). Continuum of Care (CoC) Program Eligibility Requirements. <https://www.hudexchange.info/programs/coc/coc-program-eligibility-requirements/>
- Ware, J. E., Kosinski, M., & Keller, S. D. (1996). A 12-item Short-Form Health Survey: Construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. *Medical Care*, *34*(3), 220–233.
- Wong, Y. L. I., Park, J. M., & Nemon, H. (2006). Homeless service delivery in the context of continuum of care. *Administration in Social Work*, *30*(1), 67-94. doi: 10.1300/J147v30n01\_05
- Zanis, D. A., McLellan, A. T., Cnann, R. A., & Randall, M. (1994). Reliability and validity of the addiction severity index with a homeless sample. *Journal of Substance Abuse Treatment*, *11*(6), 541–548.