סוגיות בניהול מוסדות לזקנים

פרופ' אסתר יקוביץ

ג'וינט ישראל אשל
יחד בעשייה חברתית למען הזקנים

ג'וינט ישראל אשל
יחד בעשייה חברתית למען הזקנים

סוגיות בניהול מוסדות לזקנים

פרופ' אסתר יקוביץ, עורכת

Issues in Administration of Residential Facilities for Older Adults

Prof Esther Iecovich

הוועדה להוצאה לאור, ג׳וינט ישראל–אשל:

פאני יוז, מ״מ יו״ר הוועדה

שמואל באר

ד״ר טובה בנד וינטרשטיין

חיה דימנט

יוסי היימן

בן ציון כרם

שרית רבינוביץ

פרופ׳ ארנולד רוזין

ורה שלום

מרים שמלצר

טוביה מנדלסון, מרכז הוועדה

עריכת לשון: יורם בלום

עריכה והבאה לדפוס: טוביה מנדלסון

עצוב והפקה: דפוס מאור וולך בע״מ

עיצוב כריכה: פנינה נחמיאס, ג׳וינט ישראל

מזכירות ותיאום הפקה: סימונה דוד, ג׳וינט ישראל – אשל

ISBN 978-965-70730-69-8

מספר קטלוגי 212849

ספר זה נכתב בלשון זכר מטעמי נוחות בלבד והוא מיועד לגברים ולנשים במידה שווה

© כל הזכויות שמורות לג׳וינט ישראל אשל. הודפס בירושלים, תשע״ו – 2016

תוכן עניינים

רשימת המחברים **4**

פתח דבר **7**

מבוא **9**

חלק א **13**

פרק א:ממוסדות טוטליים לשינוי תרבותי ול"בתים ירוקים" –

מאפיינים ותפיסות בניהול מוסדות לזקנים – *אסתר יקוביץ* 13

פרק ב: ההסדרה החוקית של מסגרות הדיור המוסדיות לזקנים בישראל – *ישראל (איסי) דורון* 37

פרק ג: תכנון אדריכלי של דיור מוגן והשפעתו על איכות החיים

של הדיירים – *דנית שנהב ואסף בקר* 59

פרק ד: פיתוח אסטרטגיה שיווקית במוסדות לזקנים – *אתי בהם–טביב ואמנון בהם* 89

חלק ב **113**

פרק ה: ניהול עובדים או משאבי אנוש במוסדות לזקנים בישראל – *יואל שפרלינג* 113

פרק ו: עבודה בצוות רב–מקצועי במוסדות לזקנים – *ורדה גרין* 139

פרק ז: מיקור חוץ (Outsourcing) במוסדות לזקנים בישראל – *יואל שפרלינג* 167

חלק ג **187**

פרק ח: בחירת בית אבות, תהליך הסתגלות ומעברים – *דנה פרילוצקי, ירון רז ובלה אדלשטיין* 187

פרק ט: מעורבותם והשתתפותם של דיירים במוסדות – *אסתר יקוביץ ויחיאל ניסנהולץ* 213

פרק י: מעורבות המשפחה בטיפול בזקן השוהה במוסד לטיפול ממושך – *מירב בן–נתן* 235

חלק ד **249**

פרק י"א: מערכת הפיקוח והבקרה במוסדות לזקנים – *אסתר יקוביץ, פאני יוז וורד טישלר* 249

פרק י"ב: סוגיות אתיות ודילמות בניהול מוסדות לזקנים – *אסתר יקוביץ ויולי גת* 275

אחרית דבר – *אסתר יקוביץ* 293

רשימת המחברים

בלה אדלשטיין – עובדת סוציאלית, מנהלת השירות הסוציאלי של בית האבות הספרדי "בית אברהם" בחיפה.

פרופ' אמנון בהם – עובד סוציאלי, מרצה בפקולטה למדעי הרווחה והבריאות באוניברסיטת חיפה. כן עוסק במחקר בתחומי הערכה ותכנון אסטרטגי על פי גישה שיווקית בקהילות ובשירותי אנוש.

ד"ר אתי בהם–טביב – עובדת סוציאלית, מרצה במכללה האקדמית צפת. מנחה קבוצות, ארגונים וקהילות בתחומים של פיתוח מנהיגות, פיתוח צוותים בשירותי אנוש, העצמה קהילתית והתמודדות עם מצבי דחק.

ד"ר מירב בן–נתן – אחות, מנהלת בית הספר האקדמי לסיעוד "הלל יפה" בחדרה ומרצה בחוג לסיעוד באוניברסיטת תל אביב. ד"ר בן–נתן היא גם חוקרת בתחום המוסדות לקשישים.

ד"ר אסף בקר – מרצה בחוג למדע המדינה במכללה האקדמית אשקלון ועמית מחקר במרכז להעצמת האזרח. ד"ר בקר שימש כראש אגף השיווק ב"מכבי שירותי בריאות" וסמנכ"ל בית החולים "אסותא".

ד"ר ורדה גרין – עובדת סוציאלית, מנהלת "תכנית להכשרת מנהלים למוסדות ומרכזים לגיל השלישי" באוניברסיטת תל אביב. ד"ר גרין ניהלה את "מעונות מכבי רמת השרון" והיתה מנהלת השירות הסוציאלי ומנהלת האיכות ברשת "בית בלב" מקבוצת "מכבי שירותי בריאות".

יולי גת – משפטנית ומהנדסת תעשייה וניהול, מנכ"לית רשת בתי הדיור המוגן ומרכזי האשפוז הגריאטריים של רשת "בית בלב". לשעבר מנכ"לית רשת הדיור המוגן "בית בכפר".

פרופ' ישראל (איסי) דורון – עו"ד, ראש החוג לגרונטולוגיה (מדעי הזִקנה) באוניברסיטת חיפה ומשמש כיו"ר העמותה "המשפט בשירות הזִקנה".

ורד טישלר – אחות בעלת תואר שני בגרונטולוגיה, מנהלת הסיעוד במוסד "נאות מרגוע". ורד טישלר היתה מנהלת הסיעוד במוסד "עטרת רימונים" בבני ברק ועתה מנהלת בית דיור מוגן גן בעיר ברמת גן.

פאני יוז – בעלת תואר שני בעבודה סוציאלית, סגנית מנהלת השירות לאזרחים ותיקים במשרד הרווחה והשירותים החברתיים ועובדת סוציאלית ראשית לעניין חוק ההגנה על חוסים, התשכ"ו–1966. פאני יוז שימשה כמפקחת ארצית על המעונות לזקנים בשירות לזקן.

פרופ' אסתר יקוביץ – עובדת סוציאלית וגרונטולוגית, מרצה וחוקרת בתכנית הלימודים לתואר מוסמך בגרונטולוגיה של המחלקה לבריאות הציבור בפקולטה למדעי הבריאות באוניברסיטת בן גוריון בנגב. פרופ' יקוביץ ניהלה את רשת בתי האבות של חברת "משען" ומכהנת כיו"ר עמותת הסיעוד "לב זהב".

יחיאל ניסנהולץ – פסיכולוג, מנכ"ל בית הדיור המוגן "פרוטיאה בהר". מר ניסנהולץ ניהל את בית "פרוטיאה" בהרצליה ואת בית "פרוטיאה בכפר" במושב בני דרור.

ד"ר דנה פרילוצקי – עובדת סוציאלית וגרונטולוגית, מרצה בחוג לגרונטולוגיה ומכהנת כראש המרכז האקדמי הבין–תחומי באוניברסיטת חיפה.

ירון רז – עובד סוציאלי, מנכ"ל בית האבות הספרדי "בית אברהם" בחיפה.

אדריכלית דנית שנהב – מומחית בתכנון פרויקטים לגיל השלישי ואחראית לתכנונם של בתי דיור מוגן, כפרי גמלאים ומחלקות אשפוז מן המובילים בישראל.

ד"ר יואל שפרלינג – מרצה בתכנית להכשרת מנהלי מוסדות לזקנים באוניברסיטת חיפה ומשמש כנציג ציבור בבית הדין האזורי לעבודה. ד"ר שפרלינג ניהל את המרכז הגריאטרי "ארבל" בפתח תקווה.

נהנה אני לשוחח עם זקנים מופלגים, ונראה לי שמפיהם, מפי אותם אנשים שעברו לפנינו את הדרך, שגם נצטרך אולי לעברה, כדאי לשמוע מה טיבה של אותה הדרך – אם מייגעת היא וקשה אם קלה וסלולה.

סוקרטס

פתח דבר

אוכלוסיית הזקנים בישראל מתגוררת ברובה בקהילה. רק כחמישה אחוזים מן הזקנים חיים במוסדות לטיפול ממושך - במעונות לזקנים, במוסדות סיעודיים ובמסגרות של דיור מוגן. קבוצות אלו בעלות מאפיינים וצרכים מיוחדים.

ג׳וינט ישראל–אשל גאה להציג ספר שהוא מסמך רחב יריעה ראשון מסוגו הסוקר סוגיות מגוונות ואקטואליות הקשורות לניהול מוסדות לזקנים. הספר מיועד לציבור אנשי המקצוע, לסטודנטים הלומדים את מקצועות הזקנה, למשתתפי תכניות הכשרה למנהלים ולאנשי סגל בכיר.

פרסום ספר זה הוא עוד נדבך לפעילות הענפה של אשל הממשיכה להרחיב את המסורת של פיתוח ידע מקצועי, מעמיק, חדשני ואמין, ובמקביל מעשירה את מדף הספרים בעברית בספרים ובפרסומים הנוגעים בקשת הנושאים הרחבה של תחום הזקנה בארץ ובעולם.

הספר נכתב על ידי פרופסור אסתר יקוביץ, מן הדמויות הבכירות והבולטות בתחום חקר הזקנה והוראתה, שאף ערכה עבור ג׳וינט ישראל–אשל את הספר על טיפול בית בזקנים. פרופסור יקוביץ גייסה גלריה של מומחים מובילים מן האקדמיה ומהפרקטיקה של העבודה עם זקנים ויצרה ספר מקורי, עתיר מידע וחדשנות. הספר עוסק בהיבטים כלכליים של תפיסות בניהול מוסדות לזקנים, מתמודד עם שאלות אתיות ועם מעמדם החוקי של דיירי המוסדות ומטפל בידענות בשאלות של ניהול שוטף וניהול כוח אדם.

הספר עוסק גם בהיבטים המשפיעים ישירות על איכות החיים של הדיירים בבתי אבות ובדיור מוגן, ומצטט בין השאר מחקרים המעידים על החשיבות של התכנון האדריכלי במוסדות אלה והשפעתו על מצבם הבריאותי, הפיזי והנפשי של הדיירים.

הספר מתמקד גם בדיירים עצמם, בתפקידים שהם ממלאים במוסדות וכן במעמדם, בתפקידם ובמעורבותם של בני המשפחה.

הוצאת ספר על ניהול מוסדות לזקנים על ידי ג׳וינט ישראל – אשל הוא סוג של סגירת מעגל שהרי היה זה ארגון הג׳וינט העולמי שהקים את המוסדות לזקנים ברחבי הארץ בשנים שלאחר קום המדינה ויצר למעשה את התשתית והמסד שבהשראתם ושעליהם פותחו תכניות ושירותים לזקנים מראשית ימי המדינה ועד היום.

אני מקווה שהספר ישמש את אנשי המקצוע ברמות השונות לקידום מצבם ואורח חייהם של זקנים שנגזרה עליהם הידרדרות תפקודית בשנות זקנתם.

יוסי היימן,
מנכ״ל אשל – ג׳וינט ישראל

מבוא

מוסדות לטיפול ממושך הם חלק ממערך השירותים שאמורים לתת מענה לצורכיהם המגוונים והרבים של הזקנים. מוסדות לזקנים היו קיימים בארץ ישראל עוד משלהי המאה ה–19. מוסדות אלו, שנקראו "בתי מושב זקנים", הוקמו על ידי נדבנים יהודים מחוץ לארץ. הם ראו בהקמת הבתים האלה מעשה של צדקה וחסד, ועשו זאת ממניעים דתיים. בבתים אלו גרו בתנאים ירודים מאוד זקנים ערירים ועניים שעלו לארץ הקודש כדי לחיות בה את שארית חייהם, ובעיקר כדי להיקבר בה (לבנשטיין ויקוביץ, 1995). עם העולים הרבים שהגיעו לארץ לאחר הקמת המדינה נמנו זקנים רבים. חלקם היו חולים ונכים, וחלקם – ניצולים בודדים ששרדו לאחר השואה באירופה. לפיכך, נוצר צורך בפיתוח מואץ של מוסדות לזקנים. הדבר נעשה באמצעות ארגון מלב"ן (מוסדות לטיפול בעולים נחשלים), גופים וולונטריים (כמו "משען", וכן מרכז עולי אירופה) וגופים פרטיים.

בערך 4% מהזקנים בישראל חיים במוסדות לטיפול ממושך (מעונות לזקנים ומוסדות סיעודיים) ועוד כ–2% – במסגרות של דיור מוגן, בעוד שבמדינות מפותחות אחרות אחוזי המיסוד הם 7%–4%. למשל, בקנדה שיעור המיסוד הנו 6.8%, באנגליה – 4%, באירלנד – 4.6% ובארצות הברית – 4% (Bajekal, 2002; Department of Health and Children, 2006).

יש לציין כי בשני העשורים האחרונים כמעט שלא חל שינוי בשיעור הזקנים החיים במוסדות, וזאת בשל שתי סיבות עיקריות: ראשית, נוצרו יותר אפשרויות לתת מענה במסגרת הבית והקהילה. תרומה חשובה לצמצום הביקוש להסדר מוסדי, בעיקר בקרב אלה המוגדרים כתשושים, הייתה בהקשר זה לחוק ביטוח סיעוד, שנחקק בשנת 1986 ויושם בשנת 1988 (כיום פרק י בחוק הביטוח הלאומי [נוסח משולב], התשנ"ה–1995). שנית, זקנים שהם עצמאיים בתפקודם מעדיפים דיור מוגן שבו הם יכולים לנהל אורח חיים עצמאי, ולא מגורים בבית אבות מסורתי. למשל: בשנת 1990 היו 192 מוסדות לטיפול ממושך, ובהם בערך 19,000 מיטות; בשנת 2011 עמד מספר המוסדות לטיפול ממושך על 388, והיו בהם בערך 29,000 מיטות – אולם מהשוואה של מספר המיטות לכל 1,000 נפש בגיל 65 ומעלה עולה כי שיעורן ירד מ–103 מיטות בשנת 1990 ל–77 מיטות בשנת 2011, ומדובר בקיטון של 25% (ברודסקי, שנור ובאר, 2013). מכאן, שאף כי מספר המוסדות והמיטות גדל, מספר המיטות ירד בהתחשב בגידול באוכלוסיית הזקנים.

גם הרכבם של הזקנים החיים במוסדות לטיפול ממושך השתנה. חל קיטון בשיעור הזקנים במעונות לזקנים עצמאיים או תשושים, לעומת גידול משמעותי בשיעור הזקנים החיים במוסדות לאנשים סיעודיים ולתשושי נפש. למשל, בשנת 2012 היו כ–21,000 מיטות לאנשים סיעודיים ולתשושי נפש והיו בערך 8,000 מיטות לזקנים עצמאיים או תשושים – ובסך הכול 29,000 מיטות לטיפול ממושך – בהשוואה לבערך 19,000 מיטות לטיפול ממושך בשנת 1990. תופעה זו משתקפת גם בשינוי שחל באותן שנים במספר המיטות לכל 1,000 נפש בגיל 65 ומעלה: גידול של 45% במספר

המיטות לאנשים סיעודיים ולתשושי נפש לעומת קיטון של 62% במספר המיטות לזקנים עצמאיים או תשושים. זאת ועוד, אחוז הזקנים בגילים מופלגים (בני 85 ומעלה) הלך ועלה – וכיום הנו 47.5% מכלל הדיירים במוסדות לטיפול ממושך – בעוד שחל קיטון בשיעור הזקנים בקבוצות הגיל הצעירות יותר (ברודסקי, שנור ובאר, 2014).

במקביל, בשנים 1990–2012 עלה מספר התכניות לדיור מוגן מ–70 תכניות בשנת 1990 (שבהן גרו בערך 6,200 דיירים) ל–185 תכניות, שסיפקו דיור מוגן לבערך 23,160 דיירים. זאת ועוד, מספר יחידות הדיור המוגן לכל 1,000 נפש בגיל 65 ומעלה גדל בתקופה זו מ–15 ל–31, כלומר, לכל הפחות הוכפל (ברודסקי ואחרים, 2014). בשונה מהמגמה המסתמנת במוסדות לטיפול ממושך, חל גידול בשיעור הזקנים הצעירים הבוחרים לעבור לדיור מוגן לבדם או כזוגות נשואים. נתונים אלו מצביעים על מגמה שלפיה זקנים המתפקדים באופן עצמאי מעדיפים מסגרות מגורים שבהן יוכלו לשמור על האוטונומיה שלהם ועל פרטיותם באופן מרבי, גם אם מדובר במגורים קולקטיביים. כלומר, תכניות הדיור המוגן תופסות את מקום המסגרות המסורתיות של מעונות לזקנים עצמאיים.

בד בבד חלה, כאמור, עלייה משמעותית במספר המיטות במוסדות לטיפול ממושך באנשים סיעודיים ובתשושי נפש. עלייה זו היא תולדה של מספר גורמים המשולבים זה בזה: היעדר מענים מספקים מצד מערכת השירותים הקהילתיים לצורכיהם הרבים והמגוונים של זקנים שמצבם התפקודי מצריך טיפול אינטנסיבי תמידי, וכן עלייה בתוחלת חייהם של זקנים במצב סיעודי ההופכת את הטיפול בהם לטיפול ארוך טווח יותר מבעבר. גם השינויים שחלו במבנה המשפחה ובתפקידיה (ירידה בילודה, עלייה במספרן של הנשים העובדות ושל המשפחות החד–הוריות ועוד) גורמים לצמצום מספרם של המטפלים הפוטנציאליים ומקשים על בני המשפחה להתמסר לטיפול בזקן בבית. לפי העלייה הדרמטית הצפויה בישראל בשני העשורים הבאים במספר הזקנים ובשיעורם באוכלוסייה, יש להניח כי המגמות האלה תלכנה ותתרחבנה. כללו של דבר, הצמיחה המהירה בשיעורם של הזקנים באוכלוסייה תביא לעלייה גם בביקוש לטיפול מוסדי ממושך (Cooney, 2012).

בספר זה ישנם ארבעה חלקים, ובכל חלק – מספר פרקים. חלקו הראשון של הספר כולל ארבעה פרקים. בפרק א מנתחת אסתר יקוביץ את התפיסות המקצועיות המנחות של המוסדות לזקנים בעבר ובהווה, אשר התאפיינו בעבר במידה רבה של טוטליות ופגיעה בזכויות בסיסיות של הדייר הזקן. המחברת סוקרת תהליכים של שינוי שחלו לאורך השנים בתפיסות אלו: הומניזציה של המוסדות, וכן שינוי תרבותי של העמדת הדייר במרכז מתוך הדגשת רווחתו, איכות חייו וזכויותיו. פרק ב, שאותו כתב ישראל (איסי) דורון, עוסק בסוגיית ההסדרה החוקית של המוסדות לזקנים. המחבר דן בבסיס החוקי של פעולת המוסדות לכל סוגיהם: דיור מוגן, מעונות לזקנים ומוסדות לאנשים סיעודיים ולתשושי נפש. הסדרה חוקית זו נועדה להגן על זכויותיהם החוקיות של דיירי המסגרות הללו ולוודא שיזכו לטיפול איכותי ולאיכות חיים ראויה. דיון זה בהסדרות הקיימות כולל גם ניתוח של ההיבטים המצריכים עדכון, עיגון משפטי ושינוי. פרק ג, שאותו כתבו דנית שנהב ואסף בקר, עניינו סוגיית התכנון של הדיור המוגן והשפעותיו על איכות חייהם של הדיירים. הפרק עוסק בהיבטים שונים – ובמרכיבים שונים – העומדים בבסיסה של מלאכת התכנון. המחברים סוקרים את התפתחות הדיור המוגן והשינויים שחלו במאפייניהם של האנשים המבקשים לגור בדיור המוגן, ודנים בהשפעות השינויים האלה על בניית דגמים שונים של בתי דיור מוגן. בפרק ישנו גם תיאור של מכלול הגורמים התכנוניים שיש להביא בחשבון כדי לשוות לדיור המוגן דמות של בית שיש בו כדי לתת

מענה לצורכיהם השונים והמשתנים של דייריו. פרק ד, שאותו כתבו אתי בהם–טביב ואמנון בהם, חותם את חלקו הראשון של ספר זה. עניינו של הפרק הוא שיווק מוסדות לזקנים בסביבה תחרותית. בפרק זה נידונים עקרונות, מודלים ואסטרטגיות שעניינם שיווק של מוסדות לזקנים. המחברים גם מנתחים סוגיות כמו פילוח האוכלוסייה, מיצוב המוסד לזקנים ומאפייני הסביבה שבה פועל הוא, וכן דרכים לקידום הגישה השיווקית במוסדות האלה.

חלקו השני של הספר כולל שלושה פרקים. פרק העוסק בסוגיית ניהול משאבי אנוש, ובו סוקר יואל שפרלינג את התפתחות הידע בתחום הזה, וכן דן בסוגיות שונות הקשורות לגיוס עובדים, להדרכתם ולטיפוחם. הפרק מדגיש את הקשר בין טיפוח העובד והגנת זכויותיו ובין היחס והטיפול שאותם מעניקים העובדים לדיירים. פרק ו, שאותו כתבה ורדה גרין, עוסק בעבודת הצוות הרב–מקצועי, שהנה ליבת העשייה הטיפולית והמקצועית בתחום הטיפול המוסדי. הפרק מתאר מודלים שונים של עבודה בצוותים רב–מקצועיים, וכן דן בגורמים הבולמים עבודת צוות ובגורמים המקדמים אותה. המחברת סוקרת את תקנותיהם ונוהליהם של משרדי הממשלה השונים בדבר הרכבם ותפקידיהם של הצוותים הרב–מקצועיים במוסדות השונים לסוגיהם, ודנה בנושאים שונים הקשורים לעבודת הצוות. את החלק השני של הספר חותם פרק ז, שדן בסוגיית מיקור חוץ לעומת מיקור פנים. יואל שפרלינג, שכתב גם את הפרק הזה, מציג מושגים שונים של מיקור חוץ וסוגים שונים של מיקור חוץ, מנתח את יתרונותיו וחסרונותיו של מיקור חוץ לעומת אלו של מיקור פנים ודן במערכת השיקולים בדבר בחירה במיקור חוץ לגבי סוגי שירותים שונים במוסדות לזקנים.

חלקו השלישי של הספר כולל שלושה פרקים. פרק ח, שאותו כתבו דנה פרילוצקי, ירון רז ובלה אדלשטיין, עוסק הן במערכת השיקולים של הזקן ובני משפחתו בעניין בחירת המעון או המוסד, הן בתהליך הקבלה והקליטה וההסתגלות למסגרת החדשה, והן במעברי מקום בתוך מסגרת המוסד ומחוצה לה ובסיבותיהם השונות. עניינו של פרק ט הוא מעורבותם והשתתפותם של דיירים במוסדות, ואותו כתבו אסתר יקוביץ ויחיאל ניסנהולץ. הם דנים במושגים בסיסיים של אוטונומיה ופרטיות וזכות להחלטה עצמית בהקשר למעורבותם של הדיירים בנושאים הקשורים לגורלם ולחייהם היומיומיים במסגרת המוסדית. הפרק בוחן את יתרונותיה וחסרונותיה של השתתפות דיירים, וזאת מתוך סקירת ספרות מחקרית בתחום. הפרק גם מציג את הנושא מנקודת מבט משפטית כמשתקף במערכת החוקים, התקנות והנהלים השונים המסדירים סוגיה זו במוסדות השונים לסוגיהם. עוד כולל הפרק דיון בהיבטים הפרקטיים של מעורבותם והשתתפותם של הדיירים במוסדות. את חלקו השלישי של הספר חותם פרק י, העוסק במעורבות משפחות, ואותו כתבה מירב בן–נתן. הפרק כולל סקירת ספרות מקצועית על מודלים שונים של מעורבות משפחות בטיפול בזקן הגר במסגרת מוסדית. המחברת דנה ביתרונותיה ובחסרונותיה של מעורבות המשפחות – וזאת הן מנקודת המבט של הזקן הן מנקודת המבט של המערכת המוסדית – ומנתחת את הגורמים למידה זו או אחרת של מעורבות משפחות. פרק זה עוסק גם בתקנות ובנהלים הממשלתיים המסדירים בקווים מנחים את מעורבות המשפחות, וכמו כן דן הוא בדרכים לעודד משפחות להיות מעורבות בטיפול בזקן.

החלק הרביעי של הספר כולל שני פרקים עיקריים. פרק יא דן במערכות פיקוח ובקרה ממשלתיות ופנימיות במוסדות לסוגיהם השונים. פרק זה, שאותו כתבו אסתר יקוביץ, פאני יוז וורד טישלר, עוסק בהגדרות ובמודלים לפיקוח ובקרה וסוקר את החוקים, התקנות והנהלים הכוללים הוראות והנחיות בדבר הפיקוח על המוסדות לזקנים לסוגיהם השונים. עוד עוסק הפרק בשיטת הרף

ובעקרונות המנחים בקביעתו במסגרת הפיקוח הממשלתי שעורכים משרד הרווחה והשירותים החברתיים ומשרד הבריאות, ומפרט את תהליכי הפיקוח האלה. הפרק הזה אף מייחד את הדיבור על מנגנוני בקרה ופיקוח פנים–ארגוניים שמטרתם להבטיח איכות טיפול והתנהלות יעילה ותקינה של המוסדות. פרק יב הוא הפרק האחרון של הספר, ואותו כתבו אסתר יקוביץ ויולי גת. המחברות מציגות את הדילמות הכרוכות בניהול מוסדות לזקנים, ומביאות דוגמאות מן הפרקטיקה ומן הניסיון.

הספר מיועד לכל מי שעוסקים ומתעניינים בתחום הניהול של מוסדות לזקנים לסוגיהם השונים, וכמובן גם לאנשי המקצוע השונים העובדים במוסדות אלו. הספר מיועד גם לסטודנטים הלומדים בתכניות לתואר שני בגרונטולוגיה ובתכניות הלימודים להכשרת מנהלים ואנשי סגל בכיר במוסדות לזקנים.

מיטב אנשי האקדמיה והאנשים העוסקים במלאכת העשייה היומיומית לקחו חלק בכתיבת פרקיו השונים של הספר. הדבר איפשר להקיף את מגוון הנושאים הן מבחינת הספרות המקצועית הקיימת בתחום הן מבחינת הניסיון המעשי והפרקטי. על כך ברצוני להודות לכל אחד ואחד מהם באופן אישי. תודתי הרבה נתונה גם לכל אחד מהם על שיתוף הפעולה הפורה שלו זכיתי במהלך עריכת ספר זה, והפך אותה לחוויה מעשירה ומרתקת. לבסוף נתונה תודתי לאגודת אשל, אשר אפשרה את ההפקה וההוצאה לאור של ספר זה, ובמיוחד לטוביה מנדלסון, האחראי להוצאה לאור באשל, על התמיכה ושיתוף הפעולה העניינים והמלא שלו זכיתי ממנו כדי שספר זה יראה אור.

ביבליוגרפיה

חוק הביטוח הלאומי [נוסח משולב], התשנ"ה–1995.

ברודסקי, ג'', שנור, י' ובאר, ש' (עורכים). (2013). *קשישים בישראל: שנתון סטטיסטי*. ירושלים: משאב.

ברודסקי, ג'', שנור, י' ובאר, ש' (עורכים). (2014). *קשישים בישראל: שנתון סטטיסטי*. ירושלים: משאב.

לבנשטיין, א' ויקוביץ, א' (1995). *הזקן, המשפחה והמסגרת המוסדית: סוגיות ושיטות התערבות*. תל אביב: רמות.

Bajekal, M. (2002). *Health survey for England 2000: Care homes and their residents.* London, UK: The Stationary Office.

Cooney, A. (2012). "Finding home": A grounded theory on how older people "find home" in long-term care settings. *International Journal of Older People Nursing*, 7(3), 188-199.

Department of Health and Children. (2006). *Long-term activity statistics 2006*. Dublin, Ireland: Department of Health and Children. Available from http://www.dohc.ie/publications/pdf/long_stay_2006.pdf?direct=1

חלק א

פרק א:

ממוסדות טוטליים לשינוי תרבותי ול"בתים ירוקים" – מאפיינים ותפיסות בניהול מוסדות לזקנים

אסתר יקוביץ

מבוא

אחת הסוגיות המרכזיות הנידונות בספרות הגרונטולוגית היא ההומניזציה של מוסדות לטיפול ממושך. הורתה של הסוגיה במספר עבודות שפורסמו משנות ה–60 ועד שנות ה–80, ותיארו תמונה עגומה בדבר תנאי חייהם של זקנים המתגוררים במוסדות לטיפול ממושך (למשל, Booth, 1985; Townsend, 1962). מאז פורסמה ספרות מקצועית רבה שהתמקדה בגורמים המשפרים – או מרעים – את איכות הטיפול בדיירים, איכות חייהם ורווחתם הנפשית. עם השנים, הלכה וגברה גם הביקורת הציבורית על הדה–הומניזציה שאפיינה מוסדות לזקנים, ובעקבותיה עלו דרישות לפיקוח ממשלתי צמוד יותר, למערכות בקרה ולחשיפה רבה יותר של המוסדות לעין הציבורית. זאת במטרה לגרום למוסדות להיות מוכוונים לדיירים יותר מאשר בעבר, ולהדגיש יותר את איכות הטיפול בהם, היחס האישי לכל דייר, זכויות הדיירים ואיכות חייהם. בישראל למשל נחקק חוק הפיקוח על מעונות רק בשנת 1965, הגם שמוסדות כבר היו קיימים עוד טרם קום המדינה. החוק קובע כי מוסדות לסוגיהם השונים, ובכלל זה גם מעונות לזקנים, חייבים לקבל רישיון ניהול מטעם המשרד הממשלתי המפקח ולהתנהל על פי סטנדרטים שנקבעו בתקנות. בשנים מאוחרות יותר נקבעו סטנדרטים אלו בתקנות, שעמן נמנות תקנות הפיקוח על מעונות (תקן עובדי מעונות לזקנים והכשרתם ותנאי כשירותם של מנהלי מעונות לזקנים), התשל"ז–1977, וכן תקנות הפיקוח על מעונות (תנאי המגורים וטיפול בזקנים עצמאיים ותשושים במעונות לזקנים), התשס"א–2001. התקנות האלה מגדירות את תנאי המחיה ואת סוגי השירותים שיש להעניק לדיירים וכו'.

פרק זה יעסוק בהתפתחויות שחלו ב–50 השנים האחרונות בתפיסות המקצועיות שלפיהן נקבעו אופן ניהולם ודרכי פעולתם של מוסדות לזקנים. זאת, החל בתיאוריה על מוסדות כוללניים והמאפיינים המייחדים מוסדות אלו (Goffman, 1961), עבור בתפיסות המעמידות את הדייר במרכז וכלה בגישת השינוי התרבותי בניהול מוסדות לזקנים ובטיפול בדייריהם. גישה זו משמשת כאנטיתזה של הגישה המאפיינת מוסדות טוטליים. הפרק ידון בהשפעות המאפיינים השונים של גישות שונות אלו על היבטים שונים של איכות הטיפול בדיירים ואיכות חייהם ויחסיהם עם בני משפחותיהם ועם אנשי הצוות, וכן בהשפעותיהם על מידת המעורבות והשליטה שיש לדיירים בכל הקשור לחייהם בתוך המסגרת המוסדית.

יש לסייג ולהדגיש כי הדברים בפרק זה עוסקים בזקנים החיים במוסדות לטיפול ממושך, שבהם גרים דיירים אשר הנם מוגבלים בתפקודם במידה זו או אחרת. לעומת זאת, במסגרות דיור מוגן גרים אנשים עצמאיים מבחינה תפקודית, אשר מניעיהם לעבור לדיור מוגן הם בעיקר מניעים חברתיים (בדידות, בידוד חברתי, אלמנות, רצון לשפר את איכות חייהם ועוד). החיים בדיור המוגן מאפשרים מרחב מחיה רחב, אוטונומיה, חופש בחירה, החלטה עצמאית, פרטיות, השתתפות ומעורבות, וכן איכות חיים טובה למי שבוחר מרצונו החופשי לגור במסגרת כזו וממנן זאת ממיטב כספו. לפיכך פרק זה יתמקד במעונות לזקנים ובמוסדות סיעודיים שבהם גרים זקנים הלוקים במגבלות תפקודיות אלו ואחרות, והנסיבות שהביאו אותם לעבור למסגרת המוסדית קשורות למצבם התפקודי הירוד – המצב הפיזי או המצב הקוגניטיבי או שילוב ביניהם – והם זקוקים לסיוע בביצוע פעולות יומיומיות או להשגחה רצופה.

1. מהם מוסדות טוטליים?

מוסדות לקבוצות שונות הוקמו כבר בראשית המאה ה–17. חוק העניים באנגליה, שנחקק בשנת 1601, קבע שיוקמו בתי מחסה ליתומים ולחולים ולנכים אשר לא היה מי שיטפל בהם. התנאים בבתי המחסה האלה היו ירודים ביותר, ולמעשה הם הרתיעו את מי שהייתה לו משפחה שיכולה לדאוג לו (לבנשטיין ויקוביץ, 1995). עם השנים הלכו וקמו מוסדות המיועדים לזקנים ערירים, בודדים, עניים, חולים ונכים אשר לא היה מי שידאג להם. מוסדות אלו נתפסו כתחליף למשפחה שאיננה בנמצא או שאינה מסוגלת לטפל בזקן מסיבות שונות. גם בארץ ישראל, כמו גם בקהילות יהודיות באירופה, קמו בתי אבות (שנקראו אז "בתי מושב זקנים") עוד בשלהי המאה ה–19, והקהילה הייתה אחראית להפעלתם ולמימונם מכוח מצוות הצדקה. למשל, בארץ ישראל הוקם בית מושב הזקנים הראשון בתוך חומות העיר העתיקה במחצית השנייה של המאה ה–19, ומכאן ואילך הוקמו בתים נוספים כאלה בערים אחרות כמו תל אביב ופתח תקווה.

מבחינה היסטורית, מוסדות לטיפול ממושך פעלו לפי מודל רפואי לטיפול בדיירים. עם השנים, המוסדות הללו נטו יותר למודל חברתי של טיפול, העוסק בצרכים הייחודיים של הדיירים ובאיכות חייהם (Shield, 1990). העבודה המדעית הראשונה שתיארה את החיים במוסדות הייתה עבודתו של הסוציולוג האמריקני ארווין גופמן (שפורסמה בשנת 1961). גופמן כתב את התיאוריה שלו על בסיס תצפיות שערך במוסדות לחולי נפש ובבתי כלא. הוא בחן את הנושא מזווית ראייה ביקורתית, ותיאר את מאפייניהם של מוסדות טוטליים ואת השלכותיהם מרחיקות הלכת שהביאו לדה–הומניזציה ולדיכוי של הדיירים הגרים בהם. לדבריו, אלה התכונות המאפיינות מוסדות טוטליים:

1. חיים בקבוצה – משמעותם היא האחדת כל תחומי החיים למרחב פיזי אחד שבו כל תחום חיים של הפרט מבוצע בצמידות לקבוצה גדולה של דיירים אחרים. כלומר שינה, פעילויות חברתיות, אכילה ואינטראקציות חברתיות נערכות בו–זמנית עם אותם האנשים, וזאת לפי סדר – ולוח זמנים – שהנהלת המוסד תכננה וקבעה מראש (Ronch, 2004). אין כל הפרדה בין תחום פעילות אחד למשנהו. משמעות הדבר היא שאין כל פרטיות לדייר ואין כל טיפול אישי בצורכי הפרט. מדובר באנטיתזה של חיים פרטיים שבהם כל תחום חיים מתנהל בנפרד ועל פי בחירה אישית של האדם.

2. עליונות הצוות – זו באה לידי ביטוי כאשר הצוות מרכז בידיו כוח רב וקיים מרחק חברתי ותרבותי בין הדיירים (החוסים) ובין אנשי הצוות. יחסים אלו בין אנשי הצוות לדיירים אינם מאפשרים קשר בין–אישי, קשר רגשי או יחס של כבוד כלפי הדיירים. עליונות זו הופכת את הדיירים לתלויים בחסדי הצוות והיא מוצאת את ביטויה גם באינפנטיליזציה של הדייר. הצוות פועל על פי מבנה נוקשה ונהלים נוקשים, שמוכוונים להשגת יעילות מוסדית מרבית ולביצוע משימות. לכן היחס לדיירים מצד הצוות הוא אחיד, פורמלי וסטנדרטי, כמו ב"פס ייצור".

3. מעמד החוסים – עקב החיים בקבוצה ועליונות הצוות, הדיירים (החוסים) מאבדים כל שליטה ואוטונומיה אישית בחייהם. הם עוברים תהליך של "ערטול" ה"אני", טשטוש הזהות האישית ופגיעה בתחושת הערך ובכבוד העצמי. אין להם אפשרות ליצור קשרים חברתיים כאוות נפשם. הסמכות הניהולית של המוסד היא שמכתיבה את קשריהם החברתיים, והדיירים עוברים תהליך של סוציאליזציה לתפקיד אחד: תפקיד הדייר. תהליך זה הוא תוצאה של נהלים שונים המונעים פרסונליזציה ואינדיבידואליזציה, למשל: איסור להביא חפצים אישיים, לבוש אחיד לכל הדיירים, איסור על חריגה מנוהלי המוסד ועוד.

4. חיים על פי נורמות התנהגות מחייבות – החוסים, כמו אנשי הצוות, נדרשים להתנהג על פי נורמות ונהלים פורמליים, ולכן גם מערכת היחסים בין הדיירים לאנשי הצוות מתאפיינת ביחסים משניים, בשונה מיחסים ראשוניים המאפיינים יחסי קרבה וחיבה. כדי לתת תוקף לקיום המוסדי מתקיימים טקסים ואירועים פורמליים שמטרתם היא לחזק את המוסד ולאפשר לאנשי הסגל ולדיירים לשכון אלו בצד אלו.

5. סגירות בפני העולם שמחוץ למוסד – החיים במסגרת המוסדית מתאפיינים בניתוק הקשרים עם העולם שמחוץ למוסד, ניתוק הדייר מעברו וצמצום הקשרים החברתיים שלו. בהקשר זה טבע גופמן את המושג "אי–חדירות מוסדית (Institutional impermeability)", המבטא ניתוק מן העולם שמחוץ למוסד באמצעות קירות המוסד וניתוק חברתי. אלה מצמצמים הן את יכולתם של הדיירים לעזוב את המוסד הן את יכולתו של העולם החיצוני להיכנס אל המוסד. אכן, מוסדות נבנו בעבר מחוץ לאזורים מיושבים ובמקומות מרוחקים, והדבר סייע לנתק את המוסד מסביבתו החיצונית.

במילים אחרות, לשיטת גופמן, הסביבה המוסדית משנה את כל דפוסי החיים של הדיירים ומציבה לפניהם דרישות שמשמעותן היא תלות רבה בצוות וצמצום מרחב החיים האישי שלהם.

גופמן חילק את המוסדות הטוטליים לחמש קבוצות עיקריות:

- מוסדות לאנשים חסרי ישע ובלתי מזיקים לחברה (מוסדות לזקנים, ליתומים, לעיוורים, לנכים)
- מוסדות לטיפול באנשים שנוכחותם הנה איום לחברה (בתי חולים לחולי שחפת, לחולי צרעת, לחולי נפש)
- מוסדות שחוסיהם עלולים ליצור סכנה מוחשית לחברה (בתי סוהר, מחנות שבויים, מחנות ריכוז)

- מוסדות המאפשרים ביצוע יעיל של משימות (מחנות צבא, פנימיות, מחנות עבודה, אניות בלב ים)
- מוסדות לאנשים המסתגרים מפני העולם (מנזרים).
- בתוך הקטגוריה של המוסדות שנועדו לחסרי ישע כלל גופמן גם מוסדות לזקנים. יש לציין כי גופמן הדגיש שמוסדות יכולים להתאפיין במידות שונות של טוטליות.

בעקבות עבודתו של גופמן נערכו מספר מחקרים שעסקו באופן ספציפי במאפייניהם של מוסדות לזקנים. אחת העבודות הראשונות בתחום היא עבודתו של טאונסנד, שבה הוא מתאר את החיים במוסדות לזקנים באנגליה. הוא טען לדה–פרסונליזציה הדרגתית של הדיירים, שבה ניתנות להם מעט מאוד הזדמנויות לביטוי עצמי. הם נעשים משועממים, אפתיים, חסרי תקווה, מיואשים ומדוכאים, ומאבדים כל עניין בעתיד או בעניינים שאינם אישיים. בעבודתו זו תיאר טאונסנד את הדיירים הללו בזו הלשון:

במוסד חיים אנשים ביחד עם מינימום של פרטיות והקשרים שלהם האחד עם השני מצומצמים... הניידות שלהם מוגבלת ויש להם מעט גישה לחברה. החוויות החברתיות שלהם מוגבלות... הם מוכוונים למערכת שבה הם כפופים לרוטינה, תעסוקה לא יצירתית, ואינם יכולים להתנסות בהחלטה עצמית... הם מאבדים מכישרונותיהם בשל אי–השימוש בהם (Townsend, 1962).

לתסמינים אלו קראו טובין וליברמן בשם "תסמונת האישיות המוסדית" (Tobin & Lieberman, 1976). ברטון הרחיב את הגדרתה של תסמונת זו וקרא לה בשם "נוירוזה מוסדית" (Barton, 1966). על פי הגדרתו, הסימפטומים של תסמונת זו כוללים אפתיה, היעדר עניין ויזמה, אבדן קשר עם העולם שמחוץ למוסד ואף סטיגמה של סניליות ה"מוצמדת" לדיירים. עבודתו של בות' על המשטרים המאפיינים מוסדות לזקנים הרחיבה את הדיון במושג "טוטליות", ועסקה בדרגות שונות של טוטליות במחלקות שונות של אותו מוסד ואפילו במשמרות שונות של אותה המחלקה (Booth, 1985). בות' הסיק כי למצבם התפקודי של הדיירים וכן לתפיסותיהם ועל פי גישתם של אנשי הצוות בדבר המטופלים יש השפעה רבה על מידת הטוטליות של המחלקה. למשל, במחלקות סיעודיות – שבהן הדיירים תלויים לחלוטין בצוות – מידת הטוטליות היא רבה יותר בהשוואה לזו של מסגרות דיור מוגן, שבהן הדיירים הנם עצמאיים ואינם זקוקים לסיוע של הצוות בפעילות יומיומית.

2. גורמים המשפיעים על מידת הטוטליות של מוסדות לזקנים

עקב מאפייניהם של מוסדות טוטליים וחשיפת מקרים של התעמרות, הזנחה והונאה במוסדות לזקנים בארצות הברית – בצד פעילותה של התנועה לאי–ממסוד (Deinstitutionalization), שדגלה בנורמליזציה של חיי הדיירים במוסדות – במהלך שנות ה–70 החלו לעלות שאלות בדבר איכות הטיפול אשר לו זוכים דיירי המוסדות. הדבר הביא לחקיקת שורה של חוקים ותקנות שמטרתם הייתה להגדיר את זכויותיהם של דיירים במוסדות ולקבוע את מגוון השירותים שיש לספק להם כדי לקדם את רווחתם הנפשית והפיזית (Bowers & Nolet, 2014).

השאלה שנשאלת, אם כן, היא מהם אותם הגורמים המשפיעים על מידת הטוטליות ועל מידת ההומניות של המוסד, כלומר, מידת מוכוונותו למוסד (Institution oriented) לעומת מוכוונותו לדייר

(Resident oriented)? זו האחרונה משקפת אנטיתזה של מוכוונות מוסדית. ניתן לסווג מוסדות לזקנים לפי מידת הטוטליות שלהם באמצעות מספר פרמטרים:

1. הבדלים אידאולוגיים – עניינם הפילוסופיה הניהולית ומדיניות המוסד כלפי פעילותו היומיומית וכלפי הדיירים, הבאה לידי ביטוי בכללים ובנהלים המגדירים את כללי ההתנהגות הן לסגל והן לדיירים. ההבדלים באים לידי ביטוי במידת המוכוונות של המוסד לדיירים (Resident oriented): עד כמה המוסד מאפשר אוטונומיה, פרטיות, חופש בחירה ושליטה של הדיירים על חייהם (למשל, Buffum, 1988); באיזו מידה שיטת הניהול היא גמישה ואוצלת סמכויות לצוות המטפל כדי לתת מענה אישי לצורכי הדייר; עד כמה קיימת מדיניות המחייבת מתן טיפול לקבוצת דיירים על ידי אותו צוות קבוע ברוב המשמרות כדי להפחית את הטוטליות ולתרום לשיפור איכות הטיפול (Castle, 2011; Rahman, Straker, & Manning, 2009). למשל, שיטת ההפקדה, הקיימת במוסדות סיעודיים, שלפיה צוות מטפלים (אחיות ומטפלות) קבוע מטפל באותה קבוצת דיירים ומשמש להם ככתובת לכל פניותיהם.

2. הבדלים ארגוניים – אלה מתבטאים במכלול גורמים: מספר הדיירים – ככל שמספר דייריו של המוסד קטן יותר, הם זוכים ליחס הומני ואישי יותר (Riportella-Muller & Slesinger, 1982); סוג הבעלות – במחקר מטה–אנליטי (Meta-analysis), הבודק ממצאי מחקרים קודמים, נמצא כי במוסדות ללא כוונת רווח איכות הטיפול טובה מזו הקיימת במוסדות למטרת רווח (Comondore et al., 2009). עם זאת נמצא כי נוסף על סוג הבעלות, לתפיסה הניהולית יש משקל גדול בעיצוב המוכוונות של המוסד: הגדרות תפקידים וחלוקתם, סמכויות ותחומי אחריות, מידות התמיכה וההעצמה שמקבלים העובדים הן מהממונים עליהם הן מעמיתיהם, תנאי עבודתם ומידת גמישותה, מידת השליטה שיש לצוות במשאבים (כמו נגישות למידע בזמן אמת לגבי החלטות שמתקבלות בארגון, שינוי מדיניות, ואף נגישות לתמיכה). הבדלים אלו באים לידי ביטוי במידת האוטונומיה שיש לעובדים בקבלת החלטות, בסגנון הניהול, ובמידת השיתוף של העובדים בקבלת החלטות.

3. מאפייני הצוות – אלה כוללים תקן כוח אדם (Castle, 2008), הכשרה מקצועית, ניסיון מקצועי, ותק במקום העבודה העכשווי, עמדותיהם כלפי הדיירים, מידת השחיקה שהם חווים בעבודתם, מידת האפשרויות לקידום ותכונות אישיות ואישיותיות. עם זאת, מחקרים הראו כי הקשר בין תקן כוח האדם (בהתחשב במספר הדיירים) ובין איכות הטיפול בדיירים אינו חד–משמעי. מאמרי סקירה (Review articles) שבדקו את הקשר בין התקן ובין איכות הטיפול מצאו קשר חלש בין המשתנים (Rahman et al., 2009). מכאן, שגודל התקן הוא תנאי הכרחי, אך אין די בו כדי להביא לשיפור באיכות הטיפול בדיירים (Castle & Engberg, 2008). קשר משמעותי נמצא בין שיפור באיכות הטיפול ובאיכות חייהם ורווחתם הנפשית של הדיירים ובין מידת הקביעות של הצוות, המגוון המקצועי שלו, תנאי העבודה של הצוות הסיעודי (בעיקר המטפלים הישירים), ומידת מחויבותם של אנשי הצוות לארגון (Bishop et al., 2008; Hamann, 2014). כלומר, ככל שהצוות יתוגמל באופן טוב יותר ויהיה מרוצה מתנאי עבודתו, תגדל מחויבותו לארגון, תחלופתו תקטן ואיכות הטיפול תהיה טובה יותר. (נושאים אלו נידונו בהרחבה בפרק ה ובפרק ז.)

4. מאפיינים אישיים ותפקודיים של הדיירים – בעיקר עד כמה הם מגיבים לגירויים ולדרישות שונות שמעמידים לפניהם, ובאיזו מידה הם שולטים בחייהם. למשל, ככל שהדיירים מוגבלים יותר בתפקודם ותלויים יותר בסיוע מצד הצוות בביצוע פעילויות יומיומיות בסיסיות, מידת הטוטליות תהיה רבה יותר בהשוואה למסגרות של דיור מוגן שבהן הדיירים עצמאיים בתפקודם.

5. תנאים פיזיים וארכיטקטוניים – שטחי ציבור, גודל חדרי המגורים, שטחי גן, מצבו התחזוקתי של הבית (Moos, 1980). השאלה המרכזית היא עד כמה התנאים הפיזיים האלה מאפשרים תפקוד עצמאי של הדיירים ומקדמים אותו. (פרק ג כולל דיון נרחב בסוגיה זו.) לוטון ועמיתיו הרחיבו את הדיון על מידת ההתאמה בין התנאים הפיזיים של סביבת המגורים ובין יכולותיו של הזקן (Lawton, 1980; Lawton & Nahemow, 1973). ככל שהסביבה הפיזית מותאמת יותר ליכולותיו של הזקן, תגדל מידת עצמאותו ותפחת מידת תלותו בצוות. למשל, במוסדות טוטליים שבהם חדרי השירותים נמצאים במרכז המחלקה וקשה להגיע אליהם יתקשו הדיירים לשלוט בצורכיהם. זאת, בניגוד למחלקה שבה בכל חדר מגורים יש חדר שירותים. במקרה הראשון עלולים הדיירים להפוך לאינקונטיננטיים באופן שאינו מחויב המציאות.

6. מידת הקשר שיש לדיירים עם בני משפחותיהם – טיפוח הקשר עם בני משפחה הוא מרכיב חשוב של שבירת המחיצות בין המוסד הטוטלי ובין העולם שמחוץ למוסד. לכן לביקוריהם של בני משפחה אצל הדייר נודעת חשיבות רבה לרווחתו. (סוגיה זו נידונה בהרחבה בפרק י.)

7. מידת מעורבותם והשתתפותם של הדיירים בחיי בית האבות ובפעילויותיו, ומידת השפעתם על עיצוב דמותו של המוסד – ההשתתפות היא זכות בסיסית להשפיע על החלטות הנוגעות לחייהם של הדיירים ולרווחתם (קטן, 1993;2002, Cummings). השתתפותם גם ממתנת מאפיינים של מוסד טוטלי בכך שהיא מצמצמת את הדרישה מהדיירים לפעול על פי נהלים פורמליים ומעבירה לעובדים מסר שלפיו יש לכבד את החופש ואת האוטונומיה של הדיירים. השתתפות הדיירים תורמת להעצמתם ומגבירה את תחושת השליטה שלהם בחייהם, מטשטשת את הבדלי המעמד ואת עליונות הצוות ומאפשרת יותר פתיחות אל העולם שמחוץ למוסד, וכל אלה הם אנטיתזה של מאפייני המוסד הטוטלי (Katan, 1988). (סוגיה זו נידונה בהרחבה בפרק ט.)

מחקרים שונים עסקו בגורמים המשפרים – או מרעים – את איכות חייהם ורווחתם הנפשית של דיירי מוסדות. המחקרים האלה דנו הן בנקודת מבטם של הדיירים עצמם הן בנקודת מבטם של אנשי הצוות. למשל, ספלדינג ופרנק ביקשו מדיירי מוסדות לזקנים לזהות גורמים המשפיעים על איכות חייהם. ואלה הגורמים שזוהו, המובאים בזה לפי סדר חשיבותם (Spalding & Frank, 1985):

1. עמדות ורגשות חיוביים של אנשי הצוות כלפי הדיירים
2. גורמים התורמים לאווירה ביתית במוסד
3. תפריט מגוון וטעים ושירות אדיב בארוחות
4. מגוון של פעילויות חברתיות

5. טיפול רפואי נגיש

6. רמת ניקיון הולמת.

מחקר נוסף מצא כי הדיירים ראו בגורמים הבאים גורמים העשויים לשפר את איכות חייהם: מידה רבה יותר של אחריות והכוונה עצמית, נוחות פיזית, פרטיות וצמצום ההגבלות שמטיל עליהם המוסד באמצעות נהלים ותקנות (Wells & Singer, 1988).

במילים אחרות, שני המחקרים מצביעים על–כך שהגורמים החשובים בעיני הדיירים היו היבטים של יחס הומני וקשרים בין–אישיים, שהם אנטיתזה של מאפייני המוסד הטוטלי.

3. גישת הטיפול האישי (Individualized care) וגישת הטיפול הממוקד באדם (Person centered)

כאמור, אחד המאפיינים של מידת הטוטליות של מוסד הוא מידת מוכוונותו למוסד בהשוואה למידת מוכוונותו לדיירים. אחד הביטויים המרכזיים של מוכוונות לדייר הוא עד כמה הטיפול הניתן לדייר הוא טיפול אישי (Individualized care) וטיפול הממוקד באדם (Person centered care). הטיפול האישי מוגדר כטיפול המביא בחשבון את צרכיו האישיים של הדייר ובניית תכנית טיפול שבה הדייר לוקח חלק פעיל בקבלת ההחלטות הנוגעות לטיפול בו (Happ, Williams, Strumpf, & Burger, 1996; Talerico, O'Brien, & Swafford, 2003). גישת טיפול זו מיועדת לשפר הן את איכות הטיפול הכוללני בדיירים הן את איכות חייהם, בעיקר בהקשר זקנים הלוקים בדמנציה (Brooker, 2007; Fazio, 2008).

גישת הטיפול האישי מאפיינת מאוד את מקצוע הגריאטריה, וזאת בשל המגבלות המאפיינות מודלים המוכוונים למחלה אצל זקנים. הטיפול הגריאטרי עוסק בזקן על מכלול צרכיו בצורה הוליסטית, ולא רק בבעיה הרפואית הספציפית שבגינה פנה הזקן לטיפול רפואי. הגישה של טיפול אישי דוגלת בעיסוק בהעדפותיו ובמטרותיו של המטופל נוסף על הסימנים והסימפטומים שאינם בהכרח תוצאה של מהלך מחלה מסוים, אלא הם משקפים מארג מורכב של גורמים שונים הכוללים תהליכים פתולוגיים, הזדקנות וגורמים פסיכו–סוציאליים. בשונה מהגישה המוכוונת למחלה, גישת המוכוונות לטיפול האישי מדגישה תוצאות שבהן מעוניין המטופל (Tinetti & Fried, 2004). אם כן, גישת הטיפול האישי וגישת הטיפול הממוקד באדם או במטופל התפתחו כאנטיתזה של טיפול הממוקד בבעיותיו של האדם ובמתן מענים סטנדרטיים ואחידים, וזאת מבלי להתייחס למטופל בצורה הוליסטית וכאל אדם בעל צרכים מגוונים, ייחודיים ומורכבים. מבחינה זו יש בגישות האלה משום התרסה כנגד הטיפול המאפיין מוסדות טוטליים, בין שהם בתי חולים ובין שהם מוסדות לטיפול ממושך בזקנים.

יש בספרות המקצועית מגוון רחב של מושגים המתארים טיפול אישי המותאם לצרכים ולהעדפות של כל מטופל. "טיפול אישי" הוא הטיפול המתחשב באינדיבידואליות של הדייר ובייחודיותו ואף בצרכיו האישיים והספציפיים, ומשתף אותו בתהליך הכנת תכנית הטיפול בו ומבטיח שיקבל טיפול הוליסטי כדי לקדם את רווחתו (Happ et al., 1996). גישת טיפול זו זכתה לכינויים שונים כמו "טיפול הממוקד בלקוח", "טיפול הממוקד באדם", "טיפול עצמי" ועוד (Talerico et al., 2003). בבסיס גישה זו עומדת המטרה של שיפור איכות הטיפול ואיכות החיים של האנשים הגרים במוסדות לטיפול

ממושך (Brooker, 2007; Fazio, 2008). הטיפול האישי מתאפיין בקבלה, אכפתיות, אמפתיה, רגישות, הקשבה, והוא אף מקדם צמיחה אישית.

המושג "טיפול הממוקד באדם" או "טיפול הממוקד במטופל" מבטא גישה הומניסטית של מתן טיפול אישי, הוליסטי, מכבד ומעצים, ושם דגש על טיב התקשורת והיחסים שבין הצוות לדיירים (Morgan & Yoder, 2012). המושג הוטבע לראשונה בשנת 1988, כאשר אנשי צוות במערכות בריאות ראו צורך להתמקד במטופל ובבני משפחתו, ולא רק במחלות (Gerteis, Edgman-Levitan, Daley, & Delbanco, 1993). מושג זה נועד להדגיש את החשיבות שנודעת להבנה הטובה יותר של חוויית המחלה ולתת מענה לצרכיו של המטופל במערכת בריאות מפוצלת ומורכבת. אלה הם העקרונות המנחים גישה זו:

1. כיבוד ערכיו, העדפותיו וצרכיו של המטופל באמצעות קבלת מידע על היסטוריית החיים שלו ועיסוק הוליסטי במכלול צרכיו
2. טיפול משולב ומתואם, הכולל בניית תכנית טיפול אישית המביאה בחשבון את מה שהדייר אוהב ואת מה שאין הוא אוהב, והבטחת מודעותו של כל אחד מאנשי הצוות להעדפותיו של הדייר
3. מתן מידע ברור למטופל ולבני משפחתו, ושמירה על קשר עם בני משפחתו וחבריו כדי לסייע לצוות להכיר טוב יותר את הדייר כאדם אינדיבידואלי
4. נוחות פיזית, לרבות טיפול למניעת כאב או לשיכוכו
5. תמיכה רגשית והפחתת חרדה ופחד
6. מעורבות של בני משפחה וחברים בהתאם לצורך, והכרה בכך שמשפחתו של הדייר היא גורם חשוב במתן תמיכה, וכן הכרה בצורך לערבם בכל שלב בטיפול ולשמוע את דעתם לפני כל החלטה
7. המשכיות ורצף בטיפול
8. נגישות וגמישות בטיפול.

גישה זו מגלמת בתוכה ומבטאת באופן שונה מן המקובל במודל הרפואי המסורתי שותפות בין המטופל ומשפחתו ובין הצוות המטפל, חלוקת כוח ואחריות בין הצדדים והעמדת המטופל במרכז מתוך הכרה בייחודיותו ובאינדיבידואליות שלו. מקקורמק (Mecormack, 2004) דן בארבעה היבטים של טיפול הממוקד באדם בסיעוד גריאטרי: להיות בקשר (קשרים חברתיים), להיות בעולם חברתי (ביוגרפיה ויחסים), להיות במקום (תנאים סביבתיים) ולהיות עם ה"אני" (ערכים אישיים).

הנדבך הנוסף המאפיין את גישת הטיפול הממוקד באדם הוא שנוסף על הטיפול האישי יש עיסוק בצרכיו הייחודיים של האדם וניסיון לתת להם מענה הולם ולא להצטמצם במתן מגוון השירותים הקיים שרק אותם ניתן לספק ולא יותר. גישה זו דורשת מאנשי הצוות להכיר את הדייר, ולתמוך באוטונומיה ובחופש הבחירה שלו. טיפול הממוקד באדם שונה מטיפול אישי בכך שהטיפול

הממוקד באדם מדגיש את הכרת האיש, שמירת זהותו (Personhood), עצמאותו והאוטונומיה שלו, יכולת השליטה שלו, וכן חשיבות האמון שמתפתח ביחסים בין הצוות לדייר. לעומת זאת, הטיפול האישי הוא יותר מוכוון למשימה ועוסק יותר באינטראקציות אינסטרומנטליות או פרגמטיות (Brown-Wilson, 2009). עם זאת, אף שבין הטיפול האישי ובין הטיפול הממוקד באדם יש הבדלים הנובעים מדיסציפלינות ומפילוסופיות שונות, יש להם מכנה משותף: שניהם מתמקדים באדם עצמו כשלמות יותר מאשר בבעייתו של האדם. לכן טיפול שהנו שילוב בין התייחסות אישית ובין שימת המטופל במרכז הוא הטיפול שנותן מענה מיטבי לצרכיו של המטופל ומשפר יותר את איכות חייו.

כדי לממש גישת טיפול זו יש צורך בשילוב בין גורמים שונים ומרובים שעניינם מאפייני הצוות, הקונפיגורציה הפיזית של המוסד, הניהול, מאפייני הדיירים ועוד. גישה זו מדגישה מאוד לא רק את הטיפול המשימתי, אלא – ואולי בעיקר – את איכות היחסים שבין הצוות ובין הדיירים ואת זו שבין אנשי הצוות לבין עצמם. למשל, במחקר שנערך בקרב צוותים סיעודיים במוסדות סיעודיים בקנדה נמצא כי לא מאפיינים אישיים ולא מאפיינים ארגוניים כמו גודל המוסד, אלא מידת ההעצמה הבלתי פורמלית (איכות יחסים בין–אישיים בצוות) והמשאבים שעמדו לרשותם הם שייצגו באחוז גבוה את הגורמים לתפיסת הטיפול דווקא כממוקד באדם (Caspar, Cooke, O'Rourke, MacDonald, 2013). כלומר, ככל שהייתה יותר עבודת צוות; ככל שהיו יחסים טובים יותר בין אנשי הצוות; ככל שהם קיבלו יותר זמן וציוד לביצוע עבודתם וזכו להערכה רבה יותר מצד הממונים עליהם – אנשי הצוות תפסו את הטיפול שהם נותנים לדיירים כטיפול הממוקד יותר באדם. במילים אחרות, ממצאי המחקר מצביעים כי לאו דווקא שינוי באותם גורמים שאינם ניתנים לשינוי (כמו גודל המוסד או סוג הבעלות) הוא שמקדם טיפול הממוקד באדם, אלא גורמים אנושיים יותר ויחסים בין–אישיים בצוות – כמו עבודת צוות, העצמתו, תקשורת טובה בין חבריו וסגנון ניהול משתף – הם שמקדמים טיפול הממוקד באדם.

במחקר ניסויי נבדק כיצד רוחצים דיירים הלוקים בדמנציה בינונית עד מתקדמת, וזאת לפי גישת ההתמקדות באדם בהשוואה לקבוצת ביקורת שבה השתמשו בשיטות רחיצה רגילות (Sloane et al., 2007). ממצאי המחקר הראו שאינדיקטורים שונים של אי–נוחות, רגזנות ותוקפנות קטנו באופן מובהק בקבוצת ההתערבות, אך לא בקבוצת הביקורת. עוד נמצא כי הצוות בקבוצת הניסוי שיפר את תמיכתו המילולית בדיירים ואת העדינות שגילה כלפיהם בעת הרחיצה, ואנשי הצוות גם דיווחו כי הדבר הקל עליהם את הרחיצה בקבוצת ההתערבות בהשוואה למצב שקדם להתערבות. יש בכך כדי להוכיח את נכונות המסקנה כי התערבות שמטרתה ללמד את הצוות כיצד להתמקד באדם אכן הביאה לשיפור בהתמקדות באדם מצד הצוות וגם היטיבה עם אנשי הצוות (Hoeffer et al., 2006).

4. תנועת השינוי התרבותי במוסדות לזקנים

כאמור, המאפיין הבולט של הטיפול המוסדי הטוטלי הוא האוריינטציה המוסדית (Institution oriented), המתבססת על נהלים שנועדו להשיג את המטרות המוסדיות. טיפול מוסדי זה הנו מוכוון משימה ומתאפיין במודל ביו–רפואי בעיקרו, המדגיש יעילות, עקביות ומבנה קבלת החלטות היירכי. היות שהמאפיינים הללו של מוסדות טוטליים לא היטיבו עם הדיירים המתגוררים בהם, החלה לפעול בארצות הברית בשלהי שנות ה–80 תנועה לשינוי תרבותי במוסדות סיעודיים,

שמטרתה העיקרית הייתה להביא לרפורמה ולשינוי תפיסת הניהול של מוסדות לטיפול ממושך בזקנים (Brune, 2011; Rahman & Schnelle, 2008; Ronch, 2004; Shura, Siders, & Dannefer, 2011). תנועה זו פעלה לשיפור איכות החיים ואיכות הטיפול במוסדות מתוך הדגשת אי–הממסוד של תרבות המוסדות הסיעודיים וכן מעבר לבתים שבהם הטיפול הוא אישי וממוקד באדם. זאת, באמצעות ערכים, מבנה ארגוני תומך, שינוי נורמות ואף שינויה של הסביבה הפיזית. לשיטתם של מובילי השינוי הזה, איכות הטיפול ואיכות החיים של הדיירים אינן בנות הפרדה, ולכן כאשר עוסקים בטיפול במסגרת מוסדית יש להדגיש את איכות החיים של הדיירים ואת המושג "בית" במקום המושג "סיעוד" (Zimmerman, Shier & Saliba, 2014). אולם רק במחצית השנייה של שנות ה–90 החלה תפיסה זו לקרום עור וגידים, כשהחל המעבר ממודל מוסדי–רפואי למודלים חברתיים של טיפול (Fagan, 2003)[1].

ישנם מספר עקרונות מנחים בגישת השינוי התרבותי (Koren, 2010):

1. **טיפול המוכוון לדייר** – הטיפול מוכוון על ידי הדייר ככל שניתן. למשל, דיירים מקבלים אפשרות בחירה, ואנשי הצוות מעודדים אותם לקבל החלטות בנושאים שמשפיעים עליהם באופן אישי (כגון מה ללבוש ומתי ללכת לישון).

2. **אווירה דמוית בית** – נוהלי העבודה והמבנה מתוכננים כך שהם מטשטשים את האופי המוסדי ומקנים לו אווירה ביתית יותר. הדבר בא לידי ביטוי בבניית יחידות דיור או בתים הבנויים כמשקי בית קטנים של 10–15 דיירים, ולכל דייר חדר משלו, המאפשר לו פרטיות. בכל יחידה כזו יש מטבח שבו מכינים את הארוחות, ולדיירים יש גישה למקררים והם יכולים לאכול ארוחות קלות בין הארוחות העיקריות.

3. **יחסים קרובים** – בין הדיירים ובני משפחותיהם ובין אנשי הצוות יש יחסים בלתי פורמליים ויחסי קרבה. למשל, כאשר אותם אנשי צוות מטפלים בקביעות באותם הדיירים ("שיטת ההפקדה"), מתאפשרת היכרות קרובה יותר ומעמיקה יותר ביניהם.

4. **העצמת הצוות** – הצוות זוכה להעצמה כדי שיוכל לתת מענה לצרכים הספציפיים ולרצונותיהם של הדיירים (למשל, עידוד עבודת צוות והכשרתו כדי לשפר את יעילותו במתן מענה לצרכים אלו).

5. **קבלת החלטות משתפת** – ההנהלה מאפשרת ביזור של קבלת ההחלטות וניהול שתפני, וזאת במקום ניהול לפי המבנה ההיררכי הקלסי המאפיין מוסדות טוטליים. למטפלים ניתנת סמכות החלטה ויותר אוטונומיה בעבודה, והדבר עשוי לצמצם את תחלופת העובדים ולשפר את ביצועיהם.

6. **תהליכי שיפור איכות** – ההנהלה פועלת להטמעתם ולביסוסם של תהליכים שיטתיים ומתמשכים כדי להביא לשיפור באיכות הטיפול.

[1] נושא זה זכה לדיון נרחב בכתב העת הנודע "*The Gerontologist*", וזאת בחוברת מיוחדת (54 supple. 1)

אם כן, גישת השינוי התרבותי צופנת בחובה עיסוק הן בדפוסי הניהול והעבודה של המוסד הן בדפוסיו ובשיטותיו של הטיפול בדיירים.

אשר לדפוסי הניהול, ניתן לקבוע כי דפוסי הניהול המסורתיים רואים ב"עבודת הייצור" (טיפול) עבודה שיש לשאוף לחיסכון בהוצאות הכרוכות בה, וזאת באמצעות פיצול בין תפקידים ופיקוח צמוד. לפיכך, מיומנויות מוקדמות אינן נדרשות מעובדי הסיעוד במוסדות לזקנים, יש מעט ברירה של כוח האדם המתקבל לעבודה, הכשרתם של העובדים לעסוק בטיפול ניתנת תוך כדי עבודה, השכר נמוך, והפיקוח צמוד ומתמקד בביצוע משימות מוגדרות. מבחינת העובדים, מדובר בעבודה שגרתית, משעממת, לא מכבדת וחסרת ביטחון תעסוקתי, שהרי ניתן להחליפם בקלות. לכן התחלופה במוסדות האלה היא כה רבה, ועקב כך – ההשקעה בהכשרתם של אנשי הצוות נתפסת כלא כדאית (Bishop et al., 2008). לעומת זאת, גישת השינוי התרבותי במוסדות לזקנים דוגלת באימוץ מאפיינים שונים לחלוטין של ניהול ועבודה: גמישות בעבודה, הכשרת עובדים ופיתוח מסלולי קידום בקריירה שלהם, שליטה של העובד באופן הביצוע של העבודה, לוח זמנים בתכנון עצמי של הצוות – כל אלה הופכים את המוסדות הללו למקומות שנעים יותר לעבוד בהם (Bishop, 2014). הרגלי עבודה כאלה מאפיינים בעיקר תעשיות בשוק תחרותי המצטיינות בביצועים טובים ובתפוקות גדולות. זאת, משום שעובדים מועצמים מסוגלים לנצל את כישוריהם ולהיות מחויבים לתת תפוקה גבוהה יותר בלי צורך בפיקוח ובניהול צמוד. במילים אחרות, "הניהול המדעי" שהיה מקובל במחצית הראשונה של המאה הקודמת והתאפיין במבנה פירמידלי–היירכי הוחלף בניהול שתפני ומודרני המתאפיין במבנה ארגוני "אופקי" יותר. במקום חיפוש דרכים כיצד לקצץ בעלויות העבודה מודגשת השקעה בפריון העובדים באמצעות העשרת תפקידיהם של עובדי הייצור, שיתוף העובדים בקבלת החלטות ובאחריות, ומתן אפשרות לעובדים להשמיע את קולם כדי לשפר את המוצרים שהם מייצרים ואת השירותים שהם נותנים. מחויבות העובד למקום עבודתו; המוטיבציה ללמוד ולהתמקצע; כושר היצירתיות כדי להגיע לפריון גבוה יותר בעבודה; תחושת החזון המשותף והאחריות – כל אלה נמצאים מחוזקים. מאפיינים אלו של העובדים כשלעצמם מאפשרים יותר ברירה של עובדים וקבלת הטובים מביניהם לעבודה מחד גיסא, ומאידך גיסא אינם מצריכים פיקוח צמוד על העובדים, והדבר עשוי לחסוך בהוצאות הניהול. לכל אלה יש גם השפעה לגבי התגמול שיוצע לעובדים האלה כתמריץ להישאר במקום העבודה.

מרכיבי גישת השינוי התרבותי דומים מאוד למרכיבי הניהול המקובלים בתעשיות המאופיינות ברמת ביצועים גבוהה. המרכיבים האלה כוללים פיתוח עבודת צוות וניהול עצמי של צוותים, גמישות בתפקיד כך שהמטפל מבצע מכלול של משימות החֵל בבישול ובניקיון המחלקה וכלה בטיפול אישי (שלפי התפיסה המסורתית חלקן היו נחלתם של בעלי תפקידים אחרים), שיתוף עובדים בקבלת החלטות, העצמתם של עובדים מן השורה (מטפלים) באמצעות שימוש בידע שלהם על אודות הדיירים כדי להפוך את הטיפול לטיפול הממוקד יותר באדם, הפיכת הסביבה לדמוית בית, גמישות רבה יותר בנוהלי עבודה כך שיאפשרו התחשבות רבה יותר בהעדפותיהם של הדיירים. הכשרה מתמשכת, גמישות התפקיד, שיתוף עובדים ותגמול הולם – הן אינטרינזי שעניינו סיפוק מן העבודה והן אקסטרינזי, שמקורו בתגמולים חומריים מספקים – הם אמצעים מרכזיים כדי להטמיע שיטות עבודה אלו אצל עובדים מן השורה והם מרכיבי ניהול מרכזיים בגישת השינוי התרבותי.

אשר לדפוסי הטיפול בדיירים, גישת השינוי התרבותי מדגישה שיפורים בטיפול ובתנאים הסביבתיים שהם מוכוונים לדייר (Resident directed) וממוקדים בו (Elliot, 2010; White, Newton-Curtis, & Lyons, 2008). שיפורים אלו באים לידי ביטוי ביצירת סביבה שהיא דמוית בית, מתן טיפול אינדיבידואלי המבוסס על הערכת צרכים אינדיבידואלית, יחסים קרובים בין המטפלים למטופלים, העצמתם של אנשי הצוות שהנם המטפלים הישירים בדיירים, וכן העצמתם של הדיירים עצמם, עבודת צוות ושיתוף בקבלת החלטות ושיפור איכות שיטתי (Koren 2010)., תנועת השינוי התרבותי במוסדות אימצה מספר עקרונות מנחים לצורך שיפור איכות החיים של הדיירים שעמם ניתן למנות מניעת הגבלות, מניעת כאב או צמצומו, מניעת פצעי לחץ או טיפול בהם, חיזוק שביעות הרצון של הדייר ובני משפחתו, תכנון טיפול ומתן קדימה להעדפותיהם של הדיירים בקביעת מטרות הטיפול, צמצום תחלופת כוח האדם ושיפור שביעות הרצון של אנשי הצוות (Zimmerman et al., 2014).

במילים אחרות, תפיסת השינוי התרבותי גורסת כי שיפורים ספציפיים במרכיב זה או אחר לא יביאו לתוצאות הרצויות אצל הדיירים, אלא נחוץ לשם כך שינוי כוללני ומהותי בכל התנהלותו של המוסד (Hill, Kolanowski, Milone-Nuzzo, & Yevchak, 2011). זאת ועוד, דפוסי הניהול והטיפול במוסדות המתאפיינים בשינוי תרבותי – יש בהם כדי לקדם הן את איכות החיים של העובדים הן את איכות החיים של הדיירים כאחד, ושתיהן קשורות זו לזו. המודלים של "Eden alternative" ו"בית ירוק ("Green house", שיוצגו להלן, משמשים כדוגמאות של שינוי תרבותי כולל.

עם זאת, יש לציין כי למרות הגישה של אי–ממסוד והדרישה לשינוי תרבותי במוסדות לזקנים, חלק גדול מהם עדיין מתאפיינים בתכונות שונות של טוטליות, התורמות לאי–חדירות מוסדית ולניתוק מהעולם שמחוץ למוסד (Doty, Koren, & Sturla, 2008). הסיבות לכך הן מגוונות: רוב הדיירים במוסדות סיעודיים סובלים מצירוף של בעיות רפואיות מורכבות ותשישות קשה, ולכן רמת תלותם גבוהה והם נזקקים לעזרה ברוב פעולות היומיום; מבנים ארגוניים מסורתיים ומשאבים מוגבלים מצמצמים את האפשרות לתת טיפול אישי וטיפול הממוקד באדם; תחלופה רבה של כוח אדם, חוסר הכשרה ובעיות בעבודת צוות; חוסר נכונות של מוסדות לעבור תהליכי שינוי; חוסר מדיניות והנחיות פורמליות ברורות בנושא מצד גורמי ממשל האמונים על הפיקוח והבקרה במוסדות האלה (Zimmerman et al., 2014).

מחקרים שונים בדקו את התוצאות של אימוץ גישת השינוי התרבותי במוסדות, ונמצא כי על פי רוב – התוצאות היו בכיוון המצופה והצביעו על השפעות חיוביות של אימוץ הגישה הזאת. למשל, מאמר סקירה בדק באיזו מידה קיימים מחקרים אמפיריים מוכחים (Evidence based) המצביעים על יעילותה ותועלתה של גישת השינוי התרבותי לשיפור איכות הטיפול בדיירי מוסדות לזקנים ולשיפור של איכות חייהם (Shier, Khodyakov, Cohen, Zimmerman, & Saliba, 2014). מן המאמר עולה כי הגם שמחקרים שנסקרו השתמשו במתודולוגיות שונות, בדיקת יישומו של השינוי התרבותי במוסדות כללה את התחומים הבאים: מוכוונות לדייר, קשר עם הצוות והעצמתו, קשר עם המשפחות, קשר עם הדיירים ועם סביבת הבית והקהילה. המעניין בממצאי מאמר סקירה זה הוא שהיו מחקרים אשר הצביעו כי אמנם לאימוץ גישת השינוי התרבותי היו תוצאות חיוביות, אך היו לו גם תוצאות שליליות. למשל, במחקר אחד נמצא כי בצד מעורבות רבה יותר של הדיירים בחיי בית האבות חלה עלייה בשיעור הדיירים שחשו חרדה או עצבות וגילו בעיות התנהגות (Fritsch et al., 2009). בחלק מהמחקרים לא נמצאו הבדלים מובהקים בין מוסדות שעברו שינוי תרבותי ובין אלו

שלא עברו שינוי כזה, ואילו בחלק אחר הממצאים הצביעו על הבדלים מובהקים בין סוגי המוסדות. ממצאים אלו מצביעים שתחום מחקרי זה עדיין נמצא בראשית דרכו וכי אין עדות מספקת וממצאים עקביים לגבי המרכיבים המשמעותיים שמחוללים שיפור באיכות החיים של הדיירים.

במחקר אורך שבו השוו בין מוסד אחד שעבר שינוי תרבותי ובין שני מוסדות רגילים נמצא כי בקרב דיירי המוסד שעבר שינוי תרבותי היו שיעורי אי–השליטה בסוגרים נמוכים יותר באופן משמעותי בהשוואה לאלה שהיו בקרב הדיירים בשני המוסדות האחרים (Kane, Lum, Cutler, Degenholtz, & Yu, 2007). מבחינת הצוות, אימוץ תפיסה ניהולית זו הניב ירידה בתחלופת עובדים, תחושת מחויבות רבה יותר של הצוות לארגון, תפוסה מלאה יותר של המוסדות, ואף שיפור משמעותי בהכנסותיו של המוסד ובתדמיתו הציבורית (Bott et al., 2009; Doty et al., 2008; Farrell & Elliot, 2008). במחקר שנערך בדרום קוריאה נמצא כי אימוץ התפיסה של שינוי תרבותי הביא לעלייה בשיעור התפוסה במוסד ולמחויבות רבה יותר של העובדים לארגון (Lee, Choi, Lim, & Kim, 2012). מידה רבה יותר של אוטונומיה לדיירים בקביעת סדר יומם ומעורבות בקבלת החלטות לגבי הטיפול בהם היו קשורים באופן מובהק לשיעור תפוסה גבוה יותר במוסד. מבחינת הצוות המטפל, תמיכה מצד ההנהלה נמצאה קשורה למידה רבה יותר של מחויבות לארגון ולשיעור תפוסה גבוה יותר.

מאמר סקירה נוסף שבדק אילו שינויים הניב אימוץ גישת הטיפול האישי בשינוי התרבותי הראה שהשינוי לא התבטא במרכיב אחד בלבד, אלא הוא בא לידי ביטוי במכלול של מרכיבים, כמו למשל המרכיבים הבאים (Brownie & Nancarrow, 2013):

1. העשרת הסביבה (באמצעות בעלי חיים וצמחייה)
2. מתן מגוון רחב יותר של אפשרויות לגירוי חברתי ולטיפוח יחסים בין–אישיים (באמצעות עידוד ביקורי ילדים ויחסי גומלין בין הדיירים ובין דיירים אחרים ואנשי הצוות)
3. הבטחת המשכיותו של הטיפול באמצעות הקצאת צוות המטפל בקביעות בדייר ומכירו
4. שינויים בניהול ובסגנונות מנהיגות, המשקפים תהליך קבלת החלטות דמוקרטי יותר המערב את הדיירים ואת הצוות
5. שינויים במודלים של תקינת צוות שעיקרם העצמתו של הצוות
6. פילוסופיית טיפול אישית והומניסטית המוכוונת לאדם יותר מאשר למוסד.

כדי להסיק מסקנות ולהתוות קווים מנחים למוסדות המעוניינים ביישום השינוי התרבותי יש צורך במחקרי אורך נוספים שיעסקו במכלול הנושאים הקשורים לשינוי תרבותי במוסדות. מחקר אחר שבדק 156 מוסדות אשר אימצו את התכנית לשינוי תרבותי מצא שהמרכיבים שנוטים פחות ליישם במסגרת השינוי התרבותי הם אוטונומיה וכן העברת האחריות לעובדים בטיפול ישיר לצורך קביעת לוח הזמנים שלהם והכנת הארוחות (Elliot, Cohen, Reed, Nolet, & Zimmerman, 2014). מוסדות קטנים יישמו מרכיבים אלו יותר מאשר מוסדות אחרים. מאידך גיסא, אלה היו המרכיבים שיושמו יותר: טיפול ישיר של אותם אנשי צוות הניתן בקביעות לאותם הדיירים, עזרת הדיירים בבחירת הפעילויות ודיווח של אנשי צוות הטיפול הישיר על שינויים במצבם או בהתנהגותם של הדיירים.

ממצאי המחקר מצביעים כי אימוץ מדיניות של שינוי תרבותי מצריך יישום של מקבץ מרכיבים, ואין די ביישום של מרכיב בודד זה או אחר כדי שהערך המוסף של הגישה יבוא לידי ביטוי מעשי ובולט יותר.

5. מודלים המשקפים את גישת השינוי התרבותי

עם השנים התפתחו מספר מודלים המבטאים שינוי תרבותי במוסדות לזקנים. המודל הראשון, דוגמת "Eden alternative" מדגיש יותר הן טיפול המוכוון יותר לדייר הן טיפול אינדיבידואלי (Elliot, 2010). חלוץ השינוי התרבותי הזה היה הרופא הגריאטר ד"ר ויליאם תומס מארצות הברית. הוא הציע בשנת 1991 את מודל "Eden alternative", מודל חברתי בבסיסו שנועד להחליף את המודל הרפואי. לתפיסתו, גיל הזִקנה צריך להיות שלב חיים פעיל, וכדי להשיג מטרה זו יש לבנות סביבת מגורים שתביא להעשרה מרבית של חיי הדיירים המתגוררים במוסדות לטיפול ממושך. מטרתו הייתה למעשה להביא לאי–ממסוד של מוסדות לזקנים באמצעות העשרת הסביבה וכן שילוב ילדים, בעלי חיים וצמחייה בסביבה, והכול – כדי ליצור אווירה דמוית בית. בשונה מהמודל הרפואי, גישת השינוי התרבותי משקפת מודל חברתי המתאפיין בשילוב בין טיפול אישי ובין טיפול הממוקד באדם (Zimmerman & Cohen, 2010). סוגי טיפול אלו באים לידי ביטוי הן במתן יחס של כבוד לדייר הזקן, הן במתן אפשרויות החלטה עצמית, בחירה בנושאים רבים ומגוונים בחייו, וחיים בעלי משמעות רבה יותר (Grant, 2008; Rahman & Schnelle, 2008). מודל "Eden alternative" מבוסס על עקרונות שמתווים את השינוי הארגוני הנדרש במוסדות לזקנים כדי ליצור "בית חם" שמעשיר את חיי דייריו ועובדיו כאחד. העקרונות האלה מזהים ומגדירים את התנאים ליצירת סביבה שהנה ממוקדת באדם הזקן.

בעקבות תכנית מסגרת חלוצית זו נוצרו גרסאות שונות של המודל המקורי המשקפות את גישת הטיפול הממוקד באדם, ממודלים כמו "Gentle care" – וכן "Wellspring" – ועד "בית ירוק (Green House)", שעל אודותיהם נרחיב להלן (Brune, 2011; Caspar, O'Rourke, & Gutman, 2009; Kehoe & van Heesch, 2003; Miller et al., 2010; Shura et al., 2011; Thomas, 2003; White et al., 2008). מודל "Wellspring", למשל, הוא קונפדרציה של 11 בתים ללא כוונת רווח במדינת ויסקונסין, וה"מוטו" שלו הוא להביא לשינוי באיכות הטיפול ובתרבות הארגונית בבתים האלה (Stone et al., 2002).

תנועה זו התפשטה במהירות גם למדינות אחרות כמו קנדה (Gnaedinger, 2003), אוסטרליה (MacKenzie, 2003), ניו זילנד (Miller, Booth, & Mor, 2008), שווייץ (Monkhouse, 2003) ובריטניה (Hughes, 2008).

המודל השני – דוגמת "הבית הירוק", ששם דגש בשינוי כוללני בארגון – התפתח ממודל "Eden alternative" (Rabig, Thomas, Kane, Cutler, & McAlilly, 2006). מודל זה מבטא שינוי החֵל בתרבות הצוות ובתנאי עבודתו, עבור בתנאים הפיזיים הסביבתיים של המוסד – שמספק סביבה דמוית בית בדומה למשק בית משפחתי – וכלה במדיניות ובפרקטיקה של ההנהלה (Hill et al., 2011; Doty et al., 2008). כל אלה באים לידי ביטוי במתן סמכויות רחבות יותר ואוטונומיה לצוות המטפל ישירות בדייר. במודל הזה יש יותר חופש וגמישות כדי לענות על הצרכים האישיים והייחודיים

של כל דייר ודייר, והוא מאפשר ליצור סביבה קשובה ומעצימה. השינויים בתנאים הפיזיים באים לידי ביטוי בסביבה שהיא דמוית בית, למשל: חדרים אישיים לכל דייר המעוצבים לפי טעמו האישי, מספר דיירים קטן (15–10) בכל בית כזה. רוב "הבתים הירוקים" פועלים כמקבצים של שניים או שלושה בתים. עובדי הטיפול הישיר, הנקראים "שבזים", עובדים בצוותים בניהול עצמי ואחראים לטיפול הישיר בדייר, לניקיון, בישול וכביסה, קביעת סידורי עבודה ופעילויות (Rabig et al., 2006). אחיות בדרך כלל נותנות מענה לצורכיהם של שניים או שלושה בתים ותפקידן דומה לזה הקיים במוסדות מסורתיים, אך מודגש בו הטיפול הממוקד באדם. אחד החידושים במודל "הבית הירוק" הוא תפקיד ה"מדריך" שהוא המפקח על כל עבודתן של השבזיות, למעט הטיפול הקליני, שנותר בסמכותה של האחות. אותו מדריך הוא לפעמים גם המנהל או העובד הסוציאלי של הבית.

ממצאיהם של מחקרי הערכה שנעשו על מודלים אלו במדינות שונות מצביעים בדרך כלל על תוצאות חיוביות ושביעות רצון של הדיירים, אנשי הצוות ובני משפחותיהם של הדיירים. אך בראשית הדרך היו הממצאים מעורבים. למשל, במודל "Eden alternative" נמצא בקרב הדיירים שיעור גבוה יותר של נפילות, בעיות תזונה ותחלופה רבה יותר של עובדים (Coleman et al., 2002). אך מחקרים אחרים מצאו איכות חיים טובה יותר, רמה גבוהה יותר של שביעות רצון מצד המשפחות ושיעור קטן יותר של דיירים שסבלו מדיכאון – בהשוואה למוסדות אחרים (Bergman-Evans, 2004; Lum, Kane, Cutler, & Yu, 2008).

יש לציין כי החוקרים מצאו שבהשוואה למוסדות סיעודיים מסורתיים, רק במודל "Eden alternative" באו לידי ביטוי כל המרכיבים של גישת השינוי התרבותי, בעוד שמוסדות אחרים שאימצו את גישת הטיפול האישי בשינוי התרבותי עשו זאת רק בהקשר של מרכיב אחד או שניים מתוך מכלול המרכיבים. למשל, תחת הכותרת "חל שיפור בבריאותם הנפשית של הדיירים" נכתבו תיאורים חלקיים כמו "איכות חייהם ורווחתם הנפשית השתפרה", "תחושת הבדידות והדיכאון קטנו", "חלו שיפורים בתחושת האוטונומיה של הדיירים וגילויי הכבוד כלפיהם", "הם חשו פחות משועממים ופחות חסרי ישע" (Kane et al., 2007; Rahman & Schnelle, 2008; Robinson & Rosher, 2006; Wyllie, 2001). יש לציין כי נמצא שתחושת בדידות, שעמום וחוסר ישע הן הבעיות המטרידות ביותר במוסדות סיעודיים רגילים (Bergman-Evans, 2004; Ruckdeschel & van Haitsma, 2001). בעיות אלו גם גרמו להתנהגות תוקפנית ורגזנית בקרב דיירי מוסדות לטיפול ממושך (Dettmore, Kolanowski, & Boustani, 2009). גם בהקשר הבריאות הפיזית נכתבו תחת הכותרת "חלו שיפורים במצבם הבריאותי הפיזי" תיאורים חלקיים כגון "פחות שימוש בתרופות, נפילות, זיהומים ואף תמותה" (Hill et al., 2011; Ransom, 2000; Thomas, 1996).

באשר למודל "בית ירוק", נמצא כי אין הוא עשוי מקשה אחת, וכי אפשר להבחין בהבדלים בין "בתים ירוקים" שונים. למשל, באוורס ונולט הציעו חלוקה של ארבעה סוגי מודלים שונים של בתים ירוקים על בסיס מחקר שערכו, וההבדלים בין הסוגים התבטאו בעיקר בהגדרת תפקידי האחות והשבזית, חלוקת התפקידים והאחריות ביניהם, תנאי העבודה, דפוסי תקשורת, שיתוף פעולה ותהליכי טיפול (Bowers & Nolet, 2014).

1. "הבית הירוק" המסורתי דומה יותר למודל המוסד המסורתי מבחינת בהירות ההגדרה של תפקידי האחות וצוות המטפלים הישירים: האחות מקבלת את ההחלטות, מפקחת על צוות הטיפול הישיר ומדריכה את כל העבודה.

2. "הבית הירוק" המקביל, שבו השבזית מדווחת לאחות על הטיפול בדייר ומנהלת את כל הפעילות בבית

3. "הבית הירוק" המשולב, שבו יש שיתוף פעולה רב ותקשורת פתוחה בין השבזיות ובין האחיות

4. "הבית הירוק" המבקר (visitor), שבו העברת המידע מהשבזים לאחות היא מינימלית ונעשית רק בעת הצורך. התקשורת מתבצעת באמצעות המדריך, והשבזים הם שקובעים בעצמם את תהליכי העבודה, ואינם עובדים בפיקוחה של אחות.

בישראל נעשה בארץ ניסיון אחד (בבית האבות הספרדי "בית אברהם" בחיפה, בהנהלת העובד הסוציאלי ירון רז) לפתח מודל הכולל שינוי בקונפיגורציה הפיזית במחלקה לזקנים תשושים (בדומה למודל "הבית הירוק"). הדבר נעשה באמצעות פיצול מחלקה לזקנים תשושים לשני "אשכולות דיור", ובכל אחד מהם 18 דיירים הגרים בתשעה חדרים (שניים בכל חדר). בכל אשכול נבנה חדר מגורים מרכזי הכולל פינת טלוויזיה, חדר אוכל ומטבח. בצד השינוי הפיזי הזה (שעלותו הייתה ניכרת) הונהגו גם שינויים בצורת ניהולם של האשכולות. למשל, המטפלות עברו הכשרה מיוחדת שנועדה להרחיב את הגדרת תפקידן כדי שתוכלנה לתת מענה למכלול רחב יותר של צורכי הדיירים, וזאת חוץ מתפקידן המסורתי במחלקות לאנשים תשושים או סיעודיים. נוסף על ניסיון זה, אש"ל פיתחה בשנים האחרונות מודל הנקרא "קהילה צומחת", ומבוסס על גישת השינוי התרבותי במוסדות (ודומה למודל "Eden alternative"). מטרת התכנית – שהופעלה בערך ב–60 מחלקות בבתי אבות (ובכלל זה בבית האבות הספרדי "בית אברהם" בחיפה) ובמסגרות דיור מוגן – היא להדגיש את נקודות החוזק של הדיירים (במקום את נקודות החולשה שלהם), להעצימם, לתת להם אפשרויות בחירה רבות יותר, ליצור סביבה חברתית שמתאפיינת בקהילתיות ובהתחשבות בצרכיו האינדיבידואליים של כל אחד מן הדיירים. התכנית, שבה משתתפים הדיירים ואנשי צוות, כוללת מפגשים המתקיימים פעמיים או שלוש בשבוע, ובהם רשאי כל דייר וכל איש צוות להשתתף בדיונים בנושאים הקשורים לסוגיות שונות כמו יחסים בין–דוריים, קשרים חברתיים, שביעות רצון מהשירות, סוגיות אתיות ועוד. לא ניתן להעריך את תרומתן של תכניות אלו לאיכות החיים של הדיירים מאחר שטרם נערכו מחקרי הערכה עליהן.

סיכום

הסוגיה המרכזית שנידונה בפרק זה היא כיצד להפוך מוסדות לטיפול ממושך למסגרות הומניות יותר, מגבילות פחות, והעיקר – ממוקדות באדם כמכלול שלם בעל צרכים ייחודיים ואישיים. אין ספק כי בשלושת העשורים האחרונים השתפרו מאוד איכות הטיפול ואיכות החיים שלהם זוכים דיירי המוסדות לטיפול ממושך. זאת, במידה רבה גם בזכות מערכות הפיקוח והבקרה הממשלתיות, הנידונות בפרקים אחרים של ספר זה (וראו פרקים ב, ה וכן יא). אולם אוכלוסיית הדיירים שמגיעה היום למוסדות הנה שונה מזו שהכרנו, והיא גם צפויה להשתנות מבחינת ציפיותיה ותובענותה והעדפותיה. כך גם לגבי בני משפחותיהם של הדיירים. רוב הדיירים במוסדות לטיפול ממושך וכל הדיירים בדיור המוגן הלא ממשלתי הם אנשים המשלמים ממיטב כספם עבור המגורים והטיפול במסגרות האלה. יש להם גם הכוח לתבוע תנאים טובים יותר ואיכות חיים טובה יותר, שיביאו לידי ביטוי את אותם ערכים ועקרונות המנחים את גישת השינוי התרבותי.

כדי לעודד מוסדות לאמץ את גישת השינוי התרבותי צריכות מערכות הפיקוח והבקרה הממשלתיים לתגמל מוסדות עבור שיפור איכות הטיפול ואיכות החיים של הדיירים ועבור ביצועים טובים יותר. אמנם כבר היום קיימת מערכת תגמול הממיינת מוסדות סיעודיים לפי פרמטרים שונים של איכות טיפול, אולם מערכת זו צריכה לכלול גם פרמטרים בדבר איכות החיים של הדיירים ואף של אנשי הצוות, בעיקר אלה העוסקים בטיפול ישיר בדיירים. המציאות מראה כי מוסדות המתבססים בעיקר על תשלומים של דיירים באופן פרטי ומוסדות ללא כוונת רווח נוטים יותר לאמץ את גישת השינוי התרבותי (Grabowski, Elliot, Leitzell, Cohen, & Zimmerman, 2014).

אולם השינויים הללו לא יחזיקו מעמד לאורך זמן אם המוצר שמתקבל עקב אימוץ מודל השינוי התרבותי לא יזכה לתגמול ראוי בשוק ובמקומות העבודה. לכן יש להביא בחשבון גם את עלויות יישומה של הגישה הזאת. אימוץ גישת המודל התרבותי יכול גם לאתגר את דרג ניהול הביניים כגורם מפקח במדרג ההיררכי. זאת, משום שהגישה האמורה מתבטאת גם בהעברת אחריות רבה יותר לביצוע משימות שונות לידי העובדים מן השורה, ויש לעשות זאת בזהירות הדרושה ולתת להם משימות מתאימות, שכן העברת האחריות עשויה לצמצם את תפקיד האחות האחראית (Bowers & Nolet, 2014). נוסף על כך, העברת אחריות כאמור עלולה גם ליצור יחסי עבודה מתוחים עם אנשי צוות מקצועיים אחרים כמו תזונאים, אמהות בית ועוד, ולכן אימוץ הגישה הזאת הנו קל יותר במוסדות חדשים שבהם כל העובדים חדשים. בארצות הברית למשל פותחו תמריצים עבור ביצועים למוסדות שאימצו אלמנטים של גישת הטיפול הממוקד באדם. הדבר נעשה באמצעות מערכת תשלומים פדרליים (Miller et al., 2014). אמנם חלה התקדמות רבה מאוד ביישומה של מדיניות התומכת בגישת הטיפול הממוקד באדם, אך עדיין חסר ידע מנחה ושיטתי ביישום אסטרטגיות של שינוי תרבותי כדי להביא לשינוי משמעותי במוסדות לטיפול ממושך. עדיין עולות שאלות באיזו מידה השינוי התרבותי אכן מביא לתוצאות טובות יותר מהתוצאות הקיימות במודל המסורתי של טיפול במוסדות.

אמנם מוסדות לטיפול ממושך בזקנים מנסים לאמץ נוהלי עבודה שיש בהם אלמנטים הלקוחים מגישת השינוי התרבותי ועשויים הם לשפר את איכות הטיפול ואת איכות החיים של הדיירים – כגון ארוחות מעין–משפחתיות, גמישות בשעות השינה והערות, יותר בחירה בנושאים שונים (למשל, שעות רחיצה, תפריט), הקצאת כוח אדם קבוע לטיפול בדיירים – אך המטרה צריכה להיות יישום מלא יותר של נוהלי העבודה כדי לתת טיפול הממוקד באמת באדם. נוהלי עבודה אלו כוללים, בין היתר, מענה רחב יותר לצרכים האישיים בתחומים השונים של חיי הדייר, השתתפות הדיירים, התחשבות רבה יותר בהעדפות הדיירים והסרת המגבלות שאותן מטילים מוסדות מסורתיים בהקשר האוטונומיה האישית. במילים אחרות, נדרשת מידה רבה של הומניזציה בצד דמוקרטיזציה בשיטות הניהול והטיפול הרווחים במוסדות. עדיין נדרש גם "חריש עמוק" כדי להגיע לצביון של אי–ממסוד במוסדות האלה, ובפרט במוסדות שבהם רמות התפקוד של דייריהם ירודות מבחינה פיזית או קוגניטיבית או שילוב ביניהן.

ביבליוגרפיה

לבנשטיין, א' ויקוביץ, א' (1995). *הזקן, המשפחה והמסגרת המוסדית: סוגיות ושיטות התערבות*. תל אביב: רמות.

חוק הפיקוח על מעונות, התשכ"ה–1965.

תקנות הפיקוח על מעונות (תנאי המגורים וטיפול בזקנים עצמאיים ותשושים במעונות לזקנים), התשס"א–2001.

תקנות הפיקוח על מעונות (תקן עובדי מעונות לזקנים והכשרתם ותנאי כשירותם של מנהלי מעונות לזקנים), התשל"ז–1977.

קטן, י' (1993). גורמים המשפיעים על השתתפות דיירים בשישה מוסדות לזקנים בישראל. *ביטחון סוציאלי*, 39, 82–67.

Barton, R. (1966). *Institutional neurosis*. Bristol, England: Wright.

Bergman-Evans, B. (2004). Beyond the basics: Effects of the eden alternative model on quality of life issues. *Journal of Gerontological Nursing*, 30(6), 27-34.

Bishop, C. E. (2014). High-performance workplace practices in nursing homes: An economic perspective. *The Gerontologist*, 54(S1), S46-S52. doi:10.1093/geront/gnt163

Bishop, C. E., Weinberg, D. B., Leutz, W., Dossa, A., Pfefferle, S. G., & Zincavage, R. M. (2008). Nursing assistants' job commitment: Effect of nursing home organizational factors and impact on resident well-being. *The Gerontologist*, *48*(suppl. 1), 36-45. doi:10.1093/geront/48. Supplement_1.36

Booth, T. A. (1985). *Home truths: Old peoples' homes and the outcomes of care.* Aldershot, UK: Gower.

Bott, M., Dunton, N., Gajewski, B., Lee, R., Boyle, D., Bonnel, W., et al. (2009). *Culture change and turnover in Kansas nursing homes*. Topeka, KS: Kansas Department on Aging.

Bowers, B. J., & Nolet, K. (2014). Developing the green house nursing care team: Variations on development and implementation. *The Gerontologist*, 54(Suppl. 1), S53-S64. doi:10.1093/geront/gnt109

Brooker, D. (2007). *Person-centered dementia care: Making services better*. London, UK: Jessica Kingsley.

Brown-Wilson, C. (2009). Developing community in care homes through a relationship-centered approach. *Health & Social Care in the Community*, 17, 177-186. doi:10.1111/j.1365-2524.2008.00815.x

Brownie, S., & Nancarrow, S. (2013). Effects of person-centered care on residents and staff in aged-care facilities: A systematic review. *Clinical Interventions in Ageing*, 8, 1-10. http://dx.doi.org/10.2147/CIA.S38589

Brune, K. (2011). Culture change in long term care services: Eden-greenhouse-aging in the community. *Educational Gerontology*, 37, 506-525. doi:10.1080/03601277.2011.570206

Buffum, W. E. (1988). Measuring person-environment fit in nursing homes. *Journal of Social Service Research*, 11(2-3), 35-54.

Caspar, S., Cooke, H. A., O'Rourke, N., & MacDonald, S. W. S. (2013). Influence of individual and contextual characteristics on the provision of individualized care in long-term care facilities. *The Gerontologist*, 53(5), 790-800. doi:10.1093/geront/gns165

Caspar, S., O'Rourke, N., & Gutman, G. M. (2009). The differential influence of culture change models on long-term care staff empowerment and provision of individualized care. *Canadian Journal on Aging*, 28, 165-175. doi:10.1017/S0714980809090138

Castle, N. G. (2008). Nursing home caregiver staffing levels and quality of care. *Journal of Applied Gerontology*, 27(4), 375-405.

Castle, N. G. (2011). The influence of consistent assignment on nursing home deficiency citations. *Gerontologist*, 51, 750-760. doi:10.1093/geront/gnr068

Castle, N. G., & Engberg, J. (2008). Further examination of the influence of caregiver staffing levels on nursing home quality. *Gerontologist*, 48, 464-476. doi:10.1093/geront/48.4.464

Coleman, M. T., Looney, S., O'Brien, J., Ziegler, C., Pastorino, C. A., & Turner, C. (2002). The eden alternative: Findings after 1 year of implementation. *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, 57A(7), M422-M427. doi:10.1093/gerona/57.7.M422

Comondore, V. R., Devereaux, P. J., Zhou, Q., Stone, S., Busse, J. W., Ravindran, N. C., et al. (2009). Quality of care in for-profit and not-for-profit nursing homes: Systematic review and meta-analysis. *British Medical Journal*, 339, b2732. doi:10.1136/bmj.b2732

Cummings, S. M. (2002). Predictors of psychological well-being among assisted-living residents. *Health & Social Work*, 27(4), 293-302. doi:10.1093/hsw/27.4.293

Dettmore, D., Kolanowski, A., & Boustani, M. (2009). Aggression in persons with dementia: Use of nursing theory to guide clinical practice. *Geriatric Nursing*, 30, 8-17. doi:10.1016/j.gerinurse.2008.03.001

Doty, M., Koren, M., & Sturla, E. (2008). *Culture change in nursing homes: How far have we come? Findings from the commonwealth fund 2007 national survey of nursing homes*. New York, NY: Commonwealth Fund. Retrieved from http://www.commonwealthfund.org/usr_doc/Doty_culturechangenursinghomes_1131.pdf

Elliot, A. E., Cohen, L. W., Reed, D., Nolet, K., & Zimmerman, S. (2014). A "recipe" for culture change? Findings from the THRIVE survey of culture change adopters. *The Gerontologist, 54*(S1), S17-S24. doi:10.1093/geront/gnt133

Elliot, A. E. (2010). Occupancy and revenue gains from culture change in nursing homes: A win-win innovation for a new age of long-term care. *Seniors Housing & Care Journal*, *18*, 21-36.

Fagan, R. M. (2003). Pioneer network: Changing the culture of aging in America. *Journal of Social Work in Long-Term Care*, 2, 125-140. Retrieved from http://dx.doi.org/10.1300/J181v02n01_09

Farrell, D., & Elliot, A. E. (2008). Investing in culture change. *Provider*, *34*, 18-30.

Fazio, S. (2008). Person-centered care in residential settings: Taking a look back while continuing to move forward. *Alzheimer's Care Today*, *9*, 155-161.

Fritsch, T., Kwak, J., Grant, S., Lang, J., Montgomery, R. R., & Basting, A. D. (2009). Impact of TimeSlips, a creative expression intervention program, on nursing home residents with dementia and their caregivers. *The Gerontologist*, *49*, 117-127. doi:10.1093/geront/gnp008

Gerteis, M., Edgman-Levitan, S., Daley, J., & Delbanco, T. (Eds.). (1993). *Through the patient's eyes: Understanding and promoting patient-centererd care*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.

Gnaedinger, N. (2003). Changes in long-term care for elderly people with dementia: A report from the front lines in British Columbia, Canada. *Journal of Social Work in Long-Term Care*, 2, 355-371. doi:10.1300/J181v02n03_12

Goffman, E. (1961). *Asylums: Essays on the social situation of mental patients and other inmates*. Garden City, NY: Anchor Books.

Grabowski, D. C., Elliot, A., Leitzell, B., Cohen, L. W., & Zimmerman, S. (2014). Who are the innovators? Nursing homes implementing culture change. *The Gerontologist*, *54*(S1), S65-S75. doi:10.1093/geront/gnt144

Grant, L. A. (2008). *Culture change in a for-profit nursing home chain: An evaluation*. New York, NY: Commonwealth Fund. Retrieved from http://www.commonwealthfund.org/usr_doc/Grant_culturechangefor-profitnursinghome_1099.pdf

Hamann, D. J. (2014). Does empowering resident families or nursing home employees in decision making improve service quality? *Journal of Applied Gerontology*, *33*(5), 603-623. doi:10.1177/0733464813508650

Happ, M. B., Williams, C. C., Strumpf, N. E., & Burger, S. G. (1996). Individualized care for frail elders: Theory and practice. *Journal of Gerontological Nursing*, *22*, 6-14.

Hill, N. L., Kolanowski, A. M., Milone-Nuzzo, P., & Yevchak, A. (2011). Culture change models and resident health outcomes in long-term care. *Journal of Nursing Scholarship*, 43, 30-40. doi:10.1111/j.1547-5069.2010.01379.x

Hoeffer, B., Talerico, K. A., Rasin, J., Mitchell, C. M., Stewart, B. J., McKenzie, D., et al. (2006). Assisting cognitively impaired nursing home residents with bathing: Effects of two bathing interventions on caregiving. *Gerontologist*, *46*, 524-532.

Hughes, C. M. (2008). Compliance with medication in nursing homes for older people: Resident enforcement or resident empowerment? *Drugs & Aging*, 25, 445-454. doi:10.2165/00002512-200825060-00001

Kane, R. A., Lum, T. Y., Cutler, L. J., Degenholtz, H. B., & Yu, T. (2007). Resident outcomes in small-house nursing homes: A longitudinal evaluation of the initial green-house program. *Journal of the American Geriatrics Society*, 55, 832-839. doi:10.1111/j.1532-5415.2007.01169.x

Katan, J. (1988). Participation of residents in old age homes: The idea and its implementation. *Activities, Adaptation & Aging*, *12*(1-2), 43-57. doi.org/10.1300/J016v12n01_04

Kehoe, M. A., & van Heesch, B. (2003). Culture change in long term care: The wellspring model. *Journal of Social Work in Long-Term Care*, 2, 159-173. doi:10.1300/J181v02n01_11

Koren, M. J. (2010). Person-centered care for nursing home residents: The culture-change movement. *Health Affairs*, 29(2), 312-317. doi:10.1377/hlthaff.2009.0966

Lawton, M. P. (1980). *Environment and Aging*. Belmont, CA: Brooks/Cole.

Lawton, M. P., & Nahemow, L. (1973). Ecology and the aging process. In C. Eisdorfer & M. P. Lawton (Eds.), *The psychology of adult development and aging* (pp. 619-674). Washington, DC: American Psychological Association.

Lee, M., Choi, J. S., Lim, J., & kim, Y. S. (2012). Relationship between staff-reported culture change and occupancy rate and organizational commitment among nursing homes in South Korea. *The Gerontologist*, *53*(2), 235-245. doi:10.1093/geront/gns106

Lum, T. Y., Kane, R. A., Cutler, L. J., & Yu, T. C. (2008). Effects of greenhouse nursing homes on residents' families. *Health Care Financing Review*, *30*, 35-51.

MacKenzie, S. (2003). Implementing the eden alternative in Australia. *Journal of Social Work in Long-Term Care*, 2, 325-338. doi:10.1300/J181v02n03_10

McCormack, B. (2004). Person-centredness in gerontological nursing: An overview of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, *13*(3A), 31-38.

Miller, E. A., Booth, M., & Mor, V. (2008). Meeting the demographic challenges ahead: Toward culture change in an ageing New Zealand. *Australia and New Zealand Health Policy*, 5, 1-8. doi:10.1186/1743-8462-5-5

Miller, S. C., Looze, J., Shield, R., Clark, M. A., Lepore, M., Tyler, D., et al. (2014). Culture change practice in U.S. nursing homes: Prevalence and variation by state medicaid reimbursement policies. *The Gerontologist*, *54*(3), 434-445. doi:10.1093/geront/gnt020

Miller, S. C., Miller, E. A., Jung, H. Y., Sterns, S., Clark, M., & Mor, V. (2010). Nursing home organizational change: The "culture change" movement as viewed by long-term care specialists. *Medical Care Research and Review*, 67, 65S-81S. doi:10.1177/1077558710366862

Monkhouse, C. (2003). Beyond the medical model - The eden alternative in practice: A Swiss experience. *Journal of Social Work in Long-Term Care*, 2, 339-353. doi:10.1300/J181v02n03_11

Moos, R. H. (1980). Specialized living enviroments for older people: A conceptual framework for evaluation. *Journal of Social Issues*, *36*(2), 75-79.

Morgan, S., & Yoder, L. H. (2012). A concept analysis of person centered care. *Journal of Holistic Nursing*, 30, 6-15. doi:10.1177/0898010111412189

Rabig, J., Thomas, W., Kane, R. A., Cutler, L. J., & McAlilly, S. (2006). Radical redesign of nursing homes: Applying the green house concept in Tupelo, Mississippi. *The Gerontologist*, 46, 533-539. doi:10.1093/geront/46.4.533

Rahman, A., Straker, J. K., & Manning, L. (2009). Staff assignment practices in nursing homes: Review of the literature. *Journal of the American Medical Directors Association*, 10, 4-10. doi:10.1016/j.jamda.2008.08.010

Rahman, A. N., & Schnelle, J. F. (2008). The nursing home culture-change movement: Recent past, present, and future directions for research. *The Gerontologist*, 48, 142-148. doi:10.1093/geront/48.2.142

Ransom, S. (2000). *Eden alternative: The Texas project* (No. 2000-4). San Marcos, TX: Institute for Quality Improvement in Long Term Health Care.

Riportella-Muller, R., & Slesinger, D. P. (1982). The relationship of ownership and size to quality of care in Wisconsin nursing homes. *The Gerontologist*, *22*(4), 429-434.

Robinson, S. B., & Rosher, R. B. (2006). Tangling with the barriers to culture change: Creating a resident-centered nursing home environment. *Journal of Gerontological Nursing*, *32*, 19-27.

Ronch, J. L. (2004). Changing institutional culture: Can we re-value the nursing home? *Journal of Gerontological Social Work*, 43, 61-82. doi:10.1300/J083v43n01_06

Ruckdeschel, K., & van Haitsma, K. (2001). The impacts of live-in animals and plants on nursing home residents: A pilot longitudinal investigation. *Alzheimer's Care Quarterly*, *2*, 17-27.

Shield, R. (1990). Liminality in an american nursing home: The endless transition. In J. Sokolovsky (Ed.), *The cultural context of aging worldwide perspectives* (pp. 331-353). New York, NY: Bergin & Garvey.

Shier, V., Khodyakov, D., Cohen, L. W., Zimmerman, S., & Saliba, D. (2014). What does the evidence really say about culture change in nursing homes? *The Gerontologist*, *54*(S1), S6-S16. doi:10.1093/geront/gnt147

Shura, R., Siders, R. A., & Dannefer, D. (2011). Culture change in long-term care: Participatory action research and the role of the resident. *The Gerontologist*, 51, 212-225. doi:10.1093/geront/gnq099

Sloane, P. D., Brooker, D., Cohen, L., Douglass, C., Edelman, P., Fulton, B. R., et al. (2007). Dementia care mapping as a research tool. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, *22*, 580-589.

Spalding, J., & Frank, B. M. (1985). *A consumer perspective of quality care: The residents' point of view*. Paper presented at the National Symposium on Quality Care of the National Consumer Voice for Quality Long-Term Care (the National Citizens' Coalition for Nursing Home Reform), Clearwater Beach, FL.

Stone, R., Reinhard, S., Bowers, B., Zimmerman, D., Phillips, C., Hawes, C., et al. (2002). *Evaluation of the wellspring model for improving nursing home quality no. 550*. New York, NY: Commonwealth Fund.

Talerico, K. A., O'Brien, J. A., & Swafford, K. L. (2003). Person-centered care: An important approach for 21st century health care. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, *41*, 12-16.

Thomas, W. H. (1996). *Life worth living: How someone you love can still enjoy life in a nursing home - The Eden alternative in action*. Acton, MA: Vander Wyk & Burnham.

Thomas, W. H. (2003). Evolution of eden. *Journal of Social Work in Long-Term Care*, *2*, 147-157. doi:10.1300/J181v02n01_10

Tinetti, M. E., & Fried, T. (2004). The end of the disease era. *American Journal of Medicine*, *116*(3), 179-185.

Tobin, S., & Lieberman, M. (1976). *Last home for the aged*. London, UK: Jossey-Bass.

Townsend, P. (1962). *The last refuge*. London, England and Wales: Routledge & Kegan Paul.

Wells, L. M., & Singer, C. (1988). Quality of life in institutions for the elderly: Maximizing well being. *The Gerontologist*, *28*, 266-269.

White, D. L., Newton-Curtis, L., & Lyons, K. S. (2008). Development and initial testing of a measure of person-directed care. *The Gerontologist*, *48*(Suppl 1), 114-123. doi:10.1093/geront/48.Supplement_1.114

Wyllie, R. (2001). *Impact of the eden alternative on Texas nursing home residents' quality of life: A psychological perspective (No. 01-2)*. San Marcos, TX: Texas Long Term Care Institute.

Zimmerman, S., & Cohen, L. W. (2010). Evidence behind the green house and similar models of nursing home care. *Aging Health*, *6*(6), 717-737.

Zimmerman, S., Shier, V., & Saliba, D. (2014). Transforming nursing home culture: Evidence for practice and policy. *The Gerontologist*, 54(S1), S1-S5. doi:10.1093/geront/gnt161

פרק ב:

ההסדרה החוקית של מסגרות הדיור המוסדיות לזקנים בישראל

ישראל (איסי) דורון

רשימת התרשימים

תרשים 1: ההזדקנות בקהילה לעומת הזדקנות ב"מוסדות": תפיסות מושגיות של גבולות
תרשים 2: מתווה הרגולציה החוקית של מסגרות הדיור לזקנים

מבוא

כפי שנסקר בהרחבה בפרק המבוא של ספר זה, רוב הזקנים בישראל מתגוררים בקהילה – כלומר בבתי מגורים בשכונות המגורים ביישובים בכל חלקי הארץ או במסגרות תומכות כמו דיור מוגן או כפר גמלאים, שעדיין נתפסות כמסגרות של חיים עצמאיים בקהילה. רק מיעוט קטן – פחות מ–4% בסך הכול – שוהה במוסדות המכונים "מוסדות לטיפול ממושך" (כלומר, בבתי אבות לזקנים עצמאיים או תשושים או בבתי חולים לאנשים סיעודיים ולתשושי נפש). אף כי הנתונים הסטטיסטיים שהובאו בפרק המבוא הראו כיצד שיעור המיסוד עולה עם הגיל בדרך כלל, התמונה העובדתית הכוללת היא שרוב הזקנים, גם בגילים מתקדמים ביותר, אינם שוהים במוסדות.

אין ספק כי אותם זקנים השוהים במוסדות הם קבוצה ייחודית בעלת מאפיינים ברורים – הן במישור החברתי הן במישור ההשפעות החוקיות. ככלל, חלק ניכר מן הזקנים השוהים במוסדות שאינם מסגרות פרטיות של דיור מוגן הנם עניים, בודדים (אלמנים או אלמנות), בעיקר נשים, בגילים מתקדמים יחסית, ורובם יהודים שלא נולדו בארץ. בהכללה סטטיסטית ניתן לומר שמדובר בקבוצה חלשה במיוחד, אולי החלשה ביותר בקרב כלל הזקנים, וזאת הן בהיבט הבריאות הפיזית הן בהיבטי היכולות הכלכליות הן בהיבטי מערכי התמיכה החברתית בסביבתם.

באשר על כן, ברור כי הרגולציה החוקית בעניין דיירי המסגרות המוסדיות בזִקנה הנה בעלת חשיבות עליונה בהבטחת זכויותיהם החוקיות, כבודם, חירותם ובריאותם. כפי שיפורט בהמשך, דברים אלו יפים גם לעניין הזקנים החיים במסגרות הדיור המוגן הפרטי, שהנם קבוצה חזקה יחסית ובעלת יכולות כלכליות. אם כן, מטרתו של פרק זה היא להציג את המעטפות החוקיות המרכזיות בתחום המיסוד בזִקנה בישראל.

שלושת החלקים הראשונים של פרק זה יעסקו ברגולציה של מסגרות הדיור והמיסוד השונות כהגדרתן בחוק בישראל, דהיינו הדיור המוגן הפרטי, המעונות לזקנים עצמאיים ותשושים וכן בתי החולים לזקנים סיעודיים ותשושי נפש. החלק הרביעי יעסוק בתתי–נושאים משפטיים ספציפיים שהנם בעלי חשיבות עקרונית בתחום זכויותיהם של דיירי המוסדות לזקנים. בסופו של הפרק תוצג התמונה הכוללת וכן מספר תובנות העולות ממנה. לא למותר לציין כי מטרת פרק זה אינה להקיף במלואה את הרגולציה החוקית של המסגרות המוסדיות לזקנים בישראל, אלא להתמקד בהיבטיה העיקריים והמרכזיים בלבד.

1. ההסדרה החוקית של הדיור המוגן הפרטי

במשך שנים ארוכות מערך הדיור המוגן הפרטי בישראל לא היה מוסדר כלל מבחינה חוקית, ולמעשה לא היה נתון להשגחתן של מערכות הפיקוח החוקיות והממשלתיות.[1] הגידול הדרמטי בפעילותן של מסגרות הדיור המוגן בישראל נעשה אפוא לאורך שלושת העשורים האחרונים כמעט בלא כל הסדרה חוקית ישירה. מציאות זו יצרה מצב גלוי של מתח בין המופקדים על הגנת הזקנים ובין הבעלים והיזמים של ענף הדיור המוגן בישראל. בעוד שהראשונים ביקשו ליצור מסגרות פיקוח והגנה המבוססות על מערכות המדינה, מובילי ענף הדיור התומך ביקשו להימנע ממעורבות או פיקוח ממשלתיים (דורון וליטמן, 2004; Lightman & Doron, 2005). מצב זה בא לסיומו הרשמי בעקבות חקיקת חוק הדיור המוגן, התשע"ב–2012 (להלן: "חוק הדיור המוגן").

חוק זה הנו חוק חדש יחסית, ולמעשה טרם הותקנו מכוחו התקנות שאמורות לצקת בו תוכן בהקשרים שונים. הכוונה בעיקר לתקנות מכוח סעיף 13 לחוק, שאמורות להגדיר את התנאים הפיזיים, הסביבתיים, הבטיחותיים והתברואתיים הדרושים להפעלתו התקינה של בית הדיור המוגן. לפיכך, עדיין קשה לעמוד על מידת השפעתו או הצלחתו לחולל שינוי במציאות. עם זאת, נסקור להלן את הוראותיו המרכזיות. הדבר ייעשה מתוך הכרה כי עדיין נדרש זמן כדי להעריך את יעילותן לעניין קידום זכויותיהם של דיירי הדיור המוגן בישראל. מכל מקום, החוק מגדיר לראשונה את גבולותיו החוקיים של הדיור המוגן בישראל, וזאת באופן הבא: בית דיור מוגן מוגדר (בסעיף 1 לחוק) כ"מקבץ דירות המיועד למגורי דיירים, הבנוי במבנה אחד או בכמה מבנים סמוכים, שבו מוצעים לדיירים, תמורת תשלום מצדם, שירותים נוסף על שירותי אחזקה, ניקיון או שמירה". החוק מגדיר "דייר" כ"מי שמלאו לו שישים שנים ומתגורר בדירה בבית דיור מוגן וכן בן זוגו המתגורר עמו בדירה", ו"דירה" – כ"חדר או מערכת חדרים, שנועדו לשמש יחידה שלמה ונפרדת למגורים, ושניתן לנהל בהם משק בית עצמאי". עוד קובע החוק (בסעיף 15) כי לבית דיור מוגן יתקבל רק אדם שהצוות הרב–מקצועי (הכולל רופא, עובד סוציאלי ואחות) אישר "כי הוא מסוגל לדאוג לצרכיו האישיים ולנהל את משק ביתו, גם אם ניתן לו סיוע חלקי". אשר להגדרת תחולתו של החוק, סעיף 56(3) לחוק הדיור המוגן קובע כי החוק אינו חל על בית דיור מוגן בניהול המדינה.

מהגדרות אלו עולה בבירור כי מדובר בחוק הבא להסדיר מסגרות של דיור מוגן פרטי המיועד בעיקרו לזקנים עצמאיים או לזקנים הסובלים לכל היותר מתשישות בלבד, והם זקנים בעלי יכולת כלכלית

[1] הדיון ב"דיור מוגן" לזקנים מתמקד כאן בדיור המוגן הפרטי, ואינו עוסק במה שמכונה "דיור מוגן ציבורי" וכולל דיור מוגן לעולים חדשים במימון המשרד לקליטת עלייה או משרד הבינוי והשיכון, ובניהול חברות ארציות כגון "עמידר" ו"עמיגור" וכן חברות מקומיות דוגמת "חל"ד", "חלמיש" ו"שקמונה". (לעניין הרחבה על אודות דיור מוגן זה ראו פידלמן, 2011).

גבוהה יחסית הממנים את שהותם ללא תמיכת משרד הרווחה. ברור כי זקנים סיעודיים או תשושי נפש אינם רשאים להתקבל לבית דיור מוגן ולהתגורר בו. יתרה מזו, ברור גם כי "בתי אבות" שיחידות הדיור בהם אינן בנויות כיחידות דיור עצמאיות אינם יכולים להיחשב כדיור מוגן.

הכלי החוקי המרכזי שבאמצעותו מבקש החוק להגן על זכויותיהם של דיירי הדיור המוגן הוא כלי חוזי המכונה "מסמך גילוי". הוראת סעיף 17 לחוק מחייבת כל בעל דיור מוגן למסור למי שמבקש להיות דייר – וזאת זמן סביר לפני כריתת הסכם ההתקשרות עמו – מסמך גילוי שבו יפורטו עניינים מהותיים רבים ושונים, לרבות זהות הבעלים, זכויותיו במקרקעין, תיאור הדירה, תיאור השטחים הציבוריים, פירוט תקופת הניסיון, תיאור השירותים שיספק בעל הדיור המוגן, התשלומים שצריך לשלם ותנאיהם (ובכלל זה הפיקדון, דמי האחזקה, מועדי התשלום, מנגנון העדכון), ועוד. ההיגיון העומד בבסיס הוראת חוק זו הוא מתן האפשרות לכל מי שמבקש להיות דייר בדיור מוגן לקבל מידע שלם, מלא ומפורט על אודות מכלול זכויותיו וחובותיו, וזאת באופן שיאפשר לו לכרות חוזה מתוך הבנה מלאה של תוכן ההתקשרות ומשמעותה הכספית מספיק זמן לפני חתימת החוזה.

החוק גם כולל פרק שלם העוסק בזכויות הדיירים (פרק ד לחוק). בין היתר נאמר שם כי "דייר זכאי לנהל את אורח חייו בדירתו בבית דיור מוגן בדרך הנראית לו, ובלבד שאין בכך כדי להפריע לזולתו ואין בכך משום הפרה של כללי ההתנהגות בבית הדיור המוגן" (סעיף 31 לחוק), וכי "דייר רשאי להתקשר עם כל נותן שירות, בהסכם למתן שירות אישי או שירות אחר בדירתו, ובלבד שהודיע לבעל רישיון ההפעלה על רצונו להתקשר כאמור והוא לא התנגד להתקשרות זו" (סעיף 32 לחוק). אחד החידושים החשובים שהחוק חידש בתחום הזכות לשכן מטפל זר בדיור מוגן הוא הקביעה העקרונית כי "דייר רשאי לשכן בדירתו, באופן זמני או מתמשך, באחריותו ובמימונו, מטפל מטעמו, לאחר שקיבל לכך אישור מאת בעל רישיון ההפעלה ובלבד שהדירה מותאמת למגורי אדם נוסף" (סעיף 33(א) לחוק).

בצד פרק זה פזורות בחוק הוראות רבות נוספות המחייבות לדוגמה לשמור על כבודם ופרטיותם של הדיירים (סעיף 22 לחוק) ולבדוק את שלומם ורווחתם (סעיף 23 לחוק). אם כן, בחוק הדיור המוגן בהחלט ניתן לראות כיצד ניסה המחוקק לעגן, ככלל, את תפיסת העולם הערכית כי בדיור מוגן – בשונה ממסגרות מוסדיות אחרות שייסקרו כאן בהמשך הדברים – יש לתת משקל רב לאוטונומיה ולחופש הבחירה של הדייר ולהעניק לו אפשרות לחיות את חייו על פי העדפותיו ורצונותיו, ובלבד שאינו פוגע בדיירים אחרים או בכללי התנהגות בסיסיים המעוגנים בחוזה ההתקשרות המחייב שכרת. היבט זה הנו היבט מרכזי בחוק הדיור המוגן בישראל, ואמור להיות אחד ממאפייניו הייחודיים, המבדילים בינו ובין מסגרות הרגולציה האחרות של מוסדות לזקנים בישראל.

אך יש לזכור כי אחת הסיבות המרכזיות שהביאו לחקיקת חוק הדיור המוגן הייתה הרצון להגן על הדיירים הזקנים מפני קריסה כלכלית של הבעלים. ההסדר המקובל בשוק הדיור המוגן הנו תשלום פיקדון חד–פעמי גבוה מאוד (שעשוי להגיע לכדי מאות אלפי ש"ח ויותר), וזאת נוסף על התשלום החודשי הקבוע והשוטף וכן התשלום המשתנה בהתאם לצריכת השירותים בפועל. עד חקיקת החוק למעשה לא הייתה שום רגולציה של הבטוחות המשפטיות והכלכליות שניתנו לדיירים במקרה שבו בעל הדיור המוגן יפשוט את הרגל. אחד החידושים החשובים שהחוק יצר בהקשר זה הנו הטלת חובה על בעלי הדיורים המוגנים ליתן לדיירים בטוחה חוקית–כלכלית (דהיינו ערבות בנקאית, או חוזה

ביטוח, או העברת חלק מן הפיקדון לחשבון נאמנות, או רישום משכנתא ראשונה לטובת הדייר), באופן שיבטיח את חלק הארי של הפיקדון גם במקרה של קריסה כלכלית של הבעלים ואבדן כושר הפירעון שלו (וראו סעיף 27 לחוק).

לבסוף, יש לזכור כי חוק הדיור המוגן כולל מארג מורכב של מסגרות פיקוח ובקרה אשר אמורות לגרום לכך שהוראותיו אכן ייושמו בפועל ושזכויות הדיירים בו אכן יישמרו. ראשית, החוק יוצר "ישות חדשה" בדמות "ממונה דיור מוגן", שתפקידו לטפל בפניות הציבור והדיירים בבתי הדיור המוגן (סעיף 47 לחוק). שנית, החוק מסמיך את הממונה למנות מפקחים שתפקידם לפקח על ביצוע הוראות החוק, לרבות הענקת סמכויות לבדוק מידע רלוונטי ולאספו (פרק ה לחוק). עוד קובע החוק כי הדיירים רשאים למנות נציגות שתהא מוסמכת לייצגם לפני הבעלים והמנהלים (סעיף 35 לחוק).

כאמור, מדובר בחוק שיישומו החל רק לפני שנתיים בערך, ומרכיבים משמעותיים שלו הטעונים התקנת תקנות טרם בוצעו נכון למועד כתיבת שורות אלו. בהקשר זה יהיה מעניין להתחקות אחרי השפעת החוק על דפוסי הפעילות של הדיור המוגן בישראל ועל בתי האבות הפועלים כיום מכוח חוק הפיקוח על מעונות, התשכ"ה–1965, שייסקרו בחלק הבא של פרק זה.

2. ההסדרה החוקית של מעונות לזקנים עצמאיים או תשושים

מבחינה היסטורית, חלק הארי של הזקנים שהתגוררו במסגרות מוסדיות בישראל שהו במוסדות שכונו "בתי אבות", ובפועל באו בגדרם של "מעונות לזקנים עצמאיים ותשושים" כהגדרתם בחוק הפיקוח על מעונות, התשכ"ה–1965. מדובר בחוק מיושן שנחקק בשנות ה–60 של המאה הקודמת, והיה חלק מחקיקת המסגרת הסוציאלית של אותה תקופה. חקיקה זו התאפיינה בשעתו בתפיסת עולם שלפיה אחריות המחוקק הנה ליצור מעטפת כללית ביותר, בעוד שאת הפרטים המהותיים יקבעו אנשי המקצוע והפקידות המקצועית במסגרת חקיקת תקנות ששר הרווחה הוסמך להתקינן מכוח החוק. מפתיע לגלות שקרוב ל–50 שנים לאחר חקיקת החוק, לא זו בלבד שהוא כמעט שלא השתנה, אלא החוק עדיין מהווה את המעטפת החוקית לרגולציה של התחום.

החוק עצמו כמעט שאינו כולל היבטים מהותיים וספציפיים הנוגעים למוסדות לזקנים דווקא, אלא מעגן מספר עקרונות יסוד חוקיים (דורון, 1997, 2002).[2] ראשית, סעיף 2 לחוק קובע כי כל בית אבות (מעון לזקנים עצמאיים או תשושים) חייב לקבל רישיון מהשר. כלומר, עקרון היסוד הוא שלא ניתן להפעיל בית אבות בלא להחזיק ברישיון לכך ממשרד הרווחה. ברם – מה הם התנאים? מה הן הדרישות? החוק שותק בנידון ומניח שהנושא יוסדר בתקנות. שנית, סעיף 7 לחוק מעניק סמכות פיקוח וסמכות למנות מפקחים שתפקידם לאכוף את הוראותיו. אך גם כאן החוק שותק, וסוגיות כגון זהותם של המפקחים, הכשרתם או כישוריהם אינן מוסדרות בחוק כלל. זאת ועוד, סעיף 9 לחוק קובע כי פתיחת בית אבות חדש או הפעלת בית אבות קיים ללא רישיון הנה עבירה פלילית, ובכך

[2] על פי סעיף 6 לחוק, "מעון" מוגדר כ"מקום המשמש, או הנועד לשמש, כולו או חלקו, מקום מגורים או מקום שהיה לילדים, לזקנים, לבעלי מום גופני, או ללוקים בשכלם, והכל כשהם מחוץ למשפחתם, או מוסד כמשמעותו בחוק הפיקוח על מוסדות לטיפול במשתמשים בסמים, תשנ"ג–1993, המשמש או שנועד לשמש לטיפול (להלן – חוסים)". הגדרה זו קבעה מעטפת חוקית זהה הן עבור "בתי אבות" הן עבור מסגרות מוסדיות לילדים, לאנשים עם מוגבלות, לאנשים עם מחלות נפש ועוד. זאת, ללא כל הבחנה או הסדרה ייחודית במישור החקיקה הראשית.

ממלא החוק את תפקיד ההרתעה. לבסוף, ואולי החשוב מכול, החוק מעניק סמכות לשר להסדיר בחקיקת משנה את כל הנושאים שלא פורטו בחוק.

כפי שהובהר לעיל, הפעלת "בית אבות" ללא רישיון הנה עבירה פלילית. לפיכך, אין כל ספק כי בתי אבות הפועלים ללא רישיון חוקי ולמעשה מחוץ למעטפת הפיקוח החוקית של משרד הרווחה ("המוסדות הפירטיים") או מוסדות הפועלים בלא לעמוד בסטנדרטים שנקבעו בחוק ובתקנות הנם תופעות בלתי חוקיות. משרד הרווחה מוסמך לסגור מוסדות כאלה ואף להעניש את מפעיליהם. בפועל, המציאות מורכבת יותר, ולעתים האכיפה אינה כה פשוטה, במיוחד כאשר נוצר קושי לתת מענה מהיר והולם לדיירים השוהים במעונות לא חוקיים אלו.

לאורך השנים התקינו השר ואנשי המקצוע במשרדו תקנות שונות המסדירות את פעילותם של המעונות לזקנים עצמאיים או תשושים. להלן נתאר את שלושת קובצי התקנות המרכזיים: תקנות הפיקוח על מעונות (דרכי פיקוח), התשכ"ח–1967; תקנות הפיקוח על מעונות (תקן עובדי מעונות לזקנים והכשרתם ותנאי כשירותם של מנהלי מעונות לזקנים), התשל"ז–1977; תקנות הפיקוח על מעונות (תנאי המגורים וטיפול בזקנים עצמאיים ותשושים במעונות לזקנים), התשס"א–2001.

תקנות הפיקוח על מעונות (דרכי פיקוח), התשכ"ח–1967 היו אמורות להסדיר את מכלול נושא הפיקוח והאכיפה בתחום בתי האבות, אך למעשה כוללות הן רק שש תקנות הדנות בסוגיות חוקיות בסיסיות ביותר כגון חובת המפקח להציג תעודת פקח כאשר מי שעומד להיחקר על ידו דורש זאת, החובה לנהל פנקס חוסים, החובה לנהל תיק אישי לכל חוסה, החובה לנהל תיק אישי לכל עובד והחובה להמציא מאזן כספי מסודר מדי שנה. למעשה, משרד הרווחה הקים ועיצב עם השנים מערך בקרה ופיקוח מורכבים ויסודיים בתחום בתי האבות, המוכר כפיקוח בשיטת הרף (פליישמן ואחרים, 1995–1994; פליישמן, 1997). ברם, עד היום שיטת פיקוח זו אינה מעוגנת באופן פורמלי במישור הסטטוטורי בתקנות. התקנות עצמן חסרות בעליל מרכיבים רבים בכל הנוגע להכשרת המפקחים ודרישות הידע שלהם בתחום הזִקנה; אין פירוט סטטוטורי של אופן ביצוע הביקורת ובכלל זה ביקורות פתע; אין כל הגדרה של מערך תמריצים למי שעומד בדרישות העולות על אלו המינימליות ואף משתפר עם השנים.

קובץ התקנות השני הנו תקנות הפיקוח על מעונות (תקן עובדי מעונות לזקנים והכשרתם ותנאי כשירותם של מנהלי מעונות לזקנים), התשל"ז–1977.[3] התקנות בנויות בצורה לוגית, ומסדירות את תחום כוח האדם במעונות על בסיס קביעת התקן, קביעת הגדרות התפקיד והגדרת הכישורים הנדרשים. כך, לדוגמה, בהקשר העבודה הסוציאלית קובעות התקנות כי התקן יהיה "משרה לעובד סוציאלי לכל 75 דיירים" (תקנה 2(3) לתקנות); לפי הגדרת התפקיד שנקבעה, העובד הסוציאלי יהיה "אחראי לרווחתו החברתית של הזקן במעון" (תקנה 7 לתקנות); הכישורים הנדרשים שהוגדרו הם כי "העובד הסוציאלי במעון יהיה כשיר לעבודה סוציאלית" (תקנה 8 לתקנות). מבנה עקרוני זה מפורט בתקנות בעניינם של כל בעלי התפקיד והעובדים במעונות.

מערך התקנות האחרון הנו תקנות הפיקוח על מעונות (תנאי המגורים וטיפול בזקנים עצמאיים ותשושים במעונות לזקנים), התשס"א–2001. מדובר במערך תקנות חדש יחסית, העוסק בהיבטים

[3] משרד הרווחה לא הצליח להביא לאישורן של תקנות חדשות ועדכניות שהיו אמורות להחליף תקנות מיושנות אלו.

מהותיים רבים ושונים. ראשית, התקנות מגדירות מושגי יסוד כגון "זקן עצמאי", "זקן תשוש" ו"זקן סיעודי" (תקנה 1 לתקנות). שנית, התקנות מגדירות את חובותיו של מנהל המעון (תקנה 5 לתקנות).[4] התקנות גם מפרטות בצורה נרחבת את הדרישות הנוגעות למבנה המעון ומתקניו (פרק ב לתקנות).[5] זאת ועוד, התקנות מסדירות את קבלת הזקנים למעון והטיפול בהם (פרק ג לתקנות).[6] נוסף על כך, התקנות מגדירות מה הם השירותים שיוענקו לדיירים הזקנים במעון (פרק ד לתקנות).[7] ולבסוף, התקנות כוללות הוראות שונות בדבר דיווחים וביטוחים שעל המעון לבצע (פרק ה לתקנות).

מן הראוי לציין כי עם תקנות אלו נמנית תקנה ספציפית (תקנה 33 לתקנות), העוסקת בשמירת זכויותיהם של הדיירים וקובעת, בין היתר, כדלהלן:

> מנהל המעון ידאג כי... (2) כל זקן יוכל להזמין ולהתקין מכשיר טלפון בחדרו;... (5) יתחשבו ברצונו של הזקן בכל הנוגע לטיפול בו, ויוענק יחס של כבוד לזקן מצדו ומצד צוות המעון;... (7) לזקן תהיה זכות לקבלת מבקרים, ובלבד שלא תיגרם הפרעה ופגיעה בזקנים אחרים.

ההסדרה החוקית המפורטת לעיל שונה בתכלית מזו שתוארה בחוק הדיור המוגן. ראשית, עיקר ההסדרה הנה בתקנות ולא בחקיקה הראשית (ולמעשה אין חקיקה ראשית ספציפית בדבר מעונות לזקנים עצמאיים או תשושים). שנית, "רוח" התקנות ותוכנן מעבירים מסר ברור של פטרנליזם וגילנות: הזקנים נתפסים כחסרי יכולת לדאוג לעצמם, היקף הבחירה המוענק להם הוא מינימלי, ותפקיד מנהל המעון והצוות הוא להגן ולשמור (דורון, 1997). אין כמעט ביטוי לחופש בחירה, לאוטונומיה או למה שמכונה כיום "מדיניות הממוקדת בלקוח", אלא הרגולציה מזכירה את אופיים של המוסדות הטוטליים שאותם מתאר גופמן בספרו (גופמן, 2006). לבסוף, מדובר בחוק מיושן, שמרבית התקנות מכוחו מיושנות אף הן. נדמה שהגיעה העת לביצוע רפורמה של ממש במסגרת רגולטיבית זו, כפי שיפורט בסיכום.

3. ההסדרה החוקית של בתי חולים לחולים סיעודיים ולתשושי נפש

הקבוצה החלשה ביותר במוסדות לזקנים היא הזקנים הסיעודיים או תשושי הנפש. בהקשר זה יש לזכור כי פרק זה אינו דן בקבוצות זקנים נוספות דוגמת הזקנים הסיעודיים השיקומיים או הזקנים הסיעודיים המורכבים או המונשמים, שכן הטיפול בהן נמצא בתחום אחריותן של קופות החולים, ובדרך כלל ניתן הוא במסגרת מערכות הטיפול האקוטיות או בבתי החולים הכלליים או (לתקופה מוגבלת) במסגרות שיקומיות. תפיסת העולם הרגולטיבית הבסיסית במדינת ישראל היא שזקנים סיעודיים או תשושי נפש הנם "חולים", ולפיכך "בתי חולים" הם המוסדות המטפלים בהם. באשר על כן, מארג הרגולציה החוקית מעוגן במסגרת המערכת החוקית הכללית החלה על בתי חולים ועל מערך זכויות החולים.

---

[4] לדוגמה, מנהל המעון חייב לדאוג במסירות לצרכיו הגופניים והנפשיים של כל אחד מן הזקנים השוהים במעון ולהבטיח את שלומם ואת רווחתם (תקנה (5)1 לתקנות).

[5] לדוגמה, התקנות דורשות כי במעון תהיה אספקת מים חמים במשך 24 שעות ביממה (תקנה10(ב) לתקנות).

[6] לדוגמה, התקנות קובעות כי "לא יתקבל למעון זקן שאינו מבוטח לפי חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד–1994 אלא אם כן הוא מבוטח בביטוח רפואי אחר" (תקנה 26(ג) לתקנות).

[7] לדוגמה, התקנות קובעות כי "מנהל המעון... ידאג לתזונה מתאימה לכל זקן השוהה במעון, לפי סל מזונות שבועי שייקבע לאחר התייעצות עם תזונאי" (תקנה 34(א)(1) לתקנות).

מכלול מערך הבריאות בישראל בהקשרו הכללי (דהיינו, הקמתם והפעלתם של מוסדות רפואיים, בתי חולים, מרפאות וכיו"ב) מוסדר בפקודת בריאות העם, 1940 מתקופת המנדט. מדובר בדבר חקיקה "חובק עולם" המסדיר (במישור הכללי) קשת עצומה של נושאים בתחומי הבריאות והרפואה. זאת, החל בבתי עלמין, עבור במחלות מידבקות וכלה במוסדות רפואיים (כמעט לכל סוגיהם). בדומה לחוק הפיקוח על מעונות, הפקודה עצמה כוללת מעט מאוד הוראות מהותיות, ולמעשה מעבירה היא את סמכות ההסדרה המפורטת והמעמיקה לידי מנכ"ל משרד הבריאות ומינהל שירותי הרפואה. ואכן, לאורך השנים הסדירו מאות נהלים מטעם מנכ"ל משרד הבריאות את מכלול פעילותן החוקית של מערכות הבריאות השונות בישראל. ניתן לומר שבדרך כלל אין שום מוסד, מכון, מרפאה, או בית חולים שאינו חייב לקבל רישיון מטעם משרד הבריאות, ואין שום רישיון שהתנאים לקבלתו אינם מפורטים בחוזרי מנכ"ל ספציפיים בתחום.

בצד פקודת בריאות העם המנדטורית ישנו מערך חקיקה משלים המסדיר מבחינה חוקית את פעילותם של אנשי המקצוע הרפואיים בישראל. גם בהקשר זה כמעט שאין כיום בישראל פרופסיה רפואית או פרה-רפואית שאיננה מוסדרת במסגרת חקיקתית: לרופאים – פקודת הרופאים [נוסח חדש], התשל"ז-1976; לרופאי שיניים – פקודת רופאי השיניים [נוסח חדש], התשל"ט-1979; לאחיות בבתי חולים – תקנות בריאות העם (עוסקים בסיעוד בבתי חולים), התשמ"ט-1988; לפיזיותרפיסטים, מרפאים בעיסוק, תזונאים, קלינאי תקשורת, כירופרקטורים, ופדיאטרים – חוק הסדרת העיסוק במקצועות הבריאות, התשס"ח-2008, ועוד.

זכויותיהם הבסיסיות של כלל החולים בישראל מעוגנות גם בחוק זכויות החולה, התשנ"ו-1996 (להלן: "חוק זכויות החולה"). דבר חקיקה יסודי וחשוב זה חל על כלל החולים בישראל. מכלול הזכויות על פי החוק שמור גם לזקנים סיעודיים ותשושי נפש משום שהם מוגדרים כחולים בעת שהותם בבתי החולים הסיעודיים. חוק זכויות החולה קובע מכלול של זכויות יסוד, החל בזכות לפרטיות ולסודיות וכלה בזכות לקבל חוות דעת נוספת או לדרוש מאנשי הצוות הרפואי למסור פרטים מזהים. אך זכות היסוד המרכזית המעוגנת בחוק זכויות החולה – וממנה אמורים ליהנות כלל החולים הזקנים – הנה זכות השליטה בקבלת ההחלטות הרפואיות. בהקשר זה קובע החוק את העיקרון שאסור להעניק טיפול רפואי לאדם (לרבות זקנים סיעודיים) בלי לקבל את הסכמתו מדעת. החוק מפרט וקובע כי כדי שהסכמה תהיה "מדעת" על הרופאים לתת מידע בדבר דיאגנוזה, פרוגנוזה, סיכונים וסיכויים, חלופות טיפוליות, וכן עליהם לגלות לחולה אם הטיפול הוא ניסיוני. כאשר מדובר בזקנים תשושי נפש החסרים את יכולת ההבנה הקוגניטיבית הנחוצה לשם כך, חלה חובה זו כלפי האפוטרופוס שלהם.

לבסוף, ככל שאמורים הדברים במדינת ישראל מימון שירותי הבריאות ויצירת מעטפת ביטוחית-סוציאלית לקבלת שירותי בריאות מוסדרים בחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994. חוק זה עיגן את זכותם של כלל תושבי ישראל לקבל סל שירותי בריאות שמספקות קופות החולים בישראל. ברם, בשל טעמים היסטוריים שיפורטו בהמשך, האשפוז הסיעודי הממושך של זקנים סיעודיים או תשושי נפש נותר באחריות משרד הבריאות ולא נכלל בסל שירותי הבריאות הבסיסי באחריות קופות החולים. לפיכך, חוק ביטוח בריאות ממלכתי אינו חל על זקנים סיעודיים או תשושי נפש המצויים במסגרות מוסדיות.

ממכלול החוקים המורכב הזה עולה כי במישור העקרוני הרגולציה החוקית של המוסדות הרפואיים לזקנים סיעודיים או תשושי נפש נתפסת לכל דבר ועניין כמו רגולציה של בתי חולים. אגף הגריאטריה

במשרד הבריאות הסדיר באופן חוקי את פעילות המוסדות הרפואיים לזקנים סיעודיים או תשושי נפש באמצעות שורה ארוכה של נהלים ספציפיים (משרד הבריאות, 2007ב). נקודת המוצא החוקית בהקשר זה דומה לזו של חוק הפיקוח על מעונות: בדומה לכל בית חולים, לא ניתן להקים ולהפעיל מסגרת מוסדית לזקנים סיעודיים ותשושי נפש מבלי לקבל רישיון לשם כך ממשרד הבריאות. התנאים והדרישות שנקבעו לצורך קבלת הרישיון מפורטים במסגרת נהלים של משרד הבריאות. ואכן, ספר הנהלים בעניין זה הנו ארוך ומקיף, נרחב ומפורט, ועוסק במגוון נרחב של נושאים (החל בשירות הסוציאלי וכלה במזון ובתחזוקה), וקצר המצע מהשתרע. בהקשר זה נסתפק בציון העובדה כי במסגרת נוהלי בתי החולים הגריאטריים יצא נוהל זכויות המטופל, ולו צורף נספח הנקרא "מגילת זכויות המטופל" (משרד הבריאות, 2007א). מגילה זו חוזרת על עיקרי הזכויות המפורטות בחוק זכויות החולה, ומציינת כי בכל מוסד רפואי גריאטרי יהיה גורם האחראי לשמירה על זכויות המטופל, ותפקידו לקבל תלונות של מטופלים ומשפחותיהם, וכן לייעץ להם בכל הקשור למימוש זכויותיהם ולסייע להם בכך (סעיף 14 למגילה).

אם כן, במישור העקרוני ברור שהמוסדות הגריאטריים לטיפול ממושך בזקנים סיעודיים ותשושי נפש הם מסגרות רפואיות שהרגולציה החוקית שלהן הנה מקיפה, פרטנית, וספציפית, ונעשית הן מכוח חוקי הבריאות הכלליים הן מכוח סדרה ארוכה ומפורטת של נהלים מקצועיים. העמדה הבסיסית היא שדיירי המוסדות הללו הם "חולים", ומארג זכויותיהם הנו כשל חולים. מבנה חוקי כזה יוצר קושי אינהרנטי, שכן הוא מתמקד אך ורק בהקשר הרפואי–מחלתי של הזקנים, ונותן משקל מועט להיבט ה"מגורים" או להיבט ה"בית" שקיימים במוסדות האלה בפועל עבור הזקנים השוהים בהם. גישה זו עולה בקנה אחד עם התפיסה הפטרנליסטית הכללית שתוארה גם בהקשר המעונות לזקנים עצמאיים או תשושים בפיקוח משרד הרווחה. לפי תפיסה זו, הזקנים במוסדות הם חסרי ישע וחולים, ועיקר תפקידו של המוסד הוא "לטפל" בהם ולדאוג לרווחתם. אין עיסוק מספיק בעיצוב השירותים מתוך התמקדות ברצונותיהם, בהעדפותיהם ובהעצמתם של הזקנים, ולא ניתן חופש בחירה בקבלת השירותים.

4. סוגיות משפטיות ספציפיות בתחום מעמדם וזכויותיהם של דיירי מוסדות לזקנים

4.1 בית או מוסד? מעמדם החוקי של מוסדות לזקנים.

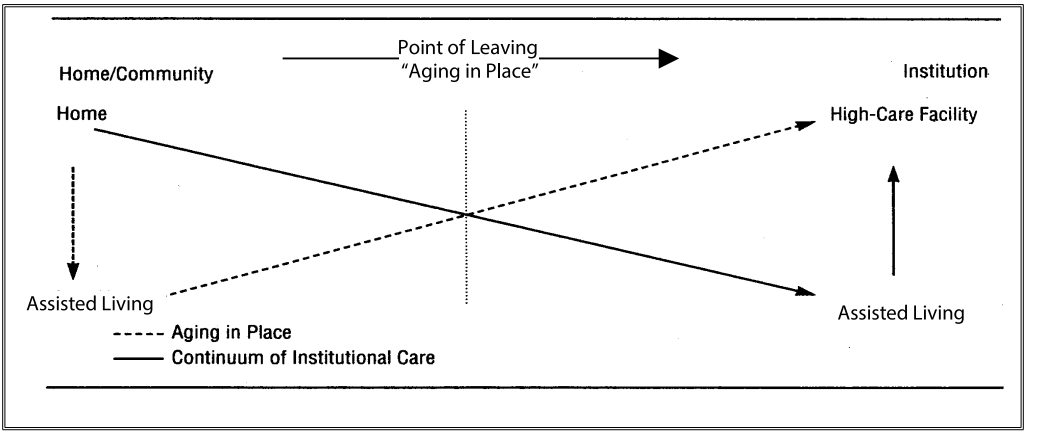
אחת השאלות המשפטיות המעניינות בתחום הרגולציה החוקית של מסגרות מוסדיות לזקנים היא האם "מעמדו" של מקום המגורים במסגרות אלו הנו של דירת מגורים רגילה או של "מוסד" במובן בית חולים? התשובה לשאלה זו הנה בעלת השלכות חוקיות מרחיקות לכת בהקשרים מגוונים ורבים. כך למשל הזכות לגמלת סיעוד מכוח חוק הביטוח הלאומי [נוסח משולב], התשנ"ה–1995 נשללת ממי שנמצא ב"מוסד", וגם הארנונה על "מגורים" שונה לחלוטין מזו המשולמת על שטח שהנו "מוסד".

סוגיה זו הוכרעה מבחינה חוקית במדינת ישראל בשנת 1995. הדבר נעשה במסגרת תיקון חוק התכנון והבניה, תשכ"ה–1965, אשר קבע (בסעיף 63א) כי יש לראות מעונות לזקנים עצמאיים או תשושים כ"מגורים" לצורך הגדרת ייעוד הקרקע בתכניות מתאר (דורון, ברנט ודוידי, 2004). בעקבות תיקון חקיקתי זה הכירה הפסיקה בדיירים זקנים בדיורים מוגנים – ואפילו בדיירים

זקנים תשושים הנמצאים במעונות בפיקוח משרד הרווחה – כמי שממשיכים לגור ב"דירתם" וב"קהילתם". למשל, ההכרה ב"מעמד" זה אפשרה להקים דיור מוגן ומעונות לזקנים עצמאיים או תשושים בשכונות מגורים ללא צורך בקבלת היתר ל"שימוש חורג", וכן אפשרה לדיירים במסגרות "תומכות" כאלה להמשיך לקבל גמלת סיעוד. מדובר בהכרעה משפטית בעלת חשיבות עקרונית רבה, שכן היא מכירה בכך שיש להמשיך לראות את הזקנים כמי שגרים בקהילה וגרים בדירתם לעניין מעמדם ומכלול זכויותיהם ככאלה, וזאת גם אם עוזבים הם את דירת המגורים שלהם ועוברים לדיור מוגן או אפילו למעונות לזקנים עצמאיים או תשושים.[8] בכך שונים הם באופן מהותי מדיירים המאושפזים בבתי חולים לאנשים סיעודיים ולתשושי נפש של משרד הבריאות, שבעניינם אין מחלוקת כי מדובר במסגרת "מוסדית" במישור החוקי, על מכלול ההשלכות החוקיות הנובעות מכך.

סוגיית ההגדרה צופנת בחובה גם הכרעה חברתית בדבר הבנת המושג "הזדקנות במקום (Aging in place)" (דורון וליטמן, 2004; Lightman & Doron, 2005). זאת, במיוחד בהקשר של דיור מוגן ומסגרות דיור לזקנים עצמאיים (Lightman, 1992).

תרשים 1: ההזדקנות בקהילה לעומת הזדקנות ב"מוסדות": תפיסות מושגיות של גבולות (Lightman, 1992)



כפי שניתן לראות בתרשים 1, ניתן למקם את הדיור התומך בשתי צורות. הראשונה (המסומלת בצד שמאל באמצעות קו מקווקו) יוצאת מנקודת מבט של הזדקנות במקום, וממקמת את הדיור התומך כחלק אינטגרלי של מכלול המגורים העצמאיים בקהילה. במסגרת זו הדיור התומך משמש כאלטרנטיבה לדירת המגורים הרגילה. הדבר נעשה באמצעות יצירת מסגרת דיור דומה

[8] זכותם של דיירי מחלקות ל"תשושים" לקבל גמלת סיעוד הנה סוגיה משפטית שנויה במחלוקת המעוררת שאלות משפטיות החורגות מגדרי הדיון של פרק זה. כאן נסתפק בציון העובדה כי מחד גיסא נפסק בעניין גורה כי דיירי מחלקות "תומכות" במעונות פרטיים זכאים להמשיך לקבל גמלת סיעוד כאילו הם גרים בדירתם ולא במוסד. מאידך גיסא, בעניין נזימה נפסק כי מחלקת "תשושים" במוסדות בפיקוחו ובמימונו של משרד הרווחה תיחשב כ"מוסד סיעודי" לצורך שלילת הזכות לקבל גמלת סיעוד.

בקהילה בצד הענקת שירותי תמיכה במצבי מוגבלות. לעומת זאת, צורת המיקום השנייה (המסומלת בצד ימין באמצעות הקו האחיד) יוצאת מנקודת מבט של המשכיות בטיפול מוסדי, שלפיה היציאה מדירת המגורים והמעבר למסגרת הדיור התומך הנם כשלעצמם "יציאה" מההזדקנות במקום והתחלה (באופן מתון או כשלב ראשוני) במסלול הטיפול המוסדי בזקנים. לפי תפיסת העולם הרואה בדיור תומך כלי לשמירת האוטונומיה והעצמאות והמעמד של הזקנים בחברה, מיקומו של הדיור התומך שונה באופן מהותי מזה של המסגרת הטיפולית המוסדית מבחינת הקונספציה האידאולוגית והחברתית.

4.2 חובתם החוקית של בני משפחה לממן את שהותם של הוריהם הזקנים במוסדות.

כפי שעולה מסקירת ההסדרה החוקית של כל מסגרות הדיור דלעיל, האשפוז הסיעודי הממושך במסגרות הדיור השונות – הדיור המוגן, המעונות לזקנים עצמאיים או תשושים ואף בתי החולים הסיעודיים – אינו כלול בסל שירותי הבריאות מכוח חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד–1994. לכאורה משמעות הדבר היא כי מבחינה חוקית החובה לממן את עלות האשפוז מוטלת על היחיד, ולא על המדינה. אשר לדיור המוגן, הוא התפתח מלכתחילה כחלופה פרטית עבור המעמדות הגבוהים יותר המבקשים דיור איכותי בגיל מבוגר, כפי שתואר לעיל. אולם המצב המשפטי האמור הנו בעייתי ביותר כאשר מדובר בזקנים עניים וחסרי כול הזקוקים להסדר מוסדי ואין להם בני משפחה או מעגלי תמיכה בקהילה, ובמיוחד כאשר מדובר בזקנים סיעודיים ותשושי נפש שאין ביכולתם לממן אשפוז סיעודי ממושך.

מבחינה היסטורית, הן משרד הרווחה הן משרד הבריאות מימנו לזקנים נזקקים את עלות האשפוז הממושך במעונות לזקנים עצמאיים או תשושים ובבתי חולים סיעודיים. אולם מימון זה היה תלוי בעמידה במבחן נזקקות לא רק של הזקנים עצמם, אלא גם של בני משפחותיהם. הטלת חובת מימון זו עוגנה מבחינה חוקית במסגרת נהלים של משרד הרווחה ושל משרד הבריאות. נהלים אלו היו שונים בתוכנם והטילו חובות מימון שונות. כך, לדוגמה, חוזר מס' 24/2005 של מנכ"ל משרד הבריאות קבע בשעתו את היקף התמיכה בהתבסס על מבחן נזקקות שכלל רק את הזקנים עצמם, בני זוגם וצאצאיהם הבגירים, בעוד שהוראה 4.8 לתקנון עבודה סוציאלית של משרד הרווחה כללה גם את החתנים והכלות במבחן הזה (משרד הבריאות, 2005; משרד הרווחה, 2013). ההצדקה ההיסטורית להטלת אחריות על המשפחה באמצעות מבחן נזקקות זה נבעה לא רק ממשאבים מוגבלים, אלא גם מהחוק לתיקון דיני המשפחה (מזונות), תשי"ט–1959, אשר הטיל חובת תשלום מזונות רחבה על מעגלים משפחתיים רחבים, וזאת בצד קביעת זכותן של רשויות הרווחה שהעניקו סיוע לנזקקים לתבוע מבני המשפחה את עלותו.

אך מצב משפטי שבו ילדים מבוגרים של הורים זקנים נאלצים לשלם אלפי ש"ח בכל חודש בשל הצורך של הוריהם באשפוז מוסדי יוצר מציאות מורכבת ובעייתית ביותר. לא בכדי הגיע הנושא לפתחו של בית המשפט העליון יותר מפעם אחת. פסק הדין התקדימי בהקשר זה ניתן בפרשת שחם. אביו של עו"ד אריה שחם, מר אברהם פינקלשטיין ז"ל, אושפז בשנת 2002 בבית חולים, ובמהלך האשפוז קבעו הרופאים כי הוא זקוק לאשפוז סיעודי ולהשגחה מתמדת. למר פינקלשטיין ז"ל היו שלושה בנים, ושניים מהם התגוררו בישראל: ראובן – שכל הכנסתו הייתה מפנסיה זעומה – ועו"ד אריה שחם. הבן השלישי התגורר מחוץ לישראל. בעקבות ההכרה בצורך לאשפז את האב פנה עו"ד שחם למשרד הבריאות בבקשה להכיר באביו כ"חולה סיעודי".

ואכן, בנובמבר 2002 ניתן אישור זה, והוגשו הצהרותיהם של העותר ואחיו בדבר מצבם הכלכלי. בדצמבר 2002 שוגרה לעו"ד שחם הודעה שבה פורט כדלהלן כיצד תמומן ההוצאה החודשית הכרוכה באשפוז אביו, שהיה חולה סיעודי: השתתפות האב הזקן בסכום של 3,547 ש"ח, עו"ד שחם – 4,995 ש"ח והאח ראובן – 775 ש"ח. העותר סבר שהחיוב הנו בלתי חוקי, ולפיכך ערער על גובה החיוב וגם הגיש עתירה לבג"צ על עצם החיוב. האב נפטר בטרם ניתן פסק הדין.

בית המשפט העליון, בדונו במצב החוקי שלפיו בני משפחה מחויבים לממן את אשפוזם של הוריהם הזקנים, דחה את העתירה בקבעו כדלקמן (בעמ' 394–393 לפסק הדין):

> הזכאות לאשפוז הינה זכות חברתית שהכול מסכימים כי חשיבותה רבה, אולם הואיל ואין לך חברה שמשאביה אינם מוגבלים, גם יישומה של זכות זו כפוף למסגרת תקציבית... לעניין זה כבר נפסק כי "אין רשות, הפועלת בחברה על–פי חוק, רשאית ויכולה להתעלם מאילוצי תקציב ולספק שירותים ללא חשבון, ותהא חשיבותם של השירותים רבה וחיונית ככל שתהא"... חוק ביטוח בריאות לא קבע כי חולה סיעודי יאושפז ללא תנאי. אדרבה, לנוכח המגבלות התקציביות שבמסגרתן המשיב פועל, נראה כי אחת מהנחות היסוד שהנחו את המחוקק בחוק ביטוח בריאות הייתה שלא כל הזקוק לאשפוז סיעודי יוכל לקבלו. מכאן, וכדי להגדיל את מספרם של החולים הסיעודיים אשר יזכו לאשפוז, לא היה מנוס מלהרחיב את מעגל ה"מממנים" של שירות זה... להשקפתי, בהחלטה זו לא נפל פגם כלשהו, וממילא אינני סבור כי הוכחה עילה להתערבותו של בית–משפט זה. אדרבה, ההחלטה מבטאת איזון הולם של כל השיקולים שעליהם הייתה הרשות חייבת לתת את דעתה, ועל–כן היא החלטה נכונה, סבירה ושוויונית.

מאז שניתן פסק דינו של בית המשפט העליון נעשו מספר ניסיונות לבצע רפורמה חוקית בהקשר זה. כך לדוגמה, בשנת 2011 התפרסם דו"ח מקיף בנושא מטעם משרד הבריאות בתקופת כהונתו של סגן שר הבריאות יעקב ליצמן (בתוארו אז). בדו"ח הוצע לבטל את השתתפות בני המשפחה לפי מבחן הנזקקות, ולהטיל על קופות החולים את האחריות למימון האשפוז המוסדי של זקנים סיעודיים או תשושי נפש, וזאת כחלק מסל שירותי הבריאות הבסיסי בחוק ביטוח בריאות ממלכתי (חורב, קידר והרשקוביץ, 2011). למרבה הצער רפורמה זו לא צלחה, ועד היום לא השתנה המצב החוקי בהקשר זה.

4.3 המסגרת החוזית להגדרת זכויותיהם וחובותיהם של דיירי מסגרות הדיור לזקנים.

במרבית המסגרות המוסדיות שתוארו לעיל – דיורים מוגנים ומעונות לזקנים עצמאיים או תשושים – ישנה חובה חוקית לקבל את הדיירים בכפוף לחתימה על חוזה מסודר. להוראות חוזה זה נודעת חשיבות רבה בהבנת מכלול זכויותיהם וחובותיהם החוקיות של הדיירים במסגרות אלו. כך נקבע בפסק דינו של בית המשפט העליון בפרשת מילגרום, אשר הפך עם השנים לאבן דרך בכל הנוגע להבנת זכויותיהם של הדיירים הזקנים במסגרות מוסדיות. גברת הינדה מילגרום בחרה לעבור לבית אבות של רשת "משען", ועם המעבר חתמה על חוזה עם הרשת. לאחר כ–9 שנים שבהן התגוררה בבית האבות חלה התדרדרות במצבה, והיא אושפזה בבית חולים. לאחר תקופת האשפוז העבירה אותה רשת "משען" לבית האבות הסיעודי, ושם היא שהתה 4 חודשים עד פטירתה. המחלוקת נסבה על המחיר שנדרשה גברת מילגרום לשלם בעבור שהייתה בבית

האבות הסיעודי של רשת "משען". מחיר זה היה גבוה כמעט פי חמישה מן התשלומים ששילמה בעבור השהייה בבית האבות הרגיל. החיוב הזה היה מעוגן בהוראות החוזה של רשת "משען" אשר קבעו בשעתו כדלקמן:

> א. אם תווכח משען, לפי שיקול דעתה הבלעדי, ובהתאם לחוות דעת רפואית של רופא המוסד, כי מצבו הבריאותי של התושב מחייב העברתו לבית אבות סיעודי רעננה, יועבר התושב במועד ובאופן שתקבע משען לבית האבות הסיעודי של משען ברעננה... ג. על המבקשים יהיה לשלם למשען עבור שהותו של התושב בבית האבות הסיעודי לפי התעריפים שיהיו מקובלים מעת לעת עבור אישפוזם בבית האבות הסיעודי של תושבי בית האבות של משען.

רשת "משען" הסתמכה על הוראות חוזיות אלו, וטענה כי פשוט חייבה את גברת מילגרום לשלם את התעריף שהיה מקובל באותה עת. לעומת זאת, בני משפחתה של גברת מילגרום טענו כי הוראות הסכם זה הן הוראות מקפחות המעניקות יתרון בלתי הוגן לרשת "משען", ולפיכך אין להן כל תוקף חוקי.

בית המשפט העליון (מפי השופט ברק) קבע כי הצדק עם בני משפחתה של גברת מילגרום, וזאת מכמה סיבות. ראשית, חוזה עם בית אבות הנו "חוזה אחיד", והוא הקובע את המסגרת הנורמטיבית של קבלת הדייר ושיכונו. כלומר, אין מדובר בחוזה "רגיל" בין צדדים שווים, אלא בחוזה אחיד. אופיו המיוחד של חוזה אחיד נעוץ בכך שאחד הצדדים הוא שקבע מראש את נוסח החוזה ותנאיו כדי להשתמש בו ביחסיו עם אנשים רבים בלתי מסוימים במספרם או בזהותם. לפיכך, נקודת המוצא בפרשנותו של חוזה אחיד היא שיש לפרשו באופן המיטיב עם הצרכן, שכן ברור כי מנסח החוזה הוא שהיה בעל הכוח והשליטה בקביעת תוכנו וניסוחו.[9]

שנית, חוזה הנכרת עם בית אבות הוא "חוזה יחס" (Relational contract), ובלשון בית המשפט (בעמ' 160 לפסק דינו):

> חוזה כזה מתאפיין ביחסים ארוכי טווח ומורכבים. חוזים אלה רגישים לקיומן של נסיבות עתידיות שלא הוסדרו במפורש בחוזה. הם מנסים ליצור במסגרתם שלהם איזון בין הצורך בוודאות וצפיות לבין הצורך בגמישות ויכולת הסתגלות לתנאים משתנים. איזון זה מושג על-ידי אמצעים מגוונים, ובהם קביעת מנגנונים לשינוי תנאי החוזה והשלמתם, קביעת אמות-מידה לחלוקה הדדית של סיכונים וקביעת דרכים לפתרון מוסכם של מחלוקות תוך המשך קיום היחסים החוזיים.

מכאן, שמערכת היחסים בין בית האבות ובין הדייר הנה בעלת תכליות סוציאליות חשובות, ומטרתה להבטיח יציבות וביטחון בסיפוק הצרכים ובמתן השירות. בהקשר זה בית האבות הוא "ביתו" החדש של הדייר.

---

9 "חוזה אחיד" כמשמעותו בחוק החוזים האחידים, תשמ"ג-1982, הנו חוזה "שתנאיו, כולם או מקצתם, נקבעו מראש בידי צד אחד כדי שישמשו תנאים לחוזים רבים בינו לבין אנשים בלתי מסוימים במספרם או בזהותם" (סעיף 2 לחוק). בניגוד לחוזה רגיל, אסור לכלול בחוזה אחיד "תנאים מקפחים", דהיינו תנאים שבשים לב למכלול תנאי החוזה ולנסיבות אחרות יש בהם "משום קיפוח לקוחות או משום יתרון בלתי הוגן של הספק העלול להביא לידי קיפוח לקוחות" (סעיף 8 לחוק).

בית המשפט גם הדגיש את יחסי הכוחות הלא שוויוניים בין הדייר ובין בית האבות (בעמ' 162 לפסק הדין):

> אכן, האופי המיוחד של היחסים בין בית האבות לדייר יוצר תלות של הדייר בבית האבות. תלות זו מתבטאת, בין השאר, בכך שבמקרים רבים הדייר מחסל את בית מגוריו הקודם, ומשתמש בסכום שקיבל, למימון דמי כניסה לבית האבות, וליצירת קרן לתשלום ההוצאות השוטפות. במשך השנים מסתגל הדייר למקום מגוריו החדש, חש בו ביטחון, ואינו מוכן לעוזבו. אכן, ככל שעוברות השנים, וככל שגדל הסיכון של הצורך במעבר לבית אבות סיעודי, כן גדלה התלות של הדייר בבית האבות.

בית המשפט העליון הגיע למסקנה כי הוראות החוזה הקונקרטי של רשת "משען", אשר אפשרו לה לקבוע באופן חד–צדדי את מחיר האשפוז במחלקה הסיעודית, העניקו לבית האבות יתרון בהשוואה לגברת מילגרום, שהייתה מצויה במצב נחות. או בלשון בית המשפט בעמ' 167 לפסק דינו:

> מהי בררתו של הדייר? היוכל לסרב לתעריף שיוצג לו? היש לו כוח מיקוח בעניין זה? התשובה על שאלות אלה היא בשלילה. חולשתו תגרום לו להשיב בחיוב על כל תעריף שיוצג לו. אין לו כל אפשרות אחרת. את ביתו הקודם עזב. עתה עליו לעזוב גם את ביתו ה"חדש". לאן ילך? לרוב גם אין מצויים בידיו הסכומים הראשוניים הנדרשים להשקעה בבית אבות סיעודי אחר. הוא כבר השקיע אותם בבית האבות שאליו נכנס, והוא בדרך כלל לא יקבל אותם חזרה אם יעזוב. לאן יפנה?

חוזים עם בתי אבות הם חוזים אחידים המנוסחים באופן חד–צדדי על ידי עורכי הדין של בתי האבות עצמם; מדובר בחוזים מיוחדים שהנם "חוזי יחס" לטווח ארוך; הדיירים החותמים על החוזה נמצאים בעמדת נחיתות, ולכן יש לפרש את החוזים לטובת הדיירים ולראות בהם חוזים "מקפחים" שיפורשו כנגד בתי האבות אם לא ינהגו בתום לב ובסבירות בהקשר זה – קביעות משפטיות עקרוניות אלו של בית המשפט העליון חזרו מאז ועד היום במאות פסקי דין בהקשרים רבים ומגוונים. עם הזמן הורחבה הגדרתם של החוזים האחידים. הדבר נעשה במסגרת הליכים משפטיים עקרוניים שבהם מצד אחד ניסו בעלי דיור מוגן לאשרר את תקינות החוזים האחידים שניסחו (כמו בפרשת מגדל הזהב), ומצד שני נעשו ניסיונות של ארגון בתי האבות (אב"א) לתקוף את הדרישות שניסח משרד הרווחה בחוזה האחיד שלו עם בתי האבות המספקים פתרונות דיור לדיירים שבהם תומך המשרד (כמו בפרשת איגוד בתי אבות). דיון מקיף בסוגיות משפטיות אלו חורג ממסגרתו של פרק זה, אך די באמור לעיל כדי להדגיש את עקרונות המעטפת החוקית הבסיסית כפי שעוצבה בפרשת מילגרום.

4.4 האחריות הנזיקית של מסגרות הדיור לזקנים.

בדומה לכל מסגרת מקצועית אחרת, גם מוסדות לזקנים חבים כלפי הדיירים שלהם חובות זהירות וחובות מקצועיות, ואם בשל הפרתן נגרם נזק לדיירים הזקנים – יחויבו המוסדות בתשלום פיצויים עקב כך. למרבה הצער, זקנים חשופים לנזקים בעת שהותם במסגרות סיעודיות, וזאת

החל בתאונות "פשוטות" כגון החלקה או נפילה מהמיטה, עבור באירועים מורכבים יותר כגון רשלנות בטיפול הרפואי או התרופתי, וכלה באירועים קשים של התעללות והזנחה.

רבים הם פסקי הדין שעניינם תביעות נזיקיות שהגישו זקנים או בני משפחותיהם כנגד מוסדות שבהם שהו הזקנים. התביעות האלה הוגשו בגין רשלנות או הפרת חובה חקוקה או עוולות נוספות (כגון רשלנות מקצועית, פגיעה בפרטיות ועוד). עקרונות היסוד של דיני הנזיקין בהקשר המוסדות לזקנים מומחשים בפסק הדין שניתן בפרשת באש. אדם זקן הפעיל את לחצן המצוקה מחדר השירותים בחדרו בעת שהיה מאושפז במחלקת תשושים במוסד סיעודי. כאשר אנשי הצוות הטיפולי הגיעו למקום, הם מצאו אותו יושב על האסלה ומכנסיו מופשלים. התברר כי סיגריה בוערת שבה אחז נפלה מידו, אש אחזה במכנסי הפיג'מה שלו ובגופו, והוא נכווה קשות בפלג גופו התחתון. האבחנה הייתה כוויות עמוקות וקשות בדרגה 3–2 ב–25% משטח גופו. בעקבות תאונה זו נפטר הזקן בבית חולים כעבור זמן לא רב. בגין אסון זה הוגשה תביעת רשלנות כנגד המוסד שבו שהה הזקן.

בית המשפט אשר דן באירוע פתח את פסק דינו בהצגת המסגרת המשפטית הכללית של דיני הנזיקין והבהיר כי חובת הזהירות המושגית וחובת הזהירות הקונקרטית מעוגנות בהוראות סעיפים 35 ו–36 לפקודת הנזיקין, הקובעת (בסעיף 35 לפקודה) כדלהלן:

> עשה אדם מעשה שאדם סביר ונבון לא היה עושה באותן נסיבות, או לא עשה מעשה שאדם סביר ונבון היה עושה באותן נסיבות, או שבמשלח יד פלוני לא השתמש במיומנות, או לא נקט מידת זהירות, שאדם סביר ונבון וכשיר לפעול באותו משלח יד היה משתמש או נוקט באותן נסיבות – הרי זו התרשלות; ואם התרשל כאמור ביחס לאדם אחר, שלגביו יש לו באותן נסיבות חובה שלא לנהוג כפי שנהג, הרי זו רשלנות, והגורם ברשלנותו נזק לזולתו עושה עוולה.

בית המשפט קבע כי אין מחלוקת שלמוסד רפואי (ובכלל זה בית חולים סיעודי) יש חובת זהירות מושגית כלפי מטופליו. אשר לחובת הזהירות הקונקרטית, בית המשפט הסביר כיצד עלה מן הראיות כי ביד אנשי הצוות הרפואי של המוסד היו הכלים להחליט וסמכות ההחלטה הן בעניין סוג המחלקה שבה יאושפז הזקן עם הגיעו למוסד ומקום אשפוזו הספציפי הן בדבר דרכי הטיפול הרפואי וההשגחה הנחוצות לו לאחר מכן, וכמובן – על אנשי הצוות הרפואי היו מוטלות החובה והאחריות לכך שהחלטות אלו יבוצעו על הצד הטוב ביותר, וטובת החולה ובריאותו והדאגה לשלומו לנגד עיניהם, כמתחייב מעצם קיומו וממטרותיו של מוסד מסוג זה. בית המשפט הסביר כי מה שמכתיב את הצורך בהטלת אחריות מוגברת על אנשי הצוות הרפואי הוא עצם היותה של קבוצת החוסים זקנים שחלקם לוקים במחלות אלו או אחרות, מוגבלים בתפקודם הפיזי והקוגניטיבי וזקוקים להשגחה מוגברת ולשימת לב של הצוות לפרטים.

השאלה בהקשר המשפטי איננה רק האם קיימת חובת זהירות, אלא האם היא הופרה בנסיבות המקרה. בית המשפט בא לידי מסקנה כי לאור המידע שהיה ידוע למוסד על אודות מצבו של המנוח עובר לקבלתו – הנתונים באשר לאשפוזו הקודם, סיכום המחלה בבית החולים לניאדו והתנהגותו בעת קבלתו – אסור היה למקבלי ההחלטות במוסד להעבירו למחלקה לזקנים תשושים או עצמאיים מבלי שייעשה מאמץ למצוא לו מחלקה סיעודית מתאימה או לכל הפחות לערוך לו מבחן קצר לאבחון קוגניטיבי (MMSE - Mini Mental State Examination) ולהצמיד

לו השגחה מיוחדת. ואכן, במהלך אשפוזו של המנוח חלה התדרדרות במצבו שחייבה השגחה מיוחדת. אילו ניתנה לו השגחה כזו, האירוע הטרגי היה נמנע. יתרה מזו, המוסד גם לא אכף את הנהלים בדבר מניעת עישון בחדרי המאושפזים, ובכך סיכן הוא את הזקן. לנוכח ההתדרדרות במצבו, השגחה במהלך עישון – אם לא מניעה ואכיפה – הייתה חיונית שבעתיים.

אם מוצא בית המשפט כי אכן הייתה רשלנות, עדיין מחובתו המשפטית לבחון האם קיים קשר סיבתי משפטי בין האירוע ובין הנזק. במקרה דנן, התיעוד הרפואי הוכיח כי מותו של הזקן נגרם בשל התהליך שהחל עם היווצרות הכוויות הקשות, אשר בצירוף מחלותיו הקודמות גרמו לתגובות שרשרת שהביאו לקריסת מערכות זו אחר זו ולמותו של הזקן. לפיכך, בית המשפט קיבל את הטענה כי במישור העובדתי הסיבה למוות הייתה אירוע התאונה שבו נגרמו הכוויות לנפטר. יש לזכור כי לא תמיד קל או פשוט להוכיח את הקשר הסיבתי בין התאונה שאירעה לאנשים זקנים במוסדות ובין הנזק. ריבוי המחלות וריבוי הבעיות הרפואיות יוצרים במקרים רבים קושי אמיתי (משפטי ועובדתי) לבודד את הזיקה הסיבתית בין האירוע התאונתי ובין הנזק – שככל הנראה היה קיים גם לפני התאונה (ברמה זו או אחרת) או שהיה נגרם גם ללא התאונה. ואכן, בתביעות נזיקין של זקנים קיים במקרים רבים אתגר אמיתי: להבחין בין ההתדרדרות ה"טבעית" במצבו הרפואי של האדם הזקן ובין ההתדרדרות שנגרמה בשל התאונה.

לבסוף, לאחר שנקבעה האחריות ונקבע הקשר הסיבתי, לא נותר לבית המשפט אלא לכמת את הנזק. זוהי כמובן נקודת התורפה הקשה של התחום: מדיניות הפיצויים השיפוטית בישראל בדרך כלל מעניקה פיצוי לא רב על "כאב וסבל" (הפיצוי הכללי), וזאת בניגוד לפיצוי המיוחד, שכולל היבטים של אבדן כושר השתכרות או הוצאות בגין טיפול והשגחה. לאנשים זקנים במסגרות מוסדיות אין "אבדן השתכרות" והוצאות הטיפול כלולות בכל מקרה בעלויות הסיעוד הרגילות של המסגרת המוסדית, שאינן מובאות בחשבון אלא לזמן מוגבל, וזאת בהתאם לתוחלת החיים הלא ארוכה. לכן במקרים רבים לא משתלם לעורכי דין לנהל תיקים מורכבים הכרוכים בקבלת חוות דעת רפואיות רבות ויקרות, שכן בסופו של דבר כל הפיצוי כולו הוא אך ורק פיצוי כללי בגין כאב וסבל. בנסיבות המיוחדות של הסבל המיוחד שנגרם לאדם הזקן בעקבות כוויותיו במקרה זה, פסק בית המשפט סך של 280,000 ש"ח כפיצוי בגין "כאב וסבל" ונוסף על כך – פיצוי בסך 60,000 ש"ח בגין קיצור תוחלת חייו של הזקן. בהתאם למדיניות הכללית בבתי המשפט בישראל, לא נפסקו בפרשה זו פיצויים עונשיים כנגד המוסד, וזאת על אף הרשלנות העצומה של המוסד ולמרות היותו מופקד על קבוצת מטופלים חלשה ופגיעה.

כאמור, פסק דין זה אינו אלא דוגמה בודדת לאופן שבו דיני הנזיקין הכלליים חלים על דיירים זקנים השוהים במסגרות המוסדיות השונות. עקרונות היסוד הנם זהים לאלו של דיני הנזיקין הכלליים, אך החלתם הנה ייחודית: מחד גיסא – קיימת הנחת יסוד שעל המוסדות מוטלות חובת זהירות מושגית וחובת זהירות קונקרטית כלפי הדיירים שלהם; מאידך גיסא – לעתים נוצר קושי להבדיל בין הנזק שנגרם בעקבות הרשלנות ובין התוצאה שמקורה במגוון רחב של נסיבות הקשורות למצבו הרפואי של הזקן (אף ללא קשר לתאונה). ולבסוף, האתגר האמיתי הוא גובה הפיצויים, שבדרך כלל אין הוא רב, וזאת בשל תוחלת החיים הנמוכה ובשל היעדר היכולת לפסוק פיצוי בגין אבדן השתכרות או בגין הוצאות טיפול מיוחדות נוסף על אלו שבין כך ובין כך היה האדם הזקן מקבל במסגרת המוסדית.

סיכום

ממכלול התיאור החוקי דלעיל עולים מספר היבטים מרכזיים ש"חוצים" את גבולות הרגולציה הספציפית ומאפיינים את המארג החוקי בכללותו בכל הנוגע למוסדות לזקנים בישראל:

1. רגולציה פטרנליסטית וגילנית.

מבחינה היסטורית (למעט הוראות חוק הדיור המוגן, התשע"ב–2012, החדש יחסית), הרגולציה החוקית של בתי האבות בישראל – ובפרט בתי אבות לזקנים עצמאיים או תשושים בפיקוח משרד הרווחה – התאפיינה במדיניות רגולטיבית שניתן לכנותה פטרנליסטית וגילנית. "פטרנליסטית" – על שום שבמסגרתה הודגשו ההגנה על הזקנים וההתערבות בחייהם וכן הפיקוח והבקרה בעניינם, כך שמיד עם כניסתם למסגרת המוסדית לא נשאר אלא מקום מועט ביותר לחופש הבחירה של הזקנים או ליכולתם לעצב את חייהם בהתאם לרצונותיהם או העדפותיהם. "גילנות" – על שום שהפטרנליזם שתואר לעיל היה מעוגן בהבניה חברתית שלפיה זקנים הזקוקים להסדר מוסדי הם אנשים שאינם מסוגלים לדאוג לעצמם, אינם מסוגלים לקבל החלטות שקולות ונבונות, ובשל זיקנתם מן הראוי שענייניהם שלהם יוסדרו על ידי אחרים (דורון, 2012). גישה זו באה לידי ביטוי בתוכנם של קובצי תקנות הפיקוח על מעונות בהקשר עיצוב אופיין של "זכויות הדיירים" בדומה ל"זכויות" של מעין אסירים במוסד טוטלי, ובהקשר עיצוב אופייה של חובת המנהל בדומה לחובתו של אב לטפל בילדיו הקטנים (דורון, 1997).

2. פיצול הרגולציה ומורכבותה.

כפי שתואר לעיל, מכלול הרגולציה החוקית וזכויותיהם של הדיירים הזקנים במערכי הבריאות מתאפיינים בפיצול, בביזור ובפרגמנטציה חוקית. דיירים שונים באים בגדרן של קטגוריות שונות, ובהתאם לכך מופנים למסגרות מוסדיות שונות ולמחלקות שונות, ולכל מסגרת יש גוף רגולטיבי אחר ומעטפת פיקוחית שונה. במצב המורכב שנוצר, במקרים רבים דיירים אינם מודעים לזכויותיהם או שאינם יודעים למי לפנות כדי למצות את זכויותיהם. התמונה החוקית הכוללת מוצגת בתרשים 2 להלן:

הפיצול המתואר לעיל הנו רק חלק מתמונת השירותים הכוללת לזקנים בישראל, שהתפצלותה רק מחריפה כאשר מוסיפים לה את מכלול הרגולציה של העובדים הזרים והטיפול הסיעודי ואת מערך השירותים לזקנים בקהילה, המורכב ממכלול גופים שעמם נמנים השלטון המקומי, המוסד לביטוח לאומי ומארג העמותות לזקן. מציאות חוקית מורכבת זו לא רק יוצרת כפילויות וחוסר יעילות ואף קושי אמיתי להבין כיצד לקבל את הטיפול הראוי, אלא היא גם מונעת מזקנים רבים להבין את מכלול זכויותיהם ואת אפשרויות הבחירה שניתנו בידיהם (וראו ביתר הרחבה לעניין זה חורב ואחרים, 2011).

תרשים 2: מתווה הרגולציה החוקית של מסגרות הדיור לזקנים

	דיור מוגן	«בתי אבות" או מעונות לזקנים עצמאיים או תשושים	בתי חולים לאנשים סיעודיים ולתשושי נפש	מחלקות גריאטריות בבתי חולים כלליים
הקבוצה הרלוונטית	בעיקר עצמאיים	בעיקר תשושים	בעיקר סיעודיים ותשושי נפש	מגוון
החוקים המרכזיים הרלוונטיים	חוק הדיור המוגן, התשע"ב–2012	חוק הפיקוח על מעונות, התשכ"ה–1965 ותקנותיו	פקודת בריאות העם, 1940 ונהליה	פקודת בריאות העם, 1940 וחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד–1994
התקנות או הנהלים	תקנות הדיור המוגן (בהליכי הכנה)	תקנות הפיקוח על מעונות (קבצים שונים)	קובץ הנהלים של משרד הבריאות (משרד הבריאות, 2007ב)	קובץ הנהלים של משרד הבריאות (משרד הבריאות, 2007ב)
המשרד או הגוף המפקח	משרד הרווחה – הממונה על הדיור המוגן	משרד הרווחה – הממונה על המעונות	משרד הבריאות – אגף הגריאטריה	משרד הבריאות וקופות החולים
האחריות למימון	האדם עצמו	האדם עצמו ובני משפחתו ומשרד הרווחה	האדם עצמו ובני משפחתו ומשרד הבריאות	קופות החולים

3. רגולציה מיושנת ובלתי מעודכנת.

אם נוציא מן הכלל את חוק הדיור המוגן, התשע"ב–2012, שהתקנות מכוחו טרם הותקנו, יתר ההסדרים החוקיים הרגולטיביים בתחום המוסדות ומסגרות הדיור לזקנים בישראל הם בדרך כלל הסדרים מיושנים ולא עדכניים. הדבר בא לידי ביטוי בעיקר בערכים ובעקרונות המשתקפים בהם, ולא רק בזמן שחלף מאז שנוצרו.[10] במכלול הרגולציה כמעט שאין ביטוי לגישות עדכניות כגון גישת הטיפול הממוקד במטופל (Patient centered care) או גישת השירות הממוקד בלקוח (Client centered service) כפי שנדונו בהרחבה בפרק הקודם, המשקפות את התפיסה שלפיה יש להעניק לאדם (לקוח או מטופל) חופש בחירה ולתת משקל של ממש ל"קולו האותנטי", ולא "להכתיב" לו מראש פתרונות ושירותים שאינם תואמים בדיוק את רצונותיו וצרכיו האישיים. רגולציה זו גם אינה משקפת את מגוון ההתפתחויות הטכנולוגיות והיצירתיות בתחומי ההכשרה והענקת השירותים בהתאם לחזית הידע בתחום מדעי הזִקנה כיום. לבסוף, יש מעט מאוד הכרה בהתפתחות הפרופסיה הגרונטולוגית. הכרה זו אמורה להתבטא בהטלת חיוב לעבור הכשרה מדעית ומקצועית ספציפית בתחום הזִקנה. ייתכן שניתן לזהות התחלה של שינוי במגמות בתחומים אלו בחוק הדיור המוגן, התשע"ב–2012, המשקף אידאולוגיה המדגישה יותר את חופש הבחירה של היחיד ואת האוטונומיה שמקבלים הזקנים. ניתן גם

[10] לדוגמה, הסדרתם החוקית של המעונות לזקנים עצמאיים או תשושים מעוגנת בחקיקה משנת 6611 ; חלק מן התקנות מכוחה הנן בנות יותר מ –21 שנים.

לציין את הירידה השיטתית בהיקף השימוש בפתרונות המגורים במסגרת מעונות לזקנים עצמאיים או תשושים בפיקוח משרד הרווחה. עם זאת, במישור הפורמלי עדיין רבה המלאכה שצריכה להיעשות כדי להביא לשינויו ולעדכונו של מערך הרגולציה בתחום המוסדות ומסגרות הדיור לזקנים בישראל.

4. היעדר זכות חוקית לאשפוז סיעודי מוסדי ממושך.

כפי שתואר לעיל בהקשר של סוגיית האחריות למימון האשפוז הסיעודי הממושך, ברור שאחד הליקויים החוקיים המרכזיים בתחום ההסדרה החוקית של האשפוז המוסדי הממושך בישראל נעוץ בעובדה שהאשפוז המוסדי הממושך בישראל אינו כלול בסל שירותי הבריאות מכוח חוק ביטוח בריאות ממלכתי.[11] יש לזכור כי מציאות זו עומדת בסתירה להמלצתה של ועדת נתניהו, שקבעה כי בעתיד יש "לכלול בשירותי הבריאות הציבוריים את מכלול שירותי הבריאות לזקנים, כולל שירותי מניעה, אשפוז של חולים תשושים וחולים סיעודיים. הקופות תהיינה חייבות לספק שירותים אלה" (ועדת נתניהו, 1990, עמ' 423). אף שהוועדה סברה כי בהסדר זה עדיין יהיה מקום להשתתפות המשפחה, מהותה של ההמלצה הייתה שינוי ההסדר החוקי הקיים ועיגון הזכות לאשפוז סיעודי ממושך כחלק מן הזכות הכללית לבריאות, ולא כ"חסד" שתלוי במשאבי המדינה וביכולתו של שר הבריאות לגייס משאבים למשרדו בכל שנה. המלצה זו טרם יושמה עד כה, וזאת אף על פי שחזרה והועלתה לסדר היום הציבורי בישראל פעמים רבות בצורות שונות עד לאחרונה (וראו חורב ואחרים, 2011). גם בעניין זה יש לקוות כי סוגיה זו תבוא על פתרונה החוקי הראוי בעתיד הנראה לעין.

5. היעדר נציב קבילות ("אומבודסמן") בלתי תלוי לטיפול בתלונות דיירי המסגרות המוסדיות.

עיקר הפיקוח על המסגרות המוסדיות – הדיור המוגן, המעונות לזקנים עצמאיים או תשושים, ובתי החולים הסיעודיים – מבוצע כיום באמצעות מערך הפיקוח והבקרה של המשרדים המופקדים על הרגולציה החוקית של המסגרות האלה. מכאן, שתלונות הדיירים (או בני משפחותיהם או כל גורם אחר) בעניין הפרת תנאי הרישיון או הפרת זכויותיהם של הזקנים מופנות למעשה למי שמופקד על הרגולציה ומעניק בעצמו את הרישיונות ואף מבצע בעצמו את הביקורת. אם כן, מערך בקרה זה מתאפיין בכך שבמידה מסוימת הגוף המבקר אמור לבקר את עצמו, כלומר את מקצועיותה והלימותה של הבקרה אשר הוא עצמו מבצע. בהקשר זה ניכר עד מאוד חסרונה של רשות חיצונית ועצמאית אשר תהא מסוגלת לבחון תלונות כאלה ולברר אם הן מוצדקות, וזאת מתוך עצמאות וללא תלות במשרדים הרלוונטיים (משרד הרווחה ומשרד הבריאות).

בהקשר זה יש לזכור כי אחד האתגרים הקשים ביותר הוא כיצד לפקח על שמירת זכויותיהם של הזקנים במסגרות שהן למעשה "טוטליות": הזקנים עצמם חוששים בדרך כלל מנקמתם של עובדי המוסד; בני המשפחה אינם מעורים במצב הדברים לאשורו, ובקלות ניתן להסתירו מהם; המפקחים מטעם המשרדים הרלוונטיים הם חלק ממערכת ביורוקרטית, ומקיימים מערכת יחסים אישית עם עובדי המוסדות המבוקרים, ובמידה מסוימת עלולה תלונה שנמצאה מוצדקת להיות הודאה בכישלונם שלהם.

[11] כפי שתואר לעיל בסוף סעיף 8 ובסעיף 4.2 בפרק זה.

מן המקובץ עולה כי נציבות תלונות ייעודית וייחודית שאינה חלק ממערך הפיקוח המשרדי ואינה תלויה בו הנה חיונית ונדרשת. מן הראוי להדגיש כי אין כאן "המצאה" חדשה, אלא הדברים מבוססים על ניסיון שנצטבר בעניין מערך בקרה נוסף מוכר ומוצלח, הוא מוסד נציב הקבילות (ה"אומבודסמן") שהוקם בארצות הברית והוכחה יעילותו בשמירת זכויותיהם של דיירי מוסדות (Netting, Huber, Paton, & Kautz, 1995).

ביבליוגרפיה

ח"א (י–ם) 403/404, 704/05 איגוד בתי אבות בישראל – א.ב.א. נ' מדינת ישראל – משרד הרווחה (11.10.2009).

ת"א 1085/05 (שלום ראשל"צ) עיזבון המנוח רפאל באש נ' בית יפה לגיל הזהב ניהול ושירותים בע"מ ואח' (25.12.2008).

חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד–1994, ס"ח 1469, 156.

חוק הביטוח הלאומי [נוסח משולב], התשנ"ה–1995, ס"ח תשנ"ח 1522, 210.

פקודת בריאות העם, 1940.

גופמן, א' (2006). *על מאפייני המוסדות הטוטליים*. (תרגום: מ' זיגדון). תל אביב: רסלינג.

עב"ל (ארצי) 12–10–33417 פליציה גורה נ' המוסד לביטוח לאומי (6.2.2013).

דורון, י' (1997). המסגרת החוקית של בתי האבות בישראל: מבט לשנות ה–2000. *סקרים וסקירות בגרונטולוגיה*, 104, 26–22.

דורון, י' (2002). תקנות הפיקוח החדשות על מעונות לזקנים: הזדמנות שאבדה. *ביטחון סוציאלי*, 62, 89–65.

דורון, י' (עורך). (2012). *גילנות בחברה הישראלית*. ירושלים: ון–ליר.

דורון, י', ברנט, ר' ודוידי, א' (2004). חוקיות הקמת מסגרות דיור לזקנים בשכונות מגורים. *מקרקעין, ג(6)*, 39–20.

דורון, י' וליטמן, א' (2004). דיור תומך לזקנים בישראל: שליטת השוק או פיקוח ממשלתי? *חברה ורווחה, כד(3)*, 339–317.

חוק הדיור המוגן, התשע"ב–2012, ס"ח 2361, 426.

חוק לתיקון דיני המשפחה (מזונות), תשי"ט–1959, ס"ח 276, 72.

ועדת נתניהו. (1990). *דו"ח ועדת החקירה הממלכתית לבדיקת תפקודה ויעילותה של מערכת הבריאות בישראל*. ירושלים: משרד הבריאות.

חוק זכויות החולה, התשנ"ו–1996, ס"ח 1591, 327.

חוק החוזים האחידים, תשמ"ג–1982, ס"ח 1068, 8.

חורב, ט', קידר, נ' והרשקוביץ, ע' (2011). *ביטוח ציבורי בתחום הסיעוד: מתווה לרפורמה*. ירושלים: משרד הבריאות.

ע"ש (בי"ד לחוזים אחידים) 5017/98 מגדל הזהב בע"מ ואח' נ' המועצה הישראלית לצרכנות ואח' (19.11.2001).

רע"א 1185/97 יורשי ומנהלי עיזבון המנוחה מילגרום הינדה ז"ל ואח' נ' מרכז משען ואח', פ"ד נב(4) 145 (1998).

משרד הבריאות. (2005). מימון האשפוז הסיעודי הכרוני על ידי המתאשפז/ת, בן/בת הזוג, ובנים/בנות של המתאשפז. בתוך *פרסומים: חוזרים ונהלים* (חוזר המנהל הכללי מס' 24/2005). נדלה מתוך http://www.health.gov.il/hozer/mk24_2005.pdf

משרד הבריאות. (2007א). מגילת זכויות המטופל. בתוך *קובץ נהלים לבית חולים גריאטרי – נוהלי רוחב: זכויות המטופל* (נספח מס' 1–0.1.2 של נוהל מס' 0.1.2). נדלה מתוך http://www.health.gov.il/download/ng/NO12-1.pdf

משרד הבריאות. (2007ב). *קובץ נהלים לבית חולים גריאטרי. נדלה מתוך* http://www.health.gov.il/UnitsOffice/HD/MHealth/Geriatrics/ng/Pages/default.aspx

משרד הרווחה. (2013). השמת זקנים תשושים במעונות. בתוך *תקנון עבודה סוציאלית* (הוראה מס' 4.8). נדלה מתוך http://www.molsa.gov.il/CommunityInfo/Regulations/SocialRegulations/Documents/8_4.pdf

עב"ל (ארצי) 178/08 המוסד לביטוח לאומי נ' שמחה נזימה (19.10.2010).

פקודת הנזיקין [נוסח חדש], נ"ח התשכ"ח 10, 266.

פידלמן, א' (2011). *התמורות בדיור הציבורי בישראל 1998–2011*. ירושלים: הכנסת – מרכז המחקר והמידע.

חוק הפיקוח על מוסדות לטיפול במשתמשים בסמים, תשנ"ג–1993, ס"ח 1426, 126.

חוק הפיקוח על מעונות, התשכ"ה–1965, ס"ח תשכ"ח 444, 48.

תקנות הפיקוח על מעונות (דרכי פיקוח), התשכ"ח–1967.

תקנות הפיקוח על מעונות (תנאי המגורים וטיפול בזקנים עצמאיים ותשושים במעונות לזקנים), התשס"א–2001.

תקנות הפיקוח על מעונות (תקן עובדי מעונות לזקנים והכשרתם ותנאי כשירותם של מנהלי מעונות לזקנים), התשל"ז–1977.

פליישמן, ר' (1997). פיקוח ממשלתי על שירותים לזקנים בישראל: יישומה של שיטה חדשנית. *גרונטולוגיה*, 77, 73–55.

פליישמן, ר', מזרחי, ג', דיניה, א', ולק, ד', שירזי, ו' ושפירא, א' (1995–1994). שיפור הפיקוח על איכות הטיפול. *גרונטולוגיה*, 67, 25–11.

בג"צ 4613/03 עו"ד אריה שחם ואח' נ' שר הבריאות ואח', פ"ד נח(6) 385 (2004).

חוק התכנון והבניה, תשכ"ה–1965, ס"ח 467, 307.

Lightman, E. S. (1992). *A community of interests: The report of the commission of inquiry into unregulated residential accomodation*. Toronto, Canada: Publication Ontario.

Lightman, E., & Doron, I. (2005). Ageing in place in Israel and Ontario. *Global Ageing,* 3(3), 22-38.

Netting, F. E., Huber, R., Paton, R. N., & Kautz, J. R. (1995). Elder rights and the long term care ombudsman program. *Social Work*, 40(3), 351-357.

פרק ג:

תכנון אדריכלי של דיור מוגן והשפעתו על איכות החיים של הדיירים

דנית שנהב ואסף בקר

רשימת האילוסטרציות

אילוסטרציה 1: פיזור קבוצת היעד מול היצע יחידות הדיור
אילוסטרציה 2: "אחוזת צהלה" – עיצוב החזית שומר על שפתה האדריכלית של השכונה
אילוסטרציה 3: "אחוזת צהלה" – פטיו פנימי
אילוסטרציה 4: "אחוזת צהלה" – בריכת השחייה
אילוסטרציה 5: הבניין המרכזי בכפר הגמלאים "פרוטיאה בכפר"
אילוסטרציה 6: שביל הליכה טיפוסי בכפר הגמלאים "אחוזת פולג"
אילוסטרציה 7: מדשאה מחוץ לבריכת השחייה בכפר הגמלאים "אחוזת פולג"
אילוסטרציה 8: בריכת השחייה המקורה בכפר הגמלאים "אחוזת פולג"
אילוסטרציה 9: נוף פנימי בכפר הגמלאים "אחוזת פולג"
אילוסטרציה 10: שילוב הרמוני של כפר הגמלאים "פרוטיאה בהר" ושמורת הרי יהודה
אילוסטרציה 11: דיירי כפר הגמלאים "פרוטיאה בכפר" משחקים מיני–גולף
אילוסטרציה 12: "קפה בכפר" – בית קפה הפתוח גם לציבור הרחב בכפר הגמלאים "פרוטיאה בכפר"
אילוסטרציה 13: קצב הגידול של קבוצת האנשים בני 65 ומעלה

מבוא

הדיור המוגן הנו ענף צעיר יחסית בישראל, אך התפתחותו ב–25 השנים האחרונות הייתה משמעותית. הציפיות לצמיחה בענף מתבססות על מנועי צמיחה חזקים ויסודיים הקשורים לדמוגרפיה ולרמת החיים. כיום שיעור המבוגרים הבוחרים בדיור המוגן הפרטי כפתרון מועדף הנו בערך 2% (גוטסדינר וסודאי, 2014), בעוד שבמדינות מפותחות אחרות שיעור זה גבוה באופן ניכר ומגיע לכדי 5% (Administration on Aging, 2011). מצד אחד, פער זה מעיד על חוסר מודעות ועל עלויות גבוהות המתאימות לקהל מצומצם בלבד. אך מצד שני מעיד הוא דווקא על הפוטנציאל הרב של שוק זה בישראל, וזאת בהנחה שהתנהגותו דומה לזו של השוק האמריקני.

על פי מחקרים גרונטולוגיים בדבר הגורמים המשפיעים על איכות החיים בגיל השלישי, לתכנון האדריכלי יש השפעה מהותית על אלמנטים רבים של איכות החיים של דיירי הדיור המוגן. יתרה מזו, לאיכות התכנון האדריכלי נודעת השפעה על סדרת גורמים היכולים להשפיע על תוחלת החיים של דיירי הדיור המוגן, וכן על בריאותם הנפשית והפיזית. למשל, בטיחות בחיי היומיום, שיפור השינה, פעילות גופנית בריאה, תזונה נכונה, מניעת פציעות וזיהומים והפחתת פציעות עבודה (Anjali, 2006). מספר ממצאים של מחקרים כאלה יוצגו בהמשך הפרק.

תכנון אדריכלי של מוסדות לבני הגיל השלישי חושף את האדריכל לעולמות תוכן בלתי שגרתיים, שכן הדיור המוגן נותן לדיירים מסגרת חיים מוגנת מבחינה רפואית, וכן ביטחון אישי ופעילות חברתית בצד תנאים פיזיים המותאמים למגבלות הגיל. לפיכך, ההתמחות בתחום זה הנה מורכבת ומאתגרת במיוחד. מדובר בתכנון משולב ומסובך, וזאת החל במישור המאקרו של בינוי, תכנון מבנים, תיאום מול הרשויות, והיענות לצורכי היזם, וכלה בפרטי המיקרו ועיצוב הפנים. והכול, מתוך היענות מקסימלית לצורכי קהל היעד העיקרי: הדיירים, שכל מהלך התכנון נעשה בראש ובראשונה עבורם. האדריכל משמש בתפקיד ראש צוות התכנון, המלווה את הפרויקט החֵל בשלב הייזום, עבור בשלב התכנון והבנייה וכלה בפתיחה ובהפעלה וכן לאורך כל חיי הפרויקט. המפתח ליצירת דיור מוגן מצליח הנו אדריכל התופס את עצמו קודם כול כנציגם של הדיירים מול כל שאר הגורמים בתהליך, ופועל מתוך לימוד, הבנה ופיתוח אמפתיה אישית אל אנשים בשלב רגיש זה של חייהם. תכנון אדריכלי של דיור מוגן משלב את הצד הריאלי–מקצועי של התכנון עם הצד ההומני שלו, הבא לידי ביטוי בהבנה ובתחושת קרבה אל האנשים שעבורם מתוכנן הפרויקט ומשפיע על חייהם.

במישור הלאומי, תכנון מראש יכול לחסוך ממדינת ישראל טעויות שמחירן יקר. מחסומים רבים גרמו להיצע נמוך במידה משמעותית מהביקוש והביאו לעלייה מסחררת במחירי הדיור למגורים בשוק הדיור הכללי. תהליך דומה צפוי גם בדיור המוגן. רשויות מקומיות אינן מרבות להקצות בתכניות בניין עיר (תב"ע) שטחים בהיקף שיאפשר ליזמים להקים פרויקטים בעלי תוחלת כלכלית. הדבר צפוי להביא להתייקרות נוספת של הדיור המוגן, שכבר עתה הנו יקר ורק לעשירונים העליונים יש אפשרות לרכשו. בשל העלייה בתוחלת החיים בישראל, קצב הגידול של האוכלוסייה הבוגרת הנו כמעט כפול מזה של כלל האוכלוסייה, ולכן היעדר פתרונות דיור עבור אוכלוסייה זו צפוי להחריף בעתיד את הבעיה אף יותר.

פרק זה עוסק בתכנון אדריכלי של דיור מוגן למבוגרים עצמאיים. מדובר ברובד העליון בענף הדיור המוגן, המספק את סל השירותים הנרחב ביותר, ובהתאם לכך גם העלויות הכרוכות בו יקרות יותר. מצב זה מכתיב את קהל היעד – בעיקר בעלי אמצעים ממרכז הארץ, שחלקם מעדיפים בשלב זה של החיים להתרחק מהמולת המרכז אל הדיור המוגן בכפרי הגמלאים, ובמקביל ליהנות שם ממגוון שירותים הניתנים ברמה הנהוגה במרכז. כפי שיוצג בהמשך, העדפות שונות אלו של הלקוחות יצרו שני סוגים מובהקים של דיור מוגן: כפרי ועירוני.

חשוב לציין כי אף שלפי הגדרתו הדיור המוגן מיועד למבוגרים עצמאיים בתפקודם, הכוונה היא לעצמאות בשלב הכניסה, והדיור המוגן ניתן מתוך הבטחה שכל הנדרש עם ההזדקנות לאורך השנים יסופק לדיירים לפי צורכיהם, מטיפול רפואי ועד מחלקות סיעודיות וכן אפשרות לצרף מטפל אישי. תנאים אלו מוגדרים במפורש בחוק הדיור המוגן, התשע"ב–2012, שנחקק לצורך הסדרת הענף המתפתח.

על אף כל השיפורים והשדרוגים, המעבר מהבית האישי לדיור המוגן עדיין הנו החלטה קשה עבור הדייר. לפיכך, אחד האתגרים של האדריכל הוא לתכנן את הדירה ואת שאר רכיבי הפרויקט באופן שבו ירגיש הדייר כי ההחלטה לעבור לדיור מוגן אינה נסיגה במהלך החיים, אלא אפילו התקדמות. הדרך לעשות זאת היא הענקת רמה גבוהה של מפרט מודרני ומגוון, הן בדירה עצמה הן בפרויקט כולו. באופן זה התכנון מאפשר לדייר להרגיש ואף להביע באוזני אחרים כי למעשה הוא משדרג את רמת חייו, ומתוך בחירה מחליף הוא את דירתו הישנה בדירה חדשה ומודרנית המותאמת לצרכיו הייחודיים, והכול – במסגרת דיור מוגן עם מרב האפשרויות והשירותים, מתוך שמירה על פרטיותו ועצמאותו כחפצו. התכנון נועד לאפשר לדיירים לארח חברים ובני משפחה ולהציג לפניהם את יתרונותיו של המקום החדש שבו בחרו לגור, ואת רמת התכנון הגבוהה. משובים נלהבים שמקבל הדייר מבני משפחה וחברים על ההחלטה לעבור לדיור מוגן הנם בעלי חשיבות רבה לעניין היבט פסיכולוגי זה, שהנו חשוב ביותר גם בשיווק הפרויקט, המוטל בחלקו הגדול על האדריכל ועל היזם הדואג למימונו, להפעלתו ולניהולו של המקום.

1. שינויים במאפייניה של קבוצת היעד.

גילם הממוצע של הנכנסים לדיור המוגן הולך ויורד, וזאת בשל התפשטות התפיסה שמדובר במסגרת של מגורים עם פעילות חברתית דינמית המותאמת לבני הגיל השלישי והנה טובה מן הבדידות שעלולה להיות מנת חלקם של הנשארים בגפם בביתם. לפיכך, ניתן לראות יותר ויותר זוגות נשואים שעדיין עובדים ועדיין נוהגים בכלי רכבם, ומעוניינים להשתקע בדיור מוגן כדי להפיק את המרב מסל השירותים שהבית החדש מעניק להם, וזאת מבלי לוותר על קשריהם המשפחתיים, התעסוקתיים והחברתיים הקודמים.

בהשוואה לעבר, התכנון בשנים האחרונות מיועד לקבוצה מבוססת יותר מבחינה כלכלית, בעלת השכלה גבוהה יותר, שבצאתה לגמלאות מקבלת זכויות סוציאליות שהצטברו בעשרות השנים האחרונות של העבודה. קבוצה זו מתאפיינת בעיקרה בבעלות על דירה, המשמשת כבסיס כלכלי

איתן בבחירת אפשרות מגורים בדיור מוגן. זוהי קבוצה בררנית בעלת מודעות גבוהה יותר לזכויותיה ולצרכיה שהשכילה לדאוג לעצמה גם מבחינה כלכלית לקראת הפרישה, ויודעת היא לערוך סקרי שוק והשוואות מחירים, וכן לבדוק היטב את רמת התכנון ואת סל השירותים המוצע בבתי דיור מוגן שונים.

קבוצת היעד זקוקה לביטחונות כלכליים עבור השקעתה הכספית, אך זקוקה לא פחות להבטחת טיב התכנון ואיכות השירות שיינתן לה בטרם תחליט. לכן אנשי הקבוצה הזאת אוספים תחילה מידע על אודות הניסיון המוקדם, המוניטין והפילוסופיה הניהולית בדיור המוגן הקיים או המוקם. בהקשר זה יש לתכנון האדריכלי תפקיד חשוב ביותר לא רק בשלב הפרסום בתקשורת, אלא בעיקר בשלב החשוב של ביקור באתר שעורכים הלקוחות הפוטנציאליים שבבואם להחליט נסמכים הם גם על התרשמותם מתכנונו האדריכלי ומעיצובו של המקום, וכן מן השירותים המוצעים בו. עוד מבקשים הלקוחות לדעת כיצד התכנון משלב בתוך הפרויקט את פתרונות האשפוז הסיעודי ואת האפשרות להעסיק מטפל פרטי בדירתם בשעת הצורך. האדריכל מלווה בשלמותה את התפתחות הדיור המוגן לאורך חייו של הפרויקט, מקבל משוב מהדיירים, מן הצוות הטיפולי ומן היזם לגבי הפרטים הטעונים שדרוג או שיפור בעתיד.

לאוכלוסיית היעד חשוב להתגורר במסגרת דיור מוגן המוקם ומנוהל על ידי אנשי מקצוע שרכשו ידע פורמלי וניסיון מעשי, ויצאו להם מוניטין בהפעלת מסגרות מגורים נוספות שהוכיחו את איכות השירות הגבוהה שלהן. בהקשר זה תפקיד האדריכל הוא לתכנן לצוות המטפל סביבת עבודה טובה ונעימה אשר תפנה להם זמן, כוחות ומשאבים רבים יותר לטיפול בדיירים. פן זה של התכנון משפיע על הצוות, הדיירים, בני המשפחות והמבקרים, ובכלל זה דיירים פוטנציאליים. במרבית המקרים דיור מוגן הנו פרויקט שנבנה ומאוכלס בשלבים, ולכן ניתן לערוך שינויים והתאמות של התכנון משלב לשלב לפי המשוב המתקבל מצוותי הטיפול, מאנשי השיווק ומן הדיירים.

2. תולדות הדיור המוגן בעולם ובישראל.

2.1 דיור מוגן בעולם.

כפר הגמלאים "סאן סיטי" – שהיה הדיור המוגן הפעיל הראשון בארצות הברית – נפתח בשנת 1960, והוגדר כפרויקט מגורים מיוחד לאנשים בני 55 ומעלה. אם הגיל נראה כיום צעיר במידה תמוהה, יש לזכור שתוחלת החיים בארצות הברית באותן שנים הייתה 69.7 שנים, גיל שהותיר לדייר הממוצע לבלות בדיור מוגן את 15–10 שנות חייו האחרונות, שזכו שם לראשונה לכינוי "גיל הזהב" (מושג שיווקי שבא למתן קונוטציות בעייתיות). המקום נועד לאפשר לאותם אנשים לחיות את שנותיהם האחרונות בחברת אנשים בני אותה קבוצת גיל (להפגת הבדידות), וזאת בסגנון חיים רגוע וחסר דאגות: ללא תנועת מכוניות, ללא המולת ילדים ובלי תלאות החיים. והכול – בשילוב של פעילות ספורטיבית בבריכות מחוממות, שיעורי התעמלות וכן משחקי בינגו וברידג'. חלפו 50 שנים, וכיום תוחלת החיים בארצות הברית הגיעה לכדי 78.7 שנים (ובישראל

אפילו יותר), והדיירים מצאו את עצמם מבלים בכפרי הגמלאים תקופה המתחילה בגיל מאוחר יותר ונמשכת שנים רבות. בכפר הגמלאים "סאן סיטי" נעשו מספר טעויות תכנון שפגעו בקבוצת היעד. נבנו בו בתים בני שתי קומות ללא מעלית. הדבר נעשה בלא להביא בחשבון שעם השנים יתקשו חלק מן הדיירים המבוגרים יותר לעלות במדרגות, ולמעשה ייאלצו להימנע מן השימוש בקומה השנייה. כללו של דבר, בתכנון החדרים ובקו העיצובי לא הובא בחשבון ההכרח לערוך תיקונים (והתאמות) בעלויות גבוהות בשל מגבלות ניידות שייווצרו כאשר יזדקנו הדיירים עם השנים. גם בדיור המוגן של רשת "משען" ברמת אביב שהוקם בשנות ה–60 נבנו תחילה בניינים בני שלוש קומות ללא מעלית. עם הזדקנות האנשים היה צורך להוסיף מעליות לבל יישארו הקומות הגבוהות ריקות.

קושי נוסף נבע מן התפיסה של הפרדת בני גיל הזהב (לרוב אלמנות) משאר האוכלוסייה באופן שיצר בידוד מוחלט של הדיירים מן הקהילה באזור, והביא לתחושה של פרישות מן החברה, מההיסטוריה האישית ומחברים מן העבר. היה בכך ניסיון ליצור תרבות נפרדת של גמלאים. למשל, תכנון הדירות בכפר הגמלאים "סאן סיטי" דן את הדיירים לבדידות, בהיעדר שטחים ציבוריים מתאימים היוצרים הזדמנויות לשפר את חיוניותם הפיזית והמנטלית באמצעות אינטראקציה חברתית ופעילות. בעייתיות זו קיימת גם בדיור המוגן בישראל: במרבית אזורי הביקוש קיים נתק בין הסביבה ובין הדיור המוגן. פתיחת שעריו לפני בני הקהילה שבתוכה הוא שוכן (על שלל מתקניו ופעילויותיו) יכולה להפכו למוקד משיכה לקבוצות מכל הגילים לתועלת כל הצדדים. התכנון האדריכלי יכול להתאים את הדיור המוגן לקליטת אנשים מן הקהילה במתקניו, וזאת מבלי לפגוע במוגנות שלהם או בפרטיותם של דיירי הפרויקט.

בתי האבות הראשונים בארצות הברית נבנו במתכונת של בית חולים. הגישה הזאת עדיין משפיעה על תחום זה במקרים רבים, וגם בישראל (בעיקר במחלקות האשפוז לאנשים תשושים או סיעודיים). תכנון כזה מדגיש את יעילותו של הפן הטיפולי הרפואי בדיירים, וזאת ללא תשומת לב להיבטים נוספים של חייהם. בפרט אמורים הדברים בחשיבותו של מקום מגורים שהנו בית אישי עבור כל דייר. הפסיכולוג פאוול לוטון פעל בשנות ה–70 לתכנון ידידותי יותר עבור הדיירים. תפיסתו הדגישה את הצורך בפרטיות ובגישה סביבתית לשם טיפול באנשים מבוגרים, במיוחד אלו הלוקים בדמנציה. לוטון קרא להכיר בחיוניות השילוב בין השפעותיהם של אלמנטים פסיכולוגיים ובין השפעותיהם של אלמנטים סביבתיים דוגמת החדרים הפרטיים, שחשיבותם רבה כאמצעי להקלה על הדייר, על בני משפחתו וגם על צוות המטפלים (Morley, 2013).

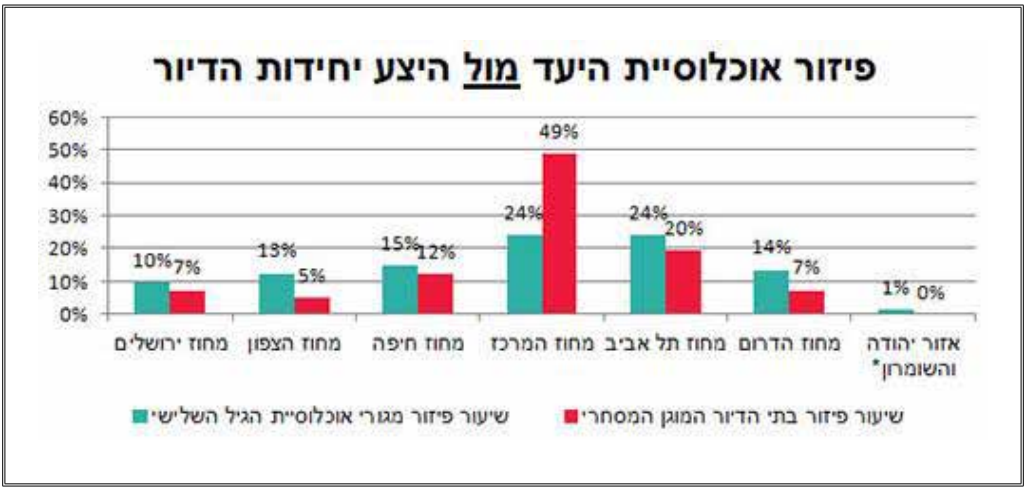
גם כעבור 54 שנות ניסיון בדיור מוגן עדיין מאשימים האמריקנים את עצמם ואת השלטונות בחוסר תכנון לטווח ארוך בתחום הנוגע למעשה לכל אזרח, הן בעתיד (עבור עצמו) הן בהווה (עבור בני משפחתו המבוגרים). במחקר של אוניברסיטת שיקגו נמצא כי רוב האמריקנים מעל גיל 40 סבורים בשאננות שבני משפחותיהם יסייעו להם בערוב ימיהם ולכן אינם טורחים לתכנן את עתידם בגיל הזִקנה (NORC, 2014).

2.2 דיור מוגן בישראל.

המושג "דיור מוגן" הנו חידוש רעיוני תדמיתי ומהותי כאחד שחל ב-25 השנים האחרונות, ועניינו מקום מגורים פעיל ברמה גבוהה עם ניהול דינמי וסל שירותים המספק מגוון רחב של אפשרויות לאנשים פעילים, העוברים מרצונם ומתוך שיקול דעת למקום היכול לשפר את מצבם ולספק להם מגוון רחב של שירותים. המגמה ההולכת ומתחזקת היא בניית מוסדות דיור לבני זוג ולבודדים שהנם גמלאים בגילים צעירים יחסית המעוניינים במסגרת מגורים המספקת ביטחון פיזי, ביטחון רפואי ארוך טווח, תמיכה ופעילות חברתית וספורטיבית ותרבות פנאי עשירה. קבוצה זו שואפת לברור (מבין האופציות העומדות לפניה) לא רק יחידות מגורים מרווחות, מרחבי צמחייה, דשא ונוף טבעי, אלא בעיקר מסגרות המעניקות עצמאות ופרטיות מלאה מצד אחד, אך גם תמיכה ועזרה בלתי מסויגת מצד שני. לכן מושג הדיור המוגן עוסק ברובד העליון של הפרויקטים לאוכלוסיית גיל הזהב. המושג החדש "דיור מוגן" בא לשדרג את המושגים הקודמים - "בתי מושב זקנים", ומאוחר יותר "בתי אבות" - שתדמיתם הייתה בעייתית. אך הדבר לא נעשה רק מן הבחינה הסמנטית או התדמיתית, אלא גם מן הבחינה המהותית, הכוללת את מישור התכנון, התכנים ומכלול השירותים העומדים לרשות הדיירים. אף שהיקפו של קהל היעד הרלוונטי מתוך כלל האוכלוסייה - ואפילו מקרב בני 65 ומעלה - הנו נמוך, תחום זה עבר בעשור האחרון תהליכי צמיחה משמעותית ושינויים דרמטיים.

תחום הדיור המוגן בישראל ממשיך לצבור תאוצה. זאת, בשל העלייה המתמדת בתוחלת החיים וברמת החיים בקרב חלקים מאוכלוסיית ישראל, וכן בשל ההכרה בצורך באיכות חיים גם בגיל השלישי. המדינה חדלה לבנות פרויקטים חדשים והותירה את כל הפעילות הזאת לגופים ציבוריים למחצה (קופות החולים ועמותות) וליזמים פרטיים, ולכן הפך תחום הדיור המוגן לאחד התחומים המועדפים בקרב יזמי נדל"ן. עם זאת, יש לציין כי המעבר לדיור המוגן אינו מאפיין את כל האוכלוסייה בישראל. החלוקה של קבוצות המבוגרים המתגוררים בדיור המוגן נעשית בעיקר על פי פרמטרים גיאוגרפיים וסוציו-אקונומיים: תושבי המרכז העשירים יותר הם שיכולים להרשות לעצמם לעמוד בעלויות הגבוהות של הדיור המוגן וליהנות משירותיו. בהתחשב בהערכות בדבר קצב הגידול של קבוצת בני ה-65 ומעלה - בהתאם לפרסומי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 2014), וכן בהנחה כי הביקוש יישמר ברמתו הנוכחית - נדרש קצב בנייה של בערך 500 יחידות דיור בשנה. על פי הנתונים, רוב אוכלוסיית הגיל השלישי (93%) מתגוררים ביישובים עירוניים. קרוב למחציתם מתגוררים במחוז המרכז ובמחוז תל אביב, וההנחה היא שעל פי רוב מעדיפים בני הגיל השלישי להישאר בקרבת מקום מגוריהם. נכון להיום, 49% מבתי הדיור המוגן ממוקמים במחוז המרכז, 20% - במחוז תל אביב, 12% - במחוז חיפה, 7% - במחוז ירושלים, 7% - במחוז הדרום ו-5% בלבד - במחוז הצפון (גוטסדינר וסודאי, 2014).

אילוסטרציה 1: פיזור קבוצת היעד מול היצע יחידות הדיור (גוטסדינר וסודאי, 2014)



השינוי המשמעותי בהרכב הגילים – שבא בעקבות העלייה בתוחלת החיים והתבגרות האוכלוסייה – משפיע על כל תחומי החיים. בעולם התכנון, המגמה הדמוגרפית הנה אתגר והזדמנות להתמודדות יצירתית. במקביל, ישנן כמה תפיסות גרונטולוגיות שגויות הנמצאות בעיצומו של תהליך שינוי משמעותי. בניגוד להתייחסות אל הזקנים כאל מוגבלים חסרי יכולת שצריך לבנות עבורם מרכזים גריאטריים בלבד, אנו עדים כבר מספר שנים לפנייה אל קהל יעד של קבוצה פעילה, כשירה ומעורבת, הדורשת התאמה של תנאי המחיה והעבודה לירידה ההדרגתית ביכולת הפיזית, התחושתית – ולעתים גם המנטלית – המתחוללת עם התקדמות הגיל (Harper, 2013).

3. הסוגים השכיחים של דיור מוגן.

בקרב קבוצות היעד יש המעדיפים מסגרת הממוקמת בתוך העיר, בסמוך למרכזי קניות, תרבות ורפואה. אחרים נוטים לצאת מן העיר אל הכפר כדי לשפר צדדים אחרים של איכות חייהם ולהעשירם בדיור המוגן. בהתאם לכך, קיימים שני סוגים של דיור מוגן: דיור מוגן עירוני ודיור מוגן כפרי.

3.1 דיור מוגן עירוני.

הדיור המוגן העירוני ממוקם בתוך העיר, ודייריו נהנים מנגישות ישירה למרכזי קניות ולמגוון שירותים אחרים שהעיר הגדולה מספקת בזמינות מיידית. סגנון חיים זה מיועד לאנשים הרוצים בפעילות התוססת המאפיינת את העיר. כדי להעניק לדיירים תחושה שהנם חלק אינטגרלי מן

השכונה, על חזית הבניין בדיור מוגן עירוני להיות מעוצבת כאחד מבתי המגורים בשכונה כך שהמבנה ישמור על השפה האדריכלית המאפיינת את השכונה כולה. והכול – בהתאם להנחיות האדריכליות של האזור: מרפסות, קורות, חומרי גמר וכדומה. התפיסה הפסיכולוגית העומדת ביסודו של תכנון כזה מביאה בחשבון את הקושי שיש לאדם לעזוב את ביתו, שהרי בית דיור מוגן הנראה כחלק אינטגרלי מן השכונה מקל את המעבר.

פרויקט "אחוזת צהלה" – דיור מוגן עירוני.

פרויקט "אחוזת צהלה" נמצא בשכונת המשתלה בתל אביב. נבנו בו 204 יחידות דיור, והוא תוכנן על ידי כנען שנהב אדריכלים.

אילוסטרציה 2: **"אחוזת צהלה" – עיצוב החזית שומר על שפתה האדריכלית של השכונה (צילום: אסף פינצ'וק)**

אילוסטרציה 3: **"אחוזת צהלה" – פטיו פנימי (צילום: אסף פינצ'וק)**

אילוסטרציה 4: "אחוזת צהלה" – בריכת השחייה (צילום: אסף פינצ'וק)

3.2 דיור מוגן כפרי.

כפרי הגמלאים מיועדים לאנשים הרוצים לעזוב את העיר לטובת מקום עם אווירה פסטורלית, שבו ניתן ליהנות מהנוף ומהאווירה הכפרית, נוסף על מגוון השירותים העשיר הניתן ברמה גבוהה ומגיע "עד הבית". הדיור המוגן הכפרי מספק גם שטחים נרחבים המאפשרים לדיירים לארח את בני המשפחה והנכדים וליהנות מחברתם במרחב הפתוח. הפרויקטים מחוץ לעיר הנם בעלי אופי כפרי של בנייה נמוכה ומרווחת המשתלבת בסביבה הפסטורלית.

בארצות אחרות הפכו פרויקטים של דיור מוגן בפרברים מחוץ לעיר לפופולריים יותר בשנים האחרונות עקב זיהום האוויר הכבד באזורים האורבניים. התכנון עוסק בתכונותיה של הסביבה מחוץ לעיר ומשתמש ביתרונותיה: אוויר נקי, סביבה שקטה, אורח חיים רגוע, תחושת הגנה ואפילו נוף פסטורלי מרגיע. כל אלה עולים בקנה אחד עם הגישה הדוגלת בניצול יתרונות הבנייה הירוקה בסביבה ירוקה (Fang, 2013). במספר ארצות הוקמו שכונות סגורות של גמלאים השומרות על צביונו של אזור מגורים רגיל בתוספת כל השירותים המיוחדים העונים על צורכי הקבוצה הבוגרת ומאפשרים לתושבים לחיות בבטחה מתוך הנאה מלאה משירותי חברה ותרבות.

בישראל הפך אזור השרון להיות מרחב פופולרי עבור הקבוצה המבוגרת של גוש דן הצפוני. שלושת כפרי הגמלאים העיקריים באזור זה הם "אחוזת פולג", "פרוטיאה בכפר" ו"נורדיה". חלקם מוצגים בפרק זה כדוגמאות לשילוב של הפן האדריכלי והפן האנושי של צורכי האוכלוסייה הבוגרת.

"פרוטיאה בכפר" – דיור מוגן כפרי.

הכפר נמצא במושב בני דרור בשרון וכולל 267 יחידות דיור. הוא משתרע על פני 62 דונם של שטחים ירוקים באווירה כפרית. בכפר מספר מבנים בני שלוש או ארבע קומות ויחידות דיור צמודות קרקע. באמצע הכפר נמצא הבניין המרכזי, ובו נמצאים בריכת שחייה, חדר כושר, ספרייה, חדרי מחשבים וחוגים. נוסף על כך, הכפר כולל שלוש מחלקות אשפוז. זהו כפר הגמלאים הגדול הראשון שנבנה בישראל, בייזום "שפונדר גיל הזהב" ובתכנון האדריכל ניסן כנען.

אילוסטרציה 5: הבניין המרכזי בכפר הגמלאים "פרוטיאה בכפר" (צילום: אסף פינצ'וק)

פרויקט כפרי נוסף: "אחוזת פולג".

הכפר נמצא בקיבוץ תל יצחק, ומשתרע על פני שטח ירוק של 100 דונם. הדיור המוגן כולל 300 יחידות דיור, ותוכנן על ידי כנען שנהב אדריכלים.

אילוסטרציה 6: שביל הליכה טיפוסי בכפר הגמלאים "אחוזת פולג" (צילום: אסף פינצ'וק)

אילוסטרציה 7: **מדשאה מחוץ לבריכת השחייה בכפר הגמלאים "אחוזת פולג" (צילום: אסף פינצ'וק)**

אילוסטרציה 8: **בריכת השחייה המקורה בכפר הגמלאים "אחוזת פולג" (צילום: אסף פינצ'וק)**

אילוסטרציה 9: **נוף פנימי בכפר הגמלאים "אחוזת פולג" (צילום: אסף פינצ'וק)**

4. "פרוטיאה בהר" במושב שורש – בית הדיור המוגן הירוק הראשון בישראל

הדוגמה החדישה ביותר של דיור מוגן היא כפר הגמלאים "פרוטיאה בהר", שנבנה ביזמת יהושע שפונדר ותוכנן על ידי כנען שנהב אדריכלים ונפתח לקהל בשנת 2013 במושב שורש סמוך לירושלים. "פרוטיאה בהר" מתפרס על פני שטח של 40 דונם וכולל שטחי בנייה של בערך 50,000 מ"ר, מהם למעלה מ–4,000 מ"ר שטחים ציבוריים: לובי, חדר אוכל, חדרי חוגים, בריכת שחייה, אולם התעמלות, חדר כושר, מרפאה, אולם אירועים ועוד. יש בו 305 יחידות דיור, והן תוכננו במגוון רחב של גדלים ועיצובים. ב"פרוטיאה בהר" תוכנן מבנה יחידת הדיור הפרטנית בהרמוניה עם המכלול של שאר מרכיבי הכפר. מדובר בתכנון מתחם מגורים שלם, ממישור התכנון הפנימי והחיצוני של היחידה הבודדת, ועד ארגון פונקציונלי של היישוב כולו כאורגניזם בעל צרכים מיוחדים הערוך לספק בעצמו את צורכיהם הפיזיים, החברתיים, התרבותיים והרפואיים (ובכלל זה מחלקות אשפוז) של הדיירים כפרטים וכקהילה. כל זאת בשילוב עם תכונות הסביבה הכפרית הפסטורלית של האזור שבו נמצא הכפר, הגובל בשמורת הטבע "שמורת הרי יהודה", שהיא מהיפות בארץ. הפרויקט נידון בוועדות תכנון ארציות במשך 4 שנים בשיתוף פעולה עם ארגוני ה"ירוקים" עד בנייתו במתכונתו הנוכחית, המבטאת בנייה כפרית המשתלבת בשמורת הטבע. התכנון ב"פרוטיאה בהר" מאפשר תנועת הולכי רגל בשבילים מגוננים ומטופחים עם פיתוח שטח ייחודי ונוף עוצר נשימה של שמורת הרי יהודה, והכול – בלא הפרעת מכוניות נוסעות. כפר, מטבעו, משתרע על פני מרחבים גדולים, בעוד שכושר התנועה של אנשים מבוגרים מוגבל ומצטמצם עוד ועוד ככל שנוקפות השנים. לפיכך, בתכנון הכפר הודגשו במיוחד צורכי הניידות של הדיירים, וזאת בכמה אופנים. לדוגמה, הבניין המרכזי ממוקם במרכז הפרויקט כדי להקטין את מרחקי ההליכה מיחידות הדיור אליו. כמו כן ניתן להגיע מכל מקום לכל מקום בכפר באמצעות משעולים אופקיים ומעליות ללא כל צורך לעלות במדרגות או לחצות כבישים, ושבילי ההליכה רחבים ומקורים ומותאמים גם לנסיעת קלנועיות לקשישים.

אילוסטרציה 10: שילוב הרמוני של כפר הגמלאים "פרוטיאה בהר" ושמורת הרי יהודה (צילום: אסף פינצ'וק)

כבר בכניסה ללובי הבניין המרכזי ב"פרוטיאה בהר" ניכר האפקט של "חלל כפול". אור טבעי חודר מבעד לחלונות גדולים הפונים לכיוון הפארק ו"מכניס פנימה" את הנוף בחוץ. העיצוב קלסי ומשרה רוגע ואווירה של בית. התכנון ב"פרוטיאה בהר" מאפשר לדיירים ליהנות מ"זמן איכות" פרטי ביחידת

הדיור ובגינה שלהם, בצירוף ביטחון פיזי ורפואי, הנאה מחיי קהילה ציבוריים ומפעילויות במבנה המרכזי ובשטחים הציבוריים הרבים, לרבות פארק, שבילי הליכה, פינות ישיבה ופינות נוי.

תכנון "פרוטיאה בהר" כבית הדיור המוגן הירוק הראשון בישראל החל עוד בשלב ההריסה של בית ההארחה "שורש", שעל שטחו נבנה בית הדיור המוגן. לצורך הבנייה הופרדו ומוחזרו חומרים שהוצאו מן האתר: בטון, ברזל, עץ וכו'. נוסף על כך, חומרי הגמר ידידותיים לסביבה וניתנים למיחזור: אבן טבעית מקומית, עץ ואלומיניום. זאת ועוד, נבחרו מזגני Dakin, שהנם חסכוניים באנרגיה, ובמרתף הותקנו גלאי CO (לגילוי פחמן חד–חמצני, גז רעיל הנוטה להתרכז במקומות נמוכים וסגורים) וחימום מחלקות האשפוז נעשה באמצעות משאבת חום המאפשרת ויסות אינדיבידואלי. הפרויקט זכה לשבחים מצד ארגוני הירוקים על ההתחשבות הן בהשפעות הכפר על הסביבה (מניעת מטרדים ומפגעים סביבתיים) הן בהשפעות הסביבה על הכפר. מומחה בנושא קלימטולוגיה של הבנייה ליווה את הפרויקט, ונבנו בו חלונות גדולים בעלי זיגוג כפול המכניסים אור טבעי לכל מבנה בכפר.

5. היווצרות אשכולות אזוריים של כפרי דיור מוגן

מספר בתי הדיור המוגן הולך וגדל עם התבגרות האוכלוסייה, והמרחק הגיאוגרפי בין בתי הדיור המוגן באזורים מסוימים הולך וקטן עקב ריכוז אשכולות של פרויקטים. נראה כי בעתיד תימצא גם בישראל תופעת הרצף העירוני או הכפרי של אזורי דיור מוגן המציעים את מכלול השירותים המיוחדים לאוכלוסייה הבוגרת (בדומה לפלורידה בארצות הברית). באזור השרון, למשל, כפרי הגמלאים הנמצאים מחוץ לעיר למעשה כבר עונים על הגדרה זו ובנויים כאזור הכולל מספר כפרי גמלאים שכל אחד מהם בנוי כשכונה עם מכלול הפונקציות האורגניות המרכיבות סביבת מגורים אנושית מתקדמת.

6. גישת התכנון האוניברסלי

בארצות רבות בעולם גישת התכנון האוניברסלי היא הגישה המקובלת בתכנון עבור בני הגיל השלישי. המושג "תכנון אוניברסלי" נטבע על ידי האדריכל רונלד מייס (Mace), אשר בהיותו חולה פוליו הכיר מקרוב את סבלם של כל המוגבלים (Harpur, 2012). המושג עוסק בתפיסה המציגה תכנון רחב ספקטרום המתאים למגוון נרחב של משתמשים, ובכלל זה מבוגרים ומוגבלים בכל מקום יישוב. בהקשר זה מן הראוי לציין כי המתכנן סלווין גולדסמית הוא שפיתח לראשונה בספרו החלוצי "תכנון למוגבלים" את התפיסה של נגישות חופשית לבעלי מוגבלות (Goldsmith, 1997).

תנועת התכנון האוניברסלי מילאה תפקיד קריטי בקביעת סטנדרטים של תכנון המאפשר נגישות ושימוש במרחב הפרטי והציבורי לכל קבוצות האוכלוסייה – ובכלל זה בעלי צרכים מיוחדים – בהתאם לסוגי המוגבלויות הפיזיות או המנטליות שלהם. מדינות רבות אימצו את עקרונות התכנון האוניברסלי תחת כותרות שונות: "דיור לחיים (Lifetime housing)" בכל אירופה, "דיור לטווח החיים (Lifespan housing)" בארצות הברית, ו"דיור גמיש (Flex housing)" בקנדה. הולנד הייתה המדינה הראשונה באירופה שקבעה את עקרונות התכנון האוניברסלי כסטנדרט של דיור. מדינות אחרות (כמו אוסטריה, גרמניה ופורטוגל) התמקדו תחילה בצרכים של קבוצות ספציפיות. איטליה נקטה גישה מתקדמת, אשר לפיה סטנדרטים שונים של נגישות והתאמה ייקבעו לתכנון עבור סוגים שונים של משתמשים קודם שתאומץ הגישה האוניברסלית של תכנון עבור המשתמשים כולם (Harper,

2013). גם בישראל התקבל חוק שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות, התשנ"ח–1998, המטיל חובת תכנון שיש בו כדי להבטיח נגישות לבעלי מוגבלויות בכל פרויקט חדש שנבנה. חשיבות התפיסה של הזדקנות מוצלחת עולה ככל שבדמוגרפיה המודרנית מסתמן רוב מבוגר בחברה. הגדרת המושג "הזדקנות מוצלחת" כוללת שלושה אלמנטים: סבירות נמוכה לתחלואה, רמה גבוהה של תפקוד פיזי ומנטלי ומעורבות פעילה בחיים היצרניים או החברתיים (Carr, Weir, Azar, & Azar, 2013). הסביבה הבנויה יכולה ליצור הזדמנויות או מגבלות באשר למעורבות הקבוצה המבוגרת בפעילות יצרנית וחברתית. תכנון אוניברסלי של מרחבים וחללים מאפשר נגישות ושימוש למגוון רחב של אנשים באופן שאינו מצריך התאמה ספציפית. לפיכך, תכנון אוניברסלי מאפשר לאוכלוסייה מבוגרת השתתפות ללא הסטיגמה הנוצרת עקב התאמות מיוחדות עבורם. חשוב לאדריכל וליזם ללמוד גם מן הניסיון שנרכש בארצות אחרות, וליישמו בהתאם למאפייניה המיוחדים של הקבוצה הרלוונטית בישראל.

7. השפעת התכנון על איכות החיים של הדיירים, על המשפחות ועל הצוות המטפל

שלושת התחומים העיקריים שבהם תכנון הסביבה הפיזית של הדיור המוגן משפיע על הדיירים, על משפחותיהם ועל אנשי הצוות המטפל הם איכות החיים, בטיחות הדיירים ועומס העבודה של אנשי הצוות. תפרוסת המבנים, מתקני עזר, רמת גימור, הפחתת רעש וגישה לשטחים פתוחים – לכל גורמי התכנון האלה נודעת השפעה רבה על איכות הטיפול ותוצאותיו, ובכלל זה שיפור הבריאות ואיכות השינה ויכולת ההתמצאות, הפחתת תוקפנות ורוגז והפרעות התנהגות, הגברת המעורבות החברתית, שיפור ביכולת לזהות זמן וסדר יום וסיטואציות, וכן שיפור בשביעות הרצון הכללית של הדיירים. לפיכך, התכנון הפיזי צריך לא רק לתמוך בפונקציונליות, אלא גם לספק לדיירים הזדמנויות להיות פעילים ולשפר את בריאותם.

סביבה פיזית המותאמת למבוגרים יכולה להגביר את בטיחותם הפיזית של הדיירים באמצעות הסרת מכשולים באופן המאפשר לדיירים להיות פעילים ללא סכנת פציעה, זיהום ושאר נזקים. התכנון הפיזי והאסתטי משפיעים גם על מצב הרוח הכללי והמורל, ואלו קשורים באופן ישיר לבריאותם הנפשית והפיזית של הדיירים, לאיכות חייהם ולשביעות רצונם. תכנון בסגנון ביתי של דיור מוגן הנראה כחלופת מגורים בסביבה עירונית או כפרית רגועה מגביר גם את שביעות הרצון מהעבודה בקרב אנשי הצוות, ועקב כך מקל עליהם לשאת בנטל הטיפול בדיירים מתוך שמירה על אווירה חיובית ומקצועית. לכל אלה יש כמובן השפעה חיובית הן על תחושות הדיירים הן על תחושותיהם של בני המשפחות (Anjali, 2006).

לתכנון הפיזי של הדיור המוגן יש אפוא השפעה רבה על היבטים שונים הקשורים לאיכות חייהם של הדיירים ואף על סדרת גורמים היכולים להשפיע על תוחלת החיים של דיירי הדיור המוגן, כמו למשל בטיחות בחיי היומיום, שיפור השינה, פעילות גופנית בריאה, מניעת פציעות וזיהומים והפחתת פציעות עבודה (Anjali, 2006).

7.1 שיפור איכות השינה.

למעלה ממחצית המבוגרים סובלים מהפרעות שינה הפוגעות באיכות החיים, בבריאות, במערכת החיסונית, במצב הרוח ובמערכת היחסים עם הסביבה (Johnston, 1994). מחקרים

הראו שהפרעות שינה מביאות לידי ישנוניות ועייפות במשך היום, עצבנות יתרה ואף הגברת התמותה (Dale, Burns, & Panter, 2001). הסיבות להפרעות השינה אינן רק התנהגותיות או רפואיות, אלא הפרעות שינה נובעות לעתים מהפרעות סביבתיות המושפעות באופן ישיר או בעקיפין מן התכנון האדריכלי, כגון חשיפה בלתי מספקת לאור השמש, שהייה ממושכת במיטה, חוסר פעילות גופנית, רעשים בשעות הלילה (Alessi, Martin, Webber, & Kim, 2005) ותאורה בחדר בשעות הלילה (Cruise, Schnelle, Alessi, Simmons, & Ouslander, 1998).

7.2 הפחתת אגרסיביות והפרעות התנהגות.

הפרעות התנהגות הן תופעה נפוצה בקרב אנשים במוסדות. התערבות תכנונית יכולה להפחיתן, במיוחד בקרב דיירים הסובלים מדמנציה. האלמנטים התכנוניים הרלוונטיים הם גודל יחידת הדיור והאווירה בה, מידת הפרטיות, מניעת מוזיקת רקע ("רעש לבן"), תאורה מספקת ומתאימה, וכן נגישות למרחב החיצוני (Morgan & Stewart, 1998).

8. מכלול המרכיבים שיש להביא בחשבון בעת התכנון

כדי לבצע תכנון אינטרדיסציפלינרי המביא לתוצאה מיטבית צריך האדריכל, כראש צוות התכנון, להביא בחשבון סדרה של גורמים:

8.1 אווירה של בית.

אחת מאבני היסוד של תכנון הדיור המוגן היא יצירת אווירה ביתית, שכן המעבר לדיור מוגן הנו מעבר לבית אישי חדש ולא ל"מוסד". אווירה ביתית מפחיתה את החרדה הנובעת מעזיבת הסביבה הביתית המוכרת ועקירה אל מקום חדש ובלתי מוכר. בהקשר זה חשוב לזכור כי מדובר בצעד שבפועל אין ממנו חזרה, והוא מקרב את האדם באופן מוחשי אל תחנת חייו האחרונה. עם זאת, במקביל להתחשבות בתחושות הפרט, התכנון צריך להביא בחשבון את האלמנטים הפסיכולוגיים של כלל אנשי הקבוצה הזאת. איכות החיים בדיור המוגן מושפעת רבות מן הסביבה הפיזית. לפיכך, התכנון צריך להיות גמיש ולכלול שילוב של עקרונות היסוד האדריכליים והשינויים התמידיים של סביבת הטיפול ומאפייני הדיירים (Barnes, 2002).

8.2 קידום פעילות גופנית ושיפור איכות החיים.

גם הפעילות הגופנית חשובה בשיפור איכות החיים של הדיירים. כדי לאפשר לדיירים פעילות גופנית מגוונת, האדריכל חייב לכלול בתכנון מגוון אמצעים ותשתיות, כגון חדרי כושר והתעמלות, בריכת שחייה, מכוני פיזיותרפיה ועוד.

אילוסטרציה 11: דיירי כפר הגמלאים "פרוטיאה בכפר" משחקים מיני–גולף (צילום: אסף פינצ'וק)

במקביל, על האדריכל להביא בחשבון מגבלות ניידות ופגיעה בחוש שיווי המשקל, שאינם נדירים בגילים מתקדמים. כדי להבטיח ככל האפשר את בטיחות הדיירים חייב האדריכל לכלול בתכנון אמצעים להפחתת סכנה של נפילות או של זיהומים. נקודה חשובה נוספת שאינה זוכה תמיד לתשומת לב ראויה בתכנון היא צורכי העבודה של אנשי הצוות, ובתכנון המביא זאת בחשבון יש כדי להפחית לחצים מיותרים העלולים להשפיע לרעה על הטיפול בדיירים. כל מאפייני התכנון האלה הם חלק מ"כרטיס הביקור" של הפרויקט ותורמים לתדמית המקום, למוניטין ולהתרשמות ראשונית חיובית של מועמדים ובני משפחותיהם בעת הביקור במקום, שהנו שלב חיוני בתהליך השיווק.

8.3 התמצאות במרחב.

במהלך השנים ניכרת בקרב האוכלוסייה המתבגרת ירידה ביכולת ההתמצאות במרחב. חוסר התמצאות מרחבית הנו סיבה מרכזית לאשפוז דיירים במחלקות שונות. עצמאות הדיירים ואיכות החיים שלהם קשורות ליכולתם לנווט בביטחון את דרכם למקומות מוגדרים במרחב שבו הם נמצאים. לתכנון הסביבה הפיזית יש תפקיד חשוב בהקשר יכולתו של הדייר למצוא את דרכו. המיומנות המרחבית דועכת עם הגיל, ולכן הדיירים מתקשים לעתים להתמצא במרחב הדיור המוגן (Rule, Milke, & Dobbs, 1992). הקושי הולך וגובר ככל שגדל המרחק מדלת הדירה, ונוצר חשש לעזוב את החדר (Herman & Bruce, 1981). כמה מאפיינים של תכנון לקוי עלולים לגרום לבלבול מרחבי של דיירים: ארכיטקטורה מונוטונית ללא נקודות ציון מובהקות במרחב, פרוזדורים ארוכים עם הרבה דלתות (Passini, Pigot, Rainville, & Tetreault, 2000), מחסור בחלונות או בגישה אליהם (Rule et al., 1992). לעומת זאת, הדיירים יכולים להסתייע רבות באמצעים כגון שילוט בולט וברור (Rule et al., 1992), שימוש במספרי חדרים ברורים ובצבעים בולטים לצורך הבחנה בין סוגי מתקנים (McGilton, Rivera, & Dawson, 2003), וכן מפות התמצאות בצירוף הוראות הדרכה לדיירים חדשים לשם רכישת ביטחון מרחבי (Nolan, Mathews, & Harrison 2001).

8.4 מאפייני הדיירים בדיור המוגן.

רוב דיירי הדיור המוגן בישראל הנם מן העשירונים העליונים. לקהל זה יש טעם איכותי ודרישות המכתיבים תכנון אדריכלי מתקדם ומודרני. העלויות הגבוהות הכרוכות באספקתו ובצריכתו של מכלול השירותים הניתן בדיור המוגן הופכות את התחום הזה לנחלתם הבלעדית של בעלי אמצעים, רובם תושבי המרכז, שצברו במהלך חייהם הון שיש בו כדי לאפשר להם לעבור לדיור מוגן לפי בחירתם בערוב ימיהם.

8.5 מעורבות בחיי הקהילה.

הדיור המוגן משמש כמקור תעסוקה לבעלי מקצועות מתחומים שונים: רפואה, סיעוד, משק, אחזקה, מזון, מנהלה, תרבות, עבודה סוציאלית, מכבסה, הסעות, שמירה, גננות, חשבונאות ומקצועות פרה–רפואיים. בפרויקט דיור מוגן הכולל 300 יחידות דיור ושלוש מחלקות אשפוז מספר העובדים הממוצע הנו בערך 150. בדיור המוגן נהוג לפגוש מבקרים ובני משפחה רבים הבאים לביקורים קצרים (או אף להתארח) אצל דיירי המקום. מבקרים אלו צורכים שירותי מלונאות לתקופות קצרות וארוכות. מערכת מלונאית מצומצמת הנמצאת במתחם הדיור המוגן יכולה להקל על בני משפחה ומבקרים מן הארץ ומחו"ל ולסייע להם. התכנון האדריכלי מביא בחשבון שהדיור המוגן יכול לשמש כמעין מרכז קהילתי לאוכלוסייה המבוגרת, המספק להם ולתושבי הסביבה מגוון שירותים לפי בחירתם. לשם כך מתוכננים חדרי חוגים, אולמות להרצאות, הצגות וסרטים, מקומות לאירועים בהיקפים שונים, ואף בית כנסת. בהקשר זה קיימת סתירה פנימית בין רצונם של הדיירים לשמור על בלעדיות השימוש במתקנים "שלהם" ולמנוע מאחרים את השימוש בהם, ובין התועלת שתצמיח המעורבות הקהילתית הן עבור הקהילה הן עבור הדיירים.

הנתק מן הסביבה החברתית הוא שאפיין בעבר את הדיור המוגן. לעומת זאת, חלק מבתי הדיור המוגן פותחים כיום את שעריהם לכל תושבי הסביבה, ומזמינים אותם להשתתף בפעילויות ובאירועים. למשל, מועדון ספורט הפתוח לתושבי הסביבה בכל הגילים, חוגים, בריכת שחייה, פעילות גופנית, טיולים, אירועים, חגים, בית כנסת ועוד. זקנים מן הדיור המוגן עוסקים בפעילות התנדבותית בסביבה הקרובה ויוצאים לקניות ולפעילויות מחוץ לדיור המוגן. חלקם מחזיקים בכלי רכב, ועומדת לרשותם חניה מקורה בתוך המתחם, שבו מוצבים שער, מחסום ושומר כדי להגביר את תחושת הביטחון האישי. שילוב זה של הדיור המוגן והמרקם הסביבתי, אף כי עודנו בראשיתו, הופך בהדרגה את בתי הדיור המוגן ממטרד שכונתי לחלק חיובי ובלתי נפרד של חיי השכונה ותושביה. הנגשת הפעילויות והשטחים הציבוריים במתחם הדיור המוגן לכלל הקהילה יכולה לתרום רבות לכל הצדדים, ולהפחית את התנגדותם הבעייתית של התושבים להקמת פרויקט של דיור מוגן בשכונתם.

8.6 עיצוב הפנים ועיצוב הנוף.

כאמור, לסביבה הפיזית המטופחת נודעת השפעה חיובית על נפש האדם. לדיירי הדיור המוגן יש פנאי לשבת ולהתבונן, ליהנות מהסביבה, לשבת על ספסל בגן ולשתות קפה במרפסת. על כן תשומת לב מיוחדת צריכה להינתן לעיצוב הפנים ולתכנון הנוף (Cohen & Day, 1993).

השטחים הציבוריים מציגים רמה גבוהה של עיצוב עכשווי ושימוש בחומרים מהמתקדמים ביותר. השטחים האלה כוללים פונקציות חדשות כמו קפטריה שהיא למעשה בית קפה, מינימרקט, מספרה, ספא, חדרי חוגים, בית כנסת, אולם קולנוע, אולם הרצאות, שטחי גינון ופיתוח סביבתי מטופחים. זאת ועוד, כפרי גמלאים כוללים אזורים של פעילות נופש וספורט כמו מיני–גולף, פטאנק וענפים נוספים. כמה מהם הוסיפו גם "פאב שכונתי", ובו שולחנות למשחקי ביליארד, שולחנות למשחקי קלפים ופינות למשחקי חברה ולצפייה בטלוויזיה. חלק מכפרי הגמלאים מספקים גם ערוגות וחממות שבהן יכולים תושבי הדיור המוגן לטפח גינות פרטיות ואף לגדל ירקות לשימוש עצמי, ומוסיפים אזורי משחק לנכדים ולאורחים. האדריכל מביא בחשבון שלאנשים מבוגרים יש לעתים בעיות ניידות והם מעדיפים להמעיט בהליכה. בהתאם לכך, האדריכל דואג להנגיש את מכלול השירותים המגוון שהדייר זקוק לו או מעוניין בו ולמקמו בטווח של מרחק מתאים מכל דירה בפרויקט, מתוך שמירה על כללים מתאימים של רוחב שבילים, עם שיפועים מתונים ללא מדרגות ומכשולים. למעשה, הדיור המוגן הופך להיות דיור יוקרתי ברמה גבוהה לאנשים מבוגרים שתמורת כספם מחפשים הם לעצמם פעילות וערך נוסף לחייהם. ילדיהם עזבו את הבית, ועכשיו הגיע תורם של החיים היפים, המהנים והמסוגננים. האפנה החדשה בדיור מוגן היא בתחום הבנייה הירוקה, שבתכנונה מודגשים תאורה טבעית, פינוי פסולת למיחזור תוך כדי הפרדה בין חומרים שונים, ניקוז מי גשמים לחלחול אל מי התהום, מיחזור מים (למשל, ניצול מי בריכת השחייה והמזגנים להשקיית הגינות לאחר טיפול מתאים), בידוד תרמי איכותי והתקנת תאים פוטואלקטריים לניצול אנרגיית השמש.

8.7 מגוון סוגים וגדלים של דירות לפי צורכי הדיירים.

התכנון כולל דירות במגוון גדלים מתוך התאמה אישית לרצונותיהם ולאפשרויותיהם של הדיירים, באופן שהופך את בית הדיור המוגן ממבנה אחיד למבנה הטרוגני. בכל פרויקט ישנו מגוון רחב של יחידות דיור בגדלים שונים עם מרפסות רחבות ידיים, אפשרות להוספת כוח עזר, מספר חדרי שירותים, מטבחים מאובזרים המאפשרים אירוח נדיב, בעיצובים החדשניים ביותר הקיימים כיום בשוק, לרבות מכשירי חשמל, סידורי ישיבה ואחסון כלי אוכל. רוב הדירות בדיור המוגן קטנות מדירתם המקורית של הדיירים, ולכן בחלק מן הפרויקטים ניתן לקבל – נוסף על הדירה – מחסן לשמירה על חפצים. המגוון כולל דירות גן, דירות פנטהאוז, דירות עם מרפסות מקורות, ויחידות דיור הנמצאות בבניין המרכזי לעומת יחידות דיור במבנים מרוחקים יותר, והכול – עם מערך שבילים היוצר תחושה כפרית של אזור מגורים שליו וקהילתי.

8.8 שדרוג הפרויקט ושינוי יחידות הדיור.

האדריכל צריך לתכנן מראש את יחידות הדיור באופן שיאפשר לדיירים ליזום בעתיד שינויים פנימיים בדירה לפי צרכיו וטעמו של כל אחד מהם (במידת האפשר ובגדר מגבלותיו של כל פרויקט). לפיכך, המטרה היא להתאים את הדירה להרגלי החיים של הדייר ולנוחותו באמצעות תכנון אדריכלי שיאפשר גם שינויים עתידיים ביחידות הדיור. במסגרת התכנון חשוב לתכנן את דלתות הדירה והמעברים באופן המאפשר מעבר של כיסא גלגלים וחשוב לוודא שדלתות האמבטיה תיפתחנה באופן דו–כיווני אם יהיה צורך לסייע לדייר בשעת מצוקה. כדאי גם להביא בחשבון מצבים עתידיים, כגון הכנסת מטפל אישי לדירה, ולכן יש לבדוק אם יהיה מקום לשכנו.

בניגוד לפרויקטים אחרים של נדל"ן – כמו למגורים או למשרדים – הנמצאים בשיאם ביום הפתיחה ונידונים על פי רוב להתדרדרות ולהתיישנות במשך השנים, בענף הדיור המוגן המצב שונה: בתי הדיור המוגן המנוהלים בצורה מקצועית משכילים להתחדש ולהשתדרג ולהיות רלוונטיים תמיד. יתרה מזו, התכנון האדריכלי מביא בחשבון מראש את הצורך להתחדש באופן שוטף לצורך חילופי דיירים והמשכיות השיווק. לאורך השנים מתחלפים סגנונות ואפנות ויש גם צורך לשמור על רמת תחזוקה גבוהה. שינוי בתי הדיור המוגן ושדרוגם מתרחשים גם לאור העובדה כי הקבוצה המבוגרת פעילה הרבה יותר מבעבר, עוסקת בפעילות גופנית ובשמירת הבריאות, ואוהבת לטייל ולארח. גם הפן התכנוני והעיצובי בדיור המוגן השתנה בהתאם לכך. בתי דיור מוגן או כפרי גמלאים אשר לא ישכילו להתחדש, להשתכלל, להתקדם, להציע שירותים חדשים ורעיונות מקוריים בשילוב של עיצוב חדשני ימצאו את עצמם בלתי רלוונטיים ובלתי אטרקטיביים לשיווק.

בשנים האחרונות עלו הביקושים לבתי דיור מוגן. צורכיהם וטעמם של הלקוחות המבוגרים השתנו. השיפורים והעדכונים בתכנון האדריכלי נעשים במישורים שונים ובתחומים מגוונים: בתחום החברתי – מתחמים לפעילות גופנית, צריכת תרבות, אירועים חברתיים וביקורי משפחות; בתחומי הרפואה – הקמת חדרי טיפולים וסיעוד, דיור תומך ופתרונות רפואיים ייחודיים לקהילה; בדירות המגורים – יחידות דיור מיוחדות, טיפוסי דירות מקוריים שלא היו קיימים בעבר, מרפסות גדולות, דירות פנטהאוז וכדומה. אחד הנושאים החשובים בשיח העתידי בתחום הדיור המוגן עוסק באיכות המגורים ובסגנון חיים משודרג שיש בו כדי להגשים חלומות בכל תחום שהוא שאנשים דחו כל חייהם ועתה הם פנויים לעסוק בהגשמתם, ובכלל זה לימודים אקדמיים, טיולים בארץ, חוגים, נסיעות להצגות, מופעים, קונצרטים ופעילות תרבותית וחברתית ענפה. במסגרת הדיור המוגן החדש אנשים משתתפים בחוגים בכל תחום אפשרי, ועוסקים בספורט בהשגחה רפואית במועדון ספורט הכולל בריכה, ג'קוזי, חדר כושר מאובזר, חוגי התעמלות מכל הסוגים, וזאת בצד ספא וטיפולים אלטרנטיביים ברמה הגבוהה ביותר.

דוגמה למהלכי התחדשות שבוצעו בשנים האחרונות בפרויקטים רבים של דיור מוגן ניתן לראות בכפר הגמלאים "פרוטיאה בכפר" במושב בני דרור.

אילוסטרציה 12: "קפה בכפר" – בית קפה הפתוח גם לציבור הרחב בכפר הגמלאים "פרוטיאה בכפר"
(צילום: אסף פינצ'וק)

השטחים הציבוריים בפרויקט זה עברו בשנים האחרונות שדרוג והתאמה מספר פעמים באופן שוטף. בפארק הירוק נבנו ואובזרו מגרשי פטאנק ומיני–גולף, וכן מסלולי הליכה. נוסף על כך, נבנה בית קפה שעוצב בסגנון כפרי ונקרא ''קפה בכפר''. דיירים ומבקרים הבאים לכפר יכולים לשבת בבית הקפה וליהנות מקפה איכותי ומארוחות קלות.

דוגמה נוספת היא פרויקט של רשת "משען" בגבעתיים, שבו אוחדו יחידות דיור ושודרגו כדירות גדולות ומודרניות בעיצוב עכשווי. גם פרויקט "בית טובי העיר" בירושלים – שנבנה לפני בערך 25 שנים עבור הקהילה החרדית בתכנון האדריכל ניסן כנען – עובר בימים אלו שיפוץ והגדלה של יחידות דיור ושטחים ציבוריים, לרבות התאמת שטחי ציבור לצרכים החדשים, הוספת מרכז בריאות וכושר ויצירת יחידות דיור מטיפוסים חדשניים ואטרקטיביים.

דיור מוגן הפועל על בסיס תכנית אב רב–שנתית של שיפוץ, שדרוג, התאמה ועיצוב מחדש, נשאר אטרקטיבי עבור קבוצה חדשה וצעירה יותר, השוקלת לאיזה בית דיור מוגן כדאי לה להיכנס. תפקיד האדריכל אינו מסתיים ביום פתיחתו של הדיור המוגן, שכן עולם הדיור המוגן הנו דינמי ומתחדש משנה לשנה. לכן חשוב שהאדריכל ילווה לאורך שנים רבות את הדיור המוגן שתכנן, וייתן מענה לצורכיהם המשתנים של הדיירים. הדבר צריך להיעשות באמצעות דיאלוג רצוף עם הנהלת הפרויקט, הצוות המטפל והדיירים עצמם. האדריכל צריך לחשוב על הצרכים העתידיים, להכיר את האפנות החדשות ואת הדרכים להפתיע הן את הדיירים הוותיקים הן את המתעניינים הפוטנציאליים. שיטת העבודה הזאת מביאה לכך שהתכנון עבור קבוצה הנחשבת לשמרנית הופך למעשה לתכנון דינמי ומקורי המקפיד להתחדש תדיר.

8.9 הזדקנות הדיירים והתיישנות הפרויקט.

מבחינת התכנון האדריכלי והשיווקי ניתן לראות שני היבטים של ההזדקנות בדיור מוגן: הזדקנות הדייר והתיישנות הפרויקט.

8.9.1 הזדקנות הדייר: כניסה בגיל צעיר יותר והזדקנות בתוך הדיור המוגן.

בשנים האחרונות ישנה מגמה בקרב אנשים בני בערך 65 – שרובם עדיין נוהגים במכונית, מתפקדים בצורה עצמאית ולעתים אף עובדים – לעבור לדיור מוגן מתוך שיקול דעת ובחירה שלהם. זאת, בניגוד למעבר לבית אבות בימים עברו, שבדרך כלל נבע מחוסר ברירה. על כן הדירה המתוכננת דומה לדירה בכל פרויקט מגורים רגיל, והשטחים הציבוריים דומים לאלו של בית מלון. עם ההזדקנות חלה אצל כל אדם (בצורה שונה כמובן) ירידה בתפקוד הכללי, בראייה, בשמיעה, בהתמצאות המרחבית ובניידות, ולכן סביבת המגורים צריכה להתאים למצבים חדשים אלו. על התכנון להיות גמיש ככל האפשר כדי שאפשר יהיה להתאים בקלות את יחידת הדיור לצרכים משתנים. ב"אחוזת צהלה" וב"אחוזת פולג", למשל, תוכננו יחידות דיור בנות שני חדרים עם פינת עבודה שיכולה להפוך בשעת הצורך לפינה עבור מטפל אישי.

8.9.2 התיישנות הפרויקט: ההיבט היזמי השיווקי.

בפרויקט מגורים רגיל היזם משווק את הדירות בבניין פעם אחת, ובזה מסתיים תפקידו בפרויקט. לעומת זאת, הדיור המוגן ממשיך להיות משווק לאורך השנים, ולכן צריך הוא להתחדש תמיד, שהרי מטבע הדברים הבניין מתיישן, בעוד שהצרכים, האפנה והעיצוב משתנים. לפיכך, על האדריכל מוטלת מלאכת שדרוגו, עיצובו ו"הצערתו" של הפרויקט בהתאם לצו המגמות המודרניות והאפנות הקיימות.

8.10 נגישות לכל מקום במרחבי הדיור המוגן.

אחד הדברים החשובים שיש לתת עליהם את הדעת בתכנון הפנימי של הדירה הוא אפשרות מעבר לדיירים המשתמשים בכיסא גלגלים או בהליכון (אם יתגלה הצורך). הריצוף בחדרי האמבטיה הוא "אנטי–סליפ" (כנגד החלקה). בדיור מוגן אין אמבטיה, אך יש בו מקלחות רחבות ללא הבדלי מפלסים. ארונות המטבח אינם גבוהים מדי ובנויים באופן המאפשר נגישות מרבית. בדלתותיהם של הארונות מותקנים מנגנוני השהיה כדי למנוע סגירה מיידית. במטבח יש הרבה מגירות, כלי המטבח נמצאים בהישג יד כך שאין צורך לטפס על סולם או להתכופף. ידיות הדלתות הנן רגילות, מסוג הידיות שניתן לאחוז בהן ואין צורך

לסובבן. לא נעשה כל שימוש בלהבה גלויה של כירת גז, אלא אך ורק בכיריים חשמליות. גם תכנונם של ארונות הבגדים מאפשר נגישות לפריטים המאוחסנים בהם. כל ארון בגדים מותקן בגובה של 20 ס"מ ומעלה ואין לו תחתית, כך שהדייר יכול להתקרב אליו גם אם הוא יושב בכיסא גלגלים. אין פינות חדות בשום מקום. איכות החומרים גבוהה. התאורה בכל דירה הנה טבעית ככל האפשר. הדבר נעשה באמצעות תכנון הרבה פתחים גדולים המכניסים, ככל שניתן, יותר אור יום חיצוני עם הצללה, וכן הרבה מרפסות גדולות. נוסף על כך, קיימת גם תאורת לילה. בדירות מותקנים לחצני מצוקה בשירותים ובחדר השינה, ולפעמים גם במטבח. בחדרי השירותים בדירות יש דלתות הזזה או דלתות הנפתחות לשני הצדדים (שניתן לפתחן גם מבחוץ). תכנון הריהוט מותאם לצורכי הגיל השלישי. לדוגמה, לא מציבים כורסאות נמוכות ורכות שקשה לקום מהן. כאמור, מרבית הדיירים מתגוררים בדירות קטנות מאלו שבהן גרו לפני המעבר לדיור המוגן, ולכן זקוקים הם למקום כדי לאחסן בו את החפצים שמהם קשה להם להיפרד. חשוב ליצור פתחים נגישים לדירה, להימנע ממדרגות ואפילו להימנע ממישורים משופעים (רמפות). שטחי ההליכה הנם אופקיים, וכשיש צורך לעלות משתמשים רק במעלית. בדיור המוגן יש מעט שיפועים ואין מדרגות. בדרך כלל מרחקי ההליכה הם קצרים, ובמקומות שבהם עדיין יש מרחקים גדולים יחסית נוהגים הדיירים לנוע ברחבי הכפר באמצעות קלנועיות חשמליות. המרחק המקסימלי מדירת הדייר לבניין המרכזי בכפרי הגמלאים אינו עולה על 200 מטרים. אנשים המוגבלים בהליכה מתגוררים בדרך כלל בבניין המרכזי או בסמוך לו.

8.11 מקום למטפל אישי.

חוק הדיור המוגן, התשע"ב–2012 מאפשר לכל דייר הזכאי לכך להכניס לדירתו מטפל אישי בשעת הצורך. לפיכך, חשוב לתכנן בכל דירה – ולו הקטנה ביותר, המיועדת בדרך כלל לאנשים בודדים – פינה למטפל אישי, מה גם שעם העלייה ברמת החיים הדיירים אינם מסתפקים עוד בשירותים הכלליים הניתנים במסגרת הדיור המוגן.

8.12 בחירת צבעים ועיצוב.

לאדריכלים יש רצון טבעי לכלול חידושים וצבעים מודרניים בתכנון בית חדש. אולם אין להפריז על המידה בהקשר זה, שכן חשוב לזכור כי הבנייה נועדה לקבוצה ותיקה ולרוב שמרנית, שטעמה נוטה יותר לכיוון הסולידי והקלסי. לפיכך, האדריכל ישתדל למצוא את "שביל הזהב" בבואו להנהיג אפנות וחידושים. בעבר היו הצבעים המקובלים חום ובז', ואילו בעיצובים המודרניים היום משתמשים בכל מניפת הצבעים. נוסף על הפן האסתטי, לצבעים בדיור המוגן יש תפקיד שימושי חשוב במיוחד כאמצעי סיוע בהקלת ההתמצאות במרחב. כפר הגמלאים "אחוזת פולג", המשתרע על שטח של בערך 100 דונם, חולק לרובעים, וכל רובע נצבע בצבע אחר. זאת ועוד, כל סמטה שפותחה בשטח מתאפיינת בסוג שונה של צמחייה: הדרים, תבלין וכיו"ב. כל מסדרון וקומה בבניין המרכזי שונים מעט זה מזה בתכנונם.

9. התמחות ייחודית של היזם ושל האדריכל

על פי התחזיות הדמוגרפיות, נראה שצפוי עודף ביקוש לדיור מוגן. על כן הרבה יזמים, אדריכלים, מהנדסים ושאר אנשי מקצוע שוקלים עיסוק בתחום נדל"ן זה. אולם הדבר אינו פשוט, אלא הוא מצריך התמחות מעמיקה, שכן הדיור המוגן שונה באופן מהותי משאר תחומי הנדל"ן.

9.1 עבור היזם.

מעטים הם היזמים המסוגלים ליזום פרויקט בסדר גודל כספי ואופרטיבי המאפיין פרויקטים של דיור מוגן, ואף להתמודד עם מורכבותו של הענף. מדובר בשילוב של הקמה, תפעול וניהול מקצועי, שיווק ושיווק חוזר של הפרויקט, וזאת מתוך מחויבות לטווח ארוך מאוד. בנושאים אלו המומחיות הנדרשת מן היזם שונה באופן מהותי מזו הנדרשת מיזמי נדל"ן אחרים. בשנים האחרונות חלה התקדמות משמעותית בפן החשבונאי. התקדמות זו עשויה להביא להתעוררות בענף הדיור המוגן. עד לאחרונה היו פרויקטים של דיור מוגן מסווגים על ידי שלטונות המס כרכוש קבוע, שכן הם נתפסו כפרויקט נדל"ן רגיל, אשר בו היזם בונה, מוכר ועובר לפרויקט הבא. גופים מוסדיים בארץ ומחוצה לה לא רצו להשקיע בפרויקטים של דיור מוגן מפני שהגופים האלה יכלו ליהנות מפרי השקעתם אך ורק לאחר המכירה. אולם הרשות לניירות ערך הכירה בצורך לשנות את סטטוס המיסוי משום שהיזם בענף הדיור המוגן הנו גם משכירו ומפעילו של הפרויקט, והחליטה להחשיב את הנכסים כהשקעה בנדל"ן מניב. השינוי החשבונאי הזה שינה מאוד את הגדרת המשקיעים שיכולים להשקיע בתחום, ויש יסוד לצפות שבשל השינוי יוסרו חלק מן המחסומים הקיימים, והגופים המוסדיים – המעוניינים בדרך כלל להשקיע בנכס מניב – יבקשו להשקיע בתחום זה. ייתכן שהשינוי החשבונאי יוביל לעידוד בנייה חדשה ואולי גם למודלים חדשים של תמחור בדיור המוגן. במצב החדש שנוצר, דיור מוגן מצריך אישורים ייחודיים מהרשות המקומית, מימון שונה מהבנק, והחזר הון בתחשיב שונה (כאמור לעיל). כללו של דבר, אין כאן פרויקט של בנייה לשם מכירה ומעבר לפרויקט הבא, ואפילו לא פרויקט להשכרה: מדובר בשילוב מורכב של רישוי, מימון, בנייה, גיוס צוות מקצועי, ניהול, אחריות לשירותה של קבוצה רגישה והשקעה בשדרוג מתמשך.

זאת ועוד, על סמך נתונים אלו בדבר הביקוש ההולך וגדל לדיור מוגן ניתן היה לצפות מהרשויות המקומיות להכיר בפוטנציאל הגדול הטמון עתה בדיור המוגן, וזאת הן מבחינה חברתית למען תושבי העיר הן מבחינה עסקית, ולהקצות למטרה זו מגרשים בגודל מתאים בכל תכנית בניין עיר (תב"ע). למרות זאת, מרבית הרשויות המקומיות מקצות לדיור המוגן שטחים שהנם קטנים מן הנדרש (בערך 150–100 יחידות דיור לכל פרויקט), ולכן פרויקטים מתוכננים רבים אינם יוצאים לפועל בשל זכויות בנייה קטנות ולא מספיקות. כאמור, הפתרון הנו הקצאת מגרשים גדולים מספיק בתב"ע כדי למנוע מחסור בדיור אופציונלי לקשישים בישראל. פתרון נוסף נעוץ בחוק התכנון והבניה, תשכ"ה–1965, שלפיו ניתן לבנות דיור מוגן על שטח המסומן בתב"ע כמיועד למבנה ציבורי. בכל עיר ניתן למצוא שטחים כאלה שטרם נוצלו ובהם רשאית ועדת התכנון לאשר ליזמים תוספות של זכויות בנייה בהיקף המתאים לצורך דיור מוגן, המוגדר אף הוא כמבנה ציבורי. במקרים כאלה על היזם והאדריכל לפעול לקבלת אישור מוועדת התכנון להוספת זכויות בנייה בהיקף המתאים לדיור מוגן.

הרשויות צריכות להבין כי ענף הדיור המוגן מייצר מקומות תעסוקה (בערך 150 עובדים בכל פרויקט ממוצע), מספק פעילויות גם לגמלאים תושבי הסביבה שאינם דיירי הפרויקט, מפחית את הנטל על רשויות הסעד והמרפאות ובתי החולים, ומאפשר לתושבי העיר גם בהגיעם לגיל השלישי להישאר בסביבה הטבעית שבה חיו כל חייהם במקום לעבור לעיר אחרת. לפיכך, יש צורך ממשי שרשויות התכנון, מינהל התכנון הארצי וכן ועדות התכנון המחוזיות והמקומיות בכל עיר ומחוז יקצו מגרשים וזכויות בנייה מתאימים לדיור מוגן לסוגיו, וזאת על פי מפתח הצרכים של הקבוצה הרלוונטית, כפי שמקצים שטחים וזכויות בנייה לבתי ספר, לגני ילדים, למתנ"סים וכדומה.

9.2 עבור האדריכל.

מן האדריכל הפועל בענף הדיור המוגן נדרשות מיומנות ספציפית והיכרות מעמיקה עם מאפייניהם וצורכיהם של הדיירים ובני משפחותיהם, הצוות, היזם, הרשות המקומית והקהילה באזור שבו נמצא הפרויקט, וזאת באופן מתמשך, לאורך חיי הפרויקט. חשוב כמובן גם ידע מעמיק של החוקים הרלוונטיים ושל הנעשה בתחום זה בארצות רבות בעולם. במרבית המקרים ייעוד הקרקע וזכויות הבנייה אינם תואמים את צורכי הפרויקט, ועל היזם והאדריכל לפעול ברשות המקומית להכנת תב"ע מתאימה בסמכות מחוזית. הצורך בפעולה כזאת מאריך את משך התכנון בשנים אחדות. לעבודת האדריכל יש היבטים רבים ומגוונים: השגת היתרי בנייה; תכנון המביא בחשבון שילוב מגוון רחב של צורכי קבוצה רגישה, הבאים לידי ביטוי בכל תחומי החיים; תכנון מודולרי לצורכי שדרוג וריענון שוטף לפי קצב תחלופת הדיירים; תכנון לפי שלבי החיים הרלוונטיים (לרבות שינוי בהרכב משפחתי ביחידת הדיור במהלך השנים); אגף לעצמאיים; אגף סיעודי. עבודת האדריכל בדיור המוגן מצריכה מגע רב וקרוב עם אנשים זקנים בשלב רגיש מאוד בחייהם. ניתן לומר שהתמחות זו, נוסף על הפן המקצועי, מתאימה בעיקר למי שניחן במידה ראויה של אמפתיה לאנשים בכל שלב של חייהם ובנכונות לפעול למענם באופן ישיר, קרוב ומתמיד לאורך זמן.

10. עבודת האדריכל מול כל המעורבים בפרויקט הדיור המוגן

האדריכל משלב בין גורמים שונים, שלכל אחד מהם יש תפיסות ורצונות משלו:

- הדיירים – בסיס ההצלחה הוא האדריכל הרואה את עצמו קודם כול כנציגם של הדיירים, שעבורם מדובר במעבר מאוד לא פשוט בשלב חיים לא קל. לרוב גם המשפחות מעורבות בתהליך הזה. האדריכל משקיע רבות בלימודם ובהבנתם של צורכי הקבוצה הרגישה הזאת, ומפתח כלפי הזקנים אמפתיה אישית, שהנה הבסיס לפן הרגשי של עבודתו בצמוד לפן המקצועי.
- היזם – עבורו מדובר בהשקעה מתמשכת, השונה מעסקת נדל"ן רגילה, שכן כוללת היא גם ניהול ואחריות לקבוצה מורכבת, ועליה להיות רווחית ומשווקת בהתמדה לאורך זמן.
- חברי הצוות המטפל – חשוב לספק להם סביבת עבודה תומכת המותאמת למשימות המיוחדות המוטלות עליהם.

- הרשות המקומית – נוטה היא להעדיף קבוצה צעירה, ולא תמיד מבינה את החשיבות שנודעת לשילוב בני הגיל השלישי בקהילה. חשוב שהרשות המקומית תכיר כי הדיור המוגן הנו פרויקט חיובי ואף חיוני לעיר כאמור. דייריו כמעט שאינם מיוממים, כי מטבע הדברים נסיעה יומיומית ממקום המגורים למקום העבודה ובחזרה – כלומר יוממות (commuting) – כמעט שאיננה קיימת, ואת מרב צורכיהם, לרבות דרכים ושטחים ציבוריים, הם מקבלים במסגרת הפרויקט ועל חשבון היזם.

- הקהילה – האדריכל צריך להתחשב גם בקהילה אשר בתוכה נמצא הדיור המוגן, ולהעלות על נס את השתלבותו האורבנית של הפרויקט במקום שבו הוא מוקם.

11. השפעת התכנון על הפן השיווקי והעסקי של הדיור המוגן

לתכנון האדריכלי נודעת חשיבות גם בפן השיווקי של הדיור המוגן, שכן התכנון משפיע בצורה משמעותית על תוחלתו העסקית של הפרויקט. זאת, הן בשלב הראשוני של אתר חדש הן בהתחדשות השוטפת המלווה את תחלופת הדיירים. על אדריכל הפרויקט מוטלת האחריות לוודא שיחידות הדיור, שטחי הציבור והתכנון הכללי של הפרויקט יעוצבו לפי הטעמים המשתנים עם הזמן ומתעדכנים גם בהשפעת החידושים שצומחים בתחום והשינויים בטעמי הלקוחות. לצורך זה מיישם האדריכל משובים שהוא מקבל מן הדיירים ומשפחותיהם, מן הצוות הטיפולי ומן היזם. האדריכל גם מתעדכן ושואב רעיונות חדשים מן הנעשה בתחום זה בפרויקטים אחרים בארץ ובעולם. נטייתם של אנשים פעילים בגיל צעיר יותר לעבור לדיור מוגן מחד גיסא, והעלייה בתוחלת החיים מאידך גיסא, הופכות את הדיור המוגן לפתרון מגורים לתקופה ארוכה הרבה יותר מבעבר. לעובדה זו יש השפעות רבות על התכנון, שכן האדריכל מביא עתה בחשבון כי הפרויקט משווק לצורך שהייה של שנים ארוכות, וכי נחוצה הרחבה משמעותית של מגוון הפעילויות לפי שלבי החיים, היכולות, צורכיהם ורצונותיהם של הדיירים. כדי להגשים מטרות אלו בצורה מיטבית, האדריכל מתכנן את הפרויקט בקפדנות, ונותן את דעתו על מספר גורמים שהשפעותיהם על הפן השיווקי והעסקי של הפרויקט הנן משמעותיות לאורך שנים רבות:

1. גודל הפרויקט כולו – מדובר באחת מאבני הבוחן של איכותו, יכולתו השיווקית הראשונית, יציבותו הכלכלית, יכולתו לבצע שיווק חוזר של יחידות מגורים, רמת השירות ומגוון השירותים שהוא יכול להעניק לדייריו ולבני משפחותיהם לשביעות רצונם. כדי לבסס מערך עסקי פעיל ורווחי המסוגל להעניק שירות ברמה גבוהה רצוי לבנות פרויקט של בערך 300 יחידות דיור עם מחלקות אשפוז המיועדות לדיירים סיעודיים ולדיירים תשושי נפש, וכן דיור מוגן תומך (לזקנים תשושים המתגוררים עם מטפלים פרטיים).

2. מגוון יחידות הדיור – בתכנון דירות המגורים יש להעמיד לבחירתו של הדייר הפוטנציאלי יחידות דיור במגוון דגמים וגדלים, וזאת הן בבנייה לגובה הן בבנייה צמודת קרקע. בשנים האחרונות הולך וגובר הביקוש ליחידות מגורים גדולות. יחידות המגורים שתוכננו בעבר הלא רחוק היו בסדרי גודל של 35–27 מ"ר ליחידה, ואילו בתכנון הפרויקטים של השנים האחרונות באה לידי ביטוי דרישת הלקוחות הפוטנציאליים ליחידות מגורים בגדלים של 120–50 מ"ר. כללו של דבר, תכנון מודרני של דיור מוגן חייב לכלול תמהיל של דירות בגדלים שונים כדי לאפשר ללקוח מגוון לבחירה אישית.

3. שטחים ציבוריים – תכנון שטחים ציבוריים נרחבים ופונקציונליים, לרבות לובי, בריכת שחייה מקורה ומחוממת, ספרייה, אולם אירועים, חדר אוכל, מסעדה, קפטריה, חדר כושר, אולם התעמלות, אולם הרצאות וקולנוע, חדרי חוגים להרצאות ולימוד, בית כנסת, חדרי חוגים לאמנות, מרפאה, מינימרקט, מספרה, גינות, שטחים פתוחים ועוד. הגישה הניהולית המודרנית מאפשרת לדיירים לעשות שימוש חופשי בכל השטחים הציבוריים, שלמעשה הנם חלק מיחידות המגורים. בדיור המוגן המודרני יש דרישה רבה לאירועי חברה ותרבות המצריכים שטחים ציבוריים נרחבים, נוחים לשימוש, מאובזרים היטב ואסתטיים. בתכנון הפונקציונלי של שטחים אלו יש להביא בחשבון את הצרכים הספציפיים של דיירים מבוגרים בדבר אמצעי בטיחות, ריצוף, רוחב פתחים, תאורה, נגישות, מכשור ומערכות.

נוסף על כך, בשלב התכנון של התכנית יש להקדיש תשומת לב רבה לסוגיות שעניינן מיקום יחידת המגורים, כיווני האוויר, מיקום הבניין המרכזי (הכולל את מרבית השטחים הציבוריים), מיקום מחלקות האשפוז, דרכי גישה, חניה לדיירים ולאורחיהם, מיקום השטחים הירוקים והגינות וגודלם, מעברים מקורים בין בניינים ועוד. בצד החשיבות שנודעת לגדלים הפיזיים של יחידות המגורים ומיקומן, ישנה חשיבות רבה לתכנון הפנים של יחידות המגורים והשטחים הציבוריים בכל הקשור לחלוקה פנימית, מעברים, שימוש באביזרים, מרחבי מחיה, מערכות תקשורת וקריאת מצוקה, ריהוט קבוע וריהוט נייד, ציוד חשמלי, מיזוג אוויר ועוד.

4. מחלקות אשפוז – מסגרות מודרניות של דיור מוגן אמורות לספק שירותי סיעוד לדיירים אם יצריך זאת מצבם העתידי. יש חשיבות רבה לתכנון מחלקות האשפוז ולמיקומן בתוך מתחם הדיור המוגן, שכן הדבר מאפשר לראות בהן מסגרת תומכת לדיור המוגן מחד גיסא, ומערכת שאיננה מפריעה ומכבידה מבחינה רגשית על דיירי הדיור המוגן מאידך גיסא.

12. מבט לעתיד

אנו נמצאים על סף מהפך דמוגרפי: דור ה"בייבי בום" שנולד לאחר מלחמת העולם השנייה הגיע לגיל פרישה. מצב זה מצריך פתרונות יצירתיים בתחום התכנון והאורבניזציה כדי לעמוד באתגרים הקשורים להרכב הגילים החדש של האוכלוסייה. ברור לכל העוסקים בדבר שהגישות והעמדות המסורתיות חייבות להשתנות, והערים צריכות להתאים למציאות החדשה המתהווה במהירות מתוך שינויי ההרכב הדמוגרפי והעלייה בתוחלת החיים. בני הדור הבוגר זכאים למילוי כל צורכיהם הספציפיים, ובידיהם ההון והכוח הפוליטי הנדרשים למימוש השינויים המתבקשים (Hollwich & Hoffman, 2014). יש אומרים כי מספר התושבים מעל גיל 65 בארצות הברית יגדל ב–30 השנים הבאות עד שקבוצת הגיל הזאת תהיה הגדולה ביותר באוכלוסייה שם, ורוב העיריות הגדולות ייאלצו למצוא דרכים חדשות כדי להתמודד עם קצב הגידול הזה (Maltz, Hunter, Cohen, & Wright, 2014). בישראל צפוי קצב גידול גבוה אף יותר, שכן תוחלת החיים בה גבוהה אף מזו שבארצות הברית (ולמעשה הנה מן הגבוהות בעולם). לפי גרף הגידול של בני 65 ומעלה צפוי קצב גידול שיחייב את המשק כולו להיערך בהתאם לכך.

אילוסטרציה 13: קצב הגידול של קבוצת האנשים בני 65 ומעלה (גוטסדינר וסודאי, 2014)

השוק הפרטי ידע ככל הנראה לספק את צורכי הדיור המוגן של בעלי ההון, אך אלה הם כאמור רק אחוזים בודדים הצפויים לגדול לפי המודל האמריקני (מ-2% ל-5% בערך). הדאגה לשאר המבוגרים תוטל בעיקר על המדינה. עלותו הגבוהה של הדיור המוגן, שכיום הנה לפי כיסם של העשירונים העליונים בלבד, עומדת על הפרק בדיון הציבורי. למשל, כדי להיכנס לדירת דיור מוגן של שני חדרים בתל אביב יש לשלם בין 2 מיליון ש"ח ל-2.5 מיליון ש"ח דמי פיקדון ועוד בערך 10,000 ש"ח דמי אחזקה בכל חודש. היקף הקבוצה המסוגלת לכך אמנם גדל, אך זאת בקצב נמוך. במצב הזה נוצר ביקוש לדיור מוגן זול יותר (ולו ברמה נמוכה יותר) בקרב שאר שכבות האוכלוסייה. ניתן לפתח פלח שוק זה, שבו יש ביקוש גדול הרבה יותר, וכך לאפשר לעוד גופים מוסדיים ופרטיים לעסוק בתחום. פיתוח דיור מוגן במחירים נמוכים יותר ישלים את הפער הקיים כיום בין פתרונות זולים יחסית (שרובם ציבוריים) לפתרונות היקרים, שכאמור הנם נחלתם של בעלי האמצעים בלבד. צעד זה יאפשר לכל אחד לבחור את הפתרון המתאים לו לפי יכולתו הכלכלית מתוך מגוון רחב של מחירים, ירחיב את זמינותם הטריטוריאלית של הפתרונות, ואפשר שגם יביא לענף יותר יזמים שישקיעו את כספם בהקמת פתרונות דיור וטיפול לבני הגיל השלישי. האפשרות ליצור תמהיל של פרויקטים ברמות שונות מתרחבת לנוכח שינויים שיזמה רשות המיסים בנושא מיסוי פרויקטים של דיור מוגן, כמפורט לעיל.

סיכום

בישראל, כמו בעולם המערבי כולו, קבוצת הגיל השלישי עוברת שינויים רבים ותופסת מקום משמעותי בחברה. עקב כך, קבוצה זו כוללת עם השנים יותר אנשים עתירי הון ובעלי אמצעים, והופכת להיות קבוצה בעלת עוצמה פוליטית ועוצמה כלכלית הרבה יותר מבעבר. הכסף והכוח מקנים לקבוצה הזאת יכולת השפעה רבה בחברה, וכוח הקנייה הופך שכבה חברתית זו ליעד אטרקטיבי עבור יזמים השוכרים את שירותיהם של אדריכלים ואנשי מקצוע נוספים כדי לספק להם את מבוקשם ברמה הגבוהה ביותר מבחינת התכנון והניהול, וזאת במחיר הולם. אולם לא מדובר בקבוצה כולה: כמו

באוכלוסייה הכללית במדינה, גם בקבוצה זו העוצמה מרוכזת בידי בעלי האמצעים באזור המרכז, ואילו רוב המבוגרים בפריפריה נסמכים על המדינה ועל משפחותיהם ועדיין מהווים קבוצת עול בלתי יצרנית, כעולה מהגדרת המושג "יחס תלות".

חלוקה סוציו–אקונומית זו משפיעה כמובן גם על תפרוסת בתי הדיור המוגן, בדומה לשירותים פרטיים יקרים אחרים הנמצאים ברובם במרכז. אך ישנם מספר הבדלים הנובעים מאופיו הייחודי של שירות זה. בתחום הרפואה הפרטית, שיכול לשמש כענף קרוב להשוואה בהקשר זה, ניתן לראות כי רוב בתי החולים הפרטיים נמצאים במרכז, וכך גם הקליניקות הפרטיות של הרופאים הבכירים. הסיבה לכך ברורה: כל אלה מיועדים לבעלי ממון, ואלו נמצאים במרכז. לעומת זאת, המגמה החדשה של כפרי גמלאים באזורים כפריים היא הוצאת פרויקטים אל הפריפריה הקרובה מחוץ למרכז, מבלי לאלץ את הדיירים לוותר על זמינותם ונגישותם של מגוון מנעמי החיים במרכז: תמורת כספו מקבל הדייר את כל הדרוש לו "עד הבית" בדיור המוגן, בתוספת "בונוס" של אווירה כפרית ואורח חיים רגוע הרחק מהמולת העיר. פתרון זה מתאפשר גם משום שהצורך ביוממות אל העיר הגדולה לצורכי עבודה הולך ונעלם עם הגיל.

ענף הדיור המוגן נמצא בשנים האחרונות בצמיחה, ונראה שקצב צמיחתו יימשך בעתיד ואף יגבר. גם המדינה מכירה בצורך במסגרות דיור מוגן, העולה עם הגידול בתוחלת החיים וברמת החיים, ונותנת את דעתה על צורכי הענף, אם כי עדיין לא בקצב הנדרש. גם אם מבחינת המיסוי נעשה שינוי המתחשב בכך שדיור מוגן שונה באופיו מפרויקט נדל"ן רגיל, במישור ועדות התכנון המקומיות והמחוזיות טרם הושלמה המלאכה. הציפייה היא לראות ועדות תכנון המכירות בנחיצותו ובתרומתו של הדיור המוגן לעיר ולקהילה, ומקצות שטחים בהיקף מתאים שיאפשר ליזמים להקים פרויקטים בעלי תוחלת כלכלית.

תחום נוסף הטעון שיפור בחברה הישראלית הוא החינוך לראיית הקבוצה הבוגרת כחלק אינטגרלי מן הקהילה. שילוב הדדי בין כל שכבות הגיל באוכלוסייה יכול להניב סיפוק רב ואף תועלת לכל הצדדים, ותרומתו הרבה של שילוב כזה כבר הוכרה בארצות שבהן הוא מפותח.

בשל הפוטנציאל הכלכלי והעתיד הנראה מבטיח נמשכים לא מעט יזמים – ואתם גם אדריכלים – לעיסוק בתחום הדיור המוגן. ככל שרבים מהם יתמחו בנושא, יגדל הסיכוי להתרחבות הענף. אולם לא כל יזם ולא כל אדריכל הנם בעלי הידע והניסיון הנדרשים כדי לעסוק בתחום ייחודי זה, שהנו בעל מאפיינים שאינם קיימים בענפים אחרים של יזמות ושל אדריכלות. לתכנון האדריכלי של דיור מוגן, כפי שהודגם בפרק זה, יש השפעה מהותית וישירה על איכות חייהם של הדיירים, וכן השפעה עקיפה על תוחלת החיים שלהם. התכנון האדריכלי של דיור מוגן, נוסף על היותו מאתגר מבחינת העמידה בדרישות המקצועיות, מצריך הבנה מעמיקה לנפש האדם ואהבה רבה לבני האדם, ובפרט כאשר נמצאים הם בשלבים רגישים של חייהם.

ביבליוגרפיה

גוטסדינר, ח' וסודאי, מ' (2014). *הדיור המוגן לאן?* נדלה מתוך http://www.bdo.co.il/?CategoryID=285&ArticleID=2542

חוק הדיור המוגן, התשע"ב–2012.

הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. (29 בספטמבר 2014). *הודעה לתקשורת: לקט נתונים על בני 65 ומעלה.* בתוך הודעות לתקשורת (הודעה מס' 261/2014). נדלה מתוך http://www.cbs.gov.il/reader/newhodaot/hodaa_template.html?hodaa=201411261

חוק שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות, התשנ"ח–1998.

חוק התכנון והבניה, תשכ"ה–1965.

Administration on Aging. (2011). *A profile of older Americans: 2011*. U.S. Department of Health and Human Services. Retrieved from http://www.aoa.gov/aoaroot/aging_statistics/Profile/2011/docs/2011profile.pdf

Alessi, C. A., Martin, J. L., Webber, A. P., & Kim, E. C. (2005). Randomized, controlled trial of a nonpharmacological intervention to improve abnormal sleep/wake patterns in nursing home residents. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53(5), 803-810.

Anjali, J. (August 2006). *Health promotion by design in long-term care settings*. Retrieved from https://www.healthdesign.org/sites/default/files/Health

Barnes, S. (2002). The design of caring environments and the quality of life of older people. *Ageing & Society*, 22, 775-789.

Carr, K., Weir, P. L., Azar, D., & Azar, N. R. (2013). Universal design: A step toward successful aging. *Journal of Aging Research*. doi:10.1155/2013/324624

Cohen, U., & Day, K. (1993). *Contemporary environments for people with dementia*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University.

Cruise, P. A., Schnelle, J. F., Alessi, C. A., Simmons, S. F., & Ouslander, J. G. (1998). The nighttime environment and incontinence care practices in nursing homes. *Journal of the American Geriatrics Society*, 46(2), 181-186.

Dale, M. C., Burns, A., & Panter, L. (2001). Factors affecting survival of elderly nursing home residents. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 16, 70-76.

Fang, C. (2013). Green elderly community and elderly apartment based on environmental resource superiority. *Information Computing and Applications Communications in Computer and Information Science*, 392, 302-312.

Goldsmith, S. (1997). *Designing for the disabled: The new paradigm*. New York, NY: Routledge.

Harper, S. (2013). The opportunity for "design" to influence the ageing process itself. *Journal of Population Ageing*, 6, 157-159.

Harpur, P. D. (2012). From disability to ability: Changing the phrasing of the debate. *Disability and Society*, 27(3), 325-337.

Herman, J. F., & Bruce, P. R. (1981). Spatial knowledge of ambulatory and wheelchair-confined nursing home residents. *Experimental Aging Research*, 9, 83-85.

Hollwich, M., & Hoffman, M. (2014). "New aging": Designing architecture for all ages. *Architectural Design*, 84(2), 20-27.

Johnston, J. E. (1994). Sleep problems in the elderly. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 6, 161-166.

Maltz, J., Hunter, C., Cohen, E., & Wright, S. (2014). Designing for a lifetime in New York and other US cities. *Architectural Design*, 84(2), 36-45.

McGilton, K. S., Rivera, T. M., & Dawson, P. (2003). Can we help persons with dementia find their way in a new environment? *Aging & Mental Health*, 7(5), 363-371.

Morgan, D., & Stewart, N. (1998). High versus low density special care units: Impact on the behavior of elderly residents with dementia. *Canadian Journal on Aging*, 17, 143-165.

Morley, J. E. (2013). Future nursing home design: An important component in enhancing quality of life. *Journal of the American Medical Directors Association*, 14(4), 227-229.

Nolan, B. A., Mathews, R. M., & Harrison, M. (2001). Using external memory aids to increase room finding by older adults with dementia. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 16(4), 251-254.

NORC At the Univercity of Chicago. (May 2014). *Long Term Care in America: Expectations and reality*. Retrieved from http://www.longtermcarepoll.org/Pages/Polls/Long-Term-Care-2014.aspx

Passini, R., Pigot, H., Rainville, C., & Tetreault, M. (2000). Way finding in a nursing home for advanced dementia of the alzheimer's type. *Environment & Behavior,* 32(5), 684-710.

Rule, B. G., Milke, D. L., & Dobbs, A. R. (1992). Design of institutions: Cognitive functioning and social interactions of the aged resident. *Journal of Applied Gerontology*, 11(4), 475-488.

פרק ד:
פיתוח אסטרטגיה שיווקית במוסדות לזקנים

אתי בהם–טביב ואמנון בהם

רשימת התרשימים

תרשים 1: ניתוח בעלי עניין
תרשים 2: אסטרטגיות פילוח
תרשים 3: אסטרטגיות חידוש של שירותים
תרשים 4: מיצוב על פי איכות השירות ועל פי מחירו

מבוא

מוסדות לזקנים והזירה שבה הם פועלים עוברים שינויים רבים בעת האחרונה. כוחות פוליטיים הזוכים לאהדה ציבורית גוברת והולכת מערערים את התמיכה הפוליטית במדינת הרווחה, שמשמעותה אחריות הכלל לדאוג (באמצעות הממשלה) לביטחונה החברתי והכלכלי של האוכלוסייה כולה, ובכלל זה קבוצת הזקנים. כוחות פוליטיים אלו נשענים בעיקר על תחושת האכזבה כלפי מדינת הרווחה. הם מעלים על נס את האחריות האישית והמשפחתית, ומאדירים את ערכי השוק החופשי–תחרותי לעומת כלכלה סוציאליסטית. הסימנים הבולטים של שינוי זה הם ההפרטה – או ההפרטה החלקית – של המוסדות לזקנים, צמצום חלקה של הממשלה באספקת השירותים והעברת התפקידים למגזר השלישי ולשוק הכלכלי–החופשי (בר–ישי, 2013; זיכלינסקי, 2010; שטרית, 2013). יש דוגמאות רבות של הפרטה בתחום המוסדות לזקנים, בתי האבות, הדיור המוגן והמוסדות הסיעודיים. בעבר, ארגוני המגזר השלישי והמגזר הפרטי התמקדו יותר באספקת שירותים תוספתיים או משלימים. אולם כיום הם מספקים שירותים חלופיים במקרים רבים יותר. זאת ועוד, לא זו בלבד שארגוני המגזר השלישי והמגזר הפרטי מספקים משאבים וכוח אדם, אלא הם לוקחים חלק הולך וגדל בתהליכי עיצוב המדיניות והתכנון.

עקב תהליכים אלו, הכרוכים בתחרות גוברת והולכת, במשאבים מוגבלים, בצורך להתייעל ולשפר את איכות השירותים, גוברת הקריאה לאמץ ערכים ושיטות ניהוליות מעולם העסקים (Harrison-Walker, 2009; Prieto & Zofio, 2001). שיווק מוסדות לזקנים, בדומה לשיווק שירותים חברתיים אחרים, הנו יישום של מודל השיווק מן העולם העסקי והוא מצריך התאמה של שיטת השיווק ושל היבטים ערכיים ואתיים הקשורים ליישומו.

פרק זה מתאר את שיווקם של מוסדות לזקנים, ודן בתהליכים לפיתוח אסטרטגיה של שיווק בשלבים: הכרת סביבתו של הארגון; פילוח שוק; פיתוח מוצרים חברתיים; תכנון שירותים חברתיים, ניהולם, חידושם ומיצובם; קביעת מחיר; איתור מיקום נגיש; דרכים לקידום שירותים באמצעות מכירה, פרסום ויחסי ציבור.

המושג "שיווק" נתפס במקרים רבים כאמצעי "למכור קרח לאסקימואים", כלומר להשפיע על לקוחות לצרוך מוצרים ושירותים ללא צורך. אולם למעשה שיווק, ובמיוחד שיווק שירותים לזקנים, שולל ניסיונות מניפולטיביים של כפיית שירות על לקוחות ועל קהלי יעד נוספים. אדרבה, השיווק מכוון בראש ובראשונה להתאמת השירותים לצורכיהם ולרצונותיהם של הזקנים ובני משפחותיהם, וכן לאלו של קהלי יעד נוספים. השיווק מיועד לפיתוח שירותים ומוסדות, אך נקודת המוצא המרכזית היא שביעות הרצון של הלקוחות מן השירות (בהם, 1998; קוטלר והורניק, 2000; Kotler, Roberto, & Lee, 2002; Lefebvre, 2013). בדרך זו משלים השיווק תפיסות ערכיות ואתיות של עבודה עם זקנים הקשורות להגדרה עצמית של לקוחות ולסינגור על לקוחות.

1. שיווק ושיווק חברתי – המודל

הגישה השיווקית התפתחה בעקבות גישת הייצור וגישת המכירות (Crompton & Lamb, 1986; Kotler & Andreasen, 1994). גישת הייצור מתמקדת ביכולת הארגון לפתח מוצרים ושירותים באופן שיש בו כדי להגשים את מטרותיו ויעדיו של הארגון מתוך יחסי עלות–תועלת כדאיים. המצדדים בגישת הייצור מניחים כי הדרך לשווק מוצרים ושירותים קשורה להיראות (Visibility) שלהם ולאפשרות הבאתם עד לפתח ביתם של הלקוחות. בדרך זו יכירו הלקוחות את המוצר או את השירות, וירכשוהו או יעשו בו שימוש. גישת המכירות מתמקדת בפיתוח משאבים כדי לשכנע לקוחות לרכוש את המוצרים ואת השירותים. הדגש הוא כיצד לדבר על לבם של הלקוחות ולהשפיע עליהם. היות שהגישות האלה לא צלחו כדי לשכנע לקוחות לצרוך מוצרים ושירותים שלעתים אינם מתאימים לצורכיהם, התפתחה הגישה השיווקית, הכוללת מספר היבטים ייחודיים (Lefebvre, 2007; Schwartz, 2007; Slater, Kelly, & Edwards, 2000; Wood, 2008). התאמתה למוסדות לזקנים כוללת את יישום העקרונות הבאים:

- **מכוונות ללקוח:** ההנחה העומדת בבסיס הגישה השיווקית היא שהזקנים ירכשו מוצרים ושירותים אם הם מתאימים לצורכיהם ולרצונותיהם. לפיכך, הארגון שואף לשמור על לקוחותיו ולשרוד בשוק תחרותי באמצעות פיתוח מוצרים או שירותים ה"תפורים" למידותיהם של הלקוחות לשביעות רצונם. על פי הגישות הראשונות (גישת הייצור וגישת המכירות), קודם כול מפתחים שירות, ולאחר מכן מפתחים תהליכי קידום כמו מכירה, פרסום ויחסי ציבור. לעומת זאת, על פי הגישה השיווקית – סדר הפעולות הנו שונה. קודם כול בוחנים היטב את צורכי הלקוחות הזקנים ורצונותיהם, ורק אז מפתחים את השירות ומקדמים אותו.

- **פילוח שוק לעומת פנייה לכלל האוכלוסייה:** יש להכיר במספר קבוצות באוכלוסייה באמצעות פילוח השוק לקבוצות זקנים בעלות העדפות דומות ומכנה משותף קרוב. הכרה זו מניעה את הארגון לפעול לתכנון השירות ולאספקתו בנפרד לכל אחת מאותן קבוצות (פלחי השוק), וזאת בדרכים מובחנות שיוחדו לכל פלח – קרי: לכל קבוצה של זקנים – בנפרד.

- **איכות:** הארגון פועל לשיפור איכותו של השירות, וזאת מנקודת המוצא של הלקוחות. איכות גבוהה כוללת היבטים כגון אמינות השירות, היענות לפניות הלקוחות, נגישות, אדיבות, יכולת מקצועית גבוהה ומבנים פיזיים ברמה נאותה. לא כמות הלקוחות שאליהם פונה השירות היא העיקר, אלא שביעות רצונם מאיכות השירות. עם זאת, איכות טובה של שירות תורמת להגדלת מספר הלקוחות.

- **התאמה לשינויים בסביבה:** יש להתאים את השירות לסביבה המשתנה. מוסדות לזקנים אמורים להכיר את המגמות בסביבה התרבותית–חברתית, הפוליטית, הדמוגרפית והכלכלית, וכן את השינויים שחלים בה. עליהם גם ליזום שינויים מתאימים מבעוד מועד או להגיב בהתאם לשינויים המתרחשים בסביבה.

- **גישה כוללת:** בניגוד לגישות הקודמות המתמקדות בהיבטים ספציפיים (הייצור – בפיתוח שירות, והמכירות – בקידומו), הגישה השיווקית היא גישה כוללת. אחד הכלים הנפוצים בפיתוח תכנית שיווק הנו "תמהיל שיווק", כלומר שילוב של ארבעה מרכיבי יסוד – הקרויים "ארבעת ה–Product (Service), Place, Price and Promotion: P'S" – והם מוצר (או שירות), מקום, מחיר ומרכיבי קידום. התמהיל הזה מותאם בנפרד לצרכיה ולרצונותיה המובחנים של כל אחת מקבוצות הזקנים השונות (פלחי שוק) שזוהו.

- **שיווק חברתי:** השיווק הזה מבוסס על מאפייני השיווק שהוצגו קודם, אך מדובר בגישה נוספת, שלפיה מטרתו העיקרית של הארגון היא להגדיל את רווחת הלקוחות אף יותר מאשר את זו של הארגון. השיווק החברתי מכוון גם לתפיסה כוללת של טובת הציבור הרחב של כלל הזקנים ובחינת צורכיהם לטווח בינוני וארוך, ולא רק את טובתם של פלחי שוק תובעניים. גישת השיווק החברתי מתמקדת בהתמודדות עם בעיות חברתיות באמצעות תהליכים המכוונים לחיזוקן או לשיפורן של התנהגויות הנתפסות בעיני הקהילה הרחבה כחיוביות (לדוגמה, לכידות והתנדבות), ולהפסקת התנהגויות הנתפסות כשליליות (לדוגמה, בדידות וניכור) (איתיאל, 1998; בהם, 1998, 2003; Andreasen, 1995, 2006; Kotler & Zaltman, 1971). אנדרסן הגדיר שיווק חברתי בזו הלשון: "אימוץ של טכנולוגיות שיווק מסחריות לפרוגרמות המעוצבות כדי להשפיע על התנהגות של קהלי יעד, להעצים התנהגויות מסוימות במטרה לשפר את רווחתם האישית ושל החברה הרחבה שהם חלק ממנה" (Andreasen, 1995). שיווק חברתי נועד לתרום לאיכות חייהם של יחידים ושל קולקטיב, ומביא בחשבון את תוצאותיהם האתיות של השינויים שהוא מחולל (Sargeant, 1999). פרק זה מתמקד בשיווק מוסדות לזקנים, מתבסס על מאפייני הגישה השיווקית ומשלב היבטים ודוגמאות של שיווק חברתי.

2. הבדלים בין שיווק מוצרים קונקרטיים בעסקים ובין שיווק מוסדות לזקנים

יישומם של עקרונות השיווק במוסדות לזקנים מחייב להכיר במספר הבדלים בין השיווק המקובל בעולם העסקי ושיווק מוצרים קונקרטיים מזה, ובין שיווק מוסדות ושירותים לזקנים מזה (Boehm, Vigoda-Gadot, & Segev, 2011). אמנם ישנה מגמה של פיתוח מוסדות פרטיים לזקנים שיש לה גוון עסקי, אולם גם מוסדות כאלו מצריכים ניהול שיווקי שונה משום שהם מתנהלים בהקשרים ייחודיים:

- **קהלי היעד:** שיווק בעסקים מכוון בדרך כלל לאיתור פלחי שוק שיניבו את הרווחים הכספיים הרבים ביותר עבור הארגון. ייעודם של מוסדות לזקנים הוא לפעול למען קבוצות מגוונות, לרבות אלו שמצבן הכלכלי ירוד. מוסדות לזקנים חייבים לשמור על רווח או על איזון כדי לשרוד ולהתפתח, אך "רווחיהם" נמדדים ביכולת לספק שירות איכותי לזקנים ולחולל שינוי חברתי.

- **מחיר השירות:** בעסקים ובשיווק מוצרים קונקרטיים העלות העיקרית של הלקוח לארגון היא כספית. גם במוסדות רבים לזקנים התשלום הכספי הוא אתגר ללקוח, אך נוסף על המחיר הכספי הכרוך בהצטרפות למוסד, הזקן עשוי לשלם מחירים אחרים כגון זמן, מאמץ או מבוכה פסיכולוגית (כמו אי–הנעימות הכרוכה ביצירת תלות במוסד) או כל אלה גם יחד.

- **מוצר מוחשי לעומת מוצר מופשט:** עסקים משווקים במקרים רבים מוצרים מוחשיים (מכוניות, מחשבים וכדומה). המוצר החברתי – כלומר השירות במוסדות לזקנים – בדרך כלל אינו מוחשי. הוא קשור לתהליכים של שינוי עמדות והתנהגויות של הלקוחות (לדוגמה, מעורבות של קבוצת זקנים בפעילות חברתית).

- **תהליך פיתוח המוצר והשירות:** בעולם העסקים תהליך פיתוח המוצר מנותק מהלקוח ומהמשווק במקרים רבים, כמו למשל ארגון המשווק ללקוח מכונית שיובאה מארץ זרה. לעומת זאת, פיתוח המוצר או השירות מתרחש בתהליך גומלין, במפגש ישיר בין נציג המוסד ובין הלקוחות. לפיכך, השירות אינו נפרד ממחשבתם, מעמדתם ומהתנהגותם של העובדים במוסד ושל הלקוחות הזקנים ובני משפחותיהם. לדוגמה, הרעיון לעבור לדיור מוגן או לבית אבות לאחר שנות מגורים רבות בבית עולה במפגש, בדיאלוג בין נציג המוסד ללקוח – הזקן ולעתים גם בני משפחתו. זאת ועוד, המוצרים המשווקים בעולם העסקים הנם אחידים במקרים רבים, וזאת עקב תהליכי הייצור השונים (לדוגמה, דגם ספציפי של מכונית או מחשב). לעומת זאת, אופי המוצר או השירות שנבנה בקשר בין נציג המוסד ללקוח משתנה בהתאם לתנאים הייחודיים של המוסדות לזקנים ושל הלקוחות הפוטנציאליים (כמו מידת עצמאותו של הזקן ותחביביו).

- **פוליטיקה וכלכלה:** בעסקים ישנם שיקולים פוליטיים, אך השיקולים העיקריים המניעים את הארגון הם כלכליים. גם במוסדות לזקנים יש שיקולים כלכליים, אבל ההכרעות הפוליטיות עשויות להיות משמעותיות יותר. לדוגמה, החלטה להקים משרד ממשלתי לצורך טיפול בזקן, תמיכה במוסדות קיימים לזקנים ופיתוח מוסדות חדשים. דוגמה נוספת היא החלטה של מועצה אזורית שלא היה בתחומה מוסד לזקנים להקצות קרקע ומשאבים לפיתוח בית אבות לתושבי האזור. אם כן, בייזום מוסדות לזקנים ובפיתוחם חשוב מאוד להכיר היטב את הסביבה הפוליטית, את אנשי המפתח ואת מקבלי ההחלטות כדי לפתח מערכה שיווקית הולמת.

3. הכרת סביבת הארגון והלקוחות

אסטרטגיה של שיווק מתחילה במחקר על אודות הלקוחות ועל אודות סביבת השירות המתוכננת. נוסף על שיטות מחקר כמותניות, המתבססות בעיקר על איסוף נתונים באמצעות שאלונים מובנים,

נעשה שימוש הולך וגובר בשיטות איכותניות המתבססות על ריאיונות אישיים, על קבוצות מיקוד ועל תצפיות. מחקרים אלו, הנעשים בשיטות כמותניות ואיכותניות, מאפשרים ללמוד על הדרך שבה קהלי היעד מגדירים את צורכיהם ואת רצונותיהם מנקודת מבטם שלהם (ארליך ופאנלי, 2006; Baron, Warnaby, & Hunter-Jones, 2014; Dooley, Jones, & Desmarais, 2009; Luck, Polock, & Tricker, 2000).

מחקר על פי הגישה הכמותנית מתבצע בתהליך דדוקטיבי, מהכלל אל הפרט. מחקר מסוג זה מתאפיין בהסתמכות על ידע תיאורטי מקיף ועל איסוף נתונים כמותני. המחקר מיועד ללמוד על תופעה כלשהי (כמו על שירותים קיימים ושאיפות לשירות חדש), על בסיס מודל ידוע או תיאוריה קיימת. סקרי שוק רבים מתבצעים בשיטה זו באמצעות שאלונים. לעומת זאת, מחקר איכותני מתבצע בתהליך אינדוקטיבי, מהפרט אל הכלל. במחקר האיכותני כמות הידע התיאורטי הקודם מועטה ואיסוף הנתונים הוא תיאורי. המחקר מיועד לגבש ידע ומודלים, במידה רבה על בסיס היכרות עם נקודת מבטם של הלקוחות. גישות מקובלות של מחקר איכותני בשיווק הן מחקרים השתתפותיים ומחקרי פעולה. המיוחד במחקרים אלו הוא שהם משלבים את העובדים ואת הלקוחות בצוות המחקר. בדרך זו, נוסף על מטרות המחקר הקשורות לגיבוש ידע ומודלים לפעולה, המחקר משמש להנעה של תהליכי שינוי במוסדות ובקרב הלקוחות. הצוות המשתתף במחקר מכיר מקרוב את ממצאי המחקר ופועל על פיהם באופן ישיר.

היבטים מרכזיים שרצוי ללמוד במחקרי שיווק במוסדות לזקנים הם צורכיהם ורצונותיהם של הזקנים, התייחסותם למוסדות ולשירותים הקיימים וציפיותיהם ממוסדות חדשים ומשירותים חדשים. מחקרים בשיווק מכוונים גם להכרה מעמיקה של הסביבה השיווקית ושל הגורמים התומכים בשירותים חדשים והמתנגדים להם (McKenzie-Mohr, 2000). בכל המקרים, בניגוד לשאיפה המדעית לזהות חוקים ולהחילם על חלקים רחבים של החברה, מחקר המתבצע במסגרת של שיווק מתמקד במטרה לספק תובנה מקומית. להלן מוצגים שלושה כלים להכרת הסביבה: 1. מודל להכרת הכוחות, החולשות, האיומים וההזדמנויות (מודל SWOT); 2. מודל להכרת המבנה הפוליטי (מודל בעלי העניין); 3. מודל להכרת הכוחות המניעים את התחרות בזירה שבה פועלים המוסדות לזקנים (מודל האסטרטגיה התחרותית).

3.1 מודל SWOT.

הגישה השיווקית שואפת לפתח שירות מתוך התאמה לשינויים המתרחשים בסביבת השירות. אחד הכלים הרווחים בלימוד מקיף של הסביבה הוא מודל SWOT (SWOT - Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats), הבוחן כוחות, חולשות, הזדמנויות ואיומים (בהם, Jackson, Joshi, & Erhardt, 2003; 2009). המודל נועד לבחון את מידת העקביות והשילוב בין דרישות שמערכות בסביבה החיצונית של הארגון מטילות על הארגון (ההזדמנויות והאיומים בסביבה), ובין היתרונות והמגבלות הפנימיים של הארגון (הכוחות והחולשות הפנימיים).

מודל SWOT מצריך ללמוד ולנתח את המגמות ואת ההתפתחויות הצפויות במגזרים שונים בסביבת הארגון (שהנם הזדמנות או איום), וללמוד כיצד ניתן לנצל באופן מיטבי את משאבי הארגון האקטואליים והפוטנציאליים (כוחות הארגון), ולצמצם את מגבלותיו (חולשות הארגון)

כדי לנצל הזדמנויות באופן יעיל ולהתמודד עם האיומים. הסביבה הארגונית כוללת מספר סוגי סביבה:

1. סביבה כלכלית (למשל הקצאת משאבים כספיים לזקנים)
2. סביבה פוליטית (כגון תפיסותיהם של מקבלי החלטות ואנשי מפתח בדבר קידום שירותים לזקנים)
3. סביבה טכנולוגית (לדוגמה, באמצעות המחשב ניתן ליצור רשת חברתית לזקן בנושאים הקרובים ללבו, וכן לספק לו שירותים חלופיים כגון הזמנת המוצרים והמשלוח בקניית מוצרי מזון, ואף הזמנת תרופות ושירותי רופא).
4. סביבה חברתית–דמוגרפית (למשל מספר הזקנים בקהילה)
5. סביבה תרבותית (כגון ערכים ונורמות ביחס לכבוד הזקן)
6. סביבה חוקית (לדוגמה, הזכות לגמלת סיעוד מכוח חוק הביטוח הלאומי [נוסח משולב], התשנ"ה–1995).

כל אחת מהסביבות עשויה לצפון בחובה הזדמנויות ואיומים. הכוחות והחולשות בארגון נוגעים למגמות ההתפתחות במספר תחומים פנים–ארגוניים: משאבי האנוש בארגון, היחסים האישיים והמקצועיים בקרב אנשי הצוות, היכולת הכלכלית, הניהול והמנהיגות וכן איכות השירות.

ניתוח הכוחות והחולשות מחד גיסא וניתוח ההזדמנויות והאיומים מאידך גיסא מאפשרים לארגון לזהות את מיקומו הצפוי בסביבה בשנים הקרובות, לזהות את "שדות המתח" שיש לו עם הסביבה, להכיר את הכוחות המניעים (הזדמנויות) לעומת הכוחות הבולמים (חולשות ואיומים) ולאמוד את כל אלו, וכמובן להבין את מצבו (הכוחות והחולשות) בהקשר הסביבה שבה הוא נמצא (ההזדמנויות והאיומים). על יסוד לימוד שיטתי זה ניתן להעריך את הפוטנציאל של הארגון להתוות תכניות פעולה ולפתח שירותים בעלי יתרון יחסי של יכולת הסתגלות להתרחשויות בסביבה, או אפילו לעצב פעילויות ושירותים המשפיעים על הסביבה.

3.2 מודל בעלי העניין (Stakeholders model).

מודל נוסף להכרת הסביבה של המוסדות לזקנים הנו מודל פוליטי, המתמקד בהכרת בעלי העניין (Stakeholders model). הארגון מתואר כזירה של התגוששות פוליטית שבה אנשים ויחידות ארגוניות פועלים כדי להפיק לעצמם את מרב התועלת. ניתוח בעלי העניין הנו אחד הכלים המקובלים כדי לבחון את השפעות הסביבה הפוליטית, החיצונית והפנימית. בעלי עניין מוגדרים כאנשים, כקבוצות או כארגונים שיכולים להשפיע או להיות מושפעים מהארגון, ממשאבי הארגון ומתשומותיו או מהשירותים שהוא מספק ומתפוקותיו. אף כי לכל בעל עניין בארגון ומחוצה לו יש שאיפות העשויות להיות מנוגדות לאלו של בעלי עניין אחרים ולהתחרות בהן, גישת בעלי העניין גורסת ששביעות הרצון של בעלי העניין הנה מפתח להצלחת הארגון (Boots & Midford, 2007; Roessler, Hennessey, & Rumrill, 2007). אלה עשויים להיות בעלי עניין במוסדות לזקנים:

- **קובעי מדיניות:** פוליטיקאים או בעלי תפקידים בעמדות מפתח במישור הארצי (כגון משרד הרווחה ומשרד הבריאות) או המקומי (כמו רשות מקומית) המשפיעים – לעתים באופן מכריע – על סדר העדיפויות, הפיתוח והתחזוקה של המוסדות לזקנים
- **נותני לגיטימציה:** גופים פורמליים האמונים על קביעת סטנדרטים ומתן רישוי (כמו משרד הבריאות ומשרד הרווחה, בתי משפט או סוכנויות מקצועיות), וכן גופים בלתי פורמליים היכולים להשפיע, לתת לגיטימציה או להגביל פיתוח וייזום (כגון אנשי דת או מנהיגים מקומיים)
- **מממנים:** גורמים ציבוריים ופרטיים (חוץ מן הלקוחות הישירים) המספקים למוסד כסף או משאבים שווי כסף
- **הציבור הכללי:** השתתפות נציגי ציבור בהנהלות של עמותות המקדמות מוסדות לזקנים או במועצות של המוסדות לזקנים ובוועדות שלהם, וכמו כן הבעת עמדה (תמיכה או התנגדות) של תושבים החברים בוועד השכונה בסוגיות כגון הקמת מוסד לזקנים בשכונה וכו'
- **נהנים:** מקבלי השירות בדרכים ישירות (כמו הדיירים במוסד לזקנים) ובדרכים עקיפות (כמו בני משפחותיהם של הדיירים); בפיתוח מוסדות לזקנים ניתן לעתים להבחין במעורבות פעילה של זקנים הבאה לידי ביטוי בדיור מוגן יותר מאשר בבתי אבות ובמוסדות סיעודיים. לעומת זאת, מעורבותם של בני המשפחות עשויה לגבור בבתי אבות ובמוסדות סיעודיים.
- **שירותים משלימים:** שירותים שפעילותם מקדמת את השגת המטרה של השירות הבסיסי (לדוגמה, שירותי רפואה של מומחים מחוץ למוסד)
- **ארגונים מתחרים:** ארגונים המספקים שירותים חלופיים ומתחרים ביניהם על נתח שוק ועל משאבים
- **עובדים:** לעובדים בארגונים יש נקודת מוצא ספציפית בתחום העיסוק שבו הם מתמחים.
- **מנהלים:** למנהלים יש פרספקטיבה כוללת על הארגון שבראשו הם עומדים ולו הם אחראים.

כפי שניתן לראות להלן בתרשים 1, ניתוח בעלי העניין כולל שני היבטים: היבט אחד עוסק בחשיבותו של בעל העניין למוסד או לפיתוח השירות. ההיבט השני דן בעמדתו (מידת התמיכה או ההתנגדות) של בעל העניין באשר למוסד. בדרך זו מזהים את בעלי העניין ומסווגים אותם בארבע קבוצות מרכזיות:

תרשים 1: ניתוח בעלי עניין

		חשיבותו של בעל העניין	
		נמוכה	גבוהה
עמדת בעל העניין	תומך	**אוהדים**	**תומכים**
	מתנגד	**בעייתיים**	**יריבים**

1. **תומכים:** התומכים במוסד או בשירות ומידת השפעתם רבה

2. **יריבים:** המתנגדים לפעילות המוסד או השירות (וייתכן שיש להם אינטרס נוגד או מערכת ערכים שונה או אידאולוגיה שונה), ומידת השפעתם רבה; הם עשויים לסכן (או אף למנוע) את תהליך פיתוחם של המוסד או של השירות.

3. **בעייתיים:** המתנגדים שאינם משפיעים במידה רבה

4. **אוהדים:** התומכים שאינם משפיעים במידה רבה.

ניתוח בעלי העניין ומיפוים עוזרים להגדיר את פעולת השיווק הנחוצה. לדוגמה, כנגד היריבים נחוצים חיזוי דפוסים של טיעונים צפויים והכנת טיעוני נגד, מיקוח וקואופטציה (צירוף מתנגדים לשורות הארגון) להבטחת נטרולם או בדיקת האפשרות להשיג את תמיכתם בדרך אחרת. יש לפעול למניעת פעילותם של יריבים החותרים כנגד התומכים ומפריעים הן למהלך התכנון והפיתוח של המוסד הן לפעילויותיו בהמשך. רצוי לשתף במידע את התומכים, לחזק את עמדתם, וכן לכוון קבוצות תומכים לשווק ולקדם את רעיונות התכנון בקרב שאר הקבוצות. כנגד הגורמים הבעייתיים יש להכין טקטיקות של הגנה ולפעול לגישור פערים בין עמדות. בקרב האוהדים רצוי לערוך פעילויות הסברה ולעודדם לפעול ביחד עם התומכים.

3.3 מודל האסטרטגיה התחרותית.

התעצמות התחרות במוסדות לזקנים היא תופעה שנגרמה בעיקר עקב תהליכי הפרטה ומשאבים מוגבלים (Boehm, 1996; Matthews & Shulman, 2005; Seymour, Gilbert, & Kolsaker, 2006). בשל תחרות זו חייבים המוסדות לנקוט צעדים מתאימים. להלן יוצג מודל הכולל ניתוח מקיף של הכוחות התחרותיים בזירה שבה פועלים הארגונים. הדבר נעשה כדי לקבוע בהמשך אסטרטגיות פילוח מתאימות. חוקרים שונים תיארו – בעקבות עבודתו של פורטר (Porter, 1990) – חמישה כוחות המניעים את התחרות בזירה של שירותים חברתיים (Boehm, 1996; Breedveld, Meijboom, & De-Roo, 2006):

- **יריבות בין ארגונים:** בזירה שבה פועלים מוסדות ושירותים דומים נאבקים הארגונים על המשאבים ועל הלקוחות באמצעות פרסום, הפחתת עלויות ושיפור האיכות. היריבות תתעצם במיוחד כאשר מספר הארגונים גדל והארגונים פועלים ביחסי תלות והשפעה הדדיים. לדוגמה, מוסדות סיעודיים לזקנים במגזר השלישי ובמגזר הפרטי מעצימים לאחרונה את התחרות ביניהם. התחרות עשויה להתעצם גם כאשר המשאבים מוגבלים. לדוגמה, מוסדות לא ממשלתיים עלולים לסבול במידה רבה יותר מהגבלת משאבים, כי תקצובם אינו מובטח בנהלים ובחקיקה, אך בעקבות הליכי הפרטה גם הקופה הציבורית הולכת ומידלדלת במקרים רבים.

- **סכנת כניסתם של ארגונים חדשים:** מוסדות לזקנים – ממשלתיים ולא ממשלתיים – השואפים להיכנס לזירה שבה פועלים המוסדות הקיימים עשויים לנגוס במשאבים שמקבלים המוסדות הקיימים ובקהלי הלקוחות שלהם. הסכנה הזאת גוברת ככל

שמדיניות הממשלה מאפשרת (או אף מעודדת) כניסה של מוסדות חדשים לשוק. בעת האחרונה ניכרת נטייה של הממשלה לעודד כניסה של מוסדות ושירותים חלופיים בתחום הזִקנה.

- **איום של שירותים חלופיים:** אפשר לספק שירותים שונים בדרכים שונות. לדוגמה, שירותי טיפול בית או קהילה תומכת יכולים להחליף שירותים של מוסדות לזקנים. שירותים חלופיים עשויים להיות גם גלויים פחות, כמו התגייסות של המשפחה המורחבת לעזרתו של הזקן. ישנם מספר גורמים שעשויים להעצים את התחרות בקרב השירותים החלופיים, ובעיקר ריבוים: ככל שמספר השירותים החלופיים הגלויים והבלתי גלויים גדל, עלותם נמוכה ויעילותם רבה.

- **כוח המיקוח של הספקים:** כוח של הארגונים המספקים משאבים כספיים, ידע, לגיטימציה וציוד וכדומה; כוח המיקוח שלהם מתעצם במיוחד כאשר הם משוחררים מן הצורך להתחרות עם ספקים אחרים וכאשר המשאבים שהארגונים הנ"ל מספקים חשובים לקיום המוסד ולהתפתחותו.

- **כוח המיקוח של הלקוחות:** יכולתם של הלקוחות להוזיל את מחיר השירות או לדרוש מן המוסדות להגדיל את השקעתם בפיתוח השירותים ואספקתם; כוח המיקוח של הלקוחות עשוי לגבור כאשר יש להם חלק רב במימון השירותים – בעיקר בשירותים פרטיים ומלכ"רים, כגון דיור מוגן – וגם כאשר יש להם מידע חופשי על אודות מוסדות ושירותים חלופיים.

משזוהו הכוחות התחרותיים ומידת עוצמתם בהשוואה למוסד, ההנהלה יכולה (בבואה להגיב להם) לזהות את יתרונותיה ואת מגבלותיה לנוכח היריבים, הלקוחות, הספקים, השירותים החלופיים והארגונים החדשים. ניתן לזהות שלוש גישות אסטרטגיות מקובלות כדי להגיב לתחרות: אסטרטגיית הכוללנות דוגלת בפיתוח מגוון שירותים לכלל האוכלוסייה; אסטרטגיית הבידול מתרכזת בהיצע של שירותים מובחנים לקהלי יעד שונים; אסטרטגיית המיקוד מעלה על נס את ההתמחות בפעילות עם קהל יעד ספציפי. (ראו להלן דיון בפילוח שוק בסעיף 4.)

החלטה נוספת קשורה לפיתוח אסטרטגיה פרו–אקטיבית או ריאקטיבית, הגנתית. באסטרטגיה פרו–אקטיבית המוסד אינו מסתפק בתגובה לכוחות התחרותיים, אלא מקדם שינויים (למשל באמצעות פיתוח שירותים חדשים). לעומת זאת, באסטרטגיה הגנתית המוסד מאתר תחומים שבהם יש לו יתרון תחרותי, מפתח שירותים באותם תחומים ונמנע מעיסוק בתחומים אחרים.

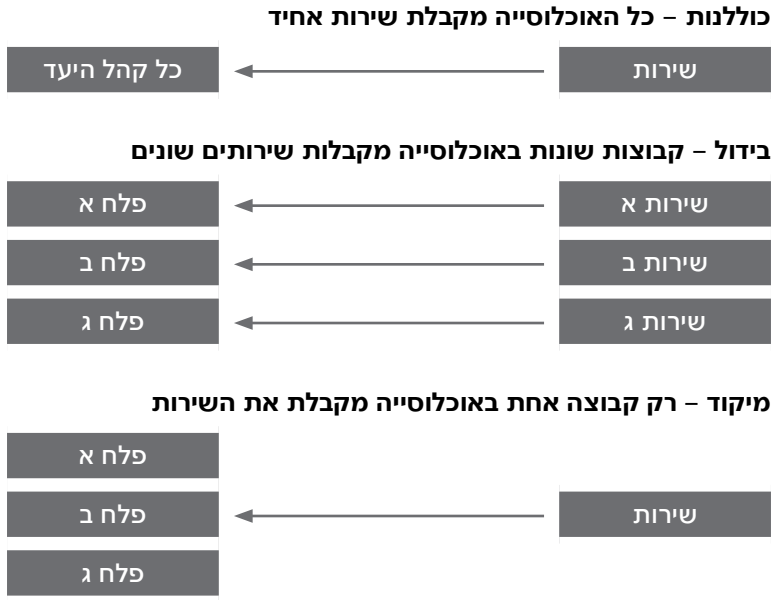
רצוי לבחור באחד מבין הכלים המוצעים לשם היכרות עם הסביבה. מודל SWOT מתאים להיכרות מקיפה של היבטים מגוונים בסביבת הארגון או השירות; מודל בעלי העניין מתאים לפיתוח אסטרטגיה שיווקית מול קהלי יעד ואנשי מפתח המשפיעים על השירות ומושפעים ממנו; מודל האסטרטגיה התחרותית נחוץ כאשר מתעצמים הכוחות התחרותיים–כלכליים בסביבת הארגון והשירות.

4. פילוח שוק

פילוח שוק הוא תהליך המבוסס במקרים רבים על מחקר שוק (Hemphill & Kulik, 2009). בפילוח שוק מרכזים יחד קבוצות הומוגניות פחות או יותר, שיש לכל אחת מהן צרכים ורצונות המאפיינים דווקא אותה, והנם מובחנים מאלו של קבוצות אחרות. הדבר נעשה כדי להתאים את תמהיל השיווק – מוצר או שירות, מחיר, מיקום וקידום – לתנאיה הייחודיים של כל קבוצה (Weinreich, 1999). המשתנים שלפיהם קובעים את החלוקה לפלחים עשויים להשתנות, אך נהוג להביא בחשבון אחד או יותר מן המשתנים הבאים: האזור הגיאוגרפי שבו מתגוררים הזקנים, נתונים פסיכו–סוציאליים (כמו ארץ מוצא, דת, מצב משפחתי), מצב בריאותי ומידת המודעות או המעורבות בעניין השירות (Fine, 1992). פילוח שוק מוביל לשאלה נוספת: לאיזה פלחי שוק יוקצו משאבי השיווק.

ישנן שלוש אסטרטגיות רווחות של פילוח שוק כדי להגיב במצבי תחרות: כוללנות, בידול ומיקוד (בהם, 2009; Blois, 2000; Lefebvre, 2013).

תרשים 2: אסטרטגיות פילוח



4.1 אסטרטגיית הכוללנות.

באופן פרדוקסלי, פילוח כוללני פירושו החלטה שלא לפלח את השוק, אלא להציע שירות אחד לכלל הלקוחות. כלומר השירות, המחיר, המיקום והקידום יהיו זהים בעבור כל הלקוחות. החלטה מסוג זה תתקבל רק כאשר מניחים שלכל הלקוחות, דהיינו לכל הזקנים, יש צרכים ורצונות דומים. לדוגמה, הצעת פעילות של חוג מלאכה המופעל בשפה אחת בבית אבות או בדיור מוגן

ניתנת מתוך הנחה שרוב הזקנים בבית האבות או בדיור המוגן דוברים שפה אחת ומעוניינים בפעילות דומה. במקרה זה יקבע המוסד תמהיל שיווק אחד לכל הזקנים. פילוח כוללני חוסך במשאבים, שכן הוא אינו מצריך השקעת משאבים בנפרד לצורך קבוצות שונות, אך הוא עשוי להתגלות כלא כדאי אם זקנים רבים ידירו את רגליהם מן הפעילות מפני שהם בוחנים את הפעילות במוסד מנקודות מבט שונות.

4.2 אסטרטגיית הבידול.

אסטרטגיית הבידול מכוונת לשני פלחים ומעלה בקבוצה, שלכל אחד מהם יוצע שירות שונה. למשל, קבוצת הזקנים בבית האבות או בדיור המוגן תחולק, ותמהיל שיווק שונה יותאם לכל תת–קבוצה. החלוקה לתת–הקבוצות תיקבע על פי משתנים המבחינים בצורכיהן וברצונותיהן השונים של קבוצות זקנים שונות. לדוגמה, ייתכן כי חלק מהזקנים יהיו מעוניינים בפעילות של חוגים, אחרים – בפעילות חברתית משותפת במוסד, וקבוצה נוספת – במעורבות קהילתית מחוץ למוסד. אסטרטגיית בידול הכוללת פיתוח מוצרים ושירותים מובחנים לקבוצות שונות עשויה להיות יקרה בהשוואה לפילוח כוללני, אך אם צורכיהן ורצונותיהן של קבוצות זקנים שונות אינם אחידים, ישתלם להשקיע משאבים בהתאמת תמהיל שיווק לכל אחת מן הקבוצות השונות כדי להניע את כולן לרכוש את המוצר או את השירות. מן הראוי לציין כי השוני בין השירותים המסופקים לפלחים שונים – כלומר, הבידול – עשוי להתבטא בפעילות העיקרית שאותה מספק השירות, אך גם בנושאים אחרים כגון השפה שבה ניתן השירות, מקומו, מחירו ודרכי פרסומו.

4.3 אסטרטגיית המיקוד.

אסטרטגיית המיקוד נועדה לספק שירות אחד לפלח אחד בלבד. לפי הדוגמה הנ"ל של שיווק הפעילויות לזקנים, ההתמקדות כאן תהיה למשל בפנייה דווקא לקבוצת הזקנים המעוניינים במעורבות קהילתית ולא לפלחים נוספים של זקנים או לכלל הדיירים בבית האבות או בדיור המוגן. אסטרטגיית המיקוד מתאימה כאשר המשאבים מוגבלים או כאשר ניתן להצביע במפורש על סדר עדיפויות בין הקבוצות, למשל, בהתאם למדיניות הארגון או בהתאם לרמת המצוקה (או לרמת הסיכון) של קבוצות שונות.

5. הגדרת הייעוד (הצהרת כוונות)

לאחר הכרתה של הסביבה השיווקית וקביעת אסטרטגיית היעד יש להגדיר את הייעוד שהנו ההצדקה לקיומו של המוסד או של השירות. במוסד לזקנים יש צורך הן בזיהוי הבעיות החברתיות שאותן שואף המוסד לפתור – או לפחות להתמודד עמן – הן בזיהוי הכוחות החברתיים שאותם הוא שואף לחזק. יש צורך להצביע על המטרות ועל האמצעים. הגדרת המטרות והאמצעים להגשמתן יכולה להפחית במידה רבה חילוקי דעות ולנתב את הדיון והפעילות במוסד לדרך פרודוקטיבית. הצהרה בדבר הייעוד החברתי היא מקור השראה לאנשי מפתח, לעובדים ולמנהלים במוסד ולאנשי מפתח מחוצה לו. הדרך להצלחה מצריכה הסכמה בין אנשי המפתח על ייעוד שיכול לשמש כמקור השראה.

הגדרת הייעוד תכלול תשובה הולמת למספר שאלות:

1. מי אנחנו? כאן נדרש תיאור תמציתי של מהות המוסד.
2. מי הם הלקוחות וקהלי היעד הנוספים?
3. מהם הצרכים החברתיים שאנו אמורים לספק להם מענה? מהן הבעיות החברתיות שאותן אנו אמורים לפתור? מהם הכוחות החברתיים והפוליטיים שאותם אנו אמורים לחזק?
4. כיצד אנו מגיבים לבעלי העניין והמתחרים המרכזיים המשפיעים על הארגון ומושפעים ממנו? אלו יכולים להיות נותני שירותים במשרד הרווחה, משרדי ממשלה נוספים, מלכ"רים ועסקים.
5. מהי הפילוסופיה שלנו ומהם ערכי היסוד שלנו? בהירותם של הערכים המשותפים, יש בה כדי לסייע למוסד לחזק את האחדות ואת הלכידות בקרב עובדי המוסד ולשמור עליהן.
6. מה הופך את המוסד לייחודי? לדוגמה, האם המוסד מתמקד בגישה מקצועית ספציפית או מספק מענה לקבוצה ספציפית או פועל על פי מבנה ארגוני ייחודי או כל אלה גם יחד? אם אין משהו שונה וייחודי בהשוואה למוסדות אחרים, ייתכן שהמוסד אינו נחוץ.

הצהרת הכוונות יכולה (ואף רצוי שתהיה) קצרה ככל האפשר. עם זאת, ניסוח ההצהרה חייב להיות פרי דיונים על שש השאלות שצוינו לעיל. הצהרה זו יכולה לעזור בתיאור "חזון ההצלחה" של המוסד. ללא ניסוח הכוונות כבר בשלב זה, תהליך התכנון יהפוך להיות טכני ומנותק מן האנשים הפועלים למימושו ומערכיהם.

6. מוצר חברתי

המושג "מוצר" נתפס בדרך כלל כדבר מה מוחשי: אנו הולכים לחנות, משלמים עבור המוצרים ומביאים אותם לביתנו. אך המוצרים שהלקוח במוסדות לזקנים מביא עמו לאחר קבלת השירות או אלו שהוא משתמש בהם במוסד בדרך כלל אינם מוחשיים. המוצרים – או המוצרים החברתיים – קשורים לשני מרכיבים אחרים: עמדות והתנהגות (Boehm, 2009; Hill, Hill, & Moore, 2009; Lister, McVey, French, Stevens, & Merritt, 2008). בעקבות שיחה אישית או מפגש קבוצתי או סדרת מפגשים כאלו הזקן כלקוח נושא עמו עמדה שונה או התנהגות שונה. לדוגמה, בעקבות שיחה של מנהל בית אבות עם קבוצת זקנים הם עשויים לשנות את עמדתם ולהכיר ביכולתם להשתלב בדרך מוצלחת יותר בפעילות לימודית או חברתית בבית האבות. דוגמה נוספת, בעקבות סדרת מפגשים נעשים הזקנים מודעים יותר לחשיבותה של תזונה נכונה, הם מכירים חלופות תזונה שונות ויש להם עמדה באשר לחלופה המתאימה ביותר עבורם.

במקרים רבים השיווק מכוון רק לשינוי עמדות בשלב הראשון. אך יש להדגיש כי הדבר נעשה כדי להביא לשינוים של דפוסי התנהגות בהמשך, שהרי מטרתו העיקרית של השיווק היא שינוי התנהגות. אין חשיבות לאימוץ העמדה "אני יכול להשתלב בפעילות לימודית" אם הזקנים לא ישתלבו בלימודים. גם הכרתם בחשיבותה של תזונה נכונה אינה משמעותית אם אין היא מביאה אותם לידי מעשה:

אכילת מזון בריא ומזין. אימוץ התנהגות יכול להתבטא בהגברת פעילות חיובית מסוימת (כמו השתלבות בלימודים), אך הוא עשוי להיות קשור גם להפסקתה או להגבלתה של התנהגות שלילית כגון צריכת מזון מזיק או אלכוהול. בכל מקרה יש חשיבות רבה לשינוי ההתנהגותי.

7. מהות החידוש – פיתוח שירותים חדשים ופנייה ללקוחות חדשים

פיתוח המוצר (או השירות) כרוך בהחלטה על היקף החידוש ועומקו. ישנם שני היבטים מרכזיים אשר עשויים להשתנות: השירות וקהל הלקוחות. לפיכך, ניתן לבחור באחת מארבע אסטרטגיות (וראו להלן תרשים 3).

תרשים 3: אסטרטגיות חידוש של שירותים

		לקוחות	
		לקוחות קיימים	לקוחות משתנים
שירות	שירות קיים	**חדירת שוק**	**פיתוח שוק**
	שירות משתנה	**פיתוח שירות**	**הגוונה**

- **חדירת שוק:** אסטרטגיה המתאפיינת בשאיפה לנצל את השירות הקיים ומסתמכת על נאמנותו של קהל היעד הקיים. לדוגמה, בית אבות השוקל להרחיב את היקף הפעילות עבור הלקוחות הקיימים. הארגון יכול להוזיל מחירים, וכן להרחיב את סל השירותים ללא עלות נוספת או לתגמל את הלקוחות.

- **פיתוח שוק:** המוסד שואף להגדיל את מעגל הלקוחות, אך להשאיר בלא שינוי את המסגרת הקיימת של השירות. לדוגמה, דיור מוגן מסתמך על מערכת השירותים הקיימת באזור מסוים ופונה לקהלים חדשים, כגון זקנים באזורים אחרים.

- **פיתוח שירות:** המוסד מרחיב את היקף השירותים הניתנים ללקוחות הקיימים. לדוגמה, מוסד סיעודי מוסיף שילוב חדש של שירות רפואי מורחב ופעילות ייחודית לזקנים עם מוגבלויות.

- **שינוי כיוון או הגוונה:** המוסד מוסיף שירותים חדשים וקהלי יעד חדשים. לדוגמה, בית אבות יעסוק בשירותי הסעדה לקבוצות של זקנים, זקנים ערירים בקהילה או מטופלי מחלקות הרווחה שידם אינה משגת לשלם בעבור השירות, ובאמצעות שותפות בין מחלקות הרווחה למוסד יש אפשרות להרחיב את השירות ולגוונו. דוגמה נוספת היא פיתוח שירותים, ייעוץ ותמיכה למשפחות הדיירים.

חשיבותה הרבה של קביעת היקף החידוש ועומקו בהיבטים אלו ניכרת במיוחד במצבים שבהם מסתמנת דעיכה, למשל כאשר הלקוחות מפסיקים להתעניין בשירות ולרכשו. האסטרטגיות המתוארות לעיל כרוכות ברמות שונות של סיכוי וסיכון. רמת הסיכון של חדירת שוק (האסטרטגיה הראשונה) הנה מועטה. לעומת זאת, רמת הסיכון של הגוונה או שינוי כיוון (האסטרטגיה האחרונה)

היא גבוהה במיוחד. רמת הסיכון והסיכוי של האסטרטגיות האחרות, פיתוח שוק ופיתוח שירות, הנה בינונית.

8. מיצוב המוצרים והשירותים

מיצוב של שירות (או מוסד או מוצר) עוסק בהכוונת שיווקו לקהלי יעד מסוימים כך שהוא ייתפס בעיניהם כמתאים עבורם. מאחר שהשוק הוא הטרוגני (למשל, זקנים בעלי צרכים שונים ורצונות מגוונים), שיווקו של שירות אחד לא תמיד יכול להשפיע על כל השוק. על כן המיצוב מכוון את שיווק השירות למיקום מתאים, כלומר לפלח השוק שבו יש לשירות עדיפות (Grönroos & Gummerus, 2014; Kotler et al., 2002). המיצוב מחייב שינוי של שירותים או מוצרים, אך הוא קשור בעיקר לפרספקטיבה של הלקוחות, כלומר לדרך שבה הם תופסים את השירות או את המוצר.

אחת הטכניקות הנפוצות למיצוב של שירות או מוצר משתקפת בתרשים של שני צירים, ובו כל ציר עוסק במרכיב אחד שאותו תופסים הלקוחות כרלוונטי במיוחד לשירות. אחת הדוגמאות המוכרות בשוק העסקי היא המיצוב של חברת BMW. בשנות ה–80 מקובל היה להבחין בין מכוניות ברמת איכות ומחיר גבוהה במיוחד (כמו מרצדס–בנץ) ובין מכוניות ברמת איכות ומחיר סבירה (בעיקר מכוניות יפניות כמו סובארו). חברת BMW הצליחה לפתח מוצר חדש ולמצב אותו בין שני המוצרים של שתי היצרניות האחרות (מרצדס–בנץ מזה וסובארו מזה). החברה פנתה לקהל יעד שידו אינה משגת לרכוש לעצמו מכונית מתוצרת מרצדס–בנץ, אבל מוכן להשקיע יותר במכונית סבירה. חברת BMW פיתחה – או מיצבה – מוצר המתאים לפלח שוק חדש, בהיותו מוצר יוקרתי פחות מזה של מרצדס–בנץ, אך יותר מזה של סובארו. המיצוב קשור למחיר ולאיכות (הגבוהים בהשוואה לאלו של סובארו ונמוכים בהשוואה לאלו של מרצדס–בנץ). המיצוב החדש הוביל רבים לתפוס את המוצר כמתאים עבורם ולרכוש את המכונית. חברת BMW גרפה הון עתק. למעשה, חברת BMW מיצבה מוצר במיקום (בפלח שוק) שלא היה קיים קודם לכן.

אחת הטכניקות הנפוצות למיצוב שירותים בדרך דומה שניתן ליישמה במוסדות לזקנים משתקפת בתרשים הנ"ל של שני צירים: מחיר מחד גיסא ואיכות מאידך גיסא. מיצוב בדרך זו מבחין בארבע קטגוריות עיקריות (וראו להלן תרשים 4).

תרשים 4: מיצוב על פי איכות השירות ועל פי מחירו

		איכות השירות	
		איכות נמוכה	איכות גבוהה
מחיר השירות	מחיר נמוך	**שירות זול**	**שירות הזדמנותי**
	מחיר גבוה	**שירות חסר תועלת**	**שירות יוקרתי**

1. **שירות הזדמנותי** הנו שירות משתלם משום שמחירו נמוך ואיכותו גבוהה. ההנחה היא שהלקוחות שואפים להגדיל את התועלת שהם מפיקים מהשירות, וזאת בלי עלות מרובה.

לשירותים ממשלתיים ולמלכ"רים קל יותר לפתח שירותים הזדמנותיים, שכן הם אינם תלויים באופן ישיר במחיר שהלקוחות משלמים.

2. **שירות יוקרתי** מספק איכות גבוהה, והמחיר שהלקוח נדרש לשלם אף הוא גבוה. מוסדות ושירותים מסוג זה מיועדים לזקנים בעלי אמצעים.

3. **שירות זול** הוא שירות שמחירו נמוך וכך גם ערכו. מוסד עשוי לשקול פיתוח מוצר זול כאשר הלקוחות יכולים להציע רק מחיר נמוך, והמשאבים המשלימים לאספקת השירות אינם גדולים. מוסדות לזקנים חייבים לוודא – ובפרט כאשר משולם מחיר נמוך – כי איכות השירות תעמוד בסטנדרטים הדרושים לרישוי.

4. **שירות חסר תועלת**, מחירו גבוה ואיכותו נמוכה. יש להימנע מפיתוח שירותים כאלו.

בהיעדר התאמה של אחד הצירים (או שניהם גם יחד) לפיתוח מיצוב, ניתן להשתמש בצירים אחרים. לדוגמה, בפיתוח של דיור מוגן לזקנים ניתן לעסוק בצירים של גיל, יכולת כלכלית או מידת העצמאות של הזקן.

ישנן מספר אסטרטגיות נוספות של מיצוב:

- **מיצוב המותאם לקהלי יעד** (כגון יוצאי מדינות מסוימות או זקנים הזקוקים לשירות המותאם לאנשים עם מוגבלות)
- **מיצוב על פי התועלות הצפויות** (כמו שירות המגדיל את הסיכויים לאיכות חיים גבוהה יותר או שירות המגביר את תחושת השייכות)
- **מיצוב על פי השיטה שבאמצעותה ניתן השירות** (למשל, בית אבות או דיור מוגן שמאפשר לדיירים פעילות ספורט מיוחדת המותאמת לזקנים או מעקב שוטף ומקיף בנושאי בריאות על פי שיטות מסורתיות ואלטרנטיביות או כל אלה כאחד).
- **מיצוב על פי אפשרויות השימוש** (לדוגמה, שירות נסיעות מיוחד בבית אבות המותאם להסעת זקנים בנוחות אל מחוץ לבית האבות)
- **מיצוב לעומת המתחרים** (כגון מוסד חדש לזקנים הטוען ליכולת לספק את השירות ההוליסטי הטוב ביותר באזור).

יש לבחור באסטרטגיית מיצוב אחת מובילה ולהתמיד בה בעקביות לאורך זמן בלא להחליפה לעתים קרובות. זאת, כדי למנוע בלבול וחוסר אמון בקרב הלקוחות, שאינם מגיבים למיצוב בבת אחת או מיד. כדי להטמיע מיצוב, יש להפעיל אמצעי תקשורת ולנקוט אמצעי קידום נוספים לאורך זמן.

9. מחיר השירות

עניינו של מחיר השירות הוא כלל העלויות שהלקוח משלם עבור צריכת השירות. נהוג למדוד מחיר בעיקר במונחים של כסף, אך למעשה יש מחירים נוספים שהלקוח במוסדות לזקנים עשוי לשלם,

כגון זמן או מאמץ או מחיר פסיכולוגי הקשור למבוכה הנגרמת בגין ההצטרפות לקהל מקבלי השירות (Kotler & Lee, 2008; Ingenbleek, 2014).

מרכיב מרכזי בהבנת המושג מחיר הוא ההקרבה, כלומר – מה שמצפים מן הלקוחות להקריב כדי להשיג את השירות, שהרי אם אין מקריבים משהו, אין לדבר מחיר. לדוגמה, המחיר הכספי של הצטרפות לבית אבות אינו 10,000 ש"ח בכל חודש (התשלום עצמו), אלא בעיקר האפשרויות האחרות שהלקוח היה יכול לממש באמצעות אותם 10,000 ש"ח (למשל, להישאר בבית עם מטפל צמוד או להצטרף לקהל מקבלי השירות של קהילה תומכת או להצטרף לבית אבות אחר). כאמור, מושג ההקרבה מאפשר לנו לחשוב על מחיר גם כאשר התשלום אינו כספי. לדוגמה, הזמן והמאמץ המושקעים דווקא בהצטרפות לדיור מוגן או לבית אבות במקום להיות מנוצלים לצורך מפגש עם נכדים או עם חברים או קריאת ספר. זאת ועוד, לעתים הצטרפות לבית אבות או לדיור מוגן עשויה להיות קשורה למבוכה פסיכולוגית כאשר הזקן מעדיף להימנע מדימוי של זקן.

יש להביא בחשבון אפשרויות להוזלת המחיר הכספי באמצעות התאמה אישית לאפשרויותיהם של לקוחות פוטנציאליים. לדוגמה, אפשרויות של תשלום דמי אחזקה חודשיים במקום תשלום חד-פעמי, או שילובים שונים של השניים.

החלטת הלקוחות אם לצרוך את השירות או לא אינה קשורה רק לתועלת הנחזית של צריכת השירות, אלא גם ליחס בין מחיר השירות כמפורט לעיל ובין תועלתו הצפויה. על כן, המוסדות לזקנים חייבים לעסוק בדרכים שיכולות להפחית את המחיר הכספי ואף את מחיר הזמן, המאמץ, הוויתור על מימוש האפשרויות האחרות והמבוכה הכרוכה בקבלת השירות. מוסדות לזקנים צריכים לשקול את מה שהקריב הזקן לשם צריכת השירות, וזאת מבחינת הוויתור על האפשרויות האחרות ומבחינת ההשפעות שיש להקרבה הזאת על עתידו.

10. מיקום השירות והאמצעים לקידומו

ישנם שלושה קריטריונים רווחים לתכנון מיקום השירות: נגישות, היראות ודימוי.

- **קריטריון הנגישות** מבטא את הצורך שיש ללקוחות בשירות קרוב, נוח וזמין. הרעיון המנחה העומד בבסיסו של קריטריון הנגישות הוא כי מידת השימוש של הלקוחות בשירות נוטה לעלות באופן ישיר ככל שהמרחק מן המקום שבו ניתן השירות הנו קטן יותר וככל שרבה נוחות ההגעה לשם. חשיבותה של הנגישות נעוצה בהשפעתה על כמות הזמן, השימוש בתחבורה והמאמץ הכרוכים בהחלטה להשתמש בשירות ולהמשיך לצרוך אותו (קוטלר, 2004; Lefebvre, 2013; Sargeant, 1999). נגישות למוסדות לזקנים נחוצה כדי לאפשר קרבה למקום המגורים הקודם, שכן זקנים רבים מעדיפים לגור ליד הקהילה שאליה הם רגילים, וליד עורקי תחבורה ציבורית שבאמצעותה יוכלו להגיע לשירותים חיוניים כמו מרפאה, מרכז קניות, בנק ובית חולים. הנגישות קשורה לקרבה פיזית או לניידות נוחה למרכזים השונים.
- **קריטריון ההיראות** עוסק בבולטות השירות וביכולת הלקוחות לראות את המוסד או את השירות שניתן. קריטריון ההיראות מתבסס על ההנחה שקהל הלקוחות הפוטנציאלי מודע לשירות באמצעות יכולתו לראות את השירות באופן פיזי. לעומת זאת, אם השירות אינו

נראה, מידת השימוש בו תפחת. למרות האמור לעיל, במקרים רבים שירותים הניתנים לזקנים במצוקה אמורים להיות מוסתרים, וזאת כדי למנוע מבוכה.

- **קריטריון הדימוי** עוסק בדימוי שנוצר בגין מיקומו של המוסד. בכל יישוב יש מקומות הנתפסים כאזורים יוקרתיים, מקומות אחרים הידועים כאזורי ביניים עממיים, ומקומות נוספים המוכרים כאזורי עוני. ההחלטה על מיקום המוסד משפיעה גם על מידת יוקרתו ולכן גם על מיצובו. אולם אין להפריז בנושא זה, שכן אם המוסד נמצא במיקום הנתפס כיוקרתי מדי, זקנים פוטנציאליים עשויים לראותו כמוסד שאינו בר השגה.

11. קידום מוסדות ושירותים

קידום מוסדות ושירותים נועד לשכנע באופן יעיל את קהל היעד בצדקת המסר או בכדאיותו או אף בהתקיימות שתי המעלות האלה גם יחד. העברת המסר קשורה לשלושה היבטים: קוגניטיבי (פיתוח מודעות והקניית ידע על המוסד או על השירות), רגשי (פיתוח אינטרס, שאיפה ואהדה למוסד או לשירות) והתנהגותי (הרשמה וכניסה למוסד או רכישת השירות או ביצוע פעילות המזוהה עם המוסד או עם השירות) (שטאובר ונדלר, 2007; Boehm, 2004; Lefebvre, 2013; Sargeant, 1999; Valente, Poppe, & Merrit, 1996). בשיווק נהוגים ארבעה אמצעי קידום: מכירה, פרסום, יחסי ציבור ותמריצים.

- **המכירה האישית (תקשורת ישירה)** כוללת קשר ישיר (פנים אל פנים) של נציג המוסד עם הלקוח. הדבר נעשה במפגשים אישיים או במפגשי קבוצות קטנות (למשל, משפחת הזקן), המעודדים דיאלוג ישיר עמם. המכירה האישית מאפשרת ללמוד מהם צורכיהם הייחודיים ורצונותיהם הייחודיים (ואף הסתייגויותיהם והתנגדויותיהם) של הזקנים ושל בני משפחותיהם, ולמצב יתרונות שיש למוסד או לשירות בתהליך הקידום (זייד, 2006).

- **הפרסום** מתבסס על תקשורת חד–כיוונית, וכולל שימוש באמצעי התקשורת ההמוניים – במישור המקומי והארצי – כדי להגיע לקהל יעד רחב. מאמצי הקידום יכולים לכלול שימוש במספר אמצעי תקשורת: טלוויזיה, חומר מודפס (עיתונים, כתבי עת וטקסטים בדיוור ישיר), רדיו, שילוט חוצות ושימוש במחשבים ובאינטרנט (Fuhrel-Forbis, Nadorff & Snyder, 2009; Slater et al., 2000). את האמצעים השונים יש לבחון בהתאם להתאמתם לקהלי היעד, למחירם, לעוצמת המסר, ליכולת לנסח מסרים ברורים באמצעותם, לאיכותם ולאמינותם (Bernhardt, Mays, Eroĝlu, & Daniel, 2009).

- **יחסי הציבור** כוללים מגוון רחב של אמצעים כמו הפצת כרזות ומודעות, מפגשים עם אנשי מפתח, נאומים, הופעות בשידורי כתבות וחדשות ואף במסיבות עיתונאים, הפקת אירועים ושליחת מכתבים למערכת. והכול – לשם יצירת דימוי חיובי למוסד, לרעיון שהוא משווק ולסוג ההתנהגות המומלצת במסגרתו. בניגוד למטרת הפרסום והמכירה, המתמקדת בשכנוע לאמץ את המוסד או את השירות לטווח קצר, יחסי הציבור נועדו ליצור דימוי חיובי לאורך זמן (רימון, 1992). כך, למשל, לצורך יחסי ציבור למוסדות לזקנים ניתן להקים מועצה (או ועד) של המוסד בהשתתפות זקנים מוכרים או נציגים ממשפחות הדיירים במוסדות או שתי האפשרויות כאחת.

- **התמריצים** נועדו לספק לקהל היעד ערך בעל משמעות עבורו, הבא נוסף על הערך שיש באימוץ ההתנהגות החדשה עצמה או בהפחתת העלות הקשורה לתהליך. לדוגמה, אנשים המצטרפים למוסד יקבלו הנחה בתשלום למוסדות רפואיים בסביבה או שירותים נלווים בהנחה או שדיירים המביאים חבר להצטרף לדיור המוגן יקבלו הנחה (אסטרטגיית "חבר מביא חבר"). עם זאת, יש לזכור כי מטרת התמריץ הנה לקרב את הלקוח לשירות בעיקר בשלבים הראשונים, וכי אסור שהתמריץ יהפוך למסר המרכזי.

בפיתוח האסטרטגיה לקידום המוסד או השירות יש לבחור בשילוב של תמהיל מתאים. בהשוואה למכירה, יתרונו הבולט של הפרסום הוא היכולת להגיע במשך זמן קצר לקהל רחב. עם זאת, למכירה יש יתרון בולט המתבטא ביכולת לפתח דיאלוג ישיר, פנים אל פנים, ולהתאים את המסר לקהל ספציפי. יחסי הציבור תורמים לדימויו החיובי של המוסד לטווח ארוך, ואילו התמריצים תורמים להנעת הלקוח להצטרף למוסד במיוחד בשלבים הראשונים.

12. מגבלות השיווק

חידושי הטכנולוגיה עשויים ליצור דילמות אתיות ייחודיות (או להחריף דילמות קיימות) בעולם השיווק. אחת הדילמות הבולטות באימוץ הגישה השיווקית קשורה לעובדה שהשיווק נועד לשנות עמדות והתנהגות (Andreasen, 2001, 2006). השאלה המתעוררת מיד היא מי מגדיר את העמדות ואת ההתנהגויות הרצויות? אנשי המקצוע? הזקנים שלהם נועד התהליך? בני משפחותיהם? לנוכח הדילמה הזאת הוצע שבפיתוח תהליך השיווק תשולב גישה של שיתוף אזרחים ולקוחות, וזאת כדי להתאים את תהליך השיווק לעקרונות המנחים בשיווק מוסדות לזקנים (Lefebvre, 2007).

השיווק עשוי להעלות – או לחדד – דילמות אתיות הקשורות לאמצעי הקידום ולתקשורת (ועניין זה נידון גם בפרק יב). לדוגמה, יש חשש שמכירה תקיפה מדי תהיה משולבת במניפולציה. בעיה נוספת קשורה לזכויות הפרט משום שאין לראיין זקנים ללא הסכמתם. החשיפה שמאפשרים אמצעי התקשורת כדי להשפיע עלולה להתגלות כמסוכנת אם אין משתמשים בה באופן אתי וחוקי. השימוש באמצעי התקשורת גם עלול לגרום לעובדים במוסדות לצבור כוח ולשכוח את חשיבותו של השירות ללקוח. על כן מומלץ שתהליך פיתוח האסטרטגיה השיווקית ילווה בבדיקת התאמתו לקודים אתיים מקובלים במוסדות לזקנים.

סיכום

פרק זה הציג את ההיבטים העיקריים של מודל הגישה השיווקית (שיווק ושיווק חברתי), וסיפק תיאור של דוגמאות ודרכים ליישומם במוסדות לזקנים. הרעיונות שהוצגו בפרק יכולים לשמש מוסדות לזקנים, כמו בתי אבות, מוסדות סיעודיים ודיור מוגן, וכן מרכזי יום לזקנים, חוגים או שירותים רפואיים. מניסיוננו נמצאנו למדים כי מודל הגישה השיווקית (שיווק ושיווק חברתי) יכול לשמש כמודל ייחודי בפיתוח תכניות ושירותים, אך גם שלבים שונים של המודל יכולים להיות חלק מגישות ניהול אחרות. ניתן לאמץ את הגישה השיווקית כתהליך תכנון למניעת התפתחותם של דפוסים חברתיים שליליים, וכן לצורך התמודדות עם תופעות חברתיות שליליות קיימות (כמו אלימות כנגד זקנים), ואף לשם פעילויות שעניינן הגנה על זכויותיהם של זקנים, מעורבות חברתית והתנדבות. מבחינה אסטרטגית אפשר לפעול במישור של מוסד ספציפי או קבוצה של מוסדות, וכן במישור המקומי או הארצי.

שימוש במודלים או בכלים להכרת הסביבה יכול לעזור בעיצוב דרכי פעולה הולמות לנוכח שינויים בסביבות משתנות. יישומן של אסטרטגיות פילוח (כוללנות, בידול, מיקוד) תורם לזיהוי ברור ומובחן של קהל היעד ושל תת–קבוצות שכל אחת מהן מגיבה בדרך שונה להצעות בדבר תכניות ושירותים. יתרה מזו, האסטרטגיה מעוצבת באופן מבוקר על בסיס בחינה של רצונות הנובעים מהאופן השונה של הפנייה: פנייה לכלל קהלי היעד לפי תמהיל שיווק אחיד (אסטרטגיה כוללנית) או פנייה לכלל קהלי היעד על פי תמהילים מובחנים (אסטרטגיית בידול) או פנייה לקהל מובחן אחד מתוך כלל הקבוצה (אסטרטגיית מיקוד). גם בחירת אסטרטגיית החידוש (חדירת שוק, פיתוח שוק, פיתוח שירות, וכן שינוי כיוון או הגוונה) יכולה לתרום ל"הנעה מחדש" של שירותים כאשר אלה דועכים.

תהליך המיצוב תורם לאיתור פלחי שוק שבהם חסרים תכניות ושירותים ללקוחות זקנים, ולפתח את התכניות והשירותים בדרך מתאימה ומשכנעת. תהליך המיצוב מאפשר יעילות בהכוונת שיווקם ובהתאמתם של שירותים למיקום (פלח השוק) שבו הם חסרים. מיצוב בדרך זו תורם גם לצדק חלוקתי ולהקצאת משאבים במקומות שבהם חסר שירות.

יישום הגישה השיווקית במוסדות לזקנים תורם להתמקדות רבה יותר בפיתוח תכניות ושירותים במיקום נגיש ונוח לקהל הזקנים. פיתוח שירותים ללא התמקדות במיקום עלול להוביל להשקעת משאבים רבים לריק.

לאמצעי התקשורת יש השפעה רבה על דעת הקהל. הגישה השיווקית מעודדת את השימוש באמצעי התקשורת, ומציעה דרך לבחון את האמצעים השונים (כגון טלוויזיה, רדיו ועיתון) ולהשתמש בהם על פי התאמתם לקהלי היעד ועל פי יעדיה של תכנית השיווק.

השיווק יכול לשמש ככלי רב עוצמה לקידום מוסדות לזקנים, ודווקא משום כך מן הראוי להדגיש את מגבלותיו. נחוץ דיון בדילמות האתיות הייחודיות שעלולות להתעורר בתהליך היישום. אנו מקווים שמנהלים ועובדים במוסדות לזקנים ימצאו דרכים להשתמש במודל שתיארנו בפרק זה, ולפתח אותו מתוך דיון נאות בדילמות האתיות המתעוררות בתהליכי הקידום.

ביבליוגרפיה

איתיאל, ע' (1998). *פיתוח מנהיגות תלמידים באמצעות שיווק בית הספר בקהילה* (עבודה לשם קבלת תואר מוסמך). אוניברסיטת תל אביב, תל אביב.

ארליך, א' ופאנלי, ד' (2006). *המדריך לשיווק ומכירה של שירותים ומוצרים פיננסיים: טקטיקות וטכניקות המניבות תוצאות*. (תרגום: א' וכטל). תל אביב: מטר.

בהם, א' (1998). *שיווק בשירותי אנוש: היבטים תיאורטיים ויישומיים*. תל אביב: צ'ריקובר.

בהם, א' (2003). יישום של שיווק חברתי בעבודה סוציאלית. *חברה ורווחה, כג(2)*, 167–149.

בהם, א' (2009). *תכנון אסטרטגי של שירותי הרווחה והשירותים החברתיים ברשויות המקומיות*. ירושלים: משרד הרווחה והשירותים החברתיים.

בר–ישי, ח' (2013). הפרטה ומסחור בחינוך הציבורי בישראל: מאמר ביקורת. *מגמות, מט(2)*, 394–398.

זייד, י' (2006). *לדבר בפני לקוח: על תורת השיווק ואמנות השכנוע*. ירושלים: כתר.

זיכלינסקי, א' (2010). השפעת תהליכי ההפרטה החלקית והמסחור על תכונות ארגוני המגזר השלישי בישראל. *ביטחון סוציאלי*, 82, 111–79.

קוטלר, פ' (2004). *עקרונות השיווק של קוטלר מ–א' ועד ת': 80 מושגים שכל מנהל חייב לדעת*. (תרגום: א' ברוורמן). תל אביב: מטר.

קוטלר, פ' והורניק, י' (2000). *ניהול השיווק: המהדורה הישראלית*. (תרגום: א' פרידלנד). תל אביב: האוניברסיטה הפתוחה.

רימון, צ' (1992). *שיווק פוליטי*. תל אביב: P.R..

שטאובר, ש' ונדלר, א' (2007). אפשר למכור הכל ברשת. *סטטוס, קפז, 65–64*.

שטרית, ט' (2013). בשמה של הפרטה. *דורות, קנג*, 23–22.

Andreasen, A. R. (1995). *Marketing social change: Changing behavior to promote health, social development, and the environment*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.

Andreasen, A. R. (Ed.). (2001). *Ethics in social marketing*. Washington, DC: Georgetown University.

Andreasen, A. R. (2006). *Social marketing in the 21st century*. New York, NY: Sage.

Baron, S., Warnaby, G., & Hunter-Jones, P. (2014). Service(s) marketing research: Developments and directions. *International Journal of Management Reviews*, 16(2), 150-171.

Bernhardt, J. M., Mays, D., Eroĝlu, D., & Daniel, K. L. (2009). New communication channels: Changing the nature of customer engagement. *Social Marketing Quarterly*, 15(1), 7-15.

Blois, K. (2000). *The Oxford textbook of marketing*. New York, NY: Oxford University.

Boehm, A. (1996). Forces driving competition in human service organizations and positional responses. *Administration in Social Work*, 20(4), 61-79.

Boehm, A. (2004). Integrating media and community practice: A case of television report production. *Social Work Education*, 23(4), 417-434.

Boehm, A. (2009). Applying social marketing in development of a program in the area of volunteering. *Social Marketing Quarterly*, 15(3), 67-82.

Boehm, A., Vigoda-Gadot, E., & Segev, N. (2011). Market orientation in social services: An empirical study of motivating and hindering factors among israeli social workers. *Administration in Social Work*, 35(2), 138-160.

Boots, K., & Midford, R. (2007). Involving stakeholders in the evaluation of community alcohol projects: Finding a balance between subjective insight and objective facts. *Substance Use and Misuse*, 42(12-13), 1955-1969.

Breedveld, E. J., Meijboom, B. R., & De-Roo, A. A. (2006). Labour supply in the home care industry: A case study in a Dutch region. *Health-Policy*, 76(2), 144-155.

Crompton, J. L., & Lamb, C. H. (1986). *Marketing government and social services*. New York, NY: Wiley.

Dooley, J. A., Jones, S. C., & Desmarais, K. (2009). Strategic social marketing in Canada: Ten phases to planning and implementing cancer prevention and cancer screening campaigns. *Social Marketing Quarterly*, 15(3), 33-48.

Fine, S. H. (1992). *Marketing for the public sector: Promoting the causes of public and nonprofit agencies*. Boston, MS: Allyn & Bacon.

Fuhrel-Forbis, A., Nadorff, P. G., & Snyder, L. B. (2009). Analysis of public service announcements on national television, 2001-2006. *Social Marketing Quarterly*, 15(1), 49-69.

Grönroos, C., & Gummerus, J. (2014). The service revolution and its marketing implications: Service logic vs. service-dominant logic. *Managing Service Quality*, 24(3), 206-229.

Harrison-Walker, J. (2009). Strategic positioning in higher education. *Academy of Educational Leadership Journal*, 13(1), 103-111.

Hemphill, E., & Kulik, C. T. (2009). Defining a process for segmenting the general practitioner market for rural practice recruitment. *Social Marketing Quarterly, 15*(2), 74-91.

Hill, A., Hill, R., & Moore, S. (2009). Product evaluation in a social marketing and community development context: A case study and initial report. *Social Marketing Quarterly*, 15(2), 92-104.

Ingenbleek, P. T. M. (2014). The theoretical foundations of value-informed pricing in the service-dominant logic of marketing. *Management Decision*, 52(1), 33-53.

Jackson, S. E., Joshi, A., & Erhardt, N. L. (2003). Recent research on team and organizational diversity: SWOT analysis and implications. *Journal of Management, 29*(6), 801-830.

Kotler, P., & Andreasen, A. R. (1994). *Strategic marketing for nonprofit organizations (4th ed.)*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Kotler, P., & Lee, N. R. (2008). *Social marketing: Influencing behaviors for good (3rd ed.)*. New York, NY: Sage.

Kotler, P., Roberto, E., & Lee, N. R. (2002). *Social marketing: Improving the quality of life (2nd ed.)*. Thousand Oaks, CA: Sage.

Kotler, P., & Zaltman, G. (1971). Social marketing: An approach to planned social change. *Journal of Marketing, 35*, 3-12.

Lefebvre, R. C. (2007). The new technology: The consumer as participant rather than target audience. *Social Marketing Quarterly*, 13(3), 31-42.

Lefebvre, R. C. (2013). *Social marketing and social change: Strategies and tools for health, well-being, and the environment*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.

Lister, G., McVey, D., French, J., Stevens, C. B., & Merritt, R. (2008). Measuring the societal impact of behavior choices. *Social Marketing Quarterly*, 14(1), 51-62.

Luck, M., Polock, R., & Tricker, M. (2000). *Market research in health and social care*. New York, NY: Routledge.

Matthews, J., & Shulman, A. D. (2005). Competitive advantage in public-sector Organizations: Explaining the public good/sustainable competitive advantage Paradox. *Journal of Business Research, 58*(2), 232-240.

McKenzie-Mohr, D. (2000). Promoting sustainable behavior: An introduction to community based social marketing. *Journal of Social Issues, 56*(3), 543-554.

Porter, M. E. (1990). *Competitive strategy: Techniques for analyzing industries and competitors*. New York, NY: Free.

Prieto, A. M., & Zofio, J. L. (2001). Evaluating effectiveness in public provision of infrastructure and equipment: The case of spanish municipalities. *Journal of Productivity Analysis, 15*, 41-58.

Roessler, R. T., Hennessey, M. L., & Rumrill, P. D. (2007). Strategies for improving career services for postsecondary students with disabilities: Results of a focus group study of key stakeholders. *Career-development-for-exceptional-individuals, 30*(3), 158-170.

Sargeant, A. (1999). *Marketing management for nonprofit organizations*. New York, NY: Oxford University.

Schwartz, B. (2007). Transferring commercial perspectives on consumer focus to social marketing. *Social Marketing Quarterly*, 13(3), 17-21.

Seymour, T., Gilbert, D., & Kolsaker, A. (2006). Aspects of market orientation of english and welsh charities. *Journal of Nonprofit and Public Sector Marketing*, 16(1-2), 151-169.

Slater, M. D., Kelly, K., & Edwards, R. (2000). Integrating social marketing, community readiness and media advocacy in community-based prevention efforts. *Social Marketing Quarterly, 6*(3), 125-135.

Valente, T. W., Poppe, P. R., & Merrit, A. P. (1996). Mass media generated interpersonal communication as sources of information about family planning. *Journal of Health Communication, 1*(3), 247-265.

Weinreich, N. K. (1999). *Hands-on social marketing: A step by step guide to designing change for good*. Thousand Oaks, CA: Sage.

Wood, M. (2008). Applying commercial marketing theory to social marketing: A tale of 4 Ps (and a B). *Social Marketing Quarterly*, 14(1), 76-85.

חלק ב

פרק ה:
ניהול עובדים או משאבי אנוש במוסדות לזקנים בישראל

יואל שפרלינג

רשימת הטבלאות

טבלה 1: תקינת כוח אדם ותעריף למעון לפי מספר משרות לכל 50 דיירים
טבלה 2: כוח אדם מקצועי (בתחום הבריאות)
טבלה 3: כוח אדם ניהולי ומינהלי
טבלה 4: כוח אדם משקי

מבוא

הפסוק "אל תשליכני לעת זקנה, ככלות כחי אל תעזבני" (תהילים עא, פס' ט) מבטא יותר מכול את הצורך להמשיך לטפל באדם הזקן עד יומו האחרון. המטפל יכול שיהיה קרוב משפחה, ידיד, חבר, שכן או כל אדם אחר שמקצועו בכך. הטיפול בזקן יכול להינתן בביתו, בבית משפחתו או אצל קרוביו או במוסד כלשהו לטיפול בזקנים.

במדינת ישראל קיימים מוסדות שונים שבהם גרים או מאושפזים זקנים במצבי תפקוד שונים. סוגי המוסדות נקבעים בהתאם למצבם הבריאותי והתפקודי של הזקנים, ובחירתם האישית במוסד הראוי נעשית בכפוף לרישיונות המוסד המגדירים את הקבוצה שבה מותר לו לטפל. ככל שמצבם התפקודי של הזקנים ירוד יותר, קיים צורך במספר גדול יותר של עובדים המטפלים בהם.

המחזור הכספי של המוסדות מראה שבדיור מוגן ההוצאה הכספית הממוצעת בגין עלות העבודה (שכר, תנאים סוציאליים ותנאים נלווים) הנה בערך 40% מן ההוצאה הכוללת, בבתי אבות – בערך 50%, במוסדות סיעודיים רגילים – בערך 60% ובמוסדות סיעודיים מורכבים – בערך 70%. שיעור זה תלוי בגורמים שונים כגון ותק העובדים, קיומו או היעדרו של הסכם קיבוצי המגדיר את תנאי השכר של העובדים, גישת ההנהלה ויחסה לעובדים (קמצנות או רוחב לב באשר לשכרם ולתנאיהם הסוציאליים), מיקומו הגיאוגרפי של המוסד (במרכז הארץ או בפריפריה), עודף (או מחסור) בסוג עובדים מסוים וכו'. לפי האתר של איגוד בתי אבות ודיור המוגן בישראל (http://www.abaisrael.co.il), מספר העובדים בכלל המוסדות לזקנים בארץ מסתכם ב–14,000.

מספר העובדים, סוגיהם, תפקידיהם והיקף משרותיהם נקבעים על פי תקנים, וזאת בהתאם לגודל המוסד (מספר המיטות או יחידות הדיור) ובהתאם לסוגו. תקנים אלו מופיעים בפירוט רב בחוברות שמפיצים משרד הבריאות ומשרד הרווחה, ועל פיהם נערכת גם הביקורת על כל מוסד בהתאם לכללים ברורים וידועים, והמידע מאפשר לרשויות לפקח ולאכוף את מילוי כל הדרישות אשר לעמידה בהן מחויבים כל מנהל וצוות עובדיו במוסד. פרק זה עוסק בהיבטים שונים הקשורים לניהול משאבי אנוש על מקצועותיהם השונים במוסדות לזקנים, ודן בנושאים הבאים:

- רקע תיאורטי
- תקני כוח אדם והגדרת תפקידים הנדרשים במוסדות לזקנים
- שלבי גיוסם והעסקתם של עובדים במוסדות לזקנים
- ידע בסיסי בחוקי העבודה
- יחסי העובדים בינם לבין עצמם ויחסיהם עם ההנהלה ועם המשפחות
- העובדים כמשאב שיווקי או כמשאב יחסי ציבור
- בעיות אופייניות ומיוחדות בתחום משאבי האנוש בענף והצעות לפתרונן.

מאחר שהעסקת עובדים מצריכה ידע רב, ובכלל זה חוקים ותקנות שונים, ניהול קבוצות עובדים בכל גודל מחייב את מנהלי המוסדות להיות ערים ומודעים לאחריותם הכבדה כלפי עובדיהם, וזאת מרגע תחילת עבודתם ועד סיומה, לעתים כעבור שנים רבות מאוד. על כל אלה נדון ונפרט בהמשך הדברים.

1. רקע תיאורטי

הניהול המקצועי של משאבי אנוש החל להתפתח בתחילת המאה ה–20. מניהול טכנוקרטי "מדעי" הוא התפתח לשיטות ניהוליות מודרניות הרווחות בתחום יחסי אנוש בזמננו. במהלך התקופה הזאת פותחו מספר תיאוריות העוסקות בניהול המשאב האנושי במערכת ארגונית:

1.1 הניהול המדעי.

פרידריך טיילור פיתח גישה ניהולית שנועדה לתת מענה לבעיות הייצור ההמוני של מוצרים רבים ושונים (Taylor, 1917). הוא היה הראשון אשר ניסה לבסס תיאוריה של ניהול באמצעות ניסויים מעין–מדעיים שנערכו במפעלו. טיילור פיתח שיטה למדידתן ולהגדלתן של מכסות ייצור מתוך התחשבות ביכולתו של העובד לבצע עבודה בזמן נתון, והניח את היסוד לתורת "הניהול המדעי", שבמשך תקופה ארוכה הייתה נר לרגליהם של אנשי התעשייה, בעיקר בארצות הברית. לפי עקרונות הניהול הנכון שניסח, תיאום בין שכר גבוה ובין הוצאות נמוכות ליחידת ייצור הוא מטרה שניתן להשיג רק באמצעות עבודה מדעית (מחקר וניסוי) שעל יסודה ניתן לנסח חוקים או עקרונות בצורה של תקנים שיש בהם כדי לאפשר בקרת תהליכים. לאחר קביעתם של תקנים אלו מוטלות על ההנהלה שלוש חובות:

1. בחירת עובדים וחומרים וקביעת תהליכי עבודה, וכן הבטחת תנאי עבודה אשר יאפשרו לעמוד בתקנים שהוגדרו; 2. מתן הדרכה ואימון לעובדים כדי להגדיל את מיומנותם וכדי להבטיח את השגת היעדים; 3. יצירת אווירה טובה במפעל ועידוד העובדים הטובים באמצעות תגמולי שכר מתאימים.

בבסיס הניהול המדעי עמדו הן הנחות מסוימות לגבי טבע האדם כיצור כלכלי גרידא, רציונלי ומכני בהתנהגותו, הן ראיית החברה כאוסף של פרטים הנאבקים זה בזה על קיומם. בעוד ש"הניהול המדעי" הביא תועלת מרובה בייעול תהליכי הייצור והארגון ובשיפור תנאי העבודה הפיזיים של העובד, היו לו גם כמה תוצאות רצויות פחות, שעיקרן צמצום תחום היזמה של העובד והדגשת יתר של השפעת התגמולים החומריים.

1.2 ניהול משאבי אנוש.

כנגד גישת הניהול המדעי התפתחה הגישה של ניהול משאבי אנוש. מחקרי הותורן בארצות הברית היו סדרת ניסויים בבעיות כוח אדם שנערכו בשנים 1924–1934 בהנחיית אלטון מיו (Mayo, 1945). בניסוי הראשון, שנערך בחדר הרכבת ממסרים, נבדקו הגורמים המשפיעים על פריון צוות של עובדות בתנאי עבודה פיזיים שונים. תוצאות הניסוי העידו כי אין מתאם חד–משמעי בין תנאי עבודה פיזיים (כגון אורך ההפסקות) ובין תפוקת הצוות. המסקנה העיקרית הייתה כי האווירה החברתית הנוצרת בקרב צוות העובדים משפיעה על תפוקתם. ניסויים נוספים, שנערכו כדי לבקר את הניסוי הראשון, העידו אף הם על השפעת האווירה והלחצים החברתיים בקרב עובדים. עם זאת הוסק כי אין להתעלם לחלוטין מהשפעתן של שיטות שכר שונות על התפוקה (Miller & Form, 1951). מחקרים אלו היו הראשונים לחשוף את חשיבות השתייכותו של העובד לקבוצה. אף שהמחקרים האלה נערכו במסגרת תעשייתית, הם הדגימו את השימוש בשיטות המדעיות של צפייה וניסוי מבוקרים בחקר כלל עבודת האדם במסגרת מאורגנת, וזאת מנקודת ראות חברתית.

1.3 תיאוריית X ותיאוריית Y.

בשנות ה–60 ובשנות ה–70 פותחו התיאוריות האלה (McGregor, 1960), שגרסו – כמו תיאוריית ההנעה של הרצברג (Herzberg, 1966) – כי יש להפריד בין גורמי מוטיבציה שונים ובין גורמי שביעות רצון, וזאת באמצעות העשרת עיסוקים.

1.4 הניהול השתפני.

צורת ניהול זו מעודדת שיתוף עובדים בניהול באמצעות הקמת ועדות משותפות של הנהלה ועובדים, קבלת החלטות משותפות, סיעור מוחות וכו' (גלוברזון, 1960; קרן, 2000). שיתוף עובדים הוא תהליך שבו שני צדדים או יותר – כגון הנהלה ועובדים – משפיעים זה על זה בתכנון, בקביעת מדיניות ובקבלת החלטות. שיתוף כזה יכול להתרחש גם כאשר עובדים הכפופים למנכ"ל לוקחים חלק בפונקציה הניהולית (קרן, 2000). לדעת שירום, שיתוף הוא "גישה ניהולית שלפיה יש לעובדים או לנציגיהם עניין בארגון בו הם מועסקים, כולל עניין בתהליכים ובתוצאות

של פעולתו, מעל ומעבר להתחייבויותיהם בהסכם קיבוצי... ותהווה צורה כלשהי של היוועצות בהם לפני קבלת החלטה, כולל שיתופם בעצם תהליך ההחלטה" (שירום, 1988).

1.5 גישת המערכות הסוציו-טכנית.

סוציו-טכניקה היא גישה ניהולית מתחום מדעי ההתנהגות השואפת לאופטימיזציה ביחסי הגומלין בין טכנולוגיה, עובדים וארגון (Leavitt, 1978). גישה זו מבוססת על שלושה עקרונות:

1. כל ארגון הוא שלמות אחת המורכבת משתי מערכות: המערכת הטכנית והמערכת האנושית.
2. המערכת הסוציו-טכנית בשלמותה היא מערכת פתוחה, ולכן היא מקיימת יחסי גומלין עם סביבתה.
3. הגישה הסוציו-טכנית שואפת להשיג אופטימיזציה פנים-מפעלית של שתי המערכות ועוסקת גם באופטימיזציה של הארגון עם סביבתו.

התפיסות הניהוליות שמרניות מבוססות על התייחסות אל העובדים כאל מכשירים, ועל חלוקת עבודה למטלות פשוטות וקצרות, פיקוח חיצוני ומבנה ארגון היירכי וסמכותי. תפיסת המערכות הסוציו-טכנית לעומת זאת, מבוססת על התייחסות לעובדים כאל משאב וכן לפיקוח פנימי, מבנה ארגוני אופקי ומשתף, חברתיות, מחויבות, אחריות, אכפתיות, רצון ונכונות ליטול סיכונים.

הגישות המסורתיות לא נתנו מענה לשינויים שחלו בטכנולוגיות, בכלכלה ובחברה, שכן הארגון הביורוקרטי לא היה יכול להגיב להם במהירות הדרושה. לפי גישת המערכות הסוציו-טכנית החדשנית, המנהל מאופיין בתכונות הבאות: "נאמנות ואכפתיות לעבודה ולאנשים, הדגשת האיכות, הכוונה ברורה בהתאם למדיניות החברה, חלוקת מידע עם עובדים, נשיאה באחריות לתוצאות, הקצאת עובדים למשימות בהתאם לכישוריהם וראיית הארגון כולו כיחידה אחת בעלת מטרות ברורות שאליהן יש לשאוף (קרן, 2000).

1.6 הארגון הלומד

אחת הגישות הניהוליות החדשניות מכונה "הארגון הלומד". אחת ההגדרות הממצות והטובות ביותר ללמידה ארגונית היא הגדרתו של גרווין: "הארגון הלומד הוא ארגון בעל מיומנויות ליצור או לרכוש ידע, ולשנות את התנהגותו בהתאם לידע שצבר" (Garvin, 1993). חוקרים ישראליים שעוסקים בגישת הארגון הלומד הגדירו את יתרונותיה כדלקמן (כ"ץ, פופר, אלטמן וליפשיץ, 1998):

- ארגון שלומד משגיאותיו ומשגיאות הזולת
- אווירה של פתיחות ומפגשים פוריים בתוך הארגון היוצרים הפריה של מחשבה, חשיבה רעננה ואפשרות שילוב של ידע חדש שנצבר מתהליכים ארגוניים
- הפקת לקחים המובילה לראייה מערכתית, לתכנון טוב יותר ולהבנה טובה יותר של תפקידי המנהל

- שיפור המוטיבציה
- שיפור הביצועים
- ארגון הלומד מעובדיו בעלי הניסיון והידע
- ארגון הלומד מספקיו, מלקוחותיו, ממתחריו.

גישה זו מצריכה כמובן שינוי בדרכי החשיבה הניהולית ושינוי בסדר העדיפויות של עבודת המנהל.

הגישות הניהוליות הן רבות ושונות, ואין להסיק מכל האמור לעיל מי מהן טובה יותר או עדיפה. יש להדגיש כי תנאי חשוב ליישום מוצלח של כל גישה הוא קיומו של איש הנהלה שיאמין בנכונות הדרך, ייקח על עצמו ליישמה ויהיה "משוגע לדבר". רק כך תיתכן השפעה ויחולו השינויים והשיפורים הרצויים. התיאוריה היא מערך שלם ושיטתי של רעיונות המתאר (ומסביר) תופעה מסוימת או קבוצת תופעות בעלות קשר ביניהן. ככל שתיאוריה מתאימה יותר למסקנות העולות מניסויים ומתצפיות, היא אמינה יותר ולרוב גם שימושית יותר. ואכן, התיאוריות והגישות שהוזכרו כאן זכו במשך הזמן לאישוש בפעילותם המעשית של ארגונים בתקופות שונות. גם התיאוריות החדשניות יותר שעל פיהן פועלים מרבית המוסדות לזקנים בתקופה האחרונה באו במקום הגישות הישנות שעל פיהן פעלו בעבר המוסדות לזקנים במתכונת ביורוקרטית והיירכית. זאת, לאחר שהושקעו משאבים רבים בחינוך, הסברה, שיפור תנאים, קידום ופתיחות כלפי כל הגורמים השותפים להפעלתם – ההנהלה, הצוות, הרגולטור וכו'.

2. תקני כוח אדם והגדרת תפקידים הנדרשים במוסדות לזקנים

אחד התחומים העיקריים הנתונים לפיקוח במוסדות לזקנים הוא תקני כוח אדם, הגדרת תפקידיהם של העובדים, תחומי אחריותם וסמכויותיהם המקצועיות. תקני כוח אדם והכשרתו מופיעים בתקנות ובהליכי מכרזים המתפרסמים מדי פעם בפעם לצורך חידוש ההתקשרויות בין המוסדות ובין משרד הרווחה ומשרד הבריאות, ולצורכי בקרה של משרדי הממשלה. להלן מספר דוגמאות של הגדרת תפקידי ניהול שונים ותקנים הנדרשים בהתאם לגודל המוסד (מספר הדיירים או מספר המיטות).

לפי תקנות הפיקוח על מעונות (תקן עובדי מעונות לזקנים והכשרתם ותנאי כשירותם של מנהלי מעונות לזקנים), התשל"ז–1977, **אלה הם הנושאים הנמצאים בתחום אחריותם של בעלי התפקידים הניהוליים או המקצועיים העיקריים במעונות לזקנים** הנתונים לפיקוח משרד הרווחה:

תחום אחריותו של מנהל.

- הפעלתו התקינה של המעון וקיום רמת שירותים נאותה בו
- שלומם הפיזי והנפשי של הדיירים
- קבלת עובדים מתאימים ופיקוח על עבודתם
- קידומם המקצועי של העובדים והדרכתם, וכן הבטחת תנאי עבודתם

- הכנת תקציב המעון, ניצולו כיאות ועמידה ביעדיו

אם כן, למנהל המעון יש תפקיד חשוב בטיפול במשאבי אנוש, לרבות גיוס עובדים, הדרכתם, פיקוח על עבודתם והבטחת קידומם ותנאי העסקתם. ככל שאיכות העובדים גבוהה יותר, הם מיומנים יותר, וכך הם יוכלו להעניק טיפול מיטבי לדיירים.

תחום אחריותה של אם בית.

- ארגונו ותכנונו של משק המעון ותיאום הפעולות הדרושות לקיום רמתו התקינה
- פיקוח על סדרי האספקה למשק המעון
- קיום רמה נאותה של ניקיון והדרכת עובדי המשק והתחזוקה
- שמירה על רמת תזונה נאותה של דיירי המעון, וזאת באמצעות פיקוח על הכנת הארוחות וטיבן
- הבטחת תנאים נוחים וביתיים לדיירים, לרבות לבוש ואספקת אביזרי עזר למי שזקוקים לכך

תחום אחריותו של עובד סוציאלי.

- רווחתו החברתית של הזקן במעון
- חברותו כעובד סוציאלי בוועדת קבלה
- שמירת קשריו של הדייר עם המשפחה והקהילה
- סיוע לדייר להסתגל לחיי המעון
- סיוע לצוות העובדים והדרכתם באשר להתייחסות נאותה לדיירים

תחום אחריותו של רופא.

- בדיקת דייר בעת קבלתו למעון
- פתיחת תיק רפואי
- מתן טיפול רפואי שוטף, רישום הבדיקות וההוראות וחתימה על הוראות טיפול
- תזונה מתאימה לכל דייר והיגיינה כללית של המעון ועובדיו
- כוננות בכל שעות היממה
- כתיבת סיכומי מחלה

תחום אחריותו של עובד חברה.

- תכנונן וביצוען של פעילויות חברה, תרבות ופנאי

תחום אחריותו של עובד תעסוקה.

- הקמת חוגים וסדנאות והדרכת הדיירים לפעילות בהם

תחום אחריותו של מנהל שירותי מזון.

- מתן כל שירותי המזון
- פיקוח על העובדים בשירותי המזון והדרכתם
- הכנת תכנית עבודה לעובדים בשירותי המזון

אם כן, התקנות מגדירות את תפקידי העובדים המקצועיים והעובדים הסמך-מקצועיים, והמטרה המשותפת היא להעניק לדיירים טיפול ושירותים ברמה שיהיה בה כדי לשפר את איכות חייהם. במכרז שפרסם משרד הרווחה בשנת 2013 מופיעה הטבלה הבאה (משרד הרווחה, 2013):

טבלה 1: תקינת כוח אדם ותעריף למעון לפי מספר משרות לכל 50 דיירים

תפקיד	היקף משרה (50 איש)	שעות שבועיות למשרה מלאה	הערות
מנהל	1	40	מנהל מעון במשרה מלאה לכל גודל של מעון
מזכיר	0.5	42	
מנהל חשבונות	0.5	42	
אחות	4.73	36	אחות ראשית במשרה מלאה במעון שיש בו מעל 50 דיירים
כוח עזר (מטפל בלתי מקצועי)	8.78	42	
רופא	0.5	42	
פיזיותרפיסט	0.25	40	
חברה ותעסוקה	0.5	42	
עובד סוציאלי	0.5	39	
מרפא בעיסוק	0.25	40	
אם בית	0.5	42	
עובד מטבח	2.5	42	
עובד תחזוקה	0.5	42	
עובד ניקיון	3.13	42	
מנהל שירותים	0.5	42	
שומר	1	42	

התפקידים הניהוליים או המקצועיים העיקריים **בבתי חולים סיעודיים ובמחלקות סיעודיות** הנתונים לפיקוח משרד הבריאות הם כדלקמן:

תחום אחריותו של מנהל אדמיניסטרטיבי (משרד הבריאות, 2007ג).

- הפעלה תקינה של המוסד
- קבלה מינהלית תקינה של כלל העובדים והבטחת כל זכויות העובדים
- גיבוש מסגרת שתאפשר לעובדים קבלת הדרכה, קידום מקצועי ותנאי עבודה כנדרש בנהלים
- קביעת תכנית עבודה, בעיקר בצד המשקי והמינהלי של המוסד
- הכנת תקציב המוסד מתוך עיסוק בצורכי הצוותים המקצועיים
- גיוס כוח אדם בתחום המינהלי–משקי
- דיווח ככל הנדרש על הנעשה בתחומו לגורמים הרלוונטיים

מן המקובץ עולה כי תפקידו של המנהל האדמיניסטרטיבי במוסד סיעודי הוא – בין היתר – לעסוק בטיפול במשאבי אנוש, וזאת בדומה לתפקידו של מנהל מעון לזקנים.

תחום אחריותו של מנהל רפואי או רופא (משרד הבריאות, 2007ד).

- הבטחת קיום הפעילויות הרפואיות על ידי רופאי הבית
- קביעת שעות פעילות לרופאי הבית והבטחת אמצעי ההשגחה הרפואית בכל שעות היממה
- קביעת נהלים פנימיים להבטחת הטיפול הרפואי הסדיר והטיפול הרפואי במצבי חירום
- הבטחת ביצועה של העבודה הרפואית השוטפת על ידי רופא הבית בהתאם לנהלים
- מתן הטיפול הראשוני, ובכלל זה תהליך קבלת המטופלים; בדיקת מטופלים באופן שוטף בהתאם להוראות בספר הנהלים; קביעה אם מטופל אינו מתאים לאשפוז סיעודי או אם מטופל זקוק לאשפוז בבית חולים כללי

העניינים הנמצאים בתחום האחריות של אחות ראשית (או מנהל סיעודי) (משרד הבריאות, 2007א).

- קביעת מדיניות הסיעוד בבית החולים הגריאטרי וייצוגו של תחום הסיעוד בהנהלת בית החולים
- ניהולו המקצועי והמינהלי של הסיעוד בבית החולים במשך כל שעות היממה
- פעולה להבניית הוראות ונהלים מקצועיים מוסדיים וזאת בהתאם לנהליו ולמדיניותו של האגף לגריאטריה וגיבוש כלים לפיקוח על יישום ההוראות

- הבטחת קיומן של ישיבות צוות עם הצוות הסיעודי הבכיר לדיון בנושאים מקצועיים (לפחות אחת לחודש)
- שיתוף פעולה עם הצוות הרב–מקצועי בכל הנושאים המצריכים טיפול מקצועי או מינהלי
- קיום ערוצי תקשורת (בהתאם לצורך) הן עם המטופלים והמשפחות הן עם הגורמים הרלוונטיים בקהילה
- ייזומן והכוונתן של פעולות הדרכה לעובדי הסיעוד בבית החולים, וכן השתתפות בפעולות אלו
- העסקת הצוות הסיעודי

מכאן, שלאחות הראשית (או למנהל הסיעודי) ישנו תפקיד חשוב בניהול כוח אדם סיעודי, לרבות קליטת עובדים, הדרכתם, פיקוח על עבודתם ושיבוצם במחלקות ובמשמרות.

להלן דוגמאות של טבלאות כוח אדם (ברוטו) למחלקה בת 36 מיטות סיעודיות (משרד הבריאות, 2007ה):

טבלה 2: כוח אדם מקצועי (בתחום הבריאות)

מקצוע	תקינה	הערות
רופא/ה	0.5	
אח/ות	[1]5.76	אחיות מוסמכות
כוח עזר	11.8	
פיזיותרפיסטית	0.5	
מרפאה בעיסוק	0.18	
עובדת סוציאלית	0.38	
עובדת תעסוקה	0.5	
דיאטנית/תזונאית	0.18	
קלינאי/ת תקשורת	4 שעות	יעוץ קבוע – 4 שעות לחודש לכל מחלקה
רוקח/ת	יעוץ לחודש 0.072	במוסד שבו מחלקה אחת בלבד בת פחות מ–36 מיטות (כולל), לא נדרשת תקינת רוקח אך נדרש רוקח לייעוץ לפי הצורך ולפחות פעמיים בחודש. במוסד שבו מספר מחלקות קטנות או מספר מחלקות בגדלים שונים, תיקבע תקינת הרוקח לפי מספר המיטות הכולל במוסד.

[1] תקינה זו יפה למוסד שיש בו 8 מחלקות ומעלה (ובכלל זה משרה של אחות ראשית); במוסד שבו יש מחלקה אחת או שתיים, התקינה המחייבת לאחיות הנה 1.48 משרות.

טבלה 3: כוח אדם ניהולי ומינהלי

מקצוע	תקינה	הערות
מנהל רפואי	פירוט בנספח א' 3	התפקיד מהווה חלק מתקינת הרופאים במוסד.
מנהל אדמיניסטרטיבי	0.33	1 משרה לכל היותר
אחות ראשית/מנהלת סיעוד	פירוט בנספח א' 3	1 משרה ממחלקה שלישית ומעלה (1 משרה לכל היותר)
סגן/ית אחות ראשית	פירוט בנספח א' 3	0.33 משרה במחלקה רביעית ומעלה (1 משרה לכל היותר)
מזכירה	0.33	2.5 משרות לכל היותר.

טבלה 4: כוח אדם משקי

מקצוע	תקינה	הערות
אב/אם בית ו/או מנהלת משק	0.33	
עובד אחזקה	0.25	
מחסנאי/ת	0.25	1 משרה לכל היותר
טבח/ית ראשי/ת	0.33	1 משרה לכל היותר
עובד/ת מטבח	1	
עובד/ת ניקיון	1.5	
משגיח כשרות	0.17	
חצרן/ית גנן/ית	0.09	

את יתר התקנים של מחלקות לאנשים תשושי נפש ומחלקות בינוניות וקטנות ניתן לראות בספר הנהלים של משרד הבריאות (אגף הגריאטריה), המתפרסם באתר האינטרנט של משרד הבריאות (משרד הבריאות, 2007ב).

3. שלבי גיוסם והעסקתם של עובדים במוסדות לזקנים

1. **גיבוש הצורך בעובד** – הצורך בהעסקת עובד יכול לנבוע מכמה מצבים:

- פתיחת מחלקה חדשה
- עזיבת עובד מסיבה כלשהי
- שינוי בתקן קיים.

מי מחליט על הצורך בעובד חדש?

- המנהל הכללי בלבד – במוסדות קטנים, מנהל המוסד הוא המחליט על קליטת עובד חדש.
- מנהל או אחראי מחלקה – במוסדות בינוניים וגדולים הדרישה להעסקת עובד חדש באה בדרך כלל "מלמטה", ולכן במוסדות אלו נודעת חשיבות רבה למתן סמכויות לדרג המקצועי הרלוונטי לקבוע את הצורך בקליטת עובד חדש. רצוי כי ההחלטה תתקבל לאחר דיון ושיתוף פעולה בין איש ההנהלה ובין אחראי המחלקה, משבחנו הצדדים והבינו את התוצאות הכספיות, הארגוניות והחברתיות של הצעד הזה.

2. **איתור** – ישנם מספר אמצעים עיקריים לאיתור עובדים:

- המלצות של עובדי המוסד עצמם על חברים, קרובי משפחה, שכנים או אנשים אחרים המוכרים להם כמתאימים לביצוע התפקיד הנדרש
- שירות התעסוקה (בעיקר לעובדים בדרגים נמוכים ובינוניים)
- חברות השמה פרטיות, שהן בדרך כלל יעילות, אך גובות סכומי כסף גבוהים מן המעסיקים בגין השירות ולא תמיד מקפידות על רמת העובדים והתאמתם לתפקיד הנדרש
- אגודות מקצועיות וארגונים מקצועיים, כמו אגודות של אחיות, רופאים, פיזיותרפיסטים וכו'
- בתי ספר שונים המכשירים עובדים מקצועיים
- מכרזים ומודעות בעיתונים מקומיים או ארציים, שבהם חשוב להקפיד על פרסום פרטים מלאים על התפקיד והמועד הרצוי, זיהוי נותן העבודה, ופרסום המודעה במקום המתאים בעיתון עצמו
- תליית מודעות במקומות ציבוריים שונים באזור המוסד
- אתרי אינטרנט

- "משיכת" עובדים ממוסדות מתחרים, וזאת באמצעות הצעות מפתות בתחומי תפקיד, שכר, הטבות שונות וכו'. שיטה זו אינה מומלצת, שכן היא פוגעת במערכת היחסים בענף, ובסופו של דבר במידה שאדם מודד בה – מודדין לו!

3. **ראיונות** – השיטה המקובלת ביותר לבחינת מועמדים למרבית התפקידים במוסדות לזקנים היא ריאיון בעל פה. המועמדים מוזמנים ומגיעים לשיחת היכרות. מה מצריך ריאיון מתוכנן?

- ידיעה טובה של מהות התפקיד ודרישותיו
- קביעה מראש של שאלות למועמדים, וכן נתונים שעליהם רצוי לקבל מהם מענה, תגובה או התרשמות
- התרשמות כללית מהמועמד באמצעות דיבוב, בנושאים מסוימים הקשורים לתפקיד או בנושאים כלליים בהתאם לבחירת המרואיין ולצרכיו.

ריאיון יכול להתבצע באמצעות מראיין יחיד או באמצעות ועדה. במוסדות קטנים בדרך כלל המראיין היחיד הנו בעל המוסד או מנהלו. במוסדות גדולים יותר יכולה ועדה של שניים או שלושה אנשים לערוך את הריאיון. כך אפשר להעריך את המועמד מנקודות ראות שונות, ולצמצם את סכנת הטעויות. ניתן לערוך ראיונות גם בכתב, אך נחוץ זמן רב יותר לצורך בדיקות והשוואות בין מועמדים שונים. את התהליך הזה עורך לעתים קרובות ראש הצוות המקצועי שבו אמור העובד להשתלב.

4. **בחירה** – בצד הראיונות בעל פה קיימים מבחני התאמה – במיוחד עבור עובדים בדרגים בינוניים וגבוהים (מנהלים) – שנועדו לוודא כי המועמד אכן הנו "האיש הנכון במקום הנכון", למשל: מבחני אינטליגנציה, מבחני כושר, מבחני הישגים, מבחני אישיות ועוד. בדרך כלל יש להיעזר במומחים לדבר או בחברות לאבחון כוח אדם אשר אליהן נשלחים מועמדים לצורך בדיקת התאמתם לתפקיד הנדרש. ככלל, ככל שנשקיע יותר בגיוס עובדים ובבחירתם השיטתית והשקולה, נקבל יותר עובדים מתאימים וגם מרוצים. או כפי שאמרו מורטון מנדל וג'ון ברן: "כל ארגון ברמה הגבוהה ביותר הוא ארגון שמורכב מאנשים איכותיים, כי הכל תלוי באנשים" (מנדל וברן, 2014).

5. **הסכם** – לאחר בחירת האדם לתפקידו, יש לכרות עמו חוזה עבודה. אם העובד שייך לקבוצת עובדים אשר חל עליהם הסכם קיבוצי (כללי או מיוחד), יש להביא לידיעת העובד החדש את דבר קיומו של הסכם כזה. אם לא קיים שום הסכם קיבוצי, יש צורך בהתקשרות חוזית אחרת בעל פה או בכתב:

- הסכם בעל פה – בשיחה בין המנהל ובין העובד (ורצוי שהדבר ייעשה בנוכחות אדם נוסף) יש להסביר את תנאי העבודה – לרבות שכר ותנאים סוציאליים – בפירוט מקסימלי ובצורה ברורה, ואם נחוץ הדבר – יש לתת הסבר כאמור גם בשפתו של העובד. על פי חוק הודעה לעובד (תנאי עבודה), התשס"ב–2002, יש למסור לעובד הודעה מפורטת בכתב בדבר כל תנאי עבודתו.

- הסכם בכתב – לכל דרג מקצועי יכין המנהל הסכם עבודה מתאים בשפתו של העובד, שבו יפורטו ויובהרו כל תנאי העבודה (לרבות שכר ותנאים סוציאליים). שני הצדדים יחתמו על החוזה רק שהמנהל יוודא כי העובד הבין היטב את כל התנאים הרשומים בו.

בכל מקרה רצוי ומומלץ למסור לעובד "דף מידע" על המוסד, אשר יכלול פרטים כדלקמן: רקע היסטורי קצר, מטרותיו והשקפת עולמו של הארגון, מבנה המוסד על מחלקותיו השונות, בעלי התפקיד העיקריים, נוהל הכניסה לעבודה, נוהלי העבודה (שעות העבודה, חופשות, היעדרויות, בגדי עבודה, הסעות, כללי בטיחות, כללי התנהגות בשעת חירום) וכללי המשמעת בעבודה.

6. **תחילת העבודה** – חשוב לתת אוריינטציה במקום העבודה לכל עובד חדש שמתקבל לעבודה. לשם כך יש לבצע את הפעולות הבאות:

א. עריכת היכרות באופן מעשי עם מבנה המקום, המשרד, מנהלי התחומים השונים וצוות העובדים בסביבת העבודה (מחלקה או אזור) שבה אמור העובד החדש להשתלב.

ב. הדרכת העובד החדש באמצעות עובד ותיק אשר הוכשר לכך והתמנה לעסוק בכך. בשלב ראשוני זה נודעת חשיבות רבה ביותר לקליטה נכונה ומתן הסברים מדויקים, כי יש בהם כדי להשפיע רבות על התרשמות העובד החדש מאופי העבודה, מהדרישות ומצוות העובדים הקרוב ביותר. משך הדרכה זו תלוי במהות המקצוע ובאופי התפקיד. תקופת ההדרכה נחשבת לתקופת עבודה לכל דבר ועניין ובעבורה יש לשלם שכר רגיל לעובד.

ג. כל עובד חדש מתקבל לתקופת ניסיון. תקופת ניסיון זו יכולה להימשך מימים ספורים ועד מספר שבועות (ולפעמים גם מספר חודשים), ואחריה יש לשמוע את המלצת האחראי במקום ולהחליט אם להמשיך את עבודתו של העובד החדש או להפסיקה.

7. **משוב (פידבק)** – מנהל עלול לחשוב כי משהחל העובד בעבודתו, היא תימשך מעצמה לתמיד וכי האחראי הישיר הוא שישגיח, יפקח וישיג את כל התוצאות הנחוצות. אולם חלק חשוב ובלתי נפרד משביעות הרצון של העובד מעבודתו הוא האפשרות והיכולת לבטא את עצמו הן בקרב צוות העובדים שסביבו הן כלפי הממונה הישיר שלו, ובעיקר כלפי מישהו מההנהלה הראשית. על המנהל להקדיש חלק מזמנו לקבלת משוב מכל אחד מעובדיו, אם באופן אישי או קבוצתי ואם בכתב או בעל פה. עריכת משוב קבוצתי בעל פה תיעשה במפגש משותף בין קבוצת עובדים קטנה ובין המנהל, רצוי אחת לחצי שנה או שנה, ובו תינתן לעובדים אפשרות לענות בפתיחות על שאלותיו של המנהל או להעלות נושאים שנראים להם חשובים, וזאת כדי להציע הצעות או לבקש פתרונות לבעיות קיימות.

לפחות אחת לשנה יקבל המנהל משוב אישי בעל פה מכל עובד בנפרד, כדי שהעובד יוכל להעלות לא רק בעיות כלליות אלא גם בעיות אישיות יותר או לספר על מצבו האישי כחלק מן הקבוצה או כיחיד בארגון עצמו. סבב התעניינות יומי, שבועי או חודשי של המנהל במחלקות "משדר" לעובדים שהם ופעילותם חשובים לו. במשוב של העובדים נחשפים תדיר רצונות, שאיפות, רעיונות ורגשות נסתרים. כל אלו עשויים להביא לשיפורים רבים. משוב בכתב הנו

מובנה או מתוכנן, ומאפשר בדיקה מעמיקה יותר של המידע. אולם הדבר כרוך בהשקעה רבה מצד ההנהלה, וזמן רב עשוי לחלוף ממועד ביצוע הבדיקות ועד מועד הסקת המסקנות, אשר לעתים בא מאוחר מדי. מנהל אשר יבוא בכל בוקר, ישב במשרדו, יקרא עיתון, יענה לכמה טלפונים ולא יצא ויפגוש את צוות עובדיו פנים אל פנים וישמע מהם על מצבם ועל יחסם לגורמים השונים – יאבד תוך זמן קצר את יכולתו לשלוט במה שקורה במוסד.

8. **עידוד** – אחת הפעולות הניהוליות החשובות ביותר היא מניעת תחלופת עובדים רבה, וזאת באמצעות שמירתם בתוך מסגרת הארגון ומניעת שחיקתם כך שלאחר קליטתם בעבודה ירצו להמשיך לעבוד בארגון תקופה ארוכה ככל האפשר. האתגר העומד לפני המנהל בנושא ניהול העובדים אינו רק השגת עובדים בעלי כושר, ידע והבנה, אלא בעיקר היכולת להניעם למימוש יכולותיהם באופן הנמרץ והיעיל ביותר. ראשית, חובה על ההנהלה (או על המנהל) לדאוג לתשלום שכר הוגן ותנאים סוציאליים במועד הנכון והקבוע בחוק. שנית, יש להתייחס בכבוד ובהערכה לעבודתם של המועסקים במוסד, ולהדגיש בעיקר את תרומתם לטיפול ולטיפוח היחס כלפי הדיירים ומשפחותיהם. עוד יש למצוא דרכים כדי לתגמל את העובדים כך שירגישו שעבודתם שווה אף יותר מן השכר הבסיסי בלבד. במילים אחרות, יש לגרום לכך ש"שביעות הרצון מהעבודה" תהיה מקסימלית, וכל זאת במסגרת האפשרויות הקיימות. את צורות העידוד השונות ניתן לחלק לשלושה סוגים עיקריים: עידוד חומרי, עידוד חומרי מורלי ועידוד מורלי:

- עידוד חומרי: עניינו בעיקר פיצוי כספי או חומרי בצורות שונות כאשר העובדים מעוניינים לשפר את רמת חייהם או להגדיל את הכנסתם. הבעיה העיקרית היא שערכם של תוספות שכר או בונוסים הולך ופוחת ככל שרמת חייו של העובד עולה, ולכן עליהם לעלות בהתמדה.

- עידוד חומרי מורלי: השיטות העיקריות של מתן סוג עידוד זה הן קידום בתפקיד, יציאה להשתלמויות וקבלת הצעות של העובד. משמעותו הרבה של קידום עובדים בעבודה מבחינת דרגה, אחריות, רמה ותפקיד אינה רק כספית, אלא קידום כאמור נועד להביע כלפי העובד הערכה מקצועית או אישית, שחשיבותה אינה פחותה מזו של תמורה חומרית. מעמדו של העובד משתפר לא רק בעיני עצמו אלא גם בעיני אחרים, ויכולתו להביע את עצמו בתפקידו החדש תורמת רבות לעובד ובדרך כלל מניבה רווח נוסף גם לארגון. נכונות ההנהלה להשקיע בשיפור הידע של העובד באמצעות סיוע בהשתלמות עובדים מחמיאה לו ומעידה על יחס מיוחד ואמון רב כלפיו. קיימת כמובן ציפייה של המנהל כי ההשתלמות תצדיק את ההשקעה ותגרום לשיפור יכולתו של העובד במילוי תפקידו.

קבלת הצעות של העובד – המידע הרב ההולך ומצטבר במשך הזמן אצל העובדים בשטח עשוי להביא לתיקון פגמים ולשיפור איכותו של המוסד, שכן מידע זה מאפשר להם להעלות מדי פעם בפעם הצעות לשיפור וייעול תהליכי עבודה. גם עובדת ניקיון במוסד יכולה להצביע על תקלות ובעיות בשטח הנתון לפיקוחה ונמצא בתחום אחריותה. העובד מצדו ישמח להגיש את הצעותיו כאשר יחוש כי להנהלה יש עניין בהן וכי ברצונה לפעול לפיהן.

- עידוד מורלי – עניינו גישה, התייחסות והתנהגות נכונות בדבר העובדים ובעיותיהם. נראה כי אין מגבלה באשר לאפשרויות העידוד המורלי, ובדרך כלל הוא מצליח להקנות לעובד את ההרגשה כי הממונים עליו רואים בו אדם בעל ערך עצמי משלו, בעל משמעות להצלחתו של מקום העבודה, וכל זאת מתוך גישה של הדגשת יחסי אנוש בעבודה. שיטת "הדלת הפתוחה" של המנהל כלפי עובדיו, התעניינות אישית, כנה ואמיתית בעובדים ובחיי המשפחה שלהם (שמחות, אבל וכו'), שיחות אישיות וקבוצתיות, השתתפות באירועים משותפים, טקסים, חגיגות, טיולים וכו' – כל אלו יכול שיצטרפו לעידודים חומריים וישפרו את רמת שביעות הרצון של העובדים במקום העבודה.

9. **עיסוק בבעיות שוטפות** – אין מערכת ארגונית בלא בעיות שוטפות ויומיומיות בין העובדים במוסד לבין עצמם או בין העובדים ובין המטופלים, המשפחות, הקרובים, הספקים, המפקחים, ההנהלה וכו'. ההבדל בין מוסד למוסד מתבטא גם ביכולת ההנהלה לפתור בעיות של עובדים. כל עובד הוא אדם בעל אישיות, אופי, רצונות, קשיים וכו'. לכל אחד מן העובדים יש בעיות משלו גם מחוץ למקום עבודתו, והן משפיעות על התנהגותו במקום העבודה. לחצים מחוץ לעבודה יוצרים קשיים בעבודה, ומשפיעים רבות על ביצועה. יש לעסוק בכך בכמה דרכים:

- יצירת אווירה שתגרום לכל עובד לחוש כי הוא חלק ממשפחה גדולה במקום העבודה
- מתן אפשרות לעובד להיוועץ בגורם מתאים ובמידת היכולת גם להיעזר בעמיתים או במנהלים – כדי לפתור כל בעיה אישית או מקצועית
- הדרכת ההנהלה וצוות העובדים הבכיר באופן מתאים כדי להכשירם לפתור בעיות של עובדים
- קביעת דרג לצורך העיסוק בפניות העובד למשל אחראי מחלקה או אחות ראשית בצירוף אפשרות לפנות למנהל אם הבעיה לא נפתרה
- נקיטת מדיניות שלפיה גם בהיעדר דרג כאמור תהא דלתו של המנהל פתוחה ואוזניו קשובות לכל בעיה שלא נפתרה בדרגים נמוכים יותר.

הטיפול בבעיות במיוחד בבעיות אישיות צריך להיות דיסקרטי. בכל מקרה חייב להיות אמון מלא של העובד בהנהלה, ועליו לדעת כי יש לה נכונות אמיתית להתמודד גם עם בעיות הגורמות לעתים אף להוצאה כספית מסוימת.

חוסר עיסוק בבעיות העובדים גורם להגברת לחצים אישיים וקבוצתיים, אשר בסופו של דבר מביאים למשברים, לוויכוחים, להיעדרויות מהעבודה עד להפסקתה וכן לפגיעה במוניטין של המוסד.

10. **סיום העבודה** – גמר העבודה של עובד הנו חלק בלתי נפרד מתהליך העסקתו, וחשיבותו אינה נופלת מזו של תקופת עבודתו. תהליך סיום העבודה קשור מאוד לדרך שבה נפרד העובד ממסגרת הארגון. העובד יכול לפרוש מרצונו או שלא מרצונו, והמעסיק יכול להפסיק מרצונו את עבודת העובד או לעשות כן מחמת לחץ זה או אחר של העובד עצמו או של נציגי עובדים.

בכל מקרה של הפסקת עבודה על שני הצדדים לפעול בצורה נאותה, גלויה והכול – בכפוף לכל חוקי העבודה הקיימים. סיום עבודה אפשרי בכל אחד מהמצבים הבאים:

- גמר חוזה עבודה קצוב – עובד מועסק לעתים רחוקות (יחסית) בחוזה מיוחד לתקופת עבודה קצובה ממספר חודשים ועד מספר מועט של שנים. העובד חותם על הסכם שבו מצוינים מועדי תחילת עבודתו וסיומה, ובגמר התקופה עבודתו נפסקת. עבור כל תקופת העבודה הזאת חייב המעסיק לשלם את כל המגיע על פי חוקי העבודה, ואין העובד יכול לטעון לקיפוח בגין הפסקת עבודתו, אלא אם לא שולם לו כל המגיע לו לפי החוזה או לפי החוק. העובד והמעסיק אינם חייבים בהודעה מוקדמת.

- התפטרות העובד – העובד מחליט להפסיק את עבודתו אצל המעסיק. הוא חייב בהודעה מוקדמת על פי חוק הודעה מוקדמת לפיטורים ולהתפטרות, התשס"א–2001 (בכפוף לוותק). העובד זכאי לכל המגיע לו בגין תקופת עבודתו לפי חוק פיצויי פיטורים, התשכ"ג–1963 ובתשלום האחרון יש לשלם לו את כל היתרות המגיעות לו. עזיבה מיידית של מקום העבודה בלא מסירת הודעה מוקדמת למעסיק עלולה לעלות לעובד בממון רב, והכול – בהתאם למספר ימי ההודעה המוקדמת שבהן הוא חייב לפי חוק הודעה מוקדמת לפיטורים ולהתפטרות. התפטרות מרצון של העובד אינה מחייבת בתשלום פיצויים. עם זאת, קיימות סיבות אחרות הנזכרות בחוק פיצויי פיטורים ובגינן העובד המתפטר מרצונו זכאי גם לתשלום פיצויי הפיטורים כאילו פוטר, כגון בעיית בריאות של העובד או של קרוב משפחה מדרגה ראשונה, התגייסות למשטרה או לשירות בתי הסוהר, העתקת מקום המגורים לאזור פיתוח או לאזור חקלאי, לידה וכו'.

- פיטורי העובד – תהליך הפיטורים הנו מסובך ורגיש גם יחד, ולפעמים אף קשה וכואב. יש צורך בידע רב כיצד לבצע זאת בצורה נכונה ללא פגיעה בזכויות העובד או המעסיק, ומתוך שמירה על חוקי העבודה. לפיטורים יכולות להיות סיבות רבות, למשל: עבודה בלתי מקצועית, התנהגות בלתי נאותה, היעדרויות, איחורים, גרימת נזקים, פגיעות באחרים, יחסים גרועים עם ממונים וכו'.

חובה על המעסיק לפעול לפי הכללים והחוקים (שאותם רצוי ללמוד בקורס מיוחד), ולהקפיד על מתן הודעה מוקדמת בדבר הפסקת העבודה על פי ותק העובד במקום העבודה, עריכת שימוע למפוטר ושמירה על מלוא זכויותיו, ובכלל זה תשלום פיצויים. עוד יש להקפיד שהשימוע ייערך באופן אמיתי ונכון מתוך גילוי אמיתי של רגישות ופתיחות. מעסיק העורך שימוע צריך לבצע את הפעולות הבאות:

א. להזמין את העובד לשימוע מספר ימים מראש.

ב. להסביר לעובד מדוע המעסיק שוקל להפסיק את עבודתו (שהרי זו מטרת השימוע).

ג. להודיע מראש לעובד מדוע הוא שוקל לסיים את העסקתו, וזאת כדי לאפשר לעובד להתכונן לשימוע.

ד. לאפשר לעובד להביא עמו לשימוע ידיד או בן משפחה או עורך דין, וליידע מראש את העובד על זכותו זו.

ה. לערוך פרוטוקול של השימוע ולאפשר לעובד לקבל עותק ממנו.

ו. לנהל את השימוע בתום לב ולשקול את טענותיו, בקשותיו והצעותיו של העובד. הדבר ייעשה בפתיחות ומתוך נכונות להשתכנע ולהימנע מפיטורי העובד.

ביצוע הליך פיטורים שלא לפי הכללים הקבועים בחוק עלול לגרום להגשת תביעה מצד העובד לבית הדין לעבודה ולהטלת קנסות ותשלומים גבוהים על המעסיק.

- פרישה ופנסיה – עובד המגיע לגיל פרישה (גיל 67 לגברים, גיל 62–67 לנשים) זכאי לקבל את כל היתרות העומדות לזכותו בתשלום השכר האחרון, לרבות פיצויי פיטורים, וכן פנסיה מאחת מקופות הפנסיה שבהן היה מבוטח, וזאת בהתאם למספר שנות עבודתו וגובה שכרו הממוצע במהלך שנות עבודתו. ישנם מקומות עבודה שבהם מסכימה ההנהלה להמשיך את עבודת העובד בארגון לאחר גיל הפרישה הנקוב בחוק, אך זכותה גם לדחות בקשה כזאת.

- הפסקת עבודה במקרה של מות העובד מזכה את יורשיו בכל יתרות הכספים המגיעים לו, ובכלל זה פיצויי פיטורים. כמו כן קיימים הסדרים שונים בקופות הגמל והפנסיה לגבי זכויות השאירים. רצוי שמקום העבודה יעזור ככל יכולתו לקרובי המשפחה בתקופה זו. במקרה של מות המעסיק רשאים העובדים להתפטר ולהיחשב למפוטרים על כל המשתמע מכך, גם אם מעסיק חדש רוכש את מקום העבודה ומפעילו.

11. **קשר לאחר סיום העבודה** – בין הפנסיונרים (או הגמלאים) שפורשים ממקום העבודה, יש הממשיכים להיות פעילים (אם מעט ואם הרבה), ויש אחרים שאינם פעילים כלל. חשוב לשמור על קשר עם כל הגמלאים, להזמין אותם למפגשים במקום עבודתם לשעבר, לצרפם לטיולים ולמופעים, להודות להם ולהוקירם גם לאחר הפסקת עבודתם ופרישתם. שמירת קשר באופן האמור תורמת רבות לארגון, ויש לראות בפורשים אלו מקור חשוב לשיווק ולמתן המלצות על המקום הן לדיירים הן לעובדים פוטנציאליים וכך לשפר את המוניטין של המוסד.

4. ידע בסיסי בחוקי העבודה

אחת הבעיות הקשות ביותר בתחום ניהול עובדים במוסדות לזקנים היא חוסר התמצאות מספקת של המנהלים בנושא יחסי העבודה, ובפרט חוקי העבודה. מנהלים מקבלים עובדים (או מפטרים עובדים) כלאחר יד ואינם מבינים כלל את תוצאותיה המשפטיות החמורות האפשריות של תביעה בגין העסקה בלתי חוקית מבחינת שכר או תנאים סוציאליים או פיטורים. כפי שמשתקף בפסקי דין בבתי הדין לעבודה, תביעה כזאת שמגיש עובד כנגד מעסיקו עלולה להביא להטלת תשלומים גבוהים, קנסות והוצאות משפט על המעסיק.

כדי למנוע מצב כזה וכדי להבהיר לעובדים כי הם מועסקים בצורה חוקית ונכונה, צריך לנקוט אמצעים כדלקמן:

1. הדרכת מנהלי המוסדות בדבר מהותה וחשיבותה של העסקת עובדים נכונה וחוקית

2. קיום השתלמויות מרוכזות למנהלים בנושא זה על ידי גורם מוסמך שמכיר גם את מערכת האשפוז במוסדות לזקנים

3. עדכון המנהלים לגבי שינויים החלים בתקנות ובחוקים מדי פעם בפעם

4. יצירת מנגנון לביקורת ניהול העובדים שתבוצע על ידי גורם פנימי של המוסדות (לדוגמה, מבקר פנים או נציג אגוד בתי אבות). זאת, כדי לבדוק אם העסקת העובדים בכל מוסד נעשית בצורה חוקית, וכך ייחסכו הוצאות מיותרות בגין תביעות בבית הדין לעבודה.

בהקשר זה נודעת חשיבות לא רק להיבט הכלכלי או הכספי של תביעות משפטיות, אלא גם למניעת פגיעה חמורה במוניטין של המוסד, שכן בגין פגיעה כזו יימנעו אנשי מקצוע מלעבוד בו. נוסף על כך, העסקה חוקית ונכונה משרה ביטחון על העובדים במקום, בידעם כי מעסיקם נוהג כלפיהם בהגינות וכי הם מקבלים את המגיע להם ולעתים אף למעלה מזה.

5. יחסי העובדים בינם לבין עצמם ויחסיהם עם ההנהלה ועם המשפחות

מערכת ניהול העובדים במוסד לזקנים משפיעה רבות גם על היחסים של אנשי הצוות בינם לבין עצמם, וכן על יחסיהם עם משפחות המטופלים ועם ההנהלה. כדי שמערכות יחסים אלו תהיינה חיוביות ככל האפשר יש צורך לבצע את הפעולות הבאות:

- לפעול בפתיחות מקסימלית מצד שני הצדדים העיקריים – ההנהלה והעובדים
- ליידע את העובדים על הנעשה במוסד מבחינת תכניות, שינויים וכו'
- לשתף עובדים בתהליך קבלת החלטות ולאפשר להם להציע שיפורים
- לתמוך בעובדים בעת קשיים אישיים
- לעודד עובדים לצאת להשתלמויות
- לעסוק בהסברה לעובדים לגבי חשיבות הטיפול ההוגן במטופל והדרכים הנכונות לעשות זאת
- לקיים אירועים חברתיים לעובדים, וזאת כדי לעודד את הקשר ביניהם ולשפרו
- לתגמל את העובדים היעילים והטובים כדי להמריץ את העובדים האחרים ללכת בעקבותיהם
- לתגמל עובדים ותיקים שתרומתם למוסד נמשכת שנים רבות
- לקיים ישיבות משותפות – פורמליות או בלתי פורמליות – בין ההנהלה לעובדים
- וזאת כדי לחזק את הקשר והאמון בין הצדדים ולפתור בעיות העומדות על הפרק. לקיים מנגנון פנימי של יישוב סכסוכים בין עובדים לקרובי משפחה וכו'
- לתת למטופל (הדייר) או לקרובי משפחתו הסבר מפורט בכתב ובעל פה בכל הקשור לשהייה במקום ולציפיות הסבירות מצוות העובדים בכל המחלקות

- להסביר לעובדים באופן ברור ביותר את חששותיהם של הזקנים וקרוביהם בעת קבלתם למוסד ואת הרגישות הרבה המאפיינת שלב זה.

מערכות יחסים טובות נבנות בעיקר על בסיס אווירה חיובית וכן אמון הדדי, הנרכש רק כאשר מוכחים כוונותיו ומעשיו של כל צד, ואין ניסיונות לשקר או להעלים מסר קשה או תוצאה שלילית כלשהי. יצירת אווירה חיובית במוסד היא מטרת–על של כל מנהל, ומי שיצליח בכך יביא ליצירת מערכות יחסים טובות בין כל הצדדים לטובת הכלל.

6. העובדים כמשאב שיווקי או כמשאב יחסי ציבור

כל מי שעוסק בניהול עובדים צריך להיות מודע לכך שהעובדים הנם משאב וכוח לא רק בתחום ביצוע תפקידיהם הישירים, אלא גם בתפקידי לוואי אחרים. אחד החשובים שבהם הוא הרחבת המערך השיווקי והפרסומי של המוסד לצורך יצירת יחסי ציבור טובים וכוח משיכה שיווקי, שכן גידול מספרם של המוסדות לזקנים בישראל בשני העשורים האחרונים הביא עמו את רוח התחרותיות כמו שנידון בפרק הקודם. אם כן, מה יכול לגרום לעובדים להפוך לנציגי המוסד בציבור ובקהילה?

1. קליטתם הנכונה בתחילת העבודה
2. שביעות רצון מההיבטים הבאים:
   - השכר ומהתנאים הסוציאליים
   - התנאים הפיזיים במוסד
   - קבוצות העבודה שבהן משובצים העובדים
   - האווירה הכללית במקום
   - התייחסת ההנהלה לעובדים
   - פתרון של בעיות העובדים
   - אפשרויות הקידום בשכר או בתפקידים שונים
3. שביעות רצון של לקוחות המוסד (הדיירים ובני משפחותיהם)

היות שעובדים המרוצים ממקום עבודתם הם נציגים טובים מחוץ למוסד הפועלים למענו בגיוס לקוחות, המנהל חייב לדעת להודות לעובדים. מומלץ לעשות זאת בצורה פומבית על גבי לוח המודעות או במפגש מחלקתי (או כללי) במוסד, ואף ליצור מנגנון כספי אשר ימריץ את העובדים להמשיך בדרך זו, הטובה לשלושת הצדדים: ההנהלה, העובדים והדיירים החדשים שנכנסו למוסד.

7. בעיות אופייניות ומיוחדות בתחום משאבי האנוש בענף והצעות לפתרונן

מוסדות לזקנים בישראל הנם ארגוני שירות עתירי עבודה, אשר מספר העובדים בהם גדול יחסית להיקף הפעילות הכלכלית. מספר גדול זה הוא אתגר לכל מנהל, מאחר שקיים צורך לגייס עובדים רבים ולשמרם במוסד לצורך טיפול ראוי בזקנים ותחזוקה נכונה של המוסד. מאחר שכל המוסדות לסוגיהם השונים – החל בדיור מוגן וכלה בסיעוד מורכב – נתונים לפיקוח ובקרה ממשלתיים (של משרד הבריאות ומשרד הרווחה), יש הכרח או חובה חוקית בקיומם של הוראות, תקנות וחוקים גם בתחום העסקת עובדים במספר הנדרש וברמה המקצועית המתחייבת.

ארבע בעיות עיקריות קיימות בענף זה:

1. מחסור בעובדים מקצועיים ובלתי מקצועיים;
2. מחסור במקומות להכשרת כוח אדם לעבודה במוסדות לזקנים;
3. תמורה כספית בלתי נאותה לעובדים;
4. מיקור חוץ הולך וגדל.

זה שנים רבות נמשך המצב של מחסור חמור בעובדים לכל סוגיהם. רובם הגדול של הרופאים אינו מעדיף לעסוק ברפואה גריאטרית, ונראה כי הנושא של טיפול רפואי בזקנים אינו קוסם להם. לכך יש תוצאה אחת – מחסור ברופאים גריאטרים. כדי לתקן מצב זה יש להרחיב את החשיפה למידע בנושא עולם הרפואה הגריאטרית, על מורכבותו והעניין שבו. בתחום הסיעוד המצב גרוע הרבה יותר. בעבר הוכשרו אחיות מוסמכות ואחיות מעשיות. לפני כעשור בוטלו ונסגרו לחלוטין המקומות להכשרת אחיות מעשיות, והדבר פגע קשות בעבודה במוסדות לזקנים. זאת, מכיוון שהאחיות המעשיות הן שביצעו את מרבית העבודה היומיומית והשגרתית המתאפיינת בגישה אישית לזקנים, טיפול אישי, ומתן עזרה סיעודית בסיסית. בדרך כלל אחיות מוסמכות שימשו כאחראיות מחלקה, האחיות המעשיות היו כפופות להן, והעבודה הסיעודית התנהלה היטב באופן מקצועי, טיפולי ואישי. כיום רוב האחיות לומדות סיעוד ברמה של תואר אקדמי, ורובן מצפות לקבל תפקידים אחראיים מבחינה מקצועית. לפיכך, עם הפסקת הכשרתן והעסקתן של אחיות מעשיות במוסדות לזקנים נוצר מחסור הולך וגובר בכוח אדם סיעודי, והחלל המקצועי הזה הולך וגדל בכל יום. פרופ' יוחנן שטסמן הציג את עמדתו המקצועית בעניין מצב זה:

> מתוך רצון להעלות את רמתם [של] האחיות והאחים המוסמכים הנהיג משרד הבריאות לפני יותר מעשור את האקדמיזציה שלהם ומתן תארים אקדמיים לבוגרים ברוב בתי הספר לסיעוד. התוצאה של מהלך זה, בד בבד עם חיסול מכוון של מעמד האחות המעשית, הביא למחסור חריף של מטפלים סיעודיים מיומנים בבתי החולים הכלליים, וגם ובעיקר במרכזים השיקומיים הגריאטריים לסוגיהם ובמחלקות הסיעודיות לאנשים תשושי הנפש. קשה מאד למצוא אחיות מוסמכות הנכונות לעשות את העבודות הסיעודיות הפשוטות... דבר זה מהווה קושי אמיתי במתן טיפול איכותי ובמיוחד במערכת הגריאטרית... לאחרונה, כך פורסם, חש משרד הבריאות כי ראוי לתקן את המעוות והוחל בהכנות להכשרת אחים ואחיות מעשיים, אולם בפועל טרם השתנו הדברים (איגוד בתי אבות ודיור מוגן בישראל, 2014).

פיזיותרפיסטים, עובדים סוציאליים, מרפאים בעיסוק ובעלי מקצוע פרה–רפואיים אחרים מעדיפים בדרך כלל לעבוד עם צעירים ועם בוגרים ופחות עם זקנים, מאחר שסיכויי ההחלמה והשיקום של זקנים נמוכים יחסית, ומן הבחינה המקצועית הדבר אינו תורם למורל של העובדים. כדי לשפר מצב זה יש לדאוג שהם יקבלו מידע והסברה איכותיים בשלבי הכשרתם למקצועם ולהדגיש את אופייה של העבודה עם זקנים ואת היתרונות המקצועיים הטמונים בה, כמו בהקשר הרופאים.

קיים מחסור כרוני בעובדים בלתי מקצועיים כמו מטפלים, עובדי ניקיון ואחרים, וזאת בעיקר עקב תשלומי שכר נמוכים מאוד, מעמד של "עובד פשוט" כביכול ואפשרויות מוגבלות להתקדמות מבחינה מקצועית. המצב עגום במיוחד עקב סירובם של ישראלים רבים – אף שהם מובטלים – לעבוד בתחום הטיפול בזקנים במוסדות. ישנם פתרונות אפשריים גם בתחום זה:

במישור הלאומי

- פתיחת מקומות להכשרת מטפלים לזקנים
- הפיכת הטיפול בזקנים למקצוע המחייב לימודי תעודה
- קביעת רמות שכר העולות על שכר מינימום הן בתחילת העבודה הן בהמשכה
- עידוד העובדים באמצעות הטבות מיוחדות שתיקבענה מראש.

במישור המוסדי

- לקבל עובדים חדשים בטקס מיוחד, שבו תודגש חשיבות עבודתם
- לתת שכר וקידום בשכר בהתאם למה שייקבע במישור הארצי או המקומי
- ליצור אפשרות קידום בתפקיד בתוך המוסד (למשל לתפקיד מטפלת אחראית, מטפלת מדריכה וכו')
- לשלוח עובדים להשתלמויות ולכינוסים
- להעניק גמולים ופרסים מיוחדים על מצוינות בעבודה, תקופת עבודה ממושכת וכו'
- לשוחח מדי פעם בפעם עם אנשי הצוות על מהות עבודתם ולשמוע מהם עצות טובות למען המוסד
- להתעניין במצבם האישי או המשפחתי
- לארגן מפעם לפעם טיול, מסיבה או כל אירוע אחר, וזאת מתוך הדגשה כי ההנהלה מעריכה אותם מאוד.

עקב המחסור האמור לעיל נוכחנו לדעת כי בשנים האחרונות גבר השימוש בהעסקת עובדים של חברות כוח אדם. בשום תפקיד אין כל פסול בהעסקה זמנית של עובד (למשל לצורך מילוי מקום),

אולם השיטה הפכה להיות אמצעי עיקרי לגיוס עובדים ולהעסקתם לאורך זמן, וחסרונותיה הרבים (כמפורט בפרק ז) פוגעים ברמת הטיפול והתחזוקה של המוסד. לפיכך, יש להימנע ככל האפשר מן השימוש בה.

פתרון שונה בתכלית לבעיית המחסור בכוח האדם הוא שינוי במדיניות הרישוי של משרד הפנים, משרד הבריאות ומשרד הכלכלה בהקשר עובדים זרים במוסדות לזקנים. זאת, בדומה לנעשה ברוב ארצות אירופה ובארצות הברית, שם רוב העובדים הבלתי מקצועיים והפרה–רפואיים הנם עובדים זרים אשר מקבלים רישיונות עבודה במוסדות לזקנים, בעוד שרק הצוות הבכיר הנו מקומי. אם יתאפשר בארץ להעסיק עובדים זרים גם במוסדות לזקנים, תוכל בעיה זו של מחסור בכוח אדם להיפתר. וכך אמר מנכ"ל המשרד לאזרחים ותיקים עורך דין גלעד סממה:

> נושא כוח האדם הוא כאוב מאוד. המציאות מראה שלמרות שייתכן וניתן למצוא פתרון בשכר גבוה יותר למטפלים, יהיה קשה ליישם זאת. פניתי למשרד הבריאות בעניין, אשר אישר כי המצוקה אכן קשה. בנוסף פניתי לסגנית שר הפנים ואני סבור כי אכן יש לדאוג מיידית לעובדים זרים במוסדות (איגוד בתי אבות ודיור מוגן בישראל, 2014).

ניתן גם לשאול מדוע החוק מתיר להעסיק עובדים זרים בטיפול בזקנים בביתם, אך ברגע שעוברים הזקנים למוסד כלשהו אוסר החוק את העסקתם של העובדים הזרים האלה דווקא שם? שאלה זו הועלתה כבר מספר פעמים לפני גורמים ממשלתיים בדרגים שונים, אך תשובה נאותה לא נתקבלה עדיין.

סיכום

הגישה המדגישה את יחסי האנוש בעבודה עם אנשי הצוות היא האפקטיבית ביותר בעיקר בארגוני שירות, וביניהם גם מוסדות לזקנים. גישה זו מבוססת על העקרונות המדגישים כי העובד אינו רק נותן שירות, אלא הנו אדם בעל נפש, רגש, כושר הבנה, יכולת הסתגלות, רצון להתפתח ולהתקדם, שאיפות ורצונות, וכן איש חברתי המחפש ביטחון במקום העבודה, תגמול הוגן ויחס אנושי מצד מעסיקיו.

ארגונים החלו להפנים את העובדה שניהול משאבי אנוש בארגון אינו נופל בחשיבותו מתהליכים יומיומיים אחרים, וזאת משום שהמשאב האנושי הנו נכס משמעותי וחשוב ביותר. לשוק העבודה נכנסו איגודים מקצועיים ועובדים שמודעים יותר לזכויותיהם ויש להם גם שאיפות ורצונות חדשים, כגון הנאה מן התפקיד, סיפוק, הגשמה עצמית וקבלת יחס אישי מהממונים עליהם. מכאן עולה הצורך במנהלים שיהיו אמונים על פעילויות הקשורות לאנשים במרחב הארגוני כולו.

מחקרים רבים הראו כי לשביעות הרצון בעבודה יש השפעה על המוטיבציה של העובדים. העלאת שביעות הרצון של העובדים במוסדות לזקנים הנה אתגר גדול, בעיקר עקב הקושי הכרוך בעבודה עם זקנים והשחיקה הנפשית הרבה אצל העובדים במוסדות אלו.

בעשורים האחרונים הוקמו בישראל מוסדות רבים לזקנים (בכל התחומים): דיור מוגן, בתי אבות (מעונות), בתי חולים לחולים סיעודיים ולתשושי נפש. מוסדות אלו מספקים מגוון שירותים רחב לזקנים בהתאם למצבם התפקודי. בשני העשורים הקרובים צפויה עלייה דרמטית במספר הזקנים באופן כללי, ובעיקר במספר הזקנים שיזדקקו לעזרה או אף לטיפול במוסדות לטיפול ממושך. בהתאם

לכך צפוי גם צורך בגידול משמעותי של מספר העובדים במוסדות. כדי להעסיק מספר עובדים כה גדול בצורה נאותה, אנושית, ועל פי חוקי העבודה בישראל נחוצים ידע, הבנה ויכולת ניהול.

המחסור בכוח אדם הקיים בענף, חוסר הכשרה במישור הלאומי, תמורה כספית נמוכה לעובדים – כל אלה גורמים לבעיות ניהוליות לא מעטות, במיוחד בהקשר של עובדי הסיעוד והעובדים הבלתי מקצועיים (כמו מטפלות, עובדי ניקיון ועוד). אמנם חוסר שביעות רצון מן התגמול הכספי פוגע ברמת המוטיבציה, אך מה שמניב ביצועים טובים של העובדים אינו הכסף לבדו, אלא – כמו אצל מתנדבים – סיפוק בעבודה, אתגר והזדהות עם מטרות הארגון. לכן הצבתן והשגתן של המטרות העיקריות והמשניות בכל גישה (או שיטה) הן הדבר החשוב ביותר, אך גם הקשה ביותר. תפקידה הייחודי של הנהלת המוסד הוא לארגן את משאבי האנוש שבו ולהפעילם בצורה נכונה כדי להשיג את המטרות האלה.

מוסד לזקנים יכול להיות מקום עבודה טוב, ראוי ובטוח לעובדים השונים העוסקים בטיפול בזקנים. אולם לשם כך על ההנהלה העומדת בראשו לדאוג לשמירת העובדים במקום העבודה, לקידומם ולתגמולם. השחיקה הגדולה הקיימת בענף הטיפול בזקנים עלולה לגרום לעזיבה רבה של עובדים, ובפרט הטובים שבהם. הדבר עלול לגרום לתחושות קשות אצל הזקנים המטופלים, מאחר שהם נוטים לקשר חזק ואף לפיתוח תלות בעובדים המטפלים המוכרים להם.

הכשרת עובדים, הבעת הערכה לעובדים על עבודתם המסורה, קביעת שכר ראוי ואפשרויות קידום, קבלה לעבודה מתוך התעניינות אמיתית בעובד, הטמעת חזון ראוי של המוסד בקרב העובדים והנהלה המובילה להגשמתו, תחושה של צוות מגובש ואווירת משפחה, נתינת דוגמה אישית וכיבוד כל סוג של עבודה, שיתוף העובדים במה שמתרחש במוסד, אוזן קשבת לרצונותיהם ונכונות להיוועץ בהם וכו' – כל אלה יביאו לתוצאות חיוביות עבור המוסד, וזאת על אף הקשיים השונים הן מבחינה כלכלית הן מבחינת משאבי כוח האדם.

תפקיד המנהל הנו מורכב ביותר וכולל עיסוק בתחומים כלכליים, פיזיים, מקצועיים, אנושיים ותחומים רבים אחרים. לפיכך, כדי למלא את תפקידו עליו להיות לא רק מוסמך לעסוק במקצועו, אלא עליו להבין ולהרגיש את כל הסובב אותו, ולשלוט במוסד באופן בלתי אמצעי ולא רק מכורסת המנהלים במשרד. מנהל מוסד לזקנים צריך להיות בעל ערכים כמו יושר, הגינות, כבוד, טוב לב, נדיבות והתחשבות, כי בסופו של דבר כל האינטליגנציה שבעולם לא תעזור לאדם חסר יושרה בסיסית שאינו מגלה אכפתיות כלפי בני אדם אחרים. סביר להניח כי למנהל טוב בעל ערכים כאמור יהיו עובדים טובים, נאמנים וראויים. כשם שבתזמורת כל נגן עושה את שלו תחת שרביט המנצח וכולם ביחד יוצרים את הביצוע המוזיקלי הטוב ביותר, כך גם ניהול יעיל של מוסד לזקנים יושג מתוך העסקתם הנכונה והמתואמת של כלל העובדים לפי מקצועותיהם ותפקידיהם השונים, שבעזרת מנהל מוצלח יפיקו יחדיו את התוצאות הטובות ביותר: מתן היחס והטיפול המיטביים לזקנים, לקרוביהם ולכל הגורמים הקשורים למוסד.

ביבליוגרפיה

איגוד בתי אבות ודיור מוגן בישראל. (2014). *א.ב.א שלנו: חוברת מידע*. ירושלים: דפוס איילון.

גלוברזון, א' (1960). *ניהול חבר עובדים: גישה פסיכו-סוציולוגית לבעיות ניהול עובדים*. תל אביב: הוועד המרכזי של הסתדרות הפקידים.

חוק הודעה לעובד (תנאי עבודה), התשס"ב-2002.

חוק הודעה מוקדמת לפיטורים ולהתפטרות, התשס"א-2001.

כ"ץ, נ', פופר, מ', אלטמן, א' וליפשיץ, ר' (1998). הארגון כמערכת לומדת: תפיסה כוללת לקיום תהליכי למידה. *פיתוח ארגוני בישראל, 5*, 16-10.

מנדל, מ"ל וברן, ג'"א (2014). *הסוד טמון באנשים*. תל אביב: ידיעות ספרים.

משרד הבריאות. (2007א). הגדרת תפקידי ניהול במערך הסיעודי בבי"ח גריאטרי. בתוך *קובץ נהלים לבית חולים גריאטרי: נוהלי סיעוד (נוהל מס' 2.1.2)*. נדלה מתוך http://www.health.gov.il/download/ng/2_1_2.pdf

משרד הבריאות. (2007ב). *קובץ נהלים לבית חולים גריאטרי*. נדלה מתוך http://www.health.gov.il/UnitsOffice/HD/MHealth/Geriatrics/ng/Pages/default.aspx

משרד הבריאות. (2007ג). תפקידי מנהל אדמיניסטרטיבי. בתוך קובץ *נהלים לבית חולים גריאטרי: נוהלי מינהל (נוהל מס' 3.1.1)*. נדלה מתוך http://www.health.gov.il/download/ng/3_1_1.pdf

משרד הבריאות. (2007ד). תפקידי המנהל הרפואי ורופא הבית. בתוך קובץ *נהלים לבית חולים גריאטרי: נוהלי רפואה (נוהל מס' 1.1.1)*. נדלה מתוך http://www.health.gov.il/download/ng/1_1_1.pdf

משרד הבריאות. (2007ה). תקן כוח אדם במחלקה סיעודית. בתוך *קובץ נהלים לבית חולים גריאטרי: נוהלי רוחב (נוהל מס' 0.3.2)*. נדלה מתוך http://www.health.gov.il/download/ng/0_3_2.pdf

משרד הרווחה. (2013). פירוט כוח האדם הנדרש. בתוך *מכרז פומבי מס' 164/2013* (נספח מס' 1.7.1ג).

נדלה מתוך http://www.molsa.gov.il/tenders/servicestenders/documents/164-2013

חוק פיצויי פיטורים, התשכ"ג-1963.

תקנות הפיקוח על מעונות (תקן עובדי מעונות לזקנים והכשרתם ותנאי כשירותם של מנהלי מעונות לזקנים), התשל"ז-1977.

קרן, א' (2000). *ניהול מתקדם, מבחר גישות ניהוליות*. תל אביב: כנרת.

שירום, א' (1988). *מבוא ליחסי עבודה בישראל*. תל אביב: עם עובד.

Garvin, D. (1993). Building a learning organization. *Harvard Business Review*, 71(4), 78-91.

Herzberg, F. (1966). *Work and nature of man*. Cleveland, OH: World publishing.

Leavitt, H. (1978). *Managerial psychology (4th ed.)*. Chicago, IL: University of Chicago.

Mayo, E. (1945). *The social problems of an industrial civilization*. Cambridge, MA: Harvard University.

McGregor, D. (1960). *The humane side of enterprise*. New York, NY: McGraw hill.

Miller, D., & Form, H. (1951). *Industrial sociology*. New York, NY: Harper.

Taylor, F. (1917). *Scientific management*. New York, NY: Harper.

פרק ו:
עבודה בצוות רב–מקצועי במוסדות לזקנים

ורדה גרין

מבוא

זקנים במצבי בריאות ותפקוד שונים מטופלים במגוון המוסדות לזקנים, מיחידות יוקרתיות של דיור מוגן לזקנים עצמאיים ופעילים ועד מוסדות גריאטריים לזקנים סיעודיים או תשושי נפש. למרות השונות הרבה בין המוסדות, במוסדות לזקנים מתפקד גרעין מטפל דומה של צוות רב–מקצועי שהשירות לזקן במשרד הרווחה והאגף לגריאטריה במשרד הבריאות קבעו את הרכבו ודפוסי עבודתו. הצוות הרב–מקצועי בצירוף עובדים סמך–מקצועיים נועד לתת מענה למכלול צרכיו המשתנים והדינמיים של הזקן במוסד, וזאת מתוך שיתוף פעולה כדי להביא לשיפור בריאותו, רווחתו ואיכות חייו של האדם הזקן (לבנשטיין ויקוביץ, 1995). יש להבחין בין עבודת צוות חד–תחומי או תוך–תחומי, הנעשית בקרב אנשי מקצוע באותו תחום, ובין עבודת צוות רב–תחומי – הנעשית בקרב אנשי מקצוע מתחומי ידע שונים, כלומר צוות רב–מקצועי (Multidisciplinary). במאמרים שונים בתחום זה שנכתבו לאורך שנים הוצעו כמה הגדרות של עבודת צוות רב–תחומי, שבספרות המקצועית ניכרת נטייה להשתמש בהן כחלופות זו לזו אף כי לכל אחת מהן יש אפיון משלה (Choi & Pak, 2006). צוות רב–מקצועי כולל מספר אנשי מקצוע העובדים יחד במטרה משותפת, וכל אחד מהם הנו מומחה בתחומו. כל איש צוות מבצע הערכה עצמאית והצוות כולו נפגש לצורך שיתוף בידע, קבלת החלטות ופתרון בעיות. במערכת הבריאות הרופא הוא בדרך כלל מנהיג הצוות. צוות בין–מקצועי (Interdisciplinary) כולל כמה אנשי מקצוע העובדים מראש בשיתוף פעולה כיחידה אחת הנושאת יחד באחריות לתוצאות, וכל אחד שומר על ייחודו המקצועי כמומחה (כמו ביחידות להפרעות אכילה). צוות טרנס–מקצועי (Transdisciplinary) הוא צוות שבו אנשי המקצוע המומחים בתחומם עובדים ברמת שיתוף גבוהה וחולקים עם חבריהם לצוות את הידע שלהם עד כדי כך שחלק ממשימותיהם יכולות להתבצע אף על ידי חבריהם, וקיימת חפיפה בידע המקצועי ואף בחלק מהתפקידים. הגדרות אלו משקפות גם התפתחות בעבודת הצוות הבאה לידי ביטוי ברמה גבוהה של אמון ושיתוף, פתיחת הגבולות המקצועיים, גמישות תפקידים וראייה הוליסטית של צורכי המטופל. בפרק זה נשתמש במונח "רב–מקצועי", היות שהוא המונח המאפיין הן את החוקים והתקנות בתחום הטיפול בזקנים הן את עבודת הצוות המעשית. נציין כי לא נדון בעבודת צוות של אנשי מקצוע מאותו תחום.

הפרק יעסוק בעבודת צוות רב–מקצועי במוסדות לזקנים כנדרש בהנחיות משרד הבריאות ומשרד הרווחה, המפקחים על מוסדות אלו. הפרק יבחן את הבסיס החוקי של עבודת הצוות הרב–מקצועי, את הנחיות המשרדים הנ"ל והשפעותיהן על הפעילות המעשית, את הקונפליקטים הפנימיים בצוות והלחצים החיצוניים המשפיעים על קבלת ההחלטות, וכן את הצורך בשיתוף הפעולה.

1. סקירת ספרות מקצועית

מטרת הטיפול בזקן – בריא כחולה – היא שמירה על איכות החיים שלו ותפקודו בכל מצב נתון במסגרת הבית בקהילה או במסגרות מוסדיות. טיפול גריאטרי איכותי מתמקד באיכות חיים ובתפקוד, וזאת מתוך ראייה רחבה של צורכי הזקן, משפחתו וסביבתו. הדבר נעשה על בסיס עבודה בין כמה ספקי טיפול שיש להם ידע מקצועי ייחודי והם פועלים בשיתוף פעולה על פי מודל מבני רב–מקצועי לצורך הערכה כוללנית של מצבו וצרכיו של הזקן והתאמת תכנית טיפול עבורו. הערכה גריאטרית כזו נעשית בידי צוות רב–מקצועי הכולל רופא, אחות, מרפא בעיסוק, פיזיותרפיסט, עובד סוציאלי וקלינאי תקשורת. באמצעות הערכה מקיפה זו מזוהות בעיות רפואיות, נפשיות וחברתיות שלא זוהו קודם (הרשקוביץ ושצמן, 2008). גם החוויה הסובייקטיבית של הזקן מהערכה כוללנית על ידי צוות רב–מקצועי היא חיובית יותר: במחקר שנערך במרפאות קופות החולים של "מכבי שירותי בריאות" נמצא כי ההערכה הגריאטרית שעשו רופא, אחות, עובד סוציאלי, דיאטן, מרפא בעיסוק ופיזיותרפיסט תרמה לתפיסה חיובית יותר של היבטי איכות החיים של הזקנים שעניינם בריאות ושמירה טובה יותר על תפקוד יומיומי בהשוואה לקבוצת ביקורת שלא עברה הערכה גריאטרית כוללנית (בנטור, שטרנברג, ספלטר, למברגר ושרון, 2011).

אך הערכה גריאטרית מקיפה היא רק השלב הראשון של עבודת הצוות הרב–מקצועי. הטיפול המשולב המשותף הוא שנותן תוצאות חיוביות לאורך זמן בשיפור מצבם הבריאותי והתפקודי של זקנים ושמירתו (Molinari, 2011; Johansson, Eklund, & Gosman-Hedström, 2010). במיוחד נכון הדבר כאשר מדובר בזקנים שברירים עם מוגבלות תפקודית רצינית המקבלים טיפולי בית, ובזקנים הנמצאים במערך האשפוז ההמשכי ובבתי אבות. תיאום, שיתוף ותפקוד יעיל של צוות רב–מקצועי הכולל אנשי מקצוע ועובדים סמך–מקצועיים נמצא קשור באופן מובהק לתפקוד טוב יותר של זקנים בטווח קצר וארוך (Mukamel et al., 2006).

ככל שצורכי הזקן, מחלותיו ומוגבלותו התפקודית רבים וגדולים יותר, עולה הצורך בטיפול הכוללני, אך לא תמיד הוא זמין בשירותי הבריאות בקהילה. ואכן, נמצא כי הרצון לתת לזקן טיפול רפואי והשגחה טובים יותר ואי–שביעות רצון מהטיפול הרפואי בקהילה היו הגורמים העיקריים להחלטת בני משפחה להעביר את הזקן מן הבית למוסד סיעודי שבו פועל צוות רב–מקצועי שייתן מענה לכל צרכיו המרובים של הזקן הסיעודי (ברג–ורמן, בנטור, ברודסקי וברקמן, 2013).

בספרות המקצועית ישנם מודלים שונים למניעת התדרדרות תפקודית ולטיפול בה, המבוססים על התערבות של צוותים רב–מקצועיים הפועלים על פי גישה רב–תחומית אינטגרטיבית. לדוגמה, המודל של בודנהיימר ואחרים לשיפור בריאות ואיכות חיים אצל חולים כרוניים מבוסס על הגישה הרב–צוותית הכוללת הערכה גריאטרית רב–מקצועית מובנית, תיאום טיפול, ניתוב תהליך הטיפול, מעקב אינטנסיבי לאורך זמן והעצמת המטופל (Bodenheimer, Wagner, & Grumbach, 2002). כך גם המודל של ברדלי

ואחרים, אשר לו מאפיינים דומים כגון הערכה מקצועית מקיפה על ידי צוות רב–מקצועי ובניית תכנית טיפול מתואמת ואינטגרטיבית בהתאם (Bradley, Bogardus, van Doom, & Williams, 2000).

התערבות באמצעות מודל של עבודת צוות רב–מקצועי בקרב הזקנים במוסדות משיגה תוצאות טיפוליות טובות יותר על פי מדדי איכות טיפול כמו תקשורת עם אחרים, התנהגות רגועה, שליטה על הסוגרים, הפחתה בתחושת הדיכאון ובכאב, וצמצום השימוש בתרופות אנטי–פסיכוטיות (Boorsma et al., 2011). טיפול אינטגרטיבי מתואם לא רק מפחית סימפטומים, אלא אף מפחית עלויות ומונע אשפוזים חוזרים, ובחלק מהמקרים קשור הוא לתמותה נמוכה יותר. מודל של עבודה בצוות רב–מקצועי המאבחן את בעיות החולה, מכין תכנית טיפול ומתאם את מתן השירותים מתוך הקפדה על שמירת תפקודו ויכולותיו של המטופל הזקן הוא בעל השפעה של מניעת ירידה תפקודית במהלך האשפוז, שמירת המצב הקיים, ואף שיפור המצב המנטלי של הזקנים, וזאת גם אם אין למודל השפעה על תוחלת החיים (Tanaka, 2003).

מודלים שונים של עבודה בצוותים רב–מקצועיים פותחו הן במערך השיקום הגריאטרי בבתי החולים הן בטיפול במחלות כרוניות ממושכות הן בטיפול פליאטיבי (טיפול תומך) בסוף החיים (Goldsmith, Wittenberg-Lyles, Rodriguez, & Sanchez-Reilly, 2010; Hyer, Babcock, Robinson, & Ackermann, 2011). בטיפול בסוף החיים שיתוף הפעולה המלא בין חברי הצוות הוא קריטי הן בטיפול בזקן עצמו הן בתקשורת עם בני המשפחה מתוך הדגשת תרומתם של האמון שהם רוחשים לצוות ושביעות רצונם מן הטיפול ביקירם.

בשל הממצאים המחקריים התומכים ביישום המודל של עבודת צוות רב–מקצועי, גישה זו נדרשת בבתי האבות ובבתי החולים הגריאטריים. אולם המשימה של יישום המודלים למעשה היא קשה, מורכבת ומסובכת. להלן נציין מהם הגורמים המקדמים עבודת צוות רב–מקצועי ומהם המכשולים המעכבים את שיתוף הפעולה הרצוי.

2. הגורמים המקדמים עבודת צוות רב–מקצועי

"צוות" מוגדר כקבוצה קטנה, שבה לפחות שני אנשים ממקצועות שונים פועלים יחד להשגת מטרות משותפות. לאנשי הצוות יש משאבים ומידע, הם פועלים על פי חוקים וכללים מוגדרים וקיימים ביניהם תלות הדדית ותיאום. עבודת צוות מוגדרת כחיבור פעולות של קבוצה כדי לספק את צורכיהם של יחידים הנזקקים לגדילה ולהתפתחות או להקלת סבל (לונטל–שחורי ולונטל, 2012). שיתוף הפעולה הוא תהליך יעיל של ניצול הידע והמיומנויות של כל אחד מאנשי הצוות מתוך תקשורת הדדית ועבודה בין–אישית ומשותפת, לצורך השגת מטרות הטיפול שאיש המקצוע היחיד אינו יכול להשיג.

במודל האידאלי של עבודת צוות רב–מקצועי כל אחד מאנשי המקצוע עובד על בסיס הידע המקצועי, המומחיות וערכי הפרופסיה שלו. איש המקצוע החובר לצוות רב–מקצועי מקשיב לאיש המקצוע האחר מתוך הכרה במומחיות של שותפו לצוות ובתרומתו להשגת המטרה המשותפת.

ברונשטיין ציינה חמישה מרכיבים של יצירת שיתוף פעולה על פי מודל IIC (Index of Interdisciplinary Collaboration):

1. תלות הדדית של כל אנשי הצוות לצורך השגת מטרותיו של המטופל
2. יצירת פעולות מקצועיות כמו תכנית משותפת כוללנית שאותה בונים כל אנשי הצוות
3. גמישות בהליכים והתפשרות כשיש חילוקי דעות
4. מטרות משותפות ואחריות משותפת לכל התהליך, ובכלל זה מחויבות כלפי המטופל ובני משפחתו ונשיאה באחריות משותפת הן להצלחה הן לכישלון
5. חקירתם ובדיקתם של הליכי העבודה המשותפת לצורך שיפורים ושיתוף פעולה מרבי (Bronstein, 2002).

כדי שהעבודה המשותפת תתאפשר צריכים להתקיים ארבעה תנאים עיקריים: 1. חוקים מקצועיים ברורים וידועים לכול, והסכמה לנהוג לפי הערכים וכללי האתיקה של כל מקצוע מתוך אמון וכבוד הדדיים; 2. משתנים מבניים תומכים כמו מספר מטופלים קטן, תרבות ארגונית התומכת בעבודת צוות, זמן ומרחב שיש בהם כדי לאפשר שיתוף פעולה; 3. המאפיינים האישיים של אנשי הצוות עצמם, כמו עמדה חיובית כלפי שיתוף פעולה מתוך מתן אמון זה בזה והבנה של עמדת בעל המקצוע האחר; 4. ניסיון חיובי קודם של אנשי הצוות בעבודה בצוות רב–מקצועי, והכרה בתועלת שעבודה זו הביאה למטופל. יעילותו של מודל זה הוכחה בכל המוסדות שבהם משולבים עובדים סוציאליים: בתי חולים, בתי ספר ועוד (Bronstein, 2003).

צירוף כל המרכיבים האמורים בתנאים האלה יוצר אקלים ארגוני המאפשר שיתוף פעולה רב–מקצועי, שבו תחומי מומחיותם של בעלי מקצוע שונים באים לידי ביטוי מתואם במטרה לענות על צורכי מערכת המכירה בתרומתו הייחודית של כל אחד מהם למטופל ומכבדת אותה (Abramson & Mizrahi, 2003).

הייר ואחרים מציגים מודל דומה של עבודת צוות רב–מקצועי בטיפול בזקנים (GITT - Geriatric Interdisciplinary Team Treatment), שמאפייניו הם מטרות משותפות, תלות הדדית, פעולות מקצועיות מובחנות בכל תחום מקצועי, גמישות בקבלת החלטות, מיקוד בתהליך הטיפול והערכת התהליך (Hyer et al., 2011). לדבריהם, המשתנה החשוב ביותר בעבודת צוות אפקטיבית הוא ההיכרות והמודעות של כל איש מקצוע לגבי חשיבות מקצועותיהם של שאר אנשי הצוות מתוך הדגשת המרכיב האנושי ומערכת היחסים הנוצרת בצוות.

משתנים נוספים שמשפרים את יעילותה של עבודת הצוות הם הגדרת משימות ברורות, יציבותם של אנשי הצוות הרב–מקצועי, בניית דפוסים של תקשורת בין–אישית ויצירת לכידות קבוצתית. כל חבר צוות צריך להיחשף למידע על אודות הזקן ולהיות שותף לקבלת ההחלטות בדיון לגביו. המפגש בין חברי הצוות צריך להיות באווירה של אנרגיה חיובית וחתירה להצלחה (Emery, Millheiser, Garcia, Marquine, & Golden, 2011). מחקרים שבדקו את עמדתם של חברי הצוות לגבי עבודתם המשותפת דיווחו על תחושת יעילות רבה יותר בעבודה ועל ראיית הלמידה מחברי צוות אחרים כלמידה שהעשירה את יכולת הטיפול שלהם (Emery et al., 2011). מכאן, שעבודת צוות רב–מקצועי מועילה גם לעובדים עצמם. היא מאפשרת להם ללמוד מאנשי מקצוע אחרים, לקבל תמיכה בטיפול בבעיות מורכבות, להתייעץ, לפתח מיומנויות של הקשבה ושל פתרון בעיות במשותף, לחזק יחסים בין–אישיים ולמנוע בדידות מקצועית.

כדי שעבודת הצוות תהיה יעילה יש למנות מנהיג ומוביל צוות, והדבר צריך להיעשות על פי מטרת הטיפול או לפי המשימה באותו זמן. מנהיג יעיל ידאג לערוצי תקשורת פתוחים, יכוון את חברי הצוות לקבל החלטות משותפות, יעודד לקיחת אחריות, יאפשר דיון בנורמות ובערכים של כולם ויסייע בקבלת החלטות מתוך מיקוד במטרה. חברי הצוות צריכים להיות מחויבים לתהליך העבודה ולתכניו ולבצע חלוקה אמיתית של הובלתו מתוך דיאלוג פתוח והחלטות משותפות לשם עבודה אופטימלית ואפקטיבית. עבודת צוות יעילה חשובה במיוחד בצמתים ובמעברים כגון קליטה במוסד ושחרור ממנו, כי תכנית שחרור המבוססת על שילוב של חוות הדעת המקצועיות וההמלצות המשותפות להמשך טיפול היא הבסיס ההכרחי לרצף הטיפולי בשיקומו ובשמירתו של תפקוד הזקן בקהילה (Johansson et al., 2010). צוות שבו חברים רופא ועובד סוציאלי יכול לעבוד טוב יותר ביחד לשם שחרור מוצלח של החולה לקהילה ולשם מניעת חזרתו לאשפוז כאשר העובד הסוציאלי מכיר בחשיבות מקצוע הרפואה בטיפול בסימפטומים הפיזיים של החולה, בעוד שהרופא מכיר במומחיותו של העובד הסוציאלי בסיוע לחולה לגייס מערכת תמיכה (לונטל–שחורי ולונטל, 2012).

לבנשטיין ויקוביץ (1995) מציינות שלושה מודלים עיקריים של צוות רב–מקצועי: המודל המסורתי, המודל המערכתי והמודל האינטגרטיבי, וזה האחרון הוא היעיל ביותר. המודל המסורתי הוא המודל הרפואי של המבנה ההיררכי הקיים בבתי החולים, ובו הרופא הוא המנהיג או היו"ר של הצוות. הרופא מנהל את הדיון עם אנשי הצוות האחרים, ושיקול הדעת הרפואי הוא העומד בבסיסן של ההחלטות בדבר הטיפול. המודל המערכתי הוא מודל שבו כמה יחידות מקיימות יחסי גומלין ביניהן, וכל חבר צוות שייך לארגון אחר או לשירות אחר. למשל, בטיפול בזקן בקהילה – שבו משתפים פעולה שירותי הרווחה, קופת החולים, המוסד לביטוח לאומי וחברת הסיעוד – הגדרת תפקידים אינה חדה מספיק, ולכן עלול להיווצר מצב של העברת הבעיה מגורם אחד למשנהו. לא תמיד קיים רצף טיפולי, והזקן עלול לקבל טיפול לקוי. המודל האינטגרטיבי הוא המודל העדיף, שבו יש מטרה משותפת, תקשורת ברורה ודרכי עבודה קבועות ויעילות. זהו מודל התפתחותי בעל שישה שלבים, שבא לידי מיצוי כאשר מוגדרת מטרת–העל של הצוות בדבר צורכי המטופל, ומתפתחת מודעות הן לכל המשתנים שמשפיעים הן לתלות ההדדית, הציפיות בהירות, יש נורמות קבוצתיות והבנה בדבר תרומתו הייחודית של כל אחד מאנשי הצוות, וגמישות בהובלת הטיפול.

משתנה נוסף שיכול לקדם עבודת צוות הוא הגורם הארגוני: ההנהלה. המנהל יכול להיות גורם מאפשר, מלכד ומאחד, התומך בעבודה מקצועית ומסייע בביסוס נורמות חיוביות שמשפיעות על התקשורת בקרב אנשי הצוות ועל כל היבטי הפעילות המשותפת. מנהל יכול להעביר מסרים ערכיים והתנהגותיים התומכים בתקשורת פתוחה, בנטילת סיכונים, בהפקת לקחים ובלמידה מטעויות מתוך מתן גיבוי ועידוד. המנהל הוא האחראי לגיוס כוח אדם מקצועי ולרמתו המקצועית, להגדרת התפקידים, להדרכה מקצועית והשתלמויות מקצועיות משותפות. הוא הקובע אם התקינה של כוח האדם תהיה מותאמת לדרישות משרד הבריאות ומשרד הרווחה.

שיתוף הפעולה יהיה הדוק ויעיל יותר וישיג תוצאות טובות יותר עבור הזקן כאשר לחברי הצוות הרב–מקצועי יש הזדהות חזקה עם התפקיד הדואלי הצופן בחובו נאמנות כפולה – נאמנות לערכי המקצוע עם נאמנות לערכי הארגון (ערכים שלא תמיד עולים בקנה אחד, כפי שיוסבר בהמשך) – וכאשר מתקיימים יחסי אמון בצוות ואף חיבה הדדית וקשרים מחוץ לעבודה (Bronstein, 2002).

3. הגורמים המעכבים עבודת צוות רב–מקצועי

כל אחד מאנשי הצוות הרב–מקצועי קיבל הכשרה מקצועית ייחודית וייעודית, ורכש מיומנויות ספציפיות. בשל השונות המקצועית קיימים פערים בידע, בעמדות, בגישות ובשיטות לפתרון הבעיות ולטיפול המשותף בזקן. אלה הם נתוני היסוד שמקשים את עבודת הצוות המשותפת. כל איש מקצוע מביא מערכת ערכים ייחודית, תפיסת תפקיד אישית ומחויבות למקצועו שלו. לעתים מערכת הערכים של אנשי מקצוע אחד אינה עולה בקנה אחד עם עמדותיהם של אחרים או אף סותרת אותן, וחברי הצוות מרגישים צורך להגן על האינטרסים שלהם ועל עמדותיהם בצוות או לחזקם, וזאת מתוך פחד מאי–הבנה ומאבדן הזהות המקצועית (Fulmer et al., 2005). כאשר הצוות לא הספיק (או לא הצליח) להגדיר מטרה משותפת להגיע להבנה הדדית וליצור לכידות קבוצתית – האווירה תהיה תחרותית ויתגלעו מאבקי כוח שישפיעו לרעה על יעילות העבודה. כאשר מקבלים החלטות בחיפזון במצבי לחץ; כאשר רק חלק מחברי הצוות מחליט, וחלקו האחר אינו מעורב או שהוא פסיבי; כאשר הרוב דורש הצבעה ומתעלם מן המיעוט; כאשר יש אווירה כוחנית והתקשורת לקויה – תהיה יכולת נמוכה של הבניית תהליכי עבודה כבר בשלב הראשון של התהוות הצוות, והדבר עלול להשפיע לרעה לאורך זמן על עבודת הצוות ועל הטיפול בזקן (Emery et al., 2011).

אחד הגורמים המעכבים עבודת צוות יעילה ומשתפת הוא המציאות שבה במרבית תכניות הלימוד במוסדות להכשרת רופאים, אחיות, עובדים סוציאליים ומקצועות בריאות ועזרה אחרים אין תכנית ייעודית בנושא עבודת צוות, אף שאימון וחינוך לעבודה בצוות רב–מקצועי חשובים במיוחד דווקא בשלב הזה של חינוך וסוציאליזציה מקצועיים. כל איש מקצוע לומד באופן נפרד את הפרופסיה שלו ותחום עיסוקו, ואילו המפגש המשמעותי הראשון בין כל אנשי המקצוע מתקיים בפרקטיקה המעשית (Fulmer, Flaherty, & Hyer, 2004). הלימוד בנפרד מקשה את שיתוף הפעולה בין אנשי המקצוע בעבודתם המעשית בטיפול בזקן.

בניגוד למודל האינטגרטיבי – המקדם עבודת צוות כאמור – המודל הרפואי המסורתי של ישיבות הצוות הרב–מקצועי, המתאפיין בדיון הביו–רפואי, הוא גורם מעכב. הרופאים בבתי החולים הכלליים ובבתי חולים גריאטריים הם מנהלי הצוות והם המקבלים את ההחלטות הטיפוליות. ניתוח עמדותיהם של רופאים, אחיות ועובדים סוציאליים מראה פערים בתפיסת עבודת הצוות הרב–מקצועי: הרופאים תופסים את חובתם המקצועית כחובה לאבחן ולקבל החלטות רפואיות טיפוליות, בעוד שהמקצועות האחרים הם מקצועות תומכים שאין חובה להגיע להסכמה טיפולית עם מומחיהם. אחיות ועובדים סוציאליים רואים את השותפות כהכרחית בקבלת החלטות טיפוליות. הרופאים לא תמיד מודעים לחשיבותם של המקצועות האחרים ולתרומתם לתכנית הטיפול, ולשיטתם רשאים הם לשנות את תכנית הטיפול שקבעו כל אנשי הצוות גם ללא ידיעתם או הסכמתם של האחיות והעובדים הסוציאליים (Leipzig et al., 2002). כאשר כל איש מקצוע רואה את המטופל הזקן מנקודת מבטו המקצועית בלבד; כאשר אין מספיק הבנות והסכמות לגבי תפקידו של כל איש צוות; כאשר הרופאים שולטים בצוות ומקבלים את ההחלטות, בעוד שחברי הצוות מרגישים שלא היו מעורבים בהן די הצורך – יעילותה של עבודת הצוות תהיה נמוכה (Goldsmith et al., 2010).

במחקר על אפקטיביות של עבודת צוות בשירותי הבריאות בקהילה נמצא כי קיימים הבדלים בין הקבוצות המקצועיות ביחסן לעבודת הצוות (פרוינד ודרך–זהבי, 2005). האחיות מגדירות כגבוהים

הן את רצונן לעבוד בצוות רב–מקצועי הן את האפקטיביות של העבודה המשותפת, אחריהן באים עובדי מקצועות הבריאות האחרים, ואילו הנכונות הנמוכה ביותר לעבוד בצוות רב–מקצועי ולהעריך את יעילותה של העבודה המשותפת היא נכונותם של הרופאים.

יחסי הרופא והעובד הסוציאלי – תפיסתו המסורתית של הרופא בדבר תפקיד העובד הסוציאלי בבתי חולים בדרך כלל אינה תואמת את תפיסת העובד הסוציאלי עצמו בדבר תפקידו הוא: לפי המודל המסורתי הרופאים נוטים לראות את העובד הסוציאלי כבעל תפקיד של מתווך לקהילה, מגייס משאבים ומסייע בשחרור המטופל, בעוד שהעובד הסוציאלי תופס את עצמו כמטפל, יועץ ותומך במטופל ובמשפחה. במודל המסורתי העובדים הסוציאליים מדווחים על תסכול בקשרים עם הרופאים, על "ריצה ורדיפה" אחרי הרופא לצורך שיחה מקצועית. אף שבמישור ההצהרתי אנשי שני המקצועות מציינים את הצורך בכבוד הדדי ובתקשורת טובה, בפועל מצפה הרופא שהעובד הסוציאלי ייתן מידע סוציאלי ויפתור בעיות. הרופאים הם מנהיגיו ומוביליו של תהליך הטיפול – מתוקף הסטטוס המקצועי של הפרופסיה, המדגיש אוטונומיה וביטחון עצמי – ואילו העובד הסוציאלי נדחק לתפקיד תחזוקתי של ריכוז ותיווך. במצב זה העובד הסוציאלי נמנע לעתים מן התקשורת הישירה עם הרופא ומפעיל את השפעתו בצורה עקיפה באמצעות אנשי מקצוע אחרים או באמצעות המטופל ובני משפחתו. לעומת זאת, לפי המודל האינטגרטיבי והמתקדם של שיתוף פעולה, הרופא רואה בעובד הסוציאלי איש טיפול ויועץ להיבטים הפסיכו–סוציאליים של הטיפול ושותף בעל ערך, ובפועל נוצרת שותפות אמיתית בקבלת ההחלטות הטיפוליות (Abramson & Mizrahi, 2003).

דילמת המחויבות הכפולה – המחויבות המקצועית מול המחויבות למוסד או לארגון היא דילמה של כל איש מקצוע. הדילמה הזאת עלולה לעורר קונפליקט פנימי שבא לידי ביטוי גם בהקשר עבודת הצוות המשותפת. איש המקצוע מחויב לערכי המקצוע שלו, המעמידים מעל לכול את הנאמנות למטופל, האחריות כלפיו וראיית טובתו. מחובתו לקבל החלטות כדי לדאוג לבריאותו, לרווחתו, לביטחונו, לפרטיותו ולשמירה על כבודו. במקביל איש המקצוע מועסק בארגון וחייב להיות נאמן לארגון שלו ולסייע בהשגת מטרותיו. חוזקו של הארגון מבטיח גם את עבודתו של איש המקצוע. מוסדות רבים, ציבוריים ופרטיים מתמודדים עם קשיי תפעול בשל תקציב נמוך (עלות יום האשפוז שקובעת המדינה) המשפיע על התנהלותם, ופעמים רבות החלטות המוסד עונות יותר לצורכי המערכת מאשר לצורכי הזקן האינדיבידואלי, ושאלת הנאמנות הכפולה של העובד מלווה את עבודתו במוסדות (לבנשטיין ויקוביץ, 1995). יתרה מזו, לעובד הסוציאלי יש שתי מערכות של פונים – זו של המטופל וזו של המשפחה – והוא בא לתת מענה לשתיהן, בעוד שחבריו לצוות רואים את הזקן המטופל כפונה היחידי. לפיכך, לעובד הסוציאלי יש דילמת מחויבות מורכבת למטופל, למשפחה ולארגון. כאשר המחויבות הבסיסית למטופל הזקן סותרת מחויבויות שונות כלפי הצוות והמוסד, מתעוררות דילמות מוסריות וערכיות (לב ואיילון, 2014). לדרכי ההתמודדות השונות, לגורמים האישיים ולמאפיינים הסביבתיים נודעת השפעה משמעותית על היווצרות קונפליקטים, על ההתמקמות בצוות המוסד ועל צורות ההתמודדות עם הצוות וההנהלה (כפי שיצוין להלן). במחקר על דילמת המחויבות המורכבת של העובד הסוציאלי במוסד הסיעודי הוגדרו ארבעה אבות טיפוס של עובדים סוציאליים במוסדות: הניהולי (בעל מעמד גבוה במוסד, וכן משאבים וכלים להתמודדות עם דילמת המחויבות), המרוצה (יש לו תמיכה פורמלית ולא פורמלית ויחסים טובים עם ההנהלה,

ובכלל זה כלים להתמודד עם דילמת המחויבות), הלוחם (יש לו מערכת יחסים מתוחה עם ההנהלה, וכן קושי להתמודד עם דילמת המחויבות) והמתוסכל (נמצא במעמד נמוך, ללא תמיכה, חסר משאבים להתמודד עם דילמת המחויבות) (לב, 2011). דילמת המחויבות בלטה יותר אצל שני האחרונים (הלוחם והמתוסכל), ופחות אצל שני הראשונים (הניהולי והמרוצה), שחשו כי יש להם משאבים להתמודד אתה. צורת ההתמודדות של כל אב טיפוס עם הנאמנות הכפולה והמשאבים של כל אחד מהם באו לידי ביטוי במעמדו בצוות הרב–מקצועי ומול ההנהלה.

אצל כל אנשי המקצועות הטיפוליים נמצא כי המחויבות למקצוע היא הגבוהה ביותר ורק אחריה באה המחויבות לארגון. בקרב הרופאים בולטת המחויבות לערכי המקצוע. אשר לעובדים הסוציאליים המטפלים בזקנים במוסדות, מחויבותם לזקנים חזקה ממחויבותם לארגון, ומאפייני המקצוע והתהליכים שהוא מכתיב חזקים בהשפעתם על עמדות העובדים הסוציאליים יותר מאשר משתנים ארגוניים (פרוינד ובר אילן, 2005). עם זאת יש לזכור שהעובדים הסוציאליים בבתי האבות נדרשים גם לשקול שיקולים של יעילות כלכלית, למשל בהקשר קבלת דיירים חדשים (דורון וקורן, 2005).

מאפיינים סביבתיים של המוסד – כמו חתירה לתפוסה מלאה, הימנעות מתפיסה טיפולית, קבלת דיירים לא מתאימים והעברתם בתהליכים מקוצרים – יגבירו דילמות מקצועיות (לב, 2011; לבנשטיין ויקוביץ, 1995). חסר בכוח אדם מקצועי בהשוואה לתקינה הנדרשת; חוסר בהירות לגבי התפקידים של כל איש מקצוע; רמת פיקוח לוחצת ומתערבת; אוטונומיה נמוכה של העובד בקבלת החלטות וראייה ביורוקרטית – כל אלה משפיעים לרעה על עבודת הצוות (Johansson et al., 2010). לחצים של ההנהלה שמקורם באינטרסים כלכליים יוצרים סביבה מקשה ומאיימת, ועלולים להשפיע לרעה על הסיכוי לקבל החלטות טיפוליות מיטביות באשר לזקן.

4. מטרתה של עבודת צוות רב–מקצועי

הצוות הרב–מקצועי נוצר כדי לאסוף מידע בהיבטים שונים מתוך ניצול הידע של כל אחד מחברי הצוות, לפתח הערכה אינטגרטיבית, להכין תכנית טיפול כוללנית המבוססת על צורכי הזקן, שבה תוגדר אחריותו של כל אחד מחברי הצוות למתן השירות ולתוצאה הסופית שלו (לבנשטיין ויקוביץ, 1995; Johansson et al., 2010; Abramson & Mizrahi, 2003). חברי הצוות מסכימים על תכנית הטיפול, מוציאים אותה לפועל יחדיו, ומבצעים גם מעקב וכן הערכת תוצאות של הטיפול.

בעלי המקצוע השכיחים ביותר בצוות רב–מקצועי בטיפול בזקנים הם אחות, רופא ועובד סוציאלי, ואחריהם באים אנשי מקצועות הבריאות: מרפא בעיסוק ופיזיותרפיסט. במספר מועט של מחקרים נזכרים כבעלי מקצוע נלווים גם דיאטנים, רוקחים, קלינאי תקשורת, ופסיכולוגים. אנשי המקצועות האלה נוספו בהדרגה לצוותי הטיפול בזקנים גם במוסדות בארץ. כיום הם חלק בלתי נפרד מתקינת כוח האדם הנדרשת של הצוות הרב–מקצועי בבתי החולים הגריאטריים (משרד הבריאות, 2007ג).

בבתי אבות יש לעבודה הסוציאלית תפקיד מרכזי והיא נוגעת ישירות לכל תחומי החיים של הזקנים המתגוררים שם, ולמידת הדומיננטיות של העובד הסוציאלי נודעת השפעה על מידת ההומניזציה של השירותים הניתנים במוסד ועל מידת הביתיות שלו (לבנשטיין ויקוביץ, 1995). עובדים סוציאליים בעלי ידע מקצועי רב, ניסיון מעשי ויכולת השפעה תורמים לעבודת צוות יעילה ולבניית תכנית טיפול

מקיפה המקדמת את איכות החיים של הזקנים במוסד ואת סיפוק צורכיהם. חשיבותם של העובדים הסוציאליים כמתווכים, כמסנגרים וכמגייסי מקורות תמיכה במוסד היא רבה (Vongxaiburana, Thomas, Frahm, & Hyer, 2011). במהלך השנים השתפר מעמדו של העובד הסוציאלי, השפעתו על אנשי הצוות גברה, תפיסת התפקיד שלו התרחבה, והעובד הסוציאלי אינו תופס עוד כבעייתו המרכזית את סוגיית מקומו ותפקידו בבית האבות בהשוואה לזה של יתר אנשי הצוות, אלא ההערכה אשר לה הוא זוכה – לפי התרשמותו שלו – הנה גבוהה ביותר (דורון וקורן, 2005).

כפי שנראה להלן, הרופא, האחות והעובד הסוציאלי הם הבסיס של הצוות הרב–מקצועי הנזכר בחוקים ובתקנות לגבי מוסדות לזקנים.

5. העיגון החוקי של עבודת הצוות הרב–מקצועי וביטויו בפרקטיקה

משרד הרווחה מפקח על בתי הדיור המוגן והמעונות לזקנים עצמאיים ותשושים, בעוד שמשרד הבריאות מפקח על המוסדות הסיעודיים.

בחוקים, בתקנות ובנהלים נקבע מהם השירותים שיש לספק לזקנים הגרים במוסדות אלו, על אילו אנשי מקצוע מוטלת החובה לספק אותם ובאילו פרוצדורות. להלן נבחן כיצד הגדירו הרשויות את עבודת הצוות הרב–מקצועי בכל סוגי המוסדות, מהי משמעותן המעשית של הגדרות אלו וכיצד הן באות לידי ביטוי בפרקטיקה.[1] נציין את ערוצי התקשורת השוטפת, ונתמקד בעיקר ב**ישיבות הצוות**, שהן המנגנון העיקרי המשמש לתקשורת בין אנשי הצוות בעבודתם השוטפת ולקבלת החלטות טיפוליות לגבי הזקן במוסד. נציין מוקדי קונפליקט עיקריים, אינטרסים מנוגדים, לחצים ושיקולים זרים העלולים להשפיע על עבודת הצוות ולהקשות את שיתוף הפעולה ואת קבלת ההחלטות המיטביות.

5.1 מעונות לזקנים עצמאיים או תשושים.

בחוק הפיקוח על מעונות, התשכ"ה–1965 ובתקנות הפיקוח על מעונות (תנאי המגורים וטיפול בזקנים עצמאיים ותשושים במעונות לזקנים), התשס"א–2001 (להלן: "תקנות הפיקוח") לא נזכר המושג "עבודת צוות רב–מקצועי", אלא הוגדרו שירותים שנותנים בנפרד אנשי צוות שונים. למעשה, ההתנהלות הטיפולית למען הזקן מצריכה שיתוף פעולה בין אנשי הצוות. נוסף על תפקידו כוועדת קבלה, הצוות מתכנס לישיבות מקצועיות לדיון בזקנים במצבי שינוי, משבר ומעבר.

מתקנה 27 לתקנות הפיקוח למדים אנו שוועדת הקבלה היא המסגרת המשותפת לעבודת הצוות הרב–מקצועי: כדי שיתקבל זקן למעון חייבת להתכנס ועדה שבה חברים מנהל המעון, רופא, עובד סוציאלי ואחות, ולפניהם הערכות מקצועיות בכתב מרופא, מעובד סוציאלי ומאחות (הערכות רפואיות ותפקודיות, ובכלל זה חוות דעתם על יכולתו של הזקן להביע את

[1] המידע נאסף מעובדים סוציאליים, מאחיות ומרופאים במסגרת סיורים עם סטודנטים של התכנית להכשרת מנהלים למוסדות לגיל השלישי בבתי אבות, מרכזים גריאטריים ובתי דיור מוגן, ומעובדים סוציאליים בקורס. הכשרה של אגף הגריאטריה שנערך מטעם משרד הבריאות בשנת 2014

דעתו ולחתום על הסכם כניסה למעון). אין הנחיה לגבי אופן פעילותה של הוועדה, ולא נקבע אם ניתן לכנסה גם בהיעדרו של אחד מחבריה (ובלבד שהמידע המקצועי בתחומו הועבר לוועדה), אם ההחלטה חייבת להיות משותפת ולהתקבל על דעת כל ארבעת אנשי הצוות, מה "משקלו" של כל איש מקצוע ואם ניתן לצרף לוועדה חברים נוספים.

לפי תקנה 29 לתקנות הפיקוח, לחברי ועדה זו גם מוקנית סמכות להוציא זקן ממעון או להעבירו ממחלקה למחלקה במעון גם ללא הסכמתו, וזאת לאחר שנתנו חוות דעת כתובות על יכולתו של הזקן להביע את דעתו, ודאגו למינוי אפוטרופוס אם הזקן אינו יכול להביע את דעתו. במקרה של העברת זקן ללא הסכמתו, מחובתה של הוועדה לתת לזקן או לאפוטרופוס המייצג אותו הודעה בכתב על החלטה זו. לזקן או לאפוטרופסו שמורה זכות ערעור על החלטת הוועדה, והערעור יישמע לפני ועדת ערר חיצונית.

תקנה 41(א) לתקנות הפיקוח מטילה על מנהל המעון את האחריות לקיום שירותים רב-מקצועיים מגוונים למען הזקנים, ועליו מוטלת האחריות הטיפולית לזקן, לרבות הכנת תכנית טיפול, הוצאתה לפועל והתחקות אחר תהליך יישומה. המנהל אוצל סמכויות לאנשי הצוות לצורך ביצוע חובותיו לזקן. לדוגמה: מאחריותו לוודא שביום כניסתו של הזקן למוסד יקבלוהו העובד הסוציאלי ואחות המעון, ושניהם גם יעקבו אחר מצבו במקרה שיאושפז בבית חולים. בעצם האזכור המשותף של העובד הסוציאלי והאחות ניתנת למעשה הנחיה לעבודה משותפת.

משיחות עם צוותים שכללו רופא, אחות ועובד סוציאלי עולה שקיימים ערוצי תקשורת מקובלים להעברת מידע לצורך שיתוף פעולה וטיפול איכותי בזקן: עדכון בעל פה בישיבות בוקר, שיחות מזדמנות לא פורמליות, התייעצויות ממוקדות לצורך פתרון בעיה ספציפית של זקן, דיווח – על אירועים חריגים, ביקורים וגם אירועים משמחים – ב"מחברות קשר" הנמצאות בתחנת האחות ופתוחות לעיון חברי הצוות, וכן קריאה בתיק המטופל וברשומה הממוחשבת. וכך המחישה עובדת סוציאלית את שיתוף הפעולה בעבודת צוות רב-מקצועי: "אנחנו כל הזמן בקשר, כשאני מגיעה בבוקר אני קודם כול שואלת מה חדש, מה קרה בלילה, מי הרגיש לא טוב, למי להתייחס היום".

כאמור, הצוות מתכנס כוועדת קבלה ולצורך ישיבות מקצועיות לדיון בזקנים במצבי שינוי, משבר ומעבר. בוועדת הקבלה נבדקת התאמתו של המועמד מבחינה רפואית, תפקודית וסוציאלית למחלקה המיועדת על פי ההגדרות לזקן עצמאי או תשוש. הרופא מציג את המצב הבריאותי של הזקן, ההיסטוריה הרפואית והצרכים התרופתיים-טיפוליים; האחות נותנת את ההערכה התפקודית ואת חוות הדעת על רמת העזרה הנדרשת לתפקוד יומיומי; העובד הסוציאלי מפרט את ההיבט הפסיכו-סוציאלי של הזקן, הסטטוס המשפחתי שלו, רמת התמיכה שיש לו מהמשפחה (אם אכן יש לו משפחה), ואת ציפיותיה של המשפחה מהטיפול במחלקה. ועדת הקבלה מחליטה על סמך מידע כתוב, ריאיון ותצפית (לבנשטיין ויקוביץ, 1995). במידת הצורך רשאית הוועדה לבקש חוות דעת מקצועיות נוספות כמו חוות דעת פסיכיאטרית.

הוועדה פועלת בדרך כלל ביעילות ובתיאום כאשר המידע ברור ויש הסכמה לגבי מצבו הבריאותי והתפקודי של הזקן והמחלקה המתאימה לו. אך חילוקי דעות מתעוררים כאשר השמתו של הזקן במחלקה מסוימת אינה תואמת את מצבו בפועל, או כאשר מצבו "גבולי" ואינו עונה להגדרה

ברורה, או כאשר מסמכיו אינם משקפים בצורה מדויקת את מצבו התפקודי הפיזי והקוגניטיבי. אלו הם מקרים שכיחים ביותר בקבלה למעונות מאז התפתחות השוק הפרטי של הדיור המוגן וחיזוק שירותי הבריאות בקהילה: רק 5% מהמועמדים הם זקנים עצמאיים ומצבם של המועמדים התשושים הנו ירוד מבחינה בריאותית ותפקודית. כך עלולים להיחשף שיקולים של חוסר בכוח אדם ושיקולי נוחותו של הצוות שהנם רלוונטיים מבחינת הארגון וקשייו, אך הנם שיקולים זרים מבחינת טובתו של הזקן, לדוגמה: האחות תבדוק את מידת התלות בזולת ותחשב את שעות העזרה הסיעודית שיצטרך הזקן בפועל לנוכח התקינה הקיימת בצוות הסיעודי ובקשות לסידור עבודה של האחיות והמטפלים. אלה עלולים להשפיע על עמדתה בשאלה לאיזו מחלקה לקבל את הזקן. העובד הסוציאלי עלול לחשוש להביע עמדה מקצועית שלפיה הזקן אינו מתאים לשום מסגרת, אלא הוא מתאים אך ורק לקהילה עם תמיכה רחבה. העובד הסוציאלי שיתמוך בכניסה למחלקת תשושים בניסיון לשמור את כישוריו של הזקן, במיוחד אם מדובר גם בבקשת המשפחה, עלול להיתקל בהתנגדות של המנהל שידרוש לקלוט את הזקן במחלקה סיעודית. זאת, בשל חסר בתפוסה במחלקה זו או משום שהמימון הניתן מתקציב משרד הבריאות ("קוד") עבור מיטה של זקן סיעודי או תשוש נפש עולה על זה שניתן מתקציב משרד הרווחה עבור מיטתו של זקן תשוש. יש לציין כי בשל תעריפי אשפוז נמוכים – הן של משרד הרווחה עבור תשושים הן של משרד הבריאות עבור אשפוז של זקנים סיעודיים או תשושי נפש – מוסדות רבים נאבקים על קיומם ומתקשים לשרוד בתנאי התפעול השוטף, ולכן זקוקים הם לכל הכנסה. הפעלת לחץ כדי להביא לאשפוז לא מתאים תגרום לקונפליקטים בקרב אנשי צוות, אולם ועדה שהמנהל נמנה עם חבריה היא ועדה היררכית שבה נקבע מראש מי הגורם המחליט והמכריע.

הטענה הנשמעת תדיר מפי האחות היא שהטיפול הסוציאלי יתקיים באופן דומה בשתי המחלקות, ולכן העובד הסוציאלי אינו יכול להבין את משמעותו של הטיפול הסיעודי בכל מחלקה ואת הקושי בניהול המטפלים. ולדברי אחת האחיות, "לעובדת הסוציאלית קל להגיד 'לתת הזדמנות לזקן במחלקת תשושים', כי לא קוראים לה כל פעם שהוא רוצה לרדת מהמיטה, ולנו אין מספיק מטפלים, ואם הוא ייפול הבעיה היא של המטפלת, לא שלה".

גם בבחירת החדר, מקום הישיבה בחדר האוכל ומגוון התעסוקה יכול להתעורר קונפליקט בין שיקולים הנובעים מצרכיו או ממגבלותיו של הצוות הסיעודי המטפל (בייצוג האחות) ובין הצורך "למלא חדרים" או "לחסוך בחומרים" (בייצוג המנהל) ובין הצרכים הנפשיים והחברתיים של הזקן (בייצוג העובד הסוציאלי).

בצומת קריטי של שינוי, למשל כשחלה התדרדרות פיזית, תפקודית או קוגניטיבית במצבו של הזקן ויש לדון במעבר ממחלקת תשושים למחלקה סיעודית או לתשושי נפש, הדיון בצוות הרב–מקצועי עלול להיות בעל פוטנציאל גדול יותר לקונפליקט בהתחשב בהיכרות עם הזקן ובניסיון הטיפולי. תפקידו של העובד הסוציאלי הוא לייצג את עמדת הזקן ומשפחתו ורמת התנגדותם לצעד זה, את משמעות השינוי, את קשיי המעבר של הזקן והמשפחה מבחינה רגשית וחברתית, ולכן העובד הסוציאלי יחתור לתהליך הדרגתי משותף בהסכמה. הצוות הרפואי והסיעודי, המתקשה במתן הטיפול השוטף היומיומי, ידרוש מהעובד הסוציאלי "לבצע את עבודתו" ולשכנע את הזקן והמשפחה לקבל את השינוי כדי להביא למעבר מהיר ככל שניתן, ואילו המנהל ייצג את צורכי הארגון ויבקש לקצר הליכים ולפתור בעיות במהירות וביעילות.

כדי להימנע מקונפליקטים עלולות להתקבל החלטות בלא דיון מעמיק בחילוקי הדעות, או אף באמצעות הפעלת לחץ על אנשי הצוות, וכפי שהעידה עובדת סוציאלית: "ישבנו בישיבת צוות רב-מקצועי ואמרתי את דעתי שיש להמתין עוד, להכין אותו ואת המשפחה וזה לא מתאים להעביר אותו עכשיו, אבל רצו לחתוך מהר [...] ואמרו זה יסתדר, אנחנו סומכים עלייך".

המשתנים המשפיעים על הדיון ועל קבלת החלטות טיפוליות מיטביות לזקן הם מודל עבודה אינטגרטיבי ומתקדם, דפוסים ונורמות של הערכה הדדית, אמון, כבוד הדדי לידע המקצועי ולניסיון ויחסים בין-אישיים טובים. הסיכוי לקבלת הסכמה משותפת מכבדת גבוה יותר בצוותים בעלי ותק במקצוע, במוסד ובעבודה המשותפת, וכפי שאמרו עובדות סוציאליות ואחיות בכמה מוסדות:

> אנחנו עובדות יחד כ-10 שנים ויותר ויש בינינו יחסים בין-אישיים מאוד טובים, ותחושה של שותפות מאוד חזקה. כולנו מגויסים לטובתו של המטופל. אין קונפליקטים, יש חילוקי דעות מקצועיים ביחס לטיפול, לסטטוס של המטופל, מה להגיד לו ומה לא, איך לשתף את המשפחה, ואנחנו מדברות על זה בישיבה, מתווכחות בינינו אבל בסוף מוצאות פתרון יחד.

בבתי האבות קיימים חילוקי דעות, אינטרסים מנוגדים ודילמות ערכיות ומוסריות בין מחויבות למטופל ובין מחויבות למוסד (לב, 2011; לבנשטיין ויקוביץ, 1995). אך בדיור המוגן ובאשפוז הגריאטרי הדילמות קשות עוד יותר.

5.2 הדיור המוגן.

כמחצית מבתי הדיור המוגן שייכים למגזר הפרטי ובתי הדיור המוגן האחרים מסובסדים באמצעות גופים וולונטריים או המדינה (ברודסקי, שנור ובאר, 2013). חוק הדיור המוגן, התשע"ב-2012 (להלן: "חוק הדיור המוגן") נועד להסדיר את זכויות הדיירים הזקנים בשוק הפרטי, שלא היה בפיקוח מאז הקמתו בראשית שנות ה-80. בית דיור מוגן מוגדר כ"מקבץ דירות המיועד למגורי דיירים, הבנוי במבנה אחד או בכמה מבנים סמוכים, שבו מוצעים לדיירים, תמורת תשלום מצדם, שירותים נוסף על שירותי אחזקה, ניקיון או שמירה" (סעיף 1 לחוק הדיור המוגן). הבתים מיועדים לזקנים עצמאיים הבוחרים לחיות בדירה פרטית בתוך מסגרת מוגנת המעניקה מגוון שירותים בתחום הבריאות ותרבות הפנאי וכן שירותי תפעול כגון ניקיון, תחזוקה ושמירה (גרין ואיילון, 2012). השירותים ניתנים לדיירים לפי הסכם חוזי שנחתם בין הדייר ובין בית הדיור המוגן.

בשונה מחוק הפיקוח על מעונות משנת 1965 ומתקנות הפיקוח משנת 2001, חוק הדיור המוגן עוסק בעיקר ברישיון להפעלת בית דיור מוגן ותנאיו, וכן בהסכם ההתקשרות והבטחת כספי הדיירים וזכויותיהם. המחלקות הסיעודיות בפיקוח משרד הבריאות, המעונות כהגדרתם בחוק הפיקוח על מעונות והדיור המוגן בניהול המדינה אינם באים בגדר תחולתו של חוק הדיור המוגן (סעיף 56 לחוק).

עוד מציין החוק (בסעיף 14) כי אחת החובות המוטלות על מפעילי בית הדיור המוגן היא מינוי

צוות רב–מקצועי המורכב מרופא, עובד סוציאלי ואחות. מדובר באותו הרכב ככתוב בתקנות הפיקוח, אך לראשונה נעשה כאן שימוש במושג "צוות רב–מקצועי", שאינו מופיע בתקנות הפיקוח על המעונונת.

לצוות הרב–מקצועי יש מספר תפקידים בהקשרים שונים בבית הדיור המוגן:

- קבלת הדייר, בדומה לקבלה למעון: לפי חוק הדיור המוגן יתקבל אדם כדייר "ובלבד שהצוות הרב–מקצועי אישר שהוא מסוגל לדאוג לצרכיו האישיים ולנהל את משק ביתו, גם אם ניתן לו סיוע חלקי" (סעיף 15 לחוק).
- מחובתו של בעל הרישיון לבדוק את שלומם ורווחתם של הדיירים, ולשם כך עליו לפנות לצוות הרב–מקצועי ולשאול אותו אם ראה או אם הובא לידיעתו כי חל שינוי לרעה במצבו הרפואי או התפקודי של הדייר (סעיף 23(2) לחוק).
- פינוי דייר מדירתו לפי סעיף(29)(א)(3) לחוק: בעל הרישיון להפעלת דיור מוגן לא יפנה דייר, אלא בהתקיים מספר עילות שאחת מהן היא כי "הצוות הרב–מקצועי קבע כי בשל מצבו הבריאותי של הדייר, טובתו של הדייר מחייבת העברתו מדירתו או שבשל מצבו הבריאותי של הדייר, המשך שהותו בדירתו פוגע בשאר הדיירים בבית הדיור המוגן.
- זכות הדייר לשכן בדירתו מטפל באופן זמני או מתמשך, לאחר שקיבל אישור לכך מבעל רישיון ההפעלה ולאחר שהצוות הרב–מקצועי אישר כי יש צורך רפואי או תפקודי במטפל או שרשות מרשויות המדינה אישרה כי יש צורך כאמור. הדייר רשאי לערור על החלטת הצוות הרב–מקצועי לפני הרופא המחוזי של משרד הבריאות (סעיף 33(א) לחוק).

חוק הדיור המוגן מציין (בסעיף 19(א)(1) לחוק) את כל שירותי החובה המקצועיים שאותם חייב בעל הרישיון לספק לדייר, ובכלל זה מתן שירותי בריאות לדיירים בידי אחות, שירותי עזרה ראשונה כל שעות היממה, שירותי עבודה סוציאלית בידי עובד סוציאלי.

התקנות לחוק הדיור המוגן נמצאות בתהליך הכנה וטרם פורסמו, אך בהיבט הצוות הרב–מקצועי נמצאו קווי דמיון בין חוק הדיור המוגן ובין תקנות הפיקוח. לפי החוק והתקנות שלושת בעלי המקצוע החשובים ביותר לטיפול בדיירים הנם רופא, עובד סוציאלי ואחות, והם הצוות שמחליט על התאמתו ועל קבלתו של הדייר למעון או לדיור המוגן. בחוק הדיור המוגן אין פירוט על תפקידו של כל איש צוות בנפרד ואף לא על תהליך העבודה של הצוות, אלא מצוין שהמנהל רשאי לקבל דייר לאחר אישור של הצוות הרב–מקצועי. החוק הקנה סמכות לצוות הרב–מקצועי לאשר קבלת אדם כדייר, והמנהל רשאי לקבלו "ובלבד שהצוות הרב–מקצועי אישר כי הוא מסוגל לדאוג לצרכיו האישיים". כלומר, המנהל רשאי לקבלו בתנאי שהצוות הרב–מקצועי אישר את התאמתו של הזקן למסגרת הדיור המוגן. אין לדעת אם התקנות יפרטו את תפקידו של כל איש צוות ואת תחומי פעילותו, ובכלל זה דפי הנחיה לתיעוד, כמפורט בתקנות הפיקוח. השימוש במונח "צוות רב–מקצועי" בחוק הדיור המוגן מלמד על תפיסת אנשי הצוות כישות אחת או כקבוצה. אך בפועל לכל איש צוות יש תפקיד שונה, משימות שונות, ויכולים להיות גם

ערכים שונים ואינטרסים שונים.

הצוות הרב–מקצועי בדיור המוגן נעזר בעבודתו במנגנונים של העברת מידע לצורך שיתוף פעולה הדומים לאלו שבבתי האבות, כפי שמעידות עובדת סוציאלית ואחות מרפאה:

> יש ישיבת בוקר כל יום של חצי שעה ואנחנו מתעדכנים מה קרה בלילה, יש דף תקשורת או מחברת קשר לאירועים חריגים, ואנחנו מעבירים מידע כל היום. אנחנו כל הזמן מסתובבים בבית וכשיש פנייה או בקשה מדייר אנחנו מנסים לטפל עם איש המקצוע האחראי על התחום, ועוקבים תמיד לוודא שהדייר קיבל מענה. פקידת הקבלה מקבלת כל פנייה והיא מודיעה מיד ומפעילה אותנו. כשדייר חולה או נופל או מתאשפז אנחנו מדווחים בעל פה ובתיק הדייר בכתב.

סיורים של מנהל תורן המסתיימים בדיווחים ובמסרים לצוות הם נוהג מקובל בסופי שבוע במרבית הדיורים המוגנים. מידע עובר בין אנשי הצוות בדואר אלקטרוני, ולאחרונה התפתחה בדיור המוגן תופעה של הקמת קבוצות בווטסאפ. אנשי צוות רב–מקצועי מקבלים הודעות ועדכונים מקוונים ("און ליין") ומעבירים אותם זה לזה. לתופעה זו יש יתרון רב מבחינת השיתוף במידע, אך מאידך גיסא עובד שאינו בעל "טלפון חכם" עלול למצוא את עצמו בלתי מעודכן. נוסף על כך, לגבי מידע אינטרנטי המועבר בדואר האלקטרוני ובטלפון הסלולרי עולה שאלת ההקפדה על סודיות המידע לגבי הדיירים, אף שבדיווחים "מן השטח" נמסר כי בפועל מעבירים רק מידע כללי לגבי פגישות וזימונים ואירועים כלליים, ולא מידע אישי על דיירים.

בדיור המוגן קיימים פורומים שונים לתיאום עבודת הצוות, והעיקרי שבהם הוא הפורום הרב–מקצועי (קפלן, 2013). הפורום הזה מתכנס לשם קבלת החלטות טיפוליות. על פי תפקידו וערכיו, הצוות – רופא, עובד סוציאלי ואחות – רואה את הזקן, רצונותיו וצרכיו במרכז פעילותו. אך בניגוד לבתי הדיור המוגן (הציבוריים או הפרטיים) שלגביהם תקף תעריף של המדינה לכל סוג אשפוז, הדיור המוגן הנתון לפיקוח פועל בסביבה ארגונית פרטית עם מודעות גבוהה גם לצרכים הכלכליים–עסקיים של הארגון (קפלן, 2013).

החוק קובע שהדיירים המועמדים חייבים להיות מסוגלים לדאוג לצורכיהם האישיים, גם אם ניתן לדייר סיוע חלקי. לפיכך, ועדת הקבלה, הדנה בהתאמתם של דיירים חדשים לבית, מקבלת (בדרך כלל לפני התכנסותה) את השאלונים שבהם מצוינים פרטי הדייר ואת המידע הרפואי, התפקודי והסוציאלי על אודותיו. חברי הוועדה נפגשים עם המועמד לצורך קבלת החלטה על כניסתו לדיור המוגן. השיקולים של הוועדה יהיו מצבו הרפואי של הדייר, מידת עצמאותו מבחינה תפקודית ויכולתו לדאוג לצרכיו האישיים, מידת רצונו ומוכנותו לעבור לדיור המוגן, יכולתו הכלכלית לעמוד בהוצאות הכספיות והתאמתו מבחינה חברתית לדיירי הבית.

כאשר הבית מלא ואף יש רשימת המתנה, ועדת הקבלה תפעל בסביבה תומכת ולא תהיה נתונה ללחצי ההנהלה. אך כאשר אין תפוסה מלאה בבית, המנהל או סגנו ישתתפו לעתים קרובות בוועדת הקבלה אף כי החוק אינו מחייבם לעשות כן. במקרה זה מטרתם ברורה: לקבל כל דייר, שהרי כל דירה פנויה היא אבדן הכנסה, ויש יעדי תפוסה בכל שנה. דחיית דייר בוועדת קבלה פירושה הפסד הכנסה של פיקדון ושל דמי אחזקה שוטפים. יתרה מזו, בשונה מבתי האבות, לכל

התכנסות של ועדת הקבלה בדיור המוגן קודמת עבודה רצינית ומאומצת של מחלקת השיווק, שמטרתה להביא דיירים חדשים לבית. פונקציה זו של שיווק קיימת בכל בתי הדיור המוגן והיא פועלת לאיתור מועמדים פוטנציאליים בקהילה ולהבאתם לבית הדיור המוגן. מקובל שהמשווק מקבל עמלה על כל דייר חדש ש"הביא" לבית, ולכן יש לו אינטרס אישי בקליטת כל דייר שהפנה לוועדת הקבלה.

כאשר הדייר עצמאי ומתפקד ומתאים לבית, הוועדה תאשר את קבלתו. כאשר יש ספקות לגבי יכולתו של הדייר לדאוג לעצמו, ההגדרה האמורה "הוא מסוגל לדאוג לצרכיו האישיים ולנהל את משק ביתו, גם אם ניתן לו סיוע חלקי" (בסעיף 15 לחוק הדיור המוגן) פותחת פתח לפרשנות ולחילוקי דעות: מה זו עזרה "חלקית" לעומת "מרובה"? הסיבה שבגללה נזקק הזקן לעזרה, האם יש בה כדי למנוע את קבלתו? האם מותר לקבל דיירים עם ירידה קלה בתפקוד הקוגניטיבי? האם מותר לקבל דיירים עם היסטוריה של בעיות נפשיות, רקע פסיכיאטרי או דיכאון? דייר הסובל ממחלה אונקולוגית פעילה? דייר נכה המרותק לכיסא גלגלים וטוען כי זקוק הוא רק לעזרה חלקית? ועוד.

דיון ענייני בצורכי הדייר ובשאלה האם ייתן הבית מענה הולם לצרכיו עלול להיות מושפע משיקולים זרים (מבחינת הדאגה לדייר עצמו), למשל: האם הוא מתאים ל"צביונו" של הבית? האם יש לו מה "לתרום" לבית מבחינה תרבותית וחברתית? האם הוא ייצוגי? האם הוא "מצעיר" את הבית? מה יגידו הדיירים האחרים? מה יגידו חברי ועד הדיירים? שאלה נוספת עלולה להיות על מי ייפול עומס הטיפול בדייר מסוג זה ומהי יכולתו של הבית לתת מענה לצרכיו? אם הדייר עצמאי בתפקודו, אך חולה במחלה קשה וצפוי שייזקק לטיפול רפואי אינטנסיבי בעתיד, האם יוכל רופא הבית לתתו (מה גם שעל פי החוק לא חלה חובה להעסיק רופא כחלק מן התקן בבית הדיור המוגן, ותפקידו מוגדר כחבר בצוות הרב–מקצועי בלבד)? אם הדייר זקוק למעקב תרופתי וגם לטיפול סיעודי כמו חבישות או זריקות, הוא ייפול למעמסה על האחות, הנושאת בנטל הטיפול בכל דיירי הבית, והיא עלולה להתנגד לקבלת דייר עם צרכים מיוחדים. ההנהלה יכולה גם להגדיר צרכים רפואיים אישיים אלו של הדייר כ"טיפול מיוחד" או כ"עבודה נוספת" שמחובת הצוות לדווח עליהם למנהל לצורך גביית תשלום נוסף עבורם. דיווח זה מעורר שאלות מוסריות ודילמות בין נאמנות לדייר ובין נאמנות לארגון. העובד הסוציאלי הוא שבודק את רמת התאמתו של הדייר מבחינה חברתית ומנטלית לדיור המוגן. אם העובד הסוציאלי סבור כי הדייר לא ימצא את מקומו בחברת הדיירים, וכי צפוי חוסר הסתגלות לבית שעלול להביא לעזיבתו, העובד הסוציאלי יביע את עמדתו בוועדת הקבלה ויציין את הנזק הנפשי שעלול להיגרם לדייר בגין דחייה חברתית. אך עמדתו עלולה שלא להתקבל על דעת שאר חברי הוועדה אם דעתם היא שמתפקידו של העובד הסוציאלי "לתמוך בדייר ולמצוא לו חברים". יתר על כן, עמדה כזו של העובד הסוציאלי אף עלולה להיזקף לחובתו, וייתכן כי דילמת הנאמנות הכפולה שלו לדייר המועמד מחד גיסא ולארגון שבו הוא עובד מאידך גיסא תתבטא במידת נחישותו ועמידתו על דעתו גם כאשר סכנת הפיטורים משורות הארגון הנה מוחשית יותר בשל עצם העסקתו על פי חוזה אישי (לב, 2011).

אחת התחבולות הננקטות כדי להימנע מחילוקי דעות בין אנשי הצוות היא לכנס ועדת קבלה בהיעדר אחד החברים (למשל האחות או העובד הסוציאלי), לשוחח אתו בטלפון בלבד, ולאחר

התכנסות הוועדה להחתים אותו כמאשר, וזאת אף שהוא לא היה שותף להחלטת הוועדה בפועל. על כך העידה עובדת סוציאלית בזו הלשון: "יום אחד בשבוע אני לא עובדת, וביקשתי לא לקיים ועדות קבלה ביום זה, אבל מדי פעם זה קורה בלעדיי, ואומרים לי שזה היום היחיד שהתאים לדייר ולמשפחה ולא רצוי לדחות". מניפולציה זו מתבצעת במקרים שבהם מעמדו של איש הצוות שבוחרים להחליט בלעדיו אינו מבוסס וחזק דיו במוסד, וזאת בשל ותק או ניסיון הלוקים בחסר, או קשיים ביחסים בין-אישיים ועוד.

במקרים אחרים המנהל משוחח עם הדייר ומבטיח לו שיתקבל עוד לפני התכנסות הוועדה. הוא משתף כל איש צוות בנפרד ומכנס את הוועדה לאחר שכבר התקבלה ההחלטה, ובכך מרוקן הוא את תפקיד הוועדה מתוכן. גם כאשר מתגבשת בצוות חוות דעת מקצועית המקובלת על כל אנשי המקצוע מתוך ראיית טובתו של המועמד לדיור, היא עלולה שלא להתקבל על דעת מנהל הבית כאשר הוא מעוניין לבצע את העסקה, והוא יפעיל לחץ כדי לשנות אותה ו"לתת הזדמנות ל-3 חודשים". כאמור, העובד הסוציאלי - היודע מה המשמעות הרגשית והחברתית עבור זקן שיחליט להיפרד ולעזוב את ביתו, ואחר כך (בשל אי-התאמה) ימצא את עצמו מחוץ לבית הדיור המוגן - יתקשה להשלים עם החלטה שאינה עולה בקנה אחד עם ערכיו המקצועיים והוא ייאבק כנגדה, אך לא תמיד יוכל לשנותה.

תפיסת העולם הערכית והניהולית; הרקע המקצועי של המנהל (אם הוא בעל השכלה בתחום המקצועות הטיפוליים כמו עבודה סוציאלית או סיעוד, או שיש לו רקע ניהולי כמו לימודי כלכלה או מינהל עסקים); מידת הלחץ שמפעיל בעליו של הדיור המוגן על המנהל - כל אלה ישפיעו על עמדותיו של המנהל ועל מידת האוטונומיה שייתן לאנשי הצוות בנושא זה. דברים ברוח זו אמרה מנהלת בעלת הכשרה בתחום הסיעוד:

> אני מנהלת, אבל המקצוע שלי אחות, ואני מאוד סומכת על שיקול הדעת של הצוות המקצועי שלי. מה שאני בודקת בראש ובראשונה - מה מתאים לדייר והאם הצוות יכול לתת לו את הטיפול לו הוא זקוק. רק אחר כך באים האינטרסים הכלכליים, גישה כזו משרתת אותי לטווח ארוך כמקום אמין.

הצוות הרב-מקצועי מוסמך להוציא דייר מדירתו בשל אי-התאמה או שינוי במצבו הבריאותי של הזקן בבית הדיור המוגן. אין ספק כי מדובר בצעד קשה עבור הזקן ובני משפחתו, והצוות הרב-מקצועי דואג לדייר, מטפל בו ונוהג זהירות רבה בקבלת החלטה קשה וקיצונית זו. צוות הבית יתאמץ להעניק תמיכה טיפולית לדייר כדי שיוכל להישאר בדירתו, ויפעל להוצאתו רק כאשר יתרשם שנשקפת סכנה לחייו. דילמות יתעוררו במצבים קיצוניים כמו סוף החיים. כאשר דייר חולה במחלה סופנית וזקוק לטיפול פליאטיבי (טיפול תומך) בדירתו, הוא יבקש להמשיך לחיות בביתו עד הרגע האחרון, ובמקרים רבים זו תהיה גם בקשת המשפחה. בהקשר זה ייתכן שחילוקי דעות יתעוררו בישיבת הצוות לא בהכרח מסיבות מקצועיות, אלא מתוך עמדה הגנתית שמקורה ברצון למנוע סיכונים ותביעות משפטיות. ייתכן שתישמע התנגדות לבקשה בטיעון שלא ניתן לקבל אחריות לטיפול הרפואי בדייר בדירתו, והוא זקוק להשגחה רפואית רצופה, ולכן עליו לעבור להוספיס או למחלקה של סיעוד מורכב. העובד הסוציאלי, מתוך גישה הומנית, ירצה לכבד את רצונו של הדייר להישאר בדירתו עד הרגע האחרון, אך עלול למצוא את עצמו בדעת

יחיד. לעתים גם כאשר הצוות הרב–מקצועי מוכן לקבל על עצמו את האחריות, בשיתוף צוות ההוספיס של קופת החולים – הנהלת הבית תסרב לכך משיקולים של מניעת סיכונים, למשל: "זה עלול להיות תקדים, אנחנו לא בית חולים, מה יגידו הדיירים האחרים" וכו'. השילוב של דירה פרטית בתוך בית דירות שמעניק הגנה לדיירים רבים צופן בחובו מתח מובנה בין רצון הדייר ופרטיותו ובין צורכי כל הדיירים וכללי הדיור המוגן.

כך גם כאשר הצוות צריך לדון בהוצאת הדייר משום שנוכחותו בדירתו פוגעת בשאר הדיירים. נשאלת השאלה מהי פגיעה בדיירים אחרים? דייר שמסתובב בלילה בפרוזדורים ומפריע למנוחת דיירים אחרים (לבנשטיין ויקוביץ, 1995)? דייר שמדירתו עולים ריחות "רעים" או רעשים "חזקים"? דייר דחוי ש"מטריד" דיירים אחרים? מה שייראה בעיני איש צוות אחד כפגיעה בשאר הדיירים לא בהכרח ייתפס כך בעיני איש צוות אחר, והרצון של אנשי הצוות להעביר דייר יכול לנבוע מן העומס הכרוך בטיפול בו ולא בהכרח מן ההפרעה שהוא גורם לאחרים. וכדברי אחת העובדות הסוציאליות, "הבעיה שלי היא שהצוות עמוס ולא סבלני, מהר מדי הוא מגדיר את הדיירת כדמנטית, ואם כמה דיירים מתלוננים, מתחילים להגיד לי די, היא לא מתאימה, חייבים שהיא תעבור לדיור התומך". גם הדיירים בדיור המוגן (המשלמים במיטב כספם) מפעילים לחץ רב על הנהלת הבית במקרה ששלוותם מופרת, וזאת בטענות כגון "לא שילמתי כל כך הרבה כסף כדי שמישהו יפריע לי לנוח בצהריים". לחץ זה של אנשי צוות ודיירים, וכן האינטרס של הבית לשמור על מראה אטרקטיבי של איכות חיים בדיור מוגן פעיל שבו מתגוררים "דיירים בריאים ופעילים שנראים טוב" עלולים להשפיע על אנשי הצוות המקצועי ולהביאם לקבל החלטה להעביר דייר מהדיור העצמאי לדיור תומך או למחלקה לזקנים תשושים או אף למחלקה לזקנים תשושי נפש. הקונפליקט בין טובתו וזכויותיו של הדייר היחיד ובין טובת הכלל והרצון לשמור על צביון אחיד ו"שקט תעשייתי" ולרצות את הנהלת הבית בא לעתים לידי ביטוי בחילוקי דעות ערכיים ומעשיים בקרב אנשי הצוות הרב–מקצועי.

גם ההחלטה אם לאפשר הלנת מטפל זר הזמין 24 שעות ביממה בבית הדייר עלולה להיות מקור לקונפליקטים פנימיים וללחצים חיצוניים. הצורך של הדייר בסיוע יכול להיות מוסכם מבחינה מקצועית על הרופא, האחות והעובד הסוציאלי. לעתים גם דייר שאינו סיעודי לחלוטין רוצה לקבל "מטעמי נוחות" מטפל שיהיה זמין 24 שעות ביממה, ולעתים הדייר אכן במצב סיעודי ותלוי לחלוטין בזולת. בכל רמה של תלות בזולת עלול להתעורר קונפליקט עם אנשי הצוות הרב–מקצועי לגבי כל פתרון – אם עזרה של מטפלת מצוות הבית, אם אישור העסקת מטפל זר, אם המלצה על מעבר למחלקה סיעודית – והכול מתוך אינטרסים בלתי רלוונטיים לטיפול הטוב בדייר. השארת הזקן בדירתו עלולה לעורר התנגדות של האחות, אם הבית והמטפלות בשל העומס הכרוך בטיפול הדרוש לו. ייתכן שהעסקת עובד זר תעורר התנגדות הן של העובד הסוציאלי (בגין הצורך בפיקוח על העובד הזר) הן של הדיירים (שמתנגדים לכניסת עובדים זרים) הן של אנשי מקצוע אחרים כמו המשווק, רכז התרבות ואם הבית (משיקולי שיווק, היראות ונוחות). כל ההתנגדויות האלה יכולות ליצור לחץ על הצוות הרב–מקצועי שלא לאשר העסקת מטפל זר, ובצירוף שיקולים כלכליים של הנהלת הבית עלולות הן גם לכוון את אנשי הצוות הרב–מקצועי לבחור בפתרון של העברת הדייר למחלקה הסיעודית. מידת מוסריותה של החלטה כזאת יוצרת לעתים מתח בין אנשי הצוות האמונים על העמדת טובת הדייר לנגד

עיניהם, מה גם שבסופו של דבר צריך לבשר על ההחלטה לדייר ולבני משפחתו. דיון מקצועי, שותפות אמיתית בקבלת ההחלטה ובאחריות לה תחזק את הצוות, שמתפקד תמיד הן כצוות רב–מקצועי הן כצוות ניהולי בכיר.

5.3 בתי חולים גריאטריים.

אגף הגריאטריה במשרד הבריאות, המפקח על בתי החולים הגריאטריים, הוא בעל אוריינטציה רפואית כמו בבתי חולים כלליים, אך נוסף על כך הוא מדגיש את תפיסת האדם הזקן כאדם "שלם" (גישה כוללנית או הוליסטית) ואת תיאום הטיפול בין כל אנשי המקצוע לצורך הבטחת טיפול איכותי. החיבור שעושה אגף הגריאטריה במשרד הבריאות בין עבודת צוות רב–מקצועי ובין איכות הטיפול מבוסס על הידע הקיים בספרות המקצועית ובפרקטיקה גם יחד.

תפיסה זו של טיפול מיטבי באמצעות עבודת צוות באה לידי ביטוי בנוהל ייעודי בנושא עבודת צוות רב–מקצועי. מסמך זה מגדיר עבודת צוות רב–מקצועי כ"מתייחסת לכל ההיבטים של הטיפול ומתוך ראייה כוללנית של המטופל וצרכיו", וקובע כי "בכך מבטיחה עבודת צוות רב–מקצועי טיפול איכותי בכל צרכי המטופל ומשפחתו". הצוות הרב–מקצועי עצמו הוגדר שם כ"צוות הכולל את כל מקצועות הטיפול בבית החולים הגריאטרי: רפואה, סיעוד, עבודה סוציאלית, תזונה, פיזיותרפיה, ריפוי בעיסוק/תעסוקה" (משרד הבריאות, 2007ג).

נוהל זה קובע את ישיבת הצוות הרב–מקצועי כמנגנון העיקרי שבאמצעותו פועל הצוות. עוד קובע הנוהל שעניינו של מטופל חדש יידון לא יאוחר מחודש מאז קבלתו, ולפחות פעמיים בשנה דרך קבע, וכן כל אימת שמתרחש שינוי במצבו המצריך דיון. בישיבה ישתתפו כל חברי הצוות הרב–מקצועי, יגדירו את מטרת הישיבה, יעסקו הן בתכנית הטיפול שנקבעה בישיבה הקודמת הן במימושה, יתארו כולם (כל איש בתחומו) את מצבו העדכני של המטופל ויקיימו דיון בתכנית טיפול עדכנית. הנוהל אף מנחה לקיים ישיבת צוות רב–מקצועי "לא פחות מפעם בחודש" (משרד הבריאות, 2007ג).

מהם הקשיים שמעורר יישום נוהל זה בפועל? באופן כללי נציין כי מדובר בצוות רב–מקצועי גדול שקשה לכנס את כל חבריו לישיבות צוות ולתאם בין כולם. בשל השונות בין המחלקות וצורכיהן, אחוזי המשרה הנדרשת במקצועות הבריאות משתנים, ויש לכך השפעות על התקשורת השוטפת של חברי הצוות ועל השתתפותם בישיבות צוות רב–מקצועיות. מעמדו של איש צוות העובד במשרה חלקית ויכולתו להשפיע על הטיפול ולוודא שהנחיותיו מיושמות הם נמוכים. אמצעים כמו רשומה רפואית ממוחשבת הפתוחה לעיונם של כל חברי הצוות, מחברות קשר והעברת מידע בטלפון ובדואר אלקטרוני נועדו להתגבר על היעדרותו של איש הצוות, אך עדיין הקושי קיים – ואתו התסכול – במקרים שמתקיים דיון ומתקבלות החלטות בהיעדרו. מצב זה משתקף בדבריה הבאים של דיאטנית: "יש לי רק 30% משרה במחלקה, ולא תמיד אני מצליחה להגיע לישיבות הצוות, כי אני עובדת גם במקום אחר. אני נותנת הנחיות לאחות ולמטבח וכשאני מגיעה אני רואה שלא עשו כלום". התסכול גובר כאשר אנשי מקצוע אחרים – הרופא או האחות בדרך כלל – נותנים הנחיות טיפוליות במקום איש המקצוע הנעדר, כך שאנשי הצוות הרב–מקצועי "מסתדרים בלעדיו".

לרופא, לאחות ולעובד סוציאלי נקבעו תפקידים ייחודיים בנוהל ישיבות הצוות, וזאת נוסף על ההשתתפות בהן ככל איש מקצוע. הנוהל מורה להנהלת בית החולים למנות מתוך הצוות הבכיר מרכז קבוע לישיבות הצוות, והמנהל הרפואי יהיה אחראי לקיום ישיבת הצוות הרב–מקצועי וליישום כל תכניות הטיפול של כל אנשי הצוות. בנוהל המגדיר את תפקידי הרופא מפורט תפקידו בהקשר זה ומצוין (בסעיף 5.3.3 לנוהל) שהמנהל הרפואי יבטיח את קיום ישיבות הצוות הרב–מקצועי כנדרש וימנה מרכז לישיבות אלו (משרד הבריאות, 2007ד). כלומר יש פיצול בין אחריותו של מנהל הישיבה ובין זו של מרכז הישיבה, ופיצול זה יוצר קשיים מעשיים, כפי שיוצג בהמשך הדברים.

הפרופסיה המובילה במוסדות הגריאטריים הסיעודיים היא **הרפואה**, ולכן הנוהל מגדיר את מעמדו של המנהל הרפואי כמנהיג הצוות הרב–מקצועי. הרופא חתום על רישיון המחלקה, והוא האחראי כלפי משרד הבריאות לביצוע עבודת הצוות ולביצוע מעקב באשר ליישום תכניות הטיפול. תפיסתו של הרופא בדבר עבודת הצוות הרב–מקצועי ובדבר תרומתו וחשיבותו של כל איש צוות לטיפול תשפיע על אופייה של ישיבת הצוות הרב–מקצועי. רופא הרואה בכל שאר חברי הצוות אנשי מקצוע ראויים ושותפים חשובים לקבלת ההחלטות יוביל ליצירת אווירה של אמון, כבוד הדדי ושיתוף פעולה. יש לציין כי בשונה ממעונות לזקנים ולדיור מוגן, הגורם אשר לו שמורה זכות בלעדית להחליט על קבלת זקן לבית החולים הגריאטרי הוא הרופא.

במחלקות סיעודיות וסיעודיות מורכבות יש קשיים בשל הפיצול הקיים בין אשפוז סיעודי מורכב (במימון קופת החולים לפי התחייבות בטופס 17) ובין אשפוז סיעודי ("קוד" במימון משרד הבריאות). מטופל במחלקה סיעודית מורכבת שמצבו הרפואי השתפר והתייצב ובמקום סטטוס "סיעודי מורכב" הסטטוס שלו הוא "סיעודי" חייב לעבור למחלקה סיעודית, היות שקופת החולים לא תממן עוד את אשפוזו. בישיבת הצוות הרופא והאחות הם שמקבלים את ההחלטה על הסטטוס החדש, אך הטיפול בהשפעות ההחלטה מוטל על העובד הסוציאלי. עדותו של עובד סוציאלי מלמדת על מגוון לחצים היכולים לבוא מכיוונים שונים:

> המשפחה התחננה שניתן להם עוד יומיים–שלושה. עזרתי להם למלא את כל הניירת ל"קוד" וגם לעובד זר, אבל הם עוד לא קיבלו תשובה חיובית. הם לא מסוגלים לקחת את אימא אליהם [...] נכון שהודענו להם מראש, אבל צריך להתגמש במקרה הזה [...] זה היה ממש קשה לשכנע את האחות האחראית.

גם השאלה מי יודיע למשפחה על השחרור או על שינוי הסטטוס יכולה ליצור קונפליקט בין אנשי הצוות הרב–מקצועי. העובד הסוציאלי עשוי לטעון כי מאחר שההחלטה היא רפואית–תפקודית, התפקיד הוא של הרופא או של האחות, אך לעתים הם עשויים לדרוש כי האחריות הזאת תוטל על העובד הסוציאלי ולטעון לעומתו טענות כגון "בין כה וכה אתה תצטרך לטפל בזה, לך יש קשר עם המשפחה".

כאמור, המעבר מאשפוז סיעודי מורכב לאשפוז סיעודי כרוך בעלויות כספיות (מעבר ממימון קופת החולים לפי התחייבות בטופס 17 למימון באמצעות "קוד" של משרד הבריאות או מימון

פרטי). במקרים רבים **כל** אנשי הצוות עלולים להיות נתונים ללחצים קשים של משפחה שאינה מוכנה לקבל את הסטטוס החדש של המטופל הזקן.

קושי נוסף של העובד הסוציאלי הוא תפקידו כמסייע ב"בחירת מקומו הפיזי והחברתי של המטופל במוסד" (משרד הבריאות, 2007ב), ושותפותו להחלטות שעניינן העברת מטופל מחדר לחדר וממחלקה למחלקה (משרד הבריאות, 2007א). תפקיד זה אינו יוצר קושי מיוחד במחלקות לאנשים תשושים ובמחלקות סיעודיות יציבות שהן ביתו של הזקן, ומתאפיינות בתחלופת מטופלים נמוכה. אך התפקיד האמור קשה לביצוע במחלקות סיעודיות מורכבות שבהן תחלופת המטופלים רבה, ושיקולי המיקום הם בראש ובראשונה רפואיים: סיבת האשפוז, המחלה, והסטטוס. בישיבות צוות רב–מקצועי ייצג העובד הסוציאלי את העמדה הערכית של "הזדקנות במקום", אך השיקול הסוציאלי אינו השיקול הדומיננטי, ומידת ההשפעה שלו נמוכה. עם זאת, העובד הסוציאלי הוא שנדרש להכין את החולה ומשפחתו להעברה, וכך הוא מוצא את עצמו מייצג לעתים את הצוות בהחלטות שהוא עצמו אינו מסכים להן, ובלשונו של אחד העובדים הסוציאליים: "עד שהיא התרגלה לפינה שלה, וסידרו לה את הבגדים בארון, ושמה קצת תמונות ויש לה אישה נחמדה בחדר, היא חייבת לצאת לחדר אחר כי לחולה אחרת יש חיידק וצריך לעשות שינוי בחדרים".

גם מאפיינים אישיים משפיעים על ישיבות הצוות. בחלק מן המחלקות עובדים "רופאי בית" שאינם מומחים או שהנם רופאים הפועלים לפי המודל הרפואי המסורתי והשמרני, והם אינם מכירים בחשיבותם של מידע הבא מצוות רב–מקצועי וקבלת החלטות משותפות, וכדברי אחות בצוות: "הרופא מנהל את הישיבה גם אם חסר איש צוות. הוא מתרכז בטיפול הרפואי שלו, הבדיקות והתרופות, אומר לנו להציג בקצרה ורק אם זה ממש חשוב [...] ומסכם סיכום רפואי בלבד". על דברים אלו הוסיפה עובדת סוציאלית: "הרופא יכול לטפל לבד בזקן המאושפז, והוא לא תמיד צריך אותי. רק כשהוא רוצה שאדבר עם המשפחה ואפתור כל מיני בעיות הוא פונה אליי. אני, לעומת זאת, חייבת לקבל את המידע ממנו ומהאחות כדי לדעת איך לטפל". שתיהן ציינו: "ברור לכולנו שהפוסק האחרון הוא הרופא ועליו האחריות הטיפולית הכוללת".

במקרים אחרים, למשל כאשר הרופא עובד ביותר ממחלקה אחת או עובד בכמה מוסדות, **האחות** היא המנהלת בפועל את המחלקה. מינוי האחות כמנהלת המחלקה (האחראית כלפי ההנהלה) יכול להיות רשמי או להיווצר באופן בלתי רשמי מכוח מציאות שבה האחות מנהלת בפועל את הצוות על בסיס ותק, ידע וניסיון מקצועי, מיומנויות תקשורת וכישורי ניהול. במצב שבו לרופא ולאחות יש מעמד דומה יכולים להתעורר ביניהם מאבקי כוח ושליטה בישיבת הצוות, וזאת במסווה של חילוקי דעות מקצועיים לגבי קבלת זקן למחלקה, טיפול תרופתי, כמות הבדיקות הנדרשות ועוד. במצב דברים זה ההחלטות המקצועיות בעניינים אלו עלולות להיות מושפעות מאינטרסים של יוקרה ("מי מחליט") צורכי הצוות ("יהיה קשה מאוד לטפל בו") וצורכי הארגון המתמודד עם קשיי תפעול בשל תעריפי אשפוז נמוכים (שבגינם "חייבים לקבל אותו" או "יש לתת רק תרופות גנריות"). האינטרסים של ההנהלה והגיבוי שתיתן ישפיעו על יחסי הכוחות בין הרופא לאחות ועל המשקל שיינתן לעמדתו של כל אחד מהם בישיבת הצוות.

כפי שצוין בנוהל עבודת הצוות הרב–מקצועי, הרופא הוא האחראי לישיבות הצוות, אך הנהלת בית החולים תמנה **מרכז קבוע לישיבות הצוות** (משרד הבריאות, 2007ג). תפקיד המרכז

כולל ריכוז פניות מהצוות לצורך דיון על חולים, הודעה על שמות החולים שיידונו בישיבה, ניהול הרישום וקיום לוח מעקב שיבטיח את הבאת עניינו של כל מטופל לדיון במועד. הרישום בדיון יכלול את מטרת הדיון, דיווח מקצועי של כל איש צוות ותכנית טיפול, וכל אלה יסוכמו בתיקו הרפואי של המטופל. נוהל זה אינו קובע מי יהיה מרכז הישיבות, אך נמצאים רמזים לכך בשני נהלים בתחום העבודה הסוציאלית. הנוהל הראשון מגדיר את תפקיד העובד הסוציאלי בבית החולים הגריאטרי ומציין ש"העובד הסוציאלי מהווה חלק מצוות רב–מקצועי המטפל בהיבטים האישיים, המשפחתיים והחברתיים של המטופל להבטחת התייחסות הולמת לשיפור איכות חייו במסגרת המוסדית". עוד מוגדרת שם (בסעיף 7.7 לנוהל) משימתו של העובד הסוציאלי בצוות: "על העו"ס להיות שותף פעיל בדיוני הצוות הרב–מקצועי ושותף בתהליכי פיתוח הצוות והכשרה בין מקצועית תוך וחוץ מוסדית" (משרד הבריאות, 2007ב). הנוהל השני הוא נוהל ייעודי של העובד הסוציאלי בנושא עבודת הצוות, שם נכתב (בסעיף 4.4.1 לנוהל) כי "העו"ס שותף בישיבות הצוות על המטופלים. אם ימונה ע"י המנהל הרפואי, ירכז אותן" (משרד הבריאות, 2007א).

ניתן לומר כי הנהלים קבעו **כי המנהל הרפואי אחראי לקיום הישיבה וליישום החלטותיה, והעובד הסוציאלי מרכז את הישיבה** אם המנהל הרפואי החליט כך. חיזוק לקביעה שהעובד הסוציאלי אחראי לריכוז הישיבות נמצא גם בפירוט כלי הבקרה של אגף הגריאטריה במשרד הבריאות שפותחו לכל אחד מאנשי המקצוע. רק בכלי הבקרה של העובד הסוציאלי (בכל סוגי המחלקות) נבדקת עבודת הצוות הרב–מקצועי בהקשר תהליכי העברת מידע בצוות, קיום ישיבות בהתאם לנוהל, רישום שלהן, ואף היותן "ישיבות צוות המשקפות דיון רב–מקצועי".

במקרים שבהם העובד הסוציאלי הוא מרכז הישיבות עולות שאלות באשר **לגבולות אחריותו**: האם זו אחריות אדמיניסטרטיבית של ריכוז בקשות הצוות, הכנת רשימות חולים, מעקב וניהול פרוטוקול הישיבה? האם הוא אחראי גם להשתתפותם בפועל של אנשי הצוות בישיבה? מהי סמכותו כלפי חבריו לצוות שאינם משתתפים? האם הוא אחראי לביצוע תיעוד מקצועי של כל איש צוות? האם הוא אחראי לאיכות התיעוד? האם הוא רואה את עצמו כבעל סמכות להנחות, להעיר ולהדריך בנושא זה? האם חבריו לצוות רואים בו בעל סמכות כזו?

הטלת אחריות לריכוז ישיבות הצוות ולאיכותן ללא מתן סמכות פורמלית בצדה יוצרת קושי בביצוע המשימה ותסכול כשאין הצלחה, כפי שמעידה עובדת סוציאלית:

> מצד אחד אני מאוד שמחה שאני מרכזת את הישיבות כי אני חושבת שזה מתאים לנו, העובד הסוציאלי לומד להפעיל את הסביבה, לגייס משאבים, לחבר בין אנשים, זה במקצוע שלנו לעשות זאת ולראות ראייה רחבה את הזקן, המשפחה והסביבה. אבל מצד שני זה מתסכל כי אני לא רוצה להיות "שוטר" כל הזמן, להגיד לחברים שלי להגיע בזמן, לתעד כמו שנדרש וכל פעם לעצור את הרופא שיקשיב גם לנו [...] כולם יושבים ומדווחים בעל פה ומחכים שאני אכתוב ואתעד את הכול במחשב [...] לפעמים אני רוצה שמישהו אחר ירשום אז אומרים לי: רק את יודעת לסכם כמו שצריך [...] ובסוף המפקחת של משרד הבריאות שואלת אותי למה האחות לא דיווחה [...] מה, אני המנהלת שלה?

משרד הבריאות מוסמך להביע את דעתו לגבי תפקודו של העובד הסוציאלי באמצעות הטלת סנקציות: תיעוד של ישיבות הצוות הרב–מקצועי שנמצא חסר או לקוי בבקרות אגף הגריאטריה יביא להערות ולהורדת ציון לעובד הסוציאלי.

בישיבות הצוות באים לידי ביטוי ערכי המקצוע של כל איש צוות, נורמות התנהגות, עמדות אישיות ותפיסות טיפוליות שונות, ונחשפים **פערים לגבי נושאים רבים נוספים** כמו מידת האוטונומיה של החולה בנטילת סיכונים כנגד עמדת המוסד, שמירת הסודיות בקרב אנשי צוות לגבי מידע אישי של המטופל, אמירת האמת לחולה על מצבו הרפואי, קבלתן או דחייתן של בקשות בני המשפחה בנושא אמירת האמת למטופל כאשר הם משמשים כמטפל עיקרי אך לא כאפוטרופוס רשמי, היענות לדרישות החולה או המשפחה באשר לבדיקות רפואיות ולאבחונים פולשניים שהנם שנויים במחלוקת מבחינה רפואית, קבלת החלטות על טיפול פליאטיבי (טיפול תומך), הנחיות מקדימות וייפוי כוח רפואי ועוד.

נושא בפני עצמו הראוי לדיון נפרד הוא צוות רב–מקצועי של רופא, אחות ועובד סוציאלי שבשבתו כוועדה למניעת התעמרות במסגרת המוסדית – ובכלל זה אלימות פיזית או נפשית, ניצול כלכלי, הזנחה והתעמרות – מתמודד הוא עם קשת רחבה ביותר של התנהגויות. זאת, החל ביחס לא הולם, עבור באי–שמירת זכויות החולה וכלה באלימות לצורותיה השונות.

לסיכום, ישיבת הצוות הרב–מקצועי היא האמצעי המשותף לאבחון ולטיפול בזקנים במוסדות. פעולתה לטובת המטופל מצריכה אקלים מקצועי וארגוני סובלני ומכיל המאפשר שיתוף פעולה רב–מקצועי שבו מומחיותם של בעלי מקצוע שונים מועברת ומתואמת במטרה אחת משותפת – לענות על צורכי המטופל. מידת ההשפעה של כל איש צוות ותרומתו הייחודית לקבלת ההחלטות הטיפוליות תלויה במרקם היחסים והמשתנים האישיים של כל אחד מהם. צוותים שבהם יש מסורת של עבודה משותפת, קבלת החלטות בהסכמה מתוך פשרה, כבוד הדדי והבנה ימצאו את הדרך להתגבר על כל המחלוקות, הלחצים הפנימיים והלחצים החיצוניים עד למציאת הפתרון הטיפולי המיטבי עבור המטופל הזקן.

6. כיצד לפתח עבודת צוות יעילה ולקדמה?

כדי להגיע לעבודת צוות משולבת יעילה, הוליסטית ואינטגרטיבית נדרשים כמה תנאים:

- **חינוך לעבודת צוות כבר בשלב הלימוד של כל מקצוע:** קיימות מעט תכניות הכשרה המשותפות למספר מקצועות, אך הן הוכיחו את יעילותן כאשר הופעלו. תכניות הכשרה שבהן השתתפו רופאים, אחיות ועובדים סוציאליים כללו לימוד משותף בכיתה, טיפול רב–מקצועי משותף בזקנים חולים והצגת מקרה גריאטרי משותף בכיתה כחלק ממטלות הלימוד. המשתתפים בתכניות כאלו דיווחו על שינוי חיובי בתפיסת חשיבותה של עבודת הצוות הרב–מקצועי והשפעתה על איכות הטיפול בזקן, לרבות תפיסה היררכית פחות של הרופאים כמובילי הצוות (Zucchero, Hooker, Harland, Larkin, & Tunningley, 2011; Fulmer et al., 2005). הלימוד המשותף הוא הגורם לשינוי בעמדות. גם לפי השוואה בין שתי תכניות ללימוד עבודת צוות שנועדו לעובדים סוציאליים – האחת בשיתוף סטודנטים לרפואה, סיעוד ותזונה,

והאחרת ללא שיתופם של סטודנטים למקצועות אחרים – נמצא כי הסטודנטים לעבודה סוציאלית שלמדו עם סטודנטים למקצועות אחרים הגיעו להישגים גבוהים יותר הן בהבנת אנשי המקצוע האחרים הן בהבנת חשיבותה של עבודת הצוות (Bonifas & Gray, 2013).

- **הגדרתו והבהרתו של כל תפקיד בצוות והצגת ערכי המקצוע:** כדי להגיע לשיתוף פעולה יש לוודא שחוקיו של כל מקצוע יהיו ידועים לכל אנשי הצוות הרב–מקצועי, ותיווצר הסכמה באשר לערכים ולאתיקה של כל מקצוע, וזאת מתוך אמון ומתן כבוד (Bronstein, 2002). הרופא והאחות יכבדו את תפקידו של העובד הסוציאלי כמסנגר המייצג את המטופל ומשפחתו ומשמש להם כאוזן קשבת לבקשות ותלונות. העובד הסוציאלי מצדו יהיה בעל גישה פרקטית. לדוגמה, העובד הסוציאלי ייצג את רצונו של הזקן להתקלח בכוחות עצמו בלבד כביטוי של שאיפתו לאוטונומיה ולעצמאות תפקודית, אך הוא יכבד את עמדת האחות שתטען כי הזקן מסתכן כך בנפילה וכי יש לאפשר לו זאת בהדרגה ובהשגחת מטפל. העובד הסוציאלי יבקש הארכת אשפוז לצורך מציאת הסדר מוסדי, והרופא והאחות יתמכו בכך. כאשר העובד הסוציאלי בדיור המוגן ישתף את האחות בקבוצת קליטה לדיירים חדשים, היא תבין את קשיי ההסתגלות. מסירת מידע לאחות על יחס לא ראוי של מטפל בצירוף הבעת נכונות לטיפול משותף יביא לשיתוף פעולה בבירור התלונה.

- **מנגנונים משותפים קבועים, נוסף על ישיבות הצוות:** קביעת דפוסי עבודה משותפים נוספים יגבירו את שיתוף הפעולה. לדוגמה: ביקור משותף של רופא, אחות ועובד סוציאלי ליד מיטת המטופל, במועד ובתדירות שייקבעו מראש בהתאם לאפשרויותיהם של כל אנשי הצוות ולסוג המטופלים במחלקה, ביקור משותף קבוע של אחות ועובד סוציאלי בדירתו של הדייר או שיחה משותפת של הצוות עם בני משפחה מודאגים. עבודה מתואמת של העובד הסוציאלי והאחות, וקביעת מנהל הטיפול (Case manager) בגמישות לפי מאפייני המטופל הזקן ומתוך מיקוד הבעיה – יש בהם כדי לסייע בעבודת הצוות.

- **הדרכה משותפת:** במהלך העבודה חשוב לדאוג להדרכה ולהעשרה משותפות של הצוות, לרבות שימוש בסימולציות של מצבים מורכבים, אימון לתקשורת פתוחה ולמתן משוב, לניהול דיאלוג חיובי גם כאשר יש חילוקי דעות ולהתמודדות יעילה עם קונפליקטים. הענקת כלים ומיומנויות לתיאום העבודה יגבירו את יעילותם של כל אנשי הצוות וישפרו את עבודתם כצוות רב–מקצועי (Buljac-Samardzic, Dekker-van Doorn, van Wijngaarden, & van Wijk, 2010).

- **משתנים מבניים:** מיקומם הפיזי של חדרי הרופא, האחות והעובד הסוציאלי משפיע על יצירת יחסי עבודה קרובים. "אצלנו שלושת החדרים צמודים זה לזה והחדר שלי [של העובדת הסוציאלית] באמצע, וזה מצוין, כי אנחנו נכנסים אחד לשני כל הזמן ומתייעצים, אני קולטת הרבה מידע רק מהקשבה להם, והם פונים אליי כי אני שם לרשותם". מחלקה שבה החדרים מרוחקים זה מזה – או אף נמצאים בקומות נפרדות – עלולה להקשות את התקשורת השוטפת. "הציעו לי חדר בקומה למטה אבל אני סירבתי, מעדיפה להיות עם האחות באותו חדר, כי ככה אנחנו כל הזמן בקשר, מתעדכנות כל הזמן וגם פוגשות יחד משפחות". גם בדיור המוגן מיקום חדר הרופא, מרפאת האחות וחדר העובד הסוציאלי בסמוך יגבירו את הדיאלוג השוטף.

- **הקצאת מקום וזמן קבוע ומספק לישיבות הצוות:** כאשר ישיבות אנשי הצוות מתקיימות דרך קבע במקום פיזי ייעודי המתאים להתכנסות, וזאת ביום ובשעה קבועים הידועים לכולם מראש, וכאשר מוקדש מספיק זמן לישיבות, תיווצר אווירה חיובית ואנרגיה חיובית של שיתוף פעולה להשגת מטרות הטיפול (Emery et al., 2011). הקצאת זמן המספיק הן לדיון משמעותי בכל מטופל ומטופל הן למפגש לא פורמלי הכולל שיחות חולין וכיבוד קל תשרה אווירה של הקשבה וכבוד הדדי.

- **הנהלה תומכת:** כאשר ההנהלה מגייסת אנשי מקצוע עליה להקשיב להם בבואם להגדיר את תפקידם, את ערכיהם ואת המצפן המקצועי שלפיו הם פועלים, והם מצדם מחויבים להצהיר לפניה על משנתם המקצועית ללא חשש. ההנהלה צריכה לראות את התועלת לטווח ארוך שיש בצוות מקצועי ערכי בהקשר שביעות רצונם של הדיירים והמטופלים והאווירה הכללית. הנהלה תומכת תתגאה במוניטין שייצור הצוות עבור המוסד הן בקהילה המקצועית כולה הן בקרב קבוצה רחבה, ותבין שאין שיווק טוב ממנו. הנהלה תומכת תשתף כל אחד מאנשי הצוות ברציונל של קבלת החלטה בניגוד לעמדת שאר חברי הצוות, ותקבל על עצמה את האחריות הניהולית לתוצאות. ההנהלה תעשה כל מאמץ כדי לסגל לעצמה התנהלות ערכית והומנית העולה בקנה אחד עם עמדת הצוות המקצועי.

- **יחסים לא פורמליים מחוץ לשעות העבודה:** פעילויות של "גיבוש צוות"; מפגשים מחוץ לשעות העבודה; חגיגת שמחות ואירועים אישיים ושותפות גם במצבים אישיים קשים – אין כמותם כדי לקרב בין אנשים. סוף כל סוף מקום העבודה הוא "הבית השני", שבו העובדים נמצאים שעות רבות ומחפשים משמעות וערך עצמי. במיוחד במוסדות לזקנים, שבהם מתמודדים עובדים מדי יום עם חולי, מוגבלות קשה ומוות – המפגש הבין-אישי והתמיכה ההדדית של החברים לעבודה הם שהופכים את מקום העבודה למקום בעל ערך שאליו באים ברצון בכל בוקר, ובו חילוקי דעות מקצועיים נידונים בכבוד ובהערכה הדדית.

כללו של דבר, התקיימות תנאים אלו תביא להתפתחות של עבודת הצוות מעבודת צוות רב-מקצועית לעבודת צוות טרנס-מקצועית, וזאת מתוך פתיחות מרבית, מנהיגות שיתופית, גמישות תפקודית, דינמיות בביצוע המשימות וראייה הוליסטית רחבה הממוקדת בטובת הזקן.

ביבליוגרפיה

בנטור, נ', שטרנברג, ש', ספלטר, ט', למברגר, י' ושרון, א' (2011). *מרפאות להערכה גריאטרית כוללנית בישראל*. ירושלים: מאיירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל.

ברג-ורמן, א', בנטור, נ', ברודסקי, ג'' וברקמן, פ' (2013). הגורמים הקשורים להחלטה של בני המשפחה להעביר זקן למוסד סיעודי וחלקם של שירותי הבריאות בקהילה בהחלטה זו. *גרונטולוגיה וגריאטריה, מ*(4), 28-13.

ברודסקי, ג'', שנור, י' ובאר, ש' (עורכים). (2013). *קשישים בישראל: שנתון סטטיסטי*. ירושלים: משאב.

גרין, ו' ואיילון, ל' (2012). השיח הבין-דורי במעבר לדיור מוגן לזקנים. *גרונטולוגיה וגריאטריה, לט*(3), 31-55.

דורון, י' וקורן, ח' (2005). תפקיד העובד הסוציאלי במעונות לזקנים עצמאיים ותשושים: פרספקטיבה של 20 שנה. *גרונטולוגיה, לב*(1), 61-39.

חוק הדיור המוגן, התשע"ב-2012.

הרשקוביץ, א' ושצמן, ח' (2008). *מדריך וושינגטון: גריאטריה*. נורדיה: ידע ספרות אקדמית.

לב, ש' (2011). *דילמת המחויבות של העובד הסוציאלי במוסד הסיעודי (עבודה לשם קבלת תואר מוסמך)*. אוניברסיטת בר-אילן, רמת גן.

לב, ש' ואיילון ל' (2014). מודל דילמת המחויבות של עובד סוציאלי במוסד סיעודי. *חברה ורווחה, לד*(2), 279-259.

לבנשטיין, א' ויקוביץ, א' (1995). *הזקן, המשפחה והמסגרת המוסדית: סוגיות ושיטות התערבות*. תל אביב: רמות.

לונטל-שחורי, מ' ולונטל, א' (2012). צוותים בין-מקצועיים בעבודה סוציאלית ובשירותי אנוש. בתוך מ' חובב, א' לונטל וי' קטן (עורכים), *עבודה סוציאלית בישראל* (עמ' 351-335). תל אביב: הקיבוץ המאוחד.

משרד הבריאות. (2007א). השתלבות העו"ס בצוות הרב-מקצועי. בתוך *קובץ נהלים לבית חולים גריאטרי: נוהלי עבודה סוציאלית (נוהל מס' 4.0.4)*. נדלה מתוך http://www.health.gov.il/download/ng/4_0_4.pdf

משרד הבריאות. (2007ב). מרחב תפקידי עו"ס בבי"ח והגדרת תפקידיו. בתוך *קובץ נהלים לבית חולים גריאטרי: נוהלי עבודה סוציאלית (*נוהל מס' 4.0.1). נדלה מתוך http://www.health.gov.il/download/ng/4_0_1.pdf

משרד הבריאות. (2007ג). עבודת צוות רב-מקצועי. בתוך *קובץ נהלים לבית חולים גריאטרי: נוהלי רוחב (נוהל מס' 0.4.5)*. נדלה מתוך http://www.health.gov.il/download/ng/0_4_5.pdf

משרד הבריאות. (2007ד). תפקידי המנהל הרפואי ורופא הבית. בתוך *קובץ נהלים לבית חולים גריאטרי: נוהלי רפואה (נוהל מס' 1.1.1)*. נדלה מתוך http://www.health.gov.il/download/ng/1_1_1.pdf

חוק הפיקוח על מעונות, התשכ"ה-1965.

תקנות הפיקוח על מעונות (תנאי המגורים וטיפול בזקנים עצמאיים ותשושים במעונות לזקנים), התשס"א-2001.

פרוינד, ע' ובר אילן, ל' (2005). מחויבות לארגון, שחיקה ושביעות רצון בקרב עובדים סוציאליים בארגוני רווחה קהילתיים וטוטליים המטפלים בקשישים. *גרונטולוגיה, לב*(1), 105-81.

פרוינד, ע' ודרך–זהבי, ע' (2005). אפקטיביות הצוות הבין–מקצועי: מיתוס או מציאות? השפעת גורמים אישיים וארגוניים על העבודה בצוותים בין מקצועיים במערכת הבריאות בקהילה. *ביטחון סוציאלי*, 68, 101–70.

קפלן, א' (2013). *מבוא לגן עדן: חיים באתר עכשווי של זִקנה*. תל אביב: רסלינג.

Abramson, J. S., & Mizrahi, T. (2003). Understanding collaboration between social workers and physicians: Application of a typology. *Social Work in Health care, 37*(2), 71-100.

Bodenheimer, T., Wagner, E. H., & Grumbach, K. (2002). Improving primary care for patients with chronic illness: The chronic care model (part 2). *The Journal of the American Medical Association,* 288, 1909-1914.

Bonifas, R. P., & Gray, A. K. (2013). Preparing social work students for interprofessional practice in geriatric health care: Insights from two approaches. *Educational Gerontology*, 39, 476-490.

Boorsma, M., Frijters, D. H. M., Knol, D. L., Ribbe, M. E., Nijpels, G., & van Hout, H. P. J. (2011). Effects of multidisciplinary integrated care on quality of care in residential care facilities for elderly people: A cluster randomized trial. *Canadian Medical Association Journal, 183*(11), E724-E732.

Bradley, E. H., Bogardus, S. T., van Doom, C., & Williams, C. S. (2000). Goals in geriatric assessment: Are we measuring the right outcomes? *The Gerontologist, 40*(2) 191-196.

Bronstein, L. R. (2002). Index of interdisciplinary collaboration. *Social Work Research,* 26(2), 113-123.

Bronstein, L. R. (2003). A model for interdisciplinary collaboration. *Social Work Research, 48*(3), 297-307.

Buljac-Samardzic, M., Dekker-van Doorn, C. M., van Wijngaarden, J. D. H., & van Wijk, K. P. (2010). Interventions to improve team effectiveness: A systematic review. *Health Policy, **94***, 183-195.

Choi, B. C. K., & Pak, A. W. P. (2006). Multidisciplinarity, interdisciplinarity, and transdisciplinarity in health research, services, education and policy: 1. Definitions, objectives, and evidence of effectiveness. *Clinical and Investigative Medicine, **29***, 351-364.

Emery, E. E., Millheiser, A., Garcia, C. M., Marquine, M. J., & Golden, R. (2011). Community long-term care teams: Assessing team fitness. *Clinical Gerontologist, 34*(5), 355-366.

Fulmer, T., Flaherty, E., & Hyer, K. (2004). The Geriatric Interdisciplinary Team Training (GITT) program. *Gerontology & Geriatrics Education, 24*(2), 3-12.

Fulmer, T., Hyer, K., Flaherty, E., Mezey, M., Whitelaw, N., Jacobs, M. O., et al. (2005). Geriatric interdisciplinary team training program: Evaluation results. *Journal of Aging and Health, 17*(4), 443-470.

Goldsmith, J., Wittenberg-Lyles, E., Rodriguez, D., & Sanchez-Reilly, S. (2010). Interdisciplinary geriatric and palliative care team narratives: Collaboration practices and barriers. *Qualitative Health Research, 20*(1), 39-104.

Hyer, L., Babcock, C. W., Robinson, L. E., & Ackermann, R. (2011). Transitions model: Melding of psychotherapy and palliative care using teams. *Clinical Gerontologist, 34*(5), 379-398.

Johansson, G., Eklund, K., & Gosman-Hedström, G. (2010). Multidisciplinary team, working with elderly persons living in the community: A systematic literature review. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy, 17*, 101-116.

Leipzig, R. M., Hyer, K., Ek, K., Wallenstein, S., Vezina, M. L., Fairchild, S., et al. (2002). Attitudes toward working on interdisciplinary healthcare teams: A comparison by discipline. *Journal of the American Geriatrics Society, 50*, 1141-1148.

Molinari, V. (2011). Special section: Interdisciplinary teamwork in long-term care settings. *Clinical Gerontologist, 34*(5), 353-354.

Mukamel, D. B., Temkin-Greener, H., Delavan, R., Peterson, D. R., Gross, D., Kunitz, S., & Williams, T. F. (2006). Team performance and risk-adjusted health outcomes in the Program of All-inclusive Care for the Elderly (PACE). *The Gerontologist, 46*(2), 227-237.

Tanaka, M. (2003). Multidisciplinary team approach for elderly patients. *Geriatrics and Gerontology International, 3*, 69-72.

Vongxaiburana, E., Thomas, K. S., Frahm, K. A., & Hyer, K. (2011). The social worker in interdisciplinary care planning. *Clinical Gerontologist, 34*(5), 367-378.

Zucchero, R. A., Hooker, E. A., Harland, B., Larkin S., & Tunningley, J. (2011). Maximizing the impact of symposium to facilitate change in students attitudes about interdisciplinary teamwork. *Clinical Gerontologist, 34*(5), 399-412.

פרק ז:
מיקור חוץ (Outsourcing) במוסדות לזקנים בישראל

יואל שפרלינג

רשימת הדיאגרמות

דיאגרמה 1: התוצר המקומי הגולמי במגזר העסקי בישראל לפי ענף כלכלי 2009–1999 במיליוני ש"ח במחירי שנת 2005

דיאגרמה 2: חלקם של תתי–הענפים בתחום השירותים בסך התוצר בישראל נכון לשנת 2009

דיאגרמה 3: התוצר המקומי הגולמי העסקי בהתפלגות לפי ענף כלכלי ראשי – השוואה בין–לאומית לשנת 2007

מבוא

מיקור חוץ (Outsourcing), משמעותו התקשרות ארוכת טווח והעברת כל האחריות לנותן השירות. במילים אחרות, הארגון מוותר על פעילות קבועה שנעשתה בו. הדברים מתנהלים על בסיס של רווח הדדי. השיטה קשורה לתהליכי **ההפרטה** במשרדי הממשלה ובחברות ציבוריות, והיא אף קשורה **לגלובליזציה** – עם התרחבות התופעה של חברות בין–לאומיות המתמחות בתחומים מסוימים ומציעות את שירותיהן לחברות אחרות (האקדמיה ללשון העברית, 2012). שיטה זו מאפשרת לארגון להתמקד בתחום התמחותו, להשקיע בכך את מרב המשאבים ולקיים מוטת שליטה יעילה באגפיו היצרניים (מיקור חוץ, 2006).

השימוש במיקור חוץ גבר בשלהי המאה ה–20 עם התפתחות תעשיית ההיי טק ומערכות המידע והכלכלה העולמית, ועם היווצרות "הכפר הגלובלי". שיטה זו נתנה מענה לצורך הקריטי לקצר את זמני התגובה לשינויים בסביבה עסקית דינמית ובלתי צפויה, לחסוך בעלויות, לעבוד "מסביב לשעון" ולהעסיק עובדים מיומנים בעלויות מינימליות. בארצות הברית למשל הרווח שצמח ממיקור חוץ של שירותים באמצעות פנייה אל נותני שירותים מחוץ לארצות הברית הסתכם ביותר מ–60 מיליארד דולר בשנת 2004 (Chakrabarty, 2006). בעידן זה – שבו ניתן לשווק מכל מקום, לממן מכל מקום ולייצר בכל מקום – אין עוד צורך במבנה הריכוזי המסורתי שבו כל האגפים נמצאים תחת קורת גג אחת. במיקור חוץ נבחנות כלל פעילויות הארגון, וביצוען של אלו שאינן פעילויות ליבה מועבר אל חברות משנה, קבלנים חיצוניים, ארגונים מומחים וכו'. כך נחסכות התשומות שאותן משקיע הארגון, והוא מתפנה לעיסוק בענייני הליבה שלו.

שיטות נפוצות לבחירת חברה לצורך השימוש במיקור חוץ הן מכרז או הזמנה להגיש הצעות. הארגון מגדיר את סוגו ואופיו של השירות אשר לו הוא זקוק ומפרסם מכרז חיצוני. התחרות שנוצרת בין מספר חברות כאשר המכרז נעשה בצורה נכונה מבטיחה בדרך כלל רמת שירות גבוהה ומחיר נמוך.

מאמר זה בוחן את יסודות המפתח הטמונים בשליטה בפעילויות הליבה ובתהליכים עסקיים אסטרטגיים במוסדות לזקנים מתוך השגת יתרונות מרביים באמצעות ניצול נקודות החוזק של הספקים השונים. יוצגו כאן מודלים שונים של אספקת שירותים (מיקור פנים מול מיקור חוץ וכו') מתוך דיון ביקורתי ביתרונותיו ובחסרונותיו של כל אחד מהמודלים, וכן תוצג מערכת השיקולים בקבלת ההחלטה לבחור במודל זה או אחר. בבחינת השיקולים האלה תידון גם נקודת מבטם של הדיירים במוסדות לזקנים בישראל – מה טוב יותר עבורם ומה נחוץ כדי לשפר את איכות חייהם.

1. מיקור חוץ – סקירה תיאורטית

1.1 הגדרות תחום אספקת השירותים.

שירות מורכב באופן בסיסי ממישהו שמבצע דבר מה עבור מישהו אחר תמורת תשלום. תחומי השירותים יכולים להיות שירותי הסעות או אספקת סחורות, שירותי טיפול, ייעוץ, ניקיון וכו', אך העיקר הוא שהשירות כולל עשיית פעולה או דבר מה היוצר ערך עבור הארגון ונצרך בסמוך לזמן הייצור או השירות (סגל, בוכניק וברזני, 2012).

על פי נתוני הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (2015), סיווג ענפי השירותים הוא על פי הפעילות הכלכלית העיקרית של החברה. הסיווג האחיד של ענפי הכלכלה על פי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (2011) עוסק בשלוש חלוקות עיקריות:

1. ענפי המסחר והשירותים במגזר העסקי:

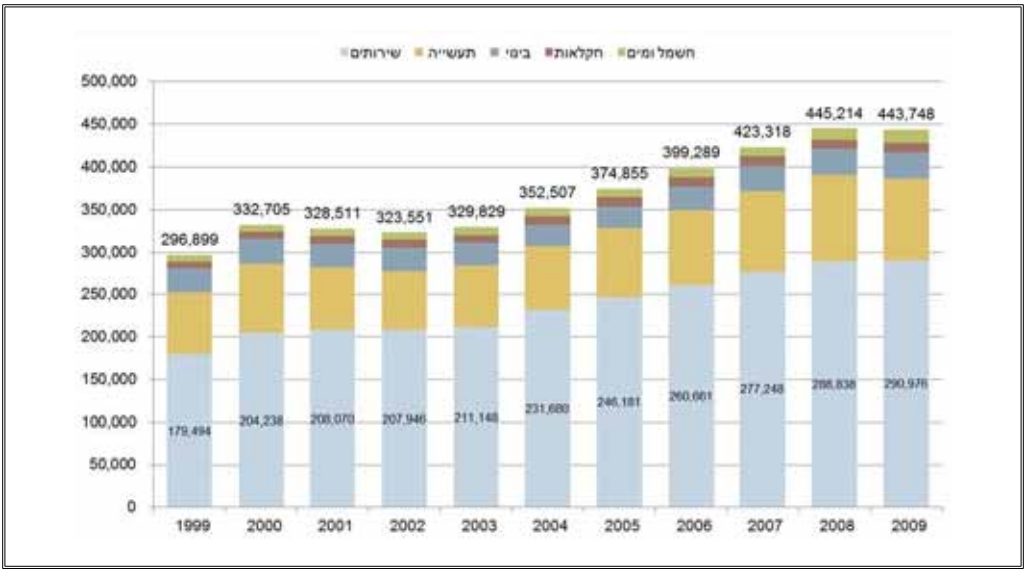
- מסחר בסיטונות ובקמעונות, תיקון כלי רכב מנועיים, אופנועים, קטנועים וטובין לשימוש אישי וביתי
- שירותי אירוח והסעדה
- תחבורה, אחסנה ותקשורת
- בנקאות, ביטוח ושירותים פיננסיים אחרים
- נכסי דלא ניידי, פעילויות השכרה ושירותים עסקיים

2. ענפי השירותים במגזר הציבורי:
   - מינהל ציבורי
   - חינוך, שירותי בריאות ושירותי רווחה וסעד
   - שירותים קהילתיים, חברתיים, אישיים ואחרים
   - שירותים למשקי הבית באמצעות גורמים פרטיים
3. בינוי

סיווג נוסף של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה עוסק בייצוא של שירותים עסקיים המתבסס על סוג השירות. למשל, שירותי מחקר ופיתוח יכולים לספק הן חברות הזנק הן חברות תעשייתיות הן מוסדות חינוכיים (כגון אקדמיה).

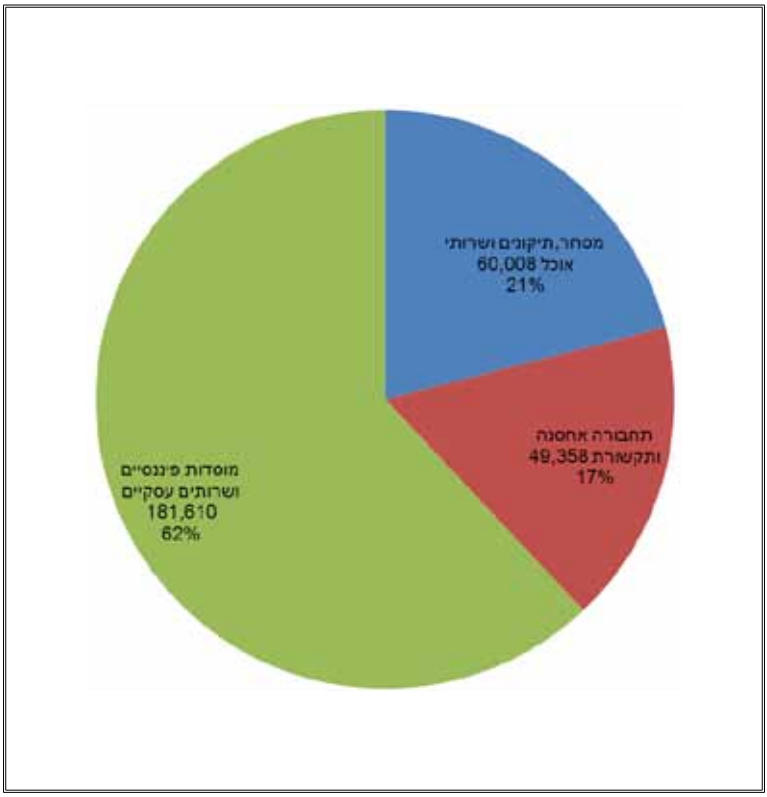
בדיאגרמה 1 להלן ניתן לראות כי לענף השירותים בישראל חלק ניכר ומרכזי בתוצר המקומי הגולמי העסקי בישראל, וכי התוצר העסקי בענף השירותים בשנת 2009 עמד על 290,976 מיליוני ש"ח (גידול של 62% לעומת 179,484 בשנת 1999). עוד ניתן לראות שם כי בשנת 2009 ענף השירותים היה 65% מסך התוצר המקומי הגולמי לעומת 60% בשנת 1999.

דיאגרמה 1: התוצר המקומי הגולמי במגזר העסקי בישראל לפי ענף כלכלי 2009–1999 במיליוני ש"ח במחירי שנת 2005 (סגל ואחרים, 2012)



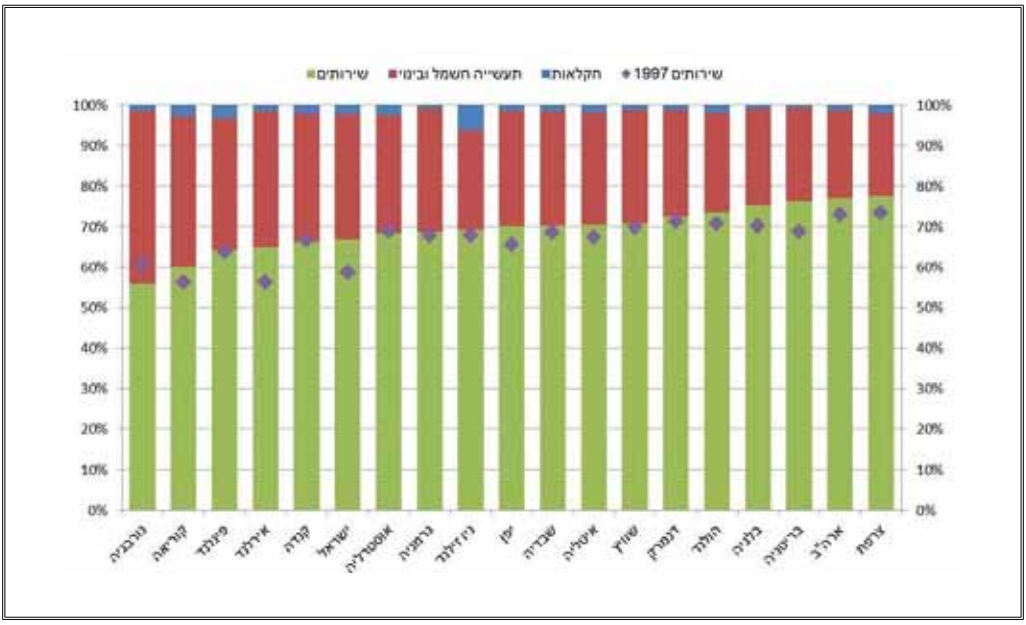
בחינת התפלגות הענפים בסך התוצר מצביעה על תרומתם הבולטת של המוסדות הפיננסיים והשירותים העסקיים, שהנם חלק הארי של אספקת השירותים (וראו להלן דיאגרמה 2).

דיאגרמה 2: חלקם של תתי–הענפים בתחום השירותים בסך התוצר בישראל נכון לשנת 2009 (סגל ואחרים, 2012)



בהשוואה בין–לאומית ניתן לראות להלן בדיאגרמה 3 כי בשנת 2007 היה חלקו של ענף השירותים בישראל כ–66.7% מהתוצר המקומי הגולמי (גידול של 31.8% לעומת שנת 1997). המדינות שבהן שיעור ענפי השירותים בתוצר המקומי הגולמי היה הגבוה ביותר הן צרפת (77.4%) ארצות הברית (67.9%) ובריטניה (67.3%). עוד ניתן לראות בדיאגרמה 3 כי בעשור האחרון עלה שיעור ענפי השירותים בתוצר המקומי הגולמי בכל המדינות המוצגות בגרף פרט לאוסטרליה ולנורבגיה.

דיאגרמה 3: התוצר המקומי הגולמי העסקי בהתפלגות לפי ענף כלכלי ראשי – השוואה בין-לאומית לשנת 2007 (סגל ואחרים, 2012)



1.2 מהות שירותי מיקור חוץ של תהליכים עסקיים.

המונח "מיקור חוץ בתהליך עסקי (BPO - Business Process Outsourcing)" הוא מונח רחב הדן במיקור חוץ בתחומי עיסוק רבים של חברות וארגונים. ניתן להגדירו ככריתת חוזה עם גורם אחר לצורך ביצועו וניהולו של תהליך עסקי אחד או יותר של הארגון (Mukherjee, 2008). הגדרה טכנית יותר של מיקור חוץ היא מינוף יתרונות טכנולוגיים או אחרים של גורם חיצוני, וזאת כדי לספק צורך בניהול יעיל יותר של תהליכים עסקיים בארגון. מיקור חוץ של תהליכים עסקיים מתרחש כאשר ארגון מעביר את האופטימיזציה של תהליכים עסקיים לצד שלישי שמבצע פעילות המבוססת על סדרה של מדדי ביצוע שנקבעו מראש. תהליכים עסקיים אופייניים המבוצעים באמצעות מיקור חוץ הנם מוקד טלפוני, אספקה וניהול משאבי אנוש, כספים ופונקציות חשבונאיות, שמירה וביטחון, ניקיון, הסעדה, תחזוקה, גינון ועוד.

1.3 דגמים של אספקת שירותים במיקור חוץ.

מיקור חוץ הוא שם כללי בעברית לתת–קבוצות של מיקור חוץ. בצד דגם ה–Outsourcing, הדגמים העיקריים שבהם עוסקת הספרות המקצועית הם ה–Offshoring וה–Offshore-Outsourcing. בסקירת נושא מיקור חוץ של תהליכים עסקיים נעמוד על ההבדלים הטכניים החשובים בין הדגמים.

מיקור חוץ הנו שימוש אסטרטגי במשאבים חיצוניים שבו מעביר הארגון פונקציות מסוימות לספקי שירות מקצועיים ויעילים ההופכים למעין "שותפים עסקיים". הדבר נעשה באמצעות חוזים ארוכי טווח לצורך ביצוע פעילויות שבאופן מסורתי הצריכו צוותים ומשאבים פנימיים. פעילויות אלו מוגדרות כפעולות שאינן פעילויות ליבה כגון עבודות ייצור פנימי בתוך עסק, אלא הן פעילויות משנה המועברות לגורם חיצוני (כגון קבלן משנה) המתמחה בתחום זה, ועמן נמנות גם פעילויות כמו ניהולה וביצועה היומיומיים של פונקציה עסקית על ידי ספק שירות חיצוני.

מונח הקשור למיקור חוץ הוא Offshoring, שעניינו העברת עבודה למדינה אחרת. יש דמיון בין Offshoring ובין Outsourcing כאשר חברות מעבירות עבודה לקבלני משנה, והם מבצעים אותה במדינה אחרת. Offshoring יכול להיות מוגדר כהעתקה של תהליכים עסקיים לחו"ל (Mukherjee, 2008).

Offshore-Outsourcing הוא הדגם של העסקת גורם חיצוני כדי לבצע את הפונקציות העסקיות – כולן או חלקן – במדינה אחרת מזו שבה המוצר או השירות יימכר או ייצרך. זאת, בשונה מ–Offshoring, שבו הפונקציות מבוצעות בדרך כלל באמצעות חטיבה של הארגון עצמו או חברת בת זרה שלו. אך לשם העקביות ניתן לומר כי בפועל עניינו של המונח "מיקור חוץ" בהקשר הארגוני הוא העברת פונקציה ארגונית לצד שלישי. בתעשיית טכנולוגיות מידע ותקשורת (מידע, תקשורת וטכנולוגיה) היתרון העיקרי שמניב Offshore-Outsourcing הוא הפחתת עלויות. על פי ההערכות, העלויות יכולות להיות מופחתות לכדי 40% ולעתים לכדי 70% ביעדים כגון הודו, סין והפיליפינים. חיסכון בעלויות אלו מיוחס ישירות בעיקר לעלות עבודה מופחתת, אך גם להפחתת עלויות עסקיות אחרות (Mukherjee, 2008).

דגמים נוספים הם Nearshore-Outsourcing ו–Nearshore-Outsourcing. Out-tasking הוא סוג של מיקור חוץ שבו פונקציות עוברות לאתר שבו הן זולות יותר, אך הוא נמצא במקום קרוב למדינה של הארגון. במקרה של ארצות הברית למשל הכוונה היא לפעילות שהועברה לקנדה או למקסיקו. Out-tasking עוסק בהעברת סגמנט צר של העסק לגורם חיצוני, ובדרך כלל נעשה הדבר על בסיס חוזה שנתי או לטווח קצר אף יותר (Mukherjee, 2008).

1.4 מגמות עולמיות במיקור חוץ של אספקת שירותים.

מיקור חוץ הפך למילת מפתח פופולרית בעולם העסקים והניהול בתחילת שנות ה–90, וזאת בעיקר בשל גידול במספר חברות ההיי טק, שלעתים קרובות לא היו גדולות דיין כדי להפעיל מחלקות שירות לקוחות עתירות כוח אדם. חברות אלו שכרו לעתים כותבים טכניים ומתרגמים כדי לפשט את הוראות השימוש של המוצרים והשתמשו בחברות כוח אדם כדי למצוא כוח אדם

זמני וזול שיבצע את משימות התמיכה הטכנית ושירות הלקוחות. בסוף שנות ה–90, בעקבות החשש משיבושי תאריכים בבוא שנת 2000 ("באג אלפיים") בשילוב התנפחות בועת החברות מתחום האינטרנט ("חברות הדוט קום"), נוצר מחסור גדול באנשי היי טק בארצות הברית. חברות העבירו להודו משימות משרדיות כגון ניהול תקציבי משכורות, רישומים ופיתוח תכנה. התפתחות האינטרנט וכן הצורך לקצץ בעלויות בתקופת המיתון – שהחל עוד לפני הפגיעה הכלכלית שגרמו פיגועי 11 בספטמבר 2001 והעמיק מאז – הביאו להרחבתם של שירותי מיקור החוץ (Chakrabarty, 2007).

1.5 יתרונותיו וחסרונותיו של מיקור החוץ.

כדי להבין טוב יותר את הגאות במיקור חוץ ובהשפעתו על מדינות שונות, כדאי לבחון את היתרונות השונים והחסרונות האפשריים של מיקור חוץ. חלק מן הסיבות העיקריות לבחירת ארגונים במיקור חוץ הן קבלת מומחיות, כישורים וטכנולוגיות; הגדלת הגמישות; שיפור הביצועים והאמינות; הפחתת העלויות (בעיקר עלויות התקורה) וההשקעות בנכסים; הרחבת קיבולת העבודה והאצת ההתרחבות; הגדלת ערך המוצר והשירות, שביעות רצונם של הלקוחות וערך המניות (PricewaterhouseCoopers, 2012). הגורמים הנפוצים ביותר להחלטה לבחור במיקור חוץ בדגם Offshore-Outsourcing הם האחדה של אסטרטגיית מיקור חוץ גלובלית ואסטרטגיית הארגון; חיסכון בעלויות כגון פיצויים, מס, רגולציה, תשתיות (ובכלל זה תקשורת); זמינות, ניסיון וכישורים של כוח העבודה; חינוך ויכולות שפה; יציבות גיאופוליטית; תשתיות מדינה; דמיון תרבותי או פיתוח יכולת הסתגלות; אבטחה של קניין רוחני; מחירי שערי חליפין נוחים (Ling, 2004).

יש לציין כי חסרונותיה של שיטת מיקור החוץ הם תחרותיות גבוהה מאוד ופעולה על בסיס רווחים נמוכים במחזורי מסחר גבוהים. זאת ועוד, שיעור שחיקה גבוה של כוח אדם יוצר מחסור בכוח אדם, וגם מחסור זה כשלעצמו משפיע על איכות השירות. אחת הדילמות הנפוצות ביותר של מיקור חוץ, מקורה בסירוב של חברות לחלוק את סודותיהן המקצועיים אף כי הדבר אינו עולה בקנה אחד עם רצונן לבנות תהליכים בשקיפות. המתנגדים למיקור חוץ מצביעים על כך שמיקור חוץ, הנראה כהזדמנות לא רק בעיני תאגידים, מעביר עבודות לחו"ל ופוגע בתעסוקה המקומית ובהשקעה המקומית. עם חסרונותיו הנוספים של מיקור החוץ נמנים קשיי ניהול פרויקטים, בעיות תשתית, בעיות אבטחה ופרטיות, אי–הבנות תרבותיות, מחסומי שפה, גורמים פוליטיים עוינים, העברת ידע שלא במתכוון, בעיות עקב הצורך בהתדיינות בדבר פרשנות החוזה במערכת משפטית זרה.

1.6 מיקור פנים ומיקור חוץ של תהליכים עסקיים.

שתי האסטרטגיות הבסיסיות בתהליכים עסקיים הן מיקור פנים (Insourcing) ומיקור חוץ (Outsourcing). בעוד שבמיקור פנים של תהליכים עסקיים החברה מבצעת תהליכים עסקיים בכוחות עצמה, במיקור חוץ הארגון יוצר מערכת יחסים חוזית לביצוע חלק מהתהליכים העסקיים שלו באמצעות ספקים חיצוניים.

כאשר חברה מחליטה לבצע מיקור פנים של התהליכים העסקיים שלה, עליה לבחור באחת משתי אסטרטגיות בסיסיות: 1. "אישור כפי שהיא", אסטרטגיה שבה הארגון מרגיש שהוא פועל ביעילות ובאופן משביע רצון בתהליכים העסקיים שלו, ולכן האסטרטגיה היא פשוט להמשיך בסטטוס קוו; 2. "לתקן ולשמור בתוך הבית", אסטרטגיה שבה הארגון היה יכול להיות מרוצה מיעילות ביצועם של התהליכים העסקיים במיקור חוץ, אך סבור שמיקור פנים הוא עדיין האופציה הטובה ביותר, ומחליט להשקיע באימוץ שיטות עבודה טובות יותר כדי לזהות את הליקויים ולתקנם בעצמו (Wibbelsman & Maiero, 1994). החברות מתמקדות כאן ברמות היעילות הגבוהות ביותר שמשיגים מתחרים או ספקים, ומגדירות אותן כאמות המידה מתוך יצירת מוטיבציה להשיג יעילות גבוהה בתהליכים העסקיים שלהן.

כאשר חברה מחליטה לבצע מיקור חוץ של התהליכים העסקיים שלה, היא פועלת לפי אחת משתי אסטרטגיות בסיסיות: 1. אסטרטגיית "האפשרות לשינוי", שבה תהליכים עסקיים עוברים במיקור חוץ לספקים באופן המאפשר את החזרתם של אותם התהליכים "הביתה (Backsourcing)" לפי הצורך; 2. אסטרטגיית "שלילה לחלוטין", שבה תהליכים עסקיים נתפסים כמנוהלים טוב יותר באמצעות ספק במיקור חוץ באופן קבוע (Wibbelsman & Maiero, 1994). חשוב לציין כי האפשרות של מיקור חוץ אינה מוגבלת בהכרח לספק אחד, אלא יכולה להתבצע באמצעות העברה לספקים רבים.

1.7 איך להחזיר למיקור פנים תהליך עסקי שהועבר למיקור חוץ.

בדרך כלל החזרת התהליך העסקי אל תוך ארגון מתבצעת כאשר אנשי הארגון מבינים שהבחירה במיקור חוץ הייתה שגויה, וכי ניתן להחזיר את הפעילות אל תוך הארגון כדי לנהל באופן טוב יותר את התהליכים העסקיים. החלטה כאמור יכולה להתקבל ממספר סיבות.

החזרה יכולה להיות בעלת פן חיובי כאשר היא נעשית במחשבה תחילה ומתוכננת עוד בשלב קבלת ההחלטה הראשונית לבחור במיקור חוץ. לדוגמה, ייתכן שהארגון עובר שינוי משמעותי (Sparrow, 2003), או שיש לו צורך בצמצום גדול של תהליכים או עבודה או הקצאת עבודה, ולכן הארגון החליט כי חלק מהתהליכים העסקיים שלו יכולים להתבצע באמצעות מיקור חוץ, אך זאת רק באותה תקופה (באופן זמני). מצד שני, החזרה עשויה להיות מהלך כפוי ובלתי מתוכנן, שנעשה עקב חוסר שביעות רצון מתוצאותיו של מיקור חוץ, לדוגמה, משוב לקוחות גרוע, עלויות תקורה גבוהות, הפרת חוזים או מעילה באמון, קונפליקטים עם הספק. החזרה יכולה להיות גם תוצאה של ראיית תהליכים עסקיים מסוימים כתהליכים אסטרטגיים הקשורים בקשר הדוק לפעילויות הליבה של הארגון יותר משסברו עד אז (והכול, ללא קשר לאיכות ביצועיו של הספק).

מהלך החזרתם של תהליכים עסקיים שנמצאים במיקור חוץ אל הארגון כרוך בסיכונים משלו, והנו אתגר עבור כל ארגון (Chakrabarty, 2007). זאת, מאחר שבעת היותם של התהליכים במיקור חוץ איבד הארגון משאבים עיקריים (כגון עובדים בעלי מומחיות רלוונטית, תשתיות וידע סמוי). הגדרה מחדש של התהליכים העסקיים ושילובם מחדש בפעילויות הארגון יצריכו השקעות משמעותיות של זמן, כסף ומאמץ.

2. מיקור פנים או מיקור חוץ?

2.1 השוואה בין דגמים שונים של אספקת שירותים.

כאשר תהליכים עסקיים מסוימים של הארגון מועברים במיקור חוץ אל הספק, מבצע משרדו את תהליכיו העסקיים של הארגון.

אף שכאמור ישנם סיכונים במיקור חוץ, הוא יכול גם להניב יתרונות רבים לארגון. מיקור חוץ המתבצע מתוך חשיבה אסטרטגית והחלטות המבוססות על הקשר עסקי רחב יכול לסייע בהשגת יתרונות תחרותיים בסביבה החיצונית הקשה, וזאת נוסף על חיסכון בעלויות לטווח קצר ויעילות תפעולית (Sparrow, 2003). כאמור, כדי לבצע מיקור חוץ יעיל צריך הארגון למיין את התהליכים העסקיים שלו לשתי קטגוריות רחבות: 1. תהליכים בעלי חשיבות אסטרטגית שבהם יכולות הליבה של הארגון באות לידי ביטוי רב יותר; 2. תהליכים שניתן לבצעם טוב יותר באמצעות ספק (Adler, 2003). ברוב המקרים תהליכים עסקיים התואמים את יכולות הליבה של הארגון מבוצעים בצורה מיטבית בתוך הארגון. כדי לזהות יכולות ליבה על הארגון לזהות את התהליכים שנותנים לו ערך עסקי. כדי לזהות את התהליכים האסטרטגיים צריך הארגון לזהות את התהליכים שמבדילים אותו ממתחריו בשוק או את התהליכים שנותנים לו יתרון תחרותי.

יתרה מזו, בשוק דינמי הדרישות והתחרות עוברות שינויים לאורך זמן, ולכן יכולות הליבה של הארגון או אופיים האסטרטגי של התהליכים העסקיים עשויים אף הם להשתנות בהתאם. לפיכך, ארגונים זקוקים לחזון ברור בדבר מטרותיהם והאסטרטגיה העתידית שלהם, ועל פיהם לזהות את התהליכים העסקיים המתאימים למיקור חוץ. כישלון בזיהוים יכול לגרום לארגון להיות תלוי יותר מדי בספקים חיצוניים לצורך ביצוע פעילויות הליבה שלו או התהליכים העסקיים האסטרטגיים שלו או שני התחומים האלה גם יחד.

2.2 שיקולי הבחירה במיקור פנים ושיקולי הבחירה במיקור חוץ.

במחקר שבו השתתפו 14 ארגונים המשתמשים במיקור חוץ נמצא כי מחלקות שביצעו תהליכים עסקיים בתוך הארגון וקיבלו את התמיכה הנדרשת מההנהלה יכלו אף הן לשפר בעצמן את הביצועים ואף ליישם שיטות שאותן אימצו ספקים שאליהם הועברו תהליכים לביצוע במיקור חוץ. כך יכולות הן לספק אלטרנטיבה ראויה למיקור חוץ ולהביא להפחתת עלויות. יתר על כן, הארגונים שהשתתפו במחקר הנ"ל הדגישו כי מיקור חוץ בקנה מידה גדול יוצר סיכון של שליטה ורמת שירות נמוכות מן הצפוי, וחלקם דיווחו כי הם שוקלים את הפסקת מיקור החוץ ואת החזרתה של הפעילות אל תוך הארגון באמצעות סיום ההתקשרות בתום תקופת החוזה או משא ומתן מחודש או ביטול החוזה (Hirschheim & Lacity, 2000). מיקור חוץ אינו מן הדברים הקלים, שכן הצלחתו המלאה מצריכה תכנון רחב היקף וביצוע ללא רבב.

היתרונות הבולטים של מיקור פנים (Insourcing):

- מיקור פנים מאפשר שליטה רבה יותר בנכסים האסטרטגיים ובמשאבים שבהם נעשה שימוש בתוך הארגון.

- מיקור פנים הוא הפתרון הטוב ביותר כאשר קיימת אי–ודאות רבה הקשורה לתהליכים בתוך הארגון.
- תהליכים עסקיים רבים מצריכים ידע ספציפי רחב מאוד לצורך ביצועם היעיל, ומיקור פנים יכול להבטיח את סודיות הידע, שכן לא זו בלבד שהעברת ידע כזה לספק חיצוני טעונה השקעת זמן ומאמץ, אלא היא גם עלולה להביא לפגיעה בסודיותו של הידע הקיים בחברה.
- זכויות קניין רוחני ומשא ומתן הקשורים לביצוע תהליכים עסקיים באמצעות ספק הם תמיד נושא סבוך, ומיקור פנים מפחית את הסיכון של הפרת זכויות הקניין הרוחני של הארגון.
- לא כל התהליכים העסקיים יכולים להתבצע בצורה יעילה באמצעות ספקים. לפיכך, מיקור פנים הוא לפעמים האופציה היחידה כאשר הספקים המתאימים אינם בנמצא.

היתרונות הבולטים של מיקור חוץ (Outsourcing):

- הארגון אינו צריך להשקיע בתשתית או בטכנולוגיה הדרושות לביצוע התהליכים העסקיים, ולכן חוסך הוא בהוצאות הון.
- כלכלת הספק החיצוני מסייעת ליצור מצבי יתרון לגודל ועוזרת בהפחתת העלויות של הפעלת התהליכים העסקיים בארגון.
- תהליך ההצעות והמשא ומתן על חוזה מיקור חוץ מאפשר לבצע הערכות מוקדמות של העלויות הכרוכות בביצוע התהליכים העסקיים, וכך הופכות העלויות לברורות וצפויות יותר עבור הארגון.
- מיקור חוץ מאפשר לארגונים להתמקד בפעילויות הליבה שלהם, ומיקור החוץ פוטר אותם מפעילויות אחרות המצריכות השקעה ניכרת של זמן ומשאבי ניהול.
- מיקור חוץ מסייע לארגון להתמודד עם תהליכים עסקיים חדשים ביתר קלות וגמישות בהקשר ניהול העבודה.

למעשה, גיוס כוח אדם עקב גידול בהיקף העבודה של התהליכים העסקיים אינו מוטל על הארגון, שהרי גיוסו ואיושו של כוח האדם הדרוש לביצוע פעילויות עסקיות במיקור חוץ הם תמיד באחריותו של הספק. הוא יכול לנהל בקלות רבה יותר את ההתמודדות עם שינויים בצורכי כוח האדם בפרויקטים השונים של מיקור חוץ משום שהוא מבצע מספר רב של תהליכים עסקיים עבור לקוחות שונים ויש לו עובדים רבים המבצעים משימות דומות.

משאבי כוח האדם בארגון שהתפנו הודות לשימוש במיקור חוץ יכולים לשמש לפיתוחם ולאימוצם של יכולות ליבה ומודלים מתקדמים של תהליכים עסקיים המקנים לארגון יתרון תחרותי בשוק. כדי להישאר תחרותיים, רוב הארגונים שואפים לאמץ מודלים מתקדמים של תהליכים עסקיים, ולכן ספקי מיקור חוץ משתדלים לשמור על רמת תחרותיות גבוהה בשוק בהשוואה למתחריהם, ובכך מקדמים הם את תחרותיותו של הארגון.

דיברן ואחרים הציעו דרך הכרעה בין מיקור פנים ובין מיקור חוץ לפי "החשיבות האסטרטגית" של התהליכים העסקיים ו"היעילות היחסית" של הארגון בביצועם (Dibbern, Goles, Hirschheim, & Jayatilaka, 2004). מיקור פנים של תהליכים עסקיים הנו דפוס הפעולה המתאים כאשר חשיבותם האסטרטגית והיעילות היחסית של ביצועם במיקור פנים הן גבוהות, אך כאשר הן נמוכות – דווקא מיקור חוץ הוא הפתרון המתאים. השאלה הקשה היא מהי דרך הפעולה הראויה אם החשיבות האסטרטגית של התהליכים העסקיים היא גבוהה, אך יעילותו היחסית של ביצועם בתוך הארגון היא נמוכה? במקרה זה עומדות לפני הארגון האפשרויות הבאות: 1. להשקיע את הזמן, הכסף והמאמץ הדרושים לשם ייעול התהליכים העסקיים האלה או לשם הרחבת פעילויות הליבה של השירות; 2. לבקש הצעות ייעול של יועצים חיצוניים או ספקים חיצוניים; 3. לכרות ברית אסטרטגית עם ספק שהנו מומחה בביצוע התהליכים העסקיים הרלוונטיים (מיקור חוץ). האפשרות השנייה (ייעוץ חיצוני) והאפשרות השלישית (מיקור חוץ) מצריכות הטלת פיקוח מחמיר שימנע כל פשרה בדבר איכות הביצוע או שמירת הסודיות הקשורות לתהליכים העסקיים האסטרטגיים. במקרה שבו התהליכים העסקיים אינם בעלי חשיבות אסטרטגית, אבל יעילות ביצועם בתוך הארגון הנה גבוהה מאוד – על הארגון לשקול הקמת חברה בת המציעה ייעוץ מומחים חיצוני לארגונים אחרים בשוק.

אשר להחלטה לבצע מיקור חוץ במדינה זרה, הסיכונים העיקריים טמונים במשאב האנושי. שכרם של אנשים הנו שונה במדינות שונות ואף בארגונים שונים, ואילו זמינותו של כוח אדם מיומן משתנה ממקום למקום. לפיכך, יש להביא בחשבון גורמים שונים לפני כל החלטה לבצע מיקור חוץ במדינה זרה: עלות כוח האדם עשויה להשתנות בהתאם למאפייני ההיצע והביקוש, יוקר המחיה, וכן מאפיינים כלכליים שונים של המקום המסוים. מבחינת שיקולי הפיתוח של החברות, מיקום עם צפיפות גבוהה של מוסדות אקדמיים עשוי להגדיל הן את המאגר הזמין של אנשי מקצוע כישרוניים הן את הסיכוי ליהנות משירותיהם של כישרונות צעירים הן את זמינותו של כוח אדם מנוסה (בפרט בעולם העסקים). למשל, כיום הודו וסין הן יעדים אטרקטיביים לחברות המחפשות עובדים בעלי מיומנויות באיכות גבוהה שעלות העסקתם נמוכה וזמינותם רבה (Chakrabarty, 2006; Aron & Singh, 2003).

3. מיקור חוץ במוסדות לזקנים

שיטת מיקור החוץ התפתחה בשנים האחרונות בהיקף גדול יחסית במוסדות לזקנים בישראל, וזאת בתחומים לא מעטים כגון שמירה, ניקיון, מטבח ומזון, כביסה, גינון, טיפול סיעודי, תחזוקה, כוח אדם, הנהלת חשבונות וכו'. אין ספק שהתפשטות זו של שיטת מיקור החוץ מעידה על ניסיון לתת מענה לבעיות שונות שהיו קיימות בעבר – ועדיין קיימות בהווה – וזאת בעיקר בתחום כוח האדם. מהן הנקודות העיקריות בתחום הניהול המוסדי שאותן צריך לשקול ועליהן יש לתת את הדעת? הנה כמה מהן: 1. מקום; 2. ציוד; 3. כוח אדם; 4. תקציב או עלויות; 5. איכות השירות; 6. בקרה ניהולית.

3.1 מקום.

מרחב בנוי המיועד לפונקציה נדרשת כמו מטבח או מכבסה מצריך השקעה נוספת לצורך בנייה, אחזקת המבנה, תשלום ארנונה, מיזוג אוויר, ניקיון וכו'. לכן יש לשקול היטב אם כדאי

הדבר מבחינת יחסי עלות–תועלת וכן יש להביא בחשבון כי מבחינה תכנונית בעצם לא תמיד קיימת אפשרות לבנות מקום כזה.

מבחינת נגישות השירות לדיירים במוסדות מוטב שהמבנה יכלול מקום המיועד למתן שירותים אלו. מבחינת ההנהלה מבנה כזה מאפשר פיקוח ובקרה טובים יותר על התהליכים המבוצעים בו וכן על החומרים שבהם נעשה שימוש לצרכים אלו (וראו להלן דוגמאות א, ב).

3.2 ציוד.

רכישת ציוד לצורך תפעול מטבח ומכבסה ותחזוקתם השוטפת כרוכות בהשקעה כספית גדולה עקב בלאי מרובה. לפיכך, צריך לבחון היטב לפי מבחן של יחסי עלות–תועלת אם אכן כדאי להשקיע. אך מצד שני הפעלת המטבח והמכבסה במקום תיטיב עם הדיירים, שכן כך יתאפשרו – נוסף על הנגישות כאמור לעיל בסעיף 3.1 – שינויים וגמישות רבה יותר הן מבחינתם הן מבחינת ההנהלה.

3.3 כוח אדם.

בבחינת השיקולים אם לבחור במיקור חוץ או במיקור פנים יש להביא בחשבון את מצב שוק העבודה בארץ, ובפרט בענף המוסדות לזקנים, שבו נוצר בשנים האחרונות מחסור גדול בהיצע כוח האדם בכל הרמות והדרגות. לפיכך, מנהלי מוסדות נאלצו בדרך כלל לפנות למיקור חוץ. כל עוד היה ניתן לאייש משרות פנויות בעובדים חדשים, מקובל היה להעסיקם באופן ישיר. זאת, משום שצוות העובדים הוא החלק החשוב ביותר במערכת התפעול במוסדות לזקנים, בהתחשב בתלותם הרבה של הזקנים מבחינת המגע, הקשר, היחס והטיפול הנדרשים בכל יום, בכל שעה ובכל דקה של היממה.

אשר ליחס העובדים כלפי הזקנים, יש להדגיש מספר גורמים (שפרלינג, 1996):

1. אנושיות – הזקן (ולא משנה מה גילו) הוא קודם כול אדם הזכאי ליחס, לכבוד ולטיפול טוב על אף היותו חלש וזקוק לעזרת הזולת, ואולי דווקא משום כך.
2. גישה – כדי לנסות לשפר את איכות חייהם האישית של הזקנים יש לגרום להם להפחית חרדות, פחדים, חוסר ביטחון, חוסר רצון וכו'. זאת, גם אם הדבר כרוך בלא מעט קשיים ומצריך מאמץ רב מצד המטפלים.
3. נכונות להעניק – העבודה במוסדות לזקנים תוכל להתבצע ברמה אנושית ומקצועית טובה רק כאשר קיימת תחושת הרצון לעזור לזקנים, לתמוך בהם ולשרת אותם.
4. מסירות – גם אם הדבר אינו קל ולפעמים אף אינו נעים, מי שעובד בתחום הזה צריך להרגיש שהוא מקדיש את עצמו לטיפול בזקנים בכל מצב שבו הם עלולים להימצא.
5. התמדה – השירות יוכל להינתן ברמה מקצועית טובה וביחס אנושי הולם רק אם תהיה נכונות לא רק להתייחס בסבלנות לזקן גם כאשר הוא לפעמים קצת "נודניק" וחוזר על

עצמו, אלא גם לטפל בו שוב ושוב אם הוא אינו שולט בצרכיו וזקוק להחלפה חוזרת ונשנית.

בדרך כלל גורם חיצוני מעסיק עובדים בתנאים טובים פחות מאלו של עובדי המוסד הישירים, והדבר מוצא את ביטויו במערכת יחסי העבודה בין ההנהלה ובין העובדים החיצוניים ובין דיירי המוסדות. עובדי חוץ בדרך כלל רואים את עצמם כעובדים המופלים לרעה בתנאי העבודה, אינם מקבלים קביעות במקום העבודה, עובדים "בשני כובעים" ואינם מוערכים כראוי. אצל עובדים אלו שכיחות יותר היעדרויות, מחלות, תאונות עבודה ותחלופה רבה.

אמת, לעתים העלות הכספית של העסקת עובדי מיקור חוץ הנה זולה יותר עבור הנהלת המוסד, אך שכרה עלול לצאת בהפסדה מבחינת הפגיעה באיכותם של הטיפול וביצוע העבודה, דבר המשפיע רבות על המוניטין ועל התפוסה במוסד.

3.4 תקציב או עלויות.

אחד השיקולים העיקריים של מנהלים בהקשר תפעול מוסדות לזקנים הוא עניין התקציב, ובכלל זה העלויות הכרוכות במתן השירות הנדרש. רוב המנהלים יחפשו את הדרך המיטבית לצמצם את העלויות הכספיות, וזאת כדי להשאיר בסוף שנת התקציב יתרות מספיקות עבור השקעות בפיתוח ובשיפוצים לשמירת המקום, או לחלופין כדי ליצור רווח מסוים לבעלי המקום שהשקיעו בבנייתו.

לדעת רבים, מיקור חוץ הוא אחת השיטות להפקת רווחים מרביים, וחלק ממנהלי המוסדות לזקנים מנסים בכל כוחם לעשות שימוש מרבי במיקור חוץ בכל תחום אפשרי. אך עליהם לדעת שלשימוש במיקור חוץ ישנם גם חסרונות רבים כאמור, וכי מצד אחד ייתכן שייחסכו סכומים מסוימים, אך מצד שני ישנה עלות גלויה וסמויה בגין תחלופה רבה של עובדים, יחסי עבודה עכורים, אי–שמירה על ציוד, וכן יחס אדיש כלפי הזקנים וקרוביהם, מטרות המוסד או חזונו וכו'. לפיכך, אין כל ביטחון שהיתרון הכלכלי כביכול לא יהפוך לחיסרון כלכלי בסופו של דבר.

3.5 איכות השירות.

איכותו של השירות תלויה בהשקעות בציוד, ברמת התחזוקה, בצוות העובדים וכו'. הנהלת מוסד המסתפקת בעמידה בדרישות המינימליות הקבועות בחוקים ובתקנות ובנוהלי הפיקוח הממשלתיים נבדלת באופן מהותי מהנהלת מוסד השואפת לספק איכות שירות ברמה גבוהה לפנים משורת הדין. מכיוון שאיכות השירות תלויה מאוד בצוות העובדים, העסקת עובדים באופן ישיר אמורה להביא לרמה גבוהה יותר של שירות בהשוואה להעסקת עובדים במיקור חוץ (וראו לעיל סעיף 3.4). על ההנהלה להעמיד לנגד עיניה בראש ובראשונה את טובת דיירי המוסד, וזאת כדי להביא לשביעות רצון מרבית שלהם. מטרה זו תושג אך ורק אם השירות יינתן ברמה ובאיכות משופרים ולא רק בסיסיים.

3.6 בקרה ניהולית.

על כל הנהלת מוסד לזקנים להביא בחשבון שיקוליה גם את אפשרות השליטה והבקרה שלה בהקשר הפעלת שיטת מיקור החוץ במוסד. ישנם גורמים רבים שיש בהם כדי להקשות את השליטה והבקרה של הנהלת המוסד על רמת ביצוע העבודה. העובדים הם חיצוניים ואינם רואים במוסד את מעבידם משום שאין יחסי עובד–מעביד ביניהם. במצב דברים זה אין להנהלת המוסד יכולת לתת לעובדיו של הספק הוראות ביצוע ולשנות תפקידים או לשנות את מסגרת שעות העבודה, מכיוון שהדבר מצריך את אישורו של ספק השירות. מבחינתם של הדיירים הדבר עלול לפגוע בטיבו וברמתו של השירות הניתן. לעתים אפילו הציוד הנלווה שייך לחברה חיצונית, והוא עלול להיות גרוע או פגום, וייתכן שיוחלף רק כעבור זמן רב.

נוסף על כל השיקולים האלה יש לעסוק בנושאים הבאים בהקשר מיקור חוץ:

- זמינות – תוך כמה זמן ניתן לקבל את השירות.
- סודיות – האם ניתן לשמור על סודיות ככל הנדרש.
- תחרות – האם קיימת תחרות חופשית בתחום, או שמא קיימות הגבלות כלשהן בעניין זה.
- מה מידת האמינות באספקת השירות.
- תלות – עד כמה ניתן להיות תלוי בגורם אחר.
- התמחות – אי–אפשר להיות "מומחה לכל דבר".
- האם כדאי להשקיע לפי חישובים כלכליים של יחסי עלות–תועלת.
- החשוב מכול – מה תהיה השפעתו של מיקור החוץ על רווחתם של דיירי המוסד.

לצורך המחשה מובאות כאן שתי דוגמאות של שקילת היתרונות והחסרונות הן של מיקור פנים הן של מיקור חוץ לצורך ביסוסה של החלטה בנושא זה.

דוגמה א: כביסה.

מיקור פנים.

יתרונות	חסרונות
כביסה במוסד לפי הצורך בלא תלות בזמני אספקה של גורם חיצוני	עלות העסקת עובדים, הדרכתם וכו'
צורך בניהול מלאי נמוך יחסית	עלות מקורות אנרגיה (חשמל, סולר, גז)
שמירה על בלאי נמוך באמצעות חומרי כביסה טובים	עלות טיפול בתקלות
חיסכון הפרש ה"רווח" של המכבסה החיצונית	זיהום, לכלוך, ריחות וכו'
חיסכון בזמן שנדרש לביצוע פעולות מיון, ספירה ואריזה לפני שליחה למכבסת חוץ	

מיקור חוץ.

יתרונות	חסרונות
חיסכון במקום (שטח) המיועד לכביסה	צורך בכמויות מלאי גדולות יותר
חיסכון בהוצאות אנרגיה למוסד	צורך בבדיקתו ובספירתו של כל משלוח
יעילות של מצבת העובדים במוסד	תלות בזמני אספקה
חיסכון בהוצאות רכישתו או השכרתו של ציוד יקר	חיסרון בכמויות (אבדן)
חיסכון בזמן שנדרש להדרכה של עובדי המכבסה ולפיקוח עליהם	בלאי גבוה בשל טיפול לא נכון או שימוש בחומרי כביסה באיכות ירודה
נוחות – קבלת כביסה נקייה ומגוהצת ישירות למדפים או לחלוקה לדיירים ולמחלקות	תשלום כספי גבוה יותר הכולל את רווחי בעל המכבסה

דוגמה ב: הכנת מזון.

מיקור פנים.

יתרונות	חסרונות
יכולת פיקוח עצמי על רכישת מוצרים טובים ועל אופן הכנת המזון	העסקת עובדים ייעודיים במטבח
יכולת לתת מענה מיידי לצורך בשינויים מיוחדים או בתוספות	צריכת אנרגיה רבה
הבטחת טריותו של המזון המוכן מדי יום ביומו	צורך בהשקעה כספית גדולה לרכישת מכשירים, מכונות, ציוד וכלים מיוחדים
חיסכון בעלות הרווח הכספי של קבלן ההסעדה אפשר גם לספק יותר צרכים מיוחדים של דיירים	צורך במלאי חומרי גלם ובארגון מחסנים וחדרי קירור

מיקור חוץ באמצעות העסקת קבלן בתוך מטבח המוסד.

יתרונות	חסרונות
חיסכון בהעסקת עובדים	מחירי ארוחות הכוללים את רווחי הספק
מחירי ארוחות קבועים וידועים בתקופת החוזה	שימוש בלתי נכון ותחזוקה לקויה של הציוד

מיקור חוץ באמצעות רכישה מגורם חיצוני (הסעדה).

יתרונות	חסרונות
מחיר ארוחות קבוע בתקופת החוזה	חוסר גמישות באשר לצרכים מיוחדים
מחיר הארוחות הנו אטרקטיבי יחסית אם הגורם החיצוני משרת לקוחות נוספים	

שיקולים דומים קיימים גם בתחומי הניקיון, הגינון, התחזוקה וכו'. אך לעומתם, תחום כוח האדם הטיפולי הוא בעל ההשפעה הרבה ביותר על רמתו ואיכותו של הטיפול המקצועי והאישי בזקנים אשר נמצאים במוסדות.

מכיוון שמשאבי כוח האדם הטיפולי הנם חלק מפעילות הליבה העיקרית והחשובה ביותר, להלן השיקולים העיקריים לחיוב ולשלילה שמן הראוי לשקול לפני הבחירה במיקור חוץ של כוח אדם מקצועי לצורך טיפול בדיירים:

מיקור פנים (כוח אדם פנימי של הארגון).

יתרונות	חסרונות
נגיש יותר	מקבל ביטחון מופרז
זמין יותר	מנצל שלא לצורך תנאים סוציאליים מסוימים (ימי מחלה וכו')
יש אפשרויות פיקוח טובות יותר	מציב דרישות שונות (תוספת שכר ותנאים) בעיקר אם חסרים עובדים במקום
ממושמע יותר	עלות כספית גבוהה יותר
מוכן להשקיע יותר	חוסר גמישות בשינוי תפקידים
קשור יותר לארגון	חוסר גמישות ניהולית בפיטורים
נקשר יותר למטופלים	התערבות מיותרת או שלילית בהחלטות ניהוליות (קידום עובדים, פיטורים וכו')
מחזיק במשרה זמן רב יותר	עיסוק שאינו מצומצם לפעילויות הליבה של הארגון
מעורב ואכפתי יותר בדרך כלל	

מיקור חוץ (כוח אדם של גורם חיצוני).

יתרונות	חסרונות
מאפשר התמקדות בפעילויות הליבה של העסק	אפשרויות פיקוח טובות פחות
עלות כספית נמוכה יותר	תלות בכוח אדם זר
גמישות באופן ההעסקה	פגיעה ביכולת למצוא עובדים באופן עצמאי
גמישות באפשרויות להחליף עובד	פחות מחויב לארגון
גמישות באפשרויות הפיטורים	פחות אכפתי
מכיר במגבלותיו	פחות ממושמע
	נקשר פחות למטופלים
	בדרך כלל זמני או בעל ותק מועט
	תחלופה רבה יותר

מן המקובץ עולה שבתחום הטיפול (רופאים, אחיות, מטפלות, עובדים סוציאליים) למיקור פנים של העובדים ככוח אדם פנימי של הארגון ישנה עדיפות רבה על מיקור חוץ. הקשר האישי, המגע האישי, האכפתיות והמעורבות – משקלם רב מאוד מנקודת מבטם של הדיירים הזקנים, ואיכות השירות נמדדת לא רק בהיבטיו הטכניים, אלא גם באיכות היחסים שנרקמים בין המטפלים ובין מטופליהם. לכן כל העסקה בצורה אחרת הגורמת – בין היתר – לתחלופה רבה עשויה רק לפגוע ברמת הטיפול ובאיכותו.

לעומת זאת, בתחומים שאינם מצריכים מגע יומיומי ישיר עם הדיירים, כגון הנהלת חשבונות, תחזוקה, גינון, כביסה, שמירה וכדומה, אפשר שהעסקה בשיטת מיקור חוץ תימצא מוצדקת מן הסיבות העיקריות של הפחתת עלות כלכלית, גמישות ניהולית ואיכות השירות הניתן מחברות חיצוניות, אשר יש להן יותר ידע ומומחיות בתחומים אלו.

אשר ליחסי העבודה בארגון, עוד חשוב לציין כי כל עוד בעלי התפקידים הטיפוליים – רופאים, אחיות, מטפלות, פיזיותרפיסטים, עובדים סוציאליים וכו' – מקבלים את אותן המשכורות והתנאים הסוציאליים ההולמים לפי מקצועיותם, דרגתם והוותק שלהם, בדרך כלל לא תהיינה תלונות הקשורות לאפליה וגורמות למורל נמוך, להיעדרויות רבות, להספק ירוד ולחוסר רצון להשקיע. אך כאשר נוצר מצב שבו חלק מהעובדים מועסקים דרך חברות חיצוניות בתנאים ירודים מאלו של עובדים אחרים באותו מקצוע המועסקים על ידי הארגון עצמו ומקבלים שכר ותנאים סוציאליים מלאים, קיימים סיכויים רבים ליצירת אווירה שלילית במוסד המלווה בטרוניות ובטענות כלפי ההנהלה, על כל המשתמע מכך גם עבור הדיירים הזקנים.

לפיכך, מבנה העסקת העובדים המועדף בתחום הטיפול צריך להיות במיקור פנים (העסקה ישירה) ולא במיקור חוץ, להוציא עובדים חדשים בתקופת עבודתם הראשונית (תקופת ניסיון).

מנהל המעוניין להחליט באופן מושכל (בעצמו או בעזרת איש מקצוע) אם כדאי לו לנקוט שיטת מיקור פנים או מיקור חוץ בכל תחום העומד על הפרק יכול להיעזר בשיטת SWOT

(שנסקרה בהרחבה בפרק ד). השיטה הזאת הנה אחת השיטות הידועות בתורת הניהול לגבי קבלת החלטות באמצעות בדיקת יתרונות וחסרונות לגבי נושא מסוים. בדיקה זו נעשית לפי ארבעה קריטריונים: נקודות חוזק, חולשות, הזדמנויות ואיומים (או סיכונים).

4. סיכום ומסקנות

ההשוואה בין יתרונותיו של מיקור החוץ ובין אלו של מיקור הפנים מעוררת את השאלה מהי האסטרטגיה הטובה ביותר בנושא? האם לבצע מיקור חוץ של כל התהליכים העסקיים או לשמור את כולם בתוך הארגון? לדעתי כדאי להגיע לאיזון אופטימלי בין מספר התהליכים העסקיים הנמצאים במיקור חוץ ובין אלו הנשמרים בתוך הארגון. מומלץ לנקוט מיקור חוץ באופן סלקטיבי, כלומר להעביר לספקים חיצוניים את ביצועם של תהליכים עסקיים שנבחרו בקפידה, ולהשאיר תהליכים אחרים לביצוע בתוך הארגון.

מן הסקירה הזאת עולה כי לעתים קרובות ייתכנו מקרים שבהם תהליכים עסקיים מתאימים למיקור חוץ ואולי יכולים להתבצע טוב יותר באמצעות ספק חיצוני, אבל המנהלים מעדיפים לשמור אותם בתוך הארגון מתוך נקיטת גישה סלקטיבית המבוססת על ניתוח עלויות ותועלות, זמינותן של טכנולוגיות או תשתיות, וכן זמינותם של משאבי אנוש. מיקור חוץ סלקטיבי דוחה את גישת "הכול או לא כלום" מפני דרך חכמה יותר של מיקור חוץ הכרוך בשיקול דעת ובהבחנה זהירים בהתאם לצורכי הארגון, וזאת מתוך מזעור הסיכונים הכרוכים ביישום שיטה זו (Chakrabarty, 2007).

בצד יתרונותיו הברורים של מיקור חוץ – כמו ייעול עבודת הארגון, שיפור רמת השירות וחיסכון במשאבים כספיים וניהוליים – קיימים סיכונים. אלה הם הסיכונים העיקריים הכרוכים בשימוש במיקור חוץ:

- חשש זליגת ידע אל גורמים מתחרים וחשיפת סודות מסחריים, וזאת בעקבות שימוש בחברות משותפות לניהול מידע
- קשיי בקרה ופיקוח, וכן קושי בהתוויית מדיניות עסקית אחידה
- קשיים כלכליים של ספק השירות עלולים לפגוע בלקוח
- קושי בהטמעת מערכות חכמות לניהול ידע ומידע בארגונים מסורתיים (Low tech)
- רצונו של ספק השירות להפחית את העלויות עלול לפגוע ברמתו ובטיבו של השירות.

מן הסקירה והדיון ביתרונותיהם ובחסרונותיהם של מיקור חוץ ומיקור פנים (הפעלה עצמית) עולה כי ארגון השואף להיות תחרותי צריך להפיק את המיטב ממערכות היחסים שלו עם הספקים במיקור חוץ הן במונחי עלויות הן במושגי ערך אסטרטגי.

לכן, החלטה נבונה באשר לשימוש בשיטת מיקור חוץ צריכה לכלול את השלבים הבאים:

1. מאחר שהסביבה הארגונית משתנה ונוצרות טכנולוגיות חדשות, יש לבצע בחינה מפורטת של כל סוגי הפעילות בארגון, וכן הערכה מחודשת שלהם מדי פעם בפעם.

2. הנושא הזה חייב להיות גלוי לפני העובדים בארגון.

3. מן ההכרח לבדוק היטב מראש את השפעותיו האפשריות של מיקור חוץ על העובדים ועל הדיירים הזקנים, ולשתף אותם בהחלטה אם להשתמש בשיטת מיקור חוץ וכן בכל שלב בתהליך המיוחד הזה. זאת, כדי להשיג את התוצאות הטובות ביותר.

ולבסוף, בתחום כוח האדם הטיפולי ניתן ליצור מודל העסקה בשיטת מיקור חוץ במוסדות לזקנים רק לטווח קצר (3–6 חודשים), וזאת רק כתקופת ניסיון לצורך קליטה נכונה. לאחר מכן מן ההכרח לעבור להעסקה ישירה של עובדים אלו על כל המשתמע מכך, וזאת הן לטובת הזקנים הן לטובת הנהלותיהם של המוסדות האלה.

ביבליוגרפיה

האקדמיה ללשון העברית. (2012). מיקור חוץ. בתוך *שאלות ותשובות: מבחר תשובות*. נדלה מתוך http://hebrew-academy.org.il/2012/02/23

הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. (2011). *הסיווג האחיד של ענפי הכלכלה*. ירושלים: הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. נדלה מתוך http://www.cbs.gov.il/reader/shnatonhnew_site.htm

הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. (2015). *שנתון סטטיסטי*. ירושלים: הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. נדלה מתוך http://www.cbs.gov.il/reader/shnatonhnew_site.htm

מיקור חוץ. (2006). *ויקיפדיה*. נדלה מתוך https://he.wikipedia.org/wiki 5

סגל, ו', בוכניק, צ' וברזני, א' (2012). *חדשנות במגזר השירותים*. תל אביב: מוסד שמואל נאמן למחקר מדיניות לאומית.

שפרלינג, י' (1996). *ניהול מוסד גריאטרי הלכה למעשה*. תל אביב: הגיגים.

Adler, P. S. (2003). Making the HR outsourcing decision. *MIT Sloan Management Review, 45*(1), 53-60.

Aron, R., & Singh, J. (2003). *IT enabled strategic outsourcing: Knowledge intensive firms, information work and the extended organizational form*. Philadelphia, PA: Wharton School, University of Pennsylvania. Retrieved from http://knowledge.wharton.upenn.edu/PDFs/1071.pdf

Chakrabarty, S. (2006). The journey to new lands: Utilizing the global IT workforce through offshore-insourcing. In P. Yoong & S. Huff (Eds.), *Managing IT professionals in the Internet age* (pp. 277-318). Hershey, PA: Idea Group.

Chakrabarty, S. (2007). Strategies for business process outsourcing: An analysis of alternatives, opportunities and risks. In J. Sounderpandian & T. Sinha (Eds.), *E-Business Process Management: Technologies and Solutions* (pp. 204-229). Hershey, PA: IGI Global.

Dibbern, J., Goles, T., Hirschheim, R., & Jayatilaka, B. (2004). Information systems outsourcing: A survey and analysis of the literature. *ACM SIGMIS Database, 35*(4), 6-102.

Hirschheim, R. A., & Lacity, M. C. (2000). The myths and realities of information technology insourcing. *Communications of the ACM, 43*(2), 99-107.

Ling, T. (2004). *Outsourcing to Canada: Legal and tax considerations*. Chicago, IL: Baker & McKenzie.

Mukherjee, S. (September 2008). Business process outsourcing and India. *Management Online Review*, 22 pages. Retrieved from http://www.oxmp.co.uk/admin/items/pdf/20081024105659pdf.pdf

http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=1014329

PricewaterhouseCoopers. (2012). *Delivering results - Growth and value in a volatile world: 15th Annual Global CEO Survey 2012*. Retrieved from https://www.pwc.com/gx/en/ceo-survey/pdf/15th-global-pwc-ceo-survey.pdf

Sparrow, E. (2003). *Successful IT outsourcing*. London, UK: Springer-Verlag.

Wibbelsman, D., & Maiero, T. (November 1994). *Cosourcing*. Paper presented at the Outsourcing, Cosourcing and Insourcing Conference at University of California, Berkeley, CA.

חלק ג

פרק ח:
בחירת בית אבות, תהליך הסתגלות ומעברים

דנה פרילוצקי, ירון רז ובלה אדלשטיין

מבוא

תהליך קבלת ההחלטה לעבור למסגרת מוסדית הנו מורכב וקשה מאחר שהוא מצריך שינוי מהותי בחייו של הזקן. נוסף על שיקולים רגשיים, קוגניטיביים, חברתיים וכלכליים המובאים בחשבון בקשר לצורך בהשמה מוסדית, על הזקן ומשפחתו לקבל מידע רב ככל האפשר בעניין המעבר לבית האבות על כל הכרוך בכך. דושארם ואחרים הציגו תהליך קבלת החלטות בנושא המעבר לבית אבות. התהליך מתחיל בהעלאת רעיון המיסוד על ידי בן משפחה או איש מקצוע, ממשיך בעיבודו ובשקילתו של הרעיון ומסתיים בקבלתה או בדחייתה של ההחלטה לגבי מיסוד (Ducharme, Couture, & Lamontagne, 2012).

פרק זה דן בסוגיות בחירה והסתגלות בכל סוגי המוסדות לזקנים, ובפרט במעונות לזקנים (בתי אבות). הדמיון או השוני המרכזיים בין המוסדות יצוינו לאורך הפרק.

קבלת החלטה עקרונית חיובית בדבר מיסוד היא תחילתה של דרך ארוכה הכוללת את בחירת המוסד לטיפול לטווח ארוך, הסתגלות הדייר ומשפחתו למקום והמשך החיים במוסד, לרבות מעברים אפשריים בתוך בית האבות ובין מוסדות שונים. בחירת המוסד המתאים, ההסתגלות לבית האבות והמעברים האפשריים הם שלושת הנושאים שבהם יעסוק פרק זה.

1. בחירת בית האבות

1.1 שיקולים בבחירת בית האבות.

בחירת בית אבות היא למעשה בחירה בבית שבו יתנהלו חיי הזקן עד סוף ימיו. מהו "בית"? חוקרים מצאו כי המשמעות הבולטת ביותר של "בית" היא מרכז ה"אני", דהיינו, מקום מגוריו של אדם הוא למעשה השתקפות של האדם עצמו (Swenson, 1998). עוד נמצא כי זהותם העצמית של זקנים והיסטוריית חייהם הנם שזורים במקום מגוריהם וברכושם (Shenk, Kuwahara, & Zablotsky, 2004).

אם כך, מדוע עוזבים אנשים את ביתם ועוברים אל המוסדות השונים המציעים שירותי מגורים וטיפול לקבוצה המבוגרת? נהוג לחלק את הגורמים למעבר לשתי קבוצות: גורמי משיכה (Pull factors) וגורמי דחיפה (Push factors) (Groger & Kinney, 2006). עם גורמי המשיכה נמנים הרצון למצוא מקום שיספק ביטחון אישי ורפואי בעת ההזדקנות העכשווית והעתידית, הישארות באזור קרוב לבית ולקהילה המוכרת או מעבר למגורים בקרבת ילדים וחברים, המוניטין של המוסד ושירותים מגוונים. בין גורמי הדחיפה בולט במיוחד המצב הבריאותי (של הזקן או של בן הזוג), שהנו סיבה מרכזית לכניסה למוסד. תחלואה כרונית עולה עם התקדמות הגיל (Rice & Fineman, 2004). הסטטיסטיקה מראה כי לבני 75 ומעלה יש בממוצע שלוש מחלות כרוניות. התחלואה מצמצמת את עצמאותם של הזקנים, פוגעת באיכות חייהם וביכולת התפקוד היומיומית שלהם (Merck Institute of Aging & Health, Centers for Disease Control and Prevention, & Gerontological Society of America, 2004).

במחקרן של גרין ואיילון נמצא כי גם הרצון להימנע מלהיות לנטל על הילדים הוא גורם דחיפה למעבר לדיור מוגן, וזאת בצירוף רצון להימנע מתלות בילדים ומקונפליקטים עמם (גרין ואיילון, 2012). גורמי דחיפה נוספים שנמצאו הם קושי או אי–רצון להמשיך להתמודד עם תחזוקת משק הבית, מגורים בבית גדול מדי ליחיד או לזוג, סביבה אלימה או בלתי מותאמת (למשל, נגישות לשירותים שונים). עוד נמצא כי הבדידות והיעדר רשת תמיכה חברתית – השכיחים בקרב זקנים – הם לעתים סיבה למעבר לקהילה חדשה של בני גיל דומה.

בבואם לבחון את האסטרטגיות שבהן משתמשים צרכנים המבקשים לבחור בבית אבות מתאים, מצאו חוקרים שלוש קבוצות מאפיינים עיקריות המשפיעות על קבלת ההחלטה. הקבוצה הראשונה עוסקת במאפיינים של פתרון הבעיה (למשל, מספר האופציות והזמן העומד לרשות המחפש); הקבוצה השנייה כוללת את מאפייני האדם המחליט (למשל, רמת הידע והמידע בתחום); הקבוצה השלישית כוללת את מאפייני ההקשר החברתי שבו נעשית ההחלטה (למשל, נורמות בנושא הטיפול בזקן) (Shugarman & Brown, 2006). אשר לקבוצה הראשונה, מן המחקר עולה כי מסגרת הזמן לבחירת המוסד המתאים היא לעתים קרובות קצרה מאוד ומסתכמת בימים ספורים בלבד. למשל, כאשר יש לבחור במוסד עבור זקן המשתחרר מבית חולים. אף שבדרך כלל הצוות מתחיל בבניית תכנית השחרור עוד במהלך האשפוז עצמו, המשפחות נוטות להתעלם מכך – כנראה עקב הכחשה של המצב – ולדחות את החיפוש לזמן סמוך (יום או יומיים) לפני השחרור (Shugarman & Brown, 2006). רוב הצרכנים במחקר דיווחו על מספר אופציות לבחירת מוסד שהיו בידם, אך אחרים תיארו את אפשרויות הבחירה כמצומצמות עקב צורכי טיפול ייחודיים או מרחק גיאוגרפי ממקום מגוריהם.

לגבי מידע על בתי אבות מצאו החוקרים כי הגורמים האמונים על תכנית השחרור אל הקהילה מספקים לבני המשפחות דפי מידע וחוברות הכוללות מידע על בתי האבות באזור, אך אינם נוטים להמליץ על מוסד זה או אחר מחשש לתלונות עתידיות של המשפחות. עוד נמצא כי בדרך כלל לצרכנים יש מעט מאוד ידע על בתי אבות ועל איכות טיפול, ואין להם מושג לגבי עלויות ההחזקה במוסד, וכי הרבה פעמים הם תופסים את המוסד כבעל רמה גבוהה על בסיס מראה נחמד, ריח נעים ומתקנים שונים, ולא על בסיס איכות הטיפול במוסד (Shugarman & Brown, 2006).

בהקשר החברתי נמצא במחקר כי העברת בן משפחה אל מוסד לטיפול לטווח ארוך מלווה לעתים בתחושת סטיגמה על כך שהמשפחה אינה נותנת את הטיפול בעצמה. הסטיגמה היא מחסום שגורם לדחיית ההעברה ולביצועה בלחץ זמן עקב החמרה במצב הזקן. גם ההיבט התרבותי הנו גורם המשפיע על ההעדפה להשמה במוסד מסוים. הדבר מתבטא הן בעת קבלת המידע על מוסדות בשפה המתאימה לצרכן והן בעת בחירת המוסד על פי התנהלותו ושיוכו לתרבות, לשפה או למידת הדתיות (Shugarman & Brown, 2006).

בני משפחה מציינים את המיקום ואת איכות הטיפול בבית האבות כנתונים החשובים ביותר המובאים בחשבון בעת בחירת המוסד (Shugarman & Brown, 2006). בהקשר המיקום, הבחירה היא בדרך כלל בין כניסה למוסד הנמצא בקהילה שבה חי הזקן ובה יש לו קשרים והיכרויות, ובין מעבר למוסד הנמצא בקרבת מקום למגורי הילדים או החברים. רוב בני המשפחה מעוניינים שהמוסד יהיה קרוב למקום מגוריהם. מחקרם של דילמן ואחרים הראה כי מצד אחד למרחק מגורי המשפחה מבית האבות יש השפעה על הקשר עם הזקן, אך מצד שני לא המרחק הוא שמשפיע על תפיסת המשפחה את המוסד, אלא שיקולים כגון עד כמה המוסד מעודד עצמאות ובחירה של הדייר ועד כמה הוא יוצר תחושה ביתית ומשתפת (Dillman, Yeatts, & Cready, 2013). בהקשר איכות הטיפול, מחקרים נוספים מצאו כי בני המשפחה מבקשים מקום המטפל בגישת "טיפול הממוקד באדם (Person centered care)", מקום הדומה במאפייניו ל"בית", מכבד את הזקנים ומעניק להם מרחב בחירה (כמפורט בהרחבה בפרק א). משפחות מעוניינות בשיתוף פעולה בין אנשי הצוות, הדייר והמשפחה ומאמינות שמקום טוב יציע "יותר מכל הנ"ל" (Boisaubin, Chu, & Catalano, 2007; Edvardsson, Fetherstonhaugh, & Nay, 2010).

נתון נוסף המובא בחשבון במסגרת השיקולים המורכבים בעת בחירת המוסד הוא הנושא הכלכלי. יכולתו הכלכלית של הזקן או של בני המשפחה תקבע למעשה את מרחב הבחירה של האדם מבין האופציות המגוונות המוצעות היום בשוק. בין סוגי המוסדות לזקנים קיימים צנועים יותר ומפוארים יותר, כמו גם היצע מגוון של שירותים. למשל, קבוצה עצמאית ובעלת אמצעים תוכל לבחור בחדר פרטי במקום בחדר עם שותף, או ביחידת דיור מרווחת יותר בדיור העצמאי (דורון וליטמן, 2004).

הפעילויות החברתיות והתרבותיות המתקיימות במוסד, על עושרן ומגוונן, מובאות אף הן בחשבון בשיקולי בחירת המוסד (Groger & Kinney, 2006). זאת, בעיקר במוסדות שבהם מתגוררים אנשים עצמאיים יותר כמו בדיור המוגן.

1.2 תהליך בחירת בית אבות והקבלה אליו בישראל.

בחירת בית האבות על ידי הזקן או בני משפחתו נעשית לרוב באחד משני מצבים: בחירה מתוכננת או בחירה מתוך מצב חירום. ההבחנה בין בחירה מתוכננת לבחירה חירומית מבוססת על מידת שותפותו של הזקן בתהליך הבחירה ומשכה.

בחירה מתוכננת – מבוססת בדרך כלל על רצון או הכרה או הפנמה של הזקן ובני משפחתו באשר לצורך לשנות את מקום המגורים הקיים (בדרך כלל ביתו הפרטי של הזקן) ולעבור למקום

מגורים חלופי האמור לענות על צורכי הזקן (הלקוח). להחלטה על המעבר קודם תהליך של איסוף מידע (חוות דעת והמלצות) וביקורים, שבסופו מתקבלת ההחלטה בדבר המעבר למקום המגורים שנבחר. תהליך זה יכול לארוך מספר שבועות ולעתים חודשים. במקרה האידאלי תתקבל החלטה מושכלת ונקייה מלחצים או מאילוצים. ברם, לעתים אילוצים שונים (כלכליים, חברתיים, משפחתיים) משפיעים על בחירת המקום. לדוגמה, בחירה במעבר למקום הקרוב למגורי הילדים אך רחוק מסביבתו הטבעית של הזקן, משמעה גם ויתור על היכרויות וקשרים חברתיים. דוגמה נוספת היא בחירה במקום מתוך אילוץ כלכלי כיוון שהמקום הנחשק יותר הנו יקר מדי.

הבחירה המתוכננת אופיינית לזקנים עצמאיים (במקרים מעטים) או תשושים שיכולים להמשיך להתגורר בקהילה וזקוקים לעזרה מעטה בחיי היומיום, ומצבם הכלכלי מאפשר להם לממן את מגוריהם בעצמם כך שחופש הבחירה שלהם גדל. בחלק מהמקרים גם בחירת מחלקה סיעודית היא בחירה מתוכננת. בהתבסס על יכולתו הקוגניטיבית של הזקן ועל יכולתו הכלכלית, ניתן לקיים הליך של בחירה מתוכננת שמבוצעת ללא לחצים או אילוצים אחרים, והכול – בשיתוף פעיל של הזקן המועמד.

משרדי הממשלה מספקים לפונים רשימה של בתי אבות שנמצאים בפיקוח ממשלתי ויש להם התקשרות חוזית עם המוסד. משמעות הימצאותו של בית האבות ברשימה היא שהרשויות מפקחות על המוסד ושהמשרד הרלוונטי יסייע במימון השהייה בו (על פי מבחני אמצעים של הזקן ומבחני הכנסות של ילדיו). הפונים מתבקשים לבחור מתוך הרשימה הזאת את המקום המתאים להם ביותר. זקנים במצבים תפקודיים שונים – עצמאיים, תשושים או סיעודיים – שאינם בעלי אמצעים וזקוקים לעזרה של המדינה במימון מגוריהם, יבחרו בבתי אבות מתוך חלופות הכלולות ברשימת המוסדות שיש להם חוזה עם משרד הרווחה או עם משרד הבריאות. יצוין כי גם במקרה שבו ניתן מימון ממשלתי להשמה מוסדית זכאי המועמד לבחור את המוסד שבו ישתכן מתוך רשימה ארצית, ואינו חייב להסתפק ברשימה שיקבל בלשכת הרווחה של מקום מגוריו או בלשכת הבריאות המחוזית. משרד הבריאות מפרסם מידע המיועד לזקן ולבני משפחתו, ובכלל זה פירוט על האשפוז במוסדות (משרד הבריאות, 2014). סוג המוסד המתאים תלוי במצבו של הזקן (סטטוס תפקודי), כפי שהוגדר על ידי רופא מומחה בגריאטריה (משרד הבריאות, 2010). דהיינו, על פי מצבו הרפואי של הזקן ורמת התפקוד שלו: תשוש, סיעודי, תשוש נפש, סיעודי מורכב או זקן הזקוק להנשמה ממושכת.

לתהליך הבחירה המתוכננת שותפים שני צדדים: הזקן ובני משפחתו מזה, והמעון מזה. על פי תקנות הפיקוח על מעונות (תנאי המגורים וטיפול בזקנים עצמאיים ותשושים במעונות לזקנים), התשס"א–2001 (להלן: "תקנות הפיקוח"), בבתי האבות פועלת ועדת קבלה שאמורה לאשר את מועמדותו של הזקן לבית האבות שנבחר, וזאת עוד לפני הגיעו למגורים קבועים בו. על הוועדה הזאת נפרט בהמשך.

בחירה מתוך מצב חירום – בחירה מתוכננת עלולה להפוך בנקל לבחירה חירומית עקב שינוי פתאומי בתנאי חייו של הזקן או במצבו הבריאותי או בסביבתו, וכן עקב היעדר יכולת להמשיך לספק לו רמת טיפול הולמת במסגרת שבה התגורר עד כה. רוב הזקנים במחלקות לתשושי נפש ולאנשים סיעודיים נקלטים בנסיבות של בחירות חירומיות.

דוגמה שכיחה לבחירה מתוך מצב חירום היא סיום תקופת אשפוז בבית החולים, שבמהלכה חל שינוי לרעה במצב התפקוד של הזקן בהשוואה לזו שקדמה לאשפוז. מגוריו הקודמים אינם מתאימים עוד לצרכיו ונדרש פתרון חלופי מיידי. אילוץ המתלווה למצב זה ואף מחמיר אותו הוא דרישת בית החולים לפנות את מיטת הזקן בהקדם האפשרי (מספר ימים בלבד). דוגמה אחרת היא עזיבה פתאומית של מטפל קבוע שליווה זקן סיעודי או תשוש נפש במגוריו הפרטיים, כאשר לנוכח הקושי האובייקטיבי לגייס מטפל פרטי אחר תוך מספר ימים נוצר צורך דחוף למצוא בית חלופי לזקן. מצב חירום נוצר גם בשל ירידה פתאומית ביכולת התפקוד של הזקן המתגורר בביתו ללא מערכות תמיכה. גם כאשר הזקן מתגורר בבית אבות שבו אין פתרון הולם – דהיינו מחלקה מתאימה – לירידה בתפקודו (למשל מתשוש לתשוש נפש או מסיעודי לסיעודי מורכב), עלול להיווצר מצב חירום אם נאלץ הזקן לעבור למוסד אחר תוך תקופת זמן מצומצמת מאוד.

הכניסה לבית האבות יכולה להיות מבוססת על מימון עצמי (דייר פרטי) או על קבלת עזרה במימון ממשרד הרווחה (אנשים שבשל מצבם התפקודי הוגדרו כתשושי גוף), ממשרד הבריאות (אנשים שבשל מצבם התפקודי הוגדרו כסיעודיים או כתשושי נפש), מקופות החולים (אנשים שבשל מצבם התפקודי הוגדרו כסיעודיים מורכבים) או ממשרד הביטחון (נכי צה"ל או הורים שכולים).

עם אפשרויות הבחירה בין בתי אבות העומדות לפני הזקן ומשפחתו נמנים גם מעונות המיועדים לאנשים יוצאי מדינות שונות ולאנשים המשתייכים לתרבויות שונות. במעונות אלו הכוונה היא לאפשר לזקן להתגורר בסביבה תרבותית המוכרת לו, בין אנשים הדוברים את שפתו ורגילים לסגנון חיים הדומה לשלו. בתי אבות אלו מתאפיינים בשפת הדיבור המשותפת של הדיירים (ולרוב – אף של אנשי הצוות), סוגי המאכלים המוגשים, חגיגת חגים ואירועים על פי מנהגי העדה (ובכלל זה נוסח התפילה וסגנונה בבתי התפילה השונים) ועוד. למשל: בית האבות רקנאטי בפתח תקווה ובית האבות הבולגרי בראשון לציון (המיועדים לדוברי לדינו), בית יוליאנה בהרצליה (המיועד ליוצאי הולנד) ובתי אבות של ארגון יוצאי מרכז אירופה (המיועדים לדוברי גרמנית). נוסף על כך, ישנם בתי אבות השייכים לזרם הדתי הלאומי או בתי אבות חרדיים המשתייכים לזרמים שונים ביהדות החרדית.

הבחנה נוספת קיימת בין בתי אבות השייכים לארגונים למטרת רווח ובין בתי אבות השייכים לארגונים שאינם למטרת רווח (אלכ"רים). אלא שבמחקרים נמצא כי לבתי אבות השייכים לאלכ"רים יש תכונות ארגוניות ומבניות הדומות לאלו של ארגונים פרטיים למטרת רווח. בדרך כלל הלקוחות אינם מבחינים בין ספק השירותים שהוא ארגון ללא כוונת רווח ובין ארגון עם כוונת רווח (שמיד, 1998). לפי דברי חוקרים, נראה כי ההבדלים בין הארגונים מיטשטשים, וכי השאלה הרלוונטית כבר איננה מי מספק את השירותים, אלא כיצד הם ניתנים ומהי איכותם (המכון הישראלי לדמוקרטיה, 2010).

בכל מקרה חשוב מאוד לוודא שישנם רישיונות הפעלה תקפים של בית האבות (מטעם משרד הרווחה או משרד הבריאות, לפי העניין).

מומלץ לבקר במספר בתי אבות לפני קבלת ההחלטה. אם אפשר, רצוי מאוד שהזקן עצמו יבקר במקומות המוצעים ויתרשם מהם. מומלץ שלא לקבוע מראש מועד לביקור, אלא להגיע באופן

ספונטני ולהתרשם "מהחיים האמיתיים" המתנהלים במקום. איש צוות – בדרך כלל המנהל או עובד סוציאלי (ובחלק מן המקומות ישנו איש שיווק) – יקבל את פני הפונים וינסה לענות על השאלות ככל האפשר.

יש להתייעץ עם הצוות (רופא, אחות, עובד סוציאלי) בדבר התאמת הטיפול הרפואי והמרקם החברתי והתרבותי של המקום לצרכיו של הזקן. בעת הביקור כדאי לנהל שיחה עם דיירי הבית ובני משפחותיהם כדי להתרשם מחוֹות דעתם. לאחר צמצום האפשרויות לבית אבות אחד או שניים מומלץ לבקר שם שנית, וזאת בשעה שונה (בוקר לעומת ערב, סוף שבוע לעומת אמצע שבוע), כדי להתרשם מהחיים בבית האבות במצבים שונים לפני קבלת ההחלטה הסופית.

רוב בתי האבות מאפשרים ביקור "ניסיון" של הזקן בבית האבות, למשל אירוח לסוף שבוע, שבו יוכל המועמד להתרשם בעצמו מן האווירה, החברה, המזון ויחסם של אנשי הצוות. לשם כך ניתן לעתים אף להתארח לתקופה ארוכה יותר, כגון חודש. כך יבדקו הזקן ובני המשפחה את התאמת המקום לצורכיהם ואת שביעות רצונם מן הטיפול.

ישנן חברות המציעות את שירותיהן כמתווכות בין משפחת הזקן ובין המוסד. בחלק מן המקרים לא מדובר באנשי מקצוע בעלי הסמכה, ידע וכלים שיש בהם כדי לבחון מהו המענה המתאים ביותר לצורכי הזקן ואם ניתן לספק לו שירותים מתאימים בקהילה במקום המעבר לבית אבות. יתרה מזו, יש לזכור כי האינטרס של חברות אלו הוא לגרום לכך שהזקן ייכנס למוסד בסופו של דבר, כיוון שהן מקבלות תגמול מבית האבות על כל אדם המתקבל למוסד דרכן. לכן יש להיוועץ באנשי מקצוע במשרדים הממשלתיים המתאימים, בלשכות הרווחה ובבתי החולים.

ועדת הקבלה – הצעד הראשון שיתבקש הזקן לעשות לאחר בחירת בית האבות המתאים לו הוא מפגש עם ועדת הקבלה של בית האבות. הדבר ייעשה לאחר שיועברו אליה כל המסמכים הרלוונטיים למצבו הביו–פסיכו–סוציאלי של הזקן המועמד לכניסה. על פי תקנה 27 לתקנות הפיקוח, בוועדה זו חברים מנהל המעון, רופא המעון, עובד סוציאלי ואחות המעון. תפקידם להיפגש עם הזקן בביתו (אם המרחק בין הבית ובין המעון אינו עולה על 30 ק"מ) או בבית האבות או להסתפק בלימוד החומר שנאסף על מצבו של המועמד. חברי הוועדה יכולים לדרוש חומר רלוונטי הנחוץ להם לצורך קבלת ההחלטה על התאמתו של המועמד לבית האבות. הוועדה רשאית לאשר את מועמדותו של הזקן לבית האבות או לדחותה, וכן לקבוע תקופת ניסיון כבסיס להחלטה סופית. כל תשובה, חיובית או שלילית, חייבת להינתן בכתב.

אחת התקנות החשובות ביותר בהסדרת תהליך הקבלה של זקן לבית אבות היא תקנה 26(ב) לתקנות הפיקוח, הקובעת כדלהלן:

> לא יתקבל זקן למעון אלא אם כן נתן הסכמתו לכך; היה לזקן אפוטרופוס, או שהוא זקוק למינוי אפוטרופוס... לא יתקבל הזקן למעון, אלא בהסכמת אפוטרופסו.

בהתאם לכך, ועדת הקבלה תשאל את הזקן אם אכן מסכים הוא להיכנס לבית האבות. הסכמת הזקן לעבור להתגורר בבית האבות היא תנאי בל יעבור לקבלה למוסד. זאת ועוד, אם הזקן אינו מסוגל להבין את השאלה הזאת או להשיב עליה וטרם מונה לו אפוטרופוס, אישור הכניסה

יתעכב עד שימונה אפוטרופוס לזקן. באשר להשמה במחלקה הסיעודית, יש לזכור כי על פי נוהלי בתי חולים גריאטריים של משרד הבריאות, בית חולים גריאטרי הנו בית חולים על פי הגדרתו ולכן חוק זכויות החולה, התשנ"ו–1996 חל עליו (משרד הבריאות, 2007א). נוסף על כך נכתבה "מגילת זכויות המטופל", המבהירה את החוק ואת ההנחיות (משרד הבריאות, 2007ב). בשני המסמכים מודגש ההכרח לקבל הסכמה מדעת של המטופל לקבלת טיפול.

הדגשת חשיבותה של מעורבות הזקן בתהליך המעבר למוסד ניכרת גם בנוסח חוק הדיור המוגן, התשע"ב–2012 (להלן: "חוק הדיור המוגן"), אשר קובע כי קבלת דייר לבית הדיור המוגן מותנית באישור הצוות המקצועי כי הדייר מסוגל לדאוג לצרכיו האישיים ולנהל את משק ביתו גם אם מקבל הוא עזרה חלקית לשם כך (סעיף 15 לחוק הנ"ל). זאת ועוד, כל פרטי ההתקשרות יימסרו לדייר בכתב (סעיף 16(א) לחוק), בשפתו (ככל האפשר) או בתרגום לעברית (סעיף 16(ג) לחוק) ותינתן לו הזדמנות סבירה לעיין בהסכם זה (סעיף 16(ד) לחוק).

טרם קבלתו של הזקן לבית האבות עליו – או על אפוטרופסו – לחתום על חוזה המפרט את תנאי התשלום, תנאי הקבלה למעון, השירותים שיינתנו לזקן במקום ועוד. כאשר המדינה היא הממממנת את שהיית הזקן בבית האבות, ייחתם עמה חוזה נוסף (תקנה 31 לתקנות הפיקוח).

ביקור בית טרום–קליטה – כאשר הכניסה לבית האבות הנה מתוכננת, נהוג בחלק מן המוסדות שהעובד הסוציאלי של המעון מבקר במקום מגוריו של הזקן. בביקור זה מתנהלת שיחה המאפשרת לעובד הסוציאלי להכיר באופן מעמיק יותר את הזקן בסביבתו הביתית ואת צרכיו. גם הזקן יכול לקבל עוד מידע ותשובות לשאלותיו על המוסד והחיים בו, וכך להירגע ולהפחית את החרדה לקראת המעבר. פגישה זו הנה הבסיס לתחילת היווצרותם של יחסי אמון בין הזקן לעובד הסוציאלי אשר ימשיך ללוותו לאורך חייו בבית האבות.

אחת השאלות הנפוצות העולות בפגישה בביתו של הזקן לפני המעבר למוסד היא "מה כדאי לי להביא אתי לחדרי בבית האבות". התשובה לשאלה הזאת אינה קלה או אחידה, והיא תלויה בנתונים רבים כגון ייעוד החדר למגורים ביחידות או עם שותף, גודל החדר, מדיניותו של בית האבות לגבי אספקת ריהוט אחיד לכל החדרים והכנסת חפצים אישיים ועוד. בהרבה מקרים זהו נושא טעון, כיוון שבדרך כלל מדובר במעבר מדירה בעלת מספר חדרים אל מקום מגורים קטן בהרבה, ובכל מקרה משמעות כל החלטה היא ויתור על חלק משמעותי מן הרכוש שנצבר בדירה.

2. תהליך הקליטה וההסתגלות של הדייר

מעבר מקום מגורים (Relocation) הוא שינוי עמוק ומשמעותי ביותר עבור כל אדם. עבור הרבה אנשים זקנים שינוי מקום מגורים בשנות החיים המאוחרות הופך לעובדת חיים (Grant, Skinkle, & Lipps, 1992; Thomasma, Yeaworth, & McCabe, 1990). נוסף על עזיבת הבית והסביבה המוכרת, סגנון המגורים החדש דורש מהזקן יכולת להסתגל להרגלים חדשים, לטיפול פיזי ולפעילויות חדשות, וכן ליצור יחסים בין–אישיים חדשים ולשמרם, ולנהל חפצים אישיים (Hersch, Spencer, & Kapoor, 2003). שינוי מקום מגורים הוא תהליך מורכב, ולכן מדובר באירוע היוצר לחץ חזק במהלך חייו

של האדם (Sergeant, Ekerdt, & Chapin, 2008). בהתאם לכך, שינוי מקום המגורים הוא בשנים האחרונות נושא מרכזי בדיון על שנות החיים המאוחרות (Capezuti, Boltz, Renz, Hoffman, & Norman, 2006; Walker, Curry, & Hogstel, 2007). בספרות המקצועית נקבע המונח "תסמונת המיקום מחדש (Relocation stress syndrome)", המתאר את התוצאות השליליות האפשריות של המעבר למוסד (Capezuti et al., 2006; Walker et al., 2007). השפעות המעבר עלולות לכלול הפרעות פסיכולוגיות ופסיכיאטריות (North American Nursing Diagnosis Association, 2005). למשל: בלבול, דיכאון, חרדה, דאגנות יתר, חוסר אונים, כעס ותחושת בגידה, ירידה בשביעות הרצון הכללית, בתחושת הערך העצמי ובמצב הקוגניטיבי, בדידות, נפילות, עלייה בתחלואה ובשיעורי התמותה, היחלשות מערכת החיסון וירידה ביכולת התפקוד הפסיכולוגית (Capezuti et al., 2006; Hodgson, Freedman, Granger, & Emo, 2004; Lutgendorf et al., 2001; Thorson & Davis, 2000; Walker et al., 2007).

עם זאת, נמצאו גם עדויות להשפעות חיוביות של שינוי המקום. למשל, תחושת ביטחון טובה יותר, פחות בדידות ויותר עשייה מאתגרת מאשר בבית (Reed & Roskell-Payton, 1996). עבור חלק מהזקנים הייתה ההשמה המוסדית הזדמנות להעלאת ערך עצמי ולחיים חדשים (Iwasiw, Goldenberg, MacMaster, McCutcheon, & Bol, 1996). יש שזקנים אף חווים תחושת הקלה בשל הימצאותם בחברת אנשים אחרים ובשל העברת האחריות להכנת הארוחות ולתחזוקת הבית לאדם אחר (Iwasiw et al., 1996; Bekhet, Zauszniewski, & Wykle, 2008). במחקרם של רוזן וקנפל נמצא כי 94% מהנשאלים בדיור מוגן העידו על שביעות רצון רבה ממצב בריאותם מאז מעברם אל הדיור המוגן (Rossen & Knafl, 2007).

2.1 היבטים תיאורטיים של מעברים בזִקנה.

הראשונים שעסקו בנושא האינטראקציה בין הזקן לסביבתו היו לוטון ונחמוב. הם פיתחו את תיאוריית הלחץ הסביבתי והגדירו את הזִקנה כתהליך מתמשך של הסתגלות לשינויים החלים הן בסביבה החיצונית הן ביכולותיו הנפשיות והתפקודיות של הזקן (Lawton & Nahemow, 1973). לשיטתם, רמות ההסתגלות של האדם הזקן מסבירות את תגובתו הרגשית לדרישות הסביבה. דרישות אלו הן הגורמות לאנשים לבצע שינויים אשר יפחיתו את הלחץ הסביבתי ולשפר את יכולותיהם להסתגל לסביבה המשתנה.

התיאוריה של ויסמן אמנם עוסקת במהגרים זקנים, אך תורמת לידע לגבי סוגי מעברים בזִקנה (Wiseman, 1980). ויסמן הבחין בין מעברים מרצון ובין מעברים כפויים. הוא תיאר גורמי החלטה לעבור בגיל זִקנה המאלצים אנשים להעריך את שביעות רצונם מתנאי מגוריהם. גורמים אלו עשויים להיות, למשל, הן שינויים רצויים בסגנון החיים (שסווגו כגורמי משיכה לשינוי) הן שינויים כגון התדרדרות פתאומית במצב הבריאות, המצריכים קטיעה פתאומית של סגנון החיים העכשווי ומעבר לבית אבות (שסווגו כגורמי דחיפה לשינוי).

ליטווק ולונג'ינו הגדירו שלושה סוגי מעברים המתרחשים בזִקנה (Litwak & Longino, 1987). המעבר הראשון מתבצע מיד לאחר היציאה לגמלאות (לצורך שיפור התנאים וקרבה לבני משפחה או לחברים); המעבר השני בא כתגובה לירידה מתונה במצב התפקודי; הסוג השלישי

הוא מעבר למוסד כיוון שהסביבה לא יכלה לתת מענים לצרכיו של הזקן. שני הסוגים האחרונים הנם למעשה התאמות הכרחיות לצורך ההולך וגובר של האדם הזקן בסיוע ובתמיכה, ובמקרים רבים נעשה מעבר אל קרבתם הפיזית של בני משפחה או מעבר למוסד לצורך קבלת טיפול פורמלי של נותני שירותים שונים.

התפיסות שנסקרו לעיל הן תפיסות מרכזיות שעיצבו את חקר המעברים בשנות החיים המאוחרות. עם זאת, יש לזכור כי מגמות חברתיות חדשות, התפתחויות בחקר הבריאות וחידושים בתחום סוגי המגורים לאנשים זקנים מצריכים בדיקה מתמדת ומתמשכת של משמעות המעברים בגיל הזִקנה (Perry, Andersen, & Kaplan, 2014).

מחקרן של בקהט ואחרות בחן את הסתגלות הדיירים למוסד (Bekhet et al., 2008). הדבר נעשה על בסיס רעיונותיו התיאורטיים של רוזנבאום, שטען כי תושייה נלמדת (Learned resourcefulness) הנה אוסף של מיומנויות בקרה ושליטה עצמית קוגניטיביות והתנהגותיות המלוות באמונה ביכולת עצמית לשם התמודדות אפקטיבית עם מצוקות שונות (Rosenbaum, 1990). תושייה נלמדת יכולה לקדם סגנון חיים עצמאי, בריא ופרודוקטיבי. מחקרים הראו כי תפיסות חיוביות מפחיתות את השפעתם של גורמים שליליים (Zauszniewski, McDonald, Krafcik, & Chung, 2002). לפיכך, אנשים התופסים מצבים חדשים כמאתגרים וכהזדמנויות לצמיחה אישית (דהיינו, בעלי תפיסה חיובית), יחוו את שינוי המקום באופן חיובי יותר (Smider, Essex, & Ryff, 1996). לתפיסה חיובית יש השפעה ישירה הן על תושייה נלמדת הן על ההסתגלות לבית האבות (Bekhet et al., 2008). לתושייה הנלמדת הייתה גם השפעה ממתנת על קשיי ההסתגלות למעבר, וזאת בדומה לקשר בין תחושת השליטה על המעבר ובין ההסתגלות למעבר.

אנשים שונים נוקטים אסטרטגיות שונות בהתמודדותם עם הכניסה למוסד. מספר גישות להסתגלות נמצאו במחקר על דיירים חדשים לאחר כניסתם לבית האבות: 1. החלטה נחושה לתפוס את המעבר לבית האבות כמספק; 2. קבלה פסיבית של סגנון החיים במוסד; 3. התעמתות עם השינוי, דהיינו, תגובה רגשית לשינויים שמצריך המיסוד; 4. השתלבות ומעורבות בפעילויות המוסד, דהיינו שיתוף פעולה עם דיירים אחרים ועם אנשי הצוות (Porter & Clinton, 1992).

וילסון הציג במחקרו שלושה שלבים שאותם עוברים זקנים הנכנסים לבית אבות: שלב ההלם, המתאפיין בהתמקדות ב"אני" ומלווה פעמים רבות בביטויים רגשיים כגון בכי; שלב ההסתגלות, שבו הדיירים מצליחים להפנים את המעבר ומתחילים לפתח עמדות חיוביות כלפי המוסד ולקשור קשרים חברתיים עם דיירים אחרים; שלב של התחלת קבלה של המקום, המתאפיין בהתבוננות סביב (אל מעבר ל"אני"), פיתוח קשרים חברתיים חדשים ותחושת שליטה במצב (Wilson, 1997).

2.2 מעורבות ושליטה (אוטונומיה).

תהליך הכניסה לבית האבות מצריך קבלת החלטות בתחומים רבים ומורכבים, למשל, כלכליים, בריאותיים ומשפטיים (Kao, Travis, & Acton, 2004). קשה להפריז בחשיבותה של מעורבות הזקן בתהליך קבלת ההחלטות לפני הכניסה לבית האבות. היבטים של שליטה – או אי–שליטה

– בתהליך של מעברי מקום בזִקנה נידונו בהרחבה בספרות המחקרית בתחום (Bekhet et al., 2008; Laughlin, 2005). לפי הגדרתם של שולץ וברנר, שליטה היא "היכולת להפעיל היבטים שונים של הסביבה" (Schulz & Brenner, 1977). יכולת השליטה במעבר ממקום למקום, עניינה רמת השליטה האישית על עצם המעבר. במילים אחרות, עד כמה הייתה לדייר יכולת בחירה בהחלטה לעבור למוסד, דהיינו, עד כמה הייתה לו שליטה בגורלו (Lutgendorf, Vitaliano, Reimer, Harvey, & Lubaroff, 1999; Tesch, Nehrke, & Whitbourne, 1989).

למידת מעורבותו של הזקן יש השפעה ניכרת גם על תחושת הרווחה הנפשית שלו לאחר הכניסה למוסד. נמצא קשר בין שמירה על תחושת שליטה לאורך תהליך קבלת ההחלטות והמעבר ובין תחושת רווחה פסיכולוגית לאחר הכניסה למוסד (Street & Burge, 2012). עוד נמצא כי תחושת השליטה הפחיתה את השפעותיהם של קשיי המעבר בתקופת ההסתגלות, למשל, הפחתת תגובות רגשיות שליליות (Smider et al., 1996). גם רוזן וקנפל העלו במחקרם שהכנה למעבר ותפיסת האדם את יכולת הבחירה שיש לו לעבור מקום או שלא לעשות זאת משפיעות הן על יכולת ההסתגלות לאחר המעבר הן על מצבו הפיזי והרגשי ועל רווחתו האישית (Rossen & Knafl, 2007).

לעומת זאת, מצבים של ירידה קוגניטיבית, סיכון עצמי, חולי, חוסר יכולת לתפקד באופן עצמאי בבית ושחרור מבית חולים ללא מערכת תמיכה שמסוגלת לטפל וכדומה יכולים להביא לכניסה כפויה למוסד (ללא מעורבות הזקן בהחלטה בדבר מיסוד). מיסוד כפוי נקשר במחקר לתחושות של כעס (Mikhail, 1992), ואף לעלייה בשיעור התמותה לאחר שהייה של שנה במוסד (Laughlin, Parsons, Kosloski, & Bergman-Evans, 2007). ממצאים דומים נתקבלו גם במחקר שהעריך את השפעתה של העברה כפויה למוסד על מצבו הפיזי, הנפשי והתפקודי של הזקן (Laughlin, 2005).

2.3 בית האבות כבית.

תהליך ההסתגלות כולל הרבה מאוד מרכיבים, ביניהם אמביוולנטיות רגשית. במחקרו של קאהן נמצא כי אחד המשפטים שבהם השתמשו דיירים לעתים קרובות כדי לתאר את התנסותם בחוויית ההסתגלות לביתם החדש היה "להפיק את המיטב מהמצב". משפט זה משקף את האמביוולנטיות הרגשית כלפי המוסד שאותה חשו הזקנים (Kahn, 1999).

ביסוס תחושת בית ותחושת משמעות תועדו בספרות המחקרית כתהליך מרכזי בחוויית ההסתגלות של דיירים חדשים בבית אבות. נמצא כי תפיסת המוסד כבית היא ליבת תהליך ההסתגלות לחיים במוסד לטיפול לטווח ארוך (Cooney, 2012). מחקרן הפנומנולוגי של ג'ונסון וביבו בדק בשתי נקודות זמן – כשבועיים מיום הכניסה לבית האבות וכ–8 שבועות מיום הכניסה – כיצד מתבטאת תחושת ה"בית" בחוויית המעבר אצל שמונה דיירים חדשים, כיצד משתנה תפיסת המוסד כבית לאחר ההסתגלות למקום החדש והאם תחושת השליטה בהחלטה לבצע מיסוד קשורה לפיתוח תחושת בית בבית האבות (Johnson & Bibbo, 2014). החוקרות מצאו כי בתקופה הראשונה רוב האנשים לא פיתחו תחושת בית במוסד, אך לאורך תקופת 8 השבועות הם שינו את עמדותיהם הן כלפי עצמם הן כלפי בית האבות, וזאת במטרה להשיג

הסתגלות טובה יותר. עוד מצאו החוקרות כי ההסתגלות העצמית – או הפנימית – הייתה תהליך קוגניטיבי המכוון להסתגלות, שהתבסס בעיקר על תמות כגון "הכרה בצורך לקבל עזרה בתפקוד", "להפיק את הטוב ביותר מהמצב", "מקום למות". ההסתגלות לבית האבות נקשרה בדרך כלל לשתי תמות עיקריות: האחת היא מגבלות בטיחות בהקשר איסור היציאה מן המוסד ללא תיאום והאחרת היא מגבלות בטיחות בקשר לפעילויות בתוך המוסד. החוקרות הדגישו שממצאיהן מוכיחים את חשיבות האוטונומיה ותחושת השליטה של הדיירים בתהליך ההסתגלות לבית האבות.

2.4 הסתגלות בני המשפחה למיסוד.

ההחלטה להעביר את בן המשפחה הזקן לבית אבות היא על פי רוב תהליך מורכב, ארוך ומייסר גם עבור בני המשפחה (Yaffe et al., 2002). זאת, עקב רגשות אחריות ואשמה של בני המשפחה (Brown, 2012). אחד ממקורות הקושי של בני משפחה הוא העובדה שעליהם לעבור תהליך של איזון בין תפיסתם השלילית באשר למוסד ובין אי–יכולתם להעניק בעצמם את הטיפול הנחוץ ליקירם. עם המעבר לבית האבות ממלאים בני המשפחה תפקיד חדש וחווים קשת של רגשות המושפעת מן הטיפול שאותו מקבל יקירם, התמיכה שהם מקבלים או אינם מקבלים, היחסים עם אנשי הצוות, וכן הירידה במצבו הבריאותי או התפקודי של בן משפחתם הזקן (Davies & Nolan, 2003, 2004). בעקבות המעבר עלולים בני המשפחה לחוות תחושות אבדן, חרטה, עצב, כישלון וצורך להצדיק את החלטתם לפני אחרים (Brown, 2012). סימפטומים של דיכאון וחרדה נמשכים אצל בני משפחה שטיפלו בזקן לפני המיסוד באותה עוצמה שבה נחוו בעת הטיפול בו בבית, למשל, נמצא כי שימוש בנוגדי דיכאון אצל בני משפחה עולה בתקופות שלפני המעבר לבית האבות ואחריו (Schulz et al., 2004). המעבר קשה במיוחד לבני זוג של זקנים המועברים לבית אבות (Gaugler, Mittelman, Hepburn, & Newcomer, 2010). בנות זוג, שלרוב הן המטפל העיקרי, סובלות מעלייה בתחושת נטל הטיפול בעקבות המיסוד של בעליהן ונשארות מעורבות מאוד מבחינה רגשית. בקרב הבעלים נמצאה נטייה לסבול מדיכאון מתמשך בעקבות המיסוד של בנות זוגם, וייתכן שהדבר נובע מתחושת האבדן ומן הרמה הנמוכה יותר של תמיכה חברתית שהם מקבלים (Gaugler et al., 2010).

סקירת מחקרים העוסקים בצורכיהם של בני משפחה בתקופה שלאחר העברת קרוביהם לבית האבות העלתה כי ישנם שלושה מוקדי צרכים עיקריים: 1. בעיות פסיכולוגיות, בעיקר דיכאון וחרדה; 2. צורך במידע על הנהלים וההתנהלות של בית האבות; 3. תכנון הטיפול בסוף החיים (Schulz et al., 2014). חוקרים ממליצים על פיתוח תכניות התערבות שתקלנה את המעבר לבית האבות וכך תשפרנה את איכות החיים של בני המשפחה ותפחתנה את קשייהם בתהליך הזה (Sury, Burns, & Brodaty, 2013). להלן אסטרטגיות שונות המוצעות (בין השאר) בהקשר זה: תכנית לאוריינטציה (התמצאות) של הדיירים ובני משפחותיהם בסביבה החדשה, וכן יצירת קשרי ידידות עם דייר ותיק בבית האבות (Brown, 2012); שיתוף פעולה עם בני המשפחה בתכנון הטיפול (Gaugler, Pearlin, Leitsch, & Davey, 2001); שיחות טלפון יזומות עם בני המשפחה, וכן תכנית הכשרה לאנשי הצוות כדי שיכירו ויבינו טוב יותר הן את הדייר הן את בני משפחתו (Sury et al., 2013). שולץ ואחרים חקרו את השפעתו של טיפול פסיכולוגי

בקרב בני משפחה לאורך 6 חודשים מאז מועד המיסוד של קרוביהם. הטיפול לא הופסק גם במקרים שבהם נפטרו קרובים בתוך התקופה הזאת. עוד נבדקה השפעתו של גורם הזמן שחלף לאורך 18 חודשים מאז המיסוד. בהערכה הראשונה לפני תחילת הטיפול נמצאו תחושות דיכאון, חרדה ושחיקה נפשית בגין נטל הטיפול בקרוב. בהערכות חוזרות שנערכו כעבור 6 חודשים, 12 חודשים ו–18 חודשים נמצאה השפעה מיטיבה משמעותית של גורם הזמן על הדיכאון והחרדה ותחושת הנטל, שפחתו עם הזמן החולף. אולם לא נמצאה השפעה של הטיפול עצמו על שלוש התחושות האלה. לעומת זאת, נמצא כי ההתערבות הטיפולית הביאה לירידה משמעותית ברמת המורכבות של האבל הכבד במקרי מוות של קרוב במוסד (Schulz et al., 2014).

במחקרם של דייוויס ונולן נמצא כי תפקידם הראשוני של בני המשפחה בתהליך הקליטה וההסתגלות היה להפוך את בית האבות ל"ביתי" ככל האפשר עבור הזקן. הדבר נעשה באמצעות ארגון החדר, סידור מזכרות ורהיטים, וכן הצגת תמונות מחיי הדייר ומשפחתו. בני המשפחה גם דאגו ליידע את הצוות במידע רב ככל האפשר על אודות קרובם הזקן. עוד נמצא במחקר זה כי תמיכה חברתית מחברים, מבני משפחה ומאנשי מקצוע הניתנת לבני משפחה של זקנים המועברים לבית אבות היא חשובה ומסייעת בהסתגלותם למיסוד של קרובם (Davies & Nolan, 2004).

2.5 הכניסה והתקופה הראשונה בבית האבות.

לאופן קבלתו של הזקן לבית האבות מיד עם בואו ביום הראשון יש משמעות רבה והשפעות רבות על קליטתו והסתגלותו לחיים בבית האבות. קבלת פנים חמה באווירה נוחה ומקבלת מתוך הבנת הקושי הרב שכרוך בצעד כזה תאפשר לזקן הסתגלות טובה יותר. תקנה 28 לתקנות הפיקוח קובעת כי ביום כניסתו של הזקן למעון יקבלוהו העובד הסוציאלי ואחות המעון, שידאגו לקליטתו שם. בשל ההכרה בחשיבות המכרעת שיש לדקות, לשעות ולימים הראשונים של הזקן בבית האבות, קיימים נהלים ברורים עבור כל אחד מאנשי המקצוע המטפלים לגבי הקבלה וההתנהלות בימים הראשונים ובתקופה הראשונה של שהיית הזקן במעון.

הכוונה היא לסייע לדייר החדש למצוא את מקומו במקום מבחינה פיזית, רגשית וחברתית. יש לזכור כי לא זו בלבד שהזקן אינו מכיר את הפנים בסביבתו, אלא גם החדר, המבנה, וכן מקומם של חדר האוכל, המרפאה, היציאה לגן וכו' – כל אלה חדשים וזרים לו. לעתים חוסר ההתמצאות מדאיג את הזקן וגורם לו לחוש מאוים. האמצעים להקלת ההתאקלמות בבית האבות הם רבים ומגוונים, ובדרך כלל העובד הסוציאלי הוא האחראי להצגת הצוות לפני הזקן ומשפחתו וליצירת הקשרים הראשונים עם דיירים אחרים. תשומת לב מוגברת של כל אנשי הצוות; יצירה מתוכננת ומכוונת של היכרויות עם דיירים ותיקים; ליווי באמצעות אנשי הצוות ודיירים מתנדבים במשך שעות היממה אל חדר האוכל ואל אירועים שונים במקום (ומשם בחזרה לחדר) וכו' – כל אלה יתרמו להרגשת הביטחון וההתקבלות של הזקן.

במשך השבועות הראשונים לאחר כניסת הדייר לבית האבות עורך עמו כל איש מקצוע היכרות אישית כדי להכירו כאדם ולהכיר את צרכיו הייחודיים ואת העדפותיו. אנשי מקצועות הטיפול השונים (למשל, העובד הסוציאלי, הפיזיותרפיסט, המרפא בעיסוק) מבצעים הערכה ראשונית ומכינים תכנית טיפול מתאימה שתיתן מענה לצורכי הזקן ומציעים אותה.

חשוב לבצע תיאום ציפיות ומטרות בין הזקן ומשפחתו ובין אנשי הצוות והארגון כבר בתחילת הדרך המשותפת. ציפיות בלתי מציאותיות, אי–הבנה של הנהלים או של תכנית הטיפול מצד אחד הצדדים עלולה להוביל לתסכול ולקונפליקטים עתידיים.

לאורך כל תהליך כניסתו והסתגלותו של הזקן לבית האבות יש לשתף במידע את בני משפחתו של הדייר, אשר עוברים תהליך הסתגלות מקביל לזה של יקירם, ולערב אותם בטיפול. לאור העובדה כי גם בני המשפחה עוברים תהליך רגשי קשה, יש מקום לנהל עמם שיחות שבהן יוסברו להם נוהלי המקום, תוצגנה מטרות הטיפול ותפיסות הטיפול בזקן המקובלות במקום, יוקדש זמן רב ככל הנדרש לשם תיאום ציפיות ומענה לשאלות העולות מטבע הדברים במצב שהנו חדש לבני המשפחה. אפשרות להביע רגשות ולהבהירם; מתן מקום והבנה לרגשות המציפים את בני המשפחה; הכלה של הכאב, הדאגה והחרדה לגורל יקירם – כל אלה יבססו התחלה של יחסי אמון ושיתוף פעולה יעיל בין בני המשפחה ובין צוות בית האבות.

כל האמור לעיל באשר לקשיי ההסתגלות והקליטה בבתי אבות הנו נכון גם לגבי דיירים הנכנסים לדיור מוגן ועומדים בפתחה של חוויית חיים חדשה. אמנם ההצטרפות לקהילת מגורים של אנשים זקנים נעשית במקרה זה מתוך שיקול דעת, תכנון ובחירה אישית, אך הדבר אינו גורע מן הקשיים הרגשיים שעמם יצטרכו הזקנים להתמודד בהקשרי ההכרה בזִקנה, הפרידה מהבית, החשש מהמציאות החדשה ומסגנון החיים ומהחברה החדשה. במוסדות הדיור המוגן השונים ישנה היערכות מובנית של הצוות לקבלת הדייר החדש הכוללת היבטים שונים של סיוע בהתאקלמות ובהסתגלות בתקופה הראשונה.

התקופה של שלושת החודשים הראשונים של מגורי הזקן בבית האבות נחשבת לתקופת ניסיון עבור שני הצדדים, שבה יבחנו שני הצדדים את התאמתם זה לזה. תקנה 32(א) לתקנות הפיקוח קובעת כי ועדת הקבלה של בית האבות יכולה להחליט על הארכת התקופה ב–3 חודשים נוספים אם היא רואה בכך צורך על פי שיקוליה, ובכל מקרה הזקן או הארגון חייבים במתן הודעה על הישארות או על עזיבה שבועיים לפחות לפני תום תקופת הניסיון הכוללת. בדומה לכך, גם חוק הדיור המוגן קובע 3 חודשי ניסיון עם אופציה להאריך את התקופה עד שנה, ובמהלך התקופה הזאת יש להודיע בכתב על ביטול הסכם ההתקשרות שבועיים מראש לפחות (סעיף 18 לחוק).

3. מעברי מקום לאחר הכניסה לבית האבות

חוויית ההזדקנות יוצרת לעתים קרובות צורך בשינוי סביבת המגורים באמצעות התאמת המגורים העכשוויים או מעבר לסביבה תומכת יותר. המעבר הדרמטי הראשון הוא כמובן המעבר אל בית האבות. אולם במקרים רבים המעבר הזה אינו המעבר האחרון שחווה הזקן. המציאות מראה כי דיירי בתי האבות עוברים מחדר לחדר, ממחלקה למחלקה ולעתים אף ממוסד למוסד. נוסף על כך, רבים מהם חווים העברות רבות אל בית החולים וממנו. חלק זה של הפרק יעסוק במעברים האלה.

מחקרים רבים דנו ביחסיהם של זקנים כלפי ביתם ורכושם ובנושא רגשותיהם בדבר המעבר ממקום למקום בזִקנה (Ekerdt, Luborsky, & Lysack, 2012; Luborsky, Lysack, & van Nuil, 2011). **למשל**, מחקרו של פרי הציג את המורכבות שיש במעברים בזִקנה, אשר בגינם צריך הזקן לתכנן מענים

לצרכיו הרגשיים, הרפואיים והכלכליים העתידיים (Perry, 2012). בניגוד למודל הרפואי, שבו נתפס הדייר כ"חולה" המטופל בהתאם לנוהלי המוסד, אחד העקרונות המרכזיים בתפיסתם של בתי האבות המתקדמים הוא הענקת יכולת שליטה רבה ככל האפשר לדייר על סביבתו. תפיסה זו מתמקדת בארגון השירותים לפי צורכי הדייר והעדפותיו (Mollica, 1998). זאת, ברוח רעיון ה"הזדקנות במקום (Aging in place)", שהנו מרכזי בתפיסה זו ומקובל במקומות שונים בעולם. משמעותו של רעיון ההזדקנות במקום היא שהדייר יוכל לקבל את הטיפול הרפואי המתאים לו בחדר שאליו נכנס לראשונה, עם מעברים מעטים ככל האפשר הן בין חדרים ומחלקות במוסד הן בין מוסדות. במילים אחרות, המחלקה תתאים את עצמה לצרכיו המשתנים של הדייר הזקן ותספק לו אותם בחדרו הקבוע (Chapin & Dobbs-Kepper, 2001). בישראל מחייבים הנהלים הפרדה בין מחלקות המיועדות לאנשים במצבי בריאות ותפקוד שונים, שכן יישום תפיסת ההזדקנות במקום טרם הוטמע ברוב בתי האבות.

ניתן להבחין בשני סוגים עיקריים שונים של מעברי דיירים בתוך בית האבות: מעברים מחדר לחדר ביזמת הדייר ומעברים בין חדרים או בין מחלקות (או אף בין מוסדות) ביזמת המוסד. הדייר הוא שיוזם בדרך כלל מעבר לחדר גדול יותר (או לחדר לבודד) כדי לשפר את תנאי הדיור, או מעבר לחדר קטן יותר (או זול יותר) כתוצאה מקשיים כספיים. המוסד הוא שיוזם בדרך כלל מעבר עקב ירידה במצבו התפקודי (הפיזי או הקוגניטיבי) של הדייר או עקב צורכי אכלוס שונים או עקב שיפוץ המתבצע במוסד. הבחנה נוספת בהקשר מעברים שיוזם המוסד היא בין מעברים אופקיים (מחדר לחדר באותה מחלקה) ובין מעברים אנכיים (ממחלקה למחלקה או ממוסד למוסד), הנעשים בדרך כלל עקב הרעה במצבו הבריאותי או התפקודי של הדייר.

עוד חשוב לציין כי בהעברת דייר שמצבו התדרדר אל מחלקה היכולה לתת מענה טוב יותר לצרכיו יש תועלת גם עבור שאר הדיירים במוסד שהנם בריאים יותר ועצמאיים יותר. כל העברה כזאת תמנע את חשיפתם היומיומית למצבי חולי, תלות וקרבה מאיימת של המוות, המשקפים את מה שבעתיד עלול לעלות גם בגורלם ויוצרים אצלם דאגה ומצוקה ורצון להימנע ממפגש עם הדיירים המוגבלים יותר.

3.1 מעברים ממחלקה למחלקה.

כמו כל זקן באשר הוא, גם דיירי בית האבות חווים תהליך הזדקנות, ולעתים בא הדבר לידי ביטוי בירידה ביכולות הפיזיות והקוגניטיביות או בהחמרתן של מחלות כרוניות. ככל ששינויים אלו גוברים, הזקן זקוק לתמיכה ולטיפול רבים יותר ואינטנסיביים יותר. על פי נוהלי משרד הרווחה ומשרד הבריאות, לשם כך יש לשנות באופן פורמלי את הסטטוס הרפואי או התפקודי שלו. בשיטה הנוהגת בישראל, אנשים במצבי תפקוד ובריאות שונים מטופלים במחלקות ייעודיות שונות הפועלות בפיקוח משרדים שונים ובמימונם. משמעות הדבר היא שעם שינוי הסטטוס התפקודי נאלץ הזקן ברוב המקרים לעבור למחלקה מתאימה (בדרך כלל מדובר במעבר ממחלקת תשושי גוף למחלקה לאנשים סיעודיים או למחלקה לתשושי נפש). הזקן והמשפחה מתמודדים במקביל עם ההתדרדרות במצבו הבריאותי, עם השינוי במקום מגוריו (שעל פי הנהלים הוא תוצאתה של התדרדרות זו), עם השינוי בסביבתו המוכרת ועם הצורך לערוך היכרות עם אנשי צוות ועם דיירים חדשים. יצוין כי אף שהסביבה החדשה הולמת יותר את צרכיו

של הזקן, מצבים של התנגדות, כעס, חרדה וייאוש של הזקן ובני משפחתו הנם שכיחים מאוד.

כל העברה בין מחלקות, ואחת היא מאין ולאן, יוצרת מצב לחץ מן הקשים ביותר שעומדים לפני הזקן. מצב זה מחמיר ביותר כשמדובר במעבר ממחלקה לזקנים עצמאיים או תשושי גוף אל מחלקה לאנשים סיעודיים או תשושי נפש, כיוון שיש במעבר הזה איום על האוטונומיה של הזקן (Coughlan & Ward, 2007; Reuss, Dupuis, & Whitfield, 2005). הדיירים רואים באיום זה את ההיבט המשמעותי ביותר במעבר ממצב של עצמאות למחלקה שבה יש חשש מאבדנה (Shippee, 2009). הדיירים תופסים את המעבר גם כאיום על פרטיותם ועל המרחב האישי שלהם. העברה כפויה – האופיינית למעברים האלה – היא היותר קשה עבורם, ונמצא כי זקנים שאינם יכולים לבחור או להיות שותפים להחלטה מתקשים יותר להסתגל בהמשך למחלקה החדשה (Reuss et al., 2005).

מבחינה רגשית המעבר למחלקה אחרת הוא קשה מאוד לזקן, שכן אנוס הוא להתמודד עם השינוי במצבו ועם קרבתו למוות. במחקרה של שיפי נמצא כי הזקנים תפסו את המעבר למחלקה אחרת כחוויית "סופיות" ומוות קרוב. באותו מחקר התקשרו תחושות אלו לתחושות של שלילת כוח ופגיעה בגין פטרנליזם, כמו גם לתפיסת המהלך כבלתי הפיך (Shippee, 2009). חוויה של ניתוק חברתי ושלילת כוח עקב מעבר למחלקה אחרת דווחה גם במחקרים אחרים (Coughlan & Ward, 2007).

מעבר למחלקה אחרת עלול להפחית את האינטראקציות החברתיות, ובכלל זה פגישות עם חברים מן המוסד עצמו ומחוצה לו (Haight, Michel, & Hendrix, 1998). הדבר עלול גם להגביר תחושות של בדידות ובידוד (Johnson, 1996). עוד נמצא במחקר אחר כי דיירים נוטים להימנע מקיום יחסים חברתיים עם דיירים שמצבם הפיזי או הקוגניטיבי ירוד ממצבם שלהם (Young, 1998).

בסיכום במחקרה כותבת שיפי כי המעבר למחלקה תומכת יותר נתפס בעיני הדיירים כסטיגמה של נזקקות לעזרה וכהתקרבות למוות, וזאת דווקא במצב שבו הם הזדקקו ביתר שאת להעצמה ולהעלאת תחושת הערך העצמי (Shippee, 2009).

ניתן למזער את תחושות התסכול ואת הקשיים באמצעות גישה נכונה ומקצועית של הצוות המלווה את הזקן ובני משפחתו במעבר ממחלקה אחת למחלקה אחרת. זאת, באמצעות שיתוף הזקן ובני משפחתו בבחירת המחלקה החדשה, עריכת היכרות עם שותפו החדש לחדר, שמירה על קשריו של הזקן עם חבריו מהמחלקה הקודמת, ביצוע הדרגתי של המעבר (לדוגמה, לינה במחלקה החדשה ופעילות חברתית במחלקה הקודמת) וליווי אינטנסיבי יותר של עובד סוציאלי שילווה את תהליך הסתגלותם והתאקלמותם של הדייר ובני משפחתו במחלקה החדשה.

למעבר למחלקה ההולמת יותר את צרכיו של הדייר יש גם משמעות **חיובית**: במרבית המקרים המעבר נעשה לאחר שבמחלקה הישנה כשלו כל הניסיונות לספק לדייר את רמת הטיפול הנדרשת במצבו החדש. יודגש כי תקני כוח האדם למחלקות האלה, שאותם קובעים משרד הרווחה ומשרד הבריאות, הולמים את מצבי התפקוד של דיירים עצמאיים ותשושי גוף. כלומר,

צוות של מחלקה לזקנים עצמאיים או תשושי גוף יתקשה לטפל בדייר שהפך לסיעודי או לספק השגחה 24 שעות ביממה לדייר תשוש נפש שעלול לסכן את עצמו. נוסף על מצבת כוח אדם בלתי הולמת, טיפול בדייר סיעודי או תשוש נפש מצריך התמחות ומיומנות שאינן ניתנות לצוותי מחלקה לזקנים עצמאיים או תשושי גוף, ואף הסביבה הפיזית עלולה להיות בלתי מתאימה למצב החדש (לדוגמה: היעדר גישה לכיסא גלגלים). זאת ועוד, דיירים סיעודיים או תשושי נפש המתגוררים במחלקה שאינה מתאימה לצורכיהם עלולים לסבול בשל התרחקות, לעג והתעלמות מצדם של דיירים עצמאיים יותר. מן המקובץ עולה כי יש לראות גם את הפן החיובי של המעבר למחלקה מתאימה יותר, וזאת למרות כל הקשיים המתוארים לעיל.

פן נוסף של המעבר ממחלקה לזקנים עצמאיים או תשושי גוף אל מחלקה לאנשים סיעודיים או תשושי נפש הוא הפן הכלכלי. עלות המגורים במחלקות לאנשים סיעודיים או תשושי נפש גבוהה באופן משמעותי מזו של המחלקות לזקנים עצמאיים או תשושי גוף. לפיכך, במרבית המקרים נוצר קושי כלכלי הבא נוסף על השינוי הכפוי, והנו גורם נוסף להתנגדות הזקן ובני משפחתו למעבר האמור. הקושי הכלכלי גובר אם למחלקה הסיעודית במעון שבו מתגורר הזקן אין הסכם מימון עם משרד הבריאות. במקרה זה אמור הזקן לממן בעצמו את העלות הגבוהה הנוספת או לעבור למוסד אחר, ולכן הקשיים הכרוכים בשינוי יגברו בהכרח.

בהקשר של שינוי סטטוס תפקודי עקב התדרדרות במצבו הבריאותי (הפיזי או הקוגניטיבי) של הזקן חשוב לציין כי לדיירים בבתי הדיור המוגן נוספו בשנים האחרונות אופציות לקבלת שירותים המותאמים לצורכיהם. אחת מהן היא "מחלקה תומכת" המשמשת כמעין מחלקת ביניים או מחלקת מעבר בין המחלקה לזקנים עצמאיים או תשושי גוף ובין המחלקה לאנשים סיעודיים או תשושי נפש. במחלקה התומכת יקבלו הזקוקים לכך טיפול והשגחה מוגברים ללא הקשיים הכרוכים במעבר למחלקה הסיעודית. אופציה שנייה – המעוגנת בסעיף 33(א) לחוק הדיור המוגן – היא האפשרות לשכן מטפל בדירה באופן זמני או ממושך, ובלבד שהדירה מותאמת לכך והצוות המקצועי במקום אישר כי יש צורך רפואי או תפקודי במטפל כאמור.

3.2 מעברים מחדר לחדר.

רוב בתי האבות בארץ מציעים לדייריהם חדרים המיועדים לשני אנשים עם שירותים ומקלחת פרטיים לכל חדר. במקרים שונים נעשה ניסיון להפריד בין שני חלקי החדר כדי ליצור תחושה של פרטיות באמצעות סידור הריהוט (ארון מפריד או וילון וכו'). אך עדיין הרבה אנשים התקשו להתמודד עם החוויה של היעדר מרחב שהנו פרטי לחלוטין. מגורים משותפים אלו גורמים לעתים לחיכוכים ולמריבות בין השותפים לחדר ומאלצים את הצוות למצוא פתרון דיור חלופי לאחד מהם, דהיינו העברה לחדר אחר. אך ישנן סיבות נוספות העלולות להצריך העברה לחדר אחר, למשל: התדרדרות במצבו הבריאותי (הנפשי או הפיזי) של אחד הדיירים הפוגעת באיכות החיים של הדייר השני; ביצוע שיפוצים או שינויים במבנה עצמו המצריכים עזיבה של החדר; צורכי האכלוס של המוסד, למשל, אם יש שני חדרים שבכל אחד מהם גרה אישה אחת וישנם שני גברים הממתינים למיטה – יש צורך להעביר אישה אחת לחדר אחר כדי לפנות חדר לשני הגברים האלה.

3.3 מעברים ממוסד למוסד.

מעבר ממוסד למוסד מתבצע עקב מספר גורמים. כאשר מצב התפקוד הפיזי או הקוגניטיבי של הזקן מתדרדר ובית האבות שבו הוא מתגורר אינו יכול עוד לספק מענה לצרכיו – למשל, כאשר הזקן הופך לתשוש נפש ובמוסד אין מחלקה לתשושי נפש או כאשר הזקן הופך לסיעודי ובמוסד אין מחלקה סיעודית וכו' – מומלץ להעביר את הזקן לבית אבות שבו ישנה מחלקה מתאימה. סיבות נוספות למעבר למוסד אחר עשויות להיות חוסר שביעות רצון של הזקן או בני משפחתו מן הטיפול במוסד שבו הוא מתגורר, חוסר הסתגלות של הזקן אל המסגרת המוסדית העכשווית מסיבות חברתיות, תרבותיות או אחרות, רצון לעבור לבית אבות הקרוב למקום מגוריהם של הילדים ועוד.

תהליך מעבר בגלל שינוי הסטטוס התפקודי של הדייר: מתקיימת ישיבת צוות רב–מקצועי שבה מומלץ לשתף גם את הדייר ואת בני משפחתו. בישיבה זו נקבע סטטוס התפקוד החדש של הדייר. כיוון שבמוסד העכשווי אין מחלקה המתאימה לצורכי הדייר לפי הסטטוס החדש, מתבקשים הדייר ובני משפחתו לאתר בית חלופי שבו ישנה מחלקה המתאימה למצבו.

תהליך מעבר ללא שינוי סטטוס תפקודי של הדייר: בחוזה שנחתם בין הזקן ובין בית האבות מצוינות נסיבות עזיבתו או נסיבות מעברו למעון אחר מכל סיבה שהיא. יש לציין כי סעיף זה בחוזה עם הדייר עשוי להיות שונה מבית לבית ומומלץ מאוד לבדוק אותו לפני החתימה על החוזה. על פי תקנה 29 לתקנות הפיקוח, ההחלטה על מעבר הזקן למחלקה אחרת או למוסד אחר (וזאת רק במקרה שהדייר מופנה על ידי משרד הרווחה, דהיינו דייר תשוש גוף) תבוצע בהסכמת הדייר או אפוטרופסו. במקרה של התנגדות הדייר או אפוטרופסו להחלטה להעבירו למחלקה אחרת או למוסד אחר, זכאי הדייר לפנות לוועדת ערר הנזכרת להלן.

ועדת ערר – תקנות הפיקוח קובעות מהו ההליך שיש לנקוט במקרה שהזקן או בני משפחתו מתנגדים למעבר, ומאפשרות לזקן או לבאי כוחו לערער על ההחלטה תוך 30 יום ממועד ההחלטה על ההעברה. וכך קובעת תקנה 30 לתקנות הפיקוח:

> (א) הרואה עצמו נפגע מהחלטת הועדה על הוצאת הזקן מהמעון או על העברתו ממחלקה למחלקה במעון, יהיה רשאי לפנות לועדת ערר שימנה שר העבודה והרווחה, ואשר חבריה יהיו: משפטן בעל ניסיון של חמש שנים, מפקח, רופא, מנהל מעון, ונציג דיירי המעון; ועדת הערר תשמע את הזקן ואת אפוטרופסו, אם יש לו אפוטרופוס, ואת המנהל, וכן כל אדם אחר שאת דעתו תראה לנכון לשמוע; וועדת הערר תקבע בעצמה את סדר דיוניה, אם לא נקבע אחרת בתקנות. (ב) החלטת ועדת הערר תינתן בתוך 14 ימים מיום שהוגש הערר ותהא מחייבת.

כללו של דבר, כל עוד לא ניתנה החלטת ועדת הערר אין להעביר את הזקן למחלקה אחרת.

3.4 מעברים אל בית החולים.

בתי האבות מסוגלים לתת מענים לצורכי הבריאות השוטפים של דייריהם למרות מורכבותם בזִקנה. אולם במקרי מחלה כרונית שמחמירה או מחלה חדשה או טראומה כלשהי (לעתים

קרובות בגין נפילה) בדרך כלל נשלחים הדיירים אל חדרי המיון של בתי חולים לשם קבלת טיפול רפואי מתאים, והם אמורים לחזור לבית האבות כאשר נראה כי אין עוד מקום לטיפול אקוטי. אלא שההעברות מבית האבות לבית החולים ובחזרה יוצרות אצל הדיירים מצבי סיכון שעלולים לגרום לתוצאות שליליות (McCloskey, 2011).

לדעת חוקרים שונים, העברת דיירים אל חדרי המיון של בתי חולים אינה עונה על צורכיהם של רבים מהם (McGregor et al., 2014). העברות חוזרות אל חדר המיון מביאות לשיעורי אשפוז גבוהים, אשר יש בהם סכנה להתדרדרות במצב הבריאותי וסכנה לזיהומים אצל הדייר (Quach et al., 2012). יש עדויות שלטיפול בתוך בית האבות בחלק מהמחלות (למשל טיפול בדלקת ריאות) יש תוצאות טובות יותר מאשר לטיפול הניתן בבית חולים (Dosa, 2005). עובדות אלו תומכות בממצאי מחקרים קודמים, שלפיהם ההעברות הרבות הן חסרות תועלת וגם יקרות (Allman et al., 1986; Fried, Gillick, & Lipsitz, 1997).

יש לציין כי בבתי אבות במקומות שונים בעולם (אך לא בישראל) נהוג להחתים את הזקן או את בני משפחתו הקרובים על מסמך המורה למוסד כיצד יש לנהוג במקרה של חולי קשה. במסמך הזה קיים סעיף בדבר הסכמה או אי–הסכמה להעברה לטיפול בבית חולים ("Do not hospitalize designation"). רופאו של הדייר הזקן מעדכן מדי שנה את המסמך לאחר התייעצות עם הזקן ובני משפחתו (McGregor, Pare, Wong, Cox, & Brasher, 2010).

עם קבלת הדייר לבית האבות נערך רישום מדויק של העדפותיו ושל העדפות בני המשפחה לגבי ההתנהלות במקרה שיתעורר צורך בהעברה לבית חולים. האם להודיע על כך לאחד מבני המשפחה? האם לחכות (אם ניתן) לבואו של בן משפחה כדי ללוות את הזקן לבית החולים? האם לטלפן גם בשעות הלילה?

בישראל אין נוהג קבוע לגבי העברת דייר לבית חולים והתחשבות ברצונותיו בהקשר זה. בכל מקרה דנים לגופו של עניין ומאפשרים לדייר ולבני משפחתו להשתתף בקבלת החלטה ככל שירצו. יתרה מזו, המצב המשפטי הקיים אינו פוטר את צוות בית האבות מאחריות לטיפול רפואי בדייר גם אם הוא חתם על דרישה שלא לאשפזו בבית חולים.

במקרים של אי–בהירות או חילוקי דעות בין הדייר ומשפחתו (או אפוטרופסו) ובין צוות בית האבות בנוגע לאשפוז או לקבלת טיפול רפואי כלשהו ניתן לפנות לוועדת האתיקה של משרד הבריאות, והוועדה אמורה לתת החלטה מחייבת וסופית בעניין שעומד על הפרק. על פי תקנות הפיקוח, מנהל בית האבות אחראי להעברתו של הזקן אל בית החולים במקרה הצורך, לקיום מעקב בדבר מצבו ולמסירת הודעה לבני המשפחה מיד עם האשפוז. כמו כן קובעות התקנות כי מקומו של זקן המופנה על ידי משרד הרווחה (תשוש גוף) ומאושפז יישמר לו למשך 3 חודשים וזאת בתעריף מופחת (תקנות 41(ד), 42 לתקנות הפיקוח). תנאי שמירת מיטה עבור זקן שהמימון שלו הנו עצמי (בכל סטטוס תפקודי) נקבעים על פי חוזה שנחתם בין הדייר למעון אשר בו הוא מתגורר והנו שונה ממוסד למוסד. מיטתו של דייר המופנה על ידי משרד הבריאות ("קוד") ואושפז תישמר במשך שבוע ימים בלבד מיום אשפוזו. כאשר חוזר הדייר הסיעודי או תשוש הנפש מאשפוז לאחר יותר מ–7 ימים, במרבית המקרים יקלוט אותו בית האבות על בסיס מקום פנוי. מן הראוי להזכיר כי כאמור בית חולים גריאטרי הנו בית חולים על פי הגדרתו, ולכן חוק זכויות החולה חל עליו.

סיכום

בחירת בית האבות המתאים לזקן, כמו החיים בבית האבות, כרוכה במסכת מורכבת מאוד של החלטות שעל הזקן והמשפחה לקבל. פרק זה הציג את עיקר המידע הדרוש לצורך ביצוע בחירה מושכלת של המוסד המתאים ביותר לזקן ולמשפחה. עם זאת, יש לציין כי מידע – מרכזי ומועיל ככל שיהיה – הנו רק מרכיב אחד בין מרכיבים נוספים רלוונטיים כגון מרכיבים רגשיים, חברתיים, כלכליים, מערכות היחסים בין בני המשפחה ועוד. לפיכך, נקודת המוצא בבחירת בית האבות צריכה להיות כי כל זקן וכל משפחה הנם גוף ייחודי ומיוחד בעל צרכים, רצונות והעדפות ייחודיים.

ביבליוגרפיה

גרין, ו' ואיילון, ל' (2012). השיח הבין-דורי במעבר לדיור מוגן לזקנים. *גרונטולוגיה וגריאטריה, לט*(3), 31-55.

דורון, י' וליטמן, א' (2004). דיור תומך לזקנים בישראל: שליטת השוק או פיקוח ממשלתי? *חברה ורווחה, כד*(3), 317-339.

חוק הדיור המוגן, התשע"ב-2012.

המכון הישראלי לדמוקרטיה. (2010). מאמר מערכת: מי הפריט את המדינה שלי? *פרלמנט, 64*. נדלה מתוך http://www.idi.org.il/ספרים-ומאמרים/פרלמנט/גיליון-46/מאמר-מערכת-מי-הפריט-את-המדינה-שלי/

משרד הבריאות. (2007א). זכויות המטופל. בתוך *קובץ נהלים לבית חולים גריאטרי: נוהלי רוחב* (נוהל מס' 0.1.2). נדלה מתוך http://www.health.gov.il/download/ng/0_1_2.pdf

משרד הבריאות. (2007ב). מגילת זכויות המטופל. בתוך *קובץ נהלים לבית חולים גריאטרי – נוהלי רוחב: זכויות המטופל* (נספח מס' 1-0.1.2 של נוהל מס' 0.1.2). נדלה מתוך http://www.health.gov.il/download/ng/NO12-1.pdf

משרד הבריאות. (2010). קביעת מצבו התפקודי (סטטוס) של חולה המאושפז בבית חולים כללי לצורך העברתו למסגרת אשפוזית אחרת. בתוך *פרסומים: חוזרים ונהלים* (חוזר מינהל רפואה מס' 26/2010). נדלה מתוך http://www.health.gov.il/hozer/mr26_2010.pdf

משרד הבריאות. (2014). בחירת מוסד האשפוז המתאים לקשיש. בתוך *הגיל המבוגר: אשפוז ממושך לקשישים*. נדלה מתוך http://www.health.gov.il/Subjects/Geriatrics/GeriatricHospitalization/Pages/HospitalizedElderlyInInstitutions.aspx

תקנות הפיקוח על מעונות (תנאי המגורים וטיפול בזקנים עצמאיים ותשושים במעונות לזקנים), התשס"א-2001. נדלה מתוך http://www.nevo.co.il/law_html/Law06/TAK-6083.pdf

שמיד, ה' (1998). שירותי אנוש למטרות רווח ושלא למטרות רווח: ניתוח משווה. *ביטחון סוציאלי, 51*, 32-55.

Allman, R. M., Laprade, C. A., Noel, L. B., Walker, J. M., Moorer, C. A., Dear, M. R., & Smith, C. R. (1986). Pressure sores among hospitalized patients. *Annals of Internal Medicine, 105*(3), 337-342.

Bekhet, A., Zauszniewski, J., & Wykle, M. (2008). Midwest nursing research society sage best paper award: Milieu change and relocation adjustment in elders. *Western Journal of Nursing Research, 30,* 113-129.

Boisaubin, E. V., Chu, A., & Catalano, J. M. (2007). Perceptions of long-term care, autonomy, and dignity by residents, family and care-givers: The houston experience. *Journal of Medicine and Philosophy, 32*, 447-464.

Brown, J. (2012). *The most difficult decision: Dementia and the move into residential care*. Australia: Alzheimer's Australia.

Capezuti, E., Boltz, M., Renz, S., Hoffman, D., & Norman, R. (2006). Nursing home involuntary relocation: Clinical outcomes and perceptions or residents and families. *Journal of the American Medical Directors Associations, 7*, 486-492.

Chapin, R., & Dobbs-Kepper, D. (2001). Aging in place in assisted living: Philosophy versus policy. *The Gerontologist*, 41(1), 43-50.

Cooney, A. (2012). "Finding home": A grounded theory on how older people "find home" in long-term care settings. *International Journal of Older People Nursing, 7*(3), 188-199.

Coughlan, R., & Ward, L. (2007). Experience of recently relocated residents of a long-term care facility in Ontario: Assessing quality qualitatively. *International Journal of Nursing Studies, 44,* 47-57.

Davies, S., & Nolan, M. (2003). "Making the best of things": Relatives' experiences of decisions about care-home entry. *Ageing and Society, 23*(4), 429-450.

Davies, S., & Nolan, M. (2004). *"Making the move": Relatives' experiences of the transition to a care home*. Health and Social Care in the Community, 12(6), 517-526.

Dillman, J. A., Yeatts, D. E., & Cready, C. M. (2013). Geographic distance, contact and family perceptions of quality nursing home care. *Journal of Clinical Nursing, 22*(11-12), 1779-1782.

Dosa, D. (2005). Should I hospitalize my resident with nursing home-acquired pneumonia? *Controversies in Long-term Care, 6*(5), 327-333.

Ducharme, F., Couture, M., & Lamontagne, J. (2012). Decision-making process of family caregivers regarding placement of a cognitively impaired elderly relative. *Home Health Care Services Quarterly, **31,*** 197-218.

Edvardsson, D., Fetherstonhaugh, D., & Nay, R. (2010). Promoting a continuation of self and normality: Person-centered care as described by people with dementia, their family members and aged care staff. *Journal of Clinical Nursing, 19*, 2611-2618.

Ekerdt, D. J., Luborsky, M., & Lysack, C. (2012). Safe passage of goods and self during residential relocation in later life. *Ageing and society, 32*, 833-850.

Fried, T. R., Gillick, M. R., & Lipsitz, L. A. (1997). Short-term functional outcomes of long-term care residents with pneumonia treated with and without hospital transfer. *Journal of the American Geriatric Society, 45*(3), 302-306.

Gaugler, J. E., Mittelman, M. S., Hepburn, K., & Newcomer, R. (2010). Clinically significant changes in burden and depression among dementia caregivers following nursing home admission. *BioMedCentral Medicine, 8*(article 85), 14 pages. Retrieved from http://www.biomedcentral.com/1741-7015/8/85

Gaugler, J. E., Pearlin, L. I., Leitsch, S. A., & Davey, A. (2001). Relinquishing in-home dementia care: Difficulties and perceived helpfulness during the nursing home transition. A*merican Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias, 16*, 32-42.

Grant, P., Skinkle, R., & Lipps, G. (1992). The impact on an interinstitutional relocation on nursing home residents requiring a high level of care. *The Gerontologist*, 32, 834-842.

Groger, L., & Kinney, J. (2006). CCRC here we come! Reasons for moving to a Continuing Care Retirement Community. *Journal of Housing for the Elderly, 18*(1), 5-23.

Haight, B., Michel, Y., & Hendrix, S. (1998). Life review - Preventing despair in newly relocated nursing facility residents: Short-and long-term effects. I*nternational Journal of Aging and Human Development, 47*, 119-142.

Hersch, G., Spencer, J., & Kapoor, T. (2003). Adaptation by elders to new living arrangements following hospitalization: A qualitative, retrospective analysis. *Journal of Applied Gerontology, 22*, 315-339.

Hodgson, N., Freedman, V. A., Granger, D. A., & Emo, A. (2004). Biobehavioral correlates of relocation in the frail elderly: Salivary cortisol, affect, and cognitive function. *Journal of the American Geriatric Society, 52*, 1856-1862.

Iwasiw, C., Goldenberg, D., MacMaster, E., McCutcheon, S., & Bol, N. (1996). Residents' perspectives of their first 2 weeks in a long term care facility. *Journal of Clinical Nursing, 5*, 381-388.

Johnson, J. R. (1996). Risk factors associated with negative interactions between family caregivers and elderly care-receivers. *International Journal of Aging and Human Development, 43*, 7-20.

Johnson, R. A., & Bibbo, J. (2014). Relocation decisions and constructing the meaning of home: A phenomenological study of the transition into a nursing home. *Journal of Aging Studies, 30*, 56-63.

Kahn, D. L. (1999). Making the best of it: Adapting to the ambivalence of a nursing home environment. *Qualitative Health Research, 9*(1), 119–132.

Kao, H. S., Travis, S. S., & Acton, G. J. (2004). Relocation to a long-term care facility. *Journal of Psychological Nursing, 42*(3), 10-16.

Laughlin, A. M. (2005). *Effects of involuntary interinstitutional relocation on the physical, psychosocial, and cognitive functioning of older individuals* (Unpublished doctoral dissertation). University of Nebraska-Lincoln, Lincoln, NE.

Laughlin, A., Parsons, M., Kosloski, K. D., & Bergman-Evans, B. (2007). Predictors of mortality following involuntary institutional relocation. *Journal of Gerontological Nursing, 33*, 20-26.

Lawton, M. P., & Nahemow, L. (1973). *Ecology and the aging process*. In C. Eisdorfer & M. P. Lawton (Eds.), *The psychology of adult development and aging* (pp. 619-674). Washington, DC: American Psychological Association.

Litwak, E., & Longino, C. F. (1987). Migration patterns among the elderly: A developmental perspective. *The Gerontologist*, 27, 266-272.

Luborsky, M. R., Lysack, C. L., & van Nuil, J. (2011). Refashioning one's place in time: Stories of household downsizing in later life. *Journal of Aging Studies, 25*, 243-252.

Lutgendorf, S. K., Reimer, T. T., Harvey, J. H., Marks, G., Hong, S. Y., Hillis, S. L., & Lubaroff, D. M. (2001). Effects of housing relocation on immunocompetence and psychosocial functioning in older adults. *Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences, 56*(2), M95-M105.

Lutgendorf, S. K., Vitaliano, P. P., Reimer, T. T., Harvey, J. H., & Lubaroff, D. M. (1999). Sense of coherence moderates the relationship between life stress and natural killer cell activity in healthy older adults. *Psychology and Ageing, 14*(4), 552-563.

McCloskey, R. M. (2011). A qualitative study on the transfer of residents between a nursing home and an emergency department. *Journal of American Geriatrics Society, 59*, 717-724.

McGregor, M., Abu-Laban, R. B., Ronald, L. A., McGrail, K. M., Andrusiek, D., Baumbusch, J., et al. (2014). Nursing home characteristics associated with resident transfers to emergency departments. *Canadian Journal on Aging, 33*, 38-48.

McGregor, M., Pare, D., Wong, A., Cox, M. B., & Brasher, P. (2010). Correlates of a "do not hospitalize" designation in a sample of frail nursing home residents in Vancouver. *Canadian Family Physician, 56*, 1158-1164.

Merck Institute of Aging & Health, Centers for Disease Control and Prevention, & Gerontological Society of America. (2004). *The state of aging and health in America*. Retrieved from http://www.cdc.gov/aging/pdf/State_of_Aging_and_Health_in_America_2004.

Mikhail, M. L. (1992). Psychological responses to relocation to a nursing home. *Journal of Gerontological Nursing*, 18, 35-39.

Mollica, R. (1998). *State assisted living policy: 1998 executive summary*. Retrieved from http://www.aspe.os.dhhs.gov

North American Nursing Diagnosis Association. (2005). *NANDA nursing diagnosis: Definitions and classifications*. Philadelphia, PA: Author.

Perry, T. E. (2012). *Leaving home later in life: Voluntary housing transitions of older adults as gift giving practices in the midwestern United States* (Doctoral dissertation). Retrieved from ProQuest Digital Dissertations. (AAT 3554198)

Perry, T. E., Andersen, T. C., & Kaplan, D. B. (2014). Relocation remembered: Perspectives on senior transitions in the living environment. *The Gerontologist*, 54(1), 75-81.

Porter, E. J., & Clinton, J. F. (1992). Adjusting to the nursing home. *Western Journal of Nursing Research, 14*(4), 464–481.

Quach, C., McArthur, M., McGeer, A., Li, L., Simor, A., Dionne, M., et al. (2012). Risk of infection following a visit to the emergency department: A cohort study. *Canadian Medical Association Journal, 184*(4), E232-E239. doi:10.1503/cmaj.110372

Reed, J., & Roskell-Payton, V. (1996). Challenging the institution. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 3,* 273-277.

Reuss, G. F., Dupuis, S. L., & Whitfield, K. (2005). Understanding the experience of moving a loved one to a long-term care facility: Family members' perspectives. *Journal of Gerontological Social Work, 46*, 17-46.

Rice, D. P., & Fineman, N. (2004). Economic implications of increased longevity in the United States. *Annual Review of Public Health, 25*, 1-17.

Rosenbaum, M. (1990). *Learned Resourcefulness on Coping Skills, Self-Control, and Adaptive Behavior*. New York, NY: Springer.

Rossen, E. K., & Knafl, K. A. (2007). Women's well-being after relocation to independent living communities. *Western Journal of Nursing Research, 29*, 183-199.

Schulz, R., Belle, S. H., Czaja, S. J., McGinnis, K. A., Stevens, A., & Zhang, S. (2004). Long-term care placement of dementia patients and caregiver health and wellbeing. *The Journal of the American Medical Association, 292*, 961-967.

Schulz, R., & Brenner, G. (1977). Relocation of the aged: A review and theoretical analysis. *Journal of Gerontology, 32*(3), 323-333.

Schulz, R., Rosen, J., Klinger, J., Musa, D., Castle, N. G., Kane, A. L., & Lustig, A. (2014). Effects of a psychosocial intervention on caregivers of recently placed nursing home residents: A randomized controlled trial. *Clinical Gerontologist, 37*(4), 347-367.

Sergeant, J. F., Ekerdt, D. J., & Chapin, R. (2008). Measurement of late life residential relocation: Why are rates for such a manifest event so varied? J*ournal of Gerontology: Social Sciences, 63*, S92-S98.

Shenk, D., Kuwahara, K., & Zablotsky, D. (2004). Older women's attachments to their home and possessions. *Journal of Aging Studies, 18,* 157-169.

Shippee, T. P. (2009). "But I am not moving": Residents' perspectives on transitions within a continuing care retirement community. *The Gerontologist*, 49(3), 418-427.

Shugarman, L. R., & Brown, J. A. (2006). *Nursing home selection: How do consumers choose?* (Vol. 1). Washington, DC: RAND. Retrieved from http://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/working_papers/2007/RAND_WR457.1.pdf

Smider, N. A., Essex, M. J., & Ryff, C. D. (1996). Adaptation to community relocation: The interactive influence of psychological resources and contextual factors. *Psychology and Aging, 11*(2), 362-372.

Street, D., & Burge, S. W. (2012). Residential context, social relationships, and subjective well-being in assisted living. *Research on Aging, 34*, 365-394.

Sury, L., Burns, K., & Brodaty, H. (2013). Moving in: Adjustment of people living with dementia going into a nursing home and their families. *International Psychogeriatrics, 25*(6), 867-876.

Swenson, M. M. (1998). The meaning of home to five elderly women. *Health Care for Women International, 19*, 381-393.

Tesch, S. A., Nehrke, M. F., & Whitbourne, S. K. (1989). Social relationships, psychosocial adaptation, and intrainstitutional relocation of elderly men. *Gerontologist, 29*(4), 517-523.

Thomasma, M., Yeaworth, R. C., & McCabe, B. W. (1990). Moving day: Relocation and anxiety in institutionalized elderly. *Journal of Gerontological Nursing, 16*(7), 18-25.

Thorson, J. A., & Davis, R. E. (2000). Relocation of the institutionalized aged. *Journal of Clinical Psychology, 56*(1), 131-138.

Walker, C., Curry, L. C., & Hogstel, M. O. (2007). Relocation stress syndrome in older adults transitioning from home to long term care facility: Myth or reality? *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services, 45*(1), 38-47.

Wilson, S. A. (1997). The transition to nursing home life: A comparison of planned and unplanned admissions. *Journal of Advanced Nursing, 26*, 864–871.

Wiseman, R. F. (1980). Why older people move. *Research on Aging, 2*, 141-154.

Yaffe, K., Fox, P., Newcomer, R., Sands, L., Lindquist, K., Dane, K., & Covinsky, K. E. (2002). Patient and caregiver characteristics and nursing home placement in patients with dementia. *The Journal of the American Medical Association, 287*, 2090-2097.

Young, H. M. (1998). Moving to congregate housing: The last chosen home. *Journal of Aging Studies, 12*, 149-165.

Zauszniewski, J. A., McDonald, P. E., Krafcik, K., & Chung, C. W. (2002). Acceptance, cognitions, and resourcefulness in women with diabetes. *Western Journal of Nursing Research, 24*(7), 728-741.

פרק ט:
מעורבותם והשתתפותם של דיירים במוסדות

אסתר יקוביץ ויחיאל ניסנהולץ

מבוא

הגדרת האו"ם למושג "השתתפות" של זקנים כוללת מעורבות בפיתוח מדיניות, שיתוף בידע ובמיומנויות, התנדבות ויצירת אגודות ותנועות (The United Nations, 1991). "השתתפותם ומעורבותם של דיירים" הנו מונח חשוב בקביעת מדיניות חברתית וטיפולית ובביסוס רמתו ואיכותו של השירות הניתן בכל מסגרת מגורים לזקנים. המעורבות וההשתתפות מאפשרות לפתח תחושות ערך וכבוד עצמי ותורמות ללכידות ולהעצמה קהילתית. מעורבותם ושיתופם של דיירים במסגרות מוסדיות לזקנים נמנים עם האמצעים שנועדו להקנות להם שליטה ואוטונומיה בחייהם וכן יכולת להבטיח את האינטרסים שלהם ואת זכויותיהם. הדיירים משפיעים באמצעות האוטונומיה, והשפעה זו מקנה תחושת ערך עצמי ומשפרת את איכות החיים (Baumeister, 1991). המושג "השתתפות" גם בא לידי ביטוי בחוקים שונים בארצות שונות. למשל, באוסטרליה נחקק בשנת 1997 חוק המחייב מוסדות לזקנים להתייעץ עם דיירים או עם נציגיהם ולערב אותם בהחלטות בנושאים מגוונים, וזאת החל בטיפול האישי בדייר ובשגרה היומיומית וכלה במישור המדיניות לגבי אופן הפעלתו של הארגון בנוגע לדיירי המקום (Setterlund, Tilse, Worall, Hickson, & Wilson, 2002). בפועל קשה להביא למעורבות דיירים ולהשתתפותם משום שלשם כך נדרש שינוי במערך הכוחות באופן שיחסי הכוח ההיררכיים יהפכו ליחסי כוח שיתופיים (Mitchell & Koch, 1997). הסיבה לקושי האמור היא החלוקה הבלתי שווה של כוח בתוך המסגרת המוסדית, שבה לדיירים יש מעט כוח לעמוד על העדפותיהם ולכן מידת מעורבותם בנושאים המשפיעים עליהם היא מעטה (Harvey, 2001).

קיימות דרכים שונות ליצור מצבי מעורבות ושיתוף, כפי שיפורט בהמשך פרק זה. עם זאת, יש לציין כי סוגיה זו לא זכתה לדיון מחקרי נרחב בספרות הגרונטולוגית, ורוב הספרות בתחום הזה פורסמה בשנות ה–80 ובשנות ה–90. פרק זה כולל שלושה חלקים עיקריים. בחלק הראשון תובא סקירת ספרות מקצועית על סוגיית שיתופם ומעורבותם של זקנים במוסדות מתוך הצגת יתרונותיהן וחסרונותיהן של המעורבות וההשתתפות וכן דרכים לעודד מעורבות והשתתפות. חלקו השני של הפרק יעסוק בהוראות חוק, בתקנות ובנהלים המאפשרים לתת ביטוי למעורבות דיירים במוסדות מסוגים שונים, בעיקר באמצעות ועדי דיירים בבתי דיור מוגן ובמעונות לזקנים. החלק שיחתום את

הפרק הזה הוא חלקו השלישי, שידון בסוגיית מעורבותם והשתתפותם של דיירים, וזאת מנקודת מבט ניהולית ומבחינת הפרקטיקה.

1. אוטונומיה, חופש בחירה ושליטה

משמעותה המקורית של המילה "אוטונומיה" היא ניהול עצמי, חופש מחשבה, חופש בחירה, חופש פעולה והחלטה עצמית. יש להבחין בין אוטונומיה בקבלת החלטות ובין אוטונומיה ביישום ההחלטות. הבחנה זו חשובה במיוחד בהקשר מוסדות לטיפול ממושך שבהם לא תמיד יכולים הדיירים לבצע את החלטותיהם, וזאת בשל מצבם התפקודי ותלותם באחרים (Hellström & Sarvimäki, 2007).

ואכן, דיירים הגרים במסגרות דיור מוסדיות חשים לעתים קרובות אבדן אוטונומיה, היעדר חופש בחירה ופגיעה בזכותם להשתתף בקבלת החלטות בנושאים הקשורים לחייהם שלהם (Wetle, 1991). האוטונומיה של הזקנים מוגבלת בגין השגרה הקיימת והנהלים שנועדו להגן על הדיירים, אך בפועל מובילים הם גם להגבלות ולצמצום אפשרות הבחירה בחיי היומיום (Kane, 1991). זאת, אף שמחקרים מצאו כי לאוטונומיה של הדיירים יש קשר לשביעות רצונם הכללית ולמצב בריאותם (Mancini, 1980; Reid & Ziegler, 1980). אין ספק כי כניסת הזקן למסגרת מוסדית כרוכה באבדן בלתי נמנע של חלק מן השליטה בחייו ומפרטיותו. אך ביכולתם של המנהל, הצוות או ועד הדיירים לסייע לדייר החדש לשמור על מידה מסוימת של עצמאות ואוטונומיה שהיעדרה עלול לגרום לו סבל. באמצעות השתתפות בקבלת החלטות ומעורבות חברתית יכול הדייר לחוש שליטה טובה יותר בחייו (Berkovitz, Waxman, & Yaffe, 1988).

בספרות המחקרית, בעיקר זו שפורסמה מאמצע שנות ה–70 ובשנות ה–80, ישנו דיון נרחב בשאלת השפעתם של אבדן השליטה (Loss of control) ושל אבדן הבחירה העצמית (Self-determination) אצל זקנים – בעיקר במוסדות טוטליים – על מצבם הנפשי והפיזי, וכן על שביעות רצונם הכללית (Langer & Rodin, 1976; Rodin & Langer, 1977). מוס בדק את הקשר בין מוקד השליטה הפנימי (Internal locus of control) ובין יכולת הבחירה ויכולת ההשפעה של דיירים בדיור מוגן תומך (Assisted living), ומצא שיכולות אלו מחזקות את תחושת הסביבה החברתית, וכן מביאות לתפקוד פיזי ורגשי טוב יותר, לירידה בתחלופת דיירים ולחיזוק ההערכה החיובית של הדייר ובני משפחתו כלפי מסגרת המגורים (Moos, 1981). במחקר נוסף שנערך בשבדיה ובדק השתתפות דיירים נמצא כי הדיירים חשו מוחלשים וחסרי שליטה כאשר לא השתתפו בקבלת החלטות והיו חסרי השפעה בנוגע לפעילויות במקום (Hellström & Sarvimäki, 2007).

דיירים (גם אם הם סיעודיים) רוצים באפשרות בחירה ובאוטונומיה בחיי היומיום, ומעוניינים לחיות חיים נורמליים ככל האפשר מתוך שמירה על האינדיבידואליות שלהם ועל פרטיותם (Kane & Kane, 2001). לכל אלה יש השפעות חשובות על איכות חייהם של הדיירים (Kane, 2001). במחקר שנערך במוסד סיעודי נבדק אצל הדיירים הקשר בין מתן אפשרויות בחירה, שליטה במצבים שונים ואחריות לחייהם היומיומיים – אפילו בדברים קטנים – ובין שיפור במצב בריאותם הפיזית ושיפור במעורבותם החברתית. ממצאי המחקר אכן הראו שהזקנים בקבוצה שקיבלה יותר אפשרויות בחירה והחלטה – חל שיפור במצב בריאותם, ברמת פעילותם ובמצב רוחם, ואף שיעור התמותה בקרבם היה נמוך באופן משמעותי בהשוואה לקבוצת הביקורת. כל הממצאים האלה משקפים את רצונו של הפרט

להיות מעורב, להשפיע על חייו, לתכנן את מהלכם, לקבוע את גורלו, לשלוט במצבים שונים בחייו, ליזום ולהטביע את חותמו על הנעשה סביבו (Langer & Rodin, 1976; Rodin & Langer, 1977).

גם תנועת השינוי התרבותי במוסדות לזקנים וגישת ההתמקדות בדייר (שנידונו בהרחבה בפרק א) שמים דגש בבניית בתי דיור מוגן קטנים יותר ומחלקות אשפוז קטנות יותר ומתן אפשרות בחירה ויכולת השפעה רבות יותר לדייר הזקן (Rabig, Thomas, Kane, Cutler, & McAlilly, 2006). זאת, לרבות אפשרות לבחירת סדר יום במחלקה, זמן השכמה וזמן רחצה גם לזקנים הסובלים מדמנציה (Barrick, Biddle, Hoeffer, Rader, & Sloane, 2008).

עם זאת, עולה השאלה עד כמה יש לאפשר לדיירים (ובפרט סיעודיים) אוטונומיה וזכות בחירה מבלי שאלו יגרמו להם נזק? בית המשפט העליון בגרמניה דן בחובתם של מוסדות סיעודיים להבטיח לדייריהם אוטונומיה ופרטיות, וקבע כי מחובתו של המוסד לאפשר לדייר אוטונומיה וכי קביעת הגבלות כדי למנוע נזק לדייר עלולה לפגוע באוטונומיה זו (Sammet, 2007).

2 יתרונות המעורבות וההשתתפות

בספרות המקצועית יש דיון ביתרונותיהם ובחסרונותיהם של מעורבות דיירים והשתתפותם. עם היתרונות של מעורבות דיירים והשתתפותם נמנים היתרונות הבאים (Katan, 1988, 1991):

1. השתתפות היא זכות של כל דייר במוסד אשר משפיעה על חייו ומחזקת את הדמוקרטיזציה במוסדות.

2. מעורבות והשתתפות מסייעות לדיירים להסתגל טוב יותר לחיים במוסד ולהשתלב בו מבחינה חברתית – המעבר למגורים במסגרת קולקטיבית לזקנים כרוך במשבר, שזכה בספרות המקצועית לשם "תסמונת המיקום מחדש" (Relocation syndrome). המעבר הזה יהיה קל יותר לדייר שיוכל להשתתף בקבלת החלטות הנוגעות לשגרת חייו במסגרת המוסדית (למשל, ארגון חדרו, גמישות בשעות הארוחות).

3. השתתפות מאפשרת לבלום טוטליות – השתתפות דיירים עשויה להציב מחסומים כנגד התפתחותן והתעצמותן של תכונות "טוטליות" במוסדות, וכך לתרום להומניזציה ולדמוקרטיזציה של המוסד ולהבטיח את כיבוד זכויותיהם של הדיירים.

4. מעורבות היא אמצעי לשיפור שביעות רצונם של הדיירים מן המסגרת שבה הם חיים – המעורבות מחזקת את תחושת השליטה של הדייר, המקדמת כאמור גם את רווחתו הנפשית ואיכות חייו. שביעות הרצון של הדיירים היא גם גורם חשוב בהוצאת מוניטין למוסד ובהפיכתו למקום מבוקש בתנאי התחרות הקיימת בענף. דיירים מרוצים הם גורם משמעותי בשיווק (שיטת "חבר מביא חבר", שמקובלת בבתי דיור מוגן) ובפרסום וביחסי ציבור, וביכולתם להביא לחיסכון ניכר בהוצאות אלו.

5. גיוס משאבים ושינוי יחסם של העובדים אל הדיירים – לדיירים רבים (בעיקר בדיור מוגן) יש הרבה ניסיון וידע שנצברו לאורך החיים ויש בהם כדי לסייע למוסד לשפר את תפקודו ולחזק את רגישותו לצורכי הדיירים. ניצול משאבים אלו של ידע וניסיון עשוי להפריך דעות קדומות

וסטראוטיפים ולהפוך את מערכת יחסי הכוחות שבין הדיירים והצוות לסימטרית ומאוזנת יותר, וכך לחזק את תדמיתם ואת מעמדם של הדיירים בעיני אנשי הצוות (לבנשטיין ויקוביץ, 1996).

6. העצמתם של הדיירים – זקנים, בעיקר אלו הגרים במוסדות, נחשבים לקבוצה מוחלשת. העצמה היא נתינת אפשרות לאדם לשלוט בחייו באמצעות מעורבות והשתתפות, וכך לשפר את איכות החיים שלו (Gibson, 1991; Kane & Kane, 2001). ההעצמה אף יכולה לחזק את דימויו העצמי ואת תדמיתו בעיני הזולת, ולכך יש משמעות רבה בהתחשב בקיומן של עמדות גילניות כלפי זקנים, ובפרט במוסדות. ההעצמה מעניקה לדיירים כוח להשמיע את קולם לגבי בחירותיהם והעדפותיהם (Harvey, 2001). במצב זה הם גם יותר שבעי רצון מהמקום (van Bilsen, Hamers, Groot, & Spreeuwenberg, 2006). במחקר שבדק סוגיה זו נמצא כי העצמתם של הדיירים תורמת לבנייתה של תחושת זהות חברתית ועודדה רמת מעורבות גבוהה יותר בקרב הדיירים (Knight, Haslam, & Haslam, 2010).

7. מעורבות כאמצעי להפגת בדידות – אחת הבעיות הקשות של הזִקנה היא בעיית הבדידות. באמצעות מעורבות חברתית והשתתפות בפעילויות ניתן לסייע לדיירים להפיג את הבדידות או לצמצמה (Abbott, Fisk, & Forward, 2000).

8. סולידריות ולכידות בין הדיירים – באמצעות השתתפות ניתן לגבש קהילה חברתית בקרב הדיירים, לחזק סולידריות ותחושת משפחתיות, ואף לעודד הקמת מסגרות לעזרה עצמית.

9. פיקוח על התנהגות הדיירים – בכל מוסד יש דיירים שהם כוחניים, תובעניים ובעלי יכולת השפעה על שאר הדיירים. קואופטציה (Cooptation) היא דרך לקרב אותם ולהפוך אותם לבעלי ברית במקום להילחם בהם. צירופם ושילובם בפעילויות שונות עשויים לתעל תכונות ויכולות אלו ואף לסייע להנהלה למתן דרישות שונות של הדיירים.

10. מימוש זכותם העקרונית של דיירים להשתתף בקביעת צביונו של המקום שבו הם חיים – המסגרת המוסדית שאליה עברו הדיירים אמורה לשמש להם כבית על כל המשתמע מכך. כדי שתהיה להם תחושה של בית יש לאפשר להם להביע את דעותיהם ולממש את יכולותיהם לעצב את דמותו של הבית שבו הם גרים.

11. קבלת משוב – הדיירים יכולים לתת משוב על התנהלות המוסד ועל ליקויים שיש לתקן ומבחינה זו הם יכולים לסייע למנהל ולצוות לשפר את השירות ולענות בצורה טובה יותר על צורכי המשתמשים בו (Gulati, 1982).

היתרונות האלה קשורים זה לזה, והאחד יכול להיות הגורם המחולל של משנהו. למשל, העצמתם של הדיירים יכולה לתרום ללכידותם.

מחקרים שונים הראו כי למרות חשיבות ההשתתפות ויתרונותיה הרבים, מידת המעורבות בפועל של הדיירים איננה גבוהה (Devitt & Checkaway, 1982; Peace, Hall, & Hamblin, 1979). למשל, במחקר שנערך בבתי דיור מוגן באנגליה נמצא שהדיירים סברו כי מידת מעורבותם נמוכה – בין השאר בגין אפתיה של הדיירים עצמם – ואילו אנשי הצוות ראו בקשרים חברתיים צורה עיקרית

של השתתפות וייחסו חשיבות מועטה להשתתפות דמוקרטית בניהול הבית (Abbott et al., 2000). במספר בתי דיור מוגן היו מפגשים שבהם יכלו דיירים להשתתף (ובמקום אחד אף היו ועדות דיירים), אך אם הבית היא שניהלה מפגשים אלו. במחקרן של מיצ'ל וקמפ על דיור תומך (Assisted living) נמצא כי השתתפות הדיירים בקבלת החלטות באשר למדיניות המוסד הייתה מועטת בנושאים כמו קביעת נהלים וכללי התנהגות, תכנון התפריט או בדיקת תלונות הדיירים. הדיירים גם הביעו שביעות רצון נמוכה מיעילותו של ועד הדיירים בנושאים האלה. החוקרות הסיקו שמוסדות שונים שומרים להנהלה ולאנשי צוות את הכוח לקבל החלטות ומגבילים את מעורבות הדיירים למספר תחומים כמו המלצות לגבי פעילות חברתית ומעורבות בוועדה לקבלת פנים לדיירים חדשים (Mitchell & Kemp, 2000). גם מחקרה של מדור חיים על מוסדות לזקנים בישראל הראה כי מידת ההשתתפות הממוצעת של הדיירים בכל סוגי המוסדות הייתה נמוכה מאוד ולא עלתה על הבעת דעה (מדור חיים, 2006).

3. חסרונות המעורבות וההשתתפות

למעורבות דיירים ולהשתתפותם יש גם צדדים אחרים. הן עשויות להתבטא בדרישות שונות מצד הדיירים, שמילוין עלול להצריך הוצאות כספיות ניכרות והשקעה רבה מזמנו היקר של המנהל כדי להיפגש עם דיירים או עם נציגיהם ולדון בבקשותיהם. לעתים יכולה מעורבות הדיירים לבוא לידי ביטוי בנושאים הקשורים לניהול המוסד שאינם מעניינם (וזאת בשונה ממוסדות בהנהלת הדיירים או נציגיהם, כמו במקרים שבהם הדיירים הם בעלי יחידות הדיור בדיור המוגן).

חוקרים התריעו על המשמעות הכלכלית למוסד בעקבות מתן אוטונומיה ושיתוף דיירים בקבלת החלטות ניהוליות (Chan & Pang, 2007). חוקרים אחרים סברו שדיירים עלולים לפרש מתן יתר אוטונומיה כסימן של כשל ניהולי במילוי התפקיד לדאוג לדיירים ולטפל בהם (Phillips et al., 2008). ממצאי מחקרים אחרים הבהירו שבקרה ניהולית רופפת מביאה דיירים לתחושה שהם מתגוררים במסגרת שאיננה מתייחסת אליהם באופן אישי, אלא באופן קולקטיבי (Kane & Wilson, 2001). המנהל צריך להתמודד עם הדילמה האם לאמץ גישה הדוגלת בדאגה לדייר באופן נרחב או לאמץ גישה הגורסת שצריך לתת לדייר לדאוג לעצמו (Park, Zimmerman, Sloane, Gruber-Baldini, & Eckert, 2006). עליו לנסות לגשר בין שתי הגישות ולאזן בין חובתו לתת מענה לצורכי הדיירים ולרצונותיהם ובין הגישה הגורסת שיש לאפשר לדייר לשאת באחריות אישית למעשיו ולדאגה לצרכיו שלו.

4. גורמים הקובעים את מידת מעורבותם והשתתפותם של דיירים

מידת המעורבות של דיירים וסוגיה תלויים במכלול גורמים הקשורים לדיירים עצמם, לאינטראקציה ביניהם, כמו גם למאפייני המוסד על מכלול מרכיביו (Nyström & Segesten, 1994). מחקרה של מדור חיים בדק את הקורלציה (מתאם) בין מאפייני דיירים ובין מידת השתתפותם והשפעתם על קבלת החלטות בסוגי מוסדות שונים לזקנים (מדור חיים, 2006). מאפיינים אישיים של הדיירים כמו גיל, השכלה, מצב כלכלי, מסוגלות בריאותית להשתתפות בקבלת החלטות, פעילות ציבורית בעבר ומיגדר נמצאו קשורים למידתן ולעוצמתן של מעורבותם והשתתפותם: ככל שהגיל היה גבוה יותר, פחתה עוצמת ההשתתפות ומידתה. לעומת זאת, ככל שהשכלת הדיירים הייתה גבוהה יותר

ומסוגלותם הבריאותית טובה יותר, גברה מידת השתתפותם בפעילויות שונות של המוסד. עוצמת ההשתתפות בקבלת החלטות ותדירות ההשתתפות של דיירים שהיו פעילים בעבר ובקרב גברים היו גבוהות משל אלו שלא היו פעילים בעבר ובקרב נשים.

במחקר של קטן על שישה בתי אבות בישראל זוהו מספר חסמים בהשתתפות דיירים: ראשית, לדיירים רבים אין ניסיון קודם בהשתתפות בארגונים ואין להם גם רצון להשתתף עתה. שנית, רבים מהם אינם מאמינים ביכולתם ליצור שינוי במדיניות המוסדות ובנוהליהם. זאת, בשל תחושת חוסר אונים, היעדר משאבים וכן קיומה של אמונה שהמוסדות אינם פתוחים לשינוי ולהשפעה. זאת ועוד, רבים מהדיירים מעדיפים – בעידוד בני משפחותיהם – להתמקד בעצמם ולא לעסוק בנושאים ארגוניים (Katan, 1988).

אשר למאפייני המוסד, מחקרים הצביעו על מאפיינים שונים המעודדים – או בולמים – את השתתפות הדיירים ומעורבותם. אלה הן התכונות המוסדיות המוזכרות בספרות המחקרית כבעלות השפעה על השתתפות הדיירים:

1. התרבות הארגונית – יש שההנהלה אינה תומכת בהשתתפות הדיירים, ולעתים אנשי הצוות אינם מיומנים ואינם יודעים כיצד לעודד השתתפות זו וגם אינם מעוניינים בכך (Katan & Bergman, 1988).

2. גודל המוסד – לגודל השטח ולמספר הדיירים יש השפעה על תחושת הקהילתיות של הדיירים ועל יכולתם להכיר דיירים אחרים וליצור עמם קשר (Keith, 1982). מוסדות קטנים מתאפיינים ביחס אישי יותר ובתחושת ביתיות, ואילו מוסדות גדולים מתאפיינים במידה רבה יותר של פורמליות וניכור (Riportella-Muller & Slesinger, 1982).

3. תנאים פיזיים – מתקנים פיזיים המותאמים ליכולות הדיירים ומאפשרים ניידות; שטחי ציבור ומרחבים פתוחים המאפשרים יצירת קשר ומפגש בין הדיירים; תנאים המאפשרים פרטיות – כל אלה תורמים לתחושת עצמאות ושליטה (Carp, 1994).

4. המרקם החברתי של הדיירים – כפי שהוא בא לידי ביטוי במידת ההומוגניות של תכונות הדיירים, כמו מעמד סוציו–אקונומי, שפה, רקע תרבותי ואתני. ההומוגניות החברתית תורמת להגברת תחושות הקהילתיות והערבות ההדדית בין הדיירים.

5. עמדות ההנהלה והצוות כלפי ההשתתפות – ההשתתפות מושפעת הן מעמדתם של אנשי הצוות הבכיר הקובע את מדיניות המוסד הן מזו של אנשי הצוות הסיעודי המאפשר את חופש הבחירה, האוטונומיה והשליטה (Spilerman & Litwak, 1982). נהלים ופיקוח נוקשים עלולים למנוע מהדיירים שליטה ובחירה, ואילו עמדה התומכת באוטונומיה של הדיירים וביחס של סובלנות וכבוד להחלטותיהם תעודד השתתפות ותחזק אותה (Carp, 1994). אמנם מרבית מנהלי המוסדות מצהירים כי הם דוגלים במדיניות דמוקרטית במוסדותיהם, אולם הפער בין הדיווח העצמי והאמונה ברעיונות אלו ובין מימושם בפועל מושפע במידה רבה מן הפילוסופיה הניהולית שלהם. גם אנשי הצוות אינם עוסקים בעידוד השתתפותם של הדיירים, וזאת בשל עומס עבודה, חוסר הכשרה והדרכה בפיתוח התנסויות קבוצתיות, חשש מקונפליקט עם

ההנהלה ואמונה כי הדיירים אינם מעוניינים באמת בתהליך כזה (Katan & Bergman, 1988). גורם נוסף הנו האמונה כי השתתפות דיירים עלולה לפגוע ביעילות המוסדית ((Katan, 1991.

6. סוג המוסד – הספרות המקצועית מבחינה בין דיור מוגן ובין בית אבות ובין מוסד סיעודי. בתי האבות מוצגים כארגונים טוטליים שסביבתם המוסדית פועלת לצמצום אפשרויות ההשתתפות והבחירה של הדיירים (כאמור בהרחבה בפרק א). לעומת זאת, הדיור המוגן הוא מסגרת הדומה יותר למגורים בקהילה. סביבתו המוסדית של הדיור המוגן שונה מזו של בתי האבות בכך שהיא מספקת לדיירים גירויים חברתיים רבים יותר, מאפשרת להם עצמאות, אוטונומיה, פרטיות ובחירה, ואף מספקת להם תנאים שיש בהם כדי לעודד את השתתפות הדיירים (גמליאל וחזן, 2003). מדור חיים מצאה כי בדיור המוגן קיימת נכונות רבה יותר מצד הדיירים להשתתפות מאשר בבתי אבות, מאחר שיש קשר חזק יותר בין הדיירים ויש להם יותר מניעים חברתיים ואישיים להשתתפות וכן עמדות חיוביות יותר כלפי חברי הוועד (מדור חיים, 2006). בית האבות נתפס כמקום מבודד וקודר שבו גרים אנשים הסובלים מאבדני הזִקנה בעוד שהדיור המוגן מייצג מרחב חברתי מלא זוהר שבו גרים זקנים בריאים ומתפקדים. לפיכך, לדיירי הדיור המוגן יש המשאבים האישיים והחברתיים לגלות יותר מעורבות והשתתפות בהשוואה לדייריהם של בתי האבות.

לעומת דיור מוגן ובתי אבות, הסוגיה של אוטונומיה והשתתפות דיירים במוסד סיעודי זכתה לדיון מועט מאחר שהדיירים נתפסים כבלתי מסוגלים – או כלא מעוניינים – להשתתף בקבלת החלטות. היבטים שונים בטיפול הסיעודי מעוררים שאלות לגבי מידת האוטונומיה שיש לדייר הסיעודי. השאלות עולות בעיקר בהקשר השתתפות הדיירים בהחלטות טיפוליות, וכן האיזון שבין בטיחות הדייר ובין חירותו האישית (Wetle, 1988). מחקרם של ווטל ואחרים נערך בתשעה מוסדות סיעודיים בבוסטון בארצות הברית ובדק את רמת השתתפותם של דיירים בהחלטות רפואיות ואת העדפותיהם בקשר להשתתפות בהחלטות מסוג זה. ממצאי המחקר הראו שיותר ממחציתם לא היו מעורבים כלל בהחלטות רפואיות או שהיו מעורבים בהן במידה קטנה ביותר ורובם דיווחו כי לא נשאלו כלל לגבי עמדתם בשאלה של הפסקת החייאה (DNR - Do Not Resuscitate), הגם שהם היו רוצים להיות מעורבים בהחלטה זו (Wetle, Levkoff, Cwikel, & Rosen, 1988). שאלה נוספת עוסקת באיזון בין הנוחות המינהלית ובין העדפות הדיירים. אף שחלק מהדיירים במוסדות הסיעודיים אינם מסוגלים להשתתף בקבלת החלטות באשר לטיפול בהם, רבים אחרים לא זו בלבד שמסוגלים לכך, אלא הם אף מסוגלים לבטא את העדפותיהם (Besdine, 1983).

5. שיטות ודרכים לעידוד מעורבות דיירים

ישנן שיטות שונות שבאמצעותן ניתן לעודד מעורבות של דיירים. מעורבות זו יכולה להיות של כלל הדיירים, של קבוצות או של יחידים. המעורבות הזאת יכולה לבוא לידי ביטוי הן בנושאים הקשורים לחיי היומיום השגרתיים הן בנושאים הקשורים למדיניות המוסד. להלן נסקור את האמצעים והשיטות העיקריים לעידוד מעורבותם של דיירים:

1. ועד דיירים – ועד דיירים הוא קבוצה מאורגנת של דיירים העוסקת בקידום רווחתם של דיירי המוסד. ועד זה פועל לשמירה על זכויות הדיירים וליצירת הזדמנויות לשתפם בהחלטות

בנושאים הקשורים לחייהם היומיומיים ולספק להם את הצורך לחבור זה לזה (McCreary & Davis, 2014). ועד דיירים יכול לפעול בתחומים שונים. הדבר תלוי במידת היזמה שהוא מגלה ובגיבוי שהוא מקבל הן מכלל הדיירים הן מהנהלת המוסד. תחומי פעילותו של הוועד יכולים להיות קידום רווחת הדיירים, שיפור שירותים, פיתוח עזרה הדדית בין הדיירים, סיוע לדיירים חדשים בהסתגלות, מפעלים של גמילות חסד (מתן בסתר) וכיו"ב. הוועד יכול לעזור למנהל המוסד בביצוע משימות שונות, להתריע על בעיות ולשמש כ"אוזניים ועיניים" של ההנהלה. ועד הדיירים יכול לשמש כחוליה מקשרת בין דיירים חדשים ובין ההנהלה, להביא לפניה בעיות ותלונות של דיירים ולתרום ליישור ההדורים בין דיירים ובין חברי צוות.

2. ועדות לנושאים ספציפיים – ועדת תרבות, ועדה לביקור חולים, ועדת בריאות, ועדה לעזרה הדדית ועוד. באמצעות מינוי חברים לוועדות מתרחב מעגל הדיירים המשתתפים בפעילויות השונות בהתאם להעדפות הדיירים ולרצונותיהם.

3. ועדות משותפות להנהלה ולדיירים – ועדות אלו יכולות להיות ועדות אד–הוק או ועדות קבועות לצורך בחינה של נושא מסוים, התייעצות או קבלת החלטות לגבי נושאים ספציפיים. למשל ועדת תפריט שבה שותפים חברי צוות ונציגי דיירים.

4. העברת מידע וקבלת מידע מהדיירים – אלו יכולים להתבצע באמצעות אספת דיירים, עיתון דיירים, חוברות מידע, תיבת הודעות.

5. התנדבות – ההתנדבות בקרב הדיירים תורמת לכלל הדיירים בקהילת בית האבות (Drew, 1985). להתנדבות גם יש השפעה חיובית על הדיירים המתנדבים עצמם (Goodwin, 1985). דיירים מתנדבים יכולים למלא מגוון תפקידים: סיוע לדיירים חדשים להסתגל למקום, תמיכה מינהלית, תמיכה רוחנית במצבי משבר ושכול. זאת ועוד, הם רגישים לשינויי התנהגות של דיירים אחרים, ויכולים לדווח לצוות במקרים שבהם נדרשים טיפול והתערבות (Claxton–Oldfield, Gosselin, & Claxton-Oldfield, 2009). יתרה מזו, דיירים מתנדבים שעברו הכשרה מתאימה גם יכולים לסייע לצוות במילוי תפקידים מסוימים, כמו למשל סיוע בהאכלת דיירים במחלקה סיעודית (Musson et al., 1990). פעילות התנדבותית עשויה להיות מגוונת וענפה, ולכלול הוראה, הדרכה והרצאות בתחומי תוכן שונים הרלוונטיים לידע המוקדם של הדיירים (כמו ברידג', שפות זרות, שח–מט, מוזיקה ונגינה וכו'), התנדבות בקהילה (בתי ספר, גני ילדים, מוסדות והוסטלים), התנדבות במחלקה הסיעודית או במחלקה לתשושי נפש בבית האבות, ארגון טיולים בארץ ובחו"ל, בחירת סרטים איכותיים להקרנה, "אימוץ" דיירים ערירים, סיוע בקליטת דיירים חדשים, איסוף תרומות לסיוע לנזקקים בקהילה ועוד.

6. החוק והשתתפות הדיירים

סוגיית השתתפות דיירים ומעורבותם במוסדות שונים לזקנים זכתה להסדרה בחוקים, בתקנות ובנהלים הקובעים את דרכי ההתנהלות של סוגי המוסדות השונים בישראל. בתחום הדיור המוגן, למשל, באה סוגיה זו לידי ביטוי במספר סעיפים בחוק הדיור המוגן, התשע"ב–2012. סעיף 21 לחוק קובע כדלהלן:

21. (א) בעל רישיון הפעלה יקבע כללי התנהגות סבירים שעל הדיירים בבית הדיור המוגן וכן על מי שמבקר אותם או שמטפל בהם בבית הדיור המוגן לנהוג לפיהם (בסעיף זה – כללי התנהגות).

(ב) בעל רישיון הפעלה רשאי, לאחר שהתייעץ עם ועד הדיירים בבית הדיור המוגן, ככל שמונה, לשנות את כללי ההתנהגות, להוסיף עליהם או לגרוע מהם, ובלבד שהודיע על כך לדיירים שלושים ימים מראש לפחות.

כלומר, החוק קובע כי על מנהל הבית להתייעץ עם ועד הדיירים בכל הנוגע לכללי התנהגות של הדיירים, מבקריהם (בני משפחה, חברים) ומטפליהם (למשל מטפל זר). כמו כן חובה על המנהל ליידע את הדיירים על כל שינוי בכללי ההתנהגות האלה, העשויים לשקף את מדיניות המוסד.

סעיף 22 לחוק מדגיש את החובה לשמור על פרטיותו של הדייר ולהתחשב ברצונו:

בעל רישיון הפעלה ידאג לשמירה על כבודו ופרטיותו של כל דייר בבית הדיור המוגן, תוך התחשבות ברצונו של הדייר.

החוק דן גם במתן אישור להמחאת זכויות של בעלי הדיור המוגן בסעיפים 30(ב)(3)(א), (ב) לחוק:

(3)(א) נמסרו לכל אחד מהדיירים בבית הדיור המוגן, לפני ביצוע ההמחאה, פרטי הנמחה, וככל שמונה ועד דיירים – הוא נתן את הסכמתו להמחאה, בכתב; ועד הדיירים ימסור את החלטתו בתוך שלושים ימים מיום שברשותו כל המידע והמסמכים הנדרשים להחלטה.

(ב) סירב ועד הדיירים לביצוע ההמחאה מטעמים בלתי סבירים או התנה את הסכמתו בתנאים בלתי סבירים או לא נתן את הסכמתו בפרק הזמן האמור או שלא מונה ועד כאמור, רשאי הממונה להתיר את ביצוע ההמחאה ללא הסכמת ועד הדיירים; הממונה יודיע לבעל רישיון ההפעלה על החלטתו בתוך תשעים ימים מהיום שבו הוגשה לו הבקשה להתיר את ביצוע ההמחאה, ונמסרו לו כל המידע והמסמכים הנדרשים להחלטה.

סעיף 35 לחוק מעניק מעמד חוקי לוועד הדיירים:

(א) דיירים רשאים למנות, מביניהם, נציגות, שתהיה שלוח של הדיירים בכל הנוגע לענייניהם המשותפים בקשר לבית הדיור המוגן וכן תהיה מוסמכת לייצג את הדיירים בכל הנוגע לעניינים אלה לפני בעל רישיון ההפעלה, רשויות המדינה, רשויות מקומיות או גופים אחרים... ; ואולם אין בהוראות סעיף זה כדי להסמיך ועד דיירים להתקשר בהסכמים ולהיות צד בהליך משפטי בשם הדיירים.

(ב) השר רשאי לקבוע הוראות לעניין ועד הדיירים, לרבות דרכי המינוי ותקופת כהונתו.

מנוסח החוק עולה כי הדיירים רשאים, אך אינם חייבים, למנות ועד דיירים אשר ייצג את הדיירים הן לפני ההנהלה הן לפני גורמי חוץ. התקנות, שנמצאות בשלבי הכנה, אמורות להגדיר כיצד למעשה ייבחר הוועד, וכן מהם תפקידיו ודרכי פעולתו. המחוקק חייב את מנהל הבית להתייעץ עם נציגי הדיירים באשר לקביעת תכניות הפעילות החברתית, התרבותית והספורטיבית בבית לפי סעיף

התוספת, הוא סעיף 19(א)(1)(7) לחוק. זאת, מתוך הדגשתה של חובת ההתייעצות עם הוועד, אף כי ההחלטה נתונה בידי המנהל בסופו של דבר.

סוגיית ההשתתפות והמעורבות של הדיירים במעונות לזקנים באה לידי ביטוי – הן במישור הפרט הן במישור הכלל – בתקנות הפיקוח על מעונות (תנאי המגורים וטיפול בזקנים עצמאיים ותשושים במעונות לזקנים), התשס"א–2001 (להלן: "תקנות הפיקוח"). אשר לדייר האינדיבידואלי, כך קובעת תקנה 33 לתקנות הפיקוח:

מנהל המעון ידאג כי...

(4) תישמר, ככל האפשר, פרטיותם של הזקנים, לרבות בחדרי מגוריהם; (5) יתחשבו ברצונו של הזקן בכל הנוגע לטיפול בו, ויוענק יחס של כבוד לזקן מצדו ומצד צוות המעון.

כלומר, תקנות הפיקוח מחייבות את מנהל המעון לוודא שפרטיותו של הדייר תישמר, אך מסייגות זאת במילים "ככל האפשר". מכאן משתמע כי יש מצבים שבהם לא ניתן לשמור על פרטיותו של הדייר. עוד מחייבות תקנות הפיקוח את המנהל להתחשב ברצונותיו של הדייר. לפיכך, על המנהל ואנשי הצוות מוטלת החובה לשאול את הדייר על אודות דעתו, רצונותיו והעדפותיו בכל הקשור לטיפול בו.

אשר לכלל הדיירים, תקנה 45 לתקנות הפיקוח קובעת כדלהלן:

(א) מנהל המעון ידאג לכך שהזקנים יבחרו מתוכם ועד אשר ייצגם לפניו ולפני המפקח.

(ב) מנהל המעון יתחשב בביקורת, בתלונות ובהצעות לשיפור שיעביר אליו הועד.

כלומר, תקנות הפיקוח מחייבות את מנהל המעון לדאוג לכך שהדיירים יבחרו מתוכם ועד. אך התקנות אינן דנות בדרך בחירתו של ועד זה, ואינן עוסקות בשאלות מי יכול להיבחר לוועד ומה על מנהל המעון לעשות אם הדיירים אינם מעוניינים בבחירת ועד. יתרה מזו, התקנה מגדירה את תפקידי הוועד בצורה מצמצמת מאוד: אמנם מתפקידו של הוועד לייצג את הדיירים לפני המנהל, אך בתקנה לא נאמר באילו נושאים מוסמך הוועד לייצג את הדיירים. זאת ועוד, מנהל המעון אינו חייב לקבל את הביקורת, התלונות וההצעות שיעביר אליו הוועד, אלא להתחשב בהן בלבד.

חוק זכויות החולה, התשנ"ו–1996 (להלן: "חוק זכויות החולה") הוא הבסיס הנורמטיבי הן של נוהל זכויות המטופל במוסדות הסיעודיים (נוהל מס' 0.1.2 בקובץ הנהלים של משרד הבריאות), הן של הנספח לנוהל: מגילת הזכויות שניסחו משרד הרווחה ומשרד הבריאות לדיירים במעונות לזקנים ובמוסדות סיעודיים.

וכך נקבע בסעיפים 4.4, 4.5 לנוהל זכויות המטופל (משרד הבריאות, 2007):

4.4 הנהלת בי"ח תקפיד על הטמעה ויישום כל סעיפי מגילת הזכויות וכל הנובע מהנחיות חוק זכויות החולה.

4.5 הנהלת בית החולים תשאף לניהול סדר יום נורמטיבי במחלקות ותעשה כל מאמץ כדי להתאימו גם לצרכיהם ולרצונותיהם של המטופלים.

במילים אחרות, נוהל זה מחייב את הנהלת המוסד לפעול לקידום זכויות הדייר בהתאם לקבוע בחוק זכויות החולה, לשמור על פרטיותו של הדייר ולהקפיד לקבל את הסכמתו לביצוע טיפול רפואי. הנוהל קובע את חובתה של ההנהלה להתאים את סדר היום של המוסד לרצונותיהם ולצורכיהם של הדיירים, אך אין הוא מגדיר כיצד תיבדק ההתאמה של סדר היום לרצונותיהם של הדיירים. סעיף 25 לחוק זכויות החולה מטיל חובה על מנהלו של כל מוסד למנות אחראי לזכויות החולה שתפקידיו יהיו כדלהלן (בשינויים המתבקשים בהקשר מוסד סיעודי):

1. לייעץ ולסייע לדיירים באשר למימוש זכויותיהם לפי חוק זכויות החולה.
2. לקבל תלונות מדיירים, לבדוק אותן ולהעביר תלונות שעניינן איכות הטיפול הרפואי לבדיקתו של מנהל המוסד.
3. להדריך את אנשי הצוות הטיפולי והמינהלי במוסד ולהנחותם בנוגע להוראות חוק זכויות החולה.

7. הפרקטיקה – השתתפותם ומעורבותם של דיירים מנקודת מבטו של מנהל המוסד

הפרקטיקה בנושא השתתפותם ומעורבותם של דיירים באה לידי ביטוי לא רק במישור הפרטני (שבו נדון תחילה), אלא גם במישור הקבוצתי, וזאת בעיקר באמצעות ועד דיירים או ועדות שונות של דיירים לנושאים ספציפיים.

ככלל, הגישה הניהולית המקובלת בבניית הפרוגרמה הניהולית וסל השירותים לדיור מוגן שואפת לתת צביון ביתי ולא צביון מוסדי. אך בהתחשב במודל הפיננסי והנדל"ני שעומד בבסיס כל בית דיור מוגן (פרטי או ציבורי), קשה להימנע לחלוטין מקביעת "נוהלי התנהגות" המחייבים את הדיירים. אין לשכוח שגם בבתי מגורים משותפים רגילים קיימים נוהלי התנהגות גלויים או סמויים.

כאמור בפרק המבוא של ספר זה, ב–30 השנים האחרונות התרבו מסגרות המגורים לקבוצה המבוגרת מחד גיסא, וחל שינוי בצביונן של מסגרות מגורים אלו מאידך גיסא. חלה עלייה משמעותית במספר המיטות לאנשים סיעודיים ולתשושי נפש במוסדות לטיפול ממושך, התמעטו בתי האבות לזקנים עצמאיים או תשושי גוף והתרבו מסגרות המגורים המכונות "דיור מוגן" ו"דיור מוגן תומך". הקידמה בתחום הדיור המוגן התבטאה בהישגים משמעותיים בכל הנוגע לתכנונם, להקמתם ולניהולם של בתים אלו. בשנים האלה עלה שיעור הגמלאים הפונים לדיור מוגן. לעומת זאת, חלה ירידה מהותית בגילם של הפונים לדיור המוגן ועלה באופן ניכר שיעור הזוגות הפונים לדיור המוגן (מ–18% בממוצע לכ–60% בממוצע). בשל התחרות הקשה בענף והדרישות מצד הלקוחות הורחבו השירותים הניתנים לדייר בתכניות בתחומי פעילות הפנאי, הפעילות הגופנית, הסיעוד, הרפואה, התרבות, האחזקה, המשק, התזונה, התמיכה הנפשית בעת הצורך, המעורבות ההתנדבותית בבית ובקהילה וטיפוח התחושה של איכות החיים ושביעות הרצון מעצם ההחלטה לעבור לדיור מוגן.

מנהלים ויזמים של דיור מוגן חייבים למצוא את הדרך הניהולית שבאמצעותה ניתן להגביר הן את תחושת שביעות הרצון הכללית של הדייר הן את תחושת שביעות הרצון שלו מעצם המעבר לדיור המוגן. צרכים ניהוליים אלו מחייבים לשתף את הדייר ולעודד את מעורבותו בתהליכי הניהול ובמדיניות הניהולית של בית הדיור המוגן.

למילים "שיתוף" ו"מעורבות" יש אחיזה רבה גם בתחום הכלכלי והעסקי בכל הקשור לשותפויות ובמתן ערבויות עסקיות. יתרונו של שיתוף פעולה עסקי מתבטא בכך שהוא מאפשר לעסק לקדם את מטרותיו באופן יעיל יותר ומהיר יותר. שיתוף פעולה עסקי עוזר להתמודד בשוק תחרותי (כמו שוק הדיור המוגן), ואף מייתר את הצורך להשקיע כספים בשכלול יכולות תפעוליות, ארגוניות ושיווקיות. הפילוסוף פול גרייס ניסח בזו הלשון את ארבעת העקרונות הבסיסיים של שיתוף פעולה (The cooperative principles) המתאימים הן לכללים המסחריים הן לכללי שיתוף הפעולה עם דיירים בדיור מוגן (Grice, 1975):

- כלל האמת – העברת מידע אמיתי בשקיפות מלאה
- כלל מרב המידע – העברת כל המידע שברשותנו בנושא הנידון
- כלל הרלוונטיות – העברת המידע הרלוונטי לנושא שיתוף הפעולה בלבד
- כלל הסגנון – העברת מידע מתומצת ומסודר, וזאת באופן בהיר (מתוך הימנעות מערפול) וללא כל ציניות או אירוניה.

עקרונות שיתוף הפעולה האלה הם הבסיס לשותפות אמיתית. ניתן לפרטם בעשר אקסיומות:

1. דיור מוגן (גם אם הוא ציבורי) הוא עסק כלכלי.
2. יחסי הגומלין בין ההנהלה ובין הדייר הם יחסים של ספק ולקוח.
3. כבכל עסק כלכלי, יחסי הגומלין בין הצדדים הנם כיחסי שותפים. הצלחת העסק או כישלונו משפיעים על שני הצדדים. לעתים קרובות ניתן לשמוע מדיירים את המשפט "אנו מעוניינים ושמחים שאתם תרוויחו בניהול, כי רק אז יהיה גם לנו טוב יותר". למעשה זהו ביטוי של עקרון "חלוקת הדיבידנדים" בין שותפים.
4. הדייר הוא משאב אנושי וכלכלי שצריך לשמר, וכן להיעזר ביכולתו לתרום לתהליך ניהול הבית.
5. אין להשתמש עוד בתפיסת עולם פטרונית של בעלות ושליטה על הדייר ואורח חייו. ואם גם הנהלות של מונופולים במשק מבינות עיקרון זה – כל שכן הנהלת עסק כדיור מוגן, החייב להתבסס על תודעת שירות גבוהה.
6. הדייר הוא שותף עסקי המשקיע את מיטב כספו. בתהליך קבלת ההחלטה לעבור ולהתגורר בדיור מוגן הוא מתמודד לעתים עם רגשות חצויים, לבטים, דעות קדומות ואף לחצים של בני משפחתו. התשואה העסקית היחידה שלה הוא מצפה עקב השקעתו היא שביעות רצון ומילוי ציפיותיו – שרק הולכות ומתעצמות עם השנים.
7. הדייר אינו שותף בלבד, אלא הוא גם לקוח, משווק ומעסיק המשלם את משכורות צוות הבית, שמקורן בדמי האחזקה החודשיים שלו.
8. כל הצדדים בשותפות זו הנם חדורי מוטיבציה להצלחה עסקית ארוכת שנים.

9. הדייר – כשותף, כמשקיע וכלקוח – רוצה גם להשפיע על החלטות ניהוליות.

10. עסק זה של דיור מוגן הוא שותפות רב–ערכית שבה יש מאות שותפים, על כל המשתמע מכך באשר להגשמת שאיפות ולסיפוק רצונות ודרישות של הרבה "בעלי מניות" בתחום המעורבות בניהול.

7.1 ההסכם עם הדייר כביטוי לשותפות.

כמו בכל שותפות עסקית, גם בדיור מוגן ובמעון לזקנים יש הסכם בין ההנהלה ובין הדייר. זהו הסכם האכלוס הנחתם בין הדייר להנהלה טרם האכלוס. כמו בכל חוזה או הסכם, גם חוזה זה מתאפיין ביכולת לענות על שאלות ה"מה" האובייקטיביות – מהן זכויות הצדדים והתחייבויותיהם. אך בחוזה הזה, כמו בחוזים עסקיים אחרים, קשה מאוד לענות על שאלות ה"איך" – איך פועלת המרפאה? איך פועלים החוגים? מהם תכניה של הפעילות התרבותית? מה לא נכלל בסעיף שעניינו ניקיון הדירה? איך ידונו בתלונותיו ובבקשותיו של דייר? וכו'. מנסחי חוק הדיור המוגן, התשע"ב–2012, למשל, ניסו להתגבר על "פגם מולד" זה בחוזה האכלוס ויצרו את "מסמך הגילוי הנאות", הבא לפרט בלשון משפטית פחות את העקרונות המנחים בדבר זכויות הדייר והתחייבויותיו. אך עדיין נשארו "תחומים אפורים" רבים שקשה לכמתם ולנסחם בהסכם. "תחומים אפורים" אלו עוסקים באינטראקציה ובאיכות הקשר בין הדייר ובין ההנהלה בהתחשב במדיניות הניהולית. אינטראקציה זו אמורה לכלול משא ומתן, מעורבות של הדיירים, התחשבות בדעותיהם ובתפיסתם הסובייקטיבית את הכתוב בהסכם, וכן שיתוף פעולה בין הדיירים להנהלה.

כדי שלא ליצור ציפיות יתר מצד הדיירים, מצד אחד יש להגדיר את תחומי התוכן הניהוליים שבהם מעורבותם והשתתפותם של הדיירים הנן חיוביות ורצויות ולכן תתאפשרנה, אך מצד שני יש להגדיר את התחומים שבהם השתתפותם ומעורבותם של הדיירים עלולות לעורר קונפליקט, ולכן יש להוציאן מגדר המותר. תחומי התוכן שבהם לא נהוג לאפשר את מעורבותם או את השתתפותם של דיירים הנם "עמודי התווך" של חוזה האכלוס – עלויות, הפרות הסכם (ובפרט אלו המוגדרות כהפרות יסודיות), כללי התנהגות בסיסיים, מעברים בין מחלקות, שינויים בדירה, שימוש לא תקין בדירה ובשטחים ציבוריים וסעיפי מסמך הגילוי הנאות. למרות זאת, נכון יהיה שכל מנהל יסביר לדיירים את העקרונות העומדים בבסיס ההגבלות הנוקשות יותר בדבר השתתפותם ומעורבותם ויפרט את תחומי התוכן שאינם בגדר המותר לעניין זה.

לעומת זאת, בתחומי ניהול הנמצאים מחוץ ל"ליבה" של החוזה העסקי יש מקום לגמישות, לשיתוף, למעורבות ולהבעת דעתם של הדיירים. עניינם של תחומים אלו הוא חיי היומיום של תהליכי הניהול – שעות החוגים, תפריט, שעות מרפאה, הסעות, שעות ניקיון, שירותים נוספים, טלפון, טלוויזיה בכבלים, אינטרנט, שימוש בשטחים ציבוריים, אירוח אורחים, כיבוד, טיולים, אופי חוגי התרבות, אופי הפעילות הגופנית וכו'. נושאים אלו הנם פרוצדורליים בעיקרם, גם אם יש להם משמעות תקציבית. באמצעות הקשבה, פתיחות, יצירתיות, התחשבות ושיתוף פעולה ניתן לענות גם על שאלות ה"איך" שהתשובות עליהן חסרות בהסכם הפורמלי. יש להדגיש שלעתים גם סעיפים בתחומים אלו, שאינם חלק מ"ליבת ההסכם", צופנים בחובם סלעי מחלוקת שעלולים להביא את מערכות היחסים בין ההנהלה ובין הדיירים למחוזות בלתי רצויים, למאבקי כוח ולהתעקשויות הדדיות.

7.2 הקושי הניהולי שיוצרות השתתפות הדיירים ומעורבותם.

אף שלכאורה נראה כי מעורבות דיירים והשתתפותם הנן הגיוניות, חיוניות, מועילות, רציונליות ועולות בקנה אחד עם "רוח הניהול המודרנית", מנהלים רבים מתקשים לאמץ דרך זו כמתווה מרכזי בפילוסופיה הניהולית שלהם. זאת, משום שניהול בית דיור מוגן הנו מטלה מורכבת המצריכה ידע, יכולות ביצוע כדי לממשו, וכן משתני אישיות התואמים את המעורבות היומיומית הנדרשת במגוון מטלות שהמאפיין העיקרי שלהן הוא היכולת ליצור את הקשר הבין–אישי בין המנהל ובין הדיירים, לשמור עליו ואף לטפחו. קשר זה נוגע לתחומי כלכלה, רפואה, סיעוד, תרבות, משק, טכנולוגיה, משפט וטיפול בפרט (דייר או עובד). ישנם מנהלים שנוח להם להסתתר מאחורי "המילה הכתובה" – החוזה עם הדייר, הנהלים הכתובים, המחויבויות והזכויות הברורות והכמותיות. כל זאת, כדי שלא להסכים לדעה שאינה דעתם שלהם וכדי להימנע מהכרה בעובדה שלדיירי הבתים שבניהולם יש ניסיון חיים עשיר והרבה חכמה וידע.

מנהלים אלו עלולים להיכשל בחטא היוהרה, המקשה עליהם לומר: "טעינו, נשנה, לא חשבנו על כך, פעם זה התאים ועכשיו לא, אתם צודקים, בואו נמצא פתרון שיתאים לרבים" וכו'. קל יותר למנהל לשתף פעולה ולפתור באופן יצירתי ובונה בעיה פרטית של דייר זה או אחר. אלא שפתרונות פרטניים כאלה יכולים להפוך לחרב פיפיות עקב התפשטות השמועות כאש בשדה קוצים. ישנם מנהלים הנוטים (בשל ביטחון עצמי מופרז או לוקה בחסר) להתעקשות עקרה, בעוד שהודאה בטעותם הייתה מתקבלת באופן חיובי בקרב הדיירים וזוכה להערכתם. ישנם מנהלים הרואים בתקציב מסגרת שאין לחרוג ממנה, וזאת בשל החשש מפני "התייקרות השירות" עקב מעורבות הדיירים. ואכן, חשש זה הנו מוצדק. בדרך כלל מעורבות דיירים והשתתפותם מובילות ל"תוספות", ל"שינויים", ל"שדרוגים" ול"שינוי נורמות" הכרוכים בעלויות שהדיירים אינם ששים להשתתף במימונן. אך מתוך ראייה מושכלת של המנהל ובחינה מעמיקה של כל "תוספת" ניתן לגלות שיש הרבה "תוספות" ו"שדרוגים" שעלותם אפסית, ואילו הרווח שבצדם הנו גדול ביותר. הן היזמים המודרניים הן דור המנהלים החדש בתחום הדיור המוגן יודעים שהתקציב הוא מסגרת אשר גבולותיה אינן "גזרה משמים", אלא יש לבחון אותם מדי פעם בפעם.

ישנם מנהלים החוששים ליצור תקדימים שיפתחו פתח לזרם הולך וגובר של מעורבות הדיירים בניהול. יש מנהלים המגיבים באנטגוניזם כלפי מעורבות יתר וכלפי דרישות חד–צדדיות. מנהלים אחרים טוענים – בין בכנות בין כדי לחמוק מהתמודדות עם האתגר – כי סמכויותיהם מוגבלות. ישנם גם מנהלים שאינם יודעים לנהל משא ומתן ומפעילים אסטרטגיות שגויות של התשה, התחמקות, שחיקה, הצגת עמדת פתיחה קיצונית ודחיות חוזרות ונשנות. ימי עיון, השתלמויות יזומות ולימוד תכנים חדשים בהכשרת מנהלים לדיור מוגן ישפרו אצלם את מאגר הידע התיאורטי ואת היכולת ליישם את הידע הזה במהלך העבודה.

7.3 שיתוף דיירים והעצמתם.

שיתוף דיירים ומעורבותם בניהול אינם מתמצים רק במענה ל"דרישות", "בקשות", "תביעות" והצעות "שדרוגים" שמקורן בדיירים. לפעמים דווקא המנהלים צריכים להיות אלה הפונים לדיירים ו"מבקשים" מהם, "מציעים" להם, "מעודדים" אותם ו"ממליצים" להם להראות את

מעורבותם בניהול הבית. מעורבות הדיירים ושיתופם צריכים להיעשות מתוך כוונה לקדם פרויקטים שונים, לגוון את העשייה היומיומית לטובתם ולרווחתם של כלל הדיירים (ובפרט הדיירים המעורבים). גם ההנאה ההדדית שמניב שיתוף הפעולה בין אנשי הצוות לדיירים היא מטרה בפני עצמה.

הגשמת מטרה זו תביא לשיפורם של איכות החיים והגיבוש החברתי המרביים בדיור המוגן. ישנם דיירים מוכשרים, שרצוי לאפשר להם לממש את יכולותיהם. דיירים אלו מוכנים להעניק מזמנם, מהידע שלהם ומניסיונם רב השנים בתחומי תוכן שונים. פעילות זו מעניקה לדיירים שדה פעולה התנדבותי, מעצימה את תחושת הנחיצות והערך העצמי שלהם ואת רצונם (ונטייתם) לתרום. מעורבות הדייר ושיתופו בתחומי תוכן שונים בתהליך הניהול מגבירים את מחויבותו האישית להיות פעיל, להפגין חיוניות, לחדש, ליצור ולהשפיע על דיירים אחרים ללכת בעקבותיו. נתינה זו מצדו של הדייר ממלאת את החלל שנותר אצלו עם פרישתו מעולם העבודה ומחזקת את הדחף שלו להתנדב ולתרום למקום ולזולת. מעורבות דיירים והשתתפותם מחזקות את הקשר בין אנשי הצוות לדייר, משפרות את הנגישות אל אנשי הצוות, מביאות לפתיחות מצד הדיירים כלפי אנשי הצוות ושוברת מחיצות (גלויות או סמויות) ביניהם. מעורבות זו ושיתוף הפעולה מחזקים את תחושת השייכות למקום, את המחויבות ההדדית למתן מענה לצרכים שונים, לתרומה אישית, למעורבות ולעשייה מתמשכות, לשותפות אמיתית ולנאמנות למקום.

הבסיס לשיתוף הפעולה עם הדיירים בא לידי ביטוי בעצם עידודם לבחור ב"וועד דיירים" ולהקימו. זוהי למעשה הצהרת הכוונות של הנהלת הבית בדבר הסכמתה לשיתוף פעולה. המתווה להצהרת כוונות זו ואופן העבודה בין ההנהלה לוועד הדיירים, נקבעים בהסכמים לא כתובים בין הוועד להנהלת כל בית ובית. עוצמת ההקשבה ועומק שיתוף הפעולה עם ועד הדיירים נקבעים לאו דווקא על פי סעיפי החוק, אלא כל בית מראה את ה"אני מאמין" שלו באמצעות קביעת סמכויות הוועד ועומק שיתוף הפעולה בין הוועד להנהלה. בדרך כלל ועד הדיירים מקים בצדו מספר ועדי משנה הפועלים מול מנהלי המחלקות הרלוונטיות במערכת הניהול של הבית. לדוגמה, ועד לענייני בריאות, תרבות, תזונה, טיולים, מתנדבים, ספרייה, בית כנסת, ימי הולדת, קבלת דייר חדש וכו'. בעבודתם מול חברי הצוות הבכיר יוצרים ועדי משנה אלו אינטראקציות אישיות, לכידות בין דיירים ושיתוף פעולה הנמשך גם מחוץ לזמן פעילותם של ועדי המשנה. חבריהם מרגישים אחריות אישית מעצם בחירתם או התנדבותם לוועד, שכן כל אחד מהם רואה את עצמו כאחראי לשדרוג רמת ההישגים והיעדים שהוועד הציב לעצמו.

7.4 מחיר או רווח עקב מעורבות דיירים והשתתפותם

כשמנהל ניצב לנוכח דילמה ניהולית הקשורה לשיתוף דיירים וקבלת מעורבותם, השאלה שעליו לשאול את עצמו אינה "למה לשתף?" אלא השאלה היא "למה לא לשתף?". עליו להכיר בעובדה שהיכולת לשתף פעולה היא הבסיס לקיום האנושי. כפי שצוין, חוזה האכלוס עם הדייר אינו כולל את כל מצוות ה"עשה" וה"לא תעשה". הרווח שמפיק המנהל מתחושת מיצוי תפקידו והרווח של הבית עקב המוניטין שיצאו לו יהיו גדולים יותר אם אסטרטגיית שיתוף הפעולה

תהיה מקובלת, שכיחה וידועה בקרב כלל הדיירים. המדיניות הניהולית של שיתוף הפעולה ומעורבות הדיירים מסייעת לגיבוש מדיניות דומה גם באשר ליתר אנשי הצוות הנפגשים במישור היומיומי עם הדיירים, ממנהלי המחלקות ועד העובד הזוטר ביותר. אותם עובדים חשים בנוח הרבה יותר בבואם לתת תשובות חיוביות בתחום הסמכות המורחבת והגמישה שאוצלת להם ההנהלה. סמכויות אלו גם מאפשרות לחברי הצוות לחוש העצמה עצמית ולחוות ביתר שאת את הצלחתם המקצועית. עוצמתו, בגרותו וביטחונו המקצועי של המנהל מתגלים דווקא במצבי הביניים שבהם "התורה שבעל פה" צריכה להשלים את החסר "בתורה שבכתב". במצבים אלו על המנהל להעמיד את עצמו במקומו של הדייר ולבחון את דרך קבלת ההחלטות שלו ואת יכולתו לגלות הבנה, סימפתיה ללקוח וגמישות ניהולית.

מוטב שהמנהל ישלים עם העובדה שלעתים הצדק דווקא עם הלקוח. עליו להכיר בנקודות התורפה של חוזה האכלוס, ולהבין שהחוזה נכתב על בסיס של "מכנה משותף אופטימלי" מחד גיסא, אבל הלקוחות הם אינדיבידואלים בפני עצמם מאידך גיסא. המנהל ייטיב לעשות אם יבין שטובת הדיירים עומדת ביחס ישר לטובת הבית בניהולו. על המנהל להבין שאותם דיירים הרוצים במעורבות ובהשפעה בניהול הבית וזקוקים להן, הביעו את אמונם דווקא בבית שבניהולו ולמעשה קשרו את גורלם בגורל הבית בשארית ימיהם, ועליו, כמנהל, להיות יצירתי ופתוח כדי שלא לאכזבם. לשם כך יש לפתח מערכת של הכשרות, הדרכות וימי עיון, וכן להפיץ מאמרים בקרב המנהלים ואנשי הצוות הבכיר בבתי הדיור המוגן.

7.5 מודל שיתופי מלא של דיור מוגן.

בישראל ישנם מספר מודלים עסקיים של דיור מוגן שבהם עקרון מעורבות הדיירים ושיתופם טבוע במבנה העסקי או הניהולי של הבית. אלו הם בתי הדיור המוגן שבהם רוכש הדייר את יחידת המגורים שלו והיא נרשמת על שמו בטאבו או רוכש יחידת מגורים באמצעות רכישת מניות מכלל מניותיו של הדיור המוגן. במודלים האלה שיתוף פעולה פורה הנו אינהרנטי בשיטת הניהול. למעשה, כל דייר הנו "בעל הבית" באופן חלקי מסיבה משפטית וכלכלית. בתים אלו – דוגמת גני עומר, גילפז (הדיור המוגן של עמותת יוצאי חיל האוויר), נופי ירושלים, אחווה וחלק מגני שרונים – פועלים במשך שנים במתכונת של מעין "בית משותף", ולכל הדיירים – שהנם "בעלי המניות" – יש זכות להציע, להעיר, לדרוש ולהתנגד.

רבות דובר בקרב יזמים ומנהלים של בתי דיור מוגן בעד תפיסה עסקית זו וכנגדה. המציאות כמובן איננה חד–משמעית. מצד אחד יש המדגישים את היתרון הבולט במודל ניהול זה, המאפשר לכל דייר להשפיע, ומצד שני יש המצביעים על החיסרון הבולט: הבית עלול להיסחף למערבולת של רגשות וניגודי אינטרסים בין הדיירים בהקשר תהליך קבלתו של דייר חדש וכן קבלת החלטות ניהוליות יומיומיות המושפעות מיכולות השכנוע וההשפעה של דיירים בעלי מעמד עדיף על זה של אחרים. המציאות מלמדת כי לא זו בלבד שמספרם של בתים אלו אינו גדל בארץ, אלא מספרם הולך וקטן, והם הופכים לבתי דיור מוגן "קלסיים" מבחינת הפרוגרמה הכלכלית שלהם.

7.6 ועד דיירים

כדי לאפשר לוועד הדיירים לפעול יש צורך במידה מסוימת של תמיכה מצד ההנהלה והצוות בשלב ארגון הוועד ובמהלך תפקודו. ישנם ועדי דיירים עצמאיים שאינם זקוקים לתמיכה של הצוות, אך יש ועדי דיירים שזקוקים לסיוע של חבר צוות שישמש כמתאם וכמקשר עם ההנהלה. חשוב שלחברי הוועד יהיו כישורי הנהגה, ולכן אם זקוקים הם להכשרה – יש לסייע להם ולהפעיל סדנאות והשתלמויות בנושא. כדי שהוועד יהיה אפקטיבי יש צורך בפעולות הבאות:

1. שיחה בין הצוות ובין הדיירים על הקמת ועד
2. בחירת מודל מתאים של הוועד – מודל הפעולה של הוועד צריך להיות מתאים לגודל המוסד וכן לצורכיהם וליכולותיהם של הדיירים. דיירים עצמאיים נוטים יותר לפתח רשתות חברתיות ולהשתתף בעבודת הוועדות, בעוד שאלו המוגבלים בתפקודם נוטים להעדיף מודל של פתרון בעיות הקשורות לחייהם באופן אישי, כמו בעיות תזונה או שירותים סיעודיים
3. כתיבת תקנון לוועד, ובכלל זה הגדרת תפקידי הוועד ואחריותו וגבולות התפקיד כדי למנוע קונפליקט בגין השתתפות דיירים ומעורבותם בתחומי האחריות של ההנהלה והצוות
4. בחירת נציגים (לפי קומה, בניין או אגף)
5. קיום בחירות לצורך בחירת בעלי התפקידים (יו"ר, מזכיר, גזבר)
6. קביעת לוח זמנים לישיבות וקיום ישיבות – לישיבות אלו יכול הוועד להזמין את נציגי ההנהלה או ראשי מחלקות שונות, בהתאם לנושאים שעל סדר היום
7. פנייה לדיירים להשתתף בוועדות שונות שיכולות להיות ועדות קבועות או ועדות אד-הוק; באמצעות הוועדות אפשר להרחיב את השתתפות הדיירים ולערב בהן מגוון גדול יותר של דיירים
8. עבודה עם ההנהלה ועם צוות העובדים.

תפקידי הוועד עשויים להיות מגוונים, והכול תלוי בחברי הוועד ובמידת הפתיחות של ההנהלה ואנשי הצוות. תפקידים אלו יכולים לכלול תפקידים פנים-ארגוניים, הכוללים ייצוג ענייניהם של דיירים מסוימים (כמו טיפול בדייר) שאותם יביאו חברי הוועד לפני אנשי הצוות במחלקה הרלוונטית, סיוע לדיירים להכיר זה את זה וליצור תחושת קהילה, קבלת תלונות מדיירים ובירורן מול המחלקות הרלוונטיות במוסד, שמירה על זכויות הדיירים, תכנון אירועים ופעילויות, הקמת חוגים לפי קבוצות עניין, הפעלת ספרייה, בית כנסת ועוד; תפקידים בקשר למשפחות הם הזמנת משפחות להשתתף באירועים שונים ובחגים, וכן ועדת קבלת פנים לדיירים חדשים, שמתפקידה לקדם בברכה את הדייר החדש ומשפחתו, לתת מידע על המקום מבחינת המרחב הפיזי ועל נוהלי ההתנהגות; תפקידים בקשר לקהילה הם הפעלת מתנדבים למען הקהילה או גיוס מתנדבים מהקהילה למען המוסד.

אשר למחלקות לאנשים תשושים או מוסדות סיעודיים, אמנם חוק זכויות החולה ונוהלי משרד הבריאות עוסקים בזכויות החולה, אך אין בהם דיון מפורש במעורבות דיירים ובהשתתפותם. ברור כי כאשר ניתן לערב דיירים לפחות בנושאים שונים הקשורים למחלקה שבה הם נמצאים, הדבר עשוי גם לשפר את התקשורת בינם לבין הצוות, ולאפשר להם לבטא את רצונותיהם ואת העדפותיהם בנושאים הקשורים לחייהם היומיומיים. גישת "השינוי התרבותי במוסדות" והמודל "קהילה צומחת" – שנידונו בפרק א – ממחישים כיצד ניתן לערב דיירים ולשתפם גם כשהם מוגבלים בתפקודם, וכך לתרום לשיפור באיכות חייהם. כאשר דיירים אלו אינם מסוגלים להביע את רצונותיהם, יש למעורבות המשפחות תפקיד חשוב (ונושא זה נידון בהרחבה בפרק י).

סיכום

המעבר למסגרת מוסדית הוא אירוע משברי בחייו של הזקן, שכן מעבר זה כרוך בפגיעה באוטונומיה, בחופש הבחירה ובחופש ההחלטה שלו. לפיכך, נושא זה זכה לדיון נרחב בספרות הגרונטולוגית. מתוך סקירת הספרות המקצועית עולה כי להשתתפות דיירים ולמעורבותם במסגרות המוסדיות לזקנים לסוגיהן השונים יש חשיבות רבה מבחינת איכות חייהם ורווחתם של הדיירים. אולם להשתתפות ולמעורבות האלה יש גם השפעות חיוביות על המוסדות. מנהלים מנוסים, מקצועיים ובטוחים בעצמם רואים בהן נכס למוסד, וזאת משום שהן עשויות להוציא למוסד מוניטין ולקדם את תדמיתו בעיני הדיירים, בני משפחותיהם והסביבה שעמה נמצא המוסד ביחסי גומלין. אמנם מידת ההשתתפות והמעורבות משתנה בהתאם למאפייני הדיירים, בעיקר יכולותיהם הפיזיות והקוגניטיביות, ולכן ההשתתפות והמעורבות באות לידי ביטוי משמעותי בבתי דיור מוגן – שבהם גרים זקנים בעלי משאבים אישיים, כלכליים וחברתיים רבים יותר – אך במוסדות סיעודיים הן ניכרות פחות. גם המחוקק מצא שהשתתפות דיירים היא זכות שיש לעגנה בחוק. ואכן, בכל סוג של מסגרת מוסדית הגדיר המחוקק הן את זכותו של הדייר להיות מעורב בהחלטות הנוגעות לחייו הן את זכותם של הדיירים להתארגן לקבוצת אינטרס (ועד דיירים) כדי לייצג את כלל הדיירים לפני הנהלת המוסד ולפני גורמי חוץ.

אולם השאלה היא עד כמה אוכפים גורמי הפיקוח והרישוי את החוק, התקנות, הנהלים וההוראות הנ"ל. המציאות מראה כי בחלק גדול מבתי האבות אין כלל ועד דיירים, ואם ישנו כזה – פעילותו היא מינורית מאוד. על המחוקק לתת את הדעת גם על ייצוגם ומעורבותם של דיירי המוסדות הסיעודיים שלא באמצעות נציג הארגון המשמש כאחראי לזכויות החולה, שכן כעובד הארגון עלול נציג זה להיקלע לדילמה של נאמנות כפולה (שנידונה בהרחבה בפרק ו) כגון נאמנותו למעביד לעומת נאמנותו למטופל. אחד הפתרונות עשוי להיות עיגון של ועדי משפחות של הדיירים במסגרת חקיקה.

אולם, פעמים רבות דיירים אינם מגלים עניין במעורבות ובהשתתפות, ואינם משמיעים את קולם משום שאין להם ההכשרה והכלים הדרושים לשם כך, וגם משום שלאנשי הצוות אין הידע המתאים כיצד לעודד מעורבות והשתתפות. לכן יש לפתח תכניות הכשרה לחברי הצוות כדי שידגישו את חשיבותה של המעורבות החברתית לפני עמיתיהם ולפני הדיירים וילמדו אותם כיצד ליצור אותה. הצעד הראשון לשם כך מצריך אימוץ תרבות ארגונית שמעודדת השתתפות, מעורבות ופתיחות הן של עובדים הן של דיירים. סגנון ניהול שתפני ותרבות ארגונית המעודדת הבעת דעות והבאת הצעות עשויים להפוך את המוסד למקום שטוב יותר לעבוד בו אך בעיקר טוב יותר לחיות בו.

ביבליוגרפיה

גמליאל, ט' וחזן, ח' (2003). סטיגמה כמוניטין: על זהות עצמית במוסדות לקשישים. *גרונטולוגיה*, 30(3), 45–31.

חוק הדיור המוגן, התשע"ב–2012.

חוק זכויות החולה, התשנ"ו–1996.

לבנשטיין, א' ויקוביץ, א' (1996). *הזקן, המשפחה והמסגרת המוסדית: סוגיות ושיטות התערבות (מהדורה שנייה)*. תל אביב: רמות.

מדור חיים, נ' (2006). *הקשר שבין מרכיבים אישיים של דיירים לבין השתתפותם במוסדות לזקנים* (עבודה לשם קבלת תואר דוקטור). אוניברסיטת תל אביב, תל אביב.

משרד הבריאות. (2007). זכויות המטופל. בתוך *קובץ נהלים לבית חולים גריאטרי: נוהלי רוחב (נוהל מס' 0.1.2)*. נדלה מתוך http://www.health.gov.il/download/ng/0_1_2.pdf

תקנות הפיקוח על מעונות (תנאי המגורים וטיפול בזקנים עצמאיים ותשושים במעונות לזקנים), התשס"א–2001.

Abbott, S., Fisk, M., & Forward, L. (2000). Social and democratic participation in residential settings for older people: Realities and aspirations. *Ageing and Society, 20*, 327-340.

Barrick, A. L., Biddle, S., Hoeffer, B., Rader, J., & Sloane P. D. (2008). *Bathing without a battle: Person-directed care of individuals with dementia*. New York, NY: Springer.

Baumeister, R. F. (1991). *Meanings of Life*. New York, NY: Guilford.

Berkovitz, M. V., Waxman, R., & Yaffe, L. (1988). The effects of a resident self-help model on control, social involvement and self-esteem among the elderly. *The Gerontologist*, 28(5), 620-624.

Besdine, R. (1983). Decisions to withhold treatment from nursing home residents. *Journal of the American Geriatrics Society, 31*, 602-606.

Carp, F. (1994). Assessing the environment. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics, 14*, 302-314.

Chan, H. M., & Pang, S. (2007). Long term care: Autonomy, family integrity and social sustainability - The Hong Kong experience. *Journal of Medicine and Philosophy, 32*(4), 401-424.

Claxton-Oldfield, S., Gosselin, N., & Claxton-Oldfield, J. (2009). Imagine you are dying: Would you be interested in having a hospice palliative care volunteer? T*he American Journal of Hospice & Palliative Care, 26*(1), 47-51.

Devitt, M., & Checkaway, B. (1982). Participation in nursing home resident councils: Promise and practice. *The Gerontologist*, 22, 49-53.

Drew, L. S. (1985). Veteranship for nursing home residents: Integrating residents into volunteer services. *Activities, Adaptation, and Aging, 6*, 79-85.

Gibson, C. H. (1991). A concept analysis of empowerment. *Journal of Advanced Nursing, 16*(3), 354-361.

Goodwin, D. (1985). Innovative "resident volunteer" programming. *Activities, Adaptation, and Aging, 6*, 69-71.

Grice, H. P. (1975). Logic and conversation. In P. Cole & J. L. Morgan (Eds.), *Syntax and Semantics (Vol. 3, pp. 41-58)*. New York, NY: Academic.

Gulati, P. (1982). Consumer participation in administration decision making. *Social Service Review, 56*(1), 72-84.

Harvey, G. (2001). The rights of elderly people in a nursing home: A little creativity, a lot of respect, a taste of adventure, and an allergy to bureaucracy. In L. McCall, M. Heumann & D. Boldy (Eds.), *Empowering frail elderly people* (pp. 155-174). Westport, CT: Praeger.

Hellström, U. W., & Sarvimäki, A. (2007). Experiences of self-determination by older persons living in sheltered housing. *Nursing Ethics, 14*(3), 413-423.

Kane, R. A. (1991). Personal autonomy for residents in long-term care: Concepts and issues of measurement. In J. Birren, J. Lubben, J. Rowe & D. Deutchman (Eds.), *The concept and measurement of quality of life in the frail elderly* (pp. 316-334). San Diego, CA: Academic.

Kane, R. A. (2001). Long-term care and a good quality of life: Bringing them closer together. See comment in PubMed Commons below *The Gerontologist*, 41(3), 293-304.

Kane, R. A., & Wilson, K. B. (2001). *Assisted living at the crossroads: Principles for its future.* Portland, OR: Jessie F. Richardson Foundation.

Kane, R. L., & Kane, R. A. (2001). What older people want from long-term care, and how they can get it. *Health Affairs, 20*(6), 114-127.

Katan, J. (1988). Participation of residents in old age homes: The idea and its implementation. *Activities, Adaptation & Aging, 12*(1-2), 43-57.

Katan, J. (1991). Democratic processes in old age homes: Supporting and hindering factors. *Journal of Gerontological Social Work, 17*(1-2), 163-181.

Katan, J., & Bergman, S. (1988). Social workers and resident participation in old age homes: Professional commitment and practical involvement. *Journal of Gerontological Social Work, 13*(1-2), 49-64.

Keith, J. (1982). *Old people, new lives: Community creation in a retirement residence*. Chicago, IL: University of Chicago.

Knight, C., Haslam, S. A., & Haslam, C. (2010). In home or at home? How collective decision making in a new care facility enhances social interaction and wellbeing amongst older adults. *Ageing and Society, 30*, 1393-1418.

Langer, E. J., & Rodin, J. (1976). The effects of choice and enhanced personal responsibility for the aged: A filed experiment in an institutional setting. *Journal of Personality and Social Psychology, 3*, 191-198.

Mancini, J. (1980). Effects of health and income on control orientation and life satisfaction among aged public housing residents. *International Journal of Aging and Human Development, 12*, 215-220.

McCreary, H. A., & Davis, B. W. (2014). *Helps and ideas for residents' councils in long-term care facilities*. Philadelphia, PA: Pennsylvania State University.

Mitchell, J. M., & Kemp, B. J. (2000). Quality of life in assisted living homes: A multidimensional analysis. *Journal of Gerontology: psychological Sciences, 55B*(2), P117-P127.

Mitchell, P., & Koch, T. (1997). An attempt to give nursing home residents a voice in the quality improvement process: The challenge of frailty. *Journal of Clinical Nursing, 6*, 453-461.

Moos, R. (1981). Environmental choice and control in community care settings for older people. *Journal of Applied Psychology, 11*(1), 23-43.

Musson, N. D., Kincaid, J., Ryan, P., Glusson, B., Verone, L., Camerra N., et al. (1990). Nature, nurture, nutrition: Interdisciplinary programs to address the prevention of malnutritiona and dehydration. *Dysphagia, 5*, 96-101.

Nyström, A., & Segesten, K. (1994). On sources of powerlessness in nursing home life. *Journal of Advanced Nursing, 19*, 124-133.

Park, N. S., Zimmerman, S., Sloane, P. D., Gruber-Baldini, A. L., & Eckert, J. K. (2006). An empirical typology of residential care/assisted living based on a four-state study. *The Gerontologist*, 46(2), 238-248.

Peace, S. M., Hall, J. F., & Hamblin, G. R. (1979). *The Quality of Life of the Elderly in Residential Care*. London, England: The Polytechnic of North London.

Phillips, C. D., Kimbell, A. M., Hawes, C., Wells, J., Badalamenti, J., & Koren, M. J. (2008). It's a family affair: Consumer advocacy for nursing-home residents in the United States. *Ageing & Society, 28*(1), 67-84.

Rabig, J., Thomas, W., Kane, R. A., Cutler, L. J., & McAlilly, S. (2006). Radical redesign of nursing homes: Applying the green house concept in Tupelo, Mississippi. *The Gerontologist*, 46, 533-539.

Reid, D., & Ziegler, M. (1980). Validity and stability of a new desired control measure pertaining to psychological adjustment of the elderly. *Journal of Gerontology, 35*, 315-402.

Riportella-Muller, R., & Slesinger, D. P. (1982). The relationship of ownership and size to quality of care in Wisconsin nursing homes. *The Gerontologist*, 22(4), 429-434.

Rodin, J., & Langer, E. J. (1977). Long-term effects of a control-relevant intervention with the institutionalized aged. *Journal of Personality and Social Psychology, 35*(12), 897-902.

Sammet, K. (2007). Autonomy or protection from harm? Judgments of german courts on care for the elderly in nursing homes. *Journal of Medical Ethics, 33*(9), 534-537.

Setterlund, D., Tilse, C., Worall, L., Hickson, L., & Wilson, J. (2002). Participation and older people: Meaning, theory and practice. *Asia Pacific Journal of Social work and Development, 12*(2), 44-59.

Spilerman, S., & Litwak, E. (1982). Reward structures and organizational design: An analysis of institutions for the elderly. *Research on Aging, 4*, 43-70.

The United Nations. (16 December 1991). Principles for older persons (General Assembly Resolution No. 46/91). Geneva, Switzerland: The United Nations.

van Bilsen, P. M. A., Hamers, J. P. H., Groot, W., & Spreeuwenberg, C. (2006). Demand of elderly people for residential care: An exploratory study. *BioMedCentral Health Services Research, 6*(article 39), 9 pages. Retrieved from http://www.biomedcentral.com/1472-6963/6/39

Wetle, T. (1988). Ethical issues. In J. Rowe & R. Besdine (Eds.), *Geriatric medicine (pp. 75-88).* Boston, MS: Little-Brown.

Wetle, T. (1991). Resident decision making and quality of life in the frail elderly. In J. Birren, J. Lubben, J. Rowe & D. Deutchman (Eds.), *The concept and measurement of quality of life in the frail elderly* (pp. 279-296). San Diego, CA: Academic.

Wetle, T., Levkoff, S., Cwikel, J., & Rosen, A. (1988). Nursing home resident participation in medical decisions: Perceptions and preferences. *The Gerontologist, 28*(Suppl.), 32-38.

פרק י:
מעורבות המשפחה בטיפול בזקן השוהה במוסד לטיפול ממושך

מירב בן–נתן

מבוא

מקובל לחשוב כי משמעות הכניסה למוסד לטיפול ממושך היא סיום הטיפול המשפחתי ותחילת הטיפול המוסדי (Gaugler & Kane, 2007). אולם מחקרים שונים הראו כי בני המשפחה נשארים מעורבים בחייהם של יקיריהם הזקנים וממשיכים לספק להם תמיכה פיזית ונפשית גם לאחר המעבר למוסד לטיפול ממושך (סולימאן, מסאלחה, מסאלחה ועזאיזה, 2005; Gaugler, 2005; Saveman, Benzein, Engström, & Arestedt, 2011; Tsai & Tsai, 2012).

בשני העשורים האחרונים היו מערכות הבריאות בישראל ובמדינות המערב קשובות יותר לדרישות צרכני הבריאות ועשו מאמצים יתרים לספק את צורכי החולים ומשפחותיהם במטרה לשפר את איכות הטיפול (Ben Natan, 2009; Wolff, Roter, Given, & Gitlin, 2009). עדויות מחקריות מצביעות כי למעורבות המשפחה בטיפול בזקן השוהה במוסד לטיפול ממושך יש יתרונות רבים עבור הזקן השוהה במוסד, משפחתו, הצוות המטפל ואף הארגון כולו. עקב הצטברותן של העדויות האלה גובר רצונם של נותני השירות לשקול את הגברת מעורבותה של המשפחה בטיפול בזקן (Wolff et al., 2009).

פרק זה עוסק בסוגיות שונות הקשורות למעורבות המשפחה בטיפול בזקן השוהה במוסד לטיפול ממושך. דיון זה יכלול הצגת מודלים שונים של מעורבות משפחות, יתרונותיו וחסרונותיו של כל אחד מהם, וזאת – בין השאר – באשר לאיכות הטיפול ולאיכות החיים של הזקנים החיים במוסדות. הפרק ידון גם בחקיקה ובנוהלי משרד הבריאות בהקשר זה וגם יציג דרכים לעידוד המעורבות האמורה.

1. סקירת ספרות מקצועית

רוב הספרות המערבית בנושא מעורבות המשפחה בטיפול בזקן הנמצא במוסד לטיפול ממושך מתמקדת יותר במוסדות סיעודיים – שבהם גרים חולים סיעודיים או תשושי נפש – ופחות במעונות לזקנים, שבהם גרים דיירים עצמאיים בתפקודם או תשושים. סיבה אפשרית לכך היא שמעורבות המשפחה בטיפול בזקן במסגרת זו הנה לכאורה משמעותית הרבה יותר דווקא במוסדות סיעודיים משום שבהם מתגוררת קבוצת זקנים המוגבלת יותר בתפקודה.

מעורבות המשפחה בטיפול בזקן במוסד לטיפול ממושך הנה מושג רחב הבא לידי ביטוי במגוון דרכים, ביניהן ביקורים, טיפול חברתי–רגשי ומתן טיפול אישי. כמו כן, מעורבות המשפחה עשויה לבוא לידי ביטוי בסינגור על הזקן. כלומר, הגנה על האינטרסים שלו, ייצוגו לפני המערכת הפורמלית, מעקב בעניין איכות הטיפול ועוד (Gaugler, 2005). תמיכה פיזית כוללת סיוע בפעולות היומיומיות (ADL - Activities of Daily Living), כגון האכלת הזקנים, רחיצתם, קיצוץ ציפורניהם וסירוק שערם. תמיכה נפשית כוללת פעולות כגון ביקור הזקנים, ליווים לביקורים חוץ–מוסדיים, ניהול שיחה עמם – ובכלל זה העלאת זיכרונות מהעבר וציון אירועים חשובים בחייהם – וכן עידודם להשתתף בפעילויות חברתיות במוסד (Maas et al., 2004). ביטוי נוסף למעורבות המשפחה הנו התחקות אחר ההוצאות הכספיות הקשורות לשהייתו של הזקן במוסד (Williams, Zimmerman, & Williams, 2012; Zimmerman et al., 2013).

כאשר דנים במעורבות המשפחה בטיפול בזקן הגר במוסד לטיפול ממושך, יש לעסוק בשלושת המרכיבים העיקריים במערכת: הדייר הזקן, אנשי הצוות המטפלים בו ובני משפחתו של הזקן. מן הספרות המקצועית עולה כי המודלים של מעורבות המשפחה בטיפול מגדירים ומסבירים את האינטראקציה בין המרכיבים האלה, ובפרט בין הצוות המטפל ובין בני משפחתו של הזקן.

2. מודלים של מעורבות המשפחה

2.1 הצוות המטפל כמומחה לטיפול.

במודל זה הצוות המטפל מקבל על עצמו את האחריות המלאה לטיפול בזקן, ואילו מעורבותה של המשפחה מוגבלת למספר מועט של תפקידים, כגון מתן מידע על אודות הזקן, הבאת חפצים אישיים ודאגה לרווחתו הפסיכו–סוציאלית (Bauer, 2006; Hertzberg, Ekman, & Axelsson, 2003). על פי מודל זה, בני המשפחה נתפסים כגורם פסיבי, כמבקרים ותו לא (Holmgren, Emami, Eriksson, & Eriksson, 2013). בבסיס התפיסה הזאת עומדת הנחתו של הצוות המטפל כי בני המשפחות אינם מסוגלים לטפל היטב ביקיריהם השוהים במוסד לטיפול ממושך או במעונות לזקנים, וזאת משום שאין להם מיומנויות טיפול ואף לא הבנה נאותה לגבי מצבם (Hertzberg et al., 2003; Holmgren et al., 2013). על פי מחקרם של דייוויס ונולן, הצוות הסיעודי אינו מעוניין שתפקיד המשפחה בטיפול בזקן יתרחב לכדי משימות הכוללות מרכיב של סיכון לדייר, למשל האכלת הזקן, העלולה לגרום לחנק (Davies & Nolan, 2006). מודל זה משקף גישה היסטורית שמרנית (Gaugler, 2005). אולם המודל הזה עדיין קיים בחלק מן המוסדות, וזאת למרות אי–שביעות הרצון של בני משפחות ומטופלים (Benzein, Johansson, Arestedt, & Saveman, 2008; Holmgren et al., 2013; Levine, Halper, Peist, & Gould, 2010).

2.2 המשפחה כשותפה לטיפול.

הגישה ההופכת למקובלת יותר ויותר בתחום הבריאות והטיפול הסוציאלי היא "גישת הטיפול הממוקד במטופל" (McCance, McCormack, & Dewing, 2011) שנדון בהרחבה בפרק א. יש

אנשי מקצוע שהגדירו מוסדות גריאטריים מודרניים כ"מוסדות ממוקדי מטופל המעניקים שירותי טיפול ממושך" (Koren, 2010). מקקורמק ואחרים הגדירו טיפול הממוקד במטופל הזקן כגישה טיפולית היוצרת ומטפחת מערכות יחסים תרפויטיות בין ספקי שירותי הבריאות ובין הזקנים ואנשים משמעותיים אחרים בחייהם. לשיטתם, הגישה הזאת מבוססת על ערכים של כבוד הדדי וזכות הפרט להחליט עבור עצמו (McCormack et al., 2010). לוקספורד ואחרים ומקקורמק ואחרים תיארו במאמריהם מרכיבי ליבה של גישת הטיפול הממוקד במטופל: כבוד להעדפותיו וערכיו של המטופל; תמיכה נפשית; תמיכה פיזית; מתן מידע, תקשורת והעשרה תרבותית; המשכיות הטיפול; תיאום הטיפול; נגישות הטיפול; מעורבות המשפחה והחברים (Luxford, Safran, & Delbanco, 2011; McCormack et al., 2010).

גישה הקשורה לגישת הטיפול הממוקד במטופל ונסמך על עקרונות דומים הנה גישת הטיפול הממוקד במשפחה (Kovacs, Bellin, & Fauri, 2006). גישת הטיפול הממוקד במשפחה מוגדרת כגישה לתכנונם, לאספקתם ולהערכתם של שירותי בריאות הנסמכת על שותפויות המניבות תועלת הדדית ונוצרות בין ספקי שירותי בריאות ובין מטופלים ובני משפחותיהם.

אלה הם ארבעת העקרונות המנחים של גישת הטיפול הממוקד במשפחה:

1. המטופלים זוכים ליחס של כבוד. לדוגמה, ספקים של שירותי בריאות מתייעצים עם המטופל לגבי החלטות יומיומיות ושינויים במדיניות המוסדית
2. ספקי שירותי בריאות משתפים במידע את המטופלים ומשפחותיהם
3. עידוד מעורבותם של המטופלים ובני משפחותיהם בקבלת החלטות לגבי סדר היום במוסד, למשל באמצעות משובי שביעות רצון
4. שיתוף המטופלים ובני משפחותיהם בהחלטות טיפוליות.

גישת הטיפול הממוקד במשפחה הנה מודל העוסק בו-זמנית הן בבריאותו הרפואית והפסיכו-סוציאלית של המטופל הן בנקודות החוזק ובנקודות החולשה של בני המשפחה (Kovacs et al., 2006).

על פי מודל זה, המשפחה הנה משאב יקר ערך עבור הצוות המטפל. בבסיס התפיסה הזאת עומדת ההנחה כי המשפחה מכירה את הזקן בצורה הטובה ביותר. צריך לזכור כי בהקשר מערכת שירותים המתאפיינת בפיצול וכן בתחלופה גדולה של עובדים, בני משפחה הם לעתים קרובות האנשים היחידים אשר ליוו את המטופל לאורך כל חייו. ככל שהאדם מוגבל יותר בתפקודו הפיזי או הקוגניטיבי, יש למעורבות המשפחה חשיבות רבה יותר (Levine et al., 2010). אי לכך, עבודת צוות המתאפיינת בשיתוף פעולה עם המשפחה עשויה לתרום למתן טיפול טוב יותר. לפי מודל זה, אף כי המשפחה היא שותפה לטיפול, על הצוות המטפל להתחשב גם בצרכיה שלה. יתרונותיה וחסרונותיה של מעורבות המשפחה יתוארו להלן בהמשך הדברים.

3. יתרונותיה של מעורבות המשפחה

3.1 היתרונות לזקן.

לתמיכה משפחתית יש בראש ובראשונה תפקיד חשוב ומרכזי בקידומן ובשמירתן של הרגשת שייכות, זהות עצמית בקרב הדיירים, וכן חמלה ואהבה מצד אנשי הצוות (Ben Natan, 2009). מחקרים מצביעים כי מעורבות המשפחה היא גורם חשוב בשיפור איכות חייו של הזקן. טסנג וואנג חקרו את תפיסת איכות החיים של זקנים השוהים במוסד לטיפול ממושך ואת הגורמים הקשורים לכך. הם מצאו כי תמיכה חברתית של בני המשפחה ותדירות אינטראקציה עם בני המשפחה היו קשורות לאיכות חייהם של הדיירים (Tseng & Wang, 2001). ריין ומקקנה הדגישו את חשיבותם של היכרות, המשכיות, יציבות והון חברתי בחייהם של זקנים לאחר מעברם לבית אבות (Ryan & McKenna, 2013). מעורבותם של בני משפחה בחייהם של הזקנים השוהים במוסד יוצרת תחושת בית משמעותית עבור הזקנים (Robinson, Reid, & Cooke, 2010).

3.2 היתרונות למשפחה.

ישנה הסכמה כללית בספרות המקצועית כי המעבר לבית אבות הנו חוויה מלחיצה גם עבור בני המשפחה של הזקנים (Ellis, 2010) כפי שנדון בהרחבה בפרק ח. ממצאי מחקר מצביעים כי בני משפחה חווים רגשות סותרים של הקלה, מתח, הלם, חרדה, פחד, התנגדות ואשמה (Logue, 2003). מחקרם של ריין וסקוליון הראה כי בני זוג חוו בהקשר זה גם תחושות אבדן ופרידה. במחקר הזה גם נמצא כי זמן רב לאחר מעבר הזקן לבית אבות עדיין נמשכת אצל בני משפחה מטפלים רבים הסערה הרגשית בגין הפרידה, אף כי חשים הם הקלה מסוימת עקב הסרת העומס הפיזי של הטיפול (Ryan & Scullion, 2000b).

חוויית מעברו של הזקן לבית אבות הנה מורכבת וקשה עבור בני המשפחה, ורבים מהם אינם מסתגלים למציאות החדשה (Holmgren et al., 2013). בשמירה על מערכת יחסים קבועה עם הזקנים יש כדי לסייע למשפחות להסתגל לעובדה שיקירם שוהה במוסד לטיפול ממושך ולא בבית (Ben Natan, 2009). רוב המשפחות מעוניינות לשמור לפחות על חלק ממערכת היחסים שהייתה להן עם הזקן לפני מעברו למוסד לטיפול ממושך (Maas et al., 2004; סולימאן ואחרים, 2005).

דייוויס ונולן מצאו כי חוויות הקשורות למעבר הזקן לבית אבות היו חיוביות יותר בקרב בני משפחה מטפלים אם הם הרגישו כי ביכולתם לשתף פעולה עם אנשי הצוות כדי להקל את המעבר עבור הזקן (Davies & Nolan, 2004). גוגלר ואחרים מצאו שככל שעלתה תדירות הביקורים וגדל היקף הסיוע בביצוע הפעולות היומיומיות לצורך הטיפול בזקן, התעצמה תחושת העומס שעליה דיווחו בני המשפחות (Gaugler, Anderson, Zarit, & Pearlin, 2004). מאס ואחרים בחנו את השפעתו של פרויקט להגברת מעורבות בני משפחה על תפיסותיהם בדבר הטיפול ועל יחסיהם עם אנשי הצוות המטפל. תוצאות המחקר הצביעו כי מעורבות משפחתית בטיפול בזקן הלוקה בדמנציה שיפרה הן את חוויית הטיפול של בני משפחה בבית אבות הן את עמדותיהם של אנשי הצוות המטפל כלפי המשפחות (Maas et al., 2004). שיתוף פעולה

בין המשפחות ובין הצוות המטפל מאפשר למשפחות להשתתף בקבלת החלטות ולענות על הצורך המהותי של בני המשפחה להעניק תמיכה מתמשכת בזקן ולחוש סיפוק עקב כך. זאת ועוד, הצורך שחשות המשפחות להיות מעורבות בטיפול מבוסס על אמונתן שיש קשר חזק בין רמת מעורבותן בטיפול ובין איכות הטיפול שמקבל הזקן (Ben Natan, 2009).

3.3 היתרונות לצוות המטפל ולמוסד כולו.

איכות הטיפול היא היבט חשוב אחר אשר נחקר רבות בהקשר של מעורבות המשפחה. מעורבות זו עשויה לשפר את איכות הטיפול בזקן במגוון דרכים. למשל, בני משפחה המכירים היטב את הזקן יכולים לעזור לאנשי הצוות הסיעודי לבחור באפשרויות הטיפול הטובות ביותר עבור הזקן, וכך לשפר את איכות הטיפול שהוא מקבל (Tsai & Tsai, 2012). אנשי הצוות המטפל מעדיפים שהמשפחה תישאר מעורבת במידה מסוימת בטיפול בזקנים, מאחר שבני המשפחה יכולים לתת מידע על הזקנים גם לצורך קבלת החלטות הקשורות לטיפול בהם, וכך לשפר את איכות הטיפול שנותנים אנשי הצוות המטפל (Port, 2004; Tsai & Tsai, 2012).

אנגוד ואחרים ביצעו מחקר מטה–אנליטי (Meta-analysis), הבודק ממצאי מחקרים קודמים, שעסק במעורבות בני משפחה של דיירים זקנים, ומצאו כי בטיחות הטיפול גברה כאשר בני המשפחה היו מעורבים בטיפול (Angood et al., 2010). זאת, משום שאנשי הצוות האזינו לזקנים ולבני משפחותיהם, וכן מסרו להם פרטים על מצבו הבריאותי של הזקן, הטיפול, נהלים ותופעות לוואי של הטיפול.

שיתוף פעולה מתוך תקשורת פתוחה עם בני המשפחה עשוי לצמצם את מספר הקונפליקטים בין אנשי הצוות המטפל למשפחה ולשפר את שביעות רצונם של אנשי הצוות מן העבודה (Port, 2004). ברוב המקרים קונפליקטים הם תוצאה של יחסים בין–אישיים לקויים (בשל אי–הבנות, תפיסות מוטעות, מדיניות המוסד, נהלים וכו'), והם ניתנים למניעה או לפתרון באמצעות טכניקות התערבות נכונות. יקוביץ ציינה שמקור מרכזי לקונפליקטים ולמחלוקות אלו הנו אי–בהירות וציפיות מנוגדות לגבי הגדרת התפקידים הנוגעים לטיפול בזקן וחלוקתם בין בני המשפחה לאנשי הצוות המטפל (Iecovich, 2000). מחקרים מצביעים שהקונפליקטים בין המשפחות לאנשי הצוות המטפל נעוצים בעיקר בפערי ציפיות לגבי משימות הטיפול היומיומיות (Ben Natan, 2009; Gaugler et al., 2004; Gaugler & Kane, 2007). ואכן, עימותים ומתחים בין–אישיים נוצרים מטבע הדברים כאשר בני המשפחות תופסים את אנשי הצוות כבלתי קשובים וכמקובעים לשגרה המוסדית, ואילו אנשי הצוות תופסים את בני המשפחה כמפריעים לשגרת הטיפול (Haesler, Bauer, & Nay, 2007). לפיכך, כדי למנוע קונפליקטים – ואף לפתרם, משנתגלעו – מן ההכרח להתמקד בתיאום ציפיות ובבניית תקשורת אפקטיבית, כפי שיבואר להלן.

4. חסרונותיה של מעורבות המשפחה

שיתוף הפעולה בין בני המשפחה לאנשי הצוות המטפל במוסד לטיפול ממושך כרוך בבעיות ובאתגרים הן עבור בני המשפחה הן עבור אנשי הצוות המטפל (Bauer & Nay, 2003). אין לשכוח

כי בצד הסיפוק שעשויים בני המשפחה לשאוב ממעורבות בטיפול ביקירם, מתן טיפול הנו משימה תובענית ומלחיצה המצריכה השקעת זמן וכן אנרגיה רגשית ופיזית של המטפל, כמו גם את זמנו. לפיכך, מטפלים בלתי פורמליים עלולים לחוות עקה בשל לחצים רגשיים, פיזיים או כלכליים (Gaugler & Kane, 2007).

עומס הטיפול גורם לעייפות ולשחיקה פיזית ונפשית אצל בני משפחה המעורבים בטיפול בזקן השוהה במוסד, העלולים גם להיקלע למצבי מצוקה כלכלית והתדרדרות בריאותית אשר יש בהם כדי להשפיע על בני משפחה אחרים וגם על הדייר עצמו (Kovacs et al., 2006). ויליאמס ואחרים מצאו כי מעורבות רבה יותר של בני המשפחות קשורה לעומס רב יותר בתפקיד המטפל, ואחת היא אם המעורבות היא מתוך רצון או צורך או שניהם כאחד. בכל מקרה יש לבחון את המטלות שבן המשפחה המטפל מקבל על עצמו וכן את הצורך שלו בתמיכה (Williams et al., 2012). מעורבות בני המשפחה עלולה לטמון בחובה גם סכנה פוטנציאלית לבריאותו של הזקן. למשל, כאשר המשפחה מבצעת פעולה כלשהי על דעת עצמה או בניגוד להוראות אנשי הצוות המטפל. זאת ועוד, מטפלים בלתי מוסמכים חשופים גם לסכנת פציעות משמעותיות כגון פגיעות פיזיות בגב עקב פעולות כגון הזזת החולה וכו'. עם זאת, לא נמצאו מחקרים הבודקים נושא זה. בצד היתרונות והחסרונות שפורטו ישנם עוד גורמים שונים המשפיעים על מידת מעורבותם של בני המשפחות.

5. הגורמים המשפיעים על מידת המעורבות של המשפחה

5.1 גורמים הקשורים לצוות המטפל.

מעורבות בני המשפחה בטיפול תלויה בשיתוף הפעולה בין הצוות ובין בני המשפחה. אינטראקציה חיובית בין אנשי הצוות המטפל ובין בני המשפחה הנה חשובה לעניין הגדלת מידת מעורבותם של בני המשפחה בטיפול (Marquis, Freegard, & Hoogland, 2004). תקשורת אפקטיבית מאפשרת למשפחה לבצע יותר תפקידים (Logue, 2003). במוסדות לטיפול ממושך ישנם אנשי צוות המצדדים במעורבותם של בני המשפחה בטיפול בזקנים, אך ישנם אנשי צוות אחרים התומכים פחות במעורבות המשפחה (Bauer, 2006; Benzein et al., 2008). אלה האחרונים נוטים לצמצם את מעורבות המשפחה למספר זעום של תפקידים (Hertzberg et al., 2003; Bauer, 2006). ממחקרם של בנזיין ואחרים עלה כי הסיכוי שצוות גברי וצעיר לא יתמוך במעורבותם של בני משפחה בטיפול הנו גבוה יותר בהשוואה לצוות נשי ומבוגר (Benzein et al., 2008).

באואר מצא כי אנשי צוות תופסים לעתים את בני המשפחה כיריבים ומתחרים, וכי אנשי הצוות מעוניינים לשלוט במעורבות המשפחה (Bauer, 2006). יתר על כן, במחקר זה נמצא כי פעילותו של הצוות המקצועי מתמקדת בראש ובראשונה במתן טיפול פיזי לזקן, ואילו העיסוק בצורכיהם של בני המשפחות הנו משני. במחקרם של הרצברג ואחרים נמצא כי מצד אחד אנשי הצוות המקצועי רואים בבני המשפחה משאב חשוב של מידע על הזקן, אולם מצד שני נתפס השימוש במשאב זה כתובעני וכמצריך השקעת שעות רבות מזמנם הדחוק (Hertzberg et al., 2003). גם במחקר שביצעו הולמגרן ואחרים נמצא כי עמדות אנשי הצוות הסיעודי המטפל היו מסויגות לגבי מעורבות המשפחה בטיפול. אנשי הצוות תפסו את בני המשפחה כ"מבקרים

(visitors)" בזירת עבודתם, ותפיסתם זו קבעה מראש את מידתה וסוגה של מעורבות המשפחה (Holmgren et al., 2013).

לעומת זאת, בנזיין ואחרים חקרו את עמדות הצוות המטפל לגבי חשיבותה של מעורבות המשפחה בטיפול, ומצאו כי אנשי צוות בעלי עמדות חיוביות כלפי מעורבותם הפעילה של בני המשפחות בטיפול בזקן מעודדים אותם להשתתף בטיפול ובקבלת החלטות, ואף מסייעים להם להתמודד עם מצבי לחץ הנובעים מן הטיפול בזקן.

עמדת הצוות כלפי מעורבות בני המשפחה קשורה גם לתפקיד שאותו רוצה לבצע בן המשפחה. ככל שהתפקיד הנו מורכב יותר, הצוות נוטה שלא לסמוך על בני המשפחה, במיוחד בביצוע פעולות הכרוכות בסיכון לבריאותו של הזקן, כגון הזרקת אינסולין או מתן טיפול תרופתי (Ryan & Scullion, 2000a). לעומת זאת, לעתים בני המשפחה עצמם נרתעים מביצוע פעולות מורכבות, מאחר שהם חסרי הכשרה מתאימה לבצען (Ben Natan, 2009; Gaugler et al., 2004; Gaugler & Kane, 2007).

5.2 גורמים תלויי הנהלה ותרבות ארגונית.

מדיניות ההנהלה ואף התרבות הארגונית הנוהגת במוסד משפיעות על חיי הדיירים במוסדות ועל מעורבות בני משפחותיהם. הסיבה לכך היא שהנהלת המוסד מקבלת החלטות רבות המשפיעות על סדר יומם של הדיירים, פעילותם ופעילות הגומלין שלהם עם הסביבה (בהם, 2009). סקירה שיטתית של אסטרטגיות, שיטות עבודה, ומאפיינים ארגוניים המקדמים מערכות יחסים בונות בין אנשי הצוות המטפל לבני המשפחה המעורבים בטיפול בזקנים במוסד העלתה כי התערבויות שנועדו לקדם את היחסים בין אנשי הצוות ובין בני משפחה עשויות להשיג תועלת מרבית כאשר הן מלוות בתמיכה מצד הדרג הניהולי (Haesler et al., 2007). לוקספורד ואחרים מצאו כי הנהלה חזקה המחויבת לחזון הארגון, תקשורת שתפנית ברורה לגבי החזון ותרבות ארגונית התומכת במעורבות המשפחה למען המטופל הנן גורמי מפתח בקידום מעורבותם של בני המשפחה (Luxford et al., 2011).

5.3 גורמים תלויי משפחה.

מידת מעורבותה של המשפחה תלויה ביכולתה וברצונה להמשיך לטפל בזקן גם לאחר העברתו למוסד לטיפול ממושך. הוכח כי משפחות המבקרות את הזקן בתדירות גבוהה יותר קיבלו על עצמן יותר תפקידים בהשוואה למשפחות המבקרות בתדירות נמוכה (Williams et al., 2012). במחקר של פורט נמצא שיחסים גרועים עם אנשי צוות היו קשורים לתדירות ביקורים נמוכה יותר של בני המשפחה (Port, 2004). עוד נמצא כי מצבו הבריאותי של בן משפחה אחר משפיע אף הוא על מידת מעורבותם של בני המשפחה בטיפול ביקירם השוהה במוסד וכן גם בריאותם של כלל בני המשפחה משפיעה על היקף העזרה שהם יכולים להגיש לקרוביהם ועל יכולתם להתמודד עם העומס ועם הלחצים הנובעים מן הטיפול (סיטרון, רזניצקי וברודסקי, 2011).

מידת מעורבותם של בני המשפחה קשורה גם לנורמות חברתיות ותרבותיות שהמשפחה חיה על פיהן (Tsai & Tsai, 2012). בניגוד לחברה המודרנית, החברה המסורתית תופסת את המשפחה כאחראית המרכזית לטיפול בזקן. סולימאן ואחרים מצאו כי המשפחה המסורתית מייחסת חשיבות עליונה להמשך הקשר עם קרוב המשפחה השוהה במוסד, ואף למעורבות בכל שינוי הקשור למצבו של הזקן בבית האבות, כגון שינוי מצב בריאותי, בדיקות, וכן שינוי מיקום או חדר בתוך המוסד (סולימאן ואחרים, 2005).

6. מה קובעים תקנות משרד הרווחה ונוהלי משרד הבריאות?

תקנה 5 לתקנות הפיקוח על מעונות (תנאי המגורים וטיפול בזקנים עצמאיים ותשושים במעונות לזקנים), התשס''א–2001 (להלן: "תקנות הפיקוח") קובעת כי על מנהל המעון לדאוג (בין השאר) "לקיום ולטיפוח קשרי הזקנים במעון עם בני משפחותיהם", אם כי התקנה אינה מגדירה את הקשרים האלה ואינה מפרטת כיצד על המנהל לקיימם ולטפחם. נראה כי התשובה לשאלות האלה נמצאת בתקנה 43 לתקנות הפיקוח, שם נקבע כי מנהל המעון חייב להבטיח, בין היתר, מתן שירות סוציאלי במעון, וכמו כן לדאוג – באמצעות העובד הסוציאלי – לקיום קשרים שוטפים של הזקן עם בני משפחתו.

משרד הבריאות בישראל נתן את דעתו על גישת הטיפול הממוקד במטופל, ומגדיר את מעורבות המטופל ובני משפחתו כהיבט משמעותי של מתן טיפול:

> טיפול ממוקד מטופל נחשב לאחד המרכיבים של טיפול איכותי, והוא מוגדר כ"טיפול שמכבד את המטופל ומגיב להעדפות, לצרכים ולערכים של המטופל". נכללים בו מימדים כמו תמיכה רגשית, יחס מכבד, תמיכה פיזית, מידע ותקשורת, רצף ותיאום הטיפול, מעורבות המטופל ומשפחתו ונגישות לטיפול... קידום חווית המטופל במערכת הבריאות דורש: לבסס חזון, ערכים ותרבות אירגונית שמדגישים את מרכזיות המטופל ומשפחתו, תוך התחשבות בהיבטים של יחס אנושי מכבד ותקשורת בינאישית (משרד הבריאות, 2013).

האגף לגריאטריה במשרד הבריאות פרסם מספר נהלים בעניין בתי חולים גריאטריים שיש בהם דיון במקומם ובתפקידם של בני המשפחה לאורך כל מהלך חייו של הזקן במוסד – החל בשלב הכניסה למוסד והקליטה וכלה בשלב הפטירה. שני נהלים עוסקים בתהליך קליטתו של הזקן בבית חולים גריאטרי. הנוהל ''קליטה ראשונית של מטופל סיעודי'' מציין כי המעבר לאשפוז בבית חולים גריאטרי עלול להיות אירוע טראומתי גם למשפחתו של הזקן (משרד הבריאות, 2007ד). הנוהל ''קליטה ראשונית של מטופל תשוש נפש'' גורס כי שיתוף המשפחה הן בתהליך הקבלה הן בתהליך הקליטה של המטופל חיוני ותורם להסתגלות טובה יותר שלו במוסד הגריאטרי, ולכן על תהליך הקליטה של המטופל להתבצע תוך שיתוף משפחתו. אי לכך, על האחות הקולטת את הזקן לערוך שיחת אוריינטציה עם המטופל ובני משפחתו, וזאת לצורך היכרות ותיאום ציפיות, ובמהלך האבחון והאומדן עליה לשים דגש באיסוף מקיף של נתונים מהמשפחה על אודות הזקן (משרד הבריאות, 2007ה). עוד יש לציין בהקשר זה כי נוהל "מרחב תפקידי עו"ס בבי"ח והגדרת תפקידיו" קובע שמתפקידו של העובד הסוציאלי במוסד גריאטרי הוא לסייע למשפחה באמצעות מתן מידע על נוהלי המוסד ועל הצוות, השירות ושעות הביקור, וכן ללוות אותה במהלך הסתגלות הדייר למוסד (משרד הבריאות, 2007ב).

נוהל ''קידום תקשורת בין האחות למטופל ומשפחתו'' דן בחשיבות יצירתה של תקשורת איכותית בין האחות ובין המטופל ובני משפחתו. הדבר תורם לבניית יחסי גומלין המושתתים על אמון, אמפתיה והבנה שהנם הבסיס למתן טיפול מקצועי. הנוהל מציין כי מנהלת הסיעוד אחראית להנחיית הצוות ולהדרכתו בפיתוח מיומנויות תקשורת עם המטופל, ואילו האחריות ליצירת תקשורת איכותית תומכת ומקדמת מוטלת על כל אחד מחברי הצוות הסיעודי אשר הופקד על הטיפול בזקן ובבני משפחתו (משרד הבריאות, 2007ג).

הטיפול בזקן בסוף חייו מוסדר (בשינויים המתבקשים בהקשר הזִקנה) בנוהל ''טיפול בחולה הנוטה למות ובמשפחתו''. נוהל זה מכיר במפורש בעובדה כי הטיפול בזקן הנוטה למות הוא תחום קשה ומורכב וטעון רגשות עבור הזקן ובני המשפחה, ואף עבור אנשי הצוות המטפל, ולכן יש להנחות את הצוות הסיעודי הן במתן טיפול כוללני ואיכותי לזקן הנוטה למות ולבני משפחתו, הן במתן סיוע לבני המשפחה בהתמודדותם עם תהליך הפרידה והאבל. הנוהל מטיל על האחות לבצע אומדן מקיף שיכלול (בין השאר) את צורכיהם של הזקן ובני משפחתו בהתחשב ברקע התרבותי והדתי ובתפיסת עולמם לגבי סופיות החיים. עוד חייבת האחות להקפיד לשמור על קשר מקצועי עם בני משפחתו של המטופל, ובכלל זה עדכון לגבי מצב המטופל וכן שיחות יזומות בשיתוף הצוות הרב–מקצועי – כחלק מן הטיפול התומך במשפחה – שבהן חשוב לתת לבני המשפחה חיזוקים, מידע והדרכה שיסייעו להם להתמודד עם המצב ויאפשרו להם לבטא גם רגשות שליליים (משרד הבריאות, 2007א).

כללו של דבר, בנהלים אלו משתקפת ההבנה כי המשפחה הנה חלק בלתי נפרד מן הטיפול בזקן השוהה במוסד. מצד אחד מוצגת המשפחה כגורם הזקוק לתמיכה, ומצד שני – כמקור מידע. הנהלים עוסקים בפרוטרוט באסטרטגיות שנועדו לספק את צורכי המשפחה כלקוחה משנית של שירותי המוסד המטפל. אולם בנהלים אלו אין דיון ברור בתפקידים שהמשפחה יכולה ליטול על עצמה כשותפה לטיפול בזקן, ואין עיסוק בשאלה כיצד ניתן לעודד את בני המשפחות להיות מעורבים בטיפול בזקן במוסד.

7. דרכים לעידוד מעורבותן של משפחות בטיפול בזקן השוהה במוסד

כפי שנאמר בדו"ח של מכון לרפואה בארצות הברית, ''התשובות לשאלות מתי וכיצד על ספקי שירותי הבריאות לשלב את המשפחה בתהליך מתן טיפול עדיין אינן מובנות במלואן'' (Institute of Medicine, 2008). בספרות המקצועית נזכרות דרכים שונות לעודד את מעורבותם של בני משפחה (Gaugler, 2005).

כן מתוארות בה פעולות שונות שנועדו לקדם ולחזק הן את היחסים הבונים בין אנשי הצוות לבני המשפחה הן את שיתוף הפעולה ביניהם (Davies & Nolan, 2006):

- אומדן הידע של בני המשפחה, הערכת יכולותיהם והשימוש בכל אלה כמרכיב חשוב בתכנון הטיפול
- יצירת סביבה מסבירת פנים, אשר נותנת עידוד ותמיכה לצורך קידום ביקורי המשפחות ועבודה בשיתוף פעולה עם בני המשפחה, וזאת כדי להעמיק את מעורבותם ככל האפשר ולהקנות להם תחושת מטרה

- קיום מפגשים של הצוות המטפל ובני המשפחה כדי לפתח מיומנויות תקשורת וטכניקות לפתרון קונפליקטים
- כתיבת הסכם בין הצוות לבני המשפחה שעניינו שותפות בטיפול, וזאת לשם זיהוים והבהרתם של תפקידים ותחומי אחריות הן עבור הצוות המטפל הן עבור בני המשפחה.

אולם בראש ובראשונה חשוב שהצוות המטפל יערוך אומדן באיזו מידה בעצם בני המשפחה מעוניינים להיות מעורבים בטיפול ביקירם (Hertzberg et al., 2003).

אין לשכוח כי בני המשפחה המעורבים בטיפול בזקן "חובשים שני כובעים": אחד של הלקוחות והשני של המטפלים. בתור לקוחות, בני המשפחה עצמם עשויים להיות זקוקים להכוונה ולתמיכה. בתור מטפלים בלתי פורמליים הם חשופים כאמור לסיכונים לא רק במישור הנפשי ובמישור הכלכלי, אלא גם במישור הפיזי. לכן זקוקים הם להדרכה כדי להפוך למטפלים בטיחותיים אשר יגנו על יקיריהם ולא יזיקו להם או לעצמם. אי לכך, יש צורך בהתערבויות מצד הצוות המטפל אשר יעסקו בהיבטים השונים של שני ה"כובעים" האלה. דוגמאות להתערבויות כאלה הן קבוצות תמיכה שמהן עשויים בני המשפחה לשאוב תמיכה נפשית כלקוחות, והתערבויות הדרכה המקנות לבני המשפחה ידע ומיומנויות כמטפלים (Reinhard, Given, Petlick, & Bemis, 2008).

בספרות המקצועית ישנן עדויות רבות שללא תמיכה מתאימה מצד הדרג הניהולי, ההתערבויות המפורטות לעיל לא יביאו לקידומה ולהגברתה ולשמירתה (לאורך זמן) של מעורבות המשפחה בטיפול בזקן הנמצא במוסד לטיפול ממושך. לכן מן ההכרח שהשינוי יתחיל בתמיכת ההנהלה. תמיכה זו עשויה לבוא לידי ביטוי בתמיכה במודלים טיפוליים המתמקדים בטיפול הוליסטי וכן בשיתוף פעולה עם בני המשפחות ואף בתמיכה מעשית שתאפשר את מעורבותם, כגון השקעת משאבים כלכליים, חומרי הסברה וכו' (Haesler et al., 2007).

סיכום

פרק זה הציג מקצת הסוגיות העיקריות הנסבות על מעורבותם של בני המשפחה בטיפול בזקן השוהה במוסד לטיפול ממושך. מעורבות המשפחה הנה מושג רחב ומורכב, ואינה מובנת מאליה. הדרישות לאיכות טיפול גבוהה (ובפרט במוסדות לטיפול ממושך) ומגמת התפתחותן של גישות הטיפול הממוקד במטופל והטיפול הממוקד במשפחה מצריכות שיתוף של בני המשפחה ואף של הדייר הקשיש עצמו במידע ובהחלטות באשר לטיפול בו. הדרך לשיתוף זה הנה ארוכה ולא קלה, אולם לשיתופם של בני המשפחה נודעת חשיבות בשיפור איכותו של הטיפול על כל היבטיו ואף בשיפור איכות חייו של הזקן.

ביבליוגרפיה

בהם, א' (2009). סגנונות מנהיגות: מעצבת, מתגמלת ופסיבית, ורווחתם של דיירי בתי אבות ודיור מוגן. *גרונטולוגיה, לו*(4), 50–27.

משרד הבריאות. (2007א). טיפול בחולה הנוטה למות ובמשפחתו. בתוך *קובץ נהלים לבית חולים גריאטרי: נוהלי סיעוד* (נוהל מס' 2.4.1). נדלה מתוך http://www.old.health.gov.il/download/ng/2_4_1.pdf

משרד הבריאות. (2007ב). מרחב תפקידי עו"ס בבי"ח והגדרת תפקידיו. בתוך *קובץ נהלים לבית חולים גריאטרי: נוהלי עבודה סוציאלית* (נוהל מס' 4.0.1). נדלה מתוך http://www.old.health.gov.il/download/ng/4_0_1.pdf

משרד הבריאות. (2007ג). קידום תקשורת בין האחות למטופל ומשפחתו. בתוך *קובץ נהלים לבית חולים גריאטרי: נוהלי סיעוד* (נוהל מס' 2.3.6). נדלה מתוך http://www.old.health.gov.il/download/ng/2_3_6.pdf

משרד הבריאות. (2007ד). קליטה ראשונית של מטופל סיעודי. בתוך *קובץ נהלים לבית חולים גריאטרי: נוהלי סיעוד* (נוהל מס' 2.2.1). נדלה מתוך http://www.old.health.gov.il/download/ng/2_2_1.pdf

משרד הבריאות. (2007ה). *קליטה ראשונית של מטופל תשוש נפש*. בתוך קובץ נהלים לבית חולים גריאטרי: נוהלי סיעוד (נוהל מס' 2.2.2). נדלה מתוך http://www.old.health.gov.il/download/ng/2_2_2.pdf

משרד הבריאות. (2013). שיפור חוויית המטופל במערכת הבריאות. בתוך *פרסומים: חוזרים ונהלים* (חוזר המנהל הכללי מס' 6/2013). נדלה מתוך http://www.health.gov.il/hozer/mk06_2013.pdf

סולימאן, ח', מסאלחה, נ', מסאלחה, ע' ועזאיזה, א' (2005). עמדותיהן של משפחות ערביות כלפי בית האבות לפני ואחרי שהייתו של קרובן במוסד ומעורבותן באשפוזו. *גרונטולוגיה, לב*(1), 132–123.

סיטרון, ד', רזניצקי, ש' וברודסקי, ג'' (2011). *בחינת סוגיות בטיפולם של בני משפחה בזקנים: מאפייני הטיפול, עומס ותכניות לסיוע ולתמיכה*. נדלה מתוך http://brookdale.jdc.org.il/_Uploads/PublicationsFiles/508-11-Issues-in-Family-Care-REP-HEB.pdf

תקנות הפיקוח על מעונות (תנאי המגורים וטיפול בזקנים עצמאיים ותשושים במעונות לזקנים), התשס''א–2001.

Angood, P., Dingman, J., Foley, M. E., Ford, D., Martins, B., O'Regan, P., et al. (2010). Patient and family involvement in contemporary health care. *Journal of Patient Safety, 6*(1), 38-42.

Bauer, M. (2006). Collaboration and control: Nurses' constructions of the role of family in nursing home care. *Journal of Advanced Nursing, 54*(1), 45-52.

Bauer, M., & Nay, R. (2003). Family and staff partnerships in long-term care: A review of the literature. *Journal of Gerontology Nursing, 29*(10), 46-53.

Ben Natan, M. (2009). Coordinating the roles of nursing home staff and families of elderly nursing home residents. *Journal of Nursing Care Quality, 24*(4), 332-339.

Benzein, E., Johansson, P., Arestedt, K. F., & Saveman, B. I. (2008). Nurses' attitudes about the importance of families in nursing care: A survey of swedish nurses. *Journal of Family Nursing, 14*(2), 162-180.

Davies, S., & Nolan, M. (2004). "Making the move": Relatives' experiences of the transition to a care home. *Health & Social Care in the Community, 12*(6), 517-526.

Davies, S., & Nolan, M. (2006). "Making it better" - Self-perceived roles of family caregivers of older people living in care homes: A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, 43(3), 281-291.

Ellis, J. M. (2010). Psychological transition into a residential care facility: Older people's experiences. *Journal of Advanced Nursing*, 66(5), 1159-1168.

Gaugler, J. E. (2005). Family involvement in residential long-term care: A synthesis and critical review. *Aging & Mental Health, 9*(2), 105-118.

Gaugler, J. E., Anderson, K., Zarit, S. H., & Pearlin, L. (2004). Family involvement in nursing homes: Effects on stress and well-being. *Aging & Mental Health, 8*(1), 65-75.

Gaugler, J. E., & Kane, R. L. (2007). Families and assisted living. *The Gerontologist*, 47(1), 83-99.

Haesler, E., Bauer, M., & Nay, R. (2007). Staff-family relationships in the care of older people: A report on a systematic review. *Research in Nursing & Health, 30*(4), 385-398.

Hertzberg, A., Ekman, S. L., & Axelsson, K. (2003). "Relatives are a resource, but…": Registered nurses' views and experiences of relatives of residents in nursing homes. *Journal of Clinical Nursing, 12*(3), 431-441.

Holmgren, J., Emami, A., Eriksson, L. E., & Eriksson, H. (2013). Being perceived as a "visitor" in the nursing staff's working arena - The involvement of relatives in daily caring activities in nursing homes in an urban community in Sweden. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 27*(3), 677-685.

Iecovich, E. (2000). Sources of stress and conflicts between elderly patients, their family members and personnel in care settings. *Journal of Gerontological Social Work, 34*(2), 73-88.

Institute of Medicine. (2008). *Retooling for an aging America: Building the health care workforce*. Washington, DC: National Academies.

Koren, M. J. (2010). Person-centered care for nursing home residents: The culture-change movement. *Health Affairs, 29*(2), 312-317.

Kovacs, P. J., Bellin, M. H., & Fauri, D. P. (2006). Family-centered care: A resource for social work in end-of-life and palliative care. *Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care, 2*(1), 13-27.

Levine, C., Halper, D., Peist, A., & Gould, D. A. (2010). Bridging troubled waters: Family caregivers, transitions, and long-term care. *Health Affairs, 29*(1), 116-124.

Logue, R. (2003). Maintaining family connectedness in long-term care: An advanced practice approach to family-centered nursing homes. *Journal of Gerontological Nursing, 29*(6), 24-31.

Luxford, K., Safran, D. G., & Delbanco, T. (2011). Promoting patient-centered care: A qualitative study of facilitators and barriers in healthcare organizations with a reputation for improving the patient experience. *International Journal of Quality in Health Care, 23*(5), 510-515.

Maas, M. L., Reed, D., Park, M., Specht, J. P., Schutte, D., Kelley, L. S., et al. (2004). Outcomes of family involvement in care intervention for caregivers of individuals with dementia. *Nursing Research, 53*(2), 76-86.

Marquis, R., Freegard, H., & Hoogland, L. (2004). Influences on positive family involvement in aged care: An ethnographic view. *Contemporary Nurse, 16*(3), 178-186.

McCance, T., McCormack, B., & Dewing, J. (2011). An exploration of person-centredness in practice. *The Online Journal of Issues in Nursing, 16*(article 2). doi:10.3912/OJIN.Vol16No02Man01

McCormack, B., Dewing, J., Breslin, L., Tobin, C., Manning, M., Coyne-Nevin, A., et al. (2010). *The implementation of a model of person-centred practice in older person settings*. Dublin, Ireland: Health Services Executive.

Port, C. L. (2004). Identifying changeable barriers to family involvement in the nursing home for cognitively impaired residents. *The Gerontologist*, 44(6), 770-778.

Reinhard, S. C., Given, B., Petlick, N. H., & Bemis, A. (2008). *Supporting family caregivers in providing care*. In R. G. Hughes (Ed.), *Patient safety and quality: An evidence-based handbook for nurses (Vol. 1, pp. 341-404*). Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.

Robinson, C. A., Reid, R. C., & Cooke, H. A. (2010). A home away from home: The meaning of home according to families of residents with dementia. *Dementia, 9*(4), 490-508.

Ryan, A. A., & McKenna, H. (2013). "Familiarity" as a key factor influencing rural family carers' experience of the nursing home placement of an older relative: A qualitative study. *BioMedCentral Health Services Research, 13*(article 252), 10 pages. doi:10.1186/1472-6963-13-252

Ryan, A. A., & Scullion, H. F. (2000a). Family and staff perceptions of the role of families in nursing homes. *Journal of Advanced Nursing, 32*(3), 626-634.

Ryan, A. A., & Scullion, H. F. (2000b). Nursing home placement: An exploration of the experiences of family carers. *Journal of Advanced Nursing, 32*(5), 1187-1195.

Saveman, B., Benzein, E. G., Engström, A. H., & Arestedt, K. (2011). Refinement and psychometric reevaluation of the instrument - Families' importance in nursing care: Nurses' attitudes. *Journal of Family Nursing, 17*(3), 312-329. http://dx.doi.10.1177/1074840711415074

Tsai, H. H., & Tsai, Y. F. (2012). Family members' perceived meaning of visiting nursing home residents in Taiwan. *Journal of Advanced Nursing, 68*(2), 302-311.

Tseng, S., & Wang, R. (2001). Quality of life and related factors among elderly nursing home residents in southern Taiwan. *Public Health Nursing, 18*, 304-311.

Williams, S. W., Zimmerman, S., & Williams, C. W. (2012). Family caregiver involvement for long-term care residents at the end of life. *Psychological Sciences and Social Sciences, 67*(5), 595-604.

Wolff, J. L., Roter, D. L., Given, B., & Gitlin, L. N. (2009). Optimizing patient and family involvement in geriatric home care. *Journal for Healthcare Quality, 31*(2), 24-33.

Zimmerman, S., Cohen, L. W., Reed, D., Gwyther, L. P., Washington, T., Cagle, J., et al. (2013). Comparing families and staff in nursing homes and assisted living: Implications for social work practice. *Journal of Gerontological Social Work, 56*(6), 535-553.

חלק ד

פרק י"א:
מערכת הפיקוח והבקרה במוסדות לזקנים

אסתר יקוביץ, פאני יוז וורד טישלר

רשימת התרשימים

תרשים 1: כיווני השפעה ויחסי גומלין בין היבטי המודל הדינמי של מיצ'ל
תרשים 2: הליכי הפיקוח המקיף (לצורכי רישוי)
תרשים 3: טבלת המדדים של איכות הטיפול במקצועות הבריאות
תרשים 4: דרגות הציונים של מוסדות לפי הנחיות משרד הבריאות

מבוא

הדיירים במוסדות הטוטליים אוכלים, ישנים ומקיימים פעילויות חברתיות באותו הזמן, וזאת על בסיס יומיומי שגרתי לפי לוח זמנים שתכננה וקבעה הנהלת המוסד (Ronch, 2004). זאת ועוד, אנשי הצוות המטפלים בדיירים האלה חשופים לשחיקה ולתחלופה מסיבות מגוונות: שכר לא הולם, תנאי עבודה קשים לרבות לחץ שנוצר עקב מחסור כרוני בכוח אדם, שעות עבודה רבות ואפשרויות קידום מוגבלות. לשילוב של גורמים אלו יש השפעה שלילית על איכות הטיפול בדיירים ועל איכות חייהם.

עקב הביקורת שעוררו המאפיינים האלה של מוסדות טוטליים נעשו בארצות הברית לאורך השנים מאמצים לשפר את איכות הטיפול ואיכות החיים של דיירי המוסדות לטיפול ממושך (Arnetz et al., 2011; Choi, Flynn, & Aiken, 2012; Kang, Meng, & Miller, 2011; Miller et al., 2010).

פיקוח ובקרה (רגולציה) הם מושגים שונים הקשורים זה לזה ועוסקים בבדיקת איכותם של היבטים שונים במערכת הארגונית. פיקוח הוא בעיקר בדיקה פורמלית והשגחה שמטרתן העיקרית היא אכיפת החוק, כלומר לבחון עד כמה הארגון מתנהל על פי החוק. למשל, הפיקוח הממשלתי נועד לבדוק אם מוסד לזקנים אכן ממלא אחר דרישות החוק לעניין קבלת רישיון ניהול. כנגד מוסד שלא יהיה זכאי לקבל רישיון כזה תופעל מערכת **אכיפה** שבסמכותה לנקוט סנקציות המוגדרות בחוק. אם כן, פיקוח כזה הוא פורמלי ומחייב. גם מנהלה של מערכת ארגונית עוסק בפיקוח כדי להבטיח את השגת מטרות הארגון בהתאם לתכנון, ומתפקידו לוודא כי העובדים מבצעים את עבודתם כיאות, ואם לא יעשו כן – יש באפשרותו לנקוט סנקציות ואף להביא לפיטורי עובד. הפיקוח נעשה

באמצעות כלים שונים, כגון תצפית והתבוננות בפעולות העובדים ובדרך שבה הם מבצעים את עבודתם, דו"חות בעל פה בעת קיום פגישות אישיות וישיבות צוות ודיווח למנהל על אופן ביצוע העבודה ובעיות שעלו במהלכה וכיו"ב. עם אמצעי הפיקוח נמנים גם דו"חות בכתב שנשלחים אל המנהל. דו"חות אלו כוללים נתונים, סקירות והצעות לשינויים ולשיפורים.

בשונה מפיקוח, בקרה נועדה לבדוק עד כמה מתנהל הארגון על פי אמות מידה שקבעו הארגון עצמו או גורמים חיצוניים. מטרתה העיקרית של הבקרה הנה זיהוי ליקויים וביצוע פעולות **הדרכה** לתיקונם ולמניעת הישנותם בעתיד. הבקרה באה לספק למנהל נתונים המאפשרים לו לגלות במהירות סטיות מקווי הפעולה המתוכננים בטרם ייגרם נזק כבד שתיקונו כרוך בהוצאות מרובות, לקבוע את הפעולות שיש לבצע כדי לתקן את הליקויים ולהניע את העובדים להשתפר באמצעות העלאה של רמת התקנים עצמם.

פרק זה יעסוק במערכות הפיקוח והבקרה הממשלתיות שאמונות על מתן רישוי לניהול מוסדות לזקנים לסוגיהם השונים, וכן במערכות פיקוח ובקרה פנים–ארגוניות, שמטרותיהן מגוונות וחופפות בחלקן את מטרות הפיקוח הממשלתי, כמו הבטחת איכותו של הטיפול, ציות לנוהלי עבודה, ניהול סיכונים ועוד. גם הפיקוח וגם הבקרה כוללים בדיקות שנעשות תוך כדי העבודה או בסופה. אם כן, שני המושגים עוסקים הן בתהליכי העבודה הן בתוצאותיה.

1. מודלים של פיקוח ובקרה

אחת המטרות העיקריות של פיקוח ממשלתי היא להבטיח איכות טיפול העומדת בסטנדרטים שהגדירו אנשי המקצוע או שנקבעו בחוק, והם משקפים ערכים ומטרות בחברה. באמצעות פיקוח זה ניתנת גם הגנה של המדינה לאותם דיירים החיים במוסדות, בעיקר אלו שהנם פגיעים וחסרי ישע דוגמת דיירי המוסדות הסיעודיים. ברוב המקרים פיקוח זה כולל הגדרה של תנאי סף או תנאי מינימום שבהם חייבים המוסדות לעמוד כדי לקבל רישיון ניהול או מימון ציבורי. מחקר שבדק מוסדות סיעודיים פרטיים בקנדה לפני שנערכה בהם בקרה ולאחר מכן מצא כי אחרי הבקרה נסגרו מוסדות קטנים שפעלו בשוק הפרטי. בין שתי הבדיקות גם ירד שיעור הדיירים עם מוגבלויות קשות שחיו במוסדות הפרטיים הללו והשתפרה מאוד איכות הטיפול בדיירים שנשארו בהם (Bravo et al., 2014). מחקר אחר נערך בארצות הברית כדי לבחון באיזו מידה משפיעה רגולציה ממשלתית על איכות הטיפול בבתי אבות, ובו נמצא כי לרישוי המוסדות הייתה השפעה חיובית על היבטים שונים כגון קיום הכשרות לעובדים, הנגשת אביזרי עזר לדיירים, שימוש מופחת בתרופות הרגעה למיניהן, זמינות של שירותים, הימצאותם של אמצעי בטיחות, דגש רב יותר באפיונים של סביבת בית יותר מאשר סביבה מוסדית (למשל: שימוש בפריטי ציוד וריהוט אישיים) והעלאת רמת הטיפול אל מעבר לדרישות הסף המינימליות של הרגולציה (Hawes et al., 1995).

בספרות המקצועית ישנה הבחנה בין רגולציה המבוססת על היענות (Compliance-based) ובין רגולציה המבוססת על הרתעה (Deterrence-based). האחרונה מתמקדת בציות קפדני לדרישה לעמוד בסטנדרטים שנקבעו ואינה מותירה מקום לשיקול דעתו של המפקח, ואילו הראשונה נוטה יותר לנקוט גישה בלתי פורמלית של פתרון סכסוך (או ויכוח) ומותירה שיקול דעת למפקח. הבדל זה בתפיסה בא לידי ביטוי בתהליך הפיקוח: הפיקוח המבוסס על הרתעה מצריך פרוטוקול פיקוח

פורמלי, בעוד שפיקוח המבוסס על היענות יכול ליצור שונות בתהליך הפיקוח (Day & Klein, 1987). הפיקוח המבוסס על הרתעה פועל לפי "פירמידת סנקציות" במקרים של אי–עמידה בסטנדרטים. בבסיס הפירמידה ישנם ניסיונות של המפקח לשכנע את מפעיל המוסד לתקן את הליקויים, ואם לא תהיה היענות מצדו, יבואו השלבים הבאים במעלה הפירמידה, וזאת החל במכתב אזהרה, עבור בהטלת קנסות וכלה בקדקוד הפירמידה: שלילת רישיונו של המוסד (Braithwaite, 2002).

השאלה איך מודדים "איכות טיפול" הנה שאלה קשה מאוד. ברור כי המושג "איכות טיפול" אינו יכול להימדד על פי קריטריון אחד, מאחר שהוא מושג רב–ממדי הכולל הרבה קריטריונים ואינדיקטורים. אחד המודלים הבולטים בתחום הערכת טיפול הוא המודל של דונאבידיאן, וזאת אף על פי שעיקר עניינו של המודל הוא הערכת איכותו של טיפול רפואי (Donabedian, 2005). המודל כולל שלושה היבטים מרכזיים העוסקים בשאלה מה מעריכים וכיצד:

1. הערכת תוצאות – אחת השאלות בהערכה היא **מה** מעריכים. הערכת תוצאות הטיפול היא אחד האינדיקטורים הניתנים למדידה. הדבר נעשה באמצעות השוואה בין התוצאות שהושגו בפועל ובין מטרות רצויות שהוגדרו מראש. על פי רוב תקפות התוצאה אינה מוטלת בספק, מאחר שהתוצאה היא קונקרטית וניתנת למדידה (למשל, האם יש פצעי לחץ, האם המטופל נקי, האם משקלו של המטופל תקין). מבחן התוצאה הוא גם יעיל יותר מבחינת חישוב עלותו של הטיפול כנגד תועלתו (McAuliffe, 1979). סטרפילד הציעה מודל להערכת תוצאות הכולל שבעה היבטים, והתוצאה בכל אחד מהם נקבעת על פני רצף של אפשרויות הנמצאות בין שני קטבים: עמידות מול פגיעות, הישגיות מול אי–הישגיות, חולי לא צפוי מול חולי קבוע, שביעות רצון מול אי–שביעות רצון, נוחות מול אי–נוחות, פעילות מול מגבלות ואורך חיים (תוחלת חיים נורמלית) מול מוות (Starfield, 2005). התוצאה בהיבט של אורך חיים, למשל, משקפת הערכה של משך החיים הקיים או הצפוי. התוצאה בהיבט הפעילות משקפת מצב תפקודי ומגבלות בפעילותו של הפרט. עניינה של התוצאה בהיבט הנוחות הוא כאב, מצוקה ותגובה למוגבלות ופעולות הנעשות כדי למנוע את אי–הנוחות, ואילו התוצאה בהיבט שביעות הרצון מבטאת את מידת שביעות הרצון של הפרט ממצב בריאותו ומן הטיפול בו. כדי למדוד תוצאות יש צורך בצוות רב–מקצועי המקיף במומחיותו את מכלול תחומי הטיפול. עם זאת, למדידת תוצאות יש מספר מגבלות, מאחר שהתוצאות הנמדדות יכולות להיות מושפעות ממגוון רחב של גורמים שאינם רלוונטיים לטיפול עצמו, ואלו עשויים להשפיע באמצעותן על תוצאות הטיפול. גם לא תמיד ניתן למדוד תוצאות, כמו למשל בהקשר עמדותיו של הזקן ושביעות רצונו מהטיפול.

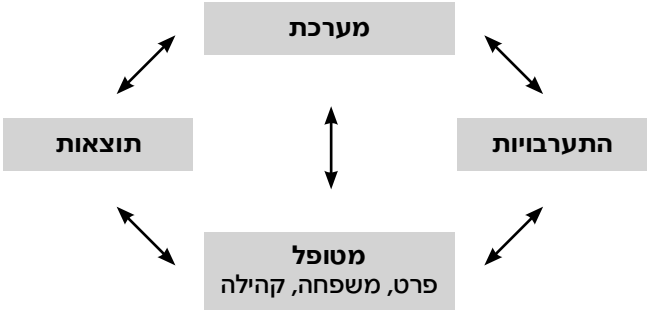
2. הערכת תהליכים – בהערכת תהליכים עוסקים בשאלה **איך** ניתן הטיפול. כאן מעריכים את מידת השלמות ומידת ההתאמה למטופל, והאם הטיפול מתבצע בצורה המתאימה (סוגיה שכשלעצמה מסורה היא לשיקול דעתו של המעריך). ניתן לראות בתהליכים אמצעים להשגת תוצאותיו–מטרותיו של הטיפול. עם זאת, גם אם תוצאת הטיפול היא חיובית, אין פירוש הדבר שתהליך הטיפול היה מיומן ומתאים בהכרח. לעתים אף אין קשר סיבתי בין התהליך ובין התוצאה או שהקשר ביניהם הוא אפילו שלילי, וזאת עקב משתנים מתערבים אחרים שלא תמיד הם גלויים לעין (McAuliffe, 1979). גם טיב היחסים וטיב התקשורת בין המטפל למטופל

משפיעים על תוצאות הטיפול ועל איכות החיים של המטופלים, הגם שמרכיב זה של "עבודת רגש" בתהליך הטיפול אינו נראה לעין ואינו קל למדידה (Eaton, 2011).

3. הערכת המבנה – בהקשר זה לא הטיפול עצמו הוא שמוערך, אלא דווקא **המסגרת** שבו הוא ניתן, ובכלל זה מגוון של אינדיקטורים, כגון תהליכים אדמיניסטרטיביים התומכים במתן הטיפול, באיזו מידה הציוד והמכשור מתאימים לביצוע הטיפול, כישורי הצוות המטפל, התנאים הפיזיים, המבנה הארגוני, מצבו הכספי של הארגון ועוד. ההנחה היא שמבנה מתאים ותקן גדול יותר של עובדים הם גורמים חשובים בשיפור הטיפול. ואכן, הוכח כי לתנאים הפיזיים עשויות להיות השפעות על הבטיחות הפיזית ויכולת הניידות של הדיירים, וכן על פרטיותם ואיכות החיים שלהם (Wunderlich & Kohler, 2001). עם זאת, לא תמיד ישנו קשר ישיר בין תקן העובדים ובין תוצאות הטיפול. למשל, מאמר סקירה שבדק מחקרים שונים על אודות הקשר בין תקן כוח האדם הסיעודי ובין איכות הטיפול במוסדות סיעודיים לא הניב ממצאים עקביים. תקן גבוה יותר של כוח אדם סיעודי נמצא קשור לאינדיקטורים שונים של איכות טיפול גבוהה אך גם לאלו של איכות טיפול נמוכה: לדוגמה, תקן כוח אדם גבוה היה קשור הן לצמצום השימוש בהגבלות על דיירים הן להרחבתו. לעומת זאת, נמצא כי תקן גדול יותר של כוח אדם היה קשור באופן חד–משמעי להפחתת פצעי לחץ אצל הדיירים (Arling & Mueller, 2014).

הערכת הטיפול בשלושת ההיבטים האלה צריכה להיות סימולטנית, מאחר שהם משפיעים זה על זה ומושפעים זה מזה (Mitchell, Ferketich, & Jennings, 1998). למשל, הערכת המבנה יכולה להשפיע על הערכת התהליכים והערכת התהליכים יכולה להשפיע על הערכת תוצאותיו של הטיפול. אם חסרים עובדים – או שרמתם המקצועית נמוכה – הדבר עשוי לבוא לידי ביטוי בתוצאות הטיפול. לכן הערכת המבנה והערכת התהליכים אינן נופלות בחשיבותן מהערכת התוצאות (McAuliffe, 1979). על בסיס המודל של דונאבידיאן הציעו מיצ'ל ואחרים מודל דינמי הכולל את ההיבטים של מבנה–תהליך–תוצאה, ואף מרחיב את המודל של דונאבידיאן למודל דינמי הכולל ארבעה היבטים שביניהם יש יחסי גומלין וכיווני השפעה שונים (Mitchell et al., 1998). המודל הזה ויחסי הגומלין בין היבטיו מתוארים בתרשים הבא:

תרשים 1: כיווני השפעה ויחסי גומלין בין היבטי המודל הדינמי של מיצ'ל



1.

על פי תרשים זה, ביצירת תוצאות רצויות ההתערבויות יכולות להיות מושפעות הן ממאפייני המערכת הן ממאפייני המטופל. במודל זה מאפייני המערכת כוללים את המבנה והתהליכים. למשל, אם המערכת היא מוסד, אזי גודל המוסד, סוג הבעלות, מיומנויות העובדים, מאפייני המטופלים והטכנולוגיה שבה משתמשים הם גורמים מבניים המשפיעים על תהליכי ההתערבויות הטיפוליות כדי להגיע לתוצאות הרצויות. למשל, מיומנויות סיעודיות (יותר אחיות עם הכשרה גריאטרית) במוסדות לטיפול ממושך הן גורם חשוב בשיפור מצבם התפקודי של המטופלים. ההתערבויות במודל זה כוללות תהליכים של התערבויות ישירות ועקיפות. יעילותן של התערבויות סיעודיות במוסד סיעודי (למשל שיפור היכולת להתלבש לבד) תלויה בטכניקת הטיפול שבה משתמש הצוות הסיעודי וביחסי הגומלין שבין חברי הצוות. גם מאפייני המטופלים משפיעים על תוצאות הטיפול.

כדי להעריך טיפול בשלושת ההיבטים האלה נחוץ מידע רב. ניתן לזהות מספר מקורות ושיטות לאיסוף מידע לגבי כל אחד מהמרכיבים הללו:

1. רשומות – אלה כוללות רשומות רפואיות, סיעודיות, סוציאליות ועוד. ההישענות על רשומות לוקה במספר חסרונות. ראשית, אנשי הצוות לא תמיד מקפידים לבצע רישום נאות, ולכן המידע אינו מלא. לפעמים הרישום קצר מאוד ואינו כולל מידע רב ולעתים אין בו דיווח על טעויות שנעשו בטיפול. שאלה נוספת הנסבה על שימוש ברשומות היא באיזה מידע להשתמש? בכולו? בתמציתו, שאולי כוללת הערכה שיפוטית של הכותב לגבי מה שחשוב ורלוונטי לכלול בתמצית?

2. תצפיות ישירות – תצפיות נועדו בעיקר לבחון את תהליך מתן הטיפול ואת הקשר הסיבתי בין תוצאה טובה ובין תהליך הטיפול, שכן לא תמיד ניתן לדעת אם איכות הטיפול היא תוצאת הטיפול או שהנה תוצאתו של תהליך מתן הטיפול. המגבלה העיקרית בשיטת איסוף מידע זו היא השינויים שיחולו בדפוסי העבודה הרגילים של המטפל מתוך ידיעתו כי צופים בו, ועל פי רוב עלול הדבר להטות לטובה את הממצאים. זאת ועוד, לא כל היבטי הטיפול ניתנים להערכה באמצעות צפייה ישירה, וגם תפיסתו ופרשנותו של הצופה עלולות להשפיע על ממצאי התצפית.

3. ריאיונות – ריאיונות יכולים להתבצע עם מטפלים או עם מטופלים או עם מטפלים ומטופלים כאחד, וזאת כדי ללמוד על התנהגויותיהם ודעותיהם.

סוגיה נוספת בהערכת איכותו של טיפול היא כיצד לבחור במדגם הנבדקים ובשיטת הדגימה. שיטת בחירתו של המדגם משפיעה בסופו של דבר על האפשרות לבצע הכללה מתוך ממצאי הערכה. בבחירת המדגם צריך להתמודד עם מספר שאלות: 1. הטיפול שנותנים מטפלים המשתייכים לקטגוריה ספציפית; 2. הטיפול שאותו מקבלת קבוצה ספציפית של מטופלים; 3. יכולתה של קבוצת מטפלים מסוימת לתת טיפול. כדי לענות על שתי השאלות הראשונות יידרשו מדגמים מקריים מייצגים של מטפלים ומטופלים, בעוד שמענה על השאלה השלישית יצריך בחירה במדגם לא מייצג של מתן טיפול דווקא במקרים קשים במיוחד כדי לעמוד על נקודות החוזק של הטיפול או על חולשותיו, וזאת מתוך התמקדות בהיבטים מסוימים של הטיפול. בחירת המדגם וגודלו משפיעים גם על מידת ההומוגניות של הממצאים שהתקבלו ועל יכולת ההכללה לפיהם. לכן היבטי הטיפול הספציפיים שאותם רוצים לבדוק הם שיקבעו אילו מקרים ייבחרו לצורך הערכה.

כדי לבצע הערכת טיפול יש להגדיר את הסטנדרטים ולהגדיר את היבטי הטיפול שייבדקו ולקבוע את מספרם. באמצעות סטנדרטים אלו ניתן להגדיר הן את רמת הטיפול הטובה ביותר הן את רמות הסף הנדרשות לשם מתן טיפול ברמה סבירה ומקובלת. ברור שככל שהסטנדרטים מוגדרים בצורה כללית יותר, הממצאים יהיו נתונים לפרשנות המעריך ולשיפוטו. לכן ככל שהסטנדרטים מוגדרים בצורה ספציפית יותר, יוכל הצוות המעריך לשלוט טוב יותר בהיבטי הטיפול. בחירת היבטי הטיפול שאותם מעריכים וקביעת כמותם תאפשרנה להגדיר את הסטנדרטים והקריטריונים להערכה. סוגיה נוספת הקשורה לסטנדרטים היא הצורך להבחין בין רמות שונות של ביצוע ולקבוע איזה ציון יינתן בכל היבט כזה. האם ההערכה תתבטא ברצף ציונים ממצוין ועד גרוע או ציון בין 0 ל–100 או אולי בציון דיכוטומי המבחין בין "תקין" ל"בלתי תקין".

מודל ההערכה הנ"ל של דונאבידיאן שימש כבסיס לפיתוח שיטת הפיקוח הנוהגת כיום במשרד הרווחה ובמשרד הבריאות וידועה בכינויה "שיטת הרף" או "שיטת המסמנים", כפי שיתואר בהמשך.

2. חובת הרישוי של המוסדות לזקנים

כפי שכבר נאמר בפרק ב, כל המוסדות לזקנים פועלים מכוח חוקים או תקנות או נהלים המחייבים אותם להתנהל לפי הסטנדרטים המוגדרים בהוראות המחייבות האלה ומשמשים כאמות מידה לבחינה ולהחלטה אם הם יקבלו רישיון ניהול ולכמה זמן. חוק הדיור המוגן, התשע"ב–2012 קובע בסעיף 2 לחוק כי "לא יפעיל אדם בית דיור מוגן, אלא אם כן ניתן לו, לגבי אותו בית דיור מוגן, רישיון הפעלה", ובסעיף 3(א) נאמר כי "המבקש לקבל רישיון הפעלה או המבקש לחדש רישיון כאמור... יגיש לממונה [על בתי דיור מוגן] בקשה לכך". סעיף 4 בחוק קובע כי הממונה לא ייתן רישיון הפעלה ולא יחדשו, אלא אם התקיימו מספר תנאים המוגדרים בחוק. למשל: המבקש הוא בעלים או חוכר של בית הדיור המוגן, המפעיל לא הורשע בעבירה שיש בביצועה כדי לפסלו מלשמש כמפעיל, הוא אינו פושט רגל והוכיח איתנות כלכלית ויכולת לעמוד בתנאים ובדרישות שקבע הממונה. לפי סעיף 7 לחוק, תקופת הרישיון תיקבע לפי העמידה בתנאים שהוגדרו. סעיף 8 לחוק קובע כי תקופת הרישיון לא תעלה על 4 שנים, ובסיומה יש לחדשו. סעיף 10 לחוק מגדיר את התנאים שבהם הממונה על הדיור המוגן יכול לבטל את הרישיון, וסעיף 13 לחוק קובע את הנושאים שבהם יוגדרו בתקנות התנאים שבהם צריך הדיור המוגן לעמוד כדי לקבל רישיון הפעלה. התקנות טרם פורסמו עד כה. מכל מקום, מערכת הפיקוח והבקרה על בתי דיור מוגן היתה אמורה להתחיל לפעול בשנת 2015.

בתי אבות, המוגדרים כמעונות לזקנים שיש בהם יותר מ–7 דיירים ומשפחתונים לזקנים שיש בהם 3–6 דיירים חייבים אף הם ברישיון ניהול על פי חוק הפיקוח על מעונות, התשכ"ה–1965 (להלן: "חוק הפיקוח"), הקובע בסעיף 2 כי "לא יהיה אדם בעלים של מעון ולא ינהל אדם (להלן – "המנהל") מעון שיש בו יותר משני חוסים אלא אם קיבל רשיון על כך מהשר ולא יפתח אדם מעון כל עוד לא ניתן הרשיון" וכי "לא יתן השר רשיון אלא אם כן נוכח שהמעון ממלא אחרי התנאים שנקבעו בתקנות".

לפי סעיף 5 לחוק הפיקוח, יש להגיש למשרד הממונה על ביצוע החוק (משרד הרווחה והשירותים החברתיים – השירות לזקן) בקשה לרישיון, וזו "תוגש לשר ותכלול פרטים שייקבעו בתקנות, לרבות פרטים בדבר התנאים התברואיים והחמריים של המעון, מטרותיו, תפוסתו, תקן עובדיו והכשרתם המקצועית". הסטנדרטים שבהם נדרשים המעונות לעמוד מפורטים בתקנות הפיקוח על מעונות

(תנאי המגורים וטיפול בזקנים עצמאיים ותשושים במעונות לזקנים), התשס"א–2001 ותקנות הפיקוח על מעונות (מעון משפחתי לזקנים עצמאיים ותשושים), התשנ"ו–1996. הסטנדרטים האלה משמשים כבסיס לפיקוח ולבקרה על המעונות.

חוק הפיקוח גם קובע (בסעיף 6 לחוק) כי בסמכותו של השר הממונה על ביצוע החוק לנקוט סנקציות כלפי המעון אם הוא אינו עומד בסטנדרטים ובדרישות הרישוי:

(א) נוכח השר כי במעון לא נתקיימו התנאים שנקבעו בתקנות או ברשיון, רשאי הוא לדרוש ממנהל המעון מילוי התנאים כאמור תוך תקופה שתיקבע על ידיו לפי הענין; לא מילא המנהל אחר התנאים תוך אותה תקופה, רשאי השר לבטל את הרשיון, ואם מצא כי הדבר דרוש לטובת החוסים, להורות על סגירת המעון; נוכח השר כי מעון פועל ללא רישיון, רשאי הוא להורות על סגירתו.

(ב) הורה השר כאמור בסעיף קטן (א), ייסגר מיד המעון בפני קבלת חוסים חדשים, והחוסים הנמצאים בו ישוחררו או יועברו למעון אחר, הכל כפי שיורה השר; כן רשאי השר להורות כי החוסים ימשיכו לשהות במעון עד שיווצרו תנאים מתאימים להעברתם.

מעניין שהחוק מתייחס לדיירי מעונות כאל "חוסים", דהיינו – כאל אנשים הזקוקים להגנה, וזאת אף על פי שמעונות אלו מיועדים גם לזקנים שהם עצמאיים בתפקודם.

בסעיף 7 לחוק הפיקוח נקבע שהשר ימנה מפקחים, שיהיו רשאים להיכנס לכל מעון כדי לבדוק אם הוא עומד בתנאים שנקבעו בחוק ובתקנותיו, ובסעיף 9 לחוק נאמר כי "העובר על הוראה מהוראות חוק זה או על תקנה שהותקנה לפיו או המפריע למפקח במילוי תפקידו – דינו מאסר ששה חודשים". כלומר, מנהל המעון צפוי למאסר אם הוא מפריע למפקח במילוי תפקידו או אם המעון אינו עומד בתנאי הרישיון.

מוסדות לאנשים סיעודיים או תשושי נפש נדרשים אף הם להחזיק ברישיון ניהול, וזאת מכוח פקודת בריאות העם, 1940. המוסד הסיעודי מתאים להגדרה של "בית חולים" בסעיף 24 לפקודה, הגם שבהגדרה זו אין עיסוק ספציפי במוסדות סיעודיים.

סעיף 25 לפקודה קובע אף הוא שכדי לפתוח ולנהל מוסד רפואי, כמו מוסד סיעודי, יש צורך ברישיון:

(א) לא יפתח אדם מוסד רפואי, לא יפעילו ולא ינהלו, אלא אם כן נרשם בידי המנהל בהתאם להוראות פקודה זו והתקנות לפיה. היה המוסד הרפואי בית חולים, יכלול הרישום את פירוט ענפי הרפואה שבהם מורשה בית החולים לעסוק, ואת פירוט היחידות המקצועיות המורשות לפעול בו.

(ב) המנהל רשאי לקבוע כי רישומו של מוסד רפואי יהיה לתקופה מוגבלת שתיקבע בעת הרישום, בשים לב לאפיו של המוסד ותיפקודו ושאר נסיבות הנוגעות לענין.

(ג) לא ינהל אדם מוסד רפואי רשום ולא יפעילו אלא בהתאם להוראות פקודה זו והתקנות לפיה, וכן בהתאם לתנאים שקבע המנהל לענין אותו מוסד רפואי.

ואכן, קובץ הנהלים של האגף לגריאטריה במשרד הבריאות מגדיר ומפרט את הדרישות ואת התנאים שבהם מוסד סיעודי צריך לעמוד כדי לקבל רישיון. על פי הגדרה זו, גם מחלקה סיעודית בתוך מעון לזקנים – או בתוך דיור מוגן – רואים אותה כישות נפרדת המצריכה קבלת רישיון ניהול נוסף ונפרד של בית חולים. לכן במוסד משולב הכולל גם מעון וגם מחלקה סיעודית (או מחלקה לתשושי נפש), יידרשו שני סוגי רישיונות ממשרדי ממשלה שונים: משרד הרווחה והשירותים החברתיים ומשרד הבריאות. סעיף 25א לפקודה קובע כי בסמכותו של מנכ"ל משרד הבריאות או בא כוחו להורות על סגירתו של מוסד שאינו עומד בדרישות ובתנאים.

אם כן, חוקים, תקנות ונהלים אלו קובעים שהמוסדות לסוגיהם השונים חייבים ברגולציה ממשלתית, וזאת בהתאם לתחומי סמכויותיו ואחריותו של כל אחד משני משרדי הממשלה האלה ורגולציה זו היא שתקבע בסופו של דבר אם כל מוסד עומד בדרישות ובתנאים ואם יקבל רישיון ניהול אם לאו. הרישיון למעון לזקנים, כמו גם למוסד סיעודי, יכול שיינתן לתקופה קצובה שלא תעלה על שנתיים. לפני תום תקופת הרישוי שהוגדרה ברישיון על מנהל המעון לבקש את חידושו. משך התקופה שבה ניתן הרישיון משקף במידה רבה את המידה שבה המוסד עומד בתנאים שהוגדרו בחוק: אישור של מספר חודשים מצביע על ליקויים שנמצאו ויש לתקנם תוך פרק זמן שקבע המפקח, ואילו רישיון לתקופה של שנתיים מעיד כי המוסד עומד בכל התנאים הנדרשים.

3. שיטת הרף ומערכת הפיקוח והבקרה במוסדות לזקנים

האחריות לפיקוח ובקרה על מעונות לזקנים, לרבות דיור מוגן, מוטלת על משרד הרווחה, ואילו הפיקוח על מוסדות סיעודיים, לרבות מחלקות סיעודיות בתוך מעונות לזקנים, הוא באחריות משרד הבריאות. מטרת הפיקוח היא לוודא שהזקנים מקבלים את הטיפול הרפואי, הסיעודי והסוציאלי כנדרש, ולשמור על רמת טיפול ואיכות טיפול העומדות בתנאי סף מוגדרים. שיטת הבקרה הנהוגה כיום במשרדי הממשלה האלה פותחה באמצע שנות ה–80 באמצעות שיתוף פעולה של מכון ברוקדייל והשירות לזקן במשרד הרווחה (Fleishman, Bar-Giora, Ronen, Mandelson, & Bentley, 1989). שיטת הפיקוח הזאת מבוססת על שיטת המסמנים לבדיקת איכות הטיפול. ביסודה של השיטה עומדת ההנחה שבעיות נבחרות המייצגות תחומים שונים של טיפול ונבדקות לעומקן יכולות לשמש כבסיס להערכת הטיפול הכולל שנותן מוסד מסוים. בעיה (או מחלה) יכולה לשמש כ**מסמן** לבדיקת איכות הטיפול אם היא עונה על אמות המידה הבאות: שכיחות גבוהה, השפעה משמעותית על תפקוד הזקן, אבחנה מקצועית מוגדרת, נהלים אחידים של טיפול במחלקה והשפעה ברורה של הטיפול על מהלכה הטבעי של המחלה (Kessner & Kalk, 1973). לימים שונה שמה של השיטה ל"שיטת הרף". הדבר נעשה במטרה להעלות את רמת הטיפול במעונות בכל ביקור שנערך לצורך בקרה.

שיטת הרף מבוססת על המודל של דונאבידיאן להערכת טיפול, כפי שנידון לעיל, ובבדיקת הטיפול בכל מסמן נעשה שימוש במספר מקורות מידע, ומבוצע שילוב בין מדידות של מבנה, תהליך טיפול או תוצאות טיפול (Fleishman, Tomer, & Schwartz, 1990). היבט המבנה בשיטת הרף עוסק בתנאים הבסיסיים שעשויים לאפשר מתן טיפול ברמה סבירה. היבט זה כולל את התנאים הפיזיים

של מבנה המוסד, התאמת שיעורו ומיומנותו של כוח האדם, ומידת קיומם של נוהלי עבודה ותכניות עבודה לעובדים. היבט התהליך בודק את הפעילויות לסוגיהן, את המטלות השונות, באיזו מידה ההליכים המיושמים בטיפול אכן מתאימים לסטנדרטים שהוגדרו מראש, כיצד ניתן הטיפול הסיעודי, מהו אופן טיפולו של העובד בבעיות המטופל. היבט התוצאה בוחן עד כמה הטיפול הפרטני השיג את מטרותיו, הן מבחינת איכותו הן מבחינת היקפו. למשל, עד כמה מרוצה המטופל מן העזרה ברחצה שהוא מקבל. במישור המערכתי בודק היבט זה את רמת השירות הניתן במוסד, כגון טיב ביצוען של כלל תכניות הטיפול.

אלה הם העקרונות המרכזיים שעליהם מבוססת שיטת הרף (פליישמן וצמח–מרום, 2006):

1. העלאה מתמדת של רף האיכות: שיפור מתמיד ורציף באיכות הטיפול ובאיכות החיים של המטופלים באמצעות העלאת הסטנדרטים שיש לעמוד בהם.
2. העיקרון של שיתוף באחריות: מן ההכרח שמערכת הפיקוח תשתף את הזקן ובני משפחתו לשם יישומה והטמעתה של שיטת הרף כדי להשיג את התוצאות הרצויות.
3. המטופל במרכז: המטופל משמש כמקור מידע חשוב על צרכיו, על השירות שהוא מקבל ועל היחס כלפיו, וכן על מידת הצלחתו של הטיפול בו.
4. השינוי ככלי לשיפור: שיפור באיכות משיגים אך ורק באמצעות שינוי ארגוני והתנהגותי בארגון, וזאת בכל דרגי העובדים.
5. גישה טיפולית–קידומית: לכל אדם, ואחת היא מה מצבו, יש פוטנציאל התקדמות, ולכן כל ספק שירות צריך להשקיע בהדרכת לקוחותיו המטופלים. התוצאה הרצויה היא התקדמות.

בעקבות מחקר שנערך במכון ברוקדייל על איכות הטיפול המוסדי, פותחו כלים למדידת איכות הטיפול במעונות לזקנים עצמאיים או תשושים בארץ (פליישמן, בר–גיורא, מנדלסון, תומר ושוורץ, 1986; Fleishman, et al., 1988, 1989). צוות חיצוני בדק את מהימנות השאלונים בביקורים חוזרים. נמצא כי השיטה שפותחה מתאימה לשימוש במערכת הפיקוח, וכי שאלוני הפיקוח הם כלים מהימנים שיש בהם כדי להתוות תמונת מצב על הטיפול והשירות שהמעון נותן לדייריו. הניסוי המוקדם של השיטה (הפיילוט) הופעל בשישה מעונות לזקנים, בשנת 1987 יושמה השיטה החדשה בכל הארץ במסגרת של תכנית חומש ניסיונית, ומאז שנת 1993 היא משמשת כשיטת הפיקוח הממשלתי השגרתי בכל המעונות לזקנים בארץ (פליישמן, מזרחי, בר–גיורא, מנדלסון ויוז, 1995).

במקביל, בסוף שנות ה–80 הותאמה השיטה לפיקוח גם במוסדות סיעודיים. תכנית ניסיונית זו, שכללה תחילה 17 מוסדות סיעודיים, הלכה והתרחבה לכדי 154 מוסדות בסוף 1996. מכאן ואילך יושמה שיטת פיקוח זו בכל המוסדות לטיפול ממושך (פליישמן, ולק, היילברון וצמח, 1999). הפיקוח מתבצע באמצעות צוות רב–מקצועי הפועל מלשכות הבריאות המחוזיות והנפתיות, וכולל רופא, אחות, דיאטנית, תברואן ועובדת סוציאלית. צוות זה בודק באיזו מידה עומדים המוסדות בתקנים שנקבעו והוגדרו בקובץ הנהלים מטעם האגף לגריאטריה במשרד הבריאות. אי–עמידה בסטנדרטים שנקבעו עלולה להביא לשלילת רישיונו של המוסד הסיעודי ואף לסגירתו.

4. הפיקוח במעונות לזקנים עצמאיים או תשושים

אימוץ שיטת הרף בפיקוח הביאה לשינויים במערכת הפיקוח, שלא הייתה מובנית ושיטתית, אלא התבססה בעיקר על הערכתו המקצועית של כל מפקח. בשיטה הישנה הדגיש כל מפקח תחומים אחרים והשתמש בשיטה שונה הן לתיעוד הממצאים הן למעקב שנועד לתיקון הליקויים. הדבר הביא לחוסר אחידות בהערכת מוסדות.

הפיקוח והבקרה במעונות לזקנים עצמאיים או תשושים עוסקים במספר אלמנטים:

- התנאים הפיזיים (גודל חדרי המגורים, מספר המיטות בחדר, מספר חדרי השירותים וגודלם ואבזורם, השטחים הציבוריים, תנאי התחזוקה ועוד)
- סוגי השירותים והיקפם, ובכלל זה שירותי הסעדה ומטבח, פעילויות חברתיות, שירותים סוציאליים, שירותים סיעודיים ועוד
- איכות השירותים ואיכות הטיפול בדיירים
- שביעות הרצון של הדיירים
- תקן כוח האדם מבחינת כמותו, מידת ההתאמה של כישוריו המקצועיים ויחסו לדיירים.

מבחינת הטיפול בדיירים נבדקים מספר תחומים הנוגעים אליהם ישירות:

1. התחום הסיעודי–רפואי: קשיי ראייה, קשיי שמיעה, קושי בניידות, קושי ברחצה, קושי בהלבשה, אי–שליטה בסוגר השתן
2. התחום הנפשי–חברתי: הרגשת בדידות, קשיי הסתגלות, תהליך הקבלה למעון, מעורבות הדייר בחיי המעון, זכויות הדייר
3. התחום הסביבתי–מערכתי: המבנה הפיזי (שטחי המגורים והשטחים הציבוריים), הציוד הרפואי הסיעודי, הבטיחות והנוחות, ציוד החדרים, ליקויים בהכנת האוכל ובהגשתו, טיפול לקוי בכביסה, ליקויים באחסון תרופות ובחלוקתן.

איסוף הנתונים על המוסד ודייריו נעשה באמצעות טפסים ושאלונים שממלאים המפקחים. שאלוני הפיקוח השונים והנושאים הנבדקים בהם הנם ברורים ופתוחים לעיונם של מנהלי המעונות. הפיקוח על כל המעונות הנו אחיד, והקריטריונים לבקרה ברורים הן למפקחים הן למערכת הנתונה לפיקוחם. מקורות המידע הם מגוונים וכוללים גם בדיקה של הדיירים (למשל, האם הציפורניים גזוזות והאם אין לכלוך בין אצבעות הרגליים), בדיקת רשומות רפואיות, סיעודיות וסוציאליות על כל דייר במדגם, ריאיונות עם בעלי תפקידים ועם אנשי מקצוע במוסד (מנהל המעון, אחות ועובדת סוציאלית) וכן עריכת תצפיות. עבור המפקח, הדייר הנו מקור מידע חשוב לקבלת תמונה שלמה על איכות הטיפול במעון ועל נושאים הנוגעים לאיכות חייו, שמירה על זכויותיו, שביעות רצונו, מידת מעורבותו בחיי המעון ועוד.

בביקור פיקוח לעניין רישוי נערכים ריאיונות עם דיירים שנכללים במדגם שנבחר בו במקום ביום הביקור. המדגם כולל 10% מהדיירים במעון, אך לא יותר מ–10 דיירים. במסגרת ריאיון הדיירים, המפקח שם דגש בבדיקת מעורבותו של הדייר בתהליך קבלת החלטות במעון ובבדיקת מידת השפעתו על תחומים שונים הנוגעים לאיכות חייו. מקורות מידע רבים מאפשרים להשלים מידע ולהצליבו כדי לבדוק את מידת אמינותו של כל מקור מידע ולקבל תמונת מצב כוללת על המעון מנקודות ראות שונות. מאחר ששיטת הפיקוח היא ממוחשבת, ניתן לספק תמונה כללית של מצב המעונות בארץ, וכך לעזור בקביעת מדיניות וסדר עדיפויות. לממצאי הבקרה לא ניתן ניקוד.

הצוות שעוסק בפיקוח על המעונות לזקנים כולל מפקחים ארציים ומפקחים מחוזיים שעוסקים בפיקוח ישיר על המעונות. מערכת הפיקוח כוללת מפקחים שהם עובדים סוציאליים בהכשרתם וכן מפקחים מתחום הסיעוד (אחים או אחיות). פיקוח באמצעות צוות מאפשר את הפעולות הבאות:

1. להקיף את מרב תחומי השירות במעון.
2. לבדוק באופן מעמיק את תחומי הטיפול הסוציאלי והטיפול הסיעודי–רפואי.
3. להחליף דעות והתרשמויות על מצב המעון, וזאת לשם גיבוש עמדה אחידה וכן אישושן של עמדות שונות אצל כל אחד מהמפקחים.
4. לחזק את המפקח באמצעות עבודת צוות.
5. להקפיד להציב דווקא דרישות לשינויים ולתיקון ליקויים שהנן מקובלות על שני המפקחים, וזאת כדי למנוע חיכוכים וחילוקי דעות ביניהם.

שר הרווחה ממנה מפקחים, ולהם סמכויות מתוקף חוק הפיקוח. היות שתקינת המפקחים לוקה בחסר, משרד הרווחה נעזר בחברות כוח אדם המספקות מפקחים העומדים בתנאי המכרז שהמשרד מפרסם מעת לעת. מאחר שהמפקחים מטעם חברות כוח האדם אינם פועלים מתוקף מינוי שר הרווחה, הם נקראים **"מסייעים"** לפיקוח, וסמכויותיהם מוגבלות. למשל, הם אינם מוסמכים להופיע בבתי משפט או לחתום על המלצה לרישיון.

עם חובותיה של מערכת הפיקוח נמנות הפעולות הבאות: המלצה למתן רישיון, הדרכת הצוות הבכיר במעונות, ביצוע מעקב לצורך יישום תקנות הפיקוח על מעונות והנחיות המשרד, וכן קביעת קריטריונים וסטנדרטים של דרכי ההתערבות במעונות. במסגרת הפיקוח רשאים המפקחים להשתמש בסנקציות כנגד מעונות שאינם עונים לדרישות החוק ותקנותיו, כגון: שלילת רישיון, הצבת תנאים לרישיון, המלצה להורדת תעריף, הימנעות מהשמתם של זקנים במעון וסגירת מעון באמצעות צו סגירה מינהלי או הליך משפטי. הורדת תעריף – משמעותה הפחתה בתשלום החודשי שהמשרד משלם למוסד אם נמצא שהמעון אינו מספק את כל סל השירותים שבגינו נקבע התעריף.

שלבי הפיקוח לעניין רישיון ניהול: תהליך הפיקוח מתחיל בבדיקת זכאותו של המעון לקבל רישיון הפעלה. בהמשך נערכות בדיקות חוזרות מדי שנה, וזאת לצורך חידוש הרישיון.

שלב א: מנהל המעון מגיש טופס בקשה לצורך קבלת רישיון או חידושו.

שלב ב: המפקח מתאם עם מנהל המעון מועד לביקור המפקחים. צוות העובדים הבכיר צריך להיות נוכח במעון במועד שנקבע. גם נוכחות שאר הצוות הנה חשובה, וזאת כדי לאפשר למפקח נגישות מרבית למידע המוסדי, אם באמצעות תצפית על עבודת הצוות, ואם באמצעות שיחה עם אנשי צוות ודיירים ובדיקת רשומות.

שלב ג: ביקור פיקוח מקיף שעורך צוות הפיקוח; פרק הזמן המשוער לביצוע הביקור כולו הנו 6–8 שעות. הדבר תלוי בגודלו של המעון, וכן במידת מיומנותו ובניסיונו המצטבר של המפקח. הפיקוח המקיף כולל מספר פעולות:

1. בשיחה הנערכת עם המנהל בעת הכניסה למעון מציגים המפקחים את מטרת הביקור ומהלכו המתוכנן, ומפרטים מהו הסיוע הדרוש להם בעת הביקור. רצוי שגם אנשי הצוות הבכיר של המעון יהיו נוכחים בשיחה זו.

2. ריאיון הדיירים – צוות הבקרה מראיין את הדיירים שנכללו במדגם שנבחר. הדבר נעשה בחדריהם ללא נוכחות שום איש צוות. אנשי צוות הבקרה ממלאים עבורם טופס שאלון פרט עובד סוציאלי ושאלון פרט אחות.

3. ריאיון עם המטפל האחראי – מפקח–עובד סוציאלי ומפקחת–אחות מראיינים בנפרד את המטפל האחראי הרלוונטי. המפקחת–אחות מראיינת את האח או את האחות במעון, והמפקח–עובד סוציאלי מראיין את העובד הסוציאלי במעון. בריאיון נבדקת מידת מודעותם של המטפלים לבעיות שמהן סובל כל דייר שנכלל במדגם ולאופן הטיפול בבעיות אלו.

4. בדיקת כל רשומות הדיירים שנכללו במדגם – כל אחד מהמפקחים בודק את הרשומה בתחום מקצועו לגבי כל אחד מהדיירים שנכללו במדגם (בדיקת תיק רפואי–סיעודי ובדיקת תיק סוציאלי).

5. בדיקת רשומה כללית ותצפית – כל מפקח עורך תצפיות במעון ובודק את תקינותה של הרשומה בתחום מקצועו. בתצפית נבדקים הפרטים הבאים: תקינות המבנה הפיזי, רמת הניקיון, תקינות הציוד והריהוט, חדר האוכל, המטבח, המחסנים, החצר, מלאי המזון לשעת חירום, וכן התנאים הפיזיים במרפאה ובחדרי הפעילות. פרטים אלו נרשמים בשאלון מוסדי עובד סוציאלי ושאלון מוסדי אחות.

6. סיכום הביקור – בתום הבדיקה מסכמים שני המפקחים את הממצאים בשיחה עם המנהל. מדובר בסיכום כללי עם הדגשת ליקויים שתיקונם אינו סובל דיחוי. דו"ח ממצאים ודו"ח ליקויים נשלחים בכתב למנהל לאחר הקלדת כל הנושאים וכל הפריטים שנבדקו.

שלב ד: עיבוד הנתונים בשאלוני הפיקוח – לאחר הביקור במעון בודק כל מפקח את השאלונים שמילא, וזאת כדי לוודא שלא נשארו שאלות ללא מענה. אם הפיקוח מתבצע באמצעות חברה חיצונית, מתפקידה להעביר את הדו"חות למפקח שיבדוק את השאלונים. שאלון מוסד ושאלוני דיירים נשלחים להקלדה בשירות לזקן. בתהליך עיבוד הנתונים במחשב ממוין המידע לפי מקורותיו, לפי תחומים (סיעודי, סוציאלי, כלכלי) וכן לפי דרגת חומרתם של הליקויים בהתחשב בקשרים ביניהם.

מחשוב הנתונים שנאספו מאפשר לרכז בדו"ח ממצאי הפיקוח את כל הנושאים שנבדקו, וכן לרכז בדו"ח ממצאי ליקויים את כל הנושאים שנמצאו בהם ליקויים. המפקח בודק את שני הדו"חות כדי לוודא שלא נפלו טעויות, ולאחר מכן הם נשלחים למנהלי המעונות לשם תיקון הליקויים. הדו"חות האלה גם משמשים את המפקחים למעקב לצורך תיקון הליקויים תוך פרק הזמן שהוסכם עליו. לאחר שליחת דו"ח ממצאים ודו"ח ליקויים, מקיים צוות הפיקוח ביקור במעון. הדבר נעשה כדי לקבוע לוח זמנים לתיקון הליקויים. בביקור זה גם נבדקים ליקויים שהמנהל טוען כי תוקנו מאז ביקור הפיקוח המקיף ועד קבלת הדו"חות הממוחשבים. בהמשך מתקיימים ביקורי מעקב שנועדו להתחקות אחר תיקון הליקויים בפרק זמן שהוסכם עליו מראש עם מנהל המעון. ביקורי המעקב עשויים להיות ביקורי פתע או ביקורים מתוכננים מראש. בתום ביקורי המעקב (שלושה ביקורים לכל היותר) יוחלט אם לאשר רישיון בכפוף למילוי תנאים או בלא תנאי ולכמה זמן, והכול – בהתאם לתיקון הליקויים שנמצאו בבקרה.

שלב ה: המלצה למתן רישיון – בתום כל שלבי הפיקוח ממלא המפקח טופס המלצה למתן רישיון, שאותו יצרף הוא לבקשה לרישיון לאחר שבדק את כל המסמכים הדרושים. יש לצרף לבקשה לרישיון את המסמכים הבאים:

- אישור כבאות עדכני המעיד כי המעון עומד בכל תנאי בטיחות אש שקבעה רשות הכבאות. יש לחדש אישור זה מדי שנה.
- אישור תברואה עדכני שנתן משרד הבריאות לאחר בדיקת תנאי האיסוף וההחזקה של כביסה נקייה וכביסה מלוכלכת, תנאים תברואתיים במחסני המזון לסוגיהם השונים, פינוי אשפה, תנאים פיזיים במטבח ועוד. תקופת תוקפו של אישור כזה הנה שנתיים, אלא אם נכתב אחרת.
- דוגמת חוזה בין הדייר למעון.

רישיון יכול להיות מותנה ולהינתן לתקופה של 6–12 חודשים, ויכול הוא להינתן לתקופה שלא תעלה על שנתיים, וכן להיות מותנה בממצאי הפיקוח המקיף.

שלב ו: ביקורים נוספים במעון – לאחר מתן הרישיון למעון נערכים בו ביקורים נוספים, חלקם מתוכננים מראש וחלקם ביקורי פתע. אלה הן מטרות הביקורים הנוספים:

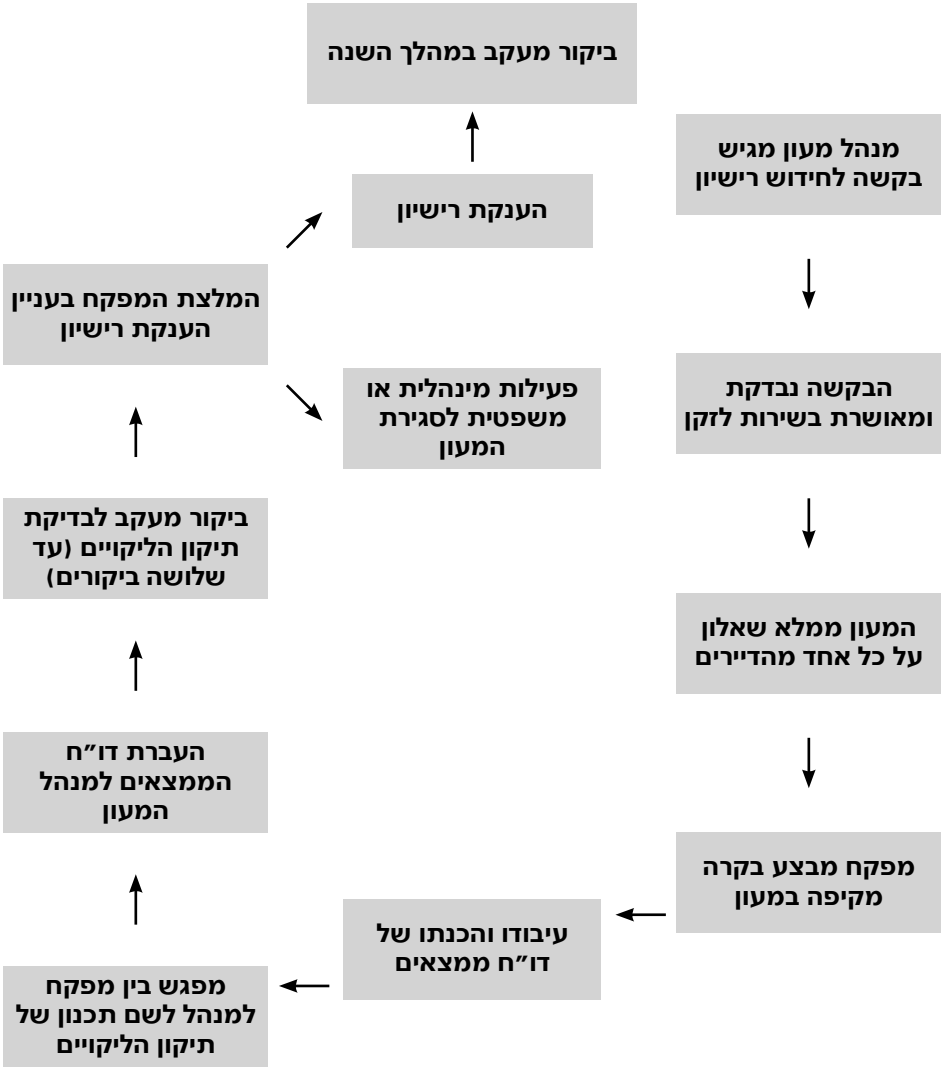
1. בדיקה אם בוצעו תיקוני הליקויים שנדרשו ונכללו בתנאים לקבלת הרישיון
2. מתן ייעוץ והדרכה למנהל ולאנשי הצוות
3. בדיקה חוזרת של נושאים שונים בהתאם לצורך
4. בדיקת תלונות הדיירים או בני משפחותיהם
5. דיון בנושאים מסוימים, כגון הרחבת המעון, בדיקת התעריף, בדיקת תקן כוח האדם וכו'.

אם כן, ניתן לראות כי חלק מביקורי הפיקוח והבקרה במעונות מיועדים לצורך מתן רישיון ניהול ("פיקוח מקיף") וחלקם – לצורך בקרות שוטפות. עוד ניתן לראות כי חלקם מתוכננים מראש

וחלקם הם ביקורי פתע. הפיקוח המקיף המתבצע אחת לשנה נעשה במטרה לשמור על רמת שירות גבוהה לזקנים כמתחייב מתקנות הפיקוח על מעונות. רישיון הניהול המוענק למעון משקף את מידת העמידה בתקנות הפיקוח ואילו אי–מתן רישיון מחייב נקיטת אמצעים לתיקון הליקויים, והדברים יכולים להגיע לשלב של סגירת המעון בהיעדר שיתוף פעולה או בשל חוסר יכולת של הנהלת המעון לעמוד בדרישות החוק ותקנותיו.

להלן תרשים זרימה של הפיקוח המקיף (למטרת מתן רישיון ניהול):

תרשים 2: הליכי הפיקוח המקיף (לצורכי רישוי)



לאחר ששיטת הפיקוח הונהגה בכל מעונות הזקנים נערך מחקר הערכה שנועד לבדוק את עמדותיהם של מנהלי המעונות לזקנים כלפי מערכת הפיקוח (פליישמן ואחרים, 1995). ההנחה הייתה כי דעותיהם ועמדותיהם של מנהלי המעונות כלפי הפיקוח בשיטת הרף תהיינה חיוביות יותר בהשוואה לאלו שהיו להם כלפי השיטה הקודמת, שבה לא היה כלי בקרה מובנה ואחיד. ממצאי המחקר הראו שרוב המרואיינים סברו כי יש להעניק יחס וטיפול אישיים לכל זקן וכי הפיקוח הוא הוגן בעיקרו וכי ישנה הכרה בסמכותו של המפקח ובמקצועיותו. עוד נמצא שבדרך כלל סברו המרואיינים כי כלי הפיקוח הוא מובנה ואחיד, והיה בו כדי לסייע בצמצום המחלוקות בדבר קיומם של הליקויים והדרישה לתיקונם ואף לתרום לחיזוקו של שיתוף הפעולה בין מנהלי המעונות ובין מערכת הפיקוח. מאז המחצית השנייה של שנות ה–90 לא נבחנו שנית עמדותיהם של מנהלי המעונות לזקנים כלפי מערכת הפיקוח, ובהחלט יש מקום לבדוק אותן שוב כדי לשפר את שיתוף הפעולה האמור, שהנו תנאי הכרחי לשיפור איכות הטיפול בזקנים במעונות.

5. הפיקוח במוסדות סיעודיים

תהליך הפיקוח במוסדות הסיעודיים כולל מספר שלבים הדומים לאלה הקיימים במעונות לזקנים, והוא מפורט בנוהל 0.6.1 בקובץ הנהלים של האגף לגריאטריה במשרד הבריאות (משרד הבריאות, 2007א). צוות הבקרה הרב–מקצועי כולל רופא גריאטר, אחות, עובד סוציאלי, פיזיותרפיסט, מרפא בעיסוק, דיאטן, רוקח ומפקח בריאות הסביבה הבודק את תנאי התחזוקה ותנאי התברואה במוסד. לכל תחום מקצועי יש טפסים ושאלונים שנועדו לבדיקת היבטים שונים שלו באמצעות איש המקצוע הרלוונטי. בשונה ממשרד הרווחה, לא נעשה כל שימוש במיקור חוץ בהקשר זה, אלא צוותי הפיקוח כוללים אך ורק אנשי מקצוע שהם עובדי משרד הבריאות. מחזור הפיקוח מורכב משני ביקורי פיקוח מקיפים שבהם נערכת בדיקה מדגמית בנושאים שונים. לאחר כל ביקור יש שלבים שנועדו להשלים את תהליך איתור הליקויים ותיקונם: ביקור פתע, פגישה עם המנהל וסגל המוסד לקביעת תכנית לתיקון הליקויים וכן ביצוע ביקורי מעקב. כמו כן, בתחילת מחזור הפיקוח נאספים נתוני המטופלים לצורך דגימתם בביקור הפיקוח המקיף, ובסוף המחזור נערכת פגישה לסיכום מחזור הפיקוח. באופן זה כולל תהליך הפיקוח את השלבים הבאים (פליישמן ואחרים, 1999):

1. קבלת נתונים מלאים על המטופלים בטופס מהמוסד – האחות הראשית של המוסד הסיעודי מרכזת את טופס נתוניהם הדמוגרפיים והתפקודיים של המטופלים
2. ביקור פיקוח מקיף ראשון – בביקור זה ממלאים שאלון פרט שבו נבדק הטיפול הסיעודי באמצעות מדגם מטופלים שנכללים בו באקראי לפי טופס נתוני המטופלים, וכן שאלון מוסדי שבו נבדקים נושאים כלל–מוסדיים כגון התנאים הפיזיים של המבנה, תקן כוח האדם והציוד הסיעודי. בתום איסוף הנתונים והביקור המקיף נפגש צוות הפיקוח עם הנהלת המוסד כדי לגבש תכנית עבודה מוסכמת לתיקון הליקויים
3. ביקור מעקב ראשון – לבדיקת תיקון הליקויים
4. ביקור פיקוח מקיף שני
5. ביקור מעקב שני – בדיקת ביצועם של תיקוני הליקויים נעשית בשני ביקורי מעקב הנערכים לאחר כל אחד מביקורי הפיקוח המקיפים

6. ביקורי פתע – שני ביקורי פתע הנערכים במהלך מחזור הפיקוח משלימים את התמונה בדבר איכות הטיפול בנושאים שאותם קשה לבחון בביקור מתואם מראש. בסיום מחזור הפיקוח מתכנסות הנהלות המוסדות וצוותי הפיקוח של צוות הפיקוח לפגישת סיכום

7. נתוני הפיקוח מוקלדים, ומערכת ממוחשבת קולטת אותם ומפיקה מגוון דו"חות על נתוני המטופלים, על איכות הטיפול המוסדי ועל ביצוע תהליך הפיקוח.

רמת הטיפול בכל אחד מן התחומים הנבדקים מקבלת ציון, וכלל הציונים משקפים את רמת איכות הטיפול הכוללת במוסד ומשפיעים גם על ההמלצה הניתנת למוסד לעניין משך תקופת הרישוי למוסד (3 חודשים, חצי שנה, שנה או שנתיים). משך רישוי ארוך יותר משקף לרוב רמת טיפול כוללני טובה יותר. למשל, בשנת 2012 – 59.6% מהמוסדות קיבלו רישיון לשנתיים, 26.7% קיבלו רישיון לשנה והיתר קיבלו רישיון למשך 3–6 חודשים. מאז שמשרד הבריאות החל לפרסם מכרזים לבחירת מוסדות שאליהם יופנו חולים סיעודיים או תשושי נפש, נבנה "סל איכות" הכולל פרמטרים שונים שעניינם איכות הטיפול ואיכות הסביבה, היותו של המנהל הרפואי רופא גריאטר, רמת השכלתו של הצוות המטפל, באיזו מידה מתקיימות תכניות הכשרה במוסד, עד כמה העובדים משתתפים בקורסים מוכרים מחוץ למוסד, ובאיזו מידה קיימת רשומה רפואית ממוחשבת ועוד.

8. מתן רישיון או אי–מתן רישיון – לפי ממצאי הפיקוח מתקבלת החלטה אם לתת רישיון ניהול, ואם כן – לכמה זמן ובאילו תנאים. אמצעי האכיפה לתיקון הליקויים כוללים קיצור תקופת הרישוי, הפסקת אשפוזים והימנעות מהשמת חולים חדשים, הליכים לאחר שימוע, ובכלל זה אף סגירת מוסדות. ציוני האיכות משפיעים גם על גובה התעריפים שמשלם משרד הבריאות למוסד עבור מטופלים המופנים אליו באמצעות קוד של משרד הבריאות.

בשנת 2012 פרסם משרד הבריאות מכרז לרכישת שירותי אשפוז גריאטריים עבור חולים סיעודיים או תשושי נפש אשר מקבלים סיוע במימון אשפוזם ממשרד הבריאות. המטרה הייתה למפות את המוסדות המסוגלים לתת שירות זה. מיפוי יכולות זה נעשה באמצעות בדיקה של רמת השירות ואיכותו ובאמצעות בדיקת ממצאי הפיקוח והבקרה על המוסדות הנבחרים. לשם כך נקבעו סטנדרטים ברורים ואחידים בדבר רמות הטיפול ורמת התקינה והמתקנים הנדרשים במוסדות השונים, וכן נקבעו תעריפים לסלי האשפוז השונים המשקפים את רמת השירותים, המתקנים, ותקינת כוח האדם במוסד. התעריף שמשולם למוסד עבור חולים סיעודיים מתבסס על יכולתו של המוסד לתת אחד מבין 16 סלי אשפוז לחולים סיעודיים, שהגדרת כל אחד מהם משקפת שקלול של רמת שירותים שונה.

הקבוצה הראשונה של סלי האשפוז מסומנת באות B, ובה נכללים המוסדות שנבנו על פי התכנית משנת 1992 או על פי התכנית משנת 1998, ובהם רמת התשתיות הנה בסיסית (או למטה מזה). בקבוצה השנייה, המסומנת באות S, נכללים המוסדות שנבנו על פי התכנית משנת 2002, ובהם רמת התשתיות גבוהה. לכל קבוצה (B, S) הותאמו שמונה סלי אשפוז אפשריים המחושבים ונקבעים על פי רמת השירות הניתנת במוסד. סל האשפוז הנמוך ביותר כולל מוסדות שצברו 0–29 נקודות, ואילו סל האשפוז הגבוה ביותר כולל מוסדות שצברו 90–100 נקודות. (שיטת הניקוד תובהר בהמשך הדברים.)

אופן צבירת הנקודות לצורך קביעת יכולתו של מוסד לתת סל אשפוז קונקרטי נקבע על פי הקריטריונים הבאים:

1. **תקופת הרישיון שמשרד הבריאות העניק למוסד – עד 15 נקודות:** זוהי התקופה הנקובה בתעודת הרישום של המוסד. קריטריון זה משקף את איכות הטיפול הכוללת במוסד לפי הקווים המנחים שהתווה משרד הבריאות לצורך קביעתה של תקופת הרישוי למוסדות גריאטריים. איכות הטיפול הכוללת במוסד נמדדת, בין היתר, על פי הציונים שמקבל המוסד בבקרות שנערכות אצלו בתחומי תקינת כוח האדם, איכות הטיפול, התשתית והתחזוקה, והכול – בהתחשב בסיווג המטופלים. בהתאם לכך יחושב מספר הנקודות (מתוך 15 נקודות בסך הכול) שיקבל מוסד כלשהו בגין רכיב תקופת הרישיון שלו.

2. **איכות הטיפול של הצוות בכל אחד מן המקצועות בתחום הבריאות – עד 30 נקודות:** איכות הטיפול של הצוות המטפל בכל אחד ממקצועות הבריאות נקבעת על בסיס הציון אשר לו זכאי המוסד על פי ההנחיות המפורטות בכלי הבקרה של האגף לגריאטריה הדן בכל אחד ממקצועות הבריאות, כמפורט להלן בטבלה:

תרשים 3: טבלת המדדים של איכות הטיפול במקצועות הבריאות

מקצוע ניקוד	רפואה	סיעוד	עובד סוציאלי	פיזיותרפיה	ריפוי בעיסוק	דיאטנית	רוקחות
טוב מאוד 94–100	6	8	4	3	3	3	3
כמעט טוב מאוד 87–93	5	7	3	2.5	2.5	2.5	2.5
טוב 80–86	3	4	2	1	1	1	1
טעון שיפור 73–79	1.5	1.5	1.5	0.5	0.5	0.5	0.5
טעון שיפור רב 66–72	0	0	0	0	0	0	0
נכשל 0–65	0	0	0	0	0	0	0

3. **רמת בריאות הסביבה של המוסד – עד 5 נקודות:** רמת התברואה נקבעת על בסיס הציון אשר לו זכאי המוסד על פי ההנחיות המפורטות במכרז משרד הבריאות לרכישת שירותי אשפוז גריאטריים, כמפורט להלן בטבלה:

תרשים 4: דרגות הציונים של מוסדות לפי הנחיות משרד הבריאות

ציון הבקרה	ניקוד
טוב מאוד	94–100
כמעט טוב מאוד	87–93
טוב	80–86
טעון שיפור	73–79
טעון שיפור רב	66–72
נכשל	0–65

4. **השכלת הצוות המטפל והכשרתו – עד 19 נקודות:** קריטריון זה משקף הן את רמת השכלתו והכשרתו של הצוות המקצועי המטפל במוסד (לרבות כוחות עזר), הן את מידת קיומן של תכניות הדרכה מסודרות במוסד. לצורך זה הוגדרו מספר משתנים, למשל (בין השאר): קיומם של "נאמני נושא" במספר תחומים, אשר עברו הכשרה מסודרת המוכרת על ידי האגף לגריאטריה; תכנית עבודה מובנית הכוללת הדרכות, עיבוד נתונים והליך הסקת מסקנות; השתלמויות של אנשי הצוות בכל התחומים המקצועיים, וזאת הן במסגרת תכניות הכשרה תוך–מוסדיות הן במסגרת תכניות חוץ–מוסדיות; קורס על–בסיסי בגריאטריה ותואר ראשון (B.A.) או שני (M.A.) בסיעוד. סיכום כל הניקודים שניתנו בכל אחד מן המשתנים קובע את הניקוד הכולל הניתן למוסד בגין קריטריון השכלת הצוות המטפל והכשרתו.

5. **מומחיות רופא המחלקה והעסקת רופאים יועצים ומומחים – עד 23 נקודות:** קריטריון זה נועד לשקף הן את מומחיותם של הרופאים במוסד הן את מידת נגישותם וזמינותם לחולים במוסד. באמצעות קריטריון זה נבחנים רמת המומחיות של הרופא המטפל באופן קבוע במחלקה ומידת השימוש ביועצים מומחים. לכל משתנה ניתן ניקוד נפרד, והניקוד של שני המשתנים הוא הניקוד הכולל הניתן בעבור קריטריון זה. קביעת הניקוד שיוענק בגין מומחיות רופא המחלקה תתבצע לגבי רופא אחד, וזאת בהתאם לתחום מומחיותו: מומחיות בגריאטריה – 15 נקודות, מומחיות ברפואה פנימית – 8 נקודות, מומחיות ברפואת משפחה – 4 נקודות. הניקוד המרבי שניתן לקבל בגין מומחיות רופא המחלקה הנו 15 נקודות. העסקת יועץ מומחה אחד לפחות (למעט מומחים בגריאטריה) – וזאת בתדירות של לפחות ארבע פעמים בחודש ובשירות 10% לפחות ממספר החולים במוסד בכל חודש – מזכה ב–4 נקודות. ניתן לקבל 4 נקודות על העסקת יועץ מומחה בגריאטריה (במוסד שאינו מעסיק רופא מומחה בגריאטריה בשום תפקיד קבוע) בגין כל אחד מאלה: 1. לכל מחלקה בגודל תקני במוסד – לפחות 2 שעות ייעוץ אחת לשבוע; 2. למחלקה בת 18 מיטות – לפחות 4.5 שעות ייעוץ בחודש; 3. למחלקה בת 12 מיטות – לפחות 3 שעות ייעוץ בחודש. הניקוד המרבי הכולל הניתן בעבור העסקת רופאים יועצים הנו 8 נקודות. כאשר הרופא במחלקה הנו מומחה בגריאטריה, לא ניתן לצבור ניקוד נוסף על העסקת יועץ מומחה באותו התחום ולכן הציון המרבי הוא 19 ולא 23.

6. **מומחיות מנהל רפואי – עד 4 נקודות:** מוסד שגודלו עד 200 מיטות יקבל 4 נקודות אם מנהלו הרפואי הוא בעל מומחיות בגריאטריה, ובלבד שהוא נוכח במוסד לפחות פעמיים בשבוע. מוסד שבו 201 מיטות ומעלה יקבל 4 נקודות אם המנהל הרפואי או סגנו נוכחים במוסד לפחות פעמיים בשבוע. המוסד לא יקבל ניקוד נוסף אם כבר קיבל ניקוד מלא לפי סעיף 5 משום שהמנהל הרפואי או סגנו הם בעלי מומחיות בגריאטריה או שהנם בעלי מומחיות אחרת והם מייעצים לכל המחלקות.

7. **הרשאה למתן טיפול במחלות חריפות (טיפול תוך–ורידי) – עד 4 נקודות:** קיום הרשאה למתן טיפול תוך–ורידי במחלות חריפות ללא סכנה מיידית לחוסים – וזאת במסגרת המחלקה הסיעודית בהתאם לנוהל 0.5.4 בקובץ הנהלים של האגף לגריאטריה במשרד הבריאות (משרד הבריאות, 2007ב) – מקנה 2 נקודות; רשומה רפואית הרשומה על פי הנוהל מקנה נקודה אחת; נוכחות אחות מוסמכת בכל משמרת מקנה נקודה אחת.

8. **רשומה רפואית ממוחשבת למקצועות הבריאות – עד 4 נקודות:** קיום רשומה ממוחשבת בכל מקצועות הטיפול במוסד מקנה 2 נקודות. קיום רשומה ממוחשבת בין המקצועות השונים מקנה 2 נקודות נוספות.

כאמור, משרד הבריאות (באמצעות האגף לגריאטריה, לשכות הבריאות השונות והנהלת מחוזות), רשאי לערוך ביקורות מתוכננות וביקורות פתע בכל עת שיחליט. ביקורת לעניין הרישיון תיערך בסמוך לפקיעת תוקפו. אם ממצאי הביקורת מראים כי במוסד חל שינוי באחד מן הפרמטרים הנבדקים שהוזכרו לעיל, והדבר הביא להפחתת ציונו של המוסד כך שחל שינוי בהגדרת הסל אשר אותו יכול המוסד לתת, יחייב משרד הבריאות את המוסד בתשלום קנס רטרואקטיבי בגין השינוי בהגדרת הסל. אם המוסד דיווח למשרד הבריאות על השינויים שחלו ומשרד הבריאות בדק ומצא כי השינויים תואמים את הודעת המוסד, ידורג המוסד על פי הגדרת הסל שאותו יכול הוא לתת בפועל.

6. מנגנוני בקרה ופיקוח פנים–מוסדיים

ישנן מספר שיטות שבהן ניתן להפעיל מנגנוני פיקוח ובקרה פנים–מוסדיים:

1. בקרה מובנית שאותה יוזמת ההנהלה – תקנה 5 לתקנות הפיקוח על מעונות (תנאי המגורים וטיפול בזקנים עצמאיים ותשושים במעונות לזקנים), התשס"א–2001 קובעת כי מנהל המעון חייב לדאוג במסירות "לצרכים הגופניים והנפשיים של כל אחד מן הזקנים השוהים במעון ולהבטיח את שלומם ואת רווחתם".

אכן, אחד מתפקידיו החשובים של מנהל בכל מערכת ארגונית הוא לדאוג לבקרה ולהתחקות אחר ביצועי העובדים לשם השגת מטרות הארגון. בהקשר של מוסדות לזקנים המטרה היא מתן טיפול מיטבי לדיירים. ישנן צורות שונות של תהליכי בקרה פנימיים:

- **בקרה לאחר מעשה** – מתבססת על משוב, והנה בקרה מעצבת שהיא מעצם טבעה בקרה דינמית העוסקת בתהליכים ומזהה תקלות וליקויים תוך כדי התרחשותם, ומאפשרת לפעול מיד לתיקונם.

- **בקרת התראה** – משמשת להתרעה על ליקויים שמצריכים התערבות וטיפול לפני שנגרמת תוצאה לא רצויה. מערך בקרה פנימי זה מיועד להביא לשיפור תמידי בתפקוד הארגון, וזאת ללא קשר לגורמי פיקוח חיצוניים.

2. ניהול סיכונים – אחד הנושאים שזוכים להטמעה במוסדות טיפול הוא הנושא של ניהול סיכונים. כל ארגון מתמודד עם סיכונים מסוגים שונים מדי יום ביומו, כמו רשלנות בטיפול. לפיכך, במוסדות רפואיים כמו בתי חולים הוקמו יחידות מיוחדות שמטרותיהן הנן הבטחת איכות הטיפול ובטיחות המטופל, וכן מניעת טעויות או רשלנות. על פי המטרות האלה נחתכים ונקבעים תחומי הבקרה של היחידה לניהול סיכונים, העוסקת במגוון רחב של נושאים כגון שיפור איכות הטיפול, הבטחת בטיחות הטיפול, שמירה על סביבה בטוחה למטופל, הדרכתם והכשרתם של אנשי הצוות הרפואי, הסיעודי והפרה–רפואי בתחומים שונים של ניהול סיכונים, הפקת לקחים מאירועים שהתרחשו, בדיקת תלונות, סיוע בהכנת נוהלי עבודה, הערכת תשומות, תהליכים ותפוקות של כלל הפעילות המתבצעת במוסד (רפואית, סיעודית, פרה–רפואית ומשקית) ועוד. עם תפקידי היחידה הזאת נמנים אפיון המדדים הנבדקים, המלצה על תחומים הטעונים שיפור, הכנת תכניות התערבות ובדיקת השפעתן באמצעות מעקב. היחידה מפעילה צוותי שיפור המוקמים על פי הצרכים, ולכן אינם מצטמצמים בהכרח בגבולות הארגון או הצוותים המחלקתיים. פעילותם של צוותי השיפור כוללת ליווי והכוונה, סיוע בהכנת תכנית פעולה וסיכום ההמלצות. בקרה פנימית זו על כלל התהליכים בארגון עשויה לצמצם את הסיכונים בפעילותו, לשפר את ביצועיו ואת יכולתו לעמוד ביעדים שקבע לעצמו ואף לעצב את תרבותו הארגונית. בהקשר זה חשוב לציין כי מתפקידו של מנהל המעון לבחור באנשי מקצוע מיומנים כדי להבטיח טיפול מיטבי. גם לתכניות הכשרה והשתלמות לעובדים יש תפקיד חשוב מאוד בהעלאת רמת הטיפול. יש לציין כי חברות ביטוח המבטחות מוסדות כנגד נזקי גוף ונזקים אחרים דורשות כיום לקיים ועדות או יחידות לניהול סיכונים כאמצעי לצמצומם ולמניעתם של נזקים היכולים להיות עילות להגשת תביעות כספיות.

3. תלונות דיירים או בני משפחותיהם – אחת הדרכים ללמוד על איכות הטיפול במוסדות היא בחינת סוגי התלונות וכמות התלונות שמפנים דיירים ובני משפחותיהם אל הנהלת המוסד. מתוך התלונות אפשר ללמוד על תחומים שבהם קיימת בעייתיות ולכן הם מצריכים טיפול והתערבות. הצורך במנגנוני בקרת איכות באמצעות בדיקת תלונות הדיירים מוצא את ביטויו גם בחוק זכויות החולה, התשנ"ו–1996. בחוק זה יש עיסוק בבקרת איכות הטיפול במוסדות רפואיים, ובכלל זה גם מוסדות סיעודיים, והוא קובע כי על מנהל מוסד רפואי למנות מספר גופים שמטרתם לבצע בקרה פנימית על איכות הטיפול ולבדוק את תלונות הדיירים ובני משפחותיהם:

א. סעיף 21 לחוק קובע כי תוקם **ועדת בדיקה** "לשם בדיקת תלונה של מטופל או של נציגו או לשם בדיקת אירוע חריג הנוגע למתן טיפול רפואי". כלומר, מדובר בוועדה אד–הוק שנועדה לבדוק תלונה או אירוע חריג בדבר טיפול במטופל זה או אחר. ממצאי הוועדה יימסרו למי שמינה את הוועדה ולמטופל הנוגע בדבר. אולם ועדת האתיקה רשאית לקבוע כי המידע לא יועבר למטופל אם מסירתו עלולה לגרום נזק חמור לבריאותו הפיזית או

הנפשית של המטופל או לסכן את חייו. ממצאיה ומסקנותיה של הוועדה יימסרו גם למטפל העלול להיפגע ממסקנות הוועדה.

ב. סעיף 22 לחוק קובע כי תוקם **ועדת בקרה ואיכות** שהיא "ועדה פנימית של מוסד רפואי שהקים מנהל המוסד לשם הערכת הפעילות הרפואית ושיפור איכותו של הטיפול הרפואי". החוק מאפשר למטופל או לנציגו להגיש השגה לוועדת האתיקה אם הם סבורים כי ממצאים עובדתיים שקבעה ועדת הבקרה והאיכות הנוגעים למצבו של מטופל, לטיפול בו ולתוצאותיו לא תועדו ברשומה הרפואית כנדרש.

ג. סעיף 24 לחוק קובע כי תוקם **ועדת אתיקה** אשר הרכבה כולל משפטן בדרגת שופט, שני רופאים מומחים, פסיכולוג או עובד סוציאלי ואיש ציבור או איש דת.

ד. סעיף 25 לחוק קובע כי בכל מוסד רפואי יש למנות **אחראי לזכויות המטופל** שאלה הם תפקידיו: 1. מתן ייעוץ וסיוע למטופל בקשר למימוש זכויותיו; 2. קבלת תלונות של מטופלים ובדיקתן, וכן העברת תלונות שעניינן איכות הטיפול הרפואי לבדיקתו של מנהל המוסד הרפואי; 3. הדרכתם והנחייתם של חברי הסגל הרפואי והמינהלי של המוסד הרפואי בכל הנוגע לזכויות החולה.

4. נציגות דיירים – תקנה 45(ב) לתקנות הפיקוח על מעונות (תנאי המגורים וטיפול בזקנים עצמאיים ותשושים במעונות לזקנים), התשס"א–2001 נותנת ביטוי, אם כי מצומצם, לחובת המנהל להקים מנגנון לטיפול בתלונות דיירים: "מנהל המעון יתחשב בביקורת, בתלונות ובהצעות לשיפור שיעביר אליו הועד". משמע שהתקנה מקנה כאן סמכות לוועד הדיירים להעלות ביקורת לפני מנהל המעון כדי לשפר את הטעון שיפור ולתקן את הטעון תיקון. התקנה אינה דנה בתחומים שבהם יכול הוועד להעלות ביקורת, ולכן מכאן משתמע כי באפשרותו להעלות ביקורת בכל תחום הקשור לחייהם של הדיירים במעון.

גם סעיף 35 לחוק הדיור המוגן, התשע"ב–2012 קובע כדלהלן:

> דיירים רשאים למנות, מביניהם, נציגות, שתהיה שלוח של הדיירים בכל הנוגע לענייניהם המשותפים בקשר לבית הדיור המוגן וכן תהיה מוסמכת לייצג את הדיירים בכל הנוגע לעניינים אלה לפני בעל רישיון ההפעלה, רשויות המדינה, רשויות מקומיות או גופים אחרים...; ואולם אין בהוראות סעיף זה כדי להסמיך ועד דיירים להתקשר בהסכמים ולהיות צד בהליך משפטי בשם הדיירים.

החוק קובע גם כי השר רשאי לקבוע תקנות לעניין ועד הדיירים. משמע שהמחוקק נתן מעמד חוקי לנציגות הדיירים והכיר בה כגוף המוסמך לייצגם בכל נושא הקשור לענייניהם המשותפים, ועניינים המשותפים יכולים להקיף מכלול תחומים, וזאת החל בעניינים כספיים וכלה באיכותם וברמתם של השירותים הניתנים להם.

5. סקרי שביעות רצון – אמצעי חשוב במנגנוני הבקרה הפנימיים הוא ביצוע סקרי שביעות רצון תקופתיים בקרב עובדים ומטופלים, וזאת כדי ללמוד על היבטים שונים ולהגביר את שביעות הרצון של העובדים ושל המטופלים. הסקרים האלה יכולים לשמש את מנהל המוסד אף

לצורכי שיווק. בדיקת סקרי שביעות רצון יכול שתתבצע באמצעות שאלונים למילוי עצמי בעילום שם, אולם גם ממפגשים עם קבוצות דיירים ועם קבוצות בני משפחה ניתן ללמוד רבות על מידת שביעות רצונם מהיבטים שונים של המוסד: התנאים הפיזיים, איכות השירות, היחס מצד אנשי הצוות, מידת ההיענות לבקשות ועוד.

6. מבקר פנים – על פי חוק הביקורת הפנימית, התשנ"ב–1992, גופים ציבוריים וגופים נוספים בעלי עניין ציבורי הנתמכים בכספי המדינה ומורשים לתת שירות לציבור חייבים במינוי מבקר פנימי. עם זאת, אנו עדים היום לתופעה שאף ארגונים קטנים ובינוניים שאינם חייבים להעסיק מבקר פנים מעסיקים מבקר פנימי או בעל תפקיד דומה שאינו מוגדר באופן פורמלי ככזה. יש לציין כי ביולי 2014 אושרו בכנסת תיקון מס' 25 לחוק החברות, התשנ"ט–1999, ותיקון מס' 14 לחוק העמותות, התש"ם–1980, המחזקים את מערך הביקורת על עמותות וחברות לתועלת הציבור וכוללים הוראות שונות, שחלקן אף דומות להוראות החלות על חברות ציבוריות. תיקונים אלו חלים על גופים שמחזור פעילותם הכספי עולה על 10 מיליון ש"ח בשנה. בעקבות התיקונים האלה נדרש הדירקטוריון או הוועד המנהל (בהסכמת ועדת הביקורת) למנות מבקר פנימי, לאשר את תכנית עבודתו, לבחון אם עומדים לרשותו משאבים וכלים הולמים ועוד. מתפקידו של מבקר הפנים לבדוק (בין היתר) לא רק את המערכת הכספית של הארגון, אלא גם באיזו מידה המוסד פועל על פי נהליו שלו ועל פי החוק והתקנות. לשם כך על המוסד לקבוע נוהלי עבודה מפורטים בכל תחום, שיאפשרו לבחון עד כמה המוסד אכן פועל על פי נהלים אלו ועד כמה העובדים מודעים להנחיות המפורטות בנהלים האלה ומכירים אותן.

סיכום

שיטת בקרת איכות הטיפול במוסדות לזקנים עברה שינויים מרחיקי לכת במהלך שלושת העשורים האחרונים. אין ספק כי השינויים האלה תרמו רבות להעלאת רמת השירות ואיכות הטיפול בדיירים. אך יש לזכור כי במעונות לזקנים – ובעיקר במוסדות סיעודיים – חיים זקנים שהם קבוצה פגיעה אשר לא תמיד יש לה היכולת והכוח להגן על עצמה, וחלקם אף מוגדרים כ"חסרי ישע". עוד יש לזכור כי מנגנוני הפיקוח והבקרה הממשלתיים, שנועדו להבטיח כי קבוצת הזקנים אכן תזכה לטיפול מיטבי וליחס הוגן ומכבד, מופעלים על פי רוב לצורך חידוש רישיון רק אחת לשנה או אחת לשנתיים. לפיכך, במקביל למערכת בקרה ממשלתית זו יש צורך גם במנגנוני פיקוח ובקרה פנימיים אשר באופן שוטף יזהו נקודות חולשה ומוקדי בעיות כדי לתקנם או אף למנעם. מחובתו של מנהל המוסד לפתח מגוון של מנגנוני פיקוח בקרה פנימיים ולאמצם, כמו ועדה לניהול סיכונים, שיתוף דיירים באמצעות ועדי דיירים, ביצוע סקרי שביעות רצון ועוד. מוסד שבקרה פנימית שוטפת היא חלק מן התרבות הארגונית שלו יזכה ללא ספק להערכה וכן יצאו לו מוניטין בציבור הרחב ובקרב לקוחות פוטנציאליים. אך המוסד גם יהיה תמיד ערוך ומוכן לקראת הפיקוח הממשלתי, וזאת מבלי שיצטרך לערוך הכנות מיוחדות לקראת ביקורי הפיקוח והבקרה האלה, ואף יזכה לקבל רישיון לתקופה המרבית האפשרית.

ביבליוגרפיה

חוק הביקורת הפנימית, התשנ"ב–1992.

פקודת בריאות העם, 1940.

חוק הדיור המוגן, התשע"ב–2012.

חוק זכויות החולה, התשנ"ו–1996.

חוק החברות, התשנ"ט–1999.

משרד הבריאות. (2007א). בקרה ופיקוח. בתוך *קובץ נהלים לבית חולים גריאטרי: נוהלי רוחב* (נוהל מס' 0.6.1). נדלה מתוך http://www.health.gov.il/download/ng/0_6_1.pdf

משרד הבריאות. (2007ב). טיפול במחלות חריפות ללא סיכון במסגרת המחלקה הסיעודית לחוסים בה (IV). בתוך *קובץ נהלים לבית חולים גריאטרי: נוהלי רוחב* (נוהל מס' 0.5.4). נדלה מתוך http:// www.health.gov.il/download/ng/0_5_4.pdf

חוק העמותות, התש"ם–1980.

חוק הפיקוח על מעונות, התשכ"ה–1965.

תקנות הפיקוח על מעונות (מעון משפחתי לזקנים עצמאיים ותשושים), התשנ"ו–1996.

תקנות הפיקוח על מעונות (תנאי המגורים וטיפול בזקנים עצמאיים ותשושים במעונות לזקנים), התשס"א–2001.

פליישמן, ר', בר–גיורא, מ', מנדלסון, ג', תומר, א' ושוורץ, ר' (1986). תכנית ניסיונית להפעלת שיטת המסמנים במערכת הפיקוח על המעונות לזקנים בארץ. *ביטחון סוציאלי, 29*, 105–91.

פליישמן, ר', ולק, ד', היילברון, ג' וצמח, ת' (1999). *הפרויקט לשיפור מערכת הפיקוח על בתי חולים לחולים כרוניים ומחלקות לחולים סיעודיים מטעם שירותי בריאות הציבור לפי שיטת הרף: דו"ח מסכם.* ירושלים: ג'וינט–מכון ברוקדייל.

פליישמן, ר', מזרחי, ג', בר–גיורא, מ', מנדלסון, ג' ויוז, פ' (1995). *פיקוח על מעונות לזקנים עצמאיים סיעודיים לפי שיטת הרף: מדריך לאחות המפקחת.* ירושלים: ג'וינט–מכון ברוקדייל.

פליישמן, ר' וצמח–מרום, ת' (2006). שיטת הרף במערכות פיקוח. בתוך א' פורת וב' רוזן (עורכים), *פורום איכות: אסטרטגיות לקידום איכות הטיפול בישראל (עמ' 162–127)*. ירושלים: מכון ברוקדייל.

Arling, G., & Mueller, C. (2014). Nurse staffing and quality: The unanswered question. *Journal of the American Medical Directors Association, 15*(6), 376-378.

Arnetz, J. E., Zhdanova, L. S., Elsouhag, D., Lichtenberg, P., Luborsky, M. R., & Arnetz, B. B. (2011). Organizational climate determinants of resident safety culture in nursing homes. *The Gerontologist*, 51, 739-749. doi:10.1093/geront/gnr053

Braithwaite, J. (2002). *Restorative justice and responsive regulation*. New York, NY: Oxford University.

Bravo, G., Dubois, M. F., Demers, L., Dubuc, N., Blanchette, D., Painter, K., et al. (2014). Does regulating private long-term care facilities lead to better care? A study from Quebec, Canada. *International Journal Quality in Health Care, 26*(3), 330-336.

Choi, J., Flynn, L., & Aiken, L. H. (2012). Nursing practice environment and registered nurses' job satisfaction in nursing homes. *The Gerontologist*, 52(4), 484-492. doi:10.1093/geront/gnr101

Day, P., & Klein, R. (1987). *Accountabilities: Five public services*. London, England: Tavistock.

Donabedian, A. (2005). Evaluating the quality of medical care. *The Milbank Quarterly, 83*(4), 691-729.

Eaton, S. C. (2011). Beyond "unloving care": Linking human resource management and patient care quality in nursing homes. *The International Journal of Human Resource Management, 11*(3), 591-616.

Fleishman, R., Bar-Giora, M., Mandelson, J., Tomer, A., Schwartz, R., & Ronen, R. (1988). The quality of institutional care for the elderly in Israel: A study and its application. *Social Security* (Special English edition), 155-166.

Fleishman, R., Bar-Giora, M., Ronen, R., Mandelson, J., & Bentley, L. (1989). Improving quality of care in Israel's long-term care institutions. *World Health Forum, 9*(3), 327-335.

Fleishman, R., Tomer, A., & Schwartz, R. (1990). Standards in long-term care facilities. *International Journal of Health Care Quality Assurance, 3*(5), 4-15.

Hawes, C., Mor, V., Wildfire, J., Iannacchione, N., Lux, L., Green, R., et al. (1995). *Analysis of the effect of regulation on the quality of care in board and care homes*. Available from http://aspe.hhs.gov/daltcp/reports/care.pdf

Kang, Y., Meng, H., & Miller, N. A. (2011). Rurality and nursing home quality: Evidence from the 2004 national nursing home survey. *The Gerontologist*, 51, 761-773. doi:10.1093/geront/gnr065

Kessner, D., & Kalk, C. (1973). *A Strategy for evaluating health services*. Washington, DC: National Academy of Sciences.

McAuliffe, W. E. (1979). Measuring the quality of medical care: Process versus outcome. *The Milbank Memorial Fund Quarterly of Health and Society, 57*(1), 118-152.

Miller, S. C., Miller, E. A., Jung, H. Y., Sterns, S., Clark, M., & Mor, V. (2010). Nursing home organizational change: The "culture change" movement as viewed by long-term care specialists. *Medical Care Research and Review, 67*, 65S-81S. doi:10.1177/1077558710366862

Mitchell, P. H., Ferketich, S., & Jennings, B. M. (1998). Quality of health outcomes model. *Journal of Nursing Scholarship, 30*(1), 43-46.

Ronch, J. L. (2004). Changing institutional culture: Can we re-value the nursing home? J*ournal of Gerontological Social Work, 43*, 61-82. doi:10.1300/J083v43n01_06

Starfield, B. (2005). Measurement of outcome: A proposed scheme. T*he Milbank Quarterly, 83*(4), 1-11.

Wunderlich, G. S., & Kohler, P. O. (2001). *Improving the quality of long-term care*. Washington, DC: National Academy.

פרק י"ב:

סוגיות אתיות ודילמות בניהול מוסדות לזקנים

אסתר יקוביץ ויולי גת

מבוא

דילמה נוצרת כאשר יש לפחות שתי אפשרויות פעולה בקשר לבעיה מסוימת, וכל אחת מאפשרויות הפעולה הנה בעייתית בדרכה שלה, ולכן נוצר מצב שבו שני ערכים רצויים סותרים זה את זה. מנהלים צריכים לקבל החלטות מדי יום כדי להכריע בדילמות רבות בנושאים שונים. בדרך כלל מדובר בדילמות שעניינן חלוקת זמן או מתן תקציב, דילמות בדבר טיפול בטעויות אנוש של אחרים, דילמות בין צורכי הפרט לצורכי הארגון, דילמות בין צורכי הלקוחות ובין צורכי העובדים, דילמות מול עובדים, דילמות ארגוניות ועוד. מציאות זו היא גם מנת חלקו של מנהל מסגרת מוסדית שבה מטופלים אנשים זקנים, חלקם פגיעים וחסרי ישע, והיא מציבה לפניו דילמות ניהוליות שונות שעליו לפתור.

מן הראוי להדגיש כי דילמות בזירה הניהולית הן דבר חיובי, מכיוון שהן מוציאות את המנהל מן השגרה ומאפשרות לו ללמוד, להתפתח ולפתח את הארגון שאותו הוא מנהל. כמו בכל תחום אחר, בפתרון דילמות בתחום הניהול של מוסדות לזקנים נדרשים מידע מקיף על הסוגיה שעליה נסבה הדילמה, וכן יצירתיות כדי להגיע לפתרונה. לכן לא אחת קורה כי מנהלים התחרטו על החלטה שקיבלו או על דרך פעולה שנקטו או על שתי אלה גם יחד.

פרק זה כולל שני חלקים עיקריים: בחלקו הראשון יידונו הגדרות של דילמה והעקרונות המנחים במתן פתרון לדילמה הקשורה לניהול, וכן יוצג מודל המתאר את שלבי התהליך של פתרון דילמה. חלקו השני של הפרק ידון בסוגי דילמות מרכזיות שונות המאפיינות את שגרת יומו של מנהל מוסד לזקנים, וזאת מתוך הצגת דוגמאות מן הפרקטיקה היומיומית במוסדות אלו.

1. מהי דילמה וכיצד פותרים אותה

המילה "דילמה" – מקורה ביוונית, והיא מורכבת מן המילה **"לֶמה(=הצעה)"** ומן המילה **"דִי (=כפליים או הרבה)"**. הכוונה היא לבחירה בין שתי אפשרויות או יותר לפתרון בעיה. לפעמים נעשה שימוש מוטעה במושג "דילמה" גם כאשר לא מדובר כלל בדילמה, אלא בקושי סובייקטיבי לקבל החלטה. ישנן דילמות מסוגים שונים: דילמה אנושית, דילמה ניהולית, דילמה אתית ועוד. וישנן גם

הגדרות שונות לדילמות. בפרק זה נדון בדילמות בתחום הניהול של מוסדות לזקנים, הגם שקשה להפריד למשל בין דילמה ניהולית ובין דילמה אתית, שכן זו שזורה בזו, ופתרונה של כל דילמה מתבסס על מערכות נוגדות של שיקולים ערכיים ומוסריים העומדים בבסיסה. אכן, בתחום ניהולם של מוסדות לזקנים הדילמה ופתרונה קשורים לאתיקה מקצועית. לפי הגדרתו של כשר, אתיקה מקצועית היא תפיסה סדורה שעניינה האידאל המעשי של ההתנהגות במסגרת מקצועית שהנה מסגרת מוגדרת של פעילות אנושית מיוחדת (כשר, 2003). אם כן, אתיקה מקצועית היא חשיבה מקצועית–מוסרית והתמודדות מתמדת עם דילמות שפתרונן אינו מן הדברים הקלים.

ככלל, אין הגדרה אחת ממצה לכל סוגי הדילמות, שכן הגדרת המושג "דילמה" תלויה בהקשרים שונים בתחומי האתיקה המקצועית, הלוגיקה, מדעי החברה ועוד. כשר הגדיר דילמה כמצב שבו קיימת סתירה בין שני ערכים אשר מקשה על איש המקצוע או על המנהל לפעול בהתאם לחובתו או לרצונו (כשר, 1996). במקרה זה עליו לבחור באחת מדרכי הפעולה האפשריות, וזאת אף שכל אחת מהן כרוכה במחיר יקר. דושניק וצבר–בן יהושע הגדירו דילמה כמצב שבו עומדות לפני האדם שתי דרכי פעולה אפשריות ומצויים שיקולים מוסריים ואחרים המצדיקים את נקיטתה של כל אחת מהן, אך השיקולים הללו נוגדים זה את זה, ועל כן כל פעולה אשר יבחר האדם לעשות כרוכה, לדעתו, בעשיית רע (דושניק וצבר–בן יהושע, 2000). המשותף להגדרות אלו הוא כי לדילמה אין פתרון אחד אולטימטיבי וחד–משמעי, ולכן התמודדות עם דילמות אינה תהליך שגרתי. דילמות נוטות להופיע כמקוטבות, ועל המנהל להכריע בין שני הניגודים. מצב קונפליקטואלי כזה יוצר אמביוולנטיות ושיח פנימי אצל מקבל ההחלטה, ובסופו של דבר כל אלה מאלצים אותו לבחור בין האפשרויות השונות (בר–טל וקלינגמן, 1990). ליבוביץ טען כי בדילמה נדרשת הכרעה מעשית (ליבוביץ, 1985). בניגוד לשאלות כלליות ומופשטות כגון "מהו מעשה טוב?", דילמות הן בעיות מעשיות המחייבות את המעורבים בהן לנקוט עמדה ולהכריע באופן מעשי.

בבסיס כל החלטה הקשורה לדילמה אתית עומדים ארבעה עקרונות יסוד אוניברסליים (Botes & Rssouw, 1995):

1. עקרון ההטבה (Beneficence), שלפיו על איש המקצוע מוטל לעשות את המיטב ואת המועיל עבור הלקוח שלו
2. עקרון אי–גרימת נזק (Non-maleficence), שלפיו מנוע איש המקצוע מלגרום נזק ללקוח שלו
3. עקרון הצדק (Justice), אשר על המנהל וצוותו לכבד
4. עקרון האוטונומיה (Autonomy), שלפיו יש לכבד את זכותו של הלקוח להחלטה עצמית.

עקרונות אלו הם גם עמודי התווך שמנחים מנהלים בתהליך של פתרון דילמות בארגונים.

קיימות גישות פילוסופיות שונות לפתרון דילמות ניהוליות:

- הגישה התועלתנית (הטלאולוגית) של סטיוארט – על פי גישה זו, האדם הכלכלי שואף להרבות את תועלתו לשם סיפוק האינטרס העצמי. לצורך זה הוא בוחר בדרך רציונלית את

האמצעים היעילים ביותר להשגת מטרותיו. גישה זו מעריכה את המעשה על פי תוצאותיו ואינה עוסקת בחשיבותו הערכית של המעשה כשלעצמו. למשל, האם המנהל צריך להעמיד בראש סדר העדיפויות את יעילות הארגון ורווחיותו, וזאת גם במחיר פגיעה בפרטיותם של הדיירים במוסד לזקנים או באוטונומיה שלהם.

- גישת ההוגנות של לוק – עניינה החוקים המוסריים שצריכים להנחות את התנהגותנו ללא תלות בתוצאותיה. גישה זו מדגישה את האמצעים שבהם אנו משתמשים כדי להשיג את המטרה או את התוצאה. למשל, האם לצורך העברה של דייר ממחלקה למחלקה מתוכנן תהליך של הכנת הדייר ומשפחתו למעבר או שבעקבות ההחלטה בצוות הרב–מקצועי מתבצעת ההעברה למחלקה אחרת ללא תהליך הכנה כזה.

- תורת המצוות של קאנט (הגישה הדאונטולוגית) – ביסודה עומדת תפיסתה של החברה האנושית כשותפות בין בני אדם שווים וחופשיים הפועלים על פי שיקולים רציונליים לתועלתם, וזאת מתוך כיבוד החוקים והצווים בהתעלם מן התנאים הקיימים. למשל, הקפדה על עניין בסיסי של אמירת האמת ללקוח או קיום הבטחה ללא תנאי. למשל, האם במצב שבו בני המשפחה אמרו לזקן כי הוא נכנס לבית אבות רק לזמן קצר לצורך החלמה ואילו המנהל מעוניין לקבל את הדייר לשהייה ממושכת כדי להביא לעלייה בשיעור התפוסה במקום. האם המנהל יימנע מלומר לזקן את האמת כי לא מדובר בהחלמה אלא בהסדר מוסדי קבוע?

- ככלל, קיימות שתי גישות עיקריות בהתמודדות עם דילמות ניהוליות. גישה אחת מתמקדת בתוצאות האפשריות של הפעולות ובמידת הנזק שעלול להיגרם בעקבות ביצוע פעולה מסוימת. הגישה השנייה מתמקדת בפעולות עצמן ובמידת היותן פעולות שגויות. בהקשר זה התוצאה היא רלוונטית פחות, והשאלות העומדות במוקד הדילמה הן האם עצם הפעולה הנו אתי והאם כל האמצעים כשרים להשגת מטרה מסוימת?

תהליך הפתרון של דילמה כולל מספר שלבים הבאים ברצף (Pellegrino, 1989):

1. זיהוי הנושאים השנויים במחלוקת – תיאור העובדות, זיהוי הערכים הסותרים והגדרת הדילמה. העובדות צריכות לעסוק בנסיבות הארגוניות, החברתיות או הרפואיות ובשאלה באיזו מידה ההחלטה עלולה לסתור את טובת הארגון או את טובתם של דיירים אחרים.

2. זיהוי היחידים, הקבוצות והארגונים שיושפעו מן ההחלטה מי ירוויח ומי יינזק. מהן מגבלות הארגון ומהם השירותים שאותם הוא יכול לספק, וזאת בהתחשב במטרותיו. הארגון אינו יכול לסטות מן הדרך שקבע להגשמת יעדיו ולאפשר פעולות אשר עלולות לפגוע בו מבחינה כלכלית או חוקית.

3. זיהוי אפשרויות הפעולה, שקילת היתרונות והחסרונות של כל אחת מן התוצאות האפשריות, חישובי עלות–תועלת וקביעת מדרג או סדר עדיפויות של הפתרונות השונים האפשריים שעשויים להניב את התועלת הרבה ביותר או לכל הפחות למזער נזקים אפשריים. יש לזהות כמובן גם את ההיבטים האתיים של כל אחת מן האפשרויות. אם אינטרס מסוים בסיטואציה מסוימת דומה לאינטרס אחר בסיטואציה דומה, אזי יש לנסות לפתור את הקונפליקט

באמצעות משא ומתן וגישור (Elander & Hermerén, 1991). למשל, מי משני דיירים הגרים בחדר אחד ואינם מסתדרים זה עם זה יועבר לחדר אחר כאשר הדבר נחוץ וכל אחד מהם מעוניין להישאר בחדר? לעתים הפתרון המיטבי בנסיבות העניין הוא שילוב בין אפשרויות שונות כדי למזער נזקים או חסרונות.

4. שקילת הסיבות לנקוט דרך פעולה מסוימת או להימנע מכך, וזאת בהתחשב בכל אלה:

א. תיאוריות אתיות שונות

ב. נורמות חברתיות ותרבותיות, חוקים, קוד אתי ועקרונות של פרקטיקה מקצועית – כמו הגינות, צדק, כבוד לזולת

ג. ערכים אישיים שנלמדו בתהליך הסוציאליזציה במסגרת המשפחה והחברה.

5. התייעצות עם מומחים ועמיתים לפי הצורך, וזאת באופן אישי או באמצעות דיון בצוות, מתוך הצגת מלוא המידע באופן פתוח וגלוי; במהלך התייעצות זו יש לדון במושג היחסיות או המידתיות, שלפיו אין פתרון אבסולוטי שיכול להתאים לכל אחד בכל התנאים. אך גם בהתעלם מהבדלי התנאים, האם מה שטוב לאדם אחד טוב גם לאדם אחר?

6. נקיטת עמדה, קבלת החלטה ופתרון הדילמה; בסופו של דבר הפתרון צריך לשקף איזון בין האינטרסים של הגורמים השונים שיושפעו מפתרון הדילמה.

2. סוגי דילמות בניהול מוסדות לזקנים

מנהלי מוסדות לזקנים מתמודדים באופן שוטף עם דילמות אתיות וניהוליות שונות, שלגביהן הם צריכים בסופו של דבר לקבל החלטות. ניתן למנות מספר דילמות מרכזיות מעולמות התוכן המאפיינים מוסדות לזקנים.

2.1 אוטונומיה וחופש הבחירה לדיירים.

סוגיה זו נוגעת לזכות להחלטה עצמית, להעדפות ולהסכמה מדעת של דיירים בכל הקשור לטיפול בהם, לעומת אחריותו של המנהל ואנשי הצוות להגנה על הדייר, שעלולה להתבטא במידה זו או אחרת של פטרנליזם. תקנה 5 לתקנות הפיקוח על מעונות (תנאי המגורים וטיפול בזקנים עצמאיים ותשושים במעונות לזקנים), התשס"א–2001 (להלן: "תקנות הפיקוח") קובעת כי מנהל מעון חייב לדאוג במסירות "לצרכים הגופניים והנפשיים של כל אחד מן הזקנים השוהים במעון ולהבטיח את שלומם ואת רווחתם". משמע שהחוק מטיל על מנהל המוסד אחריות רבה לשלומם של הדיירים. וכאן עולה השאלה של מציאת האיזון העדין בין זכויות הדייר לאוטונומיה, לפרטיות ולהחלטה עצמית ובין החובה המוטלת על מנהל המעון להבטיח את שלומו של הדייר ולשאת באחריות לכל נזק שייגרם לו.

סוגיה זו – שנידונה בפרק ט – עניינה שני ערכים חשובים העלולים לסתור זה את זה: הגנה על הדייר מפני פגיעה לעומת הצורך למנוע הגבלות שיש בהן כדי לפגוע באוטונומיה שלו ובפרטיותו.

סוגיה זו קשורה לדילמה עד כמה המנהל עשוי לנקוט אמצעים כדי ששלומו של הדייר לא ייפגע, גם במחיר פגיעה באוטונומיה שלו ובפרטיותו וגם אם תגבר תלותו של הדייר באנשי הצוות, ומצד שני – עד כמה המנהל מוכן ליטול סיכון ובלבד שלא ייפגעו זכויות הדייר לאוטונומיה ולפרטיות. למשל, דייר המסרב להתרחץ או ליטול תרופות כאשר מצד אחד האחות במחלקה רוצה לאפשר לדיירים אוטונומיה וזכות להחלטה עצמית בכל הקשור לטיפול בהם, וזאת משום שהיא סבורה כי האוטונומיה של הדיירים ומילוי בקשותיהם חשובים יותר מהנהלים במוסד, אך מצד שני אוטונומיית הדיירים ובקשותיהם סותרות את הנהלים והשגרה הנוהגים במחלקה שבה היא עובדת ואינם עולים בקנה אחד עם דעת שאר אנשי הצוות כי מילוי ההוראות לפי הנהלים חשוב יותר מאשר העדפות הדיירים. דוגמה אחרת היא כאשר הדיירים רוצים לשבת בלובי המחלקה ולצפות בטלוויזיה עד שעה מאוחרת בלילה. לפי עקרון האוטונומיה יש לאנשים זכות להשתתף בקבלת החלטות הנוגעות לחייהם, כמו החלטה של דייר שאינו רוצה לאכול. אך עיקרון זה עלול לסתור עקרונות אחרים של אי–גרימת נזק, עשיית הישר והטוב ועשיית צדק, שכן אחות המחלקה יודעת כי עובדי משמרת הלילה רוצים שהמטופלים כבר יהיו במיטות לפני החלפת המשמרת. לעתים עלולים להתפתח קונפליקטים בין אינטרסים של דיירים שונים. למשל, כאשר דייר אחד רוצה ללכת לישון ולכבות את האור ודייר אחר שגר עמו בחדר רוצה לקרוא עד שעה מאוחרת. דוגמה אחרת היא מצב שבו שתי דיירות אינן יכולות לדור זו עם זו בחדר אחד, ויש צורך להעביר אחת מהן לחדר אחר. אלא שכל אחת מהן רוצה להישאר בחדר ודורשת כי חברתה היא שתעבור לחדר אחר. הדילמה את מי יעבירו בסופו של דבר מעוררת שאלה של צדק, שהרי צידוד ברצונו של דייר אחד עלול לסתור את עשיית הצדק כלפי הדייר השני. דילמה נוספת היא כאשר המשפחה באה בבקשה מסוימת המנוגדת לרצונו של הדייר שאת החזקתו במוסד היא מממנת. את דעתו של מי יקבל הצוות? מחקר שנערך בשבדיה ובאנגליה מצא כי אחיות במוסדות לטיפול ממושך נקלעו לסיטואציות של קונפליקט בין האינטרסים של המשפחה ובין האינטרסים של הדייר, וזאת עקב העדפות שונות של דיירים מצד אחד והעדפות של בני משפחות הדיירים מצד שני (Elander, Drechsler, & Wallin-Persson, 1993). החוקרים מציעים כי במקרה כזה נאמנותם של אנשי הצוות צריכה להיות נתונה קודם כול לדייר, ועליהם לפעול כסנגוריו של הדייר כדי לשמור על האוטונומיה שלו.

אולם הסוגיה של אוטונומיה וחופש הבחירה קשורה גם להחלטות בסוגיית הטיפול בדייר בסוף החיים, שעמה מתמודדים דיירים (ככל שהם אינם סובלים מדמנציה), בני משפחותיהם ואנשי הצוות במוסדות לטיפול ממושך. סוגיה זו היא חלק מן השגרה המאפיינת מוסדות לטיפול ממושך, בעיקר מוסדות סיעודיים. קונפליקט באשר לטיפול בזקן עשוי להתעורר במצבים של מחלות אקוטיות כאשר עולה צורך בהפניה לאשפוז בבית חולים, אך המשפחה מסרבת להעברת הזקן לבית חולים. קונפליקט עלול להתעורר גם כאשר הזקן זקוק לטיפול פליאטיבי (טיפול תומך) המצריך טיפולים הניתנים במסגרת של טיפול סיעודי מורכב, בעוד שאין למוסד רישוי לתת טיפולים כאלה. במקרים כגון אלה עשויים המנהל והצוות המקצועי להיקלע לדילמה כיצד לכבד את רצון הזקן או בני משפחתו או שניהם גם יחד ולנהוג בחמלה כנגד הנחיות ברורות של גורמי הרישוי בדבר החובה להעביר את הזקן למסגרת אשפוזית חוץ–מוסדית במצב כזה.

2.2 יעילות מוסדית לעומת צורכי הדיירים.

רמת החיים וטיב השירותים שניתנים לדייר הם תוצאה ישירה של השקעת כספי המוסד, אך גם של הכנסות המוסד עבור החזקת הדייר. כיצד קובע המוסד אילו שירותים לספק ובאיזו רמה? שאיפה תמידית לרמה הגבוהה ביותר של כלל השירותים איננה ריאלית. תמיד ניתן להעלות עוד את מספר המטפלים, לרכוש ריהוט איכותי יותר, להוסיף פעילויות בידור ופנאי, לשפץ לעתים קרובות יותר וברמה גבוהה יותר וכו'. וחוץ מן העובדה שאין לדבר סוף, ברור ששאיפה כזאת אינה רווחית ואף אינה בגדר האפשר מבחינה כספית. כלומר, יש להגדיר רמת שירות מסוימת שמצד אחד תענה על צורכיהם של מרבית הדיירים ותספק אותם, אך מצד שני גם תשמור על רווחיות כלכלית עבור המוסד. להשקפת העולם של המנהלים יש השפעה על איכות השירותים הניתנים, והשקפה זו לא תמיד עולה בקנה אחד עם הצורך של הלקוחות, הדיירים ובני משפחותיהם לקבל את מרב השירותים. למשל, צורכי המוסד לעמוד במסגרת תקציבית ושלא להגדיל את ההוצאות עלולים לסתור הן את רצונם של הדיירים בדיור מוגן לקבל עוד שעות ניקיון ביחידת הדיור, פעילויות תרבות ופנאי עשירות יותר ומגוונות יותר, אירועים ומסיבות עם כיבוד עשיר – והכול על חשבון המוסד – הן את דרישת בני המשפחות להוסיף במחלקות טיפוליות (מחלקות לאנשים תשושים או סיעודיים) מטפלים שיעניקו שירות אישי ויעמידו את יקירם בראש סדר העדיפויות. דחיית כל דרישותיהם של הדיירים או בני משפחתם תפגע במידת שביעות הרצון שלהם מן הטיפול והדבר יגרור פגיעה בשמו הטוב של המוסד, הימנעות הדיירים מהמלצה על המוסד לפני מכרים, חברים או מתעניינים מזדמנים, תסכול של צוות העובדים במקום, נטישת עובדים ועוד.

מצד אחד המנהל נדרש לתת מענה לבקשות, להעניק גיבוי לצוות ולשמור על שמו הטוב של המוסד, ומצד שני עליו לעמוד במסגרת תקציבית שקבעו לו בעלי הארגון ומנהליו. דילמות מסוג זה הן חלק יומיומי מעבודתו של המנהל. התמודדות עם דרישות גבוהות ומשתנות של הלקוחות מחד גיסא ומתן גיבוי והערכה לצוותים ועמידה ביעדי התקציב מאידך גיסא מצריכות יצירתיות רבה של המנהל. יצירתיות זו יכולה להתבטא לא רק בביצוע הליך של תיאום ציפיות הנעשה מראש וכן בכל תקופת שהותו של המטופל או הדייר במוסד, אלא גם בהעשרת הפעילויות בדרכים אחרות כמו באמצעות מתנדבים (גם מקרב הדיירים עצמם) או הטלת משימות נוספות על הצוות. פעולות אלו של המנהל צריכות להתבצע בקביעות באופן סדיר ויזום, ולא רק לנוכח תלונות מצד הדיירים או בני משפחותיהם. לשם כך נחוץ גם חיזוק מקצועי של הצוותים, וזאת באמצעות הדרכות ופעילויות כדי למנוע שחיקה, להעלות את הרמה המקצועית שלהם ולטפח את "גאוות היחידה" במוסד. על המנהל מוטלת גם החובה לבצע מעקב שוטף ויסודי בנושא יכולותיו הכלכליות של המוסד כדי לשמור על יציבות כלכלית מחד גיסא ולהצליח להעניק לעתים לדיירים דברים מפתיעים שירגשו אותם ויגרמו להם להעריך את השירות במוסד כעולה על ציפיותיהם.

אבל יכול להיווצר גם מצב הפוך, שבו נדרש המנהל לקצץ בסל השירותים עקב חוקים חדשים או דרישות חדשות של הרגולטור. למשל, העלאת שכר המינימום של העובדים בצורה משמעותית בעוד שהחוזה אינו מאפשר לו להעלות את התעריפים בהתאם. כיצד יאזן המנהל בין ההוצאות הגדלות ובין ההכנסות שאינן גדלות בהתאם? אחת הדרכים לעשות כן היא לצמצם בסוגי

השירותים ובהיקפם. אולם המחוקק קובע בסעיף 19 לחוק הדיור המוגן, התשע"ב–2012 (להלן: "חוק הדיור המוגן") כדלהלן:

א. בעל רישיון הפעלה יספק לדייר, בעצמו או באמצעות אחר, שירותים אלה:

(1) כל השירותים המנויים בתוספת; השירותים האמורים יינתנו בהיקף ובאופן כפי שהתחייב בעל הרישיון כלפי הדייר בהסכם ההתקשרות... ואין הוא רשאי לצמצם את היקף שירותי החובה או לגרוע מטיבם במהלך תקופת תוקפו של ההסכם;

(2) כל השירותים שאותם התחייב בעל הרישיון לתת בהסכם ההתקשרות, מעבר לשירותי החובה... בהיקף ובאופן כפי שהתחייב בעל הרישיון כלפי הדייר בהסכם ההתקשרות, ואין הוא רשאי לצמצם את היקף השירותים לפי ההסכם או לגרוע מטיבם, אלא אם כן קיבל את הסכמת הדייר בכתב בסמוך לפני מועד השינוי.

אם הדייר אינו מסכים לצמצם את השירותים או להוריד את רמתם אזי על מנהל המוסד לספק את מכלול השירותים כפי שהתחייב בחוזה. האם במקרה זה ינסה המנהל לאזן את התקציב באמצעות גביית תשלום גבוה הרבה יותר מדיירים חדשים? האם מן הצדק לנהוג כך?

2.3 פתרון בעיות לטווח קצר או לטווח ארוך.

דילמה זו נסבה על התוצאות האפשריות בעקבות פתרון מיידי של בעיה: נזק בטווח הקצר אך תועלת בטווח הארוך לעומת נזק בטווח הארוך אך תועלת בטווח הקצר. למשל, שדרוגו של בית ישן שהתנאים הפיזיים בו כבר אינם אטרקטיביים לקבוצה חדשה. מצד אחד עלול להיגרם אבדן הכנסות בעתיד משום שיהיה קשה יותר ויותר לשווק יחידות דיור אלו. מצד שני, שדרוג הנו תהליך מורכב המצריך פינוי של יחידות דיור לצורך שיפוץ שבמהלכו לא תהיינה הכנסות שוטפות לבית. תהליך זה עשוי להיות לא רק יקר אלא גם ממושך, והדבר עלול לגרום לגירעון בתקציב השוטף. דוגמה אחרת היא בית דיור מוגן שבו יש תת–תפוסה, וכל מקום פנוי גורם נזק כלכלי מיידי לבית. חלק מן המועמדים המעוניינים להתקבל לבית האבות זקוקים לסיוע בפעילות יומיומית, ולכן המנהל מתלבט אם לקבלם. מחד גיסא עלול להיגרם נזק שיווקי ותדמיתי לבית בטווח הארוך אם מועמדים פוטנציאליים יירתעו מלהיכנס לבית דיור מוגן שבו מתגוררים דיירים המוגבלים בתפקודם. מאידך גיסא, בשל התחרות בשוק עשויים אותם המועמדים המוגבלים בתפקודם להתקבל למקום אחר, ועלול להיגרם נזק בגין אבדן הכנסות בטווח הקצר. אין ספק כי בכל אחד מן המצבים המתוארים כאן נדרשים יצירתיות ופתרונות בלתי שגרתיים כדי למזער את חסרונותיה של כל אחת מן האפשרויות.

2.4 קריטריונים לקבלת דיירים וסוגיית המעברים.

דילמה נוספת – הקשורה לדילמה הקודמת – היא שאלת קבלתם של דיירים אשר אינם עומדים בקריטריונים שהוגדרו בחוק ובתקנות. למשל, סעיף 15 לחוק הדיור המוגן קובע כי "בעל רישיון הפעלה רשאי לקבל אדם כדייר לבית הדיור המוגן שלגביו ניתן לו הרישיון, ובלבד שהצוות הרב–מקצועי אישר כי הוא מסוגל לדאוג לצרכיו האישיים ולנהל את משק ביתו, גם אם ניתן לו סיוע

חלקי". אם כן, החוק קובע כי לדיור מוגן יתקבל מי שהנו עצמאי בתפקודו גם אם זקוק הוא לעזרה חלקית. גם תקנה 26(א) לתקנות הפיקוח קובעת כי "למעון יתקבל רק זקן עצמאי או תשוש; לא יתקבל למעון זקן סיעודי אלא למחלקה הסיעודית שבו". השאלה שמתעוררת היא כיצד יש לנהוג בסוגיית קבלתם של דיירים שאינם עומדים בתנאי הקבלה למוסד. שאלה זו מעלה דילמה לא פשוטה, בעיקר לנוכח הצורך של מנהל המוסד למלא מקומות ריקים. הדילמה כיצד נוהגים בהקשר זה מתעוררת ביתר שאת כאשר מגיעים מועמדים שהנם בני זוג ורק אחד מהם עומד בקריטריוני הקבלה של המוסד. האם לקבל בני זוג אף על פי שרק אחד מהם מתאים וכיצד לעשות זאת? האם יש לקבל את בן הזוג האחד ואת השני לדחות או שמא יש לדחות את שניהם? האם צריך להפריד ביניהם כך שכל אחד מהם יופנה למחלקה אחרת בהתאם למצבו התפקודי והקוגניטיבי, גם אם רוצים הם לחלוק את אותו החדר באותה המחלקה? האם מן הראוי לנהוג לפנים משורת הדין ולקבלם כזוג, וזאת בהתעלם מאי–ההתאמה של אחד מהם? בהקשר זה יש לזכור כי בדיור המוגן הבעיה תעלה מיד מול הדיירים האחרים במוסד, ובמחלקה סיעודית הדילמה תהיה קשה עוד יותר לנוכח הרגולטור שיכול להתנות קבלת רישיון הפעלה ולהעמיד דרישות לשם כך. לדוגמה: מועמדים לדיור מוגן יכולים להיות בני זוג שאחד מהם הוא עצמאי ואילו האחר הנו תשוש וזקוק לעזרה רבה בחלק מפעולות היומיום. דוגמה אחרת היא בני זוג הפונים למוסד סיעודי ואחד מהם הוא סיעודי בעוד שהשני הנו תשוש נפש המסוגל ללכת.

הדילמה הזאת עולה שוב כאשר במצבו של הדייר חלה התדרדרות תפקודית או בריאותית, ועולה הצורך להעבירו למחלקה אחרת או אפילו למוסד אחר. הדילמות כיצד לנהוג עולות במקרים שבהם מתדרדרים תפקודו או בריאותו של אחד מבני הזוג, וזאת לאחר תקופת מגורים יציבה שחלפה לאחר שהתקבל זוג הדיירים, אם במצב ששניהם התאימו למוסד על פי הקריטריונים שנקבעו ואם במצבים גבוליים כפי שתואר לעיל. תיאור המקרה הבא של זוג דיירים שהתגורר בדיור מוגן כשנתיים ימחיש את הדילמה הזאת. בעת קבלתם הייתה האישה בריאה לחלוטין, בעוד שהבעל סבל מירידה קוגניטיבית קלה. לפי המסמכים הרפואיים עדיין לא הייתה אבחנה רפואית של דמנציה. בשל העובדה שהתנהגות הבעל עדיין הייתה תקינה ובעיקר מתוך ידיעה שהאישה תומכת, מטפלת ודואגת לצורכי הבעל, ועדת הקבלה החליטה לקבל את בני הזוג למרות מצבו הרפואי של הבעל. הדבר נעשה בכפוף לתנאים מסוימים שהוסברו לבני הזוג באמצעות אנשי הצוות המקצועי במוסד. בני הזוג ידעו והבינו שתהליך הירידה הקוגניטיבי ילך ויתקדם, והדבר הדאיג אותם מאוד. במשך השנתיים הראשונות לשהותם בדיור המוגן חלה הבעל מפעם לפעם בשפעת ובדלקות בדרכי השתן, והאישה טיפלה בו במסירות רבה. בפעם האחרונה הבעל התאשפז בבית חולים ועם חזרתו הביתה התמוטטה האישה מרוב תשישות, והתאוששה לאחר שקיבלה טיפול. בשלב הזה התחילו דיירים אחרים בבית להתלונן ש"מקרים כאלה לא מתאימים לנו", אך האישה ניסתה להכחיש את הירידה הקוגניטיבית של בעלה, וזאת מתוך חשש שלא יוכל להמשיך לשהות בדיור המוגן ויהיה צורך להעבירו למקום אחר (בהיעדר מחלקה מתאימה בדיור המוגן). האישה אינה מוכנה לחשוב על פתרון כלשהו שירחיק את בעלה ממנה.

תיאור מקרה זה מעורר מספר דילמות:

1. טובת הפרט מול טובת הארגון – השארת הזקן יחד עם אשתו ביחידת הדיור עלולה להביא להטלת אחריות על המוסד ומנהלו אם יינזק הדייר מפני שבמסגרת הזאת לא היו

התנאים הנחוצים לטיפול בדייר במצבו, מה גם שהחוק מחייב את המנהל להעביר את הזקן למחלקה מתאימה. (עוד ראו דיון בסוגיה זו הן בפרק ב הן בפרק ו.)

2. טובת הפרט מול טובת הכלל – האם נכון לקבל לדיור מוגן (או להשאיר שם) דיירים שחלה ירידה תפקודית משמעותית במצבם הפיזי או הקוגניטיבי. דיירים אחרים יכולים להרגיש מאוימים למראה מה שעלול להיות צפוי להם בעתיד, והדבר עלול לפגוע במורל שלהם וברווחתם הנפשית. באשר על כן, הם דורשים להעביר את הדייר למסגרת אחרת.

3. חוק מול רגש – השארת הזקן יחד עם אשתו ביחידת הדיור יכולה להיעשות מתוך חמלה ואמפתיה כלפי הדיירת ובעלה, אך הדבר עלול להקשות על המנהל את מילוי תפקידו ואת הנשיאה באחריות לשלום דייריו, כמו למשל במצב שבו אותו הדייר ילך לאיבוד.

4. האם בעצם מן הראוי לקבל דייר לדיור מוגן משיקולים של תפוסה או אפילו הומניות כשקיימת כבר התחלה של ירידה תפקודית אצלו.

אולם חוץ מהדילמות האלה עולה השאלה עד כמה מדיניות המוסד צריכה לתמוך ברעיון של "הזדקנות במקום". האם יש לאפשר לדייר להזדקן ביחידת המגורים שלו אפילו עד מותו או שיחידת המגורים צריכה להיות למעשה דיור זמני עד המעבר למסגרת אחרת בתוך הבית או מחוצה לו. במחקר שערכה פרנק על בתי דיור מוגן באזור שיקגו בארצות הברית היא בדקה את עמדותיהם של מנהלי בתי דיור מוגן לגבי השאלה הזאת, והתשובות שהיא קיבלה היו שלא ניתן להפוך את הדיור המוגן למוסד סיעודי וכי הישארות הדיירים הללו מסכנת את בטיחותם ומגבירה את סכנת הנפילות (Frank, 2001). המנהלים ניסו לגלות חמלה כלפי דיירים אלו כאשר הם נדרשו לבקש מהם לעבור. אמנם רוב המנהלים תמך בהזדקנות במקום, אך חשש מ"מדיקליזציה" של סביבת הבית או מחריגה מתנאי הרישוי, וכפי שביטא זאת אחד המנהלים:

> אין שחור ולבן. אנו עוסקים בבני אדם [...] אך זה גורם גם לבעיות עם דיירים אחרים כי זאת תזכורת קבועה עבורם למה שיקרה להם [...] אנו מנסים להשאיר את הדייר כמה שאפשר.

במחקר אחר שערכו מונרו וגיהן בבתי דיור מוגן באנגליה נבדקה השאלה מהם הקריטריונים שלפיהם מחליטים מנהלים להעביר דיירים למוסדות סיעודיים (Munroe & Guihan 2005,). ממצאי המחקר הראו כי למנהלי בתי דיור מוגן שונים היו עמדות שונות לגבי ניהול הבית, ובכלל זה הבדלים שנגעו לתפיסות בדבר זכות הדיירים להמשיך לגור במקום גם לאחר שמצבם התדרדר, זכות הדייר לאוטונומיה ונטילת סיכונים. עם זאת, המנהלים הבינו כי זכות ההחלטה העצמית של הדיירים ורצון המשפחות שהדייר יישאר במקום ולא יצטרך לעבור למסגרת אחרת לא תמיד עלו בקנה אחד עם דרישות הרגולטור בנושא. מחקר אחר בדק אף הוא את סוגיית העברתם של דיירים עם דמנציה מדיור מוגן למחלקה אחרת (Crawford-Mead, Eckert, Zimmerman, & Schumacher, 2005). המחקר הראה כי לתרבות הארגונית, למידת המעורבות של המשפחות ולעמדתו של מנהל המקום הייתה השפעה רבה על תהליך קבלת ההחלטה לגבי העברת הדייר.

סוגיה אחרת הקשורה לירידה בתפקודם של דיירים היא תופעת העסקתו של מטפל צמוד בתוך יחידת המגורים בדיור מוגן שהתפתחה בשנים האחרונות. דייר שחל שינוי במצבו התפקודי והוא זקוק לעזרה צמודה מעדיף להישאר ביחידת המגורים שלו בדיור המוגן ולהעסיק מטפל צמוד (עובד זר) אשר חולק עמו את יחידת הדיור. המטפל הזה מספק את מכלול צרכיו של הדייר, והדבר מייתר לכאורה את הצורך לעבור למחלקה סיעודית ומאפשר לדייר להזדקן ביחידת המגורים שלו. גם המחוקק נתן את דעתו לסוגיה זו בקבעו בסעיף 17(א)(13) לחוק הדיור המוגן כי בהסכם שייחתם בין הדייר ובין הדיור המוגן יוגדרו גם התנאים למגוריו של מטפל בבית הדיור המוגן, וזאת בהתאם לסעיף 33 לחוק, הקובע כדלהלן:

> (א) דייר רשאי לשכן בדירתו, באופן זמני או מתמשך, באחריותו ובמימונו, מטפל מטעמו, לאחר שקיבל לכך אישור מאת בעל רישיון ההפעלה ובלבד שהדירה מותאמת למגורי אדם נוסף, ולאחר שהצוות הרב–מקצועי אישר כי יש צורך רפואי או תפקודי במטפל או כי רשות מרשויות המדינה אישרה כי יש צורך כאמור; הדייר רשאי לערור על החלטת הצוות הרב–מקצועי בפני הרופא המחוזי.
>
> (ב) על אף האמור בסעיף קטן (א), בעל רישיון הפעלה רשאי לסרב לבקשת דייר לפי אותו סעיף קטן, בהתקיים נסיבות מיוחדות, אם קיבל את אישור הממונה לכך, לאחר שניתנה לדייר הזדמנות לטעון את טענותיו בפני הממונה.

במילים אחרות, החוק מאפשר לדייר לשכן מטפל ביחידת המגורים שלו בדיור המוגן, וזאת בהתקיים שני תנאים: התנאי הראשון הוא כי אכן יש לדייר צורך רפואי או תפקודי שבגינו הוא רוצה להעסיק את המטפל, והתנאי השני הוא כי המנהל אישר את בקשתו להעסיק מטפל שיגור עמו. לדייר ניתנת זכות ערעור לפני הרגולטור אם לא תאושר בקשתו זו. הדילמה של המנהל והצוות הרב–מקצועי היא האם אכן לאמץ מדיניות המאפשרת מגורי מטפל צמוד ביחידת המגורים של הדיירים במצבים של התדרדרות בריאותית או תפקודית. לצעד כזה עשויות להיות השפעות שיווקיות וכלכליות שונות. למשל, יותר ויותר דיירים ילכו ויזדקנו בחלוף השנים, ובשלב זה או אחר יזדקקו למטפל צמוד. הדילמה היא האם לאשר זאת לכל דייר שיש לו צורך בכך כדי לאפשר לו להזדקן במקום גם במחיר "מדיקליזציה" של המקום (בלשונה של פרנק)? כאמור לעיל, הדבר עלול להרתיע דיירים פוטנציאליים מלהיכנס למקום וגם לעורר תרעומת בקרב יתר הדיירים. לחלופין, אפשר להימנע מאימוץ מדיניות גורפת ולדון בכל פנייה לגופה. במצב דברים זה עלולות לעלות שאלות צדק והגינות (ואולי אפילו חשש אפליה) כלפי דיירים שבקשתם לא תתקבל. שאלות נוספות עשויות להתעורר בהקשר זה באשר להגדרת היחסים שבין בית הדיור המוגן ובין אותו מטפל ובאשר לאחריות שבה נושא המנהל כלפי אותו מטפל המתגורר בבית הדיור המוגן.

2.5 פרט או קבוצת דיירים מול כלל הדיירים.

כפי שהוצג לעיל, לכל דייר יש ציפיות ודרישות באשר לאופן שבו הוא מעוניין לחיות את שארית חייו. מובן שגם לו – כמו לכל אדם אחר – יש דעות, רעיונות ובקשות בקשר לנעשה במוסד. ולרוב לא מדובר רק בדעתו של הדייר עצמו, אלא גם בדעתם של בני משפחתו. בהקשר זה חשוב לזכור

שגם בקרב בני המשפחה עשויות להיות דעות שונות ומגוונות. החיים במסגרת קולקטיבית עלולים לעורר ניגודי אינטרסים בין טובת הדייר ובין טובתם של יתר הדיירים. סיפוק צרכיו של צד אחד עלול לפגוע בסיפוק צרכיו של הצד האחר. עם זאת, אין פירוש הדבר שבכל מקרה יש להעדיף את טובת הכלל, מאחר שלעתים דעות קדומות וחששות שווא סובייקטיביים של הדיירים הם המניעים אותם לנקוט עמדה בעייתית כלפי דייר זה או אחר (לבנשטיין ויקוביץ, 1996). זאת ועוד, מידת ההסכמה של המנהל לדרישות ולדעות השונות של כלל הדיירים ומשפחותיהם אינה יכולה להיות מלאה, מה גם שפעמים רבות דעה או בקשה של דייר אחד נוגדת את זו של דייר אחר. נוסף על כך, מערכות היחסים בין הדיירים ובין המוסד ובין הדיירים לבין עצמם עלולות להיפגע בשל תחושת אפליה וכעס כאשר בקשה של דייר אחד מתקבלת ואילו זו של רעהו נדחית. ליבון מקור העמדות הללו וניסיון לגשר ולפשר בין הדיירים עשויים לסייע בפתרון הבעיה.

סוגיה זו מעוררת את הדילמה האם על ההנהלה לשתף את הדיירים ולהתייעץ עמם בנושאים מסוימים, ומתי עליה לעשות כן. מצד אחד, דעתם באשר לפעילות מתוכננת כלשהי (למשל "יום כיף" לדיירים) יכולה להיות רלוונטית ביותר ואף הכרחית. מצד שני, התייעצות כזו עשויה להרבות חילוקי דעות וויכוחים בקרב הדיירים, ובסופו של דבר שום בחירה לא תשביע את רצון כולם. ייתכן שהחלטה של המנהל בעצמו עבור הדיירים תפתור את הבעיה מלכתחילה, אולם ייתכן שהחלטה כזאת לא תהיה לשביעות רצונם של הדיירים. ישנן דרכים שונות לנסות להתמודד עם דילמה מסוג זה, למשל ועד דיירים המייצג את הדיירים בנושאים השוטפים של החיים בבית הדיור המוגן, וזאת בעיקר בנושאי תרבות, אבל גם בנושאי בטיחות, בריאות וכדומה. (סוגיה זו נידונה בהרחבה בפרק ט.) עם זאת, חובתו של הארגון היא כלפי כל אחד מדייריו באופן אישי, ומענה בהתאם לדעת הרוב עלול לפגוע בדייר האינדיבידואלי, מה גם שאמנם ועד הדיירים אמור לייצג את כלל הדיירים, אך לא תמיד הוא אכן מייצג את הכלל. לפיכך, דילמה שעולה לא אחת לפני מנהלים היא האם יש לתת ביטוי לדעת המיעוט ומהי הדרך הראויה לעשות זאת? כאן הדילמה הנה מורכבת הרבה יותר, ומצריכה יצירתיות, מקוריות, רגישות ופתיחות כדי להצליח למלא בקשות ספציפיות, אך גם לדעת לגשר ולפשר בין אינטרסים סותרים.

סוגיה נוספת המעוררת דילמות כאלה היא השאלה האם לאפשר לדיירים להחזיק בחדריהם חיות מחמד. בספרות המקצועית יש דיון נרחב בהשפעה המיטיבה שיש לבעלי חיים על רווחתם של זקנים, בעיקר הבודדים שבהם. מחקרים מצאו כי נוכחותן של חיות מחמד עשויה לצמצם בדידות, חרדה ודיכאון (Le Roux & Kemp, 2009; Wiggett, 2003). אולם כאמור, השאלה היא האם בעצם יש לאפשר החזקת חיות מחמד בתוך חדרי הדיירים? הדבר עלול להיתקל בהתנגדויות של דיירים אחרים שעשויים לטעון טענות שונות בדבר אלרגיה לבעלי חיים, מטרדי לכלוך וריח של בעלי חיים, וכן רעש של נביחות או יללות שמפריע לשכנים. בהקשר זה עולות שאלות נוספות שעניינן הדאגה למזונם ולבריאותם של בעלי החיים, וכן הדאגה לגורלו של בעל החיים אם ימות בעליו ועוד. יש לציין כי לפי סעיף 17(א)(14) לחוק הדיור המוגן, יש להגדיר בהסכם עם הדייר את התנאים להחזקת בעלי חיים בבית הדיור המוגן. ומה הדין אם לא הוגדרו תנאים כאלה בהסכם? יש לציין כי סוגיה זו לא נידונה בהקשר מוסדות שהנם מעונות לזקנים ואף לא בהקשר מוסדות סיעודיים. לכן חשוב שהמוסדות האלה יקבעו לעצמם מדיניות ברורה בנושא זה. ייתכן כי הקמת פינת חי בבית האבות שבה יוחזקו בעלי החיים של הדיירים עשויה להיות פשרה כלשהי בין צורכי הפרט ובין צורכי הכלל.

סוגיה אחרת שעשויה לעורר דילמות היא האם להתיר לדיירים לנהוג בקלנועיות בשטח הדיור המוגן או במעונות לזקנים בעלי אופי כפרי (כמו כפרי גמלאים) המתפרסים על פני שטחים נרחבים. השימוש בקלנועית עשוי לסייע לחלק מהם להתמודד עם בעיית ניידות ולהגיע בקלות למקומות שבהם ניתנים שירותים חיוניים בבית, כמו חדר אוכל, מרפאה, חדרי פעילות וכדומה. אולם נהיגה בקלנועיות אינה מוסדרת בשום חוק. על מי תחול האחריות אם נהג הקלנועית יפגע בדייר אחר או ייפגע בעצמו תוך כדי נהיגה בשטח הבית? בהקשר זה יש לציין כי תקנה 39ח לתקנות התעבורה, התשכ"א–1961 קובעת כי "בעל קלנועית והנוהג בה פטור מחובת רישום ורישוי לפי סעיף 2 לפקודה [פקודת התעבורה]". לפי תקנה 39ט לתקנות התעבורה, "הנוהג בקלנועית פטור מחובת רישיון נהיגה לפי סעיף 10 לפקודה [פקודת התעבורה]". עם זאת, תקנה 39י לתקנות התעבורה קובעת הגבלות בעניין הנהיגה בקלנועית: לפי תקנה 39י(א), "לא ינהג אדם בקלנועית אלא לאחר שמלאו לו שש עשרה שנים או שהוא נכה", ולפי תקנה 39י(ב), "לא ינהג אדם בקלנועית אלא אם כן מצבו הגופני והנפשי מאפשר לו להפעילה בבטחה".

אם כן, מן המקובץ עולה כי אין צורך ברישיון נהיגה בקלנועית ואף לא ברישום ורישוי. אמנם כל מוסד לזקנים חייב לבטח את עצמו כנגד תביעות נזיקין של דיירים, אולם מה יקרה אם חברת הביטוח תטען כי הביטוח אינו כולל נהיגה בקלנועיות. האם על המנהל לאסור נהיגה בקלנועית?

2.6 דיווח על התעמרות בזקן.

התעמרות בזקנים במוסדות היא סוגיה שנחקרה מעט מאוד, בעיקר משום שקשה לחשוף מעשי התעללות במוסדות. במחקר שנערך בבתי דיור מוגן (Assisted living) נשאלו כוחות עזר לגבי מעשי התעמרות בזקנים מצד אנשי צוות (Castle & Beach, 2011). הממצאים הראו כי 59% מהמטפלות דיווחו על התעללות מילולית בדיירים שבאה לידי ביטוי בתופעות כגון קללות והשפלות מצד הצוות; 52% מאנשי הצוות דיווחו על חשד לפגיעה פיזית כמו משיכה בשער; 49% דיווחו על התעמרות נפשית כמו הפחדה או מניעת מזון; 26% דיווחו על ניצול חומרי; 11% דיווחו על ניצול מיני. ממצאים אלו מראים כי גם דיירים עצמאיים עלולים ליפול קרבן להתעמרות זו או אחרת מצד אנשי הצוות, וזאת בעיקר במצבים שבהם הדיירים תלויים באנשי הצוות המטפל וחוששים להתלונן כנגדם.

סעיף 368ד לחוק העונשין, התשל"ז–1977 קובע בהקשר זה חובת דיווח כדלקמן (ההדגשות הן של המחברות):

> (ב) רופא, אחות, עובד חינוך, עובד סוציאלי, עובד שירותי רווחה, שוטר, פסיכולוג, קרימינולוג או עוסק במקצוע פרה–רפואי, **וכן מנהל או איש צוות במעון או במוסד שבו נמצא** קטין או **חסר ישע** – שעקב עיסוקם במקצועם או בתפקידם היה להם יסוד סביר לחשוב כי נעברה עבירה בקטין או חסר ישע בידי אחראי עליו – חובה עליהם לדווח על כך בהקדם האפשרי לפקיד סעד או למשטרה; העובר על הוראה זו, דינו – מאסר ששה חדשים...
>
> (ד) נעברה בקטין או **בחסר ישע הנמצא במעון, במוסד** או במסגרת חינוכית או טיפולית אחרת, עבירת מין לפי סעיפים **345** עד **348**, או עבירה של גרימת חבלה חמורה לפי סעיף **368ב(ב)** או עבירת התעללות לפי סעיף 368ג, חובה על מנהל או איש צוות במקום

כאמור, לדווח על כך בהקדם האפשרי לפקיד סעד או למשטרה; העובר על הוראה זו, דינו – מאסר שישה חדשים.

אם כן, החוק קובע בצורה מפורשת כי מנהל מוסד או איש צוות במוסד שבו נמצא אדם חסר ישע חייב לדווח על כל פגיעה בחסר הישע – בין במעשה ובין במחדל – מצד מי מן העובדים במוסד. סעיף 368ד לחוק העונשין מאפשר למי שהוטלה עליו חובת הדיווח לבחור בין דיווח לפקיד סעד ובין דיווח למשטרה. אך הוראת החוק הזאת הנה קטגורית ואינה מותירה מקום לשיקול דעתו של המנהל גם אם הוא מפטר לאלתר את אותו עובד החשוד בפגיעה בחסר הישע.

סעיף 368ד(ו) לחוק קובע את נורמת ההתנהגות של העובד הסוציאלי:

פקיד סעד שקיבל דיווח לפי סעיף זה יעבירנו למשטרה בצירוף המלצתו לפעול או להימנע מלפעול בקשר לדיווח, אלא אם כן קיבל אישור שלא להעביר את הדיווח למשטרה מאת אחת הועדות שהקים שר המשפטים לענין זה.

סעיף 368ד(ז) לחוק קובע כי על המשטרה חלה חובת התייעצות עם פקיד סעד:

הגיע למשטרה מידע לפי סעיף זה, תעביר אותו לפקיד סעד, ולא תפעל לפני שתיוועץ בפקיד הסעד אלא אם כן נדרשת פעולה מיידית שאינה סובלת דיחוי; אין בפעולה מיידית כאמור כדי לשלול את חובת העברת המידע לפקיד סעד וההתייעצות עמו לאחר מכן.

הדיווח למשטרה עלול להביא מיד לפרסום המעשה בתקשורת, והדבר עלול לגרום למוסד נזק תדמיתי שלעתים הנו בלתי הפיך, וזאת גם אם בסופו של דבר התיק ייסגר מחוסר ראיות, שהרי ייתכן כי הידיעה על סגירת התיק לא תתפרסם ברבים. במילים אחרות, מנהלים עלולים להתחבט בשאלה אם לדווח או שלא לדווח על פגיעה בדייר. אם המנהל לא ידווח, הוא צפוי לעונש שיושת עליו בגין עבירה על החוק. אם ידווח, הוא עלול לגרום נזק תדמיתי קשה למוסד אם תובא פרשה זו לידיעת התקשורת ובאמצעותה – לידיעת הציבור הרחב. במצב דברים זה עלולים זקנים ובני משפחותיהם להדיר את רגליהם מן המוסד, וכך עלול להיגרם לו גם נזק כלכלי ניכר. לפיכך, במקרים כאלה מוטב לברר תחילה את נסיבות המקרה, ורק לאחר מכן לפנות דווקא לפקיד סעד, שכן הוא חייב בשמירה על סודיות. בעקבות בדיקתו של פקיד הסעד אולי לא יהיה צורך בפתיחת תיק חקירה במשטרה, שהרי ייתכן למשל כי מדובר בעלילה שמקורה בסכסוך אישי בין עובדים. מכל מקום, את הוראות החוק יש לקיים בכל מצב ובכל תנאי, אחרת המנהל או איש הצוות צפוי לעונש בגין עבירה על החוק.

2.7 העסקה ישירה או מיקור חוץ.

סוגיה זו נידונה בהרחבה בפרק ז. אחת הדילמות הקשות של כל מנהל היא האם להשתמש במיקור חוץ לגבי שירותים מסוימים כמו שיווק, שירותי כביסה, ניקיון, הסעדה, שמירה, גינון או תחזוקה וכו'. לכל שיטת העסקה יש השפעות כלכליות וארגוניות שונות. לכל שיטה יש גם יתרונות וחסרונות מבחינת איכות השירות, עלותו, זמינותו ועוד. מיקור חוץ עשוי להביא להקטנת הוצאות החברה בשיעור של 20%–30% בממוצע (כהן ואורבך, 2005); מיקור חוץ

מאפשר גמישות ניהולית בהעסקת עובדים כך שניתן לשנות למשל את מספר המטפלים לפי הצורך, וזאת בלי לפטרם ולהעסיקם מחדש בכל פעם; מיקור חוץ משחרר את המנהל מיחסי עובד–מעביד, הכרוכים בהשקעת משאבים רבים לצורך הכשרה, פיקוח, תשלום משכורות והנהלת חשבונות, דאגה לזכויות העובדים ועוד. עם זאת, יש לשיטה הזאת גם חסרונות רבים: תלות בחברה חיצונית ששרידותה אינה בשליטת המנהל; איכות המועסקים והכשרתם; שיתוף הפעולה בין עובדי החברה ובין עובדי מיקור החוץ עלול להיפגע עקב פערי תרבות ארגונית; תחושת אפליה ובידול לא רצוי בקרב העובדים במיקור החוץ עקב בעיות מוסריות של תנאי העסקה בלתי ראויים, ביטחון תעסוקתי לקוי ועוד.

כאשר מדובר בשימוש במיקור חוץ לצורך העסקת מטפלים במוסד לזקנים, החסרונות רבים אף יותר. תחלופה תכופה של מטפלים פוגעת ברצף הטיפול ובאיכותו, שכן יש יתרון בולט למטפלים ותיקים וקבועים שמכירים את הדיירים ואת צורכיהם. נוסף על כך, עובדי מיקור חוץ חשים בדרך כלל מחויבות נמוכה כלפי מקום העבודה (בהשוואה לעובדים ותיקים), והדבר בעייתי במיוחד בהקשר של עבודה טיפולית המצריכה מעורבות רגשית. קונפליקט זה ממחיש את המתח בין יעילות ורווחיות עבור המוסד מזה, ובין שמירה על איכות הטיפול ואיכות החיים של הדיירים מזה.

2.8 שיווק.

הנחת היסוד השיווקית היא שכל יחידת דיור פנויה או מיטה פנויה משמעותה אבדן הכנסה, והיעד הסופי הוא להבטיח תפוסה מלאה במקום וזרימה שוטפת של לקוחות. הדילמה הראשונה בתחום השיווק נוגעת לשאלה איזו מבין שתי אסטרטגיות שיווק מרכזיות – יחסי ציבור או שיפור הטיפול – היא שתניב את התוצאות המיטביות. מחד גיסא, עלותן של פעולות שיווק ופרסום בתקשורת האלקטרונית והכתובה וכו' לצורך חשיפה גדולה של בית הדיור המוגן – למשל, פרסומת עם סלבריטאים בטלוויזיה או העסקת חברות שיווק או עובדי שיווק וחברות יחסי ציבור – עשויה להגיע לכדי סכומים ניכרים ולא תמיד תניב את התוצאות המצופות. מאידך גיסא, השקעה בגיוס כוח אדם מקצועי ואיכותי והקצאה גדולה יותר של תקנים לטיפול בדיירים עשויה להביא לשיפור איכות הטיפול בדיירים הקיימים, ליצור אצלם ואצל בני משפחותיהם שביעות רצון רבה יותר ולהוציא למוסד יותר מוניטין. כאשר יש למנהל האפשרות לשלב את שתי האסטרטגיות גם יחד, אזי עשוי הדבר להביא להשגת תוצאות מיטביות, ולכן ברור שעדיף לשלב את שתי האסטרטגיות האלה. אולם כל אחת מהן כרוכה בהוצאה כספית ניכרת, וכאשר תקציבו של המנהל מוגבל ואינו מאפשר שילוב כזה, עליו לקבוע סדר עדיפויות ולשקול באיזו אסטרטגיה לבחור.

הדילמה השנייה היא עד כמה יש להשתמש באסטרטגיות שיווק אגרסיביות הכוללות מניפולציות שונות, וזאת בהתחשב בעובדה שהמוסד פועל בסביבה תחרותית מאוד. למשל, האם אכן מן הראוי להאיץ בזקן להזדרז להיכנס לדיור המוגן, וזאת בטענה שאם לא יזדרז לחתום על החוזה הוא "יפסיד" את המקום (כי יש עוד מועמד שמעוניין ביחידת המגורים הזאת), או שהוא "יפסיד את המחיר המיוחד" של אותו חודש, והכול – במצב שבו הזקן עדיין מתלבט וברור שהוא עדיין אינו בשל כלל לקבל החלטה על כניסה לדיור המוגן. (ראו דיון בסוגיה זו בפרק ד, וזאת בהקשר השאלה האם שימוש בכל שיטה שיווקית שתקדם את מטרת הארגון הנו לגיטימי ומוסרי.)

2.9 שינויים בתקציב.

אחד מתפקידיו העיקריים של כל מנהל הוא להבטיח הישרדות תקציבית של הארגון. כלומר, עליו לוודא כי תקציב הארגון יהיה לפחות מאוזן, וכאשר מדובר בארגון למטרת רווח – בעליו מצפים להפקת רווחים מן העסק. לתחרות קשה בענף מזה ולדרישות הרישוי מצד גורמי הפיקוח מזה יש השפעות על מצבו הכספי של המוסד ויכולת הישרדותו. הדילמה של המנהל היא כיצד לבנות תקציב שיהיה בו כדי להשיג מטרה זו. מצד אחד, התחרות בשוק תאלץ אותו להוריד מחירים או לפחות שלא להעלות תעריפים, וזאת כדי שהמוסד יישאר אטרקטיבי. אך מצד שני הוא יידרש להוציא סכומים גדולים מאוד לצורך ביצוע שינויים פיזיים הנדרשים כתנאי לרישוי (למשל, תכנית הרפורמה במוסדות סיעודיים שמוביל האגף לגריאטריה במשרד הבריאות, ולפיה עד שנת 2016 חייבים המוסדות להתאים את התנאים הפיזיים לתכנית שהתווה האגף). אחת הדרכים לאזן את התקציב היא צמצום בהוצאות התפעול. הדבר יכול להיעשות בדרכים שונות (למשל צמצום בתקנים), אשר עלולות לפגוע באיכות הטיפול ובאיכות החיים של הדיירים או בתנאי העבודה ובתנאי השכר של העובדים או בכל אלה גם יחד. למשל, האם לקיים פחות אירועים (ימי הולדת, טיולים), לחסוך בהוצאות ציוד ולשלם משכורות נמוכות יותר לעובדים? קיצוץ במשכורות העובדים והטלת עומס גדול יותר על כל אחד מהם עקב קיצוץ בתקנים עלולים לפגוע במוטיבציה ובשביעות הרצון של העובדים ולהביא לעזיבת עובדים ולתחלופה גבוהה שלהם ולפגיעה ברמת השירות. לכל אלה עלולות להיות השפעות שליליות ישירות על איכות הטיפול ועל איכות החיים של הדיירים, ועקב כך – על מידת שביעות הרצון של הדיירים ושל בני משפחותיהם. אפשרות אחרת היא להגדיל את ההכנסות באמצעות העלאת גובה התשלומים שיוטלו על הדיירים, אולם כאמור לעיל, אפשרות זו אינה עומדת לפני המנהל, מה גם שבכל מקרה היה צעד זה עלול לעורר התנגדויות ותרעומת של הדיירים ובני משפחותיהם ולגרום להם לחוש חוסר שביעות רצון מן המקום. דרך נוספת להגדלת ההכנסות היא אימוץ אסטרטגיות של הגוונת העסק, כגון מכירת שירותים שונים לזקנים הגרים בקהילה (נופשון, החלמה, מרכז יום) או אספקת שירותי הסעדה למוסדות אחרים. אלא שחלק מן השירותים האלה עלולים לפגוע בדיירי הבית משום שעבורם המוסד הוא הבית ו"חדירת" אנשים זרים הבאים למקום לתקופה קצובה עלולה לפגוע באווירת הבית ובתחושת הבית (Andrews & Phillips, 2000). הדילמה היא האם אחריותו של המנהל כלפי בעלי המניות קודמת לאחריותו כלפי עובדיו ולקוחותיו או להפך. אם כן, הדילמה היא בין קבלת החלטות כלכליות שיבטיחו את רווחיות המקום והישרדותו ובין החשש לפגוע בתנאי העבודה של העובדים וברמת השירות הניתן לדיירים. על פי גישת האחריות החברתית, על המנהל לאזן בין השיקולים – הסותרים לעתים – של רווחי החברה, סיפוק רצון העובדים והתמקדות בטובת הדיירים, וזאת מתוך הגברת שיתוף פעולה בין הגורמים השונים בארגונו (Brenkert, 1995).

סיכום

ניהול שירותים לזקנים, ובפרט ניהול מוסדות לזקנים, כרוך בהתמודדות עם אתגרים ודילמות ניהוליות ומקצועיות רבות. בהיעדר פתרון הולם, דילמות ניהוליות מקשות את הניהול התקין ומביאות את המנהל לנקודות קיצון רגשיות, עסקיות וכלכליות. כפי שמשתקף בפרקי הספר השונים, כל סוגיה

ניהולית טומנת בחובה גם דילמות ניהוליות במגוון נושאים כגון שיווק, שיתוף דיירים, ניהול משאבי אנוש, מעורבות משפחות, מיקור חוץ, קריטריונים לקבלת דיירים ועוד. חלק בלתי נפרד משגרת הניהול היומיומי הוא התהליך הקשה והמסובך של פתרון דילמות, המצריך יצירתיות ומקוריות, כמו גם מיומנויות ויכולות ניהוליות, סגנון ניהול פתוח וגמיש וכושר מנהיגות. הגישה הבסיסית של מנהל מוסד לזקנים צריכה להיות מתוך כבוד, חמלה ואהבה, אחרת לא יוכל המנהל להתמודד עם הדילמות הלא פשוטות העומדות לפניו ולתת להן מענה שימזער כל נזק שעלול להיגרם למי מן הצדדים המעורבים בעניין.

תרבות ארגונית משקפת (בין היתר) גם את הקוד האתי העומד בבסיסו של הארגון, והקוד האתי הזה הוא שמסייע במציאת פתרונות לדילמות בקבעו את סדר העדיפויות בהסדרת נושאים שונים ומגוונים בתוך הארגון. התרבות הארגונית משפיעה על המידה שבה המנהל ישקול שיקולים אתיים לעומת שיקולי תועלת אישיים וכלכליים בבואו לקבל החלטות.

כאמור, ההתמודדות עם דילמות תלויה גם בסגנון הניהול. פתרון דילמות מיטבי יתאפשר כאשר התקשורת הבין–אישית של המנהל עם לקוחותיו מזה ועם עובדיו מזה תהיה טובה יותר, וכאשר מנהיגותו של המנהל תתבסס פחות על סמכות ביורוקרטית בלעדית ויותר על שיתוף של העובדים בארגון מתוך עבודת צוות. המנהל הוא שצריך לתת דוגמה אישית כיצד לפתור דילמות, וזאת כדי לבנות מערכת המבוססת על יחסי אמון. מנהל טוב נבחן גם במידה שבה הוא משתף בפתרון דילמות את בעלי העניין, שהם הלקוחות הישירים (הדיירים) והלא ישירים (בני משפחות הדיירים). זאת ועוד, פתרון דילמות טוב יתאפשר רק כאשר המנהל ניחן באינטליגנציה רגשית שבאה לידי ביטוי הן בגמישות מחשבתית וניהולית, הן ביכולת הסתגלות למצבים לא שגרתיים, הן באימוץ סגנון מנהיגות המשקף אמון ביכולתם של העובדים, הן בשיתופם בפתרון דילמות. אמנם כל אלה מצריכים מודעות, פתיחות ואמון, אבל כל הצדדים מרוויחים מתהליך נכון של פתרון דילמות. המנהל גם צריך להיות מסוגל להבין את מצוקותיהם של הזקן ובני המשפחה. מן הראוי להדגיש כי אין הכוונה להזדהות, אלא לאמפתיה. נקודת מבט כזו תאפשר למנהל להיות יצירתי מספיק כדי לעמוד בכל הדרישות הניהוליות הכרוכות באחריותו כלפי המוסד ומטרותיו העסקיות וגם כלפי לקוחותיו ועובדיו, התלויים בהתנהלות המוסדית.

חוק זכויות החולה, התשנ"ו–1996 קובע כי במוסדות רפואיים, ובכלל זה מוסדות לטיפול ממושך, יוקמו ועדות אתיקה שמטרתן לדון בסוגיות אתיות ובדילמות הקשורות לטיפול בדיירים. אחד המנגנונים שעשויים לסייע למנהלו של מוסד לזקנים להתמודד עם דילמות ניהוליות הוא הצוות הרב–מקצועי, אשר מתפקידו גם לקבוע את מדיניות המוסד, ובכלל זה סדר עדיפויות. סיעור מוחות בדיון פתוח עם הצוות הרב–מקצועי עשוי להניב רעיונות יצירתיים וחדשניים לפתרון דילמה, והלוא יצירתיות וחדשנות נמנות עם הכלים הנחוצים ביותר בפתרון דילמות.

ביבליוגרפיה

בר–טל, ד' וקלינגמן, א' (עורכים). (1990). *סוגיות נבחרות בפסיכולוגיה וייעוץ בחינוך*. ירושלים: משרד החינוך והתרבות.

דושניק, ל' וצבר–בן יהושע, נ' (2000). בין כוונה ליכולת: דילמות אתיות של מורים בישראל של שנות ה–90. *מגמות, מ(3)*, 465–442.

חוק הדיור המוגן, התשע"ב–2012.

חוק זכויות החולה, התשנ"ו–1996.

כהן, א' ואורבך, י' (2005). דגשים בביקורת מערכות מידע ממוחשבות בסביבת מיקור חוץ. *רואה חשבון, 54*(1), 46–43.

כשר, א' (1996). *אתיקה צבאית*. תל אביב: משרד הביטחון.

כשר, א' (2003). אתיקה מקצועית. בתוך ג' שפלר, י' אכמון וג' וייל (עורכים), *סוגיות אתיות במקצועות הייעוץ והטיפול הנפשי* (עמ' 29–15). ירושלים: מאגנס.

לבנשטיין, א' ויקוביץ, א' (1996). *הזקן, המשפחה והמסגרת המוסדית: סוגיות ושיטות התערבות* (מהדורה שנייה). תל אביב: רמות.

ליבוביץ, י' (1985). שיחות על מדע וערכים. בתוך ת' יובל (עורכת הסדרה), *ספריית "אוניברסיטה משודרת"*. תל אביב: משרד הביטחון – ההוצאה לאור.

חוק העונשין, התשל"ז–1977.

תקנות הפיקוח על מעונות (תנאי המגורים וטיפול בזקנים עצמאיים ותשושים במעונות לזקנים), התשס"א–2001.

תקנות התעבורה, התשכ"א–1961.

Andrews, G. J., & Phillips, D. R. (2000). Moral dilemmas and the management of private residential homes: The impact of care in the community reforms in the UK. *Ageing and Society*, 20(5), 599-622.

Botes, A. C., & Rossouw, G. (1995). The reconstruction of virtue based ethics in nursing.

Brenkert, G. G. (1995). The environment, the moralist, the corporation and its culture. *Business Ethics Quarterly*, 5(4), 675-697.

Castle, N., & Beach, S. (2011). Elder abuse in assisted living. *Journal of Applied Gerontology*, 32(2), 248-267.

Crawford-Mead, L., Eckert, J. K., Zimmerman, S., & Schumacher, J. G. (2005). Sociocultural aspects of transitions from assisted living for residents with dementia. *The Gerontologist*, 45(1), 115-123.

Elander, G., Drechsler, K., & Wallin-Persson, K. (1993). Ethical dilemmas in long-term care settings: Interviews with nurses in Sweden and England. *International Journal of Nursing Studies*, 30(1), 91-97.

Elander, G., & Hermerén, G. (1991). The autonomy of nurses in high dependency care: Conflicts of loyalties and their consequences for patient care. *Journal of Scandinavian Caring Sciences*, 3, 149-156.

Frank, J. (2001). How long can I stay? The dilemma of aging in place in assisted living. *Journal of Housing for the Elderly*, 15(1-2), 5-30.

Le Roux, M. C., & Kemp, R. (2009). Effect of a companion dog on depression and anxiety levels of elderly residents in a long-term care facility. *Psychogeriatrics*, 9, 23-26.

Munroe, D. J., & Guihan, M. (2005). Provider dilemmas with relocation in assisted living. *Journal of Aging & Social Policy*, 17(3), 19-37.

Pellegrino, E. D. (1989). Withholding and withdrawing treatment: Ethics at the bedside. *Clinical Neurosurgery*, 35, 164-184.

Wiggett, C. (2003). *Animal-assisted visitations, loneliness and depression among residents in old age homes*. Department of Psychology, Unpublished honours assignment, Stellenbosch University.

אחרית דבר

אסתר יקוביץ

תחום הטיפול המוסדי הממושך בזקנים עבר ברבות השנים תהפוכות רבות ושינויים משמעותיים הן מבחינת אופיים של המוסדות הן מבחינת מאפייניהם של הלקוחות (הדיירים ובני משפחותיהם) במוסדות האלה. אמת, אין לכחד כי רוב הזקנים מעדיפים להישאר בבית בקהילה וכי המסגרת המוסדית אכן נתפסת במידה רבה כמעין ברירת מחדל בהיעדר מענים הולמים בקהילה, מעין "מפלט אחרון", בלשונו של פיטר טאונסנד (Townsend, 1962). אולם כאן המקום לציין כי המציאות מראה שמסגרות דיור מוסדיות לזקנים, בעיקר מסגרות של דיור מוגן, הן פתרון נכון וראוי לחלק מן הזקנים. בבתי דיור מוגן ישנם זקנים מאושרים אשר הגיעו לשם עקב המלצות חבריהם, והם עצמם הביאו להצטרפותם של דיירים אחרים בעקבותיהם. המסגרות האלה מקנות להם ביטחון, איכות חיים, פעילות חברתית ושייכות. לפיכך, מן הראוי להמשיך לקדם מסגרות אלו, לפתחן ולטפחן. זאת, בצד המשך קידומם ופיתוחם של פתרונות בקהילה. כללו של דבר, יש לראות במוסדות לזקנים חלק בלתי נפרד ממבחר השירותים המגוונים המוצעים לזקנים ומותאמים לצרכיו האישיים של כל אחד ואחד.

מבחינת מאפייני המוסדות, מצד אחד הלך והתפתח תחום הדיור המוגן, המקנה יותר אוטונומיה ומאפשר חופש בחירה לדייריו, ומצד שני הלך והתפתח תחום הסיעוד המוסדי המיועד לזקנים שהם במצב סיעודי או לוקים בדמנציה. מגמה דו–קוטבית זו הביאה לצמצום השימוש במוסדות שהנם מעונות לזקנים עצמאיים או תשושים. במרוצת השנים פותחו שירותים קהילתיים רבים ומגוונים הנותנים מענה לצורכיהם של זקנים אלו, והשירותים הללו ייתרו במידה רבה את הצורך בסוג מסגרת זה. יש להניח כי מגמות אלו תתחזקנה בעתיד, וכי המסגרות האלה תלכנה ותתרחבנה במרוצת השנים ואף תתפתחנה לשני סוגי מסגרות דוגמת אלה הקיימים בארצות הברית: סוג אחד הכולל מסגרות של דיור מוגן או תומך (Assisted living) ובצדו סוג שני הכולל מסגרות של מוסדות סיעודיים (Nursing homes).

בישראל באו המגמות האלה לידי ביטוי בענף הדיור המוגן הפרטי, אשר קיבל תנופה משמעותית ביותר בעיקר בשני העשורים האחרונים. אפשרויות הבחירה כאן הן כמעט בלתי מוגבלות מבחינת תנאי המגורים וסל השירותים הניתן לדיירים, והכול כמובן תמורת תשלום מתאים. אולם רוב הזקנים, אין ידם משגת לשלם בעבור דיור מוגן מסוג זה. אמנם רוב הזקנים מעדיפים ורוצים להישאר בביתם, אולם יש זקנים מן המעמד הבינוני והבינוני–נמוך שהמעבר לדיור מוגן היה עונה בצורה טובה

יותר על צורכיהם, אלא שאין כמעט בנמצא מסגרות דיור מוגן בהישג ידם. במילים אחרות, המצב בישראל הוא שמצד אחד הקים משרד השיכון בתי דיור מוגן ציבוריים המיועדים לזקנים מן המעמד הסוציו–אקונומי הנמוך, שהנם חסרי דיור ומעוטי יכולת, ומצד שני המגזר הלא ממשלתי יזם והקים מסגרות דיור מוגן יוקרתיות המיועדות לזקנים בעלי אמצעים. כפי שנאמר בפרק ג, לרוב הזקנים ממעמד הביניים אין כיום מענה בשוק הדיור המוגן. הממשלה אינה מתערבת, וליזמים לא כדאי להקים דיור מוגן בתעריפים נמוכים עבור שכבות הביניים. השינויים הדמוגרפיים הדרמטיים הצפויים במהלך שני העשורים הקרובים בשיעור הזקנים בחברה מצריכים מעורבות ממשלתית גם בנושא זה בצד קביעתה וביצועה של תכנית אב לאומית בתחום הזִקנה, וזאת ברוח נייר עמדה שנכתב בנושא (יקוביץ, בריק וקטן, 2014). על המדינה להבין כי לא רק תחום הדיור בישראל בכללותו זקוק למעורבות ממשלתית ולרגולציה ממשלתית, אלא גם תחום הדיור המוגן לזקנים ממעמד הביניים. אדרבה, בניית דיור מוגן לזקנים אלו עשויה לפנות דירות שיוצעו למכירה בשוק החופשי וכך להעלות את היצע הדירות למשפחות ולזוגות צעירים. כל אלה מצריכים ראייה כוללת וארוכת טווח, אשר עליה להתבטא במערך תמריצים שתקבע המדינה כדי לעודד יזמים להקים בתי דיור מוגן בתעריפים שזקנים ממעמד הביניים יוכלו לעמוד בהם. התמריצים האלה יכולים לכלול הקצאת קרקעות ללא עלות ליזמים וכמו כן תמריצים שונים בתחום המיסוי.

בתחום הטיפול הממושך הסיעודי, יש להניח כי תנועת השינוי התרבותי במוסדות לזקנים (שגישתה נידונה בהרחבה בפרק א) לא תפסח על המוסדות לטיפול ממושך בישראל. השינויים שבהם דוגלת תנועה זו כוללים לא רק שינויים בקונפיגורציה הפיזית של סוגי המוסדות האלה, אלא השינויים האלה גם משקפים מודלים אחרים שלפיהם פועלים ומתנהלים המוסדות האלה מתוך הדגשת מקומו המרכזי של הדייר בתוך המערכת הזאת. המגמות ההולכות ומתרחבות בעולם המערבי באות לידי ביטוי בתופעה של בניית מבנים קטנים דמויי בית, דוגמת "הבתים הירוקים" שהתפתחו בארצות הברית, ומשם התפשטו למדינות רבות אחרות כמו אוסטרליה, יפן ומדינות שונות באירופה.

אולם השינוי בקונפיגורציה הפיזית מצריך שינויים גם בתפיסות ובמודל הניהול של המוסדות האלה במקביל. בעולם התרחש מעבר מן המודל הרפואי – שאפיין מוסדות טוטליים בעבר ועדיין מאפיין מוסדות לטיפול ממושך בישראל – למודל חברתי המדגיש את העמדת הדייר הזקן במרכז, וכן את העיסוק במכלול צרכיו כאדם, ברווחתו, באיכות חייו, בזכויותיו ובשביעות רצונו. כל אלה אכן מצריכים שינוי תרבותי במוסדות האלה בישראל. אמנם צעד חשוב בכיוון זה הוא תכנית הרפורמה שאותה יזם האגף לגריאטריה במשרד הבריאות, ולפיה על המוסדות להיערך עד שנת 2016 לשיפור התנאים הפיזיים במוסדות. אולם אין די בתכנית זו. בצד שיפור התנאים הפיזיים יש צורך גם בשינוי תפיסתי לגבי מודל הטיפול ושיטות הטיפול. למרבה הצער, המודל הרפואי הוא עדיין המושל בכיפה במוסדות האלה. אמנם מאז שהוקמה מערכת מובנית ושיטתית של מנגנוני פיקוח ובקרה חל שיפור משמעותי באיכות הטיפול בדיירי המוסדות, ושיפור זה קשור לשיפור באיכות החיים שלהם. אך לעתים דגש רב מדי באיכות הטיפול עלול לפגוע באיכות החיים של הדיירים, שכן לעתים הגבלות שונות – המוטלות על הדיירים בשם איכות הטיפול ובשם ההגנה עליהם – יש בהן גם כדי לצמצם ולהגביל את האוטונומיה שלהם ואת זכויותיהם כאנשים.

יש לציין את היצירתיות והחדשנות המאפיינות כיום את המסגרות המוסדיות בתחום הזִקנה ברחבי העולם ואת "שבירת" המסגרות הידועות והמוכרות. זאת ממחישים כפרי גמלאים, מושבות גמלאים,

פתרונות מוסדיים גלובליים (של מסגרות בחו"ל שאליהן "שולחים" את הזקנים), תאגידים בין-לאומיים המנהלים "רשתות" בכל רחבי העולם, מוסדות קטנים הממוקמים בבתים משותפים רגילים ועוד. בישראל התחום הזה עדיין קופא על שמריו, ויש כאן כר נרחב ליצירתיות ולחדשנות. דוגמה ליצירתיות כזו היא התכנית הניסיונית של בתי אבות להקים "בתי אבות וירטואליים" שבמסגרתם מספקים בתי האבות שירותים לזקנים החיים בקהילה והופכים ל"חלק" מן המסגרת המוסדית נוסף על היותם בקהילה. גם לפיתוחים טכנולוגיים חדישים ומתקדמים – כמו רובוטים מפותחים, חיישנים למיניהם, מערכות ICT (Information Communication Technologies) – עשויה להיות השפעה משמעותית על הטיפול בדיירי המוסדות בעתיד, כמו גם על הכישורים הטכנולוגיים שיידרשו מן העובדים במוסדות אלו.

אימוץ גישות חדשות דוגמת "הבית הירוק" (שנידונו בפרק א) מצריך שינוי תפיסתי בקרב הגורמים הקובעים את מדיניות הטיפול בדיירים. שינוי זה צריך לבוא לידי ביטוי גם בשינויים הנדרשים בחוקים, בתקנות ובנהלים החלים על מנהלי המוסדות. הדבר מצריך גם שינויים בהגדרותיהם של התפקידים, וכן בהרכבם של אנשי המקצוע ובהכשרתם. למשל, עד היום אין במוסדות לזקנים תפקיד מוגדר ונדרש של גרונטולוגים, פסיכולוגים, וכן אנשי דת או מלווים רוחניים. העסקת גרונטולוגים בעלי תואר שני המביאים עמם ידע נרחב על הזִקנה ועל הזקנים הנה מחויבת המציאות במוסדות לטיפול ממושך, וכך גם העסקת אנשים היכולים לתת מענה לצרכים הרוחניים של דיירים אשר נושא המוות הוא חלק משגרת חייהם במוסדות לטיפול ממושך. לפיכך, יש מקום לבחון מחדש את תקינת כוח האדם הנדרשת במוסדות ואת סוגי התפקידים הנדרשים בהם, וכמו כן להגדיר מחדש את התחומים המקצועיים השונים. כל אלה מצריכים שינויי חקיקה אשר למרבה הצער אורכים זמן רב מאוד. הדוגמה הבולטת בהקשר זה היא תקנות הפיקוח על מעונות (תקן עובדי מעונות לזקנים והכשרתם ותנאי כשירותם של מנהלי מעונות לזקנים), התשל"ז-1977, אשר מזמן אבד עליהן הכלח. אפילו משרדי הממשלה עצמם כבר אינם פועלים על פיהן בבואם לבדוק את תקינת כוח האדם במוסדות, אלא הם פועלים על פי המלצות לתקינה שקבעה ועדת דרבסי בשנת 1982, וזאת משום שטרם הותקנו תקנות חדשות בנושא זה. גם תקנות הפיקוח על מעונות (תנאי המגורים וטיפול בזקנים עצמאיים ותשושים במעונות לזקנים), התשס"א-2001 טעונות תיקונים שונים. החוקים והתקנות הופכים במקרים רבים לבלתי רלוונטיים משום שהם אינם משתנים בקצב שיש בו כדי להדביק את קצב השינויים המהירים המתרחשים במציאות.

בצד הסוגיה של איכות כוח האדם וכישוריו עולה גם שאלת כמותו. ישנו מחסור ההולך ומחריף בכוח אדם מקצועי ובלתי מקצועי במוסדות. הדרישה של ארגון בתי האבות (אב"א) לחדש את הכשרתן של האחיות המעשיות ולאפשר העסקת מטפלים זרים במוסדות משקפת היטב מצוקה זו. אולם המצוקה הזאת עתידה להחריף אף יותר בעתיד. במתווה לתכנית הרפורמה בתחום הסיעוד נאמר כי "המספר החזוי של דיירים במוסדות יגיע בשנת 2020 ל-33 אלף ובשנת 2030 ל-48 אלף (בהנחה ששיעורי המיסוד הנוכחיים יישמרו). המשמעות – תוספת של שמונת אלפים דיירים עד 2020 ו-23 אלף עד 2030". עוד נאמר שם כי "המשמעות: קיים צורך לבצע תכנון ארוך טווח, בכל הקשור לתשתית מיטות וכוח אדם – מומחים לגריאטריה, אחיות וכוח עזר מיומן, ולוודא הערכות בהתאם במוסדות ההכשרה בעיקר מומחים לגריאטריה" (חורב, קידר והרשקוביץ, 2011). הדברים הללו נכתבו לפני 4 שנים. אולם מאז לא קרה דבר, ואין כל חדש תחת השמש.

סוגיה נוספת הטעונה ליבון היא הפיצול הקיים בין משרד הרווחה ובין משרד הבריאות לגבי מימונם של המעונות לזקנים והמוסדות הסיעודיים, ההשמה בהם והפיקוח עליהם. סוגיה זו טעונה הסדרה (כמפורט בהרחבה בפרק ב). מחברי המתווה לתכנית הרפורמה בתחום הסיעוד נתנו שם את דעתם על סוגיית הפיצול והשפעותיו בזו הלשון:

> מיותר לציין שהדינאמיקה המאפיינת את מצבם של חולים אלה, מביאה פעמים רבות למצב בו מבוטח עובר מסטאטוס אחד למשנהו, דבר שגורם לכך שכל פעם מחדש צריך לעמוד במבחני זכאות שונים... עקב הפיצול המתואר לעיל עלולות להיווצר סיטואציות שבהן מבוטחים "נופלים בין הכיסאות" בגלל חוסר מודעות של מבטח שהמבוטח הועבר לאחריותו ו/או חילוקי דעות בין מבטחים בדבר האחריות על המבוטח, בנוסף גורם הדבר לפגיעה ברצף הטיפולי של המבוטח. לכך מצטרף גם חוסר הידע של מבוטחים ומשפחותיהם באשר לזכויותיהם בכל אחת מהמערכות ולאי מיצוי זכויותיהם (חורב ואחרים, 2011).

אולם – וגם זאת למרבה הצער – מתווה זה לתכנית הרפורמה בתחום הסיעוד הוקפא. מכל מקום, יש לבטל פיצול זה, אשר הנו בלתי יעיל לא רק מבחינת הלקוחות ובני משפחותיהם (כפי שצוטט לעיל), אלא גם מבחינת ההוצאה הציבורית, שהרי כיום קיימות שתי מערכות להשמה, למימון ולפיקוח המשרתות מוסדות לטיפול ממושך. מיזוגן של שתי מערכות אלו למערכת אחת עשוי למנוע – או לפחות לצמצם – את הכשלים בתחום זה.

סוגיה נוספת (שנידונה בפרק ט) נוגעת למעורבות דיירים ולמעורבות בני משפחותיהם. כאמור, דיירי המוסדות הולכים ומשתנים במובנים רבים. לבתי דיור מוגן נכנסים אנשים בעלי משאבים אישיים, כלכליים וחברתיים המאפשרים להם להעמיד רף גבוה יותר של ציפיות, להציב דרישות ולפעול לקידומם של האינטרסים שלהם. הדוגמה של תהליך חקיקת חוק הדיור המוגן, התשע"ב–2012 – שבו היו מעורבים נציגי ועדי הדיירים בבתי הדיור המוגן, שמיהרו להגיש לבתי המשפט עתירות משפטיות שונות בנושאים שונים, ואף להציע הצעות לשינויים בחוק האמור – מצביעה על אקטיביזם ההולך וגדל מצד הדיירים, וזאת לצורך שמירה על זכויותיהם והגנה על האינטרסים שלהם. גם במוסדות סיעודיים הולכת וגוברת מעורבות המשפחות ולו מטעם זה בלבד שהשתתפותן הכספית בהוצאות החזקתו של הזקן במוסד הולכת וגדלה. למשל, בשנת 2010 הסתכמו הכנסות משרד הבריאות בגין שירותי אשפוז גריאטרי בערך ב–425 מיליון ש"ח, לרבות 248 מיליון ש"ח של הכנסות הן מן המוסד לביטוח לאומי בגין העברה ישירה של קצבאות זִקנה והשלמת הכנסה של מאושפזים, הן מקצבאות ומהשתתפות של בני משפחות. סכומי ההשתתפויות של המשפחות היו בערך 31% מתוך התקציב (חורב ואחרים, 2011). כלומר, גם כאשר הזקן התקבל למוסד סיעודי באמצעות מימון שניתן מתקציב משרד הבריאות ("קוד"), השתתפות המשפחות הגיעה לכדי שליש מכלל הכנסתו של משרד הבריאות עבור שירותי האשפוז הסיעודי. אם כן, ניתן לצפות כי הוצאות ההשתתפות ההולכות וגדלות של הזקנים ובני משפחותיהם במימון הסיעוד המוסדי יביאו גם להגדלת ציפיות, למעורבות עמוקה יותר ולדרישות רבות יותר בנושאים שונים הקשורים לאיכות הטיפול וליחס שניתן למטופל ולבני משפחתו ועוד.

מנהל המוסד וצוותו צריכים להתמודד עם כל האתגרים הללו. באשר על כן, תפקידו של מנהל המוסד הוא תפקיד מורכב ביותר המצריך כושר מנהיגות, סגנון ניהול פתוח ושתפני, יכולת לאצול

סמכויות, חיזוק עבודת הצוות הרב–מקצועי, טיפוח המשאב האנושי ופיתוח תרבות ארגונית השמה את הדייר במרכז ומשנה את מאזן הכוחות בין העובדים ובין הדיירים. בצד כל אלה על המנהל לפתח מנגנוני בקרה פנימיים כדי להבטיח רמת טיפול נאותה ושביעות רצון של הלקוחות. משמעות הדבר היא שמנהלים נדרשים להתמודד עם דרישות מרובות (ולעתים סותרות) הן מצד הסביבה הפנים–ארגונית הן מצד הסביבה החוץ–ארגונית של המוסד, ובכלל זה דרישות הרגולציה של גורמי הפיקוח והרישוי הרשמיים השונים (כמתואר בפרק יא) וקבלת לגיטימציה מהסביבה באמצעות המוניטין שיצאו למוסד ויסייעו לו להיות מקום מבוקש ובר תחרות (כאמור בפרק ד). כל אלה מצריכים כישורים אישיים ומקצועיים, יכולת יצירתית – ואפילו אמנותית – כדי להתמודד עם אתגרים בלתי שגרתיים הכרוכים בטיפול באנשים שחלקם חסרי ישע. מנהל טוב הוא מנהל היודע לטפח את עובדיו וליצור בהם תחושת מחויבות כלפי הארגון. העובדים כשלעצמם יגמלו לו במתן טיפול מסור ואיכותי לדיירים שעל הטיפול בהם הם מופקדים, ואילו הדיירים ובני משפחותיהם יכירו להם תודה על יחס של כבוד ועל טיפול מסור ואיכותי. מבחינה זו אין הבדל אם המוסד הוא מוסד ציבורי, וולונטרי או עסקי. גם כדי להרוויח יש להציע שירות איכותי, ומנהל צריך לדעת למצוא את האיזון בין הרווחיות ובין רמת השירות, ולראות את הדברים במבט לטווח רחוק.

ביבליוגרפיה

חורב, ט׳, קידר, נ׳ והרשקוביץ, ע׳ (2011). *ביטוח ציבורי בתחום הסיעוד: מתווה לרפורמה*. ירושלים: משרד הבריאות. נדלה מתוך http://www.health.gov.il/PublicationsFiles/aa040811.pdf

יקוביץ, א׳, בריק, י׳ וקטן, י׳ (2014). השירותים לאוכלוסייה הזקנה בישראל: הצורך בעיצוב תכנית אב לאומית. *גרונטולוגיה וגריאטריה*, 41(2), 73–9.

Townsend, P. (1962). *The last refuge*. London, England and Wales: Routledge & Kegan Paul.

הספר "סוגיות בניהול מוסדות לזקנים" הוא ספר ראשון מסוגו בארץ העוסק במגוון רחב של נושאים שהם לחם חוקם של מנהלי מוסדות לזקנים ושל צוות העובדים בו.

הספר מונה מספר חלקים:

חלקו הראשון דן בסוגיות כלליות של תפיסות בניהול מוסדות לזקנים, הסדרתם החוקית, תכנונם ושיווקם.

חלקו השני דן בסוגיות של ניהול שוטף כמו ניהול המשאב האנושי במוסדות, עבודה בצוותים רב מקצועיים ושיטות להעסקת עובדים ולאספקת שירותים.

חלקו השלישי מתמקד בדיירי המוסד ובמשפחותיהם ודן במעבר מהבית ובקליטה של הזקן במוסד, ובמעורבות וההשתתפות של הדיירים ומשפחותיהם.

הספר נחתם בשני פרקים העוסקים במערכות בקרה ופיקוח חיצוניים ופנימיים על מוסדות לזקנים ובדילמות הניהוליות הכרוכות בכך.

עורכת הספר, פרופ' אסתר יקוביץ משלבת ידע עיוני ואקדמי בהיותה מרצה וחוקרת בתחום הזקנה באוניברסיטת בן גוריון בנגב ומלמדת קורס שנתי בנושא ניהול מוסדות לזקנים, זאת לצד ניסיון פרקטי עשיר בניהול מערכת גדולה של מוסדות לזקנים בעבר, עת כיהנה כמנהלת האגף לבתי אבות במשען בשנים 1985-1998.

בכתיבת פרקי הספר לקחו חלק מטובי אנשי המקצוע בארץ, הן באקדמיה והן בפרקטיקה ובניהול מוסדות לזקנים על סוגיהם השונים ובהתאם לתחומי מומחיותם. הספר מיועד לאנשי מקצוע אשר עוסקים או מתעניינים בנושא של מוסדות לזקנים ולסטודנטים הלומדים בתכניות להכשרת עובדים בתחום הזקנה כמו גם אלה הלומדים לתארים מתקדמים בלימודי הזקנה באוניברסיטאות.

ISBN 978-965-70730-69-8
מספר קטלוגי 212849

www.eshelnet.org.il