

1974-2024

50



מאירס ג'וינט
ברוקדייל

המיזם לשילוב מתכללות בריאות באשכולות האזוריים הערכה מעצבת

הדר סמואל דנית סובול-סראג'

עריכת לשון: ענת פלדמן ורעיה כהן
תרגום לאנגלית (תקציר): עמי אשר
עיצוב גרפי: ענת פרקו טולדנו

המחקר הוזמן על ידי משרד הבריאות ומומן בסיועו

מכון מאירס ג'וינט ברוקדייל

ת"ד 3886 ירושלים 9103702

טלפון: 02-6557400

brook@jdc.org | brookdale.jdc.org.il

ירושלים | ניסן תשפ"ד | אפריל 2024

רקע

אשכול אזורי הוא איגוד וולונטרי של רשויות מקומיות, המוקם במטרה לקדם פיתוח כלכלי אזורי ולקדם שיתופי פעולה בין הרשויות השכנות. יוזמת האשכולות האזוריים צמחה, בין היתר, כאמצעי להתגבר על פערים בין יכולותיהן של רשויות מקומיות לספק שירותים אופטימליים לתושביהן. משרד הבריאות ומשרד הפנים ביקשו לקדם את העיסוק בבריאות כחלק מן התחומים שבהם עוסקים האשכולות האזוריים, ולפתח תחום של קידום בריאות בראייה אזורית. לפיכך, באוקטובר 2020 חברו משרד הבריאות ומשרד הפנים לפרסום קול קורא תחרותי לצורך מיזם לשילוב מתכללות בריאות באשכולות האזוריים שיאפשר לאשכולות האזוריים הזוכים תקציב להעסקת "מתכללת/ת בריאות אזורית" ולהתנעת תוכניות ומיזמים מקדמי בריאות. באופן זה ביקשו המשרדים להטמיע תפיסות של בריאות אזורית, קרי לקדם את העיסוק בבריאות כחלק מן התחומים שבהם עוסקים אשכולות אזוריים ולפתח תחום של קידום בריאות מתוך ראייה אזורית.

במענה על הקול הקורא נדרשו האשכולות להציג אסטרטגיית בריאות אזורית ותוכנית תלת-שנתית המפרטת יוזמות ופעילויות לקידום בריאות אזורית, בדגש על כאלו המקדמות הזדקנות פעילה ותזונה בריאה. בקול הקורא הודגשו קריטריונים לבחירה בין האשכולות, ובהם ניצול היתרון לגודל וחתירה לעבר צמצום פערים, בין היתר על ידי טיוב שירותים ופיתוח כלי ניהול ברמת האשכול. כל 11 האשכולות שהיו פעילים באותה העת נענו לקול קורא, ומהם זכו במכרז שבעה אשכולות והם גייסו מתכללות בריאות אזוריות.

עבודת המתכללות אמורה להוביל לשינוי אזורי אשר ימקסם את פוטנציאל הבריאות הטובה בקרב תושבי רשויות האשכול ולקדם תפיסות של "בריאות בכל מדיניות" בפעילות השוטפת של הרשויות המקומיות ובאשכול האזורי. זאת על ידי פיתוח אקוסיסטם מקדם בריאות ברמת האשכולות והפעלת יוזמות המכוונות לשיפור בריאות אוכלוסיית המתגוררים באשכול, בדגש על מתן מענים המותאמים לצרכים ולהעדפות של האוכלוסייה המקומית.

את המיזם מלווה תוכנית מעטפת בשותפות של משרדי הפנים והבריאות עם ג'וינט אלכא, והיא כוללת ליווי של מנגנוני הניהול של המיזם, ליווי עבודת המתכללות באופן קבוצתי ופרטני, איתור וקידום פתרונות לחסמי רוחב שעולים מהשטח, פיתוח מוקדי ידע ומידול העשייה. מכון ברוקדייל התבקש ללוות את המיזם בהערכה מעצבת, ובמסגרתה להתייחס למטרותיו ולמידת ההתאמה בינו ובין הפעולות המבוצעות במסגרת המיזם וכן למיזם עצמו כמקרה בוחן של יצירת תפקיד חדש ברמת האשכולות האזוריים.

מטרות המחקר

1. לבחון את פעילות המתכללות
2. לבחון כיצד המתכללות תופסות את תפקידן
3. לבחון כיצד נתפס המיזם באשכולות האזוריים בקרב מנכ"לי אשכולות ובקרב גורמים נוספים המעורים בו

שיטות

1. ראיונות עומק עם 40 מראיינים: מתכללות בריאות, מנכ"לי אשכולות (הן אלו שזכו במרכז להעסקת מתכללת הן אלו שלא), שותפים להפעלת התוכנית ממשרדי הפנים והבריאות ומג'וינט אלכא, גורמים נוספים ממשרד הבריאות והאקדמיה המעורים בפרטי התוכנית אך אינם מעורבים ישירות בהפעלתה.
2. ניתוח מסמכים הקשורים ליוזמת התוכנית ולהפעלתה.

ממצאים

ממצאי המחקר מלמדים כי בכל האשכולות פעלו המתכללות כדי לבנות אקוסיסטם לתחום קידום הבריאות על ידי הקמת ועדות היגוי, פורומים מקצועיים או שולחנות עגולים. עם זאת, נמצאה שונות בין האשכולות בתדירות המפגשים, במספר המשתתפים בהם, במידת הייצוג של כלל השחקנים באזור ובסוג התוצרים שהופקו בהם.

ניתוח פעילות המתכללות העלה כי התקופה הראשונה של המיזם הוקדשה ללמידה ומיפוי ולפעילויות שכוונו לגיוס הרשויות וליצירת תשתית ובסיס לשיתופי פעולה עתידיים. בהמשך, ולאורך התוכנית, חל גידול בשיעור הפעולות בערוצים של מיפוי, בניית תשתית (פיזית, דיגיטלית ואנושית), הרחבת שירותים וירידה בשיעור הפעילות המוקדשת לחינוך ולקידום בריאות. כמו כן חלה עלייה בשיעור הפעילות המיועדת להשפעה ברמת המערכת (מ-45% ל-58%) וירידה, בהתאמה, בפעילות המיועדת להשפעה על התנהגות הפרט. עלייה נרשמה גם בשיעור הפעילות הנעשית מתוך ראייה אזורית לעומת פעילות ברמת רשויות בודדות (מ-45% ל-77%).

מן הראיונות עלה כי המתכללות מדברות את "השפה האזורית" המדגישה פיתוח תשתיות בנות-קיימה, פיתוח קשרים וחיבורים בין שחקנים שונים במרחב ובין תחומי עיסוק מגוונים באשכול ומכוונת לצמצום פערים. שיטת הפעולה שתוארה על ידי המתכללות תואמת את צורת העבודה באשכולות – חשיבה אסטרטגית ותכנון ארוך טווח לצד פעילות "פירות נמוכים", המייצרת ערך בטווח הקצר.

התפיסה המתעצבת של התפקיד החדש שמה דגש גם על העלאת המודעות לצורך של קידום בריאות ברמה המקומית וליתרונות הטמונים בכך, לגיוס הרשויות לעיסוק בתחום ולהכשרת ההון האנושי ברשויות "לחשוב בריאות" ולהביא בחשבון שיקולי בריאות בעבודתם השוטפת.

ממצאי המחקר מראים כי שילוב המתכללות באשכולות נתפס כצעד הכרחי לקידום התחום ברמת האשכולות. יצירת התפקיד החדש דחפה את האשכולות ואת הרשויות המקומיות לעסוק בתחום הבריאות, וברשויות רבות מונו מתאמי בריאות ונשלחו נציגים לוועדות היגוי ולפורומים באשכול. עוד נמצא כי למרות הזמן הקצר של הפעלת המיזם אפשר להבחין בניצני שינוי בתפיסות של בעלי התפקידים ברשויות בנוגע למקומם בשמירה על בריאות התושבים וקידומה.

לצד זאת עלה כי רוב הפעילות שנבחנה לא תוכננה מתוך מסגרת של חשיבה תוצאתית ולא לוותה במדידה סדורה או בהצבת יעדים מדידים לבחינת השפעת הפעילות. עוד נמצא כי משרדי ממשלה ושחקנים נוספים בשדה הבריאות אינם נחשפים די הצורך לקיומן ולפועלן של המתכללות ולערך המוסף שהעבודה האזורית יכולה להניב עבור תחום הבריאות.

המלצות

1. הוספת אלמנט של חשיבה תוצאתית לליווי ולהדרכה של המתכללות. מומלץ לפעול לקידום השימוש במודל RE-AIM, המייצר מסגרת חשיבה תוצאתית כבר משלב תכנון ההתערבות של תוכניות לקידום בריאות. על כל תוכנית המקודמת במסגרת המיזם להגדיר מטרות ויעדים מדידים של כל רכיב.
2. פיתוח אינדקס מדדים ואמצעי מדידה (שאלונים, מקורות מידע) שיאפשרו לאסוף נתונים בזמן אפס וליצור שפה אחידה בין האשכולות, בדומה לעבודה שנעשית כיום במסגרת פעילות התזונאיות באשכולות האזוריים.¹
3. מומלץ לפעול לשיווק המיזם בקרב אגפים נוספים במשרד הבריאות שכיום אינם מעורבים בו ובקרב שחקנים נוספים בתחום הבריאות. זאת כדי לקדם חיבור פונקציות באשכול לגורמים רלוונטיים במשרד.

¹ בינואר 2023 פרסם משרד הבריאות קול קורא נוסף לשילוב תזונאית/ת בשישה אשכולות אזוריים.

דברי תודה

תודה לכל המתכללות ושותפי התפקיד שהקדישו מזמנם וחלקו את מחשבותיהם ותובנותיהם בראיונות.

תודה גם למנכ"ל ומנכ"ליות האשכולות האזוריים שהתראיינו למחקר ותרמו מניסיונם ודעותיהם אודות גיבוש ופיתוח תפקיד המתכללות.

תודה למרואיינים ממשרדי הממשלה, האשכולות האזוריים והאקדמיה, על תרומתם למחקר.

תודה לעמיתינו ממכון ברוקדייל: ד"ר מיכל לרון ופרופ' ברוך רוזן, על הערותיהם המועילות לדוח.

תודה מיוחדת למובילי המיזם, ממשרד הבריאות, ממשרד הפנים ומג'וינט-אלכא, על הסיוע והשותפות לאורך הדרך: אנה לרנר-זכות, לשעבר מנהלת האגף לתכנון מדיניות במשרד הבריאות, מנהלת אגף בכיר אסטרטגיה ותכנון מדיניות במשרד הפנים; גלעד לוסון, לשעבר מנהל תחום צמצום פערי בריאות, מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי במשרד הבריאות; ברק שך, לשעבר מרכז בכיר בתחום צמצום פערים, מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי במשרד הבריאות, מנהל תוכניות תחום דיגיטציה, ג'וינט-אלכא; שיר רבינוביץ, מנהלת אגף בכיר פיתוח אזוריות, מינהל הפיתוח, משרד הפנים; עדי בן דהן, לשעבר מנהלת תחום (פיתוח אשכולות אזוריים), אגף פיתוח אזוריות במשרד הפנים, מנהלת תחום בכיר פרויקטים דיור ותשתיות, מנהלת תקומה; חנן מגל, מנהל תוכנית הבריאות באשכולות האזוריים, ג'וינט-אלכא; קרן דורון-כץ, ראש תחום אזוריות וביזור, ג'וינט-אלכא.

תוכן עניינים

1	1. רקע
2	1.1 המיזם לשילוב מתכללות בריאות באשכולות האזוריים
4	2. מטרות המחקר
4	3. שיטת המחקר
4	3.1 מערך המחקר
5	3.2 אתיקה
6	4. ממצאים
6	4.1 תהליך פיתוח והקמת המיזם
8	4.2 פעילות המתכללות
26	4.3 תפיסת התפקיד והתוכנית
35	5. מגבלות ההערכה והצעות למחקר עתידי
36	6. סיכום
37	7. המלצות
37	7.1 המלצות למדדים ראשוניים לבחינת פעילות המתכללות ולמידת השפעתה
39	מקורות

רשימת תרשימים

3	תרשים 1: שילוב מתכללות בריאות באשכולות האזוריים
8	תרשים 2: הפעילות בתקופה הראשונה להפעלת המיזם
20	תרשים 3: מספר הפעילויות בכל אשכול
21	תרשים 4: מספר הפעילויות לפי תחום הפעולה
22	תרשים 5: התפלגות הפעילויות לפי ערוצי הפעולה
32	תרשים 6: השיעור היחסי של פעילות מוכוונת פרט ופעילות מוכוונת מערכת בכל שנה
42	תרשים 7: השיעור היחסי של פעילות אזורית ופעילות רשותית בכל שנה

1. רקע

בריאות על פי ארגון הבריאות העולמי היא תקינות מלאה וכוללת של המצב הפיזי, החברתי והנפשי, ולא רק היעדר מחלה או חולשה (World Health Organization, 2010). ואכן, בעשורים האחרונים התגבשה ההבנה כי בריאות הפרט מושפעת ממגוון גורמים חברתיים והקשריים שלא בשליטתה הישירה של מערכת הבריאות. לדוגמה, תנאים פיזיים, כלכליים וחברתיים של מקום המגורים ומקום העבודה של הפרט וכן תפיסות והתנהגויות בריאות הנטועות בחינוך, בתרבות ובסביבה המקומית שלו (Marmot & Wilkinson, 2005). קידום בריאות הוא גישה המתמקדת באופן פרואקטיבי בשיפור הבריאות ואיכות החיים של האוכלוסייה ובמניעתן של מחלות ונכויות. הגישה כוללת מגוון רחב של התערבויות חברתיות וסביבתיות שנועדו לשמור על בריאות הפרט והקהילה (Weiss et al., 2016). התערבויות אלו מתייחסות לגורמים החברתיים המשפיעים על הבריאות (Patrick et al., 2022).

קידום בריאות יכול להיעשות ברמת המדינה וברמה המקומית. לקידום בריאות ברמה המקומית יש כמה יתרונות בולטים. אחד מהם הוא היכולת לזהות בדיוק רב יותר מהם גורמי הסיכון והצרכים הייחודיים של כל האוכלוסייה והקהילה, ולעצב בהתאם להם תוכניות התערבות מותאמות (Weiss et al., 2016). כמו כן תוכניות מקומיות יכולות לעסוק באי-שוויון חברתי, אשר מבט-על נוטה להתעלם ממנו, ולקדם חלוקה הוגנת של משאבים בין קבוצות חברתיות (Bekken, 2018). לדוגמה, אפשר למקד מאמצים בנגישות למזון בריא בשכונות מצוקה, בחינוך למניעת אלימות בבתי ספר מסוימים וכדומה. נוסף על כך קידום בריאות ברמה המקומית עשוי להיות מוצלח יותר משום שרשויות מקומיות, בתי ספר, מקומות עבודה, תשתיות שכונתיות ועוד מצויים בעיקר בשליטה מקומית וכחות בידי השלטון המרכזי. חשוב לא פחות, הקרבה לשטח מעודדת מעורבות קהילתית, אשר חיונית בתהליכים של פיתוח בריאות (Jansson & Tillgren, 2010).

כדי להוביל לפיתוח אזורי רב-תחומי, ובכך לחתור לצמצום הפערים בין הרשויות, משרד הפנים מקדם בעשור האחרון את תפיסת האזוריות בדמות האשכולות האזוריים כמנוע לפיתוח כלכלי, סביבתי וחברתי בשלטון המקומי (לרר, 2019). אשכול אזורי (או אשכול רשויות מקומיות) הוא איגוד ערים מיוחד אשר מוקם במטרה לעודד פיתוח כלכלי אזורי ולקדם שיתופי פעולה בנושאים שונים בין רשויות סמוכות. מטרת-העל העומדת בבסיס השותפות היא שיפור איכות החיים של התושבים באזור (ברזילי, 2021; לרר, 2019). יוזמת האשכולות האזוריים צמחה "מלמטה למעלה", בין היתר כאמצעי להתגבר על הפערים הקיימים ביכולתן של רשויות מקומיות בישראל לספק לתושביהן שירותים מיטביים.

מטרת-העל של שיפור איכות חיי התושבים באזור מושגת באמצעות הגדרתן של כמה מטרות משנה: התייעלות כלכלית על ידי יצירת יתרון לגודל, קרי אספקה משותפת של שירותים, רכש משותף ואיגום משאבים; הנגשת שירותים חדשים ומותאמים על ידי השגת ספי כניסה אזוריים¹; תכנון וניהול אזורי, כלומר ניהול תחומים מרחביים וחוצי גבולות מוניציפליים; פיתוח אזורי על ידי הובלה ותכלול של מהלכים אזוריים במגוון תחומים כלכליים, חברתיים וסביבתיים; חיזוק הלכידות האזורית, תוך חתירה לצמצום פערים וטיפוח מרחב החיים המשותפים בין הקהילות והרשויות השונות (ברזילי, 2021; פורום המומחים לאזוריות, 2019).

¹ ספי כניסה – תנאי סף הכרחיים להשתתפות במכרזים. בהקשר זה הכוונה לגודל האוכלוסייה המינימלי הנדרש לפיתוח שירות.

בשנת 2009 יזם שלמה בוחבוט, ראש עיריית מעלות תרשיחא ויושב ראש מרכז השלטון המקומי דאז, את הקמת האשכול האזורי הראשון – גליל מערבי. האשכול הוקם כתאגיד עירוני ואומץ על ידי משרד הפנים כפיילוט, תוך נכונות להרחיב את התוכנית באמצעות הקמת אשכולות נוספים בפריפריה. בשנת 2012 החל שיתוף פעולה בין משרד הפנים, משרד האוצר וג'וינט אלכא לשם פיתוח מודל האשכולות האזוריים בישראל. במסגרת שיתוף פעולה זה הופץ באותה שנה קול קורא, ובעקבותיו הוקמו ומוסדו חמישה אשכולות ברשויות המקומיות בפריפריה. מעמד המשפטי של האשכולות עוגן בשנת 2016 [בתיקון לחוק איגודי ערים](#), [התשט"ו-1955](#), והם הפכו מתאגיד עירוני ל"איגוד ערים מסוג אשכול רשויות מקומיות" (לרר, 2019). כיום יש בישראל 12 אשכולות אזוריים, המאגדים בתוכם 169 רשויות מקומיות (65% מהרשויות בישראל) ובהם יותר מ-3 מיליון תושבים.

1.1 המיזם לשילוב מתכללות בריאות באשכולות האזוריים

באוקטובר 2020 חברו משרד הבריאות ומשרד הפנים לפרסום קול קורא תחרותי לצורך מיזם לשילוב מתכללות בריאות באשכולות האזוריים (להלן: **המיזם**) שיאפשר לאשכולות האזוריים הזוכים תקציב להעסקת "מתכללת/ת בריאות אזורית" ולהתנעת תוכנית ומיזמים מקדמי בריאות. באופן זה ביקשו המשרדים להטמיע תפיסות של בריאות אזורית, קרי לקדם את העיסוק בבריאות כחלק מן התחומים שבהם עוסקים אשכולות אזוריים ולפתח תחום של קידום בריאות מתוך ראייה אזורית. במענה על הקול הקורא נדרשו האשכולות להציג אסטרטגיית בריאות אזורית ותוכנית תלת-שנתית המפרטת יוזמות ופעילויות (להלן: **פעילויות**) לקידום בריאות אזורית, בדגש על כאלו המקדמות הזדקנות פעילה ותזונה בריאה. בקול הקורא הודגשו קריטריונים לבחירה בין האשכולות, ובהם ניצול היתרון לגודל, חתירה לצמצום פערים וחיבור למטרות לאומיות נוספות של המשרדים המעורבים, התמקדות ביוזמות שאפשר להתחיל בהפעלתן בתוך טווח זמן קצר, אך מכוונות לפעילות ארוכת טווח ובת-קיימה, וקביעת מדדים לבחינת הצלחת היוזמה.

עבודת המתכללות אמורה להוביל לשינוי אזורי אשר ימקסם את פוטנציאל הבריאות הטובה בקרב תושבי רשויות האשכול ולקדם תפיסות של "בריאות בכל מדיניות" בפעילות השוטפת של הרשויות המקומיות ובאשכול האזורי. זאת על ידי פיתוח אקוסיסטם מקדם בריאות ברמת האשכולות והפעלת יוזמות המכוונות לשיפור בריאות אוכלוסיית המתגוררים באשכול, בדגש על מתן מענים המותאמים לצרכים ולהעדפות של האוכלוסייה המקומית.

להלן תיאור סכמטי של המיזם (**תרשים 1**). הערכת המיזם מתייחסת לפעילות המתכללות בשטח (רמת "צירי הפעולה"), לרבות למידה שבה חזון האשכולות האזוריים בא לידי ביטוי בעבודתן, וגם להשתקפות העקרונות של "בריאות בכל מדיניות" בתפיסות ובפעילות הרשויות המקומיות באשכול (רמת "מטרות על").

תרשים 1: שילוב מתכללות בריאות באשכולות האזוריים



כל 11 האשכולות שהיו פעילים באותה העת נענו לקול הקורא, ומהם זכו במרכז שבעה. בעקבות הזכייה גויסו באשכולות אלו מתכללות בריאות אזוריות. בחלק מן האשכולות חלו שינויים לאורך הזמן ותחלופה של המתכללות, ולכן לפרקים לא היו באשכולות מתכללות.

את המיזם מלווה תוכנית מעטפת בשותפות של משרדי הפנים והבריאות עם ג'וינט אלכא, והיא כוללת ליווי של מנגנוני הניהול של המיזם, ליווי עבודת המתכללות באופן קבוצתי ופרטני, איתור וקידום פתרונות לחסמי רוחב שעולים מהשטח, פיתוח מוקדי ידע ומידול העשייה.

מכון ברוקדייל התבקש ללוות את המיזם בהערכה מעצבת, ובמסגרתה להתייחס למטרותיו ולמידת ההתאמה בינו ובין הפעולות המבוצעות במסגרת המיזם וכן למיזם עצמו כמקרה בוחן של יצירת תפקיד חדש ברמת האשכולות האזוריים.

2. מטרות המחקר

1. לבחון את פעילות המתכללות
2. לבחון כיצד המתכללות תופסות את תפקידן
3. לבחון כיצד נתפס המיזם באשכולות האזוריים בקרב מנכ"לי אשכולות ובקרב גורמים נוספים המעורים בו

3. שיטת המחקר

המחקר בוצע בגישה איכותנית, וכלי המחקר היו ראיונות עומק, תצפיות וניתוח מסמכים.

3.1 מערך המחקר

3.1.1 ראיונות עומק חצי מובנים

נערכו 40 ראיונות עומק חצי מובנים עם השותפים המעורבים בהפעלת המיזם, עם מתכללות הבריאות הפועלות באשכולות האזוריים ועם בעלי תפקידים באשכולות האזוריים שבהם מתנהל המיזם.

בחלקו הראשון של המחקר (יולי–נובמבר 2022) בוצעו שמונה ראיונות עם השותפים המעורבים בהפעלת המיזם: שני ראיונות עם בעלי תפקידים במשרד הפנים, שלושה ראיונות עם בעלי תפקידים במשרד הבריאות ושלושה ראיונות עם בעלי תפקידים בג'וינט אלכא, האמונים על תוכנית המעטפת והליווי המקצועי של המתכללות [בציטוטים להלן: **ראיונות משרדים**]. נוסף על כך נערכו שמונה ראיונות עם מתכללות הבריאות ושותפי תפקיד מהאשכולות האלה: גליל מזרחי, בית הכרם, נגב מערבי, נגב מזרחי, שורק דרומי והמפרץ [בציטוטים להלן: **ראיונות מתכללות**].

בחלקו השני של המחקר (מארס–יולי 2023) רואיינו מנכ"לים ובעלי תפקידים נוספים באשכולות [בציטוטים להלן: **ראיונות מנכ"לים**] (15 ראיונות), נציגים מאגף התזונה, מהאגף לקידום בריאות וממחוז מרכז של משרד הבריאות (5 ראיונות), נציג אקדמיה המעורה במיזם וראש רשות באחד האשכולות [בציטוטים להלן: **ראיונות נוספים**]. כמו כן נערכו שני ראיונות עם מתכללות שהחלו את עבודתן לאחר תקופת המחקר הראשונה.

הראיונות נעשו בשיחת וידאו ונמשכו כשעה כל אחד. הראיונות התבססו על פרוטוקול, שהותאם לתפקידו של המראיין, ועסק, בין היתר, בתיאור הפעילות בשטח, בהגדרת תפקיד המתכללות, במטרות המיזם כפי שהן נתפסות על ידי המראיינים, באתגרים הכרוכים ביישום המיזם ובתוצאותיו.

הראיונות הוקלטו ותומללו במלואם ונתחו על ידי צוות המחקר באמצעות תוכנת אטלס (ATLAS.ti). ניתוח הראיונות בוצע בהתבסס על גישת הניתוח התמטי (שקדי, 2003). תוכן הראיונות קודד לקטגוריות, שחלקן הוגדרו מראש בהתאם לפרוטוקול הריאיון הרלוונטי וחלקן עלו באופן חופשי מדברי המראיינים.

3.1.2 ניתוח מסמכים ושיחות עם מתכללות

נוסף על הראיונות נותחו מסמכים הקשורים למיזם ולהפעלתו. בניתוח נכללו ההצעות שהוגשו על ידי האשכולות בתגובה לקול הקורא, תוכניות עבודה שהוגשו למשרדי הפנים והבריאות, כרטיסי פרויקט², מצגות ומסמכים הקשורים לתוכנית המעטפת. בעבודת הניתוח נמצא פער בין מה שהופיע בכרטיסי הפרויקט והמצגות של המתכללות לבין העבודה בפועל. כדי לצייר תמונה מלאה ומהימנה של הפעילות, נערכה סדרת שיחות ייעודיות עם המתכללות לאיסוף הנתונים (נוסף על ראיונות העומק).

3.2 אתיקה

תוכנית המחקר ונוסח הפרוטוקולים ששימשו להנחיית ראיונות העומק קיבלו את אישורה של ועדת האתיקה במכון ברוקדייל.

² כרטיס פרויקט – מסמך פנימי המהווה "תעודת זהות" של פרויקט ספציפי ומאפשר תכנון ומעקב אחר התפתחותו. המסמך כולל בין היתר תיאור קצר של הפרויקט ומטרתו, עלות ושלבי ביצוע והוא נשלח על ידי האשכול המבצע לאישור משרד הפנים.

4. ממצאים

4.1 תהליך פיתוח והקמת המיזם

מן הראינות עם השותפים המעורבים במיזם ובהפעלתו עלה כי הרעיון לשילוב מתכללות בריאות באשכולות האזוריים היווה נקודת מפגש בין תפיסות רחבות שכל אחד מן המשרדים המעורבים מוביל: מצד משרד הפנים הייתה זו הזדמנות לקדם את הרעיון של עבודה אזורית כדי לצמצם פערים בין רשויות מקומיות בתחומי הבריאות באמצעות שיתופי פעולה וכן למצב את מקומו של האשכול האזורי כפונקציה במרחב; מצד משרד הבריאות משתלב המיזם במהלך רחב יותר של רצון לקדם פעילות בריאות ברמת השלטון המקומי.

פיתוח המיזם התאפיין מראשיתו בקצב מהיר, ברוח יזמית ובנכונות לנצל הזדמנויות לפעולה. קצב העבודה המהיר והאינטנסיבי בא לידי ביטוי בפרק הזמן הקצר שעבר מאיתור תקציב מתאים ועד היציאה לשטח:

” התחלנו למפות כל מיני הזדמנויות תקציביות של כספים שאנחנו יודעים שלא ינוצלו עד סוף שנה [...] בסופו של דבר הצלחנו למצוא מקרב הרפורמה בסייעוד 15 מיליון שקל שניתן להקצות לטובת הדבר הזה. זה קרה בערך באוקטובר 2020 ואז בערך עד דצמבר היינו צריכים להעמיד חוזה על הרגליים בין משרד הפנים למשרד הבריאות, לאשר את התקציבים, ייעוץ משפטי, משרד המשפטים, העברה בין גגות, פרוצדורה פסיכית לחודש וחצי שהם בדרך כלל גם החודש וחצי הכי עמוסים של אפשרויות בתקציבים וייעוץ משפטי ובמשרדי הממשלה, אבל עשינו את זה, והחוזה נחתם ב-30.12 של 2020 [...] ואז בעצם יצאנו לתהליך של משהו כמו ארבעה חודשים. הוצאנו את הקול הקורא התחרותי, עשינו ועדת היגוי שמשותפת גם ליחידות מקצועיות, גם לחישוביות בשני המשרדים, ישבנו, כל אחד העריך באקסלים מטורפים את כל ההצעות, אחר כך דנו מי עבר, מי לא עבר. שבעה אשכולות נבחרו. אחר כך בשבעת האשכולות האלה יצאו למכרזים של כוח אדם לבחור מתכללות, ובאפריל 2021 היה כנס מתכללות הראשון [...] אחרי שהן נבחרו נתנו להן תקופת זמן מאוד קצרה של איזה חודש וחצי לבנות תוכנית עבודה. באפריל היה את הכנס השקה, ביוני כבר היה יום של הצגת תוכניות העבודה. (ראיונות משרדים, 1)

הקמת המיזם התאפיינה כאמור ברוח של יוזמה והתמודדה עם האתגר של "המצאת הגלגל" בכל הקשור להגדרות התפקיד החדש.

” המתכללות מרגע שהן היו צריכות להיכנס לזירה הזאת הן לא מצאו שזו איזושהי זירה שוקקת וכביש ש"רק מחכה לאספלט", אלא ממש כביש עפר שאין עליו כמעט כלום. (ראיונות משרדים, 3)

בהיותו מיזם חדש בתוך תחום חדש ולא ממופה, לווה הקמת המיזם באי-בהירות לגבי מטרותיו, יעדיו, התחומים שבהם צריכים האשכולות לפעול וסוג הפעילות שעליהם לקדם. מן הראינות עלה כי חלק מאי-הבהירות, כפי שבא לידי ביטוי למשל בהגדרות רחבות ועמומות בקול הקורא התחרותי, היה מכוון ונועד לאפשר לכל אחד מן האשכולות לבנות תוכנית המותאמת לצרכים הייחודיים לרשויות שבו.

”
הקול קורא שפורסם היה מאוד אמורפי בעולמות הבריאות. באנו ואמרנו להם, "יש כסף, הוא קשור לתחומי הבריאות, זה הנושאים. תגידו מה אתם רוצים לעשות". בעיניי זה חדשני מאוד במשרדי ממשלה, זה גם יצר שונות מאוד מאוד גדולה ואולי גם איזשהו איבוד של ה-"center", אבל בעיניי זה גם לקח אותם ליזמות מטורפת. (ראיונות משרדים, 6)

”
בתפיסה שלי, אנחנו לא היינו אמורים להגדיר מלכתחילה שום דבר מעבר לקווים כלליים של מה צריך לעשות ובאיזה נושאים לאשכולות, כי בסוף, מה שהיה לי חשוב, זה שכל אשכול ייקח ויתחיל בנתונים וייצר מדיניות מקומית או אזורית מבוססת נתונים בהתאם לנתונים שלו, למשאבים, לדברים שהוא יודע לעשות וחזק בהם. ולכן מלכתחילה בשנת הפיילוט הראשונה, ואפילו גם בשנה השנייה, אף אחד לא ישב ובא ואמר "הנה המטרות". ואני חושבת שבשנה הראשונה לפחות השארתי את זה עמום, כי האמנתי שזה הדרך הנכונה לעבוד כשלטון מרכזי עם שלטון אזורי. (ראיונות משרדים, 1)

ההגבלה היחידה שניתנה לאשכולות בשלב הראשון נגעה לעולמות התוכן בבריאות, קרי על המיזם לעסוק בתחום של הזדקנות פעילה ותזונה בריאה. לצד הגבלה זו נדרשו האשכולות לפתח את הפעילות באופן אזורי. מן הראיונות עלה כי הבחירה בנושאים אלו קשורה לאופי היזמי של המיזם ולנכונות לנצל הזדמנויות כשהן עולות; הבחירה בנושא של הזדקנות פעילה נבעה מכך שהכסף למיזם הגיע מעודפי הרפורמה בסייעוד בהובלת האגף לגריאטריה, וההתמקדות בתזונה בריאה קשורה לזיהוי פוטנציאל לשיתוף פעולה פורה עם האגף הרלוונטי במשרד.

”
קריאת הכיוון ברמת מדיניות שכן עשינו היא מכורח, כי בסוף הכסף היה של הזדקנות האוכלוסייה, לכן כיוונו אותו להזדקנות בריאה, אבל גם אני חושבת שזה סוגיה לאומית שחוצה את כל האשכולות ולכן נכון שכל האשכולות יתעסקו בה, וגם בעולם של אורח חיים בריא ותזונה בריאה שידעתי שיש לי פרטנר בתוך המשרד שידע לתת כיוון מצוין וידע לענות על השאלות ואני סומכת עליו ולכן גם הלכתי לכיוון של תזונה ברמת מדיניות. (ראיונות משרדים, 1)

4.2 פעילות המתכללות

המתכללות נשאלו על הפעילות שלהן במסגרת תפקידן. בראיונות הבחינו המתכללות בין התקופה הראשונה להפעלת המיזם (תרשים 2), שהוקדשה להיערכות וללמידה, ובין התקופה שאחריה, שכוונה למימוש מלא יותר של מטרות התפקיד.

4.2.1 התקופה הראשונה להפעלת המיזם

תרשים 2: הפעילות בתקופה הראשונה להפעלת המיזם



פעילות להנחת תשתית ארוכת טווח
לצד פעילות "פירות נמוכים"

- תשתית פיזית
- תשתית דיגיטלית
- מיסוד קשרים ודרכי עבודה
- פעילות "פירות נמוכים"



פעילות לבניית
אמון ברשויות



בניית
תוכנית עבודה



בניית רשת
אנשי קשר ויועצים



פעולות להעמקת
הידע בתחום
קידום הבריאות

כל המתכללות דיווחו כי בחודשים הראשונים בתפקיד ביקשו להעמיק את הידע שלהן בתחום קידום הבריאות ואת ההיכרות עם המונחים בתחום. לכן הן הקדישו זמן ללמידה ולהכשרה עצמית על ידי קריאת חומרים רלוונטיים, פגישות עם אנשי מקצוע והשתתפות יזומה בקורסי העשרה. עוד עלה מן הראיונות כי בשנה הראשונה השקיעו המתכללות זמן בבניית רשת של אנשי קשר ויועצים. בהקשר זה נמצא כי מבין המתכללות יש כאלו שהיה להן ידע קודם בתחום קידום בריאות וכאלו שהיה להן ניסיון קודם בעבודה מול רשויות ושלטון מקומי. לדבריהן, קל יותר להשלים פערי ידע בבריאות מאשר לפתח ידע בניהול פרויקטים ובעבודה מול שלטון מקומי.

” העבודה של מנהל בריאות בראייה אזורית, היא עבודת פיתוח. בעבודת פיתוח צריך עזרה בתחום של מיפוי ולמידה, צריך עזרה בעולמות של פיתוח, שזה לפעמים ראייה כלכלית, של ראייה בעולם התוכן, צריך עזרה בגיוס שותפים בכירים לתוך המהלך הזה, ברתימה של משרדי הממשלה השונים. זה מה שצריך בעבודת פיתוח. את השאר אנחנו יודעים לעשות. (ראיונות מתכללות, 6)

” היא בהכשרה שלה באמת מגיעה מתחומי הבריאות ועם תואר שני בקידום בריאות, אבל היה חסר לה שטח, להוביל תהליך בתוך רשות מקומית, לדבר עם האנשים, לעמוד מולם, לפעול, לקדם, להוביל פרויקט מנושא התקציב ועד הנושא של משימות ותהליכי עבודה, זה משהו שהיה לה מאוד קשה. היא לא הצליחה להגיע לכדי קבלת החלטות של מה עושים, מתי עושים, איך עושים, איך רותמים את השותפים. (ראיונות מתכללות, 5)

” האדם שנכנס לתפקיד הזה צריך להיות גם אדם שמסוגל להתמודד עם הרבה חוסר ודאות בתוך ארגון חדש, גם יודע לדבר בשפה של רשויות מקומיות, אבל גם יודע להזיז פרויקטים, גם מבין משהו בבריאות. זה המון משקל על הבן אדם שנכנס לתפקיד ולאט לאט עם הזמן הבנו שיכול להיות שמה שצריך זה יותר בן אדם שיודע לדבר עם הרשויות המקומיות ויודע לנהל פרויקט מאשר מישהו שמבין בתחום של בריאות, כי גם קידום בריאות זה לא לגמרי בריאות, וגם בסוף מה שצריך פה זה הרבה יותר אלמנטים של ניהול פרויקט. (ראיונות משרדים, 7)

עיסוק נוסף שהוקדש לו זמן בתקופה הראשונה להפעלת המיזם היה מיפוי של מאפייני רשויות האשכול וצורכיהן בתחום קידום הבריאות ומיפוי הפעילות הקיימת והמשאבים הקיימים, לדוגמה – האם יש ברשות מתאמי בריאות ונכסים אזוריים כדוגמת בתי חולים ומוסדות נוספים רלוונטיים. מן הראיונות עלה כי העבודה מול רשויות שהיו בהן מתאמי בריאות (מתעם תוכנית "אפשריבריא בעיר"³) הייתה קלה יותר, ואילו ברשויות האחרות היה צורך להקדיש יותר זמן ומשאבים לגיוס ורתימה.

תוכנית העבודה אשר הוגשה במסגרת הקול הקורא צוינה כמקור הראשוני לתכנון הפעילות בקרב כלל המתכללות. עם זאת, מכיוון שרוב המתכללות לא היו מעורבות בכתיבת הקול הקורא, אלא גויסו לאחר הזכייה, הן ציינו שנתקלו בקושי לממש את תוכנית העבודה כלשונה.

³ "אפשריבריא בעיר" היא תוכנית הפועלת מאז שנת 2018 מטעם המחלקה לקידום בריאות במשרד הבריאות, ובמסגרתה רשויות מקומיות מקבלות תקציבים להפעלת תוכניות לקידום בריאות. אחד מתנאי ההגשה לתוכנית הוא העמדת מתאמת בריאות רשותית, שהיא בעלת התפקיד האחראית בכל רשות לנושא הבריאות. למידע נוסף על התוכנית ראו: [אפשריבריא בעיר](#).

שיטות הפעולה

מן הראיונות עלו שיטות פעולה אחדות משותפות לכלל המתכללות:

1. בניית אמון ברשויות – מן הראיונות עלה כי המתכללות סבורות שתפקידן לפעול ברמת האשכול האזורי, אך לטענתן אי אפשר ליישם פעילות אזורית בלי האמון של רשויות האשכול ושיתוף פעולה שלהן. בהקשר זה דיווחו המתכללות כי בחלק מן הרשויות, בעיקר החלשות שבהן, הן נתקלו בחוסר עניין, בחוסר הבנה או בהיעדר קשב ניהולי של אנשי המקצוע ברשויות בנוגע לצורך של הרשות להשקיע בפעילות מקדמת בריאות. על כן חלק לא מבוטל מהעיסוק של המתכללות מכניסתן לתפקיד ועד לשלב שבו התקיימו הראיונות (כשנה וחצי לאחר תחילת התוכנית) הוקדש לרכישת אמון של הרשויות, בין היתר באמצעות כינוס פגישות עם ראשי הרשויות ומנהלי האגפים; הקמת ועדה אזורית הכוללת את הרשויות ואת נציגי משרד הבריאות וקופות החולים; ומכגשים עם מתאמי הבריאות ברשויות ושיתופם בתהליך החשיבה והפיתוח של תוכניות העבודה.

” לתת מיקוד ראשוני בתוך הרשויות, גם כדי להכיר את האנשים, גם להבין את השטח יותר. גם להתחבר. זה מין אסטרטגיית כניסה כזאת לתוך הרשויות [...] אם לא הייתי עושה את המהלך הזה אני חושבת שברמה האזורית אני לא הייתי יכולה להצליח לקדם שום כלום. (ראיונות מתכללות, 3)

” לא הייתי יוצאת לשנה של בניית אמון וירידה לעשייה של כל רשות ורשות, אם לא הייתי יודעת שיש לי קומה ב ו-ג שבהן אחרי שיצרתי את מערכת האמון הזאת אני יכולה להמשיך הלאה. זה היה נהדר לשנה הזאת, זה מעולה. עכשיו אנחנו כבר עולים את הקומה הזאת, יש לנו את האנשים ואנחנו יכולים לעבוד איתם. (ראיונות מתכללות, 5)

” בשנה הראשונה הרגשנו שאנחנו חייבים להוכיח את עצמנו בשטח, לצבור את האמון, שיכירו אותנו, שידעו מה אנחנו עושים, שידעו שאנחנו לא רק מדברים, ועכשיו אנחנו יכולים באמת להתקדם ועוד פעם לכנס את כולם, לחשוב, לראות, לדבר. זה השלב, אחרי שהוכחנו את עצמנו ולא לכני כן. (ראיונות מתכללות, 5)

2. התמקדות בפעילות ליצירת תשתית לצד פעילות "פירות נמוכים" לגיוס ורתימת הרשויות – כל המתכללות דיווחו כי יצירת תשתית היא מבחינתן אחד היעדים העיקריים של עבודתן. ניתוח הראיונות העלה כי המילה "תשתית" משמשת בשני מובנים – לציון פרויקטים של הנחת יסודות פיזיים או דיגיטליים וגם כדי לציין יצירת תהליכי עבודה: גיבוש ומיסוד של קשרים, פיתוח שפה משותפת בין גורמים שונים וכדומה. לדוגמה, כמה מן המתכללות התייחסו אל פרויקטים ברמת הרשויות ככלי לפיתוח תשתית אנושית ותהליכי עבודה עם רשויות האשכול.

” כדי שיהיה עיסוק ראוי בבריאות ברשויות המקומיות צריך לסייע להן בהנחת תשתית אזורית לדבר הזה. ותשתית מבחינתי זו תשתית של שותפויות, זו תשתית של משאבים, זו תשתית של ידע או המשגה או שפה, זו גם תשתית, זו תשתית של כוח אדם. אין אותה, אבל אנחנו צריכים לחתור אליה. (ראיונות מתכללות, 6)

” מאחורי הכשרה יש הרבה דברים, גם בניית קשרים, גם תשתית עבודה, גם תשתית להתנסות מול הרשויות. הנה, עכשיו אפ +60 נתנו לנו כמה הכשרות וזה כמו התנסות. אנחנו מתנסים ביחד, בתהליך העבודה ביחד. (ראיונות מתכללות, 3)

” ברור שהשאיפה היא לייצר פעילות שהיא ארוכת טווח ותשתית, אבל אני חושבת שגם הפעילויות של הפירות הנמוכים שאנחנו מייצרות הן בעצם ביסוס תשתית. עכשיו היכולת שלי לעבוד עם השותפים והרפרנטים היא הרבה יותר גבוהה. למרות שעסקתי במשהו שהוא כביכול פירות נמוכים, עכשיו יש לי תשתית בנויה. (ראיונות מתכללות, 10)

ההתמקדות בבניית תשתיות נתפסת כדרך ליצור המשכיות גם אחרי תקופת הזמן שהוקצבה למיזם, כ"עוגן" שסביבו אפשר לבנות פעילות מתמשכת וכדרך להרחיב את ההשפעה של הפעילות. לצד זאת, המתכללות יזמו ומימשו פרויקטים קלים לביצוע ובעלי מרחב השפעה קטן יחסית ("פירות נמוכים"), כגון סדנאות אורח חיים בריא או הרצאות לתושבים. פרויקטים אלו הניבו תוצרים מהירים ושיקפו לרשויות את התמורה שהן יכולות לקבל מההשתתפות במיזם ואת חשיבותה של פעילות לקידום בריאות. כך הצליחו המתכללות להציג פעילות בתוך זמן קצר בד בבד עם עיסוקן בתכנון ארוך טווח ובניית תשתיות עתידיות.

” לא באתי לעשות פרויקטים. לא באתי לבזבז כסף בשביל לסמן וי על "עשיתי, עשיתי, עשיתי", ולכן ההחלטה הייתה שאנחנו משקיעים ביצירת עוגנים שאפשר יהיה לבנות עליהם אחר כך את הפעולות עצמן. (ראיונות מתכללות, 6)

” אני לא מזלזלת בסדנאות, באמת, כאילו אני מאוד מאוד התלהבתי מהן, אבל בסוף הסדנה נגעה רק ב-15-20 איש [...] אבל ההשפעה היא באמת חד-משמעית יותר משמעותית. כשמשקיעים בתשתית. (ראיונות מתכללות, 1)

” אני אישית כאילו אני פה לנצח. כאילו אני פה לנצח. עכשיו אני מבינה שאני מהר מהר צריכה לייצר כמה דברים שהם פירות נמוכים, שיִראו מייד. (ראיונות מתכללות, 4)

אתגרים

מן הראיונות עלו כמה אתגרים משותפים בעבודת המתכללות בתקופה הראשונה למיזם.

1. קושי במעבר מחזון ליישום – כאמור, רוב המתכללות לא היו שותפות לכתיבת תוכניות העבודה אשר הוגשו במענה לקול הקורא, אולם עם כניסתן לתפקיד הן נדרשו להוציא תוכניות אלה לפועל. תרגום תוכניות העבודה לפעילות בשטח היה לא פשוט עבור חלק מהמתכללות. לדבריהן, תוכניות העבודה נוסחו בעמימות ולא כללו מספיק הדרכה והכוונה בבניית הפעילות.

” הם הגישו תוכנית עבודה ואנחנו רק עיבדנו אותה כשאני הגעת. (ראיונות מתכללות, 6)

” מה עכשיו? מהתאוריה הנהדרת, מהכתיבה המפוארת של הקול הקורא, לתכלס? (ראיונות מתכללות, 4)

” הם כתבו את התוכנית ואמרו לי זאת התוכנית, תתחילי לממש. עכשיו אני זוכרת שלקח לי זמן להבין מה התוכנית, מה כתוב שם, מה כל דבר אומר. (ראיונות מתכללות, 2)

2. בירוקרטיה וחוסר גמישות – חלק מהמתכללות דיווחו על קושי עם צורת העבודה בשלטון המקומי והמשרדים, לדוגמה הצורך להתמקצע באופן העבודה הנדרש לפי אמות המידה של מינהל תקין (כתיבת מכרזים, ניהול תקציבים, קבלת אישורים, עמידה בתקנות ובאמות מידה סביבתיות, משפטיות ומנהליות) ומשך הזמן של התהליכים הבירוקרטיים. חלק מהמתכללות גם הביעו תסכול מריבוי משימות הדיווח שנדרשו לתת למשרדי הבריאות והפנים ולאכא.

” כל העניין של הטופסולוגיה ובירוקרטיה ותגיש את זה ותגיש זה, זה מה שמעכב. (ראיונות מתכללות, 3)

” אני הגשתי כרטיס פרויקט, לקח כמעט שמונה חודשים למשרד הפנים ומשרד הבריאות לאשר אותו. שלחו, תיקנו, שלחו, תיקנו, שכתו, היה חג, היה חופש... (ראיונות מתכללות, 4)

” כתפיסת הפעלה באשכול, אני בעצם עושה מאל"ף עד תי"ו. זאת אומרת, זה גם כתיבת התוכניות והגיבוש שלהן, גם ההפעלה של התוכניות וזה גם כל המערכת הבירוקרטית והאדמיניסטרטיבית שמסביב להן. אני כותבת מכרזים, אני כותבת נוהלי רכש, כל דרישות התשלום, חשבוניות, כרטיסי פרויקט. עכשיו, כל אחד מאיתנו באשכול עושה את זה. באשכול שלנו אין אדם שעושה את זה עבור האשכול וכל אגף וכל מחלקה עושה את זה עבור עצמה וזה דורש המון המון משאבי זמן. (ראיונות מתכללות, 12)

3. מחסור בתשתית לעבודה מול רשויות האשכול – המתכללות הזכירו באופן גורף את החשיבות של נציגים או אנשי קשר מטעם הרשות שאליהם הן יכולות לפנות כדי להיעזר בהם להנעת פרויקטים. בהקשר זה עלה כי יש יתרון לעבודה מול רשויות שפועלת בהן התוכנית "אפשריבריא", מכיוון שלרשות מתאמי הבריאות של תוכנית זו עומדים תקציבים המאפשרים פעילות של קידום בריאות. היעדר אנשי קשר ברמת הרשות הקשה מאוד על עבודת המתכללות. נמצאה הסכמה רחבה בקרב המתכללות כי בהיעדר בסיס לעבודה עם רשויות האשכול, הן מבחינת כוח אדם ונציגים לעבוד מולם והן מבחינת הבנה והכרה בחשיבות מקומה של הרשות המקומית בקידום בריאות התושבים, אי אפשר "לעלות קומה" לעבודה אזורית.

” אני אומרת עם מי אני אדבר? מה משרד הפנים ומשרד הבריאות חושב שאני יכולה לעשות במרחב הזה? התחלתי את התוכנית במשרד הפנים ומשרד הבריאות, הרמתי את הראש, הצגתי, נורא התלהבו, יופי, אמרתי, 'יקירים, לא יודעת מה אתם מצפים ממני, כי אני רמטכ"ל בלי חיילים'.
(ראיונות מתכללות, 4)

” אם היה מתאם בריאות או מקדם בריאות ברשויות, אז הוא היה מייצר מהתשתית שאני נותנת לו, מעצים אותה פי ארבעה, כי הוא היה רותם את אנשי המקצוע האלה ברשות לעוד פעולות סביב הגרעין הזה שאני מייצרת. אני צריכה לחולל תנועה, אבל לבצע אותה צריך מישהו ברשות, כי שם הדבר הנכון.
(ראיונות מתכללות, 6)

” במצוי, זה לא קיים ברשויות. אין להן את העולם הזה. אין להן בעלי תפקידים, פעמים רבות הן בכלל לא רואות את הצורך בזה. זאת אומרת, אני בתפיסה שלי לא רואה את התפקיד של האשכול בעבודה ישירה מול תושבים. אני מוצאת את עצמי בונה ומיישמת תוכניות שבהן אני נותנת מענה עשיר לתושבים בהיעדר השכבה של הרשות.
(ראיונות מתכללות, 12)

4. מחסור בנתונים – בראיונות עלה הצורך בסיוע בקבלת נתוני בריאות של רשויות האשכול, בעיקר במטרה לגייס את הרשויות ולרתום אותן לחולל שינוי בבריאות התושבים. בהקשר זה, חלק מן המתכללות העידו כי הקדישו זמן רב לחילוץ הנתונים בעצמן ונתקלו בקושי להגיע לנתונים רלוונטיים.

” באתי עם נתונים של הלמ”ס. פה הייתי צריכה עזרה, הרבה עזרה. כי אני, לא רוצה להגיד את המילה בזבז, זה לא בזבז, אבל אני ישבתי שעות כדי לנסות לחפש או לייצר איזשהו פרופיל יישובי של כמה השמנה ילדים מכיתה א עד ז, כמה חולי סוכרת, כמה חולי סוכרת לא מטופלים, כמה קופות חולים יש, כמה טיפות חלב יש, כמה זה יש, מה יש, מה זה, והדבר הזה, אני הייתי צריכה לקבל על מגש. חבל על הזמן שלי.
(ראיונות מתכללות, 4)

” זה עקב האכילס שלנו, כל הנושא של נתונים. אין לנו מספיק מערכות תומכות, עוד לפני המיפוי אפילו, של זיהוי נתונים, של איגום הנתונים, של איסוף נתונים. אני יכולה להגיד לך שאפילו ה”דשבורד” הזה של מערכת הבריאות, ”פרופיל בריאות רשותי”, לי אין אותו כי רוב הרשויות שלי בכלל לא נמצאות שם, בפרופיל בריאות, כי הן קטנות מדי. יש לי נתונים שאני יכולה להוציא מהלמ”ס. יופי, אז זה עשינו. זה לא מספיק. ממש לא מספיק.
(ראיונות מתכללות, 6)

” מה שחסר לנו הרבה מאוד [זה] פתיחת הדלתות בתוך מאגרי הנתונים במשרדים השונים שעכשיו זה צריך לבוא מהחברה שמלווים אותנו מלמעלה (ראיונות מתכללות, 9)

5. קושי בפתיחת דלתות ויצירת חיבורים במשרדי הממשלה – בהתייחס לתקופת העבודה הראשונה והמשאבים שהושקעו בפיתוח קשרים והיכרות עם עולם השלטון המקומי, עלה צורך בסיוע למיפוי הקשרים ויצירת החיבור לאנשי מפתח במשרדי הממשלה השונים.

” בסוף הפרויקט הזה לא רק שלנו, אני מדברת על כל האשכולות, זה פרויקטים שדרושים שותפויות עם כל משרדי הממשלה, כאילו אין משרד שאין לו נגיעה לנושא. אין, אין דבר כזה. נכון שהעיקרי זה בריאות, אבל יש כמעט בכל משרד יש משהו שרלוונטי ואני הייתי שמחה שיעזרו לי בחיבורים האלה. שיפרצו את הדרך, ייצרו את המסלול VIP בעבודה מול משרדי הממשלה השונים.
(מתכללות, 1)

” עם כל התמיכה ועם כל הליווי שאנחנו מקבלים ממשרד הפנים ומשרד הבריאות, אני חושבת שבהתחלה לא היה מספיק ליווי מצידם. הייתי מצפה בתחילת תפקיד כזה שהוא ממוקד בהזדקנות מיטבית שיחברו אותי לאשל ג'וינט, למשרד לשוויון חברתי, לחבר אותי לאגף גריאטריה. אבל זה לא היה בהתחלה וזה גם לא היה עד היום. אני בכוחות עצמי בקשרים שלי הגעתי לזה. אז אני הייתי מצפה שכן יחברו אותנו לאנשים החשובים בתוך משרדי הממשלה.
(מתכללות, 3)

הישגים

כאמור, מתכללות הבריאות רואיינו כשנה וחצי לאחר התחלת המיזם, כלומר במחצית התקופה שהוגדרה בקול הקורא. כבר בנקודת הזמן הזו ציינו המתכללות הישגים המעידים על התקדמות במימוש מטרות המיזם:

1. ניצנים של הפנמת מקומה של הרשות המקומית בקידום בריאות התושבים – המתכללות דיווחו כי ראשי הרשויות רואים בהן כתובת לפנייה בכל נושא הקשור לבריאות. הם מציפים בפניהן צרכים, מתייעצים איתן, מבקשים את תמיכתן בהשגת תקציבים ומשאבים ומבקשים להיות מעורבים בתוכניות בריאות עתידיות. בהקשר זה עלו גם עדויות על ניצנים של הטמעת גישת "בריאות בכל מדיניות" בקרב עובדי הרשויות באשכול ומודעות מוגברת באשכול לתחום הבריאות בכלל.

” בהתחלה הם לא היו במקום שהם מבינים כמה שזה חשוב, והיום אני רואה באמת שהם פונים אליי, הם סומכים עליי, מבקשים, הם שואלים אותי – ”מה עם התוכנית שלנו לשנה הבאה?“, שזה לדעתי, זה הישג באמת גדול.
(ראיונות מתכללות, 3)

” הצלחנו בזה שהם מבינים בריאות, הצלחנו בזה שחשוב להם. גם אם זה בן אדם אחד, אבל הוא מתקשר את זה בתוך הרשות שלו, שזה היה מאוד מאוד קשה.
(ראיונות מתכללות, 7)

” אם אחרי עשרה חודשי עבודה באקוסיסטם הזה שאנחנו בנינו אני יושבת מול ראש רשות והוא מדבר בשפה הזאת של איך הוא משפיע על הבריאות של התושבים המבוגרים שלו ולא רק בשירות שהוא נותן להם במתנ”ס. הוא כבר מבין שביצירת התשתית הסביבתית כדי שהם יוכלו ללכת בנוח, הוא כבר מדבר על המיפוי הסביבתי ומי יעזור לו לעשות את המיפוי הסביבתי וכולי וכולי, אז הוא מדבר בריאות.
(ראיונות מתכללות, 6)

2. נציגי בריאות ברשויות (רשמיים או לא רשמיים) – כאמור, כל המתכללות ציינו את החשיבות של עבודה עם אנשי קשר ברשויות, וכולן השקיעו משאבים בקידום תפקיד זה ברמת הרשויות. יש מהן שעשו זאת רשמית, באמצעות סיוע לרשויות בהגשה של קול קורא של "אפשריבריא", שבעקבותיה – לאחר הזכייה – מונו מתאמי בריאות ברשויות; ואחרות עשו זאת באופן לא רשמי, באמצעות יצירת קשר עם עובדים ברשויות אשר קיבלו עליהם את התפקיד מיוזמתם או מונו לתפקיד בחלקיות משרה.

” ברגע שהבנתי שברשויות חייב שיהיה מתאם בריאות, חייב, לא תהיה פעילות לקידום אורח חיים בריא אם אין, אז במקביל עבדתי על ראשי הרשויות והצלחתי לשכנע שבע רשויות שימנו, ומינו.
(ראיונות מתכללות, 4)

” עצם זה שהצלחתי להתחלה שיהיה לי נציג בכל רשות, זו גם הצלחה.
(ראיונות מתכללות, 3)

בהקשר זה יש לציין כי ברוב האשכולות כללה תוכנית העבודה הכשרה של "מובילי בריאות", קרי הכשרה קבוצתית בנושאי קידום בריאות מתוך מטרה להפוך את המשתתפים לשגרירים של הנושא בקהילה שלהם. בחלק מן האשכולות התמקדה ההכשרה בתושבים של רשויות האשכול, ובאחרים היא יועדה לעובדי הרשויות. מן הראיונות עלה כי להכשרות שנערכו לעובדי הרשויות ערך מוסף בדמות הפיכתם לאנשי קשר שאיתם מתכללות הבריאות יכולות לקדם פרויקטים בשיתוף הרשויות.

” משהו שאני חושבת שבאשכול מבינים, ומשרד הפנים ומשרד הבריאות – כולם – צריכים להבין שזה תהליך. למשל, ההכשרות – ההצלחה היא התהליך. לא בהכרח כי יש לי בסוף נקודה שאני אומרת "הנה, וואו". אלא עצם זה שעוד ועוד אנשים מתוך הרשות, ולא דווקא ראש הרשות, יעברו את התהליך הזה וייווצרו קבוצות עבודה וקהילה ופורום וכולי, התהליך עצמו הוא ההצלחה. (ראיונות מתכללות, 4)

3. חיבור בין גורמים ויצירת שיתופי פעולה ויחסי אמון – כחלק מביניית אקוסיסטם בריאות לאשכול כינסו המתכללות יחדיו בעלי תפקידים הנוגעים לתחום הבריאות, למשל נציגי קופות חולים ומשרד הבריאות, והביאו אותם לשבת סביב אותו השולחן. כך זהו אינטרסים משותפים ונרקמו חיבורים אשר בכוחם להניע פעולות מקדמות בריאות משותפות.

” אנחנו גם עבדנו על כל מיני סוגים של חיבורים [...] עשינו גם פעילויות כאלה חברתיות של יצירת אמון הדדי ותקשורת, והיו דברים יפים. למשל, מתאם הבריאות של [אחת הרשויות] הקדיש מזמנו ועזר ל[רשות אחרת] להגיש איזה קול קורא, זאת אומרת ניצנים, ניצנים של כל מיני דברים טובים. (ראיונות מתכללות, 4)

” אנחנו הצינור שלכם. אנחנו המקום שמחבר אתכם לשטח למטה. אז אני יודעת להגיד שאני מצליחה לעשות את זה במשרד הבריאות בתוכנית אילנות שם מול הפקולטה לרפואה, שהם יודעים, כל פעם שהם צריכים משהו לשטח אני נמצאת ומחברת. צריכים מרכזי צעירים? אני מחברת, צריכים זה? אני מחברת. אז זה בא מלמעלה וגם בא מלמטה שאנחנו בעצם נמצאים שם מעל הרשויות ומעל התושבים באיזשהו מקום מאחד ומרכז. אני חושבת שזה גם סוג של הצלחה, שגם הגורמים האלה ייראו אותנו ככה. (ראיונות מתכללות, 5)

” עצם זה שמדברים אחד עם השני ויושבים בשולחנות עגולים זה כבר הצלחה, כבר הבנה שיש הרבה מאוד אינטרסים משותפים והערך המשותף פה הוא הרבה יותר מהערך המבדיל, זה כבר הצלחה. (ראיונות מתכללות, 9)

המלצות דוח הביניים (הוגש בדצמבר 2022)

הדוח המוצג כאן מסכם את פעילות המחקר בתקופה שבין יולי 2022 ליולי 2023. בדצמבר 2022 הגישו החוקרות למזמינים דוח ביניים. אלה היו המלצותיו בעקבות ממצאי המחקר שעסק בתקופה הראשונה לפעילות המיזם:

הרקע המקצועי וסוג ההכשרה המתאים – כאמור, מבין המתכללות יש כאלה שהיה להן ידע בתחום קידום בריאות ואחרות הגיעו עם ניסיון קודם בעבודה מול רשויות ושלטון מקומי. מדברי המתכללות עולה כי קל יותר לרכוש ידע בתחום הבריאות, בין בלמידה עצמית ובין בסיוע של יועצי בריאות מלווים, מאשר ללמוד ליצור חיבורים עם אנשי מפתח ולרתום אותם לפעילות. על כן, בגיוס מתכללות יש צורך לשים את הדגש בגיוס אנשים מתחום השלטון המקומי, בעלי ניסיון בניהול פרויקטים ובכלל בעלי "אופי ביצועיסטי" ויכולת לקידום והנעה של תהליכים.

מתן מקום לבניית תשתית בסיסית ברשות עבור קידום בריאות – כאמור, ישנה הסכמה בקרב המתכללות בנוגע לראייה האזורית של תפקידן. עם זאת, מן המחקר עלה כי יש צורך לבסס תשתית ברמת הרשויות שעליה אפשר יהיה לבנות פעילות אזורית. בהרחבת המיזם לאשכולות נוספים יש לתת מקום לבניית תשתית זו, החיונית לבניית היכולת של הרשויות לעסוק עצמאית בקידום בריאות.

עידוד העבודה מול עובדי הרשויות המקומיות בדרגי הביניים – ברוב האשכולות כולה תוכנית העבודה הכשרה של "מובילי בריאות" – הכשרה קבוצתית בנושאי קידום בריאות במטרה להפוך את המשתתפים בהכשרה לשגרירים של הנושא בקהילה שלהם. מן הראינות עלה כי ההכשרות שנערכו לעובדי רשויות תרמו להפיכתם של המשתתפים לאנשי קשר לקידום פרויקטים בשיתוף הרשויות ולהטמעת התפיסה של "בריאות בכל מדינות". מומלץ לעודד את המתכללות להתמקד בהכשרות לעובדי רשויות בדרגי הביניים.

קיצור משכי הזמן הדרושים לאישור תוכניות עבודה וגמישות בשינויים של כרטיסי הפרויקט בהתאם למה שנלמד "תוך כדי תנועה" – כנזכר לעיל, רוב המתכללות לא היו שותפות בכתבת תוכנית העבודה הראשונית שהוגשה בקול הקורא, ובמקרים רבים המיפוי העלה צורך להתאים אותה בדיעבד לצרכים של האשכול ולמאפייניו. ההתאמות נוספו בדרך כלל על גבי תוכנית העבודה הראשונית, משום שהמתכללות חששו מפני הגשה מחדש אשר עלולה לעכב את תהליך העבודה ואת הוצאת הפרויקטים לפועל. על כן, נראה כי יש צורך לבנות תבניות דיווח שאיתן המתכללות יוכלו לעבוד ולעדכן את תוכניות העבודה המקוריות ביעילות ובמהירות.

"חבילת אונבורדינג" – עם כניסתה של מתכללת חדשה לתפקיד או עם הרחבת מיזם שילוב המתכללות לאשכולות נוספים, מומלץ לספק חוברת הדרכה עם מידע מפורט על מטרות ויעדים מוגדרים ומידע על קידום בריאות (יועצים מקצועיים), היכרות עם בעלי התפקידים במשרדי הממשלה, ניהול תקציב, כתיבת מכרזים, היענות לקולות קוראים, חשיבה תוצאתית ובניית מערך הערכה לכל פרויקט. בכוחה של חוברת מעין זו ליצור בסיס ידע ראשוני, אשר יקל את ההתאקלמות בתפקיד ויזרז מעבר משלב הלמידה והמיפוי לפעולות ממשיות.

סיוע במעבר לעשייה אזורית – בהמשך לעיסוק הממושך והיסודי בבניית יחסים עם הרשויות ובהטמעת השפה האזורית והתאקלמות בתפקיד, נראה כי בשלה העת להתמקד בעשייה האזורית. מכיוון שבשלב זה (דצמבר 2022) היקף הפעילות האזורית דל יחסית, נראה כי יש צורך בהגדרת קריטריונים ברורים לעבודה אזורית (לדוגמה פעילות הכוללת לפחות שתי רשויות) וכן בליווי מקצועי השם את הזרקור על פיתוח פעילות אזורית.

4.2.2 התקופה השנייה להפעלת המיזם

בחלק זה יובא מיפוי הפעילות של המתכללות באשכולות בשנתיים הנוספות להפעלת המיזם, תוך השוואה בין הפעילות בכל אחת משנים אלו: שנת 2022 (שנתו השנייה של המיזם) לעומת שנת 2023 (שנתו השלישית של המיזם).

מקורות המידע למיפוי היו תוכניות העבודה שהוגשו למשרדים ולאכא, כרטיסי הפרויקט שאושרו על ידי משרד הפנים ומצגות שהוצגו על ידי נציגי האשכול בימי היערכות לשנים 2022 ו-2023. בתהליך איסוף הנתונים התברר כי רבות מתוכניות העבודה הופיעו רק ככותרת וכי רכיבי פעילות שונים לא באו לידי ביטוי במסמכים. לפיכך נערכו גם שיחות השלמה עם המתכללות עבור שלב זה. עם זאת, בשל חילופי כוח אדם בחלק מן האשכולות, שיחות ההשלמה נערכו רק באשכולות שבהם הייתה מתכללת באותו זמן. אשכול נגב מזרחי הושמט מניתוח הפעילות משום שבשנת 2023 לא הייתה בו מתכללת רוב השנה. לצורך הניתוח פוצלו תוכניות מורכבות (כללו כמה רכיבים, למשל מיפוי שבעקבותיו הוקמה תשתית) לפעילויות שונות. בסך הכול נותחו 119 פעילויות, מהן 42 נעשו בשנת 2022 ו-77 בשנת 2023.

ניתוח הפעילויות נעשה על פי הצירים האלה:

- **תחום הפעולה** – לאיזה ממד של קידום בריאות מכוונת הפעילות? מלבד פעילויות בנושא הזדקנות פעילה ותזונה בריאה שהוגדרו בקול הקורא לאשכולות, נערכו פעילויות גם בנושאים של מניעת עישון, אוריינות וחשיבות של קידום בריאות, שיקום, התפתחות הילד ובריאות הנפש וכן פעילות גופנית (לאוכלוסייה הכללית). בחלק מועט מן המקרים גלשה פעילות הבריאות באשכולות מן התחום של קידום בריאות לנושאים של אספקה ופריסת שירותי בריאות, למשל גיוס משאבים להקמת תא לחץ בבית חולים זיו באשכול גליל מזרחי.
- **ערוץ הפעולה** – מטרת זהות יכולות להיות מקודמות באמצעי פעולה שונים, ולכן נבחנה מהי אסטרטגיית הפעולה שנקטה בכל פעילות. בציר זה זהו הערוצים להלן:
 - מיפוי – פעילויות שמטרתן גיבוש מאגרי מידע ונתונים. חלק מן הפעילויות כוונו ליצירת נתונים חדשים (למשל באמצעות העברת סקר) וחלקן עסקו בחיבור ובהנגשה של בסיסי נתונים קיימים (למשל של הלמ"ס, של משרד החינוך ושל קופות החולים).
 - חינוך – פעילויות המכוונות להעלאת מודעות לקידום בריאות, היכרות עם מושגי יסוד ועם גישות ושיטות פעולה הקשורות לתחום. ערוץ זה כולל את כל הפעילויות שבמסגרתן התקיימו סדנאות, הכשרות, ימי שיא, הרצאות וחוגים.
 - בניית תשתית – פעילויות לקידום הקמת תשתיות פיזיות, כגון שבילי הליכה או הקמת מרכז פעילות, להקמת פלטפורמות דיגיטליות או ליצירת קהילות דיגיטליות ולפיתוח תורת הפעלה או מודל שירות.
 - בניית אקוסיסטם – הקמת פורומים, ועדות היגוי וקבוצות עבודה או מיסוד שיתופי פעולה בין גורמים שונים לקידום בריאות. כדי לגבש את האקוסיסטם של האשכול נכללו בסעיף זה גם הכשרות המיועדות לאנשי מקצוע, נציגי רשויות ומתאמי בריאות.

- גיוס משאבים ייעודי או חיבור לפעילויות רוחב באשכול – פעולות שנועדו להרחיב את מוטת ההשפעה של עבודת המתכללות באמצעות חיבור לפעילויות רוחב אחרות המופעלות באשכול ולתקציבים נוספים וכן לפעולות של גיוס משאבים ייעודי לפעילות בריאות באשכול.
- הרחבה או טיוב שירותים – פעילויות שנועדו להקים שירותי בריאות חדשים עבור תושבי האשכול או לטייב ולייעל את הפעלתם של שירותים קיימים.

■ **פרט/מערכת** – הבחנה זו מבוססת על הבחנה דומה שנעשתה במסגרת [אתגר ההזדקנות – תוכנית עבודה לשנת 2022](#)

של ג'וינט אשל, הגורסת כי פעולה מסוימת מיועדת להשפיע על התנהגות הפרט או להשפיע על תנאים חיצוניים לפרט, בין בסביבה הפיזית ובין בהחלטות מדיניות. בציר זה סווגו התוכניות השונות לפי קהל היעד / מקבלי השירות, כלומר נבדק אם היוזמה מיועדת לפרטים (תושבי האשכול) או מכוונות לשינוי במערכת ומיועדת למקבלי החלטות ו/או לסוכני שינוי ברשויות ובאשכול. הכשרות המיועדות לאנשי מקצוע או לעובדי רשויות מקומיות וממוקדות בפיתוח ובהטמעת "גישת בריאות בכל מדיניות" או בהרחבת מאגר אנשי הקשר לעבודת המתכללות סווגו כפעילויות ממוקדות מערכת. הכשרות לציבור הרחב, המיועדות להגביר אוריינות ולהעלות מודעות לקידום בריאות, סווגו כפעילויות ממוקדות פרט.

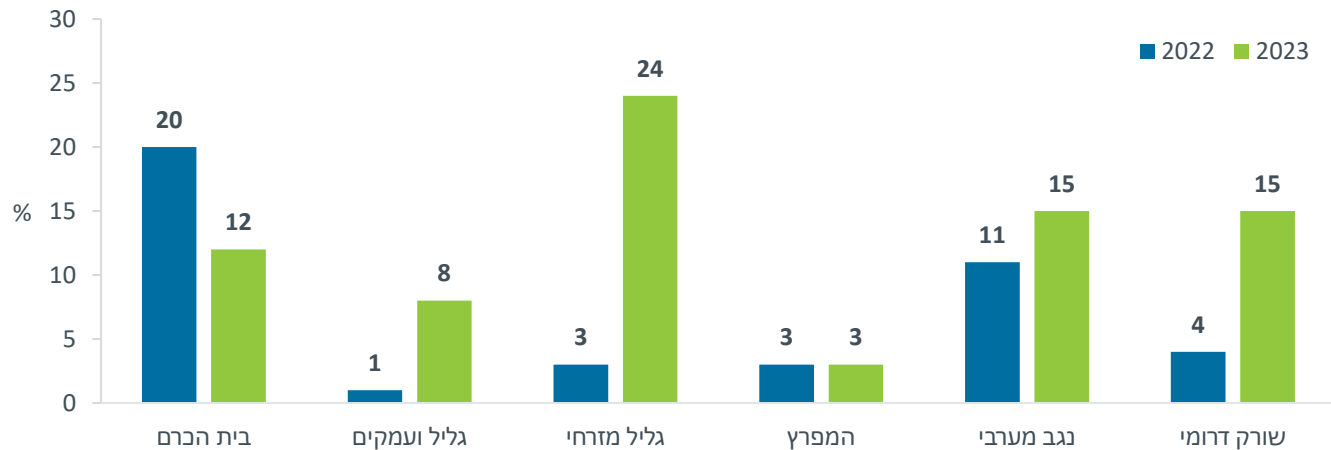
■ **רשות/אזורי** – האם לפעילות יש נקודת מבט אזורית או שהיא מיועדת לרשות מקומית מסוימת. יש לציין כי המתכללות התקשו לעיתים להפריד בין פעילויות שנבנו במקור עבור רשות מסוימת ו"הועתקו" בהמשך לרשויות אחרות (למשל סדנאות או הכשרות שהתקיימו במקומות שונים במתכונת דומה ויועדו לתושבי רשות או לעובדי רשות יחידה) ובין עבודה אזורית (למשל הפעלת ניידת בדיקות סקר שעוברת בין רשויות מקומיות ולמעשה מספקת שירות אזורי, או קורסי הכשרה שיועדו לעובדים ממספר רשויות יחד). לצורך ניתוח זה, יוזמות סווגו כאזוריות רק אם התקיימו ביותר מרשות אחת **וגם** נבנו בראייה אזורית.

ממצאי ניתוח הפעילות

מספר הפעילויות

בשנת 2022 תועדו 42 פעילויות בקרב האשכולות המדווחים ובשנת 2023 עלה מספרן ל-77, גידול של 83%. נמצאה שונות רבה במספר הפעילויות המדווחות בין האשכולות (תרשים 3). עם זאת, מכיוון שהפעילויות השונות נבדלות גם בהיקפן (scope), במספר האנשים המעורבים בהן, במספר המפגשים שהן כללו ובתקציב שהוקצה להן, מספר הפעילויות הוא מדד חלקי להערכת היקפי פעילות האשכולות בתחום הבריאות.

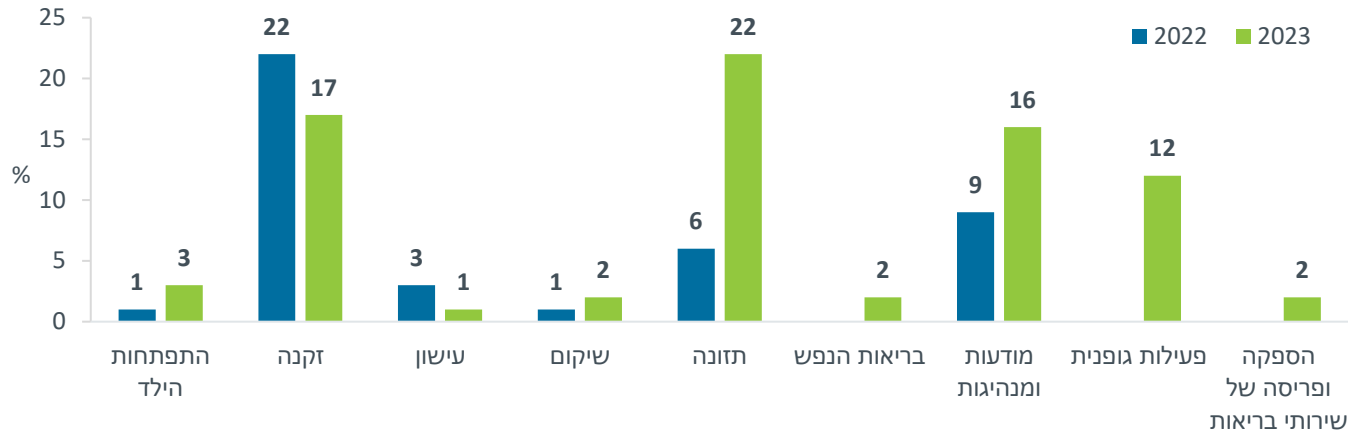
תרשים 3: מספר הפעילויות בכל אשכול



תחום הפעולה

בבחינת תחומי הפעולה שהוגדרו בקול הקורא (הזדקנות פעילה ותזונה בריאה) נמצאה ירידה קלה במספר הפעילויות בתחום ההזדקנות הפעילה (מ-22 בשנת 2022 ל-17 בשנת 2023) ועלייה ניכרת במספר הפעילויות המוקדשות לתזונה בריאה (מ-6 בשנת 2022 ל-22 בשנת 2023) (תרשים 4). את העלייה אפשר לייחס לקול הקורא להעסקת תזונאית אשכול שיצא מטעם אגף התזונה במשרד הבריאות במהלך 2023 ולהנחיות שניתנו לאשכולות מטעם משרדי הבריאות והפנים במהלך תכנון הפעילות לשנת 2023. נוסף על כך הייתה עלייה במספר הפעילויות המכוונות להעלאת מודעות לקידום בריאות וליצירת מנהיגות בתחום, ובשנת 2023 פותחו פעילויות בתחום קידום הפעילות הגופנית. כמו כן נמצאה עלייה מסוימת בפעילות בנושאים של בריאות הנפש (בשנת 2023), שיקום והתפתחות הילד. מן הראוינות עלה כי ההרחבה של התחומים אל מעבר למה שהוגדר בקול הקורא קשורה לעבודת המיפוי שנעשתה באשכולות ולצרכים הספציפיים שעלו ממנה.

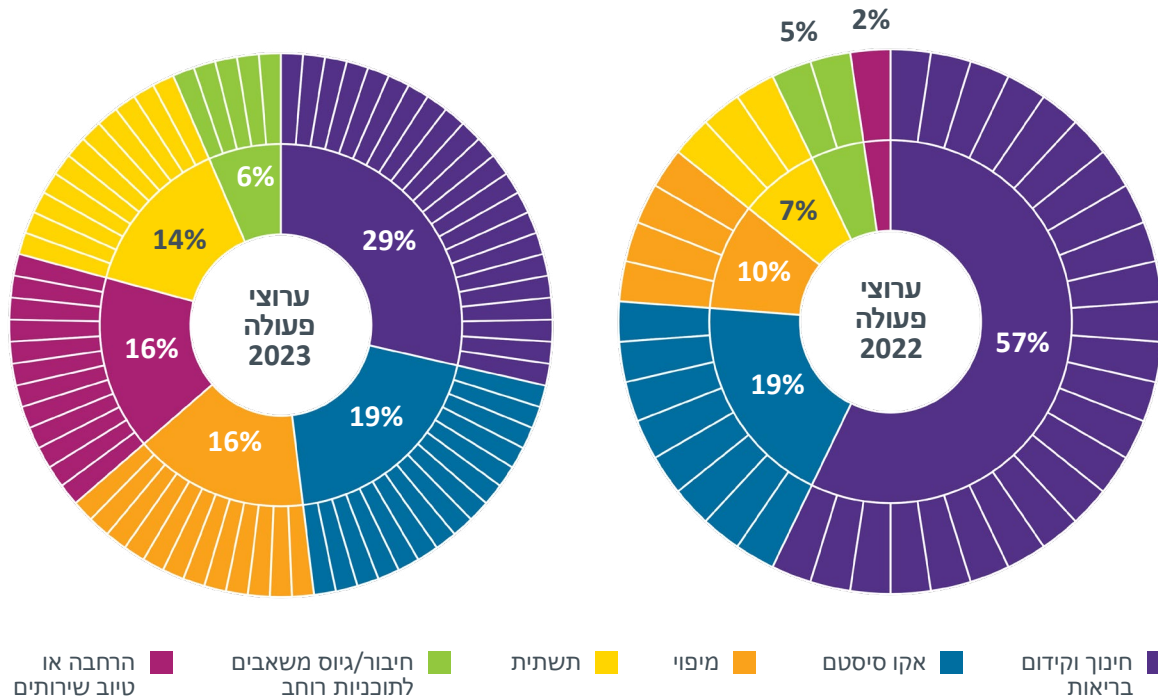
תרשים 4: מספר הפעילויות לפי תחום הפעולה



ערוץ הפעולה

בתרשים 5 מופיעה התפלגות הפעילויות בכל שנה על פי ערוצי הפעולה השונים. אפשר להיווכח כי בשנת 2022 עיקר הפעילויות היו בערוץ החינוך וקידום הבריאות, ואילו בשנת 2023 החלק היחסי שלהן קטן וחלה עלייה בשיעור הפעילויות בערוצים של מיפוי, בניית תשתית והרחבת שירותים.

תרשים 5: התפלגות הפעילויות לפי ערוצי הפעולה



פעילויות רבות של בניית אקוסיסטם (כגון הקמת פורומים, ועדות היגוי, שולחנות עגולים וכדומה) תוארו גם בראיונות שעסקו בתקופת הפעילות הראשונה, אולם ניתוח הפעילות של התקופה השנייה העלה כי רבות מהן התבצעו בהיקף נמוך בלבד. כן נמצאה שונות רבה בין האשכולות בכל הנוגע למספר המשתתפים ולמספר השותפים המעורבים בפעילויות. אף שכחלק מן המענה לקול הקורא נדרשו האשכולות להציג אסטרטגיית בריאות אזורית, ברוב המקרים לא נכתב מסמך הסכמות הנתמך על ידי הגורמים השותפים באקוסיסטם של האשכול או מסמך אסטרטגי המפרט את מדיניות הבריאות האזורית.

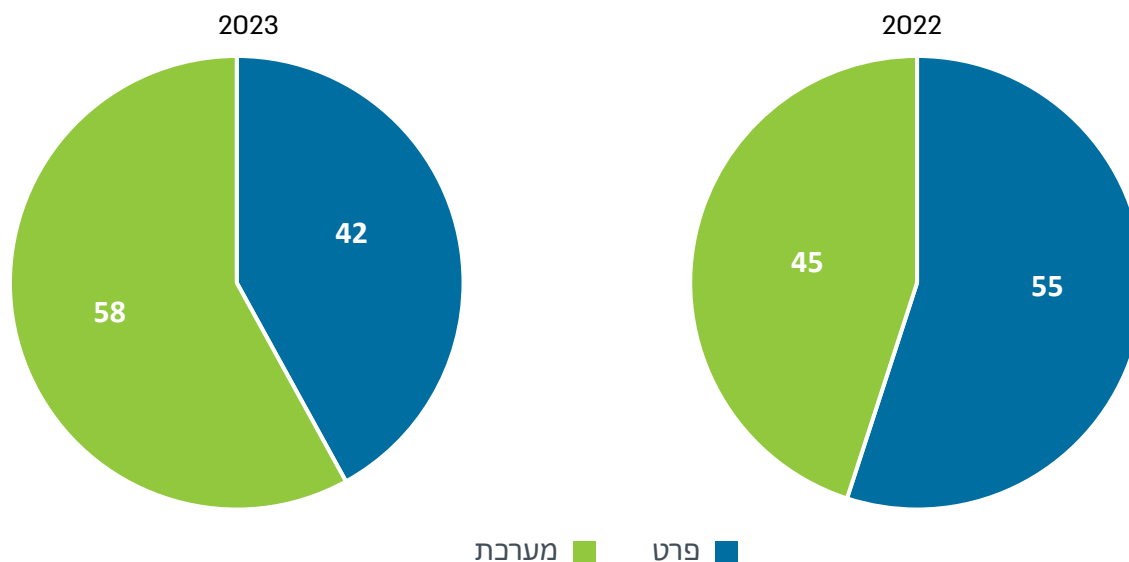
מהשיחות עם המתכללות גם עלה כי רבות מפעילויות המיפוי והחינוך נעשו תוך יצירת שיתופי פעולה עם מוסדות אקדמיים ועמותות (לדוגמה, "ספֶרת הסוכרת", יוזמה של אוניברסיטת בר-אילן וקרן ראסל ברי לפעילות מניעה בתחום הסוכרת בגליל) במטרה להרחיב ולמסד את אקוסיסטם הבריאות של האשכול. כך למשל סיפרה אחת המתכללות על פעילותה בשנת 2022:

אני מבינה שרוב הפעילות שלנו זה הכשרות, אבל יש מסביב לזה עוד הרבה דברים, גם עוד מהלכים מאוד מאוד חשובים כמו בניית תשתית, כמו מיפויים שאנחנו עושים, כמו אקוסיסטם, גם אזורי גם רשותי, זה תהליכים אחרים מאשר רק חינוך וקידום בריאות. (ראיונות מתכללת, 3)

פרט/מערכת

ניתוח הפעילויות בחלוקה לקהל היעד – פרט או מערכת – מלמד על עלייה בשיעור הפעילויות המכוונות למערכת: מ-19 פעילויות בשנת 2022 ל-45 פעילויות בשנת 2023 (ומ-45% מכלל הפעילויות ל-58%, בהתאמה; **תרשים 6**). כלומר במעבר בין השנה השנייה לשלישית הושם דגש רב יותר על פעילויות שנועדו להשפיע על מקבלי החלטות וסוכני השינוי וכחות על פעילויות המכוונות לשינוי התנהגות או שיפור מודעות בקרב תושבי האשכול עצמם.

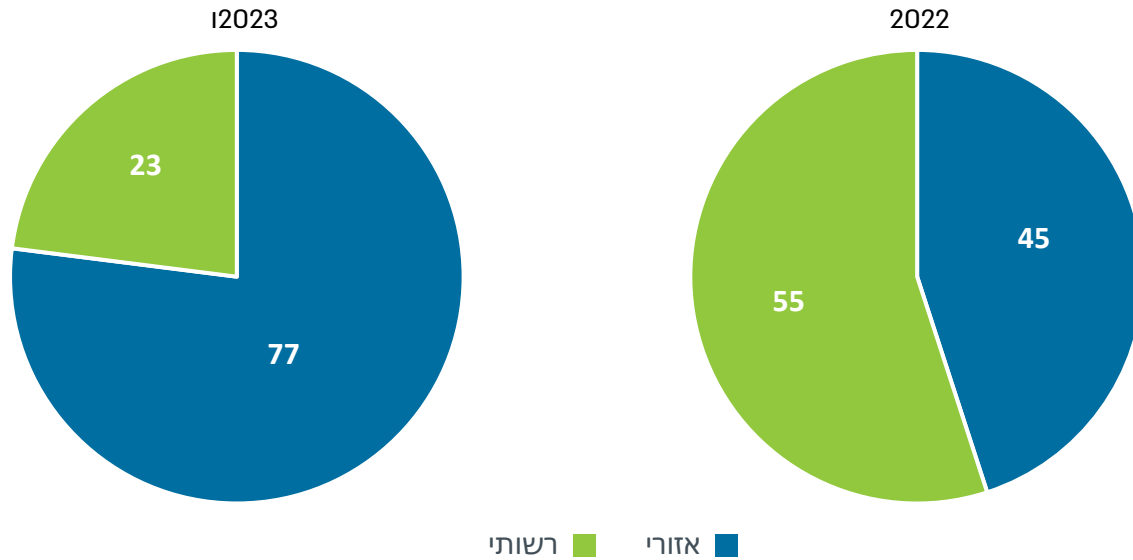
תרשים 6: השיעור היחסי של פעילות מכוונת פרט ופעילות מכוונת מערכת בכל שנה (באחוזים)



פעילות אזורית לעומת פעילות ברמת הרשות הבודדת

מספר הפעילויות בראייה אזורית עלה מ-19 בשנת 2022 ל-59 בשנת 2023 (ומ-45% מכלל הפעילויות ל-77% בהתאמה; **תרשים 7**). ממצא זה תואם את שתואר בראיונות כי "קומת האזוריות" נבנתה על בסיס עבודה ברמת הרשות שכללה גיוס ורתימה של הרשויות לפעילות קידום בריאות, כולל פעילות "פירות נמוכים" בתקופה הראשונה של הפעלת התוכנית.

תרשים 7: השיעור היחסי של פעילות אזורית ופעילות רשותית בכל שנה (באחוזים)



4.2.3 סיכום ניתוח הפעילות

עבודת המתכללות בתקופה הראשונה של המיזם הוקדשה ללמידה, להיכרות עם השטח ולבניית אמון עם רשויות האשכול והשותפים במרחב האזורי הרלוונטי לכל אשכול. במעבר מן השנה השנייה לשלישית ניכר כי הושם דגש רב יותר על פעילויות ברמת המערכת ופעילויות המבוססות על ראייה אזורית, על בניית תשתיות (פיזיות ודיגיטליות) ועל עיבוי ובנייה של האקוסיסטם (והתשתית האנושית) לתמיכה בתהליכים השונים של קידום בריאות ברמת האשכול.

בשיחות עימן המתכללות תיארו פעולות רבות שקשה לכמת, לסווג ולנתח, כמו שיחות טלפון, ביקורים ברשויות המקומיות, השתתפות בישיבות צוות באשכול ופגישות עם שחקנים שונים המעורבים בקידום בריאות במרחב האשכולי (נציגי אקדמיה, קופות חולים, מרכזים רפואיים ושיקומיים ונציגי תושבים). כלומר חלק ניכר מן הפעילות של המתכללות, בעיקר בתקופה הראשונה, הוקדש ל"פעילות רכה" אך הכרחית לבניית השותפות והאמון בין כלל השחקנים הרלוונטיים לפעילות האשכול, ושיעור הזמן והמאמץ שהוקדש לפעילות זו אינו ידוע ועשוי לצייר תמונה של תת-פעילות מצידן.

” כל האקוסיסטם הזה זה מפגשים קבוצתיים ברמות שונות. אני מנהלת מפגשים פרטניים, אני מנהלת אין-סוף שיחות "זום" ואני מנהלת אין-סוף התייעצויות טלפוניות ו"זומיות" ובתוך קבוצה ומחוץ לקבוצה, אנחנו לא חיות בחלל הריק. (ראיונות מתכללות, 6)

” אין ספק ששותפות עם גופים מורכבים ומסורבלים, גם קופות החולים, גם המכללות, אלה גופים שמאוד קשה לייצר איתם שיתופי פעולה, כאילו זה דורש המון תשומות ומשאבים וישיבות ושיחות והכול, ללא ספק אחד האתגרים המרכזיים. אז הצלחנו, אבל זה היה מאוד מאוד קשה. (ראיונות מתכללות, 10)

מניתוח כרטיסי הפרויקט והראיונות עם המתכללות נמצא כי הדרישה להתייחס בכרטיסי הפרויקט למדידה והערכה נוספה באופן ראשוני רק בשנת 2023, אולם דרישה זו לא לוותה בהדרכה מספקת כיצד ליישמה. ברוב המקרים בניית תוכניות העבודה נעשתה ללא מסגרת סדורה של חשיבה תוצאתית (למשל באמצעות מודל לוגי), ללא התייחסות מספקת למדדים ברורים וללא מדידה מספקת טרם תחילת הפעילות (זמן אפס) ובמהלכה. משום כך התקשו המתכללות להעריך את השפעת הפעילויות על המשתתפים ולהצביע על המדדים ועל הנתונים שיש לאסוף כדי לבחון את השפעתן על בריאות תושבי האשכול בטווח הבינוני והארוך ועל המידה שבה הפעילות בשטח תורמת למטרות האזוריות כגון צמצום פערים. בדומה, גם צעדים להטמעת הגישה של "בריאות בכל מדינות" בפעילות של רשויות האשכול לא לוו במדידה ראשונית של רמת המודעות לחשיבות של קידום בריאות בקרב עובדי הרשויות או של המידה שבה שיקולים של בריאות תופסים מקום במערך השיקולים של קבלת ההחלטות ברמת הרשות. יוצא דופן בהקשר הזה היה סקר התזונה שנערך באשכול נגב מערבי, שבמסגרתו נעשתה מדידה מקיפה בזמן אפס במטרה לאפשר מעקב, התאמה ומדידת השפעה של מסע פרסום לתזונה בריאה שתוכנן באשכול. מדידה זו נבנתה יחד עם מנהלת המחקר באגף התזונה במשרד הבריאות, והביסוס המחקרי של מסע הפרסום שימש למדידה דומה באשכולות אזוריים אחרים ולהגשתו כמחקר אקדמי בכנס מחקרי בין-לאומי מוכר. עם זאת, לתהליך המדידה היו השפעות על קצב ההתקדמות של מסע הפרסום עצמו:

” אמרנו, נעשה קמפיין תזונה, ואז, אפילו אני חושב שעשינו מרכז לחברה שתעשה את הקמפיין לפני שנה. ואז אמרו "רגע, איך נדע שהקמפיין עבד? בואו נעשה TO, נבין את הרגלי התזונה היום, כדי שנדע אם הקמפיין שהשקענו בו שינה משהו". ואז הם עצרו את כל הקמפיין. עכשיו, לעשות סקר תזונה, צריך לעשות אותו כמו שצריך. לקח חצי שנה לעשות סקר תזונה. אני אמרתי "מה עם הקמפיין? מה עם הקמפיין? תראו לי את הקמפיין", והם אמרו "לא, אנחנו עושים סקר". בדיעבד אחלה, טוב שעשינו את הסקר הזה, הוא לימד אותנו המון גם על איך ייראה הקמפיין, במה הוא צריך לעסוק ואיך צריך לדייק אותו מול כל רשות. אז זה לא שזה לא הלך טוב כמו שציפיתי, פשוט אני חשבתי שיש צעד ראשון וצעד שני, ומסתבר שיש עוד עשרה צעדים באמצע, אבל הם חשובים. אז זה דוגמה למשהו שהוא לא הלך לא כמו שצריך, אני גאה בסקר הזה ובקמפיין. אבל אם היית שואלת אותי בהתחלה, לא ציפיתי שזה ייקח שנה. (מנכ"ל אשכול)

4.3 תפיסת התפקיד והתוכנית

בראיונות נשאלו המרואיינים (המתכללות, מנכ"לי אשכולות – כאלו שיש בהם מתכללות וגם כאלו שלא – וגורמים נוספים ממשרד הבריאות ומהאקדמיה המעורים בתוכנית) על תפיסתם את תפקיד המתכללות ואת הצורך שהוא אמור למלא. הדגש בהקשר זה היה בתפיסה הסובייקטיבית של המשיבים את תפקיד המתכללות, המשקפת את העקרונות, הערכים וסדרי העדיפות שמנחים לדעתם את התפקיד. המרואיינים נשאלו גם כיצד הם תופסים את השילוב של תחום הבריאות בעבודת האשכול, וכן נשאלו על הצלחת התוכנית ועל האתגרים בהמשך הפעלתה או הרחבתה לאשכולות נוספים.

4.3.1 מטרות התפקיד

המטרות העיקריות של התפקיד שהוזכרו בראיונות נגעו לצמצום פערים וסיוע לרשויות שאין ביכולתן לפתח את תחום הבריאות בכוחות עצמן. השגת מטרות אלו תיעשה באמצעות איגום משאבים, יצירת יתרון לגודל ובניית תשתית אשר תאפשר המשכיות מעבר לתוכנית התלת-שנתית שתוקצבה עבור התפקיד. המתכללות הדגישו גם את החשיבות בבניית אקוסיסטם לתחום הבריאות על ידי יצירת חיבורים ושיתופי פעולה חוצי רשויות וחוצי מגזרים.

” תפקידי לייצר שיתופי פעולה אזוריים, לתת מענה לרשויות קטנות שלא יכולות להקים פרויקט בגלל שהן קטנות, לעשות את החיבורים, זה הדברים שלי. (ראיונות מתכללות, 4)

” כללית לא תעשה בהכרח פעילות עם מועצה אזורית שיש בה פחות מאלף נניח תושבים ותיקים, בסדר? אבל היא כן תעשה פעילות כשהאשכול ירתום אותה, והמועצה האזורית תזכה בפעילות שמנצלת את היתרון לגודל, או כל אחד מהעוגנים האחרים או מהעקרונות שאזוריות מייצרת. וזה התפקיד שלי. (ראיונות מתכללות, 6)

” קודם כול לצמצם פערים. אני מנסה לתמוך איפה שאני יכולה, כי אני מרגישה שיש צורך באמת ברשויות הערביות לתת הרבה תמיכה מכל הכיוונים ואני חושבת שכל צעד, אפילו קטן שאנחנו עושים, הוא משמעותי בהמשך. אז זה היעד הראשון שלי, לצמצם פערים. (ראיונות מתכללות, 3)

” באופן כללי, תפקיד המתכללת ליצור תוכניות בנות-קיימא, שיתקיימו גם בלעדיה, ובגלל זה צריך לבנות תשתית. גם תשתית רשותית וגם תשתית אשכולית. אם את רוצה הגדרה, זה ההגדרה של התפקיד. (ראיונות מתכללות, 5)

בראיונות עלו גם התייחסויות להטמעת הגישה של "בריאות בכל מדיניות" כחלק מתפיסת התפקיד. עם זאת, לא תמיד נעשה שימוש במונח עצמו.

” התפקיד שלי הוא להנכיח בכלל את המודעות לדבר הזה שנקרא קידום בריאות, של ההבנה שהמערכות העירוניות באחריותן לאפשר לזקן במקרה שלנו, אני מזכירה, אבל מתישהו גם לאנשים עצמם, לנהל את הבריאות שלהם בקלות. התפקיד שלי הוא לסייע למערכות להיות מודעות לתפקיד שלהן ולעזור להן להיערך לשירותים ולתשתיות שהן צריכות. ושם טמון השינוי, כי זה לא קיים. כי היום ראש רשות לא חושב שהוא אחראי על הבריאות של התושבים שלו. הוא עושה למען הבריאות של התושבים שלו, אבל הוא לא יודע שהוא כבר עושה למען הבריאות של התושבים שלו. זה לא נוכח אצלו במודעות. (ראיונות מתכללות, 6)

” זה המהות של התפקיד, באמת, לקחת את התמונה המקומית, להסתכל דרך עיניים של קידום בריאות ולראות איך מחדירים את התפיסה הזאת בתוך הרשויות, לתוך הפרקטיקה של היום יום. (ראיונות מתכללות, 10)

” מה שחרתנו על דגלנו זה קידום בריאות בכל מדיניות. וזה אומר שהתובנה שלנו היא שאם רשות מקומית, בכל תהליך שהיא עושה, אם בינוי, גנים, מעונות או היכל תרבות, היא תיקח בחשבון את שיקולי הבריאות, אז כל הבריאות של הציבור תשתפר. וזה מה שצריכים להוביל החברים, מה שנקרא מקדמי הבריאות אצלנו, מעבר לתוכניות הספציפיות שהם הולכים לעשות. (ראיונות מנכ"לים, 6)

מן הראיונות עלה כי היסטורית רשויות מקומיות לא ראו בבריאות עיסוק שבמוקד העשייה שלהן ולכן למתכללות תפקיד חשוב במיצוב הבריאות כתחום עיסוק בשלטון המקומי והעלאתו על סדר היום של הרשויות, במיוחד נוכח הקושי לקשור בין פעולות בתחום ובין הצלחות מדידות.

” אני יכול להגיד באופן כללי שרשויות מקומיות, בסטנדרט שלהן, לא עסקו או לא עוסקות כמעט בעולם הבריאות ואני חושב שזה חידוש מרענן וטוב ששלטון מקומי יכול להתעסק בעולם הבריאות. (ראיונות מנכ"לים, 6)

” בלי [המתכללת] האשכול לא היה מתעסק בכלל בבריאות, זה לא היה עולה על הפרק בכלל וזה שווה כל שקל ואני חושב שהיום האשכול מסומן בתור שבריאות זה אחד מהאבנים שלו, זה לא היה ככה. (ראיונות מנכ"לים, 8)

” הדבר זה באמת הסיפור של רתימת הרשויות, כי ברוב הרשויות אין עיסוק בזה, זה לא נושא שמעניין ראשי ערים. לא גוזרים על זה קופונים. זה לא כמו ציוני בגרות שאפשר להתהדר בהם או נתוני גיוס לצצה"ל, מה שמעניין אותם. זה נושא שמאוד מאוד קשה להוכיח בו גם הצלחה [...] ולכן זה דבר שהוא לא מאוד על סדר יומה של הרשות המקומית. (ראיונות מתכללת 1)

4.3.2 תפיסות על אודות שילוב תחום הבריאות בעבודת האשכול

התפיסה שעלתה בראיונות עם המתכללות ועם מנכ"לי האשכולות היא שלעבודה האזורית יש ערך מוסף עבור תחום הבריאות. לעומת זאת, בראיונות עם גורמים מתוך משרד הבריאות, המכירים את התוכנית ואינם מעורבים בה ישירות, עלה כי הבחירה לעסוק בבריאות ברמת האשכול הייתה פשרה בשל הקושי להגיע לכל רשות בנפרד.

” בעצם הקונספט של האשכול, בהבנה שלי, הוא סוג של פשרה [...] ברשויות היום יש מחלקת חינוך ורווחה ושפ"ע וספורט וזיקוקים ביום העצמאות, אבל ברוב המוחלט של הרשויות אין מחלקת בריאות. והתפיסה שלנו הייתה שצריך להוביל לכיוון הזה שתהיה מחלקת בריאות נורמלית בכל רשות וזה כמעט לא קורה [...] אז כשיש את האשכולות אז כבר מנצלים את הפלטפורמה הזאת ואומרים "אוקי, אז אם לא בכל רשות, כי באמת אולי אין הצדקה לכל רשות עם חמשת אלפים איש או עשרת אלפים איש, אולי כמחלקה. אז זה נכון שתהיה לפחות מחלקת בריאות ברמת האשכול". (ראיונות נוספים, 4)

נושא נוסף שעלה בראיונות נגע לבחירת תחומי העיסוק בבריאות. התפיסה שעלתה בראיונות היא כי ברמת הרשויות, וגם ברמת האשכול, העיסוק בתשתיות רפואה רלוונטי פחות (לדוגמה פריסת בתי חולים וכוח אדם רפואי), ויש לעסוק בנושאים של מניעת תחלואה, קידום בריאות, פיתוח שירותים חסרים והנגשת שירותים במקומות הנדרשים. עם זאת, בחלק מן הראיונות עלתה תפיסה שיש מקום שהאשכול יעסוק גם בסוגיה של מחסור במשאבים ובתשתיות רפואה של ממש, בעיקר כחלק מפעילות של הצפת צרכים לשלטון המרכזי.

בכל הנוגע לעולם קידום הבריאות והמניעה עלה כי בהיותו תחום עיסוק רחב יש צורך לבחור באופן אקטיבי במה להתמקד. בהקשר זה עלה שוב הצורך להתבסס על הצרכים של הרשויות ועל נתונים בקבלת החלטות בנוגע לכיווני הפעולה והתחומים שבהם יש לפעול.

” חסרים מאות רופאים וחסרות תשתיות כמו בתי חולים. מדובר במשאבים ענקיים שלא אשכול ולא עיר יכולים לדאוג בעצמם [...] הגענו לתובנה שנתכנס לעולם של המניעה כי זה המקום הנכון להשפיע, במשאבים יחסית קטנים, שבעיקר משפיעים על התנהגות של אנשים [...] כן נגיד אמירות בנושא של חוסר בתשתיות, כדי לשים בפני מקבלי החלטות בממשלה, בעיקר משרד הבריאות והאוצר, תמונת ראי של סיטואציה בשטח והמשמעויות שלה לגבי הבריאות עצמה. אנחנו נעשה כמיטב יכולתנו בעולם המניעה, אבל גם נשקף צורך. (ראיונות מנכ"לים, 6)

” להבין מה זה עולם הבריאות. ומה בתוך העולם הגדול הזה – תפקידי. זה עולם ענק. גם מתחילים למשוך אותם לכל מיני כיוונים, ואז את צריכה להפעיל שיקול דעת. זה משהו שאני הולכת להתעסק בו? לא הולכת להתעסק בו? (ראיונות מתכללות, 2)

” הפעולה בתוך עולם כל כך רחב. להחליט במה אני מתמקדת ואיך. אני לא באמת לבד בתוך זה, אבל לפעמים מרגיש שכן. כאילו, עכשיו אני צריכה להחליט מה הצעדים הבאים. איך אני מחליטה מה הצעדים הבאים? איך אני אדע שזה הצעד הנכון? איך אני משיגה את הלגיטימציה מהרשויות? מה ייתן לי את הלגיטימציה? זו גם שאלה חשובה. (ראיונות מתכללות, 10)

המראיינים ציינו את היתרונות בחיבור לאשכול ולמודל העבודה האזורית עבור תחום הבריאות, לדוגמה את היתרון לגודל עבור רשויות שאינן עוברות ספי הגשה של מרכזים וקולות קוראים ואת היתרונות שבאיגום משאבים ופיתוח כלכלי, חיבוריות, קשרים ועבודה חוצת מגזרים.

” אשכול יכול להוות, וזה משהו שאני שם עליו דגש כי אני רואה כמה הוא חסר, להוות מרכז חיבורים וידע. היום יושבות שתי רשויות שהן שכנות אחת לשנייה, הן לא מדברות בתחומים מסוימים, שאם אחת הייתה יודעת שהשנייה עושה את זה הן יכלו לשתף פעולה ולהקפיץ פעילות שלא הייתה קיימת באחת הרשויות וזה יכול להיות במגוון תחומים. כנ”ל בבריאות, אז מרכז חיבורים וידע, אני חושב שזה אחד הדברים המשמעותיים. (ראיונות מנכ”לים, 8)

” כמובן היכולת של האשכול להביא את הקשרים שלו, ומכיוון שהוא פועל במגוון רחב מאוד של פעילויות כמו שאמרתי, אז זה שאני בקשר עם החינוך מאוד יכול לסייע לי גם למשל לנושא של מיגור העישון בקרב צעירים, למה? כי אני מחובר כבר לעולמות החינוך, אני מחובר לתשתיות החינוך, אני מחובר למחלקות, למנהלים והכול, ואני יודע לעשות את ההסבה הזאת גם למה שנמצא במקומות אחרים, כמו נגיד בריאות. ופה האשכול, פה הייחודיות של האשכול, לבוא ולתת את האימפקט האזורי והחיבורים. (ראיונות מנכ”לים, 2)

בהקשר זה העלו המרואיינים כמה סוגיות הנוגעות לתפיסת העולם המובילה את העבודה האזורית:

1. הפן הכלכלי של תחומי העיסוק – המנכ”לים הסבירו כי אחת המטרות של האשכולות היא לקדם פיתוח כלכלי של האזור בכל תחומי העיסוק של האשכול. עם זאת, ביחס לתחום הבריאות עלו שני קולות מנוגדים: האחד רואה בבריאות תחום ככל התחומים האחרים, אשר צריך להיבנות באופן שיחזיק את עצמו מבחינה כלכלית; האחר רואה בבריאות תחום ייחודי, שאין לו פוטנציאל כלכלי בפני עצמו ולכן השלטון המרכזי צריך לתקצבו.

” עוד כלל שלנו, הכול כלכלי, אין באשכול שום דבר שהוא לא כלכלי, אפשר לעשות כל דבר בראייה כלכלית. ברגע שאתה עושה את זה כלכלי, את בוחנת ומוודאת שהדבר הזה יחזיק גם אם התקציב בהקמתו יסתיים. כי הוא ירוץ קדימה, יישאר, ולא נגמר התקציב, פתאום אין שירות, לא יהיה כזה דבר, לפחות לא פה בדלת האמות שלנו. (ראיונות מנכ”לים, 4)

” אם אני מסתכל על בריאות [...] זה לא קל. הייתי מצליח אולי להרוויח, לא יודע מה, שני אחוז, אחוז, בסדר? זה לא מייצר את הקיימות, ולכן פה זה משהו שהוא מאוד מאוד, בכלל כל הנושא הזה של החברה והקהילה הוא מאוד מאוד בנוי ומושתת על תקציבים. אם עכשיו אומרים לי אין לך תקציב בריאות, אני לא יודע אם אני ממשיך את זה. (ראיונות מנכ”לים, 2)

2. “לחשוב רחוק, לפעול קרוב” – המנכ”לים הדגישו כי בדומה לפעילות “הפירות הנמוכים” בתקופה הראשונה להפעלת התוכנית, שיטת הפעולה באשכולות משלבת בין עיסוק בחשיבה אסטרטגית ארוכת טווח ובין פעילות בטווח קצר שיש לה ערך מיידי.

” תהליכים אסטרטגיים, מאוד חשיבה ברחוק, אבל גם בקרוב, וזאת גם הפילוסופיה הניהולית ”חושבים רחוק, רואים קרוב, עושים בקרוב“. בכל הליך ארוך טווח ניתן לגזור את הפעולות הקצרות, המניבות. באשכולות במיוחד הגישה היא שאנחנו צריכים כן להתעסק עם נושאים אסטרטגיים, רחבים, חוצי אזור, חוצי רשות, זה בעצם המנדט שיש לנו.
(ראיונות מנכ"לים, 9)

” יש אשכולות שראו ערך בלהתחיל עם פירות נמוכים, עם תוצרים מהירים, כמה שיותר מהר להראות את הערך. ויש אשכולות שאמרו באו נקים תשתיות תכנוניות, נתבסס, ורק בעוד כך וכך שנים נתחיל להראות ערך. אנחנו מהסוג הראשון [...] אנחנו כל הזמן חושבים דוֹאָלִי, איך אנחנו מניחים תשתיות לטווח ארוך, ותוך כדי מצליחים לייצר שירותים וערכים שהרשויות יכולות להרגיש אותנו.
(ראיונות מנכ"לים, 11)

” האשכול תמיד מסתכל בשני רבדים – ברובד האסטרטגי, זאת אומרת הוא מסתכל שנה שנתיים ואפילו יותר שנים קדימה, יודע לבנות, לקדם, לזהות מגמות, לזהות תהליכים נדרשים ופערים. ומצד שני, זה היכולת, הרובד הפרקטי, הטקטי, שזה הרובד היום-יומי, הקשר האינטימי עם הרשויות.
(ראיונות מנכ"לים, 2)

3. וולונטריות – המנכ"לים דיברו על עשייה מתוך הכרה בוולונטריות של העיסוק בבריאות מצד רשויות האשכול ועל הצורך לפעול בהידברות ובראייה הוליסטית של המרחב באשכול.

” אחת השאלות שתמיד אנחנו שואלים את עצמנו זה באמת מה הפרויקט, המיזם או התחום שאנחנו עוסקים, מה הוא תורם לרשויות. כי הכניסה לאשכול היא וולונטרית, לא מכריחים אף רשות להיכנס, אבל גם ההישארות היא וולונטרית והעזיבה עשויה להיות וולונטרית. זאת אומרת אנחנו צריכים כל הזמן לעבוד על שימור הלקוח.
(ראיונות מנכ"לים, 9)

” בסופו של דבר הסמכות של האשכול נגזרת מהסמכות שהרשויות נותנות. ברצותן יקרה, ברצותן לא יקרה. אז האשכול כל הזמן עסוק בחיזור. לא רק רתימה, חיזור. רתימה, הוכחה. חיזור, רתימה, הוכחה לזכות הקיום. האשכול כל הזמן צריך לייצר לעצמו זכות קיום.
(ראיונות מתכללות, 6)

4. הרשויות או האשכול – נעשתה הבחנה בין פעילות שצריכה להתבצע ברמת הרשויות ובין פעילות ברמת האשכול: אילו פעילויות צריכות להיעשות ברמת הרשות המקומית ומהם התחומים שבהם יש ערך מוסף לעבודה אזורית ויתרון לפעילות במסגרת האשכול.

” אין משהו שאני אעסוק בו אם הרשויות לא ביקשו ממני או הטילו עליי לעסוק בו, או לפחות נתנו לי את המנדט [...] באשכול צריכים להתקיים שלושה תנאים בסיסיים: (1) שהרשויות רוצות שהאשכול יעסוק בזה; (2) שהן שותפות משמעותיות לתהליך הפיתוח של השירות או של המהלך ושל ההפעלה שלו; (3) יש ערך מוסף אזרי. כל מה שרשות יודעת לעשות לבד באותה מידה של הצלחה, שתעשה לבד. (ראיונות מנכ"לים, 5)

” לא אני אתחיל עכשיו להעביר הרצאות או להביא מרצים, זה עושים ברשויות. הם עושים, המתאמי בריאות, עושים כל מיני מכגשים וסדנאות לאזרחים. אז אני משתדלת לא לגעת ברמה הזאת. (ראיונות מתכללות, 2)

” לקח לנו זמן להבין איפה הערך שלנו. לא להיכנס למקום הזה של הרשות. לעשות את ההפרדה הזאת. עדיין, כל הזמן אנחנו צריכים להזכיר לעצמנו, כל הזמן, "רגע, איפה יש לי ערך, מה האסטרטגיה שלי, לאן אני הולכת". כל הזמן לשאול את עצמי. (ראיונות מתכללות, 11)

5. יצירת פונקציה באשכול כדרך לקידום תחום עיסוק מסוים – מהראיונות עלה כי ההחלטה לקדם בריאות אזורית על ידי יצירת התפקיד של מתכללות הבריאות ברמת האשכול עולה בקנה אחד עם שיטת העבודה באשכולות באופן כללי, וכי הדרך להבטיח התייחסות של האשכול לתחום עיסוק מסוים היא הקדשת כוח אדם ייעודי לתחום.

” זה אומר שאנחנו צריכים לזה משאבים. משאבים זה כוח אדם. זאת אומרת ברור שצריך לבנות כאן איזושהי תשתית, ולו הבסיסית ביותר, כדי להרים את זה [...] כשהתחלנו לדבר על תחבורה עשינו מיפוי של כל התוכניות וכל היוזמות שנמצאות על השולחן. וקיבלנו עשרות פרויקטים ועשרות יוזמות וראינו, רגע יש פה המון עשייה אבל לא קורה כלום. הביא אותנו להבנה שמישהו צריך לקחת את זה. לגבי הבריאות, אנחנו עוד לא שם. (ראיונות מנכ"לים, ללא מתכללת)

” אם רוצים לשנות מציאות בתחום הזה, אי אפשר לעשות את זה על הדרך. אי אפשר להצמיד את זה לעוד משהו. אם הרשויות המקומיות, לצורך העניין, לקחו מישהו בהתנדבות שמטפל ברשות על בסיס פניות שהתקבלו, לא לחשוב אסטרטגית, באשכולות זה לא יכול לעבוד בהתנדבות. זאת אומרת מכיוון שפה צריך לחשוב חשיבה אסטרטגית, רגע לראות מבט על, איך עושים את כל החיבורים, איך נוגעים בכל המגזרים וכל החברות. יש פה עבודה, שאם אנחנו רוצים באמת לשנות מציאות צריך להקדיש לה את כל המאמצים והמשאבים הראויים. (ראיונות מנכ"לים, ללא מתכללת)

4.3.3 הצלחות ואתגרים

בדומה להתרשמות המתכללות שהוצגה בדוח הביניים, גם מנכ"לי האשכולות דיווחו על התרומה של שילוב המתכללות באשכולות. זו באה לידי ביטוי לדעתם ברמת מודעות גבוהה יותר של הרשויות המקומיות לתחום הבריאות, בגיוס מתאמי בריאות ברשויות ובעצם הפעילות בתחום הבריאות. מן הראיונות עם המנכ"לים עלה כי המתכללות נתפסות כגורם חשוב ברשויות האשכול, התורם לקשר בין הרשויות ובין משרדי הממשלה. לצד זאת המנכ"לים ציינו כי עוד לא בשלה העת להעריך את הצלחת המיזם ואת השפעת המתכללות – בשל הזמן הקצר יחסית שעבר מאז ייסוד התפקיד החדש באשכולות.

” מה לעשות? תרבות זה דבר שלוקח זמן לשנות. ואני חושב שהתוכנית הזאת היא משנה תרבות. אם תשאלי אותי מה הערך המוסף שלה, היא בעיקר לשנות תרבות ותודעה”
(ראיונות מנכ"לים, 1)

” זה לא מהלך של שלוש שנים [...] זו מדיניות של אסטרטגיה בשנתיים שהיינו בכלל בלי ממשלה ובלי תקציב, כאילו, בואו קצת כרופורציות. עושים מהלך ענק – אשכולות, לקח עשור לבסס אותם, ובעיניי זה כמו לבסס אשכול. זה לבסס תחום עיסוק ברמה האזורית, עם מענים, עם תפיסות הפעלה, עם משאבים, זה לוקח זמן”.
(ראיונות מנכ"לים, 5)

” זה דברים שלא היו בכלל, זאת אומרת, מאוד מאוד קל להתחיל מאפס, כי מצד אחד אין תשתית שתדע להוביל ולקדם את זה מצד אחד, אבל מצד שני, הכול, כל דבר שאתה עושה הוא כבר, הוא יותר ממה שלא היה.
(ראיונות מנכ"לים, 2)

לצד הדיווחים על הצלחת המיזם, בחלק מן הראיונות עם מנכ"לי אשכולות שלא זכו במכרז להעסקת מתכללת בריאות ובראיונות נוספים שנערכו עם גורמים המכירים את המיזם אך אינם מעורבים בהפעלתו, עלה כי המיזם אינו מעורר מספיק "רעש" ותהודה מחוץ למעגל המעורבים בפועל. תחושה דומה עלתה גם בראיונות עם המתכללות עצמן, שסיפרו כי יש צורך ביותר "לובי" להכרת המיזם.

”
אנחנו צריכים יותר
דלת פתוחה. ולא
שמישהו שביקשתי
להיפגש איתו אמר
לי "לא", אבל הייתי
שמחה שיהיה יותר
לובי לתוכנית הזאת.
כאילו ברגע שישמעו
"מתכללת בריאות
באשכולות" אז כאילו
"אה, ברור!" ושכולם
ידעו מה זה, ושתהיה
נפש חפצה לשיתופי
פעולה.
(ראיונות מתכללות, 1)

”
שמעו [על תוכנית
המתכללות], אבל
לא מספיק. חלקים
נוספים בתוך משרד
הבריאות, אולי גם
משרדים אחרים. גם
היה כדאי שקופות
החולים, חלקן
מעורבות יותר חלקן
פחות, אבל שתהיה
חשיפה הרבה יותר
לקופות חולים ולבתי
החולים.
(ראיונות נוספים, 3)

”
אנחנו שומעים כל
מיני דברים על כל מיני
דברים, שהמתכללות
לא מספיק מבינות את
עניין האזוריות, ובסוף
נכנסים רשות רשות,
במקום לבנות תשתית
של מטה. זה מה
שאנחנו שומעים, אבל
אני לא, מהתבוננות
בעצמי, זה רק ממה
שמספרים כזה
במסדרונות. אז אין
לי איך להגיד על זה
משהו יותר משמעותי.
(ראיונות מנכ"לים, ללא
מתכללת)

”
האמת שגם אנחנו לא
היינו במעגל הזה כל
כך [...] זאת אומרת
גם אם הם עשו וואו
והציגו אז אני לא
שמעתי את זה. בגלל
שאנחנו מדברים פה
קידום בריאות ורשויות
והמתכללות בעצם כן
בפנטזיה שמדברים
על קידום בריאות
ברמה האזורית, אז
כן אני חושבת שהיה
צריך שנשמע על
ההצלחות בצורה יותר
מסודרת.
(ראיונות נוספים, 5)

5. מגבלות הערכה והצעות למחקר עתידי

מחקר הערכה מעצבת זה נערך בגישה איכותנית. הוא יועד להיכרות עמוקה עם המקרה הנחקר ולא התיימר להכללה סטטיסטית. כדי ללמוד על המיזם פנו החוקרות אל כל המתכללות ואל כל מנכ"לי האשכולות בישראל. עם זאת, דגימת המרואיינים משאר קבוצות בעלי העניין נעשתה באופן לא הסתברותי, ומכיוון שגודל המדגם קטן ייתכן שהמרואיינים אינם מייצגים נאמנה את האוכלוסייה שאליה הם משתייכים.

מרביתו של המחקר נעשתה בשנה השנייה מתוך השלוש להפעלת המיזם. על כן הוא התמקד בעיקר בתיאור הפעילות והתהליכים הכרוכים במיזם ובתפיסת התפקיד של המתכללות, ולא בהשפעתו ארוכת הטווח על מנגנוני הפעילות באשכולות, על תפיסות מקבלי החלטות ברשויות המקומיות או על בריאות התושבים עצמם.

יש מקום להמשיך ולעקוב אחר ההתפתחות והמיסוד של מנגנוני העבודה באשכולות בכל הקשור לפיתוח תפיסה של בריאות אזורית, וכן לבצע מחקרי הערכה של פעילויות הבריאות השונות המופעלות על ידי המתכללות בכל אשכול. בהמשך יהיה מקום לבחון גם את המידה שבה העובדים ברשויות המקומיות "חושבים בריאות" ומשלבים שיקולי בריאות בעבודתם השוטפת.

6. סיכום

מחקר הערכה מעצבת זה בחן את יישומו של מיזם לשילוב מתכללות בריאות באשכולות האזוריים. המיזם מיועד לפתח את תחום הבריאות בכלים אזוריים ולקדם את הטמעתה של גישת הבריאות בכל מדינות בפעילות השוטפת של הרשויות המקומיות. במסגרת המחקר נבחנה פעילות המתכללות ותפיסת התפקיד שלהן.

ממצאי המחקר מלמדים כי בכל האשכולות המתכללות פעלו כדי לבנות אקוסיסטם לתחום קידום הבריאות על ידי הקמת ועדות היגוי, פורומים מקצועיים או שולחנות עגולים. עם זאת, נמצאה שונות בין האשכולות בתדירות המפגשים, במספר המשתתפים בהם, במידת הייצוג של כלל השחקנים באזור ובסוג התוצרים שהופקו בהם. ניתוח פעילות המתכללות העלה כי התקופה הראשונה של המיזם הוקדשה ללמידה ומיפוי ולפעילויות שכוונו לגיוס הרשויות וליצירת תשתית ובסיס לשיתופי פעולה עתידיים. בתקופה השנייה של המיזם נבנו פעילויות לקידום בריאות, בתחילה ברמת הרשויות ובדגש על השפעה על התנהגות הפרט ובהמשך מתוך ראייה אזורית ובדגש על השפעה ברמת המערכת (בניית תשתיות פיזיות, דיגיטליות ואנושיות).

מן הראיונות עלה כי המתכללות מדברות את "השפה האזורית", המדגישה פיתוח תשתיות בנות-קיימה, פיתוח קשרים וחיבורים בין שחקנים שונים במרחב ובין תחומי עיסוק מגוונים באשכול ומכוונת לצמצום פערים. שיטת הפעולה שתוארה על ידי המתכללות תואמת את צורת העבודה באשכולות – חשיבה אסטרטגית ותכנון ארוך טווח לצד פעילות "פירות נמוכים", המייצרת ערך בטווח הקצר.

התפיסה המתעצבת של התפקיד החדש שמה דגש גם על העלאת המודעות לצורך של קידום בריאות ברמה המקומית וליתרונות הטמונים בכך, לגיוס הרשויות לעיסוק בתחום ולהכשרת ההון האנושי ברשויות "לחשוב בריאות" ולהביא בחשבון שיקולי בריאות בעבודתם השוטפת. לצד זאת, נמצאה הבנה בקרב המתכללות ומנכ"לי האשכולות כי תפיסת התפקיד של מתכללת הבריאות האזורית צריכה להציע ערך ייחודי ונפרד מן הערך שבפעילות הרשויות המקומיות בתחום הבריאות, באופן שישרדג ויוסיף נדבך אזורי לפעילות קידום הבריאות.

ממצאי המחקר מראים כי שילוב המתכללות באשכולות נתפס כצעד הכרחי לקידום התחום ברמת האשכולות. יצירת התפקיד החדש דחפה את האשכולות ואת הרשויות המקומיות לעסוק בתחום הבריאות, וברשויות רבות מונו מתאמי בריאות ונשלחו נציגים לוועדות היגוי ולפורומים באשכול. עוד נמצא כי למרות הזמן הקצר של הפעלת המיזם אפשר להבחין בניצני שינוי בתפיסות של בעלי התפקידים ברשויות בנוגע למקומם בשמירה על בריאות התושבים וקידומה. לצד זאת עלה כי רוב הפעילות שנבחנה לא תוכננה מתוך מסגרת של חשיבה תוצאתית ולא לווה במדידה סדורה או בהצבת יעדים מדידים לבחינת השפעת הפעילות. עוד נמצא כי משרדי ממשלה והשחקנים הנוספים בשדה הבריאות אינם נחשפים די הצורך לקיומן ולפועלן של המתכללות ולערך המוסף שהעבודה האזורית יכולה להניב עבור תחום הבריאות.

7. המלצות

להמלצות בעקבות הפעילות בתקופה הראשונה לפעילות המיזם, ראו "המלצות" בסעיף 4.2.1 לעיל.

להלן המלצות בעקבות המחקר על התקופה השנייה להפעלת המיזם:

- מומלץ להוסיף אלמנט של חשיבה תוצאתית לליווי ולהדרכה של המתכללות. לשם כך, מומלץ לפעול לקידום השימוש במודל RE-AIM, המבנה מסגרת חשיבה תוצאתית כבר משלב תכנון ההתערבות של יוזמות לקידום בריאות (בראון-אפל ואח', 2016; Glasgow et al., 1999, 2019). בכרטיסי הפרויקט יש להגדיר מטרות ויעדים מדידים של כל רכיב (למדריכי שימוש במודל לצורך תכנון והערכת תוכניות התערבות ראו: Belza & the PRC-HAN Physical Activity Conference Planning Workgroup, 2007; Belza et al., 2007)
- מומלץ לפתח אינדקס מדדים ואמצעי מדידה (שאלונים, מקורות מידע) שיאפשרו לאסוף נתוני זמן אפס וליצור שפה אחידה בין האשכולות, בדומה לעבודה שנעשתה כיום במסגרת פעילות התזונאיות באשכולות האזוריים⁴
- מומלץ לפעול לשיווק המיזם בקרב אגפים נוספים במשרד הבריאות שכיום אינם מעורבים בו ובקרב שחקנים נוספים בתחום הבריאות. זאת כדי לקדם חיבור פונקציות באשכול לגורמים רלוונטיים במשרד

7.1 המלצות למדדים ראשוניים לבחינת פעילות המתכללות ולמדידת השפעתה

כדי להעריך את פעילות המתכללות יש לבחון שתי רמות: (א) המידה שבה שילוב המתכללת מוביל למטרות התוכנית: בניית אקוסיסטם בריאות לאשכול והטמעת גישת "בריאות בכל מדיניות" בקרב מקבלי החלטות ברשויות המקומיות; (ב) ההשפעה של היוזמות שהופעלו באשכולות במסגרת פעילות המתכללות על המשתתפים בהן או על מוקד התוכנית.

בעקבות ניתוח הפעילות והראיונות אפשר להציע כמה קטגוריות רחבות של מדדים להערכת הפעילות בהמשך הדרך, בהתאם לצירי ניתוח הפעילות שתוארו:

תחום הפעולה – בראיונות של התקופה הראשונה הדגישו המתכללות את הצורך בהכוונה מלמעלה, ואילו בראיונות עם יוזמי התוכנית עלה הרצון כי בחירת תחומי הפעילות באשכול תהיה על פי "הצורך בשטח". לפיכך יש לאזן בין תחומים שהמשרדים רוצים לעודד (למשל הזדקנות פעילה ותזונה) לבין צרכי האשכול ולדרוש ביסוס של החלטות האשכול בנתונים המעידים על הצורך. מדדים אפשריים: שיעור התוכניות המלוות בביסוס הבחירה של תחומי הפעולה בנתונים מהאשכול, לדוגמה ביסוס תוכנית לעידוד תזונה בריאה בנתוני משקל ילדים בכיתות א'.

⁴ בינואר 2023 פרסם משרד הבריאות קול קורא נוסף לשילוב תזונאית/ת בשישה אשכולות אזוריים.

פרט/מערכת – מדד אפשרי: שיעור יוזמות הממוקדות במערכת. יש להקפיד על הגדרה ברורה של קהל המטרה של היוזמה ועל הגדרה ברורה של יעדיה (למשל במקרה של הכשרה, יש להגדיר בבירור אם היעד הוא העלאת מודעות באוכלוסייה הכללית או הכשרה של אנשי מקצוע / עובדי רשויות במטרה להטמיע תפיסה של "בריאות בכל מדיניות").

רשות/אזורי – מדדים אפשריים: שיעור הפעילות הרשותית מסך הפעילות באשכול. כאמור, יש לעודד פעילות אזורית ולאפשר פעילויות ברמת רשות אחת רק כחלק ממאמצי הרתימה והגיוס של רשויות לפעילות בתחום הבריאות.

ערוץ פעולה – כאמור, ככלל, על כרטיסי הפרויקט להיכתב מתוך מסגרת של חשיבה תוצאתית, הקושרת בין הפעולה המוצעת לבין מטרות ברורות שעליה להשיג וכוללת התייחסות לאופן מדידת יישום התוכנית ולהערכת השפעתה. על בחירת ערוץ הפעולה להיעשות מתוך חשיבה על חלופות אפשריות והצדקת הבחירה בפעולה הספציפית. כמו כן מומלץ לבחון מהו שיעור היוזמות בכרטיסי הפרויקט שיש בהן רכיב של מיפוי או איסוף/תיעוד נתונים של זמן אפס ומהו שיעור היוזמות שיש בהן מדידת שינוי במשתנים המרכזיים של ההתערבות (ידע, מודעות, התנהגות).

מקורות

- בראון-אפל, א., דאוד, נ. ולוין זמיר, ד. (2016). *קידום בריאות – מתיאוריה למעשה*. דיונון.
- ברזילי, ה. (2021). *מדריך הפעלה: העמקת שותפויות באשכולות – כמנוף לצמיחה מכלילה: "תקווה ישראלית באשכולות האזוריים" – פיילוט מדגים תפיסה ומעשה*. ג'וינט אלכא.
- לרר, מ. (2019). *אשכולות אזוריים בישראל*. הכנסת, מרכז המחקר והמידע.
- פורום המומחים לאזוריות. (2018). *סקירת ידע מס' 1: אזוריות בארץ ובעולם*. משרד הפנים ומכון אלכא למנהיגות וממשל, ג'וינט ישראל.
- שקדי, א. (2003). *מילים המנסות לגעת: מחקר איכותני-תאוריה ויישום*. רמות.
- Bekken, W. (2018). Public health coordinator – how to promote focus on social inequality at a local level, and how should it be included in public health policies?: Comment on "Health promotion at local level in Norway: The use of public health coordinators and health overviews to promote fair distribution among social groups". *International Journal of Health Policy and Management*, 7(11), 1061–1063. doi: [10.15171/ijhpm.2018.74](https://doi.org/10.15171/ijhpm.2018.74)
- Belza, B., & the PRC-HAN Physical Activity Conference Planning Workgroup. (2007). *Moving ahead: Strategies and tools to plan, conduct, and maintain effective community-based physical activity programs for older adults*. Centers for Disease Control and Prevention. https://www.cdc.gov/aging/pdf/community-based_physical_activity_programs_for_older_adults.pdf
- Belza, B., Toobert, D. J., & Glasgow, R. E. (2007). *RE-AIM for program planning: Overview and applications*. National Council on Aging.
- Glasgow, R. E., Harden, S. M., Gaglio, B., Rabin, B., Smith, M. L., Porter, G. C., Ory, M. G., & Estabrooks, P. A. (2019). RE-AIM planning and evaluation framework: Adapting to new science and practice with a 20-year review. *Frontiers in Public Health*, 7. Doi: [10.3389/fpubh.2019.00064](https://doi.org/10.3389/fpubh.2019.00064)
- Glasgow, R. E., Vogt, T. M., & Boles, S. M. (1999). Evaluating the public health impact of health promotion interventions: The RE-AIM framework. *American Journal of Public Health*, 89(9), 1322–1327. <https://doi.org/10.2105/AJPH.89.9.1322>
- Jansson, E. V., & Tillgren, P. E. (2010). Health promotion at local level: A case study of content, organization and development in four Swedish municipalities. *BMC Public Health*, 10, Article 455. Doi: 10.1186/1471-2458-10-455
- Marmot, M., & Wilkinson, R. (2005). *Social determinants of health*. Oxford University Press.

Patrick, R., Henderson-Wilson, C., Lawson, J., Capetola, T., Shaw, A., Davison, M., & Freeman, A. (2022). Planetary health indicators for the local level: Opportunities and challenges in applying the happy planet index in Victoria, Australia. *Global Health Promotion, 29*(3), 14–23. doi: [10.1177/17579759211038](https://doi.org/10.1177/17579759211038)

Weiss, D., Lillefjell, M., & Magnus, E. (2016). Facilitators for the development and implementation of health promoting policy and programs—a scoping review at the local community level. *BMC Public Health, 16*(1), Article 140. doi: 10.1186/s12889-016-2811-9

World Health Organization. (2010). *A conceptual framework for action on the social determinants of health*. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/44489/?sequence=1>