



מענים בקהילה לילדים ולבני נוער עם קשיים נפשיים: חקרי מקרה של שלושה מענים בישראל

אלן מילשטיין טל לנטו אפרת שנהב
הילה דולב

עריכת לשון: רונית כהן בן-נון
תרגום לאנגלית (תקציר): חני מנור
עיצוב גרפי: אפרת ספיקר

עורכת ראשית: רויטל אביב מתוק

המחקר הוזמן על ידי 360 – התוכנית הלאומית לילדים ובני נוער בסיכון, המינהל לשירותים
אישיים וחברתיים ואגף מתו"ה במשרד הרווחה והביטחון החברתי ומומן בסיועם

מכון מאירס ג'וינט ברוקדייל
ת"ד 3886 ירושלים 9103702
טלפון: 02-6557400
brook@jdc.org | brookdale.jdc.org.il

ירושלים | שבט תשפ"ג | ינואר 2023

רקע

בשנים האחרונות גוברת המודעות בעולם בכלל ובישראל בפרט לחשיבות מתן טיפול מיטבי לילדים ובני נוער עם קשיים נפשיים. מאז פרוץ מגפת הקורונה בתחילת שנת 2020, יש עדות להחרפה במצבם הנפשי והרגשי של ילדים ובני נוער המחייבת מציאת מענה זמין ומיטבי לצורכיהם. כמו כן בשנים האחרונות התגבשה בעולם ובישראל ההבנה כי הטיפול המתאים ביותר עבור ילדים ובני נוער עם קשיים נפשיים הוא טיפול אינטגרטיבי (משולב) בקהילה. הכוונה למרכזי שירות המעניקים במקום אחד את מגוון השירותים שלהם זקוקים ילדים ובני נוער עם קשיים נפשיים ומשפחותיהם, בתחומים של בריאות הנפש, בריאות כללית, חינוך, חברה ורווחה. מודל שירות זה מכונה לעיתים 'מודל התחנה האחת' ('One Stop Shop').

בסקר שנערך בישראל בין השנים 2018-2020 נמצא כי לכ-93,000 ילדים ובני נוער יש קשיים נפשיים ניכרים, מהם לכ-51,000 יש פגיעה בתפקוד היום-יומי. נתונים אלו אינם מביאים בחשבון קשיים נפשיים מתונים או קלים, ומכאן עולה כי מספר הילדים ובני הנוער עם קשיים נפשיים בישראל גדול אף יותר. למתן מענה מיטבי מוקדם ככל האפשר תפקיד חשוב במניעת בעיות והפרעות נפשיות במהלך חייהם הבוגרים של הילדים ובני הנוער, ואף על פי כן מעטים הם מרכזי השירות האינטגרטיביים בקהילה הפועלים כיום עבורם.

בשנת 2014 החלה 360° – התוכנית הלאומית לילדים ולנוער בסיכון לקדם פיילוט בין-משרדי לפיתוח מענים אינטגרטיביים בקהילה עבור ילדים ובני נוער עם קשיים נפשיים, ובספטמבר 2020 עברה האחריות לפיתוח המענים למינהל השירותים האישיים והחברתיים במשרד הרווחה והביטחון החברתי, בשותפות עם משרד הבריאות ומשרד החינוך. לשם המשך פיתוח מענים אינטגרטיביים בקהילה המתאימים לילדים ובני נוער עם קשיים נפשיים, פנו 360° – התוכנית הלאומית לילדים ונוער בסיכון, המינהל לשירותים אישיים וחברתיים ואגף מתוו"ה במשרד הרווחה והביטחון החברתי למכון מאיר-סג"י-נט-ברוקדייל בבקשה לבחון את תוצאות הטיפול הניתן במענים הקיימים ואת איכות השירות הניתן בהם. זאת באמצעות סקירת ספרות בין-לאומית, חקרי מקרה של מענים בקהילה, בניית מודל לוגי ומדידת תוצאות. מסמך זה מציג את ממצאי חקרי המקרה של שלושה מענים בקהילה המיועדים לילדים ובני נוער עם קשיים נפשיים: שתי חממות חינוכיות-טיפוליות, בצפת ובמר'אר, ומרכז צ'רנה בירושלים.

מטרות

1. לבחון ולתאר לעומק שלושה מענים בקהילה עבור ילדים ובני נוער עם קשיים נפשיים, שנכללו בפיילוט בין-משרדי בהובלת משרד הרווחה והביטחון החברתי.
2. להציע כיווני פעולה אפשריים לשיפורם של מענים אלו בפרט ולפיתוח מערך השירותים בקהילה עבור ילדים ובני נוער עם קשיים נפשיים בכלל.

שיטה

- **ניתוח מסמכי מדיניות ונתונים** על מודל הפעולה של המענים (מטרות, סדר יום, שירותים, כוח אדם ומשאבים) ועל תוצאותיו. הנתונים נאספו עצמאית על ידי הצוותים בשלושת המענים.
- **ביקור ותצפית**. נערכו בכל אחד מן המענים, להתרשמות בלתי אמצעית של צוות המחקר.
- **ראיונות**. בכל אחד מן המענים נערכו ראיונות מובנים למחצה. ראיונות בני נוער מקבלי השירות, בוגרים, הורים, נציגי הנהלה ואנשי מקצוע מן הקהילה המכירים את המענים (עו"ס מן המחלקה לשירותים חברתיים ברשות המקומית, יועצות חינוכיות בבתי הספר וכו'). בסך הכול נערכו 35 ראיונות.
- **קבוצות מיקוד**. בכל אחד מן המענים נערכה קבוצת מיקוד אחת עם אנשי הצוות המקצועי: מורים, עו"ס, פסיכולוגים. במרכז צ'רנה השתתפו בקבוצה גם מדריכה ואם בית. בסך הכול נערכו שלוש קבוצות מיקוד והשתתפו בהן 13 איש.

ממצאים

נמצאו הבדלים ניכרים בין שלושת המענים שנבחנו. שתי החממות החינוכיות-טיפוליות, בצפת ובמר'אר, מציעות לילדים ובני נוער בשלבי מצוקה ראשוניים שירות אינטגרטיבי בקהילה המיועד למניעת נשירה מבתי הספר והמשך הידרדרות. לעומת זאת מרכז צ'רנה הוא מרכז פוסט-אשפוזי בקהילה המיועד לנערות עם קשיים נפשיים מורכבים יותר, שבחלקן הגדול נשרו מבתי הספר, והוא משלב טיפול רגשי בצד לימודים. על אף השוני הרב ביניהם, שני סוגי המענים נותנים מענה לצורכי אוכלוסיות היעד שהם נועדו לשרת. המרואיינים, אנשי המקצוע ומקבלי השירות, העידו על התרומה הרבה של המענים למצבם של מקבלי השירות ומשפחותיהם.

כיווני פעולה

ממצאי חקרי המקרה מצביעים על כמה כיווני פעולה אפשריים לשיפור שלושת המענים שנבחנו: הנגשה פיזית, כלכלית ותרבותית; חיזוק האופי האינטגרטיבי של המענים; יצירת מענה רב-מקצועי מקיף ומתואם היטב, הכולל מערך למדידה שוטפת ולהערכה. חקרי המקרה אף עשויים ללמד על כיווני פיתוח אפשריים של מענים נוספים עבור ילדים ובני נוער עם קשיים נפשיים בקהילה. הראיונות מעידים על צורך רב בפיתוח של שני סוגי המענים בקהילה, המניעתי-אינטגרטיבי והפוסט-אשפוזי, אולם לשם אישוש ממצא זה זיהויו מדויק יותר של סוגי השירות החסרים וקבוצות באוכלוסייה הסובלות ממחסור חמור במיוחד במענים, נדרש מיפוי שיטתי ומקיף של השירותים הקיימים בקהילה עבור ילדים ובני נוער עם קשיים נפשיים.

דברי תודה

ראשית, ברצוננו להודות לכל המרואיינים בחקרי המקרה בשלושת המענים – בני נוער, בוגרים, הורים, אנשי צוות, נציגי הנהלה במענים ואנשי מקצוע בקהילה. ללא נכונותם לשתף בכנות ובפתיחות, המחקר לא היה מתאפשר.

תודה לחברי ועדת ההיגוי הבין-משרדית שליוותה את המחקר מראשית דרכו, ובייחוד למאיה אשור סמדר, מנהלת תחום פ"א-טיפול בהורות ומובילת הנושא במינהל לשירותים אישיים וחברתיים, משרד הרווחה והביטחון החברתי.

תודה מיוחדת לעמיתתנו ארוא מג'אדלה על הסיוע בעריכת הראיונות בערבית.

תוכן עניינים

1	מבוא
2	מבנה הדוח
3	רקע: מערכת השירותים בישראל לילדים ולבני נוער עם קשיים נפשיים
3	1. שינויים בתפיסות ובמדיניות כלפי אנשים עם מוגבלות
4	2. ילדים ובני נוער עם קשיים נפשיים בישראל
5	3. היעדר אינטגרציה בין מערכות הבריאות, הרווחה והחינוך
7	מטרות המחקר
8	שיטה
8	1. מערך המחקר
10	2. כלי המחקר
10	3. אתיקה במחקר
11	מגבלות המחקר
12	שער ראשון: חממות חינוכיות-טיפוליות בצפת ובמר'אר
14	1. אוכלוסיית היעד
15	2. מטרות
15	3. המרחב הפיזי והסביבתי
16	4. אנשי הצוות בחממות
16	5. הפעילות בחממות וחוויות השירות
20	6. דרכי עבודה אינטגרטיביות
24	7. השוואה בין החממה בצפת לחממה במר'אר
24	8. אתגרים, קשיים וצרכים שלא מקבלים מענה
26	9. סיכום
27	שער שני: מרכז צ'רנה
29	1. אוכלוסיית היעד
30	2. מטרות
30	3. המרחב הפיזי והסביבתי
30	4. נשות הצוות במרכז
31	5. הפעילות במרכז וחוויות השירות
35	6. דרכי עבודה אינטגרטיביות
37	7. אתגרים, קשיים וצרכים שלא מקבלים מענה
38	8. סיכום

39	סיכום וכיווני פעולה
39	סיכום
39	כיווני פעולה
42	מקורות
44	נספח: מענים במערכות הבריאות, הרווחה והחינוך בישראל עבור ילדים ובני נוער עם קשיים נפשיים

רשימת לוחות

5	לוח 1: ילדים ובני נוער עם בעיה נפשית או קושי רגשי משמעותי, על בסיס דיווחי ההורים
6	לוח 2: שירותים הניתנים על ידי משרדי הממשלה לילדים ובני נוער עם קשיים נפשיים
9	לוח 3: משתתפי המחקר (מרואיינים ומשתתפים בקבוצות המיקוד)
13	לוח 4: 'כרטיס ביקור' של החממות
28	לוח 5: 'כרטיס ביקור' של מרכז צ'רנה

מבוא

בשנים האחרונות גוברת המודעות בעולם בכלל ובישראל בפרט לחשיבות מתן טיפול מיטבי לילדים ובני נוער עם קשיים נפשיים. מאז פרוץ מגפת הקורונה בתחילת שנת 2020, יש עדות להחרפה במצבם הנפשי והרגשי של ילדים ובני נוער ([דלי וסופר, 2021](#); [ארזי וסבג, 2020](#)), המחייבת מציאת מענה זמין ומיטבי לצורכיהם. כמו כן בשנים האחרונות התגבשה בעולם ובישראל ההבנה כי הטיפול המתאים ביותר עבור ילדים ובני נוער עם קשיים נפשיים הוא טיפול אינטגרטיבי (משולב) בקהילה ([רימון-גרינשפן ואח', 2021](#)). הכוונה למרכזי שירות המעניקים במקום אחד את מגוון השירותים שלהם זקוקים ילדים ובני נוער עם קשיים נפשיים ומשפחותיהם, בתחומים של בריאות הנפש, בריאות כללית, חינוך, חברה ורווחה. מודל שירות זה מכונה לעיתים 'מודל התחנה האחת' ('One Stop Shop') (דולב וצמח-מרום, 2015).

בין השנים 2018-2020 נערך בישראל סקר בקרב מדגם ארצי מייצג של 17,000 מקבלי קצבת ילדים. בסקר זה 3.1% מן ההורים דיווחו כי לילדם יש מוגבלות נפשית או קושי רגשי משמעותי, ו-1.7% דיווחו כי קושי זה פוגע בתפקוד היום-יומי שלו (קושי שמפריע או מפריע מאוד לחיי היום-יום). כלומר בישראל היו בזמן עריכת הסקר כ-93,000 ילדים ובני נוער עם קשיים נפשיים ניכרים, מהם לכ-51,000 יש פגיעה בתפקוד היום-יומי ([ברלב ואח', 2021](#)). נתונים אלו אינם מביאים בחשבון קשיים נפשיים מתונים או קלים, ומכאן עולה כי מספר הילדים ובני הנוער עם קשיים נפשיים בישראל גדול אף יותר.

בדומה למדינות אחרות, גם בישראל אומצה בעשורים האחרונים מדיניות הדוגלת בפיתוח שירותים חברתיים בקהילה עבור קבוצות באוכלוסייה. שירות ילד ונוער במשרד הרווחה והביטחון החברתי (להלן: משרד הרווחה) החל להפעיל בשנת 2004 את מדיניות 'עם הפנים לקהילה' המדגישה את פיתוח השירותים בקהילה לילדים ונוער בסיכון (דולב ואח', 2008). עם חקיקת [חוק שיקום נכי נפש בקהילה התש"ס-2000](#) עבור בוגרים מגיל 18 ויותר, חל פיתוח מואץ של שירותים בקהילה המיועדים לבוגרים עם מוגבלות נפשית. עם זאת ילדים ובני נוער עם קשיים נפשיים עדיין אינם מקבלים מענה הולם לצורכיהם, שכן אין כיום במדינת ישראל גוף אשר מקבל אחריות כוללת על הטיפול בהם.

בשנת 2014 החלה 360° – התוכנית הלאומית לילדים ולנוער בסיכון (להלן: התוכנית הלאומית) לקדם פיילוט בין-משרדי לפיתוח מענים אינטגרטיביים בקהילה עבור ילדים ובני נוער עם קשיים נפשיים, ובספטמבר 2020 עברה האחריות לפיתוח המענים למינהל השירותים האישיים והחברתיים במשרד הרווחה, בשותפות עם משרד הבריאות ומשרד החינוך. כצעד ראשון בתהליך הפיתוח והרחבת השירות, פנו התוכנית הלאומית ומשרד הרווחה למכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל בבקשה לבחון את תחום המענים האינטגרטיביים בקהילה לילדים ולבני נוער עם קשיים נפשיים במדינות שונות בעולם (ראו [רימון-גרינשפן ואח', 2021](#)) וכן לבחון בחינת עומק, בשיטה של חקר מקרה, שני מודלים של שירות בישראל שבהם התמקד הפיילוט: מודל השירות במרכז צ'רנה בירושלים ומודל החממה החינוכית-טיפולית של המרכז הרפואי זיו בצפת (להלן: חממה; חממות). מודל החממה נבחן בשני סניפים: חממת האם בצפת והחממה במר'אר, ועל כן נערכו בסך הכול שלושה חקרי מקרה.

מבנה הדוח

תחילה יוצג רקע על מערכת השירותים בישראל לילדים ולבני נוער עם קשיים נפשיים, ולאחר מכן יוצגו מטרות המחקר, שיטת המחקר ומגבלות המחקר. בהמשך יוצגו הממצאים שעלו מבדיקת שני המודלים, בשלושה חקרי המקרה: בשער הראשון יוצגו שתי החממות החינוכיות-טיפוליות: חממת האם בצפת והחממה במר'אר, השייכות שתיהן למרכז הרפואי זיו ופועלות על פי מודל החממה; בשער השני יוצג מרכז צ'רנה בירושלים. בכל חקר מקרה יוצגו אוכלוסיות היעד, מטרות המענה, המרחב והפיזי והסביבתי, מודל הפעולה בצד חוויות השירות של מקבלי השירות (בני הנוער וההורים), דרכי עבודה אינטגרטיביות וכן קשיים, אתגרים וצרכים שלא מקבלים מענה. לבסוף יובא סיכום ויוצעו כיווני פעולה להמשך שיפור ופיתוח המענים בתחום.

רקע: מערכת השירותים בישראל לילדים ולבני נוער עם קשיים נפשיים

1. שינויים בתפיסות ובמדיניות כלפי אנשים עם מוגבלות

במשך שנים רבות רווחה במערכת בריאות הנפש בעולם גישה המכונה "המודל הרפואי", ולפיה מוגבלות, גופנית או נפשית, היא סטייה מן הנורמה, ומשום כך היא מוגדרת מצב לא רצוי או לא נורמטיבי. לפי מודל זה, הטיפול באדם מתמקד במגבלותיו התפקודיות, המבחינות בינו ובין אנשים ללא מוגבלות (Oliver, 2013). כך, לדוגמה, אנשים המתמודדים עם קשיים נפשיים הם "חולי נפש" ויש לאשפזם למשך תקופות ממושכות במטרה להפחית את הסימפטומים שהם מציגים (הוד וטואף, 2021).

כנגד המודל הרפואי, צמח החל משנות השבעים של המאה ה-20 "המודל החברתי". את המודל פיתחו אנשי אקדמיה, חוקרים ואקטיביסטים, ובהם גם אנשים עם מוגבלות, והוא הושפע מתנועות לזכויות אנשים עם מוגבלות ברחבי העולם. המודל החברתי מנתק בין לקות ובין מוגבלות ומבחין כי בעוד לקות היא מצב רפואי אובייקטיבי, מוגבלות היא למעשה הבניה חברתית (שייקספיר, 2016). לפי גישה זו יש צורך בשינוי פוליטי, תפיסתי וחברתי בהתייחסות לאנשים עם מוגבלות (Oliver, 2013).

בעשורים האחרונים מושפעת מערכת בריאות הנפש בעולם מצמיחתה של גישה אחרת הנקראת "גישת ההחלמה". גישה זו פועלת על פי עיקרון ולפיו האדם נמצא במרכז, והיא מתמקדת בשיפור איכות החיים, השתלבות בקהילה והשבה של תחושת שליטה, אוטונומיה, בחירה, משמעות ועצמאות. לפי גישה זו, החלמה אין משמעותה "הבראה" או חזרה של האדם למצב שקדם למשבר הנפשי, אלא בנייה מחודשת של זהות אישית וחברתית ושל חיים בעלי משמעות בצד הקושי הנפשי, על בסיס רצונותיו של האדם וחיבור למשפחתו, לסביבה ולקהילה שבה הוא חי (הוד וטואף, 2021).

השינוי התפיסתי והמעבר ההדרגתי מן המודל הרפואי אל המודל החברתי ואל גישת ההחלמה באים לידי ביטוי הן בשינויים בחקיקה הן בעיצוב מחדש של המדיניות בשירותים החברתיים בעולם בכלל ובישראל בפרט. בשנת 1998 חוקק בישראל [חוק שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות](#) המבוסס על עקרונות היסוד של כבוד וחירות של אדם עם מוגבלות. החוק מעגן את זכותו של אדם עם מוגבלות להשתתפות שוויונית ופעילה בחברה בכל תחומי החיים, בצד מתן מענה הולם לצרכיו המיוחדים באופן המאפשר לו להיות את חייו בעצמאות מרבית, בפרטיות ובכבוד. בשנת 2006 התקבלה באו"ם [האמנה הבין-לאומית לזכויות של אנשים עם מוגבלות](#) (Convention on the Rights of Persons with Disabilities) שאושרה בישראל בשנת 2012. האמנה מושתתת על המודל החברתי ומקדמת את האוטונומיה והעצמאות של אנשים עם מוגבלות הבאות לידי ביטוי בזכותם להיות שותפים פעילים בקבלת החלטות הנוגעות לחייהם בכל תחומי החיים. לשם כך, האמנה קובעת סטנדרטים בין-לאומיים לזכויות אזרחיות וחברתיות של אנשים עם מוגבלות, בכל תחומי החיים, ובהם דיור, חינוך, זוגיות והורות (ערן ואח', 2017).

בתחילת שנות התשעים פורסמו תוצאות דיוניה של ועדת חקירה ממלכתית לבדיקת תפקודה ויעילותה של מערכת הבריאות במדינה – 'ועדת נתניהו'. הוועדה קמה על רקע הגירעון הגדול של שירותי בריאות כללית שהעמיד את מערכת הבריאות בישראל

בפני משבר (בר עוז ואח', 2019). בתחום בריאות הנפש, מצאה ועדת נתניהו כי בישראל חלה ירידה במספר המאושפזים בבתי חולים, אך מגמה זו לא לוותה בפיתוח של שירותים קהילתיים. לנוכח ממצאים אלו המליצה הוועדה לשלב את שירותי בריאות הנפש בשירותי הרפואה הכללית, לשפר את שירותי השיקום הקהילתיים ולהעביר את האחריות להספקת מכלול שירותי בריאות הנפש לקופות החולים (לוי, 2004).

בשנת 1994 נחקק חוק ביטוח בריאות ממלכתי, ובו נקבע שכל תושב מדינת ישראל זכאי לקבל סל שירותי בריאות בסיסי מקופת החולים שהוא מבוטח בה. עם זאת שירותי בריאות הנפש נותרו זמנית באחריות משרד הבריאות. בשנים שלאחר מכן פעל משרד הבריאות להביא ליישום המלצות ועדת נתניהו, ולבסוף בוצעה הרפורמה בבריאות הנפש שכללה שלושה מהלכים עיקריים (לוי, 2004; מבקר המדינה, 2020; הוד וטואף, 2021):

1. **רפורמה מבנית** – בשנות התשעים ובראשית שנות האלפיים כללה מדיניות משרד הבריאות צמצום מספרן של מיטות האשפוז בבתי החולים הפסיכיאטריים והרחבת המערך הקהילתי לטיפול באנשים עם קשיים נפשיים.
 2. **רפורמה שיקומית** – בשנת 2000 נחקק חוק "שיקום נכי נפש בקהילה" שכלל הקמת מערך סל שיקום בקהילה, לשם מתן שירותי שיקום פסיכיאטרי בתחומי דיור, תעסוקה, השכלה ופנאי עבור אנשים בוגרים בני 18 ויותר.
 3. **רפורמה ביטוחית** – מהלך שחל בשנים 2012-2015, ובמסגרתו הועברה האחריות למתן שירותי בריאות הנפש ממשרד הבריאות לקופות החולים, במסגרת חוק ביטוח בריאות ממלכתי.
- על אף הרפורמה בבריאות הנפש, ילדים ובני נוער עם קשיים נפשיים עדיין אינם מקבלים כיום מענה הולם בקהילה, משום שחוק שיקום נכי נפש בקהילה התש"ס-2000 חל רק על בגירים בני יותר מ-18 (רבינוביץ' 2015; הוד וטואף, 2021) וחסרים שירותים המתאמים לצורכיהם הייחודיים של בני הנוער והילדים.

2. ילדים ובני נוער עם קשיים נפשיים בישראל

במיקוי שנערך בשנת 2015 ב-169 יישובים שבהם פעלה התוכנית הלאומית אותרו 77,624 ילדים ובני נוער עם מוגבלות נפשית (על פי אבחון), ילדים ובני נוער המגלים התנהגויות של סיכון או פגיעה עצמית, וילדים ובני נוער המתקשים בהסתגלות וביצירת קשר עם אחרים. קבוצה זו של ילדים היוותה כשליש מכלל הילדים ובני הנוער שאותרו כאוכלוסייה בסיכון, וכ-5% מכלל הילדים ובני הנוער בישראל (360⁰ – התוכנית הלאומית לילדים ונוער בסיכון, 2015).

כאמור, בסקר שנעשה במכון ברוקדייל במחצית השנייה של 2020 בקרב מדגם ארצי מייצג של 17,000 מקבלי קצבת ילדים, דיווחו 3.1% מן ההורים כי לילדם "בעיה נפשית או קושי רגשי משמעותי". האומדן לאוכלוסייה היה כ-93,000 ילדים ונוער (**לוח 1**). 1.7% מן ההורים דיווחו כי בעיה זו או קושי רגשי משמעותי זה "מגביל או מקשה על ילדם לעשות פעילויות יום-יומיות שרוב הילדים בני גיל/ה עושים" – הדבר הוגדר על ידי עורכי הסקר מוגבלות נפשית או רגשית (האומדן לאוכלוסייה היה כ-51,000 ([ברלב ואח', 2021](#))).

לוח 1: ילדים ובני נוער עם בעיה נפשית או קושי רגשי משמעותי, על בסיס דיווחי ההורים (באחוזים ובמספרים)

שיעור הילדים (באחוזים)	אומדן לאוכלוסייה (במספרים)
עד גיל 6	0.42
6-12 (בית ספר יסודי)	1.33
12-18 (מחטיבת הביניים ועד סיום תיכון)	1.34
סך הכול	3.10
	92,607

מקור הנתונים: ברלב ואח', 2021

עוד עלה מן הסקר כי 57.8% מן ההורים שדיווחו שלילדם יש מוגבלות נפשית או רגשית דיווחו גם על לקות למידה או על בעיית קשב וריכוז. מוגבלויות נוספות שדווחו בשכיחות גבוהה, בצד הדיווח על מוגבלות נפשית, היו הפרעת התנהגות מאובחנת (34.3%) וקושי מאובחן בדיבור או בשפה (27.1%) (ברלב ואח', 2021).

בצד ההתמודדות עם המצוקה ועם הסימפטומים המאפיינים את הקשיים הנפשיים, ילדים ובני נוער עם קשיים נפשיים ובני משפחותיהם סובלים מस्टיגמות ומחששות כבדים בדבר השפעת הקשיים הנפשיים על עתיד הילדים. במחקר שנערך בקרב מבוגרים (שטרון ואח', 2007) נמצאו סטיגמות רבות בנוגע לאנשים עם קשיים נפשיים. בין השאר נמצא כי 52% מן המשיבים אינם מוכנים להעסיק אדם עם בעיה נפשית, 35% אינם מוכנים לעבוד עם אדם כזה, 34% לא יוכלו להמשיך להיות חברים קרובים שלו, 31% אינם מוכנים לקבלו כשכן, ו-21% אינם מוכנים להיות ידידים של אדם עם בעיה נפשית. מחקר אחר מצא שלרפורמה בבריאות הנפש בישראל לא הייתה השפעה על הסטיגמות הקשורות בקבלת טיפול נפשי (Ben Natan et al., 2017).

3. היעדר אינטגרציה בין מערכות הבריאות, הרווחה והחינוך

שלושה משרדי ממשלה מספקים כיום מענה לילדים ובני נוער עם קשיים נפשיים, בהיבטים שונים: משרד הבריאות אחראי לטיפול הרפואי במרפאות לבריאות הנפש ובמחלקות לאשפוז פסיכיאטרי; משרד הרווחה אחראי לטיפול החוץ-ביתי (פנימיות פוסט-אשפוזיות) ולקבלת גמלאות דרך המוסד לביטוח לאומי; ומשרד החינוך אחראי לשירותי חינוך במסגרות החינוכיות – מתן מענה מותאם מבחינה לימודית, חברתית ורגשית במסגרת שירותי חינוך מיוחדים הניתנים בסל אישי לתלמידים המשולבים בבתי ספר רגילים, בכיתות חינוך מיוחד בבתי ספר רגילים, בבתי ספר לחינוך מיוחד ובמסגרות חוץ-ביתיות (עבור מספר מצומצם מן הילדים המאושפזים בבתי החולים) (הוד וטואף, 2021). **לוח 2** מציג את השירותים שמספקים משרדים אלו (להרחבה ראו נספח). חשוב לציין כי טרם נעשה מיפוי שיטתי של השירותים המוצעים היום בקהילה לילדים ולבני נוער עם קושי נפשי בישראל.

לוח 2: שירותים הניתנים על ידי משרדי הממשלה לילדים ובני נוער עם קשיים נפשיים

משרד הבריאות	משרד החינוך	משרד הרווחה / המוסד לביטוח לאומי
בקהילה מרפאות ציבוריות לבריאות הנפש	חינוך מיוחד (כיתות ייעודיות לחינוך מיוחד, בבתי ספר רגילים ובתי ספר לחינוך מיוחד) סל תמיכה של שירותי חינוך מיוחדים בבתי ספר רגילים שירותי חינוך לילדים חולים השוהים בביתם, מתוקף חוק ילדים חולים	גמלת ילד נכה
חוץ-ביתי אשפוז פסיכיאטרי	שירותי חינוך לילדים מאושפזים מתוקף חוק ילדים חולים	פנימיות פוסט-אשפוזיות, הוסטלים ואומנה טיפולית

אין כיום בישראל גוף שיש לו אחריות כוללת על הטיפול בילדים ובני נוער עם קשיים נפשיים, ומשום כך אוכלוסייה זו אינה מקבלת את המענים ההולמים את צרכיה. בדוח של מרכז המידע והמחקר של הכנסת שהוגש לוועדה לזכויות הילד לקראת פעילותה בכנסת ה-20 (רבינוביץ', 2015) עלתה טענה שבמשך שנים יש מחלוקת בנוגע לאחריות למענים בקהילה, בייחוד למסגרות פוסט-אשפוזיות לילדים ובני נוער. על פי משרד הרווחה, רוב המטופלים במסגרות פוסט-אשפוזיות נזקקים לטיפול פסיכיאטרי אינטנסיבי ולאשפוזים חוזרים בזמן שהותם במסגרות אלו, וראוי שמשרד הבריאות יוביל את הטיפול בקבוצה זו, בשיתוף משרד הרווחה ומשרד החינוך. לעומת זאת במשרד הבריאות סבורים שמשרד הרווחה הוא שאמור להוביל את הטיפול בילדים ובבני נוער עם קושי נפשי הזקוקים למסגרת פוסט-אשפוזית. משמעות המחלוקת בין המשרדים בנוגע לאחריות הכוללת לטיפול בילדים ובני נוער עם קשיים נפשיים היא חוסר תיאום והיעדר רצף טיפולי עבורם (רבינוביץ', 2015; הוד וטואף, 2021).

דיונים שנערכו בוועדה לזכויות הילד בכנסת בשנים 2012-2015 בנושא מענים לילדים ובני נוער עם קשיים נפשיים הציפו את הבעיות בתחום, ובעקבותיהם הוחלט להקים צוות בין-משרדי שידון בטיפול בילדים ובני נוער לאחר אשפוז פסיכיאטרי. בצוות שהוקם (להלן: הצוות הבין-משרדי), בראשות הגב' מלכה פרגר, מנהלת השירות הארצי לעבודה סוציאלית במשרד הבריאות, השתתפו נציגים של שלושת המשרדים העיקריים המטפלים בנושא יחד עם נציגי שירותים ואנשי מקצוע רלוונטיים נוספים. באפריל 2014 הוגשו המלצות הצוות הבין-משרדי למנכ"ל משרד הבריאות (רבינוביץ', 2015). בין השאר המליץ הצוות על הקמת מרכזי יום אינטגרטיביים בקהילה עבור ילדים ובני נוער במצבים מורכבים שבהם אין צורך באשפוז אבל גם אין אפשרות לתת מענה מלא על הצרכים במסגרת אמבולטורית. במרכזים אלו ייתנו במשולב שירותים בשלושת התחומים – בריאות, רווחה וחינוך.

בעקבות המלצת הצוות הבין-משרדי הוקמה בשנת 2014 ועדת היגוי בין-משרדית בהובלת התוכנית הלאומית, והיא זו שקיבלה על עצמה להוביל את פיתוח המענים בקהילה עבור ילדים ובני נוער עם קשיים נפשיים, בתור חלופה למסגרות אשפוזיות ופוסט-אשפוזיות. התוכנית הלאומית לקחה תחת חסותה חלק מן המענים הפועלים בישראל, ובהם 'מרכז צ'רנה' שהוקם בירושלים על ידי עמותת 'מניפה', וכן 'חממות חינוכיות-טיפוליות' של המרכז הרפואי זיו בצפת. החל מספטמבר 2020 קיבל על עצמו מנהל השירותים האישיים והחברתיים במשרד הרווחה להוביל את הנושא, בשיתוף משרד הבריאות ומשרד החינוך. את המרכזים אף ליוו צוותי פיקוח בין-משרדיים מחוזיים קבועים וועדת היגוי ארצית בין-משרדית.

מטרות המחקר

למחקר שתי מטרות:

1. לבחון ולתאר לעומק שלושה מענים בקהילה עבור ילדים ובני נוער עם קשיים נפשיים, שנכללו בפיילוט הבין-משרדי בהובלת משרד הרווחה. בתוך כך נבדקו:
 - המאפיינים העיקריים של המענה – מאפייני מקבלי השירות וצורכיהם; מטרות סופיות ומטרות הביניים; מודל הפעולה.
 - מנגנוני עבודה המשמשים ליצירת עבודה אינטגרטיבית בקהילה, הן בין אנשי הצוות במענה הן בין המענה ובין ארגונים וגורמים רלוונטיים אחרים.
 - חוויית השירות של מקבלי השירות ותרומת הפעילויות והשירותים הניתנים.
 - קשיים ואתגרים שעומדים מעמדם מתמודדים המענים, והשירותים החסרים בהם כיום.
2. להציע כיווני פעולה אפשריים לשיפורם של מענים אלו בפרט ולפיתוח מערך השירותים בקהילה עבור ילדים ובני נוער עם קשיים נפשיים בכלל.

חקר מקרה הוא אחת השיטות המקובלות לביצוע מחקרי הערכה. השיטה מאפשרת לבחון בחינה מעמיקה ומקיפה שירותים ותוכניות, בהקשר שבו הם פועלים ומנקודות ראות שונות, כלומר מנקודת מבטם של בעלי עניין שונים, ובהם אנשי צוות, מקבלי שירות ובני משפחה. חקר מקרה מאפשר לבחון הן את יישום מודל הפעולה של השירות הן את ההתערבות שהוא מציע, להבין ולגלות היבטים שונים ומרובים שלו ולהעניק למשתתפים אפשרות לבטא את עמדותיהם ואת תפיסת עולמם בנוגע לנושא הנחקר (Yin, 1992; Tellis, 1997; Baxter & Jack, 2008). המשתתפים בחקרי מקרה אינם נבחרים מדגמית אלא נבחרים בחירה מכוונת, בהיותם מקור לידע שיכול לתרום לנושא הנחקר (Stake, 1995).

במחקר נערכו שלושה חקרי מקרה של מענים המיועדים לילדים ובני נוער עם קשיים נפשיים: מרכז צ'רנה בירושלים ושני סניפים של מערך החממות החינוכיות-טיפוליות של המרכז הרפואי זיו – חממת האם בצפת והחממה במר'אר. את המענים בחרה ועדת ההיגוי של המחקר, בהתבסס על העובדה שהם פעלו בשנים האחרונות במסגרת הפיילוט הבין-משרדי בהובלה של משרד הרווחה בשיתוף משרד החינוך ומשרד הבריאות, על בסיס הפלטפורמה של התוכנית הלאומית ועל סמך ההנחה שמענים אלו מייצגים מודלים שונים של מענים בקהילה.

1. מערך המחקר

המידע נאסף בכל אחד משלושת המענים כמפורט:

- 1. ניתוח מסמכים:** צוות המחקר קיבל מהנהלת המענים מסמכי מדיניות ותכנון אסטרטגי המתארים את מודל הפעולה שלהם, אוכלוסיות היעד וצורכיהן, מטרות לטווח הארוך והקצר, סוגי השירותים והפעילויות הניתנים בהם, סדר היום, כוח האדם והגדרות תפקידם של אנשי הצוות. במסגרת איסוף הנתונים התקבלה מהנהלת החממות מצגת ובה נתונים שנאספו עצמאית על ידי הצוותים באמצעות שאלון טלפוני. נתונים אלו נאספו בשנת 2019 בשיחות טלפון עם 183 בוגרי החממות בשלושת הסניפים שפעלו באותה עת – צפת, מר'אר וקריית שמונה (לא נכללה במסגרת המחקר הנוכחי). צוות המחקר לא קיבל את הנתונים הגולמיים שנאספו, לכן לא התאפשר עיבוד וניתוח שלהם. ממרכז צ'רנה התקבלו נתונים נבחרים על אודות 32 בוגרות השירות בשנים 2017-2021. עם זאת לא מדובר באיסוף שיטתי של הנתונים על פי הכללים המתודולוגיים המקובלים. נוכח מגבלות אלו כמעט שלא נעשה שימוש בנתונים אלו, מלבד נתוני הזכאות לבגרות חלקית או מלאה.
- 2. ביקור ותצפית בכל מענה:** הביקור והתצפית נועדו להתרשמות בלתי אמצעית של צוות המחקר מן המרחב הפיזי והסביבתי של המענה, מן האווירה במקום וממידת הנגישות שלו. במהלך הביקור נערכו גם חלק מן הראיונות וקבוצות המיקוד עם אנשי הצוות המקצועי.
- 3. ראיונות מובנים למחצה וקבוצות מיקוד:** כדי ללמוד על מאפייני המענים ומודל העבודה שלהם ולהבין את חוויותיהם של מקבלי השירות במענים, נערכו ראיונות עומק מובנים למחצה וקבוצות מיקוד.

א. **ראיונות מובנים למחצה** עם בני נוער מקבלי השירות (הראיונות נערכו עם בני נוער מגיל 14 ויותר, ולא עם ילדים ובני נוער צעירים יותר), בוגרי השירות, הורים, נציגי ההנהלה ואנשי מקצוע בקהילה המכירים את המענים: כמה מן הראיונות התקיימו בפגישות פנים אל פנים, ואחרים נערכו בזום או בטלפון. כל הראיונות הוקלטו והראיונות עם המשפחות ובני הנוער גם תומללו. את הראיונות עם ההורים ועם בני הנוער מקבלי השירות בחממה במר'אר ערכה חוקרת דוברת ערבית בעלת ידע וניסיון בראיונות איכותניים עם אוכלוסיות דומות. הראיונות תורגמו מערבית לעברית ותומללו על ידי חברה חיצונית.

ב. **קבוצת מיקוד** אחת בכל מענה: הקבוצות נערכו במהלך ביקור של צוות המחקר בשלושת המענים. בכל קבוצה השתתפו 4-5 אנשי הצוות המקצועי במענה, כולל מורים, עובדת סוציאלית ופסיכולוגים. נוסף אליהם, במרכז צ'רנה השתתפו בקבוצה גם מדריכה ואם בית. את הדיונים הקבוצתיים הנחתה חוקרת מצוות המחקר; בכל הקבוצות נכחה לפחות חוקרת אחת נוספת מן הצוות, לצורך תצפית וכתיבת סיכום. דיוני הקבוצות הוקלטו ותומללו.

לוח 3 מציג את התפלגות המשתתפים במחקר.

לוח 3: משתתפי המחקר (מרואינים ומשתתפים בקבוצות המיקוד) (במספרים)

סך הכול	החממה במר'אר	החממה בצפת	מרכז צ'רנה	
קבוצות מיקוד				
13	4	4	5	אנשי הצוות (פסיכולוגים, מורים; עו"ס; מדריכה ואם בית – במרכז צ'רנה)
ראיונות				
11	5 (הנהלה משותפת)		3	נציגי הנהלה
	2	1		
5	2	1	2	אנשי מקצוע בקהילה (יועצות בבתי ספר, עובדות סוציאליות ברשויות מקומיות)
10	3	3	4	הורים של ילדים ובני נוער
4	1	1	2	בני נוער מקבלי השירות
5	2	1	2	בוגרי השירות
48	30		18	סך הכול

2. כלי המחקר

במחקר נעשה שימוש בחמישה פרוטוקולים לראיונות עומק חצי מובנים: עבור בני נוער מקבלי השירות, עבור הוריהם, עבור בוגרי השירותים, עבור אנשי המקצוע במענים, עבור נציגי ההנהלות (בשינויים קלים) ועבור אנשי מקצוע בקהילה העובדים עם המענים. נוסף על כך, על בסיס הפרוטוקול המיועד לראיון עם אנשי הצוות ועם נציגי ההנהלה גובש הפרוטוקול עבור קבוצות המיקוד עם אנשי הצוות.

הנושאים שבהם עסקו הפרוטוקולים היו דומים, אך השאלות היו שונות מעט: אנשי המקצוע נשאלו על השירותים מנקודת מבט כללית יותר, והם השיבו בתור ספקי השירותים; ואילו בני הנוער, ההורים והבוגרים נשאלו שאלות אישיות יותר שמטרתן לקבל תמונה על חוויות השירות מבחינתם, בהווה או בעבר.

הנושאים שבהם עסקו הראיונות היו, בין השאר, סדר היום והפעילויות השונות במענה, השפעות השירות ומטרותיו, מאפייני מקבלי השירות וצורכיהם, קשיים וחסמים בצריכת השירותים, הישגים וסיפורי הצלחה, ולבסוף המלצות והצעות לשיפור המענים.

3. אתיקה במחקר

המחקר קיבל את אישור ועדת האתיקה של מכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל וכן את אישור ועדת הלסינקי של המרכז הרפואי זיו בצפת.

כדי לשמור על כללי האתיקה במחקר ננקטו כמה צעדים: לצורך הראיונות עם בני הנוער, תחילה, ובהתבסס על מצבם הרגשי, ניתנה המלצה מאנשי הצוות המטפלים ולאחר מכן התקבלה הסכמה מדעת הן של ההורים הן של בני הנוער עצמם. על פי הנחיית ועדת הלסינקי של המרכז הרפואי זיו, שתי החוקרות שראיינו את בני הנוער בחממות בצפת ובמר'אר סיימו קורס הכשרה ייעודי לביצוע מחקרים קליניים בבני אדם [Good Clinical Practice](#) (GCP).

כדי להימנע מזיהוי מקבלות השירות ובגרות החממה בצפת, הן מאוזכרות בציטוטים בדוח בתור "בגרות".

מגבלות המחקר

- **בחירת חקרי המקרה.** שלושת המענים נבחרו על ידי המזמינים, על פי שיקולי מדיניות של המשרדים. מן המחקר עלה כי יש הבדלים ניכרים בין שני המודלים ואוכלוסיות היעד שלהם. נוכח שוני מהותי זה בין אוכלוסיות היעד ובמידת אינטנסיביות הטיפול הנדרש, אין אפשרות לקבוע על סמך ממצאי המחקר מהו המודל המיטבי מבין השניים שנבחנו. כמו כן לא נבדקו מודלים אחרים עבור ילדים ובני נוער עם קשיים נפשיים, כגון בתי ספר לילדים ובני נוער עם הפרעות נפשיות, כיתות מיוחדות בבתי ספר רגילים, אשפוז יום או טיפול יום. כדי לבצע השוואה בין המודלים הקיימים יש צורך לערוך מיפוי שיטתי ולמידה לעומק של המענים הקיימים בישראל עבור ילדים ובני נוער עם קשיים נפשיים. על בסיס ממצאי המיפוי אפשר יהיה להשוות בין מודלים שמשרתים אוכלוסיות יעד דומות ושללהם מטרות דומות ומאפיינים דומים.
- **היעדר נתונים שיטתיים ואחידים על מצב הבוגרים.** כדי לבחון את השפעת קבלת הטיפול בחממות ובמרכז צ'רנה על מקבלי השירות יש לבחון נתונים על מצבם של הבוגרים כיום. אולם בידי צוות המחקר לא היו נתונים שיטתיים ואחידים על שני סוגי השירות: ממערך החממות לא התקבלו נתונים גולמיים על הבוגרים אלא רק נתונים משניים לאחר עיבוד וניתוח; במרכז צ'רנה איסוף הנתונים לא היה שיטתי ועל פי קטגוריות מוגדרות היטב. צוות המחקר התמודד עם מגבלה זו בעיקר על ידי התמקדות בשיטת המחקר האיכותנית, דרך ראיונות עומק עם מקבלי השירות כיום ובעבר ובחינת התרומה הנתפסת של כל אחד מן השירותים בעיניהם. כדי לקבל תמונת מצב רחבה יותר יש לאסוף בשיטתיות נתונים על בוגרי השירותים ולנתח אותם.
- **רצייה חברתית בחממה במר'אר.** לביצוע הראיונות במר'אר נעזר הצוות בחוקרת ערבייה, והיא ערכה את הראיונות לאחר קבלת הנחיות, הדרכה וליווי שוטף של הצוות. ניכר כי כמה מבני הנוער ומן ההורים שרואיינו היו תמציתיים מאוד בתיאוריהם ונמנעו ממתיחת ביקורת על המענה. מהיכרותה של החוקרת את האוכלוסייה הערבית, ומניסיונה במחקר, היא ציינה כי זו מגבלה ידועה במחקרים שנעשים בקרב אוכלוסייה זו, והיא נובעת בחלקה הגדול מן החשש מחשיפה, בייחוד כאשר מדובר בביראות הנפש. החוקרת התמודדה עם קושי זה דרך שאילת שאלות ספציפיות וניסוח השאלות בגוף שלישי כדי לאפשר למתוח ביקורת באופן ניטרלי ולא אישי.

שער ראשון:

חממות חינוכיות-טיפוליות

בצפת ובמר'אר

בשנת 2009 הוקמה חממה חינוכית-טיפולית בצפת, ביוזמה משותפת של בית הספר לחינוך מיוחד והמרפאה הפסיכיאטרית לילדים ונוער במרכז הרפואי זיו, ובתמיכת משרד החינוך – מחוז צפון, אגף שח"ר והאגף לחינוך מיוחד. בעקבות אימוץ מודל החממה במסגרת פיתוח מענים אינטגרטיביים לילדים ונוער בקהילה על ידי התוכנית הלאומית, נוסף על חממת-האם המרכזית בצפת הוקמו עוד ארבע חממות-בת: תחילה, בשנת 2017, במראר (מענה ייחודי לאוכלוסייה הערבית) ובקריית שמונה, ובשנת 2019 בטבריה ובקצרין. **לוח 4** מרכז את מאפייני השירות הניתן בחממות.

לוח 4: 'כרטיס ביקור' של החממות

חממות חינוכיות-טיפוליות	
אוכלוסיית יעד	ילדים ובני נוער בני 11-18 (בצפת גם בני 8-11) שלהם קושי נפשי המפריע לתפקוד היום-יומי
הפניה	מרפאה פסיכיאטרית של המרכז הרפואי זיו, בכפוף לטופס 17
שייכות ארגונית	המרכז הרפואי זיו
מקור מימון	התוכנית הלאומית, משרדי הבריאות, החינוך והרווחה
צוות	רכז חממה, עובדת סוציאלית, רכז הוראה, מורים מקצועיים, פסיכיאטר ומזכירה
מיקום	מראר: בלב היישוב, צמוד למרפאה לבריאות הנפש צפת: במתחם הפסיכיאטרי של המרכז הרפואי זיו, צמוד למרפאה לבריאות הנפש
שעות וימי פעילות	יום בשבוע, בשעות 9:30-13:30
תקופת השתתפות	שנה; במקרים אחדים – עד שנתיים

בשער זה יוצגו ממצאי שני חקרי המקרה שנערכו בשני סניפים של החממות החינוכיות-טיפוליות: חממת-האם בצפת והחממה במראר. אף על פי שהסניפים פועלים ביישובים שונים, מדובר במודל עבודה אחד של שירות (להרחבה על המודל ראו המרכז לבריאות הנפש לילד ולמתבגר – המרכז הרפואי זיו ואח', 2019).

מן המחקר עלה כי המשותף בין החממות עולה על השונה ביניהן. בכל סעיף יתוארו ראשית קווי הדמיון בין שתי החממות ולאחר מכן, אם יש שוני ביניהן, הוא יצוין בעזרת שימוש בצבעים: צבע כחול עבור החממה בצפת וצבע סגול עבור החממה במראר. בהמשך תוצג השוואה בין החממות, וכן הצרכים שלא מקבלים מענה, המשותפים להן והייחודיים לכל אחת מהן.

1. אוכלוסיית היעד

הילדים, בני הנוער ומשפחותיהם מגיעים לחממות דרך המרפאה לבריאות הנפש במרכז הרפואי זיו. למרפאה הם מופנים לרוב על ידי רופאי משפחה ויועצות בית הספר. לעיתים רחוקות ההפניה היא מן המחלקה לשירותים חברתיים ברשות המקומית. על כל פנים, כדי לקבל שירות מן המרפאה ומן החממה יש להציג טופס ההתחייבות של קופת החולים (טופס 17).

אלו הם מאפייני אוכלוסיית היעד של החממות:

- **ילדים ובני נוער בני 11-18.** כדי להרחיב את השירות גם עבור ילדים צעירים יותר, בחממה בצפת החל בשנת 2020 פיילוט ובו ניתן מענה גם לילדים מגיל 8. על פי תוצאות הפיילוט יוחלט אם להמשיך במתן המענה לגילים אלו בצפת ואם גם בחממות האחרות יורחב השירות לילדים בגילים אלו.
 - **קשיים נפשיים.** בהם חרדה, דיכאון, הפרעות אכילה, קושי נפשי על רקע פגיעה מינית, הפרעות התנהגות קשות הגורמות לסיכון עצמי או לסיכון הסביבה.
 - **קושי בתפקוד.** ילדים ובני נוער שמצבם הנפשי משפיע על תפקודם בתחומי החיים השונים, בייחוד בבית הספר.
 - **ילדים ובני נוער הרשומים בחינוך הרגיל.** ילדים אלו נדרשים להמשיך להגיע לבית הספר בקביעות, בעודם מקבלים שירות בחממות. תנאי הכניסה לחממה הוא הסכמה של מנהל בית הספר בקהילה שבו הם לומדים ("בית ספר האם") (להלן: בית הספר בקהילה) ושל הצוות החינוכי הרלוונטי של התלמיד לשיתוף פעולה ולתמיכה בתהליך שיתבצע בחממה. ההסכמה של צוות בית הספר כוללת גם התחייבות להשתתף בפגישות עם אנשי הצוות בחממה.
 - **מגורים בפריסה גאוגרפית רחבה.** לחממה בצפת מגיעים ילדים ובני נוער מיישובי הסביבה ולעיתים, על אף הימצאות חממות בקריית שמונה, בטבריה ובקצרין, מגיעים לחממה גם מאזורים אלו, כפי הנראה עקב סטיגמות הנוגעות לקשיים נפשיים ולחשש מחשיפה. לחממה במר'אר מגיעים בני נוער מן האוכלוסייה הערבית בצפון, בפריסה גאוגרפית רחבה אף יותר, עקב היעדר מענים ייעודיים עבורם באזורים אלו.
 - **יכולת הגעה עצמאית לחממה.** קבלת הטיפול בחממה אינו כרוך בתשלום חודשי של המשפחות, מעבר לסכום סמלי הכרוך בהתחייבות לקופות החולים ('טופס 17'). אולם בהיעדר מערכת הסעות, תנאי הצטרפות לחממות הוא היכולת להגיע מדי שבוע לחממה עצמאית או בסיוע בני המשפחה. העובדה כי יש משפחות שמתגוררות במרחק ניכר מן החממה ושעליהן להסיע את ילדיהן על חשבון שעות עבודה או משימות יום-יומיות אחרות, מקשה על חלק מן המשפחות.
 - **מוטיבציה ושיתוף פעולה עם הצוות והתנהגות ראויה,** ללא הפרעות התנהגות חמורות בזמן קבלת השירות.
- מן הראוינות עלה כי יש הבדלים באוכלוסיות היעד בין שתי החממות. **בחממה במר'אר מקבלים לעיתים בני נוער עם קשיים נפשיים מורכבים יותר.** זאת עקב חוסר במענים מותאמים לאוכלוסייה הערבית בתחום בריאות הנפש. כך למשל, אנשי הצוות תיארו מקרה שבו קיבלו נער שאפשר שהיה נכון יותר להכניסו לטיפול יום במרכז הרפואי זיו מבחינת הקושי הנפשי שבו היה נתון, אולם הוחלט לקבלו לחממה מכיוון שטיפול היום (וגם מחלקת האשפוז) בבית החולים זיו אינו מותאם לאוכלוסייה הערבית מבחינה תרבותית ושפתית (להרחבה ראו סעיף 8 להלן).

נוסף על כך, **בחממה במר'אר יש יותר ילדים ובני נוער ממשפחות עם נזקקות לעומת החממה בצפת**, וחלקן מטופלות במחלקות לשירותים חברתיים. במקרים מסוימים מדובר במשפחות קשות יום, ממעמד חברתי-כלכלי נמוך, ובכמה מן המקרים ההורים עצמם מקבלים טיפול עקב קשיים נפשיים או בעיות התמכרות. על רקע מכלול הקשיים שאיתם מתמודדות כמה מן המשפחות מקבלות השירות במר'אר, התגייסותן לתהליך הטיפול, הן בהיבט של היכולת להסיע את ילדם הן במעורבותם בתהליך, היא מוגבלת. כדי להגיע לחממה במר'אר נדרשים אפוא הילדים ובני הנוער לא פעם להיעזר בטרמפים עם בני משפחה אחרים או בתחבורה ציבורית.

2. מטרות

המטרה העיקרית והמוצהרת של החממות היא לתמוך בצמצום מצבי סיכון ולעצור נשירה בקרב ילדים ובני נוער עם קשיים נפשיים הלומדים בבתי הספר של החינוך הרגיל (המרכז לבריאות הנפש לילד ולמתבגר – המרכז הרפואי זיו ואח', 2019). כלומר, ההתערבות של החממה ניתנת בשלב מוקדם יחסית של הופעת הקושי הנפשי ומטרתה למנוע החמרה, אשפוזים וטיפולים ולהבטיח השתלבות מרבית בקהילה.

אנשי המקצוע בחממות ציינו מטרות ביניים נוספות, ובהן מתן כלים לחיים בצד הקושי; מתן חוויית הצלחה ותחושת מסוגלות בתחום הלימודי, הרגשי והחברתי; חיזוק תחושת השייכות והיכולת ליצור קשרים חברתיים משמעותיים עם קבוצת השווים; וחיזוק מיומנויות לימודיות לשם תפקוד מיטבי בבית הספר.

”[המטרה היא] לקחת ילדים שחוו חוויה של הזנחה, פגיעה, אובדן. דברים שהיו טריגרים להתפרצות של קושי רגשי, ולייצר אמון מחדש בחיים בעולם, בקשרים, באנשים [...] וגם, [לנער] להכיר את עצמו יותר טוב, להכיר חלקים בתוכו שפועלים ואיך עובדים איתם [...] לימודית, להחזיר להם את התחושה של המסוגלות. שהם יכולים, ושמשוגלים”. (איש צוות, החממה בצפת).

3. המרחב הפיזי והסביבתי

החממה בצפת ממוקמת בביתן השייך למערך לבריאות הנפש לילד ולמתבגר של המרכז הרפואי זיו (להלן: המערך; המערך לבריאות הנפש). במתחם ביתנים ובניינים המיועדים למחלקות האשפוז ולטיפול יום, למרפאת היום ולבית הספר המשרת את כלל המערך. בכניסה למתחם יש שלט המציין כי זהו המערך לבריאות הנפש של המרכז הרפואי זיו. האווירה במתחם כפרית ופסטורלית; בניינים נמוכים, עצים ופינת חי הממוקמת בכניסה מעניקים לו אווירה נעימה, שלווה ומזמינה:

”המקום עצמו מדהים... המקום פיזית עצמו עם בעלי חיים, מאוד מזמין, מאוד כיפי, מאוד נעים. וזה בעצם מה שעשה לבן שלי את הקליק להגיע לשם. לראות את המקום המדהים”. (אם לילד, החממה בצפת).

גם בכניסה ל**חממה במר'אר** יש שלט המציין כי זהו מתחם פסיכיאטרי. אולם שלא כמו החממה בצפת, היא ממוקמת בלב הכפר, בבניין חד-קומתי ולו גינה רחבה. הבניין מחולק לשני חלקים; בצידו האחד נמצאת החממה ובצידו האחר מרפאת היום לבריאות הנפש של מר'אר. בפועל, מן הראיונות עלה כי אין ממש הבחנה בין שני השירותים, ולרוב מתייחסים לשניים כאל שירות אחד.

על אף האווירה הביתית והנעימה, מן התצפית והראיונות עם נשות הצוות עלה כי המרחב צפוף ואינו מאפשר חלוקה לקבוצות למידה נפרדות.

מיקום החממות בתוך בית חולים כמו בצפת, או כחלק מן המערך לבריאות הנפש כמו במר'אר, עומד בניגוד להמלצות העולות מן הספרות, המדגישות את הצורך למקם את המענים במקום נגיש ולא סטיגמטי, בתוך הקהילה (רימון-גרינשפן ואח', 2021). אולם מתצפית שנערכה במענים ומן הראיונות עם בני הנוער והמשפחות עלה כי החממות מעוצבות עיצוב חם ומזמין, ומרגע הכניסה אליהן מיטשטש מיקומן הפיזי.

4. אנשי הצוות בחממות

לפי מודל העבודה של החממות, צוות העבודה בחממה אמור לכלול: מנהלת חממה, פסיכיאטר, פסיכולוג, עובדת סוציאלית, רכז הוראה ומורים מקצועיים (המרכז לבריאות הנפש לילד ולמתבגר – המרכז הרפואי זיו ואח', 2019).

- **מנהלת החממה.** אחראית לניהול הצוות ולהפעלתו כצוות בין-מקצועי, לקליטת הילדים ובני הנוער מן המרפאה ולהתאמת תוכנית טיפול, לקיום קשר עם בתי הספר ולליווי המשפחות ועדכון.
 - **פסיכיאטר.** נמצא במרפאה ונותן שירות גם לחממה. מבצע בדיקה פסיכיאטרית, אחראי למעקב פסיכיאטרי, לאבחונים וטיפולים לפי הצורך וכן למתן ליווי וייעוץ מקצועי לצוות.
 - **פסיכולוג.** אחראי לטיפול הרגשי הניתן לילדים ולבני הנוער ולהדרכת ההורים.
 - **עו"ס קהילה.** אחראית ליצירת קשר עם גורמים רלוונטיים בקהילה (רווחה, מדריכי נוער וחוגים) ולחיבור בין בני הנוער ובין עו"ס לחוק הנוער בקהילה.
 - **רכז הוראה.** אחראי להכנת מערכת לימודים אישית, להכוונת מורי החממה בנוגע למקצועות הנלמדים ולמעקב אחר התכנים וההתקדמות הלימודית, וכן למעקב אחר התקדמות התלמיד בבית הספר בקהילה.
 - **מורים מקצועיים.** אחראים למתן סיוע לימודי לילדים ולבני הנוער, להעברת אבחון מיומנויות בסיסי במקצוע וליצירת קשר עם המורה המקצועי בבית ספר האם ולתיאום בין התכנים הלימודיים המועברים בחממה לאלו המועברים בו.
- בכפועל נמצאו פערים בין מודל העבודה ובין הנעשה בשטח. **בחממה בצפת** נמצא כי התקן של עו"ס קהילה לא אויש בעת ביצוע המחקר אלא שנה לאחר מכן, וכי היה חסר מורה מקצועי למתמטיקה.

5. הפעילות בחממות וחוויית השירות

הילדים ובני הנוער מגיעים לחממות יום אחד בשבוע, בין 9:30 ל-13:30. בשאר ימות השבוע הם לומדים בבתי הספר שלהם. המטרה של השירות היא לספק תמיכה בד בבד עם המשך הלימודים, ובכך למנוע נשירה מבית הספר (המרכז לבריאות הנפש לילד ולמתבגר – המרכז הרפואי זיו ואח', 2019). משך השהות בחממה הוא עד שנה. במקרים מעטים נבחנת האפשרות להאריך את השהות בשנה נוספת. אפשרות ההארכה מוצעת על פי רוב במקרים שבהם הקליטה נעשתה באמצע השנה.

סדר היום בחממות משקף את הדגש הרב המושם בתחום הלימודי – מבין חמש יחידות התערבות (יחידה = שעה אקדמית, 45 דקות), שלוש מוקדשות לתחום הלימודי. היום נפתח בהתכנסות קצרה לסבב "מה נשמע" – שיחה משותפת בין הילדים ובני הנוער בקבוצה. לאחר מכן ועד השעה 13:00 לערך מתקיימים שלושה מפגשי לימוד פרטניים או כמעט פרטניים (2-3 תלמידים לכל היותר) עם מורה לכל קבוצה. נוסף על יחידות הלימוד, כל אחד מקבל שעת טיפול רגשי פרטני במרפאה, אחת לשבוע. מחצית השעה החותמת את היום מוקדשת להקניית מיומנויות חברתיות שמעבירים אנשי טיפול.

טיפול רגשי ופסיכיאטרי

עם הקליטה בחממה נערך מפגש היכרות להערכת צרכים ותיאום ציפיות ('אינטייק'), ובמסגרתו מתבצעת בדיקה רפואית פסיכיאטרית. במשך שנת שהותם בחממות, הילדים ובני הנוער נמצאים במעקב של פסיכיאטר מן המרפאה הסמוכה אשר אחראי לחממות ומקבלים טיפול תרופתי על פי צורך. נוסף על הטיפול והמעקב הפסיכיאטרי, בכל שבוע הם מקבלים שעת טיפול רגשי במרפאה הצמודה לחממה. כמה מן המרואיינים ציינו כי השהות עם המטפל או המטפלת האישיים מסייעים להם מאוד וכי השיפור במצבם הרגשי מורגש לא רק בחממה אלא גם בבית הספר ובבית:

” בהתחלה קצת כזה היה לי קשה לדבר איתה [המטפלת הרגשית] פתוח כי אני לא כל כך, אני לא יכולתי לסמוך על אנשים כל כך בקלות. אבל התרגלתי אליה ודיברתי אתה כאילו, לפעמים יותר ולפעמים פחות ובסופו של דבר נראה לי היא עזרה לי להבין הרבה דברים על עצמי בסופו של דבר” (בוגרת החממה בצפת).

אנשי המקצוע בחממה ובבית הספר, בני המשפחה ובני הנוער עצמם העידו על שיפור במצב הרוח, וצינו כי הם רגועים ושקטים יותר, מווסתים יותר מבחינה רגשית, מאירי פנים, מפגינים ביטחון עצמי גבוה יותר ושמחת חיים גדולה יותר ואף יכולת לחשוב על העתיד. המרואיינים ציינו כי בעקבות הטיפול הרגשי בחממה, בני הנוער פיתחו מודעות רבה יותר לקשייהם, ומנגד, לכוחות ולחוזקות. כך הם מגלים יכולת גדולה יותר להרגיע את עצמם, להיות סלחנים וביקורתיים פחות כלפי עצמם:

” למדתי איך לבטא את עצמי, ולהיות חברתית אל האנשים מסביבי, ולדעת מה אני רוצה, ולקבל החלטות. גם להכיר את נקודות החוזק באישיות שלי, שמעולם לא ידעתי שהן קיימות” (בוגרת החממה במר'אר).

” התלמידים עוברים בשלות, מתבגרים. מתחילים להבין. לומדים בחממה לדבר את הקושי שלי. מה אני צריך. ממי אני מבקש עזרה?” (אשת צוות בבית הספר בקהילה, עובדת עם החממה בצפת).

עם זאת מן הראיונות עלה כי לעיתים יש קושי בזמינות של הטיפול הרגשי. לעיתים זמני ההמתנה ארוכים עד לתחילת קבלתו, ועקב כך לעיתים נדרשים בני הנוער לקבל טיפול רגשי פרטי בקהילה עד שמתפנה מקום אצל אחת מן המטפלות במרפאה, או לחלופין, להגיע במיוחד לשעת טיפול רגשי ביום אחר, נוסף ליום הקבוע שבו הם מגיעים לחממה. הגעה ביום נוסף לצורך טיפול מייצרת קושי ניכר שכן הדבר כרוך בהפסד זמן בבית הספר וכי גם ההורים נדרשים לעיתים להקדיש לכך זמן:

” הייתי מסיעה אותו ביום שלישי בבוקר. הוא היה מקבל את הטיפול לשעה, והייתי מחזירה אותו הביתה. ביום חמישי היה צריך להיות בתשע שם, אז אותו הדבר. כך במשך כל התקופה. הייתי נלחצת מאוד בגלל שהייתי צריכה להיות שם בזמן” (אם לבוגר, החממה במר'אר).

שירותי חינוך

כאמור, הילדים ובני הנוער המגיעים לחממה מקבלים שלוש יחידות של לימודים הניתנים פרטנית או בקבוצה קטנה. בחממות עובדים עם בני הנוער במקצועות מתמטיקה ואנגלית ובמקצועות רבי מלל, כמו ספרות והיסטוריה. בחממה במר'אר לא נלמדים מקצועות רבי מלל אלא עברית וערבית. הדבר עולה בקנה אחד עם מקצועות הליבה הנלמדים בבתי הספר.

הילדים ובני הנוער מגיעים לחממה עם חומר הלימוד מבית הספר שעליו הם רוצים לעבוד. בשעות הלמידה, כל אחד עובד פרטנית בחלל משותף עם ילדים ובני נוער אחרים ומקבל יחס וסיוע אישיים משלושה מורים מקצועיים (מורי החממה בצפת ובמר'אר מגיעים מבית הספר המיוחד זיו). מורי החממה נמצאים בקשר עם המורים המקצועיים בבתי הספר בקהילה. נוסף על כך, בשנת הלימודים 2020-2021 הוגדר תפקיד של חונך לימודי עבור כל תלמיד ותלמידה. החונך נמנה עם צוות המורים המקצועיים והוא שמתכלל את התחום החינוכי. צוות החממה בצפת ציין כי תפקיד החונך מאפשר ליצור קשר אישי ומשמעותי יותר עם התלמידים. הן ההורים הן בני הנוער ציינו כי התמיכה הלימודית הניתנת בחממות היא חשובה במיוחד וכי ניכר שינוי לטובה בתחום הלימודי אצל בני הנוער. השינוי מתבטא בסדירות ההגעה לבית הספר, בשיפור בהתנהגות ובשיפור ההישגים בלימודים:

”אני הייתי במקום נפשי שלא הצלחתי ללמוד כמו שצריך, הייתי בפער מאוד גדול בלימודים ועוד חלק מהזמן תקופה שכאילו חזרנו מהזמנים, אז היה לי פער. והעזרה בלימודים מאוד עזרה לי להסתדר ולהתייצב” (בוגרת החממה בצפת).

גם אנשי הצוות בבתי הספר בקהילה מדווחים על שיפור במצב הרגשי ובהתנהגות בכיתה, על השתתפות רבה יותר בשיעורים ולעיתים גם על שיפור בהישגים. שיפור בתחום הלימודי בא לידי ביטוי גם בהשלמת בגריות בבתי הספר. מנתונים שנאספו על ידי צוות המערך לבריאות הנפש בשנת 2019 עלה כי ל-90% מבוגרי החממות יש בגרות מלאה או חלקית.

על אף התרומה הניכרת בתחום הלימודי, מן הראינות עלו כמה קשיים שעייס מתמודדים הילדים ובני הנוער. ראשית, ביום שבו הם מגיעים לחממה הם מפסידים יום לימודים שקשה להם אחר כך להשלים:

”מה שלא אהבתי הוא שבמים שהלכתי לחממה במר'אר לא יכולתי להיות בבית הספר שלי. שנה שלמה לא הגעתי לבית הספר שלי בימי חמישי, וזה הפריע לי למהלך הלימודים שלי בבית הספר. אמנם למדתי במר'אר אבל זה היה בשיטה אחרת” (בוגרת החממה במר'אר).

עוד עלה כי לעיתים הילדים ובני הנוער לא מגיעים עם חומר הלימוד הנדרש מכיוון ששכחו אותו או שהם מנסים להימנע מכך, ובמקרים כאלו יש קושי ללוות אותם ולהתאים את הלמידה לצורכיהם. מלבד זאת, צוין כי במשך כמה חודשים לא הייתה מורה למתמטיקה בחממה בצפת. המורה המקצועית עזבה ולא נמצאה לה מחליפה. בני הנוער הצרו על כך שלא קיבלו סיוע מספק בתחום זה.

קבוצה חברתית

בסיום כל יום בחממה פועלת קבוצה חברתית להקניית מיומנויות חברתיות, בהנחיית אנשי טיפול. מדברי בני הנוער, הקבוצה מוקדשת לשיח עם קבוצת השווים שלהם, והיא מאפשרת שיתוף בקשיים ויצירת קשרים חברתיים:

” במעגל החברתי בעצם התחלנו כל פגישה, כל אחת מספרת איך היה השבוע שלה ואיך היא מרגישה מ-1 עד 10. אז קצת כזה באופן כללי איך היא מרגישה, איך היא הרגישה כל השבוע מ-1 עד 10, זה כזה לספר על החוויות שהיא עברה. ואחרי שעשינו את זה, זה כבר מתפתח לשיח כזה בין הבנות וממש תחושה של אהדה וחיבוק וממש התפתחו שם שיחות מאוד משמעותיות ואחר כך היו באמת מביאים כל פעם נושא אחר שהיו רוצים ללמד אותנו או לעזור לנו בו או שהם היו שואלים משהו שאנחנו רוצות לקבל בו תמיכה ועזרה” (בוגרת החממה בצפת).

בקבוצה החברתית בני הנוער נחשפים לקשיים של חבריהם לקבוצה, וכמה מהם יכולים לראשונה לשתף את בני גילם בתחושות וברגשות שעד כה נמנעו מחשיפתם, כגון חרדה ודיכאון. הקבוצה מקנה מיומנויות חברתיות ומחזקת את היכולת ליצור קשרים חברתיים בין בני הנוער בחממה וגם מחוץ לה:

” זה עזר לי קצת עם החברות שלי [מבית הספר], כאילו שהבנתי שיש דברים שהם לא בעיה שלי אלא בעיה של הפרעה כלשהי שיש לי, אז זה גרם לי לא כל כך להתבייש בעצמי ולדבר ליד חברות שלי ובאמת כאילו התגבשתי יותר עם חברות שלי והכרתי אותן יותר טוב...” (בוגרת החממה בצפת).

מן הראיונות עלה כי כמה מבני הנוער מצטרפים לחממה גם במהלך שנת הלימודים ולא רק בתחילתה, ולכן לעיתים לוקח זמן עד שהקבוצה החברתית מתגבשת.

נכון לתקופת ביצוע המחקר, בחממה בצפת ובמר'אר הקבוצה הועברה בשיטת הפורום הבין-אישי (Interpersonal Forum – IPF). זוגישה שפיתחו במרכז הרפואי זיו על בסיס העקרונות ואסטרטגיות הטיפול של הפסיכותרפיה הבין-אישית (Interpersonal Training – IPT) במטרה ליצור מרחב שיעזור לבני הנוער בהתמודדות עם קשיים בין-אישיים. בשנת תשפ”ב, לאחר סיום המחקר, עברו החממות לשימוש בשיטת DBT (Dialectical Behavioral Therapy) – שיטת טיפול פסיכולוגית מבוססת ראיות שנועדה לטפל בטווח נרחב של קשיים נפשיים, ומתמקדת בצורך בשינוי ומנגד בקבלה עצמית.

שירותים למשפחה

אחד מתנאי הכניסה לחממות הוא שיתוף הפעולה של ההורים בתהליך, מן ההבנה שללא תמיכה מן הבית יהיה קשה להעניק לילדים ולבני הנוער טיפול כוללני מיטבי:

” ההורים הם חוליה משמעותית. איפה שהקשר לא חזק מדי, רואים שמשהו שם לא הולך טוב. איפה שהקשר הוא טוב וחזק ויש שיתוף פעולה, אז מרגישים שכן עובדים ומתקדמים” (אשת מקצוע, צוות החממה במר'אר).

ניכר כי הצוותים בחממות מקפידים על קשר רציף עם ההורים. מנהלת החממה עצמה אחראית ללוות את ההורים, היא מקיימת עימם קשר שוטף, משתפת אותם בתוכנית הטיפול האישית (בולט במיוחד בחממה בצפת) ומעדכנת אותם בבעיות ובמשברים הנוגעים לילדם.

נוסף על עדכון ההורים ומעורבותם בטיפול, ההורים מקבלים שירות ייעודי – הדרכת הורים. זאת מן ההבנה ולפיה רכיב מרכזי במתן מענה מיטבי לבני הנוער הוא מתן תמיכה וסיוע למשפחותיהם. ההורים תיארו כי התמיכה שהם מקבלים מסייעת להם לקבל את מצבם כהורים לילד עם קשיים נפשיים.

” החממה השפיעה גם עלינו, ועל הצורה שבה אנחנו מתייחסים אליו... היא [העובדת הסוציאלית] עוזרת לי איך להתייחס לאחמד [שם בדוי] בבית, ונותנת לי עצות על מה לעבוד, ואיך לשים לב למערכת היחסים שלו עם האחים שלו” (אם לנער בחממה במר'אר).

עם זאת מן הראיונות עם הורים בחממות עלה כי התרומה העיקרית של החממות מנקודת מבטם היא לא בהכרח בשירותים שהם עצמם מקבלים אלא בעיקר בשירותים שהחממה מספקת לילדיהם. ההורים ציינו כי עבורם החממה מסייעת בעיקר בכך שכל השירותים ניתנים ביום מרוכז ותחת קורת גג אחת. תרומה בולטת נוספת שצינו ההורים היא התיווך והעזרה שהחממה מספקת בקשר עם בית הספר (ראו סעיף 6).

לעומת החממה בצפת, **בחממה במר'אר ניתנים יותר שירותים להורים**. זאת, ככל הנראה מכיוון שבחממת מר'אר יש גם **משפחות קשות יום המתמודדות עם קשיים מרובים** – כלכליים, חברתיים ומשפחתיים. בחממה במר'אר, מלבד הדרכת ההורים, יש גם אפשרות לקבלת טיפול משפחתי, על פי צורך ורצון ההורים. כמו כן פועלת קבוצת DBT להורים. הקבוצה במר'אר היא היחידה מסוגה בשפה הערבית, ובה הורים מקבלים הדרכה קבוצתית בעת שילדיהם מקבלים הדרכה בקבוצה נפרדת.

6. דרכי עבודה אינטגרטיביות

באינטגרציה הכוונה בדרך כלל למנגנון יעיל ליצירת שירות משולב, רציף ומתואם היטב בין תחומי השירות ובין ספקי השירות (Hetric et al., 2017). החממות הן מענה אינטגרטיבי המשלב שירותים מתחום החינוך הרווחה והבריאות כדי לתת שירות מקיף וכולל לבני הנוער. חלק זה יציג תחילה את האינטגרציה בין השירותים השונים בתוך החממות עצמן, ולאחר מכן את האינטראקציה בין שתי החממות ובין ארגון הגג שלהן – המערך לבריאות הנפש. אינטגרציה זו מכונה בספרות המקצועית 'אינטגרציה אנכית' (Sloos, 2019). לאחר מכן יוצגו דרכי עבודה אינטגרטיביות של החממות עם השירותים בקהילה ('אינטגרציה אופקית') (להרחבה על סוגי אינטגרציה ראו רימון-גריןשפן ואח', 2021).

אינטגרציה בין השירותים בחממה

כאמור, בחממה פועל צוות רב-מקצועי של אנשי מקצוע מתחום בריאות הנפש (מטפלים רגשיים ופסיכיאטרים), מתחום החינוך (מורים מקצועיים ומורים לחינוך מיוחד) ומתחום הרווחה (עובדים סוציאליים). הימצאות צוות רב-תחומי בשירות אחד היא תנאי יסוד להענקת מענה אינטגרטיבי.

” אחד הדברים המדהימים שם [בחממה] זה שהכול ביום אחד, כאילו הכנסת את הרכב למוסך ואתה מקבל כל מה שצריך. לא הייתי צריכה להחזיק בראש עשרת אלפים טיפולים ולתאם. הכנסת את הילדה לשם וזהו – מקבלת מה שצריכה” (אם לנערה בחממה בצפת).

מן הראיונות עם אנשי הצוות עלה כי האינטראקציה העיקרית ביניהם נעשית בישיבות הצוות המשותפות שבהן דנים ומתייעצים בנוגע לילדים ולבני הנוער, מתאמים את הטיפול בהם ומעלים סוגיות לדיון, וכל איש צוות מוסיף לדיון את זווית הראייה המקצועית שלו.

חברי הצוות חשים "גאוות יחידה": רבים מהם רואים בעבודה בחממה שליחות, חשים מחויבות רבה לעבודתם, מאמינים במודל הייחודי המאפיין את השירות וסבורים כי הוא מיטיב עם בני הנוער ומדויק עבורם ועבור משפחותיהם. גאוות היחידה תורמת למוטיבציה גבוהה לעבודה, תורמת לגיבוש הצוות ומאפשרת יצירה של זהות מובחנת בקרב חבריו כמי שפועלים עבור מטרה משותפת. בכך גאוות היחידה מקדמת שיח ותיאום בין חברי הצוות ומשפרת את רווחתם של מקבלי השירות:

” זו תוכנית שמלהיבה אותי עד היום... הודות להתערבות שלנו, אנחנו משנים, נשמע גדול אבל כך, משנים תסריט של ילד, משפחות. אני נלהבת, עד היום, לא מרגישה שחוקה, אוהבת לעשות מה שאני עושה" (אשת צוות, החממה בצפת).

מבין אנשי הצוות הרב-מקצועי, מנהלת החממה מתפקדת כמתכללת מקרה (case manager), והיא האחראית לתכלול המידע על כל אחד מן הילדים ובני הנוער בתחומי השירות השונים ולמעקב הכולל אחרי יישום תוכנית הטיפול האישית. כמו כן היא אחראית לקשר עם המשפחה. **בחממה במר'אר, נוסף למנהלת, גם העובדת הסוציאלית משמשת מתכללת עבור כמה מבני הנוער.**

קשר עם ארגון הגג

כאמור, החממות שייכות למערך לבריאות הנפש לילד ולמתבגר של המרכז הרפואי זיו. החממה בצפת ממוקמת במתחם של המרכז הרפואי, ואילו החממה במר'אר היא שלוחה של המערך בכפר מר'אר. הן החממה בצפת הן החממה במר'אר עובדות בצמוד למרפאת היום. שתי המסגרות מתפקדות למעשה כיחידה אחת (בייחוד במר'אר, אף על פי ההפרדה הרשמית). בין אנשי הצוות מתנהלות ישיבות שבועיות בצד שיחות עדכון לא רשמיות. המרואיינים ציינו כי המעבר מן המרפאה לחממה הוא טבעי ונטול קשיים בירוקרטיים. בעת קבלת השירות בחממה, יש שירותים שבני הנוער והמשפחות מקבלים במרפאה, כמו טיפול רגשי.

מלבד קשרי העבודה ההדוקים עם מרפאת היום, שתי החממות אמורות להיות חלק אינטגרלי מרצף השירותים שמעניק המערך, הכולל מלבד טיפול במרפאה גם טיפול יום, אשפוז יום ואשפוז מלא. בין יחידות המערך מתקיימות ישיבות הנהלה קבועות לדיון והתייעצות על אודות ילדים ובני נוער שיש צורך להעבירם ליחידה ארגונית אחרת במערך. אף על פי ששתי החממות שייכות לאותו מערך ופועלות על פי אותו מודל עבודה (המרכז לבריאות הנפש לילד ולמתבגר – המרכז הרפואי זיו ואח', 2019), יש הבדלים במידת האינטגרציה של כל אחת מהן בתוך המערך.

בחממה בצפת האינטגרציה בין החממה ובין המערך רבה, והיא מתאפשרת הודות לקרבה הפיזית בין היחידות ולעבודה המשותפת של אנשי הצוות. בין אנשי הצוות בחממה בצפת לשאר היחידות במערך יש קשרים פורמליים ובלתי פורמליים, אם דרך מפגשים מוסדרים אם דרך שיחות מסדרון בלתי פורמליות. יתרה מכך, מרבית אנשי הצוות בחממה בצפת עובדים גם בשאר יחידות המערך. ניכר כי בין החממה בצפת ובין שאר היחידות במערך יש תיאום וחיבור המאפשר לילדים ולבני הנוער לעבור בקלות בין היחידות, תוך הורדת העומס הבירוקרטי המתלווה בדרך כלל למעבר משירות אחד לאחר. גם ההורים ציינו כי טרם ההגעה לחממה הם הכירו את המערך מכיוון שילדיהם קיבלו טיפול במרפאה השייכת אף היא למערך, והדבר סייע בקליטת הילד בחממה.

לעומת זאת, **בחממה במר'אר**, האינטגרציה בין החממה ובין המערך היא נמוכה. מן הראיונות עלה כי יש לכך שתי סיבות עיקריות: האחת קשורה למיקום של שאר היחידות בצפת, במרחק ניכר ממר'אר. הסיבה האחרת והמהותית יותר טמונה בפער תרבותי – הצוות במר'אר הן בחממה הן במרפאה במר'אר דובר ערבית ושייך לאוכלוסייה הערבית. לעומת זאת הצוות במערך הפסיכיאטרי בצפת דובר עברית ומגיע מתרבות אחרת. היעדר נגישות תרבותית והמרחק הפיזי הרב מקשים על יצירת רצף טיפול והתאמת הטיפול לצורכי בני הנוער מן האוכלוסייה הערבית:

”אין טיפול לחברה הערבית... זה לא בשפה, זה לא בתרבות. אין מטפלים ערבים. לפעמים אנחנו [בחממה] מטפלים במי שצריך טיפול יום. יש למשל תלמיד שהיה צריך טיפול יום לכל השבוע, ולא היה, אז הוא נשאר אצלנו” (אשת צוות, החממה במר'אר).

קשר עם הקהילה

במשך תקופת שהייתם בחממה נשארים הילדים ובני הנוער בקהילה; הם ממשיכים בלימודים בבתי הספר בקהילה במהלך השבוע, משתתפים בחוגים ובפעילויות החינוך הבלתי פורמלי, נמצאים בשכונת מגוריהם, ממשיכים לשמור על קשר עם בני גילם ולמעשה ממשיכים בחייהם הרגילים בקרב משפחתם.

להלן יוצגו הקשרים בין החממה ובין גורמים אחרים בקהילה – בית הספר, גורמי בריאות וגורמי רווחה. נמצא כי הקשר החשוב ביותר הוא עם בתי הספר. ניהול קשר צמוד עם בתי הספר משמש כלי חשוב בידי צוות החממה להענקת מענה אינטגרטיבי בד בבד עם הישארות בני הנוער בקהילה.

קשר עם בתי הספר

הקשר המהותי ביותר של שתי החממות עם הקהילה בא לידי ביטוי בעבודתן עם בתי הספר בקהילה. הקשר הזה נבנה במשך השנים, מאז הקמת החממות, באמצעות בניית יחסי אמון בין הצוותים בחממות ובבתי הספר ופעולות של יישוג (reaching out) שמבצעים נציגי החממות בבתי הספר, ומטרתן להגביר את המודעות לקיומן ולעודד הפניית בני הנוער אליהן.

על פי מודל העבודה, נערכות ארבע פגישות במשך השנה בין צוות בית הספר לצוות החממה, ובין הפגישות נשמר קשר שוטף (באמצעות הודעות, דוא"ל ושיחות). מרבית הפגישות מתקיימות בחממה, וחלקן בבית הספר. אנשי הצוות מבית הספר שלרוב משתתפים בפגישות ונמצאים בקשר שוטף עם הצוות בחממה הם מחנכת, יועצת, מנהלת בית הספר, ובמידת הצורך מורים מקצועיים.

הפגישה הראשונה נערכת במהלך שלושת השבועות שלאחר הקליטה, בין רכזת תחום החינוך בחממה לאנשי הצוות בבית הספר – לצורך היכרות הדדית, הסבר ושיח על האופן שבו החממה ובית הספר יכולים לעבוד בשיתוף פעולה. פגישה שנייה מתקיימת כחודשיים וחצי עד שלושה חודשים לאחר מכן ומטרתה לדון במצב הילדים ובני הנוער במגוון תחומים ומנקודות מבט שונות של אנשי הצוות בחממה, נציגי בית הספר, ההורים ובמקרים מסוימים, גם של הילדים ובני הנוער. זו הפגישה היחידה לפי מודל העבודה שכוללת נוכחות שלהם ושל הוריהם.

הפגישה השלישית היא פגישת סיכום הטיפול, והיא נערכת לקראת סוף השנה. בפגישה דנים בתובנות מסכמות ומעלים המלצות להמשך (טיפול אמבולטורי, טיפול תרופתי או במקרים חריגים הארכת השהות בחממה לשנה נוספת). הפגישה הרביעית היא פגישת מעקב, והיא נערכת לפי צורך, לבחינת מצב הילדים ובני הנוער בתום הטיפול בחממה (המרכז לבריאות הנפש לילד ולמתבגר – המרכז הרפואי זיו ואח', 2019).

מן הראינות עם ההורים עלה כי החממה היא גורם חשוב בקשר שלהם ושל ילדיהם עם בית הספר. הם מתארים כי היא מסייעת להם ולילדיהם לנהל את הקשר עם הצוותים בבית הספר ונותנת לבית הספר כלים להתמודדות:

”קשה לתווך לבית ספר את הקושי. להתמודד מול מחנכת שחושבת שיודעת הכול. צבעה אותי כאימא חרדתית! [...] כשהחממה נכנסו והתחילו לראות אותי [את הילד] כחלק מקבוצה בעיניים מקצועיות, ראו את הקשיים. לא את הסיפור שהמורה מספרת והאימא "החרדתית", קושי אמיתי. היה לזה שיום ואבחנה [...] מישהו מקצועי ששם לבית ספר מראה מול העיניים על מה לא עובד" (אם לנער, החממה בצפת).

קשר עם ארגונים אחרים בקהילה

בתחום הבריאות, נוסף למערך בריאות הנפש במרכז הרפואי זיו, לא נמצאו קשרים בין החממות ובין שירותי בריאות אחרים בקהילה. זאת בניגוד להמלצות ארגון הבריאות העולמי ([World Health Organization \[WHO\], 2022](#)) ובניגוד לנעשה במדינות בעולם (**רימון-גרינשפן ואח', 2021**), שבהן יש קשר עם רופאים בקהילה שאחראים לרוב הן להפניית בני הנוער לשירות הן למעקב אחר מצבם הפיזי והנפשי וליצירת חיבורים לשירותים נוספים בתחום בריאות הנפש. מן הראינות עלה כי רופאים בקהילה רק מפנים למרפאת היום, ולאחר מכן הם אינם מעורבים עוד בהמשך הטיפול. יצוין כי המרואיינים אף לא העלו את סוגיית הקשר עם רופאי המשפחה כצורך.

בתחום הרווחה, לפי מודל העבודה של החממות, תפקידה של העובדת הסוציאלית הוא לדאוג לכך שבני הנוער וההורים יקבלו את התמיכה והסיוע הנדרשים להם בשעות אחר הצהריים לצורך שילובם המיטבי בקהילה. לשם כך עליה ליצור קשר עם גורמים רלוונטיים בקהילה (רווחה, מדריכי נוער וחוגים); להיות בקשר רציף עם מטפלים בקהילה; להשתתף בפורומים עירוניים רלוונטיים; לתכנן וללוות למסגרות המשך לאחר סיום בית הספר; לתאם טיפולים ולעקוב אחר התערבויות נוספות (קלינאית תקשורת, דיאטנית וכדומה) (המרכז לבריאות הנפש לילד ולמתבגר – המרכז הרפואי זיו ואח', 2019).

על פי מודל העבודה של החממות, **החממה במר'אר מקיימת קשרים רבים עם שירותים בתחום הרווחה בקהילה.** העו"ס הקהילתית במר'אר מועסקת בחצי משרה ונמצאת בקשר רציף עם גורמים בקהילה, ובעיקר עם המחלקות לשירותים חברתיים ברשויות המקומיות:

”להיות בקשר עם כל גורם שיכול לעזור לנו וגם לפתח את הקשרים האלו – עם תנועות נוער, עם מרכז צעירים, עם כל מיני גורמים בקהילה, שאחרי שהשנה שהילד אצלנו, בטוחים שיש לו עוד כתובת בחוץ. בקהילה... זה המפתח. לצאת אליהם, להגיע לרווחה, לפגוש פנים מול פנים...” (אשת צוות, החממה במר'אר).

לעומת מר'אר, מן הראיונות עלה שהתקן של עו"ס קהילה **בחממה בצפת** לא אויש בעת ביצוע המחקר. מנהלת החממה החליפה חלקית את תפקיד העו"ס וניהלה את הקשר בין החממה ובין גורמי הרווחה בקהילה, בעיקר סביב מיצוי זכויות. ועדיין, בני הנוער וההורים תיארו את היעדר הממשק בין החממה ובין שירותי הרווחה בקהילה:

” אמרו שיעשו את זה [חיבור לקהילה בשעות אחר הצהריים] אבל זה לא קרה. אמרו שהם ממש יבדקו, מה הסדר יום שלו אחה"צ, ויהיו בקשר אחה"צ עם הצוות החינוכי, אמרו שיהיו יותר מעורבים, בפעילויות של אחה"צ, אבל זה לא היה בכלל” (אם לנער, החממה בצפת).

7. השוואה בין החממה בצפת לחממה במר'אר

כאמור, שתי החממות פועלות לפי אותו מודל עבודה, ואכן הממצאים מעידים כי המשותף ביניהן עולה על השוני, בעיקר בכל הנוגע לפעילויות המוצעות ולחוויות השירות. אולם חשוב לעמוד על כמה הבדלים בין שתי החממות:

- אוכלוסיית יעד – על פי מודל העבודה, החממות מיועדות לאותה אוכלוסיית יעד מבחינת מצב רגשי וחינוכי, כאשר החממה במר'אר ייעודית לאוכלוסייה הערבית. מן הממצאים עלה **שלחממה במר'אר מגיעים בני נוער ממעמד חברתי-כלכלי נמוך יותר ועם קשיים נפשיים מורכבים יותר, עקב חוסר מענים שמוטאמים לאוכלוסייה הערבית.**
- המרחב הפיזי והסביבתי – **החממה בצפת ממוקמת בתוך המערך לבריאות הנפש, בעוד החממה במר'אר ממוקמת בכפר מר'אר, במבנה של המרפאה.** מן התצפית במענים ומן הראיונות עם בני הנוער והמשפחות עלה כי החממות מעוצבות עיצוב חם ומזמין, שמרגע הכניסה אליהן משכיח את מיקומן הפיזי במערך בריאות הנפש.
- אנשי הצוות בחממה – בשתי החממות הרכב צוות דומה, אך בעת עריכת המחקר **בחממה בצפת לא אויש תקן של עו"ס קהילה** (בשנת תשפ"ב אויש התקן). מן המחקר עלתה החשיבות הרבה שבהימצאותה של עו"ס קהילה בצוות לצורך פיתוח קשרים בין החממה ובין שירותים אחרים בקהילה.
- דרכי עבודה אינטגרטיביות – נמצא שוני בקשר של שני המענים עם ארגון הגג – המערך לבריאות הנפש. החממה בצפת מקיימת קשר חזק עם ארגון הגג, נוכח הקרבה הפיזית והיותו חלק בלתי נפרד מן המערך לבריאות הנפש, בעוד **בחממה במר'אר הקשר עם המרכז הרפואי הוא בעיקר פורמלי**, נוכח הפער התרבותי והמרחק הפיזי.

8. אתגרים, קשיים וצרכים שלא מקבלים מענה

שתי החממות

- **חשש מסטיגמות.** המרואיינים ציינו כי בקרב האוכלוסייה הכללית יש סטיגמות עמוקות במיוחד כלפי אנשים עם קשיים נפשיים. הדבר מתבטא בהסתרה של קבלת הטיפול בחממות מבני המשפחה המורחבת של בני הנוער, מן החברים לכיתה ומן השכנים ביישוב. הראיונות עם אנשי הצוות העידו על צורך ברתימת הקהילה והמשפחות להעלאת המודעות והפרכת הסטיגמות כלפי אנשים עם קשיים נפשיים וחזקת הלגיטימציה לצריכת שירותים כאלה. הסטיגמות קיימות בכל קבוצות האוכלוסייה, אך מן המחקר עלה כי הן חמורות במיוחד באוכלוסייה הערבית.

- **מודעות נמוכה למענה בקרב העובדים בבתי ספר בקהילה וברשויות המקומיות.** מן הראיונות עם צוותי החממות ועם נציגי הנהלה עלה כי לדעתם אין מספיק מודעות לשירות שהחממות מעניקות לילדים ולבני נוער עם קשיים נפשיים הלומדים בחינוך הרגיל. היעדר המודעות בולט בעיקר במר"א, שם המענה הוא חדש יותר. החממות עוסקות בעבודת יישוג בבתי הספר, כל אחת באזור שלה, אך מעמדן עדיין לא מבוסס ולא נטוע בשגרת העבודה של מערכת החינוך והרשויות המקומיות.
- **פיתוח ושיפור העבודה עם ילדים בגילי בית ספר יסודי.** כאמור, בחממה בצפת החל פיילוט של עבודה עם ילדים בני 8-11 עם קשיים נפשיים. זאת מן ההכרה בכך שבכל הנוגע לקשיים נפשיים יש חשיבות רבה להתערבות מוקדמת ולמניעה. מן הראיונות עלה כי יש אתגר בעבודה עם שכבת גיל חדשה זו וכי צריך ללמוד ולהפיק לקחים מן הפיילוט לשם פיתוח המענים והתאמתם לגילים הצעירים יותר. בצד זאת יש להתאים את ההכשרה לאנשי הצוות בחממות כך שילמדו איך לעבוד עם הגילים האלה.
- **היעדר שירותי הסעה למענים.** אל החממות מגיעים בני נוער מיישובים שונים בצפון הארץ. במקרים שבהם בני הנוער לא יכולים להגיע עצמאית בתחבורה ציבורית, ההורים נדרשים להסיע אותם. מדובר באתגר עבור ההורים שכרוך בהשקעת זמן, מאמץ והוצאות רכב. היעדר שירותי הסעה מציב למעשה את יכולת ההגעה למענה כתנאי סף לקבלה המייצר חוסר שוויון בקבלת השירות. את הסוגיה הזו ציינו גם אנשי הצוות במענים, שטענו כי תנאי הכניסה מותאמים לבני נוער ממשפחות מתפקדות ומבוססות, או לחלופין למי שיש להם היכולת לנסוע, לעיתים נסיעות ארוכות, בתחבורה ציבורית. משמעות היעדר מענה לסוגיית ההסעות היא הדרה של האוכלוסיות הנזקקות ביותר מקבלת שירות זה.
- **הרחבת שעות הפעילות.** הילדים ובני הנוער מגיעים לחממות ליום קצר שמסתיים סביב השעה 13.30. מן הראיונות עם ההורים ובני הנוער עלה כי חסרים מענים לבני הנוער בשעות אחר הצהריים, ולכן רצוי לדעתם להרחיב את שעות הפעילות של החממות.
- **המתנה לטיפול הרגשי.** מן הראיונות עם בני הנוער והוריהם עלה כי לעיתים יש צורך להמתין כמה חודשים עד שמקבלים את שעת הטיפול הרגשי וכי יש רשימות המתנה. עקב כך לעיתים יש צורך להגיע לשעת הטיפול הרגשי ביום אחר מן היום הקבוע בחממה, דבר שמחייב נסיעה נוספת והפסד של זמן בבית הספר.

החממה בצפת

- **חשש של מקבלי השירות מסטיגמות.** החממה ממוקמת במערך לבריאות הנפש של המרכז הרפואי ז"ו. אף שמרחב החממה נעים ומזמין, היותה חלק ממתחם בריאות הנפש עדיין מעורר חשש ופחד מחשיפה.
- **אין מספיק קשר עם הקהילה.** כאמור, בחממה בצפת יש תקן לעו"ס קהילה, בדומה לחממה במר"א, אולם נכון לתקופת המחקר תקן זה לא אויש אלא רק בשנת הלימודים שלאחר מכן. מן הראיונות עם ההורים ובני הנוער של החממה בצפת עלה כי היעדר הקשר עם הקהילה נתפס כחוסר ניכר, בעיקר בכל הנוגע לפעילויות לבני הנוער בשעות אחר הצהריים ולליווי ההורים בכל הנוגע למיצוי זכויותיהם כהורים לילדים עם קשיים נפשיים.
- **היעדר הכוונה למסגרות המשך.** ההורים ובני הנוער בחממה בצפת ציינו כי אין מספיק הכוונה לתקופה שאחרי סיום בית הספר. מרבית בני הנוער מעוניינים להתגייס לצבא או להתנדב לשירות לאומי, אולם הדבר מלווה בחששות רבים:

”

שירות לאומי וצבאי, עוד נושא, שתמיד אפור. גליה [הבת, שם בדוי] הייתה מאוד מוטרדת על הצבא: מה זה אומר שאני פה? לא יגייסו אותי? כל הזמן השפיע עליה... היה טוב אם הייתה הכנה, שיגיע משהו מהכוח אדם של הצבא, ויסביר להם. ממיינים, קב"נים, שיסבירו מה מצבך הנפשי אומר שכדאי או לא כדאי להתגייס. גם בשירות לאומי. יש תוכניות מיוחדות, להציג את המגוון שיש" (אם לנערה, החממה בצפת).

החממה במר'אר

■ **חוסר במענים לאוכלוסייה הערבית.** מן הראיונות עלה כי אין די מענים לאוכלוסייה הערבית, מכיוון שמרבית המענים ניתנים בשפה העברית ואינם מותאמים תרבותית. מן הראיונות עם אנשי הצוות ועם ההורים עלה כי חוסר זה בא לידי ביטוי בכל רצף הטיפול וכולל, בין היתר, מחסור בכיתות לתלמידים עם קשיים רגשיים-התנהגותיים, בכיתות תקשורת, בבתי ספר לילדים עם קשיים נפשיים, וכן מחסור במענים של טיפול יום, של אשפוז יום ושל אשפוז מלא בשפה הערבית. כך למשל, אנשי הצוות בחממה במר'אר ציינו כי בני הנוער שמגיעים אליהם אינם דוברים את השפה העברית, ומשכך הם לא יכולים לקבל טיפול במערך בריאות הנפש של בית החולים זין, שמרבית אנשי הטיפול בו אינם דוברי ערבית. בעקבות זאת החממה במר'אר קולטת גם בני נוער שאינם נמנים עם אוכלוסיית היעד של החממות, כמו בני נוער עם קשיים נפשיים מורכבים יותר שאמורים להיות בטיפול יום.

9. סיכום

החממות החינוכיות-טיפוליות הן מענה אינטגרטיבי רב-מקצועי בקהילה עבור ילדים ובני נוער עם קשיים נפשיים שבו מרוכזים שירותים טיפוליים וחינוכיים. המענה פועל בשיתוף עם גורמים בקהילה, בייחוד בתי ספר. מטרת המענה למנוע הידרדרות במצב באמצעות הצעת סיוע ותמיכה בשלבים מוקדמים של הופעת קשיים נפשיים, כדי שאלו לא ישפיעו על תפקוד הילדים ובני הנוער בבית הספר ובשאר תחומי החיים. השירות בחממה מסתיים בדרך כלל בתום שנת לימודים אחת, שבמהלכה הילדים ובני הנוער נשארים בקהילה במשך רוב ימות השבוע, בכל מעגלי החיים המרכזיים לבני גילם, והדבר מונע משבר הסתגלות מחדש לקהילה. מן הראיונות עלה כי זהו מענה חשוב שלו תרומה רבה למצבם הנפשי והלימודי של הילדים ובני הנוער.

שער שני:
מרכז צ'רנה

מרכז צ'רנה בירושלים הוא מענה פוסט-אשפוזי המיועד לנערות. את המרכז הקימה בשנת 2012 עמותת מניפה – מנוף לחיים (להלן: עמותת מניפה) כדי לתת מענה למחסור במסגרות פוסט-אשפוזיות בקהילה. בשל מצבן הנפשי המורכב של הנערות הוחלט לייצר מרחב מוגן ובטוח שבו כל מקבלות השירות וכל צוות ההוראה והצוות הטיפולי הן נערות ונשים. המרכז נועד להעניק לנערות טיפול רב-תחומי שלו הן זקוקות ובה בעת לאפשר להן להישאר בחיק המשפחה וקהילה שלהן (מניפה – מנוף לחיים, 2020):

יש דיאלקטיקה בין הצורך לתת מענה אינטנסיבי לבין הרצון לשחרר. צריך להציע את המענים בהתאם לרמות התפקוד השונות. מרכז צ'רנה מאפשר לעזור למקרים מאוד קשים להשתלב בקהילה. זאת לא מניעה...” (חברת הנהלה, עמותת מניפה).

הנערות מקבלות במרכז טיפול אינטנסיבי ורב-תחומי, חמישה ימים בשבוע, במשך תקופה הנעה בין שנה אחת לשלוש שנים. **לוח 5** מרכז את פרטי השירות הניתן במרכז.

לוח 5: 'כרטיס ביקור' של מרכז צ'רנה

מרכז צ'רנה	
אוכלוסיית יעד	נערות בנות 14-19 עם קושי נפשי המפריע לתפקוד היום-יומי
הפניה	אין צורך בהפניה רשמית או בטופס 17
שייכות ארגונית	עמותת מניפה
מקור מימון ותשלומי הורים	עמותת מניפה; התוכנית הלאומית; משרד הרווחה; משרד החינוך תשלומי הורים (כ-1,000 ₪ בחודש). יש אפשרות לסבסוד חלקי או מלא
צוות המרכז	מנהלת, פסיכולוגיות, עו"סיות, מטפלות באומנות וביבליותרפיה, מדריכות, אם בית, בנות שירות לאומי, רכזת למידה, מורות מחנכות ומורות מקצועיות, פסיכיאטרית
מיקום	מרכז ויצ"ו, שכונת בית הכרם בירושלים
שעות וימי פעילות	חמישה ימים בשבוע, בשעות 16:00-9:00
תקופת השתתפות	בין שנה לשנתיים. במקרים חריגים – עד שלוש שנים

1. אוכלוסיית היעד

אלו הם מאפייני הנערות המקבלות שירות במרכז:

- **נערות בנות 14-19.** יש גמישות לקליטת נערות צעירות יותר וכן להארכת השהות לאחר גיל 19, במידת הצורך.
 - **קשיים נפשיים תפקודיים משמעותיים** המשפיעים על תפקודן של הנערות, ובהם חרדה, דיכאון, תסמונת פוסט טראומטית, הפרעת אישיות גבולית, הפרעה דו-קוטבית, סכיזופרניה, הפרעות אכילה ומחשבות אובדניות. בשנים 2017-2021, 20 מבין 32 הנערות (62%) הגיעו אל המרכז לאחר אשפוז פסיכיאטרי. 12 האחרות (38%) נקלטו במענה בשל מצב נפשי מורכב המקשה מאוד על תפקודן ביום-יום¹.
 - **אזור המגורים.** הנערות מגיעות מירושלים, גוש עציון, השפלה ומודיעין. כמה מהן מגיעות למרכז עצמאית ואת האחרות מסייעים ההורים מדי יום מן הבית למרכז ובחזרה.
 - **מעמד חברתי-כלכלי בינוני-גבוה.** המשפחות נדרשות לתשלום של 1,000 ₪ בחודש, וכאמור יש משפחות הנדרשות להסיע את הנערות על בסיס יומי, חלקן מחוץ לירושלים. הדבר דורש השקעת זמן לא מבוטל וכרוך בהוצאה כלכלית ניכרת (תשלומי דלק, טיפולי רכב וכו').
 - **תפקוד משפחתי.** בסיום כל יום הנערות שבות לחיק משפחתן. לדברי הצוות, מרבית הנערות מגיעות ממשפחות מתפקדות.
 - **נשירה מבתי הספר.** רוב הנערות (69% מבין 32 נערות בשנים 2017-2021) מגיעות במצב של נשירה גלויה (כלומר נשרו רשמית מבית הספר) וסמויה (לא מגיעות לבית ספר אך עדיין לא נשרו רשמית) וכן עם חוויה של קשיים ניכרים במערכת החינוך, הן בהקשר הלימודי הן בהקשר החברתי.
 - **רמת דתיות.** בעת הקמתו שירת המרכז את האוכלוסייה היהודית הדתית-לאומית. בשנים האחרונות גם נערות ממשפחות חילוניות מקבלות שירות במרכז, אך עדיין נערות רבות מגיעות ממשפחות השייכות לאוכלוסייה יהודית דתית.
- המשפחות יכולות לפנות למרכז בעצמן, ללא הפניה מגורם מקצועי מוסמך. תנאי הקבלה למרכז הוא מצב מאוזן מבחינה נפשית המאפשר רמת תפקוד בסיסית והיענות לתהליך הטיפול. המרכז לא מותאם לנערות שלהן סימפטומים קשים של הפרעת אישיות אנטי-סוציאלית, התמכרויות, הפרעת אכילה פעילה והפרעת התנהגות קשה. תנאי נוסף הוא שיתוף פעולה של הורי הנערה, אשר רוצים ומסוגלים לשקם את הנערה במסגרת המשפחתית ומוכנים לשתף פעולה עם התהליך הטיפולי והחינוכי במרכז, כולל הדרכת הורים קבועה (מניפה – מנף לחיים, 2020).

¹ כל הנתונים המספריים המוצגים בפרק זה מתבססים על נתונים שנאספו עצמאית במרכז צ'רנה בשנים 2017-2021.

2. מטרות

מטרת-העל של המרכז היא הענקת כלים להשתלבות בקהילה, על פי יכולת הנערות. כלים אלו ניתנים לכל נערה בשני תחומים עיקריים: התחום הטיפולי והתחום הלימודי-חינוכי. בתחום ה**טיפולי**, המטרות הן הפחתת או מניעת אשפוזים, הפחתת התנהגויות סיכון ומתן כלים להתמודדות עם העולם הרגשי. בתחום ה**לימודי-חינוכי**, המטרות הן השלמת פערי ידע ופערים במיומנויות למידה ובאסטרטגיות למידה (מניפה – מנוף לחיים, 2020).

בצד מטרת-העל יש מטרות ביניים רבות המתמקדות בהתקדמותה ההדרגתית של הנערה בכל אחד מן התחומים – הרגשי, החברתי והלימודי. מטרות אלו באות לידי ביטוי בהגדרת יעדים ספציפיים שמפורטים ומתעדכנים בתוכנית הטיפול האישית של כל נערה. התפיסה המקצועית המנחה את עבודתן הרב-תחומית של נשות הצוות מבוססת על הצבת יעדים ריאליים והימנעות מיעדים מאתגרים מדי, על פי מצבה של כל נערה:

”דוחפים טיפה כל הזמן, העדינות הזו של בדיוק לדחוף קצת אבל לא יותר מדי” (אם לנערה במרכז).

הצבת יעדים קונקרטיים ומעשיים, כגון סיוע בהכנת ארוחות צוהריים, שהייה במרחב חברתי משותף, הגעה עצמאית למרכז וממנו, מיועדת לאפשר לנערות לחוות חוויה של הצלחה ובכך לשפר את הביטחון העצמי שלהן ואת מצבן הרגשי. בתום התהליך הטיפולי, המרכז חותר לשילוב מיטבי של הנערות בקהילה – בבתי הספר, בשירות הלאומי או הצבאי ובעולם התעסוקה.

”השאיפה היא שהיא [הנערה] תצליח להשתלב באופן טוב יותר בקהילה – בצבא או במסגרת אחרת שטובה עבורה [...] לא מדובר בריפוי המחלה. אבל כן הן מסוגלות, יש להן כוחות ואנחנו עוזרות להן פה להרגיש יותר מאוזנות ומחזקות, יותר בעלות כוחות ויכולות, יותר מודעות לקשיים שלהן על מנת שיוכלו לצאת לקהילה. זאת השאיפה הכללית” (אשת צוות במרכז).

3. המרחב הפיזי והסביבתי

מרכז צ'רנה ממוקם במבנה של ויצ"ו בלב שכונה ותיקה בירושלים. בבניין מוצעים שירותים מגוונים המיועדים לתושבי השכונה: גן ילדים, פעילויות וחוגים. מן הראיונות עלה כי מיקום המרכז בקהילה במבנה נגיש ולא סטיגמטי מנגיש את השירות עבור הנערות והמשפחות. גם כשנכנסים אל המרכז עצמו, מתרשמים מעיצובו כ"בית" ובו סלון, מטבח ומרחב לאכילה משותפת שבו הנערות והצוות אוכלות ארוחות חמות שמכינה אם הבית ומייצרות קשרים בלתי פורמליים. גם הנערות והבוגרות שרואיינו הדגישו את אווירת ה"בית" המאפיינת את המרכז.

גם מספרן המצומצם יחסית של הנערות המקבלות שירות במרכז (15 נערות בזמן ביצוע המחקר) תורם לאווירה הביתית והאינטימית שבו.

4. נשות הצוות במרכז

לפי מודל העבודה של המרכז, עם צוות המרכז נמנים בעלי התפקידים האלה:

- **מנהלת.** אחראית לניהול הצוות הרב-מקצועי, לקליטת הנערות, לגיבוש ועדכון תוכניות הטיפול האישיות ולהעברת עדכונים שוטפים להורים.
- **אם בית.** אחראית לקניות, להכנת ארוחות חמות ולקבלת הנערות עם הגיען בבוקר.
- **מדריכות.** אחראיות לליווי הנערות במשך היום בפעילויות השונות, ובהן שיעורים, חוגים ופעילות חברתית.
- **בת שירות לאומי.** אחראית לליווי הנערות יחד עם המדריכות.
- **צוות הוראה הכולל:** שתי מורות לחינוך מיוחד המשמשות מחנכות, מלמדות מקצועות שונים ואחראיות לסדר היום; מורה למתמטיקה; מורה לאנגלית; מורה למוזיקה (גבר יחיד במרכז); רכזת למידה האחראית על צוות ההוראה – הדרכה מקצועית, ייעוץ שוטף, ישיבות צוות וגיבוש תוכנית לימודים עבור הנערות.
- **צוות טיפולי הכולל:** פסיכולוגית ראש צוות טיפולי – אחראית לניהול והדרכת הצוות הטיפולי, וכן לייעוץ בפיתוח התוכניות הטיפוליות האישיות עבור הנערות; פסיכולוגית נוספת – נותנת לנערות טיפול רגשי ועוסקת בהדרכת הורים; שתי עובדות סוציאליות – אחראיות לטיפול הרגשי, להדרכת הורים, להעברת מידע ולסיוע בקבלת זכויות סוציאליות; מטפלת באומנות; ביבליותרפיסטית; סטודנטית לביבליותרפיה וסטודנטית לפוטותרפיה – אחראיות להתערבויות הרגשיות.
- **פסיכיאטרית** המגיעה מן התחנה לבריאות הנפש בבית החולים איתנים ואחראית למעקב השוטף אחר מצב הנערות.

5. הפעילות במרכז וחויית השירות

סדר היום

הנערות מגיעות למרכז חמישה ימים בשבוע, בין השעות 9:00 ל-16:00, ובסיום היום שבות לביתן. סדר היום במרכז משקף את אופיו האינטנסיבי והרב-תחומי, המשלב בין פעילויות בתחומים הרגשי, החינוכי והחברתי. היום נפתח בסבב "מה נשמע" – שיחה משותפת בין הנערות. לאחר מכן ועד השעה 13:00 מתקיימים לימודים בחלוקה לשתי קבוצות למידה – קבוצה של נערות שניגשות לבגרות וקבוצה של נערות צעירות יותר. לאחר שעת הפסקה המיועדת לארוחת צהריים משותפת ולמנוחה, הנערות מקבלות טיפול רגשי פרטני או קבוצתי ומשתתפות בפעילויות חברתיות ובחוגים. בסוף היום נערכת שיחת סיכום קצרה.

טיפול רגשי ופסיכיאטרי

הנערות, בוגרות המרכז וההורים סיפרו כי הגיעו למרכז בתום מסע ממושך בין מערכות שירותים שונות. הנערות לא השתלבו בבתי הספר, ורובן נשרו ממערכת החינוך. מרביתן קיבלו טיפול במסגרת של טיפול יום, אשפוז יום או אשפוז מלא במחלקות פסיכיאטריות בבתי חולים, אולם משסיימו לקבל טיפול אינטנסיבי בשירותים חוץ-ביתיים התקשו למצוא מענה הולם לצורכיהן בקהילה. בהיתן המסע הלא קל שעברו, מרכז צ'רנה תואר בראיונות כשירות יחיד במינו בקהילה המספק מענה הולם לצורכיהן המורכבים של הנערות.

תפקידו זה של המרכז בתור "גלגל הצלה" מתאפשר בזכות טיפול רגשי ופסיכיאטרי שמעניקות נשות המקצוע. הטיפול הרגשי כולל הן טיפול רגשי פרטני בהיקף של שעותיים שבועיות ובתדירות של פעמיים בשבוע לכל נערה, הן שעת טיפול קבוצתי פעם בשבוע באחת משלוש קבוצות טיפול – טיפול באומנות, ביבילותרפיה או טיפול בעזרת בעלי חיים.²

נשות הצוות במרכז מעידות על כך שמלבד הטיפול המובנה המעוגן בסדר היום, אופיו הטיפולי של המרכז בא לידי ביטוי גם במרחב הלא פורמלי, כלומר במפגשים עם נשות הצוות במרכז (לא רק נשות צוות הטיפול) ועם הנערות האחרות בסיטואציות שונות במהלך היום. מפגש כזה מתקיים, למשל, עם בנות שירות לאומי המתנדבות במרכז ומתוארות על ידי הנערות והבוגרות שרואיינו כדמויות חשובות עבורן ליצירת קשרים בעלי משמעות. מפגשים נוספים מתקיימים בין הנערות בהפסקה, בהכנה ובישיבה המשותפת לארוחת צהריים, במשחקי קופסה בסלון ועוד. פעילויות ומפגשים אלו במרחב הלא פורמלי נועדו לספק לנערות הזדמנויות של התנסות חברתית ורגשית שבה הן לומדות על עצמן ומתרגלות את השפה, הכלים והמיומנויות שקיבלו בטיפול הרגשי. בד בבד, במפגשים הלא פורמליים, נשות הצוות במרכז משמשות לנערות מקור תמיכה, הן לומדות להכיר אותן יותר, לעקוב אחר השינויים במצבן הרגשי והחברתי ולתמוך בהן בעת הצורך.

מן הראוינות עלה כי אחת ההשפעות העיקריות של הפעילות במרכז באה לידי ביטוי בשיפור מצבן הרגשי של הנערות. המרואיינים תיארו את השיפור – הן רגועות ושקטות יותר, מווסתות יותר מבחינה רגשית, מאירות פנים יותר, מפגינות ביטחון עצמי, שמחת חיים ואף יכולת לתכנן העתיד.

הנערות מתארות כי יש להן עתה מודעות רבה יותר לקשיים שלהן, ובה בעת לכוחות ולחוזקות שלהן:

”אחד הדברים הכי חשובים שלומדים זה כאילו אני כמעט ולא מתביישת בעצמי... אני מרשה לעצמי להיות גאה בי. זה די משמעותי שפעם לא היה” (נערה במרכז).

נוסף על כך, נשות הצוות מצביעות על כך שהשהות במרכז תורמת לצמצום מספר האשפוזים של הנערות ומשכם, וכן לצמצום אירועים של כגיעה עצמית ומחשבות אובדניות. הנתונים שנאספו עצמאית על ידי צוות המרכז על אודות 32 בוגרות בשנים 2017-2021 תומכים בכך: שיעור האשפוזים הצטמצם מ-62% (n=20) בטרם ההגעה למרכז, לכ-4% בקרב בוגרות המרכז (n=10).

לקראת השתלבותן בקהילה רוכשות הנערות מיומנויות לחיים עצמאיים. למשל, הן מתנסות בניהול משק בית, מכינות ארוחות צהריים או מגיעות עצמאית אל המרכז וממנו הביתה. מיומנויות אלו, הנתפסות לעיתים קרובות כמובנות מאליהן, מוגדרות בתור יעדי טיפול בתוכנית הטיפול של הנערות ומצריכות תהליך למידה. במרכז אף מתקיימים מפגשי הכנה של הנערות הבוגרות יותר לקראת השירות הלאומי, ובהם נציגות השירות הלאומי מעבירות לנערות מידע רלוונטי על התוכניות ועל ההתאמות הקיימות.

² לאחר סיום איסוף הנתונים, בשנת הלימודים תשפ"ב (2021-2022), נוספה קבוצת טיפול בשיטת DBT; בשנה זו לא התקיימה קבוצת טיפול בעזרת בעלי חיים.

עם זאת נראה כי הכנה לשירות הצבאי ולעולם התעסוקה כמעט אינה קיימת. אחת הבוגרות העירה בריאיון עימה כי ההכנה לחיים העצמאיים אינה מספקת ויש להרחיב את ההכנה והחשיפה לגיוס לשירות הצבאי ולכניסה לעולם התעסוקה:

”לא הכינו אותנו גם לצאת לעבוד. אף פעם לא דיברו איתנו מה זה עבודה ומה זה כל הדברים האלה. למשל, איך הולכים לראיון עבודה. לא למדתי את זה מצ'רנה וזה חבל ליי" (בוגרת המרכז).

בשנים האחרונות מציע מרכז צ'רנה לנערות טיפול פסיכיאטרי שאותו מעניקה פסיכיאטרית שמגיעה למרכז פעם בשבועיים למשך שעתיים. הפסיכיאטרית אחראית למעקב פסיכיאטרי שוטף אחרי מצבן הנפשי של הנערות: תחילה היא פוגשת אותן יחד עם הוריהן, ולאחר מכן לבדן או בליווי של המטפלת הרגשית ושל המתכללת של הנערה (מי שאחראית לריכוז המידע על מצב הנערה ולתיאום בין נשות הצוות; ראו פירוט בסעיף 6). שירות זה, שבעבר לא ניתן במרכז, הוא תוספת חשובה למערך השירותים המוצע לנערות, בייחוד נוכח הקשיים שחוו הנערות ומשפחותיהן בכל הנוגע לקבלת שירות פסיכיאטרי בקהילה:

”כשעברנו לצ'רנה, [בהתחלה] לא היה פסיכיאטר שהגיע באופן קבוע. הלכנו לפסיכיאטר פרטי... מפנים לפסיכיאטר בקהילה אבל אי אפשר להגיע אליו כי יש המתנה ארוכה. גם אין פסיכיאטרים של ילדים כמעט... אסור לפסיכיאטרים כלליים לקבל בני נוער. ולפסיכיאטר של ילדים יש המתנה של מינימום חודש" (אב לנערה במרכז).

עם זאת מן הראוינות עם נשות הצוות ועם הורי הנערות עלה הצורך בהעלאת תדירות הביקורים או שעות עבודתה של הפסיכיאטרית.

שירותי חינוך

במרכז מתקיימות שתי קבוצות למידה הפועלות בה בעת: קבוצה "בגרותית" שבה נערות בוגרות המעוניינות לגשת לבגרויות, בכל המקצועות או בחלקם, וקבוצת "לימודייה" שבה נערות צעירות יותר. לכל נערה יש מחנכת המלווה אותה ואחראית לתוכנית הלימודים שלה (להרחבה ראו סעיף 6). הלמידה מתקיימת עם צוות ההוראה של המרכז, אך מאחר שמשרד החינוך לא מכיר במרכז כמסד לימודי-חינוכי, הנערות רשומות לבית הספר הממלכתי דתי אמי"ת טכנולוגי ושם הן ניגשות למבחני הבגרות. חלק מן המשפחות מעדיפות להתייחס למרכז כאל בית ספר, והדבר מסייע להן להתמודד עם הסטיגמה של המענים המיועדים לנערות עם קשיים נפשיים.

הנערות ובוגרות המרכז שרואיינו, כמו גם נשות הצוות, סיפרו כי גישת הצוות מבוססת על גמישות ורגישות רבה ליכולותיהן הלימודיות ולמצבן הרגשי. כאמור, רוב הנערות מגיעות למרכז לאחר שהיו במצב של נשירה סמויה וחוסר תפקוד בבית הספר ולאחר שחוו בו חוויות שליליות. הנערות שרואיינו סיפרו כי השהות במרכז הביאה להשבת האמון שלהן בצוות החינוכי וכי ההתקדמות שלהן בלימודים במרכז מספקת להן חוויה של הצלחה. מבחינת הישגיהן הלימודיים של הנערות, בשנים 2017-2021 20 מבין 23 הבוגרות (87%) השיגו בגרות חלקית או מלאה.

במועד שבו מתקיים מבחן בגרות, הנערות מגיעות לבית הספר אמי"ת טכנולוגי שאליו הן רשומות. ניכר כי מדובר בחוויה לא פשוטה המשלבת בין תחושת חרדה הקשורה במבחן ובין החרדה מעצם ההגעה לבית ספר לא מוכר. לכן מתלווה לכל נערה הניגשת למבחן אשת צוות:

” אני יודעת את התשובות, אני פשוט צריכה שמישהו ישב לידי, ייתן לי יד, מישהו שאני מכירה” (נערה במרכז).

התחום הלימודי במרכז אינו מצטמצם למקצועות הליבה אלא כולל מגוון רחב של תחומי עניין כגון אומנות, מוזיקה ואפייה, וכל נערה יכולה לבחור את תחום העניין שלה על פי נטיותיה האישיות. היו שציינו את ההשתתפות בפעילויות אלו כחווייה משמעותית לא פחות מן הלמידה של מקצועות בית הספר:

” המוזיקה שיש להם השנה זה טוב לה [לביתה] מכל כך הרבה בחינות וזה באמת חלק מתהליך הריפוי שלה. זה לא סתם מוזיקה כי נחמד, זה מאוד מהותי. זה בקטע שהיא מנגנת ושהיא מצליחה והיא כותבת שיר ומלחינה אותו והיא מתמודדת עם זה שהיא הלחינה” (אם לנערה במרכז).

הראיונות העידו על חששן של הנערות מן הסטיגמות בנוגע אליהן, הנבעות מן העמדות הרווחות בחברה כלפי תחום בריאות הנפש. נוכח החשש מסטיגמות, יש משפחות הנמנעות מלשתף את השכנים, את המשפחה המורחבת או את העמיתים לעבודה (במקרה של ההורים) על קשייהן הנפשיים של הנערות. כמה מן ההורים ציינו כי השירות מאפשר “לחמוק” מן הסטיגמות תודות ליצירת נראות כי הנערות “הולכות לבית ספר” והמשפחה פועלת בשגרה “רגילה”.

פעילות חברתית

כאמור, במרכז מתנהל סדר יום מובנה בצד גמישות, על פי צורכיהן ורצונותיהן של הנערות. יש כמה סוגי פעילויות המכוונות לחזק מיומנויות וקשרים חברתיים. אחת מהן היא שיחות משותפות של כל הנערות, בהנחיית אשת צוות, בתחילת היום ובסופו. שיחות אלו מספקות לנערות הזדמנות לשתף, לפי רצון ובחירתן, כיצד עבר עליהן היום.

בהמשך היום, בקבוצות ובפעילויות החברתיות, נערך שיח בין הנערות שמאפשר להן להכיר זו את זו, לחזק את תחושת השייכות שלהן לקבוצה ולפתח מיומנויות חברתיות ומיומנויות תקשורת. השיח נערך לא רק במהלך הפעילויות הפורמליות אלא גם במרחב הלא פורמלי; בחוגים, בהפסקת הצהריים ובשעות הפנאי שלהן.

מן הראיונות עלה כי הקשרים הנרקמים עם קבוצת השוות הם רבי-ערך לנערות, שכן חלקן חוו בעבר חרם חברתי או שהסתירו משך שנים את רגשותיהן ולא שיתפו אחרים בתחושות קשות של פחד, חרדה או דיכאון. בהגיען למרכז הן מגלות כי יש עוד נערות שמצבן דומה והן חוות תחושות דומות, מה שמקל על נכונותן לשתף:

” הפתיחות. כאילו הידיעה שכולן... סוג של במצב שלי... [לפני שהגיעה] הייתי המוזרה היחידה... מדברים פה על נוגדי דיכאון, מדברים פה כאילו על חוויות קשות. אם למישהי יש התקף חרדה, אז לא פשוט מעלימים אותה כזה. פשוט מדברים על זה, משתפים חוויות...” (נערה במרכז).

קבוצת השוות במרכז מתגבשת, בין היתר, בזכות תחושה של שותפות גורל ואחוזה, הקשבה לא שיפוטית וקבלה הדדית, בצד שמירה על הפרטיות ועל המרחב האישי:

” ... אם מישהי אחת קשה לה, כולן רוצות לעזור לה וכולן עושות מה שטוב, בין אם זה להיות בצד כי אני יודעת שהיא לא רוצה שאני אתקרב אליה, או לבוא לתת לה כוס מים או אפילו לתת לה חיבוק. ממש כולנו מכירות את הקושי, כל אחת מהכיוון שלה, אנחנו לא מבינות בדיוק מה כל אחת עוברת, אבל זה נורא חשוב לנו, כי בגלל שאנחנו יודעות שהיינו רוצות שיעזרו לנו, אז אנחנו עוזרות לה” (נערה במרכז).

נוסף על יצירת הקשרים בקבוצת השוות, נוצרים גם יחסי אמון וידידות בין הנערות ובין נשות הצוות. יחסים אלו נוצרים תודות להיעדר שיפוטיות מצד הצוות ויצירת קשר “בגובה העיניים”. זהו קשר חזק שנשמר פעמים רבות גם בתום הטיפול במרכז. מן הראיונות עם הבוגרות ועם נשות הצוות עלה כי בוגרות המרכז נמצאות לעיתים קרובות בקשר רציף עם נשות הצוות מן המרכז, בווטסאפ ובטלפון, או במילותיה של אחת הבוגרות, “עדיין הטלפון הראשון שמרימה”. מן הראיונות עלה עוד כי יחסי האמון בין הנערות ובין הצוות תורמים להצלחת הטיפול ואף מספקים עבורן כלים לפיתוח יחסי האמון עם עולם המבוגרים בעתיד, ובכך השהות במרכז מכשירה אותן להשתלבות טובה יותר בקהילה.

שירותים למשפחה

כאמור, שיתוף פעולה מצד המשפחה הוא אחד מתנאי הקבלה למרכז. על כן מעורבות ההורים בכל הנוגע לבתם היא חלק מן הגישה המקצועית הנהוגה במרכז. הורים נמצאים בקשר עם נשות הצוות אך בעיקר מי שמעדכנות אותם בקביעות (בטלפון, בווטסאפ או בפגישות) הן מנהלת המרכז והמטפלת הממלאה את תפקיד המתכללת עבור הנערה (להרחבה ראו סעיף 6). נראה כי נעשית חשיבה משותפת והחלטות מתקבלות בשיתוף ההורים, במיוחד בכל הנוגע לשינויים במצב הנערה ולמצבי משבר. נוסף לעדכונים השוטפים, מנהלת המרכז מזמינה את ההורים לפגישת עדכון איתה בין פעם בחודש לפעם בשלושה חודשים, על פי הצורך.

נוסף על עדכונים ושיתוף בקבלת החלטות, ההורים מקבלים במרכז הדרכה קבועה – שעת הדרכה פרטנית פעם בשבוע. הדרכות ההורים משמשות הן לעדכון על מצב הנערה הן לצורכי עבודה טיפולית עם ההורים כמענה לצורכיהם, כגון התמודדות עם מצבי משבר, תיווך הקשיים לשאר בני הבית או חיזוק היחסים עם הנערה ועם אחיה. ההדרכה תורמת ליכולתם של ההורים לקבל את הקושי הנפשי של בנותיהם, עוזרת בתיווך המצב המורכב לאחים ולבני המשפחה ומעניקה להם כלים להתמודדותם כהורים עם הקשיים שהם חווים:

” אני חושבת שזה נותן לנו שני דברים: זה קודם כל נותן את הערוץ הזה של לדעת מה קורה עם גלי [הבת, שם בדוי], אבל זה נותן גם הרבה [מידע על] מה אנחנו צריכים לעשות או לא לעשות. ההתנהלות שלנו עם גלי [הבת, שם בדוי] בבית וגם איזושהי אחזקה של ההתמודדות שלנו כהורים עם המשבר הזה” (אם לנערה במרכז).

המרכז אף מסייע למשפחות בענייני מיצוי מיטבי של הזכויות שלהן. נשות המקצוע במרכז מיידעות את ההורים על זכויותיהם, כגון סל שיקום וקצבת נכות, ומקשרים ביניהם ובין שירותים בקהילה. ההורים שרואיינו סיפרו כי לא ידעו על זכאותם לזכויות ולשירותים, ורק בזכות התיווך והסיוע מצד הצוות הם קיבלו את מה שמגיע להם:

” בבית צ'רנה גם מטפלים בכל החלק הבירוקרטי, מכינים את הכול, את כל הניירת, מסבירים את סל השיקום, משכנעים שכדאי לעשות. סיוע מאוד משמעותי – איך מממשים את הזכויות... חוסך עוגמת נפש מהמשפחות (אב לנערה במרכז).

6. דרכי עבודה אינטגרטיביות

” רואים את הבת כמכלול, לא כמו שהולכים לרופא שרואה רק את הברך ולא את כל הרגל. הם רואים ביחד – לראות את כל המכלול השלם, בלי לפגוע בפרט ואת הפרט בלי לפגוע במכלול” (אם לנערה במרכז).

בפרק זה יוצגו דרכי העבודה התורמות לאופיו האינטגרטיבי של המרכז. תחילה יוצגו דרכי הפעולה ליצירת האינטגרציה הפנים-ארגונית במרכז עצמו, ולאחר מכן יידונו קשרים בין המרכז ובין שירותים אחרים בארגון הגג שאליו הוא שייך (עמותת מניפה) וכן בין המרכז ובין שירותים אחרים בקהילה.

אינטגרציה בין השירותים במרכז

כאמור, אופן העבודה במרכז מתאפיין בכך שכל תחומי השירות עבור הנערות ובני משפחתן קשורים ביניהם ומשתלבים יחד למתן מענה כוללני רב-מערכתי לצורכי הנערות. בספרות המקצועית מכונה העבודה המתואמת והמשולבת היטב בארגון "אינטגרציה אנכית" (Sloos, 2019). עבודת הצוות הרב-מקצועי מאפשרת לנערות לקבל מגוון רחב של שירותים טיפוליים-חינוכיים, לרבות טיפול פסיכיאטרי ורגשי, שירותי חינוך פורמלי ובלתי פורמלי, פעילויות חברתיות, שירותים עבור המשפחות וכן ליווי למיצוי זכויות. במרכז נעשה שימוש בכמה פרקטיקות ליצירת תיאום ושיתוף פעולה בין אנשי המקצוע בתחומי השירות השונים. פרקטיקה אחת לחיזוק האינטגרציה הפנימית והקשר בין נשות הצוות באה לידי ביטוי ב**קיום ישיבות צוות** שבועיות קבועות שבהן כולן משתתפות – מטפלות, מורות, מדריכות, אם בית, בנות שירות ומנהלת. הישיבות תורמות לעדכון, שיתוף ושיח רב-מקצועי בהיבטים השונים של חיי הנערה, כפי שאלה באים לידי ביטוי בתחומי השירות השונים במרכז. נוסף על כך, שילוב של כלל נשות הצוות בישיבות הצוות מקדם תפיסה שוויונית במבנה הארגוני ובכך מאפשר לקדם תחושת שותפות.

פרקטיקה נוספת באה לידי ביטוי בשימוש ב'**מתכללת מקרה'** או 'מתאמת מקרה' (case manager). לכל נערה מוצמדת מתכללת מקרה חינוכית (מורה/מחנכת) האחראית להיבט החינוכי ולממשקים בינו ובין שאר תחומי השירות, וכן מתכללת מקרה טיפולית (עו"סית/פסיכולוגית) האחראית להיבט הטיפולי-נפשי ולממשקים בינו ובין שאר תחומי השירות. הימצאות שתי מתכללות לכל נערה מאפשר לה לבחור עם מי מהן היא רוצה לשוחח על אילו נושאים. מנהלת המרכז מרכזת את המידע שנאסף ומתאמת בין שתי המתכללות.

עוד פרקטיקה שמביאה לידי ביטוי את האינטגרציה הפנים-ארגונית היא **הקשרים הפורמליים והבלתי פורמליים** האינטנסיביים בין נשות הצוות. עבור רוב נשות הצוות העבודה במרכז היא העבודה הבלעדית במשרה מלאה. הממשקים בין נשות הצוות רבים ותכופים, וכל העבודה נעשית בקומה אחת בבניין. נוסף על ישיבות הצוות והפגישות האקראיות, נשות הצוות מתכתבות ביניהן ומעדכנות על אירועים במהלך היום בקבוצת ווטסאפ משותפת. הן אף מקפידות לשמור על פרטיותן של הנערות, כנדבך חשוב בבניית האמון בינן ובין הנערות.

לצורך יצירת אינטראקציה יעילה, נשות הצוות משתמשות ב**שפה משותפת** – שפה טיפולית שבה הן מדברות. שיח משותף מקדם קשרים ושיטת פעולה בתוך המרכז. יתרה מזו, נראה כי בקרבן נוצרה זהות משותפת הבאה לידי ביטוי בתחושה של "גאות יחידה" על היותן חלק משירות חשוב:

”אני אוהבת לעבוד פה, זה ממש שליוחות. אוהבת את הצוות והבנות. פשוט עבודת קודש” (אשת צוות במרכז).

קשר עם ארגון הגג

מלבד הצעת שירות מגוון ומשולב בתוך המענה, הרצף הטיפולי מתאפשר גם על ידי הספקת שירותים על-ידי כמה יחידות ארגוניות השייכות לאותו ארגון גג רחב (Sloos, 2019). כחלק מן השירותים של עמותת מניפה, בתום הטיפול במרכז צ'רנה יש שני שירותים נוספים שהעמותה מספקת לנערות ליצירת רצף טיפולי – דירת בוגרות ו"כיתות מניפה". דירת הבוגרות היא שירות חדש יחסית שאליו יכולות להגיע בוגרות המרכז בנות יותר מ-18 המעוניינות ביציאה הדרגתית מבית הוריהן ובקבלת הכנה לקראת דיור עצמאי בקהילה, באמצעות סיוע וליווי של צוות המרכז. "כיתות מניפה" הן כיתות בבתי ספר רגילים הקיימות בכמה יישובים בארץ, והן מספקות מעטפת חינוכית אינטנסיבית על ידי צוות העמותה עבור בני נוער הנמצאים בסכנת נשירה. מדובר ב"כיתות קלט" (כיתות מעבר) קטנות שתלמידיהן משולבים בכיתות הרגילות במקצועות השונים. מדי שנה, מעט מבוגרות המרכז שאינן זקוקות יותר למסגרת טיפולית אינטנסיבית, עוברות לכיתות אלו להמשך לימודים במסגרת חינוכית רגילה במסלול המכוון לקבלת בגרות מלאה. גם לאחר המעבר לכיתת מניפה, בוגרות המרכז ממשיכות לקבל טיפול רגשי על ידי פסיכולוגית או עו"ס במרכז.

קשר עם הקהילה

הנערות מגיעות למרכז כל יום בשעות 9:00 עד 16:00, ובסיומו הן שבות לביתן. עם זאת הן לומדות ומקבלות את מכלול התמיכה והטיפוליים במרכז, וקשריהן עם הקהילות הטבעיות שלהן מועטים יחסית. מן הראיונות עם הנערות נראה כי עיקר הקשרים החברתיים שלהן הם עם הצוות ועם נערות אחרות במרכז. כאמור, היות המרכז שירות מקיף ורב-תחומי מאפשר לנערות לקבל במקום אחד מענה לרוב צורכיהן, ומנגד הוא מייצר את הצורך בממשקים עם שירותים אחרים בקהילה, ועל כן הוא מקיים קשרים מועטים עם שירותים אחרים בקהילה:

בתחום החינוך, כאמור, עיקר הקשר הוא עם בית ספר אמי"ת טכנולוגי שאליו רשומות הנערות רשמית. רכזת הלמידה אחראית לקשרים בין הנערות במרכז ובין הצוות בבית הספר. נראה כי קשרים אלה מעטים, בעלי אופי בירוקרטי ומתקיימים סביב מבחני הבגרות ומצבי המעבר – קליטת הנערות במרכז או לחלופין מעבר של חלק מן הבוגרות לכיתת מניפה הנמצאת בבית הספר.

כפי שצוין, ההורים מקבלים ליווי וסיוע במיצוי זכויות סוציאליות מול מוסדות רווחה והביטוח הלאומי. מלבד זאת, המרכז מקיים קשרים מעטים יחסית עם **שירותי רווחה** בקהילה. בתקופת איסוף הנתונים בשנת 2021, במרכז הייתה רק נערה אחת ממסגרת חוץ-ביתית שנזקקה לסיוע רב מן הצוות במציאת מגורים מתאימים עבורה, תוך כדי ניהול קשר אינטנסיבי עם גורמי הרווחה. ממקרה זה אפשר ללמוד כי כאשר יש צורך בהתערבות וסיוע, הצוות כונה מיזמתו לשירותי הרווחה ומנהל איתם את הקשר.

החיבור עם **שירותי בריאות** בקהילה נעשה סביב מצבי המעבר – סמוך לקליטת הנערה או כשהיא עוברת לשירות אחר, כגון אשפוז או טיפול יום. בשלב הקליטה, כאשר הנערה מגיעה ממסגרת אחרת של אשפוז או טיפול, נשות הצוות במרכז יוצרות קשר עם אנשי הצוות הטיפולי באותה מסגרת כדי לקבל החלטה משותפת בנוגע למידת התאמת המרכז לצורכי הנערה. כרט לכך, לאחר הקליטה או ביצוע המעבר לא מתקיים קשר עם שירותי בריאות נוספים, בקהילה או בבתי חולים. המעקב והטיפול הפסיכיאטרי נעשה על ידי הרופאה הפסיכיאטרית העובדת עם המרכז.

7. אתגרים, קשיים וצרכים שלא מקבלים מענה

- **היעדר הסעות.** רבות מן הנערות מגיעות מאזורים מרוחקים, דבר המחייב נסיעה ממושכת מדי יום, למרכז ובחזרה ממנו. היעדר הסעות מהווה עול קשה עבור ההורים ומקשה על שגרת חיי המשפחות. יתרה מזו, הצורך בהגעה עצמאית הופך את המרכז לבלתי נגיש עבור נערות שאינן מסוגלות לכך ושמשפחותיהן אינן יכולות לעמוד בנטל ההסעות.
- **חוסר בחינוך מיני.** מן הראיונות עלה כי אין במרכז כל שיח או שיעורים בנושאים הנוגעים לחינוך מיני, ובהם זהות מינית וזהות מגדרית – נושאים חשובים לנערות בגיל ההתבגרות.
- **אין מספיק הכנה לחיים עצמאיים.** במרכז נעשית הכנה לקראת שירות הלאומי, אך מעדויותיהן של הבוגרות עלה כי זו אינה מספקת ויש להוסיף הכנה וחיפה לשירות צבאי, לעולם התעסוקה ולהמשך הלימודים.

8. סיכום

מרכז צ'רנה מציע מענה פוסט-אשפוזי בקהילה לנערות במצבים מורכבים, לאחר אשפוז או "כפסע מן האשפוז", שנשרו (נשירה גלויה או סמויה) מבתי הספר בקהילה. המרכז פועל כיחידה רב-תחומית אחת המעניקה לנערות ולמשפחותיהן במקום אחד את מכלול השירותים על פי צורכיהן המורכבים, בתחומים השונים – הרגשי והפסיכיאטרי, החינוכי-לימודי, החברתי והמשפחתי, במשך חמישה ימים מלאים בשבוע, לתקופת זמן של שנה אחת עד שלוש שנים. השירותים הניתנים במרכז משולבים ומתואמים היטב ביניהם וממלאים את מרבית צורכי הנערות ומשפחותיהן. תיאום זה מתאפשר באמצעות כמה פרקטיקות, ובהן תכלול הטיפול בכל נערה בעזרת מתכללת מקרה, ניהול ישיבות צוות סדירות, קשר שוטף ליצירת קשרים פורמליים ובלתי פורמליים בין נשות הצוות, וכן פיתוח שפה מקצועית משותפת.

עם זאת, מאחר שהנערות מקבלות במרכז את מרבית השירותים ואף לומדות בו, הוא מקיים חיבורים וקשרים מועטים עם ארגונים וגופים אחרים בקהילה, בעיקר סביב הקליטה במרכז או סיום הטיפול בו. חייהן של הנערות בתחום הלימודי והחברתי מתנהלים בחלקם הגדול במרכז, ולא בקהילתן הטבעית.

סיכום וכיווני פעולה

סיכום

בדוח הוצגו ממצאי חקרי מקרה שנערכו בשלושה מענים בקהילה המיועדים לילדים ובני נוער עם קשיים נפשיים: חממה חינוכית-טיפולית בצפת, חממה חינוכית-טיפולית במר'אר ומרכז צ'רנה בירושלים.

הממצאים מלמדים על צורך רב בשני סוגי השירות בקהילה: המניעת-אינטגרטיבי – בשלבי המצוקה הראשוניים, למניעת המשך הידרדרות, והפוסט-אשפוזי – בשלב מתקדם יותר מאז הופעת הקושי. מן הראיונות עם אנשי המקצוע בקהילה, עם אנשי הצוות המקצועי במענים, עם בני נוער מקבלי השירות ועם הוריהם עלה כי שני המודלים נותנים מענה מיטיב לצורכי אוכלוסיות היעד שהם נועדו לשרת. עוד עלה כי אלו שירותים מעטים ונדירים שרק מיעוט קטן מקרב אוכלוסייה הולכת וגדלה של ילדים ובני נוער עם קשיים נפשיים בישראל זוכה לקבל. המשפחות ובני הנוער מגיעים למענים אלו ממקומות מרוחקים, חלקם בתום המתנה וחיפוש ממושכים אחר השירות המתאים, ולדבריהם, יש רבים אחרים שאינם בני מזל כמוהם.

המצוקה הנפשית של הילדים ובני הנוער בולטת ביתר שאת מאז פרוץ מגפת הקורונה בתחילת שנת 2020 ([דלי וסופר, 2021](#); [ארזי וסבג, 2020](#)). לכן, מן הראוי להגדיר את פיתוח המענים בקהילה עבור אוכלוסייה זו כאחד היעדים האסטרטגיים החשובים ביותר של מדינת ישראל כיום.

חשוב לסייג את הממצאים: המחקר הנוכחי מתאר תיאור מעמיק את שלושת המענים שנכללו בו במסגרת חקרי מקרה, אולם הוא אינו מתיימר להציג תמונה רחבה וכללית על אודות השירותים הקיימים והחסרים כיום בישראל עבור ילדים ובני נוער עם קשיים נפשיים. לשם תכנון ופיתוח המדיניות בתחום, יש צורך במיפוי כללי של שירותים אלו.

כיווני פעולה

ממצאי חקרי המקרה מצביעים על כמה כיווני פעולה לשיפור שלושת המענים שנבחנו ושעשויים ללמד גם על פיתוח שירותים עבור ילדים ובני נוער עם קשיים נפשיים בקהילה בכלל:

1. לשפר את הנגישות הפיזית, הכלכלית והתרבותית של המענים

- **למקם את המענים בקהילה:** מיקום המענה בלב הקהילה, במקום מרכזי ונגיש לתחבורה הציבורית מחזק את הלגיטימציה שלו, מפחית סטיגמות ומאפשר למשפחות ולבני נוער רבים יותר לפנות אליו. גם הקמת מרכזים בפריסה ארצית עשויה לתרום לכך.
- **לייצר מרחב פיזי ידידותי:** עיצוב המרחב הפיזי המציע אווירה המתאימה לילדים ובני נוער תורם ליצירת סביבה אטרקטיבית, בטוחה ולא סטיגמטית.
- **להציע שירותי הסעה** מסובסדים להנגשה מיטבית, הן גאוגרפית הן כלכלית, של השירותים.

- **להעניק את השירות במענה ללא תשלום או בתשלום סמלי:** כדי להנגישו גם לילדים ובני נוער ממשפחות מעוטות יכולת.
- **להתאים את המענים מבחינה תרבותית ושפתית לאוכלוסיות שונות ולקהלי יעד שונים:** חשוב מאוד להתאים את המענים הקיימים כיום ברצף הטיפול – טיפולי יום, אשפוז יום ואשפוז במערך לבריאות הנפש – לאוכלוסייה הערבית. זאת בראש ובראשונה על ידי הוספת אנשי צוות (רופאים, מטפלים, אחיות) מקרב אוכלוסייה זו. מלבד זאת, על המענים השונים להיות מותאמים תרבותית גם לקבוצות אחרות באוכלוסייה, כגון דתיים-לאומיים, חרדים, עולים מאתיופיה ומברית המועצות לשעבר וקבוצות אחרות שלהן מאפיינים תרבותיים ייחודיים.
- **להרחיב את שעות הפעילות מעבר לשעות הלימודים,** כדי לקלוט את הילדים ובני הנוער לאחר שעות הלימודים ולהציע להם חוגים ופעילויות משותפות עם בני גילם בקהילה.

2. לחזק את אופיים האינטגרטיבי של המענים ככאלה הפועלים בתוך הקהילה

- **לפעול ככל האפשר להימצאות הילדים ובני הנוער בקהילתם, ולו חלקית:** בתי הספר, תנועות הנוער, חוגים ופעילויות אחרי הצהריים, שירותי בריאות בקהילה וכד'.
- **להרחיב את שיתופי הפעולה והשותפויות עם הקהילה,** על ידי הגברת המודעות בקהילה לקיום המענים והגברת האמון בצוות המקצועי העובד בהם ובסיוע שהוא מעניק; פיתוח של מערכי עבודה מובנים עם ארגונים רלוונטיים בקהילה, בדומה למודל העבודה של החממות עם בתי הספר; ליווי וייעוץ מקצועי לאנשי מקצוע בקהילה, בייחוד צוותים מקצועיים בבתי הספר ובמרפאות בקהילה, כפי שפועלים צוותי השירות המקבילים במדינות בעולם ([רימון-גרינשפן ואח', 2021](#)); מינוי של איש צוות ייעודי, דוגמת עו"ס קהילה, לקידום הקשרים והשותפויות עם הגופים השונים בקהילה.

3. לספק מענה רב-מקצועי מקיף ומתואם היטב

- **לגבש צוות רב-מקצועי במענה** כדי לתת מענה לצרכים השונים של ילדים ובני נוער עם קשיים נפשיים במגוון תחומי החיים, ובהם מצבם הרגשי, הלימודי, החברתי, המשפחתי וההתנהגותי.
- **לייצר מגוון ערוצי עדכון ותקשורת,** פורמליים ובלתי פורמליים, בין אנשי הצוות במענה, כולל ישיבות צוות סדירות, קבוצות ווטסאפ, שיחות טלפון וכגון עדכון, כדי לאפשר עבודה משולבת של אנשי הצוות הרב-מקצועי בתיאום ושיתוף מרביים. זאת בשימת לב להיבטים הקשורים לשמירה על פרטיות.
- **למנות מתכלל או מתאם מקרה (case manager)** לכל אחד מן הילדים ובני הנוער לצורך ריכוז המידע הרלוונטי ולתיאום מיטבי בין אנשי המקצוע, בתוך השירות ומחוצה לו.
- **להציע פעילויות חברתיות.** למפגש החברתי וליצירת קשרים עם קבוצת השווים חשיבות מיוחדת לבני הנוער.
- **להרחיב את ההכנה של בני הנוער לשילוב בחיים בקהילה** כבוגרים, כולל תעסוקה, השכלה על-תיכונית ושירות צבאי ולאומי.
- **לייצר מגוון רחב וגמיש של שירותים לבני המשפחה.** כדי להתאים את השירותים לצורכיהן השונים של המשפחות, רצוי להציע מגוון רחב יותר של סוגי תמיכה, כגון טיפול זוגי ומשפחתי, קבוצות תמיכה וקבוצות DBT ו-CBT. שימוש באפליקציות מקוונות דוגמת זום לצורכי מתן תמיכה להורים עשוי להקל על חלק מן ההורים.

- **לספק טיפול אישי וגמיש.** יחס אישי לא שיפוטי בצד גמישות של מערך השירותים הקיים חיוניים ליצירת אמון בין אנשי הצוות ובין הילדים ובני הנוער ולהתאמה מיטבית של השירותים לצרכים המשתנים.
- **לאפשר רצף טיפולי ומעבר קל בין השירותים במערכת בריאות הנפש –** מרפאה, טיפול יום, אשפוז יום ואשפוז.

4. למפות את המענים הקיימים ולפעול לניטורם ולמידתם השוטפת

- **לערוך מיפוי כללי של המענים הקיימים** היום בישראל לשם זיהוי מדויק יותר של סוגי השירות החסרים ואוכלוסיות יעד ספציפיות שעבורן המחסור בשירותים מורגש במיוחד.
- **לפתח ולהטמיע מערך להערכה ומדידה שוטפת** של תוצאות ברמת המענה וברמת הפרט, במסגרת תהליכים לשיפור איכות השירות והתאמתו המרבית לצורכיהם של מקבלי השירות. יש להגדיר יעדים ברורים של מענה אינטגרטיבי בקהילה ולערוך מעקב שיטתי אחר מידת השגתם.

5. להרחיב את המענים הקיימים ולפתח שירותים נוספים בקהילה, המשלבים בין תחומי שירות שונים

- **להרחיב את המענים הקיימים עבור ילדים בגילי גן ובית ספר יסודי,** להתערבות מניעתית בשלבים מוקדמים של הופעת הקושי. בין השאר מומלץ להרחיב את הפיילוט לבני 8-11 שהחל בחממה בצפת לחממות נוספות, זאת לאחר הכשרת הצוות לעבודה עם ילדים בגילים אלו והטמעת מסקנות הפיילוט.
- **לפתח מענים נוספים עבור קבוצות באוכלוסייה.** ממצאי המחקר מעידים על מחסור בשירותים מותאמים מבחינה שפתית, דתית ותרבותית באוכלוסייה הערבית ובאוכלוסייה הדתית-לאומית. כאמור, כדי לאשש את הממצא יש לערוך מיפוי של כלל השירותים הקיימים.

מקורות

- ארזי, ט., סבג, י. (2020). [הגברת מצב הסיכון של ילדים ובני נוער נוכח משבר הקורונה](#). מכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל.
- בן נון, ג., ברלוביץ, י., ושני, מ. (2010). [מערכת הבריאות בישראל: הוצאת עם עובד](#).
- בר עוז, א., בן נון, ג., ושורץ, ש. (2019). [מערכת הבריאות על שולחן הניתוחים: 25 שנים לחוק ביטוח בריאות ממלכתי](#). המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות. אוחר בתאריך 3.9.22 מתוך: <https://israelhpr.org.il/wp-content/uploads/2020/02/Book-Bin-nun-Shvarts-2019.pdf>
- ברלב, ל., נמר-פוסטנברג, ר. וגדג', נ. (2021). [ילדים עם מוגבלות בישראל: מחקר ארצי](#). דמ-21-885. מכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל.
- דולב, ה. וצמח-מרום, ת. (2015). [מרכזים אינטגרטיביים לפי מודל סטנדרטים, עקרונות: One Stop Shop ודגשים בביקורת סקירת ספרות](#). מאירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל.
- דולב, ט., סבו לאל, ר., שמיד, ה. ובר ניר, ד. (2008). [מדיניות "עם הפנים לקהילה" – מחקר הערכה](#). דמ-08-516. מאירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל.
- דלי, נ. וסופר, ב. (2021). [ההשפעות הרגשיות של הקורונה על ילדים ונוער](#). משרד החינוך.
- הוד, א., וטואף, ה. (2021). [עמיתים לנוער. מפעלים מיוחדים 177](#). המוסד לביטוח לאומי.
- המוסד לביטוח לאומי (2021). נתונים סטטיסטיים. אוחר בתאריך 2.2.21. מתוך: <https://www.btl.gov.il/mediniyut/situation/statistics/btlstatistics.aspx>
- המועצה לשלום הילד (2019). [ילדים בישראל 2019: לקט נתונים \(שנתון סטטיסטי\)](#).
- המרכז לבריאות הנפש לילד ולמתבגר – המרכז הרפואי זיו, 3600 – התוכנית הלאומית לילדים ולנוער בסיכון, בי"ס מיוחד זיו המרכז הרפואי זיו (2019). [מערך חינוכי טיפולי – חממות: תוכנית למניעת נשירה לנוער בסיכון](#). (פרסום פנימי).
- 360⁰ – התוכנית הלאומית לילדים ונוער בסיכון (ספטמבר, 2015). [הטיפול בילדים ונוער עם הפרעות נפשיות והתנהגותיות קשות: עבודת ועדת ההיגוי הבין-משרדית](#). מסמך לדיון. (פרסום פנימי).
- מבקר המדינה (2020). [משרד הבריאות. היבטים ברפורמה להעברת האחריות הביטוחית בבריאות הנפש](#). דוח שנתי 170.
- מוניקנדס-גבעון, י. (2019). [ילדים עם מוגבלות. מרכז המידע והמחקר של הכנסת](#). https://fs.knesset.gov.il/globaldocs/MMM/bf06ddd8-9e00-ea11-810f-00155d0af32a/2_bf06ddd8-9e00-ea11-810f-00155d0af32a_11_13935.pdf
- מידן, א. (7 ביולי 2021). [רצף המענים לתלמידים המתמודדים עם הפרעות נפשיות בראיה אינטר-דיסציפלינרית](#). מצגת שהוצגה ביום עיון בנושא "הידוק שיתופי פעולה אינטרדיסציפלינריים". האגף לחינוך מיוחד, מנהל פדגוגי, משרד החינוך.
- מניפה – מנוף לחיים (עמותה) (ספטמבר 2020). [מדידה והערכה – מרכז צ'רנה](#). (פרסום פנימי).

משרד הבריאות (א"ת). טיפול נפשי מרפאתי (טיפול אמבולטורי; טיפול בקהילה) https://www.health.gov.il/Subjects/mental_health/treatment/clinics/Pages/default.aspx

ערן, ר., הבר, י., אפרתי, י. ואדמון-ריק, ג. (2017). אמנת האו"ם בדבר זכויותיהם של אנשי עם מוגבלויות – מדריך לציבור. משרד המשפטים, נציבות שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות.

רבינוביץ, מ. (2015). ילדים בישראל: סוגיות נבחרות בדבר זכויות, צרכים ושירותים. מרכז המידע והמחקר של הכנסת.

רימון-גרינשפן, ה., יאבו, מ. וגדג', נ. (2021). [מענים אינטגרטיביים בקהילה לילדים, נוער וצעירים עם קשיים נפשיים: סקירה בינלאומית](#). דמ-21-878. מכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל.

שטרן, נ., שרשבסקי, י., בידני-אורבך, א., לכמן, מ., זהבי, ט. ושגיב, נ. (2001). [סטיגמה, אפליה ובריאות הנפש בישראל: סטיגמה כלפי אנשים שחלו במחלה פסיכיאטרית וכלפי טיפול נפשי](#). דמ-07-478. מכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל.

שייקספיר, ט. (2016). המודל החברתי של המוגבלות. בתוך ש. מור, נ. זיו, א. קנטר, א. איכנגרין ונ. מזרחי (עור'). לימודי מוגבלות: מקראה (עמ' 91-113). מכון ון ליר והוצאת הקיבוץ המאוחד.

שלו, כ. (2003). בריאות, משפט וזכויות אדם. רמות.

Baxter, P., & Jack, S. (2008). Qualitative case study methodology: Study design and implementation for novice researchers. *The qualitative report*, 13(4), 544-559.

Hetrick, S. E., Bailey, A. P., Smith, K. E., Malla, A., Mathias, S., Singh, S. P., O'Reilly, A., Verma, S. K., Benoit, L., Fleming, T. M., Moro, M. R., Rickwood, D. J., Duffy, J., Eriksen, T., Illback, R., Fisher, C. A., & McGorry, P. D. (2017). Integrated (one-stop shop) youth health care: Best available evidence and future directions. *Medical Journal of Australia*, 207(10), S5-S18. doi: 10.5694/mja17.00694.

Natan, M. B., Drori, T., & Hochman, O. (2017). The impact of mental health reform on mental illness stigmas in Israel. *Archives of Psychiatric Nursing*, 31(6), 610-613.

Oliver, M. (2013). The social model of disability: Thirty years on. *Disability & Society*, 28(7), 1024-1026.

Sloos, R. (2019). *Integration of Services in Child and Youth Mental Health: A Case Study*. Doctoral dissertation, University of Toronto, Canada.

Stake, R. (1995). *The art of case study research*. Thousand Oaks, CA: Sage.

Tellis, W. (1997). Application of a case study methodology [81 paragraphs]. *The Qualitative Report*, 3 (3), 1-19.

World Health Organization (WHO) (2022). [World Mental Health Report: Transforming Mental Health for All](#).

Yin, R. K. (1992). The case study method as a tool for doing evaluation. *Current Sociology*, 40 (1), 121-137.

נספח: מענים במערכות הבריאות, הרווחה והחינוך בישראל עבור ילדים ובני נוער עם קשיים נפשיים

מענים במערכת הבריאות

מערכת הבריאות אמונה על הטיפול הרפואי בילדים ובבני נוער עם קשיים נפשיים במסגרות של אשפוז פסיכיאטרי ובמרפאות בקהילה. בין השנים 1995 ל-2018 חל גידול של כ-110% במספר הילדים ובני הנוער שהתקבלו לאשפוז פסיכיאטרי. בשנת 2018 התקבלו לאשפוז פסיכיאטרי 939 ילדים ובני נוער, כ-20% מהם היו עד גיל 11 (לעומת 13% בשנת 1995 ו-14% בשנת 2000), וכ-80% – בני 12-17 (המועצה לשלום הילד, 2019).

טיפול מרפאתי אמבולטורי³ ניתן במגוון מסגרות הנמצאות בבעלות גופים שונים, והמטופלים זכאים לבחור ביניהן. בין המסגרות לטיפול נפשי קהילתי אפשר למצוא:

- מרפאות לבריאות הנפש של קופות החולים שבהן צוות רב-מקצועי
 - "נקודות שירות" של קופות החולים שבהן אנשי בריאות הנפש נותנים שירות, לרוב במרפאות קהילתיות (לרפואת משפחה)
 - מרפאות ציבוריות של משרד הבריאות, של בתי חולים כלליים או של גופים פרטיים
 - בחלק מן הקופות ניתן שירות פסיכיאטרי ציבורי (בתשלום רבעוני) גם בקליניקה של הרופא עצמו
- בסך הכול יש כ-850 מרפאות אמבולטוריות לטיפול נפשי בקהילה, מהן כ-280 לילדים ובני נוער. 53 מהן הן מרפאות ציבוריות לבריאות הנפש של משרד הבריאות (משרד הבריאות, א"ת). במרפאות אלו ניתנים טיפולים רגשיים ופסיכיאטריים לילדים ובני נוער בגילים שונים (רבינוביץ, 2015).

דוח של מבקר המדינה משנת 2020 מצא שלמשרד הבריאות אין נתונים על הטיפולים האמבולטוריים בתחום בריאות הנפש שמעניקות קופות החולים, ומשכך אי אפשר להפיק נתונים מלאים על זמני ההמתנה מן האבחון ועד קבלת הטיפול. על פי בדיקה מדגמית שביצע משרד הבריאות בשנת 2018, זמני ההמתנה מתום האבחון ועד לקבלת טיפול עמדו על כ-150 ימים (לטיפול פסיכותרפי) וכ-40 ימים (לטיפול פסיכיאטרי) (מבקר המדינה, 2020).

מענים בשירותי הרווחה

בשנת 2004 החלה מערכת הרווחה ליישם את מדיניות "עם הפנים לקהילה" בקרב כל השירותים לילדים ובני נוער. מדיניות זו מכוונת להפחית את מספר הילדים ובני הנוער המטופלים בהשמה חוץ-ביתית על ידי מתן אפשרות לרשויות מקומיות ומחלקות לשירותים חברתיים לנצל ביעילות רבה יותר את המשאבים הממשלתיים העומדים לרשותן ולתת מענים מועילים יותר לצורכיהם

³ טיפול אמבולטורי הוא טיפול הניתן בבית חולים או במרפאה, ובסיומו משתחרר המטופל לביתו (באותו יום שבו הגיע לקבלת הטיפול).

של ילדים ובני נוער בקהילה. עם זאת בכל הנוגע למענים לילדים ונוער עם קשיים נפשיים, יש מסגרות שיקומיות אחדות מטעם משרד הרווחה הפועלות כיום בקהילה, כלומר שלא במסגרת השמה חוץ-ביתית (הוד וטואף, 2021; רבינוביץ, 2015).

המענים העיקריים שמערכת הרווחה מספקת לילדים ונוער עם קשיים נפשיים הם שירותי טיפול בהשמה חוץ-ביתית: פנימיות פוסט-אשפוזיות, הוסטלים, ואומנה טיפולית. נכון ל-2014 בפנימיות פוסט-אשפוזיות שהו יותר מ-1,000 קטינים, בהוסטלים כ-170 קטינים ובאומנה טיפולית כ-300 קטינים (רבינוביץ, 2015). נוסף על כך, דרך המוסד לביטוח לאומי מעניקה מערכת הרווחה גמלת ילד נכה למשפחות עם ילדים עם מוגבלות נפשית חמורה (המוגדרת "נכות נפשית") המצריכים השגחה וטיפול של מבוגרים (רבינוביץ, 2015). לפי נתוני המוסד לביטוח לאומי משנת 2020, זכאים לגמלת ילד נכה 76,649 ילדים, שהם 2.7% מכלל האוכלוסייה (המוסד לביטוח לאומי, 2021). אין נתונים על כמה מהם מקבלים את הגמלה מסיבה של מוגבלות נפשית, אך ההערכה היא כי מדובר בכמה מאות או אלפים.

מענים במערכת החינוך

בשנת תשפ"א (2020/21) היה המספר הכולל של תלמידים המתמודדים עם קשיים נפשיים בכיתות ובתי ספר לחינוך מיוחד ובשילוב בחינוך הרגיל – 11,426. מדובר בעלייה ניכרת לעומת שנת תשע"ג (2012/13), אז היו 2,468 תלמידים מוכרים, ולעומת שנת תשע"ה (2014/15), אז עמד המספר על 3,319 (מידן, 2021). ילדים ובני נוער עם קשיים נפשיים נמצאים בסכנת נשירה, גלויה וסמויה, ממערכת החינוך. מערכת החינוך מעניקה שירותים לילדים ובני נוער עם קשיים נפשיים במסגרות החינוך, האשפוז והחינוך הביתי.

בחינוך הרגיל, תלמידים עם קשיים נפשיים (בעלי אבחנה פסיכיאטרית מתוך הרשימה המוכרת על ידי משרד החינוך של הפרעות נפשיות) הזקוקים לסיוע לימודי, חברתי או רגשי, מופנים לצוות הרב-מקצועי בבית הספר (בעבר 'ועדת שילוב') הדן במענים האפשריים בבית הספר. תלמידים אלו זכאים, על פי צורכיהם ורמת תפקודם, לקבל שילוב פרטני, מתוך סל תקצוב דיפרנציאלי.⁴ לאחר החלטת הצוות הרב-מקצועי על סוג ומידת המענה, נבנית לתלמיד תוכנית חינוכית ייחודית (תח"י), המותאמת לצרכיו ולמטרותיו האישיות בתחום הלימודי, ההתנהגותי והרגשי (הוד וטואף, 2021; רבינוביץ, 2015).

חוק חינוך מיוחד, התשמ"ח-1988 מסדיר היבטים מרכזיים בחינוכם של ילדים עם צרכים מיוחדים. ילדים מגיל 3 ועד 21 עם מוגבלות משמעותית שבעטייה מוגבלת יכולתם לשילוב בחינוך הרגיל, זכאים לחינוך מיוחד. ועדת זכאות ואכיוון ברשויות המקומיות (בעבר 'ועדת השמה') קובעת את זכאותו של תלמיד עם מוגבלות לשירותי חינוך מיוחדים והיקף סל השירותים שיקבל למשך שלוש שנים או עד למעבר בין שלבי חינוך.

⁴ שעות שילוב שמיות אשר מיועדות לתלמיד מסוים ואינן מתוך "סל שילוב" שמעניק, באופן כללי, מספר שעות מענה של חינוך מיוחד לכלל תלמידי השילוב בבית הספר, על פי אחוזי זכאות המחושבים לפי מספר התלמידים הזכאים לשילוב.

תלמיד הנמצא זכאי לחינוך מיוחד והוריו יכולים לבחור את מסגרת הלימודים: גן או בית ספר לחינוך מיוחד, כיתה לחינוך מיוחד בבית ספר רגיל או שילוב בכיתה או גן רגילים. בשנת תשע"ט (2018/19) 11.2% מן התלמידים למדו במערכת החינוך המיוחד (כ-260 אלף). מהם, ל-14% (כ-36 אלף) הפרעות התנהגותיות ונפשיות (מוניקנדם-גבעון, 2019). בחינוך המיוחד סל התמיכות כולל: יום לימודים ארוך, טיפולים פרה-רפואיים, שירות רופא מיעץ, עובדים סוציאליים, פסיכולוגים ועוד. הצוות החינוכי והפרה-רפואי בונה לכל תלמיד תוכנית לימודים אישית התואמת את רמת תפקודו ומציבה מטרות חינוכיות-אקדמיות, חברתיות-תפקודיות והתנהגויות-רגשיות.

נוסף על כך, משרד החינוך מסייע לתלמידים לאחר אשפוז באמצעות השתלבות במערכת החינוך במסלול לימודים התואם את הצרכים האישיים של כל תלמיד. יש מצבים שבהם התלמיד משתלב במסגרת שונה מזו שלמד בה טרם האשפוז, או עובר מחינוך רגיל לחינוך מיוחד. יש תלמידים שחוזרים לביתם או למסגרת מגוריהם החוץ-ביתית, על פי חוות דעת של פסיכיאטר. תלמידים אלו זקוקים לתמיכה במקום מגוריהם, ובתקופת ההסתגלות הם זכאים לקבל תמיכה חינוכית באמצעות זכיין משרד החינוך למתן שירותי חינוך בבית, במסגרת תוכנית "שלבים" – שירותי חינוך לילדים חולים בביתם. התוכנית פועלת מכוח חוק חינוך חובה חינוך לכל הילדים החולים בישראל, אשר נמצאים בבית יותר מ-21 יום. מטרתה העיקרית של התוכנית היא להבטיח את הרצף החינוכי עבור התלמידים ולסייע להם, במידת האפשר, לשמר את שגרת חייהם ולימודיהם גם בעת מחלתם.