



מאירס-ג'וינט-ברוקדייל
MYERS-JDC-BROOKDALE
مايرس - جوينت - بروكدیل



מרכז סמוקלר למדיניות הבריאות

דוח מחקר

"פנימייה מקדמת בריאות"

הערכת תכנית פיילוט

אירית אלרועי ✦ עידו אלמקייס

המחקר נערך ביוזמת אשלים ובמימונו

"פנימייה מקדמת בריאות"

הערכת תכנית פיילוט

אירית אלרועי עידו אלמקייס

המחקר נערך ביוזמת אשלים ובמימונו

HEALTH PROMOTION IN RESIDENTIAL EDUCATIONAL FACILITIES – EVALUATION

Irit Elroy, Ido Elmakias

עריכת לשון: רונית בן-נון
הפקה והבאה לדפוס: לסלי קליינמן

מאירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל
מרכז סמוקלר לחקר מדיניות הבריאות
ת"ד 3886
ירושלים 91037

טלפון : 02-6557400
פקס : 02-5612391

כתובת האינטרנט : www.jdc.org.il/brookdale



פרסומים נוספים של המכון בנושאים קשורים

סורק, י.; סבו-לאל, ר'.; בן סימון, ב. 2014. שירות האומנה בישראל: תהליכי שינוי ותמונת מצב.
דמ-664-14

להזמנת פרסומים נוספים ניתן לפנות למכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל, ת"ד 3886, גבעת הג'וינט,
ירושלים 91037, טל': 02-6557400, פקס: 02-5612391, דואר אלקטרוני: brook@jdc.org.il

ניתן לעיין בפרסומים אלה גם באתר המכון: www.jdc.org.il/brookdale

תמצית מחקר

רקע

משרד הרווחה והשירותים החברתיים (להלן – משרד הרווחה) מפעיל קשת רחבה של פנימיות המותאמות למגוון צרכים של ילדים ובני נוער עד גיל 18 אשר נמצאים במצבי סיכון וסכנה במשפחותיהם, בקהילת מגוריהם או בכל מקום אחר. הפנימיות נמצאות בבעלות ציבורית או פרטית, והן משרתות את כל המגזרים. בפנימיות מטופלים ילדים ובני נוער החל מן הגיל הרך וכלה במתבגרים, והם גדלים בקבוצות הנחלקות על פי גיל או בקבוצות רב-גיליות, בהתאם למודל הטיפול בפנימייה.

בשנים האחרונות נערכו בפנימיות בישראל פעילויות נקודתיות לקידום הבריאות. בעקבות פעילויות אלה, שצלחו חלקית, עלתה התובנה כי כדי להניב תהליכי שינוי משמעותיים לאורך זמן יש לבסס בפנימייה תפיסה מערכתית-הוליסטית של קידום בריאות. על רקע זה נהגתה התכנית "פנימייה מקדמת בריאות", המתמקדת בתחום קידום הבריאות. התכנית, יוזמה משותפת של עמותת "אשלים", משרד הרווחה, משרד הבריאות ומשרד החינוך, מבקשת להעלות את הנושא לסדר היום בפנימייה. התכנית הופעלה כפיילוט בשנים 2010-2013 בעשר פנימיות ברחבי הארץ. מכון מאיירס-גוינט-ברוקדייל התבקש על ידי אשלים להעריך את תכנית הפיילוט. מחקר ההערכה נועד לבחון את השינויים שהתרחשו בעקבות כניסת תכנית הפיילוט (להלן: הפיילוט) לפנימיות ולזהות את הגורמים המעכבים והמקדמים את הטמעתה, לשם יישום מיטבי בעתיד.

תיאור התכנית

התכנית "פנימייה מקדמת בריאות" עוסקת בכמה נושאים הנכללים במושג קידום בריאות, מתוך חשיבה מקצועית ולפיה רק התייחסות מערכתית-הוליסטית תוכל לחולל שינוי משמעותי ולתרום לשיפור מצבם הבריאותי של החניכים בפנימיות. מטרת-העל של התכנית היא להפוך את הפנימייה למסגרת מקדמת בריאות, באמצעות מהלך מתוכנן ומקצועי ותוך יצירת תשתית מקצועית יציבה לקידום בריאות לטווח ארוך. במסגרת התכנית אף נכלל קורס להכשרת נאמני בריאות ובו 20 מפגשים (120 שעות), שמטרתו להכשיר בכל פנימייה איש צוות (מנהל, אחות, אם בית, רכז ספורט או עו"ס) כנאמן בריאות שיוזיל בעתיד את קידום הבריאות בפנימייה.

ביולי 2009 נבחרה עמותת "פרחי רפואה"¹ להפעיל את התכנית, ועל ניהולה הופקדה מנהלת, אחות בהכשרתה. התכנית החלה כפיילוט ובו נבחרו להשתתף 12 פנימיות – טיפוליות, שיקומיות או פוסט-אשפוזיות – המייצגות את כל המחוזות והמגזרים. בינואר 2013 החלה התכנית לפעול ב-14 פנימיות נוספות.

¹ עמותת "פרחי רפואה" פועלת למען שינוי ושיפור רמת המודעות לתחום הרפואה והטמעת הערך "נפש בריאה בגוף בריא" בקרב בני נוער ובקרב הציבור הרחב, באמצעות הפעלת מסגרות לימוד והעשרה ומעריך התנדבות וסיוע בתחום הרפואה ובתחום הרפואה הדחופה.

בינואר 2010, כחלק מן ההכנה להפעלת הפיילוט ערכה מנהלת התכנית סקר צרכים מקיף בפנימיות הפיילוט, שמטרתו לשקף את הנעשה בפנימיות טרם הפעלת הפיילוט. סקר הצרכים התבסס על קריטריונים שנקבעו מבעוד מועד על ידי מומחים, בכל קטגוריה. בסקר הצרכים שנערך טרם הפעלת תכנית הפיילוט תוארו ממצאים מדאיגים בנוגע לניהול הבריאות בפנימיות. נמצא כי בפנימיות אין נהלים והנחיות בנושא ניהול הבריאות; כל פנימייה ניהלה את עצמה, על פי הבנת המנהל או האחראי על נושא ניהול הבריאות בפנימייה, וכן בהתאם למשאביה ולכלים שעמדו לרשותה. ניהול הבריאות נמצא לקוי ביותר גם מבחינת קריטריונים מקצועיים: אופן חלוקת תרופות לחניכים, היעדר תרשומת רפואית וכד'. ממצאי הסקר הוצגו למנהלי הפנימיות ולמפקח המחוזי.

לאור ממצאים אלה, החליטה ועדת ההיגוי של התכנית, בשלבי ההפעלה הראשוניים, לשנות את מטרותיה ולתת קדימות לנושא ניהול הבריאות. נקבע כי התחומים שבהם תעסוק התכנית בנושא זה יהיו: חלוקת תרופות, תרשומת רפואית ותיק רפואי, בריאות השן ופסיכיאטריה. במסגרת קידום בריאות הוחלט להתמקד בתזונה ובפעילות גופנית. בתחום התזונה הושם דגש על עבודה לפי תפריטים, התאמת הרכב הארוחות להנחיות המפקחת הארצית על התזונה, הגשת שתייה לא ממותקת, הפחתת צריכת ממתקים והנחלת תרבות אכילה (כמו התנהגות ליד שולחן האוכל ושימוש במפית). בתחום הפעילות הגופנית הושם דגש על מתן אפשרויות לחניכים לקיים פעילות גופנית ועל עידודם לעשות זאת.

הערכת הפיילוט

הערכת הפיילוט בוצעה בשני סבבים של ראיונות עומק בתשע מתוך עשר הפנימיות שנטלו חלק בפיילוט². בכל פנימייה רואיינו בטלפון או פנים אל פנים בין שלושה לחמישה אנשי צוות; לרוב רואיינו מנהל הפנימייה, אחות הפנימייה, אם הבית ורכז הספורט. סבב הראיונות הראשון נערך בחודשים יולי-דצמבר 2011 (כשנה וחצי לאחר תחילת הפיילוט), והסבב השני נערך בשנת 2013. סך-הכול רואיינו 59 אנשי צוות; בסבב הראיונות הראשון נערכו 29 ראיונות ובסבב השני נערכו 30 ראיונות. נוסף לכך רואיינו שלושה אנשי מטה – באשלים, במשרד הבריאות ובמשרד הרווחה, ורואיינה מנהלת התכנית. מכון ברוקדייל, כגוף המעריך את הפיילוט, אף נכח בישיבות ועדת ההיגוי.

מטרות ההערכה היו לבחון את השינויים שהתרחשו בעקבות כניסת התכנית לפנימיות; לזהות את הגורמים שעיקבו או קידמו את השינויים האלה כדי לאפשר יישום של המסקנות שיתקבלו מן ההערכה בתכנית שתופעל בתום שלב הפיילוט; מטרה נוספת הייתה לזהות את התנאים החיוניים לקיימות של התכנית לאורך זמן ולהעריך באיזו מידה תשתית כזו אכן קיימת בפנימיות.

בהתאם לנושאים שבהם עסקה התכנית, בתחום ניהול הבריאות הוערכו הנושאים האלה: חלוקת תרופות, ניהול תיק רפואי, בריאות השן, פסיכיאטריה ושירותי בריאות בקופות החולים. בתחום

² ועדת ההיגוי כללה את מנהלת התכנית, אנשי מטה של משרד הבריאות, משרד הרווחה, משרד החינוך, אשלים והחינוך ההתיישבותי, וכמו כן חוקרת מטעם הגוף המעריך, מכון מאירס-גוינט-ברוקדייל.

³ בסבב הראיונות הראשון לא נכללה פנימיית "אור מרגלית" ובסבב השני לא נכללה פנימיית "רמת הדסה".

קידום הבריאות נבדקו נושא התזונה ונושא הפעילות הגופנית. הערכת תחום התזונה התרכזה בשלוש מטרות שאותן נועדה התכנית לקדם: עבודה לפי תפריטים, הפחתת הצריכה של שתייה ממותקת וממתקים ושיפור תרבות האכילה. הערכת תחום הפעילות הגופנית התמקדה בבדיקת המצאותם של מתקנים, ציוד וחוגים, וכן בפעילויות שנעשו לקידום הפעילות הגופנית בפנימייה.

השינויים שחלו בפנימיות בעקבות הפיילוט

ממצאי ההערכה משקפים את השינויים העיקריים שחלו בפנימיות במהלך שלוש השנים להפעלת תכנית הפיילוט, בשני תחומי פעילות: ניהול הבריאות וקידום הבריאות. מן השינויים אפשר ללמוד על התחומים שבהם לתכנית הייתה ההשפעה הגדולה ביותר ולזהות את נקודות החוזק שלה. הממצאים אף משקפים את השינויים שהתרחשו מחוץ לפנימיות עצמן, בהקשר רחב יותר (למשל ברמת מטה משרד הרווחה).

1. שינויים ברמת המערכת

- ◆ סביב מפגשי ועדת ההיגוי של התכנית החל להירקם שיתוף פעולה בין-משרדי – בין נציגי משרד הרווחה, משרד הבריאות ומשרד החינוך – בנוגע לסוגיות שעלו במהלך הטמעת הפיילוט.
- ◆ במסגרת ועדת גדעון שלום⁴ ניתנו המלצות להעסקה ברמת מטה של מפקחת בריאות ארצית ושל רופא פסיכיאטר ארצי, ולמימון אחיות לפנימיות.
- ◆ חלה עלייה במודעות ובמידת ההכרה של אנשי מטה במשרד הרווחה בכך שזכותם של השוהים בפנימיות, הן הצוות והן החניכים, לחיות בסביבה בריאה ומקדמת בריאות.

2. שינויים ברמת הפנימייה

חלק ניכר מתשומת הלב ומן המשאבים של מנהלת התכנית ושל הצוותים בפנימיות הוקדש לטיפול הדרושי בתחומים השונים של ניהול הבריאות ופחות לנושאים של קידום בריאות. השינויים שחלו בשני תחומים אלו פנימיות הם:

- ◆ **תחום ניהול הבריאות:** שיפור ניכר חל בדפוסי חלוקת התרופות ובתרשומת הרפואית. שיפור זה מצוי בשלבי הטמעה מתקדמים בכל הפנימיות. שיפור משמעותי חל גם במספר הפנימיות שהעסיקו אחות. הטמעת הנהלים האחרים (כגון: טיפול בחניך חולה בהיעדר איש רפואה) מצריכה המשך עבודה של אחות ובקרה של ממונה חיצוני (רפרנט בריאות). חשיבה מערכתית נדרשת כדי לקדם שלושה נושאים: נוכחות אחות במפגשים עם הפסיכיאטר, שינוי המתכונת הנוכחית של הטיפול הפסיכיאטרי שהחניכים מקבלים, ויצירת תיאום בין מרפאות האם של החניכים למרפאות הקרובות לפנימייה.
- ◆ **תחום קידום הבריאות:** ככלל, נמצא כי חלה עלייה במודעות של הצוותים בפנימייה לאחריות לבריאות החניכים ולזכותם לחיות בסביבה מקדמת בריאות. הפיילוט העלה את נושא הבריאות

⁴ ועדת גדעון שלום הוקמה בשנת 2012, לבחינת עדכון תקצוב הפנימיות בישראל.

לסדר היום בכל הפנימיות, אף שנמצאו הבדלים ביניהן במידת המרכזיות של הנושא בפנימייה. הנושאים שבהם התמקד הפיילוט היו:

- **תזונה:** הנושאים שנבחרו לקידום במסגרת הפיילוט הם: עבודה לפי תפריטים, הפחתת צריכת שתייה ממותקת וממתקים ושיפור תרבות האכילה. ברוב הפנימיות חל שיפור ניכר בנושאים אלו. קידום נושא התזונה כחלק מתוכני התכנית וכן קיומה של רפרנטית בנושא תזונה המועסקת מזה כמה שנים מטעם משרד הרווחה, חברו יחד לקידום הנושא בפנימיות. השילוב בין שני המהלכים האלה תרם לקידום נושא התזונה בפנימיות, וסייע לתהליך הטמעת התכנית.

- **פעילות גופנית:** הנושא נמצא בראשית דרכו; ההערכה העלתה כי ברוב הפנימיות שבהן הפעילויות לא היו חלק מתכנית רחבה יותר, הניסיונות שנעשו לא הניבו הישגים לאורך זמן. כמו כן נמצא כי לרכז הספורט תפקיד משמעותי בהטמעה מוצלחת של נושא הפעילות הגופנית בפנימייה.

3. שינויים הכרחיים בתשתית הארגונית של הפנימיות לצורך שימור הקיימות של התכנית
הקמת תשתית ארגונית לקידום תחום הבריאות בפנימיות נעשתה על מנת שצוותי הפנימיות ימשיכו לקדם את הנושא כחלק משגרת עבודתם השוטפת, לאורך זמן, גם בתום תכנית הפיילוט. בחזון התכנית הוגדר כי על מנת ליצור תשתית ארגונית ארוכת טווח נדרשות הפעולות האלה: מינוי מוביל בריאות שיהיה אחראי על קידום התחום בפנימייה, הקמת פורום בריאות רב-מקצועי שיפעל לקידום תחום הבריאות, והעסקת אחות שתהא אמונה על ניהול הבריאות בפנימייה.

- ◆ מן ההערכה עולה כי מהלכים חיוניים ליצירת תשתית ארוכת טווח ולהפיכת העיסוק בתוכני בריאות לחלק בלתי נפרד מאורח החיים בפנימייה כוללים: הקמת פורום בריאות והעסקת אחות.
- ◆ רכיב נוסף ליצירת תשתית ארגונית לקידום בריאות בפנימיות הוא העסקת רפרנט בריאות ברמת המטה של משרד הרווחה. תפקידו צריכים להיות: סמכות מקצועית שעמה אפשר להתייעץ בכל הקשור לנושאי הבריאות; איש קשר בין מנהלי הפנימיות לאנשי המטה של המשרדים השונים (רווחה, בריאות וכד') בכל הנושאים הקשורים לבריאות; שומר סף שידאג לשמר את נושא הבריאות בסדר עדיפות גבוה בפנימייה; איש פיקוח ובקרה בנושאי בריאות.

חסמים עיקריים בהטמעת התכנית

הממצאים מורים על שני סוגים של חסמים שעמם מתמודדים הצוותים בפנימיות:

- ◆ **חסמים ברמת המערכת:** היעדר תפיסה מערכתית לקידום בריאות ותרגומה למעשה; היעדר משאבים לקידום בריאות בפנימיות; היעדר ממשק בין משרד הרווחה ובין משרד הבריאות; היעדר רכיב של התאמה תרבותית של התכנית.
- ◆ **חסמים ברמת הפנימייה:** אי שיתוף החניכים וצוות הפנימייה בתהליך הטמעת התכנית ובקבלת החלטות בנוגע אליה; חוסר זיהוי מרכזיותו של המדריך כסוכן שינוי; קושי של הצוות המוביל בפנימייה לתרגם את הידע הלכה למעשה; קושי רגשי של אנשי הצוות לקבוע כללים חדשים ולהציב גבולות.

המלצות עיקריות לשיפור התכנית ולשמירה על קיימותה

- ◆ **המלצות ברמת המדיניות:** מינוי רפרנט בריאות במטה משרד הרווחה והגדרת תפקידו; יצירת ממשק עבודה שוטף בין משרד רווחה למשרד הבריאות; ביסוס מעמדו של נושא הבריאות בפנימיות באמצעות מתן ידע וכלים לצוותים; הקצאת משאבים ייעודיים לקידום הבריאות בפנימיות.
- ◆ **המלצות ברמת התכנית:** חשיבה מחודשת על משך זמן הפעלת התכנית ועל הגדרת מטרותיה; הטמעת תפיסה מערכתית לקידום בריאות בפנימיות; המשך הכשרת מוביל בריאות וקיום פורום בריאות בפנימיות; התאמה תרבותית של התכנית לעולם הפנימיות; קביעת קריטריונים מוקדמים לצירוף פנימיות לתכנית.
- ◆ **המלצות ברמת הפנימייה:** שילוב יעדים לקידום בריאות בתכנית העבודה של הפנימייה; בחירת פנימיות שבהן מכהן מנהל מעורב ומחויב; בחירת מוביל בריאות אפקטיבי; שיתוף החניכים ובעלי עניין שונים בפנימייה בתהליך ההטמעה של התכנית.

יצוין כי ההמלצות הן כלליות ומתייחסות ל"מה" מומלץ לעשות ולא ל"איך" יש לבצע זאת.

תודות

ברצוננו להודות למנהלת התכנית דניאלה בר, ולכל השותפים לתכנית.

במשרד הרווחה והשירותים החברתיים; אנו מודים לבנצי ברנץ, ליעל דורי וליוסי ועקנין – מפקחי הפנימיות הארציים, לכל מפקחי הפנימיות המחוזיים משרות ילד ונוער, ולקרני עין דור בראון – מפקחת תזונה ארצית.

במשרד הבריאות; אנו מודים לרותי ויינשטיין – מנהלת המחלקה לקידום וחינוך לבריאות, וללילך מלוויל – מקדמת בריאות ארצית ומנהלת הדרכה ופיתוח מקצועי במחלקה לקידום וחינוך לבריאות.

במשרד החינוך; אנו מודים לעירית ליבנה – מפקחת על תחום הבריאות, ולד"ר רונית יעקובוביץ – מדריכה ארצית בתחום הבריאות. כמו כן תודות לדינה לסרי – מפקחת על איכות חיים ורווחת הפרט, המנהל לחינוך התיישבותי.

תודתנו שלוחה גם למיכל אטינגר – ראש תחום ילדים, ולשרית ויזל – מנהלת תכניות תחום ילדים באשלים.

תודה מיוחדת לדניאלה בר וללילך מלוויל על ההערות והארות לדוח.

תודות למנהלי כל הפנימיות ולצוותים המקצועיים על שיתוף הפעולה שלו זכינו בביצוע ההערכה, ועל שקיבלו אותנו תמיד בברכה והקדישו מזמנם להתראיין.

תודה רבה ליואה שורק, עמיתתנו במכון מאיר-גיוינט-ברוקדייל, על שסייעה בביצוע הראיונות ובסיכומם. אנו מודים גם לרונית בן-נון על עריכת הלשון של הדוח ולסלי קליינמן על הבאתו לדפוס.

תוכן העניינים

1	1. מבוא
1	1.1 רקע
1	1.2 תיאור התכנית
2	1.3 מאפייני הפנימיות שהשתתפו בתכנית הפיילוט
3	2. מטרת ההערכה
3	3. שיטה וכלי הערכה
4	4. השינויים שחלו בפנימיות בעקבות התכנית
4	4.1 שינויים ברמת המערכת
5	4.2 שינויים ברמת הפנימייה
14	4.3 שינויים הכרחיים בתשתית הארגונית של הפנימיות לצורך שימור הקיימות של התכנית
17	5. חסמים עיקריים בהטמעת התכנית
17	5.1 חסמים ברמת המערכת
20	5.2 חסמים ברמת הפנימייה
22	6. המלצות עיקריות לשיפור התכנית ולשמירה על קיימותה
22	6.1 המלצות ברמת המדיניות
23	6.2 המלצות ברמת התכנית
24	6.3 המלצות ברמת הפנימייה

1. מבוא

1.1 רקע

משרד הרווחה מפעיל קשת רחבה של פנימיות המותאמות למגוון צרכים של ילדים ובני נוער עד גיל 18, הנמצאים במצבי סיכון וסכנה במשפחותיהם, בקהילת מגוריהם או בכל מקום אחר. הפנימיות נמצאות בבעלות ציבורית או פרטית, והן משרתות את כל המגזרים. בפנימיות מטופלים ילדים ובני נוער החל מן הגיל הרך וכלה במתבגרים, והם גדלים בקבוצות הנחלקות על פי גיל או בקבוצות רב-גיליות, בהתאם למודל הטיפול בפנימייה.

בשנים האחרונות נעשו בפנימיות ברחבי הארץ פעילויות נקודתיות לקידום בריאות, בתחומי התזונה והספורט. בעקבות ניסיונות אלו עלתה התובנה כי פעולות נקודתיות אינן יכולות להניב תהליכי שינוי משמעותיים ועקביים לאורך זמן. תובנה נוספת שעלתה היא כי במציאות הדינמית והאינטנסיבית של עולם הפנימיות, נדחקים נושאי הבריאות לשוליים ועל כן הם אינם מטופלים. מתוך ראייה שיש להתחיל לחשוב על נושא הבריאות בפנימיות ברמה כוללת, הוחלט לאגד את כל הפעולות לכדי מהלך אחד וליצור השפעה מערכתית. על רקע זה נהגתה התכנית "פנימייה מקדמת בריאות" – יוזמה משותפת של עמותת "אשלים", משרד הרווחה, משרד הבריאות ומשרד החינוך, שמטרתה להפוך את הפנימייה למסגרת המקדמת בריאות, באמצעות מהלך מתוכנן ומקצועי. מכון ברוקדייל התבקש על ידי אשלים להעריך את הפיילוט.

12 פנימיות נבחרו להשתתף בפיילוט. שתי פנימיות נשרו כבר בשלבים המוקדמים של תכנית הפיילוט ולא נכללו במחקר ההערכה. מחקר ההערכה בחן את הפעלת התכנית בתשע מתוך עשר פנימיות הפיילוט⁵. ממצאי ההערכה וההמלצות שעלו מהם עשויים לשמש בסיס לשיפור התכנית בעת שתיושם בעתיד.

1.2 תיאור התכנית

לצורך גיבוש התכנית וקביעת מטרותיה הוקמה ועדת היגוי בין-משרדית⁶. נציגת אשלים תיארה: *"חשבנו שאם מגדירים את נושא הבריאות בפנימיות כתחום, חשבנו מיהם הגורמים הרלוונטיים... לא רצינו להמציא את הגלגל, רצינו שותפות מקצועית ותקציבית."*

התכנית מתייחסת לכמה נושאים הנכללים במושג קידום בריאות, מתוך חשיבה מקצועית ולפיה רק ראייה הוליסטית תוכל לחולל שינוי ולתרום לשיפור מצבם הבריאותי של החניכים. התכנית אף כללה קורס להכשרת נאמני בריאות ובו 20 מפגשים (120 שעות), שמטרתו להכשיר בכל פנימייה איש צוות (מנהל, אחות, אם בית, רכז ספורט או עו"ס) כנאמן בריאות שיוביל בעתיד את קידום הבריאות בפנימייה.

⁵ בסבב הראיונות הראשון לא נכללה פנימיית "אור מרגלית" ובסבב השני לא נכללה פנימיית "רמת הדסה".
⁶ ועדת ההיגוי כללה את מנהלת התכנית, אנשי מטה של משרד הבריאות, משרד הרווחה, משרד החינוך, אשלים והחינוך ההתיישבותי, וכמו כן חוקרת מטעם הגוף המעריך, מכון מאיירס-גיוינט-ברוקדייל.

מטרת-העל של התכנית היא להפוך את הפנימייה למסגרת מקדמת בריאות, באמצעות מהלך מתוכנן ומקצועי ותוך יצירת תשתית מקצועית יציבה לקידום הבריאות לטווח הארוך. במסמכי התכנון של התכנית היא הוגדרה כך: "ליצור מודל של פנימייה שתחרוט על דגלה את קידום בריאותם של הילדים". נציגי משרד הרווחה ביקשו להתמקד בניהול הבריאות כמטרה בלעדית של התכנית ואילו הנציגים האחרים הציגו ראייה כוללת יותר וראו את ניהול הבריאות וקידום הבריאות כמטרות משלימות. במסמכי התכנון הוגדרו גם המטרות האלה:

- ◆ קביעת מערך אחיד של סטנדרטים לפנימיות מקדמות בריאות
- ◆ העלאת המודעות לאורח חיים בריא בקרב הצוותים, החניכים וההורים
- ◆ קידום הבריאות של החניכים ואיכות החיים בפנימיות באמצעות התייחסות לנושאי בריאות
- ◆ יצירת תשתית מקצועית יציבה לקידום הבריאות בפנימיות לטווח הארוך.

ביולי 2009 נבחרה עמותת "פרחי רפואה"⁷ להפעיל את הפיילוט. ועל ניהולה הופקדה מנהלת, אחות בהכשרתה ובעלת תואר שני בניהול מערכות בריאות. בפילוט נבחרו להשתתף 12 פנימיות – טיפוליות, שיקומיות או פוסט-אשפוזיות – המייצגות את כל המחוזות והמגזרים, והיא הופעלה בשנים 2010-2013. בינואר 2013, החלה התכנית לפעול ב-14 פנימיות נוספות.

בינואר 2010, כחלק מן ההכנה להפעלת התכנית, ערכה מנהלת התכנית סקר צרכים מקיף בפנימיות הפיילוט, שנועד לשקף את הנעשה בפנימיות טרם הפעלת התכנית. הסקר התבסס על קריטריונים שנקבעו מבעוד מועד על ידי מומחים, בכל קטגוריה. הסקר העלה כי ניהול הבריאות בפנימיות הוא נושא המצריך טיפול דחוף. ממצאי הסקר הוצגו למנהלי הפנימיות ולמפקח המחוזי.

בעקבות ממצאים אלה, חליטה ועדת ההיגוי של התכנית, בשלבי ההפעלה הראשוניים, לשנות את מטרותיה ולתת קדימות לנושא ניהול הבריאות. נקבע כי התחומים שבהם תעסוק התכנית בנושא זה הם: חלוקת תרופות, תרשומת רפואית ותיק רפואי, בריאות השן ופסיכיאטריה. במסגרת קידום בריאות הוחלט להתמקד בתזונה ובפעילות גופנית. בתחום התזונה הושם דגש על עבודה לפי תפריטים, התאמת הרכב הארוחות להנחיות המפקחת הארצית על התזונה, הגשת שתייה לא ממותקת, הפחתת צריכת ממתקים והנחלת תרבות אכילה (כמו התנהגות ליד שולחן האוכל ושימוש במפית). בתחום הספורט הושם דגש על מתן אפשרויות לחניכים לקיים פעילות גופנית ועל עידודם לעשות זאת.

1.3 מאפייני הפנימיות שהשתתפו בתכנית הפיילוט

פנימיות של משרד הרווחה:

- ◆ מחוז צפון: "אמונה" (עפולה), "תלפיות" (חדרה), "בית אלחנן" (עיבלין)
- ◆ מחוז מרכז: "בית הנוער" (אפקה), "נוה הדר" (חבצלת השרון) ו"אור שמחה" (כפר חב"ד)

⁷ עמותת "פרחי רפואה" פועלת למען שינוי ושיפור רמת המודעות לתחום הרפואה והטמעת הערך "נפש בריאה בגוף בריא" בקרב בני נוער ובקרב הציבור הרחב, באמצעות הפעלת מסגרות לימוד והעשרה ומערך התנדבות וסיוע בתחום הרפואה ובתחום הרפואה הדחופה.

◆ מחוז ירושלים: "נוה לנדי" (קריית גת) ו"אור מרגלית" (אשדוד)

◆ מחוז דרום: "בית קמה" (עדנים)

פנימייה של המנהל לחינוך התיישבותי:

◆ פנימיית "רמת הדסה" (קריית טבעון)

חלוקה למגזרים: שתי פנימיות מן המגזר החרדי, שלוש פנימיות מן המגזר הממלכתי דתי, ארבע פנימיות חילוניות ופנימייה אחת מן המגזר הערבי.

חלוקה על פי סוג המסגרת הטיפולית⁸: פנימייה אחת פוסט-אישפוזית, פנימייה אחת טיפולית פוסט-אישפוזית, שתי פנימיות שיקומיות, פנימייה אחת טיפולית וחמש פנימיות טיפוליות-שיקומיות. שתי פנימיות נוספות שהחלו את התכנית נשרו בשלבים מוקדמים (פנימיית "קדמה" ופנימיית "מעלות"). את התכנית סיימו תשע פנימיות של משרד הרווחה ופנימייה אחת של המנהל לחינוך התיישבותי.

2. מטרת הערכה

מחקר הערכה נועד לבחון את ההיבטים האלה:

- ◆ השינויים שהתרחשו ברמת הפנימייה מבחינת התשתית, המבנה הפיזי והפעילויות שנעשו לקידום הבריאות
- ◆ הגורמים שעיקבו או תמכו ביישום השינויים. מידע זה נחוץ לשם הפקת לקחים לעתיד – הפעלת התכנית במתכונת מורחבת
- ◆ המידה שבה קיימת בפנימיות תשתית יציבה לשמירה על קיימות התכנית לאורך זמן והתנאים החינויים לשם כך.

3. שיטה וכלי הערכה

הערכת התכנית בוצעה בשני סבבים של ראיונות עומק בתשע מתוך עשר הפנימיות שנטלו חלק בתכנית הפיילוט. בכל פנימייה רואיינו בטלפון או פנים אל פנים בין שלושה לחמישה אנשי צוות, לרוב מנהל הפנימייה, אחות הפנימייה, אם הבית ורכז הספורט. סבב הראיונות הראשון התקיים במהלך חודשים יולי-דצמבר 2011 (כשנה וחצי מתחילת הפיילוט) והסבב השני נערך בשנת 2013. סך-הכול רואיינו 59 אנשי צוות; בסבב הראיונות הראשון נערכו 29 ראיונות ובסבב השני נערכו 30 ראיונות. נוסף לכך

⁸ הפנימיות מסווגות לכמה סוגים בהתאם לאוכלוסיות המטופלות בהן: שיקומית – לחניכים עם ליקויי למידה ו/או פער לימודי ניכר ו/או חסכים רגשיים, שאובחנו כבעלי פוטנציאל התפתחות תקין. טיפולית – לחניכים בעלי תפקוד לקוי בתחומים רבים עקב ליקוי אורגני, התנהגותי, רגשי-נפשי או שילוב ביניהם וצורך במסגרות חינוך מיוחד. פוסט-אישפוזי – לחניכים לאחר אשפוז פסיכיאטרי או כחלופה לאשפוז ומניעתו, ולחניכים עם בעיות מורכבות והפרעות התנהגות קשות שאינם נקלטים בפנימיות הטיפוליות.

רואיינו שלושה אנשי מטה – באשלים, במשרד הבריאות ובמשרד הרווחה, ורואיינה מנהלת התכנית. מכון ברוקדייל, כגוף המעריך את הפיילוט אף נכח בישיבות ועדת ההיגוי של התכנית.

התאם לנושאים שבהם עסקה התכנית, בתחום ניהול הבריאות הוערכו הנושאים האלה: חלוקת תרופות, ניהול תיק רפואי, בריאות השן ופסיכיאטריה. בתחום קידום הבריאות נבדק נושא התזונה בפנימיות ונושא הפעילות הגופנית. הערכת תחום התזונה התרכזה בשלוש מטרות שהתכנית נועדה לקדם: עבודה לפי תפריטים, הפחתת הצריכה של שתייה ממותקת וממתקים ושיפור תרבות האכילה. הערכת תחום הפעילות הגופנית התמקדה בבדיקת המצאותם של מתקנים, ציוד וחוגים, וכן בפעילויות שנעשו לקידום הפעילות הגופנית בפנימייה.

4. השינויים שחלו בפנימיות בעקבות התכנית

בחלק זה יוצגו הן השינויים שהתרחשו מחוץ לפנימיות, ברמת המערכת, והן השינויים העיקריים שחלו בפנימיות במהלך שלוש השנים להפעלת תכנית הפיילוט, בשני תחומי הפעילות: ניהול הבריאות וקידום הבריאות. מן השינויים ניתן ללמוד על התחומים שבהם הייתה לתכנית ההשפעה הגדולה ביותר ולזהות את נקודות החוזק שלה. נוסף לכך יפורטו השינויים בתשתית הארגונית של הפנימיות, הנחוצים לצורך שמירת קיימות התכנית.

4.1 שינויים ברמת המערכת

4.1.1 שיתוף פעולה בין-משרדי

במסגרת תכנית הפיילוט החלו להירקם שיתופי פעולה בין משרד הרווחה, משרד הבריאות (המחלקה לקידום בריאות, שירותי בריאות הציבור) ומשרד החינוך. אלה נסובו סביב ההשתתפות בישיבות ועדת ההיגוי של התכנית. משרד הבריאות אף השתתף במימון התכנית ובמימון חלק מן הפעילויות לקידום הבריאות שנכללו בה. נוסף לכך נרקם שיתוף פעולה בין משרד הבריאות ומשרד הרווחה בעניין ניסוח הסכמה מדעת לטיפול רפואי על פי חוק, נושא שנפתר לראשונה במסגרת התכנית מאז נחקק חוק זכויות החולה בשנת 1996.

4.1.2 הקמת ועדת גדעון והמלצותיה

בעקבות מאבק מנהלי הפנימיות על רקע מחלוקת עם משרד הרווחה בנוגע להעברת תקציבים, הוקמה ב-2011 ועדת גדעון שלום. מנהלת התכנית נפגשה עם נציגי הוועדה והעלתה בפניהם סוגיות מרכזיות הנוגעות למצב הבריאות בפנימיות, כפי שעלו במהלך הפעלת תכנית הפיילוט: היעדר אחיות, חוסר בתשתית מקצועית וכד', וכן המלצות לניהול הבריאות והחולי בפנימיות. המלצותיה זכו להתייחסות חיובית ועניינית מצד הוועדה; הוועדה המליצה להעסיק מפקחת בריאות ארצית ורופא פסיכיאטר ארצי, ולממן אחיות לפנימיות על פי מפתח נתון מראש וכן ב"כסף צבוע" שניתן להשתמש בו רק

⁹ ועדת ההיגוי כללה את מנהלת התכנית, אנשי מטה של משרד הבריאות, משרד הרווחה, משרד החינוך, באשלים והחינוך ההתיישבותי.

למטרת תשלום לאחיות – הישג משמעותי מאוד. אף שהמלצות הוועדה אושרו, יישומן עדיין מתעכב בשל שינויים פוליטיים במשרד הרווחה.

4.1.3 עלייה במודעות של אנשי המטה במשרד הרווחה לזכות לבריאות ולאחריות לבריאות

בעקבות הפעלת התכנית עלתה ההכרה בקרב כל השותפים לתכנית כי יש זכות לדיירי הפנימיות, צוות וחניכים כאחד, לחיות בסביבה בריאה ומקדמת בריאות. נציגת משרד הרווחה תיארה: "במהלך שלוש השנים של התכנית, מספר ישיבות הנהלה הוקדשו לקידום בריאות בפנימיות ושיתפנו מטות אחרים." חלק מהכרה זו קיבלה ביטוי מעשי בקידום נהלים שנכתבו על ידי מנהלת התכנית ואושרו על ידי מחלקת הייעוץ המשפטי של משרד הרווחה. נהלים אלו יאפשרו יצירת תשתית קבועה להעלאת המודעות לנושא הבריאות ולאחריות של המטה במשרד הרווחה (שירות ילד ונוער) לנושא זה.

4.2 שינויים ברמת הפנימייה

4.2.1 שינויים בתחום ניהול הבריאות

כאמור, ממצאי הסקר שנערך בתחילת תכנית הפיילוט הובילו להחלטת ועדת ההיגוי לתעדף מחדש את המטרות שהוגדרו בשלב תכנון התכנית ולהתמקד בראש ובראשונה בתחום ניהול הבריאות, ופחות בתחום קידום הבריאות. במסמך המסכם את ממצאי סקר הצרכים נכתב בין היתר כי "נושא ניהול הבריאות נמצא כלקוי ביותר מבחינת קריטריונים מקצועיים". נמצא כי חסרו נהלים או הנחיות בנושאי ניהול הבריאות, כגון: חלוקת תרופות, תרשומת רפואית, קבלה רפואית לפנימייה וכד'. כל פנימייה התנהלה על פי הבנת מנהלה (או איש צוות ממונה), על פי משאביה ובהתאם לכלים שעמדו לרשותה, ללא הכוונה מקצועית. מאחר שבכל הפנימיות, כחלק מן הפעילות השגרתית, אחוז ניכר מן החניכים מקבלים טיפול תרופתי ארוך טווח, מדובר בדיני נפשות. על כן החליטה ועדת ההיגוי כי נושא ניהול הבריאות יקבל עדיפות ראשונה במעלה.

אלה הם השינויים שחלו בתחום ניהול הבריאות בפנימיות:

א. תהליך ההטמעה של נוהלי בריאות

במהלך התכנית נכתבו 22 נוהלי בריאות. הנהלים עברו תיקוף משפטי ובהמשך הוטמעו בעבודה השוטפת של הפנימיות. הנהלים הם: חלוקת תרופות, תרשומת רפואית (תיק רפואי), קבלה רפואית לפנימייה, הסכמה מדעת של הורים לטיפול רפואי, הגדרת תפקיד אחות, בריאות השן, סטנדרט מרפאה וציוד, טיפול ראשוני בחניך חולה בהיעדר איש רפואה, ביטוח רפואי וקופת חולים, חדר בידוד וציוד, עזרה ראשונה וציוד, מחלות מדבקות (כולל חמישה נהלים), חיסונים, פסיכיאטריה, בדיקות מעקב, בדיקות מעקב שמיעה וראייה, הנחיות לשימוש בכפפות ונוהל שימוש בתרופות SOS. הנהלים נמצאים בשלבי הטמעה שונים; הנהלים הנמצאים בשלב מתקדם של הטמעה הם חלוקת תרופות ותרשומת רפואית, והנהלים שטרם הוטמעו הם סטנדרט חדר בידוד וציוד, טיפול בחניך חולה בהיעדר איש רפואה וביטוח רפואי וקופת חולים.

תהליך הטמעת נוהלי הבריאות לפעילות השגרתית בפנימיות היה הדרגתי. בתחילתו גילו הצוותים בפנימייה התנגדות להטמעת הנהלים, לעתים מתוך תפיסה שמה שקיים הוא מספק ולעתים מתוך חשש שהטמעה כרוכה בעבודה נוספת. אחד המנהלים תיאר זאת: "כל מה שדרש מהמדריכים לעשות יותר היווה קושי. כל נושא רישום התרופות, שהיה גם קודם, אבל לא הקפידו עליו, זה דורש מהם עוד קצת עבודה. כל הדברים האלו יוצרים בהתחלה התנגדות, ואחר כך נכנסים לשגרה." כל מנהלי הפנימיות שבו והדגישו בראיונות את החשיבות הרבה של קביעת נהלים ושל הטמעתם בתהליכי העבודה של הפנימייה. ניכר כי הנהלים נתנו מענה לצורך בוער, שבו חשו בעיקר המנהלים: "אני זקוק לסטנדרטים ולנהלים כדי שגם יגנו עליי; אלו חסרים לי, וגם כדי ליצור אחידות בין הפנימיות." מנהל אחר ציין: "היינו צריכים את ההנחיות והסטנדרטים מבחוץ כדי להשיג את מה ששנים אני רוצה להשיג ולא מצליח, הייתי צריך מישהו מבחוץ שיגיד שזה חובה." כל המרואיינים הסכימו על כך שתהליך הטמעת הנהלים הוא ההישג המשמעותי ביותר של התכנית: "פרויקט הוא דבר טוב וחשוב וודאי קידם דברים בפנימייה, יותר בדברים קונקרטיים: נהלים, התיקים של הילדים והקלמר תרופות. זה נכנס מאד פשוט ומאד ברור. נגזר מזה שברגע שזה יבוא כהנחיה מלמעלה אחוזי ההצלחה גבוהים."

הממצאים מצביעים על כך שכתבת נהלים והטמעתם הם אחד מן השינויים הבולטים שהתרחשו בפנימיות בעקבות התכנית. הטמעתם יצרה בפנימיות מערכת מובנית ושיטתית לניהול הבריאות, שעשויה להוות תשתית ארוכת טווח לשימור ולשיפור הניהול של נושאים אלה.

ב. העסקת אחות והגדרת תפקידה

בשלוש מתוך עשר הפנימיות הועסקה טרם הפעלת התכנית אחות במשרה חלקית, לרוב מטעמים כלכליים. בפנימיות שבהן לא הועסקה אחות, הוטל הטיפול בנושא הרפואי על אם הבית הראשית, על אימהות הבית במשפחתונים ובקבוצות או על איש צוות אחר. תפקידה ומעמדה של האחות לא היו מוגדרים, ובחלק מן המקרים היא עבדה ללא מרפאה או חדר שהוקצה עבורה.

במסגרת התכנית נדרשו מנהלי הפנימיות להעסיק אחות ולהקצות לה חדר. חרף ההתנגדויות שעלו, נמצא כי בתשע מתוך עשר הפנימיות מועסקת אחות, ובזכות ההכרה בחיוניות עבודתה אף הוקצה לה חדר. אחד מן המרואיינים תיאר את השינוי: "בנושא טיפול רפואי היום אני יכול להגיד שהעסקת אחות זה משהו הכרחי. בהתחלה כאשר נכנסה אחות לא הבנתי מה רוצים מאתנו. בן אדם חי בפנימייה הרבה זמן, רואה מצב טוב, לא רואה מבחוץ שיכול להיות טוב יותר... מאז שיש אחות יש שיפור אדיר. למשל בנושא בריאות השן של הילד. המדריכים עסוקים בטיפול שוטף, לא היה אדם שמרכז את זה. אם אין איש מקצוע שמחזיק את זה אין סיכוי שזה ישתפר."

בכל הפנימיות שבהן מועסקת אחות דיווחו הצוותים על שינוי מהותי באופן שבו מנוהל נושא הבריאות בפנימייה: "השינוי הכי משמעותי שעברנו כאן בזכות התכנית הוא שיש לנו אחות שמנהלת את נושא הבריאות בפנימייה... ירד לי שק של אבנים מהכתפיים... כל הזמן הרגשתי שאנחנו לא עושים מספיק. לא רק שלא מקדמים בריאות אלא גם לא מטפלים נכון בחולי... כי לא היה מי שיחזיק את זה. היום יש מעקבי בריאות, חיסונים, משקל, היום היא עושה, בוודאי גם נושא תרשומת רפואית. זוהי ההצלחה של התכנית... מדהים התהליך שעברנו." נוסף לכך, בעקבות הכנסת "נוהל תפקיד אחות", ולפיו ניהול

הבריאות הוא בתחום אחריותה הבלעדית, התחזק מעמדה של האחות במרבית הפנימיות. עם זאת, בחלק מן הפנימיות, בניגוד לנוהל, אין האחות נמנית עם הצוות המוביל של הפנימייה ואינה נוכחת בפגישות השבועיות עם הפסיכיאטר, הנערכות כחלק מן המעקב אחר התרופות שהחניכים מקבלים.

בראיונות עלו הסיבות לכך שהנוהל אינו מיושם במלואו בפנימיות. סיבה אחת היא לוגיסטית – המפגשים מתקיימים בשעות אחר הצהריים כשהאחות איננה. סיבה אחרת קשורה לעמדות של אנשי הצוות כלפי חשיבות נוכחותה של האחות במפגשים. מנהל פנימייה תיאר זאת: "כמעט כל ילדי הפנימייה לוקחים תרופות פסיכיאטריות. שתי פסיכיאטריות באות פעם בשבוע. מה שלא נתפר טוב זה קשר ישיר בין הפסיכיאטרית והאחות. העובדות הסוציאליות עובדות מול הפסיכיאטרית אבל זה לא מספיק טוב כדי לסגור את המעגל של הטיפול התרופתי. תאורטית גם אחות צריכה להיות במפגש של הילד עם הפסיכיאטרית, בפועל זה הולך דרך דפים אבל אין מפגש ישיר כי זה לא מסתדר. אנחנו גם לא חושבים שהיא זו שצריכה לבוא עם הילד לפסיכיאטר כי היא לא ביום-יום אתנו, ולא רואה שינויים בהתנהגויות שלו."

אשר למימון משרתה של האחות, מנהלי הפנימיות דיווחו כי טרם קיבלו תקצוב או החזר כספי ממשד הרווחה. למרות זאת הם ציינו כי אין בכוונתם להפסיק את העסקתה מתוך הכרה שזו הכרחית. נראה כי כחלק מביסוס תחום הבריאות בפנימייה יש חשיבות רבה לכניסת האחות לתפקיד ניהול נושאי הבריאות בפנימייה. שינוי זה מתבטא גם בכך שאנשי הצוות מכירים בצורך למנות אדם בעל ידע מקצועי, שיהיה אמון על ניהול תחום זה בפנימייה.

ג. יישום נוהל חלוקת התרופות

רבים מן החניכים בפנימיות מקבלים טיפול תרופתי ארוך טווח לבעיות שונות ובהן הפרעות קשב וריכוז, חרדה, הפרעות התנהגות ומחלות נפש. בסקר שנעשה טרם הפעלת התכנית נמצא כי בשמונה פנימיות היה אופן חלוקת התרופות עלול לסכן את חיי החניכים. בפנימיות אלה המדריכים היו אלו שחילקו את התרופות. בסקר נמצא, בין היתר, כי המדריכים לא ניהלו רישום מסודר של התרופות שניתנו לחניכים וכי אופן אחסון התרופות היה לקוי.

בעקבות הפעלת התכנית נמצא שיפור משמעותי בתחום זה בכל הפנימיות. כאמור, נכתב והוטמע נוהל חלוקת תרופות והוא פועל בהצלחה בכל הפנימיות. חלוקת התרופות נעשית כיום בשיטת הקלמרים¹⁰, על פי הנוהל החדש. בכל הפנימיות נושא התרופות הוא באחריותה ובניהולה של האחות. אחת האחיות הוותיקות תיארה: "בתחילת התכנית היה בלגן וזה הדבר הראשון שהיינו צריכים לטפל בו. בעבר מדריכות היו מטפלות בתרופות, היה בלגן, לקחתי את הנושא לטיפול, וזה אחד ההישגים ואני שקטה. אני ממלאת קלמר של כל ילד פעם בשבוע ומחלקת למדריכים. הם צריכים לחתום בטופס לגבי כל ילד בכל פעם שהם נותנים לו תרופה."

¹⁰ לכל ילד המקבל טיפול תרופתי קלמר עם מגירות בהתאם לימות השבוע ולמספר הפעמים ביום שעליו לקבל את התרופות. כל תא מכיל את הכדורים שהילד צריך לקבל, על פי התוויה רפואית.

ד. ניהול תרשומת רפואית

כל פנימייה אמורה להחזיק תיקים רפואיים של החניכים ובהם כל מסמכיהם הרפואיים. טרם הפעלת התכנית, בכל פנימייה הייתה גרסה כלשהי של תיק רפואי; על פי דרישות הפיקוח, היה חוצץ "בריאות" בתיק המנהלי של כל חניך. החוצץ הכיל את מסמכיו הרפואיים של החניך והיה נגיש גם לעובדים שאינם מתחום הבריאות, דבר שפגע בשמירה על סודיות בנוגע לפרטי החניך. נוסף לכך, בחלק מן הפנימיות נמצאו תיקים רפואיים חסרים או לא מסודרים.

בעקבות התכנית חל שיפור ניכר בנושא זה. בשלב ראשון נכתב נוהל תרשומת רפואית, והוא בתהליך הטמעה בפנימיות. בכל הפנימיות יש תיקים רפואיים פעילים של החניכים והתרשומת מתבצעת לרוב בהתאם לנוהל. אחת המרואיינות תיארה: "היום יש לנו סדר אחר של התיקים. רובריקות שונות של כל דבר. היום הכול יותר מסודר. יש המון דברים שכל הזמן עשינו, אבל ההנחיות חידדו לנו והדברים נעשים בצורה יותר מדויקת."

ה. בריאות השן

לפני הפעלת התכנית מנהלי הפנימיות לא היו מודעים לאפשרויות הגלומות בניצול ביטוח השיניים שעמד לרשותם, ועל כן לרוב לא מומשה זכאות החניכים לטיפול. סקר הצרכים העלה כי נושא זה היה בסדר עדיפות בינוני עד נמוך; חלק מן החניכים לא קיבלו טיפול שיניים מניעתי או טיפולי שיניים שוטפים אלא רק טיפול במצבי חירום.

בעקבות התכנית יודעים מנהל הפנימייה והאחות מהם הטיפולים שהחניכים זכאים להם במסגרת ביטוח השיניים. במרבית הפנימיות החניכים מופנים בקביעות לטיפולי שיניים וכן ממומשת הזכאות לטיפול אורתודנטי. במחצית מן הפנימיות מופנים החניכים גם לטיפול מניעתי אצל שיננית. הנושא נמצא כיום בסדר עדיפות גבוה יותר בשגרת הפנימיות וניכרת התקדמות הדרגתית בנושא.

ו. טיפול פסיכיאטרי

כחלק מן המעקב הרפואי-פסיכיאטרי מגיע לפנימיות, אחת לשבוע לפחות, פסיכיאטר פרטי הנפגש עם העובדת הסוציאלית ולעתים גם עם החניכים ועם הוריהם. למרות ש"נוהל תפקיד אחות" דורש זאת, האחות אינה נוכחת בכל המפגשים אלא מתעדכנת באמצעות התיק הרפואי והעובדת הסוציאלית. מן הראיונות עולה כי חל שיפור בתקשורת בין האחות ובין הפסיכיאטר אולם זו עדיין טעונה שיפור; למרות שהעדכוניים אמורים לעבור דרך התיק הרפואי של החניך, העובדת הסוציאלית מעבירה עדכון בכתב על השינויים שיש לבצע בטיפול התרופתי של החניכים.

סוגיה נוספת שעלתה בראיונות היא ההוצאה הכספית הגבוהה של הפנימיות על טיפול פסיכיאטרי פרטי לחניכים, חרף זכאותם לטיפול ציבורי במסגרת שירותי בריאות הנפש של משרד הבריאות. המרואיינים הסבירו כי מאחר שחניכים רבים נמצאים במעקב פסיכיאטרי יש קשיים לוגיסטיים (הסעות, כוח אדם, תיאומי זמנים וכד') בהבאתם לטיפול במרפאות הקהילתיות של משרד הבריאות. המרפאות, מצדן, אינן מוכנות לשלוח פסיכיאטר מטעמן שיגיע לטפל בחניכים בפנימייה. במתכונת הנוכחית שבה ניתן הטיפול על ידי פסיכיאטר פרטי שמגיע לפנימייה, אין פיקוח מקצועי על הטיפול הפסיכיאטרי ואין מדיניות טיפולית אחידה. העסקת פסיכיאטר פרטי על ידי מנהל הפנימייה עלולה,

בין השאר, ליצור מצבים של ניגוד אינטרסים. לדברי המרואיינים, המצב הנוכחי נובע מן הנתק הקיים בין משרד הרווחה למשרד הבריאות בנוגע לאחריות על הטיפול הפסיכיאטרי הניתן לחניכים בפנימיות. יש אפוא מקום להמשיך ולחקור סוגיה זו ולבחון לעומק את השלכותיה.

ז. שירותי בריאות בקופות החולים

מן הראיונות עולה כי למרות שהחניכים מקבלים שירותי בריאות במרפאות קופות החולים הסמוכות לפנימיות, חלקם עדיין רשומים במרפאות האם שלהם, הסמוכות לכתובת המגורים של המשפחה. אשר למקרים אלה, האחיות בפנימיות דיווחו על קשיים בהפניית החניכים לטיפול רפואי במרפאות הסמוכות לפנימייה, משום שבהן מוגדרים החניכים "אורחים", למרות שהם חברים בקופה שאליה שייכת המרפאה. בחלק מן המקרים (בקופת חולים כללית ובקופת חולים לאומית) המשמעות היא שלרופא במרפאה "המארחת" אין גישה לתיק הרפואי של החניך. מנהלי הפנימיות מבקשים להעביר את התיקים הרפואיים של החניכים מ"מרפאת האם" למרפאות הסמוכות לפנימייה, תהליך שלא תמיד מצליח מאחר שהוא מצריך את חתימת ההורים, וזו לא תמיד ניתנת.

בפועל קיים נתק בין הטיפול הרפואי שמקבל החניך בעת שהותו בפנימייה ובין הטיפול שהוא מקבל כשהוא מבקר בביתו. אחות באחת הפנימיות תיארה את ההשלכות: "כשאתה אורח יש בעיות מחשוב של הטיפול שלך בתוך הקופה שלך, בעייתי שקופה לא יודעת מה קורה למטופל בסניף אחר של הקופה... יש מצב שאין סיכום רפואי, כי אין רופא משפחה שמכיר את הילד. אנחנו לא אפטרופוס של הילד, מקבלים הצהרה רפואית מביה"ס. אבל אני לא יכולה לחתום אלא רק ההורים." במקרים כאלה רופאי המשפחה אינם מוכנים לחתום על אישורים רפואיים של החניכים ולתת מרשמים לתרופות של קופות החולים על פי מרשמי התרופות שנותן הפסיכיאטר לחניכים ("לגייר את המרשמים").

עד כה טרם נמצא פתרון מערכתי לקשיים אלה. האחיות, מצדן, מוצאות פתרונות יצירתיים כדי להתמודד עם הקשיים. אחות באחת הפנימיות הסבירה: "זו בעיה גדולה כשאני צריכה לבקש אישור רפואי מרופא המשפחה (באזור הפנימייה) והוא לא הרופא של הילד ממרפאת האם, כי מרפאת האם רחוקה. אין קשר מחשב עם גיליון של ילד במרפאת אם. לפעמים המערכת לא מוכנה לשתף פעולה כי אני לא האימא. הרופאים מפנים לרופא המשפחה במרפאת האם."

לסיכום, בתחום ניהול הבריאות חל שיפור משמעותי בשני נושאים עיקריים: חלוקת תרופות ותרשומת רפואית. אלה מצויים בשלבי הטמעה מתקדמים בכל הפנימיות. שיפור משמעותי חל גם במספר הפנימיות שבהן הועסקה אחות. הטמעת הנהלים האחרים מצריכה המשך עבודה של האחיות ובקרה של ממונה חיצוני (רפרנט בריאות) על יישומם. חשיבה מערכתית נדרשת כדי לקדם את הנושאים האלה: נוכחות אחות במפגשים עם הפסיכיאטר, שינוי המתכונת הנוכחית של הטיפול הפסיכיאטרי שהחניכים מקבלים ויצירת תיאום בין מרפאות האם למרפאות הקרובות לפנימייה.

4.2.2 שינויים בתחום קידום הבריאות

למרות שבמהלך שלוש השנים שבהן פעלה תכנית הפיילוט הופנה חלק גדול מתשומת הלב והמשאבים של מנהלת התכנית ושל הצוותים בפנימיות לטיפול הדחוף בנושאי ניהול הבריאות ופחות לנושאי קידום הבריאות, חלה עלייה במודעות של אנשי הצוות בפנימייה לאחריות לבריאות החניכים ולזכותם

לבריאות. בהקשר זה יצוין כי אף שהתכנית העלתה את נושא הבריאות לסדר היום בכל הפנימיות, נמצאו הבדלים ביניהן במידת המרכזיות של הנושא.

מן ההערכה עלו הממצאים האלה:

א. התפיסה של תחום קידום בריאות בפנימיות

בשלוש מתוך תשע הפנימיות נמצאה הן תפיסה הוליסטית לתחום קידום הבריאות – קרי, שילוב של הנושאים השונים (פעילות גופנית, תזונה, מפגש טיפולי), והן גישה מערכתית – קרי, קיום שיתופי פעולה בין אנשי הצוות השונים. זאת מתוך הראייה כי מדובר ב"שלם" שחשוב לקדמו ברמות השונות בפנימייה (הנהלה, צוות בכיר, מדריכים, חניכים וכד'). בשאר הפנימיות קודם בנפרד כל אחד מנושאי קידום הבריאות. הצוותים בפנימיות אלה דיווחו על פעילויות נקודתיות לקידום בריאות ופחות על עשייה שיטתית-מערכתית קבועה. דווח על פעילויות בנושאי היגיינה אישית, בריאות השן, מודעות לשתיית מים וסכנות העישון, אל הועברו בימי שיא, בהרצאות וכד'. התפיסה הרווחת בפנימיות אלו היא שתחום קידום הבריאות הוא נפרד משאר תחומי העשייה של הפנימייה ועל כן הנושאים הנכללים בו נפרדים אף הם זה מזה. בפנימיות אלה אף דווח על שיתוף פעולה מועט בלבד בין בעלי תפקידים בפנימייה. חשוב לציין כי היעדר ראייה מערכתית של התהליך בא לביטוי גם בכך שעיקר הפעילויות יועדו לחניכים ופחות לבעלי תפקידים אחרים בפנימייה, ובהם צוות המדריכים. רק בשלוש פנימיות שבהן הייתה התייחסות מערכתית לתהליך תועדו הפעילויות, דבר שלא נעשה ביתר הפנימיות.

ב. תנאים הכרחיים להצלחת עבודתו של מוביל הבריאות: יעדים ברורים, ידע, כלים והקצאת זמן
מן הראיונות עלה כי שלא כמו תחום ניהול הבריאות, תחום קידום הבריאות כולל אוסף של נושאים שאין לגביהם הנחיות או יעדים ברורים ליישום. קשיים נוספים שצינו המרואיינים הם היעדר כלים וידע כדי לקדם הנושא, וחוסר זמן. אחת האחיות תיארה: "מאד קשה ליישם את המרכיב של קידום בריאות, כמו שצריך. צריך זמן בשביל זה. כל שאר התפקידים לוקחים לי המון זמן. עשיתי הרצאה על היגיינה לילדים. נורא רציתי בעניין המשקל, נפגשנו עם תזונאית, ואיך לאכול, אני לבד לא יכולה להרים את כל התחום של קידום בריאות, צריך שיתוף פעולה מעולה, זה לא דבר קל כי זה תלוי זמן, מערכת, צריך להתבשל מבפנים, לא תוצאות מיידיות כמו טיפול." אחות נוספת תיארה: "בתחום ניהול הבריאות היות שהשינוי הוא מדיד, יש תיקים, עובדים לפי נהלים, הנחיות יורדות לרופא ולאחות ולכן השינוי שחל הוא אדיר... קידום בריאות זה נושא לא מובהק ולא ברור והתוצאות בהתאם." אחות אחרת סיפרה: "כשעבדתי אחר הצהריים טיפלתי בדברים דחופים ולא התפנית לעשות הדרכות. עכשיו אני עובדת בבוקר כי אני עושה רפואה דחופה ולא נשאר לי זמן להדרכות. כשעבדתי בצהרים נתתי כמה הרצאות בנושאים של קידום בריאות, ופתחתי קבוצת תמיכה, אבל כיום אין לי זמן לזה. גם אם הייתי עובדת אחר הצהרים לא היה לי הפנאי. צריך כאן אחות נוספת כדי לעשות פעילות מניעה וקידום בריאות."

ג. תנאים להעלאת המודעות לקידום בריאות

בקרב מובילי הבריאות יש הסכמה על כך שהעלאת המודעות לחשיבות של קידום בריאות היא תהליך ארוך ובו כמה "שחקנים" בתוך הפנימייה: ההנהלה, אנשי הצוות, החניכים והוריהם: מוביל בריאות תיארה: "ההסתכלות על התכנית לקידום בריאות אצלנו נעשתה בשלושה רבדים, אחד זה מה אנחנו עושים עם החניכים, מה עם ההורים ומה עם הצוות."

נמצא כי אחד התנאים החשובים להעלאת המודעות לקידום בריאות ברמת הפנימייה הוא שיתוף כל "בעלי העניין" בתהליך, החל מצוות ההנהלה וכלה בצוות המטבח. במציאות מורכבת זו של ריבוי שחקנים, הפנימיות ששיתפו כמה שיותר גורמים בפנימייה בתוכני התכנית ובתהליך הטמעתה הצליחו לחולל שינויים משמעותיים יותר בפנימייה.

בראיונות ציינו המרואיינים את מקומם המרכזי של המדריכים בתהליך, שכן הם הנמצאים באינטראקציה יום-יומית עם החניכים: "צריך להתחיל מהמדריכים עצמם, סדנאות בריאות להם ולנשותיהם, פעילות עבורם. כשאני נכנס לנושא מאיים ואני חי אותו אני ממשיך עם זה, זה חי ואמתי. גם דברים כאלה שהמדריכים צריכים להיכנס לקטע הזה – המדריכים זה הכול." למרות זאת, לרוב לא שותפו המדריכים בתכנים ובתכנון הפעילויות שנעשו במסגרת התכנית, ונציגות שלהם לא נכחה בפורום הבריאות.

גם ההורים זוהו על ידי הצוות כשחקנים מרכזיים בתהליך, שכן חשוב לשמור על רצף במסרים המועברים לחניכים בפנימייה ובמהלך שהותם בבית, ולהמנע מפערים בין הידע והמודעות שהחניכים מקבלים בפנימייה (למשל: שתיה ממותקת) ובין המודעות שיש להוריהם. אם בית באחת הפנימיות תיארה זאת: "הילדים אוהבים ורגילים לדברים אחרים מהבית. העבודה שלנו היא להחדיר דברים גם אם הם מתנגדים... השנה עבדנו הרבה עם ההורים... ההדרכות האלה מאוד חשובות, אנחנו זיהינו את נושאי ההדרכות שצריך, קודם כל עבדנו עם הצוות ואחר כך העברנו לילדים."

מובילי הבריאות ציינו גם את הצורך במחויבות של אנשי הצוות, האמורים לשמש דוגמא להעלאת המודעות לקיום אורח חיים בריא: "כל ההנהלה פה עם עודף משקל רציני. נותנים לי ולאחות להוביל את זה כמו שאנחנו חושבות, מפרגנים. אבל לי באופן אישי זה מפריע. איפה הדוגמא האישית שלנו כצוות הנהלה לחניכים, לצוות. איפה המחויבות האישית שלנו לתהליך? זה אין." הסכים עמן רכז הספורט בפנימייה: "לקדם בריאות זה אומר שאם אני עובד בריאות אני גם צריך לעשות ספורט. השאיפה היא שגם המדריכים יעשו ספורט כדי להוות דוגמא לחניכים, ולהכניס את זה כמשהו קבוע למערכת."

בכל הפנימיות דווח בעיקר על שיפור במודעות לבריאות ופחות על שינוי בהתנהגות; נאמר כי הנושא בא לביטוי בשיח השוטף וכי חל שיפור בידע ובמודעות לנושא בקרב הצוותים והחניכים, אולם שינוי בהתנהגות לאורך זמן מתרחש פחות. בהקשר זה ציינו הצוותים כי לעתים הם חשים תסכול משום שניסיונותיהם להביא לשינוי בהתנהגות בקרב הצוותים והחניכים לא צלחו. אחות באחת הפנימיות הסבירה: "עשינו להן הרצאות על אורח חיים בריא, הן התעניינו אבל הן לא עושות שינוי. חשבתי שזה כישלון. נתנו לבנות הידע והן לא משנות התנהגות, האם זאת הפשלה שלנו או של הבנות, אני לא יודעת".

4.2.3 שינויים בתחום התזונה

מזה שנים אחדות מועסקת רפרנטית הפועלת לקידום התחום בפנימיות. במסגרת התכנית הוחלט, כאמור, להתמקד בנושאים האלה: עבודה לפי תפריטים, הפחתת צריכת שתייה ממותקת וממתקים, ושיפור תרבות האכילה. ממצאי ההערכה מצביעים על כך שברוב הפנימיות חל שיפור ניכר בנושאים

אלה: השתייה המתוקה הוצאה מן הצריכה היום-יומית כמעט לחלוטין והיא ניתנת בסופי שבוע ובאירועים מיוחדים בלבד; החניכים מקבלים ממתקים כפרס או תגמול על התנהגות טובה בתדירות נמוכה מבעבר, ובחלק מן הפנימיות כלל אינם מקבלים ממתקים כפרס או תגמול. עדיין קיימת בעיה של קנייה עצמית ושל ממתקים שהחניכים מביאים או מקבלים מן הבית. בעניין זה יש חברי צוות, בעיקר מדריכים, הרואים בממתקים הנמסרים על ידי ההורים סוג של קשר עם הילדים שאסור לנתקו, ולכן הם אינם משתפים פעולה עם הניסיונות לשינוי.

המרואיינים תיארו את תהליך הטמעת התכנית בתחום התזונה כאטי והדרגתי, וזקפו את הצלחתו גם לכך שהשינויים הנעשים הם מתונים; עדיין מאפשרים, למשל, לאכול ממרח שוקולד פעם בשבוע ולשתות שתייה מתוקה בסופי שבוע בלבד: *"שתיה מתוקה אין אצלי בבית במהלך השבוע למעט שבת, וכך גם אני עשיתי בפנימייה, אני חושבת שזה קשור לשולחן שבת ולתת משהו מעבר, זה בגלל שהוא ילד שמגיע לו כחלק מהצרכים שלו כדי שיגדל להיות ילד נורמלי."*

מן הראיונות עולה כי קידום נושא התזונה כחלק מתוכני התכנית וכן קיומה של רפרנטיות בנושא תזונה המועסקת מזה כמה שנים מטעם משרד הרווחה, חברו יחד לקידום הנושא בפנימיות ולהעלאתו לסדר היום בפנימייה: *"כיום כשיש תכנית שמחייבת את הפנימייה לעסוק בבריאות אנחנו מבינים אותה [את הנחיות התזונאית] וחשוב לנו."* במחצית מן הפנימיות דיווחו המרואיינים על שינויים הדרגתיים אך משמעותיים בתחום הרגלי האכילה והתזונה: *"אם היום מדריך חדש נכנס הוא נכנס לתפיסה רווחת, שאומרת לא ממתקים אלא אוכל אחר – מינון הפיצות והמאפים ירד מאוד במשפחתונים. הם יכינו ירקות ומרק, וגם יכינו עוגות."*

נראה אפוא כי שני תהליכים מתרחשים בפנימיות בד בבד; תכנית רחבה העוסקת בקידום בריאות וכן רפרנטיות המקדמת את נושא התזונה. השילוב בין שני המאמצים האלה מחזק את קידום נושא התזונה בפנימיות, ומסייע לתהליך הטמעת התכנית בהקשר רחב יותר.

4.2.4 שינויים בתחום הפעילות גופנית

סקר הצרכים העלה כי בפנימיות הושם דגש על היצע הפעילויות הספורטיביות לחניכים ועל היענותם לפעילויות אלו. בעקבות הסקר הונחו הפנימיות להעסיק רכז ספורט ולהכין תכנית פעילויות, כך שכל ילדי הפנימייה ישתתפו בפעילות ספורט כלשהי. לצורך הטמעת השינוי נעזרה מנהלת התכנית ברפרנט הספורט, מר דני יאקא. הסקר העלה כי רק בשלוש פנימיות נושא הפעילות הגופנית הוצב במקום גבוה בסדר העדיפות, ובהן תוארה פעילות נרחבת, המותאמת לגילים השונים ופעילות גופנית שהיא חובה בפנימיות אלו היו רכזי הספורט דומיננטיים והשקיעו זמן ואנרגיה כדי לקדם את הפעילות הגופנית בקרב החניכים באופן יצירתי, על ידי יצירת מגוון אפשרויות המותאמות לצורכיהם השונים. בשאר הפנימיות הוצעו לחניכים חוגי ספורט בשעות אחר הצהריים או הסתפקו בהתארגנות ספונטנית למשחקי חצר (טניס שולחן, כדורגל וכד'). בפנימיות אלה לא תועדה נוכחות החניכים בפעילויות ולא תועד מערך הפעילות הגופנית המוצעת להם.

ממצאי מחקר ההערכה מצביעים על כך שנושא קידום הפעילות הגופנית בפנימיות נמצא עדיין בראשית דרכו; ברוב הפנימיות שבהן הפעילויות לא היו חלק מתכנית רחבה יותר, הניסיונות שנעשו לא הניבו הישגים לאורך זמן. המרואיינים ציינו כי למעמדו של רכז הספורט בצוות הפנימייה חשיבות בהצלחת הטמעת הנושא. בכל הפנימיות מונה רכז ספורט (לרוב במשרה חלקית), ובכולן גדל היצע הפעילויות הזמין לחניכים, ומוצעות להם פעילויות ספורט בשעות אחר הצהריים, חלקן במתכונת של חוגים – כדורגל, כדורסל, אומנויות לחימה, היפ-הופ, אופניים, ניווט ספורטיבי וכד'. נוסף לכך, כחלק מן הניסיון לקדם את נושא הפעילות הגופנית, החניכים רשאים להשתמש באופן חופשי במתקני הספורט בפנימייה. בחלק מן הפנימיות נבדקת הנוכחות בחוגים כדי לוודא שכל החניכים יקבלו שעת פעילות גופנית אחת לפחות בשעות אחר הצהריים, ובחלקן שודרגו מתקני הספורט והציוד. אולם למרות השיפור בהיצע ובזמינות הן של המתקנים והן של פעילויות, לא חל שיפור משמעותי בהשתתפות החניכים בפעילויות לאורך זמן.

בראיונות סיפרו רכזי הספורט כי ניכרה התלהבות ראשונית של החניכים ושל הצוות אולם לא הייתה התמדה. רכז ספורט באחת הפנימיות תיאר: *"אין התמדה מבחינת הצוות, הצוות המוביל, המדריכים ובנות השירות ולכן גם הילדים לא מגיעים לפעילות. הדברים קורים אבל הילדים לא מגיעים. אין מבוגר אחראי שדואג שהילדים יגיעו לחוג."* מנהלה של אחת הפנימיות תיאר: *"הייתה לנו ריצת בוקר עם הילדים אני רצתי אתם ואני הפסקתי וזה דעך. אין יוזמה שנשארה לאורך זמן."*

עוד עלה מן הראיונות כי העובדה שבמהלך שנת ההפעלה השלישית של התכנית סיים דני יאקא את תפקידו כרפרנט ספורט, פגעה ביכולת של יתר הרכזים לקדם את הנושא ללא סיוע והדרכה מקצועית: *"מאוד אהבתי את דני אבל אם לא דני חשוב שיהיה מישהו אחר שיחזיק הנושא, שידאג לקדם אותו בפנימייה וגם במטה המשרד. הוא היה מרכז את זה. זהו תחום שחשוב שאין הלוקסוס שלא יהיה שמישהו ירכז נושא הספורט בפנימיות, זה אחד התפקידים היותר חשובים. אצלי בפנימייה זה ברור שהנושא יקודם. אני בעל תואר שני בחינוך גופני אבל חשוב שיהיה אדם מחוץ לפנימייה מומחה שיכוון ויקדם את זה כמו שיש מישהו שמקדם את נושא התזונה."*

אשר למידת מרכזיותם של רכזי הספורט במערך הצוותי של הפנימייה, מאחר שלרוב הם מועסקים במשרה חלקית, אנשי הצוות לא רואים בהם חלק אינטגרלי מצוות הפנימייה, וכך גם נתפס תחום העיסוק שלהם. חלק מרכזי הספורט הגיעו לפנימייה חדורי מוטיבציה, אך נתקלו בגבול ברור מאד לקידום הנושא – הפעלת חוגים אחר הצהריים. לעומת זאת, בפנימייה שבה סגן המנהל הוא גם האחראי על קידום הפעילות הגופנית, הייתה המציאות שונה לחלוטין; בפנימייה זו קידום הפעילות הגופנית הוא נושא משגשג והוא משולב בתחומי העשייה האחרים בפנימייה (כמו התחום הטיפולי) ובמאמץ לקידום הבריאות (למשל תזונה).

אף שמחקרים רבים מלמדים על קשר בין פעילות גופנית ובריאות נפשית, מעטות הפנימיות שבהן נמצא שילוב בין פעילות גופנית ובין התחום הטיפולי. יותר מכך, נמצא כי לעתים שני התחומים מתחרים על משאבים משותפים. רכז ספורט באחת הפנימיות תיאר: *"כשבאתי אמרו לי שיש מודעות לספורט אבל זה לא מה שראיתי. נפש בריאה בגוף בריא, ובשביל גוף בריא צריך ספורט, אבל הפנימייה*

לא הייתה שם. בנינו תכנית כך שכל ילדי הפנימייה יקבלו שעה אחת בתחום הספורט אחר הצהריים. התכנית הזאת עבדה עם הרבה קושי כי היו טיפולים ופעילויות שהתנגשו. היה קונפליקט בין הטיפול לבין פעילות גופנית. זה בא על חשבון ספורט, עם זה השלמתי.”

הפנימיות שבהן נושא קידום הפעילות הגופנית מוטמע בשגרת הפנימייה הן פנימיות שקידמו את הנושא כחלק מתכנית חברתית-חינוכית-טיפולית: “אנחנו בצוות רב מקצועי יושבים ועושים תכנית שנתית, חודשית ושבועית שמשלבת בין הספורט, הפעילות החברתית, החינוכית והטיפולית. ספורט זה יותר מטיפול, במיוחד כשהילדים מגיעים עם אפס מסגרת, אפס כללים ומשמעת עצמית. זוהי דרך מצוינת לדחוף אותם קדימה. הם אומרים לעצמם הנה אני יכול, אני שווה. יש דברים שהם לא מדידים. ספורט זה דבר מדיד. טיפול במחשבה של הילד זה לא מדיד, זה תהליכים ארוכים. הם בינתיים צריכים דברים של רצף והחיבור הזה בין ההדרכה לבין הטיפול והספורט משיג תוצאות טובות.”

לסיכום, סוגיית קידום הבריאות מחדדת את חשיבות הליווי של רפרנט מן המטה, ואת החשיבות של קביעת סטנדרטים והתמודדות עם התנגדויות ועם השגרה השוחקת בפנימייה. עוד יצוין כי קיים פער בין שני אופני פעולה בפנימיות: פנימיות הרואות בניהול בריאות, בתזונה ובקידום פעילות גופנית מכלול ובו כל אחד מן הנושאים תומך באחרים, ופנימיות המתאפיינות בנתק הן בין הנושאים והן בין בעלי התפקידים הממונים עליהם.

4.3 שינויים הכרחיים בתשתית הארגונית של הפנימיות לצורך שימור הקיימות של התכנית

במסמכי התכנון צוין כי הקמת תשתית ארגונית לקידום תחום הבריאות בפנימיות נועדה לשמור על קיימות התכנית, כדי שצוותי הפנימיות ימשיכו לקדם את הנושא כחלק משגרת עבודתם לאורך זמן, בתום תכנית הפיילוט. לשם כך הונחו הפנימיות לבצע את הפעולות האלה: למנות מוביל בריאות אשר יהיה אחראי קידום התחום בפנימייה; לשלוח אותו יחד עם אנשי צוות נוספים לקורס “מובילי בריאות בפנימיות לנוער בסיכון”; להקים פורום בריאות רב-מקצועי שיפעל לקידום תחום הבריאות; לכתוב תכנית שנתית שבה יוגדרו המטרות בתחום קידום הבריאות שאותן הפנימייה רוצה לקדם; ולהעסיק אחות בהיקף משרה התואם את מספר החניכים בפנימייה.

כדי לסייע למובילי הבריאות להוביל את תהליך השינוי בפנימיות, התקיימו במהלך שלוש השנים שבהן פעלה תכנית הפיילוט כמה ימי עיון, בהנחיית יועצת ארגונית מחברת אדם-מילוא. היועצת אף ליוותה פרטנית חלק ממנהלי הפנימיות, כדי לסייע להם להטמיע רכיבים שונים של התכנית בפנימייה.

א. מינוי מוביל בריאות ותפקידו כסוכן שינוי

למעט פנימייה אחת, בכל הפנימיות שהשתתפו בתכנית הפיילוט מונו ופעלו מובילי בריאות. לרוב היו אלה אחות הפנימייה או אם הבית הראשית, ובחלק מן הפנימיות היו אלה האחראית על הצוות הטיפולי, מנהל הפנימייה, סגן מנהל הפנימייה, מנהלת הפרויקטים או מנהלת ההדרכה.

תהליך הובלת שינוי משול ל"ריצה למרחקים ארוכים" ומצריך מסוכן השינוי להיות דמות דומיננטית בפנימייה, בעל ידע ומסוגלות אישית. בראיונות שנערכו עמם תיארו מובילי הבריאות את עבודתם כמאתגרת ושוחקת, וציינו כי לעתים הם חשים שהמשימה "גדולה" עליהם. למשל, האחיות מובילות הבריאות סיפרו כי מעמדן בקרב אנשי הצוות לא תמיד אפשר להן לקדם את התהליך: "יש לי אחריות בלי סמכות – אני יכולה לצעוק ולא קורה כלום... למדנו קורס עם מילוא – קורס מנהלים אבל אחות זה לא מנהל. יש הסתכלות רחבה, יש מקצועיות אבל אין לי שיניים. שלוש שנים אני מנסה לשנות תזונה ולא ממש מצליחה, אפילו לא לפי המלצות משרד הבריאות. אני יודעת מה מגישים וגם האם הבית אבל שם זה נגמר, אין אכיפה."

המרואיינים הדגישו את החשיבות של זיהוי האדם המתאים להובלת השינוי בפנימייה והסכימו על כך שצריך למנות אדם שהוא דמות מרכזית בפנימייה: "חשוב שחוץ מהאחות יהיו בעלי תפקידים קבועים במערכת וותיקים שמובילים את הפרויקט, מישהו שיכול להניע תהליך של שינוי. תפקיד רוחב. חברה בהנהלה, שהוא בעל קשר עם דמויות מפתח בפנימייה." מקומו המרכזי של המנהל בהובלת השינוי עלה אף הוא בראיונות. אחד המנהלים הסביר: "אי אפשר לדבר עם האחיות שרוצים לעשות שינוי בפנימייה. היא לא יכולה להיות סוכנת שינוי. אם אחות מצאה אוזן קשבת אצל מנהל – הרווחנו. אם לא, יש בעיה – לא יעבוד. ההשתלמות צריכה לכלול את המנהלים, אם לא מבינים שמדובר בשינוי מערכתי, לא הזמינו מנהלים אי אפשר להגדיר אחות כמובילת שינוי. בעולם הפנימיות זה לא יקרה."

לאחר שלוש שנים שבה פעל התכנית הפיילוט, ציינו מובילי הבריאות כי בלעדיהם הדברים עלולים שלא להישמר לאורך זמן. מובילת בריאות מתארת: "יש לנו הרבה הישגים, אבל אם האחיות ואני נסוגות אחורה, אני לא בטוחה שזה מחזיק מעמד. בלעדינו זה יחזיק שנה-שנתיים. אנשי הצוות לקחו השנה כל מיני יוזמות שלהם לקידום בריאות, היינו גאות, אבל אנחנו צריכות להיות אלה שמתזכרות ודוחפות מאחור."

ב. הקמת פורום בריאות וצוות רב-מקצועי

ההנחייה של מתכנני התכנית להקים פורום בריאות בפנימיות נועדה ליצור מסגרת שבה יתקיימו מפגשים של אנשי מקצוע שונים שיפעלו בשיתוף לקידום הבריאות בפנימייה. בכל הפנימיות הוקם פורום בריאות שכלל לרוב את מנהל הפנימייה, האחיות, נציגת צוות טיפולי, אם הבית ונציגים נוספים. ברוב הפנימיות, בשנה השנייה והשלישית להפעלת תכנית הפיילוט היה הפורום פעיל, נכתבה תכנית עבודה, חולקו משימות ונערכו פעילויות. אולם במהלך התקופה חלה ירידה בתדירות המפגשים ובהשתתפות החברים. המרואיינים תיארו קושי להגדיר מטרות חדשות ולשמר את המשך הפעילות של הפורום בתוך שגרת העבודה האינטנסיבית שלהם: "השנה פורום הבריאות עובד במתכונת מצומצמת. בשנה שעברה זה היה מאוד אינטנסיבי, ואני התעייפתי, מודה. הבנתי שדרך הפורום זו הדרך שלי לגייס את האנשים. היה לי מאוד קשה להחזיק את הפורום לאורך השנה היה מאוד אינטנסיבי, פעם בשבועיים. אנשים התעייפו אחרי חצי שנה. הרגישו שמיצינו את המטרות של הפורום, והתחילו לברוח לי קצת האנשים. החזקתי את הפורום עד סוף השנה." יש שצינו כי הקושי נעוץ ביכולת של הפורום להוציא מהכוח אל הפועל את מה שסוכם: "בפורום בריאות יושבים, מדברים וזה לא בהכרח יוצא לפועל, אני אוהב לבוא מהשטח כלפי מעלה. אחרי לבבות נמשכים המעשים."

קיימת הסכמה בקרב המרואיינים כי יש חשיבות למסגרת של פורום הבריאות כדי לשמור על רצף התהליך: "הפנימייה עוד לא נמצאת שם, אבל היא עברה כברת דרך. בגלל זה אני רוצה לחדש את פעילות הפורום בריאות. Use it or lose it. אם לא מדברים על זה, זה בסוף יפנה את מקומו למשהו אחר. אני לא יודע אם אפשר להצביע על משהו שחסר כרגע. זה פשוט מצריך עוד דיבור, ועוד המשכיות."

ג. העסקת אחות והטמעת נוהלי בריאות

כאמור, בפנימיות שבהן לא הועסקה אחות (למעט פנימייה אחת), מועסקת כיום אחות ומוטמעים 19 מתוך 22 הנהלים שנכתבו (ראו פירוט בסעיף 4.2 לעיל). נמצאה הסכמה בקרב המרואיינים כי שני המהלכים האלה יצרו תשתית חשובה לשיפור משמעותי בניהול הבריאות בפנימיות; הימצאות אחות אחראית לנושא וקיומם של נהלים המנחים את אורח העבודה, סייעו רבות להטמעת השינויים במסגרת התכנית.

ד. ייעוץ, ליווי מקצועי ובקרה – מינוי רפרנט בריאות

במסגרת התכנית זכו צוותי הפנימיות לליווי מקצועי שוטף של מנהלת התכנית. למרות שבשלבם הראשוניים של התכנית עלו התנגדויות בקרב אנשי הצוות, כולם הסכימו כי ללא הליווי והדחיפה מצדה הדברים לא היו קורים, וכי יש לכך ערך רב בתהליך הטמעת התכנית. בראיונות העלו המנהלים את הצורך ברפרנט מקצועי שיעזור לקדם את נושאי הבריאות גם בתום תכנית הפיילוט, וניסו להתוות את תפקידו. הצעותיהם מובאות להלן:

א. הרפרנט ישמש **סמכות מקצועית** שעמה ניתן להתייעץ בכל הקשור לנושאי הבריאות שבהם המנהלים אינם בקיאים: "הייתי מאד שמחה לקבל המשך הליווי של מנהלת התכנית, אסור לוותר עליו אחרת זה יתמסמס. למשל הייתי זקוקה לעזרה בהגדרת תפקיד של אחות, זה לא התחום שבו אני עוסקת ולכן נעזרתי במנהלת התכנית שסייעה בהגדרת התפקיד של האחות. דמות שמומחית בנושא בריאות והיא בעלת ידע, חשוב שתסייע לנו ותייעץ."

ב. הרפרנט ישמש **איש קשר** בין מנהלי הפנימיות לאנשי המטה במשרדים השונים בכל הנושאים הקשורים לבריאות: "הוא הפה שלנו בממסד אם צריכים משאבים, למי פונה כשצריך יותר משאבים ויש לי דרישות ורוצה לבקש משהו."

ג. הרפרנט ישמש **שומר סף** שידאג לכך שנושא הבריאות ימשיך להימצא בסדר עדיפות גבוה בפנימייה: "צריך כל הזמן לחזור על התכניות ולהוציא את זה כמו ריענון נהלים בכל תחילת שנה לעשות דברים. זה משהו שנכנס לאורח החיים שלנו, כשאתה יורד וצריך שוב לאסוף כוחות, כמו גלים, עליות וירידות, וצריך כל פעם להציף."

ד. הרפרנט ישמש **איש פיקוח ובקרה** בנושאי הבריאות ויוודא שנוהלי העבודה של משרד הבריאות יישמו בפנימיות. המנהלים העדיפו מתכונת של בקרה משתפת על פני מתכונת של פיקוח נוזף: "המשך ההכשרה של הצוות והליווי הוא גם חשוב. לא שאפשר לעולמי עד, אבל ליווי פה במקום. הגישה צריכה להיות מאוד תומכת. הגישה של הפיקוח הכללי היא גישה של שקיפות – פישלתם, נעזור לכם לתקן, נלמד ביחד. הפיקוח של התזונה, לדוגמא, הוא מאוד שונה – בוא נתפוס אתכם, נעשה ביקורת פתע, נראה איפה אתם מרמים. זה יוצר בצוות שלי ואצלי רצון לא לשתף פעולה. מנהלת התכנית, אגב,

נמצאת בקטגוריה הראשונה, שהמטרה ללמוד, לשפר לקדם. כשיש משהו לא בסדר, אז אומרים שהוא לא בסדר. המטרה היא לא רק ללמד. כשאתה כל הזמן עסוק רק ב'אוי ואבוי יתפסו אותנו עם המכנסיים למטה', וזה תמיד קורה מתישהו. בתחומים האלו של הטמעת שינויים מהסוג הזה, שזה דברים נורא אישיים, זה צריך להיות מאוד תומך, מחבק ומלווה ופחות פיקוחי."

בהקשר זה ציינו המנהלים את סוגית תפקידיהם של אנשי המטה; המפקחים וההנהלה. חשוב לציין כי למרות שתפקיד המפקחים בהקשר של התכנית לא היה ברור למרואיינים, הם ציפו שהמפקח יהיה שותף פעיל בתהליך, מעורב ובקיא בפרטים ובתכנים. לדבריהם עליו להיות הדמות שמעבירה את המסר של השינוי מרמת המטה. כדי שהשינוי יהיה מערכתי, המסר צריך להדהד בכל הרמות של המערכת: "כדי שמנהל ישים זמנו בנושא, המפקח צריך לשאול אותו – כדי שהמערכת תזוז קדימה וזה יהפוך להיות נושא קבוע, השינוי צריך להיות מערכתי. זהו תהליך אבל בקפיצת המדרגה הבאה צריך להיות משהו מערכתי שמאותת על גישה שונה." המנהלים מצפים מאנשי המטה שישדרו שנושא הבריאות נמצא גבוה בסדר העדיפויות של המשרד: "גם להבהיר שמדובר בתכנית עבודה של המשרד, מצב הפיקוח, צריכים להיות בקיאים בתכנית."; "המשרד צריך לאותת למערכת שזה חשוב לו, אחרת זה לא יהיה."

מן ההערכה עולה כי הטמעת נהלים, איוש משרת האחות האחראית ומיסוד פורום בריאות הם אפוא תנאים בסיסיים ליצירת מערכת מובנית ושיטתית לקידום הבריאות בפנימייה בכלל, ולניהול הבריאות בפרט. רכיבים אלו הם הבסיס להקמת תשתית ארוכת טווח לשימור ולשיפור תחומי ניהול הבריאות ולהפיכתם לחלק בלתי נפרד מאורח החיים בפנימייה.

5. חסמים עיקריים בהטמעת התכנית

צוותי הפנימיות נשאלו בראיונות על הקשיים או החסמים שבהם הם נתקלו בתהליך הטמעת התכנית בפנימייה. צוינו שני סוגים של חסמים: חסמים מערכתיים (חוץ-פנימייתיים), הכוללים קשיים שמקורם בממשק בין הפנימייה לגורמי חוץ, וחסמים ברמת הפנימייה (תוך-פנימייתיים), הכוללים קשיים שמקורם במערכת הפנימית של הפנימייה ובכוחות הפועלים בה.

5.1 חסמים ברמת המערכת

5.1.1 היעדר תפיסה מערכתית לקידום בריאות ותרגומה הלכה למעשה ברמת הפנימייה

מן הראיונות עולה כי התפיסה הכוללת בקרב אנשי הצוות היא שקידום בריאות הוא נושא נוסף שיש לעסוק בו, בין שאר תחומי העשייה בפנימייה. רק בשלוש פנימיות הציגו המנהלים תפיסה מערכתית של קידום בריאות, ובשתיים מהן נמצאה עשייה בכיוון הזה. מנהלי הפנימיות האלה ציינו כי בקורס ההכשרה של מובילי הבריאות הוצגה גישה הוליסטית לבריאות, ואולם הייעוץ וההדרכה השוטפים שהם קיבלו עסקו בתחומי הבריאות השונים מבלי להציג תפיסה מערכתית: "הצד המערכתי של התכנית לא בא לידי ביטוי – צריך לעשות זאת מול המנהלים. לא הייתה ראייה מערכתית של הכנסת התכנית." כפועל יוצא מתפיסה זו כל אחד מתחומי הבריאות מטופל בפנימייה בנפרד: תזונה, פעילות גופנית וניהול בריאות, והטמעת התכנית בפנימיות לא הייתה רוחבית, כנושא המשיק לכל תחומי

החיים בפנימייה. יחסי הגומלין בין בעלי התפקידים שעוסקים בכל אחד מהתחומים היו אף הם מוגבלים מאוד. מובילת בריאות מתארת: "אני לא חושבת שהחלוקה לשלושה תחומים (ניהול בריאות, תזונה, ספורט) נכונה. יש המון תחומים שהם לא תזונה וספורט שהם קידום בריאות, למשל: התבגרות, מיניות, זהירות בדרכים, בטיחות... כמעט כל מה שנעשה כאן קשור לקידום בריאות."

למרות שבמהלך התכנית הדגישה מנהלת התכנית את הרצף שבין הבריאות הפיזית לבריאות הנפש, ברוב הפנימיות העיסוק והטיפול בבריאות הפיזית הוא מופרד מן המערך המטפל בבריאות הנפש (שעליו אמון הצוות הטיפולי), והצוותים בהן לא רואים את הקשר שבין העבודה הטיפולית ובין קידום הבריאות הפיזית. כאשר נושא הפעילות הפיזית מתנגש עם מפגשים טיפוליים של החניכים, זוכה האחרון לעדיפות.

השאלה כיצד להפוך את אורח החיים לבריא יותר מעסיקה את כל השותפים להפעלת התכנית בפנימיות; כיצד הופכים את התכנית לחלק משגרת הפנימייה: "איך להפוך מפרויקט לדרך חיים, פרויקט נגמר כשהכסף נגמר, כאן רוצים לעשות צורת התייחסות אחרת שהיא מעבר לנהלים. איך מכניסים לתוך המארג היומיומי. לא מספיק שרכז ספורט יעשה ספורט – ספורט צריך להיות שזור בכל התכנים, גם ברמת המדריך."

5.1.2 היעדר משאבים לקידום בריאות בפנימיות

במהלך הראיונות סיפרו המנהלים על הקשיים הכלכליים שבהם מצויה הפנימייה, ללא קשר לתכנית. במציאות כזו כל תוספת של משימות הופכת את האתגר לגדול יותר: "רוצים שנעשה שינוי גדול ונותנים תקציב של 8,000 שקלים?" הצורך בהקצאת משאבים ייעודיים לפנימיות (כסף ושווה כסף) לשם קידום בריאות היה מוטיב מרכזי בראיונות שנערכו; מנהלי הפנימיות שבו והדגישו כי העובדה שלהטמעת שינוי בקנה מידה כזה לא מתלווה הקצאה תקציבית מקשה על קידום הנושא.

מנהלי הפנימיות מסכימים כי יש שינויים שניתן לעשותם ללא תוספת תקציב, ויש שינויים הכרוכים בהוצאות כספיות, ובהם העסקת אחות והכנסת מזונות בריאים יותר לתפריט: "אנשי מקצוע צריכים לבוא עם תקציב. אם רוצים לשפר את מה שנותנים לילדים, ורוצים להכניס שמן קנולה שהוא יקר יותר, ורוצים לתת שני פירות ליום... אם רוצים להכניס מסר מסוים, צריך לתת תקציב." המנהלים סבורים כי תקציב הוא אחד מן התנאים ההכרחיים לשימור הקיימות של התכנית. היו אף שהציעו פתרון: "אם היו נותנים כסף – לעשות match שקל מול שקל בקידום פרויקטים, זה גם היה מקדם עוד יותר."

5.1.3 היעדר ממשק בין משרד הרווחה ובין משרד הבריאות

כאמור, בתחום ניהול הבריאות בפנימייה טרם נפתרו בעיות כגון: קבלת טיפול במרפאה מארחת, קבלת סיכום מידע רפואי, השלמת חיסונים, המרת מרשמים פסיכיאטרים וכד'. בעיות אלו מובילות לסרבול בעבודת האחות או אם הבית, מהוות מעמסה בהתנהלות השוטפת בפנימייה ואינן מאפשרות להטמיע נהלים מסוימים. בעיות אלו אינן יכולות להיפתר באמצעות האחות או מנהל הפנימייה אלא

מצריכות מעורבות של דרגים בכירים כדי לאתר פתרון מערכתי בין-משרדי. היעדר שיתוף פעולה ממוסד בין שני המשרדים מותיר את הפנימיות להתמודד עם ההשלכות היום-יומיות של חסמים אלו, ואף מותיר את משרד הרווחה ללא ידע ומומחיות הדרושים כדי לטפל בסוגיות בתחום הבריאות (הפיזית והנפשית) העולות תדירות בעבודת הפנימיות.

5.1.4 התאמה תרבותית של התכנית

"פנימייה", כשמה, היא מערכת סגורה שבה מתנהלים כל תחומי החיים. לעולם הפנימיות תרבות המייחדת מסגרות סגורות מסוג זה. מאחר שהפנימיות שנטלו חלק בתכנית הפיילוט שונות בכמה אפיונים ובהם המיקום הגאוגרפי, הרכב האוכלוסייה, השיוך מגזרי וסוג המסגרת הטיפולית, הן שונות גם בתרבות הארגונית שלהן ובאורח החיים בפנימייה.

במהלך הראיונות עלה נושא ה"תרבות" בהקשר של התאמה תרבותית של התכנית לעולם הפנימיות באופן כללי: "מה שהיה מסייע להתגבר על הקשיים זה אם היו מבינים טוב יותר את עולם הפנימיות. ההמלצה המרכזית שיכירו את עולם הפנימיות ויתאימו את הפרויקט לעולם זה." אי-התאמה זו למציאות החיים בפנימייה יצרה פערים בין דרישות התכנית ובין תכתיבי המציאות. חוסר היכולת לגשר על פער זה יצר התנגדות בקרב הצוות ולעתים אף פגע ביכולת להטמיע את השינויים.

אחת הטענות הייתה כי הנהלים נכתבו מתוך הסתכלות רפואית וללא היכרות מעמיקה עם עולם הפנימיות. לדוגמה, אחד הנהלים מחייב נוכחות של אחות במפגש עם הפסיכיאטר. בפועל שינוי זה לא הוטמע במלואו ובחלק מן הפנימיות האחות אף אינה נוכחת במפגשים האלה. המרואיינים הסבירו זאת בכך שנוהל זה אינו מתאים למציאות החיים בפנימייה, לא כתפיסה ולא בפרקטיקה: "האחות אינה ביום-יום עם הילד ולכן לא רואה שינויים בהתנהגות שלו. לכן זה לא בהכרח נכון שהיא זו שתפגוש את הפסיכיאטרית. ברמה המעשית, רוב המפגשים נעשים אחרי הצהריים, כשאחות כבר איננה בפנימייה."

נושא ההתאמה עלה גם בהקשר של אורח החיים הייחודי בכל פנימייה: "חשוב להכיר את הקונטקסט של הפנימייה. לכל פנימייה יש תרבות ארגונית משלה – האנשים, הצוותים מאוד יוצרים את המקום. אין פנימייה שדומה לשנייה. צריך לשבת ולנסות להתאים את אופן ההטמעה של הנהלים לצרכים ולשפה של המקום." ; "פנימייה זה ארגון ולכל אחד יש תרבות ארגונית שלו, צריך לעשות זאת בצורה נכונה, אי אפשר להנחית את זה, כדי שהשינוי לא יהיה למראית עין, צריך להבין החשיבות של זה"; "חשוב להבין – צריך לתפור חליפה לכל מקום שנכנסים אליו, הפנימיות שונות זו מזו. מה שנכון לאחת לא נכון לאחרת וצריך אדפטציה לכל פנימייה. חשוב להבין שיש שונות בין פנימייה שממוקמת בלב עיר, ונגישה לכל השירותים, לפנימייה מרוחקת בפריפריה... לפני שנכנסים צריך להבין שיש משמעות. יש דברים כמו רכז ספורט שלא נחוץ כאן, כי אנחנו מוצפים חוגי ספורט בסביבה."

מן הראיונות עולה עוד כי כאשר מדובר במגזר ייחודי (למשל המגזר הערבי) עלו חסמים תרבותיים בניסיון להטמיע את התכנים: "אנחנו היינו צריכים לעשות תרגום תרבותי עבורנו. הייתה צריכה להיות המודעות שלנו למה צריך להתאים. אנחנו השתמשנו בכללי וההתאמה הייתה בקודים של

המגזר הערבי. זהו מפגש בין הפן התרבותי לפן הבריאותי. אם הורה באוכלוסייה הערבית מגלה שהבת שלו מעשנת זה כמו שהיא זונה. זוהי התפיסה התרבותית. נושא ההסתרה יותר חזק, הבנות מסתירות מההורים ולכן יש גם עבודה של הכנה עם ההורים כדי להגיד להם שהבת שלהם מעשנת.”

5.2 חסמים ברמת הפנימייה

5.2.1 שיתוף הפעולה של צוות הפנימייה והחניכים

הטמעת תכנית בפנימייה היא תהליך הדורש מעורבות של שותפים רבים – מנהל הפנימייה, אנשי הצוות, החניכים והוריהם. הספרות המקצועית מדגישה את החשיבות של שיתוף פעולה רב-מקצועי שבו כל איש מקצוע מביא את נקודת המבט הייחודית לו, וכולם נרתמים לקדם מסר אחיד. כמו כן מושם דגש בספרות המקצועית על שיתוף החניכים בתהליך ובקבלת ההחלטות הנוגעות לתכנית.

היות שלא הייתה כל מדיניות של התכנית בנושא שיתוף הצוותים, החניכים וההורים בתהליך, כל פנימייה עשתה כמיטב הבנתה. מן הראיונות עלה כי מידת שיתופם של אנשי הצוות השונים, החניכים וההורים בתהליך הטמעת התכנית על ידי הצוות המוביל הייתה שונה בין הפנימיות. היו פנימיות שבהן צורפה לפורום בריאות נציגות של החניכים והיו פנימיות שבהן נערכו פעילויות להעלאת המודעות בקרב צוות המטבח. במהלך הראיונות ציינו המרואיינים את חשיבות שיתוף הפעולה והמחויבות של המנהל, הצוות המוביל וצוות המדריכים. מחויבותם של כל אלו לתהליך הטמעת התכנית הוא תנאי לגיוס שיתוף הפעולה של שאר השותפים. המנהל, כמי שנמצא בעמדת הכוח וקבלת ההחלטות בפנימייה; הצוות המוביל, כמי שאחראי על הובלת התהליך והעלאת הנושא לסדר היום של הפנימייה; והמדריכים, כמי שנמצאים במפגש יום-יומי עם החניכים, כסוכני שינוי משמעותיים. מן הראיונות עולה עוד כי גורמים נוספים השפיעו על מידת הנכונות של אנשי הצוות לשתף פעולה עם תהליך הטמעת התכנית: אופן הניהול של הפנימייה, מידת המסוגלות של מוביל הבריאות ומעמדו בפנימייה, איכות היחסים האישיים בין אנשי הצוות וכן המידה שבה שיתף הצוות המוביל את הגורמים השונים בפנימייה בתהליך הטמעת התכנית.

למרות שבספרות המקצועית מתואר שיתוף החניכים בתהליך ובקבלת החלטות כתנאי הכרחי להצלחתה, רק בשתי פנימיות נעשה שיתוף כזה: "בפורום הבריאות נכללים גם שלושה חניכים בוגרים (ט'–י"א) – "צריך לשאול אותם מה הם רוצים, יש להם הרבה דברים חשובים להעלות, וגם אנחנו פה בשבילם, חייבים לתת מקום לרצונות שלהם. זה עבד. מספיק שהם מרגישים שליחים, הם עושים את החיבור. יש להם הרבה מה להגיד."

נוסף לכך, ביותר ממחצית מן הפנימיות סיפרו המנהלים כי התקשו לרתום לתכנית את צוות המטבח, שלכאורה לא נתפס כגורם משמעותי בהטמעתה. לדבריהם, מאחר שמנהל המטבח או חברת הקייטרינג המספקת את האוכל מעוניינים לצמצם את ההוצאות ואת היקף העבודה, הם רוצים לתת לחניכים אוכל מעובד המצריך השקעה מועטה. לעומת זאת, אם הבית המעוניינת לערוך שינויים בתזונה בפנימיות, מבקשת ממנהל המטבח להכין אוכל מבושל מחומרים טריים. ניגוד אינטרסים זה יוצר קשיים רבים בתהליך: "מנהל מטבח זה מוסד בתוך מוסד, זוהי ממלכה בפני עצמה, הם מנותקים מהפנימייה. כדאי

היה שיגיע למפגש, צריך לשלוח לו חומרים מהקורס. "; "לפני שמכניסים את התכנית צריך לשאול: האם המטבח הוא של הפנימייה או קבלן חיצוני? האם הטבח שלך מחובר לתפיסה של בריאות? יש לי קבלן שמכין ארוחות – יש לי מגבלות בהסכם ויש לי מלחמות שלא להכין אוכל מעובד."

5.2.2 המדריך כסוכן שינוי מרכזי

חניכי הפנימיות מבליים את רוב שעות היום בין כותלי הפנימייה. אנשי הצוות, והמדריכים בפרט, הן דמויות משמעותיות שעמן החניכים נמצאים באינטראקציה יום-יומית, והן מהוות עבורם מודל לחיקוי. כמו במשפחה, יש חשיבות למסר אחיד ולמתן דוגמא אישית כדי להביא לשינוי בהתנהגות בכל הקשור לבריאות. צוות המדריכים הוא סוכן השינוי המשמעותי ביותר של התכנית בקרב החניכים. מדריכים שלא היו שותפים לתהליך קבלת ההחלטות בנוגע להטמעת התכנית או שלא עברו השתלמויות או הדרכות בכל הקשור לתכנים התקשו להטמיע את המסרים של תכנית: "בערב שבת אוכלים דג בלי בעיה, באמצע שבוע לא מצליחים, המדריכים תופסים זאת כאוכל של סוף שבוע, אם המדריכים לא אוכלים אין סיכוי שהילדים אוכלים."

נמצא כי ברוב הפנימיות המדריכים כלל אינם מודעים לשמירה על אורח חיים בריא והם עצמם לא ששים לחולל שינוי: "יש למדריכים הרבה נושאים לעסוק בהם וגם מכניסים להם בריאות. צריך להסביר את הרווח של בריאות וספורט – ילד שיעשה ספורט, זה ירגיע אותו. מה הרווחים של אורח חיים בריא, מה אני כאיש צוות מרוויח מזה האם הצוות מוכן לעשות השינוי בעצמו, אם לא איך יעביר לילד?"

5.2.3 קושי של הצוות לתרגם את הידע הלכה למעשה – תרגום תאוריה לפרקטיקה

בתחום ניהול הבריאות קיבלו הפנימיות נהלים כתובים ובהם הנחיות מעשיות כיצד לבצע את השינויים הנדרשים. בתחום קידום הבריאות הצוותים קיבלו ידע, ואותו הם נדרשו לתרגם בעצמם, הלכה למעשה. למשל, במסגרת קורס ההכשרה נתבקשו מובילי הבריאות להכין תכנית כתובה של פעילות שהם רוצים להוציא לפועל ולהגישה על מנת לקבל עבורה מימון. בפועל, הם התקשו לעשות זאת למרות שקיבלו את הידע בנושא בקורס מובילי בריאות. מן הראיונות עולה כי הידע התאורטי אינו מספיק על מנת להביא לפעילות בשטח. אחד המנהלים סיפר: "... צריך להפעיל אדם אחד שקשור בשרשרת של אנשים; מדריכים, ילדים... אם היו עוזרים לנו בתהליך ההטמעה והמנהל לא היה בזה לבדו, אלא היה מקבל עזרה, כי יש מרחק עצום בין מה שקורה בקורס לבין השטח – יש נתק". נראה אפוא כי כדי לתרגם את התאוריה לפרקטיקה ולהפוך את נושא קידום בריאות לאורח חיים בפנימייה, המנהלים זקוקים לעזרה מקצועית, בדומה לזו שקיבלו בתחום ניהול הבריאות.

5.2.4 קושי רגשי של אנשי הצוות לקבוע כללים חדשים ולהציב גבולות

דבריהם של חלק מאנשי הצוות הצביעו על יחס אמביוולנטי להצגת כללים חדשים במסגרת התכנית. למשל, קושי לשנות את "כללי התזונה" ולעמוד בהתנגדויות שעלו מצד החניכים, זאת מתוך תפיסה ולפיה החניכים מתמודדים עם קשיים אחרים עקב נסיבות חייהם ויש להימנע מלהעמיס עליהם אתגרים נוספים. אחת המנהלות תיארה: "אוכל, תזונה, זה אחד הדברים שיושבים אצל אנשים

במקום פסיכולוגי-רגשי קשה. למשל, שוקולד רק פעם בשבוע, חלק מהצוות אומרים 'מסכנים, זה ילדים'. יותר קשה להטמיע את השינויים בתחום הזה לצוות. אכיפה ושימור השינויים מצד הצוות, זה לא פשוט." היא הוסיפה ואמרה: "התכנית דורשת מהילדים שינוי שלא קל להצליח ליישם אותו במסגרת משפחה נורמטיבית. בתרבות פנימייה עוד יותר קשה, ותוסיפי המימד הרגשי-כמעט בלתי אפשרי. אני צריכה לשכנע את הילדים ללכת לבית ספר, לקום בבוקר, עכשיו אני צריכה לשכנע לא לשתות קולה, לא לאכול שוקולד." לעומת זאת, מנהלת אחרת ציינה כי יש לראות את הכוח של החניכים: "הילדים לא מסכנים, אני לא כל הזמן בעמדה שאני צריכה לפצות אותו. אני מטפטפת לצוות ההדרכה והצוות הטיפולי, כשבונים תכנית עוסקים בכוחות של הילד."

6. המלצות עיקריות לשיפור התכנית ולשמירה על קיימותה

בפרק זה יוצגו ההמלצות העיקריות לשיפור התכנית בשלב הטמעתה הרחבה ולשמירה על הקיימות שלה בפנימיות שבהן היא הסתיימה כתכנית פיילוט. ההמלצות מחולקות לשלוש רמות: המלצות ברמת המדיניות של מקבלי ההחלטות, המלצות ברמת התכנית והמלצות ברמת הפנימייה. חשוב לציין כי ההמלצות הן כלליות ומתייחסות ל"מה" מומלץ לעשות ולא ל"איך" יש לבצע זאת.

6.1 המלצות ברמת המדיניות

6.1.1 מינוי רפרנט בריאות במטה משרד הרווחה והגדרת תפקידו

אנשי המטה במשרד הרווחה ואנשי הפנימיות העלו את הצורך להמשיך ולקבל ייעוץ מקצועי והדרכה בנושאי הבריאות, על מנת לקדם את הנושא בפנימיות. אנשי הפנימיות אף העלו את החשיבות הרבה במינוי בעל תפקיד שימשש מומחה תוכן לתחום הבריאות וייתן מענה לצרכים העולים מן השטח. חשוב יהיה להגדיר את תפקידו של הרפרנט מבחינת הנושאים שעליהם הוא יהיה אמון (כגון ייעוץ ובקרה חיצונית, הדרכה ומתן ידע, ייצוג צורכי הפנימיות במטה); האיזון בין ניהול בריאות ובין נושאי בריאות אחרים כגון פעילות גופנית, תזונה, בטיחות וכד'; יחסי הגומלין בין רפרנט הבריאות ובין רפרנטים אחרים (כגון תזונה ופעילות גופנית); ואופן השילוב של תפקידו עם עבודת המפקחים.

6.1.2 יצירת ממשק עבודה יעיל בין משרד הרווחה ובין משרד הבריאות

תכנית הפיילוט שבה והציפה את הצורך בהסדרת הממשק שבין דרגי המטה של המשרדים וקופות החולים ובין דרגי השטח, בכל הנוגע לטיפול הרפואי של חניכי הפנימיות (למשל, אחות בפנימייה מול רופא במרפאה של הקופה). נוסף לכך חשוב ליצור מנגנון קבוע שיאפשר לפנימיות להציף בעיות העולות בעבודה השוטפת הנוגעות לממשק זה.

6.1.3 "תחזוקה שוטפת" של נושא קידום הבריאות בפנימיות

הראיונות מצביעים על כך שעל מנת לשמור על נושא קידום הבריאות במקום גבוה בסדר היום, הפנימיות זקוקות להמשיך ולקבל ידע וכלים בנושא. חשוב יהיה לשלב בימי העיון וההדרכה הנערכים בפנימיות למידה והדרכה בנושאי בריאות. ליווי מסוג זה אף יעודד שיתוף פעולה בין הפנימיות המקדמות בריאות.

6.1.4 הקצאת משאבים ייעודיים לקידום הבריאות בפנימיות

המנהלים התייחסו לקושי הכלכלי שבו שרויות הפנימיות. במציאות כזו, הוספת משימות או הוצאות כספיות מעצימה את האתגר. בעוד שחלק מן השינויים בתחום הבריאות אינם כרוכים בעלות כספית, הטמעת שינויים גדולים כמו העסקת אחות, העסקת רכז ספורט או רכישת ציוד, כרוכים בהוצאות כספיות שעל הפנימיות להוציא מתקציבן. הקצאת תקציב לנושא משמעה העלאתו לסדר היום וקביעת חשיבותו. ברמה המעשית, ללא תוספת תקציב נראה כי הפנימיות יתקשו לערוך שינויים משמעותיים בנושא.

6.2 המלצות ברמת התכנית

6.2.1 משך זמן הפעלת התכנית והגדרת מטרותיה

ממחקר ההערכה עולה כי כפי שחששו מתכנני התכנית, שלוש שנים אינן פרק זמן ריאלי להשגת מטרות בתחומי ניהול הבריאות וקידום הבריאות. בתכנון הטמעת תכנית מסוג זה רצוי לשקול את האפשרות להאריך את משך ההפעלה ליותר משלוש שנים כדי לאפשר את השגת המטרות. במידה ואין אפשרות להאריך את משך ההפעלה, רצוי להגדיר מטרות ריאליות לפרק הזמן המוקצב. יש אף לתת תשומת לב רבה לשלב קביעת המטרות ולהגדירן כך שתהיינה אופרטיביות ככל שניתן.

6.2.2 הטמעת תפיסה מערכתית והוליסטית לקידום בריאות בפנימיות

הפנימיות שבהן הוטמעה התכנית בצורה טובה יותר הן הפנימיות שבהן רווחה תפיסה מערכתית והוליסטית של קידום בריאות. אימוץ תפיסה הרואה בבריאות החניך חלק מחובות הפנימייה חשובה במיוחד בקרב מנהלי הפנימיות. גם בספרות המקצועית מתוארת תפיסה מערכתית של קידום בריאות כאסטרטגיה היעילה ביותר להטמעת תכניות לקידום בריאות. תפיסה זו מבקשת להעביר מסר אחיד, הן ברמת המטה הן ברמת השטח, על מנת להשיג את מטרות התכנית.

6.2.3 המשך הכשרת מוביל הבריאות וקיום פורום בריאות בפנימיות

מאחר שמוביל הבריאות אמור להמשיך בתפקידו גם בתום תכנית הפיילוט, חשוב להעניק לו הדרכה וייעוץ בסוגיות שבהן הוא נתקל בעת מילוי תפקידו. ממחקר ההערכה עולה בין היתר כי מוביל הבריאות וחברי פורום הבריאות חשים שחיקה. על כן, ייתכן שיש לשקול מתן תמריצים ברמת הפנימייה וברמת התכנית (כגון השתתפות בימי עיון, בהשתלמויות, בכנסים בתחום קידום בריאות ובסדנאות) כדי לעודד את התמדתם של מובילי הבריאות בפנימיות.

6.2.4 התאמה תרבותית של התכנית לעולם הפנימיות

כאמור, קיימת שונות גדולה מאד בין הפנימיות. כדי להגדיל את הסיכוי להטמעה מוצלחת של התכנית, יש להתאים את התכנים למאפייני הפנימייה, תוך שמירה על מטרות הליבה של התכנית. על מנת להגדיל את סיכוי הטמעתה, יש להביא בחשבון את תרבות הפנימיות בכלל ואת הצרכים התרבותיים הייחודיים לכל פנימייה בפרט.

6.2.5 קביעת קריטריונים לצירוף פנימיות לתכנית

חשוב לזכור כי לתכנית הפיילוט צורפו פנימיות שעליהן המליץ המפקח. בהנחה שהתכנית תוטמע בפנימיות בהיקף ארצי חשוב יהיה לערוך תהליך מיון ולצרף לתכנית פנימיות העומדות בתנאים הראשוניים להתחייב לתהליך: מחויבות ראשונית לתכנית של המנהל ושל איש צוות בכיר נוסף; יכולת ליצור תשתית ארוכת טווח; ויכולת להוביל שינוי בתוך הפנימייה. טרם הצטרפות לתכנית, מומלץ לעדכן את הפנימיות במשמעות הארגונית והכלכלית של הכנסת השינויים (למשל גיוס אחות). ככלל, חשוב לשקף לפנימיות את הזכויות שלהן ואת התקציבים שלהם הן זכאיות בכל הקשור לנושא קידום הבריאות.

6.3 המלצות ברמת הפנימייה

6.3.1 שילוב יעדים לקידום בריאות בתכנית העבודה של הפנימיות

הגדרת יעדים ופעילויות בתחום קידום הבריאות בתכנית העבודה הכללית של הפנימייה תגדיל את הסיכוי לשמירת הנושא בסדר היום וליצירת תשתית עבודה לאורך זמן. שילוב בין נושא קידום הבריאות ובין תחומי פעילות נוספים בפנימייה עשוי להניב התייחסות מערכתית לנושא, יצירת שיתוף פעולה רב-מקצועי ובקרה על השגת יעדי התכנית.

6.3.2 חשיבות המעורבות והמחויבות של מנהל הפנימייה: בחירת פנימיות שבהן מנהל מעורב ומחויב

הפנימיות שבהן התכנית הוטמעה בצורה טובה יותר הן הפנימיות שבהן הייתה מעורבות פעילה של מנהל הפנימייה ומחויבות שלו לתהליך הטמעתה. המנהל הוא בעמדת הכוח וקבלת ההחלטות בפנימייה ולכן מעורבותו מבטאת את מיקום התכנית בסדר העדיפויות בפנימייה.

6.3.3 בחירת מוביל בריאות אפקטיבי

היות שמדובר בתהליך של הובלת שינוי מערכתי ארוך טווח, למוביל הבריאות תפקיד של סוכן שינוי. על כן עליו להיות בעל מעמד והשפעה בפנימייה; לרוב מדובר בבעל תפקיד בצוות המוביל. נוסף לכך עליו להיות מסוגל להוביל תהליך שינוי בפנימייה. בבחירת מוביל בריאות יש לוודא כי מדובר באדם שלו מעמד וכישורים מתאימים לתפקיד.

6.3.4 שיתוף בעלי עניין שונים בפנימייה בתהליך הטמעת התכנית

כחלק מן היישום של תפיסה מערכתית להטמעת התכנית יש לשתף בתהליך גם בעלי תפקידים מן הצוות האדמיניסטרטיבי בפנימייה (כמו מנהל המטבח), מצוות ההדרכה ומן הצוות הטיפולי. ייתכן שהעברת קורסים או סדנאות ובהם תכנים מותאמים לבעלי התפקידים השונים יקלו על רתימתם לתהליך.

6.3.5 שיתוף החניכים בתהליך הטמעת התכנית

הספרות המקצועית מדגישה כי לשם השגת תוצאה מיטבית, יש חשיבות לשיתוף החניכים בתהליך הטמעת התכנית ובקבלת החלטות בנושאים הנוגעים לה. יש מקום אפוא לשקול לשלב בפורום הבריאות נציגות של שכבות הגיל השונות.