מאיירס - ג'וינט - מכון ברוקדייל
MYERS - JDC - BROOKDALE INSTITUTE
مايرس- جوينت- معهد بروكديل

ה מ ר כ ז   ל ח ק ר   ה ז י ק נ ה

קהילה תומכת
מחקר הערכה 2010

איילת ברג-ורמן ◆ ג'ני ברודסקי ◆ זהר גזית

המחקר בוצע ביוזמת קרן Nash ובשיתוף עם אשל –
האגודה לתכנון ולפיתוח שירותים למען הזקן בישראל ומומן בסיועה

ד ו ח   מ ח ק ר

FOUNDED IN 1974 - תשל"ד

דמ-10-569

קהילה תומכת
מחקר הערכה 2010

איילת ברג-ורמן ג'ני ברודסקי זהר גזית

המחקר בוצע ביוזמת קרן Nash ובשיתוף עם אשל - האגודה לתכנון ולפיתוח שירותים
למען הזקן בישראל ומומן בסיועה

טבת תשע"א ירושלים דצמבר 2010

עריכת לשון: בלהה אלון

תרגום לאנגלית (תמצית מחקר והודעת פרסום): נעמי הלסטד

הפקה והבאה לדפוס: לסלי קליינמן

מאיירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל
ת"ד 3886
ירושלים 91037

טלפון: 02-6557400
פקס: 02-5612391

כתובת באינטרנט: www.jdc.org.il/brookdale
דואר אלקטרוני: brook@jdc.org.il

פרסומים נוספים של המכון בנושאים קשורים

ברג-ורמן, א. 2003. **קהילה תומכת - מחקר הערכה 2000-2001**. דמ-03-392.

ברג-ורמן, ; צ'חמיר, ס. 2006. **תכנית "בית חם" לקשישים: מחקר הערכה**. דמ-06-460.

מזרחי, א.; הימלבלאו, י. 1999. **קהילה תומכת - מחקר הערכה**. דמ-99-345.

קינג, י. 2000. **סקירת סוגי דיור לקשישים ברמות תפקוד שונות**. דמ-00-330.

להזמנת הפרסומים ניתן לפנות למאיירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל,

ת"ד 3886, ירושלים 91037

טל': 02-6557400, פקס: 02-5612391,

דואר אלקטרוני: brook@jdc.org.il;

ניתן למצוא את הפרסומים גם באתר המכון: jdc.org.il/brookdale

תמצית מחקר

1. רקע

התכנית קהילה תומכת פותחה בגישת "aging in place", על-פיה מסופקים מגוון שירותים לזקנים מתוך מטרה לשפר את איכות חייהם ולסייע להם להמשיך להתגורר בביתם. התכנית מהווה רכיב נוסף במערך השירותים הקהילתיים והיא מספקת מספר שירותים העונים על צרכים שאינם מקבלים מענה הולם על-ידי שירותים אחרים. התכנית כוללת: מוקד מצוקה הפועל 24 שעות, ביקורי בית על-ידי רופא ופעילויות חברתיות. בנוסף, בכל קהילה פועל אב קהילה המסייע בתיקונים בביתם, מספק תמיכה חברתית ומהווה כתובת לפניות לכל סוגי העזרה. ההנחה שבבסיסה של התכנית היא שיש צורך להתמקד במערכת שירותים שיתרמו לתחושת הביטחון האישי של הקשישים. זאת ועוד, תכנית זו תשפיע על יכולתם ונכונותם של הזקנים להמשיך ולחיות בבתיהם הם. תכנית קהילה תומכת הוקמה ביוזמת ג'וינט-אשל ומשרד הרווחה והשירותים החברתיים. התכנית מופעלת על-ידי עמותות למען הזקן, רשויות מקומיות, וחברות למטרות רווח. המשתתפים בתכנית משלמים דמי חבר המסתכמים בכמאה ₪ בחודש לבית אב. משרד הרווחה והשירותים החברתיים מסבסד זקנים בעלי הכנסה נמוכה.

דוח זה מסכם ממצאי מחקר שהוזמן ומומן על-ידי קרן Nash, ובשיתוף עם ג'וינט-אשל במטרה לספק תמונה כוללת על התכנית ועל תרומתה לזקנים החברים בה. ההערכה נועדה לבחון את מידת הניצול ודפוסי השימוש בשירותים המסופקים, המידה בה הם אכן עונים על צורכי אוכלוסיית החברים בקהילה; וללמוד על שביעות הרצון משירותים אלה והאם קיימים צרכים לא מסופקים.

זהו מחקר ההערכה השלישי המלווה את התכנית. מאז המחקר הקודם שנערך בשנת 2001 עברו תשע שנים בהן התרחש פיתוח מואץ של התכנית. כיום היא פרוסה על פני אזורים רבים ברחבי הארץ (246 קהילות) ומשרתת מעל 46,000 זקנים. התפתחויות אלה העלו את הצורך בקבלת תמונת מצב מעודכנת באשר לצורכי החברים, ולמענים שהם מוצאים בתכנית ובמארג השירותים הניתנים בקהילה. מידע עדכני היה נחוץ גם על-מנת לבחון אם ההתרחבות וההתמסדות של התכנית במערך השירותים, נעשית תוך כדי שמירה על האיכות שלה. בסיס מידע זה יסייע למקבלי ההחלטות בהתוויית כיווני הפיתוח הרצויים להמשך פיתוחה. המחקר כלל ראיונות עם 714 חברים ב-18 קהילות שמייצגות קהילות המופעלות במגזר העירוני והכפרי; קהילות שמופעלות על-ידי עמותות וכאלה שמופעלות על-ידי גופים פרטיים. בנוסף, נערכו ראיונות עומק עם 15 אנשי צוות המעורבים בהפעלת התכנית כדי לקבל נקודת ראייה משלימה.

2. ממצאים עיקריים

את עיקר הממצאים נציג לפי מספר שאלות מרכזיות של המחקר.

1) מי היא אוכלוסיית היעד שהתכנית משרתת?

התכנית משרתת אוכלוסייה מגוונת מבחינת מאפיינים סוציו-דמוגרפיים ובריאותיים. הממצאים מעידים על כך שהתכנית מתאימה לצרכים שונים של אוכלוסיות שונות, אשר יכולות להפיק ממנה תועלת בדרכים שונות.

אם בשנותיה הראשונות, התכנית נטתה לשרת אוכלוסייה עצמאית, הרי שכיום מסתמן שהתכנית כוללת גם זקנים בסיכון גבוה. למשל, מהנתונים עולה שהחברים בתכנית מבוגרים בהשוואה לכלל הזקנים בארץ (כרבע הם בני 85+), אחוז הנשים גבוה (כשלושה-רבעים), אחוז האלמנים גבוה (כשני-שלישים). כמו-כן נמצא שחלק לא מבוטל מהחברים מוגבלים בפעולות יומיומיות כמו רחיצה (כרבע) וכחמישית מרותקים לביתם. עם זאת, חלק גדול מהחברים עצמאיים ומנהלים חיים חברתיים פעילים.

2) האם התכנית עונה על צורכי החברים?

חלק משמעותי מהזקנים דיווחו על כך שבמהלך השנה האחרונה התעורר אצלם צורך בתחומים הכלולים בסל השירותים הניתנים במסגרת התכנית. לדוגמה, קרוב ל-40% דיווחו שחשו ברע והיו זקוקים לראות רופא בדחיפות, ומעל מחצית החברים (56%) נזקקו לתיקונים בדירתם. לא כל מי שנזקק אכן פנה לקבלת סיוע מהתכנית. בעוד ש-86% מהנזקקים לרופא פנו לתכנית (), רק כמחצית מאלה שנזקקו לתיקונים בביתם ביקשו עזרה מהתכנית. הסיבה המרכזית של מי שנזקקו אך לא פנו לסיוע בתחום הבריאות הייתה: העדפה של רופא אחר (שלא קשור עם התכנית) אותו מכיר החבר. קשישים רבים העדיפו להיעזר בתיקונים בבית בשכנים או בבני משפחה. יצוין כי 31% מהנזקקים לסיוע בתיקונים לא פנו לאב הקהילה כי לא ידעו ששירות זה מוצע על-ידי התכנית. חלק מהחברים אינם מודעים גם לשירותים האחרים להם הם זכאים במסגרת התכנית. תופעה זו נמצאה בולטת יותר בקרב הזקנים המרותקים לביתם.

אחד הממצאים המרכזיים הוא כי הרוב המכריע מהפונים לקבלת שירותים מהתכנית קיבלו סיוע בתחום בו נזקקו (מעל 90%).

התכנית עונה גם על צרכים בתחום החברתי. כאן נמצא כי כ-50% מהזקנים נוטלים חלק בפעילות מאורגנת כלשהי של קהילה תומכת, מועדון/מרכז יום או "בית חם".[1] למעשה, אחוז נמוך יותר (30%) דיווחו שהם משתתפים בפעילויות המוצעות על-ידי התכנית, אך ייתכן שחלקם לא הפרידו בין המסגרות השונות. השתתפות גבוהה בפעילויות ניכרת במיוחד בקרב הזקנים הערבים, ואילו השתתפות נמוכה נמצאה בקרב המרותקים לביתם.

3) האם יש צרכים לא מסופקים? ומהם?

יש להבחין בין שני סוגי צרכים לא מסופקים: ראשית, צרכים הקשורים לשירותים הניתנים במסגרת התכנית; ושנית, צרכים לשירותים שאינם מסופקים במסגרת התכנית. לגבי שירותים שניתנים במסגרת התכנית, קרוב למחצית החברים הביעו עניין בהרחבת הפעילות החברתית. החברים ציינו כי היו מעוניינים בהוספת פעילויות, כדוגמת הרצאות, חוגים, קונצרטים ופעילויות אחרות שיסייעו להם להכיר טוב יותר האחד את השני.

החברים התעניינו גם בהוספת שירותים לתכנית שכיום אינם מסופקים. שלושת השירותים שהוזכרו בשכיחות הגבוהה ביותר הם: שירות אחות (42%); מנקה (38%), ופיזיותרפיה (37%). כרבע מהחברים

[1] התכנית "בית חם" מורכבת מזוג או מבודדים קשישים שמארחים בביתם קשישים אחרים פעם או פעמיים בשבוע. ההשתתפות היא חינם ותוכני הפגישות נקבעים על-ידי המשתתפים.

היו מעוניינים בהסעות לטיפולים, שירות טיפול בית שיסייע להם בפעילויות של חיי יומיום, סיוע משפטי והסעות לסידורים ולקניות. מחצית החברים אמרו כי יהיו מוכנים לשלם מעט יותר בעבור הוספת השירותים. בהמשך לכך, קרוב לרבע מהחברים (23%) היו מעוניינים כי יגיע אליהם מתנדב הביתה, בעיקר למילוי צרכים חברתיים, ואחוז לא מבוטל מבין החברים (17%) הביעו רצון להיפגש עם עו"ס.

4) האם החברים מרוצים מהשירותים שקיבלו במסגרת התכנית?

ניכרת שביעות רצון גבוהה מהשירותים השונים הניתנים במסגרת התכנית.

- תשעים ושבעה אחוזים הביעו שביעות רצון משירות מוקד המצוקה. הסיבות העיקריות שצוינו לכך הן מהירות התגובה, היחס האדיב, הרגיש והקשוב מצד המוקדנים.
- תשעים ואחד אחוזים מאלה שקיבלו סיוע בתיקונים הביעו שביעות רצון משירות זה, במיוחד מהדרך בה הבעיות טופלו ונפתרו וממסירותם של אבות הקהילה בטיפול בבעיות.
- שמונים ותשעה אחוזים מהמשתתפים ביטאו שביעות רצון מהפעילויות החברתיות/תרבותיות, במיוחד באשר לתוכן הפעילויות ולצוות ההפעלה. שמונים ואחד אחוזים מהחברים שקיבלו סיוע הביעו שביעות רצון מהשירות של ביקור-בית של רופא. הסיבות העיקריות: היחס שהפגין הרופא, התגובה המהירה על קריאתם והדרך בה טופלה הבעיה. סיבות לחוסר שביעות רצון מביקור הרופא (כ-20%) היו זמן ההמתנה הממושך לרופא, וחוסר המקצועיות של הרופא.
- שבעים ושבעה אחוזים מהחברים הביעו שביעות רצון כללית מהתכנית; עוד 19% הביעו שביעות רצון במידה מסוימת; ורק 4% דיווחו כי הם אינם מרוצים. עולים חדשים וחברים המרותקים לביתם הביעו באופן יחסי פחות שביעות רצון מהתכנית.

5) כיצד תופסים החברים את התרומה של התכנית?

החברים מדווחים על כך שתכנית הקהילה התומכת תרמה להם בדרכים שונות. השירותים שהחברים חשו שתרמו להם במיוחד היו שירותי מוקד המצוקה (78%) והאפשרות להזעיק רופא (74%). בנוסף, הם דיווחו על המשמעות הכללית של התכנית - 66% ציינו את התרומה לתחושת הביטחון האישי שלהם ו-44% את האפשרות להמשיך לגור בקהילה. נמצא קשר חזק בין המידה שבה החברים דיווחו על התרומות הללו לבין הדיווחים על שביעות רצון כללית מהתכנית.

6) האם יש הבדלים בין הגופים המפעילים?

ככל שהתכנית התרחבה, ופריסתה הגיאוגרפית גדלה, תפקיד החברות הפרטיות בהספקת השירות התרחב בהשוואה לתפקידן של העמותות. לכן, חשוב לבדוק האם קיימים הבדלים לפי סוג הספק כמו גם הבדלים בין קהילות תומכות במגזר העירוני לעומת במגזר הכפרי. באופן כללי, לא נמצאו הבדלים בין שני סוגי הגופים המפעילים במרבית המשתנים (כגון שביעות רצון כללית, שימוש בשירותים רפואיים, פניות למוקד מצוקה). עם זאת, קיימים הבדלים במאפייני האוכלוסייה אשר הבולט ביותר שבהם הוא שבקהילות התומכות העירוניות המופעלות על-ידי עמותות ישנו ייצוג גבוה של עולים וערבים. עוד מצאנו הבדלים בדגשים הניתנים לחלק מהשירותים. בקהילות התומכות המופעלות על-ידי גופים פרטיים ניתן דגש רב יחסית לשירות התיקונים (הדבר מתבטא הן ברמה גבוהה יחסית של

ידע החברים על השירות והן בהיקף הפניות לקבלת שירות זה), ואילו בקהילות התומכות הכפריות ההשתתפות בפעילויות חברתיות מקבלת דגש גבוה יותר, בהשוואה לקהילות התומכות העירוניות.

7) ממה מרוצים מפעילי התכנית ומהן הסוגיות שמטרידות אותם?

אנשי הצוות של התכנית דיווחו גם על תרומות משמעותיות לזקנים. הם הדגישו את המחויבות העמוקה שלהם לטיפול בצרכים של הזקנים ככל שניתן. צוותי התכניות הביעו שביעות רצון משיתופי הפעולה הקיימים עם לשכות הרווחה, ביטוח לאומי, וגורמים אחרים בקהילה. שיתופי הפעולה התבטאו בהפניות ובמאמצים לשווק את תכנית הקהילה התומכת, ובתיווך בין הזקנים לבין אבות ואימהות הקהילה והרכזות החברתיות. גורמים נוספים, עמם מתקיימים שיתופי פעולה הם בתי-ספר, אשר תלמידים מתוכם משתתפים בפעילויות עם חברי קהילה תומכת במסגרת מחויבות אישית. גם מתנ״סים, מינהל קהילתי וארגונים מקומיים אחרים משתפים פעולה בתכנון ובביצוע פעילויות שונות - החל בביקורי בית חברתיים, וגמור בצביעת בתים וניכוש עשבים. מספר אנשי צוות הדגישו את הצורך בהמשך פיתוח שיתוף הפעולה כדי להעשיר את הפעילויות בתכנית.

אנשי צוות התכנית ביטאו צורך בהגדרה ברורה יותר של תפקיד אבות/אימהות הקהילה. למרות שיש פורום של אבות/אימהות קהילה כמו גם חומר כתוב, עדיין בשטח עולה הסוגיה של גבולות התפקיד ותחומי האחריות. התפתח מצב שבו יותר מחברה אחת מציעה שירותים דומים בקהילה מסוימת והתחרות בין החברות דווחה כמהווה קושי מרכזי. צוותי התכניות התלוננו על כך שחברות מתחרות מפעילות שיטות שיווק אגרסיביות ואינטנסיביות כדי להציע לזקנים לבטל את חברותם בתכנית הקהילה התומכת ולעבור לקבל שירותים מהן.

כדי להמשיך ולפתח את התכנית, צוותי ההפעלה הציגו תכניות לשיפור כדוגמת חיבור החברים לאינטרנט באופן שיסייע להגברת הקשר בין החברים ובינם לבין בני משפחותיהם. כמו-כן, הציעו להפעיל שירותים משלימים, בעיקר למרותקים, כדוגמת ארוחות המסופקות לבית, או שירותי הסעות.

3. כיווני פעולה להמשך פיתוח התכנית

המחקר העלה מספר נקודות שיש לתת עליהן את הדעת.

ידע לגבי שירותים

יש לשקול רענון ומתן תזכורות לגבי השירותים השונים המוצעים במסגרת התכנית, תוך הדגשה של מועדי ההפעלה של השירותים, ותשלום בעבור שירות ביקור רופא והזמנת אמבולנס. הזדקנות אוכלוסיית חברי התכנית מהווה צידוק נוסף לצורך בחשיבה על דרכים בהן ניתן יהיה לדאוג לכך שהחברים יכירו ויזכרו את מגוון השירותים הניתנים במסגרת התכנית.

היענות לצרכים של זקנים מרותקים לבית

מהמחקר עולה הצורך לתת את הדעת על דרכים לשפר את ההיענות לצרכים של זקנים שמרותקים לבית. בראיונות עם אנשי צוות המפעילים את התכנית עלה כי הם מקפידים לקיים ביקור בית דווקא אצל זקנים מרותקים. אולם, מממצאי המחקר עולה כי אין הבדל בהיקף ביקורי הבית אצל זקנים מרותקים לבין ביקורים אצל יתר החברים. יתרה מכך, נמצאה השתתפות נמוכה של זקנים

המרותקים לבית בפעילויות חברתיות, ושביעות רצון נמוכה יחסית שלהם בהשוואה ליתר החברים בתכנית. יש לשקול כיצד לשפר את נגישות הפעילויות החברתיות לזקנים אלה ואת האפשרות להרחיב את השירותים, כגון הסעות וליווי לטיפולים, והספקת ארוחות לבית. אחד הכיוונים שכדאי לשקול מתייחס למתן שירותים למרותקים לביתם כגון הרחבת מעגל המתנדבים לצורך עריכת ביקורי בית, והשקעת מאמץ בתגבור והידוק הקשר מצד צוות התכנית עם חברים אשר נבצר מהם לצאת מביתם. הדברים מקבלים משנה חשיבות הן לאור הזדקנות החברים בתכנית, והן לאור הצורך הגדל לתת מענה לזקנים בעלי מוגבלות תפקודית ברמות שונות.

חיזוק ההיבט הקהילתי

כמחצית החברים משתתפים אמנם בפעילויות שונות, וחלק מהחברים מתנדבים במסגרת כלשהי, אולם נראה כי יש צורך לבחון את הדרכים לחיזוק ההיבט הקהילתי שבתכנית. מרבית החברים דיווחו כי לא הכירו חברים חדשים מאז הצטרפותם לקהילה תומכת, או שאינם מכירים כלל חברים אחרים בתכנית. גם אחוז ההתנדבות הנמוך במסגרת התכנית עצמה (3%) מלמד שיש מקום להגביר את מעורבות החברים, להרחיב את תחושת החיבור בינם לבין התכנית ולחזק את הקשרים ביניהם, באמצעות פעילויות חברתיות מיוחדות המיועדים לכך, או באמצעות האינטרנט וכדומה. עידוד הפן הקהילתי מכיוון נוסף נוגע לרתימת האוכלוסייה הרחבה - בתי-ספר, מתנ״סים וכדומה - וגיוסם לפעילויות במסגרת התכנית. חיזוק המרכיב הקהילתי יעניק לתכנית ערך מוסף ויש בו כדי להעשיר ולהעצים את החברים והשותפים בה.

שיתופי פעולה

נראה כי קיים פוטנציאל שעדיין לא מוצה להמשך שיתוף פעולה עם גורמים נוספים בקהילה, כדי להעשיר את הפעילויות והשירותים הניתנים לחברי הקהילה התומכת. צוותי התכנית מדווחים על שיתופי פעולה רבים והדוקים בין גורמים שונים המעורבים בהפעלת התכנית. עם זאת, הם הצביעו על נכונותם להיות מעורבים יותר במערך הכולל של השירותים בקהילה ולעבוד יותר במשותף עם גורמים אחרים. הם הצביעו גם על הצורך להתאמץ ולשמור על השותפויות הקיימות ולהגדיל את שיתוף הפעולה בהקשר לעידוד הַפניות מגופים בקהילה האמונים על הטיפול בזקנים.

תחרות בין חברות

במצב שבו ישנה יותר מחברה אחת המציעה שירותים דומים לקהילה מסוימת יש לתת את הדעת לתלונותיהם של צוותי הפעלה רבים באשר לאופי התחרות ולשיטות השיווק האגרסיביות המופעלות. יש לשקול לקבוע תקנות ממשלתיות או ליצור אמנה בין החברות בתקווה לפתור את הסוגיה.

דברי תודה

במהלך עבודת המחקר, החל משלבי ההיערכות הראשונים, עבור ביצירת הקשר עם הקהילות, איסוף הנתונים ועיבודם, וכלה בהכנת דוח זה, נעזרנו באנשים רבים שליוו, העלו תובנות, הערות והצעות, וסייעו בפתירת בעיות ועל כך נתונה להם תודתנו:

לנציגי העמותות למען הזקן, לנציגי חברות מפעילות ולנציגים מצוותי ההפעלה של קהילות תומכות עמם עמדנו בקשר הדוק ורציף, אשר ידעו לענות על כל שאלה ותהייה שהתעוררו במהלך המחקר.

חברי וחברות התכנית אשר ניאותו להתראיין והשיבו בסבלנות ובפירוט על שאלות המראיינים; לצוותי הקהילות התומכות - מנהלים ומנהלות, אבות ואימהות קהילה ורכזות חברתיות - אשר ניאותו להקדיש לנו מזמנם ונטלו חלק בראיונות העומק.

לחן צוק-תמיר וצוות רכזי עבודת שדה ממאיירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל, על הליווי הצמוד במהלך מחשוב השאלון, הדרכת המראיינים, ולאורך חודשי איסוף הנתונים; וכן גם צוות המראיינים המסור.

הכרת תודה מיוחדת לקרן ורדימון מקשרי חוץ בג'וינט; לרונית ניסנבאום, עוזרת למנהל תחום הדיור בג'וינט-אשל, על הצעותיהן והערותיהן המועילות; וכן לאברהם הכהן, יועץ לקרן Nash על ההדרכה וההנחיה במהלך שלבי התכנון של ההערכה.

תודה מקרב לב לבלהה אלון על העריכה הלשונית; לג'ני רוזנפלד, יוסף אלכסנדר ונעמי הלסטד על התרגום לאנגלית; וללסלי קליינמן על ההפקה וההבאה לדפוס.

תוכן העניינים

1. מבוא 1

2. מטרות ההערכה ושיטת המחקר 4
2.1 מטרת ההערכה 4
2.2 שיטת המחקר 4
2.3 האוכלוסייה 5
2.4 דגימה 6

3. ממצאים עיקריים 7
3.1 מאפייני האוכלוסייה 7
א. מאפיינים סוציו-דמוגרפיים 8
ב. מאפיינים בריאותיים ותפקודיים 9
ג. סיכום 10

3.2 דפוסי שימוש ושביעות רצון ממערך השירותים המסופקים בקהילה התומכת 10
א. מוקד המצוקה 10
ב. השירותים הרפואיים 13
ג. אב הקהילה וצוות התכנית 16
ד. פעילות חברתית ופעילויות פנאי 22
ה. פעילות התנדבותית 29
ו. סיכום ממצאים בנוגע לידע ושימוש בשירותים 30
ז. תרומת התכנית ושביעות רצון כללית מהתכנית 31
ח. שירותים נוספים 34
ט. צרכים ושימוש בשירותים שאינם ניתנים בסל התכנית 35
י. עזרה בליווי לטיפולים או לבדיקות 36

3.3 קשיים והצעות לשיפור מתוך הראיונות עם צוות התכנית 37
א. הגדרת תפקיד אב הקהילה 37
ב. תחרות בין חברות 37
ג. שיתופי פעולה 38
ד. פיתוח והרחבת התכנית 38

ביבליוגרפיה 39

רשימת לוחות

לוח 1: אוכלוסיית המחקר לפי שכבה 5

לוח 2: סיכום עבודת השדה 7

לוח 3: מאפיינים סוציו-דמוגרפיים נבחרים של החברים בקהילה תומכות 8

לוח 4: מצב בריאות ותפקוד לפי שכבות 10

לוח 5: מועד הפנייה האחרונה למוקד 11

לוח 6: החברים שחשו ברע ונזקקו לרופא באופן דחוף במהלך השנה האחרונה 13

לוח 7: משך הגעתו של רופא - בקרב החברים שקיבלו טיפול רפואי 14

לוח 8: סיבות עיקריות לאי-פנייה לאב הקהילה בנושא תיקונים בדירה 17

לוח 9: הזמן שעבר מההודעה על הבעיה בדירה ועד שהבעיה נפתרה 18

לוח 10: תדירות פגישות עם מישהו מצוות התכנית 20

לוח 11: קשרים משפחתיים וקשרים חברתיים 23

לוח 12: שביעות רצון מקשר עם בני משפחה וחברים, תחושת בדידות ושביעות רצון מאופן העברת הזמן 23

לוח 13: היבטי פעילות פנאי של החברים בתכנית 24

לוח 14: תדירות השתתפות בפעילות חברתית במסגרת התכנית 26

לוח 15: השתתפות בפעילויות במסגרת התכנית 26

לוח 16: סיבות מרכזיות לאי-השתתפות בפעילות במסגרת התכנית 27

לוח 17: פעולות שנעשות כדי ליידע ולדרבן השתתפות בפעילות במסגרת התכנית 28

לוח 18: פעילויות שהחברים מעוניינים להוסיף או להרחיב בתכנית מקרב המעוניינים להרחיב 29

לוח 19: סיכום הממצאים לגבי ידע החברים על השירותים של התכנית 30

לוח 20: צרכים ושימוש בשירותי התכנית בשנה האחרונה 30

לוח 21: התחומים שציינו החברים שיש להם תרומה רבה או רבה מאוד 31

לוח 22: השירות החשוב ביותר שניתן במסגרת התכנית 33

לוח 23: רצון בשירותים נוספים 35

לוח 24: למי החברים פנו לעזרה בהבאת תרופות/קניות כשהיו חולים (מהנזקקים לעזרה) 36

לוח 25: למי החברים פנו לעזרה בליווי לטיפולים או לבדיקות (מהנזקקים לעזרה) 37

רשימת תרשימים

תרשים 1 : הערכת מהירות ההיענות במוקד המצוקה 12

תרשים 2 : שביעות רצון מהמוקדנים 12

תרשים 3 : הערכת ההמתנה לבוא הרופא לביקור בית 14

תרשים 4 : שביעות רצון מהטיפול הרפואי 15

תרשים 5 : שביעות רצון של החברים מתיקון בעיה בדירתם 19

תרשים 6 : שביעות רצון מהקשר עם צוות התכנית ופעילויות אב הקהילה 22

תרשים 7 : השתתפות בפעילות במסגרת מאורגנת 25

תרשים 8 : שביעות רצון מהפעילות החברתית 27

תרשים 9 : הערכת החברים את כלל השירותים בתכנית 32

תרשים 10 : תפיסת החברים את סבירות התשלום החודשי 34

1. מבוא

התכנית "קהילה תומכת" מיועדת לזקנים הגרים בקהילה, ומספקת לחבריה מגוון שירותים המסייעים לשיפור איכות חייהם. התכנית הוקמה ביוזמת אשל ומשרד העבודה והרווחה והשירותים החברתיים, והופעלה לראשונה בשנת 1989 בקריית משה, שכונה ותיקה בירושלים. מאז, התכנית התרחבה מאוד וכיום פועלות כ-246 קהילות תומכות בכל רחבי הארץ, וחברים בתכנית זו למעלה מ-46,000 חברים. התכנית פועלת בשיתוף עמותות למען הזקן, רשויות מקומיות וחברות פרטיות (חברות עסקיות למטרות רווח). בסל השירותים של התכנית יש ארבעה רכיבים עיקריים: (1) מוקד ולחצן מצוקה הפועל בכל שעות היממה: מוקד החירום של הקהילה התומכת מאפשר יצירת קשר מיידי עם מוקד רפואי, שירות אמבולנס, משטרה, מכבי אש ובני משפחה - בהתאם לצורך; (2) שירותים רפואיים הכוללים ביקור בית של רופא והזמנת אמבולנס; (3) אב/אם קהילה[2]: נמצאים בקשר עם חברי הקהילה, מעניקים סיוע בתיקונים בבית, ומהווים כתובת לעזרה בשעת הצורך; (4) מגוון פעילויות חברתיות ותמיכה חברתית.

הגידול באוכלוסייה הקשישה הוא אחד ממאפייניהן הבולטים ביותר של החברות בכל העולם, ובכלל זה ישראל. עד סוף 2008, הגיע מספר האנשים מעל גיל 65 ל-715,300 (9.7% מהאוכלוסייה). מספר זה צפוי להגיע ל-1,366,600 עד לשנת 2030 (13.7% מהאוכלוסייה) (ברודסקי ואחרים, 2010). יתרה מכך, עם העלייה המתמדת בתוחלת החיים העומדת כיום בישראל על 83.0 שנים לנשים ו-79.1 שנים לגברים, חלק משמעותי מאוד מהם צפוי להגיע לגיל 95 ו-100.

קהילה תומכת מהווה נדבך נוסף במערכת השירותים הקהילתיים בישראל שנועדו לאפשר לזקנים להתגורר בביתם תוך שמירה על איכות חייהם. ואכן, הספקת שירותים לזקנים בקהילה מהווה את אחד האתגרים העיקריים בחברה של ימינו. המדיניות הרווחת ברוב המדינות בעולם היא לפתח שירותים בקהילה כדי לאפשר לאדם להזדקן במקום ("aging in place"), גישה שמבטאת את רצונם של הזקנים. מחקרים מצביעים על ההעדפה הברורה של מרבית הזקנים להישאר בבית - כך עולה, בין היתר, מאחד המחקרים המצוטטים ביותר בספרות (AARP, 2000). על פי המחקר, למעלה מ-90% מהזקנים דיווחו על רצונם להזדקן בבית. גם אנשי המקצוע סבורים שמתן מענים בקהילה הוא הדרך המתאימה ביותר לשמור על האוטונומיה, העצמאות והפרטיות של הזקן. ל"בית" יש משמעות עמוקה וסימבולית, במיוחד בקרב זקנים, לחיזוק תחושת הקוהרנטיות וההמשכיות בחייהם. עם זאת, הבית של הזקן יכול להיות מקום לחוויות שליליות כגון בידוד ובדידות, אם חסרה התמיכה הנדרשת (Sixsmith & Sixsmith, 2008).

לרוב, משפחת הזקן ממלאת תפקיד מרכזי ומספקת תמיכה וסיוע בהיקף נרחב. אולם, כיום ברור לקובעי מדיניות שהמשפחה לא יכולה לשאת לבדה במשימה זו (Wiener, 2003; OECD, 2005). לכן, בשני העשורים האחרונים הייתה בישראל התפתחות מואצת של טיפול בזקנים במסגרת הקהילה

[2] לנוחות הקריאה נשתמש מכאן ואילך בלשון זכר

והתפתחו תכניות חדשניות, כגון חוק ביטוח סיעוד, מרכזי יום, יחידות לטיפול בית של קופות-החולים, וקהילות תומכות.

קהילות תומכות באות לספק שירותים ייחודיים שאין להם מענה, או מענה באותה מידה, במסגרת שירותים אחרים בקהילה; לספק לזקן תחושת ביטחון; ופעילויות חברתיות ותרבותיות המסייעות להתמודד עם הבדידות והצורך בתעסוקה משמעותית.

בשנים האחרונות פותחו מסגרות שונות המיועדות לזקנים בקהילה, וישנן מדינות, כמו הולנד, שבדיה ודנמרק, שגיבשו מדיניות מכוונת לעידוד דיור קהילתי על מנת לדחות עד כמה שניתן את הצורך בטיפול במסגרות מוסדיות. מודלים שונים של דיור קהילתי, התורמים לדחיית מיסוד ומאפשרים להזדקן בסביבה הטבעית, מתוארים בספרות (קינג, 2000).

אחד המודלים שפותחו בארצות-הברית הוא מודל "קהילת פרישה טבעית" (NORC – Naturally Occurring Retirement Community), אשר מושתת על תפיסה דומה במידת-מה לקהילה התומכת. פרופ' מיכאל האנט מאוניברסיטת ויסקונסין מדיסון, היה הראשון שעשה שימוש במונח NORC באמצע שנות ה-80. הוא הגדיר זאת כהתפתחות של תכניות דיור שלא מתוכננות בעבור זקנים, אך במשך הזמן הן מאוכלסות על-ידי חלק נכבד של זקנים (Hunt & Gunter-Hunt, 1985). הוא מצא תופעה של הזדקנות של אזורים גיאוגרפיים רבים בארצות-הברית, וראה בתהליך זה הזדמנות לחדשנות באופן הספקת השירותים לזקנים. על בסיס הקונספט הזה פותח מודל, שיושם לראשונה במדינת ניו יורק, על-ידי United Hospital Fund בשנת 1985, במימון הפדרציה היהודית של ניו יורק (UJA). תכנית זו מהווה תכנית אלטרנטיבית לתכניות דיור נפוצות במיוחד בארצות-הברית, והמאופיינים על-ידי סגרגציה על פי גיל (age segregated retirement communities) (Bookman, 2008). מטרת התכנית היא לשפר את נגישותם של שירותים שונים בקהילה, כגון שירות ארוחות לבית, שירות סוציאלי, שירות קניות, שירות לטיפול בית, ייעוץ משפטי, שירות הסעות ופעילויות פנאי (Administration on Aging, 1995; Franklin, 1998). דגם זה מופעל כיום ביותר מ-25 מדינות בארצות-הברית, כחלק מרשת ארצית. רק במדינת ניו יורק, קיימות כיום 41 תכניות NORC.

במינסוטה פותח פרויקט הנקרא LH/BNP (Living at Home/Block Nurse Program). בדומה לקהילה התומכת, ניתנים בו שירותים של מוקד מצוקה, שירותים רפואיים, שירותי מטפלות הממומנות בסיועם של Medicare ו-Medicaid, וכן מפעילים מתנדבים רבים המסייעים לקשישים, מבקרים אותם ומספקים להם אוכל חם ותרופות.

בניו ג'רסי פועלים מספר גופים המספקים שירותים לקשישים בקהילות שפותחו במיוחד לקשישים (על פי מודל CCRC, Continuing Care Retirement Community). שלא כמו במודל של הקהילה התומכת, על פי מודל זה קשישים אשר עוברים לגור בקהילות CCRC יכולים להמשיך ולהזדקן בהן. שם הם מקיימים חיי קהילה ומקבלים שירותי רווחה, בשילוב עם Medicare ו-Medicaid. לכל תכנית יש מנהל בעל תפקיד דומה לזה של אב הקהילה: הוא מקשר בין הקשישים למועדון הקשישים ולמתנדבים בתכנית, והוא נמצא עם החברים בקשר לפי הצורך. ב-CCRC ניתנים במסגרת הרצף הטיפולי גם

שירותים המאפשרים לקשישים להמשיך להתגורר בביתם: שירותים רפואיים (אחות, רופא, כולל טיפול בצדדים המינהליים וייצוג כלפי חברות הביטוח), ארוחות מוכנות, ביטחון אישי, תיאום עם נותני שירותים אחרים בקהילה ובני משפחה (לדוגמה, בתכנית CADBURY - Continuing Care at Home).

התכניות הללו מבוססות על גישה של ניהול טיפול ה-Case manager, אשר מנהל לכל חבר בתכנית את השירותים להם הוא נזקק.

פיתוח התכנית של קהילה תומכת בישראל לווה מראשיתו במחקרי הערכה. במחקר הערכה שהתבצע בג'וינט-מכון ברוקדייל מאמצע 1997 ועד אמצע 1998 בארבע תכניות קהילה תומכת, נבחנו הישגי התכניות על פי המטרות שהציבו המתכננים והמנהלים. ממצאי המחקר שימשו בסיס לפיתוחן ולגיבוש המודלים להפעלתן. המחקר נערך בצורות יישוב שונות, והגופים המפעילים אף הם היו שונים. מממצאי המחקר עלה שהמודל הבסיסי יכול לפעול ביישובים שונים ובהנהלת גופים שונים, אם כי נמצאו הבדלים בהיבטים שונים של ההפעלה. עוד נמצא במחקר כי מרבית החברים היו שבעי רצון מהתכנית (מזרחי והימלבלאו, 1999), וזוהו מספר סוגיות כגון רמת ההיענות של שירותי המוקד. בעקבות זאת מפתחי השירות באשל ובמשרד הרווחה והשירותים החברתיים הנהיגו מספר שינויים בהפעלת השירות אשר הביאו לשיפורו, כפי שהתבטא במחקר המשך.

מחקר ההמשך, שנערך בשנים 2000-2001, בוצע בשני מישורים: א) מחקר עומק - בחינה מעמיקה של ארבע תכניות במטרה לקבל תמונה על ההתפתחויות ועל ההבדלים בין צורות יישוב שונות והגופים המפעילים (עמותה למען הקשיש או חברה פרטית למטרות רווח); ב) מחקר כללי - בחינה כללית של כל תכניות קהילה תומכת בארץ במטרה לקבל נתוני רקע על האוכלוסייה והשירותים המסופקים ברמה הארצית (ברג-ורמן, 2003). במחקר נמצא כי 80% מהחברים היו מרוצים מהתכנית באופן כללי. התרומה העיקרית של התכנית לחבריה היא תחושת הביטחון האישי שהיא מקנה להם, ככל הנראה בזכות השירותים הרפואיים והאפשרות לפנות למוקד. שביעות הרצון הגבוהה ביותר התייחסה למוקד (91%). שביעות רצון גבוהה התייחסה לאב הקהילה (86%), לרופא (83%) ולפעילות החברתית (82%). שביעות רצון נמוכה יחסית התקבלה משירותי האמבולנס (75%) והתיקונים בדירות (66%).

מבין כל השירותים שהתכנית מספקת, השימוש הרב ביותר היה בשירותים הרפואיים (35% הזמינו רופא הביתה ו-9% הזמינו אמבולנס). בפעילות החברתית השתתפו 30% מהחברים (שיעור גבוה יותר נמצא בקהילות המופעלות על-ידי עמותה), ובתיקונים 19% (שיעור שימוש גבוה יותר נמצא בקהילות המופעלות על-ידי חברה פרטית). עוד נמצא שכרבע מהחברים אינם מודעים לזכויות להן הם זכאים ובייחוד לשירות התיקונים.

מסקנות עיקריות שעלו מהמחקר היו:

- מגמת ההזדקנות והירידה בתפקוד החברים מחייבות התאמה מחודשת של סל השירותים ושל כוח האדם. חשוב להקדיש יותר תשומת לב לצד החברתי של המוגבלים (לדוגמה, ביקורים או התקשרויות תכופות יותר מאב הקהילה, או לשלוח אליהם מתנדבים שישוחחו עמם).

- לאב הקהילה יש השפעה חזקה על שביעות הרצון הכללית מהתכנית, וכדאי לפעול לשיפור תפקודו באמצעות שיפור אדיבותו, להגדיר את תפקידו ולהקל מהעומס המוטל עליו. למשל, טיפוח פורום של אבות קהילה יכול לשמש למקום מפגש, להדרכה, להחלפת מידע וניסיון, לפתרון בעיות והתמודדות עם קשיים, וכן לשיפור הרגשת שייכות.
- יש להתייחס לנתון שעלה מהמחקר לפיו אחוז גבוה של נזקקים לא קיבלו מענה מהתכנית בתחומים של הבאת תרופות וליווי לטיפולים ובדיקות.
- יש מקום לקידום ההתנדבות במסגרת התכנית על-ידי מינוי של אדם שיהיה אחראי על הנושא.

במהלך השנים האחרונות נערכו דיונים בקרב הגופים השונים המפתחים ומפעילים את התכנית, בהם עלו סוגיות הקשורות להתאמת השירותים בתכנית לצורכי החברים בה, תוך התחשבות בהזדקנות החברים ובהצטרפות אוכלוסיות מרבדים שונים ומגוונים באוכלוסייה. דיונים אלה חיזקו את הצורך בבסיס מידע שישקף את המצב ב״קהילות התומכות״, על מנת לקבל החלטות על המשך הפעלתם ופיתוחם של השירותים.

במטרה לבחון את הכיוונים להמשך פיתוח הקהילות התומכות בארץ בשנת 2009, נתבקש מאיירס-ג׳וינט-מכון ברוקדייל על-ידי קרן Nash, בשיתוף עם ג׳וינט-אשל, לערוך מחקר נוסף להערכת התכנית של קהילה תומכת בארץ.

2. מטרות ההערכה ושיטת המחקר

2.1 מטרת ההערכה

המטרה העיקרית של המחקר היא לספק תמונה כוללת על התכנית ועל תרומתה לזקנים החברים בקהילה התומכת. ההערכה נועדה לבחון את מידת הניצול ודפוסי השימוש בשירותים המסופקים בתכנית, ובאיזו מידה הם אכן עונים על צורכי אוכלוסיית החברים בה. ובהקשר לכך, ללמוד על שביעות הרצון מהשירותים בתכנית, ועל קיומם של צרכים לא מסופקים. נושאים אלה נבדקו בקבוצות אוכלוסייה שונות (כגון זקנים נשואים ואלמנים; זקנים עצמאיים בתפקוד ומוגבלים; זקנים המתגוררים ביישובים עירוניים לעומת ביישובים כפריים; זקנים עולים וזקנים ותיקים). מטרה נוספת הייתה לבדוק האם ישנם הבדלים בין תכניות המופעלות על-ידי גופים שונים (עמותות וחברות למטרות רווח).

2.2 שיטת המחקר

המחקר מתבסס על שני מרכיבים: ראיונות עם זקנים חברי התכנית, וראיונות עם אנשי מקצוע ובעלי תפקידים בקהילות התומכות. בראיונות עם החברים נעשה שימוש בשאלונים מובנים, ואילו הראיונות עם אנשי מקצוע היו פתוחים במטרה לקבל תובנות נוספות המתייחסות להפעלת התכניות, מנקודת ראותם.

פרק הממצאים יעסוק בעיקר בניתוח השאלונים של חברי התכנית, בו ישולבו ניתוחים איכותניים מהשאלות הפתוחות ומהראיונות עם מפעילי התכנית. בניתוחים הכמותיים יוצגו התפלגויות

המשתנים שנבדקו וניתוחי רגרסיה לוגיסטית כדי ללמוד על סוגיות שונות הקשורות לזקנים בעלי מאפיינים שונים באופן דיפרנציאלי; והאם מעבר להשפעתם של מאפיינים אלה, ישנה השפעה לסוג הקהילה (מגזר כפרי/עירוני; קהילה מופעלת על-ידי עמותה/חברה עסקית). המשתנים המסבירים שנכללו הם: מצב משפחתי (נשוי לא נשוי); עולים משנות ה-90, ערבים ויהודים ותיקים; מוגבלות בניידות מחוץ לבית (מוגבל/לא מוגבל).

2.3 האוכלוסייה

פרויקט קהילה תומכת מתפרס כיום על פני כ-246 קהילות וכולל למעלה מ-46,000 חברים. אולם, אוכלוסיית המחקר כללה רק תכניות הפועלות למעלה משנתיים. כלומר, לאחר שלבי ההתארגנות והצמיחה. בסך-הכל נכללו באוכלוסיית המחקר 42,869 חברים ב-32,148 בתי אב, ב-197 קהילות.

בנוסף לבחינת התכנית בהיבט כלל ארצי, רצינו לבחון האם קיימים הבדלים בין קהילות תומכות לפי משתנים הקשורים לאופי היישוב בו מופעלת הקהילה התומכת (כפר או עיר), ולגורם המפעיל (עמותה או גוף פרטי). אלה יכולים להתבטא בהבדלים במאפייני החברים (וצורכיהם), בדפוסי הפעלת התכניות, או בשביעות הרצון של החברים. לכן יצרנו 3 שכבות להשוואה: 1. קהילות באזורים כפריים (שכולן מופעלות על-ידי עמותות); 2. קהילות ביישובים עירוניים המופעלות על-ידי עמותה; 3. קהילות ביישובים עירוניים המופעלות על-ידי גורם פרטי.

מבין כל הקהילות התומכות, 82 מנוהלות על-ידי חברות פרטיות במגזר העירוני, 79 קהילות נוספות מנוהלות על-ידי עמותות במגזר העירוני, ו-36 מנוהלות על-ידי עמותות במגזר הכפרי. במגזר הכפרי אין קהילות המנוהלות על-ידי חברה פרטית (לוח 1). יש להדגיש כי קיימת הטרוגניות במאפייני הקהילות. לצד קהילות הפועלות בשכונה מסוימת בעיר, יש קהילות הפרוסות על פני שטח נרחב, כפי שמספר אב קהילה כפרית, אשר רואיין במסגרת המחקר הנוכחי: *"אנחנו פרוסים על יותר מ-30 יישובים... זו טריטוריה לא פשוטה מבחינת ריכוז חברים ויישובים..."*. עוד עולה מלוח 1 כי הקהילות העירוניות המופעלות באופן פרטי גדולות, בממוצע, בהשוואה לסוגי הקהילות האחרות. ממוצע בתי האב בקהילות מסוג זה עומד על 187, לעומת 144 בתי אב בממוצע בקהילות הכפריות ו-148 בתי אב בממוצע בקהילות עירוניות המופעלות על-ידי עמותה. בתי אב כוללים הן זוגות והן חברים בודדים. בחינת מספר החברים חושפת דפוס דומה בין סוגי הקהילות, ולפיו ממוצע מספר החברים בקהילות עירוניות המופעלות על-ידי גוף פרטי (248) גבוה, בהשוואה לקהילות כפריות (201) ולקהילות עירוניות המופעלות על-ידי עמותה (194).

לוח 1: אוכלוסיית המחקר לפי שכבה

	סך-הכל	כפרי - עמותה	עירוני - עמותה	עירוני - פרטי
סך-כל הקהילות התומכות	**197**	36	79	82
סך-כל בתי אב בקהילות התומכות	**32,148**	5,188	11,657	15,303
סך-כל חברים בקהילות התומכות	**42,869**	7,240	15,328	20,301
ממוצע בתי אב בקהילות התומכות	**163**	144	148	187
ממוצע חברים בקהילות התומכות	**218**	201	194	248

2.4 דגימה

במטרה לייצג את חברי התכנית בצורה יעילה ננקטה דגימה דו-שלבית. בשלב הראשון נדגמו הקהילות בכל שכבה ובשלב השני נדגמו אקראית בתי אב[3] מרשימת החברים בתכנית. על מנת להשיג מספר מרואיינים שיתאים לניתוחים הסטטיסטיים, נדגמו אקראית מספר דומה של קהילות בכל שכבה (7 קהילות משכבת המגזר העירוני המופעל על-ידי חברה פרטית, 6 קהילות משכבת עירוני-עמותה ועוד 5 קהילות מכפרי-עמותה), ובכל שכבה נדגמו אקראית 303 חברים. בסך-הכל נדגמו 18 קהילות ובהם 910 חברים.

הקהילות שנדגמו בכל שכבה:

כפריות המופעלות על-ידי עמותה: שער הנגב, דרום השרון, באר טוביה, לכיש, עמק יזרעאל.

עירוניות המופעלות על-ידי עמותה: נצרת עילית (הר יונה), טמרה, מעלות, נתיבות, רמת השרון (מורשה), סח'נין

עירונית המופעלות על-ידי חברה פרטית: מבשרת ציון, ירושלים (גילה), חיפה (כרמל מערבי), ראשון לציון (נחלת יהודה, אברמוביץ), נתניה, תל אביב (רמת אביב), רמת גן.

השאלון

השאלון מתבסס בעיקרו על השאלון שתוקף ושימש למחקר ההערכה במחקרים הקודמים, בשנת 1998 ובשנת 2001. השינויים בשאלון נעשו בהתאם להדגשים ולנושאים שהוחלט לבדוק במחקר הנוכחי. לדוגמה, בשל הרצון לבחון צורך ורצון בשירותים שאינם ניתנים כיום במסגרת התכנית נוספה לשאלון סדרת שאלות המתייחסות לצורך בשירותים, כגון אחות בקהילה, שירות ארוחות מוכנות, שירות הבאת תרופות וסידורים ועוד, שישמשו בסיס לפיתוח השירות בעתיד. השאלון המעודכן נוסה ותוקף במבחן מוקדם, שכלל 11 מרואיינים, והלקחים ממנו יושמו לשיפור השאלון.

איסוף הנתונים

הקשישים רואיינו בטלפון במהלך החודשים דצמבר 2009 עד פברואר 2010 בידי צוות מראיינים שהוכשרו במיוחד לשם כך. הריאיון נערך באמצעות שאלון מובנה ממוחשב. מבין 910 בתי האב שנדגמו, 13 עזבו את התכנית, חלקם הגדול עברו להתגורר בבתי אבות והיתר הפסיקו את ההשתתפות בתכנית. שישה חברים נפטרו. מבין 891 הנותרים, רואיינו 714 נחקרים - שיעור היענות של 80% (לוח 2). שבעים חברים (8%) סירבו להשתתף במחקר. עוד 107 לא רואיינו מסיבות אחרות. העיקריות שבהן כוללות חוסר יכולת לתקשר או להתקשר עם המרואיין, למרות ניסיונות חוזרים ונשנים, בין אם לצורך איתור או על מנת להשיג אותם.

[3] בבתי אב המורכבים מזוג חברים רואיין אחד מבני הזוג באופן מקרי.

לוח 2: סיכום עבודת השדה

סך-הכל בתי אב שנדגמו	**910**	
עזבו את התכנית	13	
נפטרו	6	
מדגם נטו	**891**	**100%**
רואיינו	714	80
סירבו לענות	70	8
לא רואיינו מסיבות אחרות	107	12

שקלול הנתונים

על מנת לייצג את אוכלוסיית החברים בקהילות התומכות, ניתן משקל לכל נדגם על פי שכבת הדגימה. כלומר, בכל שכבה ניתן לכל הנדגמים משקל זהה על פי הנוסחה הבאה:

$$\mathrm{Wij} = \frac{\mathrm{Ni}}{ni} * n/N$$

W_{ij} = משקל של נדגם j משכבה i

(שכבה i: 1=כפרי-עמותה, 2=עירוני-עמותה, 3=עירוני פרטי)

N_i = מספר חברים בשכבה i

n_i = מספר נדגמים משכבה i

N = מספר חברים סך-הכל

n = מדגם סך-הכל

איסוף וניתוח נתונים איכותניים

בסך-הכל נערכו 15 ראיונות עומק עם אנשי מקצוע, מהם: 6 מנהלי תכניות אשר חלקם עובדים סוציאליים בהכשרתם; 7 אבות קהילה שחלקם משמשים גם רכזים חברתיים ו-2 רכזות חברתיות. הראיונות הקיפו תכניות המופעלות בעיר, בכפר, על-ידי עמותות ועל-ידי גופים עסקיים. הראיונות שוקלטו ונקראו תוך חיפוש אחר תֵמות ורעיונות מרכזיים העולים מהם. בפרק הבא יוצגו ממצאים אשר עלו מאיסוף הנתונים, הכמותיים והאיכותניים.

3. ממצאים עיקריים

3.1 מאפייני האוכלוסייה

בפרק זה נתמקד במאפיינים של חברי התכנית ונציג מאפיינים סוציו-דמוגרפיים, מאפייני בריאות ותפקוד. הצגת המאפיינים של הזקנים החברים בתכנית מאפשרת לספק תמונה מעודכנת לגבי אוכלוסיית היעד של התכנית (אל מי מתוך כלל אוכלוסיית הזקנים בארץ התכנית מגיעה למעשה). כמו-כן, המאפיינים מספקים רקע להבנת הצרכים של הזקנים, ולכן, מטרת הפרק היא גם לספק

תמונה שתשמש רקע לפרקים הבאים, במרכזם יעמדו היבטים שונים של ניצול שירותים ושביעות רצון החברים בקהילה תומכת.

א. מאפיינים סוציו-דמוגרפיים

הגיל הממוצע של הזקנים חברי הקהילות התומכות הוא 79. התכנית משרתת אנשים בטווח גילאים רחב מאוד. כפי שמוצג בלוח 3, 4% מהחברים הם בני 64 או פחות, בני 65-74 מהווים 23%, בני 75-84 מהווים 50% ובני 85 או יותר מהווים 24% מסך-כל החברים בתכניות. נשים מהוות 71% מכלל החברים. התכנית משרתת זקנים מכל רמות ההשכלה: כ-29% מהחברים דיווחו כי הם בעלי השכלה יסודית וכ-27% הם בעלי השכלה אקדמית. חלק ניכר מהחברים בתכנית אלמנים (58%), ורק כ-34% מהם נשואים; יתרה מכך, כמעט מחציתם (47%) גרים בגפם. עשרים ושניים אחוזים מהחברים נולדו בישראל. שישים וחמישה אחוזים מהחברים שלא נולדו בישראל מגיעים מארצות מזרח או מערב אירופה. כחמישית (21%) מהחברים עלו לישראל בשנות ה-90. עשרים וארבעה אחוזים מהחברים דיווחו על קשיים ביכולת קיום שיחה בעברית או שאינם יכולים לדבר כלל בעברית. כ-75% מהחברים מבוטחים בשירותי בריאות כללית. שבעה אחוזים מהחברים עובדים כיום במסגרת כלשהי. שלושים ותשעה אחוזים מהחברים מעריכים את מצבם הכלכלי כלא כל-כך טוב או רע. שלושים אחוזים דיווחו כי הם מקבלים קצבת זיקנה עם השלמת הכנסה.

לוח 3: מאפיינים סוציו-דמוגרפיים נבחרים של החברים בקהילה תומכות (באחוזים)

	סך-הכל
גיל	
64>	4
74-65	23
84-75	50
+85	24
מגדר	
נשים	71
השכלה	
יסודית	29
אקדמית	27
מצב משפחתי	
נשואים	34
הסדרי מגורים	
גרים לבד	47
עובדים	7
עולים משנות ה-90	21
מעריכים את מצבם הכלכלי כלא כל-כך טוב או רע	39

מעניין להשוות את המאפיינים הסוציו-דמוגרפיים של החברים בקהילות תומכות לבין אלה של כלל הזקנים בישראל כדי ללמוד על אוכלוסיות היעד העיקריות שהתכנית משרתת. ניתן לומר שהקהילות התומכות משרתות מצד אחד מגוון רחב של אוכלוסיות מבחינת גיל, השכלה מצב כלכלי וכו', ומהצד האחר מתמקדות באוכלוסיות בסיכון. חברי הקהילות התומכות מבוגרים יחסית לכלל הזקנים - כרבע מהם הם בני 85+ לעומת כ-9% מבני 60+ בארץ. בגלל גילם המבוגר יחסית, לא מפתיע כי אחוז הנשים

החברות בתכנית גבוה בהרבה מאחוז הנשים בקרב כלל בני +60 (71% לעומת 56%), ושאחוז הנשואים נמוך בקרב חברי הקהילות התומכות (34%), לעומת בקרב כלל הזקנים בישראל (56%). יתרה מכך, אחוז הזקנים הגרים לבד בקהילות התומכות גבוה בהרבה מהאחוז בקרב כלל הזקנים בישראל (47% לעומת 25%). לא נמצאו הבדלים משמעותיים מבחינת אחוז הזקנים שנולדו בישראל או ברמת השכלה בין החברים בקהילה תומכת לבין כלל הזקנים בישראל.

כאמור, אחת ממטרות המחקר היא לבחון הבדלים בצרכים ובהיענות עליהם בקהילות המופעלות בעיר אל מול קהילות המופעלות בכפר, כמו גם בין קהילות המופעלות על-ידי עמותות מול קהילות המופעלות על-ידי גופים עסקיים (לשם כך יצרנו 3 שכבות להשוואה, שכן במגזר הכפרי אין קהילות תומכות המופעלות על-ידי גופים עסקיים). השוואה בין שלוש השכבות באשר למאפיינים דמוגרפיים, מלמדת כי אין הבדלים משמעותיים בגיל הממוצע של החברים, אם כי בקהילות תומכות עירוניות המופעלות על-ידי עמותה הגיל הממוצע קצת יותר נמוך (77) מאשר בכפריות או העירוניות המופעלות על-ידי גורם פרטי (80). עוד עולה מההשוואה דמיון בין קהילות המופעלות על-ידי עמותה (כפרי ועירוני) בנושא מגדר: 65% מחברי הקהילות הכפריות ו-66% מחברי הקהילות העירוניות המופעלות על-ידי עמותה הן נשים, לעומת 76% מחברי הקהילות העירוניות המופעלות על-ידי גורם פרטי. הבדל מובהק בין קהילות המופעלות על-ידי עמותות עולה גם לגבי ארץ המוצא של החברים: 48% מהחברים בקהילות העירוניות המופעלות על-ידי עמותה, הם עולים משנות ה-90 לעומת 8% מהחברים בקהילות עירוניות המופעלות על-ידי גורם פרטי. נמצא הבדל משמעותי גם מבחינת הערכת מצב כלכלי: 28% מהחברים בקהילות תומכות במגזר הכפרי ו-34% מהחברים בקהילות העירוניות המופעלות על-ידי גורם פרטי, הגדירו את מצבם הכלכלי כלא טוב או רע, וזאת לעומת 49% מהחברים בקהילות עירוניות המופעלות על-ידי עמותה.

לסיכום, בין השכבות השונות נמצאו הבדלים בחלק מהמאפיינים, כגון מבחינת מגדר, אחוז העולים ומצב כלכלי. ניתן להסביר את המצב הכלכלי הירוד יותר בקהילות התומכות העירוניות המופעלות על-ידי עמותות באחוז העולים הגבוה יותר בקהילות אלה מאשר בקהילות התומכות העירוניות המופעלות על-ידי גורם פרטי.

ב. מאפיינים בריאותיים ותפקודיים

להלן נציג מספר מאפיינים על אודות מצב בריאותם ותפקודם של החברים בקהילה התומכת. מצב בריאות מצביע, בין היתר, על אופי הצרכים של החברים. נמצא ש-41% מהחברים מעריכים את מצב בריאותם כטוב מאוד או טוב, ומאידך, 19% מהחברים מעריכים שמצב בריאותם לא טוב (לוח 4). קרוב לשליש (30%) מהחברים אושפזו בשנה האחרונה ליותר מ-24 שעות בבית-חולים. בחינת התפקוד היומיומי העלתה כי חלק משמעותי מהם סובל מבעיות תפקודיות המגבילות אותם בחיי היומיום. כך נמצא שכ-20% אינם יכולים לעלות או לרדת במדרגות כלל או רק בעזרת אדם, 21% יכולים ללכת מחוץ לבית רק בעזרת אדם אחר או לא יכולים לעשות זאת כלל; 19% מהחברים אינם יכולים להתלבש ללא עזרתו של אדם אחר, ו-26% אינם יכולים להתקלח בעצמם, ללא עזרה של אדם אחר. למעשה, עקב גילם הגבוה יחסית וחלקן של הנשים בקרב החברים בקהילות התומכות, לא מפתיע כי אחוז הזקנים המוגבלים בתפקודם בקהילות התומכות גבוה מהאחוז באוכלוסייה הכללית (שנאמד בכ-14%).

רבע מהחברים (25%) דיווחו כי הם יוצאים מהבית לא יותר מפעמיים-שלוש פעמים בשבוע ולעתים אף פחות מפעם בשבוע. כמו-כן, 6% מהחברים דיווחו כי הם אינם יוצאים כלל מהבית. הסיבות שניתנו ליציאה המועטה מהבית היו בעיקר סיבות בריאותיות, אך גם חוסר עניין והיעדר מקום לצאת אליו.

השוואה בין שלוש השכבות מלמדת כי במרבית ההיבטים שנבחנו לא נמצאו הבדלים מובהקים במאפיינים בריאותיים ותפקודיים. עם זאת, כפי שעולה מעיון בלוח 4, בדיווח על מצב בריאותי עולה הבדל לפיו אחוז החברים התופסים את מצבם הבריאותי כטוב מאוד או טוב, גבוה יותר בקרב חברי קהילות כפריות מאשר בקרב חברי קהילות עירוניות המופעלות על-ידי עמותה. בהמשך לכך, אחוז החברים שדיווחו על מצב בריאות לא טוב, נמוך באופן מובהק בקרב חברי קהילות כפריות בהשוואה לחברי קהילות עירוניות המופעלות על-ידי עמותה. אחוז המרותקים לבית כמו גם אחוז החברים שדיווחו כי אינם יכולים להתרחץ ללא עזרת אדם נמוך בקהילות הכפריות ביחס לקהילות העירוניות.

לוח 4: מצב בריאות ותפקוד לפי שכבות (באחוזים)

	סך-הכל	כפרי - עמותה	עירוני - עמותה	עירוני - פרטי
מצב בריאות				
טוב מאוד או טוב	**41**	51	30	46
לא כל-כך טוב	**40**	37	48	36
מצב בריאות לא טוב	**19**	12	22	18
אושפזו בשנה האחרונה	**30**	30	32	28
מרותקי בית - אינם יכולים לצאת מהבית ללא עזרה או לא יכולים כלל	**21**	17	22	22
אינם יכולים להתרחץ ללא עזרה	**26**	21	27	26

ג. סיכום

ניתוח מאפייני החברים מראה כי התכנית משרתת אוכלוסיה מגוונת מאוד מבחינת גיל, השכלה, מצב כלכלי, מאפייני בריאות ותפקוד ועוד. בחינה לפי שכבות מלמדת כי התפלגות אוכלוסיית המחקר לפי מגדר, גיל ומצב משפחתי שונה בין סוגי קהילות שונים.

3.2 דפוסי שימוש ושביעות רצון ממערך השירותים המסופקים בקהילה התומכת

בפרקים הבאים נציג את השירותים השונים הניתנים בקהילות התומכות, את מידת השימוש של החברים בשירותים אלה, ומשתנים של בעיות בשירותים ושביעות רצון מהם. בניתוח נשלב מידע כמותי שהתקבל מראיונות עם הזקנים החברים ומידע איכותני שהתקבל מראיונות עם צוות העובדים (ראה פרק אוכלוסיית המחקר).

א. מוקד המצוקה

מוקד המצוקה הוא אמצעי לשמירת קשר עם חברי הקהילה ונועד לשמש כתובת לפניות חברי הקהילה התומכת 24 שעות ביממה, 7 ימים בשבוע. כל פנייה למוקד והטיפול בה נרשמים ומתועדים במחשב. על המוקדנים מוטלת האחריות לוודא שכל פנייה טופלה כיאות, ולידע את אב הקהילה. ניתן להתקשר

בשלוש דרכים: לחיצה על מכשיר המצוקה, לחיצה על שעון המצוקה ובטלפון. בפרק זה נדון בדרכי ההתקשרות למוקד, במאפייני השירות ובשביעות הרצון ממנו.

התקשרות למוקד

תשעים וארבעה אחוזים ממשתתפי המחקר דיווחו כי אין להם בעיות בשימוש בלחצן המצוקה; 2% דיווחו כי הלחצנים מתקלקלים לעתים קרובות; 91% דיווחו כי קיבלו הדרכה לגבי אופן ההתקשרות למוקד.

חמישים אחוזים מהחברים דיווחו כי מתקשרים אליהם מהמוקד כדי לוודא שהמכשיר תקין. חמישים ושישה אחוזים מהחברים אינם מוודאים את תקינות פעולת לחצן המצוקה, ו-79% מהחברים דיווחו כי הם עונדים את שעון המצוקה לעתים רחוקות או בכלל לא.

תשובות על השאלה לגבי מספר הפניות בשנה האחרונה למוקד מלמדות כי 19% פנו פעם אחת; 24% פנו 2-3 פעמים, היתר (14%) פנו יותר מ-3 פעמים; 43% אמרו שלא פנו למוקד בשנה האחרונה. בהמשך לכך נשאלו החברים מתי הייתה הפעם האחרונה שפנו למוקד. מהנתונים בלוח 5 עולה כי 19% ציינו כי הפעם האחרונה בה התקשרו היתה בחודש האחרון, 31% פנו בין חודש לשישה חודשים, 20% לא פנו בחצי השנה האחרונה, ואילו 30% לא פנו למוקד אף פעם (לוח 5).

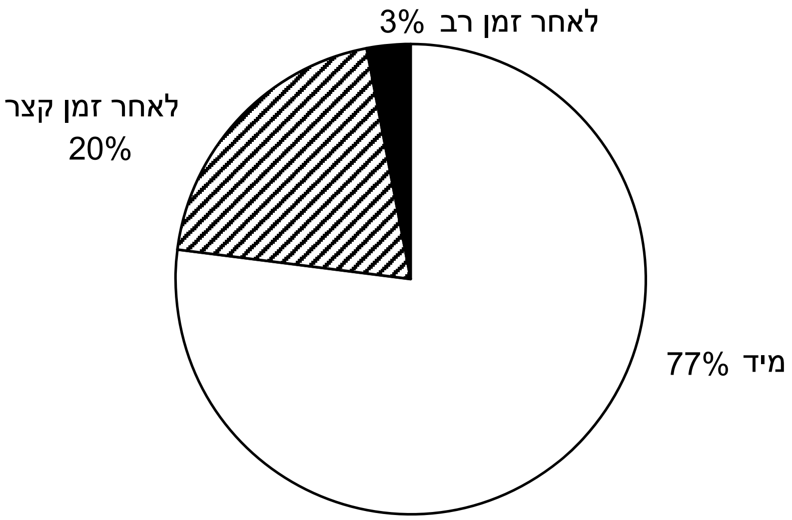
לוח 5: מועד הפנייה האחרונה למוקד (באחוזים)

	סך-הכל
בשבוע-שבועיים האחרונים	12
בין שבועיים וחודש	7
בין חודש וחודשיים	14
בין חודשיים ועד שלושה חודשים	10
בין שלושה חודשים לשישה חודשים	7
מעל לשישה חודשים	20
אף פעם לא נעשתה פנייה למוקד	30

הסיבות העיקריות לפנייה האחרונה למוקד הייתה פנייה לרופא (53%), רצון לבדוק את תקינות המכשיר (24%) ופנייה לאמבולנס (9%).

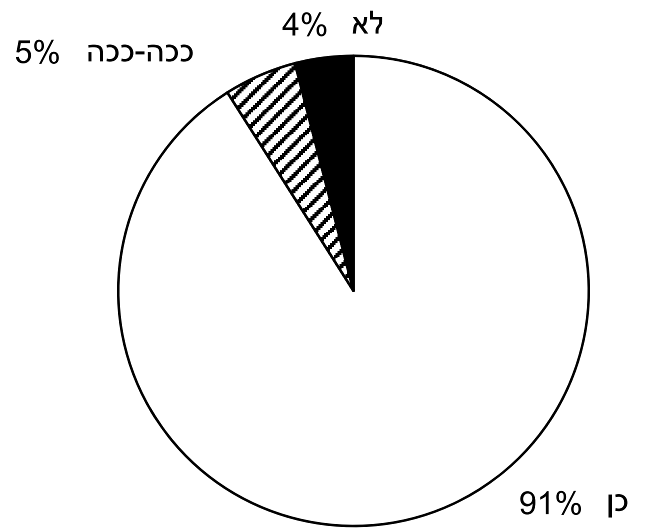
הממצאים מלמדים על שביעות רצון רבה מהמוקד ובמיוחד מההיענות המהירה לפנייה - 97% מהחברים ציינו כי בפעם האחרונה בה פנו, מסיבה כלשהי, למוקד, מהירות ההיענות הייתה מיידית או לאחר זמן קצר (תרשים 1).

תרשים 1: הערכת מהירות ההיענות במוקד המצוקה



כמו-כן, 91% מהפונים למוקד היו מרוצים מהמוקדנים שענו להם (תרשים 2). גורמים לשביעות הרצון הגבוהה אשר צוינו כוללים, לצד מהירות התגובה, גם יחס אדיב, רגיש וקשוב מצד המוקדנים.

תרשים 2: שביעות רצון מהמוקדנים



ב. השירותים הרפואיים

ביקור רופא

השירותים הרפואיים של התכנית כוללים את האפשרות להזמין רופא לבית החבר כאשר הוא חש ברע תמורת תשלום של 20-30 ₪ לביקור. השירות ניתן 24 שעות ביממה, כל ימות השנה. במחקר זה נבדקו היקף השימוש בשירות, מאפייני השירות, באיזו מידה החברים מודעים לקיומו, וכן שביעות הרצון ממנו, על פי הפעם האחרונה בה נעשתה פנייה לרופא.

מהממצאים לגבי ידע החברים באשר לשירות הרפואי עולה כי 91% מהחברים יודעים על אופציית ביקור הבית של רופא. מהם, 66% ידעו לספר כי השירות ניתן 24 שעות ביממה ו-60% ציינו כי התשלום בעבור ביקור רופא נע בין 20 ₪ ל-40 ₪. היתר דיווחו על מחירים המעידים, למעשה, שהם אינם מודעים לעלות של ביקור רופא במסגרת התכנית, או שהשיבו שהם לא יודעים.

ניתוח רב-משתני בעזרת רגרסיה לוגיסטיות מלמד כי על אף שמרבית החברים בתכנית יודעים על האפשרות להזמין רופא בשעת הצורך, אחוז נמוך יחסית נמצא בקרב זקנים המוגבלים בניידות ובקרב חברים בקהילות תומכות במגזר הכפרי. ידיעה לגבי ביקור רופא נמוכה פי 1.9 בקרב חברים המרותקים לביתם, בהשוואה לחברים שאינם מרותקים לביתם; ופי 2.5 בקרב חברים בקהילות כפריות, בהשוואה לחברים בקהילות עירוניות המופעלות על-ידי גופים עסקיים.

באשר לצורך בשירות, 39% מהחברים דיווחו כי נזקקו לראות רופא בדחיפות במהלך השנה האחרונה (לוח 6).

לוח 6: החברים שחשו ברע ונזקקו לרופא באופן דחוף במהלך השנה האחרונה (באחוזים)

	סך-הכל
חשו ברע ונזקקו לראות רופא בדחיפות	39
מהם:	
נזקקו לרופא בשעות הלילה	46
נזקקו לרופא בסוף שבוע/חג	23

מניתוח רב-משתני בעזרת רגרסיה לוגיסטית להסבר הצורך ברופא עולה כי עולים חדשים נזקקו לרופא באופן דחוף בשנה האחרונה פי 1.9 יותר מאשר חברים ותיקים. צורך רב יותר התגלה גם אצל חברים המרותקים לביתם, אשר נזקקו לרופא באופן דחוף פי 3.1 יותר מאשר חברים שאינם מרותקים לביתם.

מבין מי שנזקקו לראות רופא בדחיפות בשנה האחרונה, 86% פנו למוקד, כלומר, 33% מכלל החברים פנו למוקד כדי להזמין רופא בשנה האחרונה. הסיבות המרכזיות לאי-פנייה למוקד בקרב מי שנזקקו הן היעזרות באנשים אחרים ו/או העדפה של רופא אחר אותו מכיר החבר.

המוקד שלח רופא לבית החבר ב-92% מהפניות. במרבית הפעמים בהן לא נשלח רופא, הוזמן אמבולנס בעבור החבר, או שהרופא הסביר לחבר בטלפון כיצד עליו לטפל בבעיה שבגינה התקשר. על פי תשובות

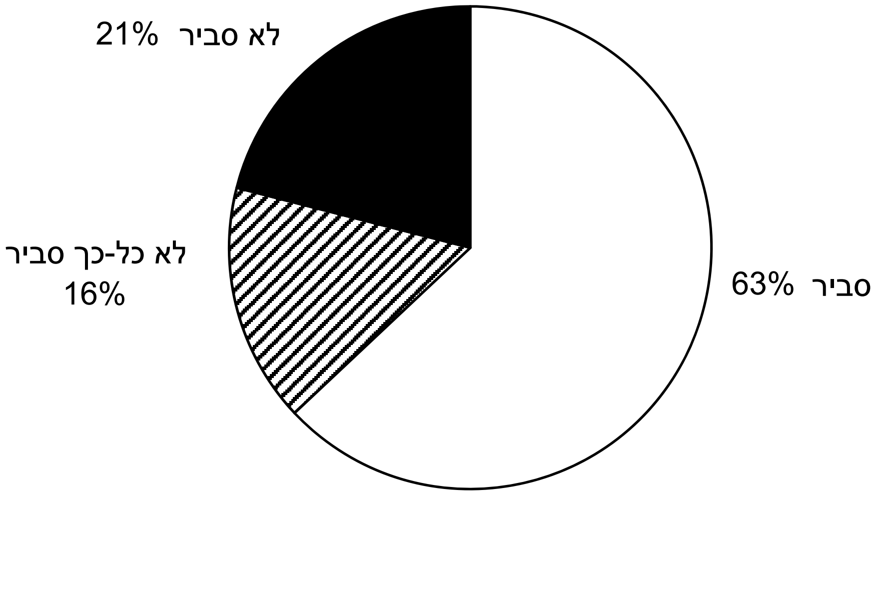
החברים, ב-29% מהמקרים הגיע הרופא תוך חצי שעה מזמן הפנייה, ב-40% מהמקרים הגיע הרופא בין חצי שעה לשעה. ב-8% מהמקרים לקח לרופא יותר משעתיים להגיע לבית החבר (לוח 7).

לוח 7: משך הגעתו של רופא - בקרב החברים שקיבלו טיפול רפואי (n=210) (באחוזים)

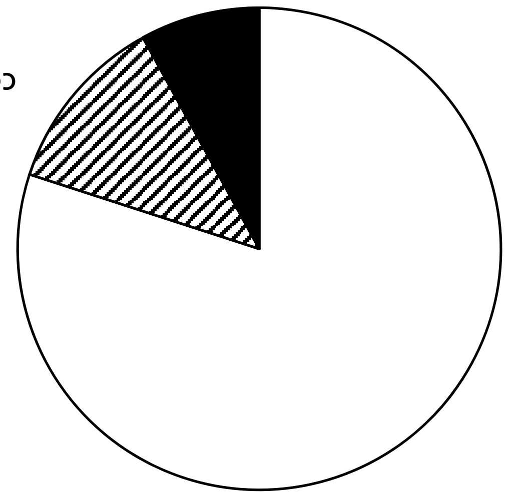
	סך-הכל
עד חצי שעה	29
בין חצי שעה לשעה	40
בין שעה לשעה וחצי	14
בין שעה וחצי לשעתיים	10
יותר משעתיים	8

מתרשים 3 עולה כי מרבית החברים אותם ביקר רופא (63%) סברו שהזמן שחיכו הוא סביר. יצוין כי 88% מהחברים שחיכו עד שעה לביקור הרופא סברו כי הזמן שהמתינו היה סביר. בהמשך לכך, ניכרת שביעות רצון רבה מביקור הרופא - 81% הביעו את שביעות רצונם מהביקור (תרשים 4). הסיבות העיקריות שצוינו לגבי שביעות הרצון מביקור הרופא הן היחס שהפגין הרופא, העובדה שהבעיה טופלה וזמן ההגעה של הרופא. סיבות שצוינו בקרב חברים שהביעו חוסר שביעות רצון או שלא היו כל-כך מרוצים מביקור הרופא (כ-20%) היו זמן ההגעה הממושך (36%), טענות לגבי חוסר מקצועיות של הרופא (26%), טענה לפיה הבעיה לא טופלה (18%), לא נפתרה (16%), או יחס לא נאות מצד הרופא.

תרשים 3: הערכת ההמתנה לבוא הרופא לביקור בית (n=212)



תרשים 4: שביעות רצון מהטיפול הרפואי (n=209)



מרואיינים מצוותי התכניות סיפרו כי חלק מתפקידם הוא מעקב מתמיד אחר מתן השירות הרפואי. במקרים בהם מגיעות תלונות מצד חברים על עיכוב בזמן הגעת הרופא דואג הצוות לפנות ולברר את סיבת העיכוב.

אחד מתפקידי המוקד הוא להתקשר לאנשים שנשלח אליהם רופא כדי לבדוק אם אכן הגיע ולקבל משוב על השירות - 75% מהפונים ציינו שהתקשרו אליהם מהמוקד.

הזמנת אמבולנס

התכנית מספקת שירותי אמבולנס במצב חירום. חבר החש ברע מתקשר למוקד והמוקדנים שולחים אליו אמבולנס. התכנית מממנת את שירות האמבולנס של חברים אשר אינם מקבלים החזר מקופת-חולים (כי לא אושפזו, למשל). במחקר נבחנו השימוש באמבולנס ומאפייניו, סיבות לאי-שימוש בשירות, הידע על השירות ושביעות הרצון ממנו.

חמישים ושישה אחוזים מהמרואיינים דיווחו כי אינם יודעים אם במסגרת התכנית ניתן החזר לחברים בעבור תשלום לאמבולנס, או טענו כי לא ניתן החזר.

כדי לבחון את המאפיינים של החברים שיודעים על השירות, נעשה ניתוח רב-משתני באמצעות רגרסיה לוגיסטית. מהניתוח עולה כי חברים נשואים יודעים פי 1.6 יותר לגבי שירות האמבולנס הניתן במסגרת התכנית בהשוואה לחברים לא נשואים. עוד נמצא כי חברים ערבים יודעים פי 2.4 פחות מחברים שאינם ערבים לגבי השירות. באשר להבדלים בין מאפייני הקהילות התומכות, נמצא כי

חברים בקהילות כפריות יודעים על שירות האמבולנס פי 1.5 פחות מאשר חברים בקהילות עירוניות המופעלות על-ידי גופים עסקיים.

במהלך השנה האחרונה, 25% מהמשתתפים במחקר נזקקו להגיע בדחיפות לבית-חולים, 41% מהם בשעות הערב והלילה; 19% מתוכם בסוף השבוע או בחג. באשר לניצול השירות, 49% מבין הנזקקים לאמבולנס פנו למוקד.

בקרב מי שלא פנו למוקד, 38% העדיפו לנסוע בעצמם לבית-החולים; 33% נעזרו בגורם אחר להזמנת האמבולנס; 17% העדיפו, בסופו של דבר, להזמין רופא פרטי לביתם; 12% הזמינו אמבולנס בעצמם; בודדים דיווחו כי לא פנו למוקד משום שחשבו שלא ניתן להזמין אמבולנס או שלא הצליחו להפעיל את מכשיר המצוקה.[4]

בחינת זמן ההמתנה מלמדת כי 60% ממי שהזמינו אמבולנס דרך המוקד המתינו עד רבע שעה להגעת האמבולנס; 26% המתינו בין רבע לחצי שעה; 14% המתינו יותר מחצי שעה. כמו-כן, 74% ממי שפנו למוקד להזמנת אמבולנס דיווחו כי המוקד הודיע לבני משפחת החבר על הפינוי לבית-החולים.

ג. אב הקהילה וצוות התכנית

בדרך כלל, אב הקהילה הוא הדמות המרכזית בכל תכנית. בהקשר זה, אומרת מנהלת תכנית קהילה תומכת כפרית מאזור המרכז: *"החלק של אב הקהילה, אני... מדגישה אותו* [כשאני מציעה לאנשים להצטרף], *הוא חלק מאוד-מאוד חשוב... הפרויקט קם ונופל על אישיות של אב קהילה..."*. כך גם בדברים שאומר מנהל מספר תכניות המופעלות על-ידי חברה פרטית: *"80% משביעות הרצון* [של החברים] *קשורה לאב הקהילה - אישיותו, התובנות שלו, הרגישות שלו, המיומנויות שלו... הוא מרכיב דומיננטי בשביעות הרצון..."*.

תפקידיו העיקריים של אב הקהילה הם לעזור לחברים בתיקונים בבית, לשמור על קשר עם החברים ולהיות קשוב לצורכיהם (תפקיד אותו הוא ממלא ביחד עם הרכזת החברתית) ובמידת האפשר גם לסייע בהסעות לטיפולים או לבדיקות רפואיות. בנוסף לכך, אב הקהילה ממלא תפקיד של מתווך בין גופים הפועלים לרווחת הזקן, לדוגמה, במידה בה מתעורר צורך בהתערבות גורמי רווחה. כמו-כן, אב הקהילה מסייע בשיווק התכנית בפני קהלים של חברים פוטנציאליים.

בדרך כלל, צוות התכנית בקהילות השונות כולל הן אב קהילה והן רכז או רכזת חברתיים. עם זאת, בקהילות מסוימות אב הקהילה משמש גם רכז חברתי. עוד עלה בראיונות שבקהילות בהן ישנו מספר רב של חברים דוברי רוסית נעשה ניסיון לאתר אב קהילה או רכזת חברתית דוברי השפה הרוסית.

להלן יוצגו תשובות החברים באשר לשירות התיקונים בדירה, על מידת ניצול השירות ושביעות רצונם ממנו. לאחר מכן, יוצגו ממצאים באשר לדפוס היחסים והקשר בין החברים ובין צוות התכנית - אבות קהילה, ורכזות חברתיות.

---

[4] האחוזים אינם מסתכמים ב-100% מכיוון שניתן היה לסמן יותר מתשובה אחת.

תיקונים בדירה

השירות כולל סיוע בתיקונים קלים בדירה, בדרך כלל בידי אב הקהילה עצמו, או בידי בעל מקצוע שאב הקהילה מזמין, לאחר שניהל עמו משא ומתן לגבי מהות התיקון ומחירו. על פי רוב, מדובר בבעלי מקצוע העובדים באופן קבוע עם אב הקהילה ומודעים לאופי האוכלוסייה. לכן, במקרים רבים הם גובים סכום נמוך מהרגיל על התיקון.

במחקר נמצא כי 66% מחברי התכנית יודעים כי הם יכולים להסתייע באב הקהילה בתיקונים קלים בדירתם. כדי לבחון את המאפיינים של החברים שיודעים על שירות זה נעשה ניתוח רב-משתני. נמצא שחברים ערבים יודעים פי 5.3 פחות על השירות מאשר חברים שאינם ערבים. חברים מרותקים לביתם יודעים פי 1.6 פחות על השירות לעומת חברים שאינם מרותקים לביתם. הבדלים נמצאו גם לפי המפעילים. חברים בקהילות כפריות יודעים פי 2 פחות על שירות התיקונים, וחברים בקהילות עירוניות המופעלות על-ידי עמותות יודעים פי 2.5 פחות על השירות מאשר חברים בקהילות המופעלות על-ידי גורמים עסקיים.

על פי דיווחי המשתתפים במחקר, ל-56% היו בעיות בדירה בשנה האחרונה. בין הבעיות הנפוצות שציינו החברים ניתן למצוא כי 77% דיווחו על נורה שרופה; 46% דיווחו על בעיה של נזילת מים; ל-39% הייתה סתימה בכיור; 33% דיווחו על קצר חשמלי.

על מנת לקבל תמונה על ניצול שירותי התכנית, נשאלו החברים לגבי הפעם האחרונה בה התעוררה בעיה בדירתם. במרבית המקרים הגדירו החברים את הבעיה שהתעוררה כבעיה רגילה (83%) ולא כמקרה חירום.

ארבעים ושישה אחוזים ממי שהתגלתה אצלם בעיה הדורשת טיפול בדירה פנו לתכנית; 10% פנו לבן משפחה שיסייע בידם; 30% פנו לאיש מקצוע בעצמם. עם זאת, בקרב מי שהגדירו את הבעיה האחרונה כמצב חירום, רק 16% פנו לאב הקהילה, בעוד 54% העדיפו לפנות ישירות לאיש מקצוע ו-24% העדיפו לפנות לבן משפחה. אלה שלא פנו לאב הקהילה נימקו זאת בכך שהעדיפו לפנות לאנשים אחרים; שלא ידעו על האפשרות; העדיפו איש מקצוע שהם מכירים או שלא היה להם נעים לפנות לאב הקהילה בנושא זה (לוח 8).

לוח 8: סיבות עיקריות לאי-פנייה לאב הקהילה בנושא תיקונים בדירה[1] (n=251)

	סך-הכל
נעזרתי באנשים אחרים	42
לא ידעתי שאפשר לפנות אליו	17
אב הקהילה לא מטפל בתיקונים בדירה	14
מעדיף את איש המקצוע שאני מכיר	6
לא היה לי נעים לבקש מאב הקהילה	5
העדפתי לתקן לבד	5
לא הייתי מרוצה מטיפול קודם של אב הקהילה או חוסר שביעות רצון ממהירות הטיפול של אבות קהילה בבעיות	2

[1] האחוזים אינם מסתכמים ב-100% מכיוון שניתן היה לסמן יותר מתשובה אחת

על רקע הממצא על הבדלים בין קהילות לגבי ידע החברים באשר לשירות, מעניין גם לראות (ברגרסיה להסבר פנייה לתכנית בעקבות בעיה בדירה) כי חברים בקהילות במגזר הכפרי המופעלות על-ידי עמותה פנו פי 5 פחות למוקד ו/או לאב הקהילה בעקבות בעיה בדירה, וחברים בקהילות עירוניות המופעלות על-ידי עמותה פנו פי 4.8 פחות בהשוואה לחברים בקהילות עירוניות המופעלות על-ידי גורמים עסקיים.

ל-66% מבין הפונים לאב הקהילה נפתרה הבעיה באותו יום, ול-25% כעבור יום או יומיים (לוח 9).

לוח 9: הזמן שעבר מההודעה על הבעיה בדירה ועד שהבעיה נפתרה (n=170) (באחוזים)

	סך-הכל
באותו יום	66
כעבור יום או יומיים	25
כעבור 3-7 ימים	4
יותר משבוע	3
עוד לא באו לטפל בבעיה	2

במרבית המקרים (90%) בהם הייתה פנייה לאב הקהילה, סייע האחרון בתיקון הבעיה. מבחינת אופני העזרה עולה שאב הקהילה מתקן את הבעיה בעצמו (דווח ב-79% מהמקרים), או מזמין איש מקצוע (31% מהמקרים), ו/או מעורב בקביעת מחיר התיקון (דווח ב-2% מהמקרים).

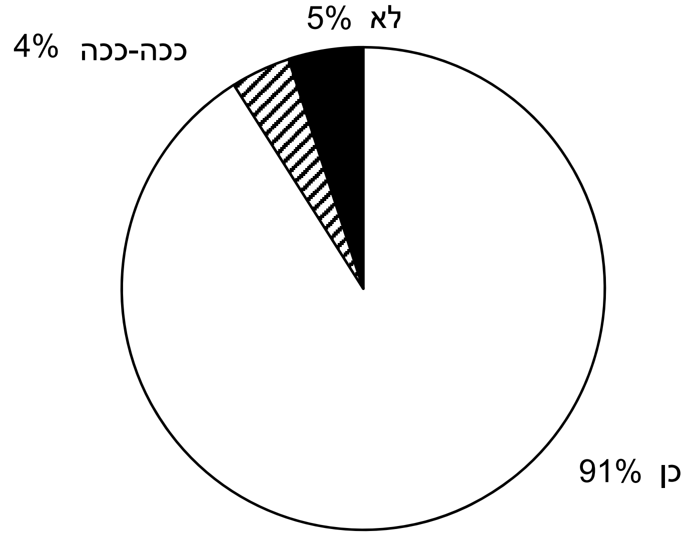
בהקשר זה, מספר אב קהילה עירונית המופעלת על-ידי חברה עסקית: *"הייתה מישהי שהלכתי לבקר אותה. ראיתי שהתריס שם שבור... הסתכלתי ואמרתי לעצמי - אני יכול לנסות לתקן את זה לבד. לא הבאתי איש מקצוע. תיקנתי את התריס. פתחתי אותו ואז היא ככה נאנחה ואמרה לי - 15 שנה לא ראיתי מה יש מחוץ לחלון".*

כאמור, במקרים בהם התיקון הנדרש אינו יכול להתבצע על-ידי אב הקהילה, הוא אמור לדאוג להבאת אנשי מקצוע. יש אבות קהילה אשר מחזיקים במאגר של אנשי מקצוע שונים, אשר נבחרו בקפידה על-ידם, שהנם אמינים, אחראיים, סבלניים ורגישים לצורכי קהילת החברים בתכנית. במקרים מסוימים מסתמכים אבות הקהילה על מתנדבים שמבצעים את התיקונים ללא תמורה כספית. בראיונות הדגישו אבות הקהילה כי הם מפקחים באופן צמוד על אנשי המקצוע ודואגים לכך שהתיקון ייעשה תמורת סכום סביר ולשביעות רצונו של החבר.

מתרשים 5 עולה כי 91% מהחברים שהסתייעו באב הקהילה לצורך תיקונים בדירתם מרוצים מהשירות שניתן להם.

הסיבות העיקריות לשביעות הרצון שצוינו הן: ראשית, הבעיה טופלה ונפתרה (39%); שנית, היחס, השירות והמסירות של אב הקהילה (32%); ושלישית, מהירות הטיפול (29%). ב-27% מהמקרים התקשרו המוקדנים לוודא שהבעיה תוקנה.

תרשים 5: שביעות רצון של החברים מתיקון בעיה בדירתם (N=171)



השוואה בין שכבות מלמדת על הבדלים בנוגע לשירות העזרה בתיקונים. שבעים ותשעה אחוזים מחברי הקהילות העירוניות המופעלות על-ידי חברה פרטית מודעים לאפשרות להיעזר באב הקהילה, לעומת 65% מחברי הקהילות הכפריות שיודעים זאת ו-49% בלבד מחברי הקהילות העירוניות המופעלות בידי עמותה. בהמשך לכך, קיימים הבדלים בזמן שעבר עד שאב הקהילה הגיע לטפל בבעיה בין השכבות. בקהילות העירוניות המופעלות על-ידי חברה פרטית, דיווחו 95% כי אב הקהילה הגיע באותו יום או לכל המאוחר יומיים לאחר הפנייה; 91% מחברי הקהילות הכפריות דיווחו באופן דומה לעומת 73% בלבד מחברי הקהילות העירוניות המופעלות על-ידי עמותה. עם זאת, מעניין לציין כי לא נמצאו הבדלים מובהקים במידת שביעות הרצון בין החברים בקהילות השונות אשר קיבלו את השירות. עוד עולה כי אחוז המקרים בהם התקשרו מהתכנית לבדוק את אופן הטיפול בבעיה הוא הגבוה בקרב הקהילות העירוניות המופעלות על-ידי עמותה (33%), והוא דומה לאחוז בקרב חברי הקהילות העירוניות המופעלות על-ידי חברה פרטית (28%), וגבוה משמעותית מאחוז המקרים בהם התקשרו מהמוקד בקהילות כפריות (10%).

מפגשים, ביקורים ושמירת קשר

מפגשים עם צוות התכנית עשויים להתרחש במהלך ביקור הצוות בבית החבר, כמו גם במהלך פעילויות במסגרת התכנית: 16% מהחברים דיווחו כי הם נפגשים עם מי מצוות התכנית לפחות פעם בשבוע; 11% דיווחו כי טרם פגשו מישהו מצוות התכנית (לוח 10).

לוח 10: תדירות פגישות עם מישהו מצוות התכנית (באחוזים)

	סך-הכל
לפחות פעם בשבוע	16
פעם בשבועיים עד פעם בחודש	18
פעם בחודש עד פעם ב-3 חודשים	27
פחות מפעם ב-3 חודשים	28
אף פעם לא פגשתי מישהו מצוות התכנית	11

מניתוח רגרסיה להסבר מפגשים עם צוות התכנית עולה כי חברים שאינם מרותקים לביתם פוגשים מישהו מצוות התכנית פי 1.6 יותר מאשר חברים המרותקים לביתם. באשר למאפייני הקהילות, עולה כי חברים בקהילות כפריות נפגשים פי 1.6 יותר עם מי מצוות התכנית בפעילויות, במועדון או בביתם, בהשוואה לחברים בקהילות עירוניות המופעלות על-ידי גוף עסקי.

כשנשאלו החברים מתי הייתה הפעם האחרונה בה פגשו מישהו מצוות התכנית, 19% ענו כי הדבר אירע לפני מספר ימים; 27% ענו שבמהלך החודש האחרון, ו-24% ענו כי הדבר התרחש לפני כ-3 חודשים. על מנת להבחין בין פגישות שעשויות להתקיים במהלך פעילויות של התכנית ובין ביקורים, נשאלו החברים על ביקור של מישהו מצוות התכנית בביתו של החבר בשלושת החודשים האחרונים - 57% דיווחו על קיומו של ביקור מסוג זה.

לפי מנהלי הקהילות, אבות הקהילה משתדלים לבקר את כלל החברים אחת לחודשיים-שלושה חודשים. אולם, אבות הקהילה מדווחים כי חברים מרותקים, בודדים וחולים, זוכים לביקורים תכופים יותר. כפי שמספר אב קהילה: *"אני משתדל לראות את האנשים שבאמת יותר צריכים. יותר ממה שנקרא 'הייתי והלכתי'. לראות יותר לעומק, מה באמת הצורך שלו ואם הוא צריך יותר ביקורים..."*. לצד תכנית ביקורים קבועה, מעודכן צוות התכנית על-ידי המוקד במקרים בהם חבר הזמין רופא או אמבולנס על מנת שיוכל ליצור קשר ולהתעדכן במצבו. חשוב לציין, כי חרף הדברים לעיל, לא נמצא הבדל מובהק בין חברים מרותקים לביתם לבין חברים שאינם מרותקים לביתם מבחינת ביקורי אבות הקהילה.

מטרות הביקורים, כפי שעולה מהראיונות, הן שמירה על קשר עם החבר, בדיקה מקרוב של מצבו, יצירת קשר אישי, תפקוד כאוזן קשבת וכתובת בלתי אמצעית, מיידית וישירה לפניות ולבקשות. בעת הצורך ובמקרים שהדבר דורש זאת, אבות הקהילה מיידעים את העובדים הסוציאליים על חברים אשר בביקור נמצא כי הם סובלים מהזנחה, או כל סיבה אחרת המצריכה התערבות של גורם מקצועי.

מטרה נוספת של הביקורים נוגעת ללחצן המצוקה. במהלך הביקור מקפידים אבות הקהילה לבדוק את תקינות לחצן המצוקה, לבחון את זמן התגובה של המוקד, כמו גם לבדוק אם החבר יודע כיצד להשתמש בלחצן, כפי שמספרת אם קהילה: *"יש לי אחת* [חברה בתכנית] *ש... פוחדת... היא לא תלחץ על הכפתור... אלה שאני יודעת שיש להם רתיעה, אני באה אליהם...* [ועובדת איתם על זה שילחצו]*..."*.

בנוסף לביקורים, צוות התכנית והחברים שומרים על קשר טלפוני: 55% מהחברים דיווחו כי בשנה האחרונה צוות התכנית התקשר אליהם במיוחד כדי לשאול לשלומם ולברר שהכול כשורה. על מנת

לעמוד על מאפייני הקשר בין צוות התכנית והחברים, נשאלו החברים לגבי ביקורים או טלפונים מצד צוות התכנית בעקבות פנייה למוקד או בעקבות אשפוז בבית החולים: 57% ציינו כי לאחר ביקורו של רופא אשר נשלח מהמוקד, התקשרו אליהם אב הקהילה או הרכזת החברתית. כאמור לעיל, בשנה האחרונה התאשפזו כ-30% מהחברים; אל 33% מהם טלפן מי מצוות התכנית (אב קהילה ו/או רכזת חברתית ו/או מנהל התכנית), או ביקר אצלם.

במסגרת תפקידו של אב הקהילה, חשוב שיצור מערכת יחסים עם החברים, כך שיהיה להם נוח לפנות אליו בכל בעיה ובכל עת. חשוב גם שיהיה נגיש לחברים, כדי שיוכלו להפיק את מרב התועלת משירותי התכנית. כפי שאומר, באותו עניין, אב קהילה עירונית מחברה פרטית: *"זה הדבר הכי חשוב - זה שאנחנו אוזן קשבת. אתה חייב להיות קשוב, להבין את הצורך ולתת מענה".* שמונים ואחד אחוזים ממשתתפי המחקר דיווחו כי יש בידיהם מספר הטלפון הסלולרי של מי מצוות התכנית. בהקשר זה, 92% מהחברים חשים כי בדרך כלל קל להשיג את צוות התכנית בעוד שפחות מ-2% טוענים כי בדרך כלל קשה להשיג את מי מצוות התכנית.

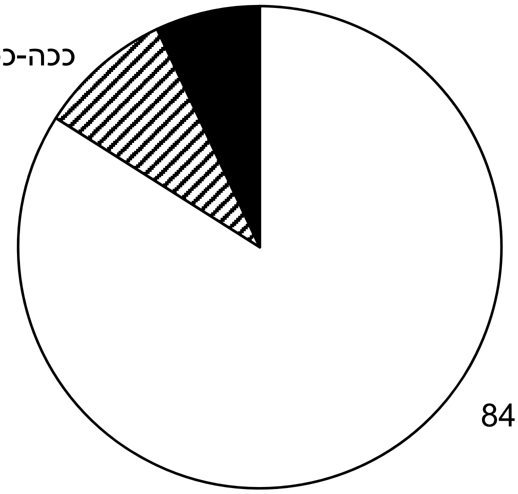
שמונים ושבעה אחוזים מרגישים נוח לפנות לצוות התכנית ו-6% אינם מרגישים נוח כשהסיבות המרכזיות שצוינו לכך הן חוסר רצון להטריד, או תחושה לפיה הצוות אינו עוזר או לא עזר כשנזקקו לו. עוד נמצא בהקשר זה כי 6% מהחברים דיווחו שקרה להם שפנו לצוות התכנית בבקשה כלשהי ולא קיבלו מענה.

צוותי התכניות אשר רואיינו במסגרת המחקר סיפרו כי פניות מהמוקד לגבי חברים, או פניות ישירות מהחברים אליהם, עשויות להגיע בכל שעות היממה, בכל ימות השבוע. החל ממקרים בהם המוקד מנסה ליצור קשר ללא הצלחה עם חבר, וכלה במקרים חמורים, כפי שעולה בדוגמה שנותנת רכזת חברתית המשמשת גם כאם קהילה: *"אני עובדת מ-8:00 עד 16:00 אבל אנחנו כל הזמן זמינים... אנחנו עובדים בצמוד עם לשכת רווחה... לפני חודשיים... התקשרה* [אחת העובדות] *ב-17:30 - ... זאת וזאת רוצה להתאבד... בואי נלך. אז יצאתי, לקחתי אותה והלכנו לאישה הזאת, ישבנו, דיברנו כמעט עד 20:00 בערב...".*

בנוסף לכך הצוות שומר על קשר עם בני משפחה. על פי דיווחי אבות הקהילה, יש המכירים את מרבית ילדיהם של החברים בתכנית. לעתים פונה אב הקהילה מיוזמתו לילדים ולעתים משמש כתובת לפניות הילדים, כפי שמספר אב קהילה עירונית מחברה פרטית: *"הרבה פעמים ילדים מתקשרים ואומרים: 'תשמע, אימא שלי לא מוכנה בשום פנים ואופן לקחת עוזרת או מטפלת - דבר איתה, תגיד לה איזה מילה'".*

במחקר הנוכחי נמצא כי באופן כללי, 84% מהחברים מרוצים מהקשר עם צוות התכנית ומפעילותו של אב הקהילה (תרשים 6). הסיבות המרכזיות שציינו חברים אשר דיווחו כי הם אינם שבעי רצון מהקשר עם צוות התכנית ומפעילויות אב הקהילה היו: רצון בביקורים תכופים, בהשוואה למצב כיום; קשר טלפוני הדוק יותר; וכן טענה לפיה אב הקהילה לא עזר בתיקון בעקבות פנייה אליו.

תרשים 6: שביעות רצון מהקשר עם צוות התכנית ופעילויות אב הקהילה



ד. פעילות חברתית ופעילויות פנאי

תכנית קהילה תומכת נועדה לאפשר לחבריה להמשיך להתגורר בביתם, בסביבה הטבעית, לרבות מתן עזרה בהתמודדותם עם תחושת הבדידות הנפוצה בגיל הזיקנה. לכן, חשוב לעמוד על דפוסי הפעילות, תחושות החברים, וקשריהם עם קרובי משפחה ומכרים. כמו-כן נבחן בפרק זה את היקף ההשתתפות בפעילות לסוגיה ואת שביעות הרצון ממנה, ונביא המלצות לשיפור המתכונת הנוכחית בהסתמך על הראיונות.

רשתות חברתיות משפיעות על איכות חייו של הזקן. ל-91% מהמרואיינים יש ילדים בארץ ו-67% מהילדים גרים באותו יישוב. מרבית המרואיינים דיווחו שהם מקיימים קשר די אינטנסיבי עם ילדיהם: 81% מהחברים נוהגים להיפגש עם ילדיהם לפחות פעם בשבוע (30% נפגשים עם ילדיהם כל יום או כמעט כל יום); 73% מדברים עם ילדיהם כל יום או כמעט כל יום. לרוב הגדול יש גם קרובי משפחה אחרים בארץ (88%) ו/או חברים (78%), וגם איתם החברים נפגשים ו/או משוחחים בטלפון (לוח 11).

לוח 11: קשרים משפחתיים וקשרים חברתיים (באחוזים)

	סך-הכל
ילדים	
יש ילדים בארץ	91
מהם: יש ילדים באותו יישוב	67
נפגשים עם הילדים לפחות פעם בשבוע	81
מדברים בטלפון עם הילדים כל יום או כמעט כל יום	73
קרובי משפחה	
יש קרובי משפחה בארץ	88
מהם: נפגשים עם קרובי משפחה לפחות פעם בשבוע	54
מדברים בטלפון עם קרובי משפחה לפחות פעם בשבוע	72
חברים	
יש חברים בארץ	78
מהם: נפגשים עם חברים לפחות פעם בשבוע	56
מדברים בטלפון עם חברים לפחות פעם בשבוע	62

בהמשך לכך, 94% דיווחו כי הם שבעי רצון מהקשר עם בני משפחתם. אחוז זהה לשביעות הרצון עליה דווח לגבי הקשר עם חברים. עם זאת, כפי שעולה מלוח 12, 32% דיווחו כי הם כלל לא מרוצים או לא כל-כך מרוצים מהאופן שבו הם מעבירים את זמנם. קרוב לרבע מהמשתתפים במחקר (24%) דיווחו כי הם חשים בדידות לעתים קרובות. תחושות בדידות ניכרות בעיקר בקרב זקנים לא נשואים (30% לעומת 13% מהנשואים) ובקרב המרותקים לביתם (34% לעומת 22% מהניידים מחוץ לבית).

לוח 12: שביעות רצון מקשר עם בני משפחה וחברים, תחושת בדידות ושביעות רצון מאופן העברת הזמן (באחוזים)

שביעות רצון מהקשר עם בני המשפחה	94
שביעות רצון מהקשר עם חברים	94
תחושת בדידות	
לעתים קרובות	24
לפעמים	25
לעתים רחוקות/אף פעם	51
שביעות רצון מאופן העברת הזמן	
מרוצה/מרוצה מאוד	69
לא כל-כך מרוצה	23
לא מרוצה בכלל	9

בלוח 13 מוצגות מספר פעילויות פנאי מרכזיות של החברים בתכנית. עולה ממנו כי ממוצע הצפייה היומי בטלוויזיה בקרב החברים עומד על 3 שעות; 38% מהחברים קוראים עיתון מדי יום; קרוב לרבע (24%) משתמשים במחשב; ומעל חמישית (21%) גולשים באינטרנט. עוד עולה מהלוח כי שליש מהחברים יוצאים למסעדות ובתי קפה.

לוח 13: היבטי פעילות פנאי של החברים בתכנית

פעילויות	
ממוצע שעות צפייה בטלוויזיה ביום	3
אחוז חברים הקוראים עיתון מדי יום	38
אחוז חברים המשתמשים במחשב	24
אחוז חברים המשתמשים באינטרנט	21
אחוז חברים היוצאים למסעדות או בתי קפה	33

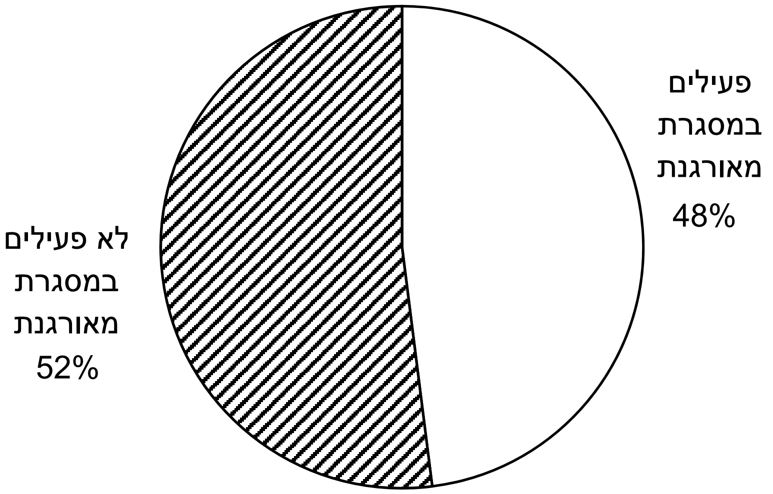
השתתפות בפעילויות מאורגנות

התכנית מאפשרת לחברים ליטול חלק בפעילות חברתית ותרבותית, הניתנת דרך התכנית או בידי גופים אחרים, במטרה להעשיר את פעילות הפנאי וליצור הזדמנויות להרחבת מעגל המכרים. הפעילות מגוונת והיא כוללת חוגים, הרצאות, טיולים, מסיבות ועוד. חלק מהפעילויות ניתנות תמורת תשלום במחיר מסובסד. הפעילות משתנה מתכנית לתכנית. היקף הפעילות בכל קהילה והתוכן מושפעים גם ממאפייני חבריה. הפעילויות מועברות בעיקר על-ידי אנשי מקצוע בשכר ובהתנדבות, אך גם חברי התכנית מעבירים פעילויות בהתנדבות (כגון הרצאות).

סוגיית הפעילויות בקרב חברי התכנית נידונה לא אחת על-ידי הגורמים המעורבים בהפעלת התכנית, והושקעו מאמצים לתגבר את השתתפותם של החברים בפעילויות. מתרשים 7 אנו למדים שכמעט מחצית (48%) החברים נוטלים חלק בפעילות מאורגנת מחוץ לבית, במסגרת התכנית ו/או במועדון חברתי או מרכז יום או בית חם.[5] מהם 37% מבקרים במועדון חברתי או מרכז יום כלשהו, רובם המכריע (96%) מבקרים לפחות פעם בשבוע. ב-8 מבין 18 התכניות המשתתפות במחקר זה מתקיימת פעילות של "בית חם" - 4% מהחברים בקהילות בהן מתקיימת פעילות "בית חם" דיווחו על השתתפות בפעילות זו. עשרים ושמונה אחוזים מהחברים שדיווחו שהם נוהגים לבקר במועדון חברתי או במרכז יום, ביקרו במועדון גם לפני ההצטרפות לתכנית, לעומת 9% שלא נהגו לבקר במועדון או מרכז יום. כלומר, מרבית החברים השתתפו בפעילויות אלה עוד לפני הצטרפותם לתכנית של קהילה תומכת. קרוב לשליש (30%) מהחברים בקהילה תומכת דיווחו שהם משתתפים בפעילויות המוצעות במסגרת התכנית. יצוין כי ייתכן שחלק מהחברים מתקשים לייחס לתכנית את הפעילות בה הם משתתפים.

---
[5] התכנית "בית חם" מורכבת מזוג או מבודדים קשישים שמארחים בביתם קשישים אחרים פעם או פעמיים בשבוע. ההשתתפות היא חינם ותוכני הפגישות נקבעים על-ידי המשתתפים.

תרשים 7: השתתפות בפעילות במסגרת מאורגנת (באחוזים)



חשוב להדגיש כי משיחות עם חלק מהצוותים המפעילים עולה שבמקום לפתח פעילויות ייחודיות לחברי התכנית, הדגש אצלם עובר לסבסוד פעילויות קיימות, כדרך למשוך חברים לתכנית וכתמריץ להשתתפות בפעילויות. בהקשר זה מספרת מנהלת קהילה כפרית: *"... הבנו, אחרי שניסינו לעשות פעילויות לחברי הקהילה שזה... מיותר... אין חודש שאין פה* [במועצה] *משהו לוותיקים, לפעמים שניים או שלושה דברים... מה שעשינו זה - מי שבא מקהילה תומכת, משלם פחות... שזה היה עוד טריגר להתחברות לאנשים... מהר מאוד הם מכסים את זה* [התשלום החודשי] *באירוע אחד ..."*.

במטרה ללמוד מיהם המשתתפים בפעילויות כלשהן (במסגרת קהילה תומכת או במסגרת אחרת כלשהי) נעשה ניתוח רגרסיה. מתברר כי חברים ערבים דיווחו על השתתפות בפעילויות פי 3 יותר מהיהודים הוותיקים ופי 4 יותר מהעולים. חברים מרותקים לביתם דיווחו על השתתפות בפעילויות פי 2.4 פחות מחברים שאינם מרותקים לביתם. עוד נמצא כי חברים בקהילות כפריות משתתפים בפעילויות במסגרת התכנית ו/או בפעילות של מועדון חברתי/מרכז יום פי 2 יותר מאשר חברים בקהילות עירוניות. לא נמצא הבדל בין קהילות עירוניות המופעלות על-ידי עמותות וכאלה שמופעלות על-ידי גופים פרטיים.

קרוב למחצית (47%) מבין החברים המשתתפים בפעילויות קהילה תומכת, עושים זאת על בסיס שבועי או דו-שבועי (לוח 14).

לוח 14: תדירות השתתפות בפעילות חברתית במסגרת התכנית (n=200) (באחוזים)

	סך-הכל
יותר מפעם בשבוע	24
פעם בשבוע	18
פעם בשבועיים	5
פעם בחודש	13
פעם בחודשיים	9
פעם בשלושה חודשים	10
לעתים נדירות יותר	22

המרואיינים נדרשו לציין באילו פעילויות הם נוטלים חלק. הפעילויות שמשכו את המספר הרב ביותר של משתתפים הן הרצאות וטיולים: 57% מהחברים השתתפו בהרצאות ו-46% דיווחו שיצאו לטיולים (לוח 15).

לוח 15: השתתפות בפעילויות[1] במסגרת התכנית (באחוזים)

	סך-הכל
הרצאות	57
טיולים	46
מסיבות	37
חוגים	25
פעילות גופנית	23
צפייה בסרטים	15
פעילות אחרת (קונצרטים, שירה בציבור, הצגות וכו')	12

[1] האחוזים אינם מסתכמים ב-100% מכיוון שניתן היה לסמן יותר מתשובה אחת

הראיונות עם הרכזות החברתיות מלמדים על מגוון רחב של נושאי הרצאות הכוללים, בין השאר, בריאות, זהירות בדרכים ובבית, אקטואליה, היסטוריה, אומנות, ספרות ותרבות. לדברי צוותי התכניות, טיולים זוכים להצלחה רבה בקרב החברים. על חשיבות הטיולים מספר אב קהילה עירונית מחברה פרטית: *"אנשים מצפים בכיליון עיניים לצאת מהבית, אין מי שיוציא אותם. אנשים גרים פה 40 שנה, לא יודעים מה זה מערת הנטיפים, טבריה, אילת. המטרה שלנו היא להוציא אותם מהשגרה של קופת-חולים, מהבדידות".* לצד אלה, קיים מגוון רב של פעילויות - חלקן נערכות מדי שבוע במתכונת של חוגים, כדוגמת יוגה ופעילות במועדון, חלקן מתקיימות על פני השנה בחגים ובמועדים וחלקן באירועים מיוחדים הכוללים יציאה למוזיאונים, תיאטראות וכדומה.

שמונים ותשעה אחוזים מהמשתתפים בפעילויות השונות הביעו שביעות רצון מהפעילויות. רק 2% טענו כי הם אינם מרוצים מהן (תרשים 8).

תרשים 8: שביעות רצון מהפעילות החברתית (n=198)

בחינת היבטים שונים של שביעות הרצון מלמדת כי 95% מהמשתתפים בפעילויות הביעו שביעות רצון מצוות ההפעלה של הפעילות; 92% מרוצים מתוכן הפעילויות, אותו הם מוצאים מעניין; 89% מרוצים משעות/ימי הפעילויות; 88% מרוצים ממגוון הפעילויות; 85% מרוצים מכמות הפעילויות; 79% מרוצים ממפגש והיכרות עם אנשים חדשים; 78% מרוצים ממחיר הפעילויות.

באשר לחברים בתכנית, אשר אינם משתתפים בפעילויות במסגרת התכנית, 41% ציינו כי סיבות בריאותיות מונעות מהם מלהשתתף, 31% ציינו כי חוסר זמן הנובע מפעילות במסגרות אחרות הוא הסיבה לאי השתתפותם בפעילויות במסגרת קהילה תומכת; 20% ציינו כי הפעילויות במסגרת התכנית אינן מעניינות (לוח 16).

לוח 16: סיבות מרכזיות לאי-השתתפות בפעילות במסגרת התכנית[1] (n=508) (באחוזים)

	סך-הכל
סיבות בריאותיות	41
חוסר זמן (עסוק מדי/פעיל במסגרות אחרות)	31
הפעילויות לא מעניינות	20
אין פעילויות	6
מחיר חלק מהפעילויות גבוה	4
שעות הפעילות אינן נוחות	2
ימי פעילות אינם נוחים	1

[1] האחוזים אינם מסתכמים ב-100% מכיוון שניתן היה לסמן יותר מתשובה אחת

בהקשר של שילוב זקנים עם מוגבלויות, מהראיונות עם צוותי התכניות עולה כי נעשים ניסיונות לשכנע חברים אלו להצטרף לחלק מהסיורים, לעתים בעזרת ליווי של קרוב משפחה או מטפלים ותוך ליווי צמוד וסיוע של אב הקהילה או הרכזת החברתית. דוגמה מסוג שונה להתייחסות לצרכים של אוכלוסיה בעלת מוגבלויות, , היא הפעלת מועדון המיועד בעיקר לאנשים סיעודיים המצוי בתחום אחריותה של אחת מאימהות הקהילה הכפרית. לצד אלה, מתקיימות פעילויות בבית חברים בעלי מוגבלויות. בקהילות מסוימות יש מתנדבים המבקרים את החברים המרותקים לביתם. מספר על כך מנהל מספר קהילות תומכות: *"אבות הקהילה ממליצים על אנשים שהם מרותקי בית מסיבות שונות, זה יכול להיות גם על רקע מנטלי... אנחנו בונים סוג של פרופיל צרכים... קובעים לכל אחד תכנית התערבות ההולמת את כשריו... קבענו ארבעה אופני התערבות... 1. סגירת פערים דיגיטליים...; 2. כתיבת זיכרונות...; 3. אומנויות* [לדוגמה]*... אישה שהייתה רוצה לרקום או לפסל... לעשות בובות לנכדים שלה... ; 4. ביקור חברתי..."*.

כלל החברים נשאלו על תזכורות ויידוע באשר לפעילויות. מלוח 17 עולה כי 32% מהחברים דיווחו כי יש מי שמשכנע אותם להשתתף בפעילויות. מבין אלה, בכ-69% מהמקרים ציינו החברים כי צוות התכנית הוא שמדרבן אותם להשתתף, אך בנוסף לכך צוינו גם בני משפחה (16%) וחברים (7%) כגורמים מרכזיים שדוחפים להשתתפות בפעילות. עוד נמצא בהיבט זה, כי 36% מהחברים דיווחו שהם מקבלים תזכורות לגבי פעילויות באופן קבוע, ו-62% מהחברים מקבלים תכנית כתובה מראש לגבי הפעילויות המתוכננות (לוח 17); 6% מהחברים טוענים כי אינם יודעים כלל על פעילויות המתקיימות במסגרת התכנית.

לוח 17: פעולות שנעשות כדי ליידע ולדרבן השתתפות בפעילות במסגרת התכנית (באחוזים)

	סך-הכל
שכנוע או דרבון להשתתף בפעילויות	32
תזכורות לגבי הפעילויות	
כן, כל הזמן	36
לפעמים	20
לא	44
קבלת תכנית כתובה מראש לגבי הפעילויות המתוכננות לשבוע הקרוב	62

בראיונות העומק, סיפרו צוותי התכניות כי הם דואגים ליידע את החברים באשר לפעילויות באמצעות משלוח תכניות פעילות בדואר באופן קבוע לכלל החברים, גם כאלה שמשתתפים תדיר בפעילות וגם כאלה שאינם מגיעים כלל. בנוסף, דואגים אבות הקהילה והרכזות החברתיות לערוך תזכורות בטלפון לגבי פעילויות ומנצלים ביקורים בבתי החברים, הן לחלוקת דפי תכנית לגבי הפעילויות והן לדרבון חברים להשתתף בפעילויות אלה.

רצון בפעילויות נוספות

המרואיינים נתבקשו לציין גם אילו פעילויות היו מעוניינים שיפתחו או שיוסיפו במסגרת הפעילות החברתית: 56% ציינו שאינם מעוניינים בפעילויות נוספות. בקרב אלה שאכן מעוניינים ביותר פעילויות, שתי הפעילויות המבוקשות ביותר הן הרצאות (35%) וקונצרטים (24%) (ראה לוח 18).

לוח 18: פעילויות שהחברים מעוניינים להוסיף או להרחיב בתכנית מקרב המעוניינים להרחיב[1] (n=314) (באחוזים)

	סך-הכל
הרצאות	35
טיולים	25
קונצרטים	24
חוגים	19
יציאה להצגות	18
פגישות היכרות עם החברים	14
פעילות גופנית	13
ביקורים במוזיאונים	13
ערבי שירה	10
מפגשים בבית החברים	8

[1] האחוזים אינם מסתכמים ב-100% מכיוון שניתן היה לסמן יותר מתשובה אחת

עוד עלה שיש מקום לחיזוק הקשרים החברתיים, שכן 82% מהחברים דיווחו כי לא הכירו חברים חדשים במסגרת התכנית. בהמשך לכך, 60% טוענים כי אינם מכירים חברים אחרים בתכנית ו-12% נוספים טוענים כי אינם מרגישים נוח כלל לפנות לחברים מהתכנית.

ה. פעילות התנדבותית

התכנית מנסה גם לעודד את חבריה להתנדב לפעילות בקהילה, בין היתר כדי להגביר את מעורבותם ואת תחושת השייכות שלהם. המתנדבים (הן חברים והן מי שאינם משתייכים לתכנית) מסייעים לאב הקהילה בשמירת הקשר עם החברים האחרים וכן בפעילות התרבותית. במסגרת המחקר ביקשנו לבחון את דפוסי ההתנדבות של החברים בתכנית.

מממצאי המחקר עולה כי 17% מהחברים מתנדבים במסגרת כלשהי - 14% במקומות כדוגמת נעמ"ת, יד לבנים, מועדון לניצולי שואה, ספרייה מקומית; ו-3% במסגרת קהילה תומכת. יש לציין שאחוז החברים בקהילות תומכות שמשתתפים בפעילות התנדבותית כלשהי גבוה מזה של כלל הזקנים בישראל (הנאמד בכ-12%). המתנדבים במסגרת התכנית פעילים בעיקר בעבודה משרדית: טלפונים ושליחת מכתבים לחברים וסיוע בשיווק התכנית. כמו-כן, יש מתנדבים המסייעים בארגון פעילות חברתית, ויש העורכים ביקורים בבתי חברים. בנוסף לכך, יש מתנדבים המסייעים בפעילויות ספציפיות, בהתאם לצרכים העולים, לכישוריהם וליכולותיהם. דוגמה לכך עולה בדברי מפעילה חברתית ואם קהילה כפרית: *"יש אישה... שהצטרפה לקהילה... שהייתה אחות ואמרה לי... אם יש מישהו שצריך תרופות... אני ממונעת, אין לי בעיה לקחת את הרצפטים, לנסוע... לבוא, לקחת, להחזיר, להביא לחבר..."*.

כל המתנדבים דיווחו על שביעות רצון מפעילות ההתנדבות. מבין אלה שאינם מתנדבים, 10% מעוניינים להתנדב, בעיקר בביקור בבתי חברים ובסיוע בארגון פעילות חברתית, אך גם בעבודה משרדית, סיוע בשיווק התכנית וסיוע בתרגום לחברים המתקשים בשיחה בעברית. הסיבות השכיחות לכך שאינם מתנדבים הן סיבות בריאותיות (63%) ומחסור בזמן (25%).

בנושא זה הביע דעתו מנהל מספר תכניות פרטיות: *"הרבה מאוד אנשים רוצים להתנדב. [אולם] לא תמיד הגורמים המקומיים, כולל הגורמים המקצועיים, יודעים לעודד או ליצור את ההנגשה*... [כיום] *הרצון של האנשים להתנדב הוא הרבה יותר גבוה מהיכולת שלנו... תחום ההתנדבות הוא תחום שהיה צריך לפתח..."*.

ו. סיכום ממצאים בנוגע לידע ושימוש בשירותים

כדי לספק תמונה כוללת על דפוסי השימוש של החברים בשירותים השונים המוצעים בתכנית, סיכמנו את הממצאים בשני הלוחות הבאים: בלוח 19 מובאים ממצאים על המידה בה החברים בתכנית מדווחים כי הם יודעים על השירותים הניתנים במסגרת התכנית, ואילו בלוח 20 מוצגת מידת השימוש בשירותים. מהנתונים עולה שלא כל החברים יודעים על השירותים ו/או על דרך הספקתם. מבחינת פנייה לתכנית, עולה כי במהלך השנה האחרונה, 33% מהחברים פנו לתכנית כדי להזמין רופא, 25% פנו לקבל סיוע בתיקונים, 12% כדי להזמין אמבולנס. בסך-הכל 47% משתתפים בפעילויות חברתיות ו-57% פנו למוקד. נמצא שמרבית הפונים לקבלת סיוע בכל התחומים אכן מקבלים אותו.

לוח 19: סיכום הממצאים לגבי ידע החברים על השירותים של התכנית (באחוזים)

ידע על השירותים	סך-הכל באחוזים
שניתן ביקור בית של רופא	91
את שעות ביקור הרופא	66
שהשירות ניתן גם בחגים ובסופי שבוע	68
ששירות ביקור הרופא עולה כסף	67
כמה עולה ביקור רופא	60*
שניתן החזר על תשלום לאמבולנס	44
שקיים שירות תיקונים	66

* אחוז זה מתייחס לחברים שציינו שביקור רופא עולה בין 20 ₪ ל-40 ₪

לוח 20: צרכים ושימוש בשירותי התכנית בשנה האחרונה (באחוזים)

	אחוזים
תיקונים בדירה	
נזקקו לתיקון בדירה	56
מהם: פנו לתכנית	46 (25% מכלל החברים)
מהם: אב הקהילה עזר בתיקון	90 (22% מכלל החברים)*
ביקור בית של רופא	
חשו ברע ונזקקו לרופא	39
מהם: פנו לעזרה מהתכנית	86 (33% מכלל החברים)
מהם: המוקד שלח רופא	92 (30% מכלל החברים)
אמבולנס	
נזקקו לאמבולנס	25
מהם: פנו למוקד	49 (12% מכלל החברים)
פעילות חברתית	
משתתפים ברוב/בחלק מהפעילות או משתתף בפעילות במועדון חברתי/ מרכז יום	47
מוקד	
התקשרו למוקד בשנה האחרונה	57

* המשתנה כולל מקרים בהם אב הקהילה תיקן בעצמו את הבעיה ומקרים בהם אב הקהילה היה מעורב בדרך אחרת

ז. תרומת התכנית ושביעות רצון כללית מהתכנית

החברים נתבקשו להעריך את מידת התרומה של התכנית בתחומים שונים. כפי שמשתקף בלוח 21, 78% מהחברים ציינו שלאפשרות להתקשר למוקד בכל זמן יש תרומה רבה או רבה מאוד. אחוז גבוה של החברים ציין את התרומה הרבה או הרבה מאוד שיש לאפשרות להזעיק רופא הביתה (74%) ולהגברת הביטחון האישי (66%). עוד ניתן לראות בלוח 21 כי 44% טוענים כי לתכנית יש תרומה רבה או רבה מאוד בכך שהיא מאפשרת להם להמשיך לגור בביתם.

לוח 21: התחומים שציינו החברים שיש להם תרומה רבה או רבה מאוד (באחוזים)

תחום	סך-הכל
האפשרות להתקשר למוקד בכל זמן	78
האפשרות להזעיק רופא הביתה	74
הגברת הביטחון האישי	66
התכנית מאפשרת לי להמשיך לגור בבית	44
מקילה על הילדים	32
עזרה בתיקונים בבית	31
השתתפות בפעילויות חברתיות	21
הכרת אנשים חדשים	16
עזרה בהבאת תרופות	6
עזרה בהסעה לטיפולים	6

על מנת ללמוד על תפיסת התרומה של זקנים בעלי מאפיינים שונים (מצב משפחתי; קבוצת אוכלוסייה: יהודים ותיקים, עולים וערבים; מרותקים), ובקהילות תומכות לפי סוג התכנית (המפעיל ואזור), נערך ניתוח רגרסיה בנפרד כאשר בכל אחד מהם המשתנה התלוי הוא סוג התרומה. המסקנות העיקריות העולות מהרגרסיות הללו:

הגברת ביטחון אישי נתפסת כתורמת במידה רבה או רבה מאוד בקרב הזקנים היהודים הוותיקים והערבים פי 2 יותר לעומת בקרב העולים משנות ה-90. בתחום זה לא נמצא הבדל בין סוג התכנית.

בתחום החברתי (השתתפות בפעילויות חברתיות והאפשרות להכיר אנשים חדשים) - בולט כי האוכלוסייה הערבית מייחסת יותר תרומה לקהילה התומכת בתחום החברתי מיתר הקבוצות. חברים ערבים דיווחו על תרומה פי 5.1 בנושא של הכרת אנשים חדשים ופי 5.3 בתחום השתתפות בפעילויות חברתיות. בולט גם שהאוכלוסייה הסובלת ממגבלה תפקודית בניידות מייחסת פחות תרומה לתחומים אלה. חברים מרותקים לביתם דיווחו על תרומה פי 2 פחות בנושא של הכרת אנשים חדשים ופי 2.6 פחות בנושא של השתתפות בפעילויות חברתיות. עוד נמצא כי בתכניות המופעלות על-ידי עמותות (במגזר הכפרי והעירוני), החברים מייחסים תרומה יחסית גבוהה להשתתפות בפעילויות החברתיות: בקהילות כפריות דווחה תרומה בהיבט זה פי 2.4 יותר, ובקהילות עירוניות המופעלות על-ידי עמותה דווח על תרומה פי 1.6 יותר, ביחס לחברים בקהילות עירוניות המופעלות על-ידי גורמים עסקיים.

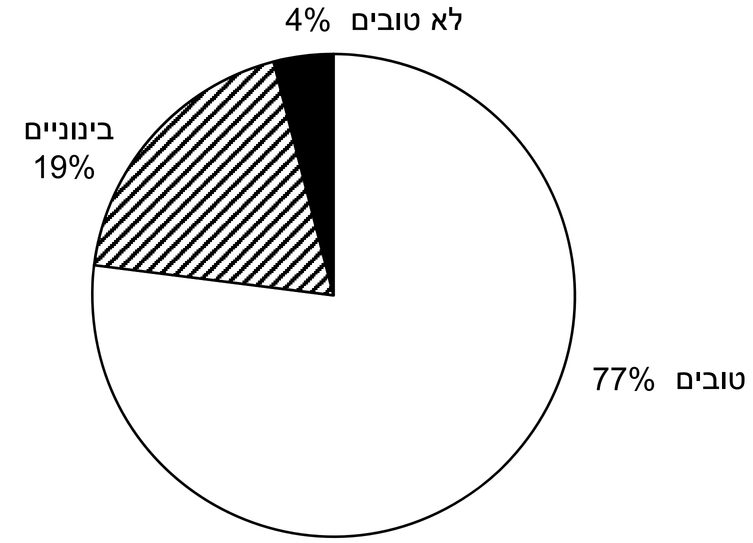
תיקונים בבית - שירות זה נתפס כתורם במידה רבה או רבה מאוד בקרב יהודים ותיקים (פי 2 יותר מאשר בקרב עולים וערבים), ובקרב הלא נשואים (פי 1.4 יותר מהנשואים). בקרב החברים בקהילות המופעלות על-ידי חברות עסקיות, מדווחים באופן יחסי על תרומה גבוהה יותר בתחום זה (פי 1.7) לעומת קהילות המופעלות על-ידי עמותות. בקרב הזקנים המוגבלים בניידות נתפסת התרומה בתחום זה כנמוכה יותר (פי 2.0 פחות מהלא מוגבלים).

מאפשרת להישאר לגור בבית - בהשוואה ליהודים ותיקים, חברים באוכלוסייה הערבית מייחסים תרומה רבה יותר לכך שהתכנית מאפשרת להם להישאר בבית (פי 7.3), ולעומת זאת העולים מייחסים תרומה נמוכה יותר (פי 1.8 פחות).

עזרה בליווי לטיפולים ולבדיקות רפואיות - דווחה כתורמת במיוחד לאוכלוסייה של העולים לעומת יהודים ותיקים (פי 3.3 יותר).

מעניין לציין כי בתחום של **התקשרות למוקד ובתחום של האפשרות להזעיק רופא** הביתה לא נמצאו הבדלים על פי מאפייני החברים או התכניות, והדבר מבטא את התרומה הגבוהה שמייחסים כלל חברי הקהילות התומכות לשירותים אלה.

תרשים 9: הערכת החברים את כלל השירותים בתכנית



כאשר התבקשו המרואיינים לשקלל את התנסותם הכוללת עם רכיבי התכנית, 77% מהם היו מרוצים, 19% שבעי רצון במידה בינונית ועוד 4% ציינו שהם לא מרוצים מהתכנית (תרשים 9). הסיבות העיקריות, אותן ציינו מי שאינם מרוצים מהתכנית, הן היעדר קשר מספק עם צוות התכנית, ביקורת

על הפעילויות - איכותן והמגוון המוצע במסגרת התכנית, וחוסר שביעות רצון מהשירות הרפואי, בעיקר הזמן שלוקח לרופא להגיע.

מהשוואה רב-משתנית בין מאפייני חברים עולה כי עולים משנות ה-90 וחברים המרותקים לבתיהם פחות מרוצים מהתכנית, כאשר עולים דיווחו על שביעות רצון כללית גבוהה פי 1.8 פחות מאשר יהודים ותיקים, וחברים מרותקים פי 1.8 פחות ממי שאינם מרותקים. לא נמצאו הבדלים בין סוגי הקהילות.

שביעות הרצון הגבוהה מתבטאת גם בממצא לפיו 81% מהחברים ימליצו על התכנית למכריהם.

החברים נשאלו באשר לשירות החשוב ביותר שניתן, לדעתם, במסגרת התכנית. בלוח 22 מובאות תשובותיהם: 61% מהחברים ענו כי הרופא הוא השירות החשוב ביותר שניתן במסגרת התכנית. בהקשר זה אומרת מנהלת תכנית כפרית במרכז הארץ: *"אני חושבת שמה שמושך את האנשים, לפחות בשלב הראשון... [זה] הנושא של הרופא, 24 שעות, 20 ₪* [לביקור]. *זה... מאוד אטרקטיבי... במיוחד... [ב]מועצה אזורית, עם יישובים מאוד מרוחקים. זה לא בתוך עיר עם מר"מים וכאלה..."*.

לוח 22: השירות החשוב ביותר שניתן במסגרת התכנית (באחוזים)

	סך-הכל
רופא	61
קשר עם אב הקהילה	11
אמבולנס	10
פעילויות חברתיות	10
תיקונים	8

ניתוח גורמים של תרומת התכנית לחבריה מתברר כי החברים מחלקים את התרומה ל-4 עולמות תוכן נפרדים: 1. ביטחון אישי ושירותים רפואיים; 2. עזרה אינסטרומנטלית (תיקונים, הבאת תרופות וליווי לבדיקות); 3. פעילויות וקשרים חברתיים; 4. הקלה על הילדים וסיוע להמשיך לגור בבית. עוד מתברר בניתוח רגרסיה ליניארית, כי לביטחון האישי והרפואי ישנה ההשפעה הגדולה ביותר על שביעות הרצון הכללית. ככל שהחבר תופס את התרומה של הביטחון האישי והשירותים הרפואיים כגבוהה יותר בעבורו, כן תגבר שביעות רצונו מהתכנית ונכונותו להמליץ על התכנית לחבריו. התחום השני בחשיבותו הינו ההקלה על הילדים והאפשרות להישאר בקהילה. כלומר, ככל שהחבר חש שהתכנית מקילה על ילדיו ומאפשרת לו להמשיך לגור בבית, כך שביעות רצונו תהיה גבוהה יותר. אולם, הגורם השני בחשיבותו בהמלצה לחבר הוא התרומה שהוא מייחס לפן החברתי של התכנית.

החברים נשאלו לגבי התרשמותם לאורך זמן מהתכנית: 17% טענו שהתכנית משתפרת לאורך הזמן, במיוחד בהיבטים של יחס וזמינות הצוות, הוספת פעילויות חברתיות, והוספת ושיפור שירותים; 5% טענו כי התכנית מידרדרת במשך הזמן, בעיקר בהיבט של יחס וזמינות הצוות; היתר אמרו שאין שינוי.

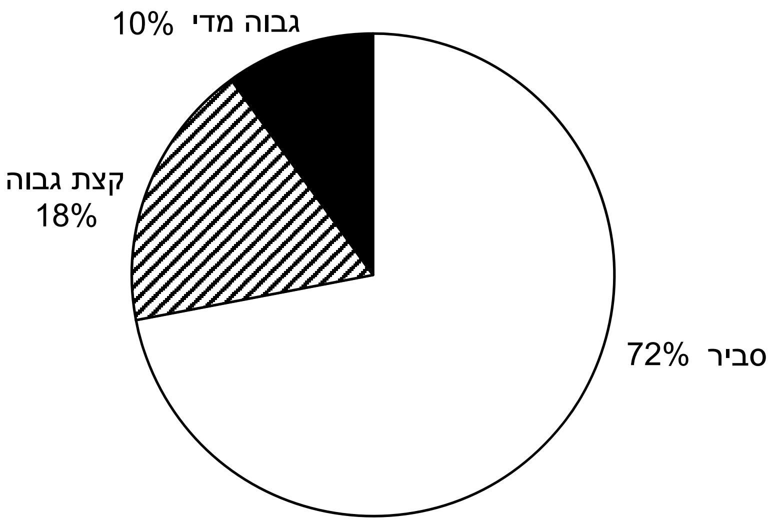
על פי הצוות המפעיל, הפרויקט אינו קופא על שמריו, כפי שמספרת רכזת חברתית ואם קהילה כפרית: *"תחום האחריות שלי, הדברים שאני צריכה לעשות... אני פיתחתי לעצמי כל-כך הרבה משימות... שהאימפריה הקטנה שהייתה בד' אמותיה ב-2005, בכלל לא הייתה דומה ל-2006, שבכלל לא הייתה דומה ל-2007..."*.

דמי חבר

גובה תשלום דמי חבר משתנה מתכנית לתכנית, ועל פי יכולת החברים לשלם (מעוטי הכנסה מקבלים הנחה בתשלום דמי החבר - סבסוד ממשרד הרווחה והשירותים החברתיים). בקהילות מסוימות דיווח הצוות המפעיל כי סבסוד דמי החבר מגיע מצד ועדים יישוביים הלוקחים על עצמם חלק מהתשלום החודשי.

לפי דיווח מרבית החברים, התשלום נע בין 50 ₪ ל-120 ₪, כשבממוצע דווח על תשלום של 73 ₪ לבית אב. שבעים ושניים אחוזים מהחברים סוברים כי התשלום החודשי שהם משלמים הוא סביר; 28% סוברים כי הוא גבוה או גבוה מדי (תרשים 10).

תרשים 10: תפיסת החברים את סבירות התשלום החודשי



ח. שירותים נוספים

החברים נשאלו לגבי רצונם בשירותים נוספים שאינם ניתנים כיום במסגרת התכנית. מלוח 23 עולה כי 42% מהחברים היו מעוניינים כי יתווסף שירות של אחות, 38% - שירותים של מנקה ו-37% פיזיותרפיה. בהמשך לכך, 49% מהחברים ענו בחיוב על השאלה האם היו מוכנים לשלם מעט יותר בכל חודש בעבור הוספת שירותים.

לוח 23: רצון בשירותים נוספים (באחוזים)

שירות	סך-הכל
אחות	42
מנקה	38
פיזיותרפיה	37
הסעה לטיפולים	29
מטפל/ת	27
סיוע משפטי	25
עוד פעילויות חברתיות	23
הסעות לסידורים וקניות	22
הבאת תרופות וסידורים - קניות, תשלום חשבונות	21
טיפוח (מספרה, מניקור)	21
ארוחות מוכנות	15
כביסה	10

ט. צרכים ושימוש בשירותים שאינם ניתנים בסל התכנית

מטפלות, עוזרות[6]

ל-26% מהחברים יש מטפלת לטיפול אישי, כאשר ל-42% ממי שיש לו מטפלת, מדובר במטפלת הנמצאת 24 שעות ביממה. מרבית המטפלות ממומנות באמצעות חוק סיעוד (86%). כלומר, ל-22% מהחברים בתכנית יש מטפלת במימון חוק ביטוח סיעוד. בדיקת היבט זה מלמדת גם של-35% מהמרואיינים יש עוזרת המסייעת בעבודות משק הבית. בהקשר זה למדנו מלוח 23 כי 38% מהחברים אמרו שהיו מעוניינים בהוספת שירות של מנקה (מחציתם מקרב אלה שיש להם כיום מנקה ומחציתם מקרב אלה שאין להם), ו-27% אמרו כי הם מעוניינים בהוספת שירות של מטפלת במסגרת קהילה תומכת (כשלושה רבעים מהם אינם נעזרים כיום במטפלת).

עובדת סוציאלית

מהמחקר הנוכחי עולה כי 36% נפגשו עם עובדת סוציאלית בשנה האחרונה. כמו-כן, 17% הביעו רצון להיפגש עם עו"ס.

מתנדב

אצל 6% מהנחקרים מבקר בבית מתנדב. ב-38% מהמקרים מדובר במתנדב של המוסד לביטוח הלאומי. בנוסף, יש מתנדבים שמגיעים מיד שרה, לשכת הרווחה או כיוזמה פרטית. ב-13% מהמקרים דווח כי המתנדב הוא מטעם התכנית קהילה תומכת; 23% היו מעוניינים שיגיע אליהם מתנדב הביתה. תשובות נפוצות על השאלה מה היו מעוניינים שיעשה המתנדב כוללות פן חברתי: מתנדב שיבוא לבקר ולדבר עם החבר (49%), יסייע בנקיונות (12%), קניות וסידורים (10%), ויסייע בתיקונים (8%).

[6] לנוחות הקריאה נשתמש בלשון נקבה אף כי ישנם גם מטפלים ועוזרים

עזרה בהבאת תרופות ובקניות

כאשר החבר רתוק לביתו ואין מי שיביא לו תרופות או שיערוך בשבילו קניות, אב הקהילה יכול לסייע לו במידת יכולתו. מעל 46% מחברי התכנית ציינו שקרה להם בשנה האחרונה שנזקקו לעזרה בעריכת קניות או בהבאת תרופות. במרבית המקרים (56%) נעזרו החברים בילדים וקרובי משפחה אחרים או בבן הזוג (10%). ב-38% מהמקרים נעזרו החברים במטפלת. חברים פנו לעזרה לאב הקהילה ב-6% מהמקרים (לוח 24).

לוח 24: למי החברים פנו לעזרה בהבאת תרופות/קניות כשהיו חולים[1] (מהנזקקים לעזרה, n=325) (באחוזים)

	סך-הכל
ילדים וקרובי משפחה אחרים	56
מטפלת	38
בן זוג	10
אב קהילה	6
שכנים	5
לאף אחד	4
חברים	3
עובד רווחה של ביטוח לאומי	2

[1] ניתן לסמן יותר מתשובה אחת

כמו-כן, ציינו 3% מהחברים שבתקופת חברותם בתכנית, קרה שהם ויתרו על נטילת תרופות כי לא היה מי שיביא להם אותן.

צוותי התכניות מספרים על עזרה בתחומים שונים כדוגמת סיוע בפענוח חשבונות שמגיעים, עזרה בהשוואת מחירים של מוצרים שונים, וגם עזרה בעריכת קניות במקרים מסוימים. אומרת, בהקשר זה, רכזת חברתית ואם קהילה עירונית פרטית: *"לא* [נעשה להם קניות ב]*שוק... אבל לחם, חלב, חמאה... יש אנשים בודדים שמבקשים יותר, אז אנחנו באים לקראתם..."*.

י. עזרה בליווי לטיפולים או לבדיקות

במידת הצורך ובמידת האפשר, אב הקהילה מסייע לחברי התכנית הזקוקים לליווי לטיפולים או לבדיקות רפואיות. מבדיקת היקף הסיוע שקיבלו החברים בתחום זה מתברר שמעל 43% מהחברים נזקקו להסעה לטיפולים או לבדיקות בשנה האחרונה. בדומה לממצאים לעיל, לגבי סיוע בהבאת תרופות או עריכת קניות, ילדים וקרובי משפחה אחרים הם הכתובת העיקרית אליהם פונים חברים הזקוקים לליווי לטיפולים או לבדיקות (63%); 3% פנו לאב הקהילה בעניין זה (לוח 25).

לוח 25: למי החברים פנו לעזרה בליווי לטיפולים או לבדיקות[1] (מהנזקקים לעזרה, n=303)

	סך-הכל
ילדים וקרובי משפחה אחרים	63
מטפלת	20
בן/בת זוג	11
אף אחד	8
חברים	3
אב קהילה	3
שכנים	1

[1] ניתן לסמן יותר מתשובה אחת

חשוב לציין ש-4% מכלל החברים דיווחו שמאז הצטרפותם לתכנית, קרה שוויתרו על טיפול או על בדיקה רפואית כי לא היה מי שיסיע אותם.

3.3 קשיים והצעות לשיפור מתוך הראיונות עם צוות התכנית

א. הגדרת תפקיד אב הקהילה

למרות שיש פורום של אבות קהילה וכן חומר כתוב בנושא זה, עדיין עולה בשטח הסוגיה של גבולות התפקיד של אב הקהילה ותחומי אחריותו. בראיונות העומק עלה צורך בהגדרת תפקיד ברורה, קביעת תחומי אחריות ובהצבת גבולות לעבודתם של אבות הקהילה, בעבודה השוטפת מול החברים בתכנית ומול גורמים שונים כדוגמת לשכות רווחה מקומיות.

דבר נוסף נוגע למיסוד תפקידו של אב הקהילה. חשיבות המיסוד נוגעת להתנהלות של אב הקהילה מול גורמים עמם הוא בא במגע, כדוגמת נציגי עירייה, אנשי מקצוע בתחום התיקונים וכיוצ״ב. יתרון נוסף במיסוד התפקיד עולה מדברים שאומר מנהל מספר תכניות בחברה פרטית: *״אב קהילה צריך לקבל איזושהי זהות מקצועית... שלאדם תהיה גאווה מקצועית... שאדם יראה בזה גם שליחות, ... אותו דבר המפעילות החברתיות...״.*

בהקשר זה, עולות הצעות לשיפור גם לגבי תנאי העסקתם של אנשי צוות התכנית, כולל התחשבות בוותק, שיפור התגמול הכספי וקביעת דרגות לקידום.

ב. תחרות בין חברות

קושי מרכזי עליו דווח נוגע לתחרות בין החברות. הועלו תלונות לגבי הפעלת לחצים על החברים והצקות בלתי פוסקות מצד חברות מתחרות כדי שהחברים יעזבו את קהילה תומכת ויעברו אליהם. חשוב לציין כי תלונות נשמעו כלפי מספר חברות פרטיות המפעילות שירותי קהילה תומכת.

גם אם ניתן להתייחס לתלונות לעיל כתחרות לגיטימית על לבם של לקוחות, חשוב לציין כי בראיונות עלו תלונות חמורות יותר, לגבי הטעיית לקוחות. על פי צוותי התכניות, חברות מתחרות מתקשרות לחברים, מציגות עצמן כקשורות לגופים שונים בעירייה, או כמקשרות בינם לבין אבות הקהילה. מספר על כך אב קהילה עירונית פרטית: *״... הם* [החברה המתחרה] *שברו את הכללים ... המקרה האחרון היה איש* [חולה] *אלצהיימר, אומרים לו ׳שלום... באנו להחליף לך את המכשיר למשהו יותר*

זול'... הוא לא מבין... אחרי 21 יום, הם מחכים שנגמרת תקופת המעבר... שאי אפשר לבטל עסקה, ושולחים אלינו את המכשיר...". יש לתת את הדעת על תופעה זו ואולי לאמץ משהו מהצעותיו של מנהל מספר תכניות שנדרש לנושא: *"צריך לתת את השיניים כדי להשלים חקיקה או תקנות שאוסרות מעבר קל מדי או גניבת דעת של אנשים. ... בשטח מה שקורה זה שיש מלחמת עולם... על גבם של זקנים... ליצור איזושהי אמנה, ליצור תקנות... חברה שמפירה תקנות... לא תוכל להיות מפעילה של קהילות תומכות!"*

ג. שיתופי פעולה

שיתופי פעולה מתקיימים עם גורמים שונים. גורם מרכזי אחד הוא לשכת הרווחה ועובדות סוציאליות המופקדות על הטיפול בתחום הקשישים. לצד מקרים, אותם מזהה צוות התכנית ומעביר לטיפול הרווחה, שיתוף הפעולה בא לידי ביטוי בהיבט נוסף - שיווק התכנית. גורמי רווחה מציעים לאנשים הפונים אליהם להצטרף לתכנית ומקשרים בין אבות הקהילה והרכזות החברתיות לבין הפונים. גורמים נוספים, עמם מתקיימים שיתופי פעולה הם בתי-ספר, אשר תלמידיהם משתתפים בפעילויות עם חברי קהילה תומכת במסגרת מחויבות אישית. גם מתנ"סים, מינהל קהילתי וארגונים שונים הפעילים בשכונות הוזכרו בראיונות עם חברי הצוות כגורמים עמם משתפים פעולה בתכנון ובביצוע פעילויות שונות לרווחת חברי התכנית: למשל ביקורים בתחום החברתי; וצביעת בתים וניכוש עשבים בתחום הטכני.

צוותי התכניות הביעו אמנם שביעות רצון משיתופי הפעולה הקיימים, אולם טענו כי יש צורך באיגום משאבים ובשיפור שיתופי פעולה מול גורמים שונים כדוגמת הביטוח הלאומי, לשכת הרווחה והרשויות המקומיות, בתחומים של שיווק והפצת התכנית, פעילויות, סבסוד והפעלה שוטפת.

כמו-כן, דגש מוקנה לתחזוק שיתוף הפעולה, כפי שמספרת מנהלת מספר קהילות עירוניות פרטיות: *"אנחנו שואפים לזה* [שכולם יכירו אותנו בעירייה]... *אנחנו עושים מאמצים... עושים ישיבות בתוך הישיבות של הצוות, של העובדים הסוציאליים בלשכות הרווחה, כי הם חייבים לדעת... וכשנכנסת עובדת סוציאלית לא תמיד מספרים לה...* [על התכנית]...".

ד. פיתוח והרחבת התכנית

לגבי פיתוח התכנית, צוותי ההפעלה הציגו תכניות לשיפור כדוגמת חיבור החברים לאינטרנט באופן שיסייע להגברת הקשר בין החברים ובינם לבין בני משפחותיהם.

פיתוח מסוג נוסף נוגע להרחבת התכנית וניסיונות להוספת שירותים, בעיקר לגבי מרותקים, כדוגמת ארוחות ביתיות או שירותי הסעות.

הרחבה מסוג נוסף נוגעת לרתימת האוכלוסייה הרחבה להפעלת התכנית: בתי-ספר, מתנ"סים וכדומה, וגיוסם לפעילויות במסגרת התכנית.

ביבליוגרפיה

ברג-ורמן, א. 2003. **קהילה תומכת - מחקר הערכה 2000-2001.** דמ-392-03. מאיירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל, ירושלים.

ברודסקי, ג'.; שנור, י.; באר, ש. (עורכים). 2010. **קשישים בישראל - שנתון סטטיסטי 2009.** פמ-67-10. מאיירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל, ירושלים.

מזרחי, א.; הימלבלאו, י. 1999. **"קהילה תומכת" - מחקר הערכה.** דמ-345-99. ג'וינט-מכון ברוקדייל, ירושלים.

קינג, י. 2000. **סקירת סוגי דיור לקשישים ברמות תפקוד שונות.** דמ-330-00. ג'וינט-מכון ברוקדייל, ירושלים.

AARP. 2000. ***Fixing To Stay - A National Survey of Housing and Home Modifications Issues***. Washington D.C.

Administration on Aging. 1995. "AAAs and Naturally Occurring Retirement Communities (NORC"). ***The Supportive Housing Connection*** (www.aaoa.dhhs.gov)

Berg-Warman, A.; and Brodsky, J. 2006. "Supportive Community". ***Journal of Jewish Communal Services*** 201-206.

Berg-Warman, A.; and Brodsky, J. 2006. "The Supportive Community - A New Concept". ***Journal of Aging & Social Policy*** 18(2): 69-83.

Bookman, A. 2008. "Innovative Models of Aging in Place: Transforming Our Communities for an Aging Population". ***Community, Work & Family*** 11(4):419-438.

Franklin, M. 1998. "Life Can be Sweet in a Naturally Occurring Retirement Community". ***Washington Post*** January 13, 1998, p. 207.

Hunt, M.; and Gunter-Hunt, G. 1985. "Naturally Occurring Retirement Communities". ***Journal of Housing for the Elderly*** 3(3/4):3-21.

OECD. 2005. ***Ensuring Quality Long-term Care for Older People***. Paris.

Sixsmith, A.; and Sixsmith,J. 2008. "Ageing in Place in the United Kingdom". ***Ageing Int*** 32:219-235.

Wiener, J. 2003. "The Role of Informal Support in Long-term Care". In: ***Key Policy Issues in Long-Term Care***. Brodsky, J.; Habib, H.; and Hirschfeld, M.J. (eds.). World Health Organization, Geneva.