



מרכזים לטיפול בילדים ובני נוער נפגעי תקיפה מינית

הערכת פעילות 2011/12

ד"ר רחל פלדמן - תפקיד מנהלים

צוות המחקר:

ניהול המחקר: **עמנואל בוחבוט**, מנהל מח' פיתוח והערכה בקרן רש"י
אינטגרציה, פרשנות וכתבייה: **ד"ר אפרת הברון**
איסוף נתונים: **יובל פלדי ודורית אביטל**, מכון המחקר "תובנות"
ניתוח כמותי: **רנה פוזנר ואמיר יעקובי**, מכון המחקר "מידע שיווקי"

מאי 2013

מחקר זה מומן ע"י הקרן לילדים ולבני נוער בסיכון במוסד לביטוח לאומי

תודות

המיזם והמחקר המלווה אותו הם פרי עבודתם המאומצת של שותפים רבים לדרך. אנו מבקשים להודות מקרב לב לשותפים הנאמנים להקמת המיזם ולניהולו בעבר ובהווה:

ועדת המנכ"לים המלווה את המיזם: מנכ"ל המוסד לביטוח לאומי, פרופ' שלמה מור יוסף (בראשית פעילות המיזם השתתפו בוועדה המנכ"לים לשעבר, ד"ר יגאל בן שלום וגב' אסתר דומיניסיני); המשנה למנכ"ל משרד הרווחה, מר מנחם וגשל, ומנכ"ל קרן רש"י, מר איציק תורג'מן (בראשית המיזם השתתף בוועדה מנכ"ל הקרן לשעבר מר אלי אלאלוף). תודה גם למר חיזקי ישראל ולעו"ד לוריא, נציגי הוועדה הציבורית של הקרן לילדים ולנוער בסיכון במוסד לביטוח לאומי.

כמו כן אנו מבקשים להודות לגב' ברנדה מורגנשטיין, מנהלת האגף לפיתוח שירותים במוסד לביטוח לאומי עד מרץ 2013, ולמשנה למנכ"ל קרן רש"י, מר מאיר אלמליח, אשר ליוו מקרוב את עבודת המיזם מהבחינה המקצועית ומהבחינה התקציבית.

הוועדה המקצועית המלווה את המיזם: סגן מנהלת האגף לשירותי תקון ונוער מנותק במשרד הרווחה והשירותים החברתיים, מר זוהר חמו; עו"סית ראשית לחוק הנוער במשרד הרווחה, גב' חנה סלוצקי; מנהלת הקרן לילדים ולנוער בסיכון במוסד לביטוח לאומי, גב' דורלי לבנסארט, ונציגת קרן רש"י, גב' דבורה פריד.

הוועדה הבין-משרדית בראשות המשנה למנכ"ל משרד הרווחה, מר מנחם וגשל: פרופ' יונה רוזנפלד, מלווה אקדמי לוועדה; מר מוטי וינטר, סמנכ"ל משרד הרווחה; הגב' חווה פרידמן, פסיכולוגית ראשית, משרד החינוך; הגב' הילה סגל, מנהלת היחידה למניעת התעללות, משרד החינוך; הגב' ימימה גולדברג, פסיכולוגית ראשית, משרד הבריאות, וכל חברי הוועדה המקצועית המלווה.

העמותות המפעילות ומנכ"ליהן: ד"ר חניטה צימרין ועמותת אל"י; אפרת שפרוט ועמותת "עלם"; אריה מונק ועמותת "בית חם"; יאיר באר ורון בן-חיון מעמותת "יחדיו"; מאיר כהן חמוז וקרן מחקרים ב"ח זיו; ארז שימקו וקרן מחקרים ב"ח בני ציון; שם טוב ויצמן ועמותת כפר הילדים "תלפיות", לימור לב ועמותת "יעדים לצפון" וללימור אישית על ניהול המיזם בשלביו הראשונים. כמו כן עמותות מקימות שהוחלפו עם התפתחות המיזם בעמותות הקיימות: עיריית רמלה שהקימה את שלוחת "מאור" ברמלה; עמותת קרן נצרת שהקימה את המרכז בנצרת; מרכז הסיוע "תאיר" שהקים את "מאור"; מרכז הסיוע לנפגעות אונס ת"א שהקים את "בליבנו".

מנהלות המרכזים בעבר ובהווה: יהונתן פיאמנטה (צפת), ד"ר נירית ויסברוד (חדרה ונתניה), בת שבע שיינין (בני ברק), נויה בוטון (לוד), ד"ר אפרת נווה (קריית מלאכי), עינת לוי ואיריס דהאן (באר שבע), פאתנה בשארה (נצרת), מיכל פרידמן (כרמיאל), חפצי רנד (עפולה), ריקי מאירי (ראשל"צ) ומירי ריב ונרית ספיח (חיפה). תודה גם לנתנאל חדד ולדני מלא רון.

רו"ח שי אלון תקציבן המיזם, על הליווי הכלכלי של המיזם ועל עיצוב המבנה התקציבי והתעריפי של המרכזים.

נעמי רוכמן, שליוותה מקצועית את המיזם ואת המחקר בתחילת הדרך.

טלי נוי-הינדי, מנהלת מחלקת הפיתוח וההערכה בקרן רש"י, מיוזמות ומפתחות המחקר המלווה.

עמנואל בוחבוט מנהל המחקר מטעם קרן רש"י.

לירון עזריאל ואלעד דניאלס, אנשי המחשבים של קרן רש"י, שליוו את הקמת המערכת הממוחשבת ואת הטמעתה.

משה בניזרי וחברת Digital Clay.

יובל פלדי, מנהל מכון "תובנות". **ודורית אביטל** מ"תובנות" על ליווי המחקר ואיסוף המידע בשדה.

רינה פוזנר ואמיר יעקובי ממכון "מידע שיווקי" על הניתוח הכמותי במחקר.

ד"ר אפרת הברון- על התכלול (האינטגרציה), הפרשנות והכתיבה של דוח המחקר.

לילך צ'לנוב - על עריכת הלשון של דוח המחקר.

וכן תודה לפרופ' **אירית הרשקוביץ** מאוני' חיפה, לד"ר **ענת פריאור-אונגר** מאוני' חיפה, ל**גב' יעל**

בלייך-קימלמן ולגב' בלה שגיא על עזרתן באיסוף חומר הרקע למחקר.

ראשית דבר: כיצד להשתמש במסמך?

דוח זה מיועד לאוכלוסיות מגוונות (קובעי מדיניות מתחומים שונים, מנהלות מרכזים* ואנשי טיפול) ולא כל חלקיו רלוונטיים לכל הקוראים. הדוח מפורט וארוך, אך כל קורא יכול לקרוא רק את החלקים העונים לצרכיו.

א. בדוח שלוש יחידות:

- פרקים 1-4 מספקים מידע כללי על הרקע המקצועי והכלכלי להקמת המיזם ועל המחקר שליווה אותו.
 - פרקים 5-9 מתארים כמה פרמטרים, כמותיים ואיכותניים, של עבודת המיזם בפועל.
 - פרקים 10-11 ואחרית הדבר הם פרקים מסכמים, והם כוללים גם המלצות לקראת העברת המיזם לאחריות משרד הרווחה.
- ב. תוכן העניינים מפורט ומכוון לפרקים ולנושאים השונים בדוח.
- ג. רבים מהפרקים נפתחים בתקציר הממצאים ומסתיימים בסעיף המלצות. קריאת חלקים אלו בלבד תספק תמונה כללית על הנאמר בפרק.
- ד. הדוח מציג תמונה של המיזם בכללותו ומדי פעם בפעם דן בקבוצת המרכזים הוותיקים בנפרד ובקבוצת המרכזים החדשים בנפרד. בסוף הדוח מצורפים 12 נספחים המציגים תמונה פרטנית של כל אחד מהמרכזים.

* בדוח ננקטת לשון נקבה: "מנהלות", "מטפלות" ו"עו"סיות", אף שאת אחד המרכזים ("זיו" צפת) מנהל גבר, ואף שיש גם מיעוט של מטפלים-גברים במרכזים ושל עו"סים גברים.

תקציר מנהלים

במסגרת השותפות בין משרד הרווחה, קרן רש"י והקרן לילדים ולנוער בסיכון במוסד לביטוח לאומי שהוקמה למטרה זו, החלה בשנת 2007 חשיבה על הקמת מיזם לטיפול בילדים ובני נוער נפגעי תקיפה מינית. המטרה המרכזית הייתה פריסת רשת ארצית של מרכזים טיפוליים שיעסקו בטיפול רגשי בילדים ובמשפחותיהם ויערכו פעילויות חינוך, הסברה והכשרה לקהילה. מעורבותו המקצועית, הארגונית והתקציבית המלאה של משרד הרווחה כבר מן ההתחלה אפשרה פיתוח מודל שיהיה אפשר לאמץ במשרד עם סיום תהליך ההבנייה. כיום יש במיזם 12 מרכזים אזוריים ולהם כמה שלוחות. בשנים הקרובות עתידים לקום שבעה מרכזים נוספים, והם ישלימו את פריסת המענה הארצי לטיפול בקטינים נפגעים מינית. המיזם עתיד לעבור לאחריות המדינה באמצע שנת 2013. דוח זה נכתב לקראת המעבר הצפוי של המיזם לאחריות משרד הרווחה.

השותפות: המיזם קם במימון ובניהול משותף של הקרן לפיתוח שירותים לילדים ולנוער בסיכון במוסד לביטוח לאומי, קרן רש"י ומשרד הרווחה. השותפות יצרה גוף מקצועי אד-הוק המאגד ידע ומוביל פיתוח שירות בנושא טיפול בקטינים נפגעי תקיפה מינית. בזכות שותפות זו התפתח המיזם בהדרגה מצורך אמיתי שכמה גופים נותנים לו מענה חלקי ולא מוסדר, לשירות מוסדר, שיעבור בקרוב למימון מלא של המדינה ולפיקוחה.

המבנה התקציבי של המיזם: פיתוח המודל התקציבי של המיזם היה ייחודי, והתבסס על ניסוי וטעייה "מתוכננים": המיזם החל לפעול בכמה מודלים, ובתהליך של הסקת מסקנות (בליווי מחקר הערכה) נוסח מודל עבודה ארגוני ומקצועי מועדף. התקציב נגזר ממודל העבודה הארגוני והמקצועי, ולא להיפך. בסופו של דבר נבנה תקציב מתפתח רב-שנתי, שגדל עם צמיחת המרכז עד למיליון ₪ למרכז סטנדרטי. בשלב הראשון (2007-2010) השקיעו קרן רש"י והקרן לילדים ולנוער בסיכון במוסד לביטוח לאומי במיזם 20 מיליון ₪. בשלב השני (2011-2012 ועד יוני 2013) הצטרף משרד הרווחה לשתי השותפות הנ"ל; התקציב, גדל ל-25 מיליון ₪, וכל שותף השקיע כשליש ממנו. בשלב האחרון של המיזם יממנו הקרנות הקמת מרכז משולש באיזור ירושלים ומשרד הרווחה יקים בהדרגה מרכזים נוספים עד לפרישה ארצית מלאה ויממן את עליות ההפעלה המלאות.

נתונים כלליים: לאורך השנים צמח המיזם בכל המדדים – הפריסה הגאוגרפית שלו, מספר הפונים אליו, מספר המטופלים בו והפעילויות שהעניק לקהילה. בשנת 2012 ניתנו במרכזים 25,048 שעות טיפול ל-1,400 ילדים ובני נוער שפנו למיזם. מהם טופלו במרכזים 931, ואילו יתר הפונים נועצו עם המרכז או שהיו בכמה פגישות "אינטימיות" שבעקבותיהן הוחלט על טיפול במועד אחר או במסגרת חלופית. מספר המקבלים מענה מהמיזם גדלה בשנה האחרונה ב-30% בקירוב, ושעות הטיפול שנתן המיזם גדלו פי שניים. מטופלים במיזם (מטופלים שנשרו וגם מי שסיימו טיפול בעתו) קיבלו בממוצע 28 שעות טיפול. אורך טיפול ממוצע במיזם (טיפול שהתחיל והסתיים) עמד השנה על 35 שעות. רבים מהמטופלים במיזם נפגעו פגיעות מורכבות: כמחצית מהפונים הם נפגעי גילוי עריות, אונס ומעשה סדום; מעל מחצית מהפונים נפגעו יותר מפעם אחת; לפחות 15% נפגעו על ידי יותר מפוגע אחד. רוב המרכזים הוותיקים עמדו ביעד 3,000 השעות שהיה עליהם לטפל, ואילו המרכזים החדשים עדיין אינם צריכים לעמוד ביעד, כמפורט בטבלה:

טבלה 1: השוואה בין המרכזים במדדים עיקריים, לפי נתוני 2012:

מספר הילדים שקיבלו טיפול ב-2012**	אורך טיפול ממוצע שהתחיל והסתיים	מספר שעות ממוצע שקיבל כל ילד ב-2012 (קלנדרי)*	מספר השעות שנתן כל מרכז ב-2012 (קלנדרי)	
204	30	29	***5,770	אל"י לוד
91	24	30	2,715	"זיו" צפת
96	45	29	2,753	"רימונים" חדרה
141	36	25	3,336	"בליבנו" בני ברק
76	43	30	2,212	"ענבל" באר שבע
96	52	31	2,984	"מאור" קריית מלאכי
53	25	17	906	"כרם" נצרת
47	14	26	1,175	אל"י חולון-ראש"צ
13	41	23	226	"בני ציון" חיפה
28	37	23	655	"עלם" עפולה
63	22	24	1,513	"רימונים" נתניה
23	11	38	803	"כרם" כרמיאל
931	35 (ממוצע)	28 (ממוצע)	25,048	סה"כ

* בניכוי מספר המטופלים שעברו אינטייק בלבד

** כולל ילדים שעברו אינטייק

*** כולל מעל 2,500 שעות שמומנו מכספי יתרות מיזם א'

אפשר לראות שיש פערים גדולים בין המרכזים מבחינת מספר השעות הממוצע שקיבל כל ילד ב-2012. פערים אלו נובעים בראש ובראשונה מן העובדה שבמרכזים החדשים אין עדיין טיפולים ארוכים.¹

איכות הטיפול: המרכזים מתמחים בטיפול בטראומה. הגישה הטיפולית הדומיננטית בהם היא דינאמית, אך נעשה גם שימוש בגישות קצרות מועד להשלמת המענה הטיפולי. מצבם של כ-80% מהקטינים שטופלו במיזם השתפר. הערכה של עוצמת התסמינים (הסימפטומים) לאורך הטיפול מלמדת שבתחילתו עוצמת התסמין עמדה על 7.7², ובהערכה שנייה היא ירדה ל-5.6, והממשיכים לטיפול ארוך שיפרו את עוצמת התסמין לרמה של 4.4. איכות הטיפול ניכרת גם מהערכות של אנשי מקצוע העובדים בשיתוף עם המרכז: כ-90% מהעו"סיות לחוק הנוער העובדות בשיתוף עם המרכזים שבעות רצון מהטיפול בו. שיעור הנשירה ירד מ-10.5% ב-2011 ל-7.5% ב-2012, אולי בעקבות שיתוף הפעולה המתמשך בין הקהילה למרכזים, המאפשר הפניה של הטיפולים המתאימים ביותר למרכז, ואולי בשל התמקצעות ה"אינטייקים" במרכזים, המסייעים אף הם להתאים את הטיפול המיטבי לנפגע הפונה למרכז.

איכות השירות: שירות איכותי הוא חלק מתפיסת העולם של המרכזים. תפיסה זו באה לידי ביטוי בשביעות רצון רבה של כל הגורמים (עו"סיות, מטפלות והורים) מאיכות השירות. 96% מהמטפלות במיזם ציינו שאיכות השירות היא נושא מדובר בצוות ושמנהלת המרכז מדגישה בפניהן את

¹ למרכז "כרם" כרמיאל נתונים חריגים מבחינה זו, אולי בגלל מספר המטופלים הקטן שיש במרכז בהיותו מרכז חדש. אפשרות אחרת היא שהמטפלות בו מגדירות אחרת סיום טיפול, לפחות בחלק מהמקרים.

² ההערכה הראשונה נערכה בין מפגש 4 למפגש 8. השנייה, בין מפגש 20 למפגש 24. קבוצה קטנה יותר של ילדים שטיפולם התארך הוערכה פעם שלישית בין מפגש 36 למפגש 40. סולם מורכבות הפגיעה נע בין 1 ל-10 (=10) פגיעה בעוצמה גבוהה מאוד, 1 = פגיעה בעוצמה קלה יחסית).

החשיבות של מתן שירות טוב למטופלים ולהוריהם. המרכזים מעניקים שירות איכותי, נגיש מאוד מבחינת שעות הפעילות ומבחינת התנאים הפיזיים במרכזים, וטוב למדי מבחינת זמן ההמתנה למענה ראשוני ולתחילת טיפול: שביעות הרצון של העו"סיות לחוק הנוער מהשירות במרכזים עומדת על כ-80%. 75-70% מהן שבעות רצון מזמן ההמתנה למענה ראשוני ולתחילת טיפול. הפריסה הגאוגרפית של השירות עדיין לא שלמה, והיא בינונית. השירות עומד בסטנדרטים אתיים גבוהים ביותר, שומר על פרטיות המטופלים ומשפחותיהם ונוהג בהם בכבוד ובדיסקרטיות הראויים, כמוגדר במסמך הסטנדרטים, ו-99% מהעו"סיות לחוק הנוער מרגישות שהמרכז שומר על חסיון מטופליו.

פיתוח צוות: הנהלת המיזם ומנהלות המרכזים מחזיקים בהנחת עבודה שאיכות הטיפול ואיכות השירות קשורות ישירות לתנאי העבודה של המטפלות – להדרכות, להשתלמויות, לליווי הרגשי ולשכר הולם. רוב המטפלות מקבלות הדרכה פרטנית וקבוצתית ומשתתפות בשיבות צוות. שביעות הרצון של המטפלות מההדרכות עומדת על 70% מההדרכה הקבוצתית ועל כ-90% מההדרכה הפרטנית. עם זאת, כ-20% מהמטפלות אינן משתתפות בהדרכה הפרטנית בקביעות, ורק שני שלישים מהן משתתפות בקביעות בהדרכה הקבוצתית.³ איכות הניהול היא כלי מרכזי בפיתוח הצוות ושביעות הרצון של הצוותים במרכזים מהניהול על היבטיו השונים גבוהה ביותר ועומדת על יותר מ-90%. לדעת מנהלות רבות, תנאי השכר של המטפלות אינם הולמים: בין היתר, הן אינן יכולות לשלם יותר למטפלות ותיקות, ושכר המטפלות המועסקות על פי שעות ("פרילנס") נמוך אבסולוטית ואינו כולל שעות "מעטפת".⁴

קשר עם הקהילה: הנחת יסוד מקצועית של המיזם היא שטיפול מיטבי דורש מעורבות של גופים שונים בקהילה (גורמי רווחה, מערכת החינוך, הורים) ועבודת המרכזים מבוססת על הנחה זו. קשר זה כולל התייעצות של הקהילה עם המרכז, הפניית מטופלים אליו, פעילויות הכשרה, חשיפה ועיון של המרכז בקהילה וכן "ועדות ביצוע".⁵ 84% מהעו"סיות לחוק הנוער העובדות עם המרכזים הוותיקים ו-58% מהעובדות עם המרכזים החדשים מתייעצות בקביעות עם המרכז. 80% מהן הפנו מטופלים למרכז בשלושת החודשים שלפני עריכת המחקר. המנהלות מקדישות זמן רב לייעוץ ראשוני באשר לנפגעים בקהילה, וגם לייעוץ לאנשי מקצוע במהלך הטיפול, לשיתוף פעולה מקצועי עמו, ולהשתתפות בוועדות מקצועיות בקהילה. אפשר לומר שהקשר עם הקהילה הלך ונבנה לאורך השנים וכעת הוא מתקיים על בסיס קבוע ורציף. כלל המרכזים קיימו 186 פעילויות בקהילה בשנת 2012. כצפוי, המרכזים החדשים הרבו בפעילויות חשיפה, ואילו המרכזים הוותיקים התמקדו בפעילויות עיון והכשרה. יצויין שלמרות המשאבים שמשקיעים המרכזים בתחום זה, רק 25% מהעו"סיות לחוק הנוער העובדות עם מרכזים הוותיקים ו-39% מהעובדות עם המרכזים החדשים השתתפו בפעילות המרכז. נראה שגם כשהמרכז כבר מבוסס חשוב להמשיך ולקיים הכשרה וימי עיון לאנשי מקצוע בקהילה, כדי לשמור על הקשר עמו (אם כי ברור שקשרי עבודה קיימים וכינסו ועדות הביצוע על בסיס קבוע עונים על חלק מהצרכים הללו).

³ ככל הנראה בגלל מחסור תקציבי שאינו מאפשר לחייב מטפלות שאינן שכירות להגיע לכל ההדרכות, וכן מכיוון שקיימת גמישות ניהולית הקובעת שאין הכרח שכל מטפלת תשתתף בשתי ההדרכות גם יחד.

⁴ במיזם נקבע שהמטפלים השכירים במרכזים יקדישו 60% ממשרתם לטיפול בפועל במטופלים ו-40% למטלות "מעטפת": קשר עם גורמי המקצוע בקהילה, פעולות הסברה ומניעה, הדרכה ועבודת צוות. נוצר מצב שבו לעתים אי אפשר לדרוש ממטפלות עצמאיות לתת שעות "מעטפת" והטיפול נפגע, ובמקרים אחרים המטפלות עושות את עבודת ה"מעטפת" בלא לקבל עליה שכר. כמו כן, חשוב לציין ששכר המטפלות תלוי בעיקר בעמותות המפעילות.

⁵ ועדות הביצוע הן גוף למפגשים משותפים קבועים שדנים בהם בפניות מהקהילה ומקבלים החלטות על אופי הטיפול המתאים.

יתרונות טיפול במרכזים על פני "קופות טיפול": עד להקמת המרכזים טיפלה המדינה בילדים נפגעי תקיפה מינית באמצעות "קופות טיפול".⁶ כמעט שאין בנמצא נתונים מספריים שיאפשרו השוואה כלכלית "טהורה" בין מודל "קופות הטיפול" לבין הטיפול במסגרת המיזם. עם זאת, אפשר לאמוד את הערך המוסף הטיפולי של עבודה במסגרת מרכזים (מסוכם בטבלה המצ"ב), ולנסות להעריך את משמעותו הכלכלית:

טבלה 2: השוואה בין טיפול במסגרת מרכזים על פני "קופות טיפול":

זמן המתנה	מרכזים	"קופות טיפול"
זניח	זניח	כחודש ויותר
בקרה ופיקוח	פיקוח הדוק	קושי בפיקוח
מוקד הטיפול ביחס למטרות לשמן הוקצה התקציב	נזקי הפגיעה המינית עומדים בלב הטיפול. טיפול המשך ניתן בקהילה, וכך התקציב נותן מענה ליותר קטינים נפגעים	למעשה, חלק מהתקציב מממן צרכים טיפוליים אחרים של הילדים, בלא בקרה ופיקוח על אורכו
עבודה בגישה מערכתית עם הקהילה	העבודה עם הקהילה עומדת בלב מודל העבודה, משפרת את הטיפול ולעתים מקצרת אותו	מטפלים פרטיים נמנעים לעתים קרובות מעבודה עם הקהילה
הגברת מודעות לתופעת הפגיעה המינית בקטינים ומניעתה	המרכזים מחויבים להגברת המודעות ולמניעה. השקעה במטפלים היא גם השקעה במניעה ובחינוך	מטפלים פרטיים אינם מתוגמלים על פעולות הסברה
הזרחה, הכשרה ופיתוח הצוות	מחויבות לפיתוח צוות ופיקוח על כך	קשה לפקח על היקף ההזרחה וההכשרה ועל איכותן.
צבירת הידע בתוך השירות הציבורי	הידע נצבר בתוך השירות הציבורי לצורכי העשרה ושיפור השירות	הידע אינו נשמר במסגרת השירות הציבורי

מתוך הטבלה נראה שהטיפול במרכזים איכותי, מקצועי, מפקח ומתקיים מתוך איגום משאבים עם הקהילה. נוסף על כך, יש בקרה על אורך הטיפול הממוצע והקפדה עקרונית על טיפול ממוקד בפגיעה מינית. כל אלו מאפשרים טיפול מדויק שלעתים הוא גם חסכוני יותר. ממעט הנתונים שמצאנו בספרות המחקרית העולמית באשר לפן הכלכלי של פגיעה מינית בילדים, נראה שעלות משוערת של **אי-הטיפול** הרגשי-נפשי בנפגעים אלו נעה בין הערכה שמרנית מאוד של \$9,206, להערכה של \$135,000 לילד,⁷ שכן היעדר טיפול מעלה את הסבירות לעבריינות, לפשיעה, לבעיות התנהגות וכו'. פגיעה מינית בילדות היא גורם סיכון מובהק לפסיכופתולוגיה. הנפגעים נתונים בסיכון למגוון הפרעות רגשיות, פסיכולוגיות, התנהגויות, בריאותיות ומיניות. ולכן נראה שמבחינה כלכלית, למערך הכולל של טיפול מדויק ומהיר במרכזים יש גם פן חסכוני, שכן אפשר להניח שהיעדר מענה מתאים ומהיר יגרום לנזקים עתידיים שעלותם תהיה גבוהה יותר. אפשר לסכם ולומר שאף שמטרתו העיקרית של המיזם היא מטרה חברתית – לממש את ההכרה באחריות המדינה לשלומם של קטינים נפגעים מינית – והוא אינו מונע משיקולים כלכליים בלבד, יש לו ערך מוסף בהשוואה למודל החליפי של קופות טיפול גם מנקודת מבט כלכלית. יש לציין שאף שביעות הרצון העקרונית של כלל העו"סיות לחוק הנוער מהשירות ומהטיפול במרכזים גבוהה, 20% מהעו"סיות לחוק הנוער העובדות עם המרכזים מעדיפות את מודל קופות הטיפול.⁸

⁶ "קופות טיפול" הן תקציבים העומדים לרשות מחלקות הרווחה ברשויות המקומיות לטיפול בילדים ובני נוער נפגעים מינית. התשלום מועבר למטפלים עצמאיים שהנפגעים מופנים אליהם. שיטה זו פועלת גם כיום באיזורים בהם עדיין אין מרכז.

⁷ Gelles, R.J., & Perlman, S. (2012). *Estimated Annual Cost of Child Abuse and Neglect*, Chicago, Illinois

⁸ ייתכן שהעומס הנוצר במודל העבודה של מרכז-קהילה, מצד אחד, וחוסר במשאבים (תקציב, שעות ותקנים), מצד אחר, הם הסיבות להעדפה של חלק מהעו"סיות את העבודה במודל קופות טיפול. שיטת העבודה במרכזים הפקיעה את השליטה על הטיפול מידי העו"ס, וייתכן שזו סיבה נוספת להעדפה של חלק מהן את מודל קופות הטיפול.

המעבר למשרד הרווחה: לקראת המעבר למשרד הרווחה, המתוכנן לחודש יולי 2013, הוצגו המודל התקציבי הארצי והרציונל שמאחוריו לאנשי התקציבים והכספים של המשרד, והם אישרו אותו כמקשה אחת והבטיחו בזאת את קיומו של המיזם לטיפול בקטינים שנפגעו מינית במימון ובתמיכה של המדינה לעוד שנים ארוכות. כל המעורבים מעריכים שהמיזם עצמו מוכן לקראת המעבר למשרד הרווחה, ואילו במשרד דרושות עוד הכנות לקליטתו. כצפוי, המעבר למשרד מעורר חששות בקרב הגורמים השונים, בעיקר בשל פערים בתרבות הארגונית בין משרד ממשלתי לבין קרנות וארגונים ללא כוונת רווח: בין היתר, שוררת אי ודאות בנוגע להעברת התקציב למרכזים ממשרד הרווחה וחשש מפני השלכותיה של שיטת התקצוב על התנהלות המרכזים ועל איכות השירות. כמו כן, הובע חשש מפגיעה באוטונומיה של מנהלות המרכזים ושל העו"סיות המחוזיות לחוק הנוער, העלולה לפגוע גם באיכות הטיפול. כדי שהמיזם יוכל לעבור למשרד הרווחה באופן הטוב ביותר ויוכל לשמור על אופיו הייחודי, מומלץ לנסות לשמור על מאפייניו הייחודיים כבר בתהליך המעבר ולקבוע נורמה מול פקידי המשרד שהמיזם זקוק לגמישות ולראייה מורכבת של המציאות יותר משירותים אחרים. בעקבות מסקנות המחקר גובשו שורה של המלצות ליישום לקראת המעבר למשרד הרווחה, וכן שורת המלצות ליישום לאחר המעבר. המלצות אלו מוצגות בדוח זה.

המלצות לקראת המעבר למשרד הרווחה: בתחום התקציבי, מומלץ לגבש נוהלי עבודה תקציביים ולקיים חפיפה בין מנהלי המיזם כיום לבין האחראים העתידיים עליו במשרד הרווחה. בתחום גיבוש נוהלי העבודה בין המרכזים למשרד, מומלץ להגדיר את תפקידי העו"סיות המחוזיות ואת אופי הפיקוח ולשמור על גמישות המיזם בכמה תחומים, בין השאר, בתחום העסקת מטפלים מתאימים שאינם עומדים בסטנדרט. מומלץ להגדיר ביתר דיוק ופירוט את חלקם של משרדי החינוך והבריאות במיזם. בתחום תיאום הציפיות, מומלץ להעביר להנהלת המשרד את צורכי המיזם הייחודיים ואת הרלוונטיות של ייחוד זה לאיכות השירות הניתן בו.

המלצות לאחר המעבר למשרד הרווחה: המלצות אלו נובעות מן המסקנות שעלו מהמחקר המלווה, והן דורשות טיפול מערכתי ארוך טווח שראוי שיתחיל מיד לאחר המעבר למשרד.

- למיזם חולשה מבנית אחת: איכות השירות והטיפול הניתנים בשלוחות. בשלוחות יש פחות כוח אדם (לעיתים מטפלת אחת בלבד) ולעיתים השלוחות "מתארחות" במבנים אחרים. מצב זה מגביל את הגמישות בזמני מתן השירות וגם את האפשרות להתאים מטפלת למטופל מבחינת מגדר, שפה וכד'. אף שהמענה הטיפולי שהמיזם נותן בתחומים אלו בשלוחות טוב באופן אבסולוטי, הוא טוב פחות מן המענה הטיפולי הניתן במרכזים מבחינת שעות הפעילות ומבחינת ההתאמה בין מטפלת למטופל. כיום הנגשת השירות באמצעות קיום השלוחות פוגעת באיכות השירות ובזמינותו. משום כך, מומלץ למנות אדם שירכז את השירות ואת הטיפול בשלוחות על כל היבטיו. מומלץ שבעל תפקיד זה יהיה אחראי גם על איתור וגיוס מטפלים מאוכלוסיות ייחודיות ובעבורן, שכן אף על פי שהמיזם מקדיש תשומת לב רבה לטיפול באוכלוסיות ייחודיות ("כרם" נצרת מטפל באוכלוסייה ערבית, מרכז "בליבנו" בני ברק מטפל באוכלוסייה חרדית ושלוחות רבות נותנות מענים לאוכלוסיות אלה) ניכר קושי של ממש לאתר מטפלים דוברי ערבית ואמהרית ויש להקדיש תשומת לב לפיתוח עתודת מטפלים בתחום זה.

- היבט נוסף הזקוק לתשומת לב מערכתית נוגע לפונים למיזם: רק שיטת מהפונים למיזם הם מתבגרים בני 15 ומעלה, אף שניתן לשער שהם נפגעים בשיעור גבוה מכך, ומומלץ לנסות להרחיב את פנייתם למיזם.
 - מיעוט מהילדים פונים למיזם סמוך למועד חשיפת הפגיעה, למרות חשיבות הפניה המוקדמת לקבלת עזרה. מומלץ לנסות לעודד פנייה מוקדמת יותר.
 - כפי שמצוין בתחילת התקציר, לא כל המטפלות משתתפות בהדרכה פרטנית. מומלץ שלא לוותר על הדרכה פרטנית לפחות פעם בשבועיים, גם למטפלות המועסקות לפי שעות ("פריילנס").
 - בתחום התקציבי, בעקבות דברי המנהלות שפורטו לעיל, מומלץ לבחון אפשרות לשפר בהדרגה את תנאי השכר של המטפלות. מומלץ לשקול לשנות את אופי הפיקוח של משרד הרווחה על העמותות המפעילות בתחום שכר המטפלות. כמו כן, מומלץ לבחון שיטת מדידה אחרת של שעות העבודה של המרכזים בקהילה.
- מלבד המלצות אלו, גובשו מתוך ממצאים אחרים שעלו במחקר כמה המלצות נוספות:
- נמצא כי 17% מהפגיעות המיניות בקטינים מתרחשות במוסד חינוכי. מומלץ לגבש מענה ספציפי לפגיעות אלו בשיתוף משרד החינוך.
 - נתון בולט שעלה במחקר הוא שכיחותו של התסמין "הימנעות תודעתית"⁹ בקרב קבוצות רבות של מטופלים במיזם. בשל שכיחות התסמין, מומלץ לשים דגש מיוחד על מציאת טיפול ספציפי המותאם להתמודדות עם הימנעות תודעתית.
- לסיכום:** מן המחקר המלווה את המיזם בשלוש השנים האחרונות עולה שמדובר במפגן מרשים ביותר של שיתוף פעולה בין המגזר השלישי לבין שירות המדינה. תהליך הבנייה של המיזם היה ייחודי ויצר מודל של שיתוף פעולה ענייני המציב לנגד עיניו כל העת את הקטינים הנפגעים. למעשה, המיזם מעניק טיפול טוב מאוד בהשלכות הפגיעה המינית, שומר על סטנדרט גבוה של שירות, מפקח על המטפלות וגם מטפח אותם. סטנדרט הניהול של המיזם גבוה ביותר ומנהלות המרכזים מציגות יכולות ניהול מעולות בתחומים מגוונים. יישום ההמלצות שמטרתן לסייע למיזם לעבור למשרד הרווחה, ויישום ההמלצות הנגזרות מביצועי המיזם ומקשייו, יבטיחו את שימורו של שירות איכותי זה ואת שיפורו.
- כצפוי בעבודה עם מסד נתונים רחב כמו במחקר זה, רק חלק מהמידע בא לידי ביטוי בדוח שלפניכם, ואילו שאלות רבות שעלו ממנו לא נענו כאן. אנו תקווה שהדוח יהווה גם תשתית להמשך המחקר והלמידה בתחום החשוב של טיפול בקטינים נפגעים מינית.

⁹ ניתן להגדיר "הימנעות תודעתית" כמאמץ הקוגניטיבי שמשקיע הנפגע ב"לא לחשוב" על רכיבים כלשהם מהפגיעה. עוד על התופעה ראו, למשל, Wegner, D.M, Schneider, D.J, White, T.L.& Carter, S.R (1986). "Paradoxical Effects of Thought Suppression". In: *Attitudes And Social Cognition*, <http://www.communicationcache.com/>

תוכן עניינים

3	ראשית דבר: כיצד להשתמש במסמך?	
4	תקציר מנהלים	
13	רשימת התרשימים והטבלאות	
13	תוכן התרשימים:	
14	תוכן הטבלאות:	
16	פרק 1: רקע על המיזם ועל המחקר	
17	רקע	
19	1.1 על המיזם	
23	1.2 על המחקר	
25	פרק 2: מתודולוגיה	
25	2.1 מטרות העל של המחקר	
25	2.2 צירי המחקר הייחודיים הנגזרים ממטרות העל ונבחנו במחקר	
26	2.3 שיטות המחקר וכלי המדידה	
27	2.4 ניהול המחקר	
28	2.5 מגבלות המחקר	
29	פרק 3: השותפות בין הגופים המקימים	
29	3.1 עקרונות השותפות	
30	3.2 בניית המיזם מנקודת המבט של השותפים	
31	3.3 הגורמים להצלחת המיזם מנקודת המבט של השותפים	
32	3.4 הערכת מודל ההפעלה של המרכזים מנקודת המבט של השותפים	
33	3.5 הערכת השותפות מנקודת המבט של השותפים	
34	3.6 עתיד המיזם מנקודת המבט של השותפים	
36	פרק 4: המבנה התקציבי של המיזם	
36	4.1 התפתחות המודל התקציבי האחד – ניסוי וטעייה	
38	4.2 המודל התקציבי האחד - המרכז הסטנדרטי בשלות מלאה	
39	4.3 חסרונות המודל התקציבי האחד	
41	4.4 מודל תקציבי אחד מתפתח ורב-שנתי	
41	4.5 הטמעת המודל התקציבי האחד בקרב הגופים המפעילים	
42	4.6 בניית מודל תקציבי ארצי	
44	4.7 אישור המודל התקציבי על ידי משרד הרווחה	
45	פרק 5: נתונים כלליים על המיזם ועל הפונים אליו, והגורמים המשפיעים על הטיפול	
46	5.1 נתונים כלליים	
47	5.2 התפתחות המיזם לאורך השנים	
49	5.3 מאפייני הפונים למיזם	
53	5.4 גורמים משפיעים על הטיפול	
58	5.5 השפעה על נתוני הנשירה במיזם	
61	5.6 המלצות – נתונים כלליים על המיזם ועל הפונים אליו, והגורמים המשפיעים על הטיפול:	
63	פרק 6: איכות המענה הטיפולי	
63	6.1 נתונים כלליים על איכות המענה הטיפולי	
64	6.2 קביעת הגורם המטפל	
65	6.3 שלב ה"אינטייק"	
65	6.4 בחירת אופי ההתערבות הטיפולית	
68	6.5 הדרכת הורים	
71	6.6 קביעת משך הטיפול	
73	6.7 סיום טיפול	
74	6.8 נשירה מהטיפול	
76	6.9 המלצות – איכות המענה הטיפולי	
78	פרק 7: איכות השירות	
78	7.1 נגישות גאוגרפית של השירות	
80	7.2 זמינות השירות מבחינת שעות הפעילות	

81	התנאים הפיזיים במרכזים	7.3
81	מהירות התגובה לפנייה ראשונית ולתחילת טיפול	7.4
82	מענה טיפולי לאוכלוסיות ייחודיות והתאמה תרבותית של השירות	7.5
84	איכות הניהול בהקשר לאיכות השירות	7.6
86	איוש תקנים של מטפלות ועמידת המטפלות בסטנדרט שנקבע	7.7
88	עמידה בסטנדרט מבחינת שמירה על חיסיון ואתיקה	7.8
89	פיקוח ובקרה	7.9
89	המלצות באשר לאיכות השירות	7.10
93	פרק 8: מנגנוני פיתוח צוות	
94	הדרכה פרטנית	8.1
95	ההדרכה הקבוצתית	8.2
96	ישיבות צוות	8.3
97	תנאי השכר של המטפלות	8.4
98	היבטי הניהול הנוגעים לפיתוח הצוות	8.5
99	השתלמות מקצועית	8.6
99	פיתוח צוות המנהלות ותמיכה בו	8.7
100	המלצות – מנגנוני פיתוח צוות	8.8
104	פרק 9: הקשר עם גורמי הקהילה	
104	ועדות היגוי	9.1
105	ועדת ביצוע	9.2
108	קשר שוטף בין המרכזים לקהילה בעניין מקרים בטיפול	9.3
110	קשר עם הקהילה בעניין ייעוץ מקצועי	9.4
112	פעילויות בקהילה	9.5
113	המלצות – הקשר עם הקהילה	9.6
117	פרק 10: הערך המוסף של טיפול במרכזים בהשוואה ל"קופות הטיפול"	
118	הערכת העו"סיות לחוק הנוער את העבודה במרכזים מול מודל קופות הטיפול	10.1
118	זמינות המענה הטיפולי	10.2
118	בקרה ופיקוח	10.3
118	אורך הטיפול	10.4
119	עבודה מערכתית	10.5
119	חינוך והעלאת המודעות לתופעה	10.6
120	פיתוח הצוות, תמיכה בו ושימורו	10.7
120	איסוף הידע, איגומו ושימורו בתחום הטיפול בפגיעה מינית בקטינים	10.8
120	סיכום והמלצות – הערך המוסף של המיזם לעומת קופות הטיפול	10.9
122	פרק 11: מסקנות והמלצות לקראת המעבר לאחריות משרד הרווחה	
122	הערכת הגורמים המעורבים את המוכנות למעבר המיזם למשרד הרווחה	11.1
123	חששות לקראת המעבר למשרד הרווחה	11.2
125	המלצות להסדרה לקראת המעבר למשרד הרווחה	11.3
127	המלצות להסדרה לאחר המעבר למשרד הרווחה	11.4
131	אחרית דבר: לקראת מחקר עתידי	
132	ביבליוגרפיה לסקירת ספרות	
132	ביבליוגרפיה ומקורות	
135	נספחים	
141	נספח א': מרכז אל"י חולון-ראשל"צ	
149	נספח ב': מרכז אל"י לוד	
157	נספח ג': מרכז "בליבנו" בני ברק נתונים כלליים	
165	נספח ד': מרכז "בני ציון" חיפה	
170	נספח ה': מרכז "זיו" צפת	
179	נספח ו': מרכז "כרם" כרמיאל	
188	נספח ז': מרכז "כרם" נצרת	

196	נספח ח': מרכז "מאור" קריית מלאכי
204	נספח ט': מרכז "עלם" עפולה
212	נספח י': מרכז "ענבל" באר שבע
221	נספח י"א: מרכז "רימונים" חדרה
229	נספח י"ב: מרכז "רימונים" נתניה
237	על השותפים למיזם:

רשימת התרשימים והטבלאות

תוכן התרשימים:

מספר תרשים	תוכן התרשים	פרק ועמ'
1	מספר הילדים שקיבלו מענה מהמיזם לאורך השנים	1 רקע עמ' 21
2	מימון המיזם על ידי השותפים לאורך השנים, במיליוני שקלים	1 רקע עמ' 23
3	המבנה הארגוני של המחקר	2 מתודולוגיה עמ' 27
4	מספר הקטינים שפנו למיזם בשנת 2012, לפי סוג המענה שקיבלו מהמיזם	5 מצב המיזם עמ' 46
5	צמיחת המיזם מבחינת מספר הפונים לשירות, מספר המטופלים ומספר שעות הטיפול 2009-2012	5 מצב המיזם עמ' 47
6	מספר המטופלים במרכזים בשנים 2011 ו-2012, לפי מרכז	5 מצב המיזם עמ' 48
7	מספר הפונים למיזם, לפי קבוצות גיל	5 מצב המיזם עמ' 50
8	הפונים למיזם לפי מגדר, והמסויימים טיפול לפי מגדר	5 מצב המיזם עמ' 50
9	התפלגות הפונים למיזם לפי סוג הפגיעה	5 מצב המיזם עמ' 51
10	אחוז הפונים למיזם לפי היקף הפגיעה	5 מצב המיזם עמ' 52
11	מספר הילדים שנפגעו ופנו למיזם, לפי קרבה לפוגע	5 מצב המיזם עמ' 52
12	התפלגות הפונים למיזם לפי למקום התרחשות הפגיעה	5 מצב המיזם עמ' 52
13	רמת השיפור בתסמין המרכזי, לפי מגדר	5 מצב המיזם עמ' 53
14	סה"כ שיפור בטיפול, לפי גיל ומגדר	5 מצב המיזם עמ' 53
15	התקדמות בטיפול בקרב קבוצת שני המועדים בפגיעות נבחרות	5 מצב המיזם עמ' 54
16	מספר השעות הממוצע הכללי ומספר השעות הממוצע לטיפול שהסתיים, לפי היקף הפגיעה	5 מצב המיזם עמ' 55
17	מידת השיפור בתסמין העיקרי (התבוננות בתסמינים נבחרים)	5 מצב המיזם עמ' 56
18	ללא שיפור והרעה קלה בקרב קבוצת שני המועדים, לפי תסמינים	5 מצב המיזם עמ' 57
19	שיפור עקבי בתסמינים לאורך הטיפול, בקרב קבוצת שלושת המועדים בהשוואה לבלי שיפור/הרעה בקרב קבוצת שני המועדים	5 מצב המיזם עמ' 58
20	שיעור הנושרים מכלל הפונים, לפי סוג הפגיעה	5 מצב המיזם עמ' 59
21	אורך טיפול ממוצע ואורך טיפול עד לנשירה, לפי סוג הפגיעה	5 מצב המיזם עמ' 59
22	שיעור הנושרים מבין הפונים, לפי הזמן שחלף מהפגיעה עד מועד הפנייה	5 מצב המיזם עמ' 60
23	איכות הטיפול, לפי ההשפעה על התסמין העיקרי שעמו הילד הגיע לטיפול (באחוזים)	6 המענה הטיפולי עמ' 63
24	שיעור המטפלות שדיווחו שהן משתמשות בפועל בכמה שיטות טיפול	6 המענה הטיפולי עמ' 67
25	מאפייני עבודת המטפלות עם ההורים, בחלוקה למרכזים ותיקים וחדשים	6 המענה הטיפולי עמ' 69
26	תדירות העבודה עם הורים במרכז על פי דיווח המטפלות, בחלוקה למרכזים ותיקים וחדשים	6 המענה הטיפולי עמ' 70
27	טיפול ארוכים, התפלגות המטופלים לפי סוג הפגיעה (N=50)	6 המענה הטיפולי עמ' 72
28	שיעור המטפלות שציינו שהן מבססות את ההחלטה לסיים טיפול על הסיבות האלה	6 המענה הטיפולי עמ' 74
29	חלוקת המרכזים לפי מידת הנגישות	7 איכות השירות עמ' 79
30	שיעור המטפלות העומדות בסטנדרטים, בחלוקה למרכזים ותיקים וחדשים	7 איכות השירות עמ' 87
31	תעסוקת המטפלות בחלוקה למרכזים ולשלוחות, ותעסוקת המטפלות לפי סוג משרה	7 איכות השירות עמ' 87
32	שיעור המטפלות שהשיבו "תמיד" ו"לעיתים קרובות" באשר לשימוש בתוכנת Digital Clay	7 איכות השירות עמ' 89

8 פיתוח צוות עמ' 94	שיעור המטפלות המשתתפות בהדרכה הפרטנית, בחלוקה למרכזים ותיקים וחדשים	33
8 פיתוח צוות עמ' 94	שיעור המטפלות שהביעו הסכמה רבה עד רבה מאוד עם היגדים שונים על ההדרכה הפרטנית במרכז	34
8 פיתוח צוות עמ' 95	שיעור המטפלות המשתתפות בהדרכה הקבוצתית, בחלוקה למרכזים ותיקים וחדשים	35
8 פיתוח צוות עמ' 96	שיעור המטפלות המשתתפות בהדרכה הקבוצתית, לפי אופי חוזה ההעסקה	36
8 פיתוח צוות עמ' 96	שיעור המטפלות שהביעו הסכמה רבה עד רבה מאוד עם היבטים שונים בהדרכה הקבוצתית	37
8 פיתוח צוות עמ' 97	שיעור המטפלות שהסכימו עם היבטים שונים של ישיבות הצוות	38
9 קשר עם הקהילה עמ' 107	הנושאים שהועדו עוסקות בהם, על פי עו"סיות לחוק הנוער	39
9 קשר עם הקהילה עמ' 110	ציפיית העו"סיות לחוק הנוער בעניין תדירות הדיווחים מהמרכזים	40
9 קשר עם הקהילה עמ' 111	אחוז העו"סיות לחוק הנוער המתיעצות עם המרכז	41
9 קשר עם הקהילה עמ' 112	מספר הפעילויות בקהילה בממוצע במרכזים הוותיקים ובמרכזים החדשים	43, 42
9 קשר עם הקהילה עמ' 113	שיעור העו"סיות לחוק הנוער שהשתתפו בפעילות של המרכז בקהילה ב-2012	44

תוכן הטבלאות:

מספר טבלה	תוכן הטבלה	פרק ועמ'
1	השוואה בין המרכזים במדדים עיקריים, לפי נתוני 2012	תקציר מנהלים עמ' 5
2	השוואה בין טיפול במסגרת מרכזים על פני "קופות טיפול"	תקציר מנהלים עמ' 7
3	כלי המדידה, מועדי המדידה וההיקפים שלהם	2 מתודולוגיה עמ' 26
4	תקצוב משרות	4 תקציב המיזם עמ' 38
5	תקצוב הדרכות והכשרות לצוות ולקהילה	4 תקציב המיזם עמ' 38
6	תקצוב הוצאות אחזקה	4 תקציב המיזם עמ' 38
7	תקצוב ציוד מתכלה	4 תקציב המיזם עמ' 39
8	ריכוז עלויות ומקורות מימון	4 תקציב המיזם עמ' 39
9	מודל תקציבי מתפתח רב-שנתי	4 תקציב המיזם עמ' 41
10	תקציב המרכזים הקיימים והמתוכננים	4 תקציב המיזם עמ' 43
11	עלויות מטה לשנה	4 תקציב המיזם עמ' 43
12	עלויות הקמה שנתיות	4 תקציב המיזם עמ' 43
13	השוואה בין השנים 2011 ו-2012 בכמה מדדים	5 נתונים כלליים עמ' 46
14	השוואה בין המרכזים במדדים עיקריים, לפי נתוני 2012	5 נתונים כלליים עמ' 47
15	מידת ההלימה בין דפוסי עבודת המרכזים לבין התוכנית הארצית ומודל ההפעלה – דצמבר 2012	5 נתונים כלליים עמ' 48
16	פילוח הפונים למיזם לפי הזמן שחלף מאז הפגיעה	5 נתונים כלליים עמ' 51
17	רמות השיפור בטיפול בקרב קבוצת שלושת המועדים	5 נתונים כלליים עמ' 54
18	התסמין הדומיננטי בסוגי פגיעה שונים	5 נתונים כלליים עמ' 55
19	תסמינים מאפיינים לפי מגדר וגיל	5 נתונים כלליים עמ' 56
20	פגיעות אופייניות על פי קבוצות גיל	5 נתונים כלליים עמ' 56

מספר טבלה	תוכן הטבלה	פרק ועמ'
		57
21	ממוצע שיפור היעד המרכזי שהגדירו המטפלים בין המדידה הראשונה לשנייה	5 נתונים כלליים עמ' 58
22	סיכום ההשפעות על אורך הטיפול ועל הצלחתו	5 נתונים כלליים עמ' 60
23	היעדים המרכזיים שבחרו המטפלות	6 איכות המענה הטיפול עמ' 65
24	שיעור המטפלות שדיווחו על נסיבות מבוססות נתונים לסיום טיפול, לפי מרכז	6 איכות המענה הטיפול עמ' 77
25	רכיבים שונים במענה הטיפולי, על פי העו"סיות לחוק הנוער, לפי מרכז	6 איכות המענה הטיפול עמ' 77
26	פריסת השלוחות במרכזים	7 איכות השירות עמ' 79
27	עמידה בסטנדרט של מנהלות המרכזים, על פי מדדים שונים	7 איכות השירות עמ' 85
28	פירוט רכיבי שירות שונים מנקודת המבט של עו"סיות לחוק הנוער, לפי מרכז	7 איכות השירות עמ' 91
29	היבטים בתפקוד מנהלת המרכז הנוגעים לאיכות השירות לפי מרכז, על פי סקר מטפלות	7 איכות השירות עמ' 92
30	שביעות הרצון של המטפלות מהיבטים בהדרכה הפרטנית, לפי מרכז	8 פיתוח צוות עמ' 101
31	שביעות הרצון של המטפלות מהיבטים בהדרכה הקבוצתית, לפי מרכז	8 פיתוח צוות עמ' 102
32	שביעות הרצון של המטפלות מהיבטים בתפקוד מנהלת המרכז הנוגעים לפיתוח צוות, לפי מרכז	8 פיתוח צוות עמ' 102
33	שביעות הרצון של המטפלות מהיבטים בישיבת הצוות, לפי מרכז	8 פיתוח צוות עמ' 103
34	ועדות היגוי ב-2012, לפי מרכזים	9 קשר עם הקהילה עמ' 105
35	ועדות ביצוע ב-2012, לפי מרכזים	9 קשר עם הקהילה עמ' 106
36	כמה מדדים של הקשר בין העו"סיות לחוק הנוער, לבין המרכז, לפי מרכז	9 קשר עם הקהילה עמ' 114
37	תדירות הדיווח של המטפלות לגורמי מקצוע בקהילה, בכתב ובעל-פה	9 קשר עם הקהילה עמ' 114
38	מדדים שונים של תפקוד המנהלת בנוגע לקשר עם הקהילה מנקודת מבט של המטפלות, לפי מרכז	9 קשר עם הקהילה עמ' 115
39	תפיסת העו"סיות לחוק הנוער את הקשר עם הקהילה, לפי מרכז	9 קשר עם הקהילה עמ' 115
40	מדדים בתפקוד ועדת הביצוע על פי עו"סיות לחוק הנוער, לפי מרכז	9 קשר עם הקהילה עמ' 115
41	שיעור העו"סיות לחוק הנוער שדיווחו על מספר המטופלים שהופנו לטיפול המרכז ב-90 הימים שלפני עריכת הסקר	9 קשר עם הקהילה עמ' 116
42	סיכום פעילות המרכזים בקהילה	9 קשר עם הקהילה עמ' 116

פרק 1: רקע על המיזם ועל המחקר

מאז שנת 2007 פועלים מרכזים לטיפול בקטינים נפגעי תקיפה מינית במימון המיזם המשותף של קרן רש"י, הקרן לילדים ולנוער בסיכון במוסד לביטוח לאומי ומשרד הרווחה. פרק זה יתאר את הרקע להקמת המרכזים במסגרת המיזם ואת המחקר המלווה את ההקמה.

רקע על המיזם ועל המחקר – תקציר

- בכל אחת מהשנים 2008 ו-2009 הופנו לפקדי סעד לחוק הנוער קרוב ל-6,000 מקרים שדיווחו על התעללות מינית בקטינים. פגיעה מינית בילדות היא גורם סיכון מובהק לפסיכופתולוגיה. הנפגעים נתונים בסיכון למגוון הפרעות רגשיות, פסיכולוגיות, התנהגותיות, בריאותיות ומיניות.
- במהלך השנים התפתחו בישראל שירותים טובים של מענה במצבי חירום בתחום הפגיעה בקטינים, אך הם לא היו נגישים מבחינה גאוגרפית ומבחינה תרבותית לכל אוכלוסיית המדינה, וכן לא היו מתואמים זה עם זה, ולכן לא אפשרו טיפול רציף ומתמשך בנפגע ובמשפחתו.
- משנת 2008 קיבלה מדינת ישראל אחריות מלאה על הפעילות החינוכית וההסברתית למניעת פגיעה מינית בקטינים, לאיתור הנפגעים ולטיפול בהם, על ידי מתן מענה טיפולי מיידי ומותאם לצורכי כל קטין וקטינה נפגעי פגיעה מינית ועל ידי פיתוח תוכניות איתור ומניעה בקהילה, מתוך איגום משאבים ושיתוף בין משרדי הממשלה לבין המגזר השלישי.
- משנת 2007 ועד היום התפתח המיזם, והיום פועלים בו 12 מרכזים אזוריים וכמה שלוחות. בשנים הקרובות עתידים לקום עוד שבעה מרכזים, והם ישלימו מתן מענה ארצי לקטינים נפגעי תקיפה מינית.
- בשלב הראשון (2007-2010) היקצו קרן רש"י והקרן לילדים ולנוער בסיכון במוסד לביטוח לאומי למיזם 20 מיליון ₪. בשלב השני (2011-2012 ועד יוני 2013) הצטרף משרד הרווחה לשתי השותפות האלה וכל אחד מהשותפים מימן כשליש מהתקציב. בשלב זה גדל התקציב ל-25 מיליון ₪. את השלב האחרון בהשלמת הקמת המרכזים יממנו הקרנות, ואילו משרד הרווחה יממן את עלויות ההפעלה מכאן ואילך.
- כדי לתעד את התנהלות המרכזים ואת השירות בהם ולבחון את איכותם, ניהלה מחלקת הפיתוח וההערכה בקרן רש"י שני מחקרי הערכה. כדי להשיג דוח מקצועי, הן ברמה הניהולית הן ברמה הטיפולית, ערכו את המחקר שלפניכם (השני) שלושה גורמים: מכון מבצע, גורם מנתח נתונים ומתכללת (אינטגרטורית).

בכל אחת מהשנים 2008 ו-2009 הופנו לפקידי סעד לחוק הנוער קרוב ל-6,000 מקרים שדיווחו על התעללות מינית בקטינים.

היקף תופעת הפגיעות המיניות בקטינים בישראל: הנתונים על היקף תופעת הפגיעות המיניות בקטינים בישראל הם בגדר הערכות בלבד. בשנים 2008-2009 הופנו לפקידי סעד לחוק הנוער 5,200-6,000 מקרים חדשים בשנה שדיווחו על התעללות מינית בקטינים.¹⁰ בשנים 2008-2010 טופלו 1,120-2,200 ילדים. בראשית שנות השמונים של המאה העשרים נערך ערכה דיאנה ראסל סקר אפידמיולוגי רחב בקרב יותר מ-900 נשים, וממנו עלה שאחת מכל שלוש נשים עברה פגיעה מינית בילדותה.¹¹ נוסף על כך, נתונים ממרכזי הסיוע לנפגעות אונס ותקיפה מינית לאורך השנים מראים שבממוצע רב-שנתי כ-20% מהפונות למרכזי הסיוע נפגעו מגילוי עריות. בקרב רובן החלה הפגיעה לפני גיל 12.¹² על אחוזי הפגיעה המינית בילדים אפשר ללמוד גם מתוך סקירת הספרות המחקרית העולמית. מסקירה זו עלה שאחת מתוך שלוש-חמש ילדות סובלת מפגיעה מינית בילדות. גם 8% מהגברים עברו פגיעה מינית בהיותם ילדים.¹³ בארצות הברית מצביעה הסטטיסטיקה על אחד מתוך שלושה ילדים המנוצלים מינית לפני הגיעם לגיל 18. רוב הנפגעים צעירים מאוד, מתחת לגיל 7.

פגיעה מינית בילדות היא גורם סיכון מובהק לפסיכופתולוגיה. הנפגעים נתונים בסיכון למגוון הפרעות רגשיות, פסיכולוגיות, התנהגויות, בריאותיות ומיניות.

נזקי הפגיעה המינית בילדות: פגיעה מינית בילדות נחשבת טראומה, לא מחלה, אולם הספרות המחקרית רואה בפגיעה מינית בילדות גורם סיכון מובהק לפסיכופתולוגיה.¹⁴ עדויות מחקריות ברורות מעידות שנפגעים מהתעללות מינית בילדות נתונים בסיכון ברור למגוון הפרעות בריאותיות, רגשיות, פסיכולוגיות, התנהגויות ומיניות. בין היתר, הנפגעים נתונים בסיכון גבוה לסבול מדיכאון, מחרדה (כולל PTSD ו-OCD), מדיסוציאציה, מהפרעות אכילה, מהפרעות אישיות, ממחשבות אובדניות ומניסיונות אובדניים, משימוש בסמים ובאלכוהול, להיות מעורבים בהתנהגות מינית בסיכון גבוה ולסבול מקשיים חברתיים, מקשיי למידה, מקורבנות חוזרת ועוד.

במהלך השנים התפתחו בישראל שירותים טובים למענה במצבי חירום בתחום הפגיעה בקטינים. עד להקמת המיזם השירותים לא היו מתואמים, ולכן לא קיימו רצף טיפולי, וכן לא היו מונגשים גאוגרפית ותרבותית לכל אוכלוסיית המדינה.

אופי המענה הטיפולי בילדים שעברו פגיעה מינית בישראל עד הקמת המיזם: בשלושת העשורים האחרונים הולך וגובר העיסוק הציבורי בארץ ובעולם בהיקף הפגיעה המינית בקרב ילדים ונוער

¹⁰ בנבנישתי, ר' (2009). פניות לפקידי סעד והטיפול בהם: סיכום ממצאים לשנת 2008, ירושלים: מכון חרוב (ע"ר).

¹¹ גור, ע' (2002). השלכות נפשיות ארוכות טווח בנשים נפגעות תקיפה מינית, הרצאה ביום עיון מכללת גליל מערבי, 23.5.02. www.wtc-anatgur.co.il

¹² מתוך הדוחות השנתיים של איגוד מרכזי הסיוע לנפגעי ונפגעות תקיפה מינית בישראל. www.1202.org.il

¹³ Trask, E.V, Walsh K. & DiLillo D. (2011). "Treatment Effects for Common Outcomes of Child Sexual Abuse: A Current Meta-Analysis", In: *Aggression and Violent Behavior*, 16: 6-19

¹⁴ Maniglio, R. (2009). "The impact of child sexual abuse on health: A systematic review of reviews", In: *Clinical Psychology Review*, 29: 647-657

ובהשלכותיה. עד סוף שנות השבעים של המאה שעברה, פגיעה מינית בילדים כמעט שלא הוכרה כתופעה חברתית, וממילא גם לא נחקרה. בשנות השבעים הוקם בישראל מרכז הסיוע הראשון שהעניק תמיכה ועזרה חברתית לנפגעות, 15 ובעקבותיו קמו מרכזים נוספים שסיפקו שירות לנפגעות ולנפגעים בלא תשלום. המרכזים הראשונים לטיפול קליני בפגיעה מינית הוקמו באמצע שנות השמונים ביוזמת אנשי מקצוע שהכירו בחוסר במענה טיפולי מתאים. עד להקמת המרכזים במסגרת המיזם, פעלו כמה עמותות ומכוני טיפול פרטיים שהציעו טיפול לנפגעות בעלות מדורגת או סמלית. רק כמה מהם הציעו טיפול גם לילדות ולילדים. בשנות התשעים קמו מרכזים טיפוליים ציבוריים שאינם גובים תשלום (כמו מרפאות בבתי חולים כלליים). בשנת 2007, לאחר שהוחלט על מימון המרכזים הרב-תחומיים לטיפול בנפגעות תקיפה מינית על ידי המדינה, קמו ארבעה מרכזים נוספים, אך רק חלקם מטפלים בנערות ובנערים, והם כמעט לא מטפלים בילדים מתחת לגיל 13. בה בעת, במהלך העשור האחרון, התפתחו בישראל כמה שירותים למתן מענה במצבי חירום בתחום הפגיעה בילדים, ובהם מרכזי הגנה, מרכזי חירום, מסגרות קלט חירום וכדומה. כמן כן, פועלים שירותים נוספים, כגון השירות לנערה במצוקה במחלקות לשירותים חברתיים ומרכז יום "בית אמיתי" שמפעילה עמותת "עלם". נוסף על כך, פועלות בארץ תוכניות כמו "עיר ללא אלימות" והתוכנית הלאומית לילדים ולנוער בסיכון ("שמיד"), ובמשרד הרווחה הוקצה תקציב ייעודי לטיפול פרטני בילדים נפגעי תקיפה מינית באמצעות מטפלים עצמאיים שהרשויות המקומיות שוכרות ("קופות טיפול"). גם המועצה לשלום הילד עוסקת בתחום באמצעות הקצאת תקציב ייעודי לטיפול בקטינים נפגעי תקיפה מינית. תוכניות ושירותים אלו שיפרו את אפשרויות ההגנה ואת המענים הקהילתיים שיפור ניכר. כל המענים הללו – יחד ולחוד – הלכו והתמקצעו לאורך השנים, הובילו את השיח הטיפולי המקצועי בנוגע לטיפול בקטינים נפגעים מינית וקידמו אותו. השפה המקצועית שהתפתחה בשירותים האלה והמודעות העולה לתחום היוו מצע שממנו צמח המיזם. ואולם, מיפוי השירותים מלמד שאמנם כמה שירותים וארגונים עוסקים, כל אחד בנפרד, במתן מענה טיפולי לקטינים, אולם שכמה מהם אינם מעניקים טיפול ייחודי ומקצועי בנפגעי פגיעה מינית. גם המרכזים המתמחים בטיפול כזה אינם מתואמים זה עם זה, אינם פרוסים פריסה שיוונית ברחבי הארץ, ולכן אין רצף טיפולי, הן ברמת הפרט ומשפחתו והן ברמה הארגונית.

מדינת ישראל מקבלת אחריות מלאה לפעילות חינוכית והסברתית למניעת פגיעה מינית בקטינים, לאיתור הנפגעים ולטיפול בהם. משנת 2008 ילדים ונוער שנפגעו מינית זכאים לטיפול מרשויות המדינה או מטעמה, ותקציב ייעודי מוקצה לכך במשרד הרווחה.

התפתחות עמדת המדינה בנוגע לאחריותה לקטינים נפגעי תקיפה מינית: המדיניות בנושא הטיפול בקטינים נפגעי תקיפה מינית נכתבה בעבר בכל אחד ממשרדי הממשלה הנוגעים בעניין, על פי תחום העיסוק של המשרד, והחל משנת 2001 פעלה תוכנית בין-משרדית בהובלת "אשלים"¹⁵ בשיתוף משרדי החינוך, הבריאות, הרווחה ועמותות מובילות. התוכנית עסקה בהקמת ועדות יישוביות, בהכשרת אנשי מקצוע העובדים בשירות הציבורי במשרד החינוך (שפ"ל), במשרד הבריאות (מרפאות בריאות הנפש) ובמחלקות לשירותים חברתיים ובהדרכתם, והביאה לפיתוח מערך טיפולי ביישובים שפעלה בהם. משנת 2008 ילדים ונוער שנפגעו מינית זכאים לטיפול

¹⁵ גורני, ד' ופרנקל, ש' (2012). "התבוננות עכשווית על התייחסות המדינה והחברה לנפגעות טראומה מינית". בתוך: **אחריות חברתית – התמודדות עם פגיעה מינית, ישראל 2012**, עמ' 32-39.

¹⁶ "אשלים" היא עמותה לתכנון ולפיתוח שירותים לילדים ובני נוער בסיכון ולמשפחותיהם.

מרשויות המדינה או מטעמה, ותקציב ייעודי משוריין לכך במשרד הרווחה. בעקבות החלטה זו, התמנה משרד הרווחה לגורם מתכלל למיזם ולעבודה הבין-משרדית.

1.1 על המיזם

מטרות המיזם הן לתת מענה טיפולי מיידי ומותאם לצורכי כל קטין וקטינה נפגעי פגיעה מינית בישראל, ולפתח תוכניות לאיתור ולמניעה בקהילה, מתוך איגום משאבים ושיתוף פעולה בין משרדי הממשלה לבין המגזר השלישי.

העקרונות המנחים של המיזם ומטרותיו: מאז שנת 2007 פועלים מרכזים לטיפול בקטינים נפגעי תקיפה מינית במימון המיזם המשותף של קרן רש"י, הקרן לילדים ולנוער בסיכון במוסד לביטוח לאומי ומשרד הרווחה ובניהולו. העיקרון המנחה של המיזם הוא יישום הלכה למעשה של החלטת המדינה לקבל על עצמה אחריות מלאה לטיפול בקטינים שנפגעו פגיעה מינית, וכן לפעילות חינוכית והסברתית למניעת פגיעה מינית בילדים ולאיתור קטינים נפגעים. מטרת המיזם היא לתת מענה טיפולי מיידי ומותאם לצורכי כל ילד וילדה עד גיל 18 נפגעי פגיעה מינית בישראל, ועל פי צורכי המשפחה והקהילה. מטרות המיזם הן לפתח תוכניות לאיתור ולמניעה בקהילה, לפתח מערך טיפולי מיטבי שיגיע לכלל האוכלוסייה בישראל בפריסה גאוגרפית ודמוגרפית, ולבנות מערך שירותים המבוסס על איגום משאבים ועל תיאום בין משרדי הממשלה (הרווחה, החינוך, הבריאות והאוצר) ובניס לבין העמותות השונות, מתוך שילוב ההיבטים הרגולטוריים ובתכלול משרד הרווחה ובהובלתו.

בראש המיזם עומדת ועדת מנכ"לים של הגופים השותפים, וחברים בה מנכ"ל המוסד לביטוח לאומי, פרופ' שלמה מור יוסף (ולפניו גב' אסתר דומיניסיני), מנכ"ל קרן רש"י, מר איציק תורג'מן (ולפניו מר אלי אלאוף) והמשנה למנכ"ל משרד הרווחה מר מנחם וגשל. את הפעלת המיזם מלווה ועדה בין-משרדית בראשות המשנה למנכ"ל משרד הרווחה, ומשתתפים בה נציגי משרד החינוך, משרד הבריאות, משרד הרווחה ונציגי הקרנות. לוועדה מייעץ פרופ' יונה רוזנפלד. במסגרת עבודת הוועדה נכתבה תוכנית ארצית לטיפול בקטינים שנפגעו מינית בישראל בראייה מקיפה ואחידה. התוכנית כוללת גם קביעת סטנדרטים לטיפול ולמטפלים. הסטנדרטים נקבעו על ידי משרד הרווחה, משרד הבריאות ומשרד החינוך בשיתוף הקרנות והם מפורטים בהמשך הדוח. נוסף על כך, את הפעילות השוטפת של המיזם מלווה ועדה מקצועית שחברים בה העו"סית הראשית לחוק הנוער במשרד הרווחה, הגב' חנה סלוצקי, סגן מנהלת אגף התקון במשרד הרווחה, מר זוהר חמו, מנהלת הקרן לילדים ולנוער בסיכון במוסד לביטוח לאומי, הגב' דורלי לבנסארט, דבורה פריד מטעם קרן רש"י ומנהלת המיזם, יעל בלה אבני.

המרכזים הטיפוליים פרושים בכל הארץ. כל מרכז אחראי למתן טיפול וכן להפעלת תוכניות ולפיתוח מודעות לפגיעות מיניות בקטינים בקרב אנשי חינוך ורווחה. המרכזים פועלים על פי סטנדרטים אחידים ומקצועיים.

מודל ההפעלה של המיזם: מודל ההפעלה של המיזם נגזר מתוך העקרונות המנחים שלו. הוחלט שהמיזם יפרוש מרכזי טיפול בכל הארץ, ולכמה מהמרכזים תהיינה שלוחות לשם הנגשת הטיפול. כל מרכז יספק טיפול ישיר בילדים ובמשפחותיהם וישתתף בתוכניות הסברה קהילתיות, בפעילויות לפיתוח המודעות הציבורית ובפעילויות חינוכיות, וכן ייתן שירותי הכשרה, הדרכה ותמיכה לאנשי

מקצוע. המרכז יפעיל ועדות יישוביות ביישובים שבאזורו, בדומה ל"ועדות אשלים", ויקפיד על שמירת האחריות למתן השירותים בידי המחלקות לשירותים חברתיים ברשויות המקומיות. את המרכזים יפעילו גופים שיעסיקו אנשי מקצוע מומחים. על פי המודל, המרכז מטפל בילדים החיים בקהילה, ואילו לילדים במסגרות חוץ-ביתיות ינתן מענה בתוך המסגרות עצמן.¹⁷ המרכזים יפעלו על פי סטנדרטים אחידים ומקצועיים שייקבעו משרדי הרווחה, החינוך והבריאות. על פי הנתונים הסטטיסטיים שבידנו היום על היקף תופעת הפגיעה המינית בילדים בישראל (כ-6,000 ילדים מדווחים בשנה), תכנון השירותים שואף לתת מענה ליותר מ-3,000 ילדים ובני נוער בשנה במיזם כולו. כל מרכז טיפולי ייתן שירות ל-150-200 ילדים בשנה.

התפתחות המיזם לאורך השנים:

בשלב הראשון הוקמו 11 מוקדים יישוביים ברחבי הארץ אשר פעלו במגוון של מודלים ארגוניים ומקצועיים. בשלב השני התכנסו 11 המוקדים משלב אי ל-7 מרכזים אזוריים עם שלוחות. בנוסף, הוקמו חמישה מרכזים אזוריים חדשים. בשנים הקרובות עתידים לקום עוד שבעה מרכזים אשר ישלימו מענה ארצי.

השותפים להקמת המיזם מצביעים על חמש נקודות ציון, או "אבני דרך", בהתפתחות המיזם.

- א. בשנת 2005 העלו כמה גופים שעסקו בתחום את נושא הטיפול בילדים נפגעי תקיפה מינית לדיון ציבורי והוחלט שהמצב הקיים אינו טוב דיו. בה בעת הוקמה הקרן לפיתוח שירותים לילדים ולנוער בסיכון במוסד לביטוח לאומי, וקרן זו בחרה להתמודד עם הנושא באופן מערכתי ולשם כך יצרה שותפות עם קרן רש"י. בשלב מאוחר יותר הצטרף לשותפות גם משרד הרווחה. הקמת השותפות הייתה **אבן הדרך הראשונה** בהתפתחות המיזם לטיפול בקטינים נפגעי תקיפה מינית.
- ב. **אבן הדרך השנייה** הייתה השלב הראשון בהקמת המיזם הלכה למעשה, בשנת 2007 (שלב אי). בשלב זה הוקמו 11 מוקדים יישוביים ברחבי הארץ, והם פעלו במגוון מודלים ארגוניים ומקצועיים.¹⁸ רוב המוקדים האלה פעלו על בסיס תשתיות ידע וארגון שהיו גם קודם לכן בידי העמותות המפעילות אותם (כגון אל"י ו"יחדיו", מרכז הסיוע לנפגעות תקיפה מינית ועוד), והיו למעשה הגרסה הראשונה והניסיונית שפיתחו השותפים במיזם לטיפול באוכלוסיית הקטינים הנפגעים. הדגש במוקדים היה על מתן טיפול לנפגעים, על גיוס אנשי מקצוע והדרכתם וכן על פעולות להעלאת המודעות בקהילה.
- ג. **אבן הדרך השלישית** הייתה הקמתה של הוועדה הבין-משרדית המורחבת, בראשותו של מנכ"ל משרד הרווחה, מר מנחם וגשל, בשנת 2009. הוועדה כללה נציגים של משרדי ממשלה, עמותות וארגונים, לרבות ארגון "אשלים" שכבר עסק בנושא, ומטרתה הייתה לפתח מודל עבודה וסטנדרטים למרכזים לטיפול בקטינים נפגעי תקיפה מינית. בשנת 2010, לאחר כשלוש שנות פעילות, מתוך הלמידה מהשטח, ובעקבות מחקר הערכה מלווה, גיבשו השותפים במיזם וגופים נוספים העוסקים בהיבטים שונים של חינוך, הסברה וטיפול בתופעת הפגיעה המינית, תוכנית ארצית לטיפול בקטינים נפגעי תקיפה מינית. בעקבות גיבוש התוכנית התבסס המודל של מרכז אזורי ושלוחות לטובת הנגשת הטיפול. כמו כן, עוצב מודל תקציבי לקראת השלב הבא.

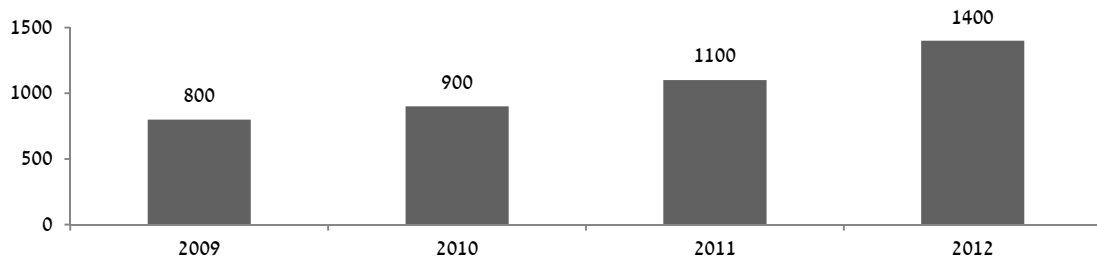
¹⁷ המענה לילדי המסגרות החוץ-ביתיות נבנה להלכה, אך למעשה לא תוקצב, והוא עדיין אינו פועל.
¹⁸ כמפורט בהרחבה בפרק 4, "המבנה התקציבי של המיזם".

ד. **אבן הדרך הרביעית** הייתה הפעלתו של מודל העבודה המעודכן של המיזם בשנת 2011 (שלב ב'). בשלב זה התכנסו 11 המוקדים לשבעה מרכזים אזוריים עם שלוחות: אל"י בלוד, "בליבנו" בבני ברק, "זיו" בצפת, "כרם" בנצרת,¹⁹ "מאור" בקריית מלאכי, "ענבל" בבאר שבע ו"רימונים" בחדרה ("המרכזים הוותיקים"). כמו כן, הוקמו חמישה מרכזים אזוריים חדשים: אל"י בחולון-ראשל"צ, "בני ציון" בחיפה, "כרם" בכרמיאל, "עלם" בעפולה ו"רימונים" בנתניה ("המרכזים החדשים"). במודל זה הפכו המוקדים למרכזים אזוריים הפועלים לפי סטנדרטים מקצועיים אחידים. המודל המעודכן כלל תוצאות צפויות להפעלת המרכזים לשנתיים הבאות, מדיניות מוצעת להשגת תוצאות אלו, מפרט ארגוני לביצוע, סטנדרטים לטיפול ולמטפלים ועוד. בסך הכול מ-2011 פועלים 12 מרכזים אזוריים עם שלוחות, והם פרושים ברחבי הארץ מצפון ועד דרום, בעיקר בפריפריה. השלב השני של המיזם כלל גם הארכה של מחקר ההערכה המלווה את המיזם, שיפורו ועיצוב מערכת ממוחשבת לצורכי ניהול ומחקר; עיצוב מודל תקציבי מוסדר וקבוע בסך מיליון ₪ בשנה והתאמתו למודל הארגוני – לפעילות בסדר גודל של 3,000 שעות טיפול בשנה למרכז, ולעבודה קהילתית האמורה "לכסות שטח" של 350,000 נפש; וכניסת משרד הרווחה לשותפות והשתתפותו במימון 50% מהתוכנית.

ה. **אבן הדרך החמישית** תחל בחודש יולי 2013 עם המעבר הצפוי של המיזם למימון ופיקוח בלעדיים של משרד הרווחה. שלב זה אמור למסד את הטיפול בקטינים נפגעי תקיפה מינית, לעשותו לשירות ציבורי המוענק על ידי המדינה ולהבטיח את קיומו בשנים הבאות. במסגרת זו אמורים לקום בשנים הקרובות שבעה מרכזים חדשים: מרכז באזור השפלה; מרכז באזור פתח תקווה וסביבתה; מרכז בכפר סבא המיועד ליישובים יהודיים וערביים בסביבה; מרכז שיטת מענה לתושבי אילת וסביבתה; מרכז משולש בירושלים,²⁰ שיתן מענה גם ליישובים באזור וגם לאוכלוסייה דוברת ערבית ולאוכלוסייה חרדית; מרכז באזור אשדוד וסביבתה ומרכז כפול בתל אביב.²¹

עם גדילת המיזם עלה בהתמדה מספר הילדים שקיבלו מענה לצורכיהם, כמוצג בתרשים 1.

תרשים 1: מספר הילדים שקיבלו מענה מהמיזם לאורך השנים



¹⁹ המרכז האזורי בנצרת הוקם על יסוד מוקד עירוני שפעל במסגרת שלב א' של המיזם. הרחבה זו התרחשה באפריל 2012. משום כך, למרות הוותק של המרכז בעיר נצרת, מבחינה ארגונית ותקציבית הוא נחשב אחד המרכזים החדשים.

²⁰ "מרכז משולש" הוא מרכז שיש בו פי שלושה תקנים למטפלות, פי שלושה ילדים שהוא אמור לטפל בהם וכו'.

²¹ "מרכז כפול" יש פי שניים תקנים למטפלות, פי שניים מטופלים וכו'.

לכל מרכז איזורי ועדת היגוי, ובה נציגי רשויות הבריאות, החינוך והרווחה. הוועדה מתכנסת פעמיים בשנה לצורך עיצוב מדיניות. כמו כן מתכנות ועדות ביצוע, ובהן דנים בהתאמת המענה הטיפולי לנפגעים.

קידום תחום הטיפול בפגיעות מיניות בקהילה: המיזם שם דגש על קידום תחום הטיפול בפגיעה מינית ומניעתה בקהילה. לפיכך, הוחלט שכל מרכז אזורי יקים ועדת היגוי רחבה של נציגים מרשויות הבריאות, החינוך והרווחה בכל האזור, והיא תתכנס פעמיים בשנה. ועדה זו מקבלת דיווח חצי שנתי על פעילות המרכז ומתווה מדיניות אזורית. נוסף על כך, הוחלט על הקמת ועדות למתן מענה טיפולי ("ועדות ביצוע") של המרכזים. ועדות אלו יכולות להיות יישוביות או אזוריות, על פי החלטת ועדת ההיגוי, והן הגוף המוסמך לדון בחלופות המענה לכל מקרה ומקרה ולהתאמת הטיפול המיטבי. חברי ועדת הביצוע יכולים להיקבע בוועדת ההיגוי, אך חייבים לשבת בה עו"סית לחוק הנוער ומנהלת המרכז, וכן נציגי השירות הפסיכולוגי-חינוכי, וגורמי רווחה ובריאות הנפש. להם אפשר לצרף גורמים טיפוליים אחרים באזור שאליהם אפשר להפנות ילדים נפגעים. ועדת הביצוע היא פורום מיון, וכל ילד המופנה לכל אחד מן השותפים יידון בוועדה כדי לוודא שהוא מקבל את המענה הנכון והמתאים ביותר. הוועדות הן בסיס השותפויות האזוריות והיישוביות. השותפויות מיועדות לקביעת מדיניות משותפת, לתכנון, לתיאום ולקבלת החלטות על תוכנית הטיפול בילד ובמשפחתו, לפיתוח תוכניות למניעה ולאיתור, לאינטגרציה של המענה הטיפולי-חינוכי, בעיקר עם מסגרות החינוך, ולהבטחת רצף טיפולי, כלומר למעקב, לטיפול ולהעברת הטיפול לגורמים בקהילה בעקבות שינויים במצב הקליני של המטופל. ולבסוף, מטרת השותפות הנוצרת בוועדות היא לשמור על קשרי עבודה שוטפים עם העו"סית המחוזית, עם העו"סיות לחוק הנוער ועם הגורמים המטפלים האחרים בקהילה.

בשלב הראשון הקציבו קרן רש"י והקרן לילדים ולנוער בסיכון במוסד לביטוח לאומי 20 מיליון ₪. בשלב ב' הצטרף משרד הרווחה לשתי השותפות וכל שותף מימן כשליש מהתקציב. בשלב זה גדל התקציב ל-25 מיליון ₪. את השלב האחרון בהקמת המרכזים יבצעו הקרנות, ואילו משרד הרווחה יממן את עלויות ההפעלה.

תקציב המיזם לאורך השנים: תקציב המיזם בשלב הראשון (2007-2010) היה 20 מיליון ₪: 10 מיליון ₪ מטעם קרן רש"י ו-10 מיליון ₪ מטעם הקרן לילדים ולנוער בסיכון במוסד לביטוח לאומי. בשלב השני (2011-2013) גדל התקציב ל-25 מיליון ₪: 8 מיליון ₪ מטעם קרן רש"י, 8 מיליון ₪ מטעם הקרן לילדים ולנוער בסיכון במוסד לביטוח לאומי ו-9 מיליון ₪ מטעם משרד הרווחה. בשלב השלישי (2013 והלאה) יוקם מרכז משולש בירושלים וסביבותיה במימון הקרנות ובלא השתתפות כספית של המשרד. את המשך ההרחבה של המרכזים ואת הפעלתם יממן משרד הרווחה, עד לכיסוי העלות הכוללת של הפעלת 23 מרכזים, כולל שלוחות וכולל עלויות מטה, ניהול ופיקוח ארצי מלא – בסך 25 מיליון ₪ בשנה. לפירוט המודל התקציבי ראו תרשים 2. המודל הכספי יעמוד בסטנדרטים של ועדת התעריפים של משרד הרווחה.

תרשים 2: מימון המיזם על ידי השותפים לאורך השנים, במיליוני שקלים



1.2 על המחקר

כדי לתעד את התנהלות המרכזים ולבחון את השירות בהם, נערכו שני מחקרי הערכה. את המחקר הזה (השני) ניהלה מחלקת הפיתוח וההערכה בקרבן רשמי וכדי לייצר דוח מקצועי, הן ברמה הניהולית הן ברמה הטיפולית, ערכו אותו שלושה גורמים: מכון מבצע, מנתח נתונים ומתכללת (אינטגרטורית).

כדי לתעד את תמונת המצב במרכזים שהוקמו, ולבחון את הטיפול שהוענק לילדים והיבטים נוספים, נערכו שני מחקרי הערכה. המחקר הראשון החל בשנת 2008 והסתיים בסוף 2010. המטרות שהוגדרו למחקר היו:

- בחינת יעילות הטיפול בתחום הפגיעות המיניות במרכזים
- בחינת תהליכי הביצוע במרכזים
- בחינת מידת ההצלחה של שילוב המרכזים במערך השירותים הקיימים
- גיבוש המלצה למודל היעיל ביותר לעבודה

מחקר ההערכה הראשון נתקל בקשיים רבים. הקשיים נבעו, בין היתר, מקשיים בשיתוף הפעולה של הגורמים הרלוונטיים ומשימוש בכלי מחקר הדורשים שיפור. גוף ההערכה שנשכר כדי לערוך את המחקר הראשון הוחלף בסוף שנת 2009 ואת סיום המחקר ערך גוף חדש. החלפת גוף ההערכה בעיצומו של מחקר אינה דבר שכיח, והיא מלמדת על היותו של שדה ההערכה הזה מורכב ביותר, הן מבחינת התכנים שהוא עוסק בהם, הן מבחינת האינטראקציה בין המשתתפים המרכזיים במחקר, מנהלות המרכזים והצוותים בהם.

לקראת השלב השני של המיזם והמחקר המלווה אותו, ערכה ועדת ההיגוי של המיזם חשיבה משותפת והופקו לקחים בנוגע לאופן שבו יש לבצע. את המחקר הזה ניהל עמנואל בוחבוט ממחלקת פיתוח והערכה בקרבן רשמי, על פי החלטות ועדת ההיגוי. שלושה גורמים ביצועיים נבחרו לערוך את המחקר: א. מכון מבצע, מכון "תובנות" (בהנהלת מר יובל פלדי) ערך את הראיונות ואת הסקרים האיכותניים. כמו כן, אסף המכון את נתוני הביצוע מכלל המרכזים וטייב אותם. ב. מנתחת נתונים (גב' רינה פוזנר מ"מידע שיווקי" ולפניה ב-2011 מר אמיר יעקבי) איחדה את קבצי המידע המרכזיים (יומני טיפול, כלי אומדן התקדמות הטיפול ויומן מטפלים) וניתחה אותם, על פי

הניתוחים שהתבקשו על ידי צוות ניהול המחקר. ג. המתכללת (אינטגרטורית), ד"ר אפרת הברון, חיברה את כלל המידע שהתקבל ממנתחת הנתונים, מהמכון המבצע וממנהלת המיזם לכדי דוח אחיד המספק תובנות מקצועיות, מעמיקות ומעשיות הן בהיבטים הטיפוליים של המיזם, הן בהיבטים הניהוליים והארגוניים שלו.

אנו מקווים שדוח זה יהיה כלי ניהולי וארגוני לקראת המעבר הצפוי למשרד הרווחה, ובה בעת ישמש מסמך מכוון ומלמד בעבור מטפלים בילדים ובבני נוער נפגעי תקיפה מינית, במרכזים הקשורים למיזם בפרט ובתחום הזה בכלל.

פרק 2: מתודולוגיה

2.1 מטרות העל של המחקר

למחקר היו שתי מטרות כלליות:

- א. הערכת מודל ההקמה של המיזם ומודל העבודה שהתווה לו.
 - ב. הערכת הביצועים של המיזם כולו ושל כל מרכז ומרכז בהיבטי איכות השירות ואיכות הטיפול.
- המחקר הוא מחקר משולב, והוא נערך בזיקה לעקרונות "ההערכה המעצבת" (Formative Evaluation), הבוחנת נקודות חוזק ונקודות חולשה של תהליכים מתוך התמקדות בהמלצות הנגזרות מכך, ומתוך שאיפה להביא לידי ביטוי את ערכי "ההערכה המסכמת" (Summative Evaluation), הבוחנת את תוצאות התוכנית אל מול המטרות והיעדים שנקבעו לה.

2.2 צירי המחקר הייחודיים הנגזרים ממטרות העל ונבחנו במחקר

צירי המחקר שנבחנו הם: מודל ההפעלה; נתוני הביצוע וההשפעות עליו; סוגיות ארגוניות; איכות השירות; איכות הטיפול.

- א. **מודל ההפעלה** – בחינת עבודת המרכזים בהתאם לתכנון על פי המודל, ניהול יעיל של שעות הטיפול, אופן שיתוף הפעולה בין המרכזים לרשויות וחלוקת הנטל ביניהם, העבודה עם הקהילה והשפעת הרחבת המרכז על הפנייה אליו. במחקר נבחנה מידת ההתאמה למודל וכן התאמת המודל לצורכי השטח (בעיקר במרכזים הוותיקים) כדי לערוך בו שינויים אחרונים לפני המעבר למשרד הרווחה.
- ב. **נתוני הביצוע וההשפעות על הביצוע** – ממוצע שעות הטיפול וההשפעות עליו, השפעות על שיעורי הנשירה והקשר בין עבודה בקהילה למיצוי השימוש בשירות ובחינת מגוון של שיטות טיפול.
- ג. **סוגיות ארגוניות** – התאמת צוות הניהול במתכונתו הנוכחית, בעיות של כוח אדם במרכזים וניצול מלא של התקנים וכן התקיימות ישיבות צוות, הדרכות והכשרות צוותים באופן סדיר, כפי שמוגדר במתווה.
- ד. **איכות השירות** – זמינות השירות ומידת הנגישות שלו, מהירות המענה הטיפולי ומידת שביעות הרצון מהיחס במרכז וממקצועיות הטיפול.
- ה. **איכות הטיפול** – מדדים ליעילות הטיפול, קיום של מגוון רחב מספיק של מענים טיפוליים מותאמים לטיפול בפגיעה מינית והשפעות על ההחלטה לסיים טיפול.

2.3 שיטות המחקר וכלי המדידה

במחקר שולבו שיטות מחקר כמותיות ושיטות איכותניות.

בשל מורכבותן של שאלות ההערכה ושל השדה הנבדק, שולבו שיטות מחקר כמותיות ושיטות איכותניות (ראיונות וסקרים מסוגים שונים).

השיטה הכמותית מאפשרת להציג תמונת מצב כללית של ספקי השירות ומקבליו על פי מדדים אחידים, ולבחון השערות באשר לגורמים משפיעים ולשינויים לאורך זמן.

השיטה האיכותנית מאפשרת להעמיק את המידע המתקבל מהנתונים הכמותיים ולהעשירו. השיטה מאפשרת להבין תהליכי עבודה וקשרים בין-אירגוניים, להבין את החוויות של קבלת השירות ואת השפעותיו, ולהבחין בין כמה דפוסים של השתתפות והשפעה.

התכלול (האינטגרציה) בין השיטות נעשתה על בסיס דרישות ועדת ההיגוי והמתווה שהוגדר למחקר זה, במטרה לנסות לזהות מתאמים ולמצוא להם הסבר סיבתי. טבלה 3 מפרטת את כלי המדידה, את מועדי המדידה ואת ההיקפים שלהם.

טבלה 3: כלי המדידה, מועדי המדידה וההיקפים שלהם

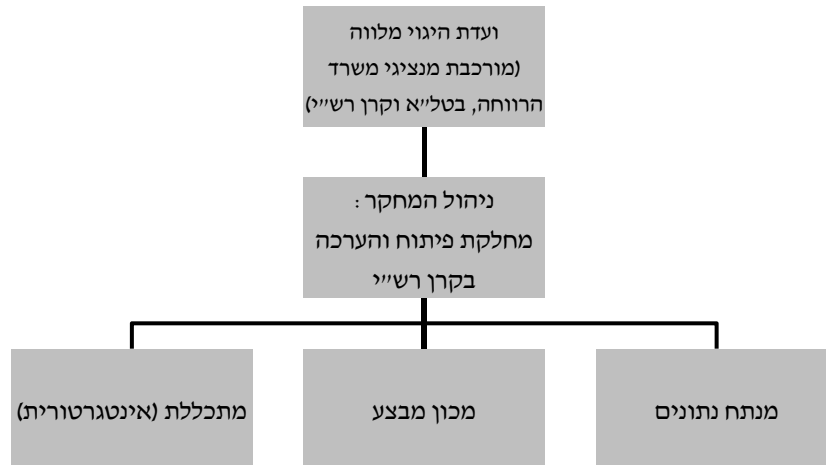
שם הרכיב	מטרות הבדיקה	מתודולוגיה	מועד הביצוע	היקפים	אחריות
1 יומן שיווק	מידע על הפעילויות השיווקיות והקהילתיות שהמרכזים עורכים לאורך השנה	מילוי רציף על בסיס דיווח חודשי	שוטף או חודשי	רישום רציף של כל פנייה	איסוף: תובנות ניתוח: מידע שיווקי
2 יומן טיפול ויומן מטפלים*	מידע על מספר טיפולים לפי חודשים ולפי מטפלת, תדירות המפגשים, משך טיפול, מועדי הנשירה הממוצעים. נוסף על כך, מידע על הפוגעים, הנפגעים, הפגיעות, הטיפולים, נתוני ביצוע לפי מרכז, לפי פגיעה ולפי מטפלת, זמני המתנה וטיפול לשם בחינה כמותית וכלכלית של החזקת המרכזים	מילוי רציף על בסיס של דיווח חודשי	שוטף או חודשי	רישום רציף של כל פנייה	איסוף: תובנות ניתוח: מידע שיווקי
3 כלי לאומדן התקדמות בטיפול*	אינדיקציות לאפקטיביות הטיפול. הנתונים יוצלבו עם נתונים מיומן הטיפול לבחינת ההשפעות הקיימות על אפקטיביות הטיפול	מילוי רציף על בסיס של דיווח חודשי	שוטף או חודשי	פעמיים בכל טיפול: אחרי חמישה מפגשים ואחרי 20 מפגשי טיפול	איסוף: תובנות ניתוח: מידע שיווקי
4 ראיונות שותפים	תפיסת התפתחות המיזם, המודל המופעל, הערכת שיתוף הפעולה בין השותפים	ראיון פנים אל פנים במועד אחד	אוק-12	שבעה ראיונות	איסוף וניתוח: תובנות
5 ראיונות עו"סיות מחוזיות (נספח #)	הערכת השירות הניתן במרכזים ואיכותו, העבודה הקהילתית, שיתוף הפעולה עם המנהלים, מנגנוני ההפניה ויעילותם, פעולת הוועדות המחוזיות	ראיון פנים אל פנים בשני מועדים	ראיון 1 אפריל 2012 ראיון 2 ספטמבר 2012	22 ראיונות: שני ראיונות עם כל עו"סית מחוזית לחוק הנוער	איסוף וניתוח: תובנות
6 ראיון מנהלות מרכזים (נספח #)	נגישות, משרות, פעולות המבוצעות בחוץ, הדרכת צוות, קשיים, שינויים בזמן ההפעלה, ישיבות צוות, היצמדות למודל ההפעלה וגמישותו, ראייה לעתיד, סוגיות בניהול המרכז, תיעוד מאפייני המבנה	ראיון פנים אל פנים בשני מועדים	ראיון 1 אפריל 2012 ראיון 2 ספטמבר 2012	24 ראיונות: שני ראיונות עם כל מנהלת מרכז	איסוף וניתוח: תובנות
7 סקר עו"סיות יישוביות (נספח #)	מודעות לעבודת המרכז והעמדות כלפיו, עבודת המנהלת, מקצועיות, שיתוף הפעולה, מהירות המענה והטיפול ואיכות השירות	ראיון טלפוני במועד אחד	ספט-12	180 עו"סיות יישוביות לחוק הנוער	איסוף וניתוח: תובנות
8 סקר מטפלות (נספח #)	עמדות כלפי המרכז, עבודת המנהלת, מקצועיות/אחזקת הצוות, צרכים שאינם נענים	מילוי שאלון אינטרנטי במועד אחד	ספט-12	96 מטפלות, ארצי	איסוף וניתוח: תובנות

* הנתונים על אודות המטפלים, הטיפולים וההתקדמות בטיפול נאספו בעזרת מערכת ייעודית לניהול רשומות הנקראת Digital Clay. המערכת פותחה בשיתוף המרכזים והגורמים המקצועיים כדי לוודא התאמה מירבית לצרכים בשטח. כיום המערכת מוטמעת לגמרי בכל המרכזים במיזם.

2.4 ניהול המחקר

מחקר זה נערך הודות לשיתוף פעולה בין כמה גורמים מבצעים. התכלול בוצע במחלקת הפיתוח והערכה בקרן רש"י. את המחקר ליוותה ועדת היגוי המורכבת מנציגי השותפים, אותה הוועדה שליוותה את המחקר בשלב הקודם. תרשים 3 מתאר את המבנה הארגוני של המחקר:

תרשים 3: המבנה הארגוני של המחקר



חלוקת אחריות: מכיוון שמקורות המידע רבים, חולקו המשימות במחקר בין שלושה גורמים ביצועיים. את הגורמים בחר צוות ניהול המחקר בשיתוף מנהלת המיזם.

- א. **מכון מבצע (מכון "תובנות")** – המכון ערך ראיונות עם השותפים, עם עו"סיות מחוזיות, עם עו"סיות לחוק הנוער, עם המטפלות ועם מנהלות המרכזים. כמו כן, המכון אסף את יומני הטיפול, את יומני המטפלות ואת הנתונים מכלי ההערכה של התקדמות הטיפול מכל המרכזים.
- ב. **מכון מנתח נתונים (מכון המחקר "מידע שיווקי בע"מ")** – המכון שניתח את הנתונים טיב, איחד וניתח את קובצי המידע המרכזיים (יומן הטיפול, כלי לאומדן התקדמות הטיפול ויומן המטפלים) על פי הניתוחים שביקש צוות ניהול המחקר.
- ג. **מתכללת (אינטגרטורית, ד"ר אפרת הברון)** – המתכללת נבחרה בשל ניסיונה המעשי, המקצועי והאקדמי בתחום הטיפול בילדים ובני נוער נפגעי תקיפה מינית. היא חיברה את כלל המידע שהתקבל ממנתח הנתונים, מהמכון המבצע וממנהלת המיזם לכדי דוח אחיד המציע תובנות מקצועיות, מעמיקות ומעשיות, הן ברמה הטיפולית הן ברמה הניהולית. המתכללת השתתפה במפגש מנהלות ארצי אחד בתקופת המחקר כדי לייצר למידה שיתופית ומעצבת. המתכללת הועסקה על בסיס פרויקטאלי ("פרילנס").

2.5 מגבלות המחקר

למחקר כמה מגבלות: א. קושי למדוד את יעילות הטיפול
 ב. נקודת המבט של ההורים לא נחקרה
 ג. שיעור המשיבים לסקרים לא היה גבוה תמיד

- א. **בחינת יעילות הטיפול והסקת מסקנות באשר לטיפול בילדים** מוגבלת במחקר, שכן סיבות אתיות מנעו עריכת מחקר עם קבוצת ביקורת. לפיכך, חלק זה בנוי בשיטת pre-post design.²² השיטה אינה מעוררת דילמות אתיות, אך גם אינה מאפשר להשוות בין כמה גישות טיפול ובין מי שקיבלו טיפול למי שלא קיבלו טיפול כלל. במגבלות התקציב והזמן לא היה אפשר להתמקד באיתור קבוצת ביקורת של מי שלא קיבלו טיפול כלל בפרק זמן דומה.²³
- ב. **מדידת יעילות הטיפול במחקר מוגבלת** גם מכיוון שרבים מהקטינים הנפגעים מתאפיינים ב"תחלואה כפולה" (מחקרים מעריכים שכ-55% מהפונים לטיפול סובלים מריבוי בעיות מורכבות),²⁴ והיא מקשה על מדידת יעילות הטיפול על ידי מדידת שיפור בתסמינים אחדים.²⁵
- ג. **נקודת המבט של ההורים** בנוגע לאיכות השירות ויעילות הטיפול לא נחקרה. בשל מורכבות המחקר הנוכחי והיקפו הרחב, הוחלט שהפעם לא יתקיימו ראיונות הורים. ראיונות כאלה נערכו במחקר הקודם (אוקטובר 2011), ונמצאה בהם שביעות רצון גבוהה מאוד מהשירות הניתן במרכזים ומהטיפול בהם. עמדת ההורים במחקר הנוכחי הוערכה על ידי העו"סיות לחוק הנוער הנמצאות עמם בקשר.
- ד. **שיעור המשיבים לחלק מהסקרים לא היה גבוה מאוד**. כך, בסקר העו"סיות לחוק הנוער היה שיעור המשיבות הכללי 53%. שיעור המשתתפות בסקר המטפלות היה 77%. במקרים אלו המסקנות הנגזרות מוחלטות פחות.

²² שיטה זו בוחנת את מצב הנחקרים לפני התערבות כלשהי, ושוב בסוף הטיפול.

²³ כך למשל, לא התקיימה חלוקה אקראית של המטופלים לקבוצת ניסוי ולקבוצת ביקורת לבחינת יעילות הטיפולים. כמו כן, לא נערכה בחינה של יעילות הטיפול בפרספקטיבה של זמן, מכיוון שראיונות עם מטופלים אחרי פרק זמן של חודשים עד שנים אחרי שסיימו את הטיפול אינה לטובתם.

²⁴ ראו, למשל, פרניס, ט' (1995). **התעללות מינית בילדים תיאוריה ודרכי טיפול**, תרגום: ס' ברגמן, קרייט ביאליק: אח, בשיתוף המועצה הלאומית לשלום הילד, פרק 2. וכן: Saunders, B.E., Berliner, L., & Hanson, R.F. (Eds.) (2004). *Child Physical and Sexual Abuse: Guidelines for Treatment* (Revised Report: April 26, 2004), Charleston, SC: National Crime Victims Research and Treatment Center

²⁵ ככלל, הספרות המקצועית בתחום מזכירה את מיעוט המחקרים התקפים שניסו לכמת את יעילותן של גישות הטיפול השונות בפגיעה מינית בילדים ולהעריך, בין היתר, בגלל המורכבות הכללית של מדידה של יעילות טיפול רגשי, וקושי מיוחד במדידה כזאת המתבססת על דיווח של ילדים (חלקם צעירים מאוד) והוריהם. גם החלק במחקר הזה המבקש להעריך את איכות הטיפול מוגבל מסיבות אלו. ראו, למשל,

Trask, E.V, Walsh K. & DiLillo D. (2011). "Treatment Effects for Common Outcomes of Child Sexual Abuse: A Current Meta-Analysis", In: *Aggression and Violent Behavior*, 16: 6-19

פרק 3: השותפות בין הגופים המקימים

המיזם הוקם מתוך שיתוף פעולה בין שלושה גופים: קרן רש"י, הקרן לילדים ולנוער בסיכון במוסד לביטוח הלאומי ומשרד הרווחה. פרק זה יבחן את תפיסותיהם של שלושת השותפים באשר להקמת המיזם, באשר לעבודה המשותפת ובאשר לצורכי המיזם בעתיד. נוסף על כך, הפרק יבחן את עמדת השותפים בעניין שיתוף פעולה לשם הנעת תהליך הקמה של מיזם מסוג זה.²⁶

השותפות בין הגופים המקימים – תקציר

- השותפות יצרה גוף מקצועי אד-הוק המאגד ידע ומוביל פיתוח של שירות בנושא טיפול בילדים נפגעי תקיפה מינית. בזכות שותפות זו, התפתח המיזם בהדרגה מצורך אמיתי שניתן לו מענה חלקי ולא מוסדר בידי כמה גופים, לשירות מוסדר, שבקרב אף יעבור למימון מלא של המדינה ולפיקוחה.
- העבודה המשותפת של הקרנות ומשרד הרווחה והאמון שנוצר בין הגופים יצרו "מסלול עוקף בירוקרטיה" לצורך מתן טיפול מקצועי, מהיר ונגיש בתחום חשוב זה.
- החלטת השותפים ללמוד, לחקור ולהעריך את המיזם במהלך הפעלתו, יצרה אווירה של פתיחות ואפשרה לגורמים המעורבים בו לטעות ולתקן את הטעויות תיקון, עד לגיבוש מודל ראוי, מוסכם על הכול, מקצועי ויעיל כלכלית.
- משמעות ההחלטה לנהל מחקר הערכה במהלך פיתוח השירות היא ש"מחירי" הלמידה העיקריים "שולמו" כבר בשלב הפיילוט. החלטה זו אפשרה למדינה לאמץ את מודל ההפעלה, שנמצא מקצועי ויעיל, ב-2013.
- איגום הידע והכספים הביאו למיצוי היכולות של כל השותפים למען ההצלחה. ניהול המיזם, המחקר והמערכת הממוחשבת על ידי קרן רש"י, שהיא גוף לא בירוקרטי במהותו, יצרו קצב עבודה מהיר מבלי להתפשר על האיכות ומתוך שותפות מלאה עם הגורמים האחרים.

3.1 עקרונות השותפות

עקרונות השותפות הם:

- קבלת החלטות משותפת לכל שותפים
- כתיבת תוכנית ארצית כדי ליצור סטנדרט אחיד להפעלת המרכזים
- למידה במהלך הפעלת המודל
- עיצוב מודל הפעלה ייחודי ושכלולו

לשותפות כמה עקרונות שהוגדרו מראש:

א. קבלת החלטות משותפות לכל הגורמים המעורבים באמצעות שלוש ועדות מלוות: ועדת מנכ"לים שהורכבה ממנכ"ל הביטוח הלאומי, מנכ"ל משרד הרווחה ומנכ"ל קרן רש"י; ועדה

²⁶ לשם הערכת השותפות רואיינו: מנחם וגשל – משנה למנכ"ל, משרד הרווחה והשירותים החברתיים; חנה סלוצקי – עו"סית ראשית לחוק הנוער, השירות לילד ולנוער, משרד הרווחה והשירותים החברתיים; זהר חמו – סגן מנהלת האגף לשירותי תקון ונוער מנותק במשרד הרווחה והשירותים החברתיים; ברנדה מורגנשטיין – מנהלת האגף לפיתוח שירותים (קרנות) במוסד לביטוח לאומי; דורלי לבנסארט – מנהלת הקרן לפיתוח שירותים לילדים ולנוער בסיכון במוסד לביטוח לאומי; מאיר אלמליח – משנה למנכ"ל, קרן רש"י; דבורה פריד – מנהלת תחום רווחה וגיל רך, קרן רש"י.

מקצועית מלווה, וכן ועדה בין-משרדית (למשרדי החינוך, הרווחה והבריאות) בראשות מר מנחם וגשל, המשנה למנכ"ל משרד הרווחה.

ב. כתיבת תוכנית ארצית בנושא פגיעות מיניות בקרב ילדים ובני נוער המשותפת למשרדי הממשלה הרלוונטיים ולקרנות. התוכנית עיצבה את החשיבה, יצרה הגדרות וקבעה סטנדרטים אחידים לפעילות המרכזים.

ג. למידה במהלך הפעלת המודל, הן באמצעות מחקר הערכה מלווה ועיצוב מערכת ממוחשבת מתאימה, הן על ידי מפגשים קבועים עם מנהלות המרכזים ועם עו"סיות מחוזיות לחוק הנוער.

ד. בעקבות כל הנזכר בזה, עיצוב מודל הפעלה ייחודי ושכלולו והרחבת המיזם בהתאמה.

3.2 בניית המיזם מנקודת המבט של השותפים

השותפים שבעי רצון מדרך התפתחות המיזם.

כל השותפים הביעו שביעות רצון רבה מדרך התפתחות המיזם – המיזם קם כמענה ראשוני לצורך קיים ועתיד להפוך לשירות ארצי במימון המדינה ובפיקוחה. כל שלב בהתפתחות ניזון מההתנסות בשלב שקדם לו, עד שגובש המודל הנוכחי. לדברי אחד השותפים **ממשרד הרווחה**: "לצאת משדה בור ולקבוע את כל ההגדרות של העבודה – זה לא קורה לבד, אלא בצוות משימתי שרוצה להוביל דברים על הפלטפורמה של רש"י וביטוח לאומי, שידעו לדחוף ולהפעיל את המרכזים". לדברי שותף נוסף, גם הוא **ממשרד הרווחה**, האופן שבו התפתח המיזם היה מיטבי ויוצא דופן בהשוואה לפרויקטים אחרים: "זה היה בין המיזמים... שהתפתח בצורה מקצועית, תהליכית ויפה. הוא נבנה באופן מסודר והתפתח נדבך על נדבך. כמו מדרגות. יצקו יסודות, רצפה, קירות ותקרה. אתה לא מוצא אם זה בהרבה פרויקטים. זה מה שהביא להתפתחות המיזם בצורה מסודרת". לדברי נציגה של **הביטוח הלאומי** במיזם: "היכולת שלנו לעצור ולהגיד לעצמנו מה לנסות אפשרה לבחון, לעקוב, להיפטר מטעויות ולשפר. תמיד יש פחד להסביר טעויות, אך הפעם פחד זה לא קרה בגלל האמון שנוצר בין שלושת השותפים העיקריים". לדברי שותפה **מהביטוח הלאומי**: "לקחנו עיסוק ציבורי בנושא מקצועי והפכנו אותו לשירות מבוסס, מקצועי, בעל מבנה ברור וסטנדרטים של עבודה ומגובה בתקציב... זה ההישג העצום – מודל מקצועי לפיתוח שירות מבוסס תהליכי עבודה ותקציב".

3.3 הגורמים להצלחת המיזם מנקודת המבט של השותפים

השותפים מעריכים שהגורמים להצלחת המיזם הם:

- שיתוף הפעולה והאמון בין השותפים
- השקעת המשאבים של הקרנות בתחילה ושל משרד הרווחה בהמשך
- גמישות תקציבית ייחודית
- מעורבות השותפים בחשיבה מקצועית משותפת
- בחירת אנשי המקצוע שילוו את המיזם

השותפים הביעו שביעות רצון רבה בנוגע לדרך בניית המיזם מתחילתו ועד היום. המיזם התפתח בהדרגה מצורך אמיתי שניתן לו מענה חלקי ולא מוסדר בידי מספר גופים, לשירות מוסדר, שבקרוב אף יעבור למימון מלא של המדינה ולפיקוחה. הם ציינו כמה גורמים מרכזיים שתרמו לכך שהמיזם הצליח והתפתח היטב:

- **שיתוף הפעולה והאמון בין השותפים:** שיתוף פעולה ואמון שהתקיימו לאורך כל שלבי הקמת המיזם, מתוך ראייה דומה של המטרה המשותפת שלשמה חברו השותפים. כל השותפים ציינו ששיתוף פעולה זה היה גורם חשוב, יוצא דופן ולא מובן מאליו. היו מעט חילוקי דעות בין המשתתפים, וניכר גיוס של כל השותפים למען מטרות ברורות ויעדים ברורים. כל השותפים ציינו שרוב הזמן הושקע בפיתוח ענייני וכמעט שלא היו קשיים באמון, שאלות של הגדרת סמכויות ומאבקי כוח.
- **השקעת משאבים:** המשאבים שהשקיעו השותפים אפשרו למיזם להתפתח. התקציב שהקצו הביטוח הלאומי וקרן רש"י אפשר להניע את תהליך פיתוח המיזם בצורה מיטבית, ואף סייע בהמשך לרתום את משרד הרווחה להקצות בעצמו תקציב למיזם. נוסף על כך, התקציב אפשר לפתח את המיזם מתוך ההבנה שהוא נועד לתמוך בתחום המקצועי ולא להיפך. כל השותפים הדגישו את חשיבות השילוב בין ההשקעה הכספית הראשונית של קרן רש"י, לבין הייעוץ המקצועי וייעוץ הכלכלי שליוו את הפרויקט.
- **גמישות תקציבית:** גורם נוסף להצלחה שציינו השותפים הוא הגמישות התקציבית שאפיינה את המיזם. הגמישות אפשרה ניוד של כסף בין סעיפי התקציב על פי המציאות והצרכים המשתנים של המרכזים, מבלי לחרוג ממסגרת התקציב הכוללת. הגמישות התקציבית אפשרה להיענות לצרכים במהירות, ללמוד מהם ולבצע שינויים הנובעים מתהליך הלמידה והפקת הלקחים.²⁷ לדברי השותפים, הגמישות התקציבית הייתה חיונית בשלב הפיתוח של המיזם ואפשרה לו להשתפר. השותפים חשים שלולא גמישות זו, לא היה אפשר לקדם את המיזם ולשפרו, והוא היה שוקע בבינוניות. הנציגים כולם סבורים שגמישות זו התאפשרה בזכות התקצוב החוץ-ממשלתי.
- **המעורבות של השותפים:** השותפים השקיעו זמן רב בחשיבה מקצועית ובהובלה של המיזם. הוועדה המקצועית התכוננה היטב לקראת מפגשיה עם ועדת המנכ"לים. השותפים הזכירו גם

²⁷ דוגמה לגמישות התקציבית ולאפשרות ללמידה "תוך כדי תנועה" היא במרכז חדרה. מרכז זה טיפל בשנת 2011 בהרבה יותר ילדים מן הנדרש על פי המודל, והודות לגמישות התקציבית היה אפשר לנייד תקציב כדי לאפשר למרכז לעמוד במספר השעות הרב, ובה בעת להסיק שיש לצמצם את שטח הכיסוי הגאוגרפי של המרכז, ובמסגרת קבוצת המרכזים החדשים להקים מרכז בנתניה, שיתן מענה לחלק מן הרשויות שהיו עד אז שייכות למרכז חדרה.

את חשיבותה של מעורבות משרד הרווחה, ובמיוחד צויינה חשיבות מעורבותה של העו"סית הארצית לחוק הנוער ואנשיה.

- **בחירת אנשי המקצוע שליוו את המיזם:** השותפים השקיעו זמן ומחשבה בבחירת אנשי מקצוע שינהלו את המיזם מטעמם – מנהלת המיזם שעסקה בנושאים אדמיניסטרטיביים ומקצועיים ורואה חשבון ששימש תקציבן המיזם וסייע מאוד לבניית המודל התקציבי להפעלת המרכזים. השותפים שבו וציינו את אנשי המקצוע שליוו את המיזם לאורך השנים (היועצת גב' נעמי רוכמן; מנהלת המיזם לאורך השנים, גב' לימור לב וגב' יעל בלה אבני, ותקציבן המיזם מר שי אלון). השותפים ציינו עוד שהמאמץ המכוון של מנהלת המיזם, יעל בלה אבני, לשמור על קשר בין הגורמים סייע במובנים רבים לשותפות זו ואפשר את הצלחת התוכנית. הגדרת התפקיד של מנהלת המיזם – להיות הגורם המנהל את עבודת המרכזים, אבל גם גורם המתכלל את הקשר בין השותפים ואת התוויית המדיניות – אפשרה קשר הדוק בין פיתוח המדיניות והמודל ועיצובם לבין הניסיון שהלך ונצבר בשטח.

3.4 הערכת מודל ההפעלה של המרכזים מנקודת המבט של השותפים

השותפים שבעי רצון ממודל ההפעלה שפותח עבור המיזם.

הערכת מודל ההפעלה: רוב השותפים סבורים שמודל ההפעלה שפותח הוא נכון ומשיג את המטרות שלשמן הוקם המיזם. ההנחה היא שהטיפול חייב להיות ברשויות המקומיות ואי אפשר לספקו על ידי מטפלים עצמאיים, בין השאר, בשל החשש שהידע הארגוני יאבד. המודל של מרכז בעל שלוחות הוא מיטבי, מפני שהוא מאגם את הידע וגם מנגיש את הטיפול לנפגעים. שותפים אחרים היו מסויגים מעט יותר (בעת הראיונות) וסברו שנראה שהמודל נכון, אך עדיין עומדת "חובת ההוכחה", ושכדי להעריך את מודל ההפעלה, צריך לחכות לממצאי המחקר המלווה של המיזם. הכול הסכימו שזהו המודל הטוב ביותר שהיה אפשר להקים.

השותפים שבעי רצון מהמודל הכלכלי וחשים שאינו בזבזני מדי ומספיק כדי לתת טיפול מיטבי.

הערכת המודל הכלכלי: השותפים סבורים שהמודל הכלכלי של המרכזים הוא מודל טוב – אף שלכאורה הוא יקר מעט יותר מהטיפול באמצעות מטפלים פרטיים ("קופת טיפול"), מודל זה עונה על הצרכים הקיימים וגם יעיל מבחינה כלכלית. לדבריהם, התקציב תוכנן ביעילות, הוא נגזר ממספר הטיפולים שהמרכז אמור לתת בפועל ובנוי בהתאם לתעריף של משרד הרווחה. אף שלכאורה הוא יקר יותר, המודל הנוכחי חסכוני בהשוואה לעלות של מטפלים פרטיים, ומשתי סיבות: (א) בשל תהליכי ההתמקצעות והסטנדרטים שלפיהם עובדים המרכזים, ובזכות קשרים הנוצרים בינם לבין גורמי המקצוע בקהילה, זוכים המטופלים לשירות ולטיפול טוב יותר. ב. מכיוון שהנזק העשוי להיגרם לקטינים נפגעי תקיפה מינית שלא יטופלו כהלכה הוא עצום, בסופו של דבר הוא יעלה למדינה הרבה יותר מעלות הטיפול במסגרת המרכזים: "אם אנו מבינים מה המשמעות של פגיעה מינית ותוצאותיה ומשווים את זה להוצאה, זה לא יקר. אם בעוד תקופה הילד יוכל לחזור לתפקד במקום לגרוור את הפגיעה לאורך כל חייו, ההשקעה היום היא זניחה לעומת השקעה

עתידיית".²⁸ השותפים ציינו שיתרון חשוב של המודל הוא שמשרד הרווחה יכול לתפעלו הן מבחינה תקציבית הן מבחינה ארגונית בלא לשנות בו שינויים גדולים, וכך תובטח איכות השירות גם לאחר המעבר.

השותפים מודעים גם לנקודות התורפה של מודל ההפעלה.

נקודות תורפה במודל ההפעלה: למרות שביעות הרצון של השותפים ממודל ההפעלה של המרכזים, ציינו חלק מהם כמה נקודות תורפה שהם רואים במודל הקיים:

- הובע חשש שהמודל אינו מתאים לערים גדולות, כמו ירושלים ותל אביב, משום שרב-התרבותיות בהן דורשת מגוון רב של מטפלים ומטפלות.
 - הובע חשש שהעדפה להעסיק מטפלות שכירות בלבד עלולה לפגוע בתגמול של המטפלות ולגרום לכך שמטפלות טובות ומנוסות יעזבו את המרכז ובמקומם יגיעו מטפלות צעירות וחסרות ניסיון.
 - הובע הצורך לפרסם את המרכזים בקהילה וליידע כל אדם באפשרות לפנות אליהם ישירות, גם מבלי להסתייע בשירותי הרווחה. השותפים ציינו שהוקצה לכך תקציב פרסום ויחסי ציבור.
 - בהיבט הכלכלי ציינו כמה מהשותפים שאם הביקוש לטיפולים יעלה ייתכן שהתקציב למרכז יישחק ולא יספיק כדי לתת מענה לכל הקטינים שנפגעו.
- כמה מהשותפים ציינו סוגיות הקשורות למודל ההפעלה של המרכזים, שיהיה ראוי לתת עליהן את הדעת בעתיד:²⁹
- כמה מהשותפים ביקשו להבהיר ולנסח את האחריות ואת התרומה של משרדי החינוך והבריאות למיזם.
 - כמה מהשותפים ציינו שחשוב לשפר ולבסס את עבודת השלוחות ולהשוות את הסטנדרטים הקיימים בהן לאלה שבמרכזים.
 - כמה מהשותפים המליצו לגבש תורת הכשרה למטפלים על בסיס הידע שנצבר במיזם ולפתח את ההתמקצעות של מטפלות בקטינים נפגעי תקיפה מינית.³⁰
 - כמה מהם טענו שראוי לפתח מודל עבודה מתאים השם דגש על מוגנות, גם בפנימיות.³¹
 - חלקם ביקשו לחזק את "רשת המרכזים" בעזרת יצירת קבוצת השתייכות מקצועית של מנהלות המרכזים ומטפלות מכל הארץ.³²

3.5 הערכת השותפות מנקודת המבט של השותפים

כל השותפים חשים שנוצרה במיזם שותפות יוצאת דופן, עניינית ומכוונת מטרה, והיא שאיפשרה עבודה יוצאת דופן באיכותה ובתוצאותיה.

²⁸ סימוכין לדברים אלו אפשר למצוא, למשל, ב- Gelles, R.J., & Perlman, S. (2012). *Estimated Annual Cost of Child Abuse and Neglect*. Chicago, Illinois

²⁹ כפי שנראה מיד, כמה מהמלצות השותפים כבר מיושמות.

³⁰ חלק מהמלצה זו בתחום בניית תורת ההכשרה וההתמקצעות בתחום נוסחה בעת כתיבת מסמך הסטנדרטים.

³¹ מודל זה קיים "על הנייר" ואינו יוצא אל הפועל בשל קשיים תקציביים.

³² קבוצת השתייכות של המנהלות כבר נפגשת על בסיס קבוע ליום עבודה ולמידה משותף עם מנהלת המיזם אחת לשישה שבועות.

כל השותפים במיזם מעריכים מאוד את השותפות שנוצרה ביניהם וסבורים שהיא יוצאת דופן בהשוואה לשותפויות אחרות שהשתתפו בהן. כמה מהשותפים אף הביעו רצון להמשיך ולשתף פעולה גם במיזמים נוספים בעתיד. לדברי **נציגת הביטוח הלאומי**: "המיזם הזה הוא מודל עבודה שצריך לשאוף אליו כשמדברים על מיזם משותף. זה מודל לחיקוי". לדברי **נציגת משרד הרווחה**: "השותפות פה מדהימה מבחינת חשיבה, תפיסות, ארגון, הדדיות ועוד. רואים את המטרות והמשימות יחד. גם כשיש ביקורת אפשר לדון בה. יש שותפות אמיתית. החיבור הזה עובד בצורה שמסייעת לקדם את המיזם". לדברי **נציגת קרן רש"י**: "השותפות מנקודת מבטי היא מקסימלית מבחינת אחריות משותפת, והיא גם מתוחזקת כל הזמן". כל השותפים ציינו שהם מרגישים שהצליחו לבטא את תפיסת העולם של הארגון שאותו הם מייצגים והרגישו שותפים שווים בפיתוח המיזם.

השותפים זיהו כמה גורמים שסייעו, לדעתם, להצלחת השותפות ביניהם:

הגורמים שסייעו להצלחת המיזם הם מחויבות השותפים, שוויוניות בין השותפים ומקצועיות הצוותים שנשכרו ללוות את המיזם.

- **מחויבות**: לכל השותפים במיזם הייתה מחויבות רבה מאוד לנושא. המחויבות הייתה אישית והשותפים היו זמינים ונגישים והשקיעו במיזם השקעה יוצאת דופן של זמן ומחשבה. המחויבות של השותפים באה לידי ביטוי גם בקיומה של ועדת המנכ"לים. הם ראו את חשיבות המיזם, הקצו לו משאבים נדרשים ותרמו למחויבות הציבורית לנושא.
- **שוויוניות**: השותפים הרגישו שווים במיזם. היה ויתור על האגו האישי לטובת יצירת אגו קולקטיבי, ולעניין זה הייתה השפעה חיובית אדירה על המיזם. בין השותפים נוצרו הבנות ויחסים של הערכה הדדית וכבוד. כמו כן, העובדה שהייתה מנהלת למיזם, ושהיא נשכרה בידי השותפים ודיווחה לכולם, סייעה לכך שההחלטות התקבלו על דעת כל השותפים ומתוך התחשבות בכל הדעות, בלי "הפתעות" מיותרות.
- **צוות מקצועי**: לדברי השותפים, צוות הליווי המקצועי – שהיו חברים בו מנהלת המיזם, תקציבן, איש מחשוב, וכן אחראי על המחקר המלווה – תרמה מאוד לחיזוק השותפות בין הגופים ולשמירתה. צוות זה סייע בניהול המיזם ובתיאום בין השותפים, והם הרגישו ביטחון רב בדרך שבה הוא מתקדם ויכלו לשכנע בכך את הגורמים הממונים עליהם. כמה מהשותפים אף ציינו שהם אינם רואים את עצמם חלק משותפויות דומה בעתיד בלא צוות מקצועי מלווה שיתמוך במיזם ובשותפות בין הגורמים.

3.6 עתיד המיזם מנקודת המבט של השותפים

השותפים מצפים שהמיזם יגדל וירחיב את המענה הטיפולי ואת קשריו עם הקהילה. הם מצפים שהסטנדרט המקצועי יישמר וחוששים מקשיים בהעברת התקציב שיקשו על המשך הפעילות.

השותפים התבקשו לציין כיצד הם רואים את המיזם בעוד חמש שנים. ארבע סוגיות מרכזיות עלו בהקשר זה:

- **הגדלת מספר המרכזים ופריסתם**: השותפים מצפים לגידול ניכר במספר המרכזים ופריסתם בהתאם לתוכנית הארצית העתידית, מתוך שמירה על מנהלות ומטפלות איכותיות. מלבד זאת, הם ציינו שהמרכזים צריכים להיות מוכרים באזורם ולעודד ילדים ומשפחות לפנות אליהם לקבלת טיפול. הובעה תקווה שהמרכזים לא יהפכו ל"שירות לעניים" המטופלים ברווחה, אלא ימשיכו להעניק טיפול בלא תשלום לכל חלקי האוכלוסייה.
- **הרחבת המענה הטיפולי והקשר עם הקהילה**: השותפים מצפים להרחבת המענה הטיפולי של המרכזים לאוכלוסיות נוספות, כגון פוגעים, ילדי פנימיות, אנשים בעלי מוגבלויות ועוד. נוסף על כך, הם מצפים שהמרכזים יעסקו בהרחבה במניעה ובהסברה בקהילה. חשוב שהמרכזים יהיו פתוחים לתפיסות ולגישות חדשות ויעזו להכניס רוחות וגוונים חדשים, ישכילו להשתנות ולא להיות מקובעים כמו שירותים ממשלתיים אחרים.
- **דבקות בסטנדרטים המקצועיים הקיימים ומיסודם**: השותפים מצפים שהמרכזים ימשיכו לעבוד על פי הסטנדרטים המקצועיים שכבר נבנו במיזם, ואף ימשיכו לפתח אותם בעתיד. חשוב מאוד למסד את התקנות שלפיהן המרכזים צריכים לפעול באמצעות הכללתם בתע"ס (תקנות עבודה סוציאלית) של משרד הרווחה. ישנה ציפייה שהמיזם יהפוך למרכז ידע המפתח את התפיסה המקצועית לטיפול בנפגעי תקיפה מינית בישראל ("אור לגויים"). עלה חשש שהמעבר מפרויקט ייחודי לגוף ממלכתי ממוסד עלול להוביל את המיזם להיות מאובן יותר. כדי להימנע מכך יש ליצור מנגנונים לא רק של פיקוח אלא גם של שינוי וחדשנות מקצועית.
- **הקטנת מספר הנפגעים**: לדברי כמה מהשותפים, הם מצפים שמכלול הפעולות שיבצעו המרכזים, הן בהסברה ובמניעה הן בטיפול, יביאו להפחתת מספר הקטינים נפגעי תקיפה מינית.
- **סכנה תקציבית**: כל השותפים ציינו שהסכנה המרכזית להמשך התפתחות המיזם היא תקציבית. לדברי אחת השותפות: "אם נעמוד בתקציב נצליח לפתח. הבעיות הייחודיות שיכולות להיות זה מתקציב המדינה. נקווה שלא יהיה נושא אחר שייקח את האג'נדה של הטיפול בקטינים נפגעי תקיפה מינית".

פרק 4: המבנה התקציבי של המיזם

את המיזם לטיפול בקטינים שנפגעו מינית בישראל ליווה מתחילתו תקציבן בעל הכשרה של רואה חשבון. התקציבן הועסק כיועץ חיצוני של הביטוח הלאומי. תפקידו המרכזי של התקציבן היה לפתח מודל תקציבי למיזם. המודל התקציבי השתנה לאורך הדרך כמה פעמים, על פי התפתחות המודל המקצועי של המיזם. בפרק זה תתואר התפתחות המודל התקציבי של המיזם מראשיתו ועד היום, וכן יוצגו קשיים תקציביים שמנהלות המרכזים מתמודדות עמם.

המבנה התקציבי של המיזם – תקציר

- פיתוח המודל התבסס על ניסוי וטעייה "מתוכננים": בכוונה תחילה החל המיזם לפעול בכמה מודלים, ובתהליך הסקת מסקנות (בליווי מחקר הערכה) נוסח מודל עבודה ארגוני ומקצועי.
- התקציב נגזר ממודל העבודה הארגוני והמקצועי, ולא להיפך.
- המיזם היה נתון לבקרה תקציבית שוטפת, והיא אפשרה לשותפים לבחון את המתאמת המודל התקציבי למודל המקצועי ולשפר את השיפורים המתבקשים.
- בסופו של דבר נבנה מודל תקציבי מתפתח ורב-שנתי. עם צמיחת המיזם גדל התקציב עד למיליון ש"ח למרכז סטנדרטי.
- התקציב גמיש ברובו, והמנהלות יכולות לנייד כספים בין כמה סעיפים תקציביים.
- הסעיף התקציבי הגדול ביותר הוא מימון משרות העובדות במרכז.
- מנהלות המרכזים מבקרות את גובה התגמול לצוות וטוענות שהתקציבים המוקצים למימון ההדרכות ולקשר עם הקהילה אינם מספיקים. המנהלות ביקרו גם את העובדה שהתקציב אינו פרוגרסיבי ואינו מביא בחשבון את ההבדל בין מרכזים בפריפריה למרכזים במרכז הארץ.
- תקציבן המיזם טוען שאת רוב הקשיים האלה אפשר לפתור בעזרת הגמישות התקציבית. עם זאת, הוא מכיר בקושי להתחרות בסטנדרט ההדרכה של השירות הציבורי וגם בחסרונות התקציב הבלתי פרוגרסיבי.
- משרד הרווחה היה מעורב בבניית המודל התקציבי ובמיזם בכלל משלביו הראשונים. לקראת המעבר למשרד הרווחה הוצגו המודל התקציבי הארצי והרציונל שמאחוריו לאנשי הכלכלה והכספים של המשרד, והם אישרו אותו כמקשה אחת ובכך הבטיחו את קיומו של המיזם לטיפול בקטינים שנפגעו מינית לעוד שנים ארוכות במימון ובתמיכה של המדינה.

4.1 התפתחות המודל התקציבי האחיד – ניסוי וטעייה

מכיוון שבעת הקמת המיזם לא היה בנמצא פרויקט דומה, נלמד המודל תקציבי דרך ניסוי וטעייה צפויים מראש.

בתחילת דרכו הציע המיזם שירות חדשני, ולא היה מודל תקציבי שהיה אפשר ללמוד ממנו. נוסף על כך, איש מהעוסקים בפיתוח המיזם לא היה יכול להעריך בדיוק מהו התקציב הנדרש לבנייה של מענה מקצועי ייחודי בפריסה ארצית. לפיכך נדרש תהליך של ניסוי וטעייה ולמודל כלכלי שיתפתח וישתכלל בכל פעם שיעשה שינוי במודל המקצועי של המיזם. בתהליך התפתחות המודל התקציבי של המיזם אפשר להבחין בשלבים האלה:

א. נבחרו מספר רב של מודלים להפעלה, הפעלה של כמה גורמים ובכמה היקפים (רשות מקומית [נצרת ורמלה], עמותה [באר שבע, מאור קריית מלאכי, לוד וחולון-ראשלי"צ ובני ברק] או בית חולים [צפת], מרכז עירוני או אזורי, מקומי או בעל שלוחות וכד').

ב. כל גוף מקצועי פעל בשיטת העבודה שלו, הן מבחינה ארגונית הן מבחינה מקצועית.

ג. מתוך שלל המודלים ובעקבות המחקר המלווה נוסחו תובנות בדבר המודל המקצועי המיטבי של מרכז.

ד. מתוך ניתוח המודל המקצועי והקצאת התקציב נגזרו המשמעויות התקציביות הנדרשות למיזם.

ה. נערכה בקרה תקציבית שוטפת ונבחנה התאמת המודל התקציבי למודל המקצועי.

ו. נערכו שיפורים במודל התקציבי על פי הלקחים שהופקו בתהליך הלמידה במהלך עבודת המיזם.

המודל הראשוני של המיזם, שנוסח בשנת 2007, התכוון להפעיל מוקדים לטיפול בפגיעות מיניות בקטינים שיוקמו על תשתיות של גופי טיפול קיימים. המשמעות התקציבית של מודל מקצועי זה הייתה הגדלת היקף שעות הטיפול המיועדות לקטינים נפגעי תקיפה מינית במוקדים האלה והוספה של תקנים למטפלים. ראוי לציין שגם בשלב ראשוני זה, חלק קטן ממוקדי הטיפול הוקמו מיסודם על ידי המיזם ולא על בסיס תשתית קיימת.

המודל הראשוני של המיזם לא היה מגובש, וכל מוקד פעל אחרת מבחינה ארגונית ומקצועית, ועל פי תפיסות עולם טיפוליות אחרות בנוגע לפן המערכתי והקהילתי של טיפול בקטינים נפגעים מינית. משום כך בשלב הזה היה קשה מאוד ליצור מודל תקציבי מותאם, ונעשו הערכות שגויות באשר לסעיפי התקציב והיקפם.

לאחר תקופה של כשנתיים שבה עבדו המוקדים בכמה מודלים, התברר שאין אחידות במתן המענה להתמקצעות המטפלים, לפיקוח על עבודתם ולמרכיבים של למידה ושל שיתוף בידע. נוסף על כך, התברר שהעבודה בחלק מהמוקדים אינה יעילה כלכלית והם מתקשים להגביר את המודעות לנושא ולהנגיש את הטיפול לנפגעים בעזרת קשר עם גורמי המקצוע בקהילה. בכמה מוקדים ביישובים קטנים יחסית נעשו הערכות שגויות באשר להיקף הצורך במענה הטיפולי לנפגעים, והוקצו תקציבים גבוהים מהנדרש לשכירת מבנים ולמימון תקני מטפלים. וכך, לעתים נוצר מצב שבו שולם כסף למשרות של מטפלות, אך מספר המטופלים בכמה מהמוקדים לא הצדיק זאת, ועלות שעת הטיפול בפועל הייתה גבוהה באופן חריג.

בעקבות הלקחים שהופקו, נבנה בשנת 2009 מודל מקצועי מעודכן שאפשר פיקוח מקצועי על עבודת המטפלים וניצול מיטבי של שעות הטיפול. המשמעות התקציבית הייתה הקצאת משאבים לניהול המוקד, להדרכות למטפלים ולהעסקה של מטפלים עצמאיים שתוגמלו על כל שעת טיפול. בכמה מוקדים שעברו לפעול באופן עצמאי, אף הוקצו משאבים לשכר דירה, לאחזקת המבנה, לחומרים מתכלים ולהצטיידות ראשונית.

לקראת שנת 2011, לאחר כשנתיים נוספות של פעילות יעילה יחסית של המוקדים הוחלט לעדכן את המודל המקצועי פעם נוספת. הצורך בעדכון נבע מהצורך לבדל את השירות החדש הניתן לקטינים נפגעי תקיפה מינית משירותים אחרים ולצמצם את התלות של המוקדים בתשתיות של גופי הטיפול

הקיימים. בתשובה לצורך זה הוחלט להקים מרכזים עצמאיים שכל עיסוקם הוא טיפול באוכלוסייה ז.ו.

המשמעות התקציבית של מודל זה הייתה הקצאת משאבים לשכירת מבנים, להצטיידות ולאחזקה של המרכזים, וכן הפיכתם של המטפלים במרכזים לשכירים לפי מספר המטופלים במרכז, כדי לחסוך בעלויות היקרות יחסית של מטפלים עצמאיים. עוד נקבע שהמטפלים השכירים במרכזים יקדישו 60% ממשרתם לטיפול בפועל במטופלים ובמשפחותיהם ו-40% ממשרתם למטלות "מעטפת", כגון קשר עם גורמי המקצוע בקהילה, פעולות הסברה ומניעה, הדרכה ועבודת צוות. תפיסת עבודה זו שאולה מהניסיון במערכת בריאות הנפש. על פי חלוקת שעות זו נקבעה גם הדרישה מכל מרכז להעניק 3,000 שעות טיפול בשנה.

4.2 המודל התקציבי האחיד - המרכז הסטנדרטי בבשלות מלאה

בסופו של התהליך גובש מודל תקציבי אחיד לכל המרכזים בסך מיליון ש"ח בשנה.

תהליך הניסוי והטעייה לגיבוש המודל התקציבי נמשך כשש שנים, ובסופו של דבר אישרה ועדת התעריפים של משרד הרווחה את המודל הסופי. מודל זה ישמש את המרכזים לטיפול בקטינים נפגעים מינית גם לאחר מעבר המיזם להפעלת משרד הרווחה. להלן המודל שנבנה למרכז סטנדרטי, האמור לשרת אוכלוסייה של כ-350,000 תושבים ולהעניק כ-3,000 שעות טיפול בשנה:

טבלה 4: תקצוב משרות

תפקיד	סה"כ עלות מעביד לשנה	היקף משרה
מנהלת	200,000	100% [25% ממנה לטיפול]
מטפלים	400,000	250%
מזכירות	60,000	50%
סה"כ	660,000	

טבלה 5: תקצוב הדרכות והכשרות לצוות ולקהילה

סעיף	סה"כ עלות לשנה לפי חוזה	המשתתפים	מס' שעות הדרכה חודשיות	עלות לשעה
הדרכה קבוצתית	14,400	מטפלים מהקהילה	4	300
הדרכה אישית	57,600	מטפלים מהמרכז	16	300
הכשרה	12,000	כל המטפלים	40	300
התערבות בקהילה	11,000			
סה"כ³³	95,000			

טבלה 6: תקצוב הוצאות אחזקה

סעיף	סה"כ עלות לשנה	עלות חודשית לכל מבנה
שכר דירה	60,000	5,000
שכר דירה לשלוחות	60,000	2,500
הוצאות אחזקה וניקיון	36,000	3,000
הוצאות אחזקה וניקיון לשלוחות	24,000	1,000
סה"כ	180,000	

³³ בפועל יש למנהלות חופש באשר לחלוקה הפנימית בתוך סעיף ההדרכות וההכשרות

טבלה 7: תקצוב ציוד מתכלה

סה"כ עלות לשנה	תיאור הציוד
15,000	ציוד מתכלה
10,000	ציוד מתכלה לשלוחות
25,000	סה"כ

טבלה 8: ריכוז עלויות ומקורות מימון

תכנון שנתי	סעיף
660,000	כוח אדם
95,000	הדרכות והכשרות
180,000	אחזקה
25,000	ציוד מתכלה
40,000	תקורה לעמותה המפעילה 4%
1,000,000	סה"כ

המנהלות מצביעות גם על חסרונות המודל התקציבי האחד: הוא אינו פרוגרסיבי, היחס בין שעות טיפול לשעות "מעטפת" אינו מתאים למציאות בשטח, תנאי השכר של המטפלות אינם הולמים ואינם מאפשרים תגמול על ותק, חסר תקציב להדרכה ולפעילות בקהילה.

תקציב של מרכז סטנדרטי בהיקף של מיליון ₪ בשנה מורכב מסעיפים משתנים ומסעיפים קבועים. הסעיף המשתנה הגדול ביותר הוא כוח האדם וההדרכות אישיות. כוח האדם נשכר בהדרגה על פי מספר המטופלים במרכזים, והיקף ההדרכות האישיות נגזר ממספר המטפלות. סעיף זה הוא גם הסעיף הגדול ביותר בתקציב המרכז – כשני שלישים ממנו. יתר הסעיפים הם סעיפים קבועים: הדרכות קבוצתיות והכשרות, אחזקה וציוד מתכלה ותקורה לעמותה המפעילה בגובה של 4%.

4.3 חסרונות המודל התקציבי האחד

לדברי מנהלות המרכזים למודל התקציבי של המרכזים כמה חסרונות (דבריהן הובאו בהרחבה בפרקי הדוח):

- א. היעדר פרוגרסיביות – תקציבו של מרכז סטנדרטי הוא תקציב אחד, והוא אינו מביא בחשבון את השונות בין המרכזים, המשפיעה גם על העלויות שלהם. להלן כמה דוגמאות:
- שכר דירה – שכר הדירה במרכז הארץ גבוה במידה ניכרת משכר הדירה בפריפריה. למרות זאת, התקצוב למרכזים במרכז ולמרכזים בפריפריה אחד.
 - נסיעות – מרכזים האחראים לאזור גאוגרפי רחב יותר דורשים מהמטפלים יותר נסיעות, אך הדבר אינו מובא בחשבון בתקציב המרכז.

לדברי תקציבן המיזם, אכן מבחינה כלכלית נכון יותר לתקצב את שכר המטפלים, את שכר הדירה ואת הנסיעות באופן פרוגרסיבי, אולם למשרד הרווחה אין כלים לעקוב אחר דוחות תקציביים הבנויים כך. נוסף על כך, עקרון הגמישות התקציבית, המאפשר ניווץ של כספים בין הסעיפים (למעט כוח אדם) יכול להיות מענה הולם לנושא הפרוגרסיביות.

- ב. **היחס בין שעות טיפול לשעות "מעטפת"** – היחס שנקבע במודל התקציבי, 60% מהשעות לטיפול ו-40% לפעילות מעטפת, דומה ליחס המקובל בשירותי בריאות הנפש. כמה **ממנהלות המרכזים** אמרו שבפועל המטפלים "נותנים" יותר שעות מעטפת, בפגישות עם אנשי מקצוע בקהילה, בהשתתפות בוועדות בקהילה, בדיווחים לגורמי אכיפת החוק או לגורמי מקצוע בקהילה ועוד, ולכן המרכז אינו מגיע ל-3,000 שעות טיפול בשנה המצופות ממנו, אף שהוא "צורך" את התקציב שהוא מקבל בגינן.
- לדברי **תקציבן המיזם**, החלוקה שנקבעה במודל התקציבי נכונה ומתאימה ברמה הרחבתית, ואם יש בה סטיות, הן קורות במקרים בודדים בלבד.
- ג. **תנאי השכר של המטפלות** – מנהלות רבות חשות שהשכר של המטפלות ותנאי העבודה שלהן אינם הולמים: השכר נמוך מדי (ככלל, ועוד יותר מכך למטפלות במרכזים בבתי חולים, מכיוון שהשכר הסטנדרטי בבריאות הנפש נמוך מהשכר המשולם במיזם); מטפלות המתגוררות רחוק ממקום העבודה אינן מקבלות השתתפות באחזקת רכב; רוב המטפלות העצמאיות מתוגמלות רק על שעות טיפול בפועל, אף שעבודתן כוללת הרבה שעות "מעטפת"; חישוב השכר במרכזים אינו מביא בחשבון תגמול על ותק, והתקציב אינו מאפשר העלאה בשכר לאורך זמן.
- לדברי **תקציבן המיזם**, שכר העו"סיות במגזר הציבורי נמוך מהשכר שמציעים המרכזים למטפלים שכירים. לעומת זאת, מטפלים עצמאיים משתכרים יותר במגזר הפרטי ממטפלות שכירות במרכזים (אף שמטפלות במגזר הפרטי צריכות לממן בעצמן הדרכה, הכשרה, שכר דירה בקליניקה, והן אינן נהנות מהיתרונות הרגשיים של עבודה בצוות). כמו כן, לדבריו אפשר להתאים את השכר של המטפלות במרכזים (שכירות ועצמאיות) לוותק שלהן ולניסיוןן המקצועי בתוך מסגרת התקציב המיועדת לשכר ולתת ביטוי כלכלי להבדלים בוותק ובניסיון.³⁴
- ד. **הדרכה והכשרה**³⁵ – לדברי כמה מנהלות, תקציב ההדרכה במרכזים אינו מספיק, והסכום שאפשר לשלם למדריך נמוך מאוד ומקשה על מציאת מדריכים טובים. המחסור מורגש בעיקר במרכזים שיש בהם מספר רב יחסית של מטפלות חדשות וחסרות ניסיון.
- לדברי **תקציבן המיזם**, המרכזים אינם יכולים להתחרות בהיקף ההדרכה במגזר הציבורי. עם זאת, לדבריו אין מניעה להגדיל את תקציב ההדרכות על חשבון רכיבים תקציביים אחרים, כל עוד המינון סביר ומקבל אישור של מנהלת המיזם.
- ה. **פעילות בקהילה**³⁶ – לדברי חלק מהמנהלות, התקציב המיועד לפעילות בקהילה מצומצם למדי. לדברי אחת המנהלות, תפיסת המיזם ששני שלישים מעבודת המטפלות השכירות מוקדשת לטיפול ושליש לפעילויות ולקשר עם הקהילה, אינה נכונה ואינה מאפשרת השקעה בפעילות ובקשר הזה.
- באשר לחסרונות המודל התקציבי האחד שהוצגו לעיל, ציין **תקציבן המיזם** שבניתוח שהוא ערך בכל שנה לדוחות ביצוע התקציב של המרכזים הוא מצא שהם לא חרגו מהתקציב הכולל של המרכז (מיליון ₪), מפני שניתנה להם הזכות להעביר תקציבים מסעיף תקציבי אחד למשנהו. לפיכך, לטענתו, המודל התקציבי האחד של המרכז הסטנדרטי הוכיח את עצמו במבחן היישום.

³⁴ פירוט והמלצות בתחום זה מפורטות בפרק 8, "מנגנוני פיתוח צוות".

³⁵ כמפורט בפרק 8, "מנגנוני פיתוח צוות".

³⁶ כמפורט בפרק 9, "הקשר עם הקהילה".

4.4 מודל תקציבי אחיד מתפתח ורב-שנתי

הניסיון לימד ששלב ההבשלה של מרכז נמשך כשנתיים. מכיוון שהמודל התקציבי הוא הדרגתי, לא "מבזבז" תקציב על מרכז שעוד אינו מתפקד תפקוד מלא.

הניסיון שנצבר במיזם עד כה מלמד שהתפתחות של מרכז משלב ההקמה ועד שלב ההבשלה נמשך כשנתיים. במהלך השנתיים האלה נשכר מנהל, מגויס צוות טיפולי, נשכר מבנה ומתחיל הקשר עם הקהילה. מטרתו העיקרית של הקשר היא חשיפת המרכז בפני גורמי המקצוע והגברת המודעות לנושא הטיפול בקטינים נפגעי תקיפה מינית. בשלב מאוחר יותר מוקמות שלוחות ומגויסים מטפלים שיאיישו אותן. בעקבות מתווה ההתפתחות ההדרגתי של המרכזים נבנה מודל תקציבי הדרגתי, המביא בחשבון שמספר שעות הטיפול גדל משנה לשנה, ובשנה השלישית המרכז מגיע לתפוקה מלאה של 3,000 שעות טיפול בשנה. כפי שאפשר לראות בטבלה 9, הגידול המשמעותי ביותר הוא בסעיף כוח האדם. סעיפי ההדרכה והאחזקה גדלים רק בשנה השלישית, עם הקמת השלוחות וגיוס של כוח אדם נוסף.

טבלה 9: מודל תקציבי מתפתח ורב-שנתי

מרכז בשל	מרכז חדש שנה שנייה	מרכז חדש שנה ראשונה	סעיף
3,000	2,000	1,500	שעות טיפול לשנה
660,000	500,000	370,000	כוח אדם
95,000	52,000	52,000	הדרכות והכשרות
180,000	96,000	96,000	אחזקה
25,000	50,000	75,000	ציוד מתכלה
40,000	29,650	24,400	תקורה 4%
1,000,000	727,650	617,400	סה"כ

4.5 הטמעת המודל התקציבי האחיד בקרב הגופים המפעילים

המרכזים לא חרגו ממסגרת התקציב. הייתה להם גמישות בתוך סעיפי תקציב רבים, והיא אפשרה העברת כספים בהתאם לצרכים המשתנים. התקציב מתאים, הוא אינו פזרני ואינו חסכני.

בשנים 2011-2012 הוטמע המודל התקציבי האחיד בכל המרכזים, לרבות חמשת המרכזים החדשים. תקציבן המיזם עקב מעקב צמוד אחר ביצוע התקציב על ידי הגופים המפעילים וקיים עמם פגישות תכופות כדי ללמוד אם התקציב מתאים לצורכיהם. לדבריו, המרכזים לא חרגו ממסגרת התקציב שהוקצתה ולא היה להם צורך לחרוג ממנה. עם זאת, הייתה להם גמישות בתוך סעיפי התקציב, והם יכלו להעביר כספים מסעיף אחד לסעיף אחר על פי הצרכים המשתנים. העברה כזאת נעשתה באישורה של מנהלת המיזם, לאחר שבדקה אם השינוי התקציבי אינו פוגע במענה הטיפולי המקצועי של המרכז. למשל, מרכז שלא השתמש בכל תקציב האחזקה שלו קיבל אישור להשתמש בכסף לטובת הדרכות נוספות למטפלים. במקרה אחר, מרכז שלא ניצל את כל דמי השכירות שלו קיבל אישור לרכוש ציוד מתכלה נוסף. עיקרון מנחה קבוע הוא שאי אפשר להעביר כספים מסעיף כוח האדם, כדי שלא תהיה פגיעה בהיקף המענה הטיפולי של המרכז. נוסף על כך,

היו חריגות לפי הצורך בשטח. למשל, הוחלט שכיוון שהמרכז בבני ברק מיועד לאוכלוסייה חרדית שמספר הילדים בה גדול מהממוצע, הוא יעבוד באותה מסגרת תקציבית אך "שטח האוכלוסין" שהוא ישרת יהיה קטן יותר. דוגמה נוספת היא המרכז בקריית מלאכי שקיבל על עצמו להקים שלוחה באשקלון בשל הקרבה הגאוגרפית, ולשם כך קיבל תוספת תקציב. כל שינוי כזה נעשה באישור המשנה למנכ"ל משרד הרווחה, כדי להבטיח שהמשרד ימשיך ויקבל על עצמו את החריגה הזאת גם ב-2013. לדברי **תקציבן המיזם**, המסקנה העיקרית שלו לאחר שנתיים של הפעלת המודל התקציבי האחד, היא שהתקציב של מרכז סטנדרטי אינו פזרני ואינו חסכני, אלא נותן מענה הולם להפעלת המרכזים במתכונת המקצועית שנקבעה, ושחזרכים התקציביים השונים של המרכזים מקבלים מענה הודות לגמישות בתוך מסגרת התקציב.

4.6 בניית מודל תקציבי ארצי

על בסיס התקציב לכל מרכז ומרכז גובש תקציב ארצי, הכולל את עלויות הפעלת מרכזים, את עלויות המטה ואת עלויות הקמת המרכזים.

המודל התקציבי האחד של מרכז סטנדרטי היווה בסיס לפיתוח מודל ארצי, הכולל את הפריסה הרצויה של מרכזים לטיפול בקטינים שנפגעו מינית בכל הארץ. בסך הכול אמורים לפעול ברחבי הארץ 19 מרכזים, 12 מהם כבר קיימים ו-שבעה אמורים לקום בשנים הקרובות. כל אחד מהמרכזים עתיד לתת מענה לאזור גאוגרפי שמתגוררים בו כ-350,000 תושבים, למעט המרכזים בירושלים, בתל אביב, בחיפה ובמרכז, האמורים לתת מענה לאוכלוסייה גדולה יותר ולכן מתוקצבים בדרך אחרת.

תקצוב המרכזים החדשים מביא בחשבון את הנחות היסוד המרכזיות של המודל התקציבי האחד של המרכז הסטנדרטי:

- כוח אדם במרכז כולל מנהלת מרכז בתקן מלא, 2.5 תקנים למטפלות וחצי תקן למזכירה.
- 60% מזמן העבודה של המטפלות מוקדשים לטיפול בנפגע ובמשפחתו ו-40% למשימות "מעטפת".
- נערכות הדרכות קבוצתיות ופרטניות סדירות לחברי הצוות.
- התקציב כולל את עלויות אחזקת המבנה של המרכז ושל שלוחותיו.

המרכזים הגדולים בירושלים, בתל אביב, בחיפה ובמרכז מתוקצבים לפי אותן הנחות, אך ניתנו להם תוספות תקציב בכמה סעיפים, כדי לענות לצרכים הנובעים ממגודלה של האוכלוסייה שהם אמורים לשרת ומההטרוגניות שלה. למשל, במרכז בירושלים תוקצבו 9.5 תקנים של מטפלים, במרכזים בתל אביב ובחיפה 6 תקנים כל אחד והמרכז שבאזור המרכז הארץ 4.5 תקנים. גם תקציב ההדרכה וההכשרה של מרכזים האלה גבוה יותר מתקציבו של מרכז סטנדרטי, מכיוון שיהיו בהם יותר מטפלים הזקוקים לכך. בטבלה 10 אפשר לראות את התקצוב של כל המרכזים – הקיימים והמתוכננים.

טבלה 10: תקציב המרכזים הקיימים והמתוכננים

תקציב משוער לשנה	מיקום המרכז ושלוחותיו	סטטוס	
1,000,000	צפת והסביבה, ע"י קרן המחקרים שליד בית החולים זיו	קיים – ותיק	1
1,000,000	חדרה והסביבה, ע"י עמותת כפר הנוער תלפיות	קיים – ותיק	2
1,212,576	בני ברק, אלעד ומודיעין עילית, ע"י עמותת בית חם כולל החרגה ³⁷ ביתר עילית	קיים – ותיק	3
1,000,000	לוד, עמק לוד, רמלה, מודיעין, ע"י עמותת אל"י	קיים – ותיק	4
1,314,080	קרית מלאכי והסביבה, ע"י עמותת יחדיו, כולל הרחבה באשקלון	קיים – ותיק	5
1,324,064	באר שבע ע"י עמותת יחדיו, כולל הרחבה של הפזורה הבדואית	קיים – ותיק	6
1,000,000	גליל מערבי-נהריה, עכו, כרמיאל, מעלות, ע"י עמותת יעדים לצפון	קיים – חדש	7
1,457,352	חיפה והקריות, ע"י קרן המחקרים שליד בית החולים בני ציון	קיים – חדש	8
1,000,000	עפולה והעמקים ע"י עמותת עלם	קיים – חדש	9
1,000,000	נצרת, ע"י עמותת יעדים לצפון	קיים – חדש	10
1,341,952	ראשון לציון וחולון ע"י עמותת אל"י, כולל החרגה ראשלי"צ	קיים – חדש	11
1,341,952	נתניה והשרון, ע"י עמותת כפר הנוער תלפיות, כולל הרחבה הרצליה	קיים – חדש	12
726,752	מרכז דרום	עתידי	13
1,000,000	פתח תקווה והסביבה	עתידי	14
1,000,000	כפר סבא-רעננה	עתידי	15
285,584	אילת	עתידי	16
2,909,920	ירושלים והסביבה	עתידי	17
1,000,000	אשדוד ועוטף עזה	עתידי	18
1,869,192	תל אביב-רמת גן	עתידי	19
23,145,924	סה"כ		

המודל התקציבי הארצי עונה גם לצורך של המיזם במטה. המטה יופקד על ניהול המיזם, ועל מדידה, הערכה ובקרה של ביצועי המרכזים. בתקציב המטה תוקצבו שלושה סעיפים עיקריים, כפי שאפשר לראות בטבלה 11 להלן:

טבלה 11: עלויות מטה לשנה

תקציב משוער לשנה	סעיף תקציבי	
280,000	כוח אדם ניהולי והוצאות רכב	1
150,000	מחקר מלווה	2
150,000	מחשוב	3
580,000	סה"כ	

מלבד זאת, המודל התקציבי הארצי מביא בחשבון גם את עלויות ההקמה של המרכזים העתידיים לקום, על כל היבטיה, כפי שאפשר לראות בטבלה 12 להלן:

טבלה 12: עלויות הקמה שנתיות

תקציב משוער לשנה	סעיף תקציבי	
670,000	ציוד שוטף והתאמת מבנה (שבעה מרכזים ו-שש שלוחות)	1
210,000	פרסום ושיווק	2
880,000	סה"כ	

³⁷ החרגה = תקציב חריג שיוקצה ליישוב מסויים, שעולה על מיליון ש"ח.

בהנחה שתוכניות ההרחבה של המיזם יתממשו במלואן בהובלת משרד הרווחה, התקציב השנתי הכולל של המיזם לשנה הבאה צפוי לעמוד על 24,127,628 ₪. תקציב זה הוגש ואושר על ידי הגורמים הרלוונטיים במשרד הרווחה.

משרד הרווחה היה שותף למיזם משלבי הפיתוח והשתתף בחשיבה על הצרכים התקציביים. עם התקדמות המיזם החל המשרד להשתתף במימון המיזם. לקראת המעבר למשרד הרווחה, אישרו בכירי המשרד את התקציב כמקשה אחת.

4.7 אישור המודל התקציבי על ידי משרד הרווחה

הקשר של משרד הרווחה למיזם החל כבר בשלבי הפיתוח הראשוניים. בשנים הראשונות היה משרד הרווחה שותף מלא לחשיבה על פיתוח המיזם, ואנשיו איישו את הוועדה המקצועית ואת תת-הוועדות שכתבו את התוכנית הלאומית לטיפול בקטינים שנפגעו מינית וקבעו את הסטנדרטים להפעלת המרכזים.

החל משנת 2011 החל משרד הרווחה להשתתף גם בתקצוב המיזם, בהיקף של כ-45% מהתקציב, ואילו קרן רש"י והקרן לילדים ולנוער בסיכון של המוסד לביטוח הלאומי השתתפו בכ-20% מהתקציב כל אחת. הגופים המפעילים השתתפו בכ-16% מהתקציב.

נוסף על בניית התקציב והבקרה על יישומו, בנה תקציבן המיזם מנגנון להעברת כספים בין השותפים לצורך הפעלת המיזם, החל משלב בניית ההסכם המשפטי ביניהם, דרך הפיקוח על העברת הכספים וכלה בדיווח על ביצוע התקציב. וכך היה, למעשה, גורם אחד נטול פניות שהיה אחראי על הטיפול בסוגיה חשובה זו לאורך כל הדרך.

לקראת המעבר הצפוי של המיזם למשרד הרווחה, הוצגו המודל התקציבי הארצי והרציונל שמאחוריו לאנשי הכלכלה והכספים של המשרד, והם אישרו אותו כמקשה אחת, וכך הבטיחו את קיומו של המיזם לטיפול בקטינים שנפגעו מינית במימון ובתמיכה של המדינה לעוד שנים ארוכות.

מן הפן הכלכלי, האתגר של משרד הרווחה יהיה כעת לאשר תקציב מתאים להמשך תהליך הפיתוח של המיזם. מהזווית המקצועית צפויים לו שני אתגרים: הראשון, לפתח מנגנון פיקוח באמצעות מפקחת ארצית ייעודית, והשני, לאמץ את המערכת הממוחשבת שהמרכזים עובדים עמה, כדי שתהיה לו נגישות למידע הדרוש לו לשם ניהול כלכלי שוטף ומדויק של המיזם.

פרק 5: נתונים כלליים על המיזם ועל הפונים אליו, והגורמים המשפיעים על הטיפול

פרק זה יציג נתונים כלליים על התנהלות המיזם ועל מאפייני הפונים אליו. הפרק יציג גם את הגורמים המשפיעים על אורך הטיפול ועל מידת הצלחתם ויעסוק בנתוני הנשירה ובגורמים לה. בפרק יועלו השערות המסבירות חלק מהממצאים ויובאו המסקנות העולות מהם. בסוף הפרק יוצגו המלצות הנגזרות מניתוח הנתונים.³⁸

נתונים כלליים על המיזם, על הפונים אליו והגורמים המשפיעים על הטיפול – תקציר הממצאים

- 1,400 ילדים ובני נוער פנו למיזם בשנת 2012. מהם טופלו 931. המיזם צמח בכל המדדים: במספר הפונים אליו, במספר המטופלים בו ובפעילויות שפעל בקהילה.
- כמחצית מהפונים למיזם הם נפגעי גילוי עריות, אונס ומעשה סדום. יותר ממחצית מהפונים נפגעו יותר מפעם אחת. לפחות 15% נפגעו על ידי יותר מפוגע אחד.
- ככלל, ככל שהפגיעה הייתה מתמשכת יותר, ואם בוצעה על ידי יותר פוגעים או התרחשה בתוך המשפחה, גדלים סיכויי הטיפול להתארך, וככל שהטיפול ארוך יותר, יורדת עוצמת התסמינים. כל ילד שטופל במיזם קיבל 28 שעות טיפול בממוצע. אורך טיפול שלם (טיפול שהתחיל וגם הסתיים בעתו) הוא 35 שעות.
- שתי קבוצות פונות למיזם פחות מאחרות: מתבגרים בני 15 הם רק שישיית מהפונים למיזם. כמו כן, מיעוט מהילדים פונים למיזם סמוך למועד חשיפת הפגיעה. אף שהמיזם מוכר יותר בקהילה, אין פונים אליו מהר יותר.
- התמודדות נכונה עם שני נתונים עשויה להוביל להורדת שיעור הנפגעים ולהעלאת אחוזי ההצלחה בטיפול:
- 17% מהפגיעות התרחשו במסגרת מערכת החינוך. במערכת זו יש למדינה שליטה רבה יותר בהשוואה למקומות פגיעה אחרים, ולפיכך, להתגייסות של המדינה לתוכניות מוגנות במסגרת בתי הספר יש פוטנציאל גבוה להוריד את שיעור הנפגעים.
- נראה שהימנעות תודעתית³⁹ היא תסמין המאפיין סוגי פגיעות רבים. מדובר בתסמין עמיד יחסית לטיפול, וככל שהטיפול ארוך יותר סיכויי ההצלחה לטפל בו עולים. שכחותו של התסמין והקושי לטפל בו במהירות הן שתיים מהסיבות המרכזיות לצורך בטיפול ארוך במקרה של פגיעה מינית. עם זאת, שכחותו של התסמין בקרב הפונים למיזם גבוהה ביותר, ולכן שכלול הטיפול בו (למשל, באמצעים קוגניטיביים) ישפר את מצבם של רבים מהמטופלים.

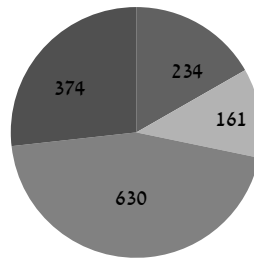
³⁸ פרק 6, "איכות המענה הטיפולי", דן אף הוא בכמה מהנושאים המוצגים בפרק זה. פרק 6 מציג ניתוח איכותני של התמודדות המטופלות ומנהלות המרכזים עם מטופלים בגילאים שונים ובשלבם שונים של הטיפול (קבלתם למרכז, בחירת המענה המתאים, בעת סכנת נשירה וכד'). הפרק הבא מתבסס בעיקר על ראיונות עם מנהלות, עו"סיות ומטפלות, ואילו הפרק הנוכחי מתבסס בעיקר על מסד הנתונים הכמותיים שעמדו לרשות עורכי המחקר.

³⁹ ניתן להגדיר "הימנעות תודעתית" כמאמץ הקוגניטיבי שמשקיע הנפגע ב"לא לחשוב" על רכיבים כלשהם מהפגיעה. עוד על התופעה ראו למשל: Paradoxical Effects of Thought Suppression". In: ATTITUDES AND SOCIAL COGNITION. Wegner, Daniel M., Schneider, David J., White, Teri L. & Carter, Samuel R. (1986).

5.1 נתונים כלליים

בשנת 2012 פנו למיזם 1,400 קטינים, 931 מהם קיבלו טיפול, כמפורט בתרשים 4. כל ילד שטופל במיזם קיבל 28 שעות טיפול בממוצע. ממוצע שעות הטיפול לילד ב-2011 היה 26 (נראה שמכיוון שהמיזם פועל יותר שנים, אפשר למדוד כעת יותר טיפולים ארוכים).

תרשים 4: מספר הקטינים שפנו למיזם בשנת 2012, לפי סוג המענה שקיבלו מהמיזם⁴⁰



■ התחילו לפני 2012 והמשיכו ב-2012 (27%) ■ התחילו ב-2012 (45%) ■ אינטייק בלבד (12%) ■ היוועצויות (17%)

בשנת 2012 הצטמצם שיעור הנושרים מהמיזם.

השוואה לנתוני 2011 (טבלה 13) מלמדת שמספר המטופלים הממשיכים טיפול משנים קודמות ירד, ומספר המטופלים שהתחילו טיפול ב-2012 עלה. עלייה זו הייתה צפויה בעקבות הקמתם של שישה מרכזים חדשים במהלך 2012. אחוז ההיוועצויות ירד ב-10% ב-2012, וייתכן שפעולות ההסברה והעבודה המשותפת עם המרכזים בשנים הקודמות הנחילו לאנשי המקצוע בקהילה ידע וניסיון, וכעת הם יכולים להתמודד בעצמם עם שאלות שבעבר הביאו אותם לפנות להתייעצות. שיעור המטופלים שעברו אינטייק ולא המשיכו הטיפול גדל ב-4% ב-2012, וייתכן שהמרכזים הפיקו לקחים באשר לנפגעים שאינם מתאימים לטיפול ארוך במיזם. המרכזים הצליחו לצמצם את שיעור הנושרים מטיפול ב-3%, ואפשר לשער שהמיון באינטייק הוא אחת הסיבות לכך.

טבלה 13: השוואה בין השנים 2011 ו-2012 בכמה מדדים

בשנת 2012 ירד אחוז ההיוועצויות במיזם, כנראה מפני שכבר נצברו בקהילה ידע וניסיון והם מפחיתים את הצורך בהתייעצות.

2012	2011	
40%	30%	שיעור המטופלים שהתחילו טיפול
27%	35%	שיעור המטופלים שהמשיכו טיפול משנים קודמות
17%	27%	שיעור ההיוועצויות מתוך כלל הפונים למיזם
12%	8%	שיעור המטופלים שהתחילו אינטייק ולא המשיכו לקבלת טיפול
7.50%	10.50%	שיעור הנושרים מטיפול

בשנת 2012 עלה מספר המטופלים שהחלו אינטייק ולא המשיכו לקבלת טיפול, אולי בעקבות שיפור מיומנויות המיון במרכזים.

⁴⁰ "היוועצות" היא מתן יעוץ טלפוני או אישי לבני משפחה או לאנשי מקצוע ביחס להתמודדות של ילדים עם פגיעות מיניות. בקבוצה זו נכללו רק פניות שבתום ההיוועצות לא קיבלו טיפול במסגרת המרכז.

כמעט כל המרכזים הוותיקים עומדים ביעד המצופה מהם – 3,000 שעות טיפול בשנה.

נתונים מכל המרכזים הוותיקים מלמדים שרובם התקרבו ליעד – 3,000 שעות טיפול – שהיה עליהם להשיג בשנת 2012. מרכז "ענבל" באר שבע השיג רק קצת יותר משני שלישים מהיעד, כנראה בשל משבר ניהולי שעבר, ואילו מרכז אל"י לוד העניק מספר כפול כמעט של שעות. גידול זה היה פעולה יזומה של הנהלת המיזם – ההנהלה ביקשה לנצל תקציב עודף והרחיבה את השירות בלוד לזמן מוגבל על ידי הוספה של שתי רשויות לאחריות המרכז.

טבלה 14: השוואה בין המרכזים במדדים עיקריים, לפי נתוני 2012

מספר השעות שנתן כל מרכז ב-2012 (קלנדרי)	מספר שעות ממוצע שקיבל כל ילד ב-2012 (קלנדרי)*	אורך טיפול ממוצע שהתחיל והסתיים	מספר הילדים שקיבלו טיפול ב-2012**
אל"י לוד	5770***	29	204
"זיו" צפת	2715	30	91
"רימונים" חדרה	2753	29	96
"בליבנו" בני ברק	3336	25	141
"ענבל" באר שבע	2212	30	76
"מאור" קריית מלאכי	2984	31	96
"כרם" נצרת	906	17	53
אל"י חולון-ראשל"צ	1175	26	47
"בני ציון" חיפה	226	23	13
"עלם" עפולה	655	23	28
"רימונים" נתניה	1513	24	63
"כרם" כרמיאל	803	38	23
סה"כ	25048	28 (ממוצע)	931
		35 (ממוצע)	

*בניכוי מספר המטופלים שעברו אינטייק בלבד

**כולל מטופלים שעברו אינטייק בלבד

***כולל מעל 2500 שעות שמומנו מיתרות כספי מיזם א'

5.2 התפתחות המיזם לאורך השנים

נתוני ששת המרכזים החדשים מצביעים על צמיחה. המיזם צמח בכל הפרמטרים – כמות הפונים אליו, מספר המטופלים בו והשעות שהעניק לקהילה.

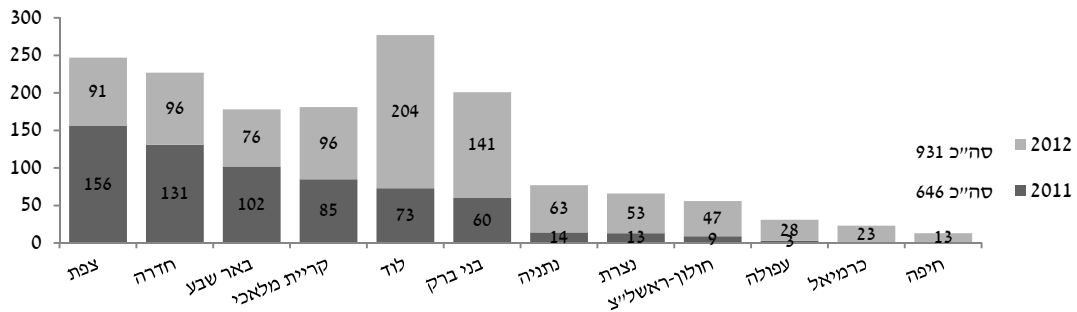
בשנים 2009-2012 צמח המיזם גם מבחינת מספר הפונים לשירות, גם מבחינת מספר הילדים שטופלו בו וגם מבחינת מספר שעות הטיפול, כמפורט בתרשים 5.

תרשים 5: צמיחת המיזם מבחינת מספר הפונים לשירות, מספר המטופלים ומספר שעות הטיפול 2009-2012



התפתחות המרכזים בין 2011 ל-2012 משתקפת במספר המטופלים במרכזים (תרשים 6).

תרשים 6: מספר המטופלים במרכזים בשנים 2011 ו-2012, לפי מרכז



אפשר לבחון את התפתחות המיזם גם על ידי בחינת מצבו של כל מרכז, הן מבחינת מספר השעות שניתנו בו ב-2011 וב-2012, הן מבחינת מידת ההלימה בין דפוסי העבודה שבו לבין התנאים המרכזיים המוגדרים במסמכי היסוד של המיזם,⁴¹ כמוצג בטבלה 15.⁴² כל הפרמטרים יידונו בהרחבה בפרקים הרלוונטיים בהמשך הדוח והם מובאים כאן רק כדי להציג תמונה כללית של מצב המיזם.

טבלה 15: מידת ההלימה בין דפוסי עבודת המרכזים לבין התוכנית הארצית ומודל הפעלה – דצמבר 2012

שעות טיפול 2012	שעות טיפול 2011	הדרכה פרטנית / קבוצתית	ישיבת צוות	השתלמות מקצועית	מגוון טיפוליים מקצועות	עמידת צוות המטופלים בסטנדרטים	הכשרה ייעודית	פעילות בקהילה	ועדות ביצוע	קשר עם עו"ס סמח וזי
5,770**	2,352	✓	✓	✓	8	73%	100%	✓	✓	✗
3,336	1,980	✓	✗	✗	7	71%	71%	✓	✓	✓
2,715	2,652	✓	✓	✓	4	67%	100%	✓	✓	✓
2,984	3,145	✓	✓	✓	14	80%	60%	✓	✓	✓
2,212	1,530	✓	✗	✓	10	33%	44%	✗	✗	✓
2,753	3,799	✓	✓	✓	7	86%	100%	✓	✓	✓
906	143	✓	✓	✓	6	66%	100%	✓	✓	✓
1,175	90	✓	✓	✓	7	75%	100%	✓	✓	✗
226	-	✓	✓	✓	3	60%	100%	✗	✓	✓
803	-	✓	✓	✓	10	88%	100%	✓	✓	✓
655	15	✗	✓	✓	11	88%	88%	✓	✓	✓
1,513	98	✓	✓	✓	9	100%	100%	✓	✓	✓

* המרכז האזורי בנצרת הוקם על יסוד מוקד עירוני שפעל במסגרת שלב א' של המיזם. הרחבה זו התרחשה באפריל 2012. ולכן, למרות הוותק של המרכז בעיר נצרת, הוא נחשב לאחד מהמרכזים החדשים מבחינה ארגונית ותקציבית.

** כולל מעל 2500 שעות שמומנו מיתרות כספי מיזם א'

⁴¹ "התוכנית הארצית לטיפול בקטינים שנפגעו מינית בישראל" ו"מודל הפעלה למרכז טיפולי לילדים נפגעי תקיפה מינית".
⁴² סימן ✓ משמעותו עמידה בקריטריון. סימן ✗ משמעותו אי-עמידה בקריטריון.

המיזם מטפל בקשת רחבה של פגיעות. רבים מהפונים סובלים מפגיעות מורכבות (הכוללות אונס, מעשה סדום וגילוי עריות), ומפגיעות מתמשכות, המתרחשות לעתים בתוך התא המשפחתי.

מהטבלה עולה שמספר שעות הטיפול שניתנו במרכזים עלה ב-2012 ב-52% בהשוואה ל-2011, מ-15,804 שעות ל-25,048 שעות. הפעולות לפיתוח הקשר של המרכז עם הקהילה ומנגנוני פיתוח הצוות במרכז הוטמעו היטב, הן במרכזים הוותיקים הן במרכזים החדשים. בהיבט הטיפול, ניכר שהמרכזים מציעים מגוון של מענים טיפוליים למטופלים, אך חלק ניכר מהמטופלים אינו עומד בסטנדרטים המקצועיים שנקבעו וטרם השלים את ההכשרה הייעודית לטיפול בקטינים נפגעי פגיעות מיניות. עוד עולה מהנתונים שאף שמספר הקטינים שקיבלו מענה מהמיזם גדלה בכ-30% בשנת 2012, שעות הטיפול שניתנו במיזם בתקופה זו גדלו פי שניים. העלייה במספר השעות הייתה צפויה לנוכח התרחבות המיזם, שמשמעה, בין היתר, יותר טיפולים ארוכים. התארכות הטיפולים היא גם ההסבר לכך שמספר המטופלים בשנים אלו עלה ב-130 מטופלים בלבד.

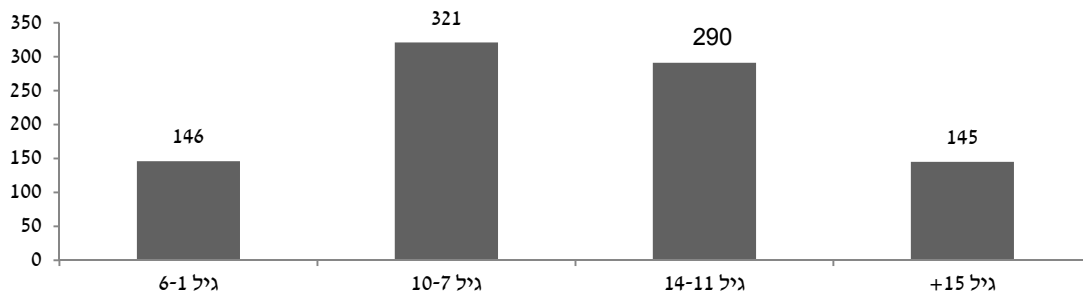
מהתבוננות פרטנית בכל מרכז ומרכז עולה שבכמה מרכזים (במרכז "ענבל" באר שבע, ב"רימונים" חדרה וב"זיו" צפת) חלה ירידה במספר המטופלים בין 2011 ל-2012. במרכז "רימונים" חדרה ההסבר לכך הוא שב-2011 נתן המרכז מספר שעות רב מדי, ולכן ב-2012 צומצם איזור הכיסוי שלו כדי שיוכל לעמוד ביעד 3,000 השעות ולא מעבר לכך. במרכז "ענבל" הייתה ירידה במספר המטופלים ועלייה במספר השעות כנראה משום שהטיפולים שם ארוכים יותר מהממוצע בכלל המרכזים. במרכז "זיו" צפת הטיפולים אינם ארוכים יותר מהממוצע וגם שאר הנתונים אינם מסבירים את הירידה במספר המטופלים. זאת ועוד, אורך טיפול ממוצע במרכז הוא רק 24 שעות, ולא ברור לאן תועלו כל 2,700 השעות. הנתונים של מרכז "זיו" היו צריכים להיות דומים לאלה של מרכזים בעלי נתונים דומים (למשל, "רימונים" חדרה). כלומר, על פי מספר המטופלים, מספר השעות ומספר המפגשים הקלנדרי הממוצע, היו צריכים להיות במרכז "זיו" צפת יותר מטופלים המקבלים טיפולים קצרים, או טיפולים ארוכים יותר למספר המטופלים הקיים. אפשרות שלישית היא שהמטופלים אינם מנצלים חלק גדול מהשעות שלהם כדי לטפל בפועל. ואולם, לפי דיווח המנהל, הזמן המושקע ב"זיו" צפת בטיפול בפועל גבוה מאוד (בכלל המרכזים הוותיקים מושקע 0.52 מכל שעה בטיפול "נטו", ואילו ב"זיו" צפת מושקע 0.54 מכל שעה בטיפול). לסיכום, קשה להסביר את נתוני השעות במרכז זה.

5.3 מאפייני הפונים למיזם

פילוח הפונים למיזם לפי גיל: כמפורט בתרשים 7, רוב הילדים הפונים למיזם הם בני 7-10 ובני 11-14. מספר הילדים הצעירים, בני שנה עד 6, ובני הנוער מעל גיל 15 הפונים למיזם הוא כמחצית מכך, אף שיש להניח שיש נפגעים רבים בקבוצת המתבגרים.⁴³ שיעור הפונים בקבוצת המתבגרים לא השתנה ב-2012 ונותר דומה לשיעורם בשנת 2011.

⁴³ ולו רק מכיוון שקבוצה זו כוללת את כל הנפגעים בני 0-15 שלא טופלו, וכן את הנפגעים בני 15-18.

תרשים 7: מספר הפונים למיזם, לפי קבוצות גיל

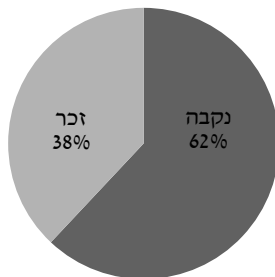


רק שישית מהפונים למיזם שייכים לקבוצת הגיל 15-18.

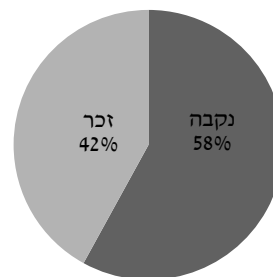
פילוח הפונים למיזם לפי מגדר: כפי שניתן לראות בתרשים 8, בנות פונות למיזם יותר מבנים. בשנת 2012 ירד במקצת שיעור הבנים הפונים (בשנת 2011 פנו 47% בנים ו-53% בנות). שיעור הבנות שסיימו טיפול ב-2012 גבוה מעט יותר משיעור הבנות שפנו לטיפול, כלומר שיעור הבנים שנשרו גבוה מעט יותר. מדובר בהיפוך מגמה, שכן ב-2011 נשרו מעט יותר בנות.

תרשים 8: הפונים למיזם לפי מגדר, והמסיימים טיפול לפי מגדר

המסיימים טיפול, לפי מגדר



הפונים למיזם, לפי מגדר



בחינת כל מרכז לגופו מלמדת שברוב המרכזים היחס בין מספר הבנים הפונים למספר הבנות הפונות דומה ליחס הממוצע. רק במרכזים נצרת וצפת הנתונים הפוכים ומטופלים יותר בנים. אחד ההסברים האפשריים לנתון זה קשור באוכלוסיות הייחודיות ששני המרכזים האלה משרתים (בנצרת – אוכלוסייה ערבית, ובצפת – אוכלוסייה ערבית ואוכלוסייה חרדית). ייתכן שאוכלוסיות אלו מרבות להפנות בנים לטיפול, או שיש בהן יותר נפגעים בנים הזקוקים לשירות.

רוב הפונים למיזם נפגעו שנה ויותר לפני שפנו לקבלת טיפול.

פילוח הפונים למיזם לפי הזמן שחלף מאז הפגיעה: בטבלה 16 אפשר לראות שב-2012 37% מהפונים למיזם ביקשו סיוע שנה ויותר אחרי הפגיעה, ורק כ-21% פנו לסיוע עד חצי שנה מאז הפגיעה. לעומת זאת, בשנת 2011 פנו כ-40% מהילדים עד חצי שנה מהפגיעה. מצד אחד, הספרות המחקרית מזהה צורך כמעט חד-משמעי בטיפול בשלב חשיפת הפגיעה. לעתים מדובר בהתערבות קצרה בשעת משבר, ולעתים בטיפול מתמשך. לא רק הילד, אלא כמעט תמיד גם ההורה (אם אינו

הפוגע) זקוק לסיוע בשלב הזה.⁴⁴ מצד אחר, לא תמיד הפגיעה נחשפת בסמוך להתרחשותה, אלא זמן רב לאחר שהיא התחילה והסתיימה, ובמחקר הזה לא ידוע לנו מהו היחס בין זמן החשיפה לזמן הפנייה לטיפול (כלומר, ייתכן שהפנייה נעשתה סמוך לחשיפה, אך זמן רב לאחר הפגיעה). גורם נוסף המעכב את הפנייה לקבלת טיפול הוא התור לחקירות ילדים. עוד הסבר להתארכות הזמן בין הפגיעה לפנייה נובע מכך שככל שהמיזם ותיק יותר ועוסק יותר בהכשרת מטפלים מחוץ למרכזים, פונים אליו המקרים שקשה יותר לטפל בהם בקהילה ודורשים מקצועיות ספציפית גבוהה בטיפול בפגיעה מינית. בין הפונים האלה יש נפגעי פגיעות מורכבות, גילוי עריות ופגיעות קבוצתיות. ואכן, השנה פנו למיזם הרבה יותר נפגעי גילוי עריות מבשנת 2011 (10% ב-2011 לעומת 35% ב-2012). על פי רוב גילוי עריות הוא פגיעה מתמשכת והוא נחשף הרבה אחרי שהתחיל. אפשר לשער שגם זו סיבה להתארכות הזמן בין הפגיעה לפנייה ב-2012.

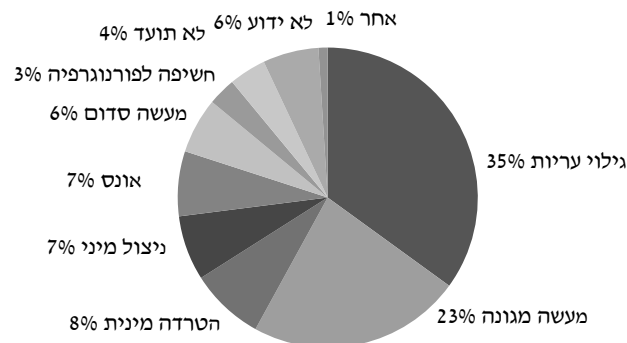
טבלה 16: פילוח הפונים למיזם לפי הזמן שחלף מאז הפגיעה

2012	2011	
כ-20%	כ-40%	פונים לקבלת טיפול עד חצי שנה מאז הפגיעה
כ-37%	כ-33%	פונים לקבלת טיפול מעל שנה אחרי הפגיעה
כ-35%	כ-10%	פונים למיזם שהם נפגעי גילוי עריות

למרות ההסברים האלה, חשוב לשים לב שלמעשה רק כ-20% מהפונים בשנת 2012 טופלו בזמן היעיל ביותר, ואילו יותר משליש מהפונים קיבלו טיפול אחרי שכבר נגרמו נזקים העלולים להותיר חותם רגשי חמור בעתיד.

פילוח הפונים למיזם לפי סוג הפגיעה: כל הנתונים על הפונים (על פי סוג הפגיעה, היקפה והקרבה לפוגע) מלמדים שהמיזם מרבה לטפל בילדים הסובלים מפגיעות מורכבות: 35% מהפונים למיזם נפגעו מגילוי עריות, 15% נפגעו מעברות אונס ומעשה סדום, כ-25% נפגעו ממעשה מגונה ו-25% מפגיעות אחרות, כמפורט בתרשים 9.

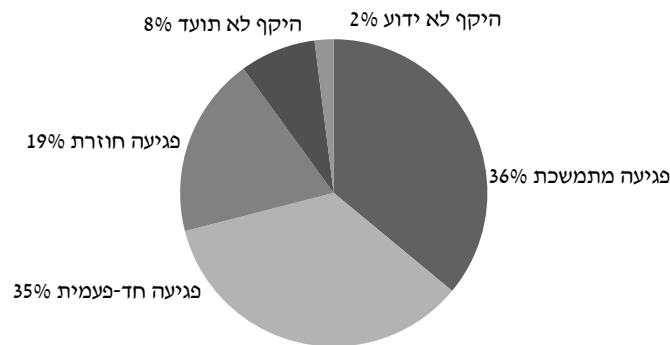
תרשים 9: התפלגות הפונים למיזם לפי סוג הפגיעה



פילוח הפונים למיזם לפי היקף הפגיעה: יותר ממוחצית מהפונים למיזם נפגעו יותר מפעם אחת, כמפורט בתרשים 10.

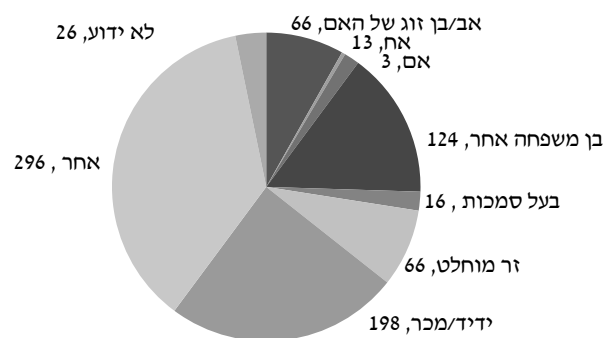
⁴⁴ ראו, למשל, Saunders, B.E., Berliner, L., & Hanson, R.F. (Eds.) (2004). *Child Physical and Sexual Abuse: Guidelines for Treatment* (Revised Report: April 26, 2004), Charleston, SC: National Crime Victims Research and Treatment Center

תרשים 10: אחוז הפונים למיזם לפי היקף הפגיעה



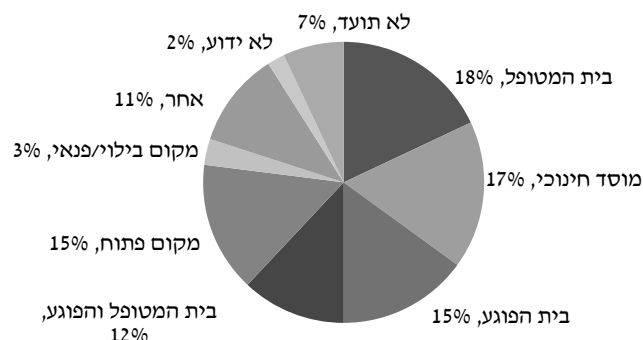
פילוח הפונים למיזם לפי הקרבה לפוגע: מיעוט הפונים למיזם נפגעו על ידי זר מוחלט, ואילו רבים מאוד נפגעו מבני משפחה (נתון המשקף את הסטטיסטיקה העולמית והארצית, שלפיה פחות מ-20% מהילדים נפגעים על ידי אדם זר, ואילו רוב הפגיעות מתרחשות בתוך קשר עם אדם מוכר), כמפורט בתרשים 11.

תרשים 11: מספר הילדים שנפגעו ופנו למיזם, לפי קרבה לפוגע



פילוח הפונים למיזם לפי מקום התרחשות הפגיעה: כמעט אחד מכל חמישה נפגעים נפגע בביתו, ומספר דומה של פונים נפגעו במוסד חינוכי (תרשים 12)

תרשים 12: התפלגות הפונים למיזם לפי מקום התרחשות הפגיעה



שיעור הפגיעות המתרחשות במוסדות חינוכיים הוא נתון מטריד, שכן מערכת החינוך היא שירות של המדינה, שאחראית לשלום התלמידים. חשוב לציין גם שיכולתה של המדינה לפקח על מערכת החינוך גדולה הרבה יותר מיכולתה לפקח על הנעשה במרחב הפרטי, ולפיכך היא יכולה לנסות להשפיע על שיעורי הפגיעה בבתי הספר ולהורידם. שיתוף פעולה מובנה עם מערכת החינוך הוא אחד מעקרונות המיזם ומהווה תשתית מתאימה להתמודדות עם התופעה.

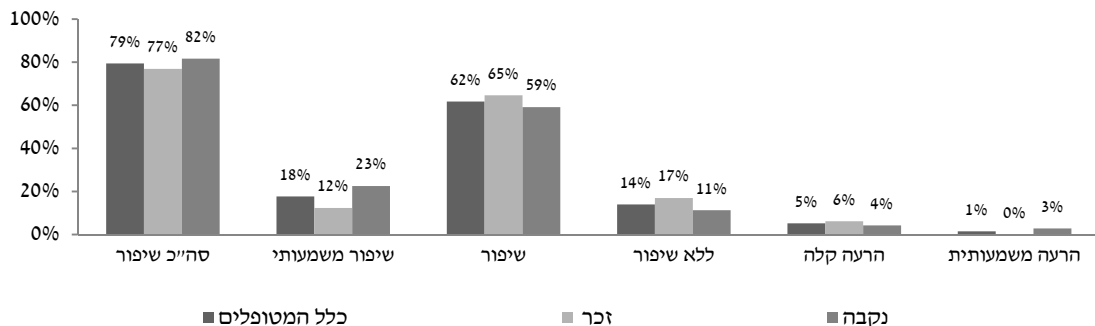
אפיון הפונים למיזם לפי מספר הפוגעים: כ-75% מהפונים למיזם נפגעו על ידי פוגע אחד, וכ-15% נפגעו על ידי יותר מפוגע אחד.

5.4 גורמים משפיעים על הטיפול

סיכויי בנים ובנות לשיפור בעקבות טיפול דומים. עם זאת, לבנות סיכוי גבוה יותר לשיפור של ממש.

השפעת המגדר על הטיפול: בסך הכול סיכויי בנים ובנות לשיפור כלשהו בעקבות הטיפול דומים, כמפורט בתרשים 13. ואולם, מבין המשתתפים שיפור משמעותי, שני שלישים הן בנות ורק שליש – בנים.

תרשים 13: רמת השיפור בתסמין המרכזי, לפי מגדר

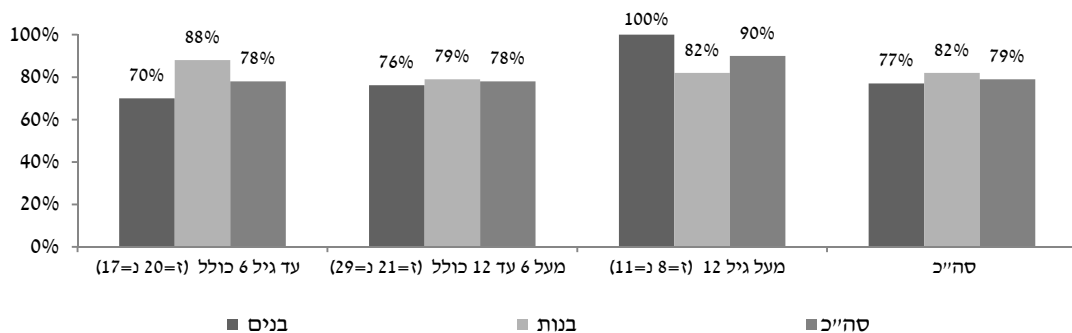


מצבם של כ-90% מהמטופלים מעל גיל 12 השתפר בעקבות הטיפול, ומצבו של איש מהם לא הורע.

השפעת הגיל על הטיפול: מתרשים 14 נראה שסיכויי ההצלחה בטיפול של מטופלים מעל גיל 12 גבוהים יותר,⁴⁵ ובעיקר משתפר מצבם של בנים מעל גיל 12. כמו כן, נראה שעד גיל 6 סיכויי הבנות לשיפור בעקבות טיפול גבוה יותר משל הבנים

לבנים מעל גיל 12 סיכוי גבוה מאוד להצלחת
עד גיל 6, לבנות סיכוי גבוה יותר (90%) להצלחת הטיפול מאשר לבנים (70%).

תרשים 14: סה"כ שיפור בטיפול, לפי גיל ומגדר

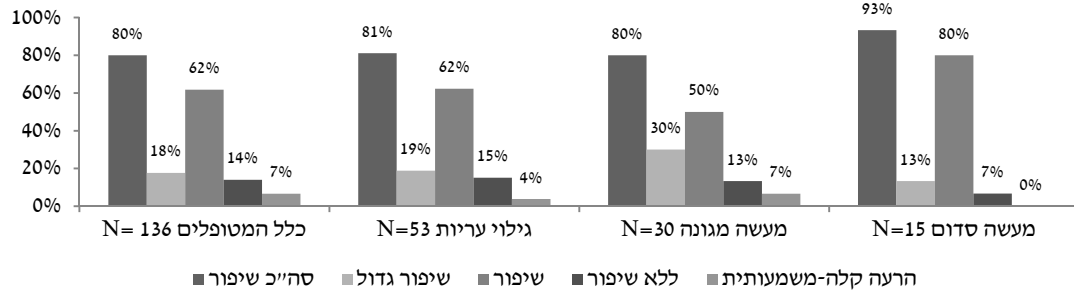


⁴⁵ בקבוצה זו אין כלל הרעה בעקבות הטיפול.

השפעת סוג הפגיעה על אורך הטיפולים במיזם: ממוצע שעות הטיפול בגילוי עריות ובמעשה סדום עולה על הממוצע הכללי (37), כמפורט בתרשים 15.

20% מהפונים למיזם סובלים מהימנעות תודעתית כתסמין מרכזי.

תרשים 15: התקדמות בטיפול בקרב קבוצת שני המועדים⁴⁶ בפגיעות נבחרות



ככל שהטיפול ארוך יותר, כך יורדת עוצמת הסימפטומים.

רמות השיפור בטיפול⁴⁷ המוצגות בטבלה 17, מלמדות שככל שהטיפול ארוך יותר, כך יורדת עוצמת התסמינים. בתחילת הטיפול רמת התסמינים עומדת על 7.7, היא יורדת ל-5.6 במדידה השנייה, ואצל הממשיכים לטיפול ארוך עד למועד המדידה השלישית היא יורדת לרמה של 4.4. נתון בולט הוא רמת הפגיעה הגבוהה אצל נפגעים ממעשה סדום (נתון שלא נמצא לו הסבר מהנתונים הקיימים, ומומלץ להעמיק ולחקור אותו בעתיד).

טבלה 17: רמות השיפור בטיפול בקרב קבוצת שלושת המועדים

סה"כ			סוג הפגיעה	
רמת פגיעה מועד 3	רמת פגיעה מועד 2	רמת פגיעה מועד 1	ממוצע	כלל המשיבים
4.4	5.6	7.7	ממוצע	כלל המשיבים
50	186	186	N	
4.2	5.1	6.6	ממוצע	אונס
5	13	13	N	
4.7	5.7	7.8	ממוצע	גילוי עריות
24	77	77	N	
4.3	5.7	7.3	ממוצע	הטרדה מינית
4	9	9	N	
2	5.7	6.8	ממוצע	לא ידוע
1	9	9	N	
3.9	5.2	7.5	ממוצע	מעשה מגונה
7	37	37	N	
4	5.8	8.5	ממוצע	מעשה סדום
1	16	16	N	
3.7	5.4	7.7	ממוצע	ניצול מיני
6	15	15	N	
4.4	5.6	7.7	ממוצע	סה"כ
50	186	186	N	

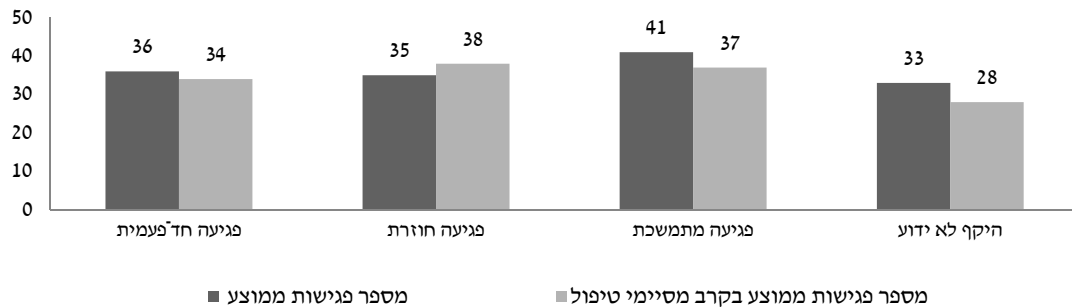
⁴⁶ "קבוצת שני המועדים" היא קבוצת המטופלים שהוערכה על ידי המטפלת בין מפגש 4 למפגש 8 ושוב במפגש 20-24. "קבוצת

שלושת המועדים" הוערכה פעם שלישית במפגש 36-40.

⁴⁷ חשוב לציין שהפרק דן בשני מדדים: המדד הראשון "אובייקטיבי" יותר, הוא מודד את השיפור בתסמין ועוקב אחריו לאורך הטיפול. המדד השני "פתיח" יותר, והוא מבוסס על הגדרת המטפלות את יעדי הטיפול בתחילתו, ועל ההערכה הסובייקטיבית שלהן בדבר מידת העמידה ביעדים פתוחים אלו. אחד היעדים הבולטים שהמטפלות בחרו הוא "שיפור בתסמינים", אך יש להבחין בין מדד השיפור בתסמינים העוקב באופן מספרי אחר השיפור אצל כל המטופלים, לבין בחירת המטפלות ביעד של שיפור התסמינים מבין כמה יעדים אחרים.

השפעת היקף הפגיעה על אורך הטיפול במיזם: טיפול בפגיעות רב-פעמיות (פגיעות חוזרות ופגיעות מתמשכות) ארוך יותר יחסית לטיפול בפגיעות חד-פעמיות, אם כי הפער אינו גדול מאוד, כפי שאפשר לראות בתרשים 16.

תרשים 16: מספר השעות הממוצע הכללי ומספר השעות הממוצע לטיפול שהסתיים, לפי היקף הפגיעה



הסימפטום המאפיין ביותר את המטופלים במיזם הוא הימנעות תודעתית, וכ-20% מהקטינים סובלים ממנו.

השפעת התסמין המרכזי שממנו סובל הילד על הטיפול: תסמין מרכזי המאפיין את המטופלים במיזם הוא הימנעות תודעתית, וכ-20% מהקטינים סובלים ממנו, במגוון גדול של סוגי פגיעה, כמפורט בטבלה 18.

טבלה 18: התסמין הדומיננטי בסוגי פגיעה שונים

סוג הפגיעה	התסמין המאפיין אותה ביותר
כלל המטופלים	הימנעות תודעתית (19%)
	אונס
גילוי עריות	הימנעות תודעתית (17%)
	עוררות יתר (17%)
הטרדה מינית	הימנעות תודעתית (19%)
	הימנעות התנהגותית (16%)
חשיפה לפורנוגרפיה וליחסי מין	הימנעות תודעתית (21%)
	הימנעות התנהגותית (21%)
מעשה מגונה	עוררות יתר (33%)
	הימנעות תודעתית (20%)
מעשה סדום	עוררות יתר (18%)
	עוררות יתר (28%)
ניצול מיני	הימנעות תודעתית (21%)
	התנהגות מינית לא הולמת לגיל (17%)
	עוררות יתר (17%)
	הימנעות התנהגותית (17%)
	הפרעות התנהגות (17%)

מהשוואת התסמינים המאפיינים לפי מגדר וגיל, כמפורט בטבלה 19, נראה שברוב קבוצות הגיל הימנעות תודעתית מאפיינת יותר בנות, ואילו תסמינים התנהגותיים "מוחצנים" יותר, כמו התנהגות מינית לא הולמת והפרעות התנהגות, מאפיינים יותר בנים.

טבלה 19: תסמינים מאפיינים, לפי מגדר וגיל

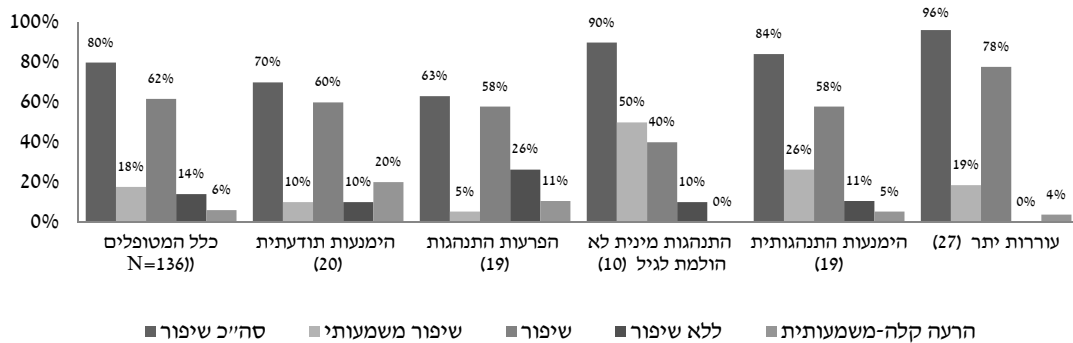
התסמין	בנים עד גיל 6 (N=34)	בנות עד גיל 6 (N=37)
הימנעות תודעתית	3%	24%
התנהגות מינית לא הולמת לגיל	15%	3%
חודרנות	3%	11%
רגסיה התפתחותית	15%	3%
התסמין	בנים 6-12 (N=76)	בנות 6-12 (N=99)
הפרעות התנהגות	12%	6%
התנהגות מינית לא הולמת לגיל	15%	3%
התסמין	בנים מעל 12 (N=15)	בנות מעל 12 (N=31)
הימנעות תודעתית	13%	29%
עוררות יתר	27%	10%
הימנעות התנהגותית	20%	13%

התנהגות מינית לא הולמת לגיל היא תסמין המגיב היטב ומהר לטיפול.

הימנעות תודעתית והפרעות התנהגות הן עמידות יחסית לטיפול, כלומר רק 70%-ו-63% (בהתאמה) מהמטופלים הסובלים מתסמינים אלו חווים שיפור במצבם (ורק 5%-10% חווים שיפור משמעותי), כמפורט בתרשים 17.

הפרעות התנהגות הן סימפטום עמיד לטיפול, ויש סיכוי להרעה קלה במצב המטופל בעקבות הטיפול.

תרשים 17: מידת השיפור בתסמין העיקרי (התבוננות בתסמינים נבחרים)



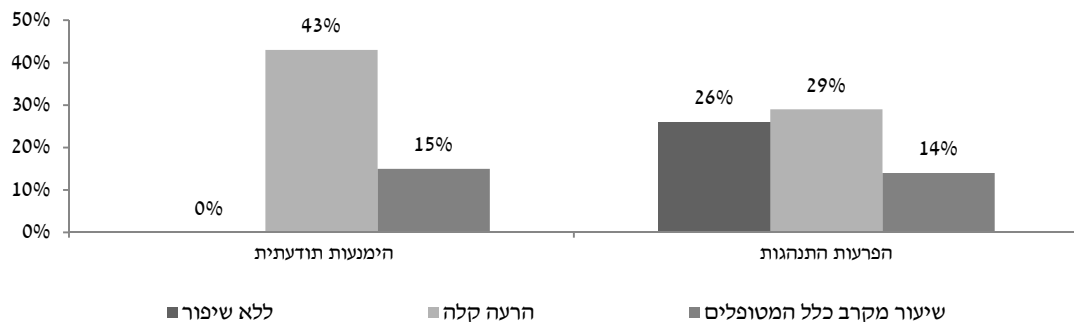
הנתונים הללו ממחישים את אחד הקשיים הגדולים בטיפול בפגיעה מינית – הקושי הנובע מכך שתסמין עיקרי המופיע ברוב סוגי הפגיעה עמיד יחסית לטיפול. הימנעות תודעתית מאפיינת גם כרבע מהנפגעים פגיעות רב-פעמיות (חוזרות ומתמשכות), והיא דומיננטית גם בקרב קבוצות גיל רבות הפונות למיזם: בגילאים הצעירים הקשיים מתבטאים בתסמינים גופניים, ואילו בקבוצת הגיל המרבה לפנות למיזם הימנעות תודעתית היא התסמין המרכזי, וכך גם בקרב בני 12 ומעלה, כמפורט בטבלה 20.

טבלה 20: פגיעות אופייניות על פי קבוצות גיל

תסמינים בולטים בקבוצת הגיל	
סומטיזציה, רגרסיה התפתחותית	עד גיל 6
הימנעות תודעתית, עוררות יתר	12-6
הימנעות תודעתית	מעל גיל 12

לא רק שהימנעות תודעתית היא תסמין עמיד לטיפול, אלא גם יש סיכוי להרעה קלה בעת הטיפול במטופלים שזהו התסמין העיקרי שלהם, בעיקר אם מדובר בטיפול קצר יחסית (עד 24 מפגשים), כמפורט בתרשים 18.⁴⁸

תרשים 18: ללא שיפור והרעה קלה בקרב קבוצת שני המועדים, לפי תסמינים



הימנעות התנהגותית היא תסמין שכיח מאוד וכן עמיד לטיפול. עם זאת, בטיפול ארוך יש סיכוי גבוה יותר לשיפור בו. ממצא זה מסביר מדוע טיפולים בפגיעה מינית הם ארוכים יחסית.

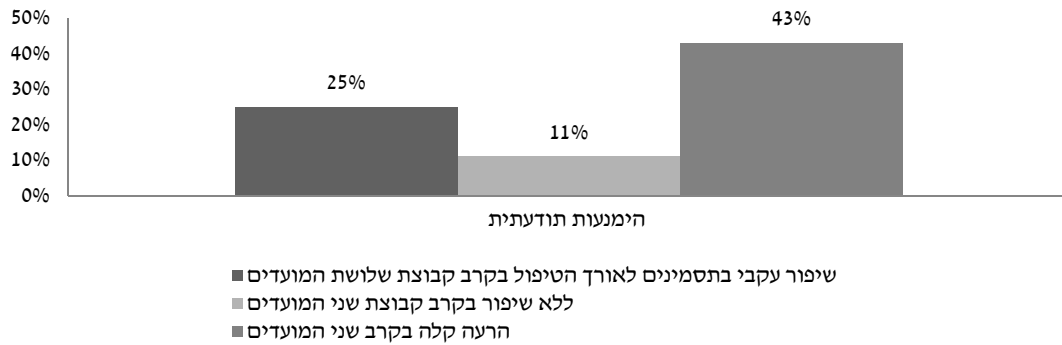
אמנם 43% מהמטופלים החווים הרעה קלה בתסמינים בעקבות הטיפול הם נמנעים תודעתית, אך אם קבוצה זו מקבלת טיפול ארוך (תרשים 19),⁴⁹ נראה ש 25% מהם חווים שיפור עקבי בתסמינים. ולכן נראה שמטופלים שהימנעות תודעתית היא התסמין המרכזי שלהם יזדקקו לטיפול ארוך מ-24 מפגשים.⁵⁰

⁴⁸ הימנעות התנהגותית והפרעות התנהגות הן שתי הפרעות שהשותף להן הוא התבססות על מנגנון הגנה שנמנע מהזיכרון של הטרומה או מתיק אותה להתנהגות. טיפול המחייב מגע עם החוויות החודרניות ואינו מאפשר שימור של מנגנון ההגנה הזה צפוי להחמיר את התסמינים.

⁴⁹ המדגם של הטיפולים הארוכים מתבסס על 50 מטופלים.

⁵⁰ הספרות המחקרית בתחום מצביעה על קשר ישיר בין תסמין שכיח זה לבין קשיים רגשיים בבגרות, ועל כן הממצאים על הטיפול בהימנעות תודעתית חשובים ביותר. ראו, למשל, Rosenthal, M. Zachary et. al. (2005). "Chronic Avoidance Helps Explain the Relationship Between Severity of Childhood Sexual Abuse and Psychological Distress in Adulthood", In: *Journal of Child Sexual Abuse*, 14, 4: 25-41

תרשים 19: שיפור עקבי בתסמינים לאורך הטיפול בקרב קבוצת שלושת המועדים בהשוואה לבלי שיפור/הרעה בקרב קבוצת שני המועדים



אפשר לסכם ולומר שכל הנתונים האלה יחד עשויים להסביר מדוע חלק מהמטופלים נזקקים לטיפול באורך ממוצע של 35 מפגשים, ולא פחות מכך.

השפעת היעד המרכזי⁵¹ על הטיפול: אחד היעדים שהמטפלות הגדירו הוא שיפור בתסמין, ולהערכתן כרבע מהקטינים המטופלים במרכז חוו שיפור בתחום זה. זהו נתון מעניין, שכן בהשוואה בין התחושה הסובייקטיבית של המטפלות במדד זה, לבין מדידת השיפור בתסמין (ראו תרשים 17 לעיל) אפשר לראות שהמטפלות מעריכות שיפור של 25% בתסמינים, ואילו השיפור למעשה הוא של 80% (18% מהם חוו שיפור משמעותי). אפשר להניח שמדובר בהגדרה אחרת של "שיפור" ובציפייה אחרת של המטפלות מהתקדמות הטיפול (ואולי אף להיעלמות התסמין לגמרי). היעד הקשה ביותר להשגה בטיפול הוא ביטחון עצמי ודימוי עצמי, ואילו מוגנות הוא יעד קל יותר להשגה, כמפורט בטבלה 21. אפשר להניח שתפיסת העבודה של המרכזים המעוגנת בשיתוף עם קהילה מסייעת לשיפור המוגנות, שהיא יעד הדורש גם עבודה עם הסביבה ולא רק עם עולמו הפנימי של הילד.

טבלה 21: ממוצע שיפור היעד המרכזי שהגדירו המטפלים בין המדידה הראשונה לשנייה

היעד	מועד 1	מועד 2	הפער בין המועדים	ממוצע השיפור	N
מוגנות	30%	70%	40%	36%	5
שיפור בתסמינים	0%	95%	95%	25%	26
יכולת הבעה והתארגנות רגשית	10%	50%	40%	25%	10
עיבוד רגשי של המגיעה	30%	85%	55%	23%	51
עיבוד יחסים משפחתיים	5%	20%	15%	22%	18
יצירת אמון ושימורו	10%	40%	30%	21%	24
תמיכה והכלה	30%	50%	20%	19%	5
ביטחון עצמי ודימוי עצמי	10%	30%	20%	13%	10

5.5 השפעה על נתוני הנשירה במיזם⁵²

המרכזים מתאמצים מאוד למנוע נשירה, וב-2012 הצליחו להוריד את שיעורי הנשירה בכמעט 3% בהשוואה ל-2011.

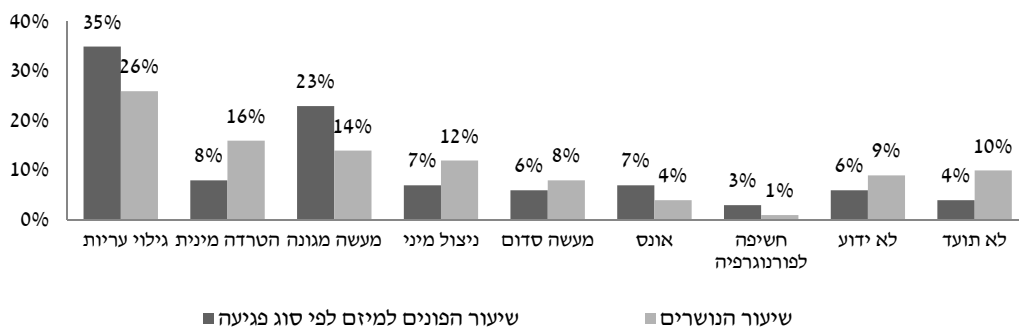
⁵¹ כפי שהגדירו המטפלות, כמפורט בהערה 9.

⁵² לאורך הקמת המיזם ולנוכח הניסיון בפרויקטים אחרים, הביעו השותפים חשש מפני נשירה מהטיפול, ולכן נושא זה נבדק במחקר בדיקה עמוקה.

77 ילדים נשרו מטיפול ב-2012, והם כ-7.5% מהמטופלים במיזם בשנה זו, בהשוואה לכ-10.5% נושרים בשנת 2011.⁵³ נראה שהמאמץ שמשקיעים המרכזים בהתמודדות עם נשירה נושא פרי (ראו פירוט בפרק 6). נוסף על כך, ייתכן שהניסיון שצברו המרכזים, השיפור במיומנויות המיון במרכזים והגברת שיתוף הפעולה עם הקהילה בוועדות הביצוע צמצמו את קבלת הטיפולים הלא מתאימים למרכז, וכך צמצמו גם את הנשירה.

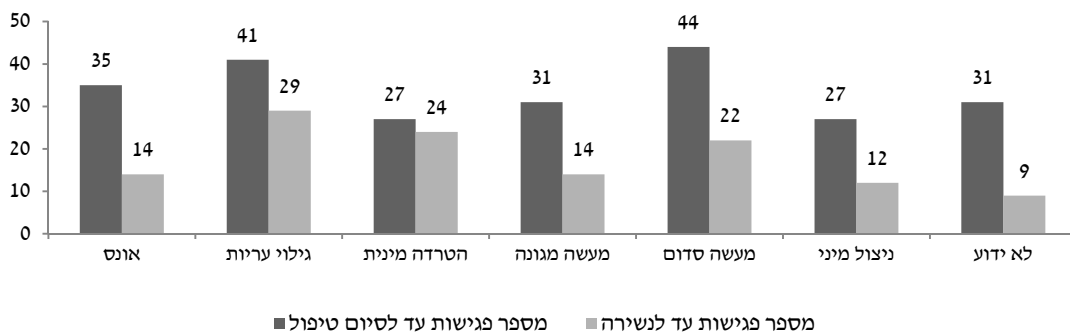
נשירה לפי סוג פגיעה: בתרשים 20 אפשר לראות שהנפגעים מגילוי עריות, ממעשה מגונה ומאונס נושרים פחות משיעורם בכלל הפונים. לעומת זאת, נפגעי הטרדה מינית, ניצול מיני ומעשה סדום נושרים יותר משיעורם בכלל הפונים. לא נמצאה חוקיות ברורה בין סוג הפגיעה לבין נשירה מהטיפול.

תרשים 20: שיעור הנושרים מכלל הפונים, לפי סוג הפגיעה



תרשים 21 מלמד שבכמה סוגי פגיעה מועד הנשירה הממוצע הוא סביב מחצית הטיפול השלם (מעשה סדום, ניצול מיני ומעשה מגונה). בשאר סוגי הפגיעה אי אפשר למצוא חוקיות ברורה בנוגע למועד הנשירה מהטיפול. נתון בולט הוא שהנשירה מטיפול בהטרדה מינית מתרחשת בממוצע סמוך מאוד למועד סיום הטיפול. קשה להסביר נתון זה בלא מחקר מעמיק. מכל מקום, חשוב לציין שבהשוואה לשנת 2011, אז נשרו בפגישה 8 (בממוצע), בשנת 2012 הייתה הנשירה בפגישה 19 (בממוצע). ממצא זה עשוי ללמד על מאמצי המרכזים ועל מיומנות שפותחו בהם כדי לדחות את הנשירה (כפי שמפורט בפרק 6, "איכות המענה הטיפולי").

תרשים 21: אורך טיפול ממוצע ואורך טיפול עד לנשירה, לפי סוג הפגיעה

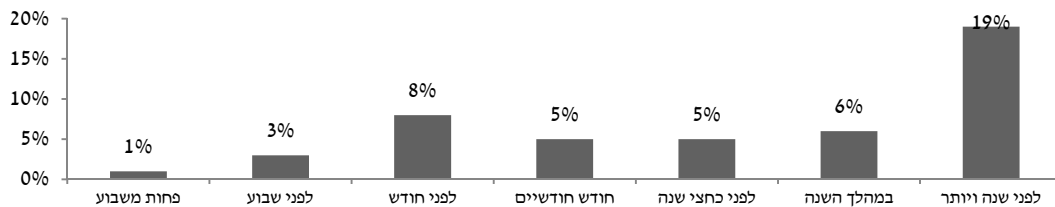


נשירה לפי מגדר: מבין הנושרים שמגדרם תועד, 56% היו בנות ו-39% בנים. בנים ובנות נושרים פחות או יותר באותו שלב, בפגישה 20 (בממוצע).

⁵³ 88 נושרים מתוך 846 מטופלים.

נשירה לפי מועד הפנייה למרכז: מתרשים 22 ניכר שהפונים למיזם למעלה משנה לאחר שנפגעו נתונים בסיכון הגבוה ביותר לנשירה, סיכוי גבוה פי שניים עד פי שלושה מרוב הקבוצות האחרות. לעיל הוצגה ההשערה שכלל שהמיזם מכשיר יותר אנשי מקצוע בקהילה, כך מגיעים אליו יותר נפגעי גילוי עריות הנוטים לפנות לסיוע זמן רב יחסית אחרי הפגיעה; ואולם, ראינו שנפגעי גילוי עריות נושרים פחות משיעורם בקרב הפונים למיזם. ולכן נשללת האפשרות שהנשירה נובעת ממורכבות המקרים ומהאמביוולנטיות הכרוכה בהימצאות בטיפול בקרב נפגעי גילוי עריות, ונראה שהנשירה אינה קשורה לסוג האוכלוסייה המגיע לטיפול באיחור, אלא לעצם ההגעה המאוחרת. אם כך, נתון זה עשוי לחזק את הצורך לעודד פנייה לטיפול במרכזים בשלב מוקדם יותר, לא רק בגלל הנזק הנגרם מאי קבלת טיפול סמוך לחשיפת הפגיעה, אלא גם בשל הסיכון המוגבר לנשירה. ייתכן שהנשירה הגבוהה בין הפונים שנה לאחר הפגיעה כוללת גם החלמה ספונטנית של חלק מהנפגעים, ואולם, סביר להניח שרוב המחלימים החלמה ספונטנית לא היו פונים למרכזים במועד זה.

תרשים 22: שיעור הנושרים מבין הפונים, לפי הזמן שחלף מהפגיעה עד מועד הפנייה



טבלה 22 מסכמת את הממצאים בנוגע לגורמים המשפיעים על התמדה בטיפול ועל הצלחתו, כפי שהוצגו בפרק זה.

טבלה 22: סיכום ההשפעות על אורך הטיפול ועל הצלחתו

מה הוא מנבא באשר להתמדה בטיפול ולהצלחתו	המאפיין/קבוצת הפונים
מצבם של כ-90% מהם השתפר, ומצבו של איש מהם לא הורע.	כלל המטופלים מעל גיל 12
לבנים מעל גיל 12 סיכוי גבוה מאוד להצלחה בטיפול.	בנים מעל גיל 12
מיעוט המתבגרות מעל גיל 12 יקבלו טיפול ארוך (רק 10% מכלל המטופלים המקבלים טיפול ארוך הם מתבגרות מעל גיל 12), ואין כלל בנים מעל גיל 12 המקבלים טיפולים ארוכים.	כלל המטופלים מעל גיל 12
בסך הכול סיכויי בנים ובנות לשיפור בטיפול דומים. עם זאת, לבנות יש סיכוי גבוה יותר לשיפור משמעותי.	כלל המטופלים בחלוקה למגדר
עד גיל 6 לטיפולים בבנות סיכוי גבוה יותר להצליח (90%) מלטיפולים בבנים (70%).	כלל המטופלים עד גיל 6
הנפגעים פגיעה רב-פעמית יזדקקו לטיפול ארוך מעט יותר בהשוואה לנפגעים פגיעה חד-פעמית.	הנפגעים פגיעה רב-פעמית (חוזרת ומתמשכת)
נפגעים מגילוי עריות יזדקקו לטיפול ארוך במוצע: מבין הטיפולים הארוכים, חצי מהם היו נפגעי גילוי עריות.	הנפגעים מגילוי עריות
נפגעים ממעשה סדום יזדקקו לטיפול ארוך במוצע.	הנפגעים ממעשה סדום
סיכוייהם של נפגעים ממעשה מגונה להשתפר שיפור משמעותי בעקבות הטיפול גבוה יחסית לשיעורם בקרב כלל המטופלים.	הנפגעים ממעשה מגונה
סיכוייהם של נפגעים מהטרדה מינית שלא להשתפר בעקבות טיפול נמוך פי 2.5 משיעורם בקרב כלל המטופלים.	הנפגעים מהטרדה מינית
סיכוייהם של נפגעים מניצול מיני שמצבם יורע גבוה פי שניים משיעורם בקרב כלל המטופלים.	הנפגעים מניצול מיני

מה הוא מנבא באשר להתמדה בטיפול ולהצלחתו	המאפיין/קבוצת הפונים
סיכוייהם של נפגעים מאונס להרעה קלה גבוה פי שניים משיעורם בקרב כלל המטופלים.	הנפגעים מאונס
הנפגעים מחשיפה לפורנוגרפיה יזדקקו לטיפול ארוך בממוצע. כמו כן, קבוצה זו אינה משתפרת בטיפול פי שבעה משיעורם בקרב כלל המטופלים.	הנפגעים מחשיפה לפורנוגרפיה
התנהגות מינית לא הולמת לגיל היא תסמין המגיב היטב ומהר לטיפול.	הסובלים מהתנהגות מינית לא הולמת לגיל
הימנעות התנהגותית היא תסמין עמיד יחסית לטיפול. עם זאת, בטיפול ארוך יש סיכוי גבוה לשיפור במצב.	הסובלים מהימנעות התנהגותית
הפרעות התנהגות הן תסמין עמיד לטיפול, ויש סיכוי להרעה קלה במצב המטופל בעקבות הטיפול.	הסובלים מהפרעות התנהגות
הפונים למיזם למעלה משנה לאחר שנפגעו נתונים בסיכון הגבוה ביותר לנשירה, הסיכוי שלהם לנשור גבוה פי שניים עד פי שלושה מסיכוי רוב הקבוצות האחרות.	הפונים למיזם למעלה משנה לאחר שנפגעו

5.6 המלצות – נתונים כלליים על המיזם ועל הפונים אליו, והגורמים המשפיעים על הטיפול:

המלצות בנוגע לפנייה למרכז:

- אין די פונים בני 15 ומעלה. מומלץ לבחון את הסיבות לכך (למשל, מהן הסיבות להימנעות מפנייה? האם קבוצת גיל זו מקבלת מענה מחוץ למיזם, במסגרות אחרות? ואם כן, מדוע?). מומלץ לבחון את נגישות השירות לאוכלוסייה זו, שאינה נעזרת תמיד בהורים, וכן לבחון את יחס ההורים לפגיעה ואת השפעתו על פנייתם לטיפול. כמו כן, מומלץ לבחון אם בני נוער חוששים מפני סטיגמה בשל פנייה לשירות. מומלץ להתבסס על ממצאי הבדיקה ולגבש פעולה שתאפשר מענה מקצועי מיטבי לאוכלוסייה זו.⁵⁴
- רוב הפונים למיזם עושים זאת שנה או יותר אחרי שנפגעו – השתהות זו חושפת אותם לנזקים ומגבירה את סיכוייהם לנשור מטיפול. מומלץ לשקול שימוש בתקציב השיווק והפרסום של המרכזים לשם קיום פעולות הסברה בקרב הציבור הרחב ולכלול בהן גם הפצת מידע על חשיבות הפניה המהירה לטיפול. כמו כן, מומלץ להמשיך בהסברה לאנשי מקצוע בקהילה, ולהדגיש את חשיבות הפנייה המהירה לטיפול.

המלצות בנוגע לאוכלוסיית המטופלים במרכז:

- 17% מהפונים נפגעו במוסד חינוכי. מומלץ לעודד את המרכזים לערוך פעילות הסברה ופעילות להעלאת המודעות בשיתוף השירות הפסיכולוגי-חינוכי. מומלץ לשקול להקצות תקציב נוסף לטובת תוכניות מוגנות בתוך בית הספר (הקיימות כיום, אך כנראה לא בהיקף רחב דיו),⁵⁵ בשיתוף ובהנחיה של המרכזים.
- טיפול בחשיפה לפורנוגרפיה הוא טיפול ארוך יחסית, בדומה לפגיעה מאונס, והוא ארוך אפילו יותר מהטיפול בחשיפה ליחסי מין.⁵⁶ לנוכח הממצאים בדבר אורך הטיפול בחשיפה

⁵⁴ לדוגמה, אם יתברר שבני נוער מקבלים טיפול במסגרות אחרות, כדאי להשקיע בהכשרה ובליווי של המטופלים והצוותים במסגרות האלה. אם יתברר שבני נוער אינם מודעים מספיק לקיומו של השירות, יומלץ להשקיע בשיווק לבני נוער.

⁵⁵ ראו נספח: היערכות מערכת החינוך לטיפול בפגיעה מינית בתלמידים ובין תלמידים.

⁵⁶ אפשר לשער שבמובנים מסוימים חשיפה לפורנוגרפיה היא פגיעה מתמשכת, אולם מדובר בהערכה ראשונית והיא אינה מבוססת.

לפורנוגרפיה, מומלץ להמשיך להעלות מודעות לנזקים שהיא גורמת במסגרת פעולות ההסברה של המרכזים בקהילה.

- מכיוון שהימנעות תודעתית מאפיינת פגיעות רבות, ומכיוון שהיא עמידה יחסית לטיפול קצר, מומלץ להקדיש מחשבה לטיפול בתסמין זה וחפש כלים ייחודיים לשם כך, למשל כלים קוגניטיביים, ולהתאימם לקבוצות הגיל השונות. כמו כן, מומלץ לשים לב לנוכחות התסמין באינטייק כדי לטפל בו ולא להזניחו.⁵⁷

המלצות בנוגע למניעת נשירה:

- יש פערים גדולים בין המרכזים בנוגע למועד הנשירה מהטיפול: במרכז "זיו" צפת הנשירה היא בפגישה 30 בממוצע, סמוך למדי למועד סיום הטיפול (פגישה 37 בממוצע). לעומת זאת, במרכז "בליבנו" בני ברק הנשירה היא בשלב מוקדם הרבה יותר. מומלץ לנסות ללמוד ממרכז "זיו" צפת כיצד הוא שומר על מטופלים ה"מועמדים" לנשירה. כמו כן, מומלץ לבדוק מהן הסיבות לנשירה המוקדמת במרכז בבני ברק.
- בנים נושרים מעט יותר מטיפול. מומלץ לבחון לעומק את סיבות הנשירה של בנים כדי לנסות ולמנוע אותה ביתר יעילות בעתיד.
- הנשירה מטיפול בהטרדה מינית מתרחשת בממוצע סמוך מאוד לסיום הטיפול. מומלץ לבחון מהן הסיבות לכך ולנסות לטפל בהן.
- הפונים למיזם למעלה משנה לאחר שנפגעו נתונים בסיכון הגבוה ביותר לנשירה. מכיוון שמדובר בקבוצת המטופלים הגדולה ביותר הפונה למרכזים, מומלץ להתמקד במניעת נשירה בקבוצה זו.

המלצות בנוגע למרכזים מסוימים:

- מומלץ לבחון לעומק את הסיבות לירידה במספר המטופלים במרכז "זיו" צפת ב-2012, שכן הנתונים על מספר השעות, על שיעור הזמן "נטו" שהמטפלות מקדישות לטיפול במרכז ועל אורך הטיפולים אינם מסבירים אותה.

⁵⁷ לחשיבה ראשונית בכיוון זה ראו, למשל, Haves, Steven C., & Gifford, Elizabeth V. et. al. (1996). "Experiential Avoidance and Behavioral Disorders: A Functional Dimensional Approach to Diagnosis and Treatment", In: *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 6: 1152-1168

פרק 6: איכות המענה הטיפולי

פרק זה ממשיך את פרק 5: הפרק הקודם עסק בהיבטים הכמותיים של באיכות המענה הטיפולי, במדידה של פרמטרים למיניהם ובעיבודם הסטטיסטי, ואילו פרק זה יציג נתונים איכותניים הנוגעים לנושא זה. בפרק ייבחנו המדדים המרכיבים את המענה הטיפולי, שהוא לב לבו של המיזם: מאפייני המטפלות במיזם, המפגש של המטופל עם המרכז בראשית הטיפול, קביעת תוכנית הטיפול, מאפייני המענה הטיפולי בנפגע, בהוריו ובמשפחתו וסיום הטיפול – בין בסוף התהליך בין בשל נשירה ממנו. בפרק יוצגו מסקנות שעלו מהמחקר באשר לטיפול המיטבי באוכלוסיות הנפגעים למיניהן.

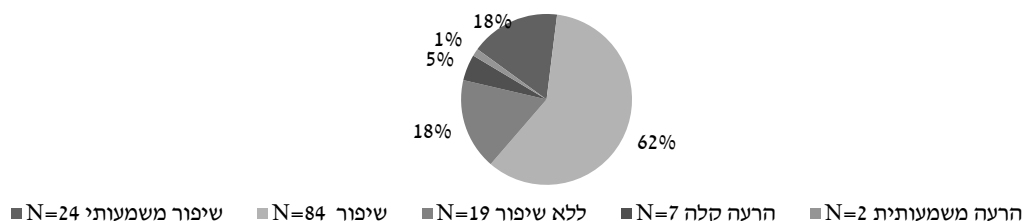
איכות המענה הטיפולי – תקציר הממצאים

- מצבם של כ-80% מהקטינים שטופלו במיזם השתפר. 58% מהמטופלים חוו שיפור בתסמין, ו-20% חוו שיפור משמעותי. ממצא זה משתקף גם בשביעות הרצון של העו"סיות לחוק הנוער מהמענה הטיפולי: במרכזים הוותיקים 86% שבעות רצון, ובמרכזים חדשים – 92%. כ-90% מהעו"סיות לחוק הנוער מעידות גם על שביעות רצון ההורים מהטיפול במרכזים.
- המרכזים מתמחים בטיפול בטרומה. הגישה הטיפולית הדומיננטית בהם היא דינאמית, אך נעשה שימוש גם בגישות קצרות מועד להשלמת המענה הטיפולי.
- נעשה מאמץ רב להתאים בין מטפלת למטופל בכמה מדדים, כמו אופי המטפלת, הרקע שלה וגישת הטיפול. בשלוחות קשה יותר להקפיד על התאמה זו ועל איכות השירות (זמינות, מהירות מענה טיפולי) ולכן איכות הטיפול נפגעת.
- שינויים במצב הקליני ושינויים במוטיבציה של המטופל הם הגורמים המשפיעים על ההחלטה לסיים טיפול. כ-50% מההחלטות על סיום טיפול מבוססות על נתונים.
- שיעור הנשירה ירד מ-10.5% ב-2011 ל-7.5% ב-2012. במקרה של נשירה, נעשה "חיזור" נמרץ אחרי המטופלים והוריהם, ונעשה מאמץ לערוך הליך פרדה מסודר.

6.1 נתונים כלליים על איכות המענה הטיפולי

כ-90% מהעו"סיות לחוק הנוער שבעות רצון מהמענה הטיפולי במרכזים. ממדידת השיפור בתסמינים עולה שמצבם של כ-80% מהקטינים שטופלו במיזם השתפר, ופחות מ-7% חווים הרעה במהלך הטיפול, כמפורט בתרשים 23.

תרשים 23: איכות הטיפול, לפי השפעה על התסמין העיקרי שעמו הילד הגיע לטיפול (באחוזים)



⁵⁸ הנתונים בסעיף 7.1 נכונים לקבוצת המטופלים שהוערכה פעמיים במהלך הטיפול על ידי המטפלות שלהם בין מפגש 4 למפגש 8, ובין מפגש 20 למפגש 24. קבוצה קטנה יותר של ילדים שטיפולים התאריך הוערכה פעם שלישית בין מפגש 36 למפגש 40 והדיון בה יצוין במפורש. ההערכה נעשתה על גבי מערכת ממוחשבת (digital clay), מערכת שפותחה במיוחד בשביל רשת המרכזים.

6.2 קביעת הגורם המטפל

נעשה מאמץ לבחור במטפלת ובסוג הטיפול שיתאימו במידה מיטבית לצורכי המטופל. ואולם, בשלוחות ובמרכזים המרבים לטפל באוכלוסיות בעלות מאפיינים ייחודיים קשה יותר להתאים בין מטפלת למטופל.

ההתאמה בין מטופל לשיטת טיפול ולמטפלת היא משימה מורכבת המביאה בחשבון כמה משתנים. מנהלות המרכזים עושות מאמץ גדול להתאים בין מטופל למטפל על אף שעומדים בפניהן אילוצים רבים.

שיקולים בבחירת הגורם המטפל:

- **מידת הפניות של המטפלת:** שיקול זה עולה בכל המרכזים, והוא בעל השפעה רבה במיוחד בשלוחות, מכיוון שמגוון המטפלות בהן הוא קטן בהשוואה למרכז. משמעות הדבר היא שבמקרים מסוימים המטפלת הפנויה אינה בהכרח המטפלת המתאימה ביותר לילד.
- **מאפיינים אישיים של המטפל:** במרבית המרכזים, כדי לסייע לבניית הקשר הטיפולי ולהיווצרות אמון בין המטופל למטפלת, מובאת בחשבון מידת ההתאמה ביניהם במאפיינים אישיים, כגון מגדר, רקע תרבותי דומה (מוצא, שפה) וסגנון אישי (אופיה של המטפלת, הליכותיה, או ה"אנרגיות" שלה, כהגדרת אחת המנהלות).
- **מאפיינים של המטופל:** במרבית המרכזים ייעשה ניסיון למצוא מטפלת בעלת ההתמחות וההכשרה המתאימות למאפייני המטופל. למשל, למטופלים בעלי מאפיינים המצריכים טיפול ייחודי (ילדים לעומת נוער, נערות, או נפגעים ממשפחות עם דינאמיקה משפחתית מורכבת) תותאם מטפלת בעלת התמחות מתאימה, אם יש כזאת בצוות.
- **מורכבות המקרה:** במרבית המרכזים, מורכבות המקרה הטיפולי משפיעה על בחירת זהות המטפלת ועל סוג הטיפול שייבחר, בכמה היבטים: במקרים בעלי רמת מורכבות פחות גבוהה (למשל, פגיעה חד-פעמית על ידי תוקף זר) בקרב ילדים ובני נוער בעלי יכולת לעיבוד רגשי, אפשר להשתמש בטיפול הקוגניטיבי-התנהגותי (CBT) הממוקד בפגיעה המינית. במקרים בעלי רמת מורכבות גבוהה (למשל, גילוי עריות מתמשך), ציינו מנהלות המרכזים שהן ישבצו את המטופל אצל מטפלת מנוסה יחסית. כשמטפלת מסוימת עסוקה במספר גדול של מקרים בעלי רמת מורכבות גבוהה, חלק ממנהלות המרכזים מנסות לאזן את הקושי ואת העומס שלה ולא לתת לה לטפל במקרה מורכב נוסף.
- **מסקנות:** נעשה מאמץ של ממש להתאים את המטפלת ואת סוג הטיפול לצורכי המטופל. במרכזים שיש בהם רשימת המתנה ובמרכזים המטפלים באוכלוסיות ייחודיות מרחב התמרון של מנהלת המרכז מוגבל יותר וקשה יותר להקפיד על התאמה מיטבית. במרכזים האלה קשה לגייס מטפלות בעלות התאמה תרבותית לאוכלוסיות ייחודיות, ובשלוחות היצע מטפלות נמוך מלכתחילה (בכמה שלוחות פועלת מטפלת אחד בלבד), ולכן כמעט שאין מקום לשיקול דעת בהתאמה בין מטפלת למטופל, ואיכות השירות (קרבה וזמינות) באה על חשבון איכות הטיפול (התאמה מיטבית בין מטפלת למטופל).

6.3 שלב ה"אינטייק" 59

כל תהליך טיפולי במרכז מתחיל באינטייק. אורכו הממוצע של אינטייק הוא מפגש אחד עד שלושה מפגשים טיפוליים, כמוגדר במסמך היעדים.

התנהלות שלב האינטייק: במסמך הסטנדרטים הוגדר ששלב הראשון של הטיפול, המכונה "אינטייק", יכלול עד ארבעה מפגשים. גם בפועל מתחיל כל תהליך טיפולי במרכז באינטייק בן פגישה אחת עד שלוש, כנדרש. למעלה ממחצית מהמטפלות ציינו שהן מבצעות את האינטייק של המטופלים שלהן בעצמן. הדבר בולט במיוחד בקרב מטפלות במרכזים ותיקים – כ-70% מהן עורכות את האינטייק בעצמן, לעומת 30% מהמטפלות במרכזים החדשים. בשנת 2012 עלה שיעור תהליכי האינטייק שלא הבשילו לכדי טיפול ארוך (מ-8% ל-12%), אולי מפני שהאינטייק בעצמו נתן מענה מתאים ומספיק למצבו של המטופל ושל הוריו באותה עת. הסבר נוסף עשוי להיות שהמרכזים למדו להכיר את מאפייני האוכלוסייה שאינה מתאימה לטיפול ארוך, ובשלב האינטייק הם מפנים יותר מקרים לגורם טיפולי מתאים יותר.

מסקנות: שלב האינטייק מתנהל כמצופה במסמך הסטנדרטים. במרכזים הוותיקים מואצלות יותר סמכויות למטפלות בביצוע האינטייק, ואילו במרכזים החדשים משאירה מנהלת המרכז את ביצוע האינטייק בעיקר לעצמה. אפשר לשער שמדובר בתהליך הדרגתי, הקשור גם למספר המטופלים במרכז (ככל שעולה מספר המטופלים והמטפלות, מרבה המנהלת להעביר את משימת האינטייק למטפלות), וגם למיומנות של המטפלות בניהול אינטייק, מיומנות המתפתחת עם צבירת הוותק.

6.4 בחירת אופי ההתערבות הטיפולית

התערבות ממוקדת טראומה: על פי הקריטריונים של המיזם, לאחר האינטייק נדרשת הגשת תוכנית טיפול, על סמך ההערכה שנעשתה באינטייק ובכפוף לאישור עו"סית יישובית לחוק הנוער. בתוכנית ההתערבות יש לקבוע את שיטות הטיפול, את יעדיו ואת אופיו.⁶⁰ טבלה 23 מפרטת את היעדים המרכזיים שהגדירו המטפלות למטופלים שלהם.

טבלה 23: היעדים העיקריים שבחרו המטפלות

מספר הילדים N	יעד בטיפול
51	עיבוד רגשי של הפגיעה
26	שיפור בתסמינים
24	יצירת אמון ושימורו
18	עיבוד יחסים משפחתיים
10	העלאת הביטחון העצמי והדימוי העצמי
10	פיתוח יכולת הבעה והתארגנות רגשית
5	מוגנות
5	תמיכה והכלה

רוב גדול של המטפלות רואות בעיבוד הרגשי של הפגיעה יעד מרכזי של הטיפול, היעד המרכזי השני הוא שיפור בתסמינים – הנתונים האלה מצביעים על המיקוד של המטפלות בטיפול בטרומה. גם

⁵⁹ ה"אינטייק" הוא השלב הראשון בתהליך הטיפול, ובו נוצר מגע ראשוני בין המטפל למטופל. שלב זה הוא קצר ומוגבל בזמן ומטרתו לקלוט את המטופל ומשפחתו, לתאם ציפיות לקראת המשך הטיפול ולהחליט על אופי המענה הטיפולי.

⁶⁰ אם הטיפול יכלול הדרכת הורים ובאיזו תדירות, אם יש לטפל גם באחים, אם נדרש טיפול משפחתי ועוד.

יצירת אמון ושימורו – היעד השלישי – נוגע ישירות לנזקים של הפגיעה המינית.⁶¹ נראה שהנחת עבודה מקצועית של המרכזים היא שטיפול בפגיעה חייב לעבור דרך עיבוד רגשי שלה, ולא מספיק לטפל בתסמינים.

בניית תוכנית טיפול מובנית אינה מוטמעת דיה במרכזים. רק שליש מהמטפלות כותבות תוכנית כזאת.

קביעת שיטת ההתערבות על פי תוכנית טיפול מוגדרת ומנוסחת: תהליך בניית תוכנית טיפול מובנית וכתובה למטופל לאחר סיום האינטייק או במהלך הטיפול אינו מוטמע במרכזים. רק כשליש מהמטפלות ציינו שהן מכינות תוכנית טיפול מובנית וכתובה בסיום שלב האינטייק תמיד או לעתים קרובות. גם במהלך הטיפול ציינו רק כרבע מהמטפלות שהן מכינות תוכנית טיפול מובנית תמיד או לעתים קרובות. היעדר תוכנית טיפול מיד לאחר האינטייק ובהמשך הטיפול עלול להקשות על הבקרה על התקדמות המטופל, משום שלא מוגדרות מטרות טיפוליות ספציפיות.

טיפול דינאמי: מן הראיונות עם מנהלות המרכזים עולה שקיים מגוון בסיסי של גישות וטכניקות טיפוליות הרווחות במרכזים, ושיש הבדלים במידת השימוש בכל גישה, בין בשל התפיסה המקצועית של מנהלת המרכז, בין בשל אילוצים שמקורם בהתמחויות של הצוות הקיים. המטפלות במרכזים למדו הרבה לאורך השנים והשתלמו במגוון הכשרות טיפוליות מסגרת המרכז או בעצמן. ואולם, לפי דיווחי המטפלות והמנהלות, יש נטייה ברורה לטיפול בגישה הפסיכודינאמית, בעיקר באמצעות השימוש ב"תרפיה במשחק" (Play Therapy) לילדים עד גיל 12. ברוב המרכזים אין טיפול קבוצתי בנפגעים או בהורים של נפגעים. בעיקר משום שחלק מהמרכזים טרם התפנו לפיתוח השירות הזה, אך גם מפני שחלק ממנהלות המרכזים אינן מאמינות בטיפול קבוצתי לנפגעי תקיפה מינית.⁶² לא נמצאו הבדלים מובהקים בהיקף השימוש בשיטות השונות בין מטפלות העובדות בשלוחה של המרכז בלבד לבין מטפלות העובדות במרכז בלבד או בשני המקומות גם יחד. מכאן שניתן מגוון טיפולי דומה גם בשלוחות. השימוש בשיטות הטיפול הקוגניטיביות-התנהגותיות שכיח בקרב מטפלות מנוסות יותר מבקרב מטפלות צעירות.

טיפול קוגניטיבי-התנהגותי: חלק מהמרכזים פיתחו (או מפתחים כעת) יכולות טיפוליות בגישה הממוקדת בטראומה, במטרה לגוון את הגישות הטיפוליות, בעיקר דרך השימוש בטיפול קוגניטיבי-התנהגותי (CBT) ושיטות נוספות, כגון DBT⁶³ ו-EMDR⁶⁴, לצד הטיפולים הפסיכודינאמיים. כל זאת, במטרה להביא לשיפור באיכות חייו של המטופל ולהחזירו לתפקוד בתוך זמן קצר יחסית (15-20 פגישות, ואף פחות מכך). אף אל פי ששיטת הטיפול הדינאמית היא הרווחת כיום במרכזים, עולה מהראיונות עם המנהלות שהיעזרות בגישות ממוקדות טראומה הולך ומתרחב.⁶⁵ גם קצת

⁶¹ היחס בין היעדים דומה גם בקרב נפגעי גילוי עריות ובקרב נפגעי מעשה מגונה – שתי פגיעות השונות זו מזו בפרמטרים רבים.

⁶² העדויות בספרות המחקרית בעניין יעילותו של הטיפול הקבוצתי אינן חד-משמעיות.

⁶³ DBT (Dialectical Behavioral Therapy) הוא טיפול התנהגותי דיאלקטי, המשלב שיטות קוגניטיביות-התנהגותיות "קלאסיות" עם גישה דיאלקטית. בשיטה זאת נלמדות מיומנויות אדפטיביות לתסמינים הפוסט-טראומטיים: מיומנויות של ויסות רגשי, קבלה, סובלנות למצוקה ומודעות קשובה.

⁶⁴ EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) הוא טיפול בהפרעה פוסט-טראומטית על ידי עיבוד מחדש והקהיה שיטתית באמצעות תנועות עיניים.

⁶⁵ ב"רישונים" חדרה השתלמו מרבית המטפלות בשיטת CBT, והן עושות בה שימוש בפועל. ב"מאור" קריית מלאכי וב"זיו" צפת השתלמו כמה חברי צוות ב-CBT והם מיישמים אותה במקרים המתאימים (ב"זיו" צפת השתלם כל הצוות גם בשיטת DBT). במרכזים "כרם" נצרת, אל"י לוד ו"ענבל" באר שבע עושות חלק מהמטפלות שימוש בשיטת CBT במקרים המצריכים זאת.

פחות ממוחצית מהמטפלות דיווחו שהן משתמשות בטיפול קוגניטיבי-התנהגותי. ההחלטה להשתמש בשיטה קוגניטיבית-התנהגותית דורשת התחשבות בשלושה משתנים:

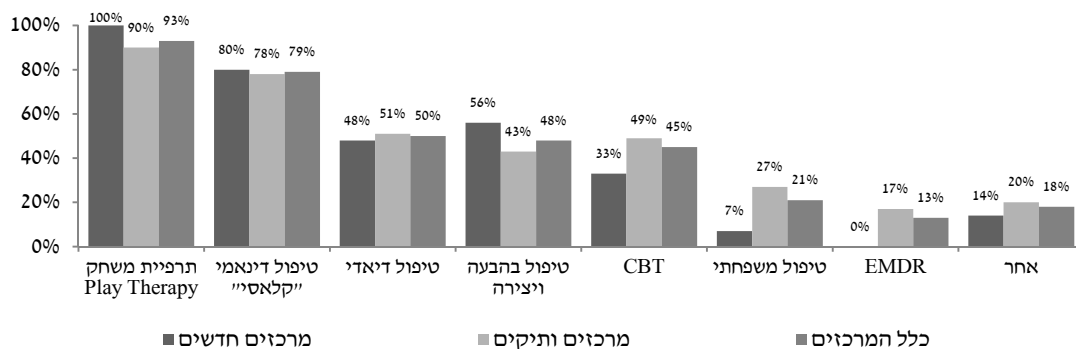
- **גיל הנפגע** – השיטה מתאימה פחות לילדים צעירים.
- **אופי הפגיעה** – השיטה מתאימה יותר לטיפול בפגיעה חד-פעמית ופחות לטיפול בפגיעה מתמשכת.
- **קרבת הפוגע לנפגע** – השיטה מתאימה לטיפול בפגיעה שפגע אדם זר יותר מבפגיעה של בן משפחה או של מכר.

עם זאת, חשוב לציין שהספרות המקצועית בתחום⁶⁶ מצביעה על שימוש הולך ומתרחב בשיטות קוגניטיביות גם בטיפול במטופלים צעירים ובנפגעים של פגיעות קשות ומתמשכות, לשם טיפול בהיבטים מסוימים של הפגיעה, ושילובו בטיפול דינאמי ארוך.⁶⁷

במרכזים ניכרת נטייה ברורה לטיפול בגישה הפסיכודינאמית (טיפול "קלאסי" ותרפיה במשחק). כמה מרכזים מציעים גם טיפול קצר-מועד ממוקד טראומה (EMDR, CBT, DBT) ומגמה זו מתרחבת. השימוש בשיטות קוגניטיביות-התנהגותיות שכיח בקרב מטפלות מנוסות יותר מבקרב מטפלות צעירות.

ייעוץ פסיכיאטרי: על פי מתווה העבודה של המיזם אם יש למטופלים תסמינים חריפים, חובה להיוועץ בפסיכיאטר. 72% מהמטפלות ציינו שהן קיימו בעבר התייעצות פסיכיאטרית בעניין מטופל שלהן. לא נמצא הבדל בין מרכזים ותיקים לחדשים בהיבט זה. 88% מהמטפלות המנוסות דיווחו שהן קיימו בעבר התייעצות פסיכיאטרית, לעומת 54% בלבד מהמטפלות הצעירות – ככל הנראה, מכיוון שהצעירות טרם פגשו די מטופלים שנזקקו לייעוץ מסוג זה.⁶⁸

תרשים 24: שיעור המטפלות שדיווחו שהן משתמשות בפועל בכמה שיטות טיפול



⁶⁶ ב"מאור" קריית מלאכי התקיימו השתלמויות בשיטת EMDR (שלב א' ו-ב') לכל צוות המרכז, והמטפלות מיישמות את השיטה בהדרגה. מנהלת המרכז היא מומחית בשיטה זו. בשאר המרכזים (רובם חדשים) נעשה הרבה פחות שימוש ב-CBT או בשיטות ממוקדות טראומה אחרות.

⁶⁷ וראו, למשל, Trask, E.V., Walsh K. & DiLillo D. (2011). "Treatment Effects for Common Outcomes of Child Sexual Abuse: A Current Meta-Analysis". In: *Aggression and Violent Behavior*, 16: 6-19
 וכן, Saunders, B.E., Berliner, L., & Hanson, R.F. (Eds.) (2004). *Child Physical and Sexual Abuse: Guidelines for treatment* (Revised Report: April 26, 2004), Charleston, SC: National Crime Victims Research and Treatment Center

⁶⁸ המיזם הכיר בחשיבות ההתמחות בשיטות של טיפול קוגניטיבי ומימן הכשרה למען שיפור מגוון המענים הטיפוליים (בשיתוף מכון חרוב).

⁶⁸ חשוב לציין שיש מחסור חמור בפסיכיאטרים לילדים, ובמיוחד בפסיכיאטרים המתמחים בטיפול בפגיעה מינית בילדים. חשוב להביא בחשבון את המחסור הזה במסגרת תכנון עתודות המטפלים, כפי שיפורט בהמשך הדוח.

טיפול בילדים ניתן בעיקר באמצעות תרפיה במשחק. האתגרים הייחודיים בטיפול בילדים הם קושי בעיבוד הפגיעה וקושי בשיתוף פעולה של המטופל ושל משפחתו.

מענה טיפולי מותאם לילדים ולמתבגרים: המרכזים נותנים דעתם להבדלים בין טיפול בילדים לטיפול במתבגרים להלכה ולמעשה ומכירים בצורכיהם השונים. הרוב המכריע של המטפלות (92%) ציינו שהן מטפלות גם בילדים וגם במתבגרים. אין הבדלים מובהקים בין מרכזים ותיקים למרכזים חדשים בהיבט זה.

ילדים עד גיל 12 מטופלים בעיקר בתרפיה במשחק (Play Therapy), המאפשרת לעבוד גם עם מטופלים בעלי יכולות עיבוד קוגניטיבי ורגשי ויכולות ורבוליות לא מפותחות בעזרת משחק. חיסרון מרכזי של שיטת טיפול זו הוא משכה הארוך יחסית. המטפלות מנו כמה אתגרים מרכזיים בטיפול בילדים עד גיל 12: קושי בעיבוד ישיר של הפגיעה, קושי בשיתוף פעולה של המטופל ומשפחתו, קושי להתמיד בטיפול, התמודדות עם בעיות וקשיים בסביבת המטופל ומשפחתו והתמודדות עם הכלת הטראומה של המטופל.

האתגר הייחודי המרכזי בטיפול במתבגרים הוא הקושי שלהם לשתף פעולה ולהתמיד בטיפול. גם בניית אמון, קשיים משפחתיים ואחרים, קושי בעיבוד הפגיעה ומורכבותו של גיל ההתבגרות מקשים על הטיפול במתבגרים.

בעניין הטיפול **במתבגרים**, ציינו המטפלות אתגר מרכזי אחד – קושי בשיתוף פעולה ובהתמדה מצד המטופל עצמו ולעתים גם מצד הוריו. אתגרים נוספים שצוינו היו: יצירת אמון עם המטופל, התמודדות עם קשיים רלוונטיים נוספים בסביבתו של המטופל, קושי בעיבוד ישיר של הפגיעה וקשיים אופייניים לגיל ההתבגרות (למשל, דימוי עצמי נמוך) המשפיעים על הטיפול. בחלק מהמרכזים מוצעים למתבגרים בעיקר טיפולים ממוקדים בטראומה ובתסמינים הנלווים לה. הדרכת ההורים מותאמת אף היא לטיפול בילדים ובמתבגרים, כמפורט בהמשך הפרק, בסעיף "הדרכת הורים".

מסקנות: רק כשליש מהמטפלות ציינו שהן מכינות תוכנית טיפול מובנית וכתובה בסיום שלב האינטייק תמיד או לעתים קרובות, ורק כרבע מהמטפלות מכינות תוכנית טיפול מובנית במהלך הטיפול תמיד או לעתים קרובות. שיעור זה אינו גבוה ואינו עומד בסטנדרט של המתווה. מגוון המענים הטיפוליים במרכזים הוא בינוני. רוב הטיפולים הם בשיטה הדינאמית. גם תפיסת העולם המקצועית של רוב המנהלות אינה מעודדת שימוש בטיפול קוגניטיבי-התנהגותי בלבד, אלא לשלב בטיפול הדינאמי. המענה הטיפולי מותאם לילדים ולמתבגרים, ומתייחס לצורכי הילד הן מבחינת אופי הטיפול ואופי המטפלת שנבחרה לו, הן מבחינת אופי הדרכת ההורים.

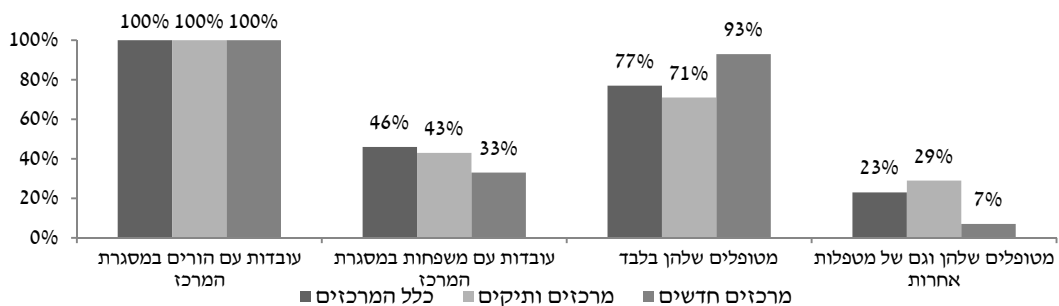
6.5 הדרכת הורים

כ-90% מהעו"סיות לחוק הנוער מעידות שההורים מרוצים מהטיפול שהם וילדם מקבלים במרכזים. התדירות השכיחה ביותר של הדרכת הורים היא פעם בשבועיים. האתגר המרכזי בעבודה עם הורים הוא הגברת המודעות של ההורים לחשיבות תפקודם ולתמיכתם בילד שנפגע מינית. הורי ילדים מטופלים על ידי המטפלת של הילד; בהורי מתבגרים מטפלת אחר.

גם במקרים מורכבים ובפגיעה בתוך המשפחה מטפלות מטפלות אחרות בילד ובהוריו. כשכמה מטפלות עובדות עם משפחה אחת, הן נפגשות על בסיס קבוע.

על פי מודל העבודה של המרכזים הטיפול צריך לכלול גם מענה להורי הנפגע ולמשפחתו, שכן כל הספרות המחקרית הבוחנת את יעילות הטיפול בילדים נפגעי תקיפה מינית רואה בסביבה המיידית של הילד (ההורים) נדבך חשוב בבריאותו הנפשית.⁶⁹ כפי שדורש המודל, המרכזים מכירים בחשיבות הדרכת ההורים. כל מנהלות המרכזים רואות בהדרכת ההורים חלק בלתי נפרד מהטיפול, ולכן היא קיימת בכל המרכזים. גם כ-90% מהעו"סיות לחוק נוער מאשרות שהמרכז מעניק הדרכה להורי המטופלים, ושההורים מרוצים מהטיפול שהם וילדם מקבלים מהמרכז. כפי שמתחייב מהעמדה העקרונית של מנהלות המרכזים, כל המטפלות ציינו שהן עובדות עם הורים של מטופלים במרכז. מאפייני עבודת המטפלות עם ההורים מוצגים בתרשים 25:

תרשים 25: מאפייני עבודת המטפלות עם ההורים, בחלוקה למרכזים ותיקים וחדשים



תדירות הדרכת ההורים: כל מנהלות המרכזים מחזיקות בתפיסה מקצועית מערכתית, שלפיה המטופל הוא חלק ממערכת משפחתית ולכן שיתוף הפעולה של ההורים ותמיכתם בטיפול הם גורמים חשובים ביותר להצלחתו.⁷⁰ לפיכך, הורי המטופלים בכל המרכזים מקבלים הדרכה במרכז. מודל העבודה של המרכזים מניח הדרכת הורים אחת לשבועיים, אולם בפועל תדירות העבודה עם ההורים משתנה בין המרכזים, כמתואר בתרשים 26:

⁶⁹ וראו, למשל, Saunders, B.E., Berliner, L., & Hanson, R.F. (Eds.). (2004). *Child Physical and Sexual Abuse: Guidelines for treatment* (Revised Report: April 26, 2004), Charleston, SC: National Crime Victims Research and Treatment Center

⁷⁰ כמתואר גם בספרות המקצועית, וראו, למשל, בעניין הטיפול בילדים צעירים: Cohen, J.A., MD; Mannarino, A.P., PHD. (1998). "Factors That Mediate Treatment Outcome of Sexually Abused Preschool Children: Six- and 12- Month Follow-up", *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 37: 44-51

וכן: Deblinger, E., & Heflin, A.H. (1996). *Treating Sexually Abused Children and Their Nonoffending Parents. A Cognitive Behavioral Approach*, Thousand Oaks, Sage

וגם: Schwartz, C. et al. (2006). *Preventing and treating childhood sexual abuse*, 2, 2

תרשים 26: תדירות העבודה עם הורים במרכז על פי דיווח המטפלות, בחלוקה למרכזים ותיקים וחדשים



האתגרים המרכזיים בהזרכת ההורים: האתגר המרכזי שהמטפלות מתמודדות עמו בעבודה עם הורי מטופלים הוא הגברת המודעות של ההורים לחשיבות התפקוד שלהם ולתמיכתם בילד שנפגע מינית. אתגרים דומיננטיים פחות שעלו היו גיוס ההורים לשיתוף פעולה עם הטיפול והכלה של ההורים. על פי רוב, אתגרים אלו ואחרים ומצבם של ההורים, הם משתנה דומיננטי בשיפור מצבם הילדים (בעיקר של ילדים צעירים, אך לא רק). לפיכך, מצוקה קשה של ההורים מקשה מאוד על הצלחת הטיפול (אם בגלל קושי להתמודד עם השלכות הפגיעה על תפקוד הילד והמשפחה, אם בשל כאב, כעס ואשמה על עצם הפגיעה בילד, אם בעקבות פגיעה בתוך המשפחה המעוררת קשיים מסוגים שונים ואם בשל פגיעה קודמת שחוו ההורים). לפיכך, אי אפשר להמעיט בחשיבותה של הזרכת ההורים.

משתנים המשפיעים על מעורבות ההורים בטיפול: כמה משתנים משפיעים על מעורבות ההורים בטיפול: גיל הילד, מורכבות הפגיעה ומוכנות ההורים לשותף פעולה, מבחינת רצונם, יכולתם ומצבם הנפשי. כך, למשל, בטיפול בילדים צעירים קיים דגש על עבודה עם ההורים בטיפול דיאדי משותף, הכולל גם את הילד. לעתים אף נעשית הזרכת הורים בלבד, בלי נוכחות הילד. טיפול בלי נוכחות הילד יתרחש בדרך כלל במקרים בעלי מורכבות נמוכה יחסית או כאשר אין ודאות באשר לקיום הפגיעה, ולכן מנסים להימנע מתיוג הילד כנפגע. בטיפול בילדים בוגרים יחסית ובמתבגרים נערכת בדרך כלל הזרכת הורים סדירה, בנפרד מהפגישות הטיפוליות עם הנפגע. במקרים מורכבים יחסית, כשהפגיעה קשה או מתמשכת, וכן כשמדובר בילדים צעירים, תדירות הפגישות עם ההורים גבוהה יותר בדרך כלל.

בחירת המטפלת להזרכת ההורים: זהות המטפלת בהורים נקבעת קודם כול על פי גיל הילד.⁷¹ בכמה מרכזים⁷² במקרים של פגיעה בתוך המשפחה ובמקרים מורכבים אחרים נהוג שמטפלת אחת מטפלת בהורים ומטפלת אחרת בילד הנפגע, כדי להפחית מהעומס הרגשי על המטפלות וכדי למנוע "קונפליקט נאמנויות", או תחושה של "בגידת" המטפלת בנפגע בעת עבודה עם הוריו. אם מקרה אחד מטופל על ידי שתי מטפלות, הם יפגשו זה עם זה בקביעות, כדי לתאם את הטיפול. במרכזים אחרים מציעים טיפול להורים במסגרת הקהילה.

מסקנות: ככלל, נראה שהעבודה עם הורי המטופלים במרכזים מוטמעת היטב, עומדת בדרישות מודל העבודה של המרכזים, מותאמת לצורכיהם ורגישה לצרכים המשתנים של המטופלים ושל הוריהם.

⁷¹ כאמור בסעיף על טיפול בילדים מול טיפול במתבגרים, בהורי ילדים צעירים מטפל בדרך כלל אותו הגורם, ולעומת זאת, הורי מתבגרים מקבלים הזרחה ממטפל אחר.

⁷² "מאור" קריית מלאכי, אל"י חולון, "רימונים" חדרה.

6.6 קביעת משך הטיפול

הפרמטרים המשפיעים על משך הטיפול הם: קרבת התוקף לנפגע, משך הפגיעה, מספר הפוגעים ורמת התפקוד של הנפגע. ככל שרמת החומרה של פרמטרים אלו גבוהה יותר, כך נדרש טיפול ממושך יותר.

מודל העבודה של המרכזים דורש שלאחר האינטייק תתקיים הערכה ובסופה תוצג תוכנית טיפול הכוללת גם אומדן של אורכו הצפוי. המודל מגדיר כלי ובו כמה פרמטרים לקביעת משך הטיפול: קרבת התוקף לנפגע, משך הפגיעה ומספר פוגעים, רמת התפקוד של הנפגע מול רמת הפסיכופתולוגיה שלו. ככל שפרמטרים אלו חמורים יותר, כך המודל מניח שיידרש טיפול ממושך יותר.⁷³ לפי מודל זה, משך הטיפול הוא מ-15 שעות (4 חודשים), במקרים בעלי מורכבות נמוכה, ועד 75 שעות (שנה וחצי), במקרים בעלי מורכבות גבוהה.⁷⁴ על פי המודל יש להביא בחשבון גם את גיל הנפגע, את הרקע ואת מצב משפחתו, וכן את הפרש הגילאים בין הפוגע לנפגע.⁷⁵

שימוש בפרמטרים שנקבעו לקביעת משך הטיפול: מהראיונות עם מנהלות המרכזים עולה שבדרך כלל משך הטיפול המשוער נקבע במהלך האינטייק ועל פי הפרמטרים שהוגדרו במתווה. כמצופה במודל, משך הטיפול מושפע מגורמים הקשורים בחומרת הפגיעה וממידת שיתוף הפעולה הצפוי של המטופל ומשפחתו. למשל, הטיפול בנפגעים שיש להם קושי לבטא את רגשותיהם או בנפגעים שמשפחתם אינה משתפת פעולה עם הטיפול הנו ארוך יחסית.⁷⁶ מהתבוננות בטיפולים הארוכים במיזם עולה שלמעשה, על פי הנחת היסוד במודל, מחצית מכלל המטופלים שיטופלו זמן ארוך נפגעו מגילוי עריות (כמוצג בתרשים 27).

מחצית מהטיפולים הארוכים היו של נפגעי גילוי עריות.

⁷³ בפגיעה בהיקף של עד 3 נקודות יהיה הטיפול עד 15 שעות טיפול, במשך כארבעה חודשים. בפגיעה בהיקף של עד 6 נקודות, הטיפול יהיה עד 45 שעות טיפול, במשך כשנה. בפגיעה בהיקף של עד 9 נקודות, יינתן טיפול בהיקף כולל של עד 75 שעות טיפול, עד שנה וחצי זמן טיפול. אישור להארכת הטיפול יינתן על פי הערכה מקצועית לאחר 45 שעות טיפול.

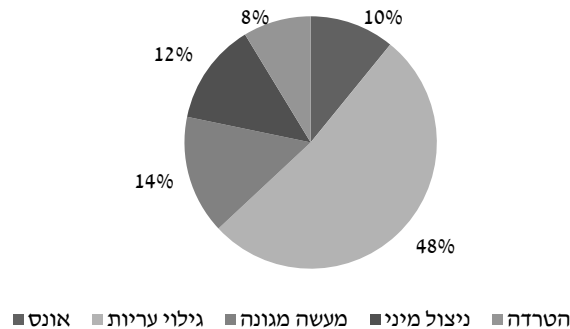
⁷⁴ למשל, Stevenson, J.(1999). "The Treatment of Long-term Sequelae of Child Abuse", In: *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40:1, pp. 89-111

⁷⁵ ראוי לציין שבמקרים חריגים שבהם מתעורר צורך, טיפולים נמשכים זמן ארוך אפילו יותר, באישור מנהלת המיזם.

⁷⁶ כמו כן, כמפורט בפרק 5, "נתונים כלליים על המיזם", גילוי עריות, אונס ומעשה סדום הן הפגיעות שהטיפול בהן הוא הארוך ביותר. טיפול בפגיעה רב-פעמית אורך זמן רב יותר מטיפול בפגיעה חד-פעמית

רק מיעוט מהמתבגרות מעל גיל 12 מקבלות טיפול ארוך (רק 10% מכלל המטופלים טיפול ארוך הם מתבגרות מעל גיל 12), ובנים מעל גיל 12 אינם מקבלים טיפולים ארוכים כלל.

תרשים 27: טיפולים ארוכים, התפלגות המטופלים לפי סוג הפגיעה (N=50)



מרבית מנהלות המרכזים אינן מאמינות בטיפול ממוקד קצר טווח כתפיסה, וזאת ללא תלות במורכבות הפגיעה. מיעוטן מאמינות שבמקרים פשוטים יש מקום לטיפול קצר.

חלק מ**מנהלות המרכזים אינן** מאמינות בטיפול ממוקד קצר טווח, בלי תלות במורכבות הפגיעה, להוציא במקרים חריגים בעלי מורכבות נמוכה יחסית. גם **עו"סיות מחוזיות לחוק הנוער** מרגישות לעתים שטיפול הנמשך שנה בממוצע הוא קצר מדי. לדברי עו"סית מחוזית המלווה את אחד המרכזים: "ברוב המקרים עד שילד יוצר אמון ועוברים תהליך טיפולי – ובמקרים קשים כמו גילוי עריות – גם שנה וחצי לא מספיק. צריך להיות לא פחות משנה וחצי-שנתיים, כברירת מחדל. אלא אם יש מקרים מאוד קלים. שנה זה מעט מדי". אפשר לראות בגישה זו "סמן ימני" על ציר אורך הטיפול הרצוי ולמטרתו. בקצהו השני של הרצף נמצאת עמדתן של חלק אחר מ**מנהלות המרכזים**, הן ציינו שהן מאמינות שיש לשאוף לטפל טיפול ממוקד קצר טווח בכל המקרים המתאימים לכך, בעיקר במקרים בעלי מורכבות נמוכה יחסית, שבהם התפקוד של הנפגע סביר והוריו תומכים בו. לדידן, הטיפול בפגיעה המינית לא נועד להיות "שער כניסה" לטיפול בבעיות אחרות של הנפגע ושל משפחתו, אלא טיפול ממוקד סביב הפגיעה המינית בלבד. רוב המנהלות מחזיקות בעמדות ביניים בין שני הקצוות הללו.

תהליכי בקרה של התקדמות הטיפול מתקיימים, אך ברוב המרכזים אין מנגנון מובנה המסדיר את הבקרה הזאת. לא נעשה שימוש שוטף במערכת ה-Digital Clay לשם כך.

מעקב והערכה של הטיפול ("אבני דרך בטיפול"): רוב מנהלות המרכזים מקיימות תהליכי בקרה של התקדמות הטיפול ושותפות להחלטה על סיום טיפול, אך במרבית המרכזים אין "אבני דרך" – נקודות ציון או שלבים קבועים במהלך הטיפול – שבהן בקרה זו נערכת. מלכתחילה מעט מהמטפלות (30%) כותבות תוכניות טיפול בתחילת הטיפול ובמהלכו. בחלק גדול מהמרכזים הבקרה על התקדמות הטיפול נעשית באמצעות ההדרכות הפרטניות והישיבות של מנהלת המרכז עם המטפלות, ולעתים באינטראקציות שוטפות לא רשמיות. במערכת ה-Digital Clay קיים שאלון הערכה שהמטפלות אמורות למלא מדי פעם בפעם כדי לאתר שינויים בתסמינים של המטופל

ולאמוד את השפעת הטיפול. המנהלות מדווחות שנעשה שימוש חלקי בלבד במערכת זו (להרחבה ראו פרק 7, "איכות השירות"). עם זאת, בחלק מהמרכזים תהליכי הבקרה מוסדרים יותר.⁷⁷

השיקולים לסיום טיפול הם שינוי במצב הקליני ובתפקודו של המטופל, השגת יעדי הטיפול שהוגדרו מראש וירידה במוטיבציה של המטופל להגיע לטיפול. המטפלת היא הגורם המרכזי בהחלטה לסיים את הטיפול. יש משקל גם לדעתם של מנהלת המרכז, של המטופל ושל הוריו. גורמי המקצוע בקהילה אינם שותפים בדרך כלל בהחלטה על סיום הטיפול.

מסקנות: למיזם סטנדרט ברור – אם כי גמיש – לקביעת משך הטיפול. ניכרים הבדלי גישות בין המנהלות ובין כמה מנהלות לבין הנהלת המיזם בשאלת אורך הטיפול האופטימלי ומטרותיו – המיזם מגדיר פרמטרים מדידים, ואילו המנהלות מבססות את תפיסתן על ניסיון קליני, וטוענות שתהליך משמעותי דורש זמן. בקצהו האחד של הציר שהתווה המיזם עומדת השאיפה לצמצם את אורך הטיפול כשהדבר אפשרי ולהמשיכו בתחומים שאינם פגיעה מינית בקהילה, ובקצהו האחר – ההנחה שטיפול בפגיעה מינית הוא מורכב וארוך. לנוכח עמדת רבות מהמנהלות לא מפתיע שבמרבית המרכזים מאמינים בגישה טיפולית פסיכודינאמית ארוכת טווח, המחייבת מספר רב יחסית של שעות טיפול, וכן שהצוותים ברוב המרכזים הם "סמן ימני" על הציר העקרוני הזה, וגם הם מניחים שאורך הטיפול תלוי במורכבות המקרה ובתפקוד המטופל. אמנם עקרונות העבודה של המיזם מכוונים להתפלגות המטופלים על כל הציר, אך מנהלות המרכזים המיישמות אותו מניחות שטיפול בפגיעה מינית הוא במהותו טיפול ארוך יחסית. נראה שמדובר במתח בריא – מצד אחד, המנהלות מודעות לעובדה שמדובר בכספי ציבור ויש להקפיד על ניצולם המיטבי, ומצד שני, יש למנהלות ולמטפלות שיקול דעת מרבי, והן מוסמכות לקבוע את אורך הטיפול הדרוש.⁷⁸ רוב המנהלות מקיימות תהליכי בקרה של התקדמות הטיפול, אך מיעוטן עושות זאת בפרקי זמן קבועים ובאמצעות מנגנונים מובנים האמורים לסייע להן לבקר את איכות הטיפולים ואת משכם.

6.7 סיום טיפול

במודל ההפעלה כתוב ש"הטיפול יסתיים עפ"י החלטה של הגורם המטפל ובהתייעצות ותאום עם הגורם המפנה בקהילה / עו"ס לחוק הנוער יישובי. בסיום הטיפול יישלח דו"ח טיפולי מסכם לעו"ס לחוק הנוער המפנה. עו"ס לחוק הנוער הינו הגורם המפנה הישיר, עם סיום הטיפול ישקול עדכון הגורם שפנה אליו ויעדכן בהתאם לשיקול דעתו. קיימת אפשרות של חזרה לטיפול בהקשר של הפגיעה המינית על פי צורך".

שיקולים לסיום טיפול: המנהלות הגדירו שני שיקולים מרכזיים בהחלטה על סיום טיפול:

- **שינוי במצב הקליני והתפקודי של המטופל:** לדבריהן, "חזרה לתפקוד תקין (מאוזן) מבחינה רגשית, לימודית וחברתית", "כאשר היעדים הושגו והסימפטומים פחתו", "עיבוד של הטראומה בצורה כזו שהיא לא מנהלת יותר את החיים של המטופל".

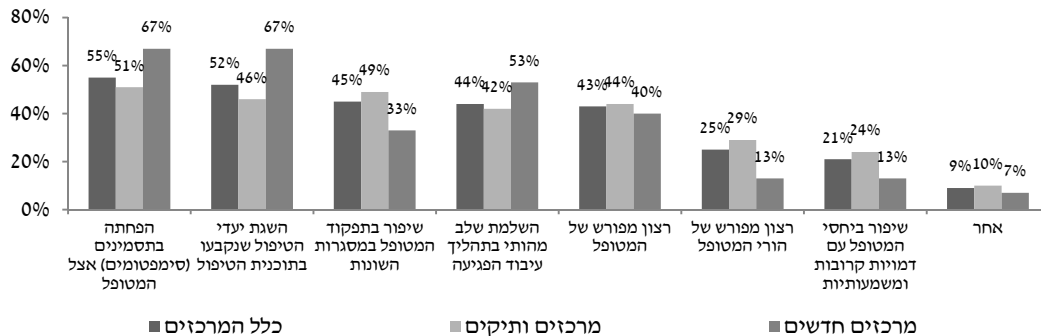
⁷⁷ למשל, במרכז "זיו" בצפת, מתקיימת "אבן דרך" פורמלית אחת לחצי שנה. במרכזים אל"י בחולון-ראשלי"צ ו"עלם" בעפולה מתקיימות כמה "אבני דרך": במרכז בחולון מתקיימת הערכה של תוכנית הטיפול שלושה או ארבעה חודשים לאחר סיום האינטייק, ובעקבותיה מתחיל שלב של עיבוד הפגיעה ועיסוק בסוגיות טיפוליות. במרכז בעפולה הוחלט על קיום "ועדת אמצע" בנוכחות המטפלת, מנהלת המרכז, הגורם המפנה וההורים לאחר 10-15 פגישות, במטרה לבדוק אם הטיפול מספיק ומהו המשך הטיפול הנדרש.

⁷⁸ אורך טיפול ממוצע במיזם אורך 36 מפגשים. ואולם, ישנם טיפולים קצרים המסתיימים אחרי 20 מפגשים במוצע, וטיפולים ארוכים המסיימים אחרי 60 מפגשים במוצע.

- **שינוי במוטיבציה של המטופל להמשיך בטיפול:** החל מהתנהגויות נסיגה (כגון היעדרויות תכופות מהטיפול) ועד לאמירה מפורשת של מטופל שרצונו להפסיק את הטיפול.

כמה מהמנהלות העלו שיקולים לסיום הטיפול הקשורים בשינוי במצב הקליני והתפקודי של המטופל בלבד, וכמה מהן ציינו שילוב של שני השיקולים. המטפלות ציינו אף הן גורמים דומים, כמפורט בתרשים 28:

תרשים 28: שיעור המטפלות שציינו שהן מבססות את ההחלטה לסיים טיפול על הסיבות האלה



אפשר לראות שבמרכזים החדשים נשענים על הפחתה בתסמינים ועל השגת יעדי טיפול יותר במרכזים הוותיקים. במרכזים הוותיקים ניכרת נטייה להסתמך על שיפור התפקוד של המטופל במסגרות השונות ועל רצון הורי המטופל. אפשר לשער שבמרכזים החדשים נצמדים יותר למודל העבודה של המרכזים, ומנסים להישען על פרמטרים מדידים יותר. גם במרכזים החדשים וגם בוותיקים, מדד סיום הטיפול מבוסס הנתונים הוא נמוך למדי (49% במרכזים הוותיקים ו-57% בחדשים).

השותפים העיקריים בהחלטה על סיום הטיפול: המנהלות ציינו שבכל המרכזים ההחלטה על סיום הטיפול מערבת את המטפלת, ולשיקוליה המקצועיים ניתן בדרך כלל משקל רב, ואת מנהלת המרכז, שהיא גורם מייעץ ומאשר. במקרים ספורים מתקיימים דיווח והתייעצות במסגרת ועדת הביצוע. גם המטפלות ציינו שהגורם הדומיננטי ביותר בקבלת החלטה על סיום טיפול היא המטפלת, ואחריה מנהלת המרכז, הורי המטופל והמטופל עצמו. גורמי המקצוע בקהילה אינם שותפים בדרך כלל בקבלת ההחלטה על סיום טיפול.

מסקנות: הנסיבות לסיום טיפול הן מבוססות נתונים, אם כי לא במידה מספקת. משמעות הדבר היא שניכר שההחלטה על סיום טיפול נשקלת על בסיס תפקודו של המטופל, אך לא פחות מכך על התרשמות המטפלת ועל רצון המטופל והוריו. דעתם של גורמי המקצוע בקהילה כמעט שאינה באה לידי ביטוי, ויש ריכוזיות גבוהה של המרכז בקבלת החלטה זו. הדבר בולט בעיקר במרכזים הוותיקים, שבהם למטפלות יש ניסיון רב יותר. לא ברור אם כדי לקבל תמונה מלאה של תפקוד המטופל על המטפלת לקבל מידע גם מהורי המטופל וגם מגורמי המקצוע בקהילה, או שמא הערכת המטפלת מספיקה.

6.8 נשירה מהטיפול

שלא כמו סיום טיפול, שהוא מהלך מתוכנן, מטופל הנושר מהטיפול הוא מי שעזב את הטיפול לפני שהושגו היעדים ונערכה פרדה מסודרת ממנו. לא מדובר בתופעה זניחה, שכן 80% מהמטפלות

דיווחו שהיו להן בעבר מטופלים שנשרו מהטיפול (שיעורי הנשירה מפורטים בפרק 5, "נתונים כלליים על המיזם"). עם זאת, שיעור הנשירה במיזם ירד מ-10.5% בשנת 2011 ל-7.5% בשנת 2012, ועיתוי הנשירה מהטיפול נדחה – מפגישה 8 (בממוצע) בשנת 2011, לפגישה 19 (בממוצע) בשנת 2012, ופירושו של דבר שגם הנושרים "זוכים" לפגישות טיפוליות רבות יחסית לפני הפסקת הטיפול.

הסיבות לנשירה מהטיפול הן: חוסר הבנה של התועלת בטיפול, חוסר רצון להתמודד עם הפגיעה ועם השלכותיה וחוסר רצון של המטופל לשתף פעולה. המנהלות מנו גם סיבות טכניות ולוגיסטיות משוערות לנשירה.

סיבות לנשירה מהטיפול: מנהלות המרכזים אמרו שלעתים יש קושי לוגיסטי של ההורים להביא את הילד לטיפול בזמן או למקום מסוים, לעתים אין להם די זמן וכוחות להתמיד בטיפולים, בעיקר אם הם אינם משוכנעים בנחיצותו מלכתחילה. במקרים אחרים, ההורים עלולים לחוש מאוימים מן התכנים העולים בטיפול, במיוחד אם מדובר בפגיעה בתוך המשפחה. הסיבה המרכזית לנשירה של מטופלים מנקודת המבט של **המטפלות** היא חוסר שיתוף פעולה מצד הורי המטופלים. חוסר שיתוף פעולה עשוי לנבוע משני גורמים מרכזיים:

- **חוסר הבנה של תועלת הטיפול:** דוגמאות מפי המטפלות היו: "היעדר מודעות לחשיבות הטיפול מצד ההורים", "חוסר הבנה של ההורים בדבר נחיצות הטיפול בפגיעה המינית", "אמביוולנטיות חזקה של ההורים לגבי הצורך בטיפול ולגבי יעילותו במשך כל הטיפול". וכן, חוסר רצון להתמודד עם הפגיעה, לדוגמה: "מסר משפחתי סמוי שאסור באמת לשתף בדברים שקרו או בקשיים", ו"הכחשת ההורים את הפגיעה או את השלכותיה".
- **חוסר רצון של המטופל עצמו לשתף פעולה:** המטפלות ציינו: "חוסר מוטיבציה לטיפול ולדיבור על הטרומה", "היעדר בשלות או קושי במצב הנוכחי לשהות בתהליך טיפולי", "חוסר מוכנות לתהליך הטיפולי". שלא כמו המנהלות, רק מיעוט מהמטפלות ציינו סיבות טכניות, כמו חוסר נגישות של המרכז או קושי להגיע אליו.

בכל המרכזים נעשה מאמץ גדול למנוע נשירה בעזרת גישה אקטיבית של המטפלות מול המטופלים המתבגרים, או מול הוריהם של מטופלים ילדים. גם במקרה של נשירה, יש ניסיון לסכם את התהליך הטיפולי בפגישה שתאפשר למטופל לחזור לטיפול בעתיד.

- מניעת נשירה ושימור מטופלים:** המטפלות עושות מאמץ למנוע נשירה של מטופלים בכמה דרכים.
- **"חיזור" אחרי המטופל – ניסיון "להחזקה של הקשר בעקביות על ידי תזכורות, טלפונים, קשר מתמשך, יצירת קרבה וכדומה".**
 - **גיוס ההורים לשימור הטיפול –** המטפלות מנסות לרתום את הורי המטופל לטיפול ומחזרות אחריהם. לדוגמה, המטפלות מנסות "להסביר להורים לגבי הטיפול, חשיבותו וחשיבות שיתוף הפעולה שלהם", וכן "לחזק את הברית הטיפולית והאמון עם ההורה, בעיקר כשמדובר בילדים".

מדברי **המטפלות** עולה שהחיזור אחרי המטופל עצמו רלוונטי בעיקר כאשר מדובר בילדים בוגרים ובמתבגרים, ואילו גיוס ההורים והחיזור אחריהם רלוונטיים בעיקר כשמדובר בילדים צעירים. כמו

כן, רק מיעוט מהמטפלות משתפות את גורמי המקצוע בקהילה בפעולות שהן עושות למניעת נשירה של מטופלים. מתוך ראייה מערכתית ועל פי נקודת מבטן (המגדירה גם סיבות טכניות כמקור לנשירה), הציעו **המנהלות** דרכים נוספות למניעת נשירה, והם מתמקדות בסיוע בפתרון בעיות מעשיות, כגון עזרה בתשלום הוצאות נסיעה אל המרכז וממנו. המנהלות מצאו פתרונות גמישים ויצירתיים לבעיות טכניות נוספות, למשל, חדר שבו תוכל אם להיות עם תינוקה בזמן הטיפול, או טיפול בשני ילדים מאותה משפחה באותו זמן. נראה שדבריה של אחת המנהלות מסכמים במדויק את הגישה הכללית של המיזם: "נלחמים על כל מטופל".

זימון לפגישת סיכום בעת נשירה: אם לא מצליחים למנוע נשירה מטיפול, המדיניות של רוב המנהלות היא לנסות לזמן את הילד ואת ההורים לפגישת סיכום עם המטפלת לשם "סגירה" (closure) וסיכום של התהליך שנעשה עד כה, וגם כדי להשאיר "דלת פתוחה" לחזרה לטיפול בעתיד.

מסקנות: מניעת נשירה היא עיקרון יסודי בעבודת המרכזים. למרות המאמצים הניכרים המושקעים במניעה זו מצד המרכזים והמטפלות, נראה שיש שיתוף מועט יחסית של גורמי המקצוע בקהילה בניסיונות למנוע נשירה.

6.9 המלצות – איכות המענה הטיפולי

- **התאמת הגורם המטפל:** המרכזים מייחסים חשיבות רבה להתאמת הגורם המטפל למטופל. ואולם, למעשה, לעתים יש קשיים בתחום זה, בעיקר בשלוחות. ההמלצות בנוגע להתאמת הגורם המטפל נוגעות לקושי הרוחבי במתן שירות לאוכלוסיות ייחודיות, ומפורטות בהרחבה בפרק 7, "איכות השירות".
- **בחירת אופי ההתערבות בכפוף לתוכנית טיפול מוגדרת:** מומלץ לנתח את הסיבות לכך שרוב המטפלות אינן בונות תוכנית טיפול מובנית כתובה. ייתכן שהדרישה אינה מתאימה לאופי הטיפול במרכזים ואין בה צורך. אם כן, מומלץ לשקול מחדש את הדרישה לכתיבת תוכנית טיפול בתחילת הטיפול ובמהלכו ולנסח עם מנהלות המרכזים קווים מנחים אחרים למעקב אחר התקדמות המטופל ואחר עבודת המטפלת בעזרת "שפה" נוחה יותר למטפלות.
- **מגוון שיטות הטיפול במרכזים:** כדי לאפשר גיוון בשירות, מומלץ לחייב את צוותי המרכזים להשתלם בשיטות טיפול ממוקדות וקצרות מועד, שהוכח במחקר שהן יעילות במצבים מסוימים. חשוב להקפיד על שימוש במיומנות הנלמדות ולא להותירן כידע סביל. מומלץ לעשות זאת דרך דיאלוג מתמשך, קריאה משותפת של ספרות מחקרית עדכנית והטמעת יעילותם של כלים אלו בקרב המנהלות, שכן חלקן אמביוולנטיות כלפי טיפול קצר יותר. מכל מקום, מומלץ להותיר את ההחלטה על סוג הטיפול בידי המנהלות והמטפלות.
- **הזרכת הורים:** מומלץ להותיר בידי המטפלות והמנהלות את הגמישות בנוגע לתדירות המפגשים עם ההורים.
- **קביעת משך הטיפול:** מומלץ להשתמש במנגנונים מובנים ושיטתיים יותר לשם בקרה של איכות הטיפולים ומשכם, כדי לקבל החלטות באשר לאורך הטיפול. מומלץ להביא לדיון עם מנהלות המרכזים את הפרמטרים לקביעת משך זמן הטיפול ולדון אתן בגיבוש תפיסת המיזם בנושא זה, שכן רובן חשות שהמיזם מצפה מהן לחתור לצמצום משך הטיפול, כל אימת שהדבר

מתאפשר. חשוב להכיר בכך שהמתח סביב צורכי המטופלים מחד גיסא ותפיסת המיזם מאידך גיסא אינו פתיר בהכרח, ושעצם השיח בין מייצגי הצרכים השונים חשוב, משום שהוא מפנה תשומת לב גם לשאלת אורך הטיפול, וגם למורכבות ההחלטה לסיים טיפול.

- **נשירה מהטיפול:** מומלץ לחזק את שיתוף הפעולה עם גורמי המקצוע בקהילה בניסיון למנוע נשירה של מטופלים. לגורמים אלו קשר ישיר עם ההורים ועם המסגרות שהמטופל נמצא בהן וביכולתן להיות גורם חשוב נוסף בחיזור ובהגברת המודעות לחשיבות הטיפול בקרב ההורים והמטופלים עצמם. מכיוון שעלה מהמחקר שעלות הנסיעה היא אחד הקשיים של משפחות להתמיד בטיפול, מומלץ לסייע בהחזר הוצאות נסיעה להורים שיש להם קושי כלכלי משמעותי, אם באמצעות המחלקות לשירותים חברתיים ואם באמצעות תקציב המרכז. מומלץ לוודא שגורמי המקצוע בקהילה מכינים את מטופל ואת משפחתו כראוי לקראת הטיפול, בעזרת מתן מידע מקדים על משמעות הטיפול ועל חשיבותו, בין השאר כדי למנוע נשירה בשל ליקוי בתיאום הציפיות.

טבלה 24: שיעור המטפלות שדיווחו על נסיבות מבוססות נתונים לסיים טיפול, לפי מרכז

	מרכזים חדשים						מרכזים ותיקים						
	(n=14)						(n=41)						
	אל"י לוד	"ענבל" באר שבע	"בליבנו" בני ברק	"זיו" צפת	"מאור" קריית מלאכי	"רימונים" חדרה	"כרם" נצרת	סה"כ	"רימונים" נתניה	"עלם" עפולה	"כרם" כרמיאל	אל"י חולון-ראשל"צ	סה"כ
	(n=7)	(n=6)	(n=6)	(n=5)	(n=8)	(n=6)	(n=2)	ותיקים	(n=4)	(n=4)	(n=3)	(n=3)	חדשים
הפחתה בתסמינים	14%	33%	43%	60%	63%	83%	100%	51%	100%	50%	67%	100%	79%
השגת יעדי הטיפול שנקבעו בתוכנית טיפול	43%	33%	57%	40%	38%	75%	100%	46%	50%	50%	67%	67%	57%
שיפור בתפקוד מטופל במסגרות שונות	43%	33%	43%	60%	63%	50%	50%	51%	0%	50%	33%	67%	36%
מדד סיום טיפול מבוסס נתונים	33%	33%	48%	53%	55%	69%	83%	49%	50%	50%	56%	78%	57%

טבלה 25: רכיבים שונים במענה הטיפולי, על פי עו"סיות לחוק הנוער, לפי מרכז

	מרכזים חדשים						מרכזים ותיקים							
	אל"י לוד	"בליבנו" בני ברק	"זיו" צפת	"כרם" נצרת	"מאור" קריית מלאכי	"ענבל" באר שבע	רימונים חדרה	סה"כ	אל"י חולון-ראשל"צ	בני חיפה	"כרם" כרמיאל	"עלם" עפולה	"רימונים" נתניה	סה"כ
	(n=8)	(n=9)	(n=22)	(n=20)	(n=3)	(n=5)	(n=12)	ותיקים	(n=9)	(n=4)	(n=7)	(n=10)	(n=4)	חדשים
המענה הטיפולי מותאם ורגיש תרבות	63%	100%	82%	100%	100%	80%	83%	87%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
מתקיימת הדרכה להורים	89%	100%	87%	90%	80%	100%	94%	91%	92%	100%	91%	92%	92%	93%
איכות הטיפול הולמת	79%	89%	79%	95%	100%	88%	100%	90%	91%	100%	89%	93%	100%	94%
ההורים מרוצים מהטיפול ומההדרכה	79%	100%	80%	91%	90%	89%	94%	88%	100%	100%	79%	73%	100%	90%
מדד המענה הטיפולי*	75%	91%	77%	90%	94%	89%	93%	86%	93%	100%	90%	86%	96%	92%

* מדד המענה הטיפולי כולל רכיבים נוספים שאינם מצוינים בטבלה זו.

פרק 7: איכות השירות

מודל העבודה של המרכזים מכיר בזכותו של כל ילד נפגע תקיפה מינית בישראל לקבל טיפול מקצועי, מותאם תרבותית ונגיש גאוגרפית, ובצורך ליצור מנגנון יעיל לקליטתו ולהפנייתו לטיפול מקצועי. פרק זה יבחן כמה פרמטרים באיכות השירות: זמינות המענה הטיפולי, מהירות התגובה לפנייה של מטופל, זמן ההמתנה לטיפול, נגישות המענה הטיפולי, התנאים פיזיים במרכז, השמירה על דיסקרטיות של המטופל ומשפחתו – הן במרכזים עצמם הן בשלוחות. נוסף על כך, יכלול פרק זה דיון בכמה מדדים של ניהול המרכזים ובכמה מדדים של איכות כוח האדם המטפל, בהיותם מרכיבים באיכות השירות.

איכות השירות – תקציר הממצאים

- ככלל, ניכרת שביעות רצון גדולה של כל הגורמים מאיכות השירות. המנהלות מדגישות את איכות השירות כתפיסת עולם מקצועית. 80% מהעו"סיות לחוק הנוער שבעות רצון מהשירות. גם התרשמותן של המטפלות מהשירות הניתן למטופלים במרכזים היא שהיחס למטופלים במרכזים טוב.
- המרכזים מספקים שירות איכותי ונגיש מבחינת שעות הפעילות, התנאים הפיזיים במרכזים וזמן ההמתנה לתחילת הטיפול. הפריסה הגאוגרפית של השירות עדיין אינה שלמה והיא בינונית.
- 90% מהעו"סיות לחוק הנוער סבורות שהמרכז נותן מענה טיפולי מותאם ורגיש תרבותית לאוכלוסיות ייחודיות, כמו חרדים, עולים חדשים ובני מיעוטים, למרות הקשיים לתת שירות מותאם ונגיש בשלוחות.
- מנהלות המרכזים זוכות להערכה גבוהה ביותר הן מהעו"סיות לחוק הנוער הן מהמטפלות במרכזים.
- 100% מהעו"סיות סבורות שהשירות עומד בסטנדרטים אתיים קפדניים.

7.1 נגישות גאוגרפית של השירות

מידת הנגישות הגאוגרפית של המרכזים ושלוחותיהם היא בינונית.

פריסת המרכזים והשלוחות: חמישה מרכזים חדשים נפתחו בשנת 2012, והצטרפו לשבעה מרכזים ותיקים הפרוסים ברחבי המדינה. ב-2013 אמור לקום מרכז משולש בירושלים וסביבותיה⁷⁹. שישה מרכזים נוספים אמורים לקום על ידי משרד הרווחה משנת 2014 והלאה ולהשלים את הפריסה הארצית של המיזם.

מהראיונות עם מנהלות המרכזים, וכן מתוך פריסת המרכזים ומיקום השלוחות עולה שנגישות הכללית המרכזים ושלוחותיהם בינונית. בטבלה 26 אפשר לראות את מספר השלוחות שמפעיל כל אחד מהמרכזים ואת מיקומן. כן מוצגים בטבלה כל היישובים הנמצאים באזור הגאוגרפי

⁷⁹ הקרנות יממנו את המרכז בירושלים בשנתיים הראשונות.

שבאחריותו של כל מרכז. בטבלה צוינו גם יישובים גדולים ואזורים רחבים יחסית שבהם אין שלוחה של המרכז וייתכן שיש לשקול הקמה של שלוחה.⁸⁰

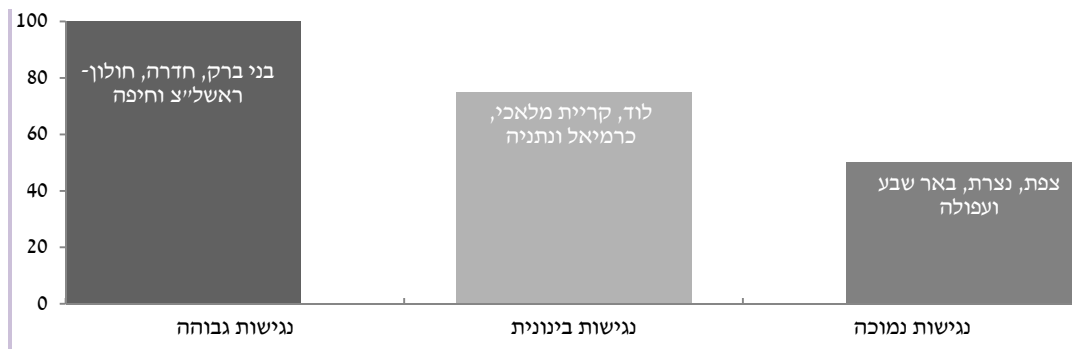
טבלה 26: פריסת השלוחות במרכזים

מרכז	מס' שלוחות	מיקום שלוחות	יישובים ו אזורים מרכזיים שאין בהם שלוחות
אל"י לוד	5	ראש העין, פתח תקווה, ⁸¹ מודיעין, רמלה, כפר חב"ד	אין
"בליבנו" בני ברק	2	קריית ספר, אלעד	אין
"זיו" צפת	3	טבריה, מעיאר, קריית שמונה רמת הגולן (בהקמה)	יישובים דרוזיים בגליל המערבי
"כרם" נצרת	2	אום אל פאחס, כפר מנדא (בהקמה)	יישובים ערבים בגליל התחתון
"מאור" קריית מלאכי	5	גדרה, רחובות, תימורים, נען, אשקלון	יואב, לכיש
"ענבל" באר שבע	6	קריית גת, אופקים, ערד, דימונה, ירוחם, הפזורה הבדואית	נגב מערבי
"רימונים" חדרה	3	כפר קרע, באקה אל גרביה – בהקמה, עתלית	אין
אל"י חולון	2	חולון וראש"צ, בת ים	אין
"בני ציון" חיפה	1	קריית ים	אין
"כרם" כרמיאל	3	עכו, מעלות, שלומי, מטה אשר (בהקמה)	נהריה
"עלם" עפולה	1	שפרעם, בית שאן	עמק המעינות, יוקנעם, מגדל העמק
"רימונים" נתניה	2	הרצליה, רעננה	לב השרון, תל מונד, קדימה, צורן

אפשר לסווג את המרכזים לשלוש רמות נגישות:

- **נגישות גבוהה** – המרכזים המספקים שירות מלא לרשויות הנמצאות בתחום אחריותם.
- **נגישות בינונית** – המרכזים המספקים שירות מלא לרשויות הנמצאות בתחום אחריותם, למעט רשות גדולה אחת או אזור מרכזי אחד.
- **נגישות נמוכה** – המרכזים המספקים שירות חלקי לרשויות הנמצאות בתחום אחריותם, ויש כמה רשויות גדולות או כמה אזורים שבעבורם השירות נגיש פחות. פירוט הרשויות בתרשים ⁸².29

תרשים 29: חלוקת המרכזים לפי מידת הנגיש



⁸⁰ זהו, כמובן, ניתוח ראשוני בלבד.

⁸¹ ראש העין ופתח תקווה יהיו בעתיד מרכז נפרד, ורק בשנת 2012 קיבלו מענה נקודתי ממרכז אל"י לוד בשל עודפי תקציב.

⁸² מרכז "עלם עפולה טרם עבר לשלב האיזורי ולא מצופה ממנו עדיין להקים שלוחות. כמו כן, חשוב לציין כי המרכזים בכרמיאל ובנתניה שייכים לקבוצת המרכזים החדשים ומצופה מהם להקים שלוחות רק בשנה השלישית, כלומר, ברבעון האחרון של 2013.

66% מהעו"סיות לחוק הנוער מרגישות שהשירות נגיש גאוגרפית – שיעור זה מתאים לפריסת המרכזים והשלוחות בפועל. המטפלות אינן מרגישות שחוסר התמדה בטיפול קשור לבעיות בנגישות הגאוגרפית. ואולם, הן אינן פוגשות, כמובן, מטופלים שאינם מגיעים לטיפול בגלל קשיי נגישות.

מסקנות: רמת הנגישות של המרכז תלויה במיקומו ובמיקום שלוחותיו. כצפוי, רוב המרכזים שהם בעלי נגישות גבוהה הם מרכזים האחראים למספר רשויות קטן או לשטח גאוגרפי מצומצם, ואילו רוב המרכזים בעלי הנגישות הנמוכה הם מרכזים האחראים למספר רשויות גדול ולשטח גאוגרפי רחב. כלומר, רמת הנגישות של מרכז תלויה בעיקר בנתונים הגאוגרפיים שבמסגרתם הוא עובד.

7.2 זמינות השירות מבחינת שעות הפעילות

זמינות המיזם טובה והמענה הטיפולי ניתן בכל ימות השבוע, לרבות יום שישי, וכן בשעות אחרי הצהריים והערב. לעתים מתקיימים טיפולים בשעות הבוקר, בניגוד להנחיות המיזם. זמינות המענה הטיפולי בשלוחות נמוכה יותר.

מתוך הראיונות עם **המנהלות** עולה כי זמינות המענה הטיפולי במרכזים מבחינת שעות הפעילות טובה. בכל המרכזים מקיימים מפגשי טיפול בכל ימות בשבוע, לרבות בימי שישי. חלק מהמרכזים פועלים בשעות הבוקר וכולם פועלים בשעות אחר הצהריים והערב לנוחות המטופל והוריו. חלק מהמנהלות אף ציינו שלפני קליטת מטפלת חדשה למרכז הן דורשות שהיא תתחייב מראש לעבוד חלק מזמנה בשעות אחר הצהריים והערב. מעל 80% מהעו"סיות **לחוק הנוער** הסכימו ששעות הפעילות של המרכז מתאימות למטופלים ולהוריהם. מבחינה זו יש פער בין המרכזים החדשים לבין הוותיקים, ושביעות הרצון מהשעות גבוהה מעט יותר במרכזים החדשים (כ-90% מול 80%). אפשר להניח, שההסבר לכך הוא העומס שיש במרכזים הוותיקים המוכרים יותר בקהילה, ואולי אפשר ליחס זאת גם ללמידה ולהפקת הלקחים של המרכזים החדשים מהפעלת המרכזים הוותיקים. לעומת זאת, זמינות המענה הטיפולי בשלוחות נמוכה יותר, לעתים במידה ניכרת. ברוב השלוחות הקטנות שפועל בהן מטפל אחד, הטיפול ניתן יום או יומיים בשבוע בלבד, בשעות קבועות, ולכן מידת הגמישות נמוכה מאוד. תמונת המצב בשלוחות הגדולות טובה יותר, אך גם בהן הגמישות נמוכה יותר מהגמישות במרכזים. חלק מהמרכזים מקיימים טיפולים בשעות הבוקר, כלומר "על חשבון" שעות הלימודים, אף שהדבר אסור על פי הנחיות המיזם. אמנם, טיפול בשעות הבוקר מתקיים רק בתיאום עם הרשות המקומית, בית הספר והורי המטופל ונקבע גם לנוחות המטופל והוריו, אולם נראה שחלק מהטיפולים הניתנים בשעות האלה הם אילוץ של המרכזים המעסיקים את המטפלים בשעות מגוונות.

מסקנות: להבדיל מזמינות השעות הטובה בכלל המרכזים, הזמינות במרבית השלוחות מוגבלת. לעתים, בשל חוסר בררה של המנהלות, יש בשלוחות העדפה בפועל של צרכי המטפלים על פני זמינות המענה הטיפולי.

7.3 התנאים הפיזיים במרכזים

כמעט כל המרכזים פועלים במבני קבע ויש בהם תנאים פיזיים מתאימים. לעומתם, השלוחות פועלות במבנים של מוסדות אחרים ואינן זוכות לתנאים פיזיים אופטימליים.

מתוך הראיונות עם **המנהלות** עולה שב-2012 חל שיפור ניכר בתנאים הפיזיים של המרכזים. כל המרכזים הוותיקים פועלים כעת במבנה קבע, וגם כל המרכזים החדשים שהוקמו ב-2012, למעט מרכז אל"י חולון-ראש"צ, פועלים במבני קבע. הקושי העיקרי בהיבט הפיזי הוא בשלוחות – רובן ככולן מתארחות במבנים של גופים אחרים ואינן זוכות לתנאים האופטימליים הקיימים ברוב המרכזים.

מסקנות: השלוחות אינן פועלות במבנים משלהן, ולכן קשה יותר ליצור בהן תנאים אופטימליים לטיפול.

7.4 מהירות התגובה לפנייה ראשונית ולתחילת טיפול

לא קיים סטנדרט אחיד בעניין מהירות התגובה הראויה לפנייה ראשונית ולתחילת טיפול. שתי גישות מרכזיות נצפו במרכזים: מרכזים העושים מאמץ גדול ליצור קשר ראשוני בתוך יום-יומיים, ומרכזים העובדים לאט יותר ועורכים הליכי מיון ואיסוף מידע קפדניים יותר לפני הפנייה הראשונה.

מהירות תגובה לפנייה ראשונית: בקריטריונים של המיזם אין סטנדרט אחיד באשר למהירות התגובה הראויה לפנייה ראשונית. מתוך הראיונות עם **המנהלות** מתברר שיש שונות בין המרכזים באשר למהירות התגובה לפנייה וליצירת קשר ראשוני עם הורי המטופל – גם בפועל וגם כתפיסת עבודה. אפשר לסווג את המרכזים לשני סוגים: הסוג הראשון, מרכזים שבהם זמן התגובה מהיר מאוד, ולאחר בירור ראשוני של מידת התאמת המטופל למרכז נעשה מאמץ גדול ליצור קשר מהיר עם הורי המטופל (בתוך 48 שעות עד ימים ספורים); הסוג השני, מרכזים שבהם מהירות התגובה לפנייה אטית יותר, מפני שמנהלת המרכז מעוניינת לקיים תהליך בירור והיכרות מעמיק עם המקרה הטיפולי, לרבות התייעצות עם גורמים מקצועיים נוספים, לפני קבלת הנפגע לטיפול במרכז, אם בכלל. כמה מרכזים מחזיקים ב"עמדת קצה" ואינם יוצרים קשר ראשוני עם הורי המטופלים כלל, אלא מבקשים מהגורם המפנה בקהילה שההורים יצרו קשר עם המרכז. הסיבות להליך זה הן כבוד להורה ורצון לבחון את מידת הרצינות שלו, את עמדתו כלפי דחיפות הפנייה ואת יחסי הכוחות במשפחה.⁸³ מנקודת המבט של **העו"סיות לחוק הנוער**, הייתה שביעות רצון בינונית בנוגע לזמן התגובה של המרכז לפניית, ורק כ-75% מהן הסכימו שפרק הזמן שלוקח למרכז ליצור קשר ראשוני עם הורי הנפגע הולם.⁸⁴ ראוי לציין שנמצאו פערים גדולים בין העו"סיות לחוק הנוער לבין עצמם בהקשר זה, וכדי לקבל תמונה פרטנית של כל מרכז, מומלץ לבחון את הנתונים המופיעים בטבלה שבסוף הפרק ובנספחים.⁸⁵

⁸³ כלומר, זמן הפנייה למרכז נחשב לאינדיקציה ליחסי הילד וההורה ולכוחות במשפחה, והוא חלק מהמידע הנאסף על המשפחה בתהליך אינטייק.

⁸⁴ לדעתן של העו"סיות לחוק הנוער זמן הולם הוא שמונה ימים בממוצע (במרכזים ותיקים תשעה ימים בממוצע, ובמרכזים חדשים שבעה ימים בממוצע).

⁸⁵ ב"רימונים" חדרה, "מאור" קריית מלאכי, "כרם" נצרת, "כרם" כרמיאל ו"רימונים" נתניה שביעות הרצון ממהירות המענה הייתה גבוהה מאוד, ואילו בשאר המרכזים שביעות הרצון הייתה נמוכה יותר.

זמן המתנה לתחילת טיפול:⁸⁶ מתוך הראיונות עם המנהלות עולה שברוב המרכזים אין זמן המתנה לקבלת מענה טיפולי, או שזמן ההמתנה זניח. שני המרכזים שיש בהם זמן המתנה ארוך הם "זיו" צפת (המרכז בצפת והשלוחה בטבריה) ו"ענבל" באר שבע (השלוחה בקריית גת והמענה במגזר הבדואי).⁸⁷ עם זאת, ראוי לציין שמנהלות המרכזים לא הגדירו בבירור מהם "זמן המתנה קצר", "זמן המתנה ארוך" ו"זמן המתנה אופטימאלי". מנקודת המבט של העו"סיות לחוק הנוער, זמן ההמתנה ההולם של מטופל לתחילת טיפול במרכז הוא **12 ימים**. 70% מהן מרגישות שהזמן שמככים בפועל הולם, כלומר 30% חושבות שזמן ההמתנה ארוך מדי.⁸⁸

מסקנות: ניכר חוסר אחידות בין המרכזים במהירות התגובה לפנייה ראשונית של נפגע. כמעט שאין במרכזים זמן המתנה לתחילת טיפול, פרט לשני מרכזים ותיקים, שם הוא נובע גם מהקושי לגייס מטפלים העומדים בדרישות המיזם ביישובי הפריפריה ובקרב מגזרים ייחודיים ואולי גם ממחסור בתקנים.⁸⁹

7.5 מענה טיפולי לאוכלוסיות ייחודיות והתאמה תרבותית של השירות

רוב גדול מאוד מתוך העו"סיות לחוק הנוער מרגישות שהמרכז נותן מענה טיפולי מותאם ורגיש תרבותית לאוכלוסיות ייחודיות, כמו חרדים, עולים חדשים ובני מיעוטים. כל זאת, למרות הקושי בגיוס מטפלים מתאימים ולמרות הקושי בשיתוף פעולה עם הקהילה בעבודה עם אוכלוסיות אלו.

רוב המרכזים מספקים שירות לאוכלוסיית יעד מגוונת למדי: משפחות ממעמד סוציו-אקונומי גבוה ונמוך, עולים חדשים וילידי הארץ, אוכלוסייה ערבית, בדואית, משפחות חילוניות ודתיות. בתוך האוכלוסייה המגוונת הזאת, מתן מענה טיפולי לשלוש קבוצות הוא מאתגר במיוחד:

- **אוכלוסייה חרדית** – המרכזים המשרתים אוכלוסייה זו הם בעיקר "בליבנו" בני-ברק (מרכז ייעודי), "זיו" צפת, אל"י לוד ו"כרם" כרמיאל.
- **אוכלוסייה ערבית ובדואית**⁹⁰ – המרכזים המשרתים אוכלוסייה זו הם בעיקר "כרם" נצרת (מרכז ייעודי), "זיו" צפת, "כרם" כרמיאל, "עלם" עפולה, "רימונים" חדרה, אל"י לוד ו"ענבל" באר שבע.
- **אוכלוסיית יוצאי אתיופיה** – המרכזים המשרתים אוכלוסייה זו הם בעיקר "בני ציון" חיפה ו"רימונים" נתניה.

⁸⁶ לאחר קליטת התיק במרכז וכשהמטופל בשל לתחילת טיפול – מצב שלא אמורה להיות בו המתנה כלל.

⁸⁷ בפזורה הבדואית קיים קושי ייחודי, ועתיד לפעול בו בקרוב פרויקט שאמור לתת מענה למורכבות הטיפול ולמחסור באנשי מקצוע.

⁸⁸ גם כאן בולטים פערים גדולים בהערכת העו"סיות את המרכזים השונים, וכדי לקבל תמונה פרטנית על כל מרכז מומלץ לבחון את הנתונים המופיעים בטבלה בסוף הפרק ובנספחים.

⁸⁹ הזמן שהמטפלים במרכז "זיו" צפת משקיעים בטיפול גופא הוא מן הגבוהים בין המרכזים הוותיקים, ולכן נראה שהעומס אינו נובע מניהול לא נכון של זמן המטפלים. לעומת זאת, מרכז "ענבל" באר שבע הוא המרכז הוותיק שהמטפלים בו משקיעים הכי מעט שעות בטיפול בפועל, ושם הסיבה להמתנה יכולה להיות גם ניהולית.

⁹⁰ אין דין הטיפול באוכלוסייה ערבית כדין הטיפול באוכלוסייה בדואית, ומרכז "ענבל" באר שבע המטפל באוכלוסייה בדואית מתמודד עם מורכבות ייחודית.

שני מרכזים הם יעודיים לאוכלוסיות מסוימות: מרכז "כרם" נצרת מטפל באוכלוסייה ערבית בלבד ומרכז "בליבנו" בני ברק מטפל באוכלוסייה חרדית בלבד. כל שאר המרכזים מתמודדים עם טיפול במגוון אוכלוסיות. האתגרים המרכזיים המקשים על מתן שירות לאוכלוסיות ייחודיות אלו הם:

- א. **גיוס מטפלות ומטפלים** מאוכלוסיות ייחודיות, משום שיש מחסור באנשי מקצוע מאוכלוסיות אלו העומדים בסטנדרטים שקבע משרד הרווחה.
- ב. **התאמה של מטפל ומטופל** והקפדה על רקע תרבותי דומה הן משימות קשות בשל המחסור במטפלים מאוכלוסיות ייחודיות.
- ג. **חוסר מודעות** בקהילות האלה לנושא הפגיעה המינית מצריך השקעת זמן רב בהגברת המודעות לצורך בטיפול גם בהורי הנפגע.⁹¹
- ד. **בושה** וחשש מהטלת "כתם" (סטיגמה) על הנפגע ועל המשפחה, גורמים לחשש מדיווח על פגיעה ומפנייה למרכזים ולרצון להתמודד עם הפרשה בתוך המשפחה.
- ה. **מיעוט גופי טיפול בתחום בקהילה או היעדרם** – מחסור בגורמים שאליהם אפשר להפנות את הנפגע ואת משפחתו להמשך טיפול. לעתים מחסור זה הוא הסיבה להתמשכות הטיפולים במרכזים.
- ו. **מעמד סוציו-אקונומי נמוך וקשיים רבים** נוסף על הפגיעה המינית בקרב חלק ניכר מאוכלוסיות אלה,⁹² מקשה על שיתוף פעולה בטיפול.

למרות האתגרים הללו, 91% מעו"סיות **לחוק הנוער** מסכימות שהמרכז נותן מענה טיפולי מותאם ורגיש תרבות לאוכלוסיות ייחודיות ב-87% מהמרכזים הוותיקים וב-100% מהחדשים (ייתכן שגם כאן הייתה למידה והופקו לקחים).

מסקנות: קשה לגייס מטפלות ומטפלים העומדים בסטנדרטים לטיפול במגזרים ייחודיים ובאזורי פריפריה. תהליך הגיוס מורכב במיוחד במגזר החרדי ובמגזר הערבי (ועוד יותר מכך במגזר הבדואי), שבהם היצע המטפלים בכלל והיצע המטפלים העוסקים בפגיעות מיניות בפרט, קטן מלכתחילה. במגזרים אלו, מציאת מטפלים מתאימים העונים על דרישות משרד הרווחה בעניין ההשכלה וניסיון מעשי הוא "שילוב קטלני", כהגדרת אחת המנהלות. קושי זה מצמצם את היצע המענה הטיפולי לאוכלוסיות אלו. עם זאת, למרות הקושי לתת שירות מותאם תרבותית נראה שהמאמץ, ההתכוונות וההכרה של המרכזים בצורך זה (גם אם אינם יכולים לספק לו מענה מלא) מורגשים בשטח ומקבלי השירות מרוצים יחסית מההתאמה התרבותית של המענה. יש להביא בחשבון שעם השלמת הקמת המיזם יגדל הצורך במטפלים לאוכלוסיות מיוחדות, ומומלץ לפעול כבר כעת להכשרת אנשי מקצועי מתאימים, כדי שיהיו עתודה מקצועית למיזם. יצוין שכבר ניתן מענה חלקי לצורך זה, נבנתה תוכנית הכשרה ייעודית והוקצה לכך תקציב, בשיתוף מכון חרוב.

⁹¹ כמו כן, כדי להגיע לאוכלוסיות אלו נדרשת עבודה רבה מול גורמים בקהילה, כמו רבנים ומובילי דעה.

⁹² לדברי מנהלות המרכזים, רבים מהפונים למרכזים בכלל ומהפונים מאוכלוסיות ייחודיות בפרט, הם ממעמד סוציו-אקונומי נמוך. עובדה זו מציבה אתגרים אחרים במתן השירות, מאחר שאוכלוסיות ממעמד זה הן לעתים קרובות "רב-בעייתיות". משמעות הדבר היא שהפגיעה המינית היא רק בעיה אחת מתוך מכלול רחב של בעיות שהנפגע ומשפחתו מתמודדים אתן. למשל, פגיעה מינית וגם שכיחות גבוהה יחסית של תקשורת לקויה בין ההורים, אלימות במשפחה, גירושין, התמכרויות או בעיות משפחתיות אחרות. מובן שבעיות אלו משפיעות על יכולתם של הנפגע ושל הוריו לשתף פעולה עם הטיפול, ובשל כך נדרש מהמרכז לתת לנפגע מענה טיפולי מורכב יותר, להקצות משאבי טיפול רבים יותר ולעמוד בקשר הדוק יותר עם גורמי הרווחה.

7.6 איכות הניהול בהקשר לאיכות השירות

איכות השירות מקבלת תשומת לב רבה ממנהלות המרכזים. רובן סבורות שמהירות המענה הראשוני וזמן ההמתנה לטיפול הם הנושאים החשובים ביותר בתחום איכות השירות. להערכת המטפלות ניהול המרכזים מקצועי ביותר. מיומנויות הניהול קיבלו הערכה טובה אבסולוטית, אך טובה פחות מההיבטים המקצועיים.

על פי התוכנית הארצית לטיפול בקטינים שנפגעו מינית בישראל מנהלת המרכז היא "בעלת אחריות כוללת על המרכז הן בהיבט התפעולי-ארגוני והן בהיבט הטיפולי". לפיכך, נבחנו בפרק זה היבטים מסוימים בתפקוד מנהלת המרכז בהיותם מדדים לאיכות השירות.

העמדות הישירות של המנהלות בנוגע לאיכות השירות: 96% מהמטפלות במיזם ציינו שאיכות השירות היא נושא מדובר בצוות ושמהלת המרכז מדגישה בפניהן את החשיבות שבמתן שירות טוב למטופלים ולהוריהם. מנקודת המבט של המנהלות, כחצי סבורות שמהירות המענה לפנייה ראשונית וזמן ההמתנה לקבלת טיפול הם הנושאים החשובים ביותר בתחום איכות השירות. נושא נוסף שעלה ממחצית מהמנהלות היה יצירת קשר טיפולי המבוסס על אמון וכבוד הדדי עם המטופלים ועם בני משפחתם.⁹³ המנהלות הזכירו גם את הנושאים האלה: מתן מענה מקצועי המותאם לנפגע, שמירה על סודיות ונגישות המרכז למטופלים, אך במידה פחותה.

עמידה בסטנדרט הניהול כפי שהוגדר במודל ההפעלה: במודל ההפעלה של המרכזים מוגדרות ארבע דרישות לתפקיד מנהלת המרכז:

- עמידה בסטנדרטים שנקבעו למטפלות (ופורטו בפרק הקודם, "איכות המענה הטיפולי")
- ניסיון בניהול
- ניסיון בהדרכת צוות טיפולי
- מומחיות מוכחת בנושא פגיעה מינית

מהנתונים (המסוכמים בטבלה 27) עולה שלכל מנהלות המרכזים (למעט אחת) יש לפחות תואר שני טיפולי קליני. מספר שנות הניסיון הממוצע של המנהלות הוא 13 שנים, ויותר ממחציתן הן בעלות ניסיון של עשר שנים ומעלה בתחום הטיפול בפגיעות מיניות. מרבית מנהלות המרכזים מועסקות במרכז בהיקף של משרה מלאה, כנדרש במודל ההפעלה של המרכזים.

⁹³ הנושא עלה באופן ישיר או באופן עקיף דרך נושאים אחרים, כגון מידת ההתאמה של המבנה הפיזי של המרכז, מענה מהיר לפנייה הנותן למטופל ולמשפחתו תחושה מכבדת ועוד.

טבלה 27: עמידה בסטנדרט של מנהלות המרכזים, על פי מדדים שונים

מרכז	תואר אקדמי	מקצוע והתמחות	שנות ניסיון	היקף משרה
אל"י לוד	MA	ייעוץ חינוכי. טיפול משפחתי	6	100%
"בליבנו" בני ברק ⁹⁴	BA	עו"ס	9	75%
"זיו" צפת	MA	עו"ס קליני	10	100%
"כרם" נצרת	MA	עו"ס. ילד ונוער	3	100%
"מאור" קריית מלאכי	PHD	עו"ס. פסיכותרפיה	15	100%
"ענבל" באר שבע ⁹⁵	MA	פסיכולוגיה קלינית וחינוכית	8	100%
"רימונים" נתניה וחדרה	PHD	עו"ס. ילד, נוער ומשפחה. קליני	28	100%
אל"י חולון-ראשל"צ	MA	עו"ס קלינית	16	100%
"בני ציון" חיפה ⁹⁶	MA	טיפול בהבעה ויצירה	7	75%
"כרם" כרמיאל	MA	עו"ס. פסיכותרפיה	27	100%
"עלם" עפולה	MA	עו"ס קלינית	10	100%

איכות הניהול מנקודת המבט של המטפלות: ההערכות המילוליות שנתנו המטפלות למנהלות המרכזים היו טובות ביותר והתמקדו בכמה היבטים מרכזיים:

- **ידע ומקצועיות בתחום** הטיפול בפגיעות מיניות – 92% מהמטפלות הביעו שביעות רצון גבוהה מהיבטים שונים בתפקוד מנהלות המרכזים. שביעות רצון רבה הובעה מחיזוק הקשר של המרכז עם הקהילה (96%) ומביסוס מעמדה של המנהלת כסמכות מקצועית בקהילה בתחום הטיפול בפגיעות המיניות (96%).
- **תמיכה בצוות** – המנהלות הן מקור תמיכה לצוות הן מבחינה מקצועית הן מבחינה אישית. המנהלות זמינות לצוות ומפחות בו מוטיבציה.
- **מיומנויות ניהול** – היבטים הקשורים למיומנויות ניהוליות כלליות של המנהלות, כגון **בקרה ומעקב** ("נפגשת עם הצוות כדי לעקוב אחרי התקדמות המקרים שבטיפול") **ותכנון** ("צופה מראש בעיות פוטנציאליות ונערכת להתמודד אתן או למונען") קיבלו הערכה נמוכה יחסית, אם כי גבוהה באופן אבסולוטי.
- **זמינות לצוות ולפונים למרכז** – היבט משמעותי נוסף היה הזמינות הגבוהה של המנהלת למטפלים ולפונים למרכז. לדברי אחת המטפלות: "המנהלת נמצאת שם תמיד כשצריכים עזרה / הכוונה". לדברי מטפלת אחרת: "המנהלת מהווה שער ראשון בפנייה לטיפול וההתערבות שלה לצד הפניות הגבוהה מעוררת אמון ומוטיבציה לטיפול".⁹⁷

מסקנות: ככלל, איכות הניהול מעידה שתפיסת העולם של המנהלות שמה במרכז את איכות השירות, ושהוא חלק מתפישת עולמן המקצועית. היעדר הבדל בין הערכתן של המנהלות החדשות להערכתן של המנהלות הוותיקות מלמד שהאיוש של רוב המנהלות החדשות היה נכון,⁹⁸ והן קיבלו ליווי והכוונה מתאימים בתחילת דרכן הניהולית. אף שהערכת המטפלות את המנהלות הייתה גבוהה גם בתחום מיומנויות הניהול הכלליות, היא הייתה גבוהה אף יותר בתחום הניהול המקצועי.

⁹⁴ בבני ברק מוקצית משרה נוספת של עו"סית קלינית לריכוז ההפניות והאינטייקים.

⁹⁵ מנהלת המרכז נכנסה לתפקידה בנובמבר 2012, לאחר תשעה חודשים בלא מנהלת קבועה במרכז, ולכן היא טרם החלה לטפל בנפגעים.

⁹⁶ המנהלת סיימה את תפקידה בדצמבר 2012, וכעת החלה בתפקידה מנהלת חדשה, בחצי משרה.

⁹⁷ בסוף הפרק מצורף חלק מסקר המטפלות, ובו נתונים כמותיים בנוגע לאיכות הניהול בהקשר לאיכות השירות.

⁹⁸ למעט מנהלת אחת שהתחלפה השנה.

7.7 איוש תקנים של מטפלות ועמידת המטפלות בסטנדרט שנקבע

כשלושה רבעים מהמטפלות עומדות בסטנדרט. המרכזים החדשים עומדים בסטנדרט באחוזים גבוהים יותר מהמרכזים הוותיקים.

איוש תקנים של מטפלים: בנובמבר 2012 עבדו במרכזים 91 מטפלות, כשמונה מטפלות במרכז בממוצע. במרכזים הוותיקים הממוצע הוא כתשע מטפלות למרכז ובחדשים כחמש מטפלות בממוצע במרכז. המרכזים החדשים נמצאים בתהליך התפתחות גמיש (כמצופה מהם), ושואפים גם הם לאייש חמישה חצאי משרה של מטפלות, עוד חצי משרה למזכירה ומשרה מלאה למנהלת, כמו במרכזים הוותיקים. מתוך 91 מטפלות, 18 מטפלים גברים טיפלו בשנת 2012 במיזם, על פי החלוקה הזאת:

"עלם" עפולה	"ענבל" באר שבע	"כרם" נצרת	אל"י לוד	"זיו" צפת	אל"י חולון-ראש"צ	"בליבנו" בני ברק
1	2	2	4	1 (וכן מנהל המרכז)	1	6 מטפלים גברים ⁹⁹

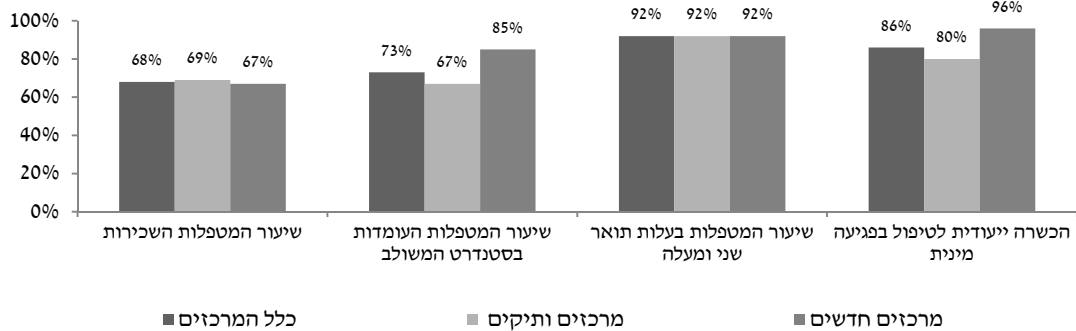
משמעות הדבר שנוון ליום עריכת המחקר אין בקריית מלאכי, בנתניה, בכרמיאל, בחיפה ובחדרה מטפלים גברים.

עמידה בסטנדרט של אנשי המקצוע במיזם: על פי מסמך הסטנדרטים, נדרשות המטפלות להשכלה, להתמחות ולניסיון מינימליים כדי לטפל בקטינים נפגעי תקיפה מינית במסגרת המיזם. 75% מהמטפלות עומדות בסטנדרט המשולב – 67% מהמטפלות במרכזים הוותיקים, לעומת 85% במרכזים החדשים.¹⁰⁰ גם כאשר בוחנים כל פרמטר בנפרד נראה שרוב המטפלות עומדים בסטנדרט. מבחינת השכלה, 92% מהמטפלות במרכזים הן בעלות תואר שני ומעלה, כנדרש במסמך הסטנדרטים מכל בעלי המקצוע הטיפוליים. מבחינת ההכשרה הייעודית לטיפול בפגיעה מינית, הרוב המכריע של המטפלות (כמעט 90%) עברו את ההכשרה הייעודית של המיזם בנושא טיפול בפגיעות מיניות או נמצאות במהלך ההכשרה הזאת – 80% מהמטפלות במרכזים הוותיקים, ו-96% מהמטפלות במרכזים החדשים. נתון זה מתאים למגמה הכללית, שלפיה המרכזים החדשים עומדים בסטנדרט באחוזים גבוהים יותר מהמרכזים הוותיקים. מספר שנות הניסיון המקצועי הממוצע של המטפלות בטיפול בפגיעות מיניות של ילדים, נוער או מבוגרים עומד על 7 שנים, כלומר יותר מהניסיון המינימלי הנדרש בסטנדרט בכל המקצועות הטיפוליים. תרשים 30 מפרט את המדדים השונים של הכשרת המטפלים בחלוקה למרכזים ותיקים וחדשים.

⁹⁹ לא באותו הזמן.

¹⁰⁰ קודם שגובש מסמך הסטנדרטים התקיימו הכשרות מקצועיות ליועצות, והן היו חלק מצוותי הטיפול ברשויות וצברו ניסיון טיפול רב. אף שהתמקצעות המיזם וההקפדה על הסטנדרטים מבורכת, נוצרו מצבים אבסורדיים שבהם מטפלות ותיקות, מנוסות וטובות אינן מורשות לטפל במסגרתו.

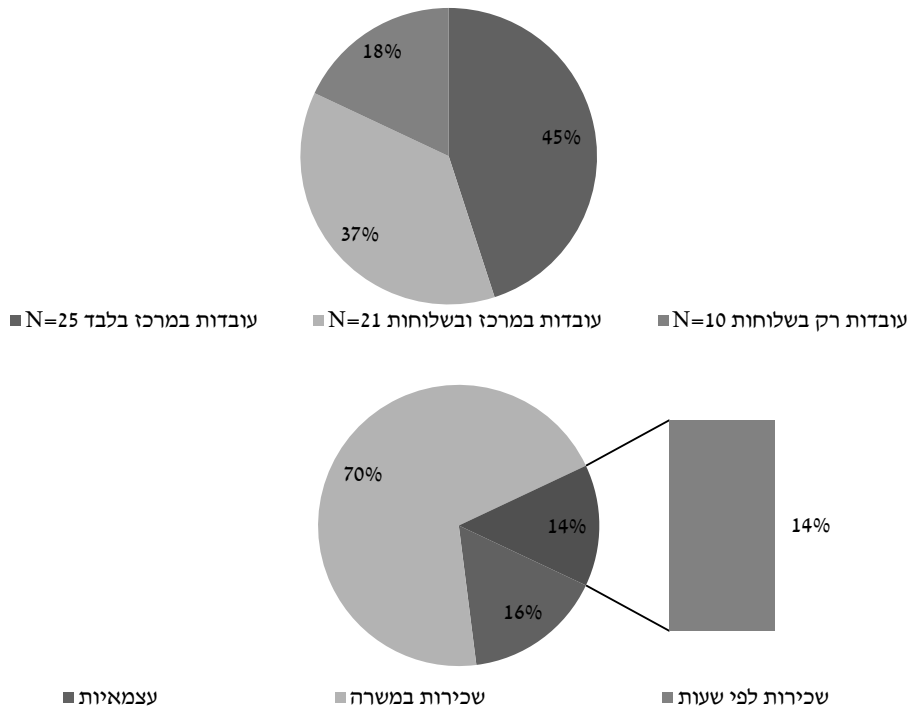
תרשים 30: שיעור המטפלות העומדות בסטנדרטים בחלוקה למרכזים ותיקים וחדשים



היקף העבודה של המטפלות במרכז הוא 20-29 שעות שבועיות.¹⁰¹ למחצית מהמטפלות היו במהלך החודש שלפני עריכת הסקר עד שבעה מטופלים במסגרת המרכז, ולמחציתן יותר מ-שבעה מטופלים.

העסקת המטפלות במרכזים ובשלוחות: 18% מהמטפלות במרכזים עובדות רק בשלוחות. כ-70% מהמטפלות מועסקות כשכירות, ו-30% מועסקות לפי שעות, כמפורט תרשים 31.

תרשים 31: תעסוקת המטפלות בחלוקה למרכזים ולשלוחות, ותעסוקת המטפלות לפי סוג משרה



מסקנות:

- כשלושה רבעים מהמטפלות במרכזים עומדות בסטנדרטים המקצועיים. פירושו של דבר שרבע מהן אינן עומדות בסטנדרט זה. מטפלות ותיקות רבות יחסית שהחלו לעבוד במרכזים עוד לפני

¹⁰¹ מחצית מהן עובדות בהיקף זה או פחות, והיתר עובדות יותר.

כניסת הסטנדרטים לתוקף אינן עומדות בדרישות ההשכלה וההתמחות (למשל, בעלות תואר ראשון בלבד, או בעלות תואר שני שאינו קליני), אף שהן ותיקות ומקצועיות.

- ישנם מרכזים – בעיקר בפריפריה – שיש בהם כוח אדם צעיר במיוחד מכיוון שקשה מאוד למצוא מטפלות מתאימות באזורים אלו ובמגזר הערבי. מסיבות דומות, בחלק מהמרכזים בפריפריה צוות המטפלים אינו מאויש במלואו. לקושי זה השלכות גם על זמני ההמתנה לטיפול במרכז וגם על היקף הפעילות בקהילה.
- חשיבות ההכשרה הייעודית למטפלות הוטמעה בקרב מנהלות המרכזים, ורובו המכריע של הצוות הוכשר בעבר או מוכשר כעת.
- לבסוף, יש לציין שכשליש מהמטפלות במרכזים מועסקות כעצמאיות או כשכירות לפי שעות, למרות המגמה במיזם (שהחלה עם המעבר לשלב ב'), להעביר את כל המטפלות לעבוד כשכירות על פי אחוזי משרה. המרכזים החדשים עומדים בסטנדרט באחוזים גבוהים יותר מהמרכזים הוותיקים – גם כאן, כנראה מכיוון שהסטנדרט נוסח לאחר שחלק מהמרכזים הוותיקים כבר פעלו, ואולי גם מפני שראשי המיזם היו נחושים יותר ביישום הסטנדרט. בעת עריכת המחקר היו 20% מהמטפלים במיזם גברים, אולם בחמישה מרכזים לא היו מטפלים גברים כלל.

7.8 עמידה בסטנדרט מבחינת שמירה על חיסיון ואתיקה

כללי הסודיות, הפרטיות והאתיקה מוטמעים ביותר בהתנהלות המרכזים עפ"י עדות כל קבוצות הנשאלים.

במודל העבודה של המרכזים נאמר ש"השירות יינתן על פי כללי אתיקה מקצועיים". מהראיונות עולה שכללי הסודיות והשמירה על פרטיות ועל חסיון המטופלים הם נר לרגליהן של **המנהלות** ושל המרכזים בכלל. לשיקול האתי ניתן משקל משמעותי בהתנהלות מול הקהילה ומול הרשויות. גם 99% מהעו"סיות לחוק הנוער מרגישות שהמרכז שומר על חסיון מטופליו. בשל חסיון המטופלים, מרבית מהמרכזים מקיימים את הקשר עם גורמי המקצוע בקהילה רק אם הטיפול וטובת המטופל מחייבים זאת (כמפורט בפרק 9, "הקשר עם הקהילה"). לפיכך, לא מפתיע שאחד ההיגדים שזכה להסכמה נמוכה יחסית מצד העו"סיות (אם כי גבוהה אבסולוטית) היה קבלת עדכונים מהמרכז בעניין מטופלים שבטיפולו. כמה מנהלות ציינו שבמקרים ספורים המבנה הפיזי של המרכז מקשה על שמירת הדיסקרטיות של המטופלים (למשל, ב"ענבל" באר שבע וב"זיו" צפת), וסביר להניח שזה המצב גם בכמה מהשלוחות.

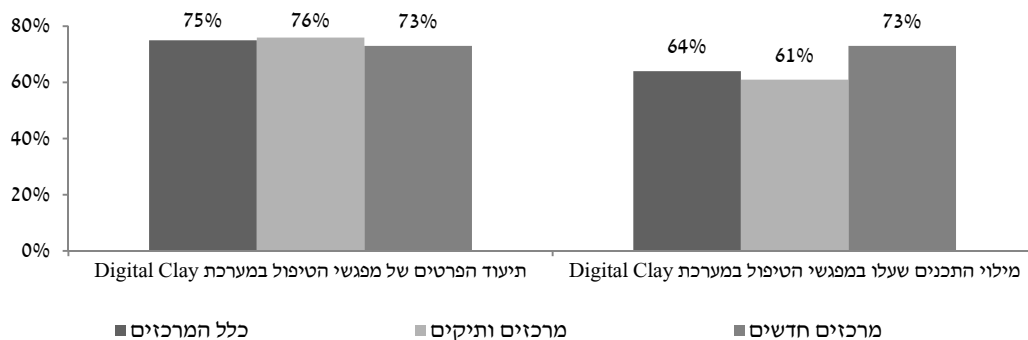
מסקנות: יחס הולם ושמירה על דיסקרטיות המטופלים טבועים עמוק בעבודת המרכזים, הן לדעת מנהלות המרכזים והמטפלות הן לפי התרשמות העו"סיות לחוק הנוער.

7.9 פיקוח ובקרה

ברוב המרכזים השימוש במערכת ה-Digital Clay הוא חלקי. בעקבות זאת, מצטמצמת יכולת הפיקוח והבקרה של המנהלות, ועוד יותר מכך – של הנהלת המיזם.

במודל העבודה של המרכזים נאמר שהטיפול בקטינים שנפגעו מינית יהיה כפוף לפיקוח ולבקרה של תחום חוק הנוער במשרד הרווחה. הפיקוח יכלול מעקב אחר הטיפול על פי הסטנדרטים ולנהלים של התע"ס (תקנון עבודה סוציאלית), וחלק מן הפיקוח והבקרה צריך להתקיים דרך מעקב אחר הנתונים המוזנים למערכת ניהול התיקים הממוחשבת. 75% מהמטפלות דיווחו שהן מקפידות על תיעוד הפרטים של מפגשי הטיפול תמיד או לעתים קרובות. כשני שלישים מהמטפלות דיווחו שהן מקפידות על מילוי התכנים שעלו במפגשי הטיפול תמיד או לעתים קרובות. אפשר להניח שבמרכזים שבהם לא ממלאים את תוכני המפגשים במערכת התפתחה שיטת תיעוד אחרת. ואולם, רק המערכת הממוחשבת מאפשרת מעקב של מנהלת המיזם, ובעתיד גם של הפיקוח במשרד הרווחה.

תרשים 32: שיעור המטפלות שהשיבו "תמיד" ו"לעתים קרובות" באשר לשימוש בתוכנת Digital Clay



מסקנות: השימוש במערכת Digital Clay בחמישה מתוך 12 המרכזים חלקי בלבד.¹⁰² משמעות הדבר, שלא כל הנתונים שצריכים להיות מתועדים במערכת כדי לעקוב אחר תפוקות המרכזים, אכן מתועדים. גם שיעור המטפלות המדווחות שהן משתמשות במערכת תמיד, לכל הפחות לשם מעקב אחרי נתוני הטיפול ה"יבשים", אינו מתקרב ל-100%.

7.10 המלצות באשר לאיכות השירות

- ברמה הארצית אין מדדים ברורים ואחידים להערכת איכות השירות. מומלץ לנסח "אמנת שירות" משותפת לכל המרכזים, ולכלול בה סטנדרטים למתן השירות במרכז, למשל, פרק זמן מקסימלי למענה להורים, פרק זמן מקסימלי להמתנה לטיפול, שעות פעילות – בוקר, צהריים וערב, שעות מענה טלפוני, פרקי זמן להעברת עדכון תקופתי לגורמים בקהילה ועוד. אמנה זו יכולה לתרום לסטנדרטיזציה במתן השירות במרכזים למיניהם, למרות השוני המובנה שביניהם. כמו כן, תוכל ה"אמנה" לסייע למנהלי המרכזים, במיוחד למנהלים החדשים, בגיבוש תפיסת השירות שלהם.

¹⁰² במרכזים אל"י לוד, "זיו" צפת, "רימונים" חדרה, אל"י חולון-ראשלי"צ ו"בני ציון" חיפה.

- **נגישות גאוגרפית:** מומלץ לערוך מיפוי ארצי מדוקדק של המרכזים ושלוחותיהם ולהמליץ על הקמת שלוחות נוספות ועל מיקומן לפי משתנים מוגדרים, כמו גודל הרשות, מאפיינים סוציו-אקונומיים, שיעור מטופלי הרווחה ועוד.
- **זמינות השירות מבחינת שעות:** מומלץ לבחון מחדש את ההנחיות באשר למתן טיפולים בשעות הבוקר.
- **תנאים פיזיים:** על סמך הניסיון שנצבר, מומלץ להגדיר עם המטפלות בשלוחות את התנאים הפיזיים הדרושים ובעיקר את תנאים שיש לשים לב אליהם בעת פתיחת שלוחה חדשה.
- **מהירות התגובה לפנייה ראשונית והמתנה לתחילת טיפול:** מומלץ לקבוע זמן המתנה מקסימלי לטיפול במרכזים ולשאוף לעשות את כל המאמצים לעמוד בו. מומלץ שהמיזם יבדוק בקביעות את זמן ההמתנה בפועל בכל המרכזים והשלוחות, כדי לוודא שהמרכזים עומדים ביעד שייקבע. מומלץ לבדוק לעומק את הסיבות לתורים הארוכים במיוחד בכמה מרכזים ולמצוא להם פתרון מערכתי. למשל, להוסיף תקנים, לסייע בגיוס כוח אדם מתאים, לסייע ב"ניוד" מטפלים ממרכז לשלוחה ומשלוחה לשלוחה וכדומה.
- **מענה טיפולי לאוכלוסיות ייחודיות:** חשוב להכיר בצורך באנשי מקצוע המתמחים בטיפול בפגיעה מינית לאוכלוסיות ייחודיות, ובכך שצורך זה עתיד לגדול עם התפתחות המיזם. מומלץ לסייע למרכזים סיוע מערכתי לגייס מטפלות מאוכלוסיות ייחודיות ולעודד אנשי מקצוע בתחום הטיפול המשתייכים לאוכלוסיות אלה להשתלם ולהתמקצע בתחום הטיפול בפגיעות מיניות כדי לפתח עתודה של מטפלות ומטפלים למרכזים. כמו כן, מומלץ שהמיזם, בשיתוף מוסדות להשכלה גבוהה, יאתר מטפלות מתאימות מאוכלוסיות ייחודיות (למשל, מהמגזר הערבי ומיישובי פריפריה) ויעודד אותן להתמחות בטיפול בפגיעות מיניות, כדי ליצור עתודה של מטפלות עבור המרכזים. כדי ליישם את ההמלצות הללו מומלץ למנות איש מקצוע שירכז את תחום הטיפול באוכלוסיות ייחודיות.¹⁰³
- **איכות הניהול בהקשר לאיכות השירות:** מומלץ לבחון אם מנהלות המרכזים זקוקות לחיזוק במיומנויות הניהול הכלליות, שכן השכלתן היא בעיקר בתחום הטיפולי ולא בתחום הניהולי. מומלץ להעמיק את הליווי ואת ההכוונה שהמנהלות החדשות מקבלות בתחום זה בתחילת דרכן.
- **עמידת המטפלים בסטנדרט שנקבע:** מומלץ להמשיך ולהשאיר בידי מנהלות המרכזים גמישות העסקה ולהתיר להן להעסיק בין שליש לרבע מהמטפלות כעצמאיות. גמישות זו תאפשר למרכז להתיעל ולהעסיק מטפלות ותיקות יותר או מטפלות בעלות התמחויות מיוחדות שיוכלו לתרום ידע וניסיון למרכזים.¹⁰⁴ מומלץ להגביר את שיתופי הפעולה בין מרכזים קרובים (יחסית)

¹⁰³ פירוט ההמלצות בתחום המענה הטיפולי לאוכלוסיות ייחודיות ובשלוחות, ראו בפרק 11, "סיכום כללי והמלצות".
¹⁰⁴ כדאי להקדיש תשומת לב מיוחדת למצב המטפלים בהבעה ויצירה: מצד אחד, דיסציפלינה זו מתאימה ביותר לטיפול בפגיעה מינית עם ילדים ומתבגרים, שכן היא עוקפת את קושי המרכזי המאפיין ילדים נפגעים – הקושי לדבר. מצד אחר, רוב כמעט מוחלט של המטפלים בהבעה ויצירה אינם עומדים בתנאי הסף של המרכז (לרובם אין תואר שני במקצוע כלל, שכן הלימודים בתחום זה היו עד עתה במתכונת לימודי תעודה; מי מהם שהם בכל זאת בעלי תואר שני בביבליותרפיה לומדים במחלקות לחינוך ולכן התואר שלהם אינו עונה לקריטריון "מקצוע טיפולי"; מזה שנים יש ניסיון להעביר בכנסת חוק שיגדיר את המורשים לעסוק במקצוע, ועד אז מטפלים אלו אינם מקבלים תעודה ממשרד הבריאות, אף שהם עובדים בשטח כל העת). כאמור, מדובר בדיסציפלינות חשובות ביותר לטיפול בפגיעה, ומומלץ להתמודד עם שאלת המטפלים בהבעה ויצירה, ולא על ידי כלילתם ב"מכסת הגמישות" של המנהלות, אלא על ידי בחינת תנאי הסף של המיזם והגדרתם מחדש על פי הכשרת המטפלים הללו בשטח. לקריאה נוספת על חשיבות הטיפול בהבעה ויצירה לילדים ובני נוער שבערו פגיעה מינית ראו: גיונסן, ד' ופורסטר, א' (2004). "התהליך היצירתי כדרך להתמודדות: טיפול בקורבנות גילוי עריות באמצעות אמנויות", בתוך: **הסוד ושברו – סוגיות בגילוי עריות**, צ' זליגמן וז' סולומון (עורכות), תל אביב: הקיבוץ המאוחד ואוניברסיטת תל אביב, עמ' 334-348. וכן: זומר, ל' (2004). "עולמה

מבחינה גאוגרפית לשם הכשרה ייעודית של מטפלות חדשות. מומלץ להגמיש את הסטנדרטים המקצועיים למטפלות במרכזים המטפלים באוכלוסיות ייחודיות ולמרכזים הפועלים באזורי פריפריה, כדי לאפשר להם לגייס די מטפלות מתאימות למרכז. בה בעת, מומלץ להשקיע בהכשרת המטפלות שאינן עומדות בסטנדרט.¹⁰⁵ מומלץ לגייס עוד מטפלים גברים, בעיקר במרכזים שאין בהם מטפלים גברים כלל.

- **פיקוח ובקרה:** מומלץ לטפל בכל החסמים המונעים שימוש במערכת ה-Digital Clay, למשל, בנגישות של המטפלות למחשבים, בפערי ידע של המטפלות בעבודה עם המערכת ובפיקוח על המנהלות באשר לאחוז השימוש במערכת.

טבלה 28: פירוט רכיבי שירות שונים מנקודת המבט של עו"סיות לחוק הנוער, לפי מרכז

מרכזים חדשים						מרכזים ותיקים								
סה"כ חדשים	"רימונים" נתניה	"עלם" עפולה	"כרם" כרמיאל	"בני ציון" חיפה	"אל"י חולון-ראש"צ	סה"כ ותיקים	"רימונים" חדרה	"ענבל" באר שבע	"מאור" קריית מלאכי	"כרם" נצרת	"זיו" צפת	"בליבנו" בני ברק	"אל"י לוד	
76% (n=55)	92% (n=13)	86% (n=14)	80% (n=10)	57% (n=7)	55% (n=11)	75% (n=102)	94% (n=17)	55% (n=11)	90% (n=10)	95% (n=21)	52% (n=27)	75% (n=8)	63% (n=8)	יצירת קשר ראשוני עם נפגע ועם הוריו בפרק זמן הולם
88% (n=42)	100% (n=9)	100% (n=12)	50% (n=6)	100% (n=6)	79% (n=9)	80% (n=92)	88% (n=16)	71% (n=7)	100% (n=8)	95% (n=21)	56% (n=25)	86% (n=7)	88% (n=8)	שעות הפעילות של המרכז מתאימות
74% (n=54)	91% (n=11)	71% (n=14)	100% (n=10)	29% (n=7)	67% (n=12)	68% (n=103)	94% (n=17)	50% (n=10)	82% (n=11)	86% (n=21)	46% (n=26)	44% (n=9)	67% (n=9)	זמן ההמתנה לתחילת טיפול הולם
100% (n=60)	100% (n=12)	100% (n=15)	100% (n=12)	100% (n=9)	100% (n=12)	99% (n=99)	100% (n=17)	100% (n=9)	100% (n=10)	100% (n=22)	96% (n=26)	100% (n=7)	100% (n=8)	שמירה על חיסיון המטופלים
100% (n=60)	100% (n=12)	100% (n=15)	100% (n=10)	100% (n=9)	100% (n=12)	97% (n=100)	100% (n=17)	100% (n=8)	100% (n=10)	100% (n=21)	89% (n=26)	100% (n=9)	100% (n=9)	מתן יחס הולם למטופלים ולהוריהם
100% (n=34)	100% (n=4)	100% (n=10)	100% (n=7)	100% (n=4)	100% (n=9)	87% (n=79)	83% (n=12)	80% (n=5)	100% (n=3)	100% (n=20)	82% (n=22)	100% (n=9)	63% (n=8)	מענה מותאם ונגיש תרבותית לאוכלוסיות ייחודיות
79%	96%	86%	82%	74%	76%	77%	92%	71%	89%	92%	64%	82%	79%	מדד השירות במרכז*

* הממד כולל רכיבים נוספים שאינם מוצגים בטבלה זו

הפנימי של נפגעת גילוי עריות: אירועים בצבע ובצורה מתוך תהליך של טיפול באמצעות יצירה", שם, עמ' 124-104; לוטון, ס' ואדוארדס, ס'. (1999). "טיפול בעזרת סיפורים בילדים שעברו התעללות", בתוך: **תרפיה בעזרת סיפורים**, קדר נאת ד' (עורך), תרגום: א' רבינוביץ, קריית ביאליק: אח; מור, מ'. (2002). "אגדות גרים והיבטים ביבליותרפיים של הטיפול בגילוי עריות", בתוך: **מעגלי קריאה**, 29, כסלו תשס"ג: 45-26;

Naitove, C.E. (1982). "Art therapy with sexually abused children", In: *Handbook of clinical intervention in child sexual abuse*, S.M. Sorgi (ed.). MA: Lexington Books

¹⁰⁵ שלוש ההמלצות האלה מיושמות כיום בדרך זו או אחרת.

טבלה 29: היבטים בתפקוד מנהלת המרכז הנוגעים לאיכות השירות לפי מרכז, על פי סקר מטפלות

מרכזים חדשים (n=15)						מרכזים ותיקים (n=41)							מנהלת המרכז...	
סה"כ חדשים	"רימונים" נתניה (n=4)	"עלם" עפולה (n=4)	"כרם" כרמיאל (n=3)	"בני ציון" חיפה (n=1)	אל"י חולון- ראשל"צ (n=3)	סה"כ ותיקים	רימונים חדרה (n=6)	"ענבל" באר שבע (n=6)	"מאור" קריית מלאכי (n=8)	"כרם" נצרת (n=2)	"זיו" צפת (n=5)	"בליבנו" ברק (n=7)		אל"י לוד (n=7)
87%	100%	100%	67%	100%	67%	93%	83%	100%	100%	100%	80%	100%	86%	דמות מכילה ותומכת לצוות
100%	100%	100%	100%	100%	100%	95%	100%	100%	100%	100%	80%	100%	86%	מדגישה חשיבות של מתן שירות טוב
87%	100%	100%	67%	100%	67%	90%	100%	100%	100%	50%	100%	86%	71%	מהווה כתובת לשאלות מקצועיות לצוות
100%	100%	100%	100%	100%	100%	95%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	71%	נתפסת כסמכות מקצועית בקהילה

פרק 8: מנגנוני פיתוח צוות

הנחת יסוד של המיזם היא שאיכות המענה הטיפולי ואיכות השירות קשורות קשר הדוק להכשרה של צוות המטפלות, להדרכתו ולתמיכה שהוא מקבל. בתוכנית הארצית לטיפול בקטינים שנפגעו מינית נכתב ש"הדרכה הינה צורך חיוני במתן השירות הטיפולי לילדים ונוער שנפגעו מינית כדי להבטיח את איכותו. המסגרת הנותנת את שירותי הטיפול אחראית למתן הדרכה קבועה ומקצועית לצוות המטפלים". בפרק זה ייבחנו מנגנוני פיתוח הצוות. למנגנונים אלו פן מקצועי – הרחבת הידע בתחום הטיפול בפגיעה מינית והעמקתו, ופן תמיכתי – הכרה בעומס הרגשי על המטפלים באוכלוסיית הקטינים הנפגעים. בפרק ייבחנו ההדרכה הפרטנית וההדרכה הקבוצתית במרכזים, ישיבות הצוות, שכר המטפלות, היבטי הניהול המכוונים לפיתוח הצוות וההשתלמויות המקצועיות לצוותים.

מנגנוני פיתוח צוות – תקציר הממצאים

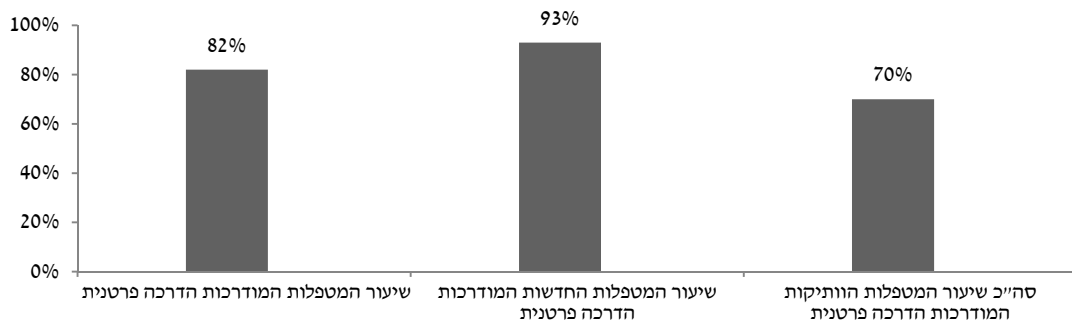
- מנהלות המרכזים מחזיקות בהנחת יסוד שאיכות הטיפול ואיכות השירות קשורות קשר ישיר לתנאי העבודה של המטפלות – להדרכות, להשתלמויות ולתנאי השכר. בחירת המנהלות למרכזים נעשתה מתוך הנחה שמקצועיותן של המנהלות והיותן בעלות אישיות מכילה ותומכת הן הכרח לשם פיתוח הצוות ושימורו.
- ההדרכה הפרטנית זוכה להערכה גבוהה מצד המטפלות: במרכזים הוותיקים 85% מהמטפלות שבעות רצון מההדרכה הפרטנית. במרכזים חדשים שביעות הרצון היא 90%. עם זאת, כמעט 20% מהמטפלות אינן משתתפות בקביעות בהדרכה הפרטנית.
- במרכזים הוותיקים 82% מהמטפלות שבעות רצון מההדרכות הקבוצתיות, ובמרכזים החדשים 64% בלבד. שני שלישים בלבד מהמטפלות במרכזים משתתפות בקביעות בהדרכה הקבוצתית. ככל שחווה ההעסקה של המטפלת כוללני יותר (כלומר, היא מועסקת במשרה ולא לפי שעות או כעצמאית) כך אחוז ההשתתפות בהדרכה עולה.
- כ-80% מהמטפלות שבעות רצון מישיבות הצוות.
- כ-90% מהמטפלות שבעות רצון מתפקוד מנהלת המרכז. מנהלות המרכזים הן דמות מכילה ותומכת עבור הצוות, הן מבחינה מקצועית הן מבחינה אישית.
- לדעת מנהלות רבות, תנאי השכר של המטפלות אינם הולמים, גם משום שתקציב המיזם אינו מאפשר לשפרם, וגם משום שתנאי השכר בחלק מהעמותות המפעילות את המרכזים אינם מתאימים.
- כל המרכזים למעט אחד ערכו השתלמויות מקצועיות לצוות המטפלות בשנת 2012. בממוצע קיימו המרכזים הוותיקים מעט פחות השתלמויות מהמרכזים החדשים.
- המנהלות נתמכות במסגרת הדרכתן, וגם נעזרות במנהלת המיזם, שהיא משענת מקצועית ורגשית בעבורן.

8.1 הדרכה פרטנית

ההדרכה הפרטנית זוכה להערכה גבוהה מהמטפלות. עם זאת, כמעט 20% מהמטפלות אינן משתתפות בה בקביעות. מטפלות חדשות משתתפות בקביעות בהדרכה הפרטנית של המרכז יותר ממטפלות ותיקות. חלק ממנהלות המרכזים חשות שאין תקצוב הולם להדרכה הפרטנית.

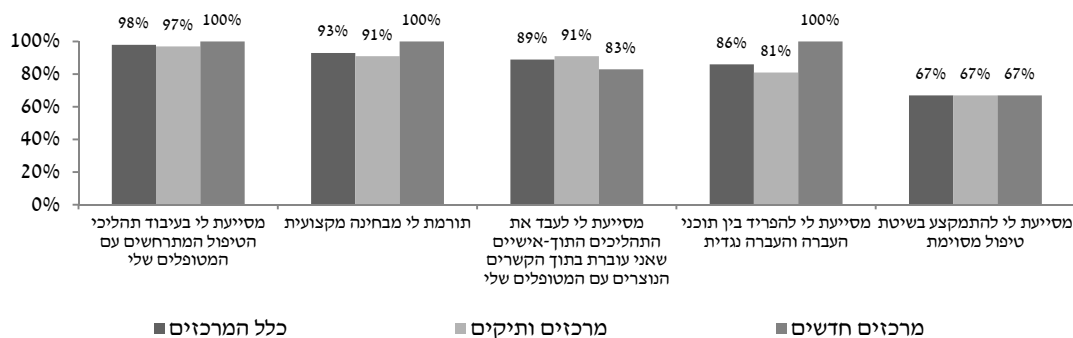
הדרכה פרטנית מיועדת לטיפול בדילמות מקצועיות ולהתמודדות עמן, להתפתחות מקצועית, לתמיכה במטפלת ולמניעת שחיקתה. טיפול בתחום הפגיעה המינית מעלה בהכרח רגשות ומחשבות מורכבים אצל המטפלות, והוא מזמן יחסי העברה והעברה-נגדית מורכבים ומעמיסים-נפשית, ומכאן חשיבותה של ההדרכה הפרטנית. למנהלות המרכזים יש החופש לקבוע איזו הדרכה תקבל כל מטפלת ובאיזו תדירות.¹⁰⁶ מתרשים 33 עולה שלא כל המטפלות במרכזים מודרכות הדרכה פרטנית. כמו כן, נראה שהמטפלות הוותיקות¹⁰⁷ משתתפות פחות בהדרכה הפרטנית מהמטפלות החדשות:

תרשים 33: שיעור המטפלות המשתתפות בהדרכה פרטנית, בחלוקה למרכזים ותיקים וחדשים



87% מהמטפלות העריכו את ההדרכה הערכה גבוהה, כמפורט בתרשים 34:

תרשים 34: שיעור המטפלות שהביעו הסכמה רבה עד רבה מאוד עם היגדים שונים על ההדרכה הפרטנית במרכז



תקציב ההדרכה: לדברי חלק מהמנהלות, תקציב ההדרכה במרכזים אינו מספיק,¹⁰⁸ בעיקר במרכזים שיש בהם מספר רב יחסית של מטפלות חדשות וחסרות ניסיון.¹⁰⁹ לדוגמה, לדברי אחת

¹⁰⁶ חלק מהמנהלות הנהיגו שעת הדרכה פרטנית שבועית למועסקות בחצי משרה ושעה דו-שבועית למועסקות ברבע משרה. חלק אחר מאפשר בחירה בין הדרכה פרטנית להדרכה קבוצתית, כמפורט בנספחים.

¹⁰⁷ מטפלות חדשות – ותק של 2-12 חודשים במרכז. מטפלות ותיקות – ותק של 14-60 חודשים במרכז.

¹⁰⁸ תקציב ההדרכה פורט בהרחבה בפרק 4, "המבנה התקציבי של המרכז".

המנהלות, התקציב הקיים מספיק לחצי שנה בלבד, והסכום שאפשר לשלם למדריך נמוך מאוד ומקשה על מציאת מדריכים טובים. מנהלת מרכז האחראית לצוות צעיר יחסית מרגישה שנדרש תקציב הדרכה כפול. לדבריה, אילו המרכזים היו משקיעים יותר בהדרכה, הם היו הופכים למקום הכשרה מעולה, והמרכז היה הופך אטרקטיבי מאוד למטפלות.

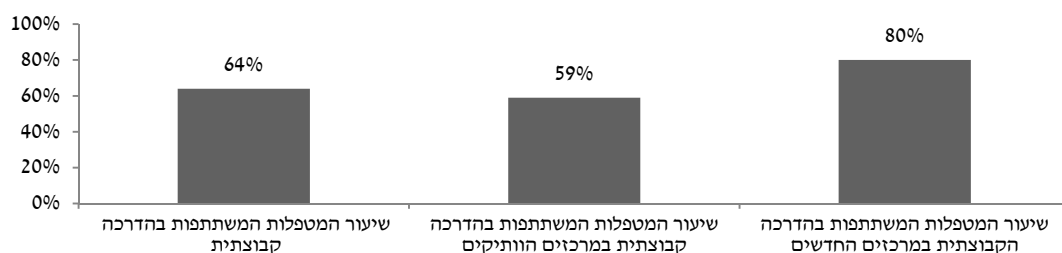
מסקנות: ההדרכה הפרטנית במרכזים היא סדירה, בהלימה לדרישות המיזם. רוב המטפלות משתתפות בה, אך לא כולן. מטפלות חדשות במרכזים משתתפות יותר בהדרכה פרטנית ממטפלות ותיקות. ייתכן שמנהלות מוותרות למטפלות הוותיקות על הדרכה, או שההדרכה מותאמת פחות לצורכיהן, אך ייתכן גם שהמנהלות נאלצות להשקיע יותר משאבים בהדרכה של מטפלות חדשות "על חשבון" הוותיקות. בתחום תנאי השכר וההדרכה למטפלות ניכר פרדוקס: מחד גיסא, השכר שמציעים המרכזים למטפלות נמוך יחסית (כמפורט בהמשך הפרק) ומושך לתפקיד בעיקר מטפלות צעירות ומנוסות פחות. מאידך גיסא, ניכר שתקציב ההדרכה מצומצם יחסית. המטפלות המודרכות מרוצות מאוד ממרבית היבטי הדרכה הפרטנית. במרכזים שבהם שביעות הרצון מההדרכה הפרטנית הייתה נמוכה יחסית, הייתה גם פחות שביעות רצון מהיבטים הקשורים להתמקצעות בשיטת טיפול מסוימת ומעיבוד תהליכים תוך-אישיים בקשרים עם המטופלים.

8.2 ההדרכה הקבוצתית

64% בלבד מהמטפלות במרכזים משתתפות בקביעות בהדרכה הקבוצתית. שיעור ההשתתפות בהדרכה הקבוצתית במרכזים החדשים גבוה יותר מבמרכזים הוותיקים. ככל שחווה ההעסקה של המטפלת כוללני יותר (מועסקת במשרה ולא לפי שעות או כעצמאית), כך אחוז ההשתתפות בהדרכה עולה. ההדרכה הקבוצתית היא מקום ללמידה קלינית משותפת ועוסקת פחות בהיבטים ארגוניים.

מלבד הרווחים שיש למטפלות מן ההדרכה הפרטנית, כפי שפורטו לעיל, ההדרכה הקבוצתית מאפשרת למטפלות להשתייך לקבוצת עמיתים תומכת ולומדת במשותף. בשל העיסוק האינטנסיבי והמכביד-נפשית בפגיעה מינית בילדים, קשה להמעיט בחשיבות ההדרכה הקבוצתית במרכזים. השתתפות בקבוצת השווים חשובה מאין כמוה, ובמיטבה היא מקור משמעותי לתמיכה. כפי שאפשר לראות בתרשים 35, שיעור נמוך יחסית של מטפלות משתתפות בהדרכה הקבוצתית, והדבר בולט עוד יותר במרכזים הוותיקים.¹¹⁰

תרשים 35: שיעור המטפלות המשתתפות בהדרכה קבוצתית, בחלוקה למרכזים ותיקים וחדשים

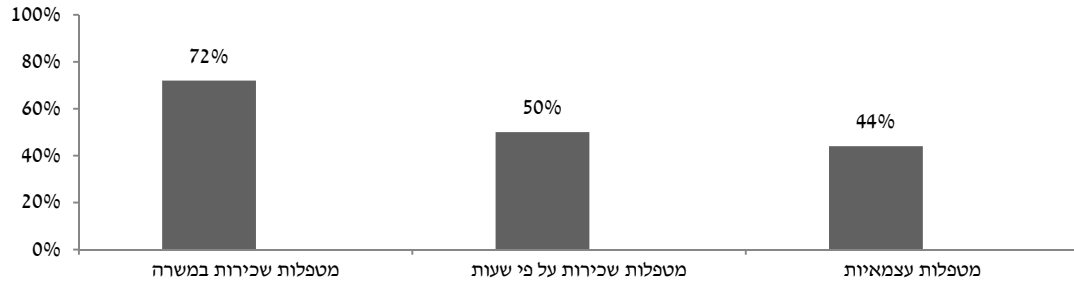


¹⁰⁹ ראוי לציין שבשני המרכזים של אל"י (לוד וחולון-ראש"צ) וב"זיו" צפת זוכים המטפלים להרבה מאוד שעות הדרכה. שעות ההדרכה האלה הן חלק משיטות העבודה של הארגונים שבתוכם נמצא המרכז (אל"י וביה"ח זיו), ורק חלק מתקציבן מגיע מהמיזם.

¹¹⁰ נמצא הבדל משמעותי, אך הוא אינו מובהק בשל מספר המשיבות הקטן.

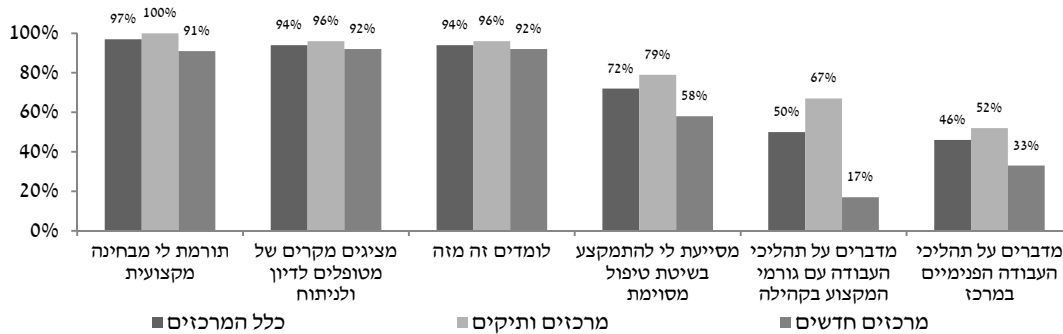
ככל שחווה ההעסקה של המטפלת כוללני יותר (היא מועסקת במשרה ולא לפי שעות או כעצמאית) עולה אחוז השתתפותה בהדרכה, כמוצג בתרשים 36 :

תרשים 36: שיעור המטפלות המשתתפות בהדרכה הקבוצתית, לפי אופי חוזה ההעסקה



שביעות הרצון מההדרכה הקבוצתית גבוהה יותר במרכזים הוותיקים. אפשר לשער שביעות הרצון מההדרכה קשורה להתגבשות הקבוצה ולעבודה משותפת מתמשכת המתרחשת במרכזים הוותיקים, ממד שעדיין חסר במרכזים החדשים. שביעות הרצון ממרכיבי ההדרכה הקבוצתית מפורטת בתרשים 37 :

תרשים 37: שיעור המטפלות שהביעו הסכמה רבה עד רבה מאוד עם היבטים שונים בהדרכה הקבוצתית



מסקנות: שיעור נמוך יחסית מהמטפלות משתתפות בהדרכה הקבוצתית במרכזים. עובדה זו בולטת בעיקר במרכזים הוותיקים. מטפלות המועסקות כשכירות במשרה משתתפות בהדרכה הקבוצתית יותר ממטפלות המועסקות לפי שעות וכעצמאיות. ככל הנראה, מסיבות תקציביות (המפורטות בהמשך הפרק) או מסיבות אחרות, מנהלות המרכזים אינן יכולות לדרוש מחלק מהמטפלות המתוגמלות לפי שעת עבודה בפועל להשתתף בהדרכה הקבוצתית של המרכז.¹¹¹ ההדרכה הקבוצתית נותנת במה נרחבת לעיסוק בנושאים מקצועיים (הצגת מקרים טיפוליים ולמידה הדדית) ופחות לעיסוק בתהליכי עבודה של המרכז, ואלו מקבלים מענה הולם בישיבות הצוות.

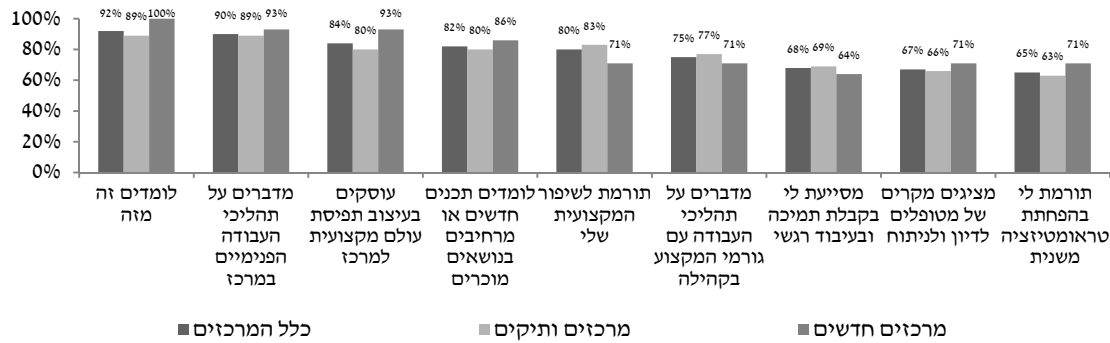
8.3 ישיבות צוות

ישיבות הצוות מתקיימות בקביעות, בהלימה לדרישות המיזם, והרוב המכריע של המטפלות משתתפות בהן, אם כי לא כולן. נמצא הבדל גדול בין המרכזים מבחינת הזמן שמקדיש כל מרכז לישיבות הצוות, ואין סטנדרט אחיד לכך.

¹¹¹ תקציב ההדרכה פורט בהרחבה בפרק 4, "המבנה התקציבי של המרכז".

כ-90% מהמטפלות משתתפות בישיבות הצוות. המטפלות שבעות רצון מהלמידה ההדדית, מהעיסוק בתהליכי העבודה הפנימיים ומעיצוב תפיסת העולם המקצועית. המטפלות הביעו פחות שביעות רצון מהיבטים הקשורים בתמיכה מקצועית.¹¹² כמה היבטים של ישיבות הצוות מפורטים בתרשים 38 :

תרשים 38: שיעור המטפלות שהסכימו עם היבטים שונים של ישיבות הצוות



מסקנות: ישיבות הצוות במרכזים מתקיימות בקביעות, בהלימה לדרישות המיזם, והרוב המכריע של המטפלות משתתפות בהן. נמצאו פערים גדולים בין המרכזים מבחינת הזמן שמקדיש כל מרכז לישיבות הצוות, ואין סטנדרט אחיד לכך. ישיבות הצוות עוסקות בעיקר בלמידה הדדית ובתהליכים פנימיים של המרכז ופחות בתמיכה מקצועית-טיפולית במטפלות. ממצא זה מתאים למטרה העקרונית שלשמה נועדה ישיבת הצוות, שכן תחומים אלו מקבלים מענה בהדרכות. ישיבות הצוות במרכזים החדשים עוסקות בגיבוש של תהליכים פנימיים יותר מהישיבות במרכזים הוותיקים, בהלימה לשלב ההתפתחותי שלהם. לעומת זאת, ישיבות הצוות במרכזים הוותיקים תורמות יותר לשיפור המקצועיות של המטפלות מהישיבות במרכזים החדשים. נראה שנדרשים למרכזים זמן וניסיון כדי להפוך את ישיבות הצוות לתורמות יותר למטפלות במרכז.

8.4 תנאי השכר של המטפלות

לדעת מנהלות המרכזים, תנאי השכר של המטפלות אינם הולמים, אין תגמול על ותק והמטפלות העצמאיות אינן מתוגמלות על העבודה הרבה שהן עושות ושאי אפשר למדוד אותה כשעת טיפול בפועל.

תגמול כלכלי ראוי הוא אמצעי לפיתוח צוות ולשימורו. ואולם, מנהלות רבות אמרו שהשכר ותנאי העבודה של המטפלות במרכזים אינם הולמים, ולטענתן המשכורות של המטפלות, שכירות ופרילנסריות, נמוכות מדי. מטפלות המתגוררות רחוק מהמרכז אינן מקבלות אחזקת רכב.¹¹³ המטפלות העצמאיות אינן מתוגמלות על עבודה שאינה שעות טיפול בפועל (כמו שיחות טלפון עם גורמי חינוך, כתיבת דוחות וכו'), אף שחשוב לציין שהן חוסכות בהוצאות הדרכה ובהוצאות שכר דירה. לדברי אחת המנהלות, אי אפשר להוריד למטפלות העצמאיות מהשכר ולגלם בו את העבודה הזאת, מפני ששכרן, 140 ₪ לשעה ברוטו, כבר נמוך יחסית. חישוב השכר במרכזים אינו מביא בחשבון תגמול על ותק. ולפיכך, מטפלת בעלת ותק של 20 שנה מרוויחה כמו מטפלת בעלת ותק של

¹¹² ראוי לציין שתמיכה אינה בהכרח מטרה מרכזית בישיבות צוות, והיא מקבלת מענה רחב יותר בהדרכות.

¹¹³ במרכזים הפועלים בבתי החולים "זיו" בצפת ו"בני ציון" בחיפה, התגמול של המטפלות נמוך אף יותר מהתגמול שמציעים המרכזים האחרים, בשל נהלים פנימיים של בתי החולים.

שנתיים. נוסף על כך, התקציב אינו מאפשר העלאה של שכר המטפלות לאורך זמן. אחת המנהלות סיכמה את הנושא כך: "לטפל בנפגעים של תקיפה מינית זה לא כמו טיפול אחר. יש הרבה עומס רגשי... ותנאי השכר הם ירודים". גם מנהלת המיזם הביעה חוסר שבעות רצון מבחירתם של חלק מן הגופים המפעילים לשלם למטפלות העוסקות בטיפול מורכב כל כך ומעמיס רגשי פחות מכפי שהמיזם הקציב לכך ומכפי שנחתם בחוזה עם הגופים האלה.

מסקנות: לדברי המנהלות, כל הצוותים במרכזים אינם מתוגמלים כראוי, ובמיוחד המטפלות העצמאיות. רוב המנהלות לא ציינו במפורש שהמחסור בתקציב פוגע באופן ישיר במענה הטיפולי הניתן במרכז. ואולם, אם ההדרכות משפיעות על איכות השירות, אפשר לשער שהנוכחות הדלילה של המטפלות העצמאיות בהדרכות מלמדת שהתגמול הנמוך מחבל באיכות עבודתן. מכיוון שהשכר נמוך ואי אפשר לתגמל על ותק, יש חשש שמטפלות ותיקות שמשאבים רבים הושקעו לאורך השנים בהכשרתן – יעזבו את עבודתן במיזם. מדברי המנהלות עולה תסכול, וייתכן שחלק מהן מודעות מספיק למנדט שיש להן בקביעת השכר למטפלות ואינן מודעות מספיק לעובדה שמטפלות עצמאיות מעוניינות בעבודה במרכזים משום שהן "מרוויחות" עבודה במסגרת של צוות תומך, וחוסכת בעלויות שכירת קליניקה ובעלויות הדרכה.

8.5 היבטי הניהול הנוגעים לפיתוח הצוות

מנהלות המרכזים מהוות דמות מכילה ותומכת עבור הצוות. המטפלות מעריכות מאוד את הידע ואת המקצועיות של המנהלות בתחום הטיפול בפגיעה מינית, וגם את יחסן למטפלות ואת תמיכתן בהן. כל אלו מאפשרים לצוותי המרכזים צמיחה והתפתחות.

חלק מתפקיד מנהלת המרכז נוגע לפיתוח הצוות. מקצועיותה, ההכלה שלה והתמיכה שהיא תומכת בצוות מאפשרים לו לעמוד בתנאי העבודה הקשים במרכזים, להתפתח ולעשות את עבודתו כראוי. 90% מהמטפלות סבורות שהמנהלת היא דמות מכילה ותומכת וכתובת לשאלות מקצועיות. ההיבט המשמעותי ביותר הוא הידע והמקצועיות של המנהלות בתחום הטיפול בפגיעות מיניות. לדברי המטפלות: "המנהלת היא בעלת ידע נרחב והבנה מעמיקה בתחום הפגיעות המיניות", וכן "המנהלת עוקבת אחרי העבודה המקצועית והארגונית של המטפלים בצורה מאוד מקצועית". היבט חשוב נוסף הוא יחסן של המנהלות למטפלות ותמיכתן בהן. לדבריהן: "המנהלת היא בעלת סגנון ניהול משתף ובגובה העיניים. אכפתית כלפי הצוות". סביבת עבודה מקצועית ותומכת היא חלק מפיתוח הצוות ומשימורו. רוב המטפלות מעריכות את המנהלות הערכה חיובית ביותר בכמה מההיבטים שצוינו לעיל. למשל, לדברי אחת המטפלות: "המנהלת היא יוצאת דופן, החל בהתייחסות למטפלות במרכז, דרך התגייסות מעל ומעבר לטובת המטופלים ומשפחותיהם וכלה במקצועיות מרשימה ביותר". אחת המטפלות סיכמה: "המנהלת היא דמות תומכת ואנושית, ואני מעריכה אותה מאוד כיוון שזה הבסיס להצלחה לעבוד במרכז מסוג זה".

מסקנות: אחת המשימות של מנהלות המרכזים היא פיתוח הצוות, ונראה בבירור שכמה תכונות של המנהלות (מקצועיות, הכלה, תמיכה) הן נדבך חשוב בהתמודדות המטפלות עם עבודתן המורכבת. ניכר שתהליך בחירת המנהלות הביא בחשבון שמקצועיות ואישיות מכילה ותומכת הן הכרח, ושתכונות אלו חשובות לא פחות ממיומנויות הניהול הכלליות.

8.6 השתלמות מקצועית

כמעט כל המרכזים ערכו השתלמויות מקצועיות ב-2012. בממוצע קיימו המרכזים הוותיקים מעט יותר השתלמויות מהמרכזים החדשים.

קיים סטנדרט גמיש, ולפיו נותן השירות מחויב לספק השתלמויות סדירות לצוות לשם התעדכנות שוטפת, בעזרת קריאת מאמרים, לימוד תאוריות וטכניקות חדשות. ואולם, הסטנדרט אינו קובע כמה השתלמויות צריך כל מרכז לספק למטפלים ובאילו תחומים. המיזם הקצה תקציב להשתלמויות במודל ההפעלה, וכל המרכזים, למעט אחד, קיימו השתלמויות מקצועיות ב-2012. בממוצע קיימו המרכזים החדשים מעט יותר השתלמויות מהמרכזים החדשים, על פי השלב ההתפתחותי שלהם, הדורש יותר הכשרה כוללת לצוותים חדשים. גם ישיבות הצוות הן מקום להשתלמות מקצועית, כפי שתואר בתחילת הפרק. נוסף על כך, דאג המיזם בשיתוף מכון חרוב למהלך כולל של הכשרת הצוותים בשנים 2012-2013 בכמה תחומים (EMDR, CBT), טיפול באמצעות ארגז חול ועוד). חלק מההכשרות לוו בהדרכות קבוצתיות.

מסקנות: כל המרכזים כמעט קיימו השתלמויות ב-2012, אף שאין סטנדרט להיקף ההשתלמויות המקצועיות, תוכנן ותדירותן.

8.7 פיתוח צוות המנהלות ותמיכה בו

המנהלות זוכות לתמיכה במסגרת ההדרכה שלהן. כמו כן, מנהלת המיזם היא משענת מקצועית ורגשית חשובה ביותר בשבילן.

הדרכה למנהלות: מנהלות המרכזים מודרכות בתדירות קבועה על ידי מדריכות המורשות להדרכה בתחום הפגיעות המיניות.

קשר עם מנהלת המיזם: הקשר של מנהלות המרכזים עם מנהלת המיזם הוא חלק חשוב ממנגנוני פיתוח הצוות. לדבריהן, יש להן קשר טוב עם מנהלת המיזם והן מעריכות אותה מאוד מבחינה אישית ומקצועית ("אשת מקצוע"; "מאוד מעריכה אותה"; "מאוד שם בשבילי"; "מאוד תומכת").

תמיכה וסיוע ממנהלת המיזם: המנהלות תיארו באור חיובי מאוד את התמיכה והסיוע שקיבלו ממנהלת המיזם בהתמודדות עם הבירוקרטיה, ובעיקר במעבר בין הגופים המפעילים של המרכזים (אם היה מעבר כזה), וכן את יכולת התמיכה הרגשית שהפגינה מול המנהלות. לדברי מנהלת של מרכז חדש: "מנהלת המיזם מאוד תומכת ומאוד דוחפת. היא מאוד מעצימה, מחזקת ונותנת כוחות בדילמות, קונפליקטים בין העמותה למיזם – מצבים עדינים, פוליטיקות, נושאים ניהוליים הקשורים בכוח אדם ועוד. היא כוח מניע ומשמעותי".

זמינות מנהלת המיזם: המנהלות תיארו זמינות גבוהה והיענות רבה של מנהלת המיזם להקשיב ולסייע. לדבריהן: "היא הייתה מאוד שם בשבילי בכל סוגיה ועניין להתייעץ. הזמינות שלה הייתה גבוהה וגם הרצון לעזור... אני יכולה לשתף ולהתייעץ אתה בכל דבר. היא נגישה לי... היא אנושית ומקצועית ומהווה כתובת בכל דבר ועניין. מחלקים מקצועיים ועד חלקים אישיים".

בקרה ופיקוח: חלק מתפקידה של מנהלת המיזם הוא לפקח על תפקוד המנהלות. מעט מנהלות ציינו שהמנהלת היא גורם לחץ בהציבה דרישות לעמידה בלוחות זמנים ולעבודה על פי הסטנדרט,

וחלקן מכירות בחשיבות הממד המפקח: "זה לא נעים, אבל טוב. היא לא נותנת לנו להתחמק מדברים".

מסקנות: מנהלת המיזם היא משענת חשובה בעבור מנהלות המרכזים. אף שתפקידה כולל גם ממד של פיקוח, רוב הזמן המנהלות רואות בה כוח מניע וכוח תומך מבחינה מקצועית ומבחינה רגשית.

8.8 המלצות – מנגנוני פיתוח צוות

- ניכר שמנגנוני פיתוח הצוות הם הגורם הסובל ביותר ממחסור בתקציב. כמפורט בפרק 4, "המבנה התקציבי של המיזם", הכלכלן המלווה את המיזם טוען שאפשר לפתור רבים מהקשיים בתחום זה דרך ניהול כלכלי נכון. מומלץ לספק למנהלות ייעוץ כלכלי-ארגוני (על בסיס צורך נקודתי או תקופתי), כדי שיוכלו לנצל את הגמישות הניהולית המוקצית להן גם כדי לתגמל את כוח האדם במרכז,¹¹⁴ וגם כדי לשפר את מערך ההדרכה. כמו כן, מומלץ להנהלת המיזם לבחון אם הגמישות התקציבית בתחום זה אכן קיימת בפועל, או שמא התקציב שהוגדר לכך מראש אינו מספיק ונדרשת חשיבה מערכתית.
- **הדרכה פרטנית:** בשיתוף מנהלות המרכזים מומלץ לקבוע סטנדרט להדרכה הפרטנית, ולכלול בו את תדירות ההדרכה בכלל ואת תדירות ההדרכה של מטפלות חדשות וותיקות בפרט. מכל מקום, אין לוותר על הדרכה פרטנית לכל מטפלת העובדת במיזם, שכן על פי כל מדד מקצועי (התקף למטפלות ותיקות כחדשות) אי אפשר לטפל בקטינים שעברו פגיעה מינית בלא הדרכה פרטנית, והיעדרה פוגם באיכות הטיפול במטופלים, ולא פחות חשוב מכך – חושף את המטפלות לסיכוני טראומטיזציה משנית ושחיקה.¹¹⁵ לפיכך מומלץ שהנהלת המיזם תקבל על עצמה את האחריות לפקח על נתון זה (לא רק כדי לוודא שההדרכה מתקיימת, אלא גם כדי להקל על המנהלות לחייב מטפלות ותיקות להגיע להדרכה).
- **הדרכה קבוצתית:** הדרכה קבוצתית היא יתרון גדול של מטפלת העובדת במרכז ולא במודל "קופת הטיפול", שכן היא מקום לשיתוף, לתמיכה וללמידה. לפיכך, מומלץ להגדיר שיעור השתתפות מצופה גבוה מהמטפלות בהדרכה הקבוצתית ולאכוף אותו. מומלץ ביותר לתקצב את שעות ההדרכה הקבוצתית בתוך שעות העבודה של מטפלות, גם של מטפלות שכירות על פי שעות ומטפלות עצמאיות.
- **ישיבות צוות:** גם השתתפות בישיבת צוות היא ערך מוסף למטפלת העובדת במרכז ולא דרך "קופת טיפול". מומלץ לעשות מאמץ להביא לישיבות הצוות גם את השיעור הקטן של מטפלות שאינן משתתפות בהן, כפי שנדרש במסמכי היסוד של המיזם.
- **תנאי השכר של המטפלות:** מומלץ למצוא דרכים להעלות את שכר המטפלות הוותיקות כדי לייצר אופק התקדמות ולעודד את המטפלות האלה להישאר במרכזים. לשם כך, מומלץ לערוך תחשיב כלכלי שילמד מהי ההשקעה הכלכלית בהכשרה ובהתמקצעות של מטפלת במרכזים, ויבחן אם יש תועלת כלכלית בהעלאת שכר למטפלות ותיקה על פני עזיבתן והכשרתן של

¹¹⁴ למשל, ייתכן שאפשר לתגמל מטפלות על תפקידים שהוותק מאפשר להן למלא, וכך להעלות את שכרן וגם להפחית עומס מהמנהלות.

¹¹⁵ וראו, למשל, פרלמן, ק' וסאקוויטון, ו' (2004). "המטפל בסכנה: טראומטיזציה מכלי-שני", בתוך: הסוד ושברו סוגיות בגילוי עריות, צ' וז' סולומון (עורכות), תל אביב: הקיבוץ המאוחד, עמ' 393-430.

מטפלות חדשות במקומן.¹¹⁶ מומלץ לחשוב מחדש על השליטה שיש לעמותות המפעילות על שכר המטפלות.

- **השתלמות מקצועית:** ייתכן שכדאי לחשוב על איגום משאבים ולערוך השתלמויות מקצועיות לכמה מרכזים יחד, כדי לחסוך בעלויות ולחלק את נטל העבודה הכרוך בהפקתן.
- **פיתוח צוות מנהלות:** כיום יש למנהלות הדרכה על פי בחירתן. הדרכה זו חשובה מאין כמוה, שכן המנהלות ממלאות פונקציות רבות ביותר במרכזים – תמיכה במטפלות והכלתן, הכלת ההורים והמטופלים, התמודדות עם החומר הקליני המכביד ועם סוגיות ניהול מורכבות. סביר להניח שכל אלו מטילים על המנהלות עומס רגשי עצום. קיימת סכנה ששחיקה בתקציב או חוסרים נקודתיים יגרמו למנהלות לחסוך בהדרכתן שלהן כדי לתקצב סעיפים אחרים. מומלץ שהמיזם ישמור על הדרכת המנהלות בכל מחיר, למשל על ידי הקצאת תקציב ייעודי ובלתי גמיש לכך. כמו כן, מומלץ להמשיך להקפיד על קיום פורום המנהלות המשותף (המתכנס אחת לשישה שבועות עם מנהלת המיזם) גם לאחר המעבר למשרד הרווחה והתחלפות הניהול של המיזם.

טבלה 30: שביעות הרצון של המטפלות מהיבטים בהדרכה הפרטנית, לפי מרכז

ההדרכה הפרטנית...	מרכזים ותיקים (n=33)							מרכזים חדשים (n=12)					סה"כ	
	אל"י לוד (n=7)	"בליבנון" בני ברק (n=7)	"זיון" צפת (n=4)	"כרם" נצרת (n=1)	"מאור" קריית מלאכי (n=2)	"ענבל" באר שבע (n=6)	"רימונים" חדרה (n=6)	סה"כ ותיקים	אל"י חולון-ראשל"צ (n=1)	בני ציון חיפה (n=1)	"כרם" כרמיאל (n=2)	"עלם" עפולה (n=4)		"רימונים" נתניה (n=4)
מסייעת לי בעיבוד תהליכי הטיפול	100%	86%	100%	100%	100%	100%	100%	97%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
מסייעת בעיבוד תהליכים תוך-אישיים שאני עוברת בתוך קשרי עם המטופלים	100%	71%	100%	0%	100%	100%	100%	91%	100%	0%	100%	75%	83%	
מסייעת לי להפריד בין תוכני העברה והעברה נגדית	100%	50%	50%	0%	100%	100%	100%	81%	100%	100%	100%	100%	100%	
מסייעת לי להתמקצע בשיטת טיפול מסוימת	71%	43%	50%	0%	100%	83%	83%	67%	100%	0%	75%	75%	67%	
תורמת לי מבחינה מקצועית	100%	71%	75%	100%	100%	100%	100%	91%	100%	100%	100%	100%	100%	
מדד הדרכה פרטנית	94%	64%	75%	40%	100%	97%	97%	85%	100%	60%	90%	95%	90%	

¹¹⁶ כמולץ גם בהמלצות למחקר המשך, באחרית הדבר.

טבלה 31: שביעות הרצון של המטפלות מהיבטים בהדרכה הקבוצתית, לפי מרכז

מרכזים חדשים (n=12)						מרכזים ותיקים (n=24)							בהדרכה הקבוצתית... סה"כ	
סה"כ	"רימונים" נתניה (n=4)	"עלם" עפולה (n=3)	"כרם" כרמיאל (n=3)	בני חיפה "ציון" (n=0)	אל"י חולון - ראש"צ (n=2)	סה"כ	"רימונים" חדרה (n=6)	"ענבל" באר שבע (n=1)	"מאור" קריית מלאכי (n=4)	"כרם" נצרת (n=0)	"זיו" צפת (n=0)	"בליבנו" בני ברק (n=6)		אל"י לוד (n=7)
חדשים						ותיקים								
92%	100%	67%	100%	-	100%	96%	100%	0%	100%	-	-	100%	100%	מציגים מקרים של מטופלים לדיון ולניתוח
92%	100%	67%	100%	-	100%	96%	100%	100%	100%	-	-	83%	100%	לומדים זה מזה
17%	0%	0%	67%	-	0%	67%	100%	0%	100%	-	-	33%	57%	מדברים על תהליכי העבודה עם גורמי המקצוע בקהילה
33%	0%	67%	67%	-	0%	52%	50%	0%	100%	-	-	20%	57%	מדברים על תהליכי העבודה הפנימיים במרכז
58%	100%	33%	33%	-	50%	79%	83%	0%	75%	-	-	100%	71%	מסייעת לי להתמקצע בשיטת טיפול מסוימת
91%	100%	50%	100%	-	100%	100%	100%	100%	100%	-	-	100%	100%	תורמת לי מבחינה מקצועית
64%	67%	47%	78%	-	58%	82%	89%	33%	96%	-	-	73%	81%	מדד הדרכה קבוצתית

טבלה 32: שביעות הרצון של המטפלות מהיבטים בתפקוד מנהלת המרכז הנוגעים לפיתוח צוות, לפי מרכז

מרכזים חדשים (n=15)						מרכזים ותיקים (n=41)							מנהלת המרכז... סה"כ	
סה"כ	"רימונים" נתניה (n=4)	"עלם" עפולה (n=4)	"כרם" כרמיאל (n=3)	בני חיפה "ציון" (n=1)	אל"י חולון - ראש"צ (n=3)	סה"כ	"רימונים" חדרה (n=6)	"ענבל" באר שבע (n=6)	"מאור" קריית מלאכי (n=8)	"כרם" נצרת (n=2)	"זיו" צפת (n=5)	"בליבנו" בני ברק (n=7)		אל"י לוד (n=7)
חדשים						ותיקים								
80%	100%	75%	100%	0%	67%	90%	100%	83%	100%	100%	80%	100%	86%	נפגשת עם הצוות כדי לעקוב אחרי התקדמות הטיפולים
87%	100%	100%	67%	100%	67%	93%	83%	100%	100%	100%	80%	100%	86%	דמות מכילה ותומכת עבור הצוות
93%	100%	100%	100%	0%	100%	90%	100%	67%	100%	100%	100%	86%	86%	פועלת לפיתוח מוטיבציה בצוות להגיע להישגים כקבוצה
90%	100%	79%	88%	63%	79%	92%	98%	88%	100%	88%	88%	97%	48%	מדד תפקוד מנהלת המרכז

* המדד כולל פרמטרים נוספים שאינם מוצגים בטבלה זו.

טבלה 33: שביעות הרצון של המטפלות מהיבטים בישיבת הצוות, לפי מרכז

מרכזים חדשים (n=14)						מרכזים ותיקים (n=35)								
סה"כ	"רימונים" נתניה	"עלם" עפולה	"כרם" כרמיאל	"בני ציון" חיפה	"אל"י חולון-ראשל"צ	סה"כ	"רימונים" חדרה	"ענבל" באר שבע	"מאור" קריית מלאכי	"כרם" נצרת	"זיו" צפת	"בליבנו" בני ברק	אל"י לוד	
חדשים	(n=4)	(n=4)	(n=3)	(n=0)	(n=3)	ותיקים	(n=6)	(n=4)	(n=7)	(n=2)	(n=5)	(n=5)	(n=6)	
93%	100%	100%	100%	-	67%	80%	100%	50%	86%	100%	80%	100%	50%	מעצבים תפיסת עולם מקצועית למרכז
93%	75%	100%	100%	-	100%	89%	83%	75%	100%	100%	80%	80%	100%	מדברים על תהליכי העבודה הפנימיים
71%	75%	25%	100%	-	100%	77%	83%	50%	86%	50%	75%	60%	100%	מדברים על תהליכי העבודה עם גורמי המקצוע בקהילה
71%	100%	75%	68%	-	33%	66%	83%	50%	71%	100%	100%	20%	50%	מציגים מקרים של מטופלים לדיון ולניתוח
100%	100%	100%	100%	-	100%	89%	100%	100%	100%	100%	100%	50%	83%	לומדים זה לזה
86%	100%	100%	33%	-	100%	80%	83%	100%	100%	50%	80%	40%	83%	לומדים תכנים חדשים או מרחיבים נושאים מוכרים
71%	75%	100%	68%	-	33%	83%	100%	100%	100%	50%	100%	40%	68%	תורמת לשיפור המקצועית שלי
71%	100%	75%	0%	-	100%	63%	50%	75%	100%	50%	20%	60%	68%	תורמת לי בהפחתת טראומטיזציה משנית
64%	75%	75%	0%	-	100%	69%	67%	75%	86%	50%	20%	83%	83%	מסייעת לי בקבלת תמיכה ובעיבוד רגשי
80%	89%	83%	63%	-	81%	77%	83%	75%	92%	72%	73%	59%	76%	מדד ישיבת הצוות

פרק 9: הקשר עם גורמי הקהילה

רבות ממטרות המיזם מושתתות על עבודה עם הקהילה ועל קשר עמה, שכן הנחת היסוד המקצועית של המיזם היא שטיפול מיטבי דורש מעורבות של גופים בקהילה.¹¹⁷ מטרה נוספת של המיזם המחייבת עבודה עם גורמים בקהילה היא סיוע בפיתוח תוכניות איתור והסברה. פרק זה עוקב אחר הקשר של המרכז עם הקהילה בכמה היבטים מרכזיים: ועדת היגוי, ועדות ביצוע, קשר שוטף בדבר מקרים בטיפול, ייעוץ מקצועי ופעילות בקהילה. מרכיבים אלו ייבחנו מנקודת המבט של המרכזים (בעיקר מנקודת המבט של מנהלות המרכזים ושל המטפלות) ומנקודת המבט של גורמים שונים בקהילה – עו"סיות לחוק נוער ועו"סית מחוזית לחוק נוער.

הקשר עם הקהילה – תקציר הממצאים

- המרכזים קיימו 186 פעילויות בקהילה במהלך שנת 2012. המרכזים החדשים ממוקדים בפעילויות חשיפה, ואילו המרכזים הוותיקים ממוקדים בפעילויות עיון והכשרה. רק 25% מהעו"סיות לחוק הנוער העובדות עם המרכזים הוותיקים ו-39% מהעו"סיות העובדות עם המרכזים החדשים השתתפו בפעילות המרכז בקהילה.
- 84% מהעו"סיות לחוק הנוער שבעות רצון מהקשר של המרכזים עם הקהילה. אחוז דומה שבע רצון מתפקוד ועדות הביצוע.
- 65% מהעו"סיות לחוק הנוער העובדות עם המרכזים הוותיקים ו-58% מהעובדות עם המרכזים החדשים מתייעצות בקביעות עם המרכז. 80% הפנו מטופלים למרכז בשלושת החודשים שלפני עריכת המחקר. המנהלות מקדישות זמן רב לייעוץ ראשוני בעניינים של נפגעים בקהילה וגם לייעוץ לאנשי מקצוע בקהילה במהלך טיפול, לשיתוף פעולה מקצועי עמם ולהשתתפות בוועדות מקצועיות בקהילה. שביעות הרצון של המטפלות במרכזים מתפקוד המנהלות בכינון הקשר עם הקהילה ובשימורו מתקרב ל-100%.
- אף שחשיבות הקשר עם הקהילה ברורה למנהלות, אין למרכזים נהלים ברורים בדבר הקשר עם גורמי המקצוע, והוא מתנהל בדרך כלל על פי "כל מקרה לגופו". עו"סיות לחוק הנוער מצפות לתדירות דיווח קבועה מהמרכז בדבר התקדמות הטיפול במטופלים (אך היא אינה אחידה). כל המרכזים רואים חשיבות רבה בקשר עם גורמי המקצוע בקהילה בדבר מקרים שבטיפול המרכז. בשל החיסיון, מתקיים קשר זה רק כשהטיפול וטובת המטופל מחייבים זאת.

9.1 ועדות היגוי

בכל המרכזים למעט אחד מתקיימות ועדות היגוי על פי הסטנדרטים.

ועדת היגוי מתכנסת פעמיים בשנה, והיא מתווה מדיניות אזורית להתמודדות עם נושא הפגיעה המינית בקטינים. בוועדה משתתפים כל נציגי הרשויות שהמרכז משרת. נוסף על כך, משתתפת בה

¹¹⁷ הנחת יסוד זו מגובה גם בספרות המחקרית, וראו, למשל, פרניס, טי (1995). *התעללות מינית בילדים תיאוריה ודרכי טיפול*, תרגום: סי' ברגמן, קריית ביאליק: אח, בשיתוף המועצה הלאומית לשלום הילד. וכן: *National Review of Sexual Abuse Services for Children and Young People Final Report* (2011), Health Service Schwartz, C. et al. (2006). *Preventing and treating childhood sexual abuse*, 2, Report 2; Executive Saunders, B.E., Berliner, L., & Hanson, R.F. (Eds.) (2004). *Child Physical and Sexual Abuse: Guidelines for Treatment* (Revised Report: April 26, 2004), Charleston, SC: National Crime Victims Research and Treatment Center

תמיד עו"סית מחוזית לחוק הנוער, נציגות של המחלקות לשירותים חברתיים, נציגות השירות הפסיכולוגי-חינוכי ומנהלת המיזם. בדרך כלל מוזמנים גם נציגי הקרנות ומשרד הרווחה. טבלה מפרטת את מספר ועדות ההיגוי שהתכנסו במרכזים.

טבלה 34: ועדות היגוי ב-2012, לפי למרכזים

שם המרכז	ועדות היגוי (של המרכז וועדות יישוביות) ¹¹⁸ שהתקיימו
אלי לוד	התקיימה ועדת היגוי אחת של המרכז, וחמש ועדות היגוי יישוביות ברמלה, בלוד ובמודיעין.
אלי חולון-ראשליצ	התקיימו שבע ועדות היגוי יישוביות בבת ים, בחולון ובראשליצ.
בני ברק "בליבנו"	התקיימו ארבע ועדות היגוי.
חיפה "בני ציון"	התקיימה ועדת היגוי אחת.
צפת "זיו"	התקיימו שתי ועדות היגוי של המרכז, ושלוש ועדות היגוי יישוביות במרום הגליל, בצפת ובעמק הירדן.
כרמיאל "כרם"	התקיימו שתי ועדות היגוי.
נצרת "כרם"	התקיימו ארבע ועדות היגוי של המרכז וארבע ועדות יישוביות בכפר מנדא, באום אל פאחם ובנצרת.
קריית "מאור" מלאכי	התקיימה ועדת היגוי אזורית אחת, ושתי ועדות היגוי יישוביות באשקלון.
עפולה "עלם"	התקיימה ועדת היגוי אחת של המרכז, ושש ועדות היגוי יישוביות בעמק המעינות, בבית שאן, בעפולה, ביקנעם, בנצרת עילית ובמגדל העמק.
באר שבע "ענבל"	לא התקיימו ועדות היגוי בשל התחלפות המנהלת.
רימונים, חדרה"	התקיימו שתי ועדות היגוי. בעמק חפר, באור עקיבא ובפרדס חנה מתקיימות ועדות המשמשות גם ועדות ביצוע וגם לדיון בנושאי מדיניות.
נתניה "רימונים"	התקיימו שתי ועדות היגוי. בנתניה, בהרצליה, ברעננה ובחוף הכרמל מתקיימות ועדות המשמשות גם ועדות ביצוע וגם לדיון בנושאי מדיניות.

9.2 ועדת ביצוע

בכל המרכזים למעט אחד מתקיימות ועדות ביצוע, אך הן אינם מספקות בהכרח את צורכיהם של כל היישובים. הוועדות הקיימות מתפקדות היטב. תדירותן – בין אחת לשבועיים לאחת לחודשיים. היעדרה של ועדת ביצוע אינו פוגע בטיפול במקרים של פגיעות מיניות.

"ועדת ביצוע", או בשמה הנוסף "ועדת מתן מענה טיפולי", היא ועדה משותפת יישובית או אזורית של המרכז ושל הרשויות המקומיות באזורו. מטרתה של הוועדה לקבל החלטות על מתן מענה טיפולי לנפגע ולשמור על רצף המענים בין המרכז לבין הקהילה. בתוכנית הארצית-הלאומית לטיפול בקטינים שנפגעו מינית בישראל הומלץ להקים את הוועדות האלה כדי ליצור פורום שיוכל לשתף פעולה בכמה תחומים:

- קביעת מדיניות.
- תכנון, תיאום וקבלת החלטות על תוכנית הטיפול בילד ובמשפחתו.
- פיתוח תוכניות מניעה ואיתור בקהילה.
- הבטחת רצף טיפולי: מעקב אחר הטיפול, החלטה על העברת הטיפול לקהילה לאור שינויים בסטטוס הקליני של המטופל (הקלה או החמרה בתסמינים וצורך בכלי התערבות

¹¹⁸ "ועדות של המרכז" הן ועדות היגוי, כפי שמחייב המתווה לקיים לפחות פעמיים בשנה; "ועדות יישוביות" הן ועדות שנועדו לצרכים נוספים, כגון כינון יחסי עבודה עם יישוב מסוים.

אחרים, צורך בהתערבות המערכת הפסיכיאטרית או מערכת בריאות הנפש, שיתוף פעולה עם מערכת החינוך וכו').

לדעת כל הצדדים ועדות הביצוע מתפקדות היטב. כ-80% מהעו"סיות הביעו שביעות רצון גבוהה מתפקוד ועדת הביצוע, ויותר משליש מהן חושבות שאין מה לשפר כלל בעבודת ועדת הביצוע. לדברי אחת העו"סיות: "הכול עובד בסדר ומקצועי". העו"סיות לחוק נוער היו שבעות רצון גם מהתיאום בין המרכז לגורמי המקצוע בקהילה בנוגע לטיפול (למשל, קבלת החלטות על תוכנית טיפול, התאמת מענה טיפולי, הבטחת רצף טיפולי ועוד). שביעות רצון נמוכה יותר נקשרה לנושאים "רוחביים", כמו קביעת מדיניות עבודה משותפת למרכז ולישוב ופיתוח תוכניות מניעה יישוביות.¹¹⁹

קיום ועדות הביצוע: בכל המרכזים למעט אחד מתקיימות ועדות ביצוע ומשתתפים בהן חלק מהיישובים באזור הגאוגרפי של המרכז, כמפורט בטבלה 35.

טבלה 35: ועדות ביצוע ב-2012, לפי מרכזים

שם המרכז	ועדות היגוי (של המרכז וועדות יישוביות) ¹²⁰ שהתקיימו
אלי" לוד	התקיימה ועדת היגוי אחת של המרכז, וחמש ועדות היגוי יישוביות ברמלה, בלוד ובמודיעין.
אלי" חולון-ראשלי"צ	התקיימו שבע ועדות היגוי יישוביות בבת ים, בחולון ובראשלי"צ.
"בליבנו" בני ברק	התקיימו ארבע ועדות היגוי.
"בני ציון" חיפה	התקיימה ועדת היגוי אחת.
"זיו" צפת	התקיימו שתי ועדות היגוי של המרכז, ושלוש ועדות היגוי יישוביות במרום הגליל, בצפת ובעמק הירדן.
"כרם" כרמיאל	התקיימו שתי ועדות היגוי.
"כרם" נצרת	התקיימו ארבע ועדות היגוי של המרכז וארבע ועדות יישוביות בכפר מנדא, באום אל פאחם ובנצרת.
"מאור" קריית מלאכי	התקיימה ועדת היגוי אזורית אחת, ושתי ועדות היגוי יישוביות באשקלון.
"עלם" עפולה	התקיימה ועדת היגוי אחת של המרכז, ושש ועדות היגוי יישוביות בעמק המעינות, בבית שאן, בעפולה, ביקנעם, בנצרת עילית ובמגדל העמק.
"ענבל" באר שבע	לא התקיימו ועדות היגוי בשל התחלפות המנהלת.
"רימונים, חדרה	התקיימו שתי ועדות היגוי. בעמק חפר, באור עקיבא ובפרדס חנה מתקיימות ועדות המשמשות גם ועדות ביצוע וגם לדיון בנושאי מדיניות.
"רימונים" נתניה	התקיימו שתי ועדות היגוי. בנתניה, בהרצליה, ברעננה ובחוף הכרמל מתקיימות ועדות המשמשות גם ועדות ביצוע וגם לדיון בנושאי מדיניות.

עם זאת, לא כל המרכזים מכנסים ועדות ביצוע משותפות לכל היישובים באזור הגאוגרפי שלהם, בהם גם מרכזים ביישובים גדולים יחסית, שבהם מתבקש לכאורה קיום של ועדה. 47% מהעו"סיות לחוק הנוער דיווחו שביישוב שלהם מתקיימת ועדת ביצוע משותפת עם המרכז. על פי מנהלות המרכזים, הסיבות המרכזיות להיעדר של ועדות בכל היישובים הן:

- יישובים שטרם נחשפו לפעילות המרכז, או שכבר נחשפו אך עדיין אינם בשלים להקמת ועדה משותפת (רלוונטי בעיקר במרכזים חדשים).
- יישובים שאמורים להשתתף בוועדת ביצוע, אך אינם מעוניינים בכך מסיבות מגוונות, בעיקר בשל קוצר זמן ועומס.

¹¹⁹ תחומים שבהם אחריות המרכז שווה לזו של הגורמים בקהילה, ולעיתים אף מצומצמת יותר.

¹²⁰ "ועדות של המרכז" הן ועדות היגוי, כפי שמחייב המתווה לקיים לפחות פעמיים בשנה; "ועדות יישוביות" הן ועדות שנועדו לצרכים נוספים, כגון כינון יחסי עבודה עם יישוב מסוים.

למרות האמור לעיל, מדברי המנהלות עולה שהטיפול במקרים של פגיעות מיניות אינו נפגע מהיעדר ועדת ביצוע. במקרים אלו מתקיים קשר ישיר (טלפוני או פנים אל פנים), בין מנהלת המרכז ומטפלים נוספים במרכז לבין גורמי המקצוע בקהילה, כדי לאסוף מידע נוסף על המטופל ומשפחתו, להחליט אם לטפל בנפגע במרכז או בקהילה, לקבוע את מסגרת הטיפול ועוד.

המשתתפים בוועדת הביצוע: את המרכז מייצגת כמעט תמיד מנהלת המרכז. בוועדת ביצוע המתקיימת ביישוב שבו יש שלוחה של המרכז, משתתפת לרוב גם המטפלת העובדת בשלוחה. את הקהילה מייצגת תמיד עו"סית לחוק הנוער. בדרך כלל נוכחים גם נציגים של שירותי הרווחה, של השירות הפסיכולוגי-חינוכי, של בריאות הנפש ועוד. רוב גדול – כ-90% מהעו"סיות לחוק הנוער – מרגישות שגורמי המקצוע הרלוונטיים ביישוב נוכחים בוועדות, אם כי נראה שבמרכזים החדשים יש השתתפות גבוהה יותר (94%) ובוותיקים קצת פחות (85%), אולי בשל הפקת לקחים מאופן עבודת המרכזים הוותיקים. רוב העו"סיות לחוק הנוער (80%) מסכימות שהוועדה מסייעת ביצירת קשרי עבודה שוטפים בין המרכז לבין גורמי המקצוע ביישוב ובשימורם. רוב מנהלות המרכזים וכרבע מהעו"סיות לחוק הנוער סבורות שרצוי להרחיב את מעגל הנציגים בוועדת הביצוע כדי לחזק את שיתוף הפעולה בין הגופים הטיפולים וכדי ליצור מענה טיפולי מיטבי לנפגע ולמשפחתו.

תדירות ועדת הביצוע: ועדות הביצוע מתכנסות בתדירות הנעה בין אחת לשבועיים לאחת לחודשיים. הדבר תלוי במידה רבה במספר המקרים שבטיפול ובפניות של גורמי המקצוע בקהילה, בעיקר של נציגי הרווחה. רוב גדול של העו"סיות לחוק הנוער (כמעט 80%) מרגישות שהוועדות מתכנסות בתדירות הולמת, אך חלקן הציעו להגביר את תדירות המפגשים.

הנושאים הנדונים בוועדת הביצוע:

- **מקרים פרטניים** – דיון פרטני בכל מקרה ומקרה, השלמת מידע על אודות הנפגע ומשפחתו, החלטה על מסגרת טיפולית ואף גיבוש תוכנית טיפולית, קביעת מבנה הטיפול, בחירת מטפל ושיטת הטיפול, גיבוש תוכנית מוגנות ועוד.
- **נושאים כלליים ועקרוניים** – היערכות לוועדות היגוי, טיפול בפוגעים במסגרת הקהילה, טיפול במקרים חריגים שהמרכז אינו מטפל בהם, יוזמות של תוכניות מניעה בקהילה ועוד.

ברוב הוועדות עולים שני הנושאים בקביעות, במיעוטן עולה בעיקר אחד מהנושאים. למשל, במרכז "מאור" קריית מלאכי עוסקים בוועדת הביצוע בעיקר בנושאים כלליים עקרוניים, ובמרכז "בליבנו" בני ברק בעיקר במקרים פרטניים. העו"סיות לחוק הנוער דיווחו על הנושאים שהוועדות עוסקות בהם, כמפורט בתרשים 39.

תרשים 39: הנושאים שהוועדות עוסקות בהם, על פי עו"סיות לחוק הנוער

עיסוק במענה הטיפולי והבטחת רצף טיפולי בין המרכז לקהילה 80-90%



קביעת מדיניות עבודה משותפת למרכז וליישוב 72%



פיתוח תוכניות מניעה ואיתור 41%



כשהתבקשו העו"סיות לחוק נוער להציע הצעות לשיפור ועדת הביצוע הן אכן הציעו עיסוק רב יותר בתוכניות מניעה ואיתור בתחום הפגיעות המיניות בקרב קטינים.

יתרונות ועדת ביצוע וחסרונותיה: יתרונות העבודה במסגרת ועדת ביצוע הן היכרות אישית וקרובה עם גורמי המקצוע בקהילה, אפשרות לספק לנפגע ולמשפחתו מענה טיפולי משולב במרכז ובקהילה, מעורבות ואחריות רבה יותר של גורמי המקצוע בקהילה לטיפול במטופל ובמשפחתו ויצירה של תחושת שותפות בין המרכז לבין גורמי המקצוע בקהילה. על כך מעידות גם עו"סיות לחוק הנוער: העו"סיות המשתתפות בוועדת ביצוע של המרכז נוהגות להתייעץ עם המרכז הרבה יותר מעו"סיות שאינן משתתפות בוועדת הביצוע של המרכז (72% לעומת 35%). החסרונות של מודל ועדות הביצוע הם שהוועדה דורשת זמן רב להכנה, לנסיעה ולדיון, הן מהמרכז הן מגורמי המקצוע בקהילה. הוועדה גורמת לעומס על גורמי המקצוע בקהילה המעורבים בוועדות נוספות, ואינה מתאימה ליישובים קטנים שיש בהם מעט הפניות. עם זאת, המשוב מרוב העו"סיות לחוק הנוער מעיד שהיתרונות עולים על החסרונות: ועדות הביצוע מאפשרות ליישובים לתת שירות טוב יותר לאוכלוסייה ולאגם את משאבי היישוב או האזור כדי שהילד ומשפחתו יקבלו את המענה הנכון והנגיש ביותר. קיום הוועדה מאפשר תיאום בין המענה הטיפולי לבין המענה המערכתי והקהילתי ומגבש גישה אחידה ורגישה לנושא.

מסקנות: נמצאה שונות רבה בין המרכזים במספר הכינוסים של ועדות הביצוע ובנושאים שבהם הן עוסקות. מנקודת המבט של תדירות מפגשי ועדות הביצוע (שהיא מרכיב חשוב בהערכה הכוללת שלהן), נראה שבחלק מהיישובים לא מתקיימת ועדת ביצוע משותפת למרכז וליישוב. ביישובים שיש בהם ועדה, רוב העו"סיות לחוק הנוער חשות שהיא מסייעת ביצירה של קשרי עבודה שוטפים בין המרכז לבין גורמי המקצוע ביישוב ובשימורם. למרות זאת, רק 47% מהעו"סיות לחוק הנוער דיווחו שהוועדה ביישוב שלהן מתכנסת, והפער בין שביעות הרצון מהוועדות הפועלות לבין התקיימותן בפועל בולט. ועדת הביצוע עוסקת בעיקר בנושאים פרטניים של מטופלים, כפי שמצופה ממנה במודל העבודה של המרכזים, ופחות בנושאים רוחביים-יישוביים, אף שקיימת ציפייה שהיא תעסוק גם בנושאים האלה.¹²¹ חלק ניכר מהרשויות הנמצאות באזור הגאוגרפי של המרכזים אינן מיוצגות בוועדות ביצוע. הדבר נכון גם ברשויות שלכאורה מתבקש לקיים בהן ועדת ביצוע, בשל גודלן ובשל מספר ההפניות שלהן למרכז. ועדת הביצוע מועילה וחשובה, אך היעדר ועדת ביצוע אינו פוגע בתיאום בין הגופים ובאיכות הטיפול, מפני שהקשר בין המרכז לגורמי המקצוע הרלוונטיים מתקיים בדרכי תקשורת אחרות.

9.3 קשר שוטף בין המרכזים לקהילה בעניין מקרים בטיפול

כל המרכזים רואים חשיבות רבה בקשר עם גורמי המקצוע בקהילה סביב מקרים. בשל חיסיון, מתקיים קשר זה רק כשהטיפול וטובת המטופל מחייבים זאת. אין למרכזים נהלים ברורים וכתובים בנושא הקשר עם גורמי המקצוע, אלא על בסיס "כל מקרה לגופו". עו"סיות לחוק הנוער מצפות לתדירות דיווח קבועה מהמרכז (אך לא אחידה) בעניין התקדמות הטיפול במטופלים.

¹²¹ חלק מהנושאים הכלליים אמורים להתברר בוועדת ההיגוי, ויש גמישות בנוגע לתכני ועדת הביצוע.

בתוכנית האב להקמת המיזם הוגדר הקשר השוטף בין המרכזים לבין הקהילה בנוגע למקרים שבטיפול המרכז, לרבות עדכונים ודיווחים בכתב ובעל-פה. כל המרכזים רואים חשיבות רבה בקשר עם גורמי המקצוע בקהילה ומשקיעים בו זמן ומאמץ. 84% מהעו"סיות הביעו שביעות רצון מהקשר סביב מקרים בטיפול. רובן (88%) מרגישות שהמרכז מטפל בפניות טיפול ענייני ומקצועי, וכן שמנהלות המרכז זמינות ליעץ להן בכל פעם שהן זקוקות לכך (97%).

שמירה על אתיקה וסודיות בעת הקשר בין המרכזים לקהילה: מורכבות הקשר סביב מקרים שבטיפול נובעת משמירה על סודיות ועל חסיון המטופלים. המרכזים מודעים מאוד לנושא חסיון המטופלים, ולפיכך מקיימים קשר עם גורמי המקצוע בקהילה רק אם טובת המטופל מחייבת זאת. שיקול מרכזי בקביעת תדירות הקשר של המרכז עם גורמי המקצוע בקהילה הוא אם המטופל או משפחתו מוכרים לגורמי הרווחה ואם הם הופנו למרכז על ידם. השיתוף של המרכז את גורמי המקצוע בקהילה יהיה מעמיק ואינטנסיבי יותר אם המטופל מוכר לרווחה. לעומת זאת, אם המשפחה אינה מטופלת ברווחה והפנייה למרכז לא הייתה של הרווחה, לרוב לא יהיה קשר שוטף עם גורמי המקצוע בקהילה. לדברי חלק מהמנהלות, לעתים משפחות אלו מבקשות מהמרכז במפורש שלא לשתף במקרה את גורמי המקצוע בקהילה. שיקול נוסף שיקבע את עומק הקשר של המרכז עם גורמי המקצוע בקהילה הוא המצב התפקודי של המטופל ושל משפחתו: אם מטופל נתון בסיכון, מוזנח או חסר מוגנות, המרכז ידווח על כך לגורמי המקצוע בקהילה העשויים לשפר את מצבו, גם אם מדובר במטופל שאינו מוכר לרשויות הרווחה. לעומת זאת, אם המטופל מתפקד, אין סכנה לשלומו ויש שיתוף פעולה של המשפחה, לרוב לא יהיה קשר שוטף עם גורמי המקצוע בקהילה. הדיווחים של המטפלות במרכז לגורמי המקצוע בקהילה בכתב או בעל-פה מתבצעים באחד משני מקרים: בקשה של איש המקצוע בקהילה, ושיקול הדעת של המטפלת. מעט מטפלות דיווחו על דיווחים בפרקי זמן קבועים.

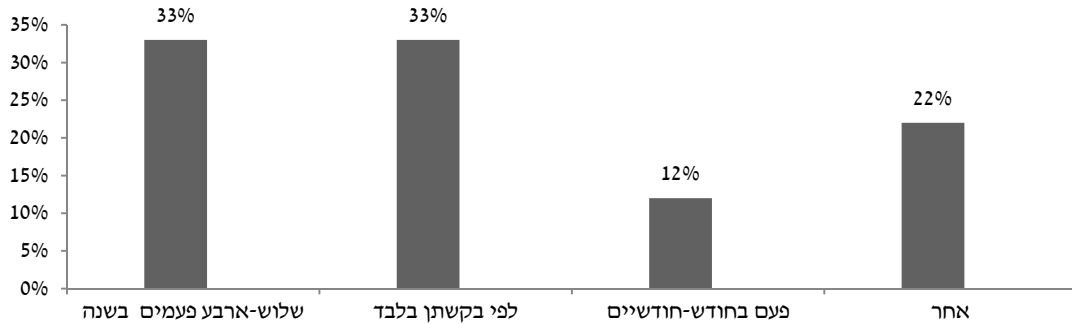
נוהלי העבודה בעניין מקרים ספציפיים: כל מנהלות המרכזים ציינו שאין למרכז שבראשותן נהלים ברורים וכתובים בנושא הדיווח, כגון באילו מקרים יש לדווח לגורמי המקצוע בקהילה ובאיזה אופן, למי מדווחים ומתי וכד'. רוב המנהלות השתמשו במונח "כל מקרה לגופו" כדי לתאר את התנהלות הקשר של המרכז עם הקהילה. עם זאת, חלק מהמנהלות ציינו שיש במרכז כללים מחייבים מסוימים בנושא, למשל, דיווח כאשר מטופל נמצא בטיפול או אם הפסיק טיפול, דיווח לרווחה במקרים של חובת דיווח, נוהל החתמת הורים על טופס ויתור סודיות ועוד. חלק מהמנהלות טענו שאין צורך בנהלים המגדירים את הקשר עם הקהילה וחלקן חושבות שיש מקום לנהלים שיגדירו מסגרת עבודה אך יאפשרו גמישות ושיקול דעת, כדי להימנע מלהסתמך רק על שיקול דעת המטפל או על היחסים הבין-אישיים בינו לבין גורמי מקצוע בקהילה. חשוב לציין שהמנהלות מדווחות לגורמים בקהילה על מקרים ספציפיים גם דרך ועדות הביצוע.

המטפלות דיווחו שהן מדווחות דיווח בכתב רק בעקבות בקשה של גורם בקהילה. לעומת זאת, כשהן סבורות שיש צורך בדיווח הן יוזמות דיווח בעל-פה. אפשר להניח שהבדל זה נובע מהעבודה הרבה שיש להשקיע בכתבת דוח בכתב, ומהעובדה שאת הצורך והרצון של המטפלות ליידע גורמים בקהילה בעניינים הנוגעים למטופלים שלהן אפשר למלא גם באמצעות דיווח בעל-פה. כשהמעמסה

של כתיבת דוח בכתב אינה שיקול, אפשר לראות ש 77% מהמטפלות מדווחות שחשוב להן להיות בקשר קבוע ורציף עם גורמי מקצוע רלוונטיים בקהילה במידה רבה עד רבה מאוד.

תדירות הדיווח המצופה מהמרכז: העו"סיות לחוק הנוער מצפות לדיווח קבוע מהמרכז על התקדמות המטופלים. תרשים 40 מדגים את ציפיות העו"סיות לחוק הנוער בעניין תדירות הדיווחים מהמרכזים.

תרשים 40: ציפיות העו"סיות לחוק הנוער בעניין תדירות הדיווחים מהמרכזים



גורמי המקצוע בקהילה מתייעצים עם מנהלות המרכזים לעתים קרובות. המנהלות הוותיקות מקדישות זמן רב לייעוץ לאנשי מקצוע בקהילה (הן במקרים חדשים, הן במהלך טיפול) לשיתוף פעולה מקצועי עמו ולהשתתפות בוועדות מקצועיות בקהילה.

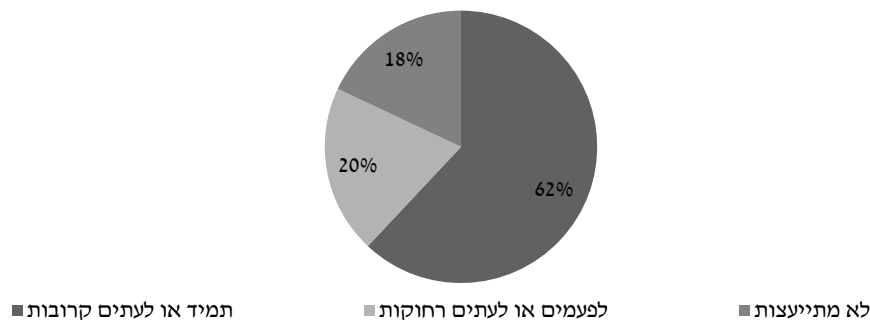
מסקנות: הקשר עם גורמי המקצוע בקהילה הוא תפיסת עבודה מובילה בכל המרכזים. היישום בפועל של קשר זה אינו מעוגן בכללים מוגדרים ומחייבים, אלא מתקיים במתכונת גמישה – "כל מקרה לגופו". העו"סיות לחוק הנוער מעריכות שהקשר של המרכזים עם גורמי המקצוע בקהילה טוב. עם זאת, הן מרגישות שהגורמים בקהילה אינם מכירים מספיק את עבודת המרכזים. גם תדירות העדכונים שהמרכז מעביר בנוגע למטופלים מסוימים זכתה להערכה בינונית. שיפור בשני המרכיבים האלה עשוי לשפר עוד יותר את הקשר הטוב למדי של המרכז עם הקהילה.

9.4 קשר עם הקהילה בעניין ייעוץ מקצועי

ייעוץ מקצועי של המנהלות: בין היתר, נועדו המרכזים להיות מקור למידע לקהילה ולספק ייעוץ מקצועי בתחום הטיפול בפגיעות מיניות, במקרים שיש בהם חשד לפגיעה מינית ובמקרים שבהם הייתה פגיעה מינית אך הנפגע לא הגיע לטיפול. מתוך הראיונות עם מנהלות המרכזים, בעיקר עם הוותיקות שבהן, עולה שגורמי המקצוע בקהילה מתייעצים אתן לעתים קרובות בנושא פגיעות מיניות, באמצעים מגוונים: בטלפון, בדוא"ל או בפגישה פנים אל פנים. לדבריהן, זהו חלק מהשירות שנותן המרכז לקהילה, והוא תופס נתח משמעותי משעות העבודה שלהן ושל חלק מנשות הצוות במרכזים. ניכר שבקרב המנהלות הוותיקות והמוכרות באזורן, זמן העבודה המוקצה לייעוץ רב במיוחד. למשל, להערכתה של מנהלת מרכז "בליבנו" בבני ברק, כשליש משעות העבודה השבועיות שלה מוקדשות לפניות של אוכלוסייה חרדית מבני ברק ומכל רחבי הארץ. להערכתה של מנהלת שני מרכזי "רימונים" (בחדרה ובנתניה) היא מקדישה לכך "מחצית מהזמן לפחות". מתוך הראיונות עלו שני סוגי ייעוץ עיקריים שמספקים המרכזים לקהילה: הסוג הראשון הוא ייעוץ ראשוני לאנשי מקצוע בקהילה ולהורים של נפגע אם הייתה פגיעה או אם מתעורר חשד לפגיעה.

לעתים ייעוץ זה אינו מסתיים בטיפול בנפגע במרכז אלא בהפניה לטיפול בקהילה, ולעתים מתברר שאין צורך בטיפול כלל. הסוג השני מובנה בתוך התהליך הטיפולי במרכז ומתקיים במהלך טיפול ספציפי. בדרך כלל מעורב בו עם המטפל, באותה מידה ולעתים אף יותר ממנהלת המרכז. ייעוץ זה יכול לבוא לידי ביטוי בהדרכה ובהנחיית אנשי מקצוע בקהילה, בשיתוף פעולה מקצועי עמו, או בהשתתפות בוועדות מקצועיות בקהילה. יותר מ-80% מהעו"סיות נוהגות להתייעץ עם גורמי מקצוע במרכז במקרים של חשד לפגיעה מינית ובמקרים של פגיעה מינית בילד הנמצא בטיפולן, כמפורט בתרשים 41.

תרשים 41: אחוז העו"סיות לחוק הנוער המתייעצות עם המרכז



כמו כן, יותר מ-80% מהעו"סיות הפנו מטופלים למרכז במהלך שלושת החודשים שלפני עריכת הסקר. נתונים אלו מלמדים שהעו"סיות לחוק הנוער מכירות את עבודת המרכז מתוך העבודה המשותפת.

ברוב המרכזים מנהלת המרכז מייצגת את הייעוץ הראשוני – היא נחשבת לסמכות מקצועית בתחום ופרטי הקשר שלה נגישים לגורמי המקצוע בקהילה. כך, למשל, רוב העו"סיות לחוק הנוער בחרו להפנות את המטופלים למרכז באמצעות פנייה ישירה למנהלת המרכז, ורק כחמישית מהעו"סיות לחוק הנוער לא הפנו את המטופל ישירות למרכז אלא דרך עו"סית מרכזת מתוך הרשות, האחראית על הקשר עם המרכז. נקודת המבט של המטפלות על הייעוץ המקצועי לקהילה מחזקת את המעמד הטוב של המרכזים והמנהלות ואת היותם מוקד של ידע וסמכות בתחום הפגיעה המינית בילדים ונוער. כמעט כל המטפלות הסכימו שהמנהלת תורמת לחיזוק הקשר של המרכז עם גורמי המקצוע בקהילה ושגורמים אלו רואים בה סמכות זמינה ומקצועית בתחום.¹²²

צורכי המטפלות במרכזים מהקשר עם הקהילה: לקשר עם הקהילה יש פן נוסף – המטפלות זקוקות לקשר עם הקהילה לשם קידום המטופל ושמירה על הטיפול. הצרכים המרכזיים של המטפלות מגורמי המקצוע בקהילה הם שלושה:

- שיתוף פעולה בעבודה עם הנפגע ועם משפחתו ביישום התוכנית הטיפולית ובקידום המטופל והטיפול בו.
- מתן מענה לצרכים נוספים שאינם קשורים ישירות לטיפול בפגיעה המינית אלא משלימים אותו, בתחום החינוכי, הסוציאלי והקהילתי.

¹²² היבט זה של הניהול מפורט בהרחבה בפרק 7, "איכות השירות".

- המטפלות זקוקות למעורבות של הגורמים בקהילה בעבודה עם המטופל ועם משפחתו כדי שהאחריות לטיפול לא תופקד בידי המטפלת במרכז בלבד וכדי שהחלקים האחרים של העבודה המערכתית עם המטופל יתקיימו בקהילה ובשיתוף פעולה עם המרכז.

מסקנות: השיעור הגבוה יחסית של עו"סיות לחוק הנוער שדיווחו שהן מרבות להתייעץ עם גורמי מקצוע במרכז בנושא פגיעה מינית, מלמד שהמרכזים פיתחו מוניטין מקצועי בתחום ושהם זמינים לפניית של גורמי המקצוע בקהילה. עם זאת, בכמה מרכזים (לא רק בחדשים) מתקיים פחות ייעוץ מקצועי לגורמי המקצוע בקהילה.

9.5 פעילויות בקהילה

המרכזים קיימו 186 פעילויות בקהילה במהלך שנת 2012. חלק מהמרכזים קיימו פעילויות נרחבות וחלק מצומצמות יחסית. המרכזים החדשים ממוקדים בפעילויות חשיפה, לעומת המרכזים הוותיקים הממוקדים בפעילויות עיון והכשרה.

פעילויות בקהילה ובשיתופה הן חלק ממטרות המיזם ומהמחויבות של המרכזים. מדובר בפעילויות שאינן קשורות למקרה טיפולי מסוים, ומטרתן לעורר את מודעות גורמי המקצוע בקהילה לנושא הטיפול בפגיעות מיניות בכלל, ואת פעילות המרכז ודרכי ההתקשרות עמו בפרט. פעילויות אלו כוללות, בין היתר: מפגשי חשיפה של המרכז, פעילות מניעה ואיתור של מקרי פגיעה מינית, ימי עיון והדרכה¹²³ והשתלמויות לאנשי מקצוע בנושא פגיעה מינית. מתוך הראיונות עם המנהלות עולה שכל המרכזים עוסקים בפעילויות בקהילה. המרכזים קיימו 186 פעילויות בקהילה במהלך שנת 2012. ממוצע הפעילויות במרכזים הוותיקים ובמרכזים החדשים דומה (15 פעילויות בשנה במרכז), אך היחס בין סוגי הפעילות בקהילה אחר, כמפורט בתרשים 42 ו-43.

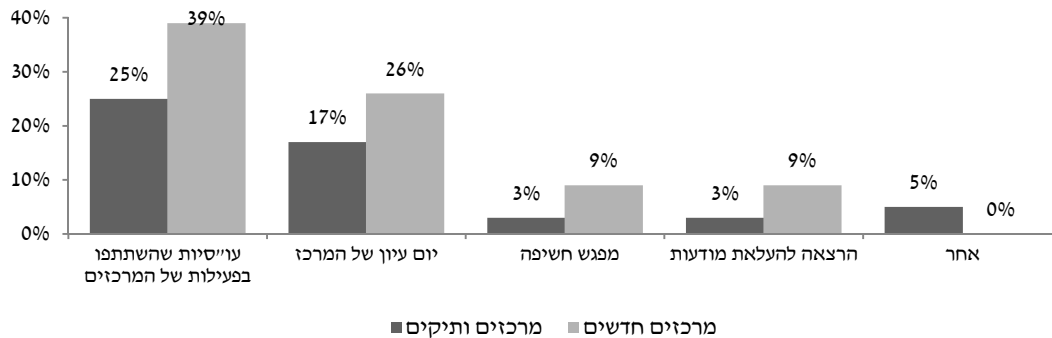
תרשימים 42 ו-43: מספר הפעילויות בקהילה בממוצע, במרכזים הוותיקים ובמרכזים החדשים



30% מהעו"סיות לחוק הנוער דיווחו שהן השתתפו בפעילות שאינה טיפולית שקיים המרכז. הפעילות השכיחה ביותר שהן השתתפו בה הייתה יום עיון שערך המרכז לאנשי המקצוע בקהילה. תרשים 44 מציג את שיעור העו"סיות לחוק הנוער שהשתתפו בפעילויות של המרכזים בקהילה בשנה האחרונה, בחלוקה למרכזים וותיקים וחדשים.

¹²³ כל מרכז מחויב לערוך לפחות יום עיון אזורי אחד בשנה.

תרשים 44: שיעור העו"סיות לחוק הנוער שהשתתפו בפעילות של המרכז בקהילה ב-2012



תקצוב הפעילות בקהילה: לדברי חלק מהמנהלות, התקציב המיועד לפעילות בקהילה קטן מדי. אחת המנהלות טענה שהתפיסה של המיזם, שלפיה שני שלישים מעבודת המטפלים השכירים מוקדשת לטיפול ושליש לפעילויות בקהילה ולקשר עם הקהילה, אינה נכונה ואינה מאפשרת השקעה בקשר עם הקהילה. היא הביעה מורת רוח מכך שאין תקציב ייעודי לפעילות בקהילה ושמשימה זו היא אחת מכל המשימות שעל המרכזים למלא בתוך 40% מהזמן שאינו מוקדש לטיפול בפועל. חשוב לציין שלפי תפיסת המיזם, 40% מהזמן מיועד להתערבויות הנוגעות בעיקר למטופלים, ואת הזמן שנותר אפשר לנצל לפעילויות בקהילה.

מסקנות: מן הממצאים עולה שקיימת שונות רבה למדי בין המרכזים מבחינת הפעילויות בקהילה. חלק מהמרכזים יוזמים פעילויות נרחבות וחלק אחר – פעילויות מצומצמות יחסית. שיעור העו"סיות לחוק הנוער שדיווחו על השתתפות בפעילות של המרכז בקהילה במהלך השנה האחרונה היה נמוך מאוד בחלק מהמרכזים, ונתון זה עלול ללמד שמרכזים אלו אינם מקיימים פעילות מסוג זה, בניגוד לדרישות המיזם. ניכר שהמרכזים החדשים ממוקדים בפעילויות חשיפה, ואילו המרכזים הוותיקים ממוקדים בפעילויות עיון והכשרה, בהלימה לשלב ההתפתחותי שבו הם נמצאים. עם זאת, היו גם מרכזים חדשים שעסקו בפעילויות עיון והכשרה, וכבר מתחילת דרכם החלו לבסס את מעמדם – מעמד של סמכות מקצועית ושל מקור ידע בתחום הטיפול בפגיעות מיניות.

9.6 המלצות – הקשר עם הקהילה

- **ועדת ביצוע:** מומלץ להרחיב את השימוש של המרכזים בוועדות ביצוע, יישוביות או אזוריות, בכל מקום שבו הדבר מתאפשר. ועדת הביצוע היא במה לשיח בין המרכז ליישוב או לאזור, לא רק בהיבט הטיפולי אלא גם בגיבוש המדיניות הכוללת של מניעה, חינוך והכשרה. לשם כך, מומלץ לערוך מיפוי מדויק של היישובים שאין בהם ועדת ביצוע, להגדיר באילו מהם כדאי לקיים ועדה (יישובית או אזורית) ולהכין תוכנית להקמת ועדות ביצוע בכל היישובים שבהם יומלץ לעשות זאת. מומלץ להשאיר בידי חברי הוועדה את הגמישות להחליט באילו נושאים תעסוק הוועדה ואילו גורמי המקצוע יש לזמן אליה. עם זאת, מומלץ למנות יו"ר מהקהילה לכל ועדת ביצוע, והוא יהיה אחראי עם מנהלת המרכז להכין את הישיבות, לזמן את גורמי המקצוע הרלוונטיים, לסכם את הישיבות ולעקוב אחר ביצוע ההחלטות.
- **הקשר עם אנשי מקצוע בקהילה בעניין מקרים שבטיפול:** בשיתוף מנהלות המרכזים מומלץ להגדיר סטנדרטים לתדירות הקשר בין המרכז לגורמי המקצוע בקהילה, כדי למנוע הסתמכות

מוחלטת על שיקול דעתן של המטפלות. לדוגמה, קשר לפחות אחת לחצי שנה או בסיום טיפול. עם זאת, מומלץ שכללים אלה יהיו רחבים מספיק כדי להותיר למטפלות שיקול דעת בהחלטה על דיווח, וגם כדי להמשיך ולאפשר לגורמי מקצוע בקהילה לבקש מהמטפלות דיווח אם הם מוצאים לנכון לעשות זאת. מומלץ שכל מרכז ישתף את הרשויות באזורו בכללים שנקבעו, ואף יערוך עמן תיאום ציפיות בנוגע לאחריותן בנושא.

- **הקשר עם הקהילה בעניין ייעוץ מקצועי:** מומלץ לבחון לעומק מדוע מרכזים מסוימים אינם מרבים לתת ייעוץ מקצועי (למשל, האם המרכזים הללו מיעטו לקיים פעילויות חשיפה ואינם מוכרים? האם המרכז זמין פחות מבחינה טכנית או פיזית? האם מנהלת המרכז עמוסה כל כך עד שאין לה די זמן לתת ייעוץ? האם היחסים בין הרווחה לבין המרכז ברשות מסוימת מעורערים?) על פי ניתוח הסיבות, מומלץ לעודד את המרכזים לפעול כדי להגדיל את היקף הייעוץ שהם נותנים לאנשי מקצוע בקהילה. בעיקר, מומלץ להמשיך בתהליכי חשיפה של המרכז בקרב אנשי המקצוע ברשויות. המלצה זו מכוונת למרכזים חדשים, אך גם למרכזים ותיקים שעדיין אינם פועלים בכמה מהרשויות שבאזורם.
- **פעילות בקהילה:** מומלץ לבקש ממנהלות המרכזים לתכנן יותר את העיסוק בנושא, ולהכין תוכנית עבודה שנתית לביצוע הפעילויות בקהילה. מומלץ לעודד את המנהלות לשלב מטפלות רבות ככל האפשר בפעילויות אלו, שכן היכרות זו בונה אמון ומהדקת את קשרי העבודה של המרכזים עם הקהילה. נוסף על כך, היכרות זו מרחיבה את האפשרות להיעזר במטפלות ולא רק במנהלות (וכך עשויה גם להפחית את העומס על המנהלות). מומלץ לבחון אם התקציב שהקצה המיזם לפעילות בקהילה מספיק.¹²⁴

טבלה 36: כמה מזדים של הקשר בין העו"סיות לחוק הנוער לבין המרכז, לפי מרכז

מרכזים חדשים						מרכזים ותיקים							העו"סיות לחוק הנוער	
סה"כ חדשים (n=66)	"רימונים" נתניה (n=14)	"עלים" עפולה (n=15)	"כרם" כרמיאל (n=12)	"בני חיפה" בני חיפה (n=9)	אל"י חולון-ראש"צ (n=16)	סה"כ ותיקים (n=108)	אל"י לוד (n=9)	"מאור" בני ברק (n=11)	"רימונים" חדרה (n=17)	"זיו" צפת (n=28)	"ענבל" באר שבע (n=11)	"כרם" נצרת (n=23)		"בליבנו" בני ברק (n=9)
39%	86%	40%	25%	22%	19%	25%	78%	36%	35%	18%	18%	13%	0%	השתתפו בפעילות בקהילה
58%	71%	67%	67%	25%	16%	65%	83%	73%	67%	65%	61%	55%	33%	מתייעצות עם גורמי מקצוע במרכז תמיד או לעתים קרובות

טבלה 37: תדירות הדיווח של המטפלות לגורמי מקצוע בקהילה, בכתב ובעל-פה

מרכזים חדשים (n=15)		מרכזים ותיקים (n=41)		כלל המרכזים (n=56)		תדירות הדיווח
דיווח בכתב	דיווח בע"פ	דיווח בכתב	דיווח בע"פ	דיווח בכתב	דיווח בע"פ	
0%	7%	0%	21%	0%	17%	שלוש-ארבע פעמים בשנה
74%	20%	48%	15%	55%	17%	לפי בקשה של הגורם בקהילה
13%	27%	28%	26%	24%	26%	לפי שיקול דעת המטפלת
13%	46%	24%	38%	21%	40%	אחר
100%	100%	100%	100%	100%	100%	סה"כ

¹²⁴ כמפורט בפרק 4, "המבנה התקציבי של המיזם".

טבלה 38: מדדים שונים של תפקוד המנהלת בנוגע לקשר עם הקהילה מנקודת מבט של המטפלות, לפי מרכז

מרכזים חדשים (n=15)						מרכזים ותיקים (n=41)							מנהלת המרכז...	
סה"כ	"רימונים" נתניה	"עלים" עפולה	"כרם" כרמיאל	"בני ציון" בני חיפה	אל"י חולון	סה"כ	"רימונים" חדרה	"ענבל" באר שבע	"מאור" קריית מלאכי	"כרם" נצרת	"זיו" צפת	"בליבו" בני ברק		אל"י לוד
חדשים	(n=4)	(n=4)	(n=3)	(n=1)	(n=3)	ותיקים	(n=6)	(n=6)	(n=8)	(n=2)	(n=5)	(n=7)		(n=7)
93%	100%	100%	100%	100%	67%	98%	100%	83%	100%	100%	100%	100%	100%	תורמת לחיזוק הקשר של המרכז עם גורמי המקצוע
100%	100%	100%	100%	100%	100%	95%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	71%	תפסת בעיני גורמי המקצוע כסמכות מקצועית בתחום

טבלה 39: תפיסת העו"סיות לחוק הנוער את הקשר עם הקהילה, לפי מרכז

מרכזים חדשים						מרכזים ותיקים							המרכז מתייחס לפניות שלד התייחסות עניינית ומקצועית	
סה"כ	"רימונים" נתניה	"עלים" עפולה	"כרם" כרמיאל	"בני ציון" בני חיפה	אל"י חולון	סה"כ	"רימונים" חדרה	"ענבל" באר שבע	"מאור" קריית גת	"כרם" נצרת	"זיו" צפת	"בליבו" בני ברק		אל"י לוד
חדשים	(n=13)	(n=15)	(n=11)	(n=9)	(n=14)	ותיקים	(n=17)	(n=11)	(n=10)	(n=21)	(n=26)	(n=9)		(n=9)
100%	100%	100%	100%	100%	100%	95%	100%	91%	100%	100%	86%	89%	100%	המרכז מוכר בקרב גורמי מקצוע אחרים ביישוב
68%	64%	50%	67%	88%	79%	84%	88%	78%	75%	81%	86%	83%	100%	מנהלת המרכז זמינה להתייעצות בכל פעם שאת זקוקה לכך
91%	83%	100%	90%	89%	91%	86%	100%	64%	100%	100%	64%	86%	100%	את מקבלת מהמרכז עדכונים שוטפים בעניין מטופלים שהפנית לטיפול
72%	90%	75%	73%	50%	64%	72%	88%	50%	82%	91%	50%	63%	78%	מדד קשר עם גורמי מקצוע בקהילה
84%	84%	81%	83%	82%	84%	84%	94%	71%	89%	93%	72%	80%	95%	

טבלה 40: מדדים בתפקוד ועדת הביצוע על פי עו"סיות לחוק הנוער, לפי מרכז

מרכזים חדשים (n=18)						מרכזים ותיקים (n=42)							ועדת הביצוע...	
סה"כ	"רימונים" נתניה	"עלים" עפולה	"כרם" כרמיאל	"בני ציון" בני חיפה	אל"י חולון-ראש"צ	סה"כ	"רימונים" חדרה	"ענבל" באר שבע	"מאור" קריית מלאכי	"כרם" נצרת	"זיו" צפת	"בליבו" בני ברק		אל"י לוד
חדשים	(n=3)	(n=4)	(n=2)	(n=2)	(n=7)	ותיקים	(n=6)	(n=2)	(n=0)	(n=11)	(n=10)	(n=6)		(n=7)
78%	100%	100%	0%	100%	71%	79%	83%	0%	-	82%	70%	100%	86%	מתקיימת בתדירות הולמת
94%	100%	100%	50%	100%	100%	85%	50%	50%	-	100%	100%	80%	86%	ניכחים בה גורמי המקצוע החיוניים דנה בתכנון, בתיאום ובקבלת החלטות על תוכניות הטיפול
94%	100%	100%	50%	100%	100%	86%	100%	0%	-	100%	90%	83%	71%	דנה בהבטחת הרצף הטיפולי בין המרכז לגורמי המקצוע ביישוב
78%	67%	100%	50%	100%	71%	86%	83%	50%	-	100%	80%	83%	86%	עוסקת בקביעת מדיניות עבודה משותפת בין המרכז ליישוב
82%	100%	75%	0%	100%	100%	68%	67%	50%	-	91%	44%	60%	71%	עוסקת במניעה תוכנית מניעה ואיתור
36%	33%	0%	50%	50%	33%	43%	50%	0%	-	73%	20%	25%	43%	מאתימה מענה טיפולי למטופל
94%	100%	100%	50%	100%	100%	83%	83%	50%	-	91%	80%	100%	71%	מסייעת בקשרי עבודה שוטפים בין המרכז לגורמי המקצוע
78%	100%	50%	50%	100%	85%	83%	100%	50%	-	100%	70%	67%	85%	
79%	88%	78%	38%	94%	83%	77%	77%	31%	-	92%	69%	75%	75%	מדד ועדת הביצוע

טבלה 41: שיעור העו"סיות לחוק הנוער שדיווחו על מספר המטופלים שהופנו לטיפול המרכז ב-90 הימים שלפני עריכת הסקר

מספר הנפגעים	כלל המרכזים (n=174)
שום נפגע	19%
2-1 נפגעים	39%
4-3 נפגעים	26%
5 נפגעים ויותר	16%
סה"כ	100%

טבלה 42: סיכום פעילות המרכזים בקהילה

מרכז	חשיפה*	עיון**	הכשרה***	סה"כ	רשויות****	אזורי*****	קהלי יעד*****
אל"י לוד	5	1	2	8	5	1	6
"בליבנו" בני ברק	7	5	21	33	10	10	15
"זיו" צפת	8	10	1	19	8	5	12
"כרם" נצרת	15	3	0	18	13	0	6
"מאור" קריית מלאכי	2	2	0	4	0	4	5
"ענבל" באר שבע	0	1	0	1	0	1	1
"רימונים" חדרה	8	15	3	26	6	6	14
סה"כ	45	37	27	109	42	27	59
אל"י חולון-ראשלי"צ	2	3	0	5	3	0	5
"בני ציון" חיפה	7	0	0	7	2	1	4
"כרם" כרמיאל	26	2	4	32	13	9	10
"עלם" עפולה	8	5	0	13	7	4	9
"רימונים" נתניה	10	9	1	20	4	5	9
סה"כ	53	19	5	77	29	19	37

* חשיפה – פעילויות שתכליתן לחשוף את המרכז בפני גורמי מקצוע בקהילה וליצור דרכי עבודה משותפות.

** עיון – פעילויות שתכליתן להעביר ידע מקצועי נקודתי מהמרכז לגורמי המקצוע בקהילה.

*** הכשרה – פעילויות שתכליתן להקנות לגורמי המקצוע בקהילה מיומנויות מקצועיות.

**** רשויות – מספר הרשויות המקומיות שבהן התקיימו הפעילויות. כל רשות נספרה פעם אחת בלבד גם אם התקיימו בה כמה פעילויות לאורך השנה.

***** אזורי – מספר הפעילויות שהתקיימו בכמה רשויות או באזור שלם.

***** קהלי יעד – מספר קהלי היעד שהשתתפו בפעילויות.

פרק 10: הערך המוסף של טיפול במרכזים בהשוואה ל"קופות הטיפול"

עד להקמת המרכזים, טיפלה המדינה בילדים נפגעי תקיפה מינית דרך "קופות טיפול"¹²⁵. כמעט שאין בנמצא נתונים מספריים שיאפשרו השוואה כלכלית "טהורה" בין מודל קופות הטיפול לבין הטיפול במסגרת המרכזים. המחקר בחן רק את מודל הטיפול במרכזים. למודל זה אמורים להיות יתרונות רבים לעומת מודל קופות הטיפול. עם זאת, רמת האפקטיביות הטיפולית של שני המודלים לא נבדקה ולא הושוותה (מחקר זה נערך בשיטת מדידה pre-post, אך ללא קבוצת ביקורת). לאור הממצאים החיוביים שהתקבלו מהכללים להערכת איכות הטיפול, אנו יכולים להניח שהטיפול במרכזים מוכיח את איכותו. פרק זה יצביע על הערך של טיפול במרכזים, כפי שהוא עולה מן המחקר המלווה את המיזם בשלוש השנים האחרונות, וינסה לאמוד את המשמעות הכלכלית של מודל המרכזים אל מול מודל קופות הטיפול.

קופות טיפול	מרכזים	
כחודש ויותר	זניח.	זמן המתנה
קושי בפיקוח	פיקוח הדוק	בקרה ופיקוח
חלק מהתקציב מממן צרכים טיפוליים אחרים של הילדים, ואין בקרה ופיקוח על אורכו.	נזקי הפגיעה המינית הם בלב הטיפול. טיפול-המשך ניתן בקהילה, והתקציב נותן מענה ליותר קטינים נפגעים.	מוקד הטיפול בהשוואה למטרות שלשמן הוקצה התקציב
מטפלים פרטיים נמנעים לעתים קרובות מעבודה עם הקהילה.	העבודה בקהילה נמצאת בלב מודל העבודה, משפרת את הטיפול ולעתים מקצרת אותו.	עבודה עם הקהילה בגישה מערכתית
מטפלים פרטיים אינם מתוגמלים על פעולות הסברה.	המרכזים מחויבים להגברת המודעות ולמניעה. השקעה במטפלים היא גם השקעה במניעה ובחינוך.	הגברת המודעות לתופעת הפגיעה המינית בקטינים ומניעתה
קשה לפקח על היקף ההדרכה וההכשרה ועל איכותן.	מחויבות לפיתוח צוות ופיקוח על כך.	הדרכה, הכשרה ופיתוח הצוות
הידע אינו נשמר במסגרת השירות הציבורי.	הידע נצבר בתוך השירות הציבורי לשם העשרה ושיפור השירות.	צבירת הידע בתוך השירות הציבורי

לסיכום, אפשר להניח שלמרכזים מטעם המיזם יש עדיפות על מודל קופות הטיפול לא רק מנקודת מבט מקצועית, אלא גם מנקודת מבט כלכלית: הטיפול מקצועי, מפקח וניתן מתוך איגום משאבים עם הקהילה – ולכן מאפשר טיפול מדויק יותר ולעתים גם חסכוני יותר. הנגשת הטיפול מאפשרת לו להתחיל במהירות וחוסכת נזקים ארוכי טווח הנגרמים מעיכוב במענה הטיפול המתרגמים לעלויות כלכליות עתידיות גבוהות ביותר.

¹²⁵ "קופות טיפול" הוא תקציב העומד לרשות מחלקות הרווחה ברשויות המקומיות לטיפול בילדים ובני נוער נפגעים מינית. התשלום מועבר למטפלים העצמאיים שאליהם מופנים הנפגעים. המטפלים מקבלים את שכרם מהרשות המקומית, והמימון מתחלק בין משרד הרווחה (75%) לבין הרשויות המקומיות (25%). דרך זו משמשת גם היום במקומות שעדיין אין בהם מרכז טיפולי מטעם המיזם.

10.1 הערכת העו"סיות לחוק הנוער את העבודה במרכזים מול מודל קופות הטיפול

78% מהעו"סיות לחוק הנוער הסכימו שהטיפול במרכזים עדיף על קופות הטיפול (75% מהעו"סיות במרכזים הוותיקים ו-84% במרכזים החדשים). רבע מהעו"סיות לחוק הנוער העובדות עם המרכזים הוותיקים היו מעדיפות עבודה דרך קופות טיפול. ככל שאפשר להעריך, הסיבה להעדפה זו אינה במענה הטיפולי שמעניקים המרכזים, שכן 78% מהעו"סיות לחוק הנוער מרוצות מהשירות במרכזים, 88% מהן שבעות רצון מהמענה הטיפולי בהם, וחשוב מכך – לא נרשמו תחומים דומיננטיים שהעו"סיות לחוק הנוער מציעות לשפר בעבודה המרכזים (כ-15% טענו שאין כלל מה לשפר). אפשר אפוא לשער שהסיבה להעדפת של חלק מהעו"סיות לחוק הנוער את קופות הטיפול היא הסטנדרט הגבוה של הטיפול במרכזים דווקא, שכן סטנדרט זה דורש עבודה מערכתית ושיתוף בין המרכזים לבין הקהילה, לעומת קופות הטיפול הדורשות מהעו"סיות פחות זמן ומשאבים, וככל הנראה ישנן עו"סיות שהעומס שמטיל עליהן המודל של עבודה במרכזים גורם להן להעדיף את המודל הישן, על אף שהוא מעניק טיפול טוב פחות.

10.2 זמינות המענה הטיפולי

זמן ההמתנה במרכזים זניח. במודל קופות הטיפול יש להמתין להצעת מחיר ולאשרה – תהליך הנמשך כחודש ויותר.

מהדוח עולה שזמן ההמתנה ליצירת קשר ראשוני עם הנפגעים במרכזים קצר, ומרגע יצירת הקשר, זמן ההמתנה לתחילת טיפול כמעט זניח. לעומת זאת, במודל קופות הטיפול יש להמתין לקבלת הצעת מחיר מהמטפל ולאישור התקציב ברשות המקומות – תהליך הנמשך כחודש ויותר ומעכב את המענה הטיפולי.

10.3 בקרה ופיקוח

במרכזים מתקיימים תהליכי בקרה ופיקוח. במודל קופות הטיפול כמעט שאי אפשר לפקח על איכות הטיפול.

במודל קופות הטיפול מופנים המטופלים למטפלים עצמאיים מוסמכים, אך כמעט שאין בקרה ופיקוח של המדינה על התהליך הטיפולי. לעומת זאת, במרכזים מתקיימים כל התנאים לפיקוח ולבקרה, גם של מנהלת המרכז ושל המדריכים, גם באמצעים מובנים ומוגדרים מראש (Digital Clay, הדרכות קבועות וועדות ביצוע) וגם באמצעים בלתי פורמליים – הטיפול מתקיים במרחב פיזי משותף ונוצר בו מפגש עם המנהלת.

10.4 אורך הטיפול

המרכזים מתמקדים בטיפול בפגיעה מינית ובהשלכותיה. המשך הטיפול בנפגעים בקשיים רגשיים אחרים ניתן בקהילה. וכך, הכספים המוקצים לטיפול בפגיעה מינית משמשים יותר ילדים נפגעים לטיפולים ארוכים פחות. לעומת זאת, במודל קופות הטיפול חלק מהכספים המוקצים לטיפול בפגיעה מינית מממנים, למעשה, צרכים טיפוליים אחרים של הילדים.

ראויה לציון במיוחד האפשרות לפקח על אורך הטיפול במרכזים, בכפוף למטרות הטיפול כפי שהוגדרו במסמך היעדים של המיזם. לעומת זאת, המטפלים דרך קופות הטיפול עשויים להמשיך ולטפל בצרכים אחרים של המטופל, בתגובה לצרכים רגשיים נוספים של הילד, כמקובל בטיפול בקליניקה פרטית, לאחר שכבר התמודדו עם רוב התסמינים של הפגיעה המינית ולאחר שתפקודו השתפר. וכך, חלק מהכספים המוקצים לטיפול בפגיעה מינית מממנים, למעשה, צרכים טיפוליים אחרים. לעומת זאת, המרכזים מתמקדים בטיפול בפגיעה המינית ובהשלכותיה,¹²⁶ ועל פי עקרונות המיזם המשך הטיפול בנפגע בתחומים אחרים, אם יש בו צורך, יתקיים בקהילה. ואם כן, אפשר לשער שהכספים המוקצים לטיפול בפגיעה מינית משמשים יותר ילדים נפגעים לטיפולים ארוכים פחות.

10.5 עבודה מערכתית

בשוק הפרטי אין סטנדרטיזציה של עבודה עם הקהילה בטיפול בפגיעה מינית, ומטפלים רבים נמנעים ממנה. במרכזים הגישה המערכתית עומדת בלב המודל הטיפולי וקשרי העבודה של המרכזים עם גורמים בקהילה תורמים להצלחת הטיפול ואף עשויים לקצר אותו.

קשה לדרוש ממטפל בקופת טיפול עבודה מערכתית עם משפחת המטופל ועם גורמים בקהילה. אין סטנדרטיזציה בתחום זה, ומטפלים רבים נמנעים או מתקשים לערב את הקהילה, שכן פעולה כזאת חורגת מהשדה המוכר להם – עבודה קלינית, פנים אל פנים עם מטופל או עם הוריו – גוזלת זמן רב ודורשת שיתוף פעולה של הקהילה. לעומת זאת, במרכזים עומדת הגישה המערכתית בלב המודל הטיפולי, היא סטנדרט מובנה ומפוקח, וכבר בעת הכנת תוכנית הטיפול על המטפל במרכז להביא בחשבון את משפחת המטופל וגורמים נוספים בקהילה. מכיוון שחלק מעבודת המיזם מושתת על יצירת קשר עם הקהילה ועל חיזוק יחסי העבודה עמה, במהלך העבודה השוטפת כבר יש למטפלת שותפים בשירותי הרווחה ובמערכת החינוך, למשל. קשרי העבודה הקבועים עם הגורמים בקהילה תורמים להצלחת הטיפול ועשויים אף לקצר אותו.

10.6 חינוך והעלאת המודעות לתופעה

המרכזים מחויבים לפעילות מניעה ולפעילות להגברת המודעות לתופעת הפגיעות המיניות. ולכן כל השקעה במטפלים המעורבים בעבודה קהילתית היא גם השקעה במניעה ובחינוך. לעומת זאת, המטפלים הפרטיים בתחום אינם מתוגמלים על פעילותם להגברת המודעות לתופעת הפגיעות.

המטפל בקופות הטיפול עובד לבדו בקליניקה, ואף שרוב המטפלים הפרטיים בתחום הפגיעה המינית מחויבים ביותר מבחינה אידאולוגית למיגור התופעה ולהעלאת המודעות לתופעת הפגיעות המיניות, הם אינם מתוגמלים על פעילותם בתחום זה. לעומת זאת, המרכזים הם מרכז ידע בתחום הפגיעות המיניות, הם מחויבים להפיצו ולהגביר את המודעות לתופעה בעזרת הדרכה של אנשי מקצוע, הדרכת הורים והנחיית גורמים רלוונטיים בקהילה בתחומי הבריאות, החינוך וכד'. משום כך, כל השקעה במטפלים (ולא רק בפעילויות בקהילה "נטו") היא במובנים מסוימים גם השקעה במניעה ובחינוך.

¹²⁶ בפרק 6, "איכות המענה הטיפולי", אפשר לראות בפירוט שסיום הטיפול במרכזים מבוסס על נתונים הקשורים רובם לטיפול בפגיעה המינית.

10.7 פיתוח הצוות, תמיכה בו ושימורו

המרכזים מחויבים לתהליכי פיתוח מקצועי לצוות ומובנית בהם מערכת תמיכה במטפלים. מודל עבודה זה מיטיב עם המטפלים, ולפיכך גם עם המטופלים. במודל קופות הטיפול קשה לחייב את המטפלים בהדרכה שוטפת ובהשתלמויות מקצועיות, וקשה לפקח על כך.

במודל קופות הטיפול קשה לחייב את המטפלים בהדרכה שוטפת ובהשתלמויות מקצועיות. אפשר להניח שמטפלים רבים בקופות הטיפול מקבלים הדרכה, משתלמים ומתפתחים, כמקובל במקצוע, אך קשה מאוד לפקח על כך. לעומת זאת, המרכזים מחויבים לקיים תהליכי פיתוח מקצועי לצוות. מלבד זאת, תהליכי הדרכה פרטנית וקבוצתית תומכים ומלמדים מובנים בתוך עבודת המרכזים. טיפול בפגיעה מינית הוא עיסוק שחוק ביותר, ולעתים קרובות מתפתחת אצל המטפלים בתחום טראומה משנית הפוגעת באיכות הטיפול.¹²⁷ מודל העבודה במרכזים מספק תנאי עבודה ומנגנוני פיתוח צוות טובים יותר, המיטיבים עם המטפלים, ולפיכך גם עם המטופלים.

10.8 איסוף הידע, איגומו ושימורו בתחום הטיפול בפגיעה מינית בקטינים

עבודה במסגרת המרכזים מבטיחה שהידע יתרחב, יצטבר ויישמר בתוך השירות הציבורי ויביא לשיפור השירות.

העבודה במסגרת מרכזים מאפשרת איגום של הידע שנצבר בטיפול ובעבודה מול גורמים בקהילה והפצתו. בשלב זה הידע נצבר בתוך כל מרכז בנפרד, ויש לצפות שבעתיד תיערך יותר פעילות למידה ארצית משותפת. עבודה במסגרת המרכזים מבטיחה את שימור הידע הנצבר בתוך השירות הציבורי, הן לשם העשרה של הטיפול ושיפורו, הן לצורכי שימור הידע במרכזים בעת תחלופת צוות לאורך השנים. חשוב לציין שמכיוון שהמיזם הוא מיזם ארצי, יש יותר אפשרות להקצות משאבים גם ללמידה ולמחקר, במטרה לשפר את איכות השירות ואת איכות המענה הטיפולי. דוח זה הוא הדוגמה המובהקת לכך.

10.9 סיכום והמלצות – הערך המוסף של המיזם לעומת קופות הטיפול

- **הערכת העו"סיות לחוק הנוער את העבודה במרכזים מול מודל קופות הטיפול:** רוב העו"סיות לחוק הנוער העובדות עם המרכזים סבורות שהעבודה במסגרת המיזם עדיפה על פני קופות הטיפול, אך כ-20% מהן מעדיפות את מודל קופות הטיפול. מומלץ להמשיך ולהדק את קשרי העבודה עם העו"סיות לחוק הנוער, כדי להנגיש את המרכזים וכדי ליצור שותפות מעשית ורגשית בין המרכזים לבינן. מומלץ לבחון אם הסיבה להעדפת מודל קופות הטיפול היא העומס שמטיל מודל העבודה עם המרכזים על העו"סיות, מצד אחד, וחוסר במשאבים, מצד אחר. ואם כך, לנסות להתמודד עם נושא זה באמצעים מערכתיים.
- **הערך המוסף של טיפול במרכזים לעומת קופות הטיפול:** ההשקעה בשעת טיפול מגלמת בתוכה מענה טיפולי מהיר, מפקח ומקצועי, שמעניקה מטפלת "מוחזקת" מבחינה רגשית ומוכשרת בטיפול בפגיעה מינית.

¹²⁷ ראו, למשל, פרלמן, קי וסאקויטון, ו' (2004). "המטפל בסכנה: טראומטיזציה מכלי-שני", בתוך: הסוד ושברו סוגיות בגילוי עריות, צ' זליגמן וז' סולומון (עורכות), תל אביב: הקיבוץ המאוחד ואוניברסיטת תל אביב, עמ' 393-430.

- **הערך המוסף הכלכלי:** הרווחים מבחינת איכות השירות ואיכות המענה הטיפולי במרכזים באים לידי ביטוי לעתים גם בקיצור טיפולים. כאמור, עלות משוערת של **אי-טיפול** רגשי ונפשי בקטינים נפגעי פגיעה מינית היא יקרה ביותר (שכן היעדר טיפול מעלה את הסבירות לעבריינות, לפשיעה, לבעיות התנהגות וכו').¹²⁸ מנקודת מבט זו, המערך הכולל של טיפול מדויק ומהיר כפי שניתן במרכזים, הוא חיסכון של ממש בכסף.
- המיזם הוקם מתוך מטרה חברתית – לממש את הכרת המדינה באחריותה לשלומם של קטינים נפגעי פגיעה מינית, והוא אינו מונע משיקולים כלכליים בלבד. ואולם, נראה שיש לו עדיפות על המודל החליפי של קופות טיפול גם מהבחינה הכלכלית.

Gelles, R.J. & Perlman, S. (2012). *Estimated Annual Cost of Child Abuse and Neglect*, Chicago, Illinois¹²⁸

פרק 11: מסקנות והמלצות לקראת המעבר לאחריות משרד הרווחה

בפרק זה תוצג ההערכה של הגורמים המעורבים במיזם (מנהלות, עו"סיות מחוזיות לחוק הנוער, השותפים במיזם) באשר למוכנות המיזם למעבר לאחריות משרד הרווחה, ויוצגו **המלצות ליישום מיידי, לפני המעבר למשרד** או במהלכו. כמו כן, בסוף הפרק יוצגו המסקנות וההמלצות העיקריות שעלו מהמחקר ונוגעות להתנהלות השוטפת של המרכזים (כמה מהן כבר נכתבו בסעיף ההמלצות בסופי הפרקים הקודמים ומוצגות כאן שנית). המלצות אלו מכוונות לקובעי המדיניות במשרד הרווחה ונועדו ליישום **לאחר המעבר לאחריות המשרד**.

המעבר למשרד הרווחה – תקציר המסקנות

- כל המעורבים במיזם מעריכים שהמיזם מוכן לקראת המעבר למשרד הרווחה, ואילו במשרד הרווחה דרושות עוד הכנות לקראת קליטתו.
- מנהלות המרכזים והעו"סיות המחוזיות אינן יודעות בוודאות מה תהיינה השלכות המעבר לאחריות משרד הרווחה.
- בקרב המנהלות והעו"סיות המחוזיות לחוק הנוער שוררת אי וודאות בנוגע להעברת התקציב למרכזים למשרד הרווחה, והן חוששות מפני השלכותיה של שיטת התקצוב שתיבחר (ישירות למרכזים או דרך הרשויות) על התנהלות המרכזים ועל איכות השירות.
- המנהלות והעו"סיות המחוזיות לחוק הנוער חוששות שהאוטונומיה שלהן תיפגע ותפגע גם באיכות הטיפול.
- לפני המעבר למשרד הרווחה מומלץ להסדיר את הקשר בין המשרד למרכזים בשלושה תחומים מרכזיים: אופן העברת התקציב, גיבוש נוהלי עבודה ותיאום ציפיות.
- לאחר המעבר למשרד הרווחה מומלץ לטפל בכמה סוגיות: טיפול בשלוחות ובאוכלוסיות מיוחדות, מנגנוני פיתוח צוות, טיפול בפגיעות בבתי ספר וטיפול במתבגרים.

11.1 הערכת הגורמים המעורבים את המוכנות למעבר המיזם למשרד הרווחה

הגורמים המעורבים סבורים שהמיזם ערוך לקראת המעבר למשרד הרווחה. ואולם, משרד הרווחה טרם השלים את היערכותו לקליטת המיזם.

כל הגורמים המעורבים מעריכים שהמיזם מוכן למעבר למשרד הרווחה. **רוב מנהלות המרכזים** רואות במעבר למשרד הרווחה צעד חשוב – המדינה מקבלת אחריות לנושא הטיפול בפגיעות מיניות בקטינים ומבטיחה את קיומו של השירות לאורך שנים. המנהלות סבורות שהמרכזים מוכנים למעבר מבחינה מקצועית, וכולן מעוניינות לגשת למרכז של משרד הרווחה להפעלת המרכז ולזכות בו. חלקן הביעו אופטימיות וביטחון בכך שבעתיד תסייע להן העמותה המפעילה את המרכז שבניהולן להתמודד, ואף תתמודד בעצמה עם דרישות שיופנו אליהן מצד משרד הרווחה. גם רבות מהעו"סיות המחוזיות לחוק הנוער חושבות שהמרכזים מוכנים למעבר בזכות המקצועיות שלהם והגיבוי המנהלי שהם מקבלים מהגופים המפעילים (לחלקם יש ניסיון רב בעבודה כספקי שירותים למשרד הרווחה). להערכת **נציגי קרן רש"י**, המיזם מוכן היטב למעבר ויש לו מסמך עבודה, מודל

עבודה, מרכזים פועלים ועוד. נציגי הקרן הביעו תקווה שהמעבר יבטיח את ההמשכיות של המיזם, ושמשד הרווחה ידע לשמור על צביונו הייחודי, לרבות הגמישות הנדרשת להפעלתו.

כמה מהגורמים הביעו חשש שמשד הרווחה טרם השלים את ההיערכות לקראת קליטת המיזם. לדברי העו"סית הארצית לחוק הנוער, הממונה מטעם משד הרווחה על המרכזים, למרות ההיערכות המוקדמת של המשד והפעולות הרבות שבוצעו בנושא, הקמת המערך שאמור לתמוך במעבר למשד הרווחה עדיין לא הושלמה, ויש להסדירו בכמה תחומים: (א) **מפקח/ת ארצית** – גובשה הגדרת התפקיד ופורסם מכרז, אך טרם מונה אדם שימלא את התפקיד. (ב) **מודל תעריפי** – טרם גובש. (ג) **אבטחת מידע** – ספק אמור להיבחר בזמן הקרוב. (ד) **הקצאה תקציבית** – משום שהבחירות לכנסת הוקדמו, לא אושר תקציב המדינה לשנת 2013, וממילא לא אושר תקציב למיזם. לפיכך התקבלה החלטה שהקרנות ימשיכו לממן את המיזם עד יולי 2013. (ה) **מכרזים לגופים המפעילים** – המכרזים כבר מוכנים, אך טרם יצאו אל הפועל משום שתקציב המדינה לא אושר. (ו) **פיקוח על המיזם וניהולו** – העו"סיות המחוזיות נכנסו לתפקיד לפני כשנה. טרם נבחרה מפקחת ארצית לריכוז עבודת העו"סיות המחוזיות. כמו כן, יהיה פיקוח מלווה לכל מרכז. גם הערכתם של **נציגות הקרנות** ושל **סגן מנהלת האגף לשירותי תקון** מחזקת את התחושה שהאתגר המרכזי בקליטת המיזם עומד לפתחו של משד הרווחה, שכן המיזם ערוך למעבר. לדבריהם, להלכה המשד ערוך, אך למעשה יש עוד כמה פעולות שיש להשלים.

למרות זאת, נראה שהגורמים המעורבים במיזם והמלווים אותו במשד הרווחה עושים מאמץ "להכין את השטח" לקליטתו. למשל, סגן מנהלת האגף לשירותי תקון אומר: "אנחנו [במשד הרווחה] צריכים לגלות גמישות ולהיות קשובים ולא לכפות על הגופים לעשות כמונו ולהיות כמונו. הבנתי שאם אני בא בגישה פטרונית ושם את הגישה שלי כדבר בלעדי הסיכויים שלי להצליח פוחתים". גם **המפקחת הארצית** ציינה שניסתה להתאים את התרבות הארגונית של המשד כדי ליצור תנאים למעבר קל וחלק יותר. היא מרגישה שהעמיתים במשד נותנים עדיפות למיזם, ושהמשד מחויב לקרנות ורוצה להוכיח להן שהוא עומד בהתחייבויותיו.

מסקנות: כל הגורמים סבורים שהמיזם מוכן לעבור למשד הרווחה, אך אינם משוכנעים שמשד הרווחה השלים את ההכנות לקלוט אותו. עם זאת, נעשות הכנות לקליטת המיזם מצד "גורמים מתווכים" במשד המכירים את המיזם ומעוניינים בהצלחתו.

11.2 חששות לקראת המעבר למשד הרווחה

בשלב זה שורר חוסר ודאות בנוגע להשלכות המעבר למשד הרווחה על מנהלות המרכזים ועל העו"סיות המחוזיות לחוק הנוער.

הגורמים המלווים את המיזם הביעו חשש בנוגע לכמה נושאים שטרם הוסדרו:

א. מנהלות המרכזים הביעו חשש מפני **פגיעה באוטונומיה** שלהן ובחירותן להחליט החלטות מקצועיות. עיקר החשש הוא מהתערבות בסוגיות של "חופש טיפולי"¹²⁹. גם העו"סיות לחוק הנוער הביעו חשש מפגיעה באוטונומיה שלהן להמשיך ולאשר הארכה של טיפול ליותר מחצי שנה מסיבות תקציביות.

¹²⁹ כגון ההחלטה על תוכנית טיפול, קביעת משך טיפול, אישור של מקרים חריגים לטיפול, בחירת מטפלים ועוד.

ב. **המסגרת הניהולית** של המיזם היום ברורה למנהלות, והן מקבלות תמיכה משמעותית ממנהלת המיזם. לכמה מהן לא ברור מי ינהל את המיזם בעתיד, מה יהיו סמכויותיו, מה תהיה מידת מעורבותו בסוגיות טיפוליות מקצועיות, מה יהיו מנגנוני הבקרה שיפעיל ועוד.

החששות נוגעים לשינויים בסדרי העבודה המוצלחים הנוהגים כיום בשל המעבר לפיקוח משרד ממשלתי, וניכרת דאגה שהבירוקרטיה תגרום לפגיעה באיכות הטיפול ובאיכות השירות.

ג. מנהלות חוששות שהמרכז עצמו יצטרך לדאוג **להעברת התשלום** על השירות מהרשויות (ה"הועדות"). לדבריהן, מדובר בעיסוק שיקשה על התנהלותן. אחת המנהלות אף ציינה בחשש שרשויות חלשות שיידרשו לשלם תמורת השירות עלולות שלא להפנות למרכז כל ילד שזקוק לו. גם **העו"סיות המחוזיות לחוק הנוער** חוששות **מאופן הקצאת התקציב** למרכז, שכן לדברי כמה מהן, לא ברור מניין הוא יגיע – אם המשרד יעביר אותו למרכזים או לרשויות, ואם הרשויות יצטרכו לשלם 25% מעלות הטיפול מתקציבן או שהתשלום כולו יחול על המשרד. מצד אחד, הן חוששות שאם הרשויות המקומיות יעבירו את התשלום באמצעות הועדות, יתקשו המרכזים לגבות את הכסף ותפקודם יפגע. מצד אחר, אם התשלום יועבר מהמשרד ישירות למרכזים, הוא עלול להיות חשוף לקיצוצים תקציביים מעת לעת ולבירוקרטיה שעלולה לעכב את התשלומים. נראה שלכל אחת מהשיטות יתרונות וחסרונות, ועם זאת, סוגיה זו לא העסיקה את המנהלות עד היום, כל עוד המיזם מומן על ידי הביטוח הלאומי וקרן רש"י. **נציגות הקרנות** ציינו שנקבע מודל תקציבי ברור; משרד הרווחה היה שותף לקביעתו והוא מחויב ליישם אותו בעתיד, אך גם הן חוששות מקשיים תקציביים ומעיקובים בהעברת התשלום לרשויות.

ד. כמה מהמנהלות חוששות שהמעבר למשרד הרווחה יגרור **נוקשות וביורוקרטיה** ביישום של קריטריונים ונהלים.¹³⁰ כמה מהן הביעו תחושה כללית שבשל הנוקשות המאפיינת את משרדי ממשלה יראה המשרד בכל המרכזים מקשה אחת, ובכך תיפגע ההתנהלות הייחודית של כל מרכז ויכולתו לתת מענה המותאם לאוכלוסייה שהוא משרת.¹³¹ גם **נציגי קרן רש"י** חוששים שההתנהלות תהיה בירוקרטית יותר וזמן התגובה והעברת התקציב למרכזים יהיו ארוכים יותר.

מנהלות הסבורות שהגוף המפעיל של המרכז חזק ומנוסה בעבודה מול משרד הרווחה חוששות פחות מהשלכות המעבר בהשוואה למנהלות אחרות.

ה. לחלק מהעו"סיות **לחוק הנוער** לא ברור אם **אופן הפנייה למרכזים** בעתיד יחייב פנייה לרווחה או שיהיה אפשר לפנות גם ישירות למרכז, כפי שנהוג היום. כמו כן, לא ברור אם תינתן למטופלי רווחה עדיפות בטיפול על פני כלל האוכלוסייה. לסוגיה זו עשויות להיות השלכות רבות על המרכזים, מפני שעבודה עם אוכלוסיות רווחה בלבד היא קשה ושוחקת יותר מעבודה עם אוכלוסייה נורמטיבית.

¹³⁰ למשל, ידוע שחלק מהמטפלות הוותיקות במרכזים אינן עומדות בקריטריונים של המיזם מבחינת השכלה, אף שיש להן ניסיון רב והן הוכיחו את עצמן בטיפול בנפגעים. אחת המנהלות אמרה שהיא "חוששת שעובדות טובות ומנוסות יפלו" כי הן לא עומדות בסטנדרטים. הם [משרד הרווחה] לא מספיק גמישים כדי לתת לנו אישור בכתב".

¹³¹ למשל, מנהלת מרכז "בליבנו" בבני ברק ציינה שהיא חוששת שהמרכז יאלץ לקלוט לטיפול אוכלוסייה חילונית, דרישה שלדבריה, עשויה להרוס את כל מה שנבנה עד כה. מנהלת מרכז "ענבל" בבאר שבע ציינה שהיא חוששת שלא תהיה התחשבות בצרכים הייחודיים של המרכז המטפל באוכלוסייה בדואית ובאוכלוסייה בעלת שיעור גבוה של מטופלי רווחה בפיזור גאוגרפי גדול. מנהל מרכז "זיו" צפת ציין שהוא חושש שמשרד הרווחה לא יתאים את עצמו מספיק לעבודה משותפת עם ארגון כמו בית החולים בכלל ועם מחלקת בריאות הנפש שם בפרט. מנהלת המרכז "כרם" כרמיאל ציינה שצריך להביא בחשבון שהמרכז שלה עדיין בהקמה ושהוא אחראי לשטח גאוגרפי רחב יחסית.

ו. נציגות הקרנות חוששות מהיעדר "בעלות" ברורה על המיזם במשרד הרווחה.

ז. נציגי הקרנות חוששים מחוסר תאימות בין מערכות המידע במשרד הרווחה לבין מערכת המידע במיזם, שהושקע בה כסף רב.

מסקנות: המנהלות מקבלות מסרים מרגיעים מהמיזם, והעיקרי שבהם הוא שהעבודה המקצועית לא תשתנה, ועיקר השינוי יהיה שינוי טכני ויהיה קשור בעבודה של הגוף המפעיל עם המשרד. עם זאת, ניכר שמנהלות המרכזים והעו"סיות המחוזיות לחוק הנוער היו רוצות לקבל תמונה ברורה יותר של דרך העבודה בעתיד. כל הגורמים חשים חוסר ודאות מסוים באשר למשמעות המעבר של המיזם למשרד הרווחה. עם זאת, מנהלות שמרגישות שהגוף המפעיל של המרכז שבניהולן חזק ומנוסה בעבודה מול משרד הרווחה חוששות פחות מהשלכות המעבר בהשוואה למנהלות אחרות. כל החששות נוגעים לשינויים בסדרי עבודה מוצלחים הנהוגים כיום ומבטאים דאגה שבירוקרטיה תגרום לפגיעה באיכות הטיפול ובאיכות השירות. כל הגורמים חוששים מהשינוי בדרך העברת התקציבים למרכזים, ונראה שמדובר בחשש מבוסס, שכן חלק מנציגי משרד הרווחה מעידים שהעבודה עם תקציבים במשרד נוקשה יותר ושיהיה צורך לפעול על פי "מרשם" קבוע, בלי הגמישות הקיימת כיום במיזם.

11.3 המלצות להסדרה לקראת המעבר למשרד הרווחה

לקראת המעבר למשרד הרווחה, מומלץ לפעול בשלושה תחומים: תיאום בתחום התקציבי, גיבוש נוהלי העבודה של המיזם עם המשרד, ותיאום ציפיות בנושאים מקצועיים.

אין ספק שהתרבות הארגונית במשרד ממשלתי שונה מזו שבקרנות ובארגונים ללא כוונת רווח. כדי שמעבר המיזם למשרד הרווחה יהיה חלק ככל האפשר, וכדי שהמיזם יוכל לשמור על אופיו הייחודי, מומלץ לנסות לשמור על מאפייניו הייחודיים כבר בתהליך המעבר, ולהציב לפני פקידי המשרד נורמה המגדירה שהמיזם זקוק ליותר גמישות ולראייה מורכבת יותר של המציאות משירותים אחרים. לשם כך, מומלץ –

א. להסכים על קווים מנחים לפעולת המרכזים, ולשמור עליהם גם לאחר המעבר.

ב. ליצור מסגרות שיחשפו את פקידי המשרד למיזם ולאופן עבודתו (למשל, הצגה של עיקרי הדוח במשרד הרווחה, פגישה עם מנהלת המיזם, פגישה עם מנהלות מרכזים וכד').

מדברי השותפים ומהעבודה המחקרית עולות כמה וכמה סוגיות והמלצות שכדאי ליישמן עוד לפני המעבר למשרד הרווחה. ההמלצות נחלקות לשלושה תחומים: המלצות תקציביות, המלצות בנוגע לגיבוש נוהלי העבודה של המרכזים עם משרד הרווחה, והמלצות בתחום תיאום הציפיות.

המלצות תקציביות:

בתחום התקציבי, מומלץ לגבש נוהלי עבודה תקציביים ולקיים חפיפה בין מנהלי המיזם כיום לבין האחראים העתידיים עליו במשרד הרווחה.

- **גיבוש נוהלי עבודה תקציביים:** מומלץ לגבש כבר היום נוהל ברור באשר למועד העברת התקציב מהמשרד לגופים המפעילים ולאופן העברתו. למשרד הרווחה יש ניסיון רב בהעברת תקציבים לשירותים מופרטים ואפשר להפיק לקחים מהניסיון שנצבר בעניין זה. כמו כן, חשוב

לשתף את מנהלי המחלקות לשירותים חברתיים, כדי שיהיו שותפים בתהליך. חשוב לוודא שכל יחידות המשרד יודעות לעבוד לפי התעריף.

- **חפיפה בין מנהלת המיזם והחשב של המיזם לבין משרד הרווחה לצורך למידה של המודל התקציבי הנוכחי**: חשוב שתתקיים חפיפה מסודרת בת כמה חודשים בין מנהלת המיזם והחשב שלו לבין המפקחת הארצית העתידית על השירות, כדי להבטיח שהידע שנצבר במיזם והלקחים שהופקו לא יאבדו. כמו כן, מומלץ לדבוק במודל התקציבי שפותח עם ראשי משרד הרווחה וכבר הוכיח את עצמו.

המלצות בנוגע לגיבוש נוהלי עבודה מקצועיים עתידיים:

בתחום גיבוש נוהלי העבודה של המרכזים והמשרד, מומלץ להגדיר את תפקידי העו"סיות המחוזיות; להגדיר את אופי הפיקוח על המרכזים, ולשמור על גמישות המיזם, בין השאר בתחום העסקת מטפלות מתאימות שאינן עומדות בסטנדרט. כן מומלץ לדייק את הגדרת חלקם של משרדי החינוך והבריאות במיזם.

- **גיבוש נוהלי עבודה**: עוד לפני המעבר למשרד הרווחה מומלץ לגבש את נוהלי העבודה של המרכזים עם משרד הרווחה ועם המחלקות לשירותים חברתיים, ולהסדיר סוגיות מרכזיות, כגון ממשקים ותהליכי עבודה, אופן הפנייה למרכז ומעקב אחר פניות למרכז. מומלץ שהנהלים הראשוניים ינוסחו על בסיס הידע שנצבר ויעודכנו בעתיד על פי המציאות בשטח. לשם כך, מומלץ להבנות תהליך של מסירת מידע אמין ומסודר בנוגע לעבודה עם המרכזים לכל מנהלי המחלקות לשירותים חברתיים, לעו"סיות המחוזיות ולעו"סיות לחוק הנוער ברשויות.
- **הגדרת תפקידי העו"סיות המחוזיות לחוק הנוער לאחר המעבר**: רוב העו"סיות המחוזיות לחוק הנוער ציינו שהן אינן מבינות לגמרי את התפקיד שיצטרכו למלא לאחר המעבר של המיזם למשרד הרווחה. על בסיס הידע שנצבר, מומלץ להגדיר בבירור את תפקיד הפיקוח על המרכזים, הן מבחינה תקציבית, הן מבחינה מקצועית, הן מבחינה ארגונית.
- **שמירה על גמישות המנגנון**: כל הגורמים הביעו חשש שבמעבר מפרויקט ייחודי לשירות ממלכתי טמון סיכון שהשירות ייעשה נוקשה יותר, ולכן צריך להתמקד לא רק ביצירת מנגנוני פיקוח אלא גם בבניית מנגנונים מקצועיים שיאפשרו שינוי וחדשנות. אף שגם שירותים אחרים של המשרד פועלים במודל של פיקוח ארצי, ניכר שהעו"סיות המחוזיות רואות במיזם זה שירות ייחודי וסבורות שיש להסביר זאת גם לבעלי התפקידים הרלוונטיים במשרד. מומלץ להקים צוות חשיבה של כל השותפים שיסייע למשרד להתגבר על התפיסות הנוקשות ויאפשר לו לקלוט גוף הפועל בדרך גמישה יחסית.
- **שמירת הגמישות של המרכזים בנושא הדיווח לרשויות הרווחה**: כאמור, אין סטנדרט אחיד וברור לדיווח של המרכזים לרשויות. רוב המרכזים ביססו נוהלי עבודה דומים מתוך הצרכים בשטח – טיפולים מורכבים הדורשים עבודה רב-מערכתית "זוכים" לדיווח אינטנסיבי יותר, וטיפולים פשוטים יותר, במשפחות שאינן מוכרות לרווחה, מדווחים פחות, אם בכלל. מומלץ להשאיר בידי המרכזים את הגמישות בדיווח, להוציא מקרים שבהם שירות רווחה זקוק לדיווח מפורט יותר כדי לשתף פעולה. במקרים כאלה אפשר להיעזר במנגנון הפיקוח העומד להיכנס

לתוקף עם המעבר למשרד הרווחה ולגבש סטנדרט דיווח מחייב של מרכז מסוים לשירות רווחה מסוים.

• **הגדרת אחריות משרד החינוך ומשרד הבריאות במיזם:** מאז 1999 פועל משרד החינוך בכמה חזיתות לטיפול בפגיעה מינית בתוך בתי הספר.¹³² מומלץ לחדד את הגדרת הקשרים בין משרד החינוך לבין המיזם, להגדירו הגדרה מחייבת יותר ולפעול לאגם כוחות. כך גם בעניין שיתוף הפעולה עם משרד הבריאות.

• **מטפלות שאינן עומדות בקריטריונים:** מומלץ להגיע להסדר שיאפשר את המשך ההעסקה של המטפלות הוותיקות שאינן עומדות בכמה מהקריטריונים של המיזם, אך ראויות לשמש מטפלות בו בשל היכולות והניסיון שצברו ("דור המדברי").¹³³

המלצות לתיאום הציפיות:

בתחום תיאום הציפיות, מומלץ להבהיר להנהלת המשרד את צרכי המיזם הייחודיים ואת הרלוונטיות שלהם לאיכות השירות הניתן במיזם.

• **הכנת העמותות המפעילות את המרכזים לקראת המעבר למשרד הרווחה:** כמה מהעמותות מכירות את העבודה עם משרד הרווחה, ולכן יהיה קל יותר להסתגל למעבר, ואילו לאחרות יהיה בוודאי קשה קצת יותר. מומלץ להכין את הגופים המפעילים למעבר למשרד, גם באמצעות מתן מידע,¹³⁴ וגם באמצעות תהליכי חשיבה משותפים שיגדירו למה זקוקים משרד הרווחה והגופים המפעילים כדי שהקליטה למשרד תהיה טובה יותר.

• **הסברה ודיאלוג עם הנהלת משרד הרווחה בנוגע למענה הייחודי של המיזם וצרכי הייחודיים:** מומלץ להיפגש עם הדרגים הרלוונטיים במשרד ולהבהיר להם את חשיבות המיזם, את ייחודו ואת הישגיו בתחום מתן מענה טיפולי מקצועי לקטינים נפגעים מינית, שעד לפני שנים מספר לא היו מטופלים כראוי. אפשר לצפות שתהליכי ההסברה האלה ישכנעו את המשרד לשמור על הגמישות הנחוצה למרכזים. למשל, עם השנים נבנתה במיזם שפה תקציבית ייחודית; מונחים כגון "אחזקת מבנה", "60% טיפול ו-40% משימות מעטפת", "3,000 שעות בשנה" ועוד, כבר שגורים בפייהם של נציגי הגופים השותפים במיזם ומנהלי העמותות המפעילות, וכדאי להרחיב את השימוש בשפה זו גם בקרב הגורמים הרלוונטיים במשרד הרווחה.

11.4 המלצות להסדרה לאחר המעבר למשרד הרווחה

למיזם שתי חולשות מבניות: העבודה בשלוחות והטיפול באוכלוסיות הייחודיות. המענה הטיפולי בתחומים אלו טוב אבסולוטית, אך טוב פחות טוב מהטיפול במרכזים.

¹³² וראו נספח המפרט את היערכות מערכת החינוך לטיפול בפגיעה מינית בתלמידים ובין תלמידים.

¹³³ הדוגמה הבולטת לכך היא מנהלת המרכז בבני ברק. היא אינה עומדת בקריטריונים, אך יכולתיה המקצועיות אינן מוטלות בספק.

¹³⁴ כפי שעשתה למשל העו"סית הארצית כשנפגשה עם מנהלי העמותות והסבירה להם את משמעות המעבר למשרד הרווחה, למשל, את חשיבות הדיווח בזמן ואת ההקפדה על נוהלי המשרד, וכן דנה בהיבט הפיקוח, שלא היה קיים במרכזים עד כה. דוגמה נוספת מפורטת בהרחבה בפרק 6, "איכות המענה הטיפולי" – תוכניות ההכשרה של המטפלים בהבעה ויצירה אינן עומדות בקריטריונים של המיזם, אך שירותיהם במרכזים חשובים לשם טיפול בלתי מילולי בפגיעה מינית.

למיזם חולשה מבנית מרכזית: העבודה בשלוחות. אף על פי שהמענה הטיפולי שהמיזם נותן בתחומים אלו טוב באופן אבסולוטי ועומד בסטנדרטים כלליים של טיפול, הוא נופל מזה הניתן ברוב המרכזים ומזה שמקבלת האוכלוסייה הכללית במיזם. כיום השירות בשלוחות מונגש "על חשבון" איכות וזמינות. מדובר בסוגיה מערכתיות ברמה ארצית, והמענה לה צריך להיות גם הוא כלל-ארצי ולא פרטני. להלן ההמלצות לטיפול בנושא זה ובעוד כמה נושאים חשובים שעלו מן המחקר.¹³⁵ עם הנושאים האלה מומלץ להתמודד לאחר המעבר למשרד הרווחה.

- **שיפור איכות השירות בשלוחות:** כדי לשפר את השירות בשלוחות, מומלץ לאפשר תגמול גבוה יותר למטפלות בשלוחות ולדאוג שהן לא יועסקו על פי שעות (פרילנס) אלא במשרה. רצוי שהמטפלות במרכזים הן שיעבדו גם בשלוחות, וכך קורה לעתים כבר היום. אין לוותר בשום אופן על הקשר של המטפלות בשלוחות עם המרכז, ועליהן להשתתף בהדרכה ובישיבות צוות. אם אין אפשרות לצרף אותן לצוות המרכזים, מומלץ למנות בעל תפקיד שיהיה אחראי לריכוז השלוחות וידאג להשתלמויות ייעודיות, להדרכה וכו'. בשיתוף המטפלות בשלוחות מומלץ לגבש קריטריוני-סף להקמת שלוחה (סוג המבנה, מיקומו, שעות פעילות השלוחה וכד'), ומומלץ שהאחראי לתחום זה יסייע למנהלות המרכזים להקים את השלוחות ולהקפיד על הקריטריונים הללו.

מומלץ למנות בעל תפקיד שיהיה אחראי לאיתור מטפלים מאוכלוסיות ייחודיות ועל גיוסם, עוד בזמן לימודים, וכן ירכז את השירות ואת הטיפול בשלוחות על כל היבטיהן. בעל תפקיד זה נדרש לחשיבה יצירתית כדי לפתור קשיים אמיתיים הנובעים מהשטח ולא מבעיות ניהול.

- **הכנת עתודות של מטפלים לטיפול באוכלוסיות ייחודיות:** מומלץ למנות בעל תפקיד שיהיה אחראי על איתור מטפלים מתאימים לאוכלוסיות ייחודיות, לעידוד סטודנטים מתאימים להתמחות בטיפול בפגיעות מיניות בילדים, לסיוע בהכשרתם ובגיוסם לעבודה במרכזים, כמומלץ בפירוט בפרק 7, "איכות השירות".

מומלץ לגבש מענה מיוחד לפגיעות המרובות המתרחשות במוסדות חינוך.

- **טיפול בפגיעות במוסדות חינוך:** מן המחקר עלה ש-17% מהפונים למיזם נפגעו במוסד חינוכי. הנתון הזה מזעזע, שכן מדובר בפגיעה המתרחשת במוסדות שבאחריות המדינה.¹³⁶ מומלץ להעמיק את הבירור בנוגע לפגיעות אלו, ולבנות תוכניות ממוקדת למוגנות בתוך בתי הספר.¹³⁷ בשיתוף משרד החינוך.

מומלץ לנסות להרחיב את פניית המתבגרים למיזם.

¹³⁵ בסוף כל פרק במחקר מופיע סעיף המלצות. הדברים שלהלן אינם חוזרים בדיוק על ההמלצות המיוחדות הנוגעות לכל נושא במחקר, אלא מבקשים להתמקד בכמה נושאים עקרוניים, חשובים ובלטים לדעתם של הגורמים המעורבים (מטפלות, מנהלות, עו"סיות ושותפים) ולדעתה של כותבת הדוח (המתכללת).

¹³⁶ שאחראית גם על המיזם ושלקחה על עצמה אחריות לקטינים נפגעי תקיפה מינית, כמפורט גם בפרק 5 "נתונים כלליים על המיזם".

¹³⁷ בנספח המפרט את היערכות מערכת החינוך לטיפול בפגיעה מינית בתלמידים ובין תלמידים עולה התייחסות לנושא. כמו כן, בין השנים 2005 ל-2011 חלה ירידה משמעותית במספר התיקים שנפתחו לקטינים בגין עבירות מין במוסדות חינוך, מ-305 תיקים בשנת 2005 ל-185 תיקים בשנת 2011. למרות זאת מדובר בילדים רבים שעודם נפגעים בתוך מערכת החינוך.

- **הרחבת המענה למתבגרים:** קבוצת הגיל +15 ממעטת לפנות למיזם – רק שיטת מהפונים שייכים לקבוצה זו. מומלץ מאוד לבדוק מדוע אוכלוסייה זו אינה פונה למיזם, ואם אפשר לעודד את פנייתה.

מומלץ לגבש דרכי טיפול ייחודיות מותאמות לטיפול בהמנעות תודעתית.

- **טיפול בהימנעות תודעתית:** מן המחקר עלתה באופן חד-משמעי החשיבות של טיפול בהימנעות תודעתית. הימנעות תודעתית היא תסמין מרכזי של כ-20% מהפונים למיזם ומופיעה בכמה קבוצות גיל, בשני המגדרים ובכל סוגי הפגיעות. בעזרת חשיבה משותפת של מטפלות ומנהלות, ומתוך הסתמכות על ספרות מקצועיות רלוונטיות, מומלץ לגבש דרכי טיפול מותאמות לגיל ולמצב המטופל כדי להתמודד עם תסמין זה בדרכים התנהגותיות-קוגניטיביות ואחרות. שיפור בתסמין זה עשוי לשפר את מצבם של אחוז גדול מהמטופלים במיזם.

בתחום התקציבי, מומלץ לבחון אפשרות לשיפור פרוגרסיבי של תנאי השכר של המטפלות. כמו כן, מומלץ לבחון תקצוב של שעות העבודה של צוותי המרכזים בקהילה.

- **סטנדרטיזציה של הדרכה פרטנית למטפלות והקפדה עליה:** המיזם מאפשר למנהלות "לשחק" עם התקציב ולבחור את סוג ההדרכה שיקבלו המטפלות, ובין היתר, לבחור אם מטפלת תודרך הדרכה פרטנית או קבוצתית. בעקבות זאת, במרכזים אחדים לא כל המטפלות מקבלות הדרכה פרטנית.¹³⁸ מבחינה מקצועית, לא סביר שמטפלת בפגיעות מיניות בקטינים – ותיקה כחדשה – לא תודרך לפחות אחת לשבועיים הדרכה פרטנית. לפיכך, מומלץ לצמצם את הגמישות של המנהלות בתחום זה ולחייב את המרכזים לתת הדרכה פרטנית מחד גיסא, ואת המטפלות להשתתף בה מאידך גיסא.

מומלץ להקפיד על הדרכה פרטנית לפחות אחת לשבועיים, גם למטפלות המועסקות על פי שעות (פרילנס).

- **שיפור תנאי השכר והעבודה של המטפלות:** מומלץ לנסות ולשפר את השכר ואת תנאי העבודה של המטפלות במיזם כדי לייצר אופק התקדמות וכדי לעודד מטפלות ותיקות להישאר במרכזים. לשם כך, מומלץ לערוך תחשיב כלכלי שילמד מהי ההשקעה הכלכלית בהכשרה ובהתמקצעות של מטפלת במרכזים, ויבחן אם יש תועלת כלכלית בהעלאת שכר למטפלת ותיקה, לעומת עזיבתה והכשרה של מטפלת חדשה במקומה. מומלץ להעביר את תוצאות התחשיב לגופים המפעילים, האחראים לקביעת שכר המטפלות.
- **תקצוב שעות העבודה בקהילה:** במתכונת התקצוב הנוכחית, הפעילויות של המנהלות בקהילה (ובראשן ועדות ביצוע) אינן נמדדות בשעות – שלא כמו שעות הטיפול. משום כך, המנהלות חשות שלא מתקבלת תמונה שלמה של שעות העבודה של המרכז. גם תפקיד יושב ראש ועדת הביצוע אינו מוגדר ולא מוקצות לו שעות. חשוב לציין שניכר פער בין תפיסת הנהלת המיזם את שעות העבודה הקהילתית – שהן חלק ממכלול העיסוק של המנהלות, לבין תפיסת המנהלות

¹³⁸ אין זה נדיר כי שירות שאינו נהנה מעודף כסף מוצא עצמו חוסך במנגנוני פיתוח הצוות ובתגמול שלו, בשל תחושה ש"אין מאיפה לקחת" מול המצוקה הקשה של האוכלוסייה המטופלת. זאת, על אף החשיבות הרבה שנותנת המנהלות לרווחת הצוותים שלהן.

עצמן – המבקשות לכמת את העבודה הזאת. נראה שנושא זה מעורר מחלוקת, מכיוון שהעבודה בקהילה קשה ומצריכה משאבי זמן ומשאבים רגשיים רבים, ועל פי תחושת המנהלות, אינה זוכה בהכרה מספקת.

לסיכום: מן המחקר המלווה את המיזם בשלוש השנים האחרונות עולה שמדובר במפגן מרשים ביותר של שיתוף פעולה בין המגזר השלישי למדינה. תהליך הבנייה של המיזם היה ייחודי ויצר מודל של שיתוף פעולה ענייני המציב לנגד עיניו כל העת את הקטינים הנפגעים. המיזם מעניק טיפול טוב מאוד בפגיעה מינית, שומר על סטנדרט גבוה של שירות, אגב פיקוח על המטפלים מחד גיסא וטיפולם מאידך גיסא. סטנדרט הניהול של המיזם גבוה ביותר והמנהלות בו מציגות יכולות ניהול מעולות בתחומים מגוונים. יישום ההמלצות שנועדו לסייע למיזם לעבור למשרד הרווחה בדרך הטובה ביותר, ויישום ההמלצות הנגזרות מביצועי המיזם ומקשייו יבטיחו את קיומו של השירות האיכותי החשוב הזה ואת שיפורו.

אחרית דבר: לקראת מחקר עתידי

כצפוי מעבודה עם מסד נתונים רחב, כמו במחקר הזה, רק חלק מהמידע שנאסף במחקר בא לידי ביטוי בדוח זה, ושאלות רבות שעלו ממנו לא נענו כאן. במחקר המשך המתבסס על הנתונים הקיימים ומרחיב אותם ראוי לתת את הדעת לכמה נושאים:

בתחום הטיפול בקטינים נפגעים מינית – מן המחקר נתון בולט שמצביע שהימנעות תודעתית היא תסמין המאפיין אוכלוסיות רבות של קטינים נפגעים. בדוח הומלץ להקדיש תשומת לב טיפולית מיוחדת לטיפול בתסמין ה, שכן שיעור המטופלים שירוויחו מכך גדול במיוחד. אם תתקבל ההמלצה הזאת, מומלץ לערוך מחקר מלווה שיבחן את התמודדות המרכזים עם התסמין ואת השינוי שחל בעמידותו ובמצבם של המטופלים. מחקר כזה יכול להיות תרומה של ממש לשדה הטיפולי.

עוד בתחום הטיפול, עולה מהמחקר שמטופלים בעלי נתונים "יבשים" דומים (סוג פגיעה, היקף וכו') נחלקים לשתי קבוצות: **יש המקבלים טיפול קצר יותר, ואילו אחרים נזקקים לטיפול ארוך מאוד**. מומלץ לקיים מחקר המשך שישווה בין שתי הקבוצות האלה ויבחן את הגורמים המשפיעים על אורך הטיפולים ושאל אם אפשר לצמצם את הפער הזה.¹³⁹

מן הנתונים עולה שטיפול בפגיעה של אח נוטה להתארך מאוד. ככלל, תחום הטיפול בגילוי עריות בין אחים לא נחקר דיו ומסד נתונים זה עשוי לסייע להבנת פגיעה זו ולשפר את הטיפול בה. מומלץ לערוך מחקר המשך שיבחן את הגורמים המשפיעים על אורך הטיפול בפגיעה בין אחים.

מן הנתונים עולה שטיפול בחשיפה לפורנוגרפיה ארוך ביותר. עורכת המחקר משערת שיתכן שמדובר בסוג של פגיעה מתמשכת. בשל אורך הטיפולים מצד אחד, ושכיחות התופעה מצד אחר, מומלץ מאוד להמשיך ולחקור את השלכותיה של פגיעה זו.

בתחום שכר המטפלות, כדי לבחון אם יש תועלת כלכלית בהעלאת השכר למטפלות הוותיקות. מומלץ לערוך תחשיב כלכלי שישווה את ההשקעה הכלכלית בהכשרה ובהתמקצעות של מטפלות ותיקות במרכזים, להשקעה בהכשרה של מטפלות חדשות המצטרפות למרכז.

ככלל, הניהול במיזם על כל היבטיו יוצא דופן באיכותו. עקומת הלמידה של רוב המנהלות הייתה זניחה, שביעות הרצון מהניהול, הן של מקבלי השירות, הן של העו"סיות בקהילה, הן של המטפלות העובדות עם המנהלות, יוצאת דופן. מומלץ לבחון את התהליכים הארגוניים והבין-אישיים שאפשרו למיזם להגיע להישג כזה (החל מתהליך מיון המנהלות, דרך הליווי שלהן בשטח, התמיכה שקיבלו, הציפיות שהוגדרו לפנייהן ועוד).

המלצות אלו מכוונות לכל הנוגעים בדבר: למשרד הרווחה, שהמיזם עובר כעת לאחריותו ויש לו עניין בהעמקת הידע על פגיעה מינית בילדים לשם שיפור המענה הטיפולי ודיוקו; לקרנות שהקימו את המיזם וליוו אותו בשנים האחרונות, ועשויות להביע עניין בהמשך הסיוע לו; לחוקרים באוניברסיטאות ולתלמידי מחקר המעוניינים להעמיק לחקור את הפגיעה המינית בילדים ואת הטיפול בה. אנו מקווים שדוח זה יהווה תשתית ללמידה עתידית בתחום חשוב זה.

¹³⁹ לדוגמה, אם המצב הטוב של ההורים הוא סיבה ל"קיצור" הטיפולים, ואם אפשר לבנות מנגנוני תמיכה להורים שיאפשרו למטופל להשתקם מהר יותר ולטיפול – להתקצר.

ביבליוגרפיה לסקירת ספרות

1. אתר על פגיעה מינית של משרד הבירות והרווחה האמריקאי, 2004
<http://www.4woman.gov/faq/sexualassault.htm>
2. חוק העונשין, תשל"ז – 1977, סימן ה': עבירות מין, תיקונים: תשמ"ח, תש"ן, תש"ס, תשס"א.
3. חוק למניעת הטרדה מינית, התשנ"ח, 1998.
4. פליאל-טרוסמן, ע., 1996, נשים תחום מומחיות בעבודה סוציאלית, מדינת
5. ישראל, משרד העבודה והרווחה, מועצת העובדים הסוציאליים.
6. Russel DEH. The Secret Trauma: Incest in the Lives of Girls and Women. New York, Basic Books, 1986.

ביבליוגרפיה ומקורות

1. בנבנישתי, ר' (2009). **פניות לפקדי סעד והטיפול בהם: סיכום ממצאים לשנת 2008**, ירושלים: מכון חרוב (ע"ר).
2. גיונסן, ד' ופורסטר, א' (2004). "התהליך היצירתי כדרך להתמודדות: טיפול בקורבנות גילוי עריות באמצעות אמנויות", בתוך: **הסוד ושברו – סוגיות בגילוי עריות**. צ' זליגמן וז' סולומון (עורכות). תל אביב: הקיבוץ המאוחד ואוניברסיטת תל אביב, עמ' 334-348.
3. גור, ע' (2002). **השלכות נפשיות ארוכות טווח בנשים נפגעות תקיפה מינית**. הרצאה ביום עיון מכללת גליל מערבי, 23.5.02. www.wtc-anatgur.co.il
4. גורני, ד' ופרנקל, ש' (2012). "התבוננות עכשווית על התייחסות המדינה והחברה לנפגעות טראומה מינית", בתוך: **אחריות חברתית – התמודדות עם פגיעה מינית, ישראל 2012**, דוח **איגוד מרכזי הסיוע**, עמ' 32-39. www.1202.org.il
5. זומר, ל' (2004). "עולמה הפנימי של נפגעת גילוי עריות: אירועים בצבע ובצורה מתוך תהליך של טיפול באמצעות יצירה". בתוך: **הסוד ושברו – סוגיות בגילוי עריות**. צ' זליגמן וז' סולומון (עורכות). תל אביב: הקיבוץ המאוחד ואוניברסיטת תל אביב, עמ' 104-124.
6. "ילדים בישראל, 2011", **שנתון המועצה לשלום הילד**. www.children.org.il
7. לוטון, ס' ואדוארדס, ס' (1999). "טיפול בעזרת סיפורים בילדים שעברו התעללות". בתוך: **תרפיה בעזרת סיפורים**, ד' קדר נאת (עורך). תרגום: א' רבינוביץ. קריית ביאליק: אח.

8. מור, מ' (2002). "אגדות גרים והיבטים ביבליותרפיים של הטיפול בגילוי עריות". בתוך: **מעגלי קריאה**, 29, כסלו תשס"ג, עמ' 26-45.
9. פרלמן, ק' וסאקויטן, ו' (2004). "המטפל בסכנה: טראומטיזציה מכלי-שני". בתוך: **הסוד ושברו – סוגיות בגילוי עריות**. צ' זליגמן וז' סולומון (עורכות). תל אביב: הקיבוץ המאוחד ואוניברסיטת תל אביב, עמ' 393-430.
10. פרניס, ט' (1995). **התעללות מינית בילדים תיאוריה ודרכי טיפול**, תרגום: ס' ברגמן, קריית ביאליק: אח, בשיתוף המועצה הלאומית לשלום הילד.
11. Ben Simhon, M. (2009). *A Glimpse at Israel Social Services*, The Israeli Ministry of Social Affairs and Services. www.molsa.gov.il
12. Cohen, J.A., & Mannarino, A.P. (1998). "Factors That Mediate Treatment Outcome of Sexually Abused Preschool Children: Six- and 12- Month Follow up", In: *Journal of American Academy of Children and Adolescent Psychiatry*, 35: 42-50.
13. Deblinger, E., & Heflin, A.H. (1996). *Treating Sexually Abused Children and Their Nonoffending Parents. A Cognitive Behavioral Approach*. Thousand Oaks, Sage.
14. Gelles, R.J., & Perlman, S. (2012). *Estimated Annual Cost of Child Abuse and Neglect*, Chicago, Illinois. <http://www.preventchildabuse.org>
15. Haves, Steven C., & Gifford, Elizabeth V. et. al. (1996). "Experiential Avoidance and Behavioral Disorders: A Functional Dimensional Approach to Diagnosis and Treatment", In: *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 6: 1152-1168.
16. Maniglio, R. (2009). "The impact of child sexual abuse on health: A systematic review of reviews". In: *Clinical Psychology Review*, 29: 647-657.
17. Naitove, C.E. (1982). "Art therapy with sexually abused children", In: *Handbook of clinical intervention in child sexual abuse*, S.M. Sorgi (ed.), MA: Lexington Books.
18. Putnam, F. (2002). "Ten-Year Research Update Review: Child Sexual Abuse". In: *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42, 3: 269-278.
19. Reeker, J., Ensing, D., Elliott, R. (1997). "A Meta-analytic investigation of group treatment outcomes for sexually abused children", In: *Child Abuse & Neglect*, 21,7: 669-680.

20. Rosenthal, M. Zachary et. al. (2005). "Chronic Avoidance Helps Explain the Relationship Between Severity of Childhood Sexual Abuse and Psychological Distress in Adulthood", In: *Journal of Child Sexual Abuse*, 14, 4: 25-41.
21. Saunders, B.E., Berliner, L., & Hanson, R.F. (Eds.) (2004). *Child Physical and Sexual Abuse: Guidelines for Treatment* (Revised Report: April 26, 2004), Charleston, SC: National Crime Victims Research and Treatment Center.
22. Schwartz, C. et al. (2006). *Preventing and treating childhood sexual abuse*, 2, 2. <http://childhealthpolicy.ca/wp-content/uploads/2012/12/RR-14-06-full-report.pdf>.
23. Stevenson, J. (1999). "The Treatment of Long-term Sequelae of Child Abuse", In: *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40,1: 89-111.
24. Svedin, C.G. (2001). *Sexual Abuse of children, treatment – an overview*, Expert report by the Swedish National Board of Health and Welfare, <http://www.childcentre.info/research/abusedchil>.
25. Trask, E.V, Walsh K. & DiLillo D. (2011). "Treatment Effects for Common Outcomes of Child Sexual Abuse: A Current Meta-Analysis". In: *Aggression and Violent Behavior*, 16: 6-19.
26. Wegner, Daniel M., Schneider, David J. , White, Teri L.& Carter, Samuel R. (1986). "Paradoxical Effects of Thought Suppression" .In: *Attitudes and Social Cognition*, <http://www.communicationcache.com/>.

נספחים

תוכן התרשימים בנספחים:

פרק	תוכן התרשים	
נספח א': אל"יי חולון-ראשלי"צ	מספר מטופלים ממוצע ומספר מפגשים ממוצע במרכז אל"יי חולון-ראשלי"צ	1
נספח א': אל"יי חולון-ראשלי"צ	מדדים עיקריים מתוך סקר העו"סיות לחוק הנוער	2
נספח א': אל"יי חולון-ראשלי"צ	שביעות הרצון של העו"סיות לחוק הנוער מהקשר עם גורמי המקצוע בקהילה	3
נספח א': אל"יי חולון-ראשלי"צ	פירוט הפעילות בקהילה של מרכז אל"יי חולון-ראשלי"צ	4
נספח א': אל"יי חולון-ראשלי"צ	שביעות הרצון מתפקוד ועדת הביצוע על פי העו"סיות לחוק הנוער	5
נספח א': אל"יי חולון-ראשלי"צ	שביעות הרצון של העו"סיות לחוק הנוער מאיכות השירות	6
נספח א': אל"יי חולון-ראשלי"צ	שביעות הרצון מהמענה הטיפולי על פי סקר העו"סיות לחוק הנוער	7
נספח א': אל"יי חולון-ראשלי"צ	שיעור המטפלות שדיווחו שהן משתמשות בפועל בכמה שיטות טיפול	8
נספח א': אל"יי חולון-ראשלי"צ	שיעור המטפלות שדיווחו על כתיבת תוכנית טיפול בסוף האינטייק ובמהלך הטיפול	9
נספח א': אל"יי חולון-ראשלי"צ	שיעור המטפלות שציינו שהן מבססות את ההחלטה לסיים טיפול על הסיבות האלה	10
נספח א': אל"יי חולון-ראשלי"צ	שביעות הרצון של המטפלות ממדדי פיתוח הצוות	11
נספח א': אל"יי חולון-ראשלי"צ	הערכת המטפלות את ההדרכה הקבוצתית	12
נספח א': אל"יי חולון-ראשלי"צ	הערכת המטפלות את ישיבות הצוות	13
נספח א': אל"יי חולון-ראשלי"צ	הערכת המטפלות את תפקודי מנהלת המרכז	14
נספח א': אל"יי חולון-ראשלי"צ	שיעור המטפלות המשתמשות במערכת Digital Clay	15
נספח ב': אל"יי לוד	מספר מטופלים ממוצע ומספר מפגשים ממוצע במרכז אל"יי לוד	16
נספח ב': אל"יי לוד	מדדים עיקריים מתוך סקר העו"סיות לחוק הנוער	17
נספח ב': אל"יי לוד	שביעות הרצון של העו"סיות לחוק הנוער מהקשר עם גורמי המקצוע בקהילה	18
נספח ב': אל"יי לוד	פירוט הפעילות בקהילה של מרכז אל"יי חולון-ראשלי"צ	19
נספח ב': אל"יי לוד	שביעות הרצון מתפקוד ועדת הביצוע על פי העו"סיות לחוק הנוער	20
נספח ב': אל"יי לוד	שביעות הרצון של העו"סיות לחוק הנוער מאיכות השירות	21
נספח ב': אל"יי לוד	שביעות הרצון מהמענה הטיפולי על פי סקר העו"סיות לחוק הנוער	22
נספח ב': אל"יי לוד	שיעור המטפלות שדיווחו שהן משתמשות בפועל בכמה שיטות טיפול	23
נספח ב': אל"יי לוד	שיעור המטפלות שדיווחו על כתיבת תוכנית טיפול בסוף האינטייק ובמהלך הטיפול	24
נספח ב': אל"יי לוד	שיעור המטפלות שציינו שהן מבססות את ההחלטה לסיים טיפול על הסיבות האלה	25
נספח ב': אל"יי לוד	שביעות הרצון של המטפלות ממדדי פיתוח הצוות	26
נספח ב': אל"יי לוד	הערכת המטפלות את ההדרכה הפרטנית	27
נספח ב': אל"יי לוד	הערכת המטפלות את ההדרכה הקבוצתית	28
נספח ב': אל"יי לוד	הערכת המטפלות את ישיבות הצוות	29
נספח ב': אל"יי לוד	הערכת המטפלות את תפקודי מנהלת המרכז	30
נספח ב': אל"יי לוד	שיעור המטפלות המשתמשות במערכת Digital Clay	31
נספח ג': "בליבנו" בני ברק	מספר מטופלים ממוצע ומספר מפגשים ממוצע במרכז "בליבנו" בני ברק	32
נספח ג': "בליבנו" בני ברק	מדדים עיקריים מתוך סקר העו"סיות לחוק הנוער	33
נספח ג': "בליבנו" בני ברק	שביעות הרצון של העו"סיות לחוק הנוער מהקשר עם גורמי המקצוע בקהילה	34
נספח ג': "בליבנו" בני ברק	פירוט הפעילות בקהילה של מרכז "בליבנו" בני ברק	35
נספח ג': "בליבנו" בני ברק	שביעות הרצון מתפקוד ועדת הביצוע על פי העו"סיות לחוק הנוער	36
נספח ג': "בליבנו" בני ברק	שביעות הרצון של העו"סיות לחוק הנוער מאיכות השירות	37
נספח ג': "בליבנו" בני ברק	שביעות הרצון מהמענה הטיפולי על פי סקר העו"סיות לחוק הנוער	38
נספח ג': "בליבנו" בני ברק	שיעור המטפלות שדיווחו שהן משתמשות בפועל בכמה שיטות טיפול	39
נספח ג': "בליבנו" בני ברק	שיעור המטפלות שדיווחו על כתיבת תוכנית טיפול בסוף האינטייק ובמהלך הטיפול	40

פרק	תוכן התרשים	
נספח ג': "בליבנו" בני ברק	שיעור המטפלות שציינו שהן מבססות את ההחלטה לסיים טיפול על הסיבות האלה	41
נספח ג': "בליבנו" בני ברק	שביעות הרצון של המטפלות ממדדי פיתוח הצוות	42
נספח ג': "בליבנו" בני ברק	הערכת המטפלות את ההדרכה הפרטנית	43
נספח ג': "בליבנו" בני ברק	הערכת המטפלות את ההדרכה הקבוצתית	44
נספח ג': "בליבנו" בני ברק	הערכת המטפלות את ישיבות הצוות	45
נספח ג': "בליבנו" בני ברק	הערכת המטפלות את תפקודי מנהלת המרכז	46
נספח ג': "בליבנו" בני ברק	שיעור המטפלות המשתמשות במערכת Digital Clay	47
נספח ד': "בני ציון" חיפה	מספר מטופלים ממוצע ומספר מפגשים ממוצע במרכז "בני ציון" חיפה	48
נספח ד': "בני ציון" חיפה	מדדים עיקריים מתוך סקר העו"סיות לחוק הנוער	49
נספח ד': "בני ציון" חיפה	שביעות הרצון של העו"סיות לחוק הנוער מהקשר עם גורמי המקצוע בקהילה	50
נספח ד': "בני ציון" חיפה	שביעות הרצון של העו"סיות לחוק הנוער מהקשר עם גורמי המקצוע בקהילה	51
נספח ד': "בני ציון" חיפה	שביעות הרצון מתפקוד ועדת הביצוע על פי העו"סיות לחוק הנוער	52
נספח ד': "בני ציון" חיפה	שביעות הרצון של העו"סיות לחוק הנוער מאיכות השירות	53
נספח ד': "בני ציון" חיפה	שביעות הרצון מהמענה הטיפולי על פי העו"סיות לחוק הנוער	54
נספח ה': "זיו" צפת	מספר מטופלים ממוצע ומספר מפגשים ממוצע במרכז "זיו" צפת	55
נספח ה': "זיו" צפת	מדדים עיקריים מתוך סקר העו"סיות לחוק הנוער	56
נספח ה': "זיו" צפת	שביעות הרצון של העו"סיות לחוק הנוער מהקשר עם גורמי המקצוע בקהילה	57
נספח ה': "זיו" צפת	פירוט הפעילות בקהילה של מרכז "זיו" צפת	58
נספח ה': "זיו" צפת	שביעות הרצון מתפקוד ועדת הביצוע על פי העו"סיות לחוק הנוער	59
נספח ה': "זיו" צפת	שביעות הרצון של העו"סיות לחוק הנוער מאיכות השירות	60
נספח ה': "זיו" צפת	שביעות הרצון מהמענה הטיפולי על פי סקר העו"סיות לחוק הנוער	61
נספח ה': "זיו" צפת	שיעור המטפלות שדיווחו שהן משתמשות בפועל בכמה שיטות טיפול	62
נספח ה': "זיו" צפת	שיעור המטפלות שדיווחו על כתיבת תוכנית טיפול בסוף האינטייק ובמהלך הטיפול	63
נספח ה': "זיו" צפת	שיעור המטפלות שציינו שהן מבססות את ההחלטה לסיים טיפול על הסיבות האלה	64
נספח ה': "זיו" צפת	שביעות הרצון של המטפלות ממדדי פיתוח הצוות	65
נספח ה': "זיו" צפת	הערכת המטפלות את ההדרכה הפרטנית	66
נספח ה': "זיו" צפת	הערכת המטפלות את ישיבות הצוות	67
נספח ה': "זיו" צפת	הערכת המטפלות את תפקודי מנהלת המרכז	68
נספח ה': "זיו" צפת	שיעור המטפלות המשתמשות במערכת Digital Clay	69
נספח ו': "כרם" כרמיאל	מספר מטופלים ממוצע ומספר מפגשים ממוצע במרכז "כרם" כרמיאל	70
נספח ו': "כרם" כרמיאל	מדדים עיקריים מתוך סקר העו"סיות לחוק הנוער	71
נספח ו': "כרם" כרמיאל	שביעות הרצון של העו"סיות לחוק הנוער מהקשר עם גורמי המקצוע בקהילה	72
נספח ו': "כרם" כרמיאל	פירוט הפעילות בקהילה של מרכז "כרם" כרמיאל	73
נספח ו': "כרם" כרמיאל	שביעות הרצון מתפקוד ועדת הביצוע על פי העו"סיות לחוק הנוער	74
נספח ו': "כרם" כרמיאל	שביעות הרצון של העו"סיות לחוק הנוער מאיכות השירות	75
נספח ו': "כרם" כרמיאל	שביעות הרצון מהמענה הטיפולי על פי סקר העו"סיות לחוק הנוער	76
נספח ו': "כרם" כרמיאל	שיעור המטפלות שדיווחו שהן משתמשות בפועל בכמה שיטות טיפול	77
נספח ו': "כרם" כרמיאל	שיעור המטפלות שדיווחו על כתיבת תוכנית טיפול בסוף האינטייק ובמהלך הטיפול	78
נספח ו': "כרם" כרמיאל	שיעור המטפלות שציינו שהן מבססות את ההחלטה לסיים טיפול על הסיבות האלה	79
נספח ו': "כרם" כרמיאל	שביעות הרצון של המטפלות ממדדי פיתוח הצוות	80
נספח ו': "כרם" כרמיאל	הערכת המטפלות את ההדרכה הפרטנית	81
נספח ו': "כרם" כרמיאל	הערכת המטפלות את ההדרכה הקבוצתית	82
נספח ו': "כרם" כרמיאל	הערכת המטפלות את ישיבות הצוות	83

פרק	תוכן התרשים	
נספח ו': "כרם" כרמיאל	הערכת המטפלות את תפקודי מנהלת המרכז	84
נספח ו': "כרם" כרמיאל	שיעור המטפלות המשתמשות במערכת Digital Clay	85
נספח ז': "כרם" נצרת	מספר מטופלים ממוצע ומספר מפגשים ממוצע במרכז "כרם" נצרת	86
נספח ז': "כרם" נצרת	מדדים עיקריים מתוך סקר העו"סיות לחוק הנוער	87
נספח ז': "כרם" נצרת	שביעות הרצון של העו"סיות לחוק הנוער מהקשר עם גורמי המקצוע בקהילה	88
נספח ז': "כרם" נצרת	פירוט הפעילות בקהילה של מרכז "כרם" נצרת	89
נספח ז': "כרם" נצרת	שביעות הרצון מתפקוד ועדת הביצוע על פי העו"סיות לחוק הנוער	90
נספח ז': "כרם" נצרת	שביעות הרצון של העו"סיות לחוק הנוער מאיכות השירות	91
נספח ז': "כרם" נצרת	שביעות הרצון מהמענה הטיפולי על פי סקר העו"סיות לחוק הנוער	92
נספח ז': "כרם" נצרת	שיעור המטפלות שדיווחו שהן משתמשות בפועל בכמה שיטות טיפול	93
נספח ז': "כרם" נצרת	שיעור המטפלות שדיווחו על כתיבת תוכנית טיפול בסוף האינטייק ובמהלך הטיפול	94
נספח ז': "כרם" נצרת	שיעור המטפלות שציינו שהן מבססות את החלטה לסיים טיפול על הסיבות האלה	95
נספח ז': "כרם" נצרת	שביעות הרצון של המטפלות ממדדי פיתוח הצוות	96
נספח ז': "כרם" נצרת	הערכת המטפלות את ההדרכה הפרטנית	97
נספח ז': "כרם" נצרת	הערכת המטפלות את ישיבות הצוות	98
נספח ז': "כרם" נצרת	הערכת המטפלות את תפקודי מנהלת המרכז	99
נספח ז': "כרם" נצרת	שיעור המטפלות המשתמשות במערכת Digital Clay	100
נספח ח': "מאור" קריית מלאכי	מספר מטופלים ממוצע ומספר מפגשים ממוצע במרכז "מאור" קריית מלאכי	101
נספח ח': "מאור" קריית מלאכי	מדדים עיקריים מתוך סקר העו"סיות לחוק הנוער	102
נספח ח': "מאור" קריית מלאכי	שביעות הרצון של העו"סיות לחוק הנוער מהקשר עם גורמי המקצוע בקהילה	103
נספח ח': "מאור" קריית מלאכי	פירוט הפעילות בקהילה של מרכז "מאור" קריית מלאכי	104
נספח ח': "מאור" קריית מלאכי	שביעות הרצון של העו"סיות לחוק הנוער מאיכות השירות	105
נספח ח': "מאור" קריית מלאכי	שביעות הרצון מהמענה הטיפולי על פי סקר העו"סיות לחוק הנוער	106
נספח ח': "מאור" קריית מלאכי	שיעור המטפלות שדיווחו שהן משתמשות בפועל בכמה שיטות טיפול	107
נספח ח': "מאור" קריית מלאכי	שיעור המטפלות שדיווחו על כתיבת תוכנית טיפול בסוף האינטייק ובמהלך הטיפול	108
נספח ח': "מאור" קריית מלאכי	שיעור המטפלות שציינו שהן מבססות את החלטה לסיים טיפול על הסיבות האלה	109
נספח ח': "מאור" קריית מלאכי	שביעות הרצון של המטפלות ממדדי פיתוח הצוות	110
נספח ח': "מאור" קריית מלאכי	הערכת המטפלות את ההדרכה הפרטנית	111
נספח ח': "מאור" קריית מלאכי	הערכת המטפלות את ההדרכה הקבוצתית	112
נספח ח': "מאור" קריית מלאכי	הערכת המטפלות את ישיבות הצוות	113
נספח ח': "מאור" קריית מלאכי	הערכת המטפלות את תפקודי מנהלת המרכז	114
נספח ח': "מאור" קריית מלאכי	שיעור המטפלות המשתמשות במערכת Digital Clay	115
נספח ט': "עלם" עפולה	מספר מפגשים ממוצע ומספר שעות טיפול ממוצע במרכז "עלם" עפולה	116
נספח ט': "עלם" עפולה	מדדים עיקריים מתוך סקר העו"סיות לחוק הנוער	117
נספח ט': "עלם" עפולה	שביעות הרצון של העו"סיות לחוק הנוער מהקשר עם גורמי המקצוע בקהילה	118
נספח ט': "עלם" עפולה	פירוט הפעילות בקהילה של מרכז "עלם" עפולה	119
נספח ט': "עלם" עפולה	מדד ועדת הביצוע לפי סקר העו"סיות לחוק הנוער	120
נספח ט': "עלם" עפולה	שביעות הרצון של העו"סיות לחוק הנוער מאיכות השירות	121
נספח ט': "עלם" עפולה	מדד מענה טיפולי על פי סקר העו"סיות לחוק הנוער	122
נספח ט': "עלם" עפולה	שיעור המטפלות שדיווחו שהן משתמשות בפועל בכמה שיטות טיפול	123

	תוכן התרשים	פרק
124	שיעור המטפלות שדיווחו על כתיבת תוכנית טיפול בסוף האינטייק ובמהלך הטיפול	נספח ט': "עלם" עפולה
125	שיעור המטפלות שציינו שהן מבססות את החלטה לסיים טיפול על הסיבות האלה	נספח ט': "עלם" עפולה
126	שביעות הרצון של המטפלות ממדדי פיתוח הצוות	נספח ט': "עלם" עפולה
127	הערכת המטפלות את ההדרכה הפרטנית	נספח ט': "עלם" עפולה
128	הערכת המטפלות את ההדרכה הקבוצתית	נספח ט': "עלם" עפולה
129	הערכת המטפלות את ישיבות הצוות	נספח ט': "עלם" עפולה
130	הערכת המטפלות את תפקודי מנהלת המרכז	נספח ט': "עלם" עפולה
131	שיעור המטפלות המשתמשות במערכת Digital Clay	נספח ט': "עלם" עפולה
132	מספר מפגשים ממוצע ומספר שעות טיפול ממוצע במרכז "ענבל" באר שבע	נספח י': "ענבל" באר שבע
133	מדדים עיקריים מתוך סקר העו"סיות לחוק הנוער	נספח י': "ענבל" באר שבע
134	שביעות הרצון של העו"סיות לחוק הנוער מהקשר עם גורמי המקצוע בקהילה	נספח י': "ענבל" באר שבע
135	פירוט הפעילות בקהילה של מרכז "ענבל" באר שבע	נספח י': "ענבל" באר שבע
136	שביעות הרצון של העו"סיות לחוק הנוער מתפקוד ועדת הביצוע	נספח י': "ענבל" באר שבע
137	שביעות הרצון של העו"סיות לחוק הנוער מהמענה הטיפולי	נספח י': "ענבל" באר שבע
138	שיעור המטפלות שדיווחו שהן משתמשות בפועל בכמה שיטות טיפול	נספח י': "ענבל" באר שבע
139	שיעור המטפלות שדיווחו על כתיבת תוכנית טיפול בסוף האינטייק ובמהלך הטיפול	נספח י': "ענבל" באר שבע
140	שיעור המטפלות שציינו שהן מבססות את החלטה לסיים טיפול על הסיבות האלה	נספח י': "ענבל" באר שבע
141	שביעות הרצון של המטפלות ממדדי פיתוח הצוות	נספח י': "ענבל" באר שבע
142	הערכת המטפלות את ההדרכה הפרטנית	נספח י': "ענבל" באר שבע
143	הערכת המטפלות את ההדרכה הקבוצתית	נספח י': "ענבל" באר שבע
144	הערכת המטפלות את ישיבות הצוות	נספח י': "ענבל" באר שבע
145	הערכת המטפלות את תפקודי מנהלת המרכז	נספח י': "ענבל" באר שבע
146	שיעור המטפלות המשתמשות במערכת Digital Clay	נספח י': "ענבל" באר שבע
147	מספר מפגשים ממוצע ומספר שעות טיפול ממוצע במרכז "רימונים" חדרה	נספח י"א: "רימונים" חדרה
148	מדדים עיקריים מתוך סקר העו"סיות לחוק הנוער	נספח י"א: "רימונים" חדרה
149	שביעות הרצון של העו"סיות לחוק הנוער מהקשר עם גורמי המקצוע בקהילה	נספח י"א: "רימונים" חדרה
150	פירוט הפעילות בקהילה של מרכז "רימונים" חדרה	נספח י"א: "רימונים" חדרה
151	שביעות הרצון של העו"סיות לחוק הנוער מתפקוד ועדת הביצוע	נספח י"א: "רימונים" חדרה
152	שביעות הרצון של העו"סיות לחוק הנוער מאיכות השירות	נספח י"א: "רימונים" חדרה
153	שביעות הרצון מהמענה הטיפולי עלפי סקר העו"סיות לחוק הנוער	נספח י"א: "רימונים" חדרה
154	שיעור המטפלות שדיווחו שהן משתמשות בפועל בכמה שיטות טיפול	נספח י"א: "רימונים" חדרה
155	שיעור המטפלות שדיווחו על כתיבת תוכנית טיפול בסוף האינטייק ובמהלך הטיפול	נספח י"א: "רימונים" חדרה
156	שיעור המטפלות שציינו שהן מבססות את החלטה לסיים טיפול על הסיבות האלה	נספח י"א: "רימונים" חדרה
157	שביעות הרצון של המטפלות ממדדי פיתוח הצוות	נספח י"א: "רימונים" חדרה
158	הערכת המטפלות את ההדרכה הפרטנית	נספח י"א: "רימונים" חדרה
159	הערכת המטפלות את ההדרכה הקבוצתית	נספח י"א: "רימונים" חדרה
160	הערכת המטפלות את ישיבות הצוות	נספח י"א: "רימונים" חדרה
161	הערכת המטפלות את תפקודי מנהלת המרכז	נספח י"א: "רימונים" חדרה
162	שיעור המטפלות המשתמשות במערכת Digital Clay	נספח י"א: "רימונים" חדרה
163	מספר מפגשים ממוצע ומספר שעות טיפול ממוצע במרכז "רימונים" נתניה	נספח י"ב: "רימונים" נתניה
164	מדדים עיקריים מתוך סקר העו"סיות לחוק הנוער	נספח י"ב: "רימונים" נתניה
165	שביעות הרצון של העו"סיות לחוק הנוער מהקשר עם גורמי המקצוע בקהילה	נספח י"ב: "רימונים" נתניה
166	פירוט הפעילות בקהילה של מרכז "רימונים" נתניה	נספח י"ב: "רימונים" נתניה

פרק	תוכן התרשים	
נספח י"ב : "רימונים" נתניה	שביעות הרצון של העו"סיות לחוק הנוער מתפקוד ועדת הביצוע	167
נספח י"ב : "רימונים" נתניה	שביעות הרצון של העו"סיות לחוק הנוער מאיכות השירות	168
נספח י"ב : "רימונים" נתניה	שביעות הרצון מהמענה הטיפולי על פי סקר העו"סיות לחוק הנוער	169
נספח י"ב : "רימונים" נתניה	שיעור המטפלות שדיווחו שהן משתמשות בפועל בכמה שיטות טיפול	170
נספח י"ב : "רימונים" נתניה	שיעור המטפלות שדיווחו על כתיבת תוכנית טיפול בסוף האינטייק ובמהלך הטיפול	171
נספח י"ב : "רימונים" נתניה	שיעור המטפלות שציינו שהן מבססות את החלטה לסיים טיפול על הסיבות האלה	172
נספח י"ב : "רימונים" נתניה	שביעות הרצון של המטפלות ממדדי פיתוח הצוות	173
נספח י"ב : "רימונים" נתניה	הערכת המטפלות את ההדרכה הפרטנית	174
נספח י"ב : "רימונים" נתניה	הערכת המטפלות את ההדרכה הקבוצתית	175
נספח י"ב : "רימונים" נתניה	הערכת המטפלות את ישיבות הצוות	176
נספח י"ב : "רימונים" נתניה	הערכת המטפלות את תפקודי מנהלת המרכז	177
נספח י"ב : "רימונים" נתניה	שיעור המטפלות המשתמשות במערכת Digital Clay	178

פרישת מרכזי המיזם ברחבי הארץ
Nationwide distribution of the centers

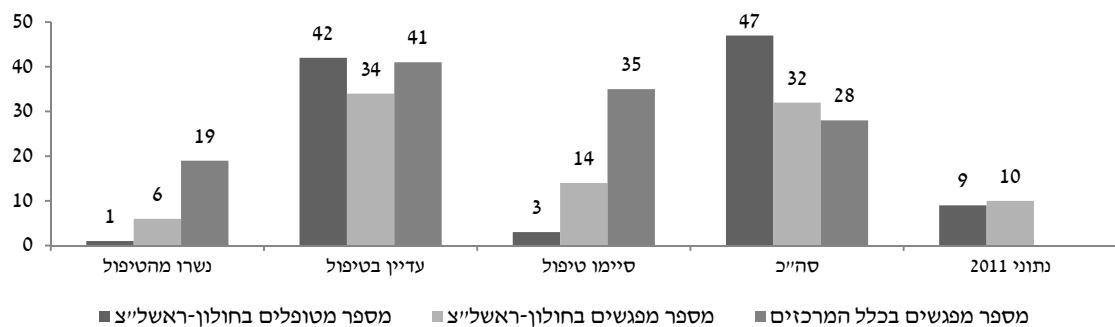


נספח א': מרכז אל"י חולון-ראש"צ

1. נתונים כלליים

מרכז אל"י חולון-ראש"צ החל לפעול בספטמבר 2011. במרכז שלוש מטפלות, כולן שכירות, כולן עברו (או עוברות) הכשרה ייעודית לטיפול בפגיעה מינית. שתי מטפלות עומדות בסטנדרט המשולב.¹⁴⁰ המרכז פועל בארבע רשויות מקומיות: חולון, ראשון לציון, אזור ובת ים (באופן חלקי). בשנת 2012 העניק המרכז 1,175 שעות טיפול ל-47 מטופלים – פי חמישה יותר מטופלים מבשנת 2011. כל מטופל קיבל 26 שעות טיפול במוצע. ברוב הפרמטרים, ממוצע השעות של המרכז הזה נמוך מזה שבכלל המרכזים, כנראה בגלל היותו מרכז חדש, כמפורט בתרשים 1.

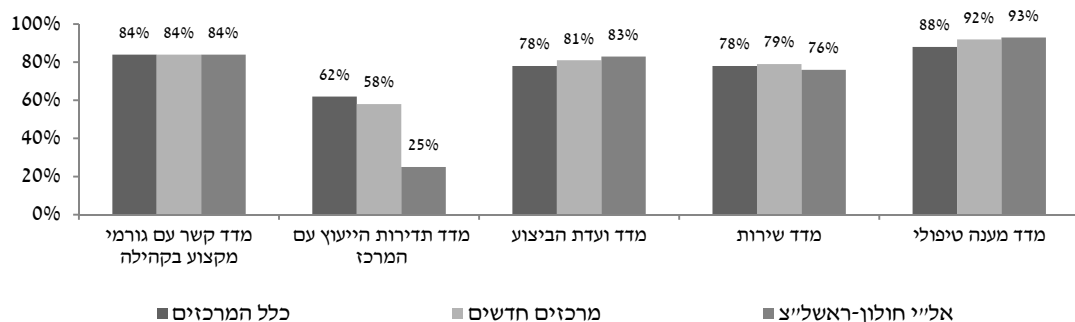
תרשים 1: מספר מטופלים ממוצע ומספר מפגשים במוצע במרכז אל"י חולון-ראש"צ¹⁴¹



2. השוואה בין מרכז אל"י חולון-ראש"צ לכלל המרכזים ולמרכזים החדשים

למרכז אל"י חולון-ראש"צ נתוני ביצוע דומים לכלל המרכזים ולמרכזים החדשים בכל המדדים, מלבד במדד תדירות הייעוץ עם המרכז. במדד זה נתוני הביצוע של מרכז חולון-ראש"צ נופלים מהממוצע בכלל המרכזים, כמפורט בתרשים 2.

תרשים 2: מדדים עיקריים¹⁴² מתוך סקר העו"סיות לחוק הנוער¹⁴³



מדד הטיפול¹⁴⁴ באל"י חולון-ראש"צ הוא 0.33, ואילו המדד הממוצע במרכזים החדשים הוא 0.36.

¹⁴⁰ הסטנדרט המשולב קובע דרישות סף של השכלה, התמחות וניסיון, הנדרשות מהמטפלות כדי לעבוד במרכזים.

¹⁴¹ כלל המטופלים במרכז בשנת 2012 (מטופלים שהתחילו בטיפול לפני 2012 והמשיכו לאורך השנה, ומטופלים שהתחילו ב-2012).

¹⁴² ערך המדדים בכל התרשימים נקבע על פי שיעור המשיבות שהביעו הסכמה רבה עד רבה מאוד עם ההיגדים שנבדקו.

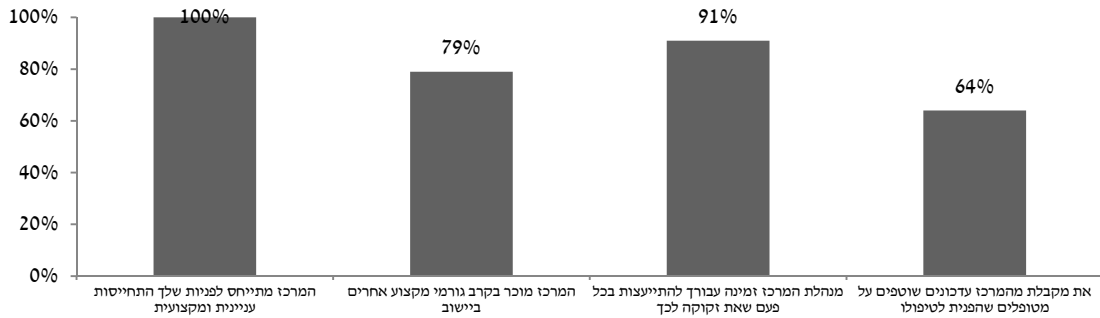
¹⁴³ מתוך 36 עו"סיות לחוק הנוער ברשויות הנמצאות באזור של מרכז אל"י חולון-ראש"צ, השיבו לסקר 16 עו"סיות לחוק הנוער (44%) מהרשויות האלה: אזור, בת ים, חולון וראשון לציון.

¹⁴⁴ מדד הטיפול הוא ממוצע המטופלים למטפלת חלקי ממוצע השעות למטפלת. משמעותו של מדד זה הוא החלק היחסי מזמנה של המטפלת המושקע בטיפול במטופלים. ערכי המדד נעים בין 0 ל-1. 0 משמעותו שהמטפלת אינה מטפלת במטופלים כלל ו-1

3. הקשר עם גורמי המקצוע בקהילה

ייעוץ מקצועי לגורמים בקהילה וקשר סביב מקרים בטיפול: תרשים 3 מצביע על מידת שביעות הרצון של העו"סיות לחוק הנוער מהקשר עם הקהילה.

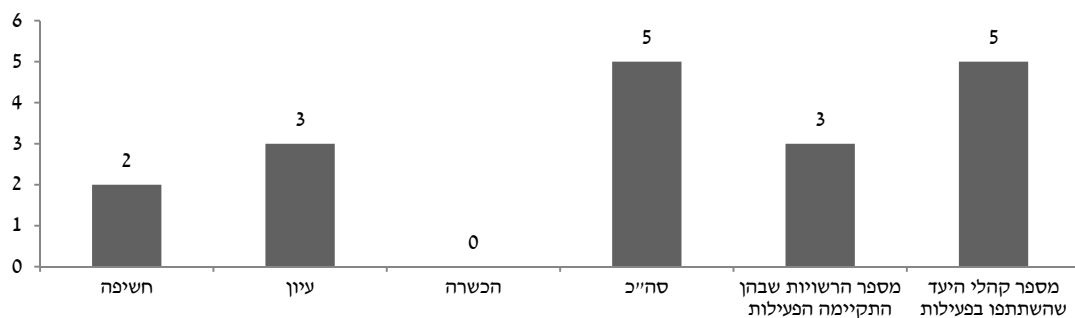
תרשים 3: שביעות הרצון של העו"סיות לחוק הנוער מהקשר עם גורמי המקצוע בקהילה



מנהלת המרכז מעידה שהגישה המערכתית עומדת בלב העקרונות הטיפוליים של אלי"י. הקשר עם גורמי המקצוע בקהילה מתחיל מההפניה של ועדת הביצוע ונמשך לאורך כל התהליך דרך הטלפון או הדוא"ל. אם יש קושי בתהליך יצירת הקשר עם המשפחה, המטפלים מעדכנים את גורמי הרווחה. אם למשפחה יש קשיים רבים, יהיה הקשר עם העו"סית שוטף. אם המשפחה נורמטיבית, ייערך עדכון מדי פעם בפעם. לדברי המנהלת, הגמישות חשובה, ואם הדיווח של המטפלות חסר, הרווחה תפנה אליה והיא תגיב. לפיכך, אין היא חוששת שהקשר לא יהיה מספק.

פעילות הסברה וחשיפה בקהילה: אמנם המרכז פועל בארבע רשויות בלבד, אך הוא ערך היקף מצומצם למדי של פעילויות חשיפה, למספר מצומצם יחסית של קהלי יעד, כמפורט בתרשים 4. לדברי מנהלת המרכז במהלך 2012 נערכו כמה ימי עיון ליועצות בתי ספר ולעו"סיות ברווחה.

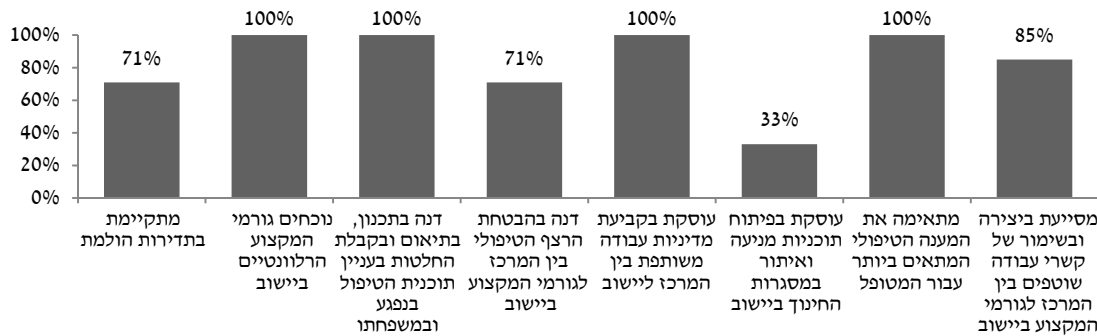
תרשים 4: פירוט הפעילות בקהילה של מרכז אלי"י חולון-ראשל"צ



4. ועדת הביצוע

המרכז קיים 27 ועדות ביצוע יישוביות בבת ים, בחולון ובראש"צ. שביעות הרצון של העו"סיות לחוק הנוער מוועדת הביצוע עולה במעט על זו שבכלל המרכזים. המרכז עובד עם כל הרשויות במתכונת של ועדת ביצוע, בשיתוף פעולה מלא או חלקי. תרשים 5 מפרט כמה מדדים שונים של פעילות הוועדות.

תרשים 5: שביעות הרצון מתפקוד ועדת הביצוע על פי העו"סיות לחוק הנוער



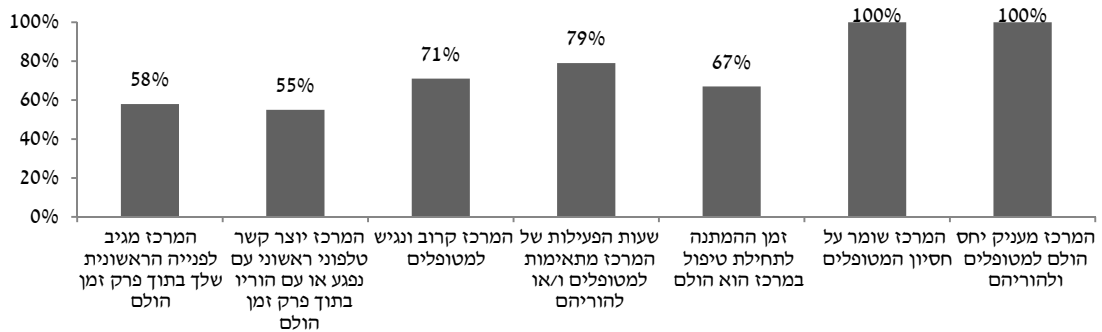
בשתי רשויות (ראש"צ וחולון) יש ועדת ביצוע קבועה המתכנסת פעם בשלושה שבועות עד פעם בחודש, בהשתתפות נציגות ממחלקת הרווחה, עו"סית רפרנטית לטיפול בפגיעות מיניות, נציגות של השירות הפסיכולוגי-חינוכי, נציגות של מחלקת החינוך ("מדריכת פגיעות מיניות"), נציגות של שירותי בריאות הנפש (בראש"צ בלבד) ומנהלת המרכז. אם יש התלבטות בנוגע למטופל מסוים, מצטרפת גם עו"סית של המשפחה הרלוונטית. הנושאים שבהם דנה הוועדה בחולון ובראש"צ הם נקודתיים וגם עקרוניים כלליים.¹⁴⁵ במקרים דחופים נוצר קשר מידי בין מנהלת המרכז לגורמי המקצוע, מבלי להמתין למפגש הבא של הוועדה. לדברי מנהלת המרכז, היא הייתה רוצה לפתח תהליכי עבודה מובנים יותר בחולון ובראש"צ, לבנות תוכנית טיפול מיטבית ולהחליט מיהו הגוף המטפל – המרכז, השירות הפסיכולוגי-יעוצי או שירותי בריאות הנפש. ברשות אחרת (בת ים) ועדה פועלת כבר כמה שנים, נפגשת אחת לחודש ומנהלת המרכז משתתפת בה כאורחת. ברשות זו מופנים למרכז בעיקר טיפולים משפחתיים, משום שאין גורם מקומי אחר המטפל במשפחות של נפגעים. מכיוון שמדובר בוועדה ותיקה יחסית יש לאנשי המקצוע ברשות תפיסה טיפולית משלהם, והם מוכנים פחות לקבל את המרכז כגורם מקצועי. הרשות הרביעית קטנה יחסית (אזור), ואין בה ועדת ביצוע, אף שהתקיימו כמה פגישות בין מנהלות הרווחה למנהלת המרכז. עד היום הופנו למרכז מקרים ספורים (מקרה אחד בשנה). כיום יש קשר מועט עם רשות זאת.

¹⁴⁵ למשל, רקע על מצב המשפחה, דיון בטיפול המתאים ועוד, או למשל, היערכות לוועדת היגוי עירונית (בנושאים, במשתתפים וכו'), טיפול בפוגעים במסגרת הקהילה, טיפול במקרים חריגים של ילדים קטנים שהמרכז אינו מטפל בהם, יוזמות לתוכניות מניעה ועוד.

5. השירות במרכז

שביעות הרצון מהשירות במרכז דומה לממוצע בכלל המרכזים, כמפורט בתרשים 6, אם כי לעו"סית המחוזית לחוק הנוער המלווה את המרכז הייתה ביקורת על כמה מדדים, כמפורט בהמשך.

תרשים 6: שביעות הרצון של העו"סיות לחוק הנוער מאיכות השירות



מנהלת המרכז חיוותה את דעתה בנוגע לשירות במרכז:

זמינות: הזמינות של המענה הטיפולי לא הייתה מושלמת בשל אילוצים שהעמידו הרשויות: בראשון לציון הקציבו למרכז יום פעילות אחד עד השעה 14:00 ובחולון המרכז פועל יומיים בלבד, בבוקר ואחה"צ. העו"סית המחוזית לחוק הנוער מתחה ביקורת על שהמרכז נותן מענה טיפולי בשעות הבוקר.

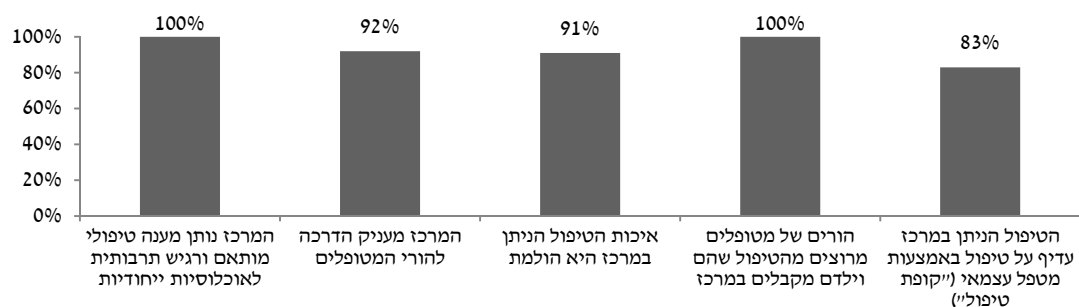
זמן המתנה: המרכז הוקם רק השנה, לא הייתה המתנה ארוכה אלא גמישות מבחינת מטפלים וסוגי טיפול. ואולם, לדברי העו"סית המחוזית לחוק הנוער, הייתה הנחייה של המיזם שהמרכזים לא יחכו להרבה מטופלים כדי להעסיק מטפל, אך הנחייה זו לא יושמה במרכז בחולון-ראש"צ ולכן נוצרה שם המתנה.

תנאים פיזיים: לדברי העו"סית המחוזית לחוק הנוער עדיין (בעת עריכת הראיון) אין למרכז מבנה קבע, וזו, כמובן, בעיה. לדבריה, על המרכז לשכור מבנה בשוק הפרטי ולא להסתמך על הרשויות. דברים אלו מחזקים את הקשיים שמנתה המנהלת בנוגע לזמינות המענה הטיפולי.

6. המענה הטיפולי במרכז

שביעות הרצון מהמענה הטיפולי במרכז גבוהה, ועולה במעט על הממוצע בכלל המרכזים. תרשים 7 מפרט את עמדות העו"סיות לחוק הנוער בעניין איכות המענה הטיפולי.

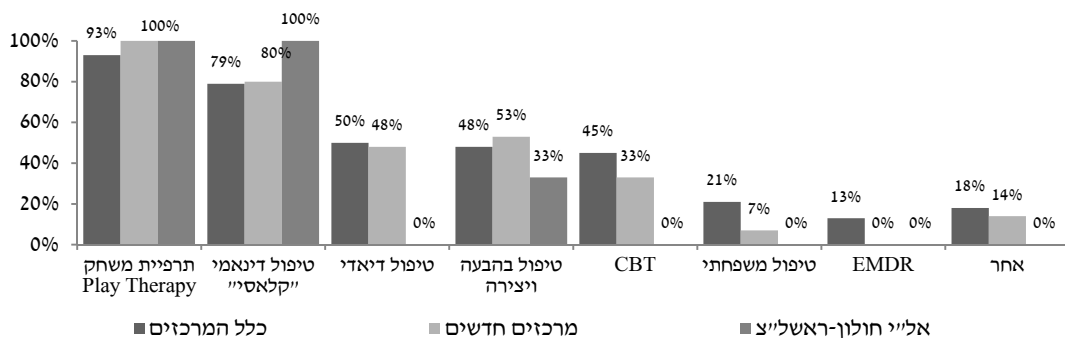
תרשים 7: שביעות הרצון מהמענה הטיפולי על פי סקר העו"סיות לחוק הנוער



לדברי **מנהלת המרכז**, הצוות הוא בעל ידע וניסיון וחברי הצוות מרבים להתייעץ זה עם זה בסוגיות טיפוליות. נוסף על כך, הצוות מגוון וכל מטפל תורם את הייחוד שלו. לדבריה, "בזכות המיזם יכולים להפנות יותר כספים לנושאים של השתלמות ומאוד נהנים מזה. לפני כן היה קשה. היום הנושא מסודר וממוסד". המנהלת רואה בשייכות של המרכז לעמותת אל"י יתרון מבחינת איכות הטיפול.¹⁴⁶ עם זאת, למרות התועלת בקשר עם אל"י, לדבריה חשוב שתהיה באל"י נכונות רבה יותר לענות לצרכי המיוחסים של המרכז. גם לדברי **העו"סית המחוזית לחוק הנוער**, לעמותת אל"י יש הרבה ידע וניסיון בטיפול בילדים נפגעים מינית, וגם מטפלות צעירות וחסרות ניסיון המועסקות בעמותת זכות להכשרה ולהדרכה מסודרת, טובה ומקצועית מאוד. מבחינה מקצועית, היא מקבלת משוב חיובי על המענה הטיפולי במרכז.

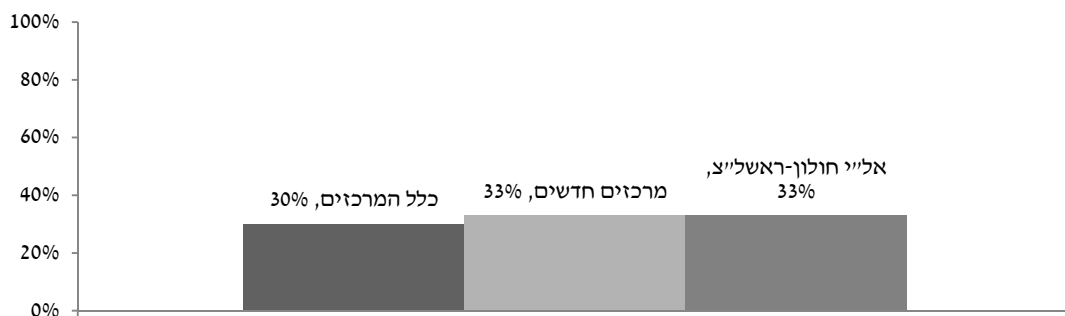
מגוון המענים הטיפוליים: מגוון המענים הטיפוליים המוצעים במרכז נמוך מהממוצע בכלל המרכזים,¹⁴⁷ והמטפלים במרכז מטפלים, למעשה, רק בשיטה הדינאמית כמפורט בתרשים 8.

תרשים 8: שיעור המטפלות שדיווחו שהן משתמשות בפועל בכמה שיטות טיפול¹⁴⁸



הכנת תוכנית טיפול: כברוב המרכזים, גם באל"י חולון-ראשלי"צ ממעטים לכתוב תוכניות טיפול, כפי שאפשר לראות בתרשים 9.

תרשים 9: שיעור המטפלות שדיווחו על כתיבת תוכנית טיפול בסוף האינטייק ובמהלך הטיפול



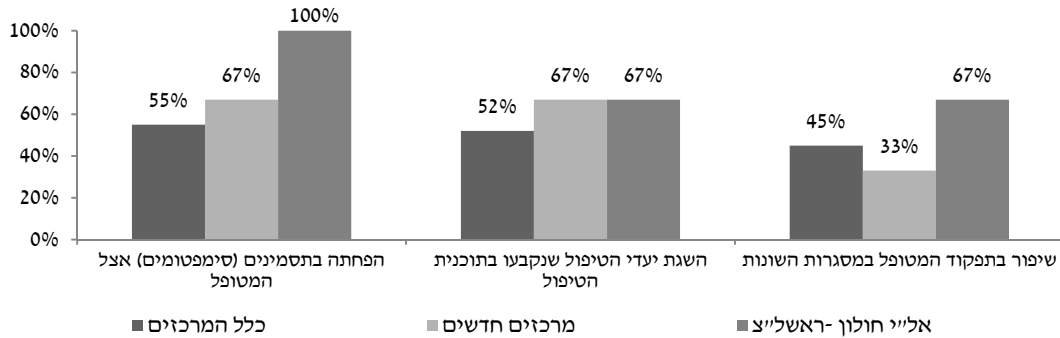
¹⁴⁶ למשל, "היה נער שהיה צריך מטפל דתי. הגענו להסכמה עם [מנהלת מרכז אחר של אל"י]... שיטופל במרכז שלה. זה סוג של גיבוי טיפולי, למשל אם מטופל צריך קבוצה אז מפנים אותו לקבוצה של אל"י בתל אביב".

¹⁴⁷ בכלל המרכזים הציון הוא 5.6, בחדשים – 5, ואילו במרכז אל"י חולון-ראשלי"צ – 3.

¹⁴⁸ במרכז אל"י חולון-ראשלי"צ ענו לסקר שלוש מטפלות מתוך השלוש שהועסקו בו (100%).

סיום טיפול מבוסס נתונים: המטפלות במרכז מרבית לסיים טיפול על בסיס נתונים מבוססים, כמפורט בתרשים 10.

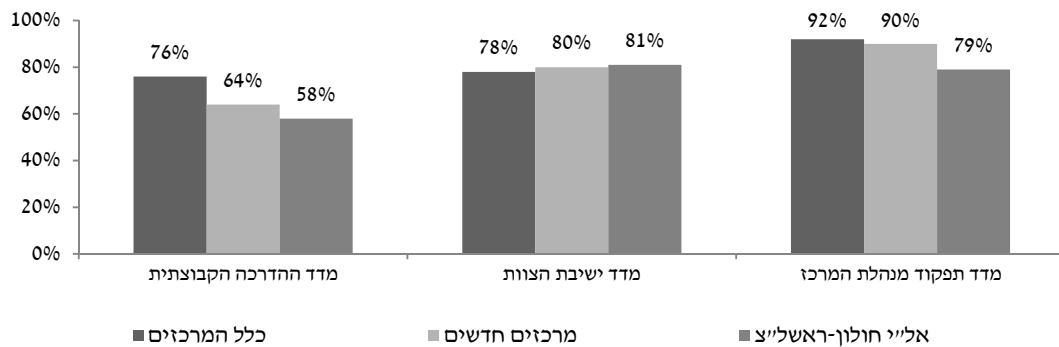
תרשים 10: שיעור המטפלות שצינו שהן מבססות את ההחלטה לסיים טיפול על הסיבות האלה



7. מנגנוני פיתוח הצוות

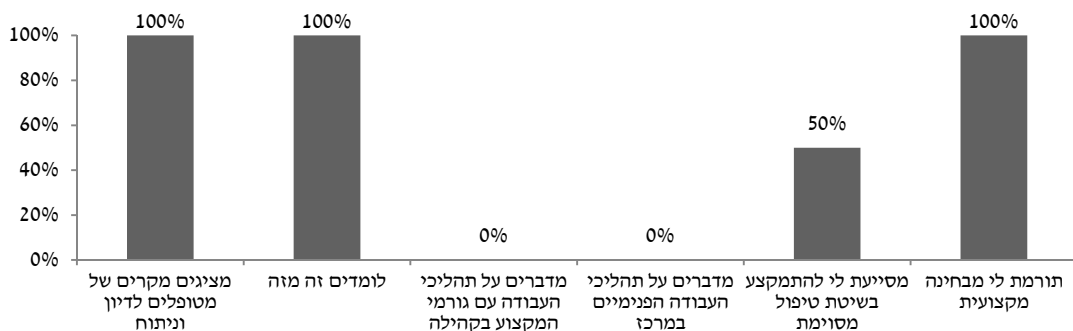
המטפלות במרכז מקבלות הדרכה פרטנית בת שעה פעם בשבועיים, והדרכה קבוצתית בת שעתיים פעם בשבועיים. נוסף על כך, מטפלות חדשות בשנה הראשונה נפגשות פעם בשבוע עם המנהל המקצועי של אל"י. ישיבת הצוות מתקיימת פעם בשלושה שבועות ואורכת שעתיים. כל צוות המטפלים משתתף בהדרכות הצוות ובישיבות. בתרשים 11 מוצגת השוואה בין כמה מדדים של פיתוח הצוות.

תרשים 11: שביעות הרצון של המטפלות ממדדי פיתוח הצוות



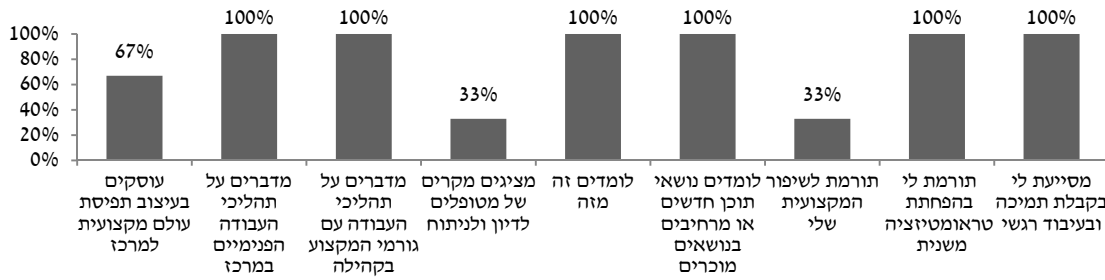
הדרכה פרטנית: מכיוון שרק מטפלת אחת ענתה על שאלה זו, מטעמי חיסיון לא יוצגו הנתונים. **הדרכה קבוצתית:** שביעות הרצון מההדרכה הקבוצתית נמוכה מכלל המרכזים, כמפורט בתרשים 12.

תרשים 12: הערכת המטפלות את ההדרכה הקבוצתית



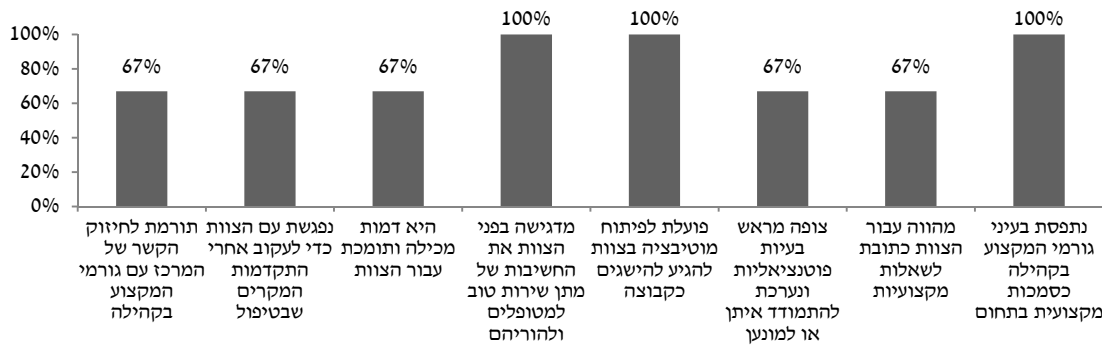
ישיבת הצוות : תרשים 13 מפרט כמה מדדים בישיבות הצוות, כפי שהם מוערכים על ידי המטפלות.

תרשים 13: הערכת המטפלות את ישיבות הצוות



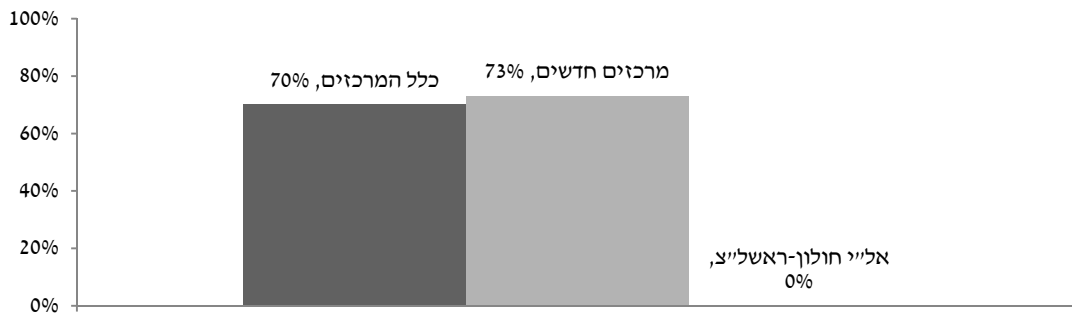
תפקוד מנהלת המרכז : שביעות הרצון מתפקוד מנהלת המרכז גבוהה אבסולוטית, אם כי שיעורה נופל מהממוצע בכלל המרכזים ובמרכזים החדשים האחרים, כמפורט בתרשים 14.

תרשים 14: הערכת המטפלות את תפקודי מנהלת המרכז



השימוש ב-Digital Clay : במרכז אל"י חולון-ראשלי"צ לא אין משתמשים ב-Digital Clay כלל, כמוצג בתרשים 15.

תרשים 15: שיעור המטפלות המשתמשות במערכת Digital Clay



מסקנות והמלצות

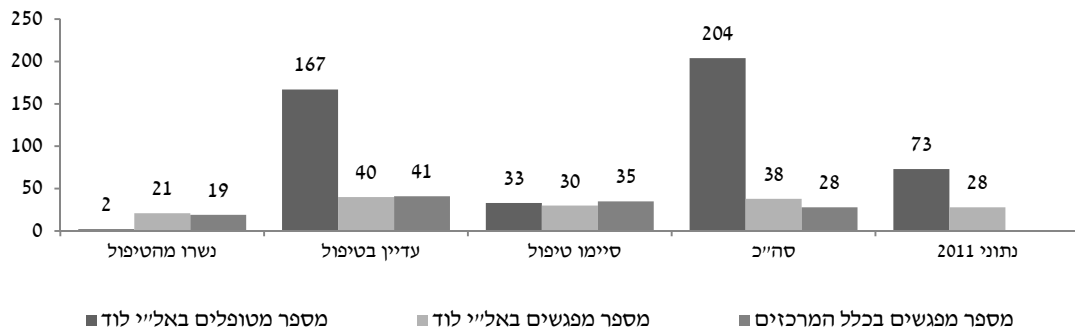
- א. המרכז חדש יחסית ונמצא בשלבי צמיחה, כמצופה ממנו. המענה הטיפולי במרכז טוב מאוד. כמו כן, המרכז מצטיין בהקפדה על סיום טיפול מבוסס נתונים ומומלץ ללמוד כיצד ביסס עקרון זה בקרב המטפלות.
- ב. בין השנים 2011 ל-2012 צמח המרכז פי חמישה מבחינת מספר המטופלים.
- ג. המרכז אינו מרבה לקיים פעילויות בקהילה. מומלץ לברר מהם החסמים לכך ולעודד את המרכז לקיים פעילויות נוספות.
- ד. ישנו פער מסוים בין הערכת מנהלת המרכז את השירות, לבין ההערכה שהעריכה העו"סית המחוזית לחוק הנוער כמה מדדים בשירות, כגון זמן ההמתנה ומתן טיפול בשעות הבוקר. מומלץ לבחון את מקורו של הפער הזה ולנסות לגשר עליו.
- ה. בבת ים קיימת כבר כמה שנים ועדה המתכנסת אחת לחודש, ומנהלת המרכז משתתפת בה כאורחת. מדובר בוועדה ותיקה, ואנשי המקצוע שבה מוכנים פחות לקבל את המרכז כגורם מקצועי. לפיכך, נשאלת השאלה מהו הערך המוסף של המרכז בעבודה עם רשות זו. מומלץ לבחון את הנושא ולבחור אם לנסות להרחיב את העבודה של המרכז ברשות זו, או להותיר אותה בהיקף מצומצם זה.
- ו. מומלץ לנסות לסייע למרכז לברר מהם החסמים באזור, מדוע לא מתקיימת ועדת ביצוע ומדוע מופנים רק מקרים בשנה ספורים, אף שנערכו כמה פגישות בין מנהלת הרווחה להמרכז.
- ז. מדד הייעוץ של הקהילה עם המרכז נמוך ביחס למרכזים אחרים, וייתכן שהתמודדות עם הקשר עם הקהילה באזור ובבת ים תשפר גם את המדד הזה.
- ח. מומלץ לשים לב למתרחש בהדרכה הקבוצתית ולמצוא דרכים לדייק את אופן העבודה של המדריכה הקבוצתית כדי שתתאים לצורכי המטפלות במרכז.
- ט. שיעור השימוש ב־Digital Clay במרכז אפסי. מומלץ לבחון מהם החסמים ולסייע למרכז להתגבר עליהם.

נספח ב': מרכז אל"י לוד

1. נתונים כלליים

מרכז אל"י לוד פועל מ-2009 ונמנה עם המרכזים הוותיקים. בראשית פעילותו היה המרכז אחראי לאזור לוד ועמק לוד, והחל מ-2011 נכללות בתחומו גם מודיעין ורמלה (שהייתה מוקד קטן נפרד והפכה לשלוחה של מרכז לוד). במרכז עשר מטפלות, כולן שכירות. כולן עברו או עוברות הכשרה ייעודית בטיפול בפגיעה מינית. שבע מהן עומדות בסטנדרט המשולב.¹⁴⁹ המרכז פועל בתשע רשויות, מתוכן רשות חרדית אחת (כפר חב"ד). ב-2012 העניק מרכז אל"י לוד 5,770 שעות טיפול בסה"כ, ל-204 ילדים, כמעט פי שלושה מטופלים מבשנת 2011. כל מטופל במרכז קיבל 29 שעות טיפול בממוצע. ממוצע השעות במרכז אל"י לוד דומה לממוצע השעות בכלל המיזם ברוב הפרמטרים, כמפורט בתרשים 16.

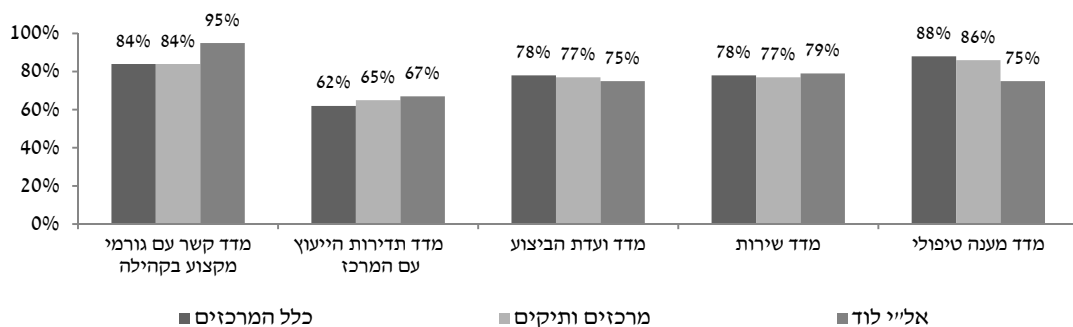
תרשים 16: מספר מטופלים ממוצע ומספר מפגשים ממוצע במרכז אל"י לוד¹⁵⁰



2. השוואה בין מרכז אל"י לוד לכלל המרכזים ולמרכזים הוותיקים

ברוב המדדים הכלליים המוצגים בתרשים 17, מרכז אל"י לוד מציג ביצועים דומים לשאר המרכזים הוותיקים. עם זאת, הוא חריג בשני מדדים: המרכז מצטיין בקשר עם גורמי המקצוע בקהילה, והוא חלש יותר בממד המענה הטיפולי.

לוח 17: מדדים עיקריים¹⁵¹ מתוך סקר העו"סיות לחוק הנוער¹⁵²



מדד הטיפול¹⁵³ באל"י לוד הוא 0.48, ואילו הממוצע במרכזים הוותיקים הוא 0.52.

¹⁴⁹ הסטנדרט המשולב קובע דרישות סף של השכלה, התמחות וניסיון הנדרשות מהמטפלות כדי לעבוד במרכזים.

¹⁵⁰ כלל המטופלים במרכז בשנת 2012 (מטופלים שהתחילו בטיפול לפני 2012 והמשיכו לאורך השנה, ומטופלים שהתחילו ב-2012).

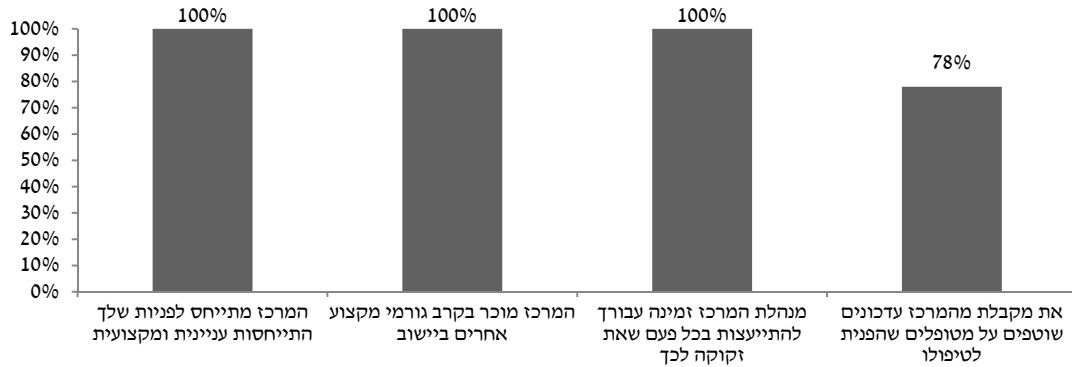
¹⁵¹ ערך המדדים בכל התרשימים הוא שיעור המשיבות שהביעו הסכמה רבה עד רבה מאוד עם ההיגדים שנבדקו.

¹⁵² מתוך 12 עו"סיות לחוק הנוער ברשויות הנמצאות באזור של מרכז אל"י לוד, השיבו לסקר תשע עו"סיות לחוק הנוער (75%) מהרשויות האלה: חבל מודיעין, כפר חב"ד, לוד, מודיעין-מכבים-רעות, עמק לוד, פתח תקווה, רמלה ושוהם.

3. הקשר עם גורמי המקצוע בקהילה

ייעוץ מקצועי לגורמים בקהילה וקשר סביב מקרים בטיפול: במדד הקשר עם הקהילה מרכז אל"יי לוד מצטיין אבסולוטית וגם ביחס לכלל המרכזים, כפי שאפשר לראות בתרשים 18.

תרשים 18: שביעות הרצון של עו"סיות לחוק הנוער מהקשר עם גורמי המקצוע בקהילה

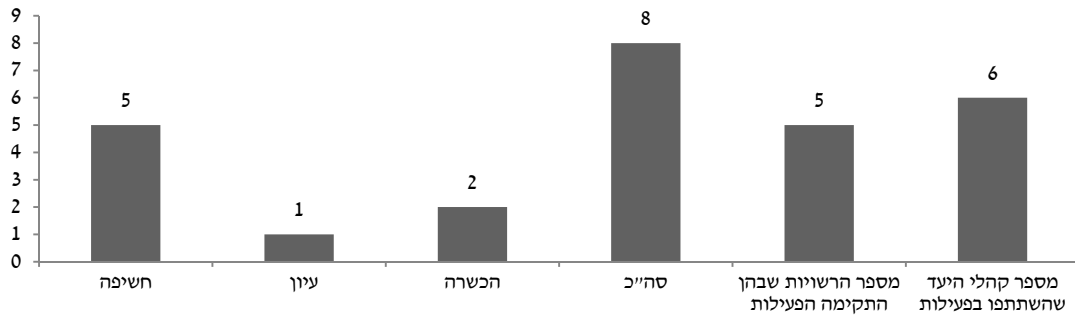


לדברי מנהלת המרכז, אנשי מקצוע מתקשרים לאורך כל שעות היממה ומתייעצים בחופשיות אתה ועם המנהל המקצועי של המרכז מטעם אל"יי. לעתים, אם הורים נמצאים במצוקה הם אף נפגשים עמה. צוותים מקצועיים (עו"סיות, יועצות וגורמי טיפול נוספים) מתקשרים גם הם כדי להתייעץ. לדברי המנהלת, למרכז קשר טוב עם מרבית הרשויות שהוא פועל בהן. הקשר הוא בעיקר עם גורמי הרווחה ברשויות: עם עו"סית מרכזת לנושא פגיעות מיניות, עו"סית לחוק הנוער ועו"סית משפחה. קשר זה בא לידי ביטוי בשיתוף ובהתייעצות בנוגע למקרים של פגיעה מינית או של חשד לפגיעה כזאת. באחת הרשויות רואים במרכז "גורם מקצועי ושותף", ועל רשות אחרת נאמר: "אנחנו בקשר מצוין. הם רואים בנו מושיעים. יש שיח פתוח ושוטף עם העו"סית לחוק הנוער, מנהלת המחלקה ועו"סית המשפחה". אין למרכז מדיניות ברורה בעניין תדירות הקשר עם הקהילה סביב מקרים שבטיפול ואופיו, והדבר תלוי ברשות ובמקרה הנדון. יש רשויות המעדיפות שהמרכז ידווח לגורמי המקצוע גם בעת טיפול במשפחות שאינן מוכרות ברווחה, אך הנטייה של המרכז היא לדווח רק כשמדובר במשפחות מוכרות לרווחה, מסיבות של חיסיון. לעתים נמסר עדכון מינימלי בנוגע לעצם קיומו של הטיפול במשפחה לא מוכרת. במקרים שיש בהם חובת דיווח, מדווחים לרווחה תמיד. מנהלת המרכז מכירה היטב את כל הטיפולים, ובהתייעצות בינה לבין המטפלות הן מחליטות מתי ליצור קשר עם גורמי המקצוע בקהילה.

פעילות הסברה וחשיפה בקהילה: לדברי המנהלת, המרכז ערך מפגשי חשיפה לגורמי רווחה ברשויות באמצעות פגישות של מנהלת המרכז עם צוותי הרווחה בכל הרשויות, למעט אחת. פירוט הפעילויות בקהילה בתרשים 19.

¹⁵³ מדד הטיפול הוא ממוצע המטופלים למטפלת חלקי ממוצע השעות למטפלת. משמעותו של מדד זה הוא החלק היחסי מתוך זמנה של המטפלת המושקע בטיפול במטופלים. ערכי המדד נעים בין 0 ל-1 – משמעותו שהמטפלת אינה מטפלת במטופלים כלל, ו-1 משמעותו שהמטפלת מקדישה את כל זמנה לטיפול במטופלים. ככל שערך המדד גבוה יותר משמעות הדבר שהמטפלות והמרכז מקדישים יותר זמן מתוך סך זמן העבודה העומד לרשותם לטיפול במטופלים.

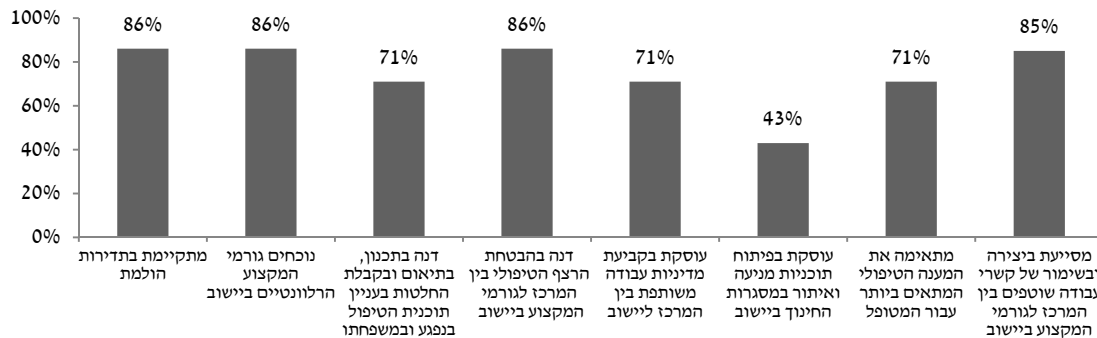
תרשים 19: פירוט הפעילויות בקהילה של מרכז אל"י לוד



4. ועדת הביצוע

ככלל, מרכז אל"י לוד עובד היטב במתכונת ועדת ביצוע, ושביעות הרצון של העו"סיות לחוק הנוער מוועדת הביצוע דומה לזו שבכלל המרכזים. נראה שהוועדה נוטה לעסוק יותר בנושאי טיפול פרטני ופחות בגיבוש מדיניות ובפיתוח תוכניות מניעה, כמפורט בתרשים 20.

תרשים 20: שביעות הרצון מתפקוד ועדת הביצוע על פי עו"סיות לחוק הנוער



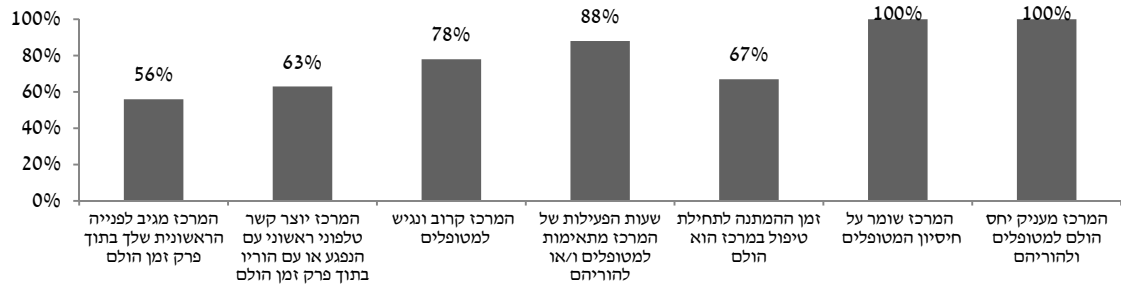
כונס ועדות ביצוע בשבע רשויות (לוד, עמק לוד, רמלה, מודיעין, כפר חב"ד, פתח תקווה וראש העין) בתדירות של פעם בחודש וחצי עד פעם בחודשיים. בוועדות משתתפת מנהלת המרכז (תמיד), מטפלות מהמרכז (לפעמים), עו"סית יישובית לחוק הנוער, עו"סית מרכזת של פגיעות מיניות, נציג השירות הפסיכולוגי חינוכי או נציג מחלקת חינוך ועו"סית מטפלת (לפעמים). הנושאים המרכזיים בפגישות הם: עדכונים בנוגע למקרים הנמצאים בטיפול, דיון במקרים חדשים, קבלת אינפורמציה נוספת מהעו"סית על הנפגע ועל משפחתו וחלוקת משימות בהתאם לתוכנית הטיפול.¹⁵⁴ לדברי מנהלת המרכז הקשר עם גורמי המקצוע בקהילה מתנהל גם בין הפגישות של ועדת הביצוע. בלוד, בכפר חב"ד ובפתח תקווה יש קשר הדוק יחסית בין המרכז לגורמי המקצוע. לדברי העו"סית המחוזית לחוק הנוער המלווה את המרכז, תפקיד יו"ר ועדת הביצוע חייב להיות מוגדר וצריך להקצות לו היקף משרה מסוים כדי לבצע את כל המטלות הכרוכות בו, כגון: הכנת הפגישה, קבלת סיכומים בכתב, מעקב אחרי מקרים שבטיפול ועוד. לדבריה, הטיפול במרכז לא נפגע בעקבות חוסר התקצוב של תפקיד יו"ר הוועדה, אך עניין זה פוגע במעקב אחר סיכומי הוועדה ובתיעודם.

5. השירות במרכז

שביעות הרצון מאיכות השירות במרכז דומה לזו שבכלל המרכזים. בתרשים 21 מפורטים מדדי איכות השירות, מנקודת המבט של העו"סיות/יות לחוק הנוער.

¹⁵⁴ למשל, בוועדה נדון ילד בן 3.5 שאינו מתאים לטיפול במרכז והוחלט שהוריו יגיעו לאינטייק במרכז ויקבלו הדרכה.

תרשים 21: שביעות הרצון של העו"סיות לחוק הנוער מאיכות השירות



מנהלת המרכז חיוותה דעתה בנוגע לאיכות השירות במרכז.

מהירות התגובה לפנייה: במרכז נעשה מאמץ רב להגיב מהר לכל פנייה. אם המטפלות עמוסות, המנהלת תפנה להורים בעצמה ותזמנם לאינטייק ראשוני.

זמן המתנה לטיפול: כמעט שאין מקרים הממתנים לטיפול במרכז.

זמינות: רוב הטיפולים מתקיימים אחר הצהריים, אך מתקיימים טיפולים גם בשעות הבוקר. לדבריה, "זה אילוץ שלנו – מטפלים לא יכולים לעבוד רק אחרי הצהריים". טיפולים בבוקר תלויים בגמישות הרשות המקומית ומכל מקום, טיפול בשעות אלו מתקיים תמיד בתיאום עם בית הספר ועם הורי המטופל.

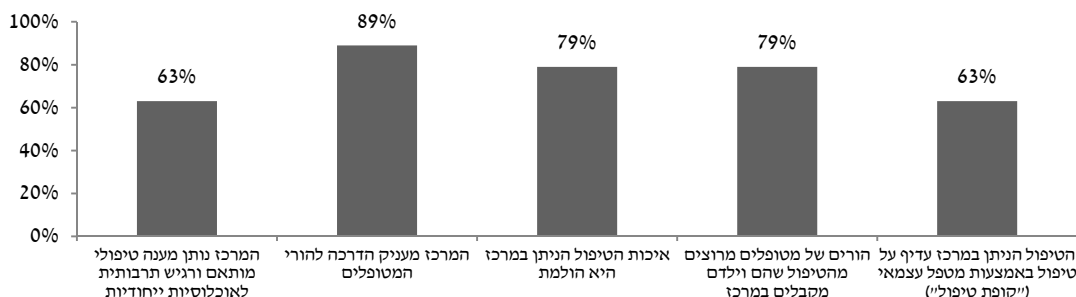
נגישות: מלבד שלוחה אחת שהמבנה שלה נסגר (ראש העין) ובעת כתיבת המחקר חיפשו לה מקום חדש, במרכז ובכל השלוחות יש נגישות טובה.

העו"סית המחוזית לחוק הנוער אומרת שהיא טרם נכנסה למעקב צמוד אחר המרכז מבחינה מקצועית, אך היא מקבלת משובים חיוביים מהעו"סיות ברשויות. לדבריה, "אם הייתה ביקורת כבר הייתי יודעת". עם זאת, נראה שיש פערים בין עמדות מנהלת המרכז ותפיסתה את איכות השירות, לבין הערכת העו"סיות לחוק הנוער המוצגת בתרשים 21 לעיל, בעיקר בנוגע לשלבי תחילת הטיפול.

6. המענה הטיפולי במרכז

המענה הטיפולי במרכז אל"י לוד חלש, הן ביחס למדדיו שלו הן ביחס למרכזים האחרים. תרשים 22 מפרט את עמדות העו"סיות לחוק הנוער בעניין איכות המענה הטיפולי.

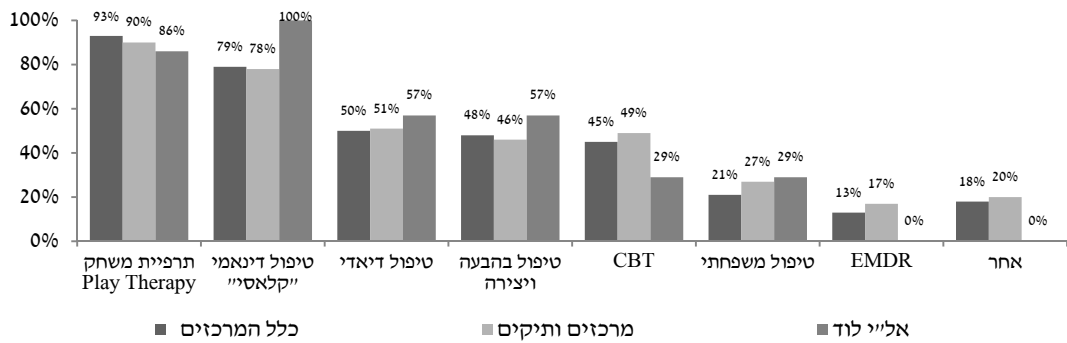
תרשים 22: שביעות הרצון מהמענה הטיפולי על פי סקר העו"סיות לחוק הנוער



מגוון המענים הטיפוליים: מגוון המענים הטיפוליים הניתנים במרכז גבוה מהממוצע ברוב המרכזים,¹⁵⁵ כמפורט בתרשים 23.

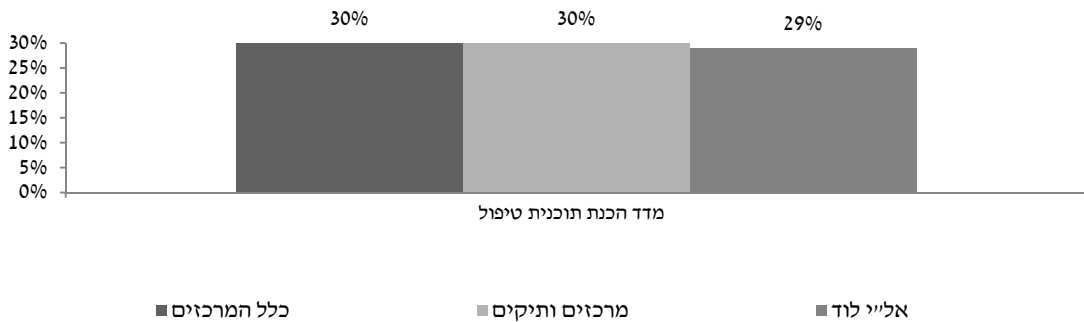
¹⁵⁵ בכלל המרכזים מדד המגוון הוא 5.6 ואילו באל"י לוד המדד הוא 6.

תרשים 23: שיעור המטפלות¹⁵⁶ שדיווחו שהן משתמשות בפועל בכמה שיטות טיפול



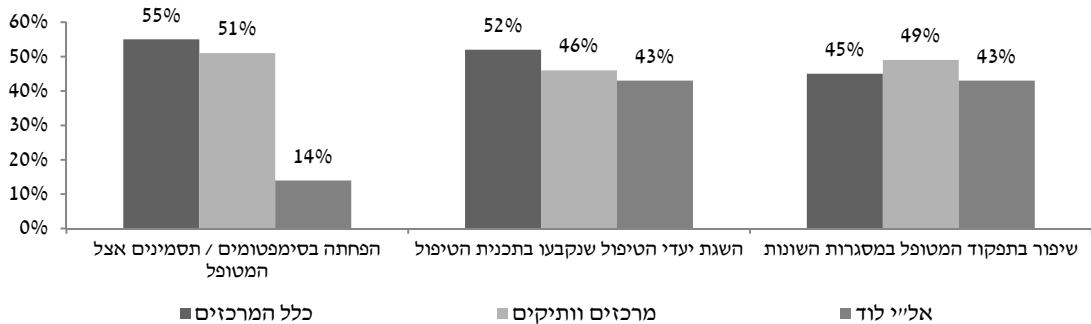
לדברי המנהלת, אין במרכז מטפלת המזוהה עם גישה אחת. המרכז "מוטה גישה דינאמית". יש מטפלות המוכשרות ב-CBT, אבל לא הייתה הכשרה מוסדרת בתחום לצוות. יש מטפלות משפחתיות היודעות לשלב כמה גישות ואל"י מוסיף ונותן כלים נוספים כל הזמן. המנהלת שבעת רצון מאיכות המענה הטיפולי במרכז. כדי לשפר את המענה אף יותר ולהרחיב את יריעת הטיפול, היא מעוניינת לחשוף את הצוות כולו ליותר שיטות כמו CBT ו-EMDR. **הכנת תוכנית טיפול:** כברוב המרכזים, גם באל"י לוד ממעטים לכתוב תוכניות טיפול, כפי שאפשר לראות בתרשים 24.

תרשים 24: שיעור המטפלות שדיווחו על כתיבת תוכנית טיפול בסוף האינטייק ובמהלך הטיפול



סיום טיפול מבוסס נתונים: המטפלות במרכז ממעטות יחסית לסיים טיפול על סמך נתונים מבוססים, כפי שאפשר לראות בתרשים 25.

תרשים 25: שיעור המטפלות שציינו שהן מבססות את ההחלטה לסיים טיפול על הסיבות האלה



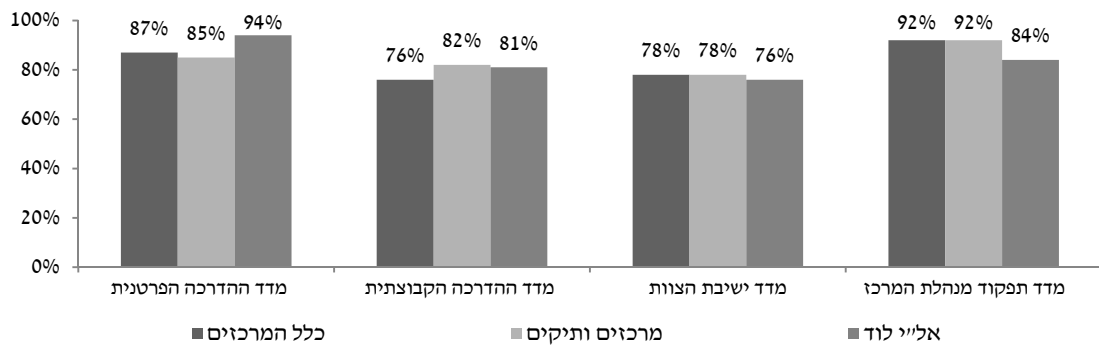
¹⁵⁶ במרכז אל"י לוד ענו לסקר שבע מטפלות מתוך שמונה שהועסקו בו (88%).

ניכר שיש פער מסוים בין שביעות הרצון של מנהלת המרכז מאיכות המענה הטיפולי, לבין העובדה שזהו הממד הנמוך ביותר במרכז עצמו, וגם ביחס למרכזים אחרים. דווקא הגיוון במענה הטיפולי, שהמנהלת מבקשת לשפר אותו, הוא תחום חזק ביחס למרכזים אחרים.

7. מנגנוני פיתוח הצוות

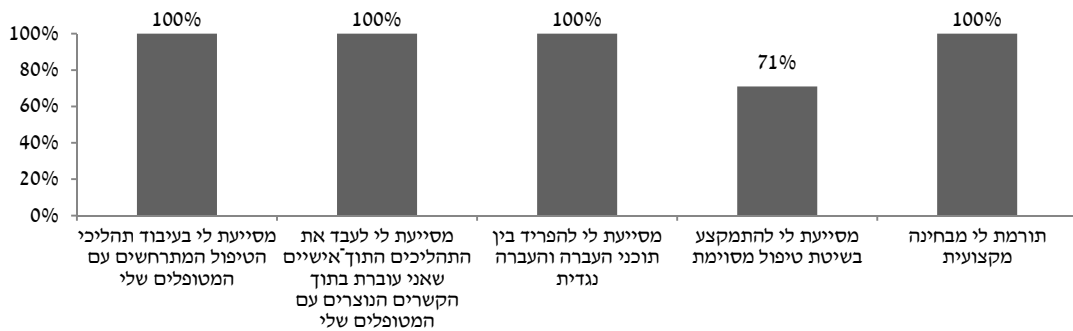
המטפלות במרכז מקבלות הדרכה פרטנית בת שעה פעם בשבועיים, והדרכה קבוצתית בת שעתיים פעם בשבועיים. נוסף על כך, מטפלות חדשות בשנה הראשונה נפגשות פעם בשבוע עם המנהל המקצועי של אל"י. ישיבת צוות בת שעתיים מתקיימת פעם בשלושה שבועות. כל צוות המטפלות משתתף בהדרכות הפרטניות, בישיבות הצוות ובהדרכות הקבוצתיות. בתרשים 26 מוצגת שביעות הרצון של המטפלות מכמה מדדים של פיתוח הצוות.

תרשים 26: שביעות הרצון של המטפלות ממדדי פיתוח הצוות



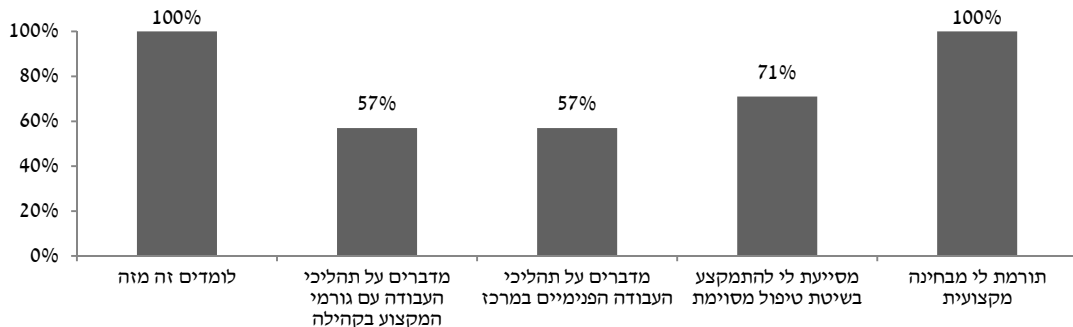
הדרכה פרטנית: שביעות הרצון של המטפלות מההדרכה הפרטנית גבוהה, כמוצג בתרשים 27.

תרשים 27: הערכת המטפלות את ההדרכה הפרטנית



הדרכה קבוצתית: תרשים 28 מציג את שביעות הרצון של המטפלות מכמה מדדים של ההדרכה הקבוצתית.

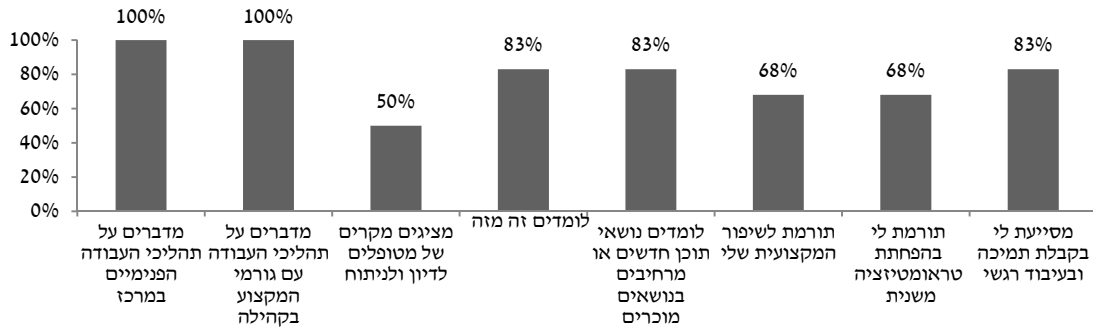
תרשים 28: שביעות הרצון של המטפלות מההדרכה הקבוצתית



לדברי מנהלת המרכז, יש מטפלים המקבלים הדרכה צמודה יותר. היא ציינה שיש תהליכי פיקוח ובקרה הדוקים למדי שלה ושל המנהל המקצועי של אל"יי על המטפלות ועל הטיפולים. לדברי העו"סית המחוזית לחוק הנוער, לעמותת אל"יי יש הרבה ידע וניסיון בטיפול בילדים נפגעי פגיעה מינית. גם כשמדובר במטפלות צעירות וחסרות ניסיון, הן זוכות להכשרה ולהדרכות מסודרות, טובות ומקצועיות מאוד.

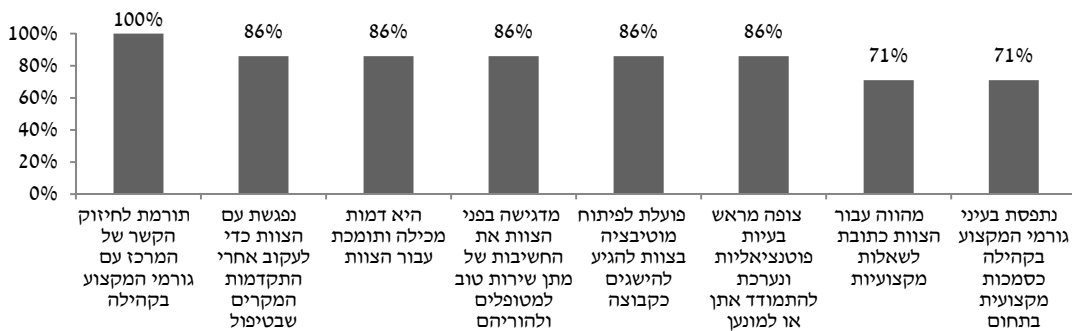
ישיבות הצוות: תרשים 29 מפרט כמה מדדים בישיבות הצוות, כפי שהמטפלות העריכו אותם.

תרשים 29: הערכת המטפלות את ישיבות הצוות



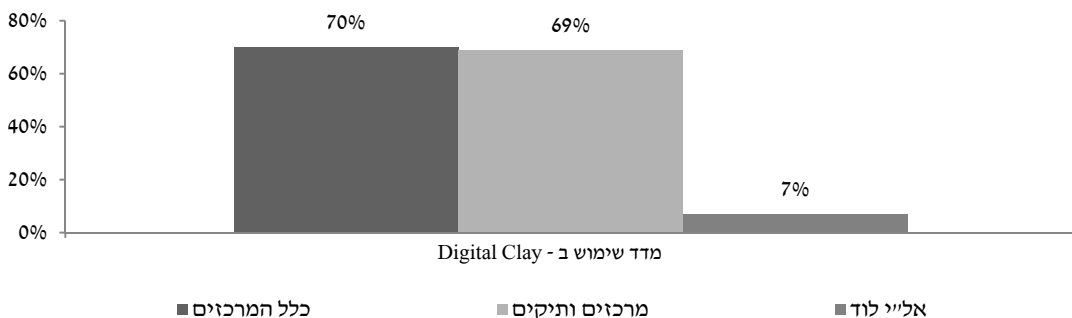
תפקוד מנהלת המרכז: שביעות הרצון של המטפלות מתפקוד מנהלת המרכז גבוהה, כפי שעולה מתרשים 30. עם זאת, בהשוואה לכלל המרכזים מדד זה נמוך מעט.

תרשים 30: הערכת המטפלות את תפקודי מנהלת המרכז



השימוש ב-Digital Clay: שיעור מטפלות המשתמשות ב-Digital Clay לצורך ניהול התיקים במרכז נמוך ביותר, כמודגם בתרשים 31.

תרשים 31: שיעור המטפלות המשתמשות במערכת Digital Clay



מסקנות והמלצות:

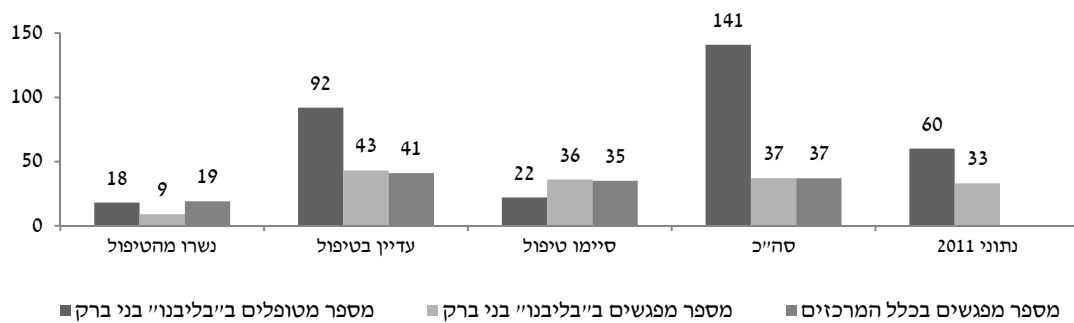
- א. הקשר עם הקהילה במרכז אל"י לוד זוכה למשוב חיובי גבוה, והוא נקודת חוזק של המרכז.
- ב. בין השנים 2011 ל-2012 צמח המרכז פי שלושה מבחינת מספר המטופלים.
- ג. יש פער מסוים בין ההערכה החיובית של המנהלת את המענה הטיפולי (זמן ההמתנה למענה, זמן המתנה לפנייה ראשונית וזמן ההמתנה לתחילת טיפול), לבין הערכת המענה הטיפולי על ידי העו"סית המחוזית לחוק הנוער. מומלץ לבחון כיצד לשפר את המענה הטיפולי במרכז.
- ד. במרכז מתקיימים טיפולים גם בשעות הבוקר, בניגוד להנחיות המיזם. מומלץ להתאים את נוהלי המיזם למציאות שבה מטפלים עובדים גם בשעות הבוקר ואי אפשר להימנע מטיפול בשעות הלימודים. לחלופין, מומלץ לסייע למרכז מבחינה ארגונית כדי שיהיה אפשר לטפל רק בשעות אחר הצהריים. מדובר בסוגיה כוללת ויש לתת עליה את הדעת ברמה הארצית.
- ה. מומלץ לבחון כיצד בוחרות המטפלות לסיים טיפול, שכן רבות מהן דיווחו שהן אינן נשענות על נתונים מבוססים.
- ו. שיעור השימוש ב־Digital Clay במרכז נמוך ביותר. מומלץ לבחון מהם החסמים הגורמים לכך ולסייע למרכז להתגבר עליהם.

נספח ג': מרכז "בליבנו" בני ברק

1. נתונים כלליים

מרכז "בליבנו" בני ברק פועל מ־2009 ונמנה עם המרכזים הוותיקים. במרכז 13 מטפלות, חמש מהן שכירות. תשע מהמטפלות עברו הכשרה ייעודית לטיפול בפגיעה מינית, או עוברות הכשרה כזאת, ו־11 מהן עומדות בסטנדרט המשולב. המרכז פועל ברשויות בני ברק, אלעד ומודיעין עילית ומשרת אוכלוסייה חרדית בלבד. בשנת 2012 העניק המרכז 3,336 שעות טיפול ל־148 מטופלים, פי שניים מטופלים מבשנת 2011. צמיחת המרכז מצומצמת ביחס לצמיחת כלל המרכזים החדשים. בשנת 2012 קיבל כל ילד 25 שעות טיפול בממוצע. ממוצע שעות הטיפול במרכז דומה לזה שבכלל המרכזים בפרמטרים רבים, פרט לנשירה המתרחשת שם מוקדם יותר, כמפורט בתרשים 32.

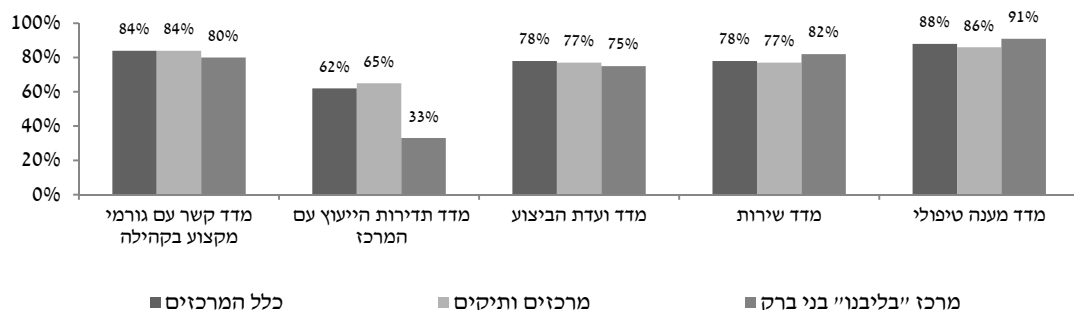
תרשים 32: מספר מטופלים ממוצע ומספר מפגשים במרכז "בליבנו" בני ברק¹⁵⁷



2. השוואה בין מרכז "בליבנו" בני ברק לכלל המרכזים ולמרכזים הוותיקים

ברוב תחומי השירות המוצגים בתרשים 33, מרכז "בליבנו" בני ברק מציג ביצועים דומים לשאר המרכזים הוותיקים. ראוי לציין שהשירות והמענה הטיפולי מוערכים מעט גבוה יותר מכלל המרכזים וגם מהמרכזים הוותיקים. עם זאת, תדירות הייעוץ עם המרכז נמוכה במידה ניכרת משל כלל המרכזים.

תרשים 33: מדדים עיקריים¹⁵⁸ מתוך סקר העו"סיות לחוק הנוער¹⁵⁹



מדד הטיפול¹⁶⁰ הממוצע בקרב המרכזים הוותיקים הוא 0.52. מדד הטיפול בבני ברק הוא 0.50.

¹⁵⁷ כלל המטופלים במרכז בשנת 2012 (מטופלים שהתחילו בטיפול לפני 2012 והמשיכו לאורך השנה, ומטופלים שהתחילו ב-2012).

¹⁵⁸ ערך המדדים בכל התרשימים הוא שיעור המשיבות שהביעו הסכמה רבה עד רבה מאוד עם ההיגדים שנבדקו.

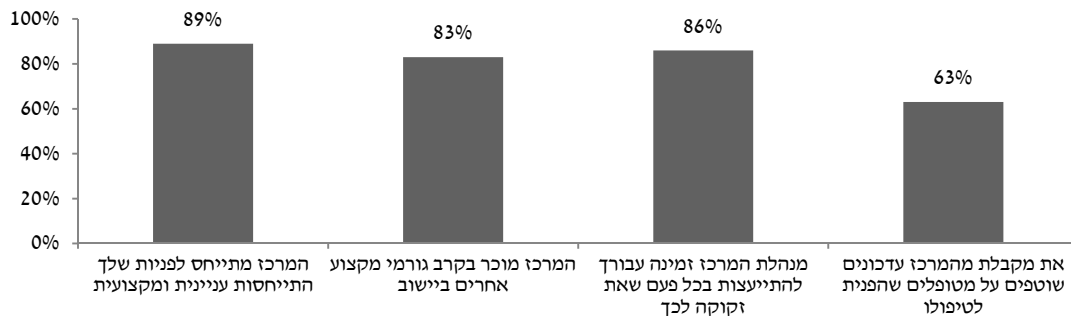
¹⁵⁹ מתוך 17 עו"סיות לחוק הנוער ברשויות הנמצאות באזור של מרכז "בליבנו" בני ברק, השיבו לסקר תשע עו"סיות לחוק הנוער (53%) מהרשויות האלה: אלעד, בני ברק ומודיעין עילית.

3. הקשר עם גורמי המקצוע בקהילה

לדברי המנהלת, יש למרכז שם טוב בקהילה, והוא נחשב מקום שאפשר לסמוך עליו. הקושי לדבר על נושא הפגיעה המינית ולחשוף אותו גדול בקהילה החרדית יותר מבאוכלוסייה הכללית. אנשים מתקשים להאמין שפגיעה קורבנית, מכחישים אותה ומתגוננים. פעמים רבות הכעס והחרדה באים לידי ביטוי בשיח עם המרכז עצמו ובעיקר בשיח עם המנהלת, והיא מושמצת לעתים השמצות אישיות.

ייעוץ מקצועי לגורמים בקהילה וקשר סביב מקרים בטיפול: מדד הקשר עם גורמי המקצוע בקהילה במרכז בבני ברק נמוך מעט מהממוצע של כלל המרכזים, אך גבוה מבחינה אבסולוטית, כפי שאפשר לראות בתרשים 34.

תרשים 34: שביעות הרצון של עו"סיות לחוק הנוער מהקשר עם גורמי המקצוע בקהילה

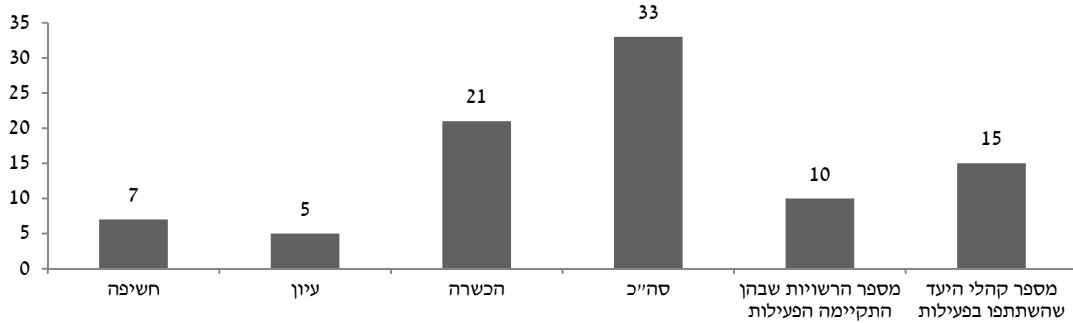


העו"סיות המחוזיות לחוק הנוער המלווה את המרכז תיארה חוסר הסכמה בין המרכז לקהילה בדבר הקשר והעדכון בין הצדדים. לדבריה, "יש קצת מתיחות בין דברים שמנהלת המרכז חושבת שהלשכה צריכה לדעת, לבין מה שהלשכה חושבת שהיא צריכה לדעת לגבי מטופלים. אצל החרדים זה מאוד משמעותי שיוכלו לפנות שלא דרך הלשכה". אין למרכז סטנדרט קבוע בנוגע לקשר השוטף סביב מקרים שבטיפול. כשיש צורך בשיתוף פעולה עם לשכת הרווחה במקרה שהמשפחה מטופלת שם, מתקיים עדכון שוטף של גורמי המקצוע בכתב ובעל־פה. אם אין צורך של ממש, המרכז אינו שומר על קשר עמם, ויש הרבה מקום לשיקול דעתה של המטפלת. **העו"סיות המחוזיות לחוק הנוער** המלווה את המרכז תיארה מצב שבו כמה מגורמי המקצוע בקהילה שנכחו בוועדת הביצוע בבני ברק הרגישו חוסר תקשורת עם המרכז, ובישיבה התגלו חילוקי דעות בין מנהלת המרכז לגורמי המקצוע בוועדה בשאלה כיצד לטפל במקרה מסוים.

פעילויות הסברה וחשיפה בקהילה: המרכז בבני ברק היה בין שני המרכזים הוותיקים הפעילים ביותר בקהילה: הוא קיים 33 פעילויות בקהילה, מהן 21 פעילויות הכשרה, כמה מהן ברמה הארצית. התקיימו גם פעילויות בעשר רשויות מקומיות (יותר ממספר הרשויות המשויכות לו) ולמספר גדול של קהלי יעד, כמפורט בתרשים 35.

¹⁶⁰ מדד הטיפול הוא ממוצע המטופלים למטפלת חלקי ממוצע השעות למטפלת. משמעותו של מדד זה הוא החלק היחסי מתוך זמנה של המטפלת המושקע בטיפול במטופלים. ערכי המדד נעים בין 0 ל-1 – 0 משמעותו שהמטפלת אינה מטפלת במטופלים כלל, ו-1 משמעותו שהמטפלת מקדישה את כל זמנה לטיפול במטופלים. ככל שערך המדד גבוה יותר משמעות הדבר שהמטפלות והמרכז מקדישים יותר זמן מתוך סך זמן העבודה העומד לרשותם לטיפול במטופלים.

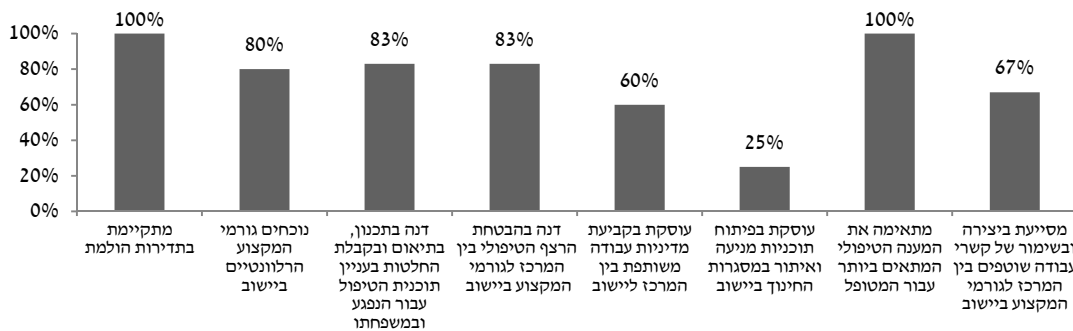
תרשים 35: פירוט הפעילויות בקהילה של מרכז "בליבנו" בני ברק



4. ועדת הביצוע

המרכז הוא אחד משני המרכזים הוותיקים הפועל בכל היישובים במתכונת של ועדת ביצוע, ובשלוש הרשויות שבהן פועל המרכז (אלעד, מודיעין עילית ובני ברק) פועלת הוועדה בתדירות שבין פעם בשבועיים לפעם בארבעה שבועות. הוועדות ממעטות לעסוק בפיתוח תוכניות מניעה ואיתור, כמו גם בתרשים 36.

תרשים 36: שביעות הרצון מתפקוד ועדת הביצוע, על פי העו"סיות לחוק הנוער



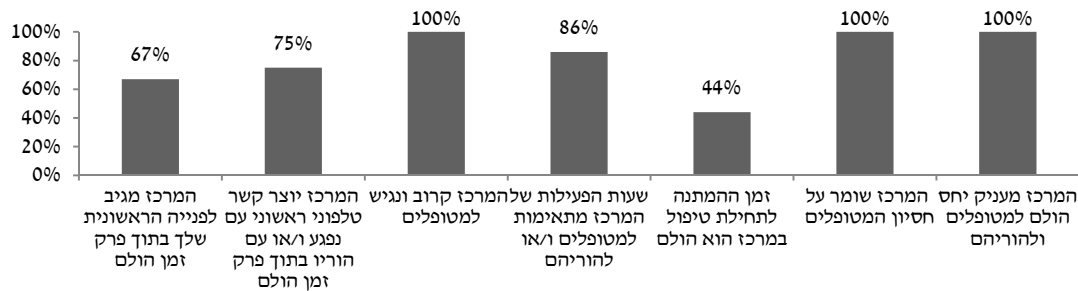
בוועדה משתתפות מנהלת המרכז ומטפלת נוספת מטעמו, עו"סית מרכזת לחוק הנוער, מפקחת, יועצות ונציג השירות הפסיכולוגי (במודיעין עילית בלבד). במידת הצורך משתתפים בוועדה גם עו"סית של המשפחה המפנה ועו"סית לסדרי דין. בבני ברק מתקיים המפגש במרכז, שכן לדברי המנהלת אי אפשר לקיים פגישה בלשכת הרווחה משום שאין בה מקום ראוי. באלעד מתקיים המפגש בלשכת הרווחה ובמודיעין עילית בשירות הפסיכולוגי. לדברי מנהלת המרכז, יש חשיבות למיקום המפגש, מפני שהוא בחירת המקום מעבירה מסר בדבר האחריות של גורמי המקצוע בקהילה כלפי הנפגע ומשפחתו. בוועדת הביצוע מביאים את טופס הפנייה ומתקיים דיון פרטני בכל מקרה ומקרה, משלימים אינפורמציה נוספת על פי הצורך, דנים דיון מקצועי בתוכנית הטיפולית ובמבנה הטיפול (בילד לחוד, או עם הורים), בבחירת המטפלת ובשיטת הטיפול. נוסף על כך, אם יש צורך, נדונה בוועדה תוכנית מוגנות לנפגעת. בה בעת, עוסקות ועדות הביצוע בהמשך הטיפול הנדרש, בדילמות העולות בטיפול (למשל, משפחה הנעדרת מהטיפול, טיפול שאינו מתקדם, קושי בשיתוף פעולה וכדומה). מנהלת המרכז ציינה שלעתים מתגלים קשיים בקשר עם לשכת הרווחה מבחינת משאבי הזמן המוגבלים מדי המוקדשים לוועדות ביצוע.¹⁶¹

¹⁶¹ שעתים אחת לשבועיים בלבד.

5. השירות במרכז

בתרשים 37 מפורטים מדדי איכות השירות מנקודת המבט של העו"סית לחוק הנוער, ונראה שהם גבוהים מעט יותר ביחס לכלל המרכזים ולמרכזים הוותיקים.

תרשים 37: שביעות הרצון של העו"סיות לחוק הנוער מאיכות השירות



מנהלת המרכז חיוותה דעתה בנוגע לאיכות השירות במרכז.

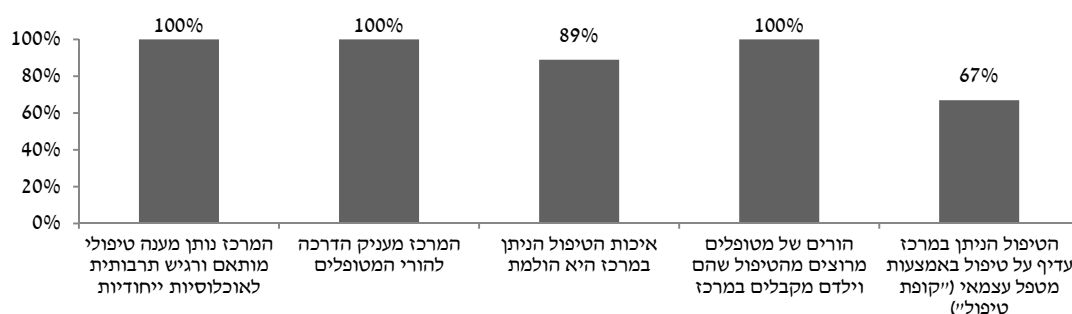
זמינות השירות: ניכרת בעיה של חדרי טיפול, שכן כל המטופלים מעדיפים לקבוע טיפולים ביום שבו הם מגיעים למרכז ממילא להדרכה, וביום הזה כל הצוות נמצא במרכז. לדבריה: "לא נעים לעבוד [במרכז] לבד. בימי חמישי אחרי הצהריים לא רוצים לעבוד (במיוחד נשים) כי זה לקראת שבת". לדבריה, הפתרון הוא התוספת המתוכננת של עוד ארבעה-חמישה חדרי טיפול ואיחוד המבנה של המרכז עם המבנה של שירותי בריאות הנפש. מלבד זאת, ציינה המנהלת שיש תוכנית להרחיב את שירותי המזכירות גם לשעות אחר הצהריים, שהן שעות השיא בפעילות המרכז (כיום המזכירה נמצאת במרכז עד 13:00). **לדברי העו"סית המחוזית** המלווה את המרכז, זמינות השירות במרכז טובה ויש גמישות בזמני טיפול (ניתנים טיפולים גם בערב ולפי הצורך).

איכות השירות והמענה הטיפולי: העו"סית לחוק הנוער אומרת שמנהלת המרכז מקיימת את האינטייק בעצמה במסירות רבה, ולכן השירות הראשוני קשוב מאוד ומדויק. לדבריה, היו תקופות שהיו חסרים מטפלים אך לדעתה יש שיפור בזמני המתנה והיום הם סבירים. נוסף על כך, המזכירה היא "בעלת נפש של עו"סית", מכילה, "מבינה עניין ואינטליגנטית" ותורמת גם היא לשירות במרכז.

6. המענה הטיפולי במרכז

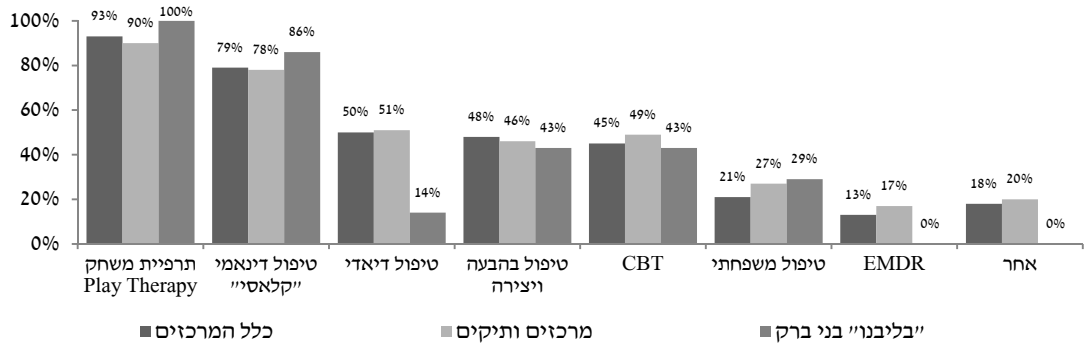
המענה הטיפולי במרכז זכה להערכה גבוהה מעט מן הממוצע של כלל המרכזים. תרשים 38 מפרט את עמדות העו"סית לחוק הנוער בעניין איכות המענה הטיפולי.

תרשים 38: שביעות הרצון מהמענה הטיפולי על פי סקר העו"סיות לחוק הנוער



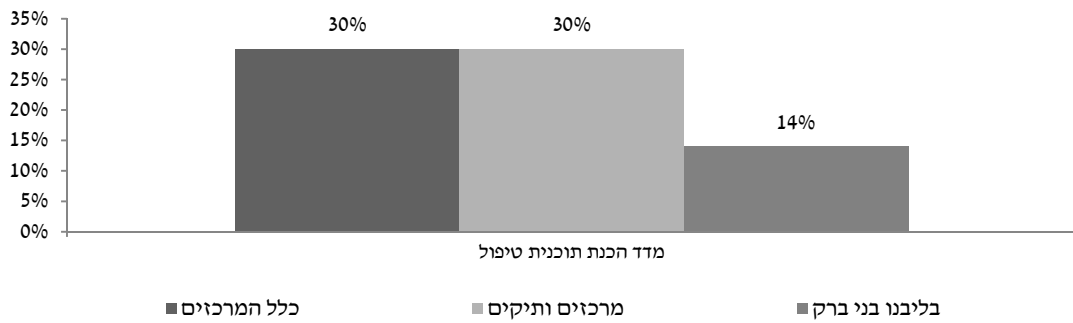
מגוון המענים הטיפוליים: מגוון המענים הטיפוליים במרכז דל מעט מהמוצע במרכזים האחרים,¹⁶² כמפורט בתרשים 39.

תרשים 39: שיעור המטפלות¹⁶³ שדיווחו שהן משתמשות בפועל בכמה שיטות טיפול



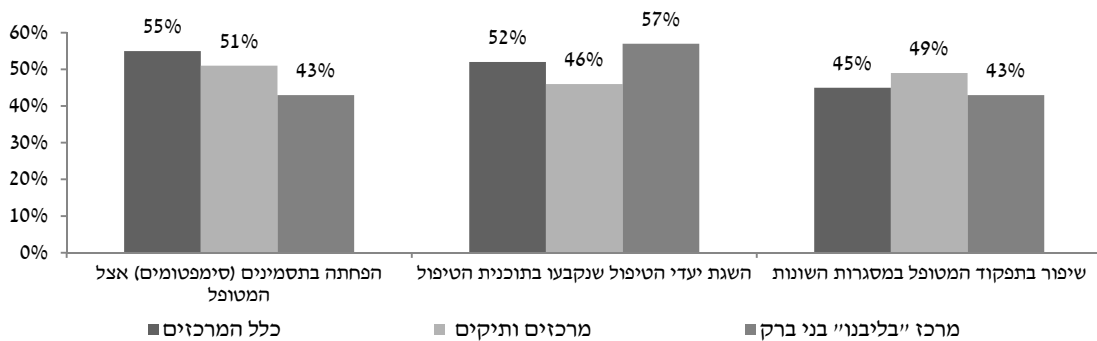
הכנת תוכנית טיפול: ביחס לכלל המרכזים, מרכז בני ברק ממעט במיוחד לכתוב תוכניות טיפול, כמפורט בתרשים 40.

תרשים 40: שיעור המטפלות שדיווחו על כתיבת תוכנית טיפול בסוף האינטייק ובמהלך הטיפול



סיום טיפול מבוסס נתונים: המטפלות במרכז מסיימות טיפול על סמך נתונים מבוססים, אך מעט פחות מהמוצע בכלל המרכזים, כפי שאפשר לראות בתרשים 41.

תרשים 41: שיעור המטפלות שציינו שהן מבססות את ההחלטה לסיים טיפול על הסיבות האלה

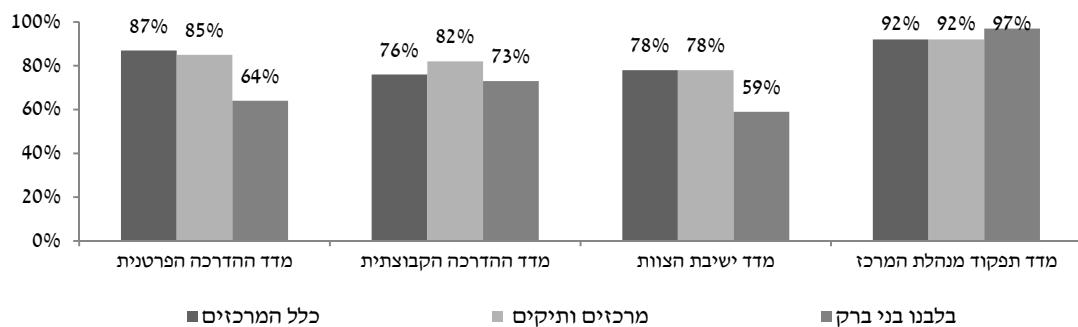


¹⁶² בכלל המרכזים מדד המגוון הוא 5.6 ואילו בבני ברק – 5.
¹⁶³ במרכז בני ברק ענו לסקר שבע מטפלות מתוך עשר שהועסקו בו (70%).

7. מנגנוני פיתוח הצוות

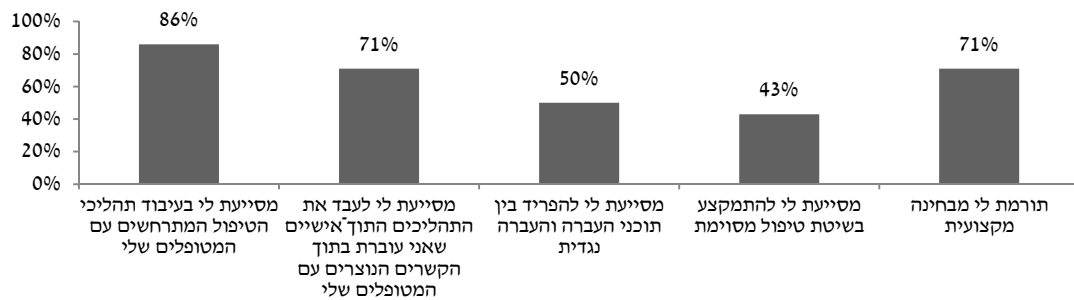
במרכז ניתנת הדרכה פרטנית בת שעה פעם בשבוע למועסקות בחצי משרה. למועסקות ברבע משרה – הדרכה בת שעה פעם בשבועיים. במרכז מתקיימת הדרכה קבוצתית בת שעתיים פעם בשבועיים, ובאותה תדירות מתקיימת גם ישיבת צוות בת שעה וחצי. כל מטפלת נפגשת פגישה אישית עם המנהלת פעם בחודש. שביעות הרצון הכללית של הצוות מניהול המרכז גבוהה ביותר. לעומת זאת, הישיבות וההדרכות זוכות לשביעות רצון נמוכה יותר יחסית, ורק מחצית מהמטפלות במרכז משתתפות בהדרכה הקבוצתית ובישיבות. בתרשים 42 מוצגת השוואה בין כמה מדדים של פיתוח הצוות.

תרשים 42: שביעות הרצון של המטפלות ממדדי פיתוח הצוות



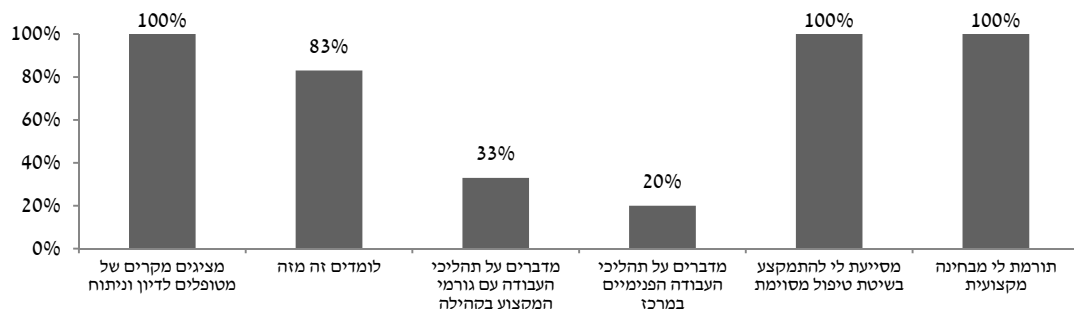
הדרכה פרטנית: ההדרכה הפרטנית זוכה לשביעות רצון בינונית יחסית, כמוצג בתרשים 43. בעיקר בולטת העובדה שההדרכה אינה מסייעת למטפלות בתחום ההעברה הנגדית.

תרשים 43: הערכת המטפלות את ההדרכה הפרטנית



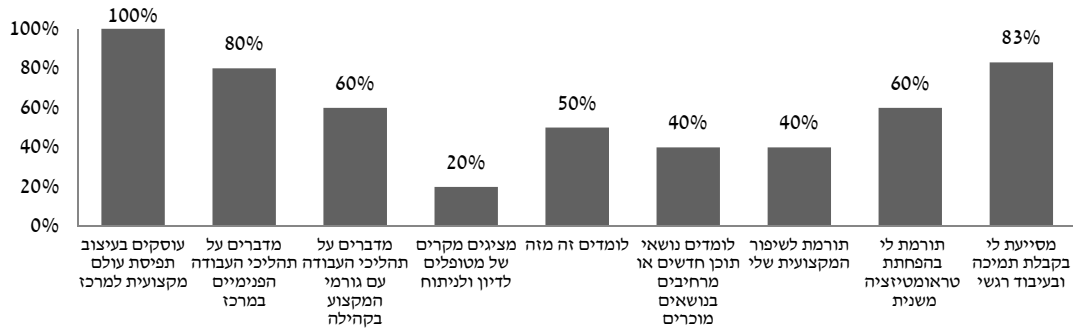
הדרכה קבוצתית: שביעות הרצון מההדרכה הקבוצתית במרכז בבני ברק דומה לכלל המרכזים אך נמוכה מזו שבמרכזים הוותיקים שהוא אחד מהם. פנים שונות של ההדרכה מוצגות בתרשים 44.

תרשים 44: הערכת המטפלות את ההדרכה הקבוצתית



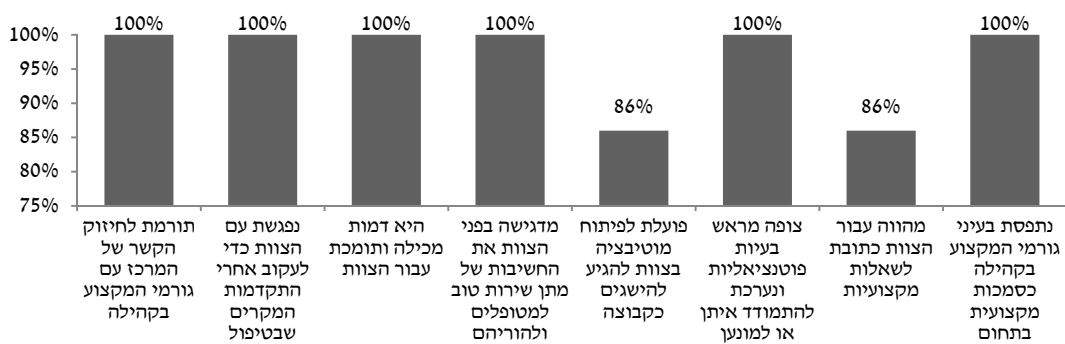
ישיבות הצוות: ישיבות הצוות זוכות להערכה נמוכה של המטפלות הן באופן אבסולוטי, הן ביחס לכלל המרכזים, כמפורט בתרשים 45.

תרשים 45: הערכת המטפלות את ישיבות הצוות



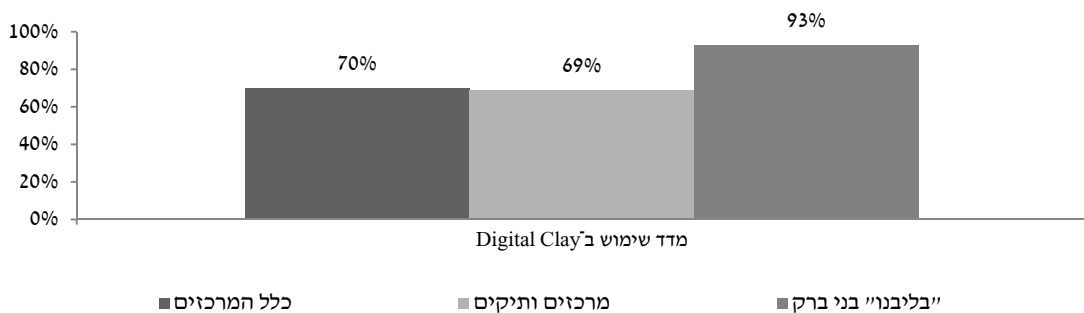
תפקוד מנהלת המרכז: הערכת המטפלות את מנהלת המרכז גבוהה ביותר, וניכר שהן רואות בה דמות מיטיבה, מקצועית ומייחסות לה יכולות ניהול טובות מאוד.

תרשים 46: הערכת המטפלות את תפקודי מנהלת המרכז



השימוש ב־Digital Clay: שיעור המטפלות המשתמשות ב־Digital Clay לצורך ניהול התיקים במרכז "בליבנו" בני ברק גבוה ביותר, כמודגם בתרשים 47.

תרשים 47: שיעור המטפלות המשתמשות במערכת Digital Clay



מסקנות והמלצות

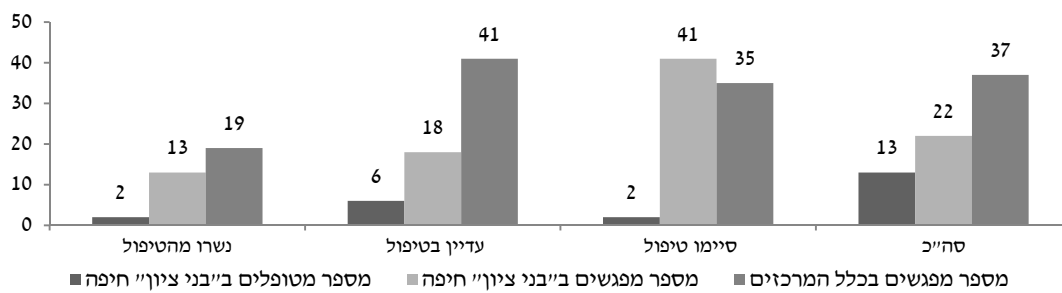
- א. הקשר עם הקהילה במרכז "בליבנו" בני ברק הוא נקודת חוזק חשובה של המרכז, ועדות ביצוע מתקיימות במתכונת מלאה ושוטפת. השיח והשיתוף של המרכז עם הקהילה ראויים לציון, במיוחד משום שהמרכז משרת אוכלוסייה חרדית המציבה אתגרים מיוחדים בתחום זה.
- ב. שביעות הרצון מההדרכה הפרטנית נמוכה למדי. מומלץ לבחון עם המדריכה את אופי ההדרכה הפרטנית הניתנת במרכז, לנסות להבין מדוע שביעות הרצון של המטפלות נמוכה יחסית ולהתאים אותה לצורכיהן.
- ג. רק מחצית מחברי הצוות נוכחים בישיבות הצוות ובהדרכה הקבוצתית. אפשר לשער שמצב זה מקשה על תפקוד המרכז ועל איכות הטיפול בו. מומלץ ביותר להקפיד על נוכחות גבוהה יותר של מטפלות בישיבות ובהדרכה.
- ד. מומלץ לבחון אם המעבר המתוכנן למבנה של בריאות הנפש לא יפגע בפרטיות ובחסיין השירות בשל הצורך לחלוק את המבנה עם שירות אחר. סיכון נוסף במעבר הוא ההתווית השלילית שיש לעתים לטיפול בבריאות הנפש, והיא עשויה להקשות במיוחד על האוכלוסייה החרדית ולמנוע ממטופלים ומהוריהם להגיע למרכז. ולבסוף, המניע למעבר לבניין בריאות הנפש הוא תוספת חדרים שתאפשר ליותר מטפלים לטפל באותם הימים, ומומלץ לשים לב שתוספת זו לא תבוא על חשבון זמינות השירות.

נספח ד': מרכז "בני ציון" חיפה

1. נתונים כלליים

מרכז "בני ציון" היה אמור להיפתח בדצמבר 2011, אך הליכי ההקמה ארכו כשנה, ורק כעת הוא מתחיל לפעול. בתקופה זו גם התחלפה מנהלת המרכז. בעת מילוי השאלונים עבדה במרכז מטפלת אחת, ולכן מטעמי חיסיון כל מדדי פיתוח הצוות אינם מוצגים בדוח. כעת מועסקות במרכז ארבע מטפלות, שתיים מהן שכירות. כל המטפלות עברו הכשרה ייעודית לטיפול בפגיעה מינית ושתיים מהן עומדות בסטנדרט המשולב. המרכז פועל בעיר חיפה בלבד, אך המגמה היא להרחיב את הפעילות גם לקריות. המרכז בשנת 2012 העניק המרכז 226 שעות טיפול ל-13 מטופלים. כל ילד קיבל 23 שעות טיפול בממוצע. כאמור, המרכז החל לפעול בשנת 2012, ואין נתונים על 2011. הנתונים הקיימים מפורטים בתרשים 48:

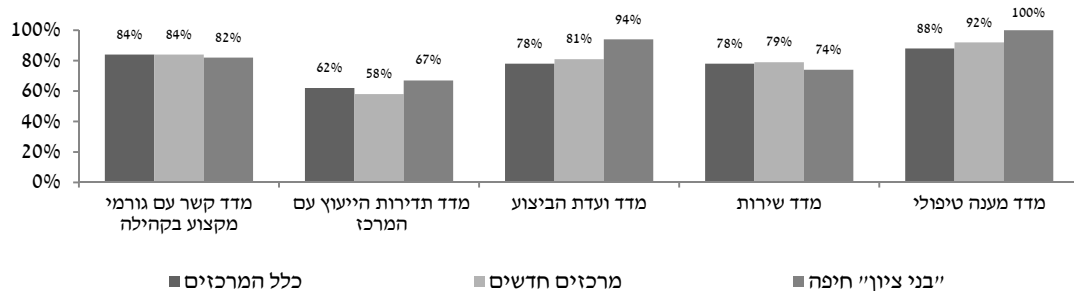
תרשים 48: מספר מטופלים ממוצע ומספר מפגשים במרכז "בני ציון" חיפה¹⁶⁴



2. השוואה בין מרכז "בני ציון" חיפה לכלל המרכזים ולמרכזים החדשים

שביעות הרצון הכללית מהשירות במרכז "בני ציון" חיפה דומה לזו שבשאר המרכזים החדשים, כמפורט בתרשים 49.

תרשים 49: מדדים עיקריים¹⁶⁵ מתוך סקר העו"סיות לחוק הנוער¹⁶⁶



מדד הטיפול¹⁶⁷ הממוצע במרכזים החדשים הוא 0.36. ב"בני ציון" חיפה מדד הטיפול הוא 0.33.

¹⁶⁴ כלל המטופלים במרכז בשנת 2012 (מטופלים שהתחילו בטיפול לפני 2012 והמשיכו לאורך השנה, ומטופלים שהתחילו ב-2012).

¹⁶⁵ ערך המדדים בכל התרשימים הוא שיעור המשיבות שהביעו הסכמה רבה עד רבה מאוד עם ההיגדים שנבדקו.

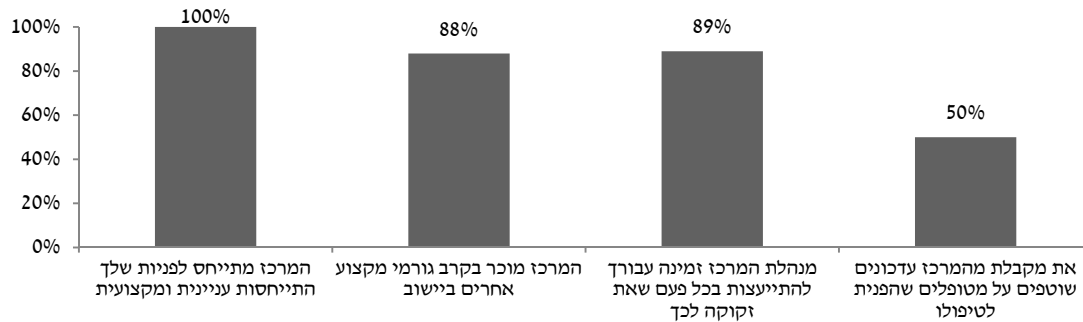
¹⁶⁶ מתוך 16 עו"סיות לחוק הנוער ברשויות הנמצאות באזור של מרכז בני ציון חיפה, השיבו לסקר תשע עו"סיות לחוק הנוער (56%), כולן מהעיר חיפה.

¹⁶⁷ מדד הטיפול הוא ממוצע המטופלים למטפלת חלקי ממוצע השעות למטפלת. משמעותו של מדד זה הוא החלק היחסי מתוך זמנה של המטפלת המושקע בטיפול במטופלים. ערכי המדד נעים בין 0 ל-1 – 0 משמעותו שהמטפלת אינה מטפלת במטופלים כלל ו-1 משמעותו שהמטפלת מקדישה את כל זמנה לטיפול במטופלים. ככל שערך המדד גבוה יותר משמעות הדבר שהמטפלות והמרכז מקדישים יותר זמן מתוך סך זמן העבודה העומד לרשותם לטיפול במטופלים.

3. הקשר עם גורמי המקצוע בקהילה

שביעות הרצון מהקשר של מרכז "בני ציון" חיפה עם הקהילה דומה לזו שבכלל המרכזים, כמפורט בתרשים 50.

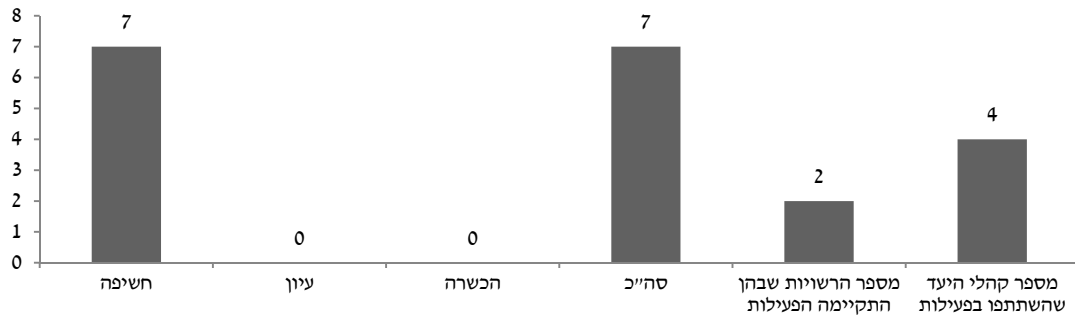
תרשים 50: שביעות הרצון של העו"סיות לחוק הנוער מהקשר עם גורמי המקצוע בקהילה



ייעוץ מקצועי לגורמים בקהילה וקשר סביב מקרים בטיפול: לדברי מנהלת המרכז, אחרי שלב של אינטימיק ראשוני המרכז מיידע את העו"סית שהפנתה את המקרה בתוכנית הטיפול שנבחרה. לאחר מכן נקבעות פגישות עם העו"סית אחת לחודשיים-שלושה לשם מעקב. המנהלת סבורה שעל המטפלים במרכז מוטלת האחריות להיות בקשר עם העו"סית המפנה, אך היא לא הגדירה פרק זמן מסוים לקיום קשר זה. לדבריה, "אני מרגישה בחיפה שהדברים זורמים משני הכיוונים. אני מקבלת טלפונים מה קורה. מתקשרים אתי כל הזמן". לדברי העו"סית העירונית לחוק הנוער המלווה את המרכז, היחסים של מנהלת המרכז עם העו"סיות בלשכות הרווחה טובים. היא מקיימת הדרכה לאנשי המקצוע מעת לעת וכאשר עו"סיות רוצות להתייעץ אתה היא נענית ברצון. עם זאת, לדבריה אין דיווח כתוב קבוע של המרכז למחלקות, אף שלטענתה הדבר חשוב. העו"סית העירונית אומרת עוד שהמרכז טרם הצליח לרכוש לעצמו מעמד של מקצועיות וסמכות. אם מישהו נפגע בעיר, המרכז עדיין אינו הכתובת הראשונה של אנשי המקצוע.

פעילות הסברה וחשיפה בקהילה: לדברי מנהלת המרכז היא ביקרה בכל הלשכות ונפגשה עם ראשי הצוותים ועם העו"סיות כדי להציג את המרכז ולספר על דרכי טיפול ונוהלי הפנייה. היא לא קיימה פעולות לביסוס המרכז כמקור ידע והכשרה, מפני שעסקה בסוגיות של הקמת המרכז, בעיקר בתחום הפיזי (בניין וציוד). גם לדברי העו"סית העירונית לחוק הנוער המלווה את המרכז, יש צורך לשפר את הקשרים של המרכז עם מערכת החינוך באמצעות הדרכות וימי עיון, לחשוף את המרכז וגם לתת כלים וידע מקצועי, אך הדבר לא נעשה במידה מספקת. מבחינת מפגשי חשיפה של המרכז, אלה התקיימו, לדבריה, בכל הלשכות. המרכז הוצג בצורה טובה מאוד ונוצרו קשרים טובים עם העו"סיות. תרשים 51 מפרט את הפעילויות שעשה המרכז.

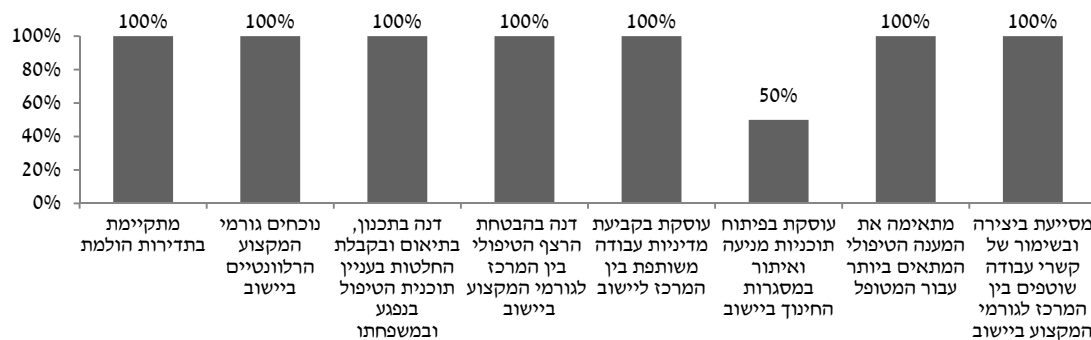
תרשים 51: שביעות הרצון של העו"סיות לחוק הנוער מהקשר עם גורמי המקצוע בקהילה



4. ועדת הביצוע

שביעות הרצון הכללית של העו"סיות לחוק הנוער מוועדת הביצוע גבוהה ועולה על הממוצע בכלל המרכזים, כמפורט בתרשים 52.

תרשים 52: שביעות הרצון מתפקוד ועדת הביצוע על פי העו"סיות לחוק הנוער



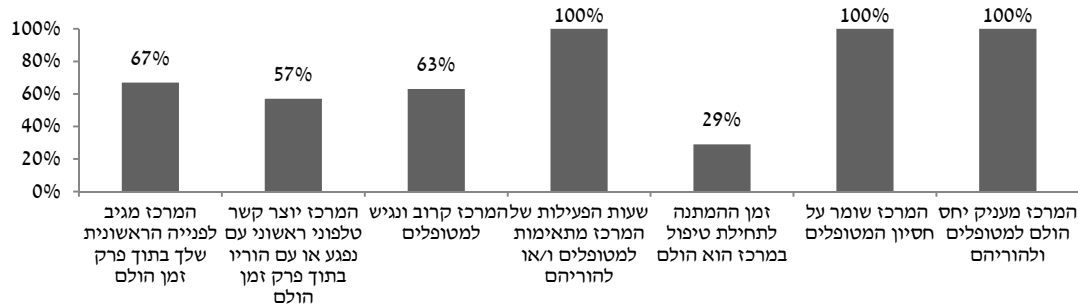
המרכז מקיים ועדות ביצוע שנוכחים בהן מנהלת המרכז, העו"סית העירונית לחוק הנוער והעו"סית של המשפחה שהפנתה את המקרה למרכז. הפגישה מתקיימת לאחר שהעו"ס המפנה העביר את כל החומר הרלוונטי למנהלת המרכז. הנושאים המרכזיים במפגש הם: קבלת מידע נוסף על הנפגע ומשפחתו, קבלת מידע על הפגיעה וחשיבה משותפת על המערך הטיפולי המתאים לנפגע ולמשפחתו. מלבד ועדת הביצוע המרכז מקיים ועדת אינטייק ומשתתפים בה מנהלת המרכז, הממונה שלה מטעם בית החולים, נציגי השירות הפסיכולוגי-חינוכי, העו"סית העירונית לחוק הנוער ועוד. בוועדה מתקיים דיון שוטף בכל המקרים שהופנו למרכז ומתקבל אישור רשמי לטיפול במרכז. בוועדה דנים גם בסוגיות כלליות ועקרוניות הקשורות לטיפול.¹⁶⁸ לדברי העו"סית לחוק הנוער המלווה את המרכז, ועדת הביצוע עובדת מצוין. החברים מחויבים, מגיעים לפגישות בקביעות ומתייעצים זה עם זה.

¹⁶⁸ למשל, התמודדות עם אב החשוד בפגיעה מינית: דנים בעמדה העקרונית של המרכז בנושא ואחר כך מציגים אותה לעו"סיות במחלקות הריוחה.

5. השירות במרכז

מדד השירות במרכז נופל במעט מהמוצע בכלל המרכזים. בתרשים 53 מפורטים מדדי איכות השירות מנקודת המבט של העו"סיות לחוק הנוער.

תרשים 53: שביעות הרצון של העו"סיות לחוק הנוער מאיכות השירות



מנהלת המרכז חיוותה דעתה בנוגע לשירות במרכז:

זמינות: ניתן מענה טיפולי בכל ימי העבודה בשבוע החל מהשעה 14:00 ואילך, וכן ביום שישי. דברי העו"סית העירונית לחוק הנוער מחזקים את דברי המנהלת: "בנושא הזמינות לא הייתה בעיה. היו טיפולים שישה ימים בשבוע. המנהלת טיפלה בשעות לא שגרתיות".

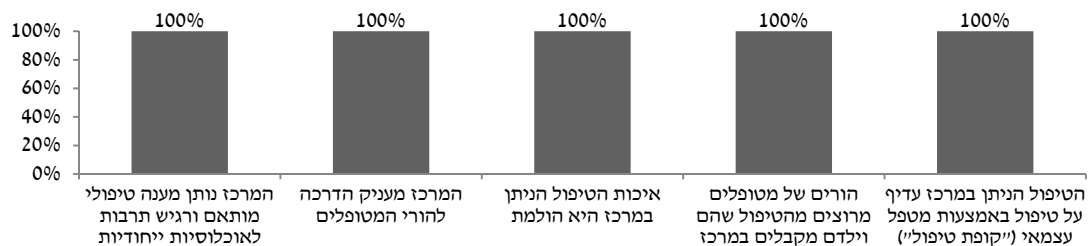
זמן המתנה: הייתה המתנה עד לפני שבועיים, ואז נקלטו מטפלות חדשות. דברי העו"סית העירונית לחוק הנוער מחזקים דברים אלו. לדבריה, הייתה בעיה לא ברורה עם זמני המתנה במרכז וביותר ממקרה אחד היה צורך להזכיר למנהלת המרכז שיש מטופלים שממתניים לטיפול. **מהירות תגובה לפנייה:** כאשר מתקבלת פנייה המקרה מובא לדיון ולאישור בשני פורומים¹⁶⁹, נוהל זה מאט את תגובת המרכז לפנייה. אם המטופל מתאים לטיפול במרכז, המנהלת מטלפנת להורים באותו היום, מציגה את עצמה וקובעת פגישה. לדברי העו"סית העירונית לחוק הנוער, תהליך הקבלה לאינטייך והטיפול שלאחריו היה טוב, אף שלקח זמן. לדבריה, "היו מקרים שמנהלת המרכז קיבלה מהיום למחר אבל היו מקרים של אכזבה", שכן לעתים גורמי המקצוע הדנים במקרה חושבים שהוא אינו מתאים לטיפול במרכז אלא במסגרת אחרת.

נגישות: "בני ציון" חיפה נמצא במרכז העיר והורים חוששים לשלוח ילדים לבד לטיפול בשעות הערב. כמו כן, יש במקום בעיית חניה.

6. המענה הטיפולי במרכז

שביעות הרצון מהמענה הטיפולי במרכז היא מרבית. תרשים 54 מפרט את עמדת העו"סיות לחוק הנוער בדבר איכות המענה הטיפולי.

תרשים 54: שביעות הרצון מהמענה הטיפולי על פי העו"סיות לחוק הנוער



¹⁶⁹ הדבר נעשה ביוזמתה של העו"סית העירונית לחוק הנוער בעיריית חיפה, בשל רצונה להיות מעורבת בפעילות המרכז החדש. עם זאת, מקרה דחוף מופנה לאינטייך בתוך יום-יומיים.

מגוון המענים הטיפוליים: לדברי המנהלת, למעשה, התחיל המרכז לפעול רק בנובמבר 2012, לאחר המעבר למבנה הייעודי. היא חיפשה מטפלות בעלות ניסיון רב וכאלה שיוכלו לטפל בילדים באצמעים מגוונים. שתיים מהמטפלות במרכז הן רב-תחומיות מאוד. עם זאת, למעשה, הניסיון המקצועי של המטפלות בחיפה הוא הנמוך ביותר מבין כל המרכזים, כך שבפועל המנהלת לא הצליחה למצוא מטפלים מנוסים, אלא רק בעלי מגוון מענים טיפוליים. לדברי **העו"סית העירונית לחוק הנוער**, במרכז נעשית עבודה בסגנונות טיפול שונים ויש פתיחות וגמישות מצד מנהלת המרכז.¹⁷⁰ מנהלת המרכז עצמה עובדת עם הורים ומשפחות משום שכרגע אין במרכז מטפלת משפחתית. כרגע אין גם מענה קבוצתי להורים וילדים, אף שהמנהלת מרגישה צורך בכך. גם לדברי **העו"סית העירונית**, לא נעשית עבודה קבוצתית במרכז.

מסקנות והמלצות

- א. המרכז החל לפעול רק בעת האחרונה, ויש להביא עובדה זו בחשבון כאשר בוחנים את הממצאים.
- ב. רק שתיים מתוך ארבע המטפלות במרכז שכירות. מכיוון שאין מדובר במרכז פריפריאלי מדי, מומלץ מאוד לנסות להעביר את הצוות להעסקה קבועה (שכירות) במקום העסקה לפי שעות (פרילנס).
- ג. מומלץ לעודד את המרכז לפעול בקהילה ולקיים ימי עיון, הכשרות והסברה לקהלים מגוונים כדי לבסס את מעמדו בקהילה ואת היותו סמכות בתחום הטיפול בפגיעות מיניות בילדים.
- ד. הנוהל במרכז – להתייעץ בשני פורומים לפני קבלת מקרה לטיפול – חריג ביחס כלל המרכזים ומעכב את תחילת הטיפול. מכיוון שהמרכז אינו פעיל די זמן כדי לבחון את יתרונות הגישה הזאת ואת חסרונותיה, מומלץ לבחון בעתיד אם יתרונותיו של נוהל זה עולים על חסרונותיו, או שמא כדאי להמיר אותו באיסוף מידע בירוקרטי פחות, כנהוג ברוב המרכזים האחרים.

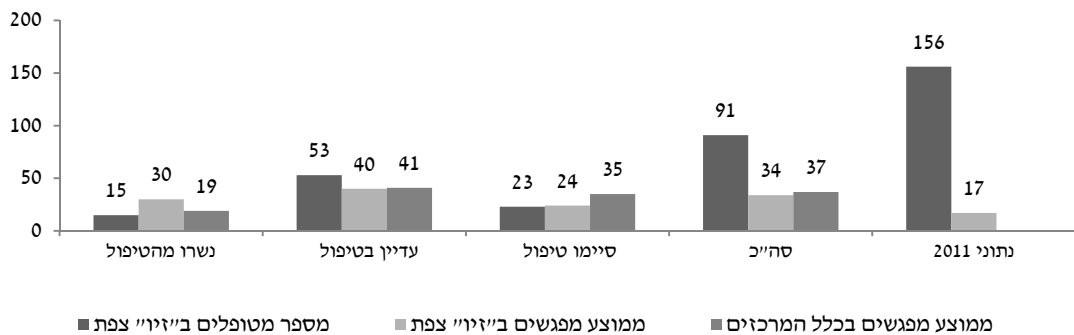
¹⁷⁰ למשל, הייתה עבודה עם הורים גם כשילד סירב להגיע, המרכז קיבל שני אחים שנפגעו מהיום למחר ועוד. לדבריה, "הטיפול במרכז הוא הוליסטי גם לילדים וגם להורים ולמשפחה".

נספח ה': מרכז "זיו" צפת

1. נתונים כלליים

מרכז "זיו" צפת פועל משנת 2009, והוא אחד המרכזים הוותיקים. במרכז שמונה מטפלות, כולן שכירות, כולם עברו (או עוברות) הכשרה ייעודית בתחום הטיפול בפגיעות מיניות, חמישה עומדות בסטנדרט המשולב. המרכז פועל ב-39 רשויות מקומיות בגליל המזרחי, בגולן ובעמק הירדן, 23 מהן רשויות ערביות ו-16 רשויות יהודיות. מרכז זה מטפל במספר הרשויות הרב ביותר מכל המרכזים. יש לציין שמרמת הגולן מופנה למרכז רק מי שמעוניין בכך, ובה בעת יש תקציב של משרד הרווחה לטיפול של מטפל עצמאי ("קופות טיפול"). תקציב זה מומש עד תום בשנים האחרונות. בשנת 2012 העניק מרכז "זיו" צפת 2,715 שעות טיפול ל-91 מטופלים, פחות מאשר בשנת 2011 (אז טופלו במרכז 156 ילדים). מדובר בירידה לא מוסברת, שכן ממוצע שעות הטיפול במרכז צפת דומה לממוצע בכלל המרכזים, והמרכז אינו נותן טיפולים ארוכים יותר. גם היחס בין מטופלים חדשים לוותיקים דומה לזה שבכלל המרכזים. בשנת 2012 קיבל כל ילד 30 שעות טיפול בממוצע.

תרשים 55: מספר מטופלים ממוצע ומספר מפגשים ממוצע במרכז "זיו" צפת¹⁷¹

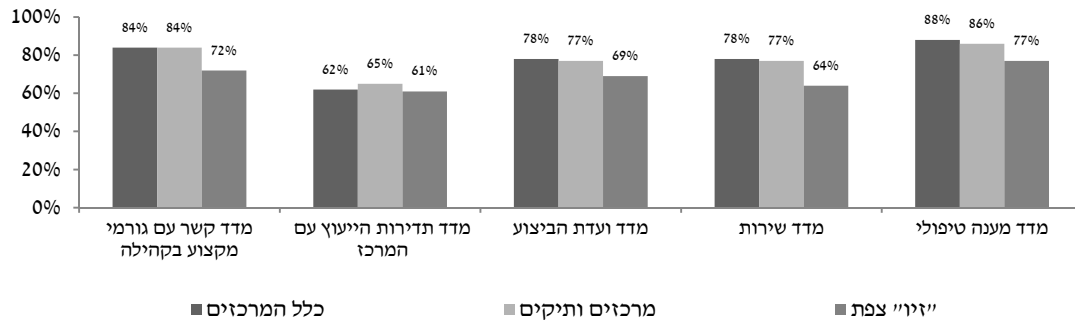


2. השוואה בין מרכז "זיו" צפת לכלל המרכזים ולמרכזים הוותיקים

שביעות הרצון מכל המדדים שנבדקו במרכז "זיו" צפת נמוכה מכלל המרכזים ומהמרכזים הוותיקים שהוא אחד מהם, כמפורט בתרשים 56.

¹⁷¹ כלל המטופלים במרכז בשנת 2012 (מטופלים שהתחילו בטיפול לפני 2012 והמשיכו לאורך השנה, ומטופלים שהתחילו ב-2012).

תרשים 56: מדדים עיקריים¹⁷² מתוך סקר העו"סיות לחוק הנוער¹⁷³ ברשויות

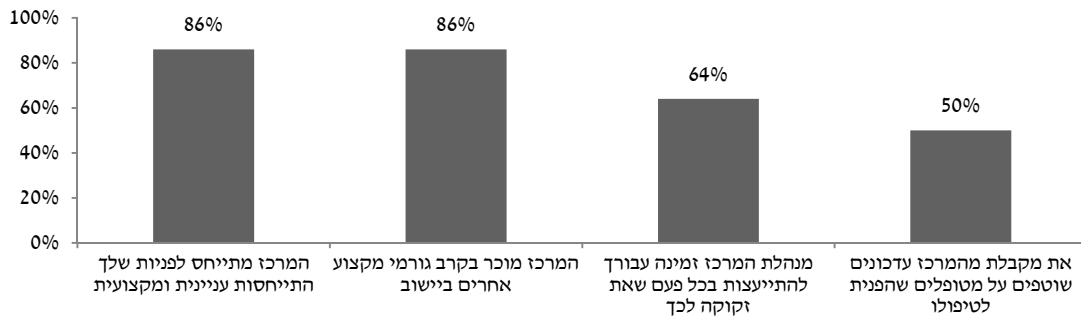


מדד הטיפול¹⁷⁴ הממוצע במרכזים הוותיקים הוא 0.52. ב"זיו" צפת מדד הטיפול הוא 0.54, והוא בין המרכזים הוותיקים המציגים מדד טיפול גבוה.

3. הקשר עם גורמי המקצוע בקהילה

שני המדדים החלשים ביותר של המרכז הם זמינות המנהל להתייעצות עם עו"סיות/יות לחוק הנוער והעדכון השוטף על מקרים שבטיפול, כמפורט בתרשים 57.

תרשים 57: שביעות הרצון של העו"סיות לחוק הנוער מהקשר עם גורמי המקצוע בקהילה



ייעוץ מקצועי לגורמים בקהילה וקשר סביב מקרים בטיפול: לדברי מנהל המרכז, אין במרכז נהלים או כללים בנוגע לקשר עם העו"סיות לחוק הנוער, העו"סיות של המשפחה וגורמי מקצוע נוספים, ובהקשר זה כל מקרה מטופל לגופו. הכלל היחיד שמקפידים עליו הוא יידוע לשכת הרווחה אם ילד נמצא בטיפול או הפסיק אותו. הקשר מתקיים בעיקר לפי הצרכים של המרכז או גורמי המקצוע ולא במועדים מוגדרים. איכות הקשר ומידת האמון בין המרכז לגורמי הרווחה משתנה. נכון להיום, בשל אילוצי זמן, המטפלות עושות את המינימום ההכרחי בקשר עם גורמי המקצוע, אבל לא נוצר מצב שבו המרכז נזקק לגורמי רווחה ואין שם מענה. לדבריו, "כרגע מה שאנחנו מספיקים זה המקרים שחשוב מאוד שהרווחה תהיה בתמונה. דברים לא דחופים – הרווחה תדע אם יש או אין טיפול, אבל לא יותר מזה". המנהל חש שבאשר לחלק מהמקרים המצב הזה תקין,

¹⁷² ערך המדדים בכל התרשימים הוא שיעור המשיבות שהביעו הסכמה רבה עד רבה מאוד עם ההיגדים שבדקו.

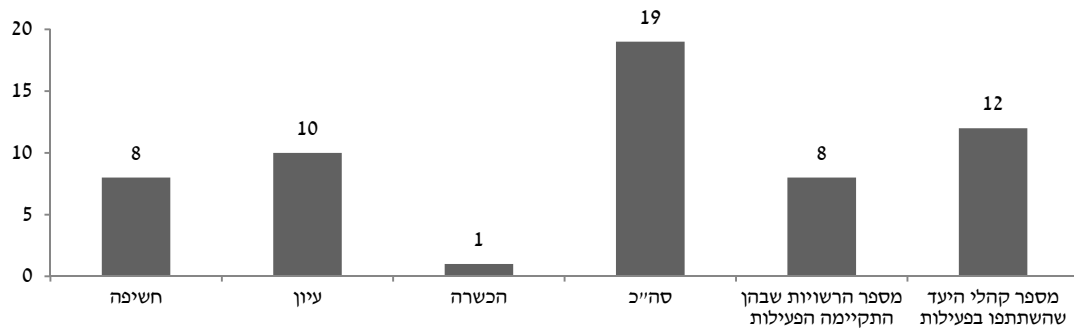
¹⁷³ מתוך 53 עו"סיות לחוק הנוער ברשויות הנמצאות באזור של מרכז "זיו" צפת, השיבו לסקר 28 עו"סיות לחוק הנוער (53%) מהרשויות הבאות: בית ג'אן, גולן, גוש חלב, גליל עליון, גליל תחתון, דיר חנא, חורפיש, טבריה, ינוח גית, מבואות חרמון, מעיאר, מגדל, מטולה, מעיליה, מרום הגליל, עג'ר, עמק הירדן, עראבה, צפת, קצרין, קריית שמונה, ראמה וראש פינה.

¹⁷⁴ מדד הטיפול הוא ממוצע המטופלים למטפלת חלקי ממוצע השעות למטפלת. משמעותו של מדד זה הוא החלק היחסי מתוך זמנה של המטפלת המושקע בטיפול במטופלים. ערכי המדד נעים בין 0 ל-1 – 0 משמעותו שהמטפלת אינה מטפלת במטופלים כלל ו-1 משמעותו שהמטפלת מקדישה את כל זמנה לטיפול במטופלים. ככל שערך המדד גבוה יותר משמעות הדבר שהמטפלות והמרכז מקדישים יותר זמן מתוך סך זמן העבודה העומד לרשותם לטיפול במטופלים.

אך יש מקרים שנחוצה יותר מעורבות של גורמי הרווחה והיא אינה מתקיימת בפועל. **מנהל המרכז** מצר על כך שהמיזם אינו מכיר בקשר עם הקהילה כשעות טיפול. על פי עמדתו, הקשר עם הקהילה איננו מעטפת אלא חלק מהטיפול ולכן יש להקצות יותר זמן לעיסוק בנושא.¹⁷⁵ כמו מנהל המרכז, כך גם כמה **עו"סיות לחוק הנוער** מעוניינות בקשר הדוק יותר עם המרכז ומרגישות שהקשר אינו מספיק. גם **לדברי העו"סית המחוזית לחוק הנוער** המלווה את המרכז, יש מקום להידוק הקשר בין המרכז לגורמי המקצוע בקהילה. כמו כן, ישל חזק את הקשר ואת שיתופי הפעולה עם השירות הפסיכולוגי-חינוכי ולהגדיר הגדרה ברורה יותר את תחומי האחריות. נוסף על כך, היא מציינת שאין רישום של הפניות מהקהילה, לאן הגיעו, אצל מי התקבלו לטיפול ומתי. לפיכך היא ביקשה ממנהל המרכז, שכאשר מגיע טופס הפניה, ישלח אישור לגורם המפנה.

פעילות הסברה וחשיפה בקהילה: מנהל המרכז אומר שבמהלך 2012 ערך המרכז שני ימי עיון לאנשי מקצוע בקהילה הערבית, כדי לחשוף את הנושא לקהילה זו ולהכיר לה את עבודת המרכז, וקיים מפגשים עם מנהיגים בקהילה כדי לפתח את הטיפול בנושא. לדברי המנהל, המרכז משקיע מאמצים רבים בהגברת המודעות במגזר הערבי, ולמרות זאת, אין מספיק פניות. נוסף על כך, יש בעיה של נגישות לשירות בעבור המגזר הערבי. למרכז יש שלוחה ביישוב מעיאר אך היא אינה עונה לצרכים הקיימים. במגזר החרדי המצב טוב יותר. התקיימו פגישות עם ראשי ישיבות ונכבדי קהילה והתקיימו פגישות היכרות עם המרכז ופגישות עבודה עם גורמי מקצוע בקהילה כדי לקדם את הנושא. פירוט הפעילויות בקהילה בתרשים 58.

תרשים 58: פירוט הפעילויות בקהילה של מרכז "זיו" צפת

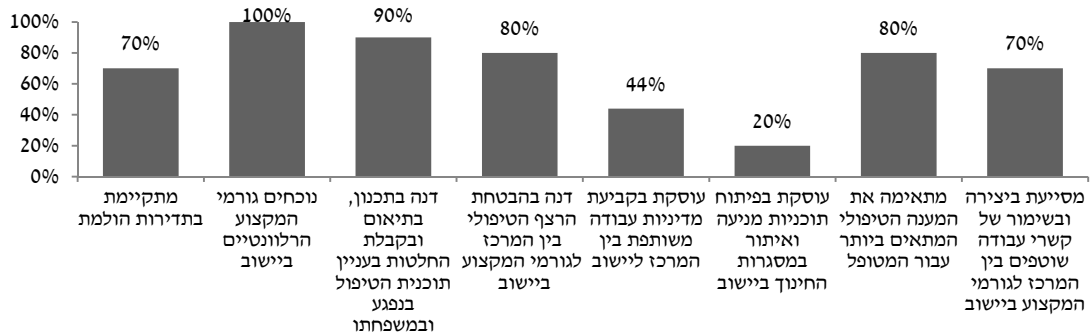


4. ועדת הביצוע

מדד ועדת הביצוע של מרכז זה נמוך מעט מהמוצע בכלל המרכזים. המרכז מקיים ועדת ביצוע קבועה בשש ערים ורשויות מקומיות: צפת, טבריה, עמק הירדן, מרום גליל, גליל תחתון וקריית שמונה. ועדות אלו הן ועדות אזוריות ומוזמנים אליהן אנשי מקצוע מיישובים סמוכים. ואולם, משתתפים בהן רק מיעוט מהיישובים באזור הגאוגרפי של המרכז. כמו כן, אין ועדת ביצוע של המרכז ביישוב ערבי, אף שיותר ממחצית מהיישובים באזורו הגאוגרפי של המרכז הם יישובים ערביים. המדדים בוועדת הביצוע העוסקים בפן הקליני של העבודה זכו להערכה גבוהה יחסית. לעומת זאת, התחומים העוסקים בנושאי "רוחב", כמו קביעת מדיניות עבודה משותפת בין המרכז לקהילה ופיתוח תוכניות איתור ומניעה, זכו להערכה נמוכה מהמוצע וגם נמוכה אבסולוטית.

¹⁷⁵ כפי שנעשה, למשל, במשרד הבריאות, שם מכירים בכל דיון פרטני על ילד כפגישה טיפולית, בין שהילד נכח בפגישה בין שלא.

תרשים 59: שביעות הרצון מתפקוד ועדת הביצוע על פי סקר העו"סיות לחוק הנוער

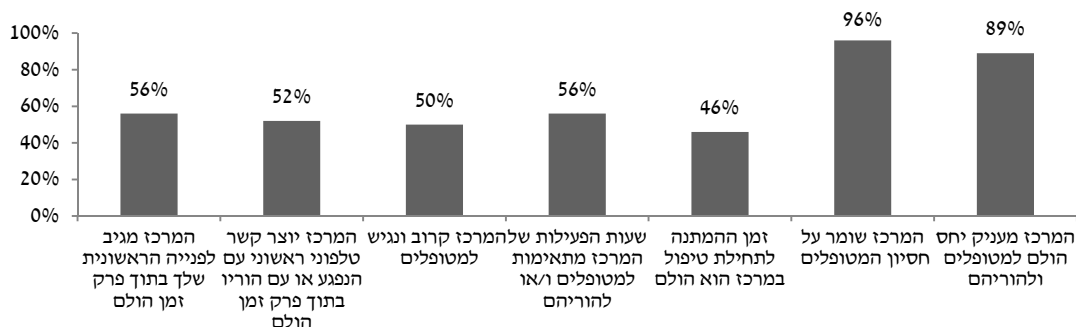


תדירות המפגשים של הוועדה משתנה בין יישוב ליישוב ונעה ממפגש אד-הוק למפגש קבוע אחד בחודש. בפגישות הוועדה משתתפים מנהל המרכז, מטפלת מהמרכז, עו"סית לחוק הנוער, עו"סית של המשפחה, מנהל לשכת הרווחה (לפעמים) ולעתים גם גורמים נוספים. לדברי מנהל המרכז, במפגשים דנים במקרים חדשים או במקרים שכבר מטופלים ושיש לערב בהם את גורמי הרווחה או גורמי מקצוע אחרים, חושבים ומתייעצים יחד כיצד להתנהל.¹⁷⁶

5. השירות במרכז

בהרבה מתחומי השירות שהעריכו העו"סיות לחוק הנוער, הביעו רק 50% מהן שביעות רצון, כמודגים בתרשים 60.

תרשים 60: שביעות הרצון של העו"סיות לחוק הנוער מאיכות השירות



מנהל המרכז חיווה דעתו על השירות במרכז.

זמינות: המרכז בצפת פעיל גם בשעות הבוקר וגם אחר הצהריים בכל ימות השבוע. שלוחות המרכז פעילות רק יומיים בשבוע. במרכז קיים נוהל שלפיו מטפלת העובדת בחצי משרה מחויבת לעבוד לפחות שלושה ימים בשבוע, ופעם אחת לפחות אחר הצהריים.

מהירות תגובה לפנייה: בעבר הייתה בעיה בתחום זה, וכדי לשפר את המענה המרכז מקיים "נוהל סקרינינג"¹⁷⁷ פעם בשבוע וחוזר אל הפונים בטלפון. בעקבות הנוהל החדש אין הורה שנשאר ללא מענה.

¹⁷⁶ למשל, הורים סירבו לטיפול תרופתי לילדם למרות המלצת המרכז. בוועדה חשבו מה לעשות ואיך לגרום להורים לשתף פעולה. לבסוף החליטו על פנייה לפסיכיאטר המחוזי לשם בדיקה כפויה של המטופל. המרכז היה צריך לכתוב דוח והעו"ס לחוק הנוער היה צריך להעביר את הפנייה לפסיכיאטר המחוזי. הוחלט גם שעו"ס המשפחה ילך פעם נוספת להורים וינסה לשכנע אותם לשתף פעולה ללא התערבות של גורמים חיצוניים. [[לשון זכר]]

¹⁷⁷ "נוהל סקרינינג" סוקרים במהירות את כל הפניות שהתקבלו בעת האחרונה כדי להעריך את מצבם.

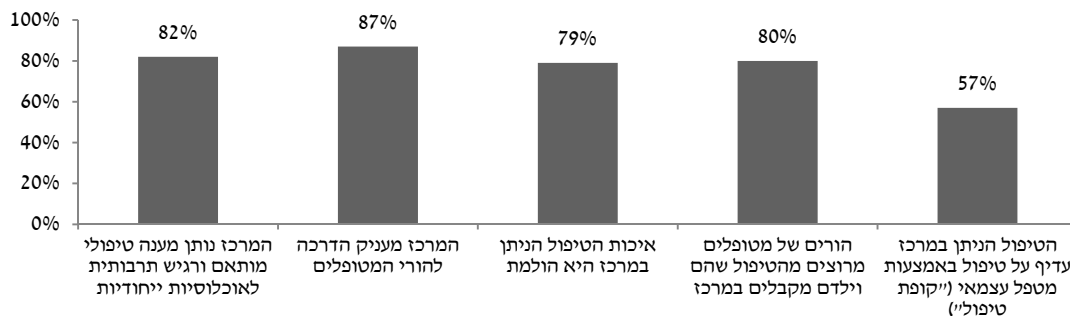
זמן המתנה: בשלוחות בקריית שמונה ובמע"אר לא ממתנינים כלל. בצפת ממתנינים שבועיים-שלושה ובשלוחה בטבריה ממתנינים שלושה חודשים. לשם השוואה, מנהל המרכז סיפר שזמן ההמתנה לקבלת טיפול בשירותי בריאות הנפש בטבריה הוא כשנה. לדבריו, "יחסית להם אנחנו במצב טוב, אבל זה עדיין יותר מדי". לדברי העו"סית המחוזית לחוק הנוער, המזכירות של מרכז בריאות הנפש לילד ולמתבגר, הנותנת שירותי מזכירות גם למרכז, מפנה לפעמים בטעות מקרים של פגיעה מינית למרפאה אחרת. בעקבות זאת, יש פונים הממתנינים זמן רב לחינם בתור למרפאה, ומנהל המרכז אינו יודע על כך.

שמירה על חיסיון: הגישה של המרכז לנושא זה נוקשה ביותר. עם זאת, המבנה הפיזי שהמרכז שוכן בו אינו מאפשר שמירה נאותה על חסיון המטופלים, שכן אין חדר המתנה ראוי ו"כולם רואים את כולם".

6. המענה הטיפולי במרכז

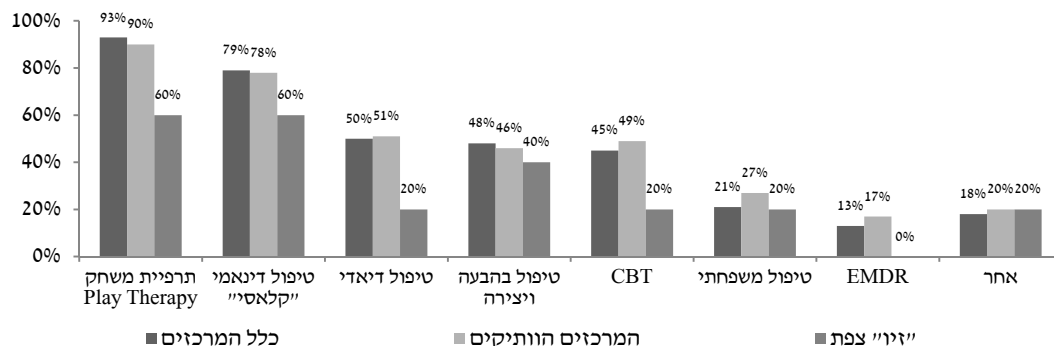
איכות המענה הטיפולי במרכז נופלת מעט מההערכה של כלל המרכזים. הגורם העיקרי לירידה בהערכה היא העובדה שרק 57% מהעו"סיות לחוק הנוער מעדיפות את עבודת המרכז על פני טיפול של מטפל עצמאי ("קופות הטיפול"). פירוט הנתונים בתרשים 61.

תרשים 61: שביעות הרצון מהמענה הטיפולי על פי סקר העו"סיות לחוק הנוער



מגוון המענים הטיפוליים: מגוון המענים הטיפוליים במרכז נמוך מהמוצע במרכזים האחרים¹⁷⁸ (בחלק מהמדדים הפער גדול למדי), למעט בטיפול משפחתי, כפי שאפשר לראות בתרשים 62.

תרשים 62: שיעור המטפלות¹⁷⁹ שדיווחו שהן משתמשות בפועל בכמה שיטות טיפול



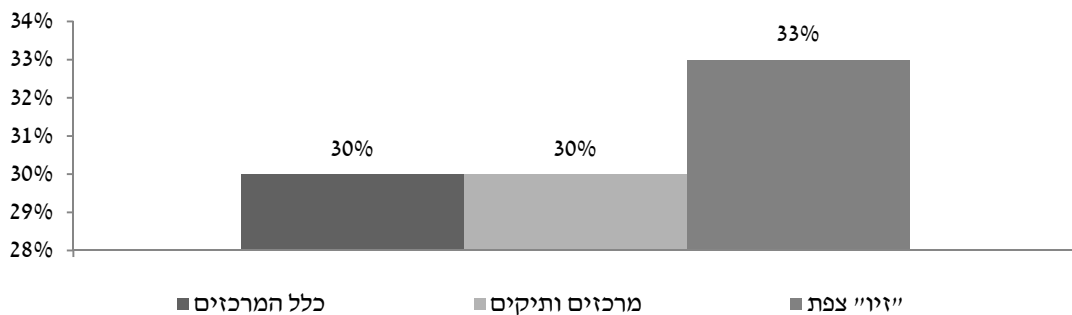
למרות הנתונים, מנהל המרכז שבע רצון מהמגוון הקיים ומרגיש שמתאפשרת לו "תפירת חליפה לפי מידה": "יש מרווח נשימה של סוג הטיפול שאני מרכיב". המנהל מדגיש את היתרון של

¹⁷⁸ בכלל המרכזים הציון הוא 5.6, ואילו ב"זיו" צפת המדד הוא 3.
¹⁷⁹ במרכז "זיו" צפת ענו לסקר חמש מטפלות מתוך תשע שהעסקו בו (56%).

השתייכות המרכז לבריאות הנפש בבית החולים "זיו", שכן יש למטופלים מענה קבוצתי במגוון נושאים, מענה שמעניקות המרפאות האחרות, כמו הפרעות אכילה, הפרעות חרדה ו־DBT. אין קבוצה ייעודית לנפגעי פגיעה מינית, אך הם משולבים בקבוצות האחרות. גם לדברי העו"סית המחוזית לחוק הנוער, המרכז מצטיין מבחינת רמת הטיפול של הצוות ומבחינת מגוון סוגי הטיפול הניתנים בו.

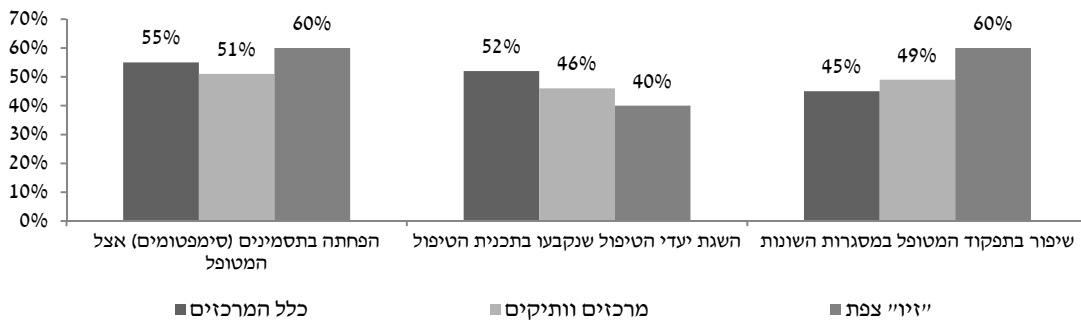
הכנת תוכנית טיפול: כברוב המרכזים, גם ב"זיו" צפת ממעטים לכתוב תוכניות טיפול, כפי שאפשר לראות בתרשים 63.

תרשים 63: שיעור המטפלות שדיווחו על כתיבת תוכנית טיפול בסוף האינטייק ובמהלך הטיפול



סיום טיפול מבוסס נתונים: המטפלים במרכז מרבים לסיים טיפול על סמך נתונים, ושיעורם גבוה ביחס למרכזים אחרים, כמפורט בתרשים 64.

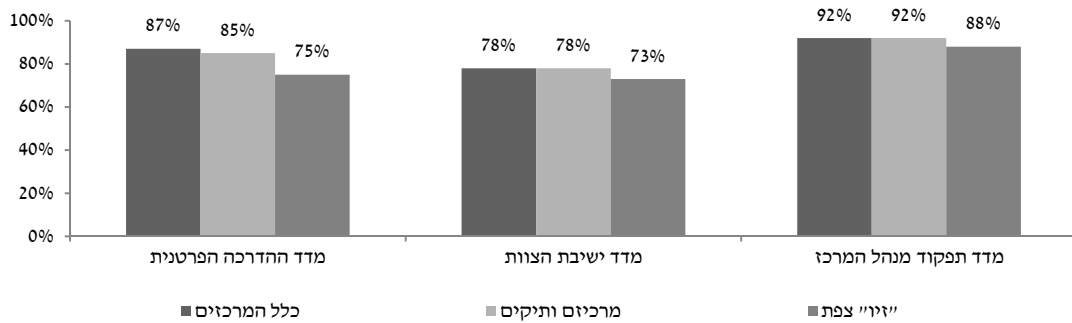
תרשים 64: שיעור המטפלות שצינו שהן מבססות את החלטה לסיים טיפול על הסיבות האלה



7. מנגנוני פיתוח הצוות

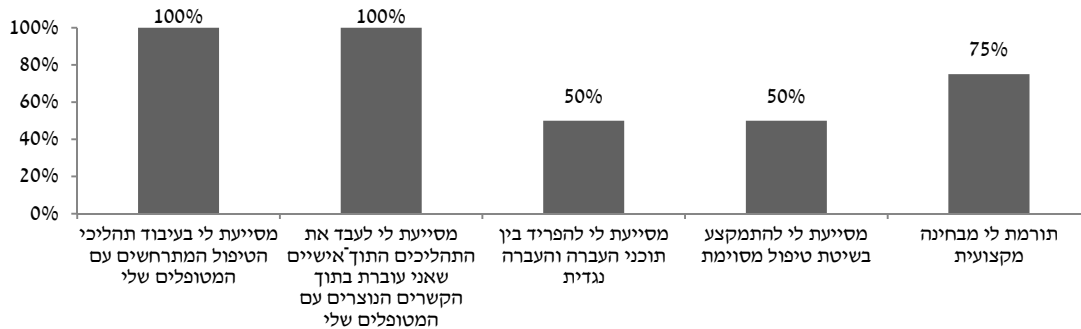
הצוות ב"זיו" צפת זוכה להדרכות רבות בתחומים מגוונים. המטפלות מקבלות הדרכה פרטנית שעה אחת בשבוע, והדרכה קבוצתית שבועית בת שעה. שעה וחצי בשבוע מוקדשת לישיבת צוות. מלבד זאת, בכל שבוע מתקיימת בכל שלוחה ישיבת צוות בת שעה. פעם בשבוע מתקיימת פגישה עם המנהל. במרפאה כולה (ולא רק במרכז לטיפול בפגיעות מיניות) משתתפים המטפלים פעם בשבועיים בפורומים מקצועיים הומוגניים של מטפלים באמנות, פסיכיאטרים, פסיכולוגים ועו"סים, ופעם בחודש בקריאה מונחית של מאמרים מקצועיים. המטפלים המתמחים בטיפול קוגניטיבי (CBT ו־DBT) משתתפים בקבוצת הדרכה של המרפאה כולה. כל צוות המרכז משתתף בהדרכות הפרטניות ובישיבות. שביעות הרצון של המטפלות ממנגנוני פיתוח הצוות דומה לכלל המרכזים, אם כי היא נופלת מהממוצע שלהם במעט, כמפורט בתרשים 65.

תרשים 65: שביעות הרצון של המטפלות ממדדי פיתוח הצוות



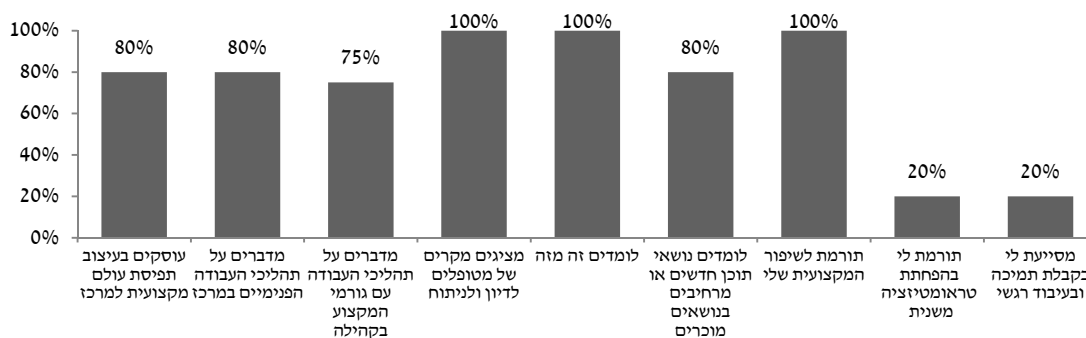
הדרכה פרטנית: שביעות הרצון מההדרכה הפרטנית במרכז, מגוונת, ויש שביעות רצון גבוהה ביותר מהפן המתמקד בעיבוד תהליכים תוך-אישיים ובין-אישיים בהקשר לטיפול, כפי שאפשר לראות בתרשים 66.

תרשים 66: הערכת המטפלות את ההדרכה הפרטנית



הדרכה קבוצתית: המטפלות שהשיבו לסקר אינן משתתפות בהדרכה הקבוצתית במרכז. **ישיבות הצוות:** שביעות הרצון מישיבות הצוות דומה לממוצע בכלל המרכזים. מפירוט מרכיבי הישיבה, כפי שעולה מתרשים 67, נראה שיש שביעות רצון גבוהה מאוד מרוב ההיבטים של הישיבות.¹⁸⁰

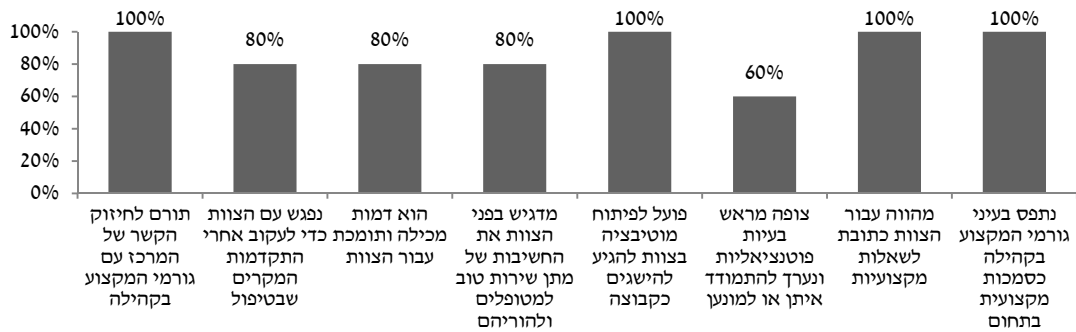
תרשים 67: הערכת המטפלות את ישיבות הצוות



תפקוד מנהל המרכז: שביעות הרצון מניהול מרכז "זיו" צפת דומה לזו שבשאר המרכזים, אם כי היא נמוכה מעט ממנה. נקודות החוזק של המנהל, כפי שהעריכו הצוות המטפלות, הן העבודה עם הקהילה, המקצועיות והנעת הצוות. הנקודת החלשה ביותר נוגעת לתחום הניהול המקצועי, כפי שאפשר לראות בתרשים 68.

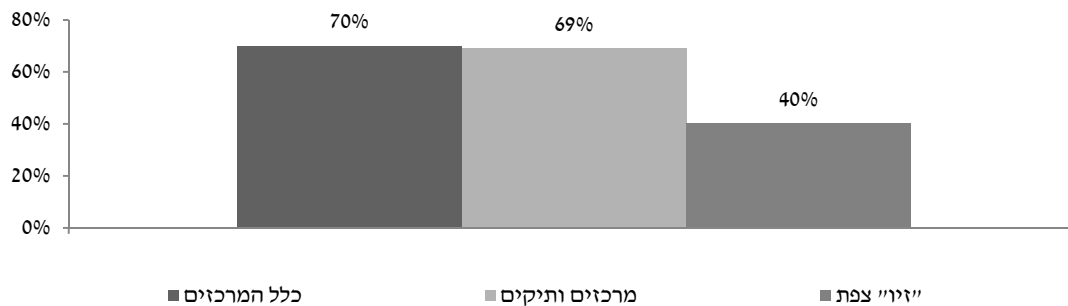
¹⁸⁰ פרט לשני המדדים הנוגעים לעיבוד תוכן רגשי ולתמיכה (שאינם החשובים ביותר בהכרח בישיבות הצוות).

תרשים 68: הערכת המטפלות את תפקודי מנהל המרכז



השימוש ב־ Digital Clay: השימוש ב־ Digital Clay "בִּזְיוֹ" צפת נמוך ביחס לכלל המרכזים, ושיעור המשתמשים עומד על כמעט חצי משיעור המשתמשים במערכת בכלל המרכזים, כמפורט בתרשים 69.

תרשים 69: שיעור המטפלות המשתמשות במערכת Digital Clay



מסקנות והמלצות

- א. מרכז "בִּזְיוֹ" צפת מתמודד עם אתגר גדול, שכן הוא אחראי על מספר הרשויות הגדול ביותר.
- ב. ברוב מדדי השירות זכה המרכז להערכה נמוכה מההערכה הממוצעת של כלל המרכזים. מומלץ לבחון מהן הסיבות להערכה הזאת, ולסייע למנהל לשפר את השירות במרכז בעזרת ייעוץ שיתמקד בִּפְנֵי הארגוני־ניהולי.
- ג. המרכז משמר היטב מטופלים בסכנת נשירה. בכלל המרכזים הנשירה היא בפגישה ה־19 בממוצע, ואילו בִּזְיוֹ צפת – במפגש ה־30 בממוצע. מומלץ ללמוד מהמרכז אסטרטגיות לשימור מטופלים.
- ד. מספר המטופלים במרכז ירד בשנת 2012 בהשוואה לשנת 2011, אף שאורך הטיפול במרכז דומה לזה שבכלל המרכזים. לא ברור לאן תועלו כל 2,700 השעות. היה אפשר לצפות שהנתונים של מרכז זה יהיו דומים לנתונים של מרכזים אחרים, בהנחה שיש בהם מספר מטופלים דומה, מספר שעות טיפול דומה ומספר מפגשים ממוצע קלנדרי דומה. אם כך במרכז "בִּזְיוֹ" צפת היו צריכים להיות יותר מטופלים המקבלים טיפולים קצרים יותר, או טיפולים ארוכים יותר. על פי הדיווח, הזמן המושקע בִּזְיוֹ צפת בטיפול בפועל גבוה (בכלל המרכזים הוותיקים מושקע 0.52 מכל שעה בטיפול "נטו", ואילו בִּזְיוֹ צפת – 0.54), ולכן גם נתון זה אינו מסביר את מספר המטופלים הנמוך. מומלץ לבחון מהן הסיבות לכך ולסייע למרכז להתמודד עמן.
- ה. שני המדדים הנמוכים ביותר של המרכז הם זמינות המנהל להתייעצות עם עו"סית לחוק הנוער, והעדכון השוטף על מקרים שבטיפול. מומלץ לבחון אם יש לשנות את היחס בין

השעות הקליניות שנדרש המנהל למלא, לבין שאר תפקידיו. נוסף על כך, מומלץ לבחון דרכים נוספות להידוק הקשר עם הקהילה (למשל, את האפשרות למנות אנשי צוות ותיקים מהמרכז להיות אנשי קשר עם חלק מן הרשויות).

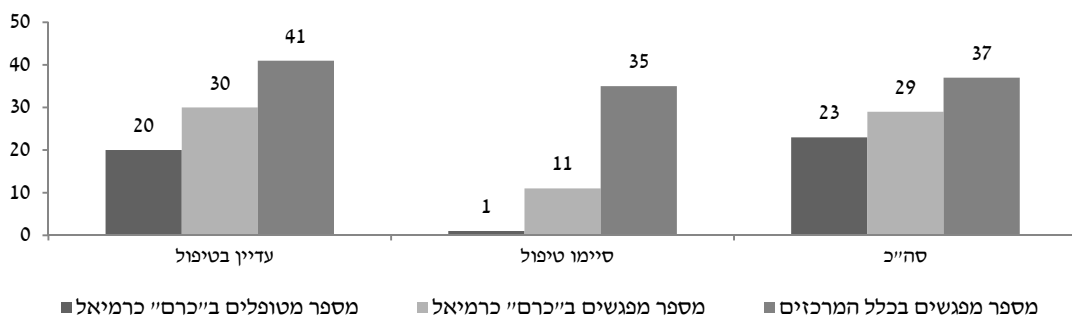
- ו. מומלץ למפות את הסיבות לבעיית העומס בשלוחות בטבריה ובצפת (העמוסה פחות). לעומת זאת, לעתים אין די מטופלים בקריית שמונה. המענים בשטח למצוקה זו אינם מיטביים: לדברי מנהל המרכז, העומס מביא למצב שבו פסיכולוגים של השלוחה הפסיכיאטרית מטופלים בנפגעי תקיפה מינית אף שהם אינם מוכשרים לכך. כמו כן, כדי להתמודד עם התור הארוך, מטפלות של המרפאה עובדות במרפאה בטבריה שעות נוספות "על חשבון" בית החולים (ולא בשעות התקן של המיזם). מומלץ שהמיזם יסייע למנהל המרכז להתמודד עם קשיים אלו, בין בדרך פנים־ארגונית בין בעזרת הגדלת תקנים ותקציבים. למשל, כדאי לבחון אפשרות לחלק אחרת את שעות העבודה של המטופלים בשלוחות השונות, כדי שיותר שעות יוקדשו לשלוחות העמוסות ופחות לשלוחות הפנויות. מכל מקום, יש למנוע טיפול על ידי מטופלים שלא עברו הכשרה לטיפול בפגיעה מינית.
- ז. מומלץ למפות את הסיבות למיעוט הפניות מהמגזר הערבי ולבחון אילו מענים ישפרו את הנגישות למגזר.
- ח. מומלץ לבחון מדוע אחוזים כה גבוהים של עו"סיות לחוק הנוער מעדיפות טיפול של מטפל עצמאי ("קופות טיפול") על פני טיפול במרכז.
- ט. מומלץ לבדוק עם המדריכה הפרטנית איך אפשר לדייק את תפקידי ההדרכה השונים, כדי להדגיש גם את הפן ההדרכת־לימודי ולא רק את המענה הטיפולי־רגשי, שעליו היא עונה היטב.
- י. מומלץ לבחון כיצד בוחרות המטפלות לסיים טיפול, שכן רבות מהן דיווחו שהן אינן נשענות על נתונים מבוססים.
- יא. שיעור השימוש ב־Digital Clay במרכז הוא נמוך. מומלץ לבחון מהם החסמים הגורמים לכך ולסייע למרכז להתגבר עליהם.
- יב. הקשר עם הקהילה דורש הרבה זמן, אך הוא אינו מדווח על בסיס שעותי ואינו נכלל במערכת Digital Clay, וכך נוצר הרושם שצוות המרכז אינו יעיל. מומלץ לבחון עם משרד הרווחה דרכים לייצוג של שעות העבודה כדי שיבואו לידי ביטוי.

נספח ו': מרכז "כרם" כרמיאל

1. נתונים כלליים

מרכז "כרם" כרמיאל התחיל לפעול במאי 2012. במרכז שבע מטפלות, שלוש מהן שכירות. כולן עברו הכשרה ייעודית לטיפול בפגיעות מיניות ושש עומדות בסטנדרט המשולב. המרכז פועל ב-15 רשויות מקומיות באזור הגליל המערבי, שש מהן רשויות ערביות ותשע רשויות יהודיות. ב-2012 העניק המרכז 803 שעות טיפול ל-23 מטופלים. כל ילד קיבל 38 שעות טיפול במוצע. המרכז חדש ואין נתונים על 2011. הנתונים הכלליים הקיימים מפורטים בתרשים 70.

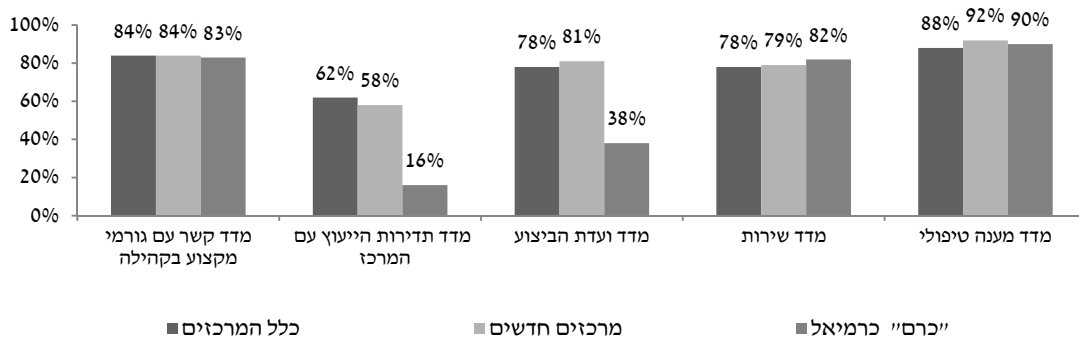
תרשים 70: מספר מטופלים ממוצע ומספר מפגשים ממוצע במרכז "כרם" כרמיאל¹⁸¹



2. השוואה בין מרכז "כרם" כרמיאל לכלל המרכזים ולמרכזים החדשים

מרכז "כרם" כרמיאל דומה לכלל המרכזים ולמרכזים החדשים עמם הוא נמנה בכמה מדדים. עם זאת, מדד ועדת הביצוע ומדד תדירות הייעוץ של המרכז נמוכים אבסולוטית ויחסית, כמפורט בתרשים 71.

תרשים 71: מדדים עיקריים¹⁸² מתוך סקר העו"סיות לחוק הנוער¹⁸³



מדד הטיפול¹⁸⁴ הממוצע בקרב המרכזים החדשים הוא 0.36. "כרם" כרמיאל מדד הטיפול הוא 0.40.

¹⁸¹ כלל המטופלים במרכז בשנת 2012 (מטופלים שהתחילו בטיפול לפני 2012 והמשיכו לאורך השנה, ומטופלים שהתחילו ב-2012).

¹⁸² ערך המדדים בכל התרשימים הוא שיעור המשיבות שהביעו הסכמה רבה עד רבה מאוד עם ההיגדים שנבדקו.

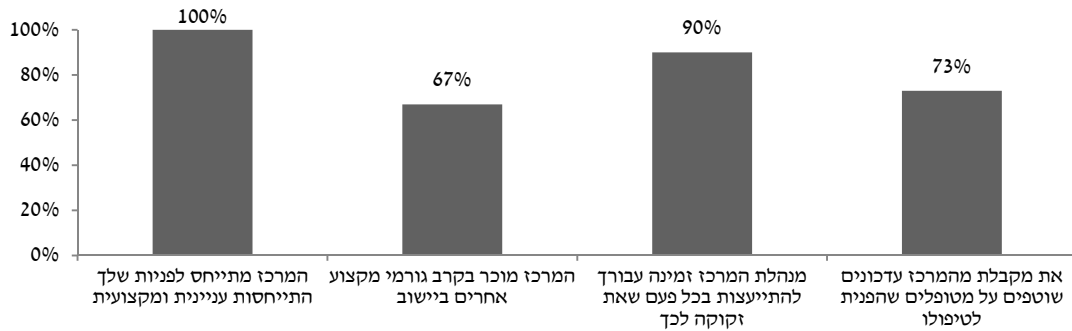
¹⁸³ מתוך 30 עו"סיות לחוק הנוער ברשויות הנמצאות באזור של מרכז "כרם" כרמיאל, השיבו לסקר 12 עו"סיות לחוק הנוער (40%) מהרשויות האלה: גדידה מכר, ירכא, כפר ורדים, כפר יאסיף, כרמיאל, מטה אשר, מעלות תרשיחא, משגב, נהריה ועכו.

¹⁸⁴ מדד הטיפול הוא ממוצע המטופלים למטפלת חלקי ממוצע השעות למטפלת. משמעותו של מדד זה הוא החלק היחסי מתוך זמנה של המטפלת המושקע בטיפול במטופלים. ערכי המדד נעים בין 0 ל-1 – כאשר 0 משמעותו שהמטפלת אינה מטפלת כלל במטופלים ו-1 משמעותו שהמטפלת מקדישה את כל זמנה לטיפול במטופלים. ככל שערך המדד גבוה יותר משמעות הדבר שהמטפלות והמרכז מקדישים יותר זמן מתוך סך זמן העבודה העומד לרשותם לטיפול במטופלים.

3. הקשר עם גורמי המקצוע בקהילה

ייעוץ מקצועי לגורמים בקהילה וקשר סביב מקרים בטיפול: מדד הקשר עם הקהילה דומה במרכז "כרם" כרמיאל למוצע בכלל המרכזים. תרשים 72 מפרט כמה מדדים של הקשר עם הקהילה.

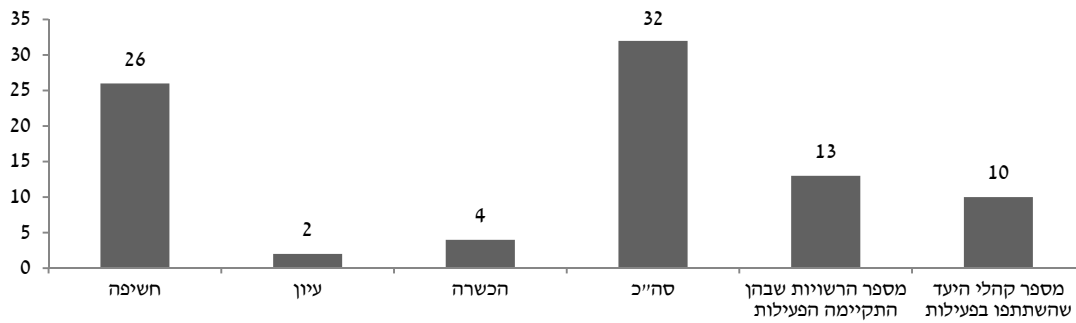
תרשים 72: שביעות הרצון של העו"סיות לחוק הנוער מהקשר עם הקהילה



לדברי מנהלת המרכז, היא מייעצת לגורמי המקצוע בקהילה באופן שוטף. ברשויות שאין בהן ועדת ביצוע הקשר הוא בעיקר קשר טלפוני, ומתייעצים בעיקר בנוגע למקרים שלא ברור אם הייתה בהם פגיעה או לא. עולות גם שאלות בעניין טיפול בילדים עם צרכים מיוחדים. הקשר עם הקהילה סביב הטיפולים הוא קשר מורכב: יש משפחות שאינן מטופלות בלשכת הרווחה ואינן מוכנות שהמרכז יעדכן את גורמי הרווחה באשר לטיפול. לעומת זאת, יש מקרים שהמרכז נעזר מאוד בלשכת הרווחה, בעיקר כשיש צורך בדיון של אנשי המקצוע ובמקרים שעולה הצורך בעבודה מערכתית. בהמשך הטיפול, הקשר תלוי בצורכי המטופל ובהעדפת העו"סית המפנה מהרווחה. במרכז יש נוהל שכל מכתב היוצא בנוגע לטיפול מחייב שיתוף של ההורים ועדכון שלהם בתוכן המכתב, למעט במקרים שבהם אסור לעדכן את ההורים. במקרים אלו העו"סית לחוק הנוער מאשרת את המכתב. מנהלת המרכז מרגישה ש"צריכה להיות מסגרת של דיווח... עם מרחב. הדיווח צריך להיות דו-צדדי... הסיכום של סיום טיפול וכן החלטות קרדינאליות צריכים להיות דו-צדדיים". לדברי העו"סית לחוק הנוער המלווה את המרכז, המרכז השתפר מאוד, אך עדיין צריך להמשיך בביסוס האמון עם הקהילה. לדבריה, יש לשפר את אופן העבודה מול מחלקות הרווחה בשלב הראשון של תהליכי השותפות.

פעילות הסברה וחיפה בקהילה: המרכז קיים 32 פעילויות בקהילה, כמפורט בתרשים 73.

תרשים 73: פירוט הפעילות בקהילה של מרכז "כרם" כרמיאל

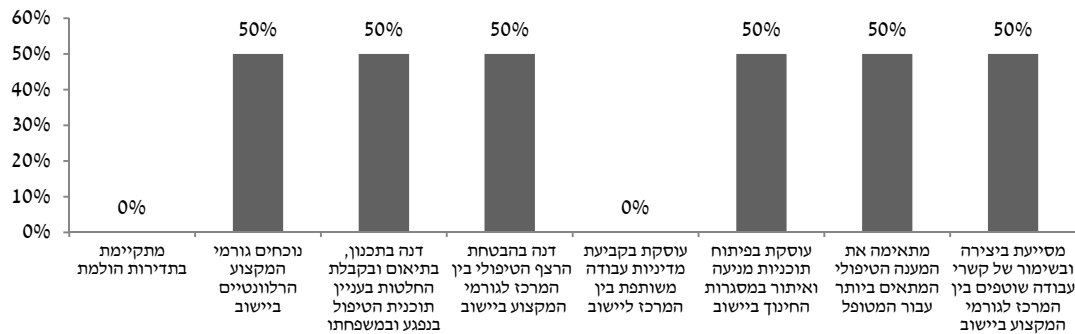


חשוב לציין שהמרכז קיים 26 פעילויות חשיפה וארבע פעילויות הכשרה, פעילויות שאינן אופייניות למרכז חדש. לדברי המנהלת, מתקיימות פעילויות מגוונות של המרכז בקהילה: היא עצמה מדריכה "עובדות נערה" בלשכת רווחה בכרמיאל, עובדות שמטפלות בפגיעות של נערות בבית חם לנערות בסיכון, היא מדריכה קבוצה של פסיכולוגים חינוכיים מאזור נהריה בטיפול בפגיעות מיניות, במסגרת שיתוף פעולה של המרכז עם השירות הפסיכולוגי-חינוכי, מפני שפעמים רבות יש צורך במתן טיפול ראשוני בבית הספר. המנהלת ביקרה בכל מחלקות הרווחה במגזר היהודי באזור הגאוגרפי של המרכז ובימים אלו התחילה לבקר במחלקות במגזר הערבי. היא הגבירה את שיתוף הפעולה של המרכז עם מחלקת בריאות הנפש וצירפה לוועדת ההיגוי של המרכז את האחראי על מרפאות ילד ונוער באזור, ונציגים של בריאות הנפש לשתי ועדות ביצוע. לדבריה, הקשר עם בריאות הנפש חשוב מאוד ומאפשר למטופלים במרכז לעבור בדיקה פסיכיאטרית בתוך עשרה ימים, באופן שבו האינטייק של המרכז מוכר לצורך הבדיקה הפסיכיאטרית. המרכז קיים גם שני ימי עיון לגורמי מקצוע בקהילה (שירות הפסיכולוגי-חינוכי, עו"סיות ממחלקות הרווחה ועוד) וטרם החל לעסוק בנושא המניעה. גם לדברי העו"סית לחוק הנוער המלווה את המרכז, מנהלת המרכז הקימה תשתית רחבה של שיתופי פעולה – בשירות הפסיכולוגי-חינוכי, בשירות הפסיכיאטרי ובשירותים נוספים. גם עדכון גורמי הרווחה פועל היטב ומתקיים קשר טוב בין כל הגורמים. לדבריה, מנהלת המרכז למדה להתנהל מול רשויות שהביעו התנגדות למרכז, אך עדיין יש צורך לסייע לה ביצירת קשר עם השטח ובניתוח של דפוסי העבודה של מקבלי החלטות בכל רשות מקומית.

4. ועדת הביצוע

אמנם כל היישובים באזור הגאוגרפי של המרכז עובדים במתכונת של ועדות ביצוע, אולם מדד ועדת הביצוע במרכז "כרם" כרמיאל נמוך מהמוצע בכלל המרכזים. מדדי ועדת הביצוע מפורטים בתרשים 74.

תרשים 74: שביעות הרצון מתפקוד ועדת הביצוע על פי העו"סיות לחוק הנוער

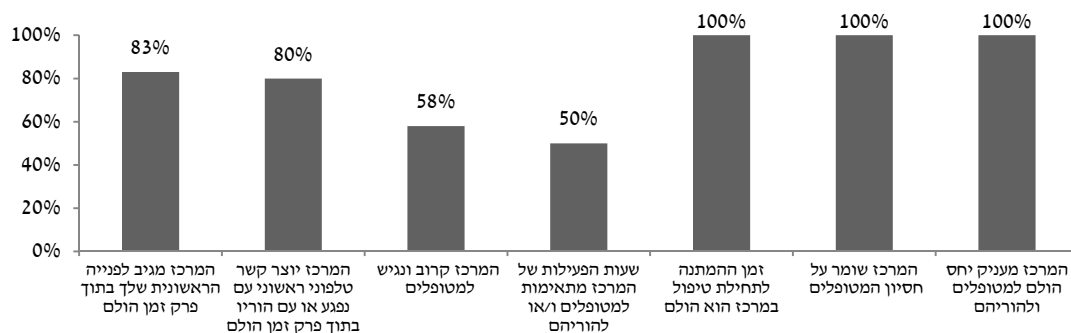


בכרמיאל פועלת כבר כמה שנים ועדת "אשלים". במעלות יש ועדה שהקים המרכז והיא נפגשה עד היום פעם אחת. ועדות הביצוע בשלומי, בעכו ובמטה אשר נמצאות בשלבים שונים של הקמה וטרם נפגשו. בפגישה של ועדת הביצוע במעלות נכחו מנהלת המרכז, מנהלת השירות הפסיכולוגי-חינוכי, עו"סית יישובית לחוק הנוער, נציגת לשכת הרווחה לפגיעות מיניות ופסיכולוגים. הפגישה נחלקה לשני נושאים מרכזיים: הראשון, דיון בקבלת חדר לשם הקמת שלוחה בעיר ועדכון בעניין גיוס מטפלת לעבודה בשלוחה. השני, עדכון של מנהלת המרכז באשר למטופלים קיימים ודיון מיוחד במקרים אחדים. לדברי מנהלת המרכז: "היה מצוין. היה שיתוף פעולה טוב. התקבלתי לא בחשדנות. הייתה תחושה שכולם שותפים". המנהלת תומכת מאוד בהקמת ועדת ביצוע בכל רשות מקומית באזור של המרכז. לדבריה, כאשר יש ועדה כל הנושאים עולים, גם הטיפול השוטף ובעיית הדיווח נפתרת. לא כל הרשויות מעוניינות לעבוד במתכונת של ועדת ביצוע, ואז מוצאים פתרונות אחרים לקשר. היו רשויות שלא קיבלו את מנהלת המרכז בברכה. לדבריה, גורמי הרווחה היו רגילים ל"קופות הטיפול" ושיטה זו נתנה להם שליטה בזהות המטופלים, ולכן הן ראו במרכז הרעה בשירות. לדעתה, הדרך להתגבר על כך היא לתת ייעוץ מקצועי ולהקשיב בסבלנות רבה. לדבריה, "ישם אתה נמדד גם בתמיכה לאנשי המקצוע וגם בהיענות לצרכים שלהם".

5. איכות השירות

שביעות הרצון הכללית מהשירות במרכז גבוהה. בתרשים 75 מפורטים מדדי איכות השירות מנקודת המבט של העו"סיות לחוק הנוער, ובהם גם שני מדדי נגישות חלשים יותר.

תרשים 75: שביעות הרצון של העו"סיות לחוק הנוער מאיכות השירות



מנהלת המרכז חיוותה דעתה על שירות במרכז:

זמינות: המרכז בכרמיאל פועל במרבית ימי השבוע. בימים שני ושלישי יש מענה אחרי הצהריים וביום חמישי עד הערב. נוסף על כך, מתקיימים טיפולים גם ביום שישי. לדבריה, גם בשלוחות בעכו

ובמעלות ניתן מענה אחר הצהריים ובערב. לדבריה, "הצוות קצת כועס, אבל אני דורשת עבודה אחרי הצהריים. אני לא מרשה שיוציאו ילד מבית ספר לקבל טיפול".

מהירות תגובה לפנייה: מנהלת המרכז מזמינה את ההורים לפגישה כמעט מיד ושומעת ראשונה על כל מקרה המגיע למרכז. נוסף על לכך, היא עושה "סקרינינג"¹⁸⁵ ראשוני לפני האינטייק שהמטפלות עושות ומבקשת מהן ליצור קשר טלפוני מייד עם ההורים כדי לתאם את תחילת הטיפול.

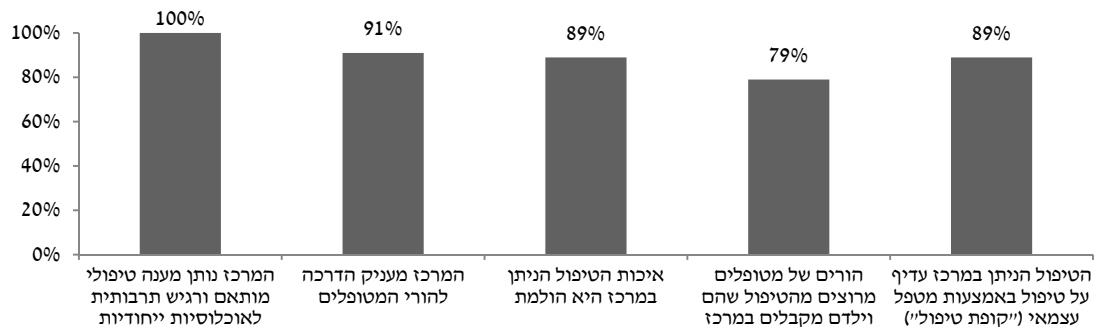
זמן המתנה: זמן ההמתנה במרכז היום אפסי, אך יש חשש שזמן ההמתנה יתארך אם מספר המטופלים במרכז יגדל במידה ניכרת.

יחס ודיסקרטיות: המרכז מנסה מאוד להקפיד על הנהלים בנושא: ארון התיקים נעול, פקסים אינם מסתובבים במרכז, חומר מגיע אל מנהלת המרכז בציון ראשי תיבות של שם הנפגע בלבד, לבקשתה, ועוד. דבריה של העו"סית המחוזית מחזקים את דבריה של המנהלת בנוגע לאיכות השירות. לדבריה, זמינות במתן המענה, היעדר המתנה ומיקום מרכזי הן נקודות חוזק של המרכז.

6. המענה הטיפולי במרכז

שביעות הרצון הכללית מהמענה הטיפולי במרכז דומה לזו שבכלל המרכזים. תרשים 76 מפרט את עמדות העו"סיות לחוק הנוער באשר לאיכות המענה הטיפולי.

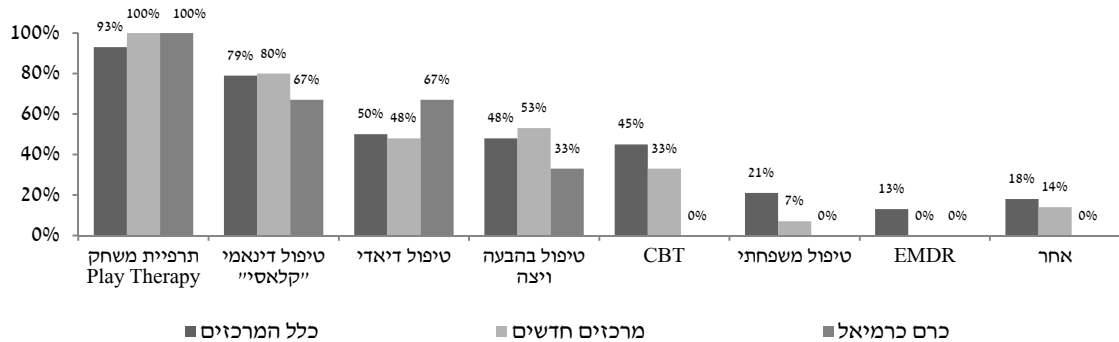
תרשים 76: שביעות הרצון מהמענה הטיפולי במרכז על פי סקר העו"סיות לחוק הנוער



מגוון המענים הטיפוליים: המרכז נופל מהמוצע במדד מגוון המענים הטיפוליים,¹⁸⁶ כמפורט בתרשים 77.

¹⁸⁵ סקירה מהירה של כל הפניות שהתקבלו בעת האחרונה לשם הערכת מצב הפונים.
¹⁸⁶ הממוצע בכלל המרכזים הוא 5.6, ואילו במרכז "כרם" כרמיאל הוא 4.

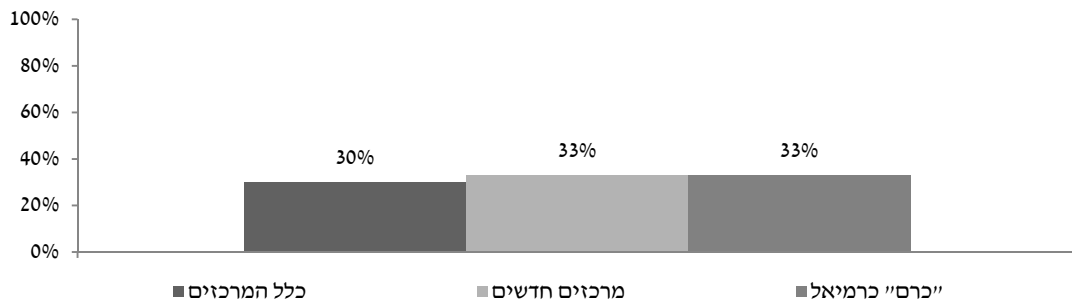
תרשים 77: שיעור המטפלות¹⁸⁷ שדיווחו שהן משתמשות בפועל בכמה שיטות טיפול



לדברי המנהלת, המענה הטיפולי במרכז מגוון, ויש נטייה לטיפול דינאמי, לרבות טיפול דיאדי. המטפלים במרכז מוכשרים לביצוע אינטייק, וכל טיפול מלווה בהדרכת הורים. לדברי העו"סית המחוזית לחוק הנוער, המרכז התפתח יפה מבחינת מענה הטיפולי. המנהלת שכרה אנשי טיפול טובים ומקפידה על ליווי והדרכה טובים. המנהלת רוצה להכניס למרכז שיטות טיפול קצרות מועד (CBT). נוסף על כך, המרכז נותן כיום גם טיפול משפחתי מצומצם ויש צורך לפתח אותו. טיפול קבוצתי לא ניתן כיום במרכז, וגם אותו המנהלת מעוניינת לפתח.

הכנת תוכנית טיפול: כברוב המרכזים, גם במרכז "כרם" כרמיאל ממעטים לכתוב תוכניות טיפול, כפי שאפשר לראות בתרשים 78.

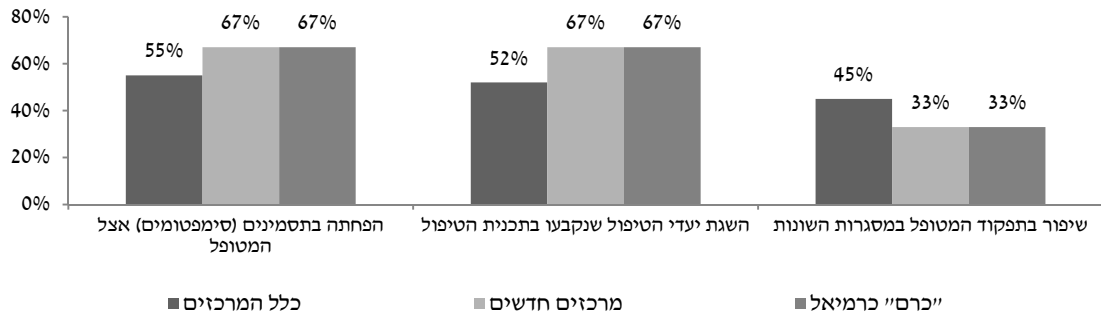
תרשים 78: שיעור המטפלות שדיווחו על כתיבת תוכנית טיפול בסוף האינטייק ובמהלך הטיפול



סיום טיפול מבוסס נתונים: שיעור המטפלות ב"כרם" כרמיאל המבססות את סיום הטיפול על נתונים, דומה לממוצע במרכזים החדשים שהמרכז הוא אחד מהם, כמפורט בתרשים 79.

¹⁸⁷ במרכז "כרם" כרמיאל ענו לסקר שלוש מטפלות מתוך השלוש שהועסקו בו (100%).

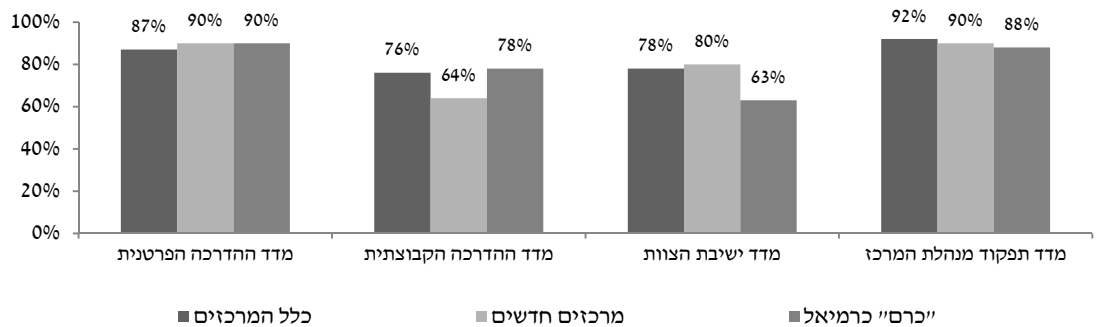
תרשים 79: שיעור המטפלות שציינו שהן מבססות את ההחלטה לסיים טיפול על הסיבות האלה



7. מנגנוני פיתוח הצוות

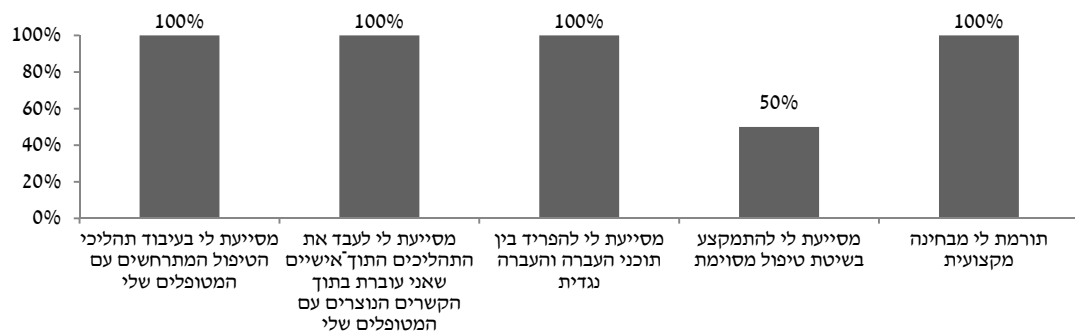
רק שלוש מתוך שבע המטפלות משתתפות בהדרכה הפרטנית במרכז. למועסקות בחצי משרה המרכז נותן הדרכה פרטנית פעם בשבועיים והדרכה קבוצתית פעם בשבועיים (בת שעתיים), ולמועסקות ברבע משרה או על פי שעות (פרילנס) – הדרכה קבוצתית פעם בשבועיים ופגישה אישית עם המנהלת אחת לשבועיים. בתרשים 80 מוצגת השוואה בין כמה מדדים של פיתוח הצוות.

תרשים 80: שביעות הרצון של המטפלות ממדדי פיתוח הצוות



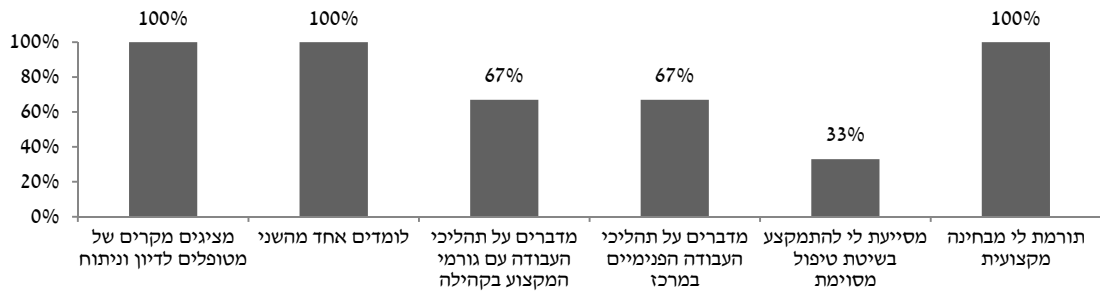
הדרכה פרטנית: שביעות הרצון מההדרכה הפרטנית גבוהה, כמוצג בתרשים 81.

תרשים 81: הערכת המטפלות את ההדרכה הפרטנית



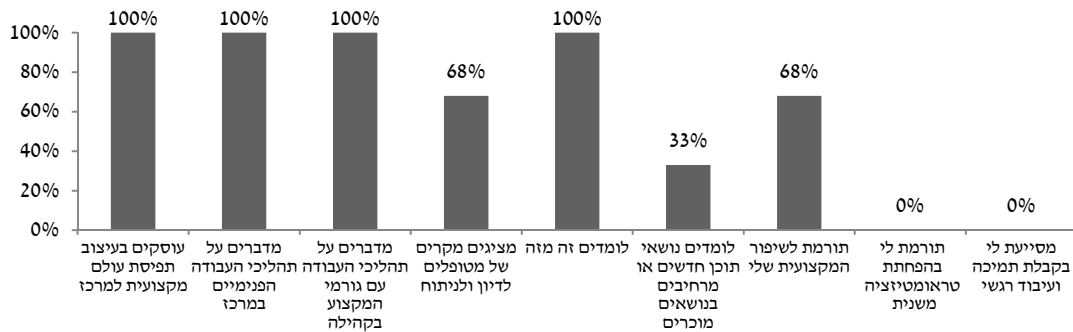
הדרכה קבוצתית: תרשים 82 מציג את מידת שביעות הרצון של המטפלות מכמה מדדים של ההדרכה הקבוצתית.

תרשים 82: הערכת המטפלות את ההדרכה הקבוצתית



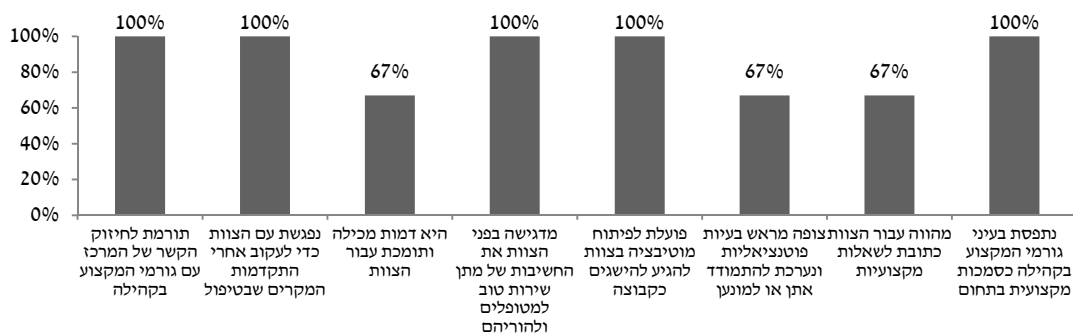
ישיבת הצוות: שביעות הרצון מישיבות הצוות נמוכה מזו שבכלל המרכזים. תרשים 83 מפרט כמה מדדים בישיבות הצוות, כפי שהמטפלות העריכו אותם.

תרשים 83: הערכת המטפלות את ישיבות הצוות



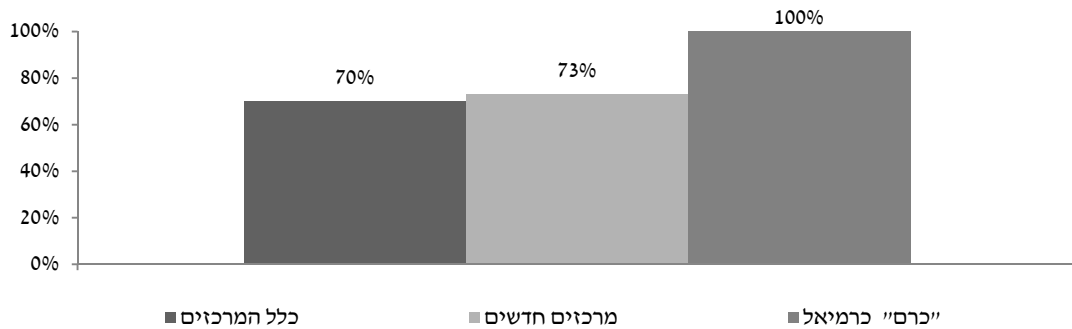
תפקוד מנהלת המרכז: שביעות הרצון מתפקוד מנהלת המרכז דומה לזו שבכלל המרכזים. בתרשים 84 מפורטים פנים שונות של הניהול.

תרשים 84: הערכת המטפלות את תפקודי מנהלת המרכז



השימוש ב-Digital Clay: 100% מהמטפלות במרכז משתמשות ב-Digital Clay לצורך ניהול התיקים, שיעור הבולט לטובה באופן אבסולוטי, ובהשוואה למוצע של כלל המרכזים, כפי שעולה מתרשים 85.

תרשים 85: שיעור המטפלות המשתמשות במערכת Digital Clay



מסקנות והמלצות

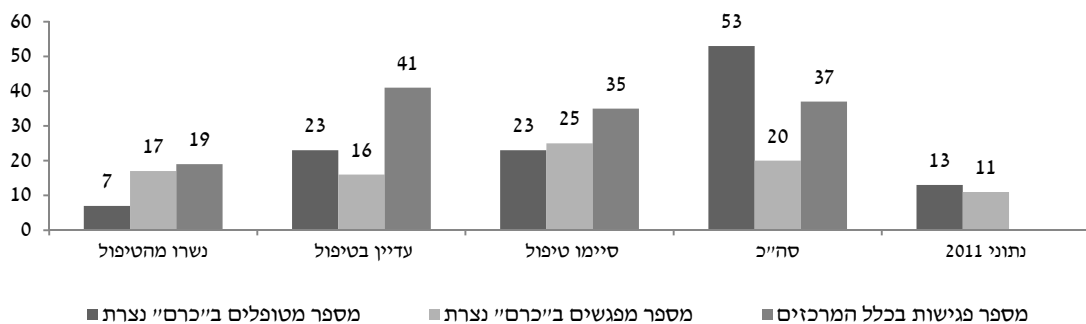
- א. ככלל, נראה שמרכז "כרם" כרמיאל צומח ומתפתח כמצופה ממנו בכל תחומי הפעילות.
- ב. אף שמדובר במרכז חדש, הוא מצטיין בפעילות בקהילה. יש שיתפי פעולה רבים ופעילות רבה.
- ג. למרות פעילות ענפה ומרשימה בקהילה, ואף על פי שמתקיימת ועדת ביצוע בכל היישובים בתחום האחוריות של המרכז, מדד ועדת הביצוע נמוך יחסית. גם תדירות הייעוץ לקהילה עדיין אינה גבוהה כמו במרכזים חדשים אחרים. אפשר להניח שהעובדה שהמרכז נפתח רק בעת האחרונה היא הסיבה לכך. מומלץ להמשיך ולמלא אחר התוכניות של מנהלת המרכז – להרבות בפעילות בקהילה ולהפנות מאמץ להמשך הידוק הקשרים עם הקהילה.
- ד. שביעות הרצון מהנגישות הפיזית של המרכז ומשעות הפעילות שלו בקרב העו"סיות לחוק הנוער אינה גבוהה, אך מנהלת המרכז מתארת שירות נגיש הן מבחינה פיזית הן מבחינת זמנים. מומלץ לבחון את הסיבה לפער זה ולטפל בו (למשל, ליידע את העו"סיות מהם זמני פעילות המרכז, לבחון לאילו אוכלוסיות המרכז אינו מוגש וכדומה).
- ה. מומלץ לבחון כיצד בוחרות המטפלות לסיים טיפול, שכן רבות מהן דיווחו שהן אינן נשענות על נתונים מבוססים.
- ו. שביעות הרצון משיבות הצוות נמוכה מעט ביחס לכלל המרכזים ומומלץ לבחון מדוע ולסייע למנהלת לשפר את העבודה בתחום זה.
- ז. נתוני המרכז בנוגע לשעות הטיפול הממוצעות ובנוגע לאורך טיפול ממוצע חרגו מהנורמה בכלל המרכזים. מכיוון שהמרכז חדש מאוד, מומלץ לחזור ולבחון את הנתונים האלה כאשר המרכז יצבור ותק.

נספח ז': מרכז "כרם" נצרת

1. נתונים כלליים

מרכז "כרם" נצרת נפתח ב-2009. מרכז זה היה מוקד עירוני ונהפך למרכז אזורי לפני כחצי שנה. לכאורה, מצופה ממנו לעמוד בביצועים של מרכז חדש, אולם על פי הדוח הוא דומה לעתים גם למרכזים הוותיקים והוא משווה כאן לעתים גם למרכזים החדשים וגם לוותיקים. במרכז חמש מטפלות, שתיים מהן שכירות, כולן עברו (או עוברות) הכשרה ייעודית לטיפול בפגיעות מיניות. שלוש עומדות בסטנדרט המשולב. המרכז פועל ב-23 רשויות ערביות בפריסה גאוגרפית רחבה ביותר, מוואדי ערה ועד הגליל התחתון. בשנת 2012 העניק המרכז 906 שעות טיפול ל-53 מטופלים, פי ארבעה מטופלים מבשנת 2011. ממוצע השעות ברוב הפרמטרים במרכז נמוך מבכלל המרכזים, ואפשר להניח שהסיבה לכך היא גילו הצעיר יחסית. בשנת 2012 קיבל כל ילד 19 שעות טיפול בממוצע.

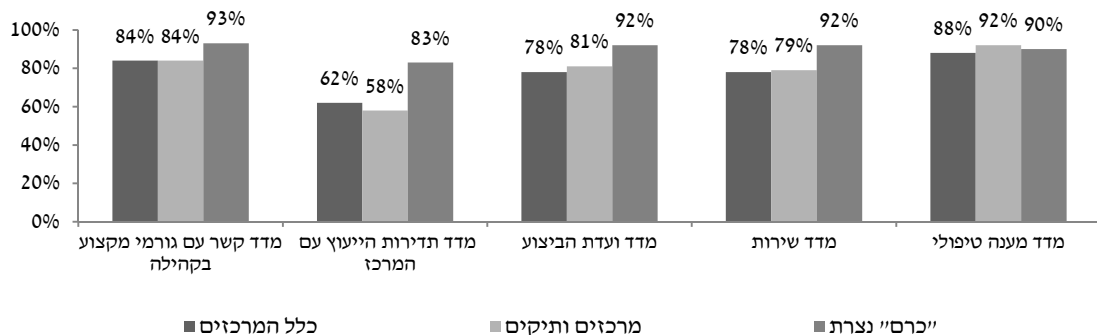
תרשים 86: מספר מטופלים ממוצע ומספר מפגשים במרכז "כרם" נצרת



2. השוואה בין מרכז "כרם" נצרת לכלל המרכזים ולמרכזים החדשים

מרכז "כרם" נצרת בולט לטובה ברוב המדדים הכלליים ביחס לכלל המרכזים, כמוצג בתרשים 87. בולטים במיוחד מדד תדירות הייעוץ עם המרכז, מדד השירות ומדד ועדת הביצוע.

תרשים 87: מדדים עיקריים¹⁸⁸ מתוך סקר העו"סיות לחוק הנוער¹⁸⁹



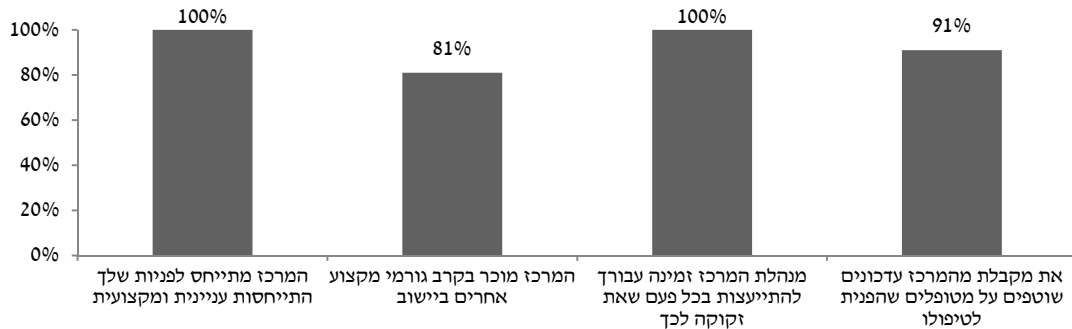
¹⁸⁸ ערך המדדים בכל התרשימים הוא שיעור המשיבות שהביעו הסכמה רבה עד רבה מאוד עם ההיגדים שנבדקו.
¹⁸⁹ מתוך 38 עו"סיות לחוק הנוער ברשויות הנמצאות באזור של מרכז "כרם" נצרת, השיבו לסקר 23 עו"סיות לחוק הנוער (61%) מהרשויות האלה: אום אל פאחם, איכסאל, אל בטוף, בית זרזיר, בענה, דבוריה, טורעאן, יפיע, כפר כנא, כפר מנדא, מגידל אל כרום, נצרת, עילוט, עין מאהל, שיבלי אום אל גנם.

מדד הטיפול¹⁹⁰ הממוצע בקרב המרכזים הוותיקים הוא 0.52 ובחדשים הוא 0.36. ב"כרם" נצרת מדד הטיפול הוא 0.60, והוא המרכז בעל מדד הטיפול הגבוה ביותר.

3. הקשר עם גורמי המקצוע בקהילה

עו"סיות לחוק הנוער שבעות רצון מאוד מהקשר של המרכז עם גורמי המקצוע בקהילה, ומרכז "כרם" נצרת בולט לטובה בתחום זה, כמוצג בתרשים 88.

תרשים 88: שביעות הרצון מהקשר עם הקהילה על פי העו"סיות לחוק הנוער

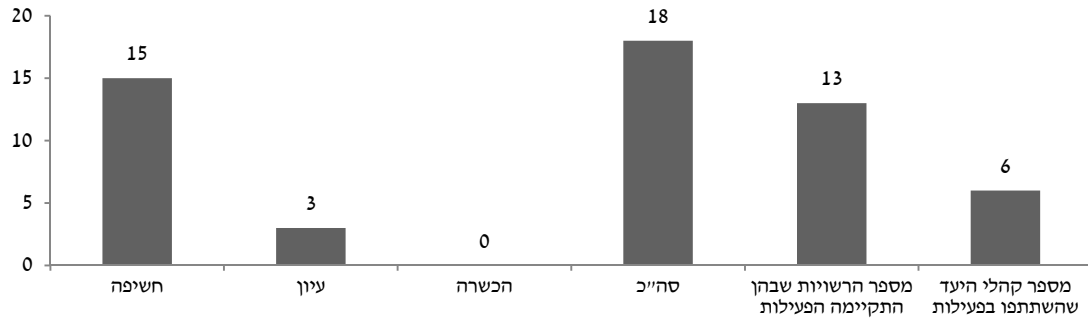


ייעוץ מקצועי לגורמים בקהילה וקשר סביב מקרים בטיפול: לדברי מנהלת המרכז, על פי הנוהל בתהליך הקבלה של מקרה חדש לטיפול העו"סית המטפלת בקהילה נשארת מנהלת התיק ובלעדיה אי אפשר לטפל במקרה. לדבריה, "אנחנו נותנים טיפול וכל היתר – באחריות הלשכה. אנחנו מעדכנים את העו"סית בכל דבר חשוב. הם פונים לקבל סיכומי ביניים ולקבל ייעוץ". המרכז מקפיד לעדכן את גורמי המקצוע שהטיפול מתקיים כסדרו. אם יש סימני נשירה, מעדכנים את אנשי המקצוע ונפגשים, לפעמים עם המשפחה. לדברי המנהלת, מצד אחד, המרכז צריך את העו"סית בקהילה, למשל, כדי לעבוד עם הורי הנפגע. מצד אחר, העו"סית בקהילה צריכה את המרכז. למשל, לפעמים העו"סית לחוק הנוער פונה למרכז משום שהיא צריכה להכין חוות דעת לבית המשפט, והעבודה המשותפת מרגיעה את כולם. כמעט בכל יום מתקשרים אנשי מקצוע והורים למרכז, ואלה ישירות, כדי להתייעץ בנושא של פגיעות מיניות ולקבל תמיכה מקצועית. מאז ש"כרם" נצרת נהפך למרכז אזורי היא נפגשה עם גורמי המקצוע (רווחה, שירות פסיכולוגי-חינוכי, ייעוץ פסיכולוגי ועוד) בכל הרשויות באזור. היא סיפרה על המרכז, על דרכי הפנייה אליו ועוד. במפגשים אלו עלו הרבה שאלות סביב הפגיעה המינית, ובעקבותיהם החלה הפנייה של מטופלים למרכז.

פעילות הסברה וחשיפה בקהילה: המרכז קיים פעילויות קהילתיות, כגון הרצאות בבתי ספר, סדנאות להורים, סדנאות למטפלות במועדוניות ועוד. הנושאים בסדנאות הם בעיקר מניעה ואיתור מקרים וליווי ילדים שנפגעו. פירוט הפעילויות בקהילה מפורט בתרשים 89.

¹⁹⁰ מדד הטיפול הוא ממוצע המטופלים למטפלת חלקי ממוצע השעות למטפלת. משמעותו של מדד זה הוא החלק היחסי מתוך זמנה של המטפלת המושקע בטיפול במטופלים. ערכי המדד נעים בין 0 ל-1 – 0 משמעותו שהמטפלת אינה מטפלת כלל במטופלים ו-1 משמעותו שהמטפלת מקדישה את כל זמנה לטיפול במטופלים. ככל שערך המדד גבוה יותר משמעות הדבר שהמטפלות והמרכז מקדישים יותר זמן מתוך סך זמן העבודה העומד לרשותם לטיפול במטופלים.

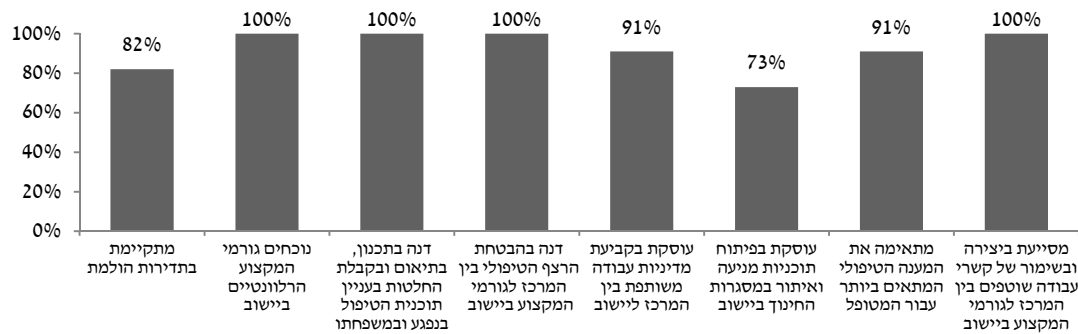
תרשים 89: פירוט הפעילות בקהילה של מרכז "כרם" נצרת



4. ועדת ביצוע

ככלל מרכז "כרם" נצרת עובד היטב במתכונת ועדת ביצוע, ושביעות הרצון של העו"סיות לחוק הנוער גבוהה ביותר הן באופן אבסולוטי הן ביחס לכלל המרכזים, כמפורט בתרשים 90.

תרשים 90: שביעות הרצון מתפקוד ועדת הביצוע על פי סקר העו"סיות לחוק הנוער



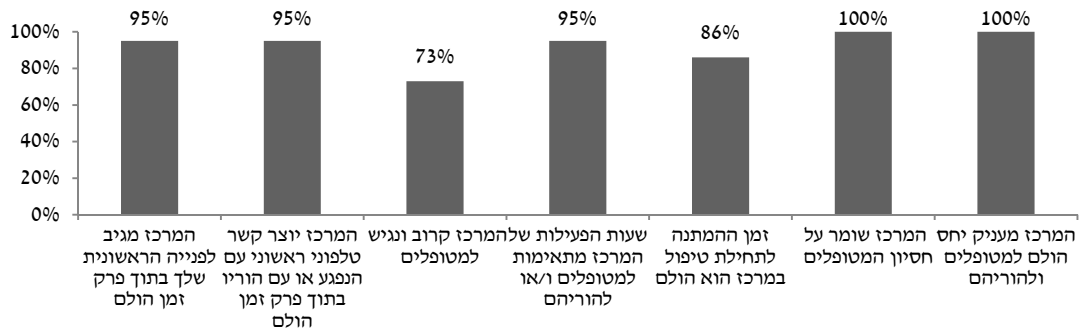
במרכז פועלת ועדת ביצוע אזורית המתכנסת אחת לחודש במרכז נצרת, ומגיעים אליה אנשי מקצוע מהכפרים באזור נצרת (שהם חלק ניכר מהרשויות באזורו של המרכז). נוכחים בוועדה העו"סית המטפלת, העו"סית לחוק הנוער (במידת הצורך) ומנהלת המרכז. הנגישות לוועדה נוחה בעבור תושבי העיר נצרת והיישובים הסמוכים לה בלבד. בעבר התקיימה ועדה גם באום אל פאחם. ליישובים מרוחקים יותר, כגון שיבלי אבו-גאנם, מאג'ד אל כרום ועוד, אין מענה במסגרת של ועדת ביצוע,¹⁹¹ ובמידת הצורך מנהלת המרכז מגיעה לדיון עם אנשי המקצוע ברשויות האלה בנוגע למקרים חדשים ומקרים הנמצאים בטיפול. הוועדה דנה במקרים חדשים – אם צריך לטפל במרכז, ואם כן, מהי מידת הדחיפות של הטיפול, מהו המענה הטיפולי הנדרש ומה מקומה של לשכת הרווחה. הוועדה דנה גם במקרים הנמצאים בטיפול וזקוקים לדיון ולהערכה מחודשת.

5. השירות במרכז

שביעות הרצון מהשירות במרכז גבוהה ביחס למוצע בכלל המרכזים. בתרשים 91 מפורטים מדדי איכות השירות מנקודת המבט של העו"סיות לחוק הנוער.

¹⁹¹ ראוי לציין שהמרכז החל לפעול ביישובים נוספים מלבד נצרת רק בשנה האחרונה. משום כך ייתכן שממצאים אלו ישתנו בעתיד, ויש להתייחס אליהם בזהירות. [זה נכון תמיד, לא?]

תרשים 91: שביעות הרצון של העו"סיות לחוק הנוער מאיכות השירות



מנהלת המרכז חיוותה דעתה בנוגע לאיכות השירות במרכז :

זמינות: המרכז עובד מיום שני ועד שבת. הוא פתוח בשעות הבוקר וגם אחר הצהריים. ילדים מטופלים רק אחרי שעות בית הספר.

זמן המתנה: אין כמעט זמן המתנה. בזמנים של עומס יחסי, התגייס הצוות כדי לצמצם את זמן ההמתנה, וגיוס של מטופלים חדשים בעתיד הקרוב יקל אף יותר בתקופות עומס. גם לדברי העו"סית המחוזית הממונה על המרכז בנצרת ועל המרכז בכרמיאל, בשני המרכזים אין עדיין זמני המתנה.

תנאים פיזיים: המרכז עבר למבנה חדש לפני כמה חודשים. המנהלת סיפרה ש"קיבלנו הרבה פידבקים מההורים והילדים. מרגש ומחמם את הלב. אומרים שאין סטיגמה. מקום יפה ומכובד". גם העו"סית המחוזית ציינה במפורש שהמרכזים יפים, מכבדים, מרכזיים במקומם, רגישים, עונים על הצורך מבחינת זמני הטיפול ואין בעיות בנושא השירות.

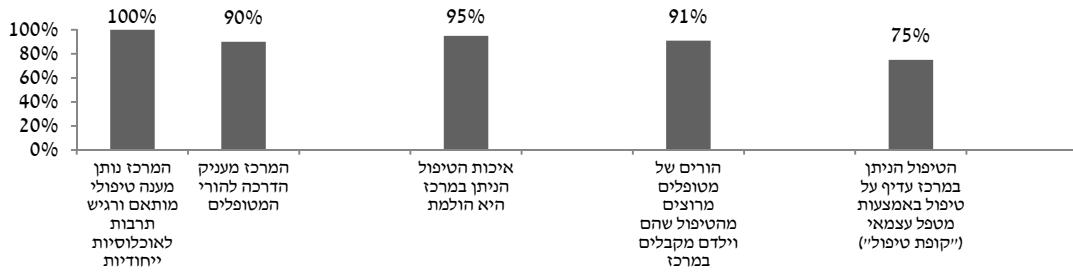
יחס למטופלים: המנהלת הדגישה את הרגישות התרבותית של השירות: "אנחנו מאותה תרבות. מבינים אחד את השני. אין עם זה בעיה. זה משהו מאוד אינטימי וסודי. נותנים כבוד לכל האנשים שבאים... מקום מאוד חם".

נגישות: המרכז החדש נמצא במרכז נצרת, במקום שכל התחבורה הציבורית מהיישובים שמסביב מגיעה אליו, ולכן הוא נגיש מאוד. העו"סית המחוזית אומרת שהמרכזים זמינים ונגישים, מלבד בשביל תושבים מהאזורים המרוחקים מנצרת.

6. המענה הטיפולי במרכז

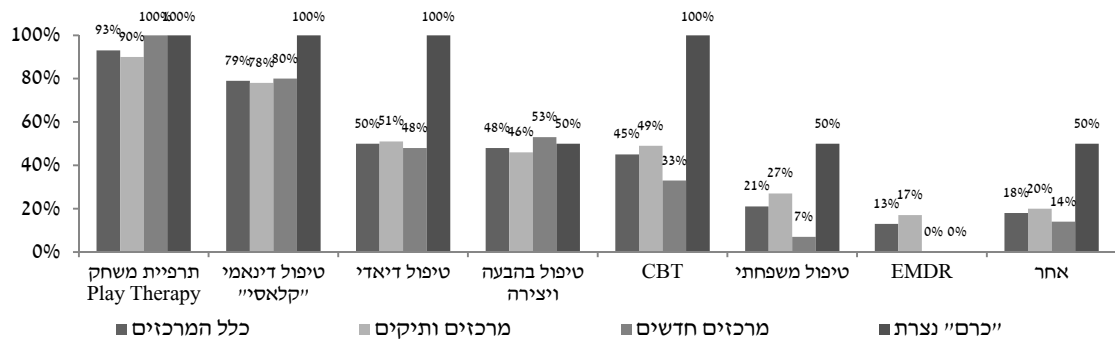
שביעות הרצון מהמענה הטיפולי במרכז גבוהה ועולה על הממוצע של כלל המרכזים. פירוט עמדות העו"סיות לחוק הנוער בנוגע לאיכות המענה הטיפולי מופיע בתרשים 92.

תרשים 92: שביעות הרצון מהמענה הטיפולי על פי סקר העו"סיות לחוק הנוער



¹⁹² **מגוון המענים הטיפוליים:** מגוון המענים הטיפוליים במרכז גבוה מהממוצע ברוב המרכזים, כמפורט בתרשים 93.

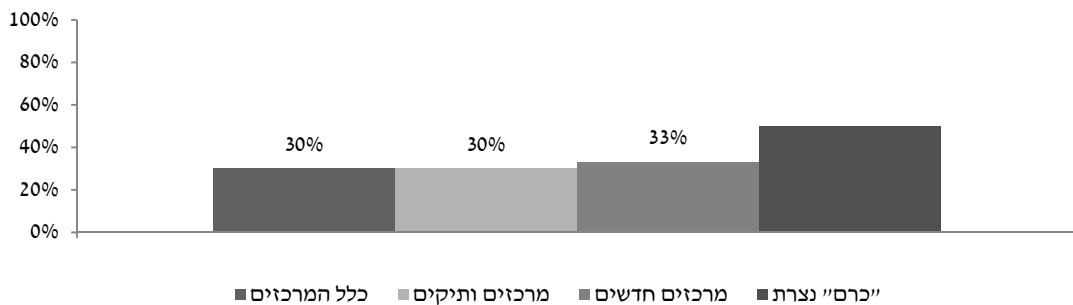
תרשים 93: שיעור המטפלות שדיווחו שהן משתמשות בפועל בכמה שיטות טיפול¹⁹³



מנהלת המרכז אומרת שיש שיפור ניכר במגוון המענים הטיפוליים במרכז. יש התמחות בטיפול משפחתי וזוגי והתמחות בטיפול בילדים ובנוער. נוסף על כך, יש מטפל אחד המוכשר במגוון רב של שיטות טיפול, וכל אלו קידמו מאוד את הטיפול במרכז. לדבריה, יש להמשיך ולהכשיר את המטפלות ולתת להם עוד כלים טיפוליים (למשל, טיפול בטראומה, טיפול דיאדי). בעתיד המרכז רוצה להקים קבוצות של הורים וילדים, וגם לשם כך צריך הכשרה מיוחדת.

הכנת תוכנית טיפול: מרכז "כרם" נצרת הוא בין המרכזים המרבים לכתוב תוכנית טיפול אחרי האינטייק ובמהלך הטיפול, כפי שאפשר לראות בתרשים 94.

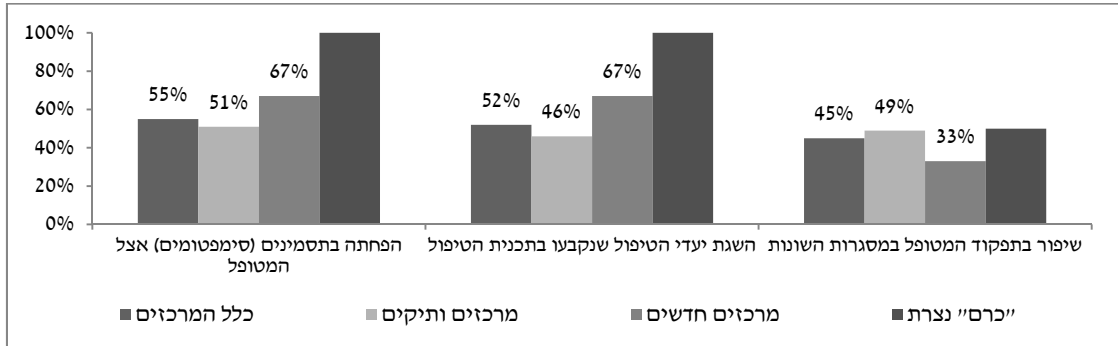
תרשים 94: שיעור המטפלות שדיווחו על כתיבת תוכנית טיפול בסוף האינטייק ובמהלך הטיפול



¹⁹² המדד הכללי הוא 5.6, ואילו מרכז נצרת זוכה לציון 7 בתחום זה.
¹⁹³ במרכז "כרם" נצרת ענו לסקר שתי מטפלות מתוך 2 שהועסקו בו (100%).

סיום טיפול מבוסס נתונים: במרכז "כרם" נצרת מקפידים מאוד על סיום טיפול מבוסס נתונים, כמוצג בתרשים 95.

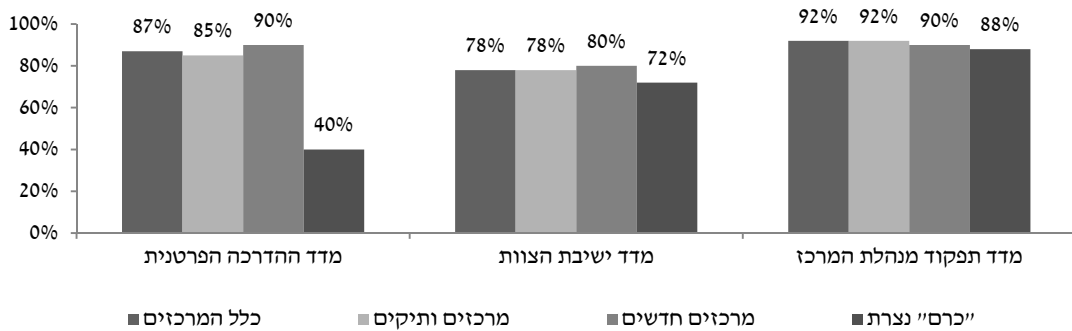
תרשים 95: שיעור המטפלות שציינו שהן מבססות את ההחלטה לסיים טיפול על הסיבות האלה



7. מנגנוני פיתוח הצוות

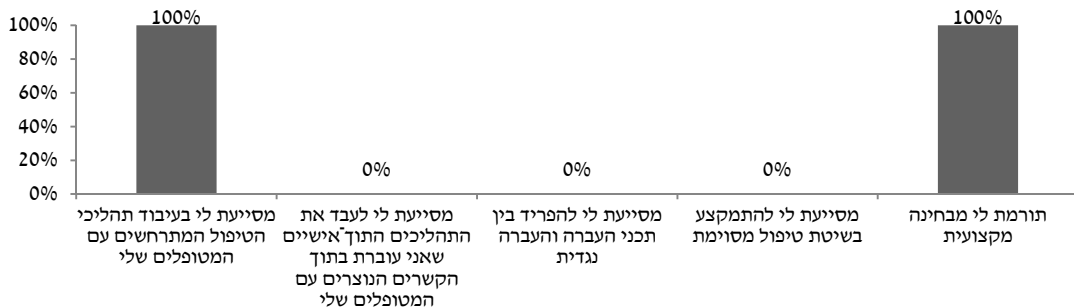
המטפלות מקבלות הדרכה בת שעה פעם בשבוע. מטפלות שאינן שכירות מקבלות הדרכה על פי מספר השעות היחסי שהן עובדות. הדרכה קבוצתית בת שעתיים פעם בשבועיים ניתנת לכל המטפלות, וישיבת צוות בת שעתיים מתקיימת אף היא פעם בשבועיים. נוסף על כך, מתקיימת פגישה אישית עם המנהלת – פגישה בת שעה פעם בשבועיים. רק מטפלת אחת מתוך החמש משתתפת בהדרכה הפרטנית. שביעות הרצון של המטפלות ממנגנוני פיתוח הצוות במרכז "כרם" נצרת אינה גבוהה מאוד, כפי שאפשר לראות בתרשים 96.

תרשים 96: שביעות הרצון של המטפלות ממדדי פיתוח הצוות



הדרכה פרטנית: כפי שאפשר לראות בתרשים 97, יש היבטים בהדרכה הפרטנית שאינם נענים כלל.

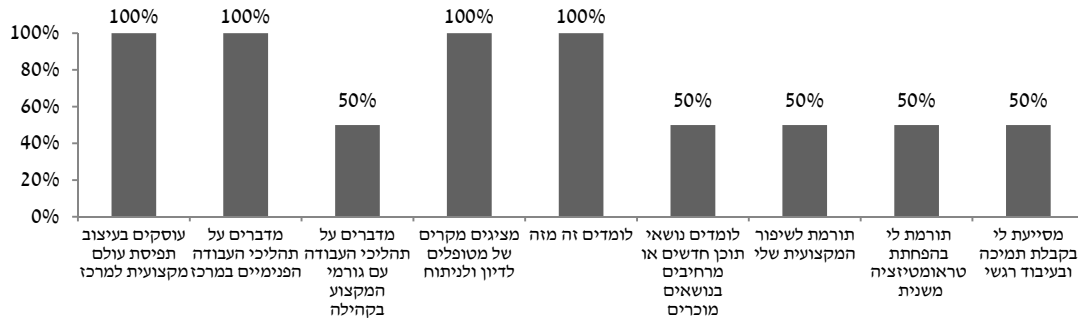
תרשים 97: הערכת המטפלות את ההדרכה הפרטנית



הדרכה קבוצתית: בעת עריכת הסקר לא התקיימה במרכז "כרם" נצרת הדרכה קבוצתית.

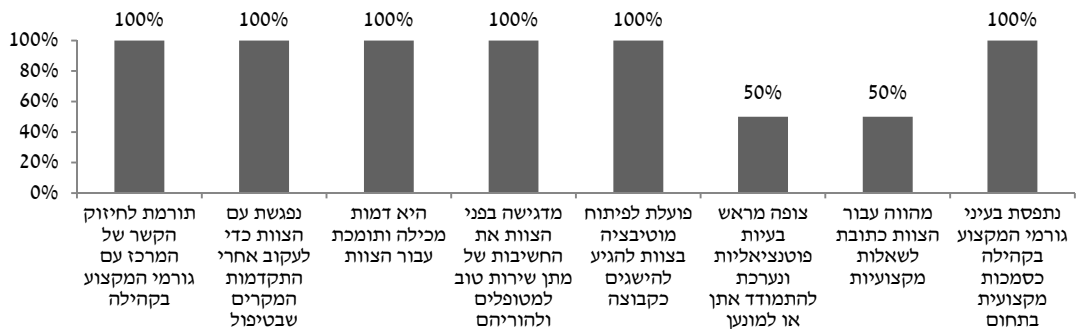
ישיבות הצוות: תרשים 98 מפרט את שביעות הרצון מישיבות הצוות. שביעות הרצון בתחום זה נופלת במעט מזו שבכלל המרכזים.

תרשים 98: הערכת המטפלות את ישיבות הצוות



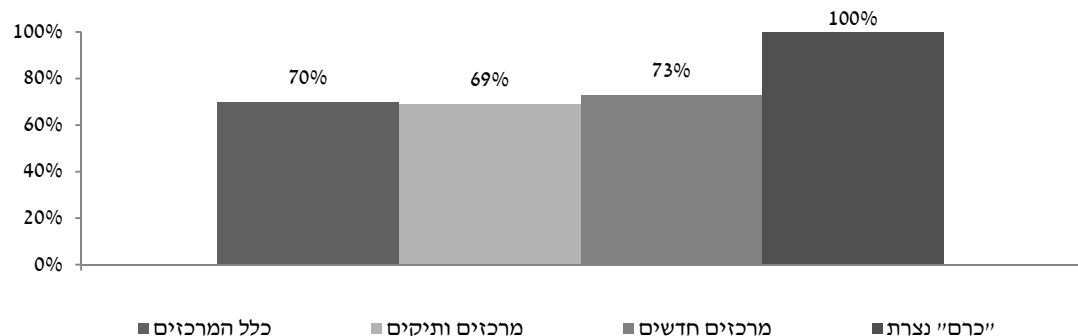
תפקוד מנהלת המרכז: שביעות הרצון של המטפלות מתפקוד מנהלת המרכז גבוהה ביותר ברוב ההיבטים, כפי שאפשר לראות בתרשים 99. נראה שיש חולשה מסוימת במיומנות הניהול המקצועי שלה, ובפניות שלה לשאלות מקצועיות של הצוות.

תרשים 99: הערכת המטפלות את תפקודי מנהלת המרכז



השימוש ב־Digital Clay: כל המטפלות במרכז (100%) משתמשות ב־Digital Clay – נתון גבוה אבסולוטי וגם ביחס לכלל המרכזים, כמודגם בתרשים 100.

תרשים 100: שיעור המטפלות המשתמשות במערכת Digital Clay



מסקנות והמלצות

- א. המרכז הצליח לפתח מענה טיפולי איכותי ביותר. המרכז צמח מהר, ובשנת 2012 נתן מענה לפי ארבעה מטופלים מבשנת 2011. מדד הטיפול במרכז הוא הגבוה ביותר מבין המרכזים. אין מדובר במרכז חדש לגמרי, אך הוא נהפך למרכז אזורי רק השנה, ונראה שעמד באתגרים החדשים שנוצרו מתוך שינוי זה.
- ב. אמנם המרכז נגיש באמצעות תחבורה ציבורית, אולם שביעות הרצון של העו"סיות לחוק הנוער מהנגישות נמוכה יחסית, ומומלץ לסייע למרכז לשפר את הנגישות שלו (למשל, לבחון אפשרות לסייע לאוכלוסייה שבאה מרחוק במימון הוצאות הנסיעה).
- ג. מומלץ לברר מדוע 25% מהעו"סיות לחוק הנוער היו מעדיפות לעבוד עם מטפלים פרטיים ("קופות טיפול"), שכן שביעות הרצון שלהן מהשירות במרכז ומאיכות הטיפול בו גבוהה מאוד.
- ד. מומלץ לבחון מדוע לא כל המטפלות משתתפות בהדרכה הפרטנית ולחייב הדרכה כזאת. מומלץ לבחון מדוע שביעות הרצון מהדרכה הפרטנית חלקית בלבד ולנסות לדייק אותה לצורכי המטפלות. החלק היחסי ממשרתה של כל מטפלת המוקדש לטיפול "נטו" במרכז זה הוא הגבוה ביותר, אך אף שמדובר בנתון מרשים, מומלץ לבחון שהוא אינו נובע מהזנחה כלשהי של מדדי פיתוח הצוות.
- ה. שביעות הרצון ממנגנוני פיתוח הצוות במרכז זה בינונית. מדד ישיבות הצוות והפניות לצוות בשאלות מקצועיות היו נמוכים יותר משאר מיומנויות הניהול של המנהלת. מומלץ לבחון כיצד אפשר לסייע למנהלת לשפר גם את המיומנויות הללו.

נספח ח': מרכז "מאור" קריית מלאכי

1. נתונים כלליים

מרכז "מאור" קריית מלאכי פועל משנת 2009 ונמנה עם המרכזים הוותיקים. במרכז 14 מטפלות, שמונה מהן שכירות. 11 מטפלות עומדות בסטנדרט של השכלה וניסיון, ושלוש מהן עדיין צריכות להשלים הכשרה ייעודית לטיפול בפגיעה מינית. המרכז פועל ב-16 רשויות מקומיות ומועצות אזוריות באזור השפלה, ובעת האחרונה החל לפעול גם בעיר אשקלון. בשנת 2012 העניק המרכז 2,984 שעות טיפול ל-96 מטופלים, מעט יותר מבשנת 2011. אורך הטיפולים הממוצע של המרכז בכל הפרמטרים גבוה מהממוצע בכלל המרכזים, וזאת גם הסיבה לצמיחה הקטנה (ביחס לכלל המרכזים) במספר המטופלים של המרכז, כמפורט בתרשים 101. ב-2012 קיבל כל ילד 31 שעות טיפול בממוצע.

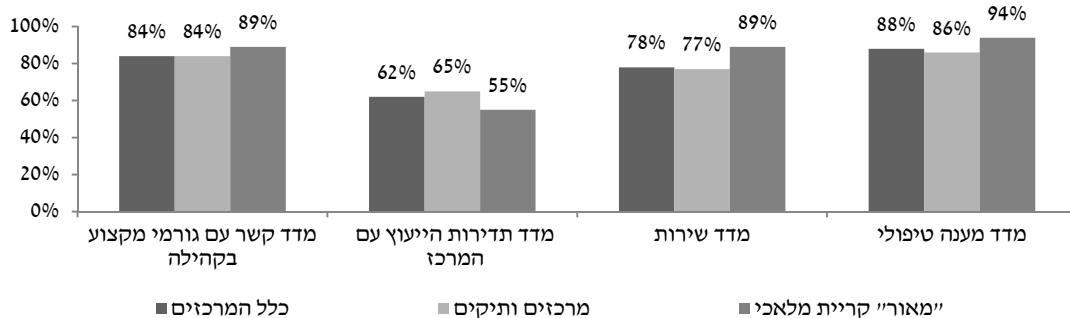
תרשים 101: מספר מטופלים ממוצע ומספר מפגשים ממוצע במרכז "מאור" קריית מלאכי¹⁹⁴



2. השוואה בין מרכז "מאור" קריית מלאכי לכלל המרכזים ולמרכזים הוותיקים

שביעות הרצון של העו"סיות לחוק הנוער מהשירות במרכז "מאור" קריית מלאכי גבוהה מהממוצע בכלל המרכזים, פרט למדד תדירות הייעוץ עם המרכז, כמתואר בתרשים 102.

תרשים 102: מדדים עיקריים¹⁹⁵ מתוך סקר העו"סיות לחוק הנוער¹⁹⁶ ברשויות



מדד הטיפול¹⁹⁷ הממוצע בקרב המרכזים הוותיקים הוא 0.52, וזהו המדד גם ב"מאור".

¹⁹⁴ כלל המטופלים במרכז בשנת 2012 (מטופלים שהתחילו בטיפול לפני 2012 והמשיכו לאורך השנה, ומטופלים שהתחילו ב-2012).

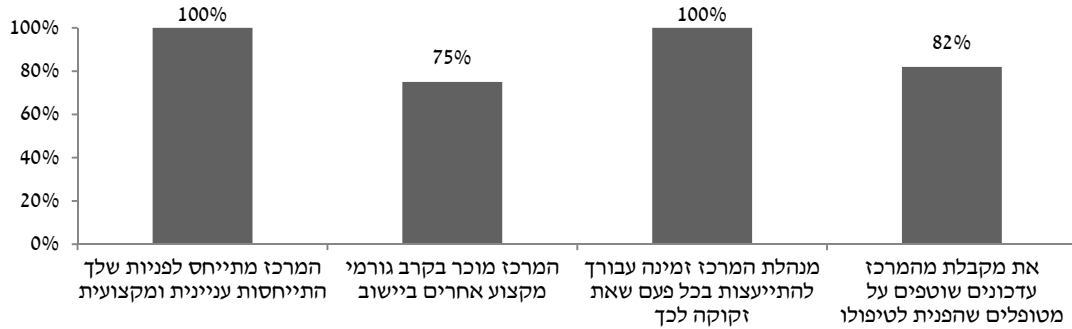
¹⁹⁵ ערך המדדים בכל התרשימים הוא שיעור המשיבות שהביעו הסכמה רבה עד רבה מאוד עם ההיגדים שנבדקו.

¹⁹⁶ מתוך 26 עו"סיות לחוק הנוער ברשויות הנמצאות באזור של מרכז "מאור", השיבו לסקר 11 עו"סיות לחוק הנוער (42%) מהרשויות האלה: באר טוביה, בני עייש, גדרה, גדרות, גן רווה, חבל יבנה, יואב, לכיש, מזכרת בתיה ונחל שורק.

3. הקשר עם גורמי המקצוע בקהילה

ייעוץ מקצועי לגורמים בקהילה וקשר סביב מקרים בטיפול: שביעות הרצון של גורמי המקצוע בקהילה מהקשר עם המרכז גבוהה מעט מהמוצע בכלל המרכזים. מדדיו השונים מפורטים בתרשים 103.

תרשים 103: שביעות הרצון של העו"סיות לחוק הנוער מהקשר עם גורמי המקצוע בקהילה

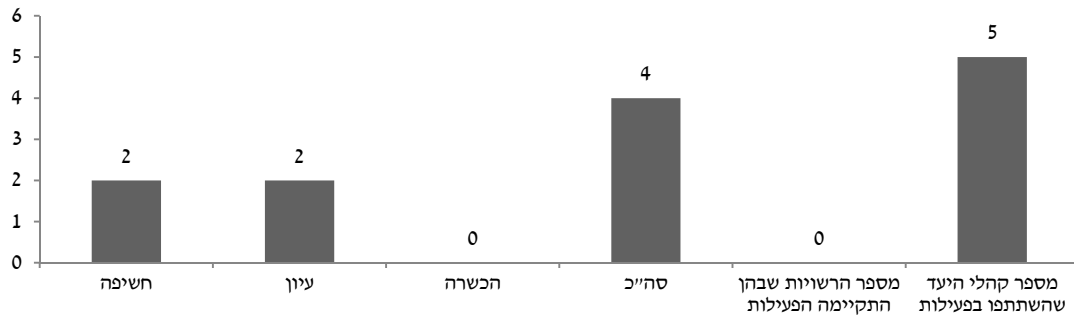


שביעות הרצון מהקשר עם הקהילה גבוהה, אף שמנהלת המרכז מתארת קשר מורכב עם כמה מהרשויות. לדבריה, בכמה רשויות הקשר עם גורמי המקצוע בקהילה מצוין ובכמה מהן טוב פחות, ולעתים אין למרכז עם מי לשתף פעולה. המנהלת הבחינה בין מקרים שבהם יש צורך בעדכון של גורמי המקצוע בקהילה או בשיתופם, לבין מקרים שאין בכך צורך, ואמרה שיש למרכז מדיניות כתובה באשר למסירת מידע לגורמים חיצוניים, ובה מוגדר למי מוסרים מידע, איך מוסרים ועוד, ואין מסמך כתוב שמנהלת המרכז אינה קוראת אותו לפני שהוא מופץ: כאשר הנפגע אינו מוגן מספיק או נמצא בסיכון, המרכז ישתף את הפסיכולוגית, את גורמי הרווחה או את ההורים. לעומת זאת, במקרים שבהם הטיפול מתנהל כראוי והנפגע והוריו משתפים פעולה, אין סכנה לנפגע ואין צורך בהתערבות מערכתית, ואז אין צורך בעדכון ובשיתוף. נוהל השמירה על הסודיות נשמר בקפדנות, והוא מחייב להחתיים את ההורים על טופס ויתור סודיות, למעט במקרים שמבחינה חוקית אין לערב אותם. מנהלת המרכז המחישה את חשיבות שמירת הסודיות ואת הקונפליקט בשאלת השיתוף של גורמי המקצוע בקהילה: "כשהרווחה פונה אלינו ומבקשת דוחות אנחנו שואלים למה. במידה ויש צורך מחייב נשיג ויתור סודיות על ידי ההורים, ואז נכתוב דוח ממוקד לנושא. גם אם הרווחה מפנה – הכללים אותם כללים". למרות זאת, המרכז מדווח דיווח כללי – אם הילד מגיע באופן סדיר ואם הטיפול מתקיים כפי שצריך, גם ללא ויתור סודיות של ההורים.

פעילויות הסברה וחשיפה בקהילה: מבחינת מספר הפעילויות, מרכז "מאור" היה השנה בין שני המרכזים הפעילים פחות, כמפורט בתרשים 104.

¹⁹⁷ מדד הטיפול הוא ממוצע המטופלים למטפלת חלקי ממוצע השעות למטפלת. משמעותו של מדד זה הוא החלק היחסי מתוך זמנה של המטפלת המושקע בטיפול במטופלים. ערכי המדד נעים בין 0 ל-1 – 0 משמעותו שהמטפלת אינה מטפלת במטופלים כלל ו-1 משמעותו שהמטפלת מקדישה את כל זמנה לטיפול במטופלים. ככל שערך המדד גבוה יותר משמעות הדבר שהמטפלות והמרכז מקדישים יותר זמן מתוך סך זמן העבודה העומד לרשותם לטיפול במטופלים.

תרשים 104: פירוט הפעילות בקהילה של מרכז "מאור" קריית מלאכי



עם זאת, יש להדגיש שהמרכז מוכר היטב באזורו וקיים פעילויות רבות בקהילה בשנותיו הראשונות. כמו כן, המרכז קיים שתי פעילויות עיון גדולות – האחת בהשתתפות 40 אנשי מקצוע, והשנייה בהשתתפות 450 אנשי מקצוע. גם לדברי **מנהלת המרכז** התקיימו פעולות של הדרכה בקהילה. נוסף על כך, המרכז מקיים פעילות המיועדות לגורמי מקצוע בקהילה על פי הזמנה של רשות מקומית, כגון הרצאה, חשיפה והיכרות עם המרכז ועוד.

4. ועדת הביצוע

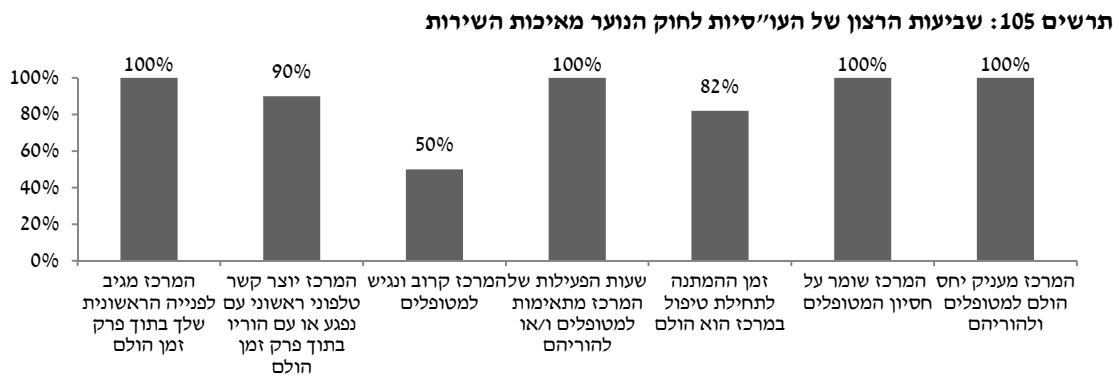
במרכז פועלות שתי ועדות ביצוע: האחת, ועדה אזורית לכל הרשויות והמועצות האזוריות, והשנייה, ועדה שהוקמה רק בעת האחרונה לעיר אשקלון. בוועדה האזורית נוכחים נציגים של הרשויות יואב, שפיר, באר טוביה וחבל יבנה, מפקחת השירות הפסיכולוגי-חינוכי של אזור הדרום ומנהלת המרכז, עו"ס מחוזי לחוק הנוער ומנהלת המיזם. תדירות הפגישות של ועדת הביצוע היא אחת לשלושה שבועות. הוועדה באשקלון טרם התכנסה, ולכן עוד לא נקבעו הרכבה ותדירות פגישותיה. לדברי מנהלת המרכז, היא זקוקה לוועדת הביצוע במקרים מורכבים שבהם צריך לחשוב אם מקבלים נפגעים לטיפול או לא, ואם להקצות למקרה מסוים יותר שעות טיפול. בוועדת הביצוע של המרכז כמעט שאין דיון במתן מענה טיפולי במקרים פרטניים, אלא דיון בסוגיות עקרוניות.¹⁹⁸ סוגיות הקשורות למענה הטיפולי במקרים מיוחדים נדונות בין המנהלת לבין גורמי המקצוע הרלוונטיים בקהילה בטלפון או בדוא"ל. לדברי **העו"ס המחוזי לחוק הנוער** המלווה את המרכז, מנהלת המרכז מציגה בוועדה דילמות כדי לקיים התייעצות אמיתית, וכך נוצרת תחושה של שותפות עם הרשויות. לדבריו, לשכת הרווחה שותפה מלאה והמרכז אינו עושה את העבודה בשביל המחלקה. הרעיון היה שהמרכזים לא יהיו רק גורם מטפל חיצוני, אלא חלק מהעבודה בקהילה. שיטת העבודה של המרכז מונעת מהמטפלת לעשות את עבודתה של העו"סית ויוצרת איזון נכון. העו"סיות לחוק הנוער לא התייחסו לוועדות הביצוע, ולכן אין נתונים מספריים לגביהן.¹⁹⁹ ועדת היגוי אזורית מתכנסת פעמיים בשנה ומוזמנים אליה כל נציגי כל הרשויות ממחלקת החינוך, מגורמי הרווחה ומאגף בריאות הנפש, ונערך דיון בצרכים ובסדרי עדיפויות אזוריים.

¹⁹⁸ למשל, בשאלה אם ילדים עם התנהגות מינית פוגענית מתאימים לטיפול או לא.

¹⁹⁹ כנראה מכיוון שהרשויות שם סיכמו שתקיים שם ועדת ביצוע אזורית, ומשתתפים בה מעט עו"סיות לחוק הנוער.

5. השירות במרכז

שביעות הרצון של העו"סיות לחוק הנוער מהשירות הניתן במרכז גבוהה מאוד ועולה על הממוצע בתחום זה בכלל המרכזים. נגישות המרכז היא "עקב אכילס" שלו, כפי שאפשר לראות בתרשים 105.



מנהלת המרכז חיוותה דעתה בנוגע לשירות במרכז:

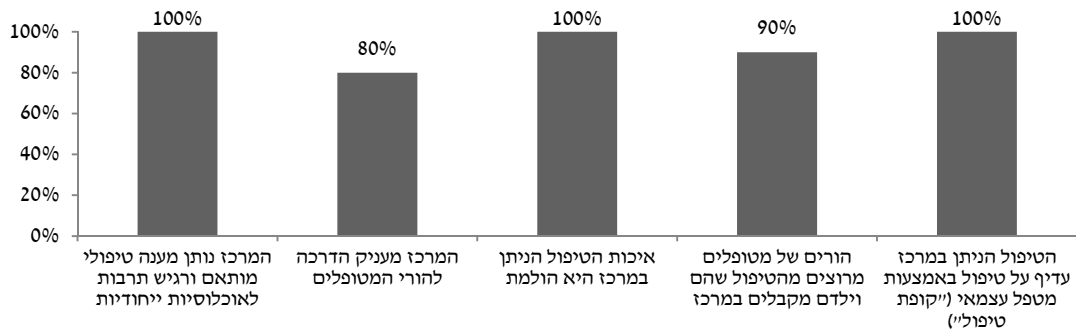
מהירות תגובה לפנייה: מהירות התגובה לפנייה היא אחד החוזקות של המרכז. בתוך 48 שעות מרגע הפנייה ניתנת תשובה אם המטופל מתאים לטיפול במרכז או לא. אם המטופל מתאים, כעבור 48 שעות נוספות כבר פוגשים את ההורים. נוהל זה אינו מתקיים במקרים חריגים שיש בהם חובת דיווח, חקירת ילדים וכיוצא בזה. דברי העו"ס המחוזי לחוק הנוער מחזקים את דבריה של מנהלת המרכז: "המרכז קבע לעצמו זמן תגובה מוגדר כתפיסה. הם עומדים בזה וזה מצוין. המקום זמין מאוד וגם מאוד מוכר".

נגישות: השלוחות נותנות מענה לנגישות המרכז, והמרכז ולשכת הרווחה אף מסייעים במימון נסיעות של מטופלים הזקוקים לכך. העו"ס המחוזי לחוק הנוער מצטרף לדברי מנהלת המרכז ומסביר את ייחודו של המענה שמרכז "מאור" נותן: "באף שירות המשרד לא מכליל את מחיר הנסיעה בתעריף של השירות. הנסיעה במימון המשפחה, אבל משפחה של שלושה ילדים שנפגעו ואימא שצריכים לנסוע, זה קשה. זה לא יעבוד [בלי עזרה למשפחה]". עם זאת, העו"ס המחוזי לחוק הנוער מציין שהייתה בעיית נגישות באשקלון והיא נפתרה בהקמת שלוחה בעיר, אבל עדיין יש בעיה של נגישות לתושבי מ"א לכיש ומ"א שפיר, כפי משתקף בשביעות הרצון הנמוכה יחסית מהנגישות של המרכז.

6. המענה הטיפולי במרכז

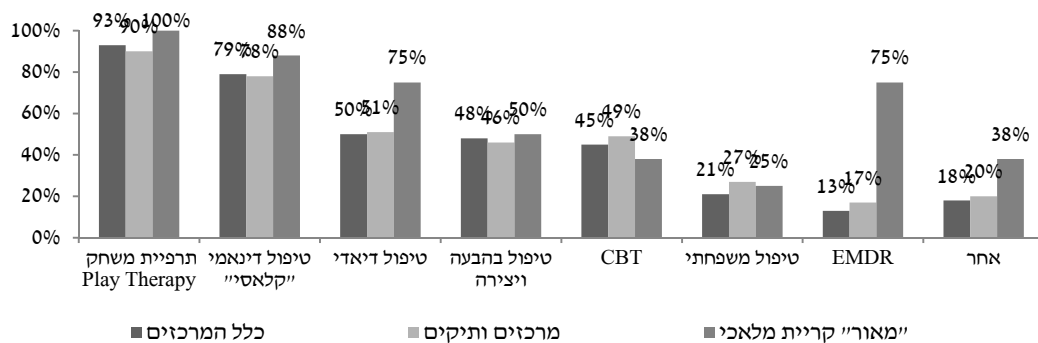
איכות המענה הטיפולי במרכז "מאור" קריית מלאכי עולה על הממוצע בכלל המרכזים. יש לציין במיוחד ש-100% מהעו"סיות לחוק הנוער העובדות עם המרכז מרגישות שהטיפול הניתן במרכז עדיף על פני "קופות טיפול" – נתון חריג לטובה בהשוואה לכלל המרכזים. תרשים 106 מפרט את עמדות העו"סיות לחוק הנוער בדבר איכות המענה הטיפולי.

תרשים 106: שביעות הרצון מהמענה הטיפולי על פי סקר העו"סיות לחוק הנוער



מגוון המענים הטיפוליים: מגוון המענים הטיפוליים במרכז גבוה בהרבה מהממוצע בכלל המרכזים,²⁰⁰ כמפורט בתרשים 107.

תרשים 107: שיעור המטפלות²⁰¹ שדיווחו שהן משתמשות בפועל בכמה שיטות טיפול

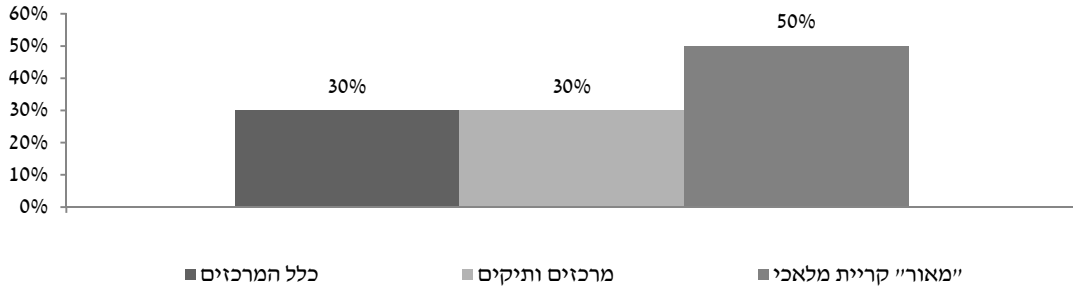


לדברי המנהלת יש במרכז הרבה מטפלות זוגיות-משפחתיות. רוב המטפלות במרכז פתוחות לגישות חדשות וכולן למדו EMDR בקורס בסיסי ובקורס מתקדם. הצוות ותיק ואין תחלופה של מטפלות. לדברי העו"ס המחוזי לחוק הנוער, יש במרכז צוות טיפולי טוב (אף שהוא אינו מכיר את כולו). לדבריו, יש בצוות "גמישות מחשבתית". מנהלת המרכז היא עו"סית בהכשרתה ופתוחה למגוון גישות טיפוליות. מנהלת "מאור" היא דוגמה טובה בעבור הזהות המקצועית של מנהלות המרכזים: "פסיכולוג קליני רואה את עצמו כמי שצריך לבחור שיטה וללכת איתה כל החיים. היחידון של העו"סית הוא לא לדבוק בשיטה מסוימת. המכוונות היא לצרכים של הילד. לכן צריך לנהל את המרכז עו"ס ולא פסיכולוג. תפיסה קלינית לבד לא מספיקה". מנהלת המרכז הייתה רוצה להציע במרכז גם מענה קבוצתי ומתכוונת לפעול לכך בהמשך.

הכנת תוכנית טיפול: "מאור" קריית מלאכי הוא בין המרכזים המרבים לכתוב תוכנית טיפול אחרי האינטייק ובמהלך הטיפול, כפי שאפשר לראות בתרשים 108.

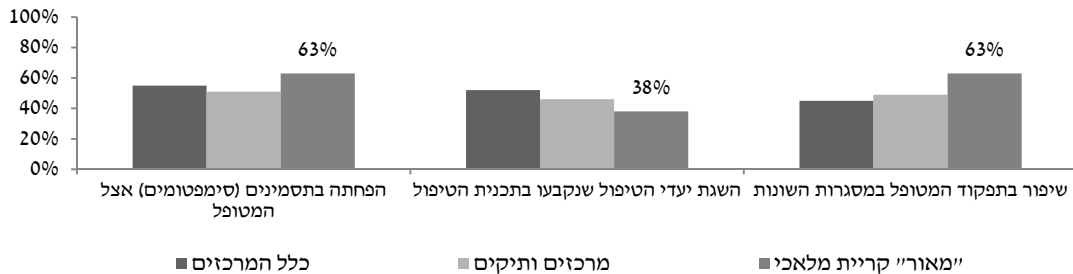
²⁰⁰ הציון הממוצע ברוב המרכזים הוא 5.6, ואילו ב"מאור" קריית מלאכי הוא 8.
²⁰¹ במרכז "מאור" ענו לסקר שמונה מטפלות מתוך 12 שהועסקו בו (67%).

תרשים 108: שיעור המטפלות שדיווחו על כתיבת תוכנית טיפול בסוף האינטייק ובמהלך הטיפול



סיום טיפול מבוסס נתונים: המטפלות במרכזי מרבית יחסית לבסס את סיום הטיפול על נתונים, כפי שעולה מתרשים 109.

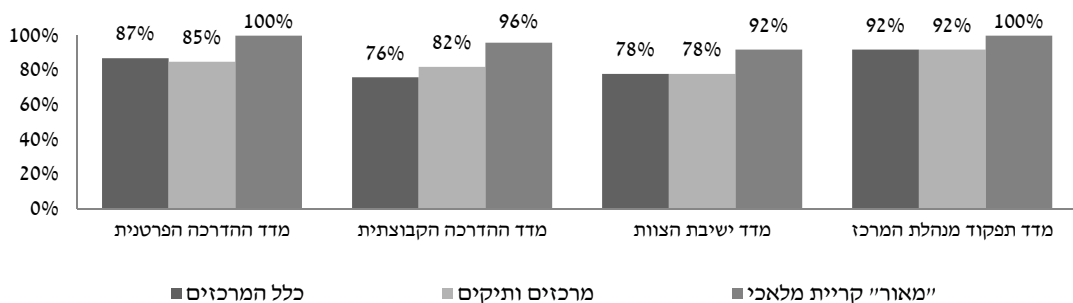
תרשים 109: שיעור המטפלות שציינו שהן מבססות את ההחלטה לסיים טיפול על הסיבות האלה



7. מנגנוני פיתוח הצוות

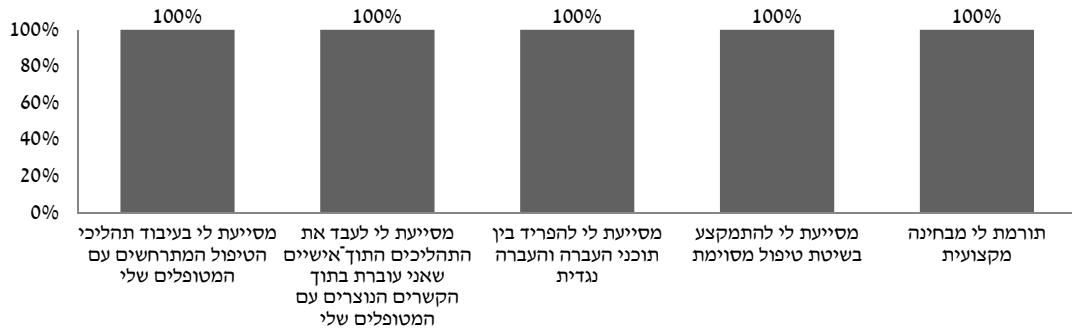
במרכז ניתנת הדרכה פרטנית שבועית בת שעה למועסקות בחצי משרה. למועסקות ברבע משרה ניתנת הדרכה בת שעה פעם בשבועיים. לחלופין, קבלות חלק מהמטפלות פעם בשבוע הדרכה קבוצתית בת שעתיים. בלי קשר לסוג ההדרכה שמקבל הצוות, כל המטפלות נפגשות פעם בחודש עם המנהלת לפגישה בת שעתיים. ישיבת צוות של ארבע שעות מתקיימת פעם בחודש בגלל הפריסה הגאוגרפית הגדולה של המרכז. נוסף על כך, המטפלות השתלמו ב-EMDR משתתפות בקבוצת הדרכה פעם בחודש. רק שש מתוך 14 המטפלות משתתפות בהדרכה הפרטנית במרכז, ורק תשע מתוך 14 משתתפות בהדרכה הקבוצתית. שביעות הרצון של המטפלות ממנגוני פיתוח הצוות במרכז גבוהה מאוד, כפי שאפשר לראות בתרשים 110.

תרשים 110: שביעות הרצון של המטפלות ממדדי פיתוח הצוות



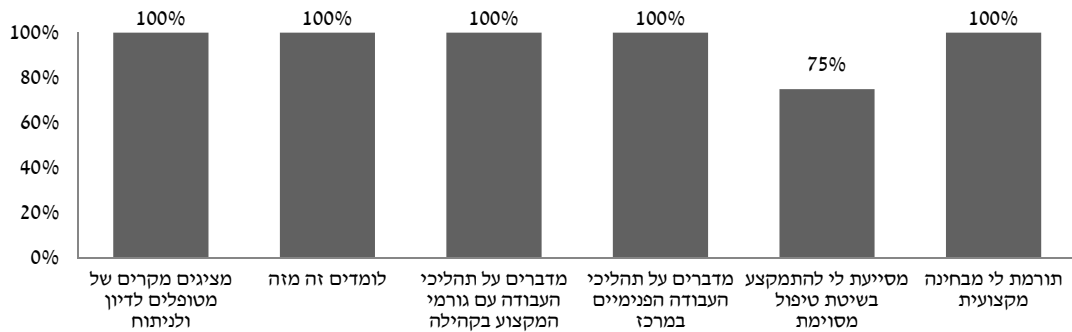
הדרכה פרטנית: שביעות הרצון מההדרכה הפרטנית מרבית, כפי שאפשר לראות בתרשים 111.

תרשים 111: הערכת המטפלות את ההדרכה הפרטנית



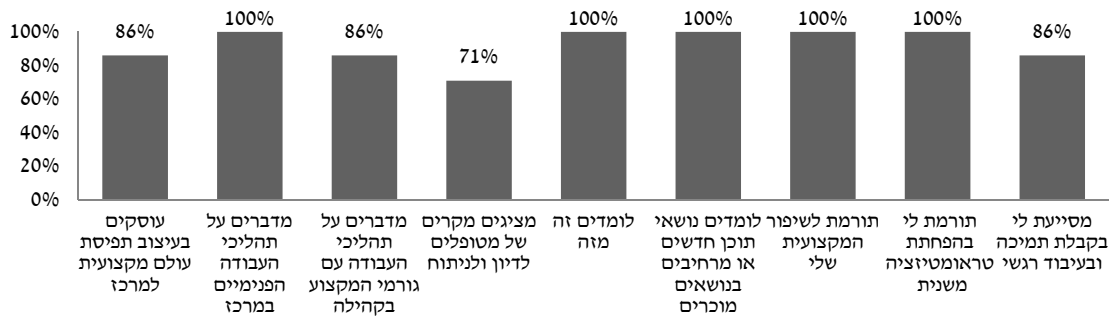
הדרכה קבוצתית: שביעות הרצון מההדרכה הקבוצתית גבוהה ביותר, כפי שאפשר לראות בתרשים 112.

תרשים 112: הערכת המטפלות את ההדרכה הקבוצתית



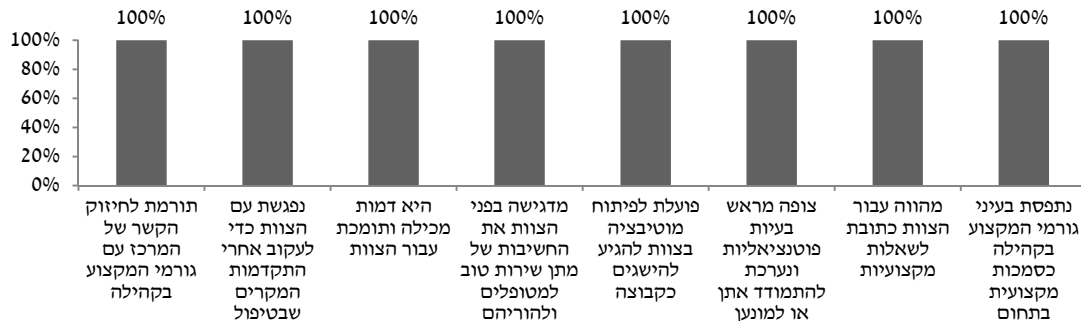
ישיבות הצוות: שביעות הרצון מישיבות הצוות גבוהה אף היא, כמפורט בתרשים 113.

תרשים 113: הערכת המטפלות את ישיבות הצוות



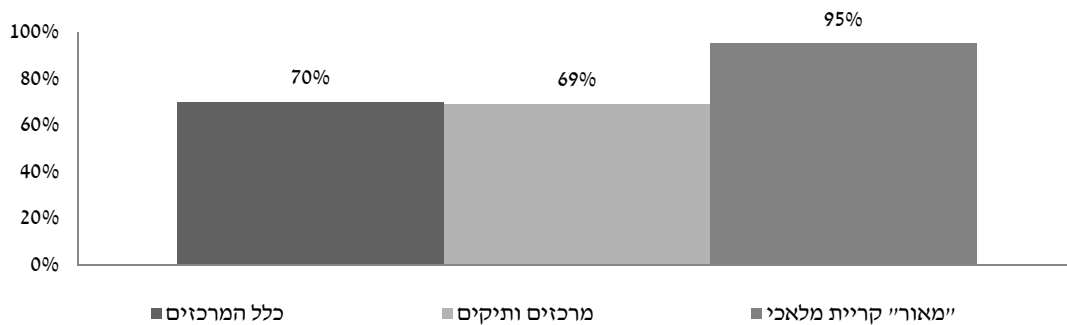
תפקוד מנהלת המרכז: המטפלות במרכז הביעו שביעות רצון מלאה מנהלת המרכז, כמודגם בתרשים 114.

תרשים 114: הערכת המטפלות את תפקודי מנהלת המרכז



השימוש ב־Digital Clay: שיעור המטפלות המשתמשות ב־Digital Clay לניהול התיקים במרכז גבוה מאוד, כפי שעולה מתרשים 115.

תרשים 115: שיעור המטפלות המשתמשות במערכת Digital Clay



מסקנות והמלצות

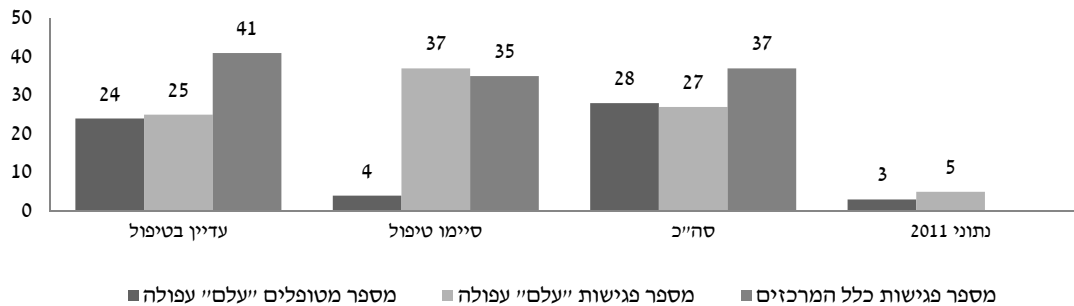
- א. המרכז זוכה להערכה גבוהה מאוד ברוב היבטי התפקוד. נראה שהמרכז עובד בצורה מעולה "פנימה", ושביעות הרצון מההדרכה הפרטנית ומהניהול בולטת מאוד.
- ב. תדירות ההתייעצות של הקהילה עם המרכז נופלת מזו של כלל המרכזים. מומלץ לבחון מהם החסמים של הקהילה ולנסות לסייע למרכז "מאור" להתגבר עליהם. בהקשר לכך, מנהלת המרכז מעידה שנעשית עבודה דיפרנציאלית המותאמת ליכולות המגוונות של הרשויות. מומלץ לבחון אם אפשר לסייע למרכז לעבוד גם עם הרשויות שהקשר עדיין יעיל פחות.
- ג. העו"ס המחוזי לחוק הנוער המלווה את המרכז מצביע על בעיית נגישות ברשויות לכיש ושפיר. מומלץ לבחון כיצד אפשר לסייע להתמודד עם בעיית הנגישות ברשויות האלה.
- ד. רק שש מטפלות מקבלות הדרכה פרטנית ורק תשע משתתפות בהדרכה קבוצתית. מומלץ מאוד לחייב את כל הצוות לקבל הדרכה פרטנית במרכז. מלבד זאת, מומלץ לעודד את הצוות כולו להשתתף בכל ההדרכות, בעיקר לנוכח שביעות הרצון הגבוהה ביותר של הצוות מההדרכות ומישיבות הצוות.

נספח ט': מרכז "עלם" עפולה

1. נתונים כלליים

המרכז החל לפעול בספטמבר 2011. במרכז שבע מטפלות, מהן ארבע שכירות. שש מטפלות עברו (או עוברות) הכשרה ייעודית לטיפול בפגיעה מינית, ושש עומדות בסטנדרט המשולב. המרכז פועל ב-15 רשויות מקומיות ומועצות אזוריות יהודיות וערביות באזור העמקים. בשנת 2012 העניק המרכז 655 שעות טיפול ל-28 מטופלים, פי תשעה מטופלים מבשנת 2011. ממוצע השעות ברוב מדדים נמוך מבכלל המרכזים, כנראה בגלל גילו הצעיר של המרכז. בשנת 2012 קיבל כל ילד 23 שעות טיפול בממוצע.

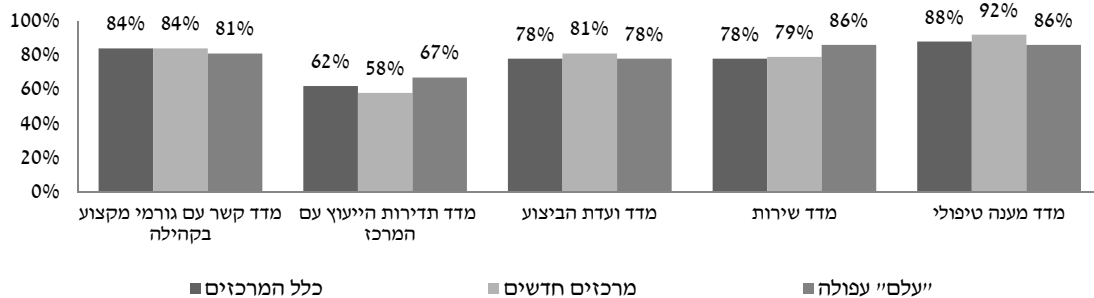
תרשים 116: מספר מפגשים בממוצע ומספר שעות טיפול בממוצע במרכז "עלם" עפולה²⁰²



2. השוואה בין מרכז "עלם" עפולה לכלל המרכזים ולמרכזים החדשים

ברוב המדדים הכלליים המוצגים בלוח 117, מרכז "עלם" עפולה נמצא במקום דומה לשאר המרכזים החדשים.

תרשים 117: מדדים עיקריים²⁰³ מתוך סקר העו"סיות לחוק הנוער²⁰⁴



מדד הטיפול²⁰⁵ הממוצע בקרב המרכזים החדשים הוא 0.36. ב"עלם" עפולה מדד הטיפול הוא 0.29, והוא המרכז החדש שקיבל את המדד הנמוך ביותר.

²⁰² כלל המטופלים במרכז בשנת 2012 (מטופלים שהתחילו בטיפול לפני 2012 והמשיכו לאורך השנה, ומטופלים שהתחילו ב-2012).

²⁰³ ערך המדדים בכל התרשימים הוא שיעור המשיבות שהביעו הסכמה רבה עד רבה מאוד עם ההיגדים שנבדקו.

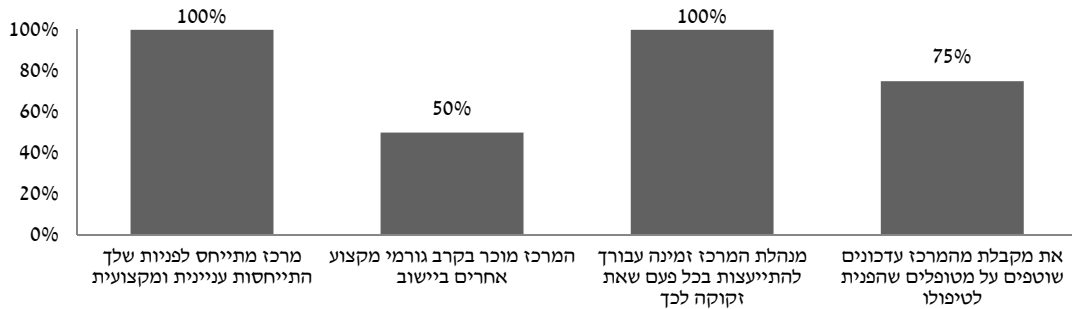
²⁰⁴ מתוך 29 עו"סיות לחוק הנוער ברשויות הנמצאות באזור של מרכז "עלם" עפולה, השיבו לסקר 15 עו"סיות לחוק הנוער (52%) מהרשויות האלה: בית שאן, יוקנעם עילית, כאבול, מ"א עמק יזרעאל, מ"א מגידו, נצרת עילית, מ"א עמק המעינות, עפולה ושרעם.

²⁰⁵ מדד הטיפול הוא ממוצע המטופלים למטפלת חלקי ממוצע השעות למטפלת. משמעותו של מדד זה הוא החלק היחסי מתוך זמנה של המטפלת המושקע בטיפול במטופלים. ערכי המדד נעים בין 0 ל-1 – 0 משמעותו שהמטפלת אינה מטפלת במטופלים כלל ו-1 משמעותו שהמטפלת מקדישה את כל זמנה לטיפול במטופלים. ככל שערך המדד גבוה יותר משמעות הדבר שהמטפלות והמרכז מקדישים יותר זמן מתוך סך זמן העבודה העומד לרשותם לטיפול במטופלים.

3. הקשר עם גורמי המקצוע בקהילה

ייעוץ מקצועי לגורמים בקהילה וקשר סביב מקרים בטיפול: תרשים 118 מצביע על כמה מדדים בקשר עם הקהילה, כפי שהעריכו עו"סיות לחוק הנוער.

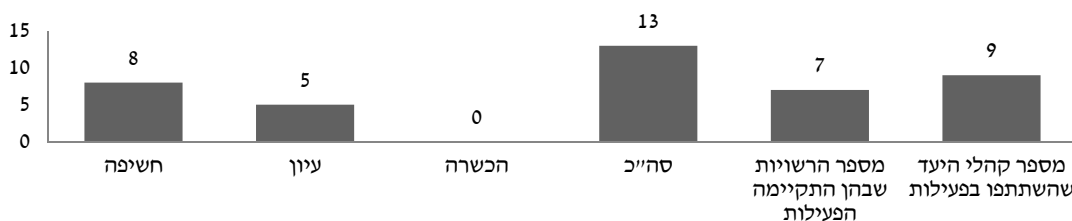
תרשים 118: שביעות הרצון של העו"סיות לחוק הנוער מהקשר עם גורמי המקצוע בקהילה



לדברי המנהלת, המרכז מעדכן את הגורם המפנה (בדרך כלל עו"סית לחוק הנוער) כשמזמינים את המשפחה לאינטייך וכשמחליטים על טיפול. בשלב תכנון הטיפול יהיה שיתוף פעולה יותר הדוק, העו"סית תגיע למרכז ויהיו ועדות לתכנון טיפול ("ועדות ביצוע"). במקרים של משפחות רב-בעייתיות תהיה שותפות צמודה יותר בין המרכז לגורמי המקצוע בקהילה גם בהמשך הטיפול.²⁰⁶ בעבר חשב המרכז להקים "ועדת אמצע טיפול", אבל הרעיון ירד מהפרק משום שאיננו ישים. מתקיים עדכון (בטלפון או בכתב) וסיכום של טיפול עם העו"סית כאשר היא מגיעה לוועדת הביצוע. המרכז עומד לפתוח שתי קבוצות לנערות בשיתוף מרכז הסיוע לנפגעות אונס ותקיפה מינית וקבוצה להורים לילדים נפגעים.

פעילות הסברה וחשיפה בקהילה: לדברי מנהלת המרכז נעשו פעולות רבות להעלאת המרכז למודעות גורמי המקצוע בקהילה. נערך יום חשיפה גדול בהשתתפות 100 אנשי מקצוע ברשויות שהמרכז עובד עמן (מנהלי מחלקות, עו"סיות לחוק הנוער ועוד), והם הוזמנו למרכז לשם היכרות, הצגת הפעילות והרצאה מקצועית. כמו כן, ביקרה המנהלת במחלקות הרווחה עם העו"סית המחוזית והתקיימה ועדת היגוי משותפת עם כל מנהלי המחלקות באזור, במטרה למפות את הצרכים ולתכנן תוכנית עבודה משותפת. המנהלת אומרת שהמרכז לא קיים הרבה ימי עיון וסדנאות, אך הפעילות שהתקיימה הייתה המשכית.²⁰⁷ תרשים 119 מפרט את הפעילויות שערך מרכז "עלם" עפולה בקהילה.

תרשים 119: פירוט הפעילות בקהילה של מרכז "עלם" עפולה



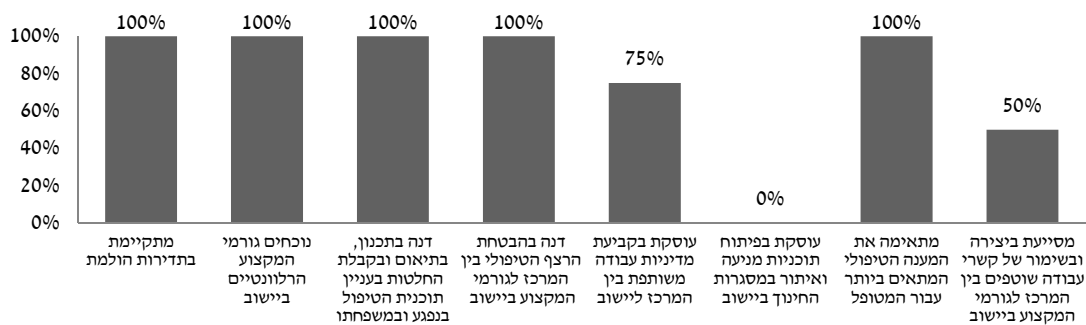
²⁰⁶ לדוגמה, "במקרה בעייתי אחד, אחרי שלב האינטייך כאשר המשפחה הביעה רצון לטיפול אבל בעבר לא התמידו בטיפול במסגרות אחרות, היה צריך לשים גבולות וקיימנו ישיבה עם ההורים והעו"ס. עשינו תיאום ציפיות משותף. זה גם מסר למשפחה שהשותפות צמודה".

²⁰⁷ למשל, אחיות בטיפת חלב ביקשו מהמרכז להיות חלק מובנה מהקורס שלהם, או שתי מחלקות רווחה שהשתתפו בפעילות חשיפה של המרכז פנו למנהלת וביקשו יום עיון בנושא טיפול בפגיעות מיניות, והוא עתיד להיערך בקרוב.

4. ועדת הביצוע

המרכז מקיים ועדות ביצוע יישוביות בעפולה, בבית שאן ובנצרת עילית. בנצרת עילית קיימת ועדה זה כמה שנים, אך היא נותנת מענה לאזור מצומצם בלבד, אינה נותנת מענה ליישובים הערביים באזור הגאוגרפי של המרכז ואינה כוללת את גורמי המקצוע ביישובים האלה. המרכז מקיים ועדת ביצוע אזורית בתדירות של פעם בחודש וחצי בהשתתפות מנהלת המרכז, עו"סית מחוזית לחוק הנוער ונציגת השירות הפסיכולוגי-ייעוצי, בלי נציגות של אנשי המקצוע ביישובים השונים (למעט נצרת עילית). לדברי מנהלת המרכז, המודל של ועדת ביצוע אזורית נבחר בהמלצת העו"סית המחוזית, מפני שוועדות יישוביות אינן ישימות בכל היישובים שהמרכז אחראי להם, בשל קוטנם היחסי. כמו כן, משתתפים בוועדות נציגי המרכז בוועדות החלטה מקומיות (כלומר, ועדות המתכנסות סביב מקרה, כלומר כוועדות לתכנון טיפול) בעפולה ובבית שאן. הנושאים שוועדות הביצוע של המרכז עוסקות בהם הם: התלבטויות בפניות מסוימות ובסוגיות עקרוניות.²⁰⁸

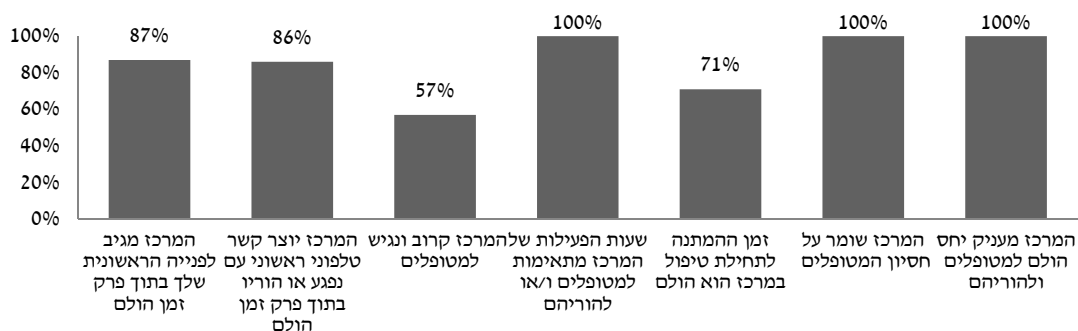
תרשים 120: מדד ועדת הביצוע לפי סקר העו"סיות לחוק הנוער



5. איכות השירות

שביעות הרצון הכללית של העו"סיות לחוק הנוער מאיכות השירות במרכז עולה על הממוצע בכלל המרכזים. כמה מדדים של שביעות הרצון מפורטים בתרשים 121.

תרשים 121: שביעות הרצון של העו"סיות לחוק הנוער מאיכות השירות



²⁰⁸ למשל: כיצד להתמודד עם הפניות רבות של נערות, שאינן מוכנות שיערבו את ההורים שלהן בקיומה של הפגיעה. או מהו סדר העדיפויות הרצוי להפעלה של שלוחות נוספות - איפה יותר חשוב לפתוח ואיפה פחות.

מנהלת המרכז חיוותה דעתה על השירות במרכז :

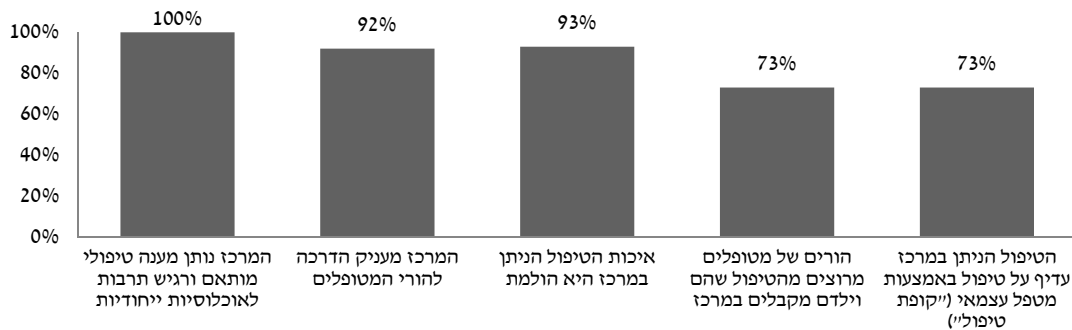
זמינות: המענה הטיפולי זמין מאוד למטופלים. עם זאת, לדברי העו"סית המחוזית לחוק הנוער, עלו הבעלי תפיסות מסויימים בנוגע לטיפול הניתן במרכז לעתים בשעות הבוקר, אף שמדובר בילדים הנמצאים במערכות חינוך.

זמן המתנה: לדברי מנהלת המרכז והעו"סית המחוזית לחוק הנוער, בשלב זה זמן ההמתנה למענה טיפולי במרכז אפסי.

1. המענה הטיפולי

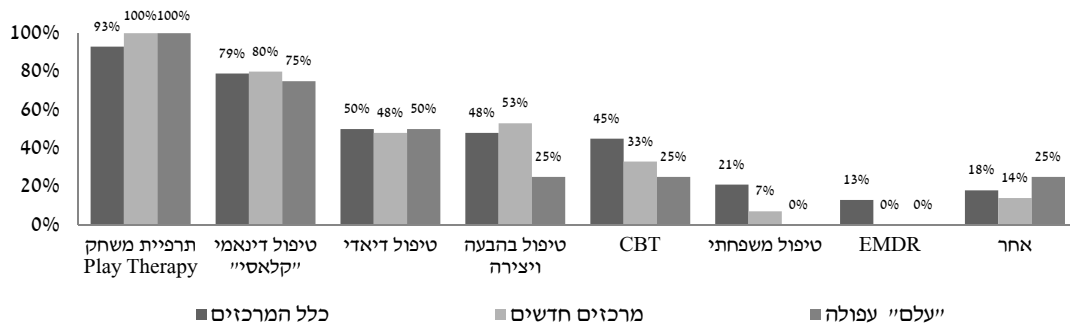
שביעות הרצון מהמענה הטיפולי במרכז דומה לזו שבכלל המרכזים, אף כי היא נמוכה מהם מעט. תרשים 122 מפרט את עמדות העו"סיות לחוק הנוער באשר לאיכות המענה הטיפולי.

תרשים 122: מדד מענה טיפולי על פי סקר העו"סיות לחוק נוער



מגוון המענים הטיפוליים: מגוון המענים הטיפוליים במרכז עולה על הממוצע בכלל המרכזים,²⁰⁹ כמפורט בתרשים 123.

תרשים 123: שיעור המטפלות שדיווחו שהן משתמשות בפועל בכמה שיטות טיפול



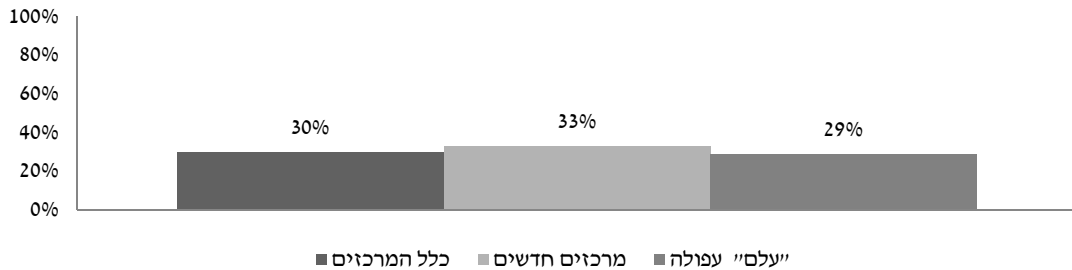
לדברי המנהלת, צוות המרכז מגוון (גברים ונשים, פסיכולוגים ועו"סיות וגם מטפלת באמנות). מגוון זה מאפשר יכולת התאמה גבוהה למדי לצורכי המטופלים. גם לדברי העו"סית המחוזית לחוק הנוער, המרכז נותן מענה טיפולי טוב ומגוון. יש במרכז מגוון של גישות טיפוליות: טיפול פרשני, טיפול קבוצתי, טיפול משפחתי וטיפול בעזרת בעלי חיים. נוסף על כך, המרכז שם דגש מיוחד על טיפול רגיש תרבותית ויש שני מטפלים ערבים המטפלים בשפרעם. למרות הגיוון, העו"סית המחוזית סבורה שבמרכז לא מקפידים על התאמה מספקת בין מטפל למטופל, אלא

²⁰⁹ בכלל המרכזים היה הציון 5.6, במרכזים החדשים – 5, ואילו במרכז "עלם" עפולה – 6.

מתבססים יותר על התאמה גאוגרפית. אין במרכז מטפלים דוברי רוסית ודוברי אמהרית וחסרונם מורגש.

הכנת תוכנית טיפול: כברוב המרכזים, גם ב"עלם" עפולה ממעטים לכתוב תוכניות טיפול, כפי שאפשר לראות בתרשים 124.

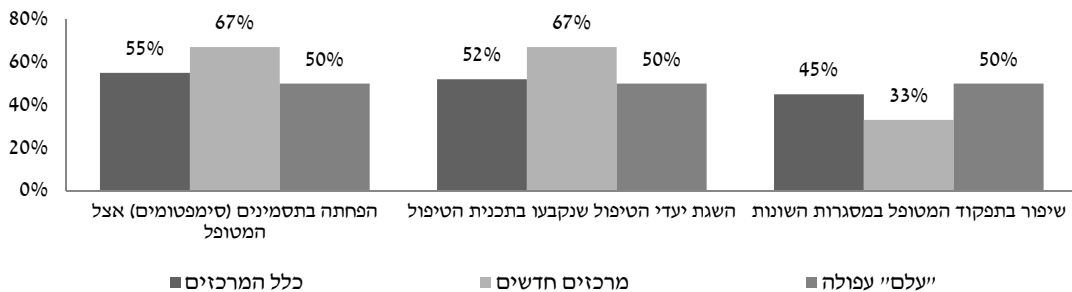
תרשים 124: שיעור המטפלות שדיווחו על כתיבת תוכנית טיפול בסוף האינטיק ובמהלך הטיפול



לדברי המנהלת המרכז, יש לפתח תפיסה של תכנון תוכנית הטיפול ושל תכנון מוקדי הטיפול, ליצור שפה אחידה בין המטפלות וכדומה. לדבריה, "אנחנו צוות יחסית חדש. עובדים כמעט שנה. ככל שעובר הזמן, אנחנו בתהליך עבודה הישרדותי כמעט ופחות פנויים ליכולת התבוננות ברמת המקור – לנתח תהליכים שעוברים עלינו וגם על המטופלים".

סיום טיפול מבוסס נתונים: בחלק מהמזדדים המטפלות במרכז ממעטות לסיים טיפולים על בסיס נתונים, בעיקר בהשוואה לנתוני המרכזים החדשים האחרים, כפי שעולה מתרשים 125.

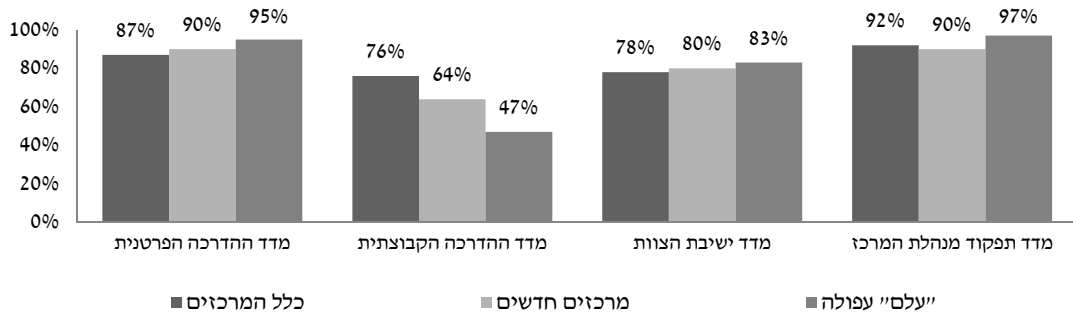
תרשים 125: שיעור המטפלות שציינו שהן מבססות את ההחלטה לסיים טיפול על הסיבות האלה



6. מנגנוני פיתוח הצוות

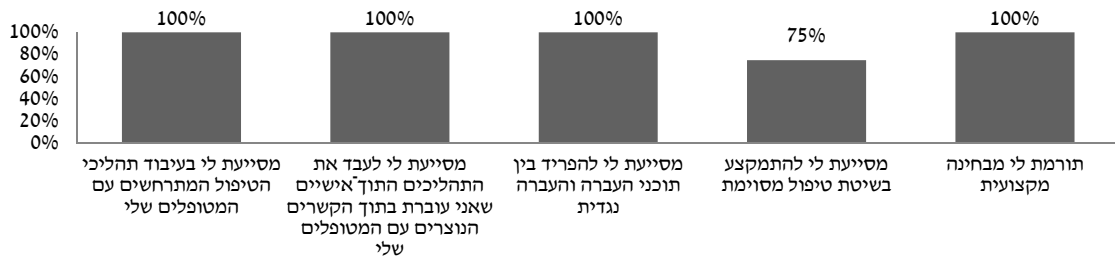
במרכזים "עלם" עפולה משתתפות בישיבות הצוות חמש מתוך שבע מטפלות, וכך גם בהדרכות הקבוצתיות. בתרשים 126 מוצגים באופן השוואתי כמה מדדי פיתוח.

תרשים 126: שביעות הרצון של המטפלות²¹⁰ ממדדי פיתוח הצוות



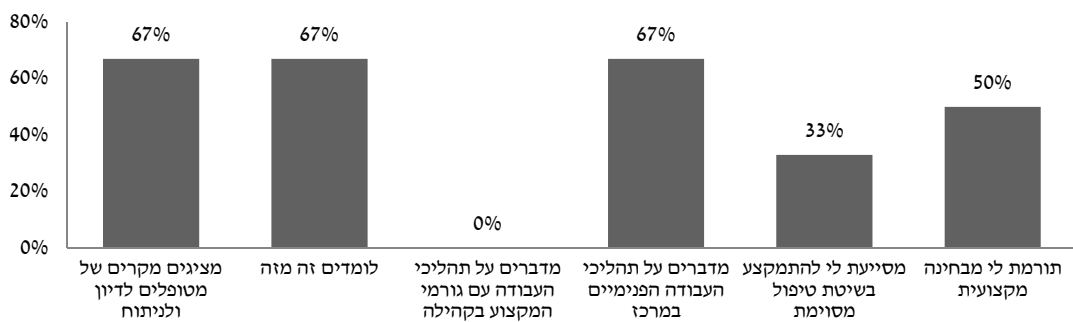
הדרכה פרטנית: ההדרכה הפרטנית זוכה לשביעות רצון גבוהה במיוחד מהמטפלות, כמוצג בתרשים 127.

תרשים 127: הערכת המטפלות את ההדרכה הפרטנית



הדרכה קבוצתית: שביעות הרצון מההדרכה הקבוצתית נמוכה ביחס לכלל המרכזים, כמפורט בתרשים 128.

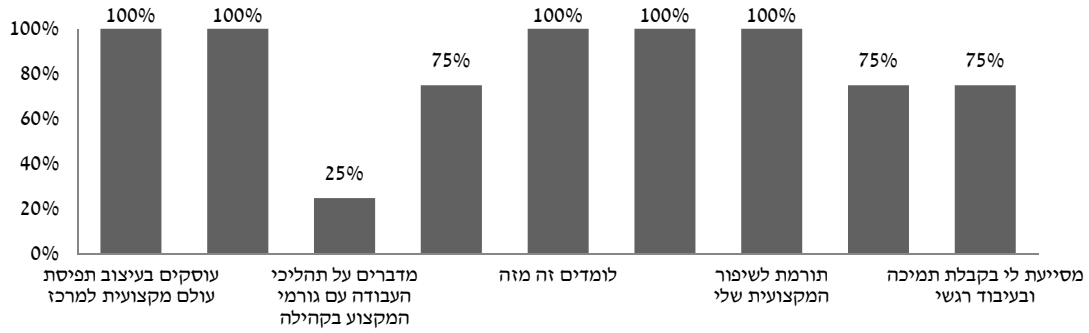
תרשים 128: הערכת המטפלות את ההדרכה הקבוצתית



ישיבות הצוות: שביעות הרצון מישיבות הצוות גבוהה יחסית. תרשים 129 מפרט כמה מדדים בישיבות הצוות כפי שהמטפלות העריכו אותם.

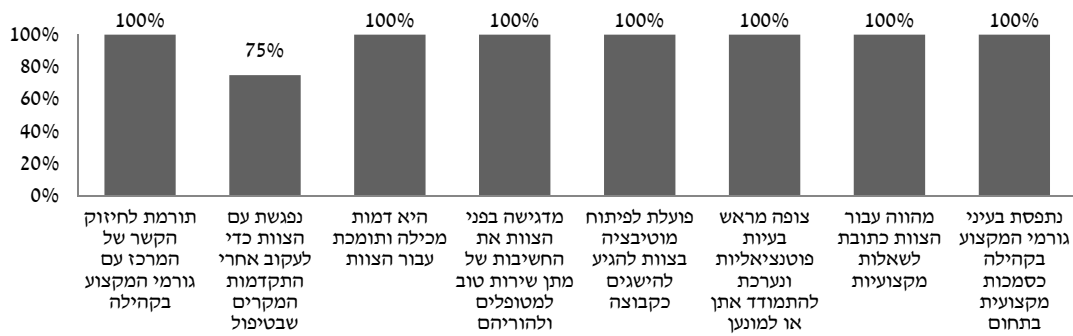
²¹⁰ במרכז "עלם" עפולה ענו לסקר ארבע מטפלות מתוך החמש שהועסקו בו (80%).

תרשים 129 הערכת המטפלות את ישיבות הצוות



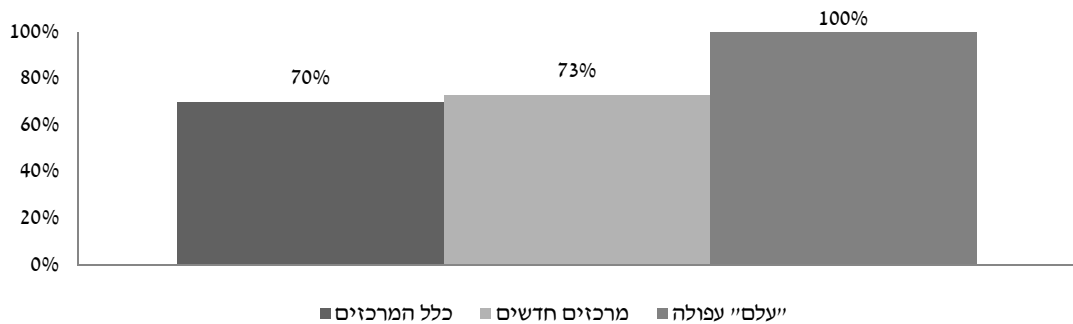
תפקוד מנהלת המרכז: המטפלות מעריכות מאוד את מנהלת המרכז כמעט בכל המדדים, כמפורט בתרשים 130.

תרשים 130: הערכת המטפלות את תפקודי מנהלת המרכז



השימוש ב־Digital Clay: כל המטפלות במרכז משתמשות ב־Digital Clay, שיעור גבוה מאוד בהשוואה לכלל המרכזים, כפי שעולה מתרשים 131.

תרשים 131: שיעור המטפלות המשתמשות במערכת Digital Clay



המלצות ומסקנות

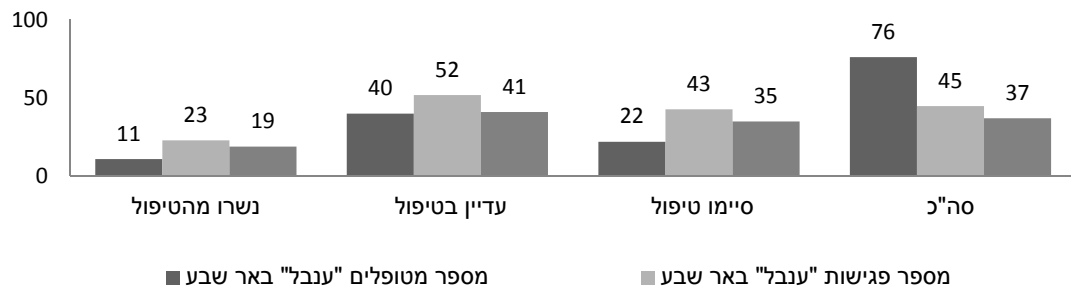
- א. מרכז "עלם" עפולה צמח מאוד ובין 2011 ל-2012 גדל מספר המטופלים בו גדל פי תשעה.
- ב. מומלץ לעודד את המרכז לקיים ימי עיון, ימי הכשרה וימי חשיפה נוספים.
- ג. מומלץ לבחון מהם החסמים המונעים הקמה של ועדות ביצוע ביישובים שבהם הן אינן מתקיימות, ולסייע למרכז לנסות ולהקים ועדות גם שם. כך יתחזק גם הקשר עם הקהילה.
- ד. סיום הטיפול אינו מבוסס מספיק על נתונים. מומלץ לברר כיצד מחליטים על סיום טיפול במרכז "עלם" עפולה ולעודד סיום הטיפול על בסיס נתונים.
- ה. לא כל הצוות משתתף בהדרכות הקבוצתיות ובישיבות הצוות. מומלץ מאוד לחייב את כל הצוות לקבל הדרכה פרטנית במרכז ולפעול לנוכחות מלאה בישיבות הצוות ובהדרכה הקבוצתית.
- ו. שביעות הרצון מההדרכה הקבוצתית נמוכה מאוד בהשוואה לכלל המרכזים. מומלץ לבחון מדוע ולנסות לדייק את ההדרכה כדי שתענה לצורכי המטופלים במרכז.

נספח י': מרכז "ענבל" באר שבע

1. נתונים כלליים

מרכז "ענבל" באר שבע נמנה עם המרכזים הוותיקים, ופועל מ-2009. המרכז התחיל לפעול בשלושה מוקדים נפרדים (בבאר שבע, בדימונה ובאופקים) והפך למרכז בעל שלוחות בתחילת 2011. כמו כן, חשוב לציין שהייתה בבאר שבע מנהלת ותיקה, אך היא עזבה, ורק אחרי כמעט שנה נמצאה ממלאת מקום. לפיכך, עבד המרכז זמן ארוך בלא ניהול מקצועי ובניהול אדמיניסטרטיבי חלקי בלבד. חלק ניכר מהדיווח של מנהלת המרכז החדשה, שנכנסה לתפקידה סמוך למועד כתיבת הדוח, עוסק בפועלה של המנהלת הקודמת. במרכז שמונה מטפלות, כולן שכירות. חמש מהן עברו (או עוברות) הכשרה ייעודית לטיפול בפגיעה מינית. שתיים בלבד עומדות בסטנדרט המשולב. המרכז פועל ב-23 רשויות באזור הדרום, בהן העיר באר שבע ושבע רשויות במגזר הבדואי. הפריסה הגאוגרפית של מרכז זה היא הגדולה ביותר מכל המרכזים. ב-2012 העניק המרכז 2,212 שעות טיפול ל-76 מטופלים, כ-70% ממספר המטופלים שטופלו בו בשנת 2011. ב-2012 קיבל כל ילד 30 שעות טיפול בממוצע. ממוצע שעות הטיפול במרכז גבוה מזה שבכלל המרכזים, כמוצג בתרשים 132, וייתכן שזה ההסבר לירידה במספר המטופלים ב-2012.

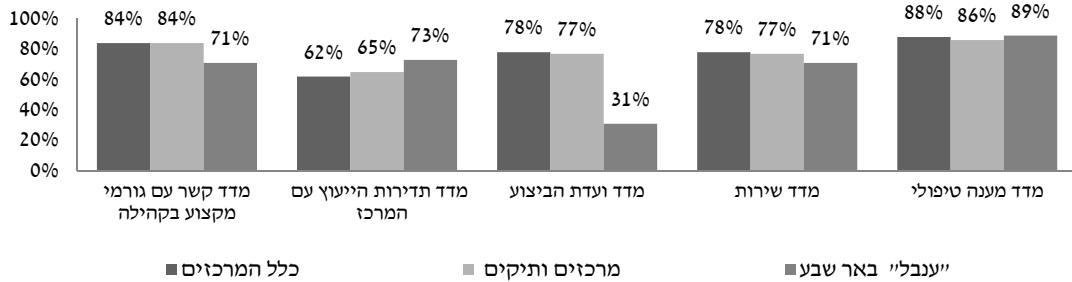
תרשים 132: מספר מפגשים בממוצע ומספר שעות טיפול בממוצע במרכז "ענבל" באר שבע²¹¹



2. השוואה בין מרכז "ענבל" לכלל המרכזים ולמרכזים הוותיקים

שביעות הרצון הכללית של העו"סיות לחוק הנוער ממרכז "ענבל" דומה לזו שבכל המרכזים, פרט למדד ועדת הביצוע (שבו עוסק המשך הפרק), כפי שאפשר לראות בתרשים 133.

²¹¹ כלל המטופלים במרכז בשנת 2012 (מטופלים שהתחילו בטיפול לפני 2012 והמשיכו לאורך השנה, ומטופלים שהתחילו ב-2012).

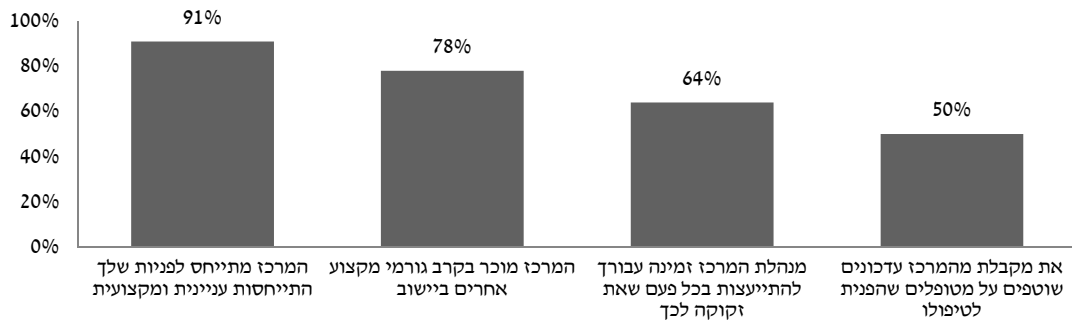
תרשים 133: מדדים עיקריים מתוך סקר העו"סיות לחוק הנוער²¹²

מדד הטיפול²¹³ הממוצע במרכזים הוותיקים הוא 0.52. ב"ענבל" מדד הטיפול הוא 0.45, והוא המרכז הוותיק שקיבל את המדד הנמוך ביותר.

3. הקשר עם גורמי המקצוע בקהילה

ייעוץ מקצועי לגורמים בקהילה וקשר סביב מקרים בטיפול: שביעות הרצון של העו"סיות לחוק הנוער מהקשר עם הקהילה נמוך מהממוצע בכלל המרכזים. פירוט רכיבי הקשר מופיע בתרשים 134.

תרשים 134: שביעות הרצון של העו"סיות לחוק הנוער מהקשר עם גורמי המקצוע בקהילה



הקשר עם כל מחלקת רווחה מתנהל אחרת. עם כמה מחלקות המרכז נמצא בקשר הדוק – מהפניית המקרה דרך הטיפול השוטף, ואילו עם מחלקות אחרות יורדת תדירות הקשר אחרי הפנייה. הקשר המגוון עם מחלקות הרווחה בא לידי ביטוי גם כאשר המרכז זקוק לעזרה. גם אז, כמה מחלקות עובדות היטב עם המרכז וכמה תומכות פחות (בין היתר, מכיוון שהן עמוסות מאוד וקשיים רבים מכבידים על תפקודן. לעומת זאת, יש מחלקות שיש להן פנאי רב יותר והן מבינות את נחיצות הקשר). המרכז מנסה לחזק את הקשר עם מחלקות הרווחה. לדברי מנהלת המרכז, מלבד הרווחה יש עוד גורמים מקצועיים בקהילה, ויש ליצור שיתופי פעולה עם השירות הפסיכולוגי-חינוכי ועם בריאות הנפש, שכן במקרים רבים צריך לחשוב יחד האם הנפגע מתאים לטיפול במרכז או במסגרת אחרת. לדבריה, אין כללים מוסדרים וחד-משמעיים לתדירות הקשר השוטף סביב מקרים שבטיפול. בפועל יש קשר עם מערכות החינוך והרווחה ועם המשפחה, אבל "יש מקום לשיפור".

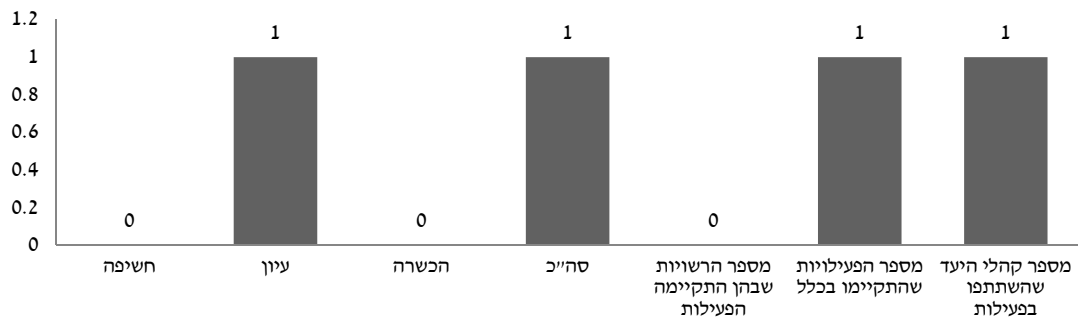
²¹² מתוך 24 עו"סיות לחוק הנוער ברשויות הנמצאות באזור של מרכז "ענבל", השיבו לסקר 11 עו"סיות לחוק הנוער (46%) מהרשויות האלה: אופקים, באר שבע, בני שמעון, דימונה, הר חברון, ירוחם, מרחבים, נתיבות, ערד, רהט ותל שבע.

²¹³ מדד הטיפול הוא ממוצע המטופלים למטפלת חלקי ממוצע השעות למטפלת. משמעותו של מדד זה הוא החלק היחסי מתוך זמנה של המטפלת המושקע בטיפול במטופלים. ערכי המדד נעים בין 0 ל-1 – 0 משמעותו שהמטפלת איננה מטפלת במטופלים כלל, ו-1 משמעותו שהמטפלת מקדישה את כל זמנה לטיפול במטופלים. ככל שערך המדד גבוה יותר משמעות הדבר שהמטפלות והמרכז מקדישים יותר זמן מתוך סך זמן העבודה העומד לרשותם לטיפול במטופלים.

בקרב המטופלים במרכז יש הרבה מטופלים המוכרים לרווחה, ולכן יש צורך גדול אף יותר בקשר עם לשכת הרווחה. הקשר עם הקהילה דורש שעות רבות, אך הדבר לא נספר במערכת Digital Clay ונוצר רושם שצוות המרכז עובד בדרך לא יעילה. גם לדברי העו"סית המחוזית לחוק הנוער המלווה את המרכז, יש להסדיר את דרכי שמירת הקשר בין המחלקה המפנה לבין המרכז והמטפלת לאורך כל הטיפול, שכן האחריות היא משותפת. הקשר של "ענבל" עם המחלקות למיניהן טיפוסי לעבודת המחלקות עם מרכזים מקצועיים: יש עו"סיות מעורבות יותר ויש שפחות, אך אין תפיסה של עבודה משותפת. בדרך כלל החוסר בנהלים מתעורר בשעת משבר ואז נוצר קונפליקט. לדבריה, כדי לשפר את המצב "המנהלת החדשה של המרכז צריכה לחדד ביחד עם ועדת ההיגוי דרכי עבודה ולהפעיל אותן. לקיים ועדות ביצוע יותר תכופות".

פעילות הסברה וחיפה בקהילה: בשל התחלפות המנהלת, התקיימו מעט פעילויות בקהילה בשנת 2012. המנהלת החדשה של המרכז מתכננת, לדבריה, להתחיל מהלך של חיפה והיכרות עם הגורמים בקהילה, במטרה להעמיק את שיתופי הפעולה ולקדם את ההיכרות של גורמים אלו עם המרכז. לדברי העו"סית לחוק הנוער המלווה את המרכז, המנהלת הקודמת הייתה פעילה מאוד בקהילה, קיימה ימי עיון, נתנה ייעוץ והדרכה והייתה סמכות מקצועית בקהילה. בתשעת החודשים האחרונים, מאז שהיא עזבה, עדיין לא הייתה המשכיות לכך.

תרשים 135: פירוט הפעילות בקהילה של מרכז "ענבל" בארבע שנים



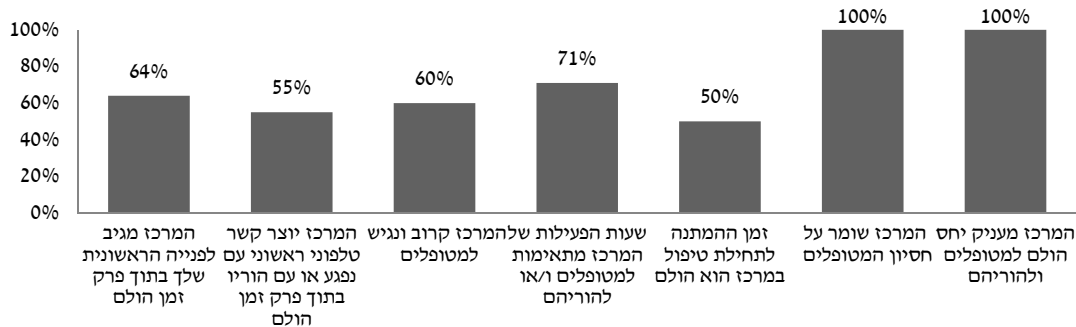
4. ועדת הביצוע

מכיוון שעד לאחרונה לא הייתה למרכז מנהלת, לא פעלה במרכז "ענבל" ועדת ביצוע בשנה האחרונה (עד ביצוע השאלון), יישובית או אזורית. כל מקרה שהופנה למרכז נענה לגופו והתקיימה התייעצות ישירה עם גורמי המקצוע בקהילה, בדרך כלל בשיחת טלפון. בעבר התקיימו שלוש ועדות, בבאר שבע, באופקים ובדימונה, והן חדלו לפעול בשל קשיים ומשבר שעבר המרכז בשנת 2011. לדברי מנהלת המרכז, הנמצאת כחודש וחצי בתפקידה, לא היו בעבר ועדות ביצוע במרכז לא רק מסיבה טכנית, אלא גם מכיוון שתפיסת העבודה במרכז הייתה "קלינית", ובעקבות זאת, החיבור של המרכז לקהילה לא היה מספק. לתפיסתה, נחוץ שינוי בתפיסה זו: "החשיבה צריכה להיות קלינית, אבל חייב להיות שיתוף של הקהילה. יש חשיבות לעבודה עם המערכות בהן נמצא הילד. אנחנו מקום טיפולי, אבל חשוב שנוודא שמישהו שומר על הילד בסביבת החיים שלו".

5. השירות במרכז

שביעות הרצון מהשירות במרכז דומה לזו שבכלל המרכזים, אם כי היא נמוכה מעט מהממוצע. מדדי השירות מפורטים בתרשים 136.

תרשים 136: שביעות הרצון של העו"סיות לחוק הנוער מתפקוד ועדת הביצוע



מנהלת המרכז התייחס לאיכות השירות בו:

זמינות: הזמינות במרכז עצמו גבוהה מאוד. מטפלות מתגמשות לשם כך מבחינת שעות העבודה ועובדות בעיקר בשעות אחר הצהריים והערב. במזכירות יש מענה מהבוקר עד הערב. לעומת זאת, בשלוחות הזמינות נמוכה. המטפלת מגיעה ביום קבוע ובשעות קבועות, למעט מקרים שבהם המטפלת גרה קרוב ויכולה להגיע לשלוחה כמה ימים בשבוע.

מהירות תגובה לפנייה: במרכז "ענבל" יש כמה נהלים לקבלת הפנייה למרכז כדי לוודא שהמרכז הוא הכתובת המתאימה לטיפול,²¹⁴ ורק לאחר שנאספים החומרים הרלוונטיים פונים פנייה ראשונית להורי הנפגע. לכן צריך לחזור תמיד לגורם המפנה ולברר פרטים נוספים, ותהליך זה יכול להימשך כמה ימים. לדברי המנהלת, "אנחנו חוזרים מהר לגורם המפנה, אבל אחר כך הפנייה להורים לתחילת טיפול מאוד משתנה בין מקרה למקרה. תלוי במורכבות, בנושאים משפטיים, בחתימה על מסמכים ועוד".

זמן המתנה: יש הבדלים בין זמן ההמתנה במרכז לבין זמן ההמתנה בשלוחות, ובין השלוחות לבין עצמן. למשל, במרכז בבאר שבע אין המתנה, לעומת זאת, בשלוחה בקריית גת בשל עזיבת מטפל ממתניים כמה חודשים, ובפזורה הבדואית זמן ההמתנה הוא שנה, מפני שהביקוש גדול ויש רק מטפלת אחת.

נגישות: האזור הגאוגרפי של המרכז גדול במיוחד, ולכן למרות הפריסה הרחבה – שש השלוחות – עדיין יש אזורים רחבים שאין בהם מענה.

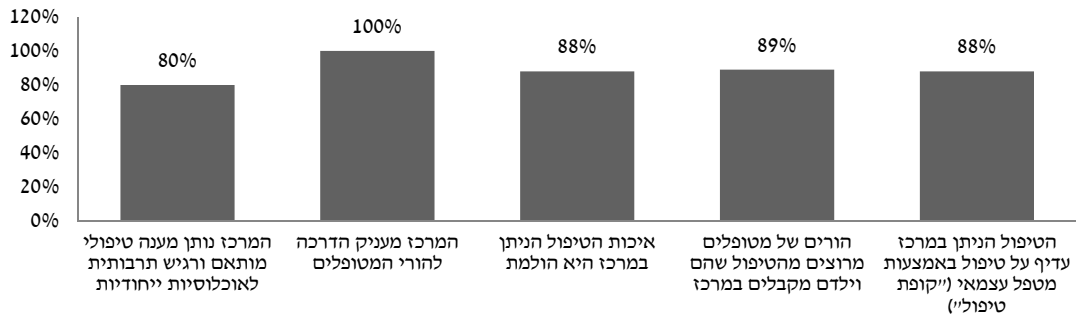
יחס ודיסקרטיות: הנושא מובנה מאוד בשיח ובתרבות העבודה של המרכז. עם זאת, המנהלת מרגישה שהמזכירות פתוחה מדי ואפשר לשמוע מה שנאמר שם. לדברי העו"סית לחוק הנוער, הדיסקרטיות והרגישות למטופלים רבה מאוד במרכז וגם זמן ההמתנה השתפר, למעט במגזר הבדואי. לדבריה, "באופן כללי השירות הוא טוב ומקצועי ועומד בסטנדרטים של אזורים אחרים במדינה".

²¹⁴ למשל, חתימות הורים להסכמתם לטיפול, האם יש צורך בחובת דיווח והאם היא התקיימה? האם היו התערבויות קודמות לילד ולמשפחה? האם קיימת הפרדה פיזית בין הנפגע לפוגע?

6. המענה הטיפולי במרכז

שביעות רצון הכללית של העו"סיות לחוק הנוער מהמענה הטיפולי במרכז גבוהה, כמודגם בתרשים 137.

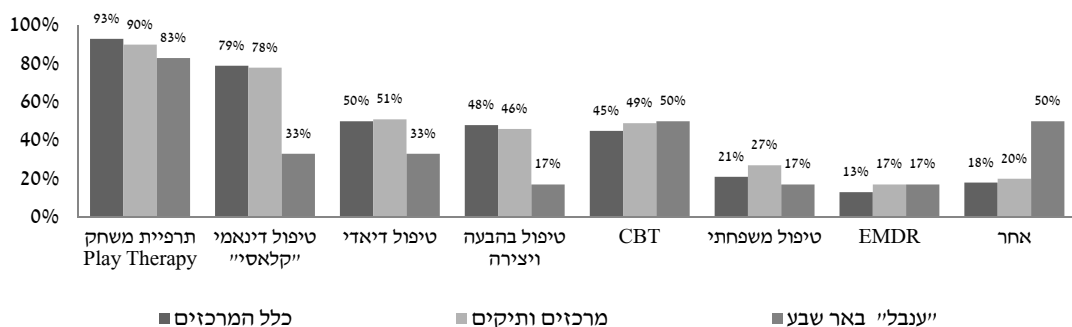
תרשים 137: שביעות הרצון של העו"סיות לחוק הנוער מהמענה הטיפולי



מנהלת המרכז אומרת שהטיפול הפרטני במרכז הוא ברמה גבוהה וקיים מגוון של שיטות טיפול. רוב המטפלות צעירות יחסית ואין להן ניסיון עשיר. בעבר הייתה פחות הקפדה על הסטנדרטים, אך היום מקפידים יותר. יש חשיבות רבה ללמידה כל העת כדי להישאר מעודכנים מבחינה מקצועית וכדי לשמור שהמרכז לא יהפוך לקליניקה. לדברי העו"סית המחוזית לחוק הנוער המענה הטיפולי בבאר שבע הולם, אך ככל שמתרחקים מהמרכז הוא מצטמצם מאוד. למשל, בבאר שבע יש טיפול קבוצתי ובשלוות אין. לדבריה, "מצב זה הוא קודם כל כורח המציאות, כי לא יהיו כמויות נפגעים בפריפריה ויכולת ההעסקה של מטפלים [נמוכה לפיכך]. מצד שני אני רוצה לקוות שבמקרים חריגים הם יוכלו לתת התערבויות מקומיות רחבות לא בבאר שבע. הם עשו זאת בעבר אבל 'בקטן'".

מגוון המענים הטיפוליים: מגוון המענים הטיפוליים במרכז נופל מעט מזה שבמרכזים האחרים,²¹⁵ כמפורט בתרשים 138. לכך יש שתי הסתייגויות: במרכז זה ניתן יותר טיפול CBT, ויותר טיפול מסוג "אחר" – אך לא ידוע מה מהותו.

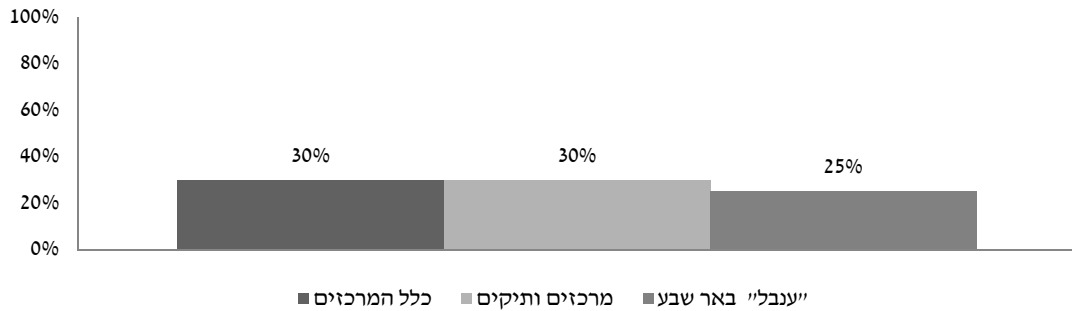
תרשים 138: שיעור המטפלות²¹⁶ שדיווחו שהן משתמשות בפועל בכמה שיטות טיפול



²¹⁵ בכלל המרכזים הציון הוא 5.6, ואילו במרכז "ענבל" הציון הממוצע הוא 5.5.
²¹⁶ במרכז "ענבל" ענו לסקר שש מטפלות מתוך שבע שהועסקו בו (86%).

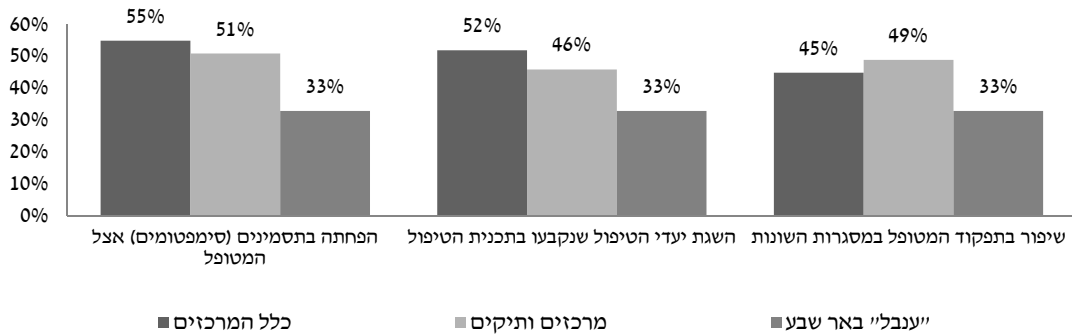
הכנת תוכנית טיפול: במרכז "ענבל", כברוב המרכזים, ממעטים לכתוב תוכניות טיפול, כפי שאפשר לראות בתרשים 139.

תרשים 139: שיעור המטפלות שדיווחו על כתיבת תוכנית טיפול בסוף האינטייק ובמהלך הטיפול



סיום טיפול מבוסס נתונים: בהשוואה לשאר המרכזים ההחלטה על סיום טיפול מבססת פחות על נתונים, בפער גדול, כפי שאפשר לראות בתרשים 140.

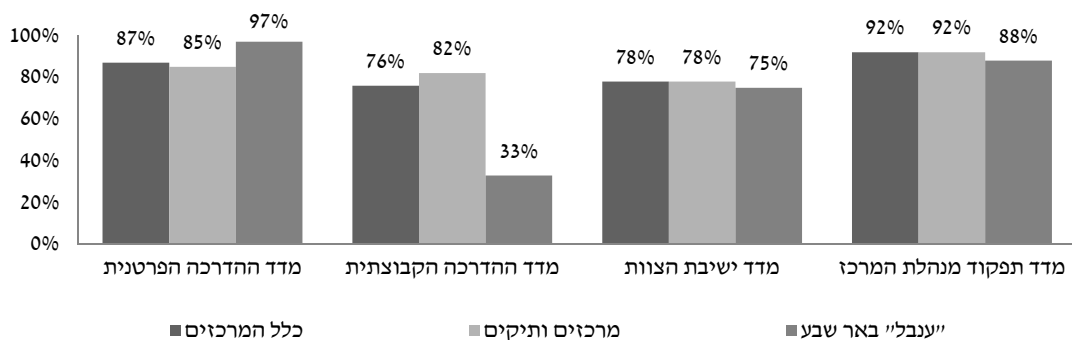
תרשים 140: שיעור המטפלות שצינו שהן מבססות את ההחלטה לסיים טיפול על הסיבות האלה



7. מנגנוני פיתוח הצוות

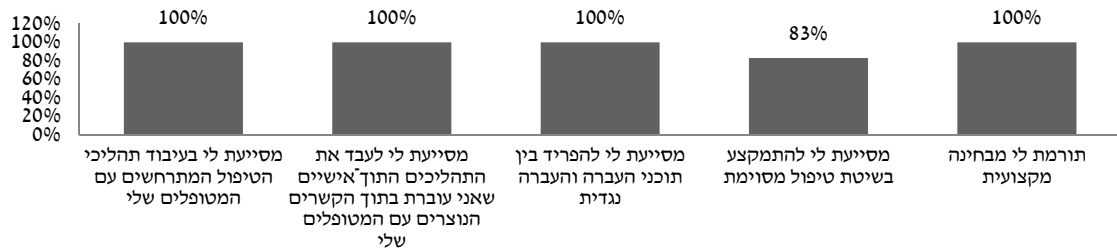
במרכז ניתנת הדרכה פרטנית בת שעה בשבוע למועסקות בחצי משרה, ולמועסקות ברבע משרה – הדרכה בת שעה פעם בשבועיים. כמו כן, ניתנת הדרכה קבוצתית בת שעתיים פעם בשבועיים. בהדרכה הפרטנית במרכז משתתפות שבע מתוך שמונה המטפלות. בהדרכה הקבוצתית ובישיבות הצוות משתתפות שש משמונה המטפלות. בתרשים 141 מוצגת השוואה בין כמה מדדים של פיתוח הצוות.

תרשים 141: שביעות הרצון של המטפלות ממדדי פיתוח הצוות



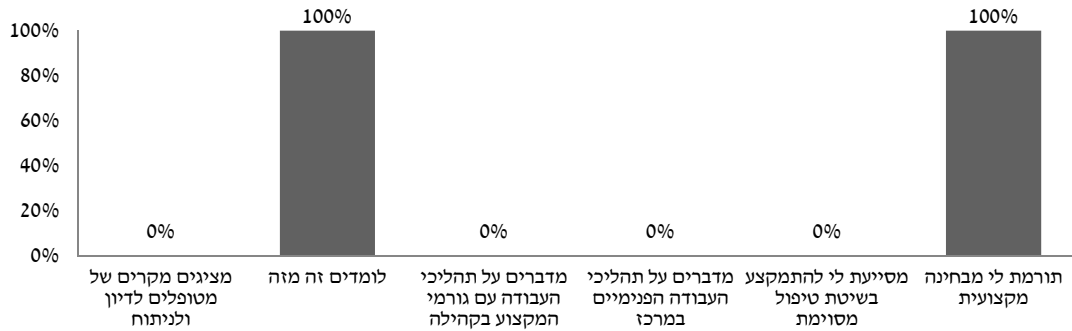
ההדרכה הפרטנית: שביעות הרצון מההדרכה הפרטנית גבוהה מאוד, כמודגם בתרשים 142.

תרשים 142: הערכת המטפלות את ההדרכה הפרטנית



ההדרכה הקבוצתית: לפי הסקר, שביעות הרצון מההדרכה הקבוצתית נמוכה ביחס לכלל המרכזים, ובהיבטים רבים ההדרכה הקבוצתית אינה מספקת את הצרכים, כמפורט בתרשים 143.

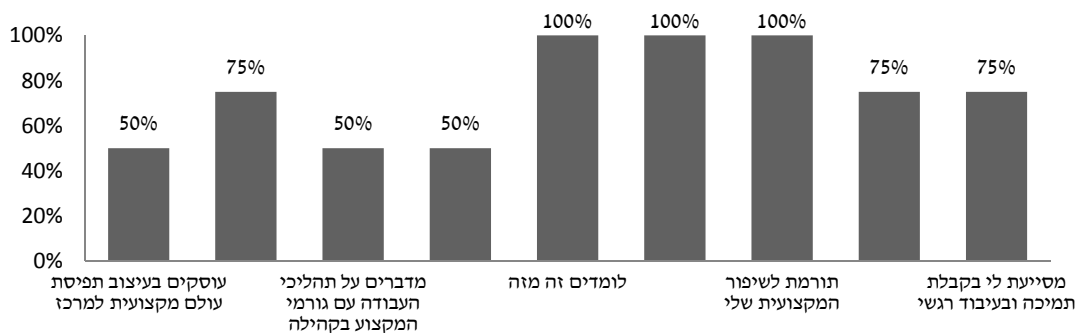
תרשים 143: הערכת המטפלות את ההדרכה הקבוצתית



ישיבות צוות: שביעות הרצון מישיבות הצוות במרכז דומה לזו שבכלל המרכזים, כמפורט בתרשים

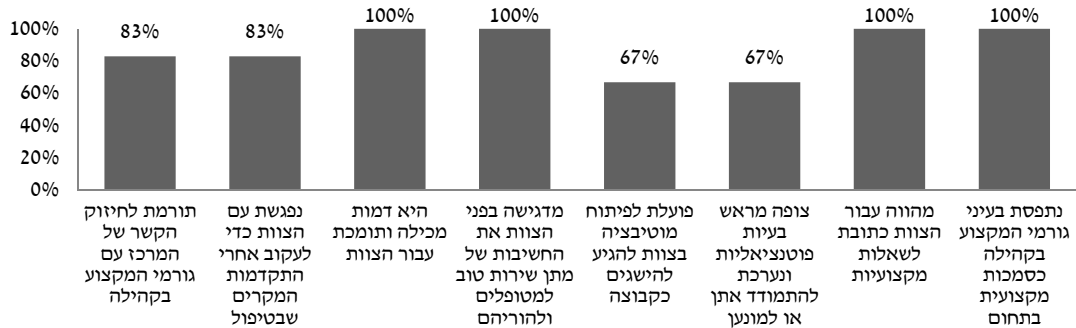
144.

תרשים 144: הערכת המטפלות את ישיבות הצוות



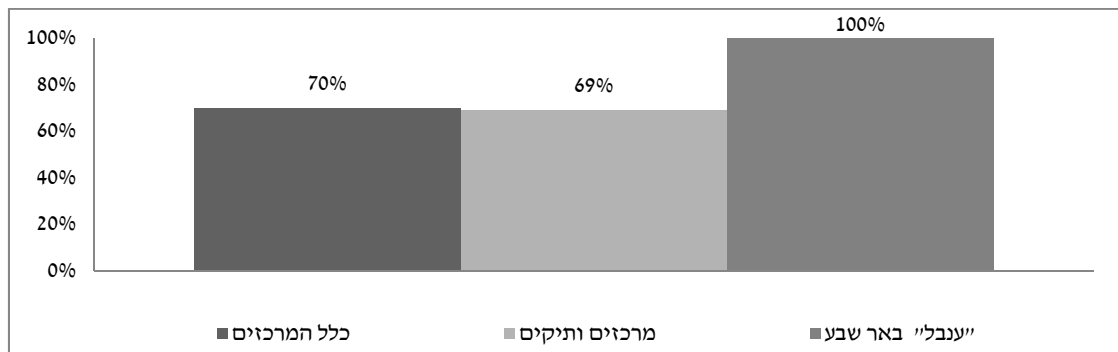
תפקוד מנהלת המרכז: שביעות הרצון מתפקוד מנהלת המרכז דומה לזו שבכלל המרכזים, כמפורט בתרשים 145. חשוב לזכור שהמרכז עבר משבר בניהול ובמהלך 2012 התחלפה בו מנהלת.

תרשים 145: הערכת המטפלות את תפקודי מנהלת המרכז



השימוש ב-Digital Clay: שיעור המטפלות המשתמשות ב-Digital Clay לצורך ניהול התיקים במרכז הוא מקסימלי, כפי שעולה מתרשים 146.

תרשים 146: שיעור המטפלות המשתמשות בתוכנת Digital Clay



מסקנות והמלצות

- א. מרכז "ענבל" באר שבע עבר טלטלה בשל התחלפות המנהלת בשנה האחרונה, ורק כעת מתחיל לחזור ולעבוד בתנאים של יציבות ניהולית. ראוי להביא עובדה זו בחשבון כאשר בוחנים את כל הממצאים.
- ב. כל המטפלות במרכז עושות שימוש ב-Digital Clay. מומלץ ללמוד ממרכז "ענבל" כיצד הוא מעודד את המטפלות לעשות כן.
- ג. המרכז רחוק מיעד 3,000 השעות ונתן את מספר השעות הנמוך ביותר מבין המרכזים הוותיקים. מספר המטופלים במרכז ירד בשנת 2012 בהשוואה לשנת 2011, כנראה מכיוון שהטיפוליים בו ארוכים יחסית. לכאורה, אין הבדלים משמעותיים בין הנתונים הממוצעים של המרכז לבין נתוני כלל המרכזים היכולים להסביר את אורך הטיפוליים. מומלץ לבחון מהן הסיבות לכך (אופי האוכלוסייה, הגישה ה"קלינית" של מנהלת המרכז הקודמת, או סיבות אחרות).
- ד. רק כרבע מכלל המטפלות במרכז (N=2) עומדות בסטנדרט המשולב. כמו כן, לא כולן עברו הכשרה לטיפול בפגיעה מינית. מומלץ להתעקש על הכשרת כל הצוות בטיפול בפגיעה מינית. מנהלת המרכז מעוניינת להכשיר את המטפלות גם בתחומים נוספים, ולתמוך בהן

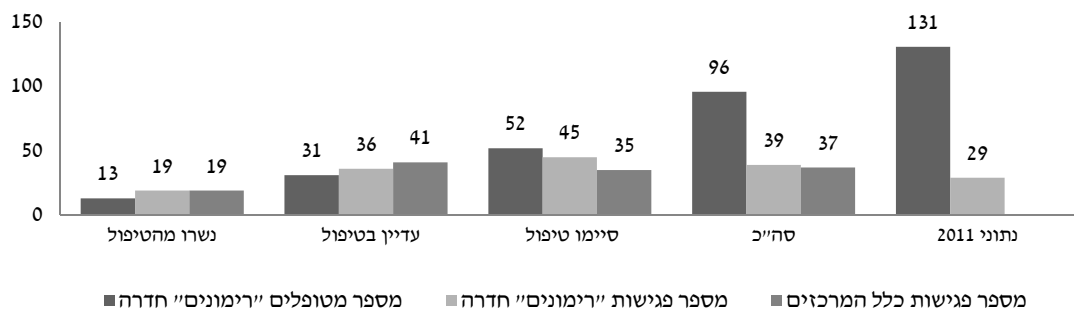
- באמצעות יותר הדרכה, משום שהן זקוקות לליווי אינטנסיבי בשל חוסר הניסיון היחסי שלהן.
- ה. מומלץ לעודד את המנהלת החדשה להמשיך ולפעול לחיזוק הקשר עם הקהילה דרך פגישות עם גורמי הרווחה, דרך ימי עיון וכו'. מומלץ לשוב ולקיים ועדות ביצוע (נכון למועד כתיבת המחקר הן אינן מתקיימות כלל).
- ו. מומלץ לבחון מהו סוג הטיפול שבו עוסקות 50% מהמטפלות במרכז ומוגדר "אחר", וכיצד הוא משתלב בתפיסה הטיפולית של המיזם.
- ז. מומלץ לחדד את עקרונות סיום הטיפול מבוסס הנתונים ולוודא שהטיפולים במרכז מסתיימים על פי כללים אלו.
- ח. מומלץ לשים לב מאוד למתרחש בהדרכה הקבוצתית, ולמצוא דרכים לדייק את אופן העבודה של המדריכה הקבוצתית כדי שתתאים לצורכי המטפלות במרכז.
- ט. מומלץ לבחון כיצד אפשר לקצר את זמן ההמתנה הארוך בשלוחות בפזורה הבדוואית ובקריית גת. מדובר בסוגיה הדורשת מענה ברמת המיזם, ובאה לידי ביטוי גם כאן.
- י. לא כל המטפלות נמצאות בישיבות הצוות ובהדרכה הקבוצתית, ומטפלת אחת אינה מודרכת הדרכה פרטנית. מומלץ מאוד לחייב את כל הצוות לקבל הדרכה פרטנית במרכז. כמו כן, מומלץ לעודד את הצוות כולו להשתתף בישיבות הצוות ובהדרכה הקבוצתית.

נספח י"א: מרכז "רימונים" חדרה

1. נתונים כלליים

מרכז "רימונים" חדרה נמנה עם המרכזים הוותיקים ופועל מ-2009. המרכז פועל ב-15 יישובים באזור מישור החוף הצפוני, ואדי ערה והמשולש, מהם עיר גדולה אחת וחמישה יישובים ערבים. במרכז שש מטפלות, מהן שלוש שכירות, כולן עברו (או עוברות) הכשרה ייעודית לטיפול בפגיעה מינית. ארבע מהן עומדות בסטנדרט המשולב של המיזם. בשנת 2012 ניתנו במרכז 2,753 שעות טיפול ל-102 מטופלים, מעט פחות מטופלים מבשנת 2011.²¹⁷ הטיפולים השלמים במרכז ארוכים יותר מהמוצע בכלל המרכזים, אך מספר השעות שמקבל מטופל בסך הכול דומה למוצע בכלל המרכזים, כמפורט בתרשים 147. בשנת 2012 קיבל כל ילד 27 שעות טיפול במוצע.

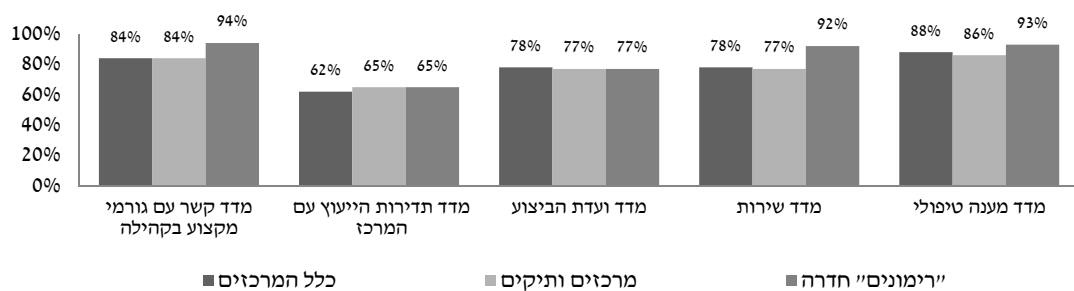
תרשים 147: מספר מפגשים במוצע ומספר שעות טיפול במוצע במרכז "רימונים" חדרה²¹⁸



2. השוואה כללית בין מרכז "רימונים" חדרה לכלל המרכזים ולמרכזים הוותיקים

מרכז "רימונים" חדרה בולט לטובה בהרבה מהיבטי השירות שהוא נותן לקהילה. בולטים במיוחד הערכת השירות, הערכת המענה הטיפולי והקשר עם גורמי המקצוע, כמפורט בתרשים 148.

תרשים 148: מדדים עיקריים²¹⁹ מתוך סקר העו"סיות לחוק הנוער²²⁰ ברשויות



מדד הטיפול²²¹ הממוצע במרכזים הוותיקים הוא 0.52, ב"רימונים" חדרה מדד הטיפול הוא 0.53.

²¹⁷ מרכז חדרה, טיפל בשנת 2011 בהרבה יותר ילדים מן הנדרש על פי המודל. ב-2012 צומצם שטח הכיסוי הגאוגרפי של המרכז.

²¹⁸ כלל המטופלים במרכז בשנת 2012 (מטופלים שהתחילו בטיפול לפני 2012 והמשיכו לאורך השנה, ומטופלים שהתחילו ב-2012).

²¹⁹ ערך המדדים בכל התרשימים הוא שיעור המשיבות שהביעו הסכמה רבה עד רבה מאוד עם ההיגדים שנבדקו.

²²⁰ מתוך 30 עו"סיות לחוק הנוער ברשויות הנמצאות באזור של מרכז "רימונים" חדרה, השיבו לסקר 17 עו"סיות לחוק הנוער

(59% מהרשויות האלה: אור עקיבא, אלונה, באקה-גית, גיסר א-זרקא, חדרה, חוף הכרמל, כפר קרע, פרדיס, פרדס חנה, קציר-חריש).

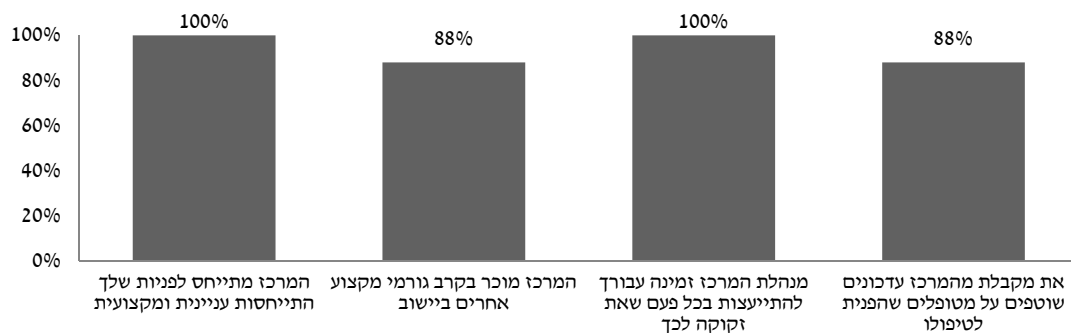
²²¹ מדד הטיפול הוא ממוצע המטופלים למטפלת חלקי ממוצע השעות למטפלת. משמעותו של מדד זה הוא החלק היחסי מתוך זמנה של המטפלת המושקע בטיפול במטופלים. ערכי המדד נעים בין 0 ל-1 – 0 משמעותו שהמטפלת אינה מטפלת במטופלים כלל ו-1

3. הקשר עם גורמי מקצוע בקהילה

לדברי מנהלת המרכז, גורמי המקצוע בקהילה מכירים את המרכז, והקשר עמם מוביל להפניית מקרים למרכז. עם זאת, לעתים ההפניה מתעכבת מעט בשל המתנה של כמה מהישובים להקמה של להתכנסות של ועדות הביצוע.

ייעוץ מקצועי לגורמים בקהילה וקשר סביב מקרים בטיפול: מנהלת המרכז אמרה שבמקרים מסוימים יש קשר עם גורמי הרווחה, ובמקרים אחרים אין. מורכבות הטיפול במשפחות רב-בעייתיות דורשת תיאומים מורכבים, ולכן עיקר הקשר עם גורמי המקצוע בקהילה נוגע למטופלים האלה. במקרים של משפחות נורמטיביות לא יתקיים קשר עם גורמי הרווחה, למעט מקרים שבהם במהלך פגישה עם המטופל יעלו צרכים הדורשים את מעורבותם. במקרים כאלה המרכז יוזם פנייה לגורמי הרווחה באישור ההורים. המרכז מעביר דוחות טיפוליים לקהילה על פי בקשת גורמים בקהילה, והמטפלת או המנהלת פונות לגורמים מקצועיים בקהילה כאשר עולה צורך להתריע בנושאים מסוימים.²²² מכל מקום, מידע אינו מועבר לשום גורם בקהילה בלי ויתור סודיות של ההורים, למעט לעו"סית לחוק הנוער, הזכאית לקבל מידע על פי חוק. לדברי מנהלת המרכז, "המדיניות שלי מאוד ברורה – כל מקרה לגופו. אי אפשר ואסור להכליל בין מקרה למקרה. עם זאת, אם עולים בטיפול דברים נוספים, המקרה מופנה למעורבות של גורמי מקצוע אחרים. הרבה פעמים אנחנו יותר דוחפים לקשר מהקהילה. צריך לראות שגם הקהילה לא עושה 'שגר ושכח'". העו"סית לחוק הנוער שבעת רצון מאוד מהקשר עם המרכז, והמרכז מצטיין בתחום זה גם באופן אבסולוטי וגם באופן יחסי, כמוצג בתרשים 149.

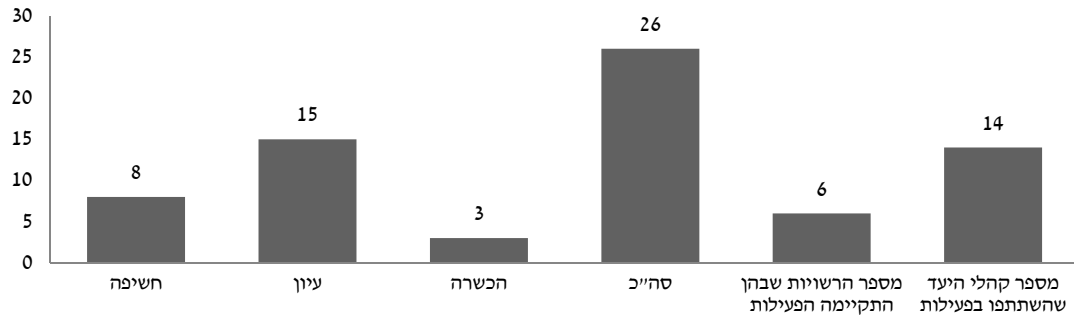
תרשים 149: שביעות הרצון של העו"סיות לחוק הנוער מהקשר עם גורמי המקצוע בקהילה



פעילות הסברה וחשיפה בקהילה: המרכז בחדרה הוא אחד משני המרכזים הותיקים הפעילים ביותר, כמודגם בתרשים 150. לדברי מנהלת המרכז, מאז שנאספו הנתונים לדוח נקבעו בכפר קרע עוד ארבעה מפגשים עם מנהל מחלקת הרווחה והעובדים, ובתחילת ינואר היה אמור להתקיים שם יום עיון לגורמי מקצוע בנושא טיפול בפגיעות בחברה הערבית.

²²² משמעותו שהמטפלת מקדישה את כל זמנה לטיפול במטופלים. ככל שערך המדד גבוה יותר משמעות הדבר שהמטפלות והמרכז מקדישים יותר זמן מתוך סך זמן העבודה העומד לרשותם לטיפול במטופלים. למשל, דיווח ללשכת הרווחה על נערה הנתונה בסיכון שלא הייתה מטופלת בקהילה.

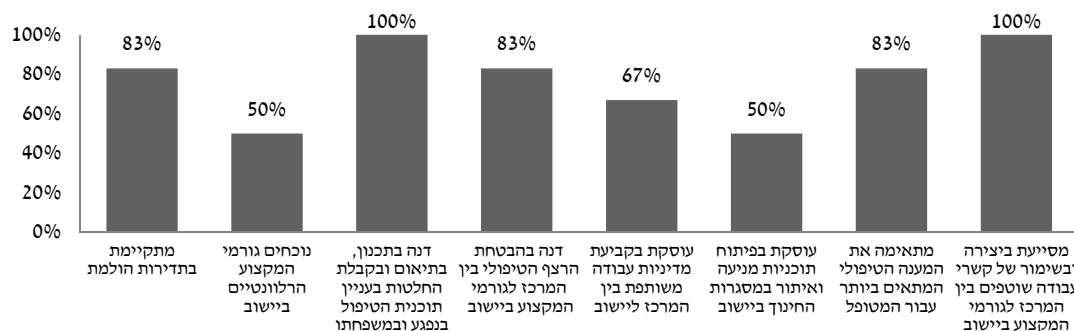
תרשים 150: פירוט הפעילות בקהילה של מרכז "רימונים" חדרה



4. ועדת ביצוע

המרכז מקיים ועדת ביצוע רק באור עקיבא, בפרדס חנה ובעמק חפר,²²³ אף שבאזור הגאוגרפי שלו יש יישובים נוספים שמתבקש לקיים בהם ועדת ביצוע בשל גודלם היחסי. הפגישות מתקיימות אחת לחודש וחצי, והנושאים המרכזיים העולים בהן הם: סקירה של המקרים הנמצאים בטיפול, דיון במקרים חדשים ודיון בנושאים עקרוניים. תיאום טיפול משותף עם הקהילה נעשה בנפרד על פי צורכי המטופל, בטלפון או בפגישה. ביישובים שאין בהם ועדת ביצוע, כל מקרה נבחן לגופו. לעתים נציגי המרכז נפגשים עם גורמי המקצוע בקהילה, ולפעמים הדברים מתואמים בטלפון. לדברי המנהלת, לא תמיד יש צורך בוועדת ביצוע, גם בשל שמירה על חסיון המטופלים: "אין שום סיבה שאנשים ישבו בוועדות וישמעו מקרים שלא בטיפולם". בחלק מהמועצות "פקידת הסעד מתקשרת. אם המקרה מתאים לטיפול היא תשלח טופס הפנייה ותבקש מההורים ליצור קשר עם המרכז". העו"סיות לחוק הנוער מעריכות את תפקוד ועדות הביצוע בדומה להערכתן בכלל המרכזים, כמפורט בתרשים 151.

תרשים 151: שביעות הרצון של העו"סיות לחוק הנוער מתפקוד ועדת הביצוע

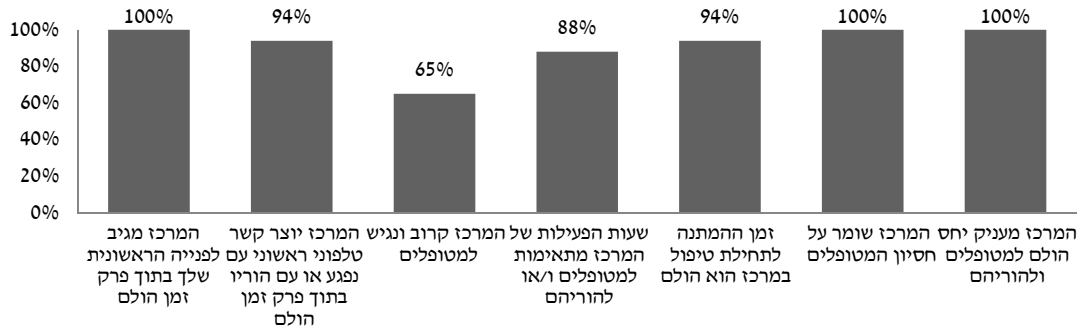


5. השירות במרכז

כמפורט בתרשים 152 שביעות הרצון של העו"סיות לחוק הנוער מהשירות במרכז גבוהה מאוד, הן אבסולוטית הן יחסית לכלל המרכזים.

²²³ בחוף כרמל היה ניסיון להקים ועדה, אך הוא לא צלח בשל חוסר עניין של השותפים (הוועדה התכנסה שלוש פעמים), ונציגים מחדרה הצטרפו לוועדה פעם אחת בלבד.

תרשים 152: שביעות הרצון של העו"סיות לחוק הנוער מאיכות השירות



מנהלת המרכז חיוותה דעתה על השירות במרכז :

זמן המתנה: המרכז מגיב מהר ואין זמן המתנה.

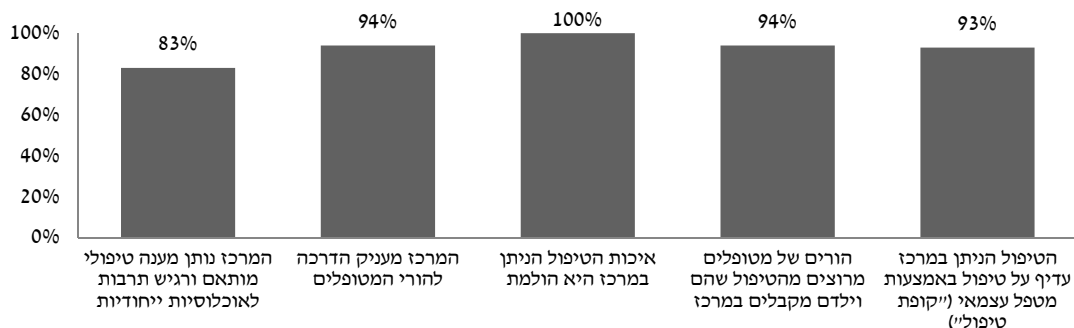
מהירות תגובה לפנייה: המרכז אינו יוצר קשר ראשוני עם הורי המטופלים, אלא מבקש מהגורם המפנה בקהילה למסור להורים ליצור קשר עם המרכז. הסיבות לכך הן כבוד להורים ולאחריותם כלפי הילד, בחינה של מידת הרצינות והאכפתיות שלהם כלפי הילד ועוד. אם ההורים אינם מתקשרים, לעתים המרכז פונה לגורם המפנה כדי לתאם פגישה עם ההורים. מדובר בגישה חריגה בהשוואה לנהוג ברוב המרכזים.

זמינות המרכז: זמינות המטפלות גבוהה מאוד, שכן כל המטפלים נדרשים לעבוד פעמיים בשבוע בשעות אחרי הצהריים וגם בימי שישי. לדברי העו"סית המחוזית לחוק הנוער המלווה את המרכז, המרכז זמין מאוד לקהילה וגמיש מבחינת שעות וימים. לדבריה, "מעולם לא שמעתי תלונה שלא תפסו-מצאו-קיבלו מענה ועוד. כשרוצים להתייעץ אתם הם זמינים במרכז, במחלקה או בכל מקום. הם תמיד שם".

6. המענה הטיפולי במרכז

שביעות הרצון מהמענה הטיפולי במרכז "רימונים" חדרה גבוהה מבחינה אבסולוטית ומבחינה יחסית, כפי שעולה מתרשים 153.

תרשים 153: שביעות הרצון מהמענה הטיפולי על פי סקר העו"סיות לחוק הנוער

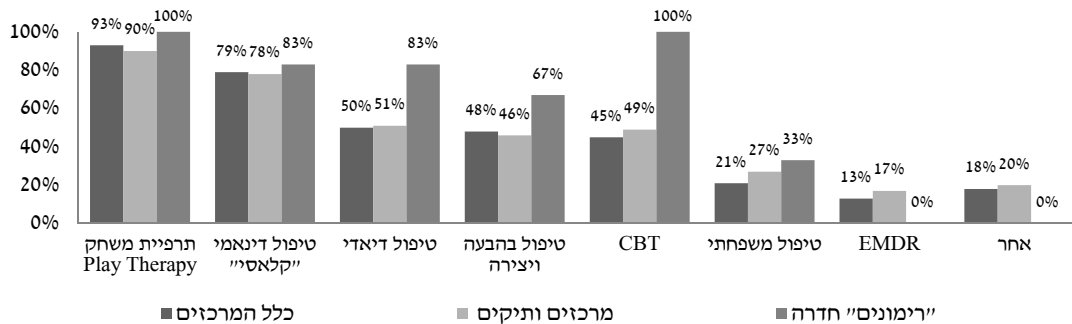


מנהלת המרכז סבורה שהמענה הטיפולי במרכז טוב ואינה מוצאת נקודות מהותיות לשיפור. לדברי העו"סית המחוזית לחוק הנוער, "המקצועיות של המרכז במתן טיפול פרטני לילדים, הורים

ומשפחה היא מעולה... הם מאוד מקצועיים. המטפלות ברמה מאוד גבוהה וגם חושבים מאוד על ההתאמה למטופל".

²²⁴ **מגוון המענים הטיפולים: מגוון המענים במרכז גדול, וגבוה מבכלל המרכזים.**

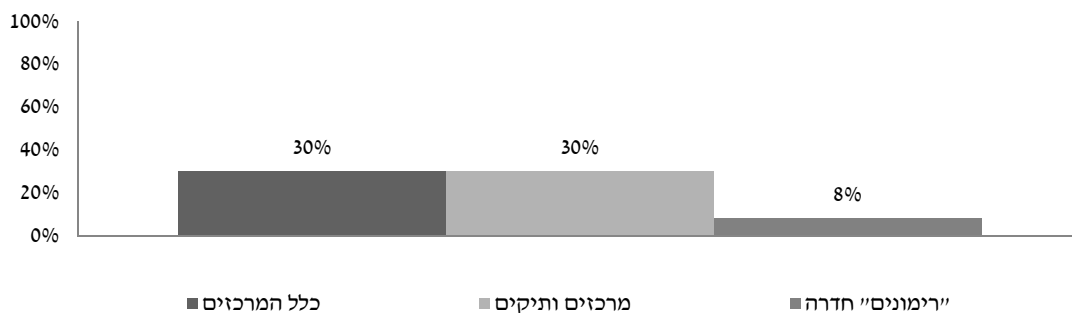
²²⁵ **תרשים 154: שיעור המטפלות שדיוו שהן משתמשות בפועל בכמה שיטות טיפול**



לדברי העו"סית המחוזית לחוק הנוער, יש במרכז כמה וכמה שיטות טיפול, טיפול קצר מועד וטיפול דינאמי ארוך, והמטפלות מתעדכנות בגישות חדשות. מנהלת המרכז מאמינה בטיפול קבוצתי, אבל לדבריה שירות זה אינו עומד לעצמו, אלא צריך להיות המשך טיפול למטופלים בעלי מכנה משותף. לדבריה, "לא הצלחנו לייצר את זה. כשרוצים לייצר קבוצה, צריך מכנה משותף. קשה להגיע לזה". כל זאת, אף שיש אנשי צוות המוכשרים לטפל בקבוצות. גם העו"סית לחוק הנוער ציינה שאין במרכז עבודה קבוצתית, אף שבעבר ניסו לעשות זאת ולא הצליחו. היא ציינה גם את חסרונם של מטפלים גברים.

הכנת תוכנית טיפול: המרכז כותב תוכניות טיפול אחרי האינטייק ובמהלך הטיפול בשיעור נמוך יותר מכלל המרכזים, כמודגם בתרשים 155.

²²⁵ **תרשים 155: שיעור המטפלות שדיווחו על כתיבת תוכנית טיפול בסוף האינטייק ובמהלך הטיפול**

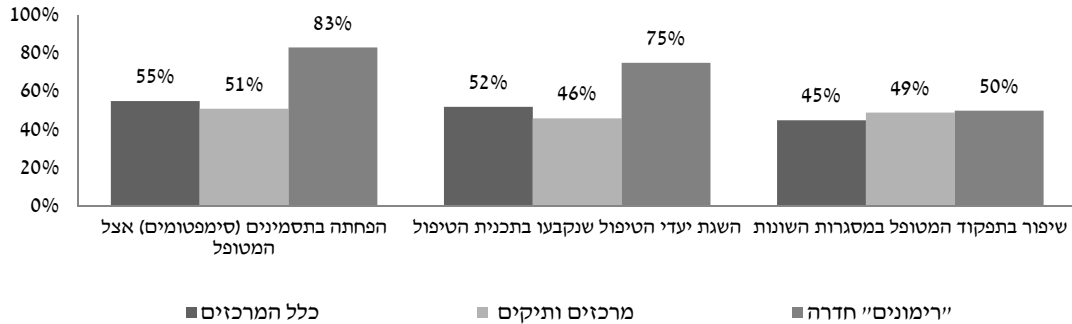


²²⁴ בכלל המרכזים הציון הוא 5.6, במרכזים חדשים – 5.7 וב"רימונים" חדרה – 6.

²²⁵ במרכז "רימונים" חדרה ענו לסקר שש מטפלות מתוך שבע שהועסקו בו (86%).

סיום טיפול מבוסס נתונים: המטפלות במרכז "רימונים" חדרה מרבית להתבסס על נתונים מדידים בסיום טיפול, כפי שאפשר לראות בתרשים 156.

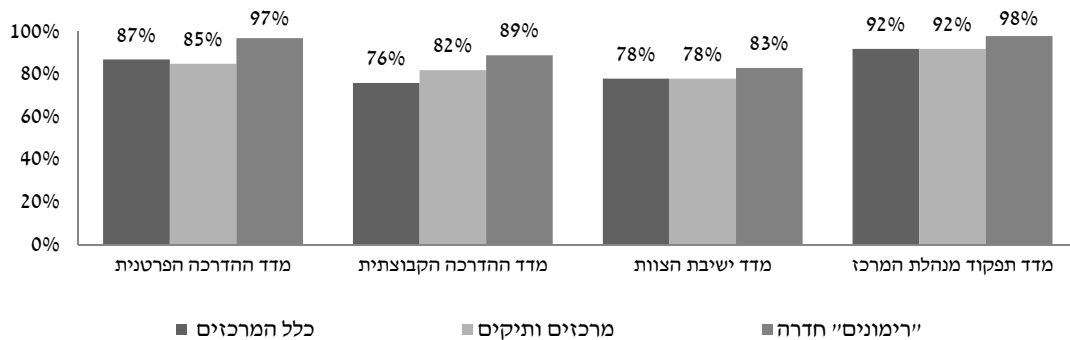
תרשים 156: שיעור המטפלות שציינו שהן מבססות את ההחלטה לסיים טיפול על הסיבות האלה



7. מנגנוני פיתוח הצוות

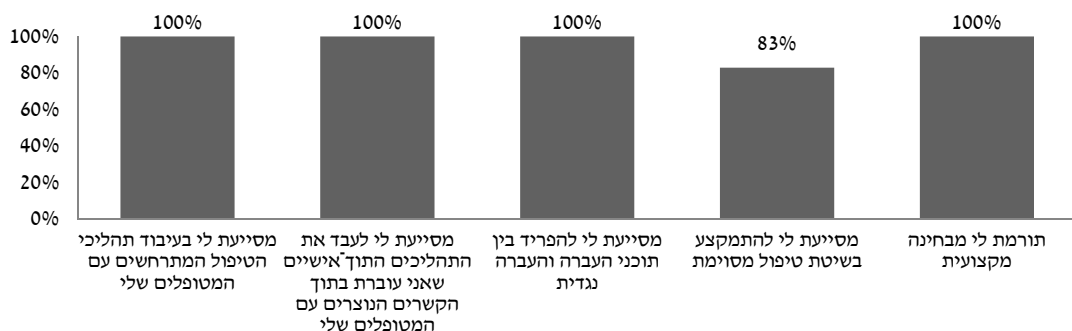
המטפלות במרכז מקבלות הדרכה קבוצתית בת שעתיים פעם בשבועיים, ופעם בשבועיים שעה של הדרכה פרטנית. ישיבות הצוות מתקיימות פעם בשבועיים במשך שעתיים, וכן נערכות חמש סדנאות בשנה על טראומטיזציה משנית. פעם בחודש מתקיימת פגישה אישית עם המנהלת. כל צוות המטפלים במרכז משתתף בהדרכות הפרטניות, בישיבות הצוות ובהדרכות הקבוצתיות. ככלל, כל הפרמטרים של מנגנוני פיתוח הצוות במרכז "רימונים" חדרה עולים על הממוצע של כלל המרכזים, כמפורט בתרשים 157.

תרשים 157: שביעות הרצון של המטפלות ממדדי פיתוח הצוות



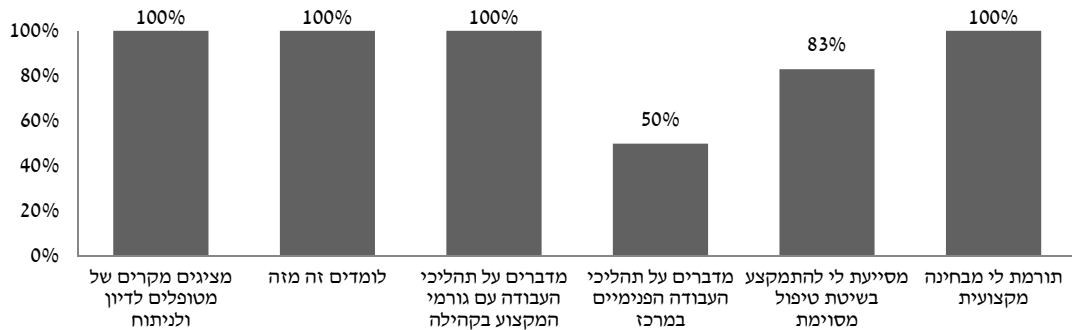
הדרכה פרטנית: שביעות הרצון מההדרכה הפרטית גבוהה ביותר, כפי שעולה מתרשים 158.

תרשים 158: הערכת המטפלות את ההדרכה הפרטנית



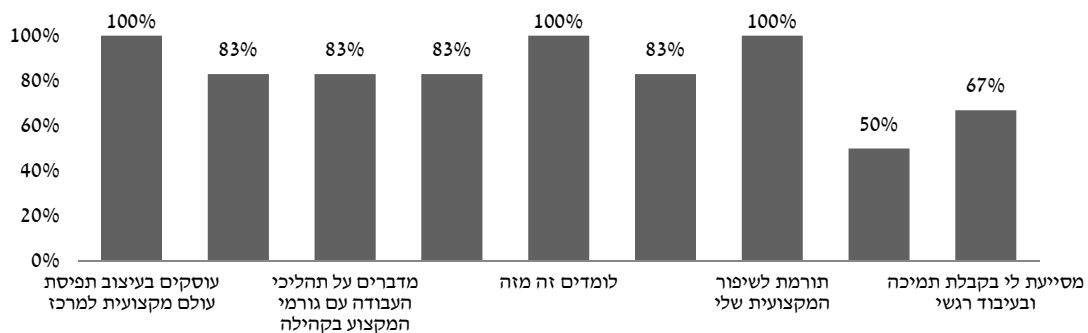
הדרכה קבוצתית: שביעות הרצון מההדרכה הקבוצתית גבוהה מאוד במרכז, כמפורט בתרשים 159.

תרשים 159: הערכת המטפלות אתההדרכה הקבוצתית



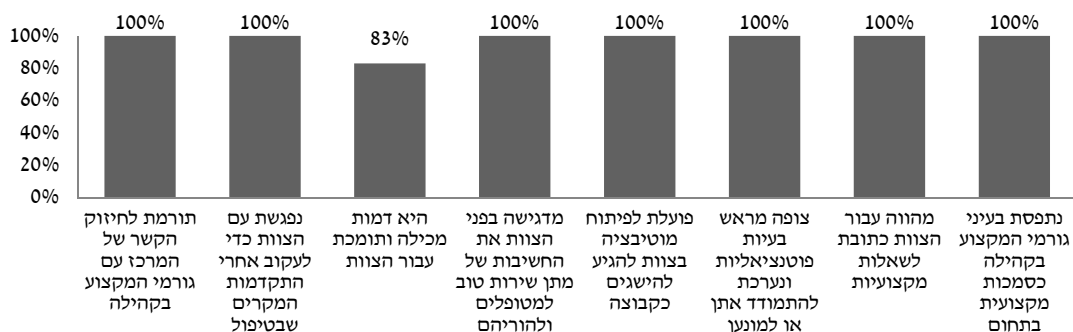
ישיבות הצוות: שביעות הרצון מישיבות הצוות גבוהה, כפי שאפשר לראות בתרשים 160.

תרשים 160: הערכת המטפלות את ישיבות הצוות



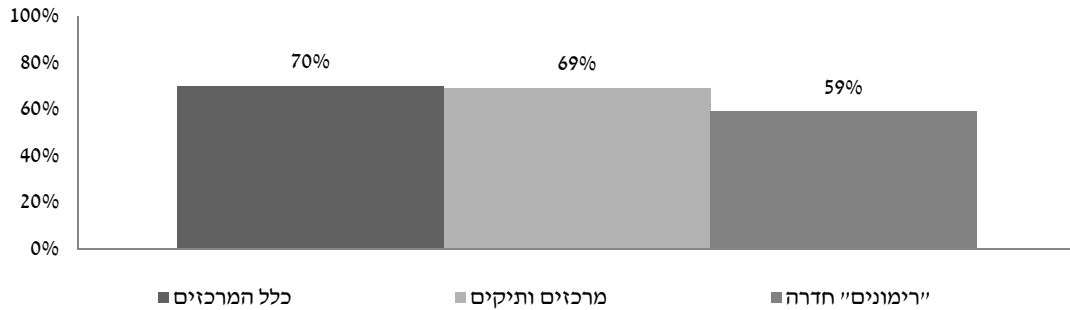
המטפלות מעריכות את מנהלת מרכז "רימונים" חדרה הערכה טובה ויוצאת דופן, ולדעתן היא מצטיינת כמעט בכל היבטי הניהול – החל מהתחום המקצועי, דרך התחום הבין-אישי וכלה במיומנויות הניהול הכלליות שהיא מפגינה. הערכה זו מפורטת בתרשים 161.

תרשים 161: הערכת המטפלות את תפקודי מנהלת המרכז



השימוש ב־Digital Clay: שיעור המטפלות המשתמשות ב־Digital Clay במרכז "רימונים" חדרה לוקה בחסר, הן בתיעוד המפגשים הן בתיעוד התוכן שלהם, כמפורט בתרשים 162.

תרשים 162: שיעור המטפלות המשתמשות במערכת Digital Clay



מסקנות והמלצות

- א. המרכז מציג תוצאות טובות ויוצאות דופן ברוב התחומים שנבחנו. מעבר להמלצה העקרונית להמשיך לעבוד במתכונת דומה, מומלץ לבחון את דרכי העבודה הייחודיות של המרכז בחדרה ולנסות להעריך אם הן משפיעות על התוצאות הטובות שהוא מציג. למשל, שלא כמו ברוב המרכזים, במרכז "רימונים" חדרה לא נוהגים ליצור קשר ראשוני עם הורי המטופל אלא מחכים שהם יצרו קשר עם המרכז, ומומלץ לבחון אם דרך העבודה הזאת משפרת את שביעות הרצון ואת התפקוד של המרכז.
- ב. במרכז אין מטפלים גברים, ומומלץ לעשות מאמץ לגייס מטפל כזה.
- ג. השימוש במערכת ה־Digital Clay במרכז לוקה בחסר. מומלץ לבחון מהם החסמים לכך, ולסייע למרכז ולמנהלת להתגבר עליהם.

נספח י"ב: מרכז "רימונים" נתניה

1. נתונים כלליים

מרכז "רימונים" נתניה החל לפעול באוקטובר 2012. למרכז מנהלת ותיקה המנהלת גם את מרכז "רימונים" חדרה. מכיוון שהמנהלת אחראית על שני מרכזים, יש בו גם רכזת המסייעת למנהלת. במרכז שש מטפלות, כולן שכירות, כולן עברו (או עוברות) הכשרה ייעודית לטיפול בפגיעה מינית ועומדות בסטנדרט המשולב. המרכז פועל בעשרה יישובים באזור השרון, שלושה מהם ערים גדולות יחסית: נתניה, הרצליה ורעננה. ב־2012 ניתנו במרכז "רימונים" נתניה 1,513 שעות טיפול ל־63 מטופלים, כמעט פי חמישה מטופלים מבשנת 2011. בשנת 2012 קיבל כל ילד 24 שעות טיפול בממוצע. ממוצע השעות בכל הפרמטרים נמוך מעט מזה שבכלל המרכזים, כנראה בגלל גילו הצעיר.

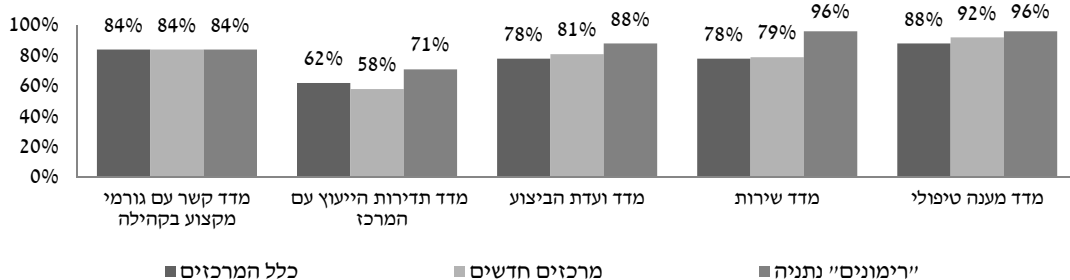
תרשים 163: מספר מפגשים במוצע ומספר שעות טיפול במוצע במרכז "רימונים" נתניה²²⁶



2. השוואה בין מרכז "רימונים" נתניה לכלל המרכזים ולמרכזים החדשים

בכל המדדים הכלליים המוצגים בתרשים 164 עולה מרכז "רימונים" נתניה על כלל המרכזים, וגם על המרכזים החדשים שעמם הוא נמנה.

תרשים 164: מדדים עיקריים²²⁷ בסקר העו"סיות לחוק הנוער²²⁸



מדד הטיפול²²⁹ הממוצע במרכזים החדשים הוא 0.36. ב"רימונים" נתניה מדד הטיפול הוא 0.50, והוא המרכז החדש בעל מדד הטיפול הגבוה ביותר.

²²⁶ כלל המטופלים במרכז בשנת 2012 (מטופלים שהתחילו בטיפול לפני 2012 והמשיכו לאורך השנה, ומטופלים שהתחילו ב-2012).

²²⁷ ערך המדדים בכל התרשימים הוא שיעור המשיבות שהביעו הסכמה רבה עד רבה מאוד עם ההיגדים שנבדקו.

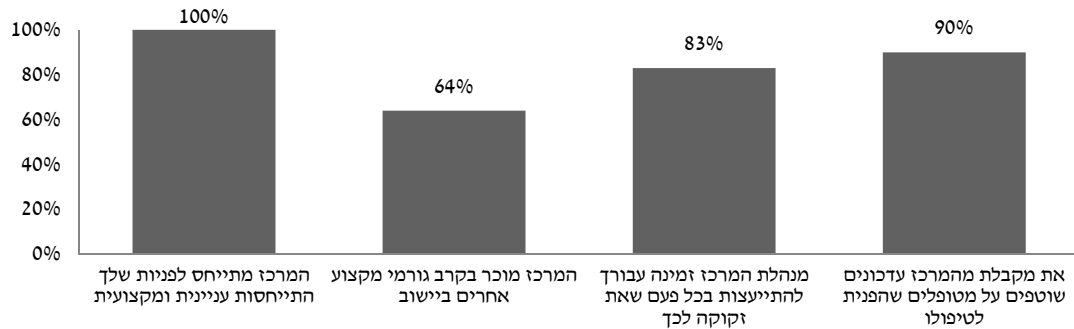
²²⁸ מתוך 19 עו"סיות לחוק הנוער ברשויות הנמצאות באזור של מרכז "רימונים" נתניה, השיבו לסקר 14 עו"סיות לחוק הנוער (74%), מהרשויות האלה: חוף השרון, נתניה, כפר יונה, פרדסיה, לב השרון, קדימה-צורן, תל מונד והרצליה.

²²⁹ מדד הטיפול הוא ממוצע המטופלים למטפלת חלקי ממוצע השעות למטפלת. משמעותו של מדד זה הוא החלק היחסי מתוך זמנה של המטפלת המושקע בטיפול במטופלים. ערכי המדד נעים בין 0 ל-1 – 0 משמעותו שהמטפלת אינה מטפלת במטופלים כלל, ו-1 משמעותו שהמטפלת מקדישה את כל זמנה לטיפול במטופלים. ככל שערך המדד גבוה יותר משמעות הדבר שהמטפלות והמרכז מקדישים יותר זמן מתוך סך זמן העבודה העומד לרשותם לטיפול במטופלים.

3. הקשר עם גורמי המקצוע בקהילה

ייעוץ למקצועי לגורמים בקהילה וקשר סביב מקרים בטיפול: הקשר של מרכז "רימונים" נתניה עם גורמי המקצוע בקהילה דומה לממוצע בכלל המרכזים, כמפורט בתרשים 165.

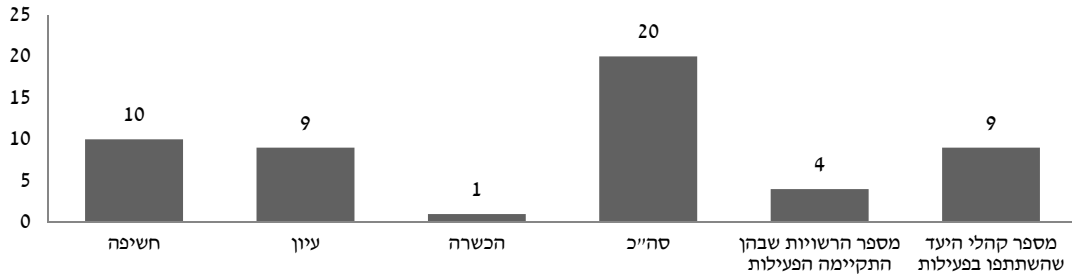
תרשים 165: שביעות הרצון של העו"סיות לחוק הנוער מהקשר עם גורמי המקצוע בקהילה



לדברי מנהלת המרכז, יש מקרים הנידונים עם לשכת הרווחה ויש שלא. מורכבות הטיפול במשפחות רב-בעייתיות המטופלות ברווחה דורשת תיאומי טיפול מורכבים, ולכן עיקר הקשר עם גורמי המקצוע בקהילה הוא בנוגע למשפחות האלה. במקרים של משפחות נורמטיביות לא יתקיים קשר עם לשכת הרווחה, למעט במקרים שבהם במהלך פגישה עם המטופל יעלו צרכים נוספים הדורשים את מעורבותה. במקרה כזה, המרכז יוזם פנייה לרווחה באישור ההורים. לדברי העו"סית המחוזית לחוק הנוער המלווה את המרכז, היה ועדיין יש מעט קושי בקשר של המרכז עם גורמי המקצוע בקהילה סביב מקרים שבטיפול. גורמי המקצוע בקהילה נהגו לשלוח חומר ולא היו עושים עבודה מקדימה בגיוס של ההורים, לא היו בודקים אם המקרה מתאים לטיפול ולא היו מסבירים להורים במה מדובר. כדי לתקן את המצב הוחלט שעובדת מסוימת תהיה ה"רפרנטית" של נתניה. גם לרעננה וגם להרצליה יש "רפרנטית", ולדבריה, היא מאמינה שצעד זה מקדם את הדיוק בהפניות ואת שיתוף הפעולה. עוד ציינה העו"סית המחוזית שדיווחי הביניים והדיווחים בסיום טיפול אינם מסודרים. לדבריה, יש לנסח סטנדרט ארצי שיגדיר כיצד מסיימים טיפול, מה כותבים, למי מעבירים ועוד. לדברי מנהלת המרכז, ביישובים הקטנים באזור נתניה נבנה פורום של עו"סיות לחוק הנוער המתכנס אחת לחודש, ובו אפשר להתייעץ במקרים "אפורים" של פגיעה מינית. המרכז מתכנן להקים פורום דומה עם הצוות בנתניה. הפורומים הללו חשובים ביותר, שכן המקרים המובהקים מופנים למרכז, אולם המקרים ה"אפורים" מחייבים התייעצות.

פעילויות הסברה וחשיפה בקהילה: המרכז היה בין המרכזים הפעילים בקהילה וקיים 20 פעילויות בקהילה, כמפורט בתרשים 166.

תרשים 166: פירוט הפעילות בקהילה של מרכז "רימונים" נתניה

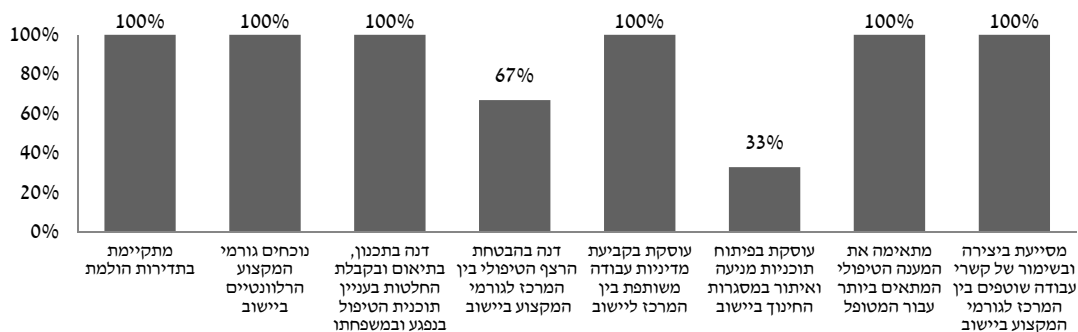


לדברי העו"סית המחוזית לחוק הנוער המלווה את המרכז, נערך יום עיון גדול לגורמי המקצוע בנתניה ועוד שניים-שלושה ימי עיון לגורמי מקצוע ברשויות אחרות. נוסף על כך, מנהלת המרכז נפגשת עם צוותים של בתי ספר.

4. ועדת הביצוע

המרכז מקיים ועדת ביצוע בהרצליה ובנתניה. ועדת ביצוע מתכנסת בכל פעם שיש צורך בהפניית מקרה או בדיון במקרה מטופל. כך בכל היישובים. לעתים דיון מתקיים בשיתח ועידה טלפונית. בעת כתיבת הדוח נעשה ניסיון חדש בנתניה – מפגש של כל פקידי הסעד מהרשויות הקטנות. הפגישות מתקיימות פעם בחודש-חודש וחצי והנושאים המרכזיים בהן הם: "סקרינינג" של המקרים שנמצאים בטיפול, דיון במקרים חדשים ודיון בנושאים עקרוניים. תיאום הטיפול עם הקהילה נעשה בנפרד, על פי הצרכים של המטופל מול גורמי המקצוע בקהילה, בטלפון או בפגישה. ביישובים שאין בהם ועדת ביצוע נבחן כל מקרה לגופו. לעתים נפגשים נציגי המרכז עם גורמי המקצוע בקהילה ולעתים הדברים מתואמים בטלפון.

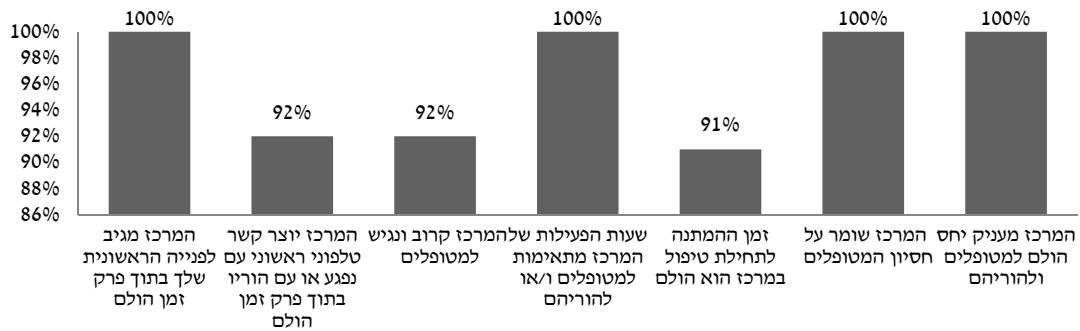
תרשים 167: שביעות הרצון של העו"סיות לחוק הנוער מתפקוד ועדת הביצוע



5. השירות במרכז

מנקודת המבט של העו"סיות לחוק הנוער שביעות הרצון מאיכות השירות במרכז מרשימה, הן באופן אבסולוטי (מתקרב לשביעות רצון של 100%) והן ביחס לכלל המרכזים. בתרשים 168 מפורטים מדדי איכות השירות השונים.

תרשים 168: שביעות הרצון של העו"סיות לחוק הנוער מאיכות השירות



מנהלת המרכז חיוותה דעתה על השירות במרכז :

זמינות : במרכז בנתניה יש זמינות גבוהה מאוד של המטופלים.

מהירות תגובה לפנייה : המרכז אינו יוצר קשר ראשוני עם הורי המטופלים אלא מבקש מהגורם המפנה בקהילה לבקש מההורים ליצור קשר עם המרכז.

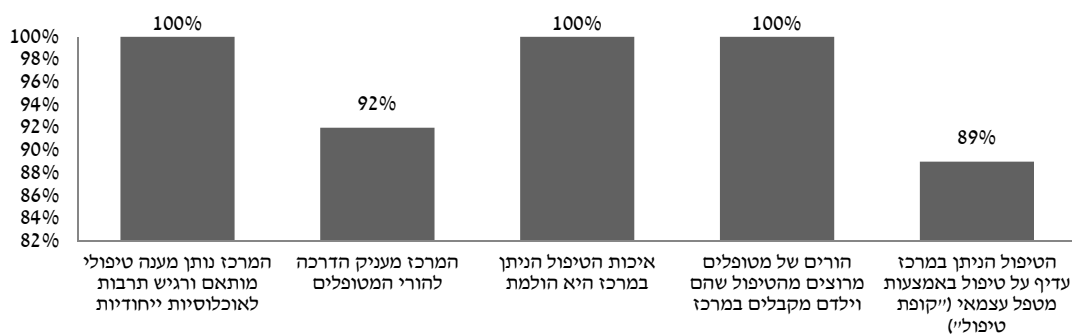
זמן המתנה : כמעט שאין זמן המתנה.

לדברי העו"סית המחוזית לחוק הנוער המלווה את המרכז, היא שבעת רצון מהשירות במרכז ומעורבת פחות מכיוון שהמנהלת ואופן עבודתה מוכרים לה. לדבריה, "אנחנו סומכים עליה ומכירים אותה מבחינת מקצועיות, זמינות ונגישות. אם היה מנהל חדש הייתי יותר מעורבת".

6. המענה הטיפולי במרכזית

שביעות הרצון מהמענה הטיפולי במרכז גבוהה ביותר, הן ביחס לכלל המרכזים ולמרכזים החדשים, הן באופן אבסולוטי. תרשים 169 מפרט את עמדות העו"סיות לחוק הנוער באשר לאיכות המענה הטיפולי.

תרשים 169: שביעות הרצון מהמענה הטיפולי על פי סקר העו"סיות לחוק הנוער

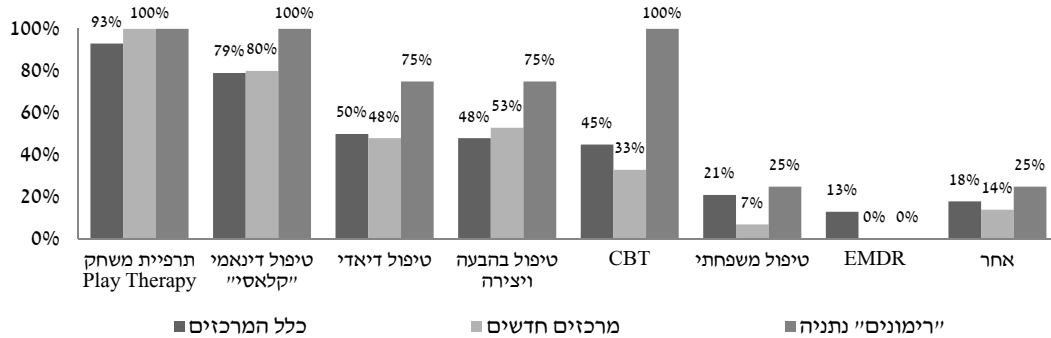


לדברי העו"סית המחוזית לחוק הנוער, המרכז אינו מספק את מקסימום הטיפולים שהוא יכול לתת. לדעתה, ייתכן שההסבר לכך הוא ש"המחלקות לא מפנות מספיק, יכול להיות שיש מודעות לא מספקת בקהילה, ויכול להיות שאין צורך בכל כך הרבה טיפולים, אבל זה לא בגלל שחסרים מטפלים". לדבריה, ככל הידוע לה (היא אינה מקבלת דיווח שוטף או דוחות) הטיפולים הפרטניים עובדים היטב. יש התגייסות של ההורים והמטופלים. לדברי המנהלת, הכיוון הטיפולי של המרכז נוטה לפסיכותרפיה דינאמית. עם זאת, המטפלים מקבלים הדרכה דינאמית ו-CBT באופן שוטף.

לדבריה, חשוב שמטפלים יחזיקו בשתי היכולות. נוסף על כך, יש מחסור במרכז במטפלת משפחתית העובדת עם משפחות מורכבות.

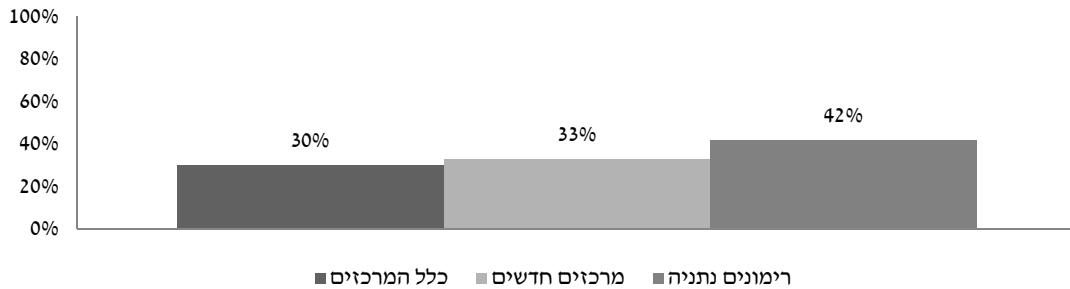
מגוון המענים הטיפוליים: במדד מגוון המענים הטיפוליים קיבל המרכז ציון גבוה מהממוצע של כלל המרכזים, ציון זה בולט במיוחד בהשוואה למרכזים החדשים.²³⁰

תרשים 170: שיעור המטפלות שדיווחו שהן משתמשות בפועל בכמה שיטות טיפול



הכנת תוכנית טיפול: המטפלות במרכז מכינות יותר תוכניות טיפול ביחס לכלל המרכזים, כמוצג בתרשים 171.

תרשים 171: שיעור המטפלות שדיווחו על כתיבת תוכנית טיפול בסוף האינטייק ובמהלך הטיפול



סיום טיפול מבוסס נתונים: המטפלות במרכז מבססות את סיום טיפול בעיקר על הפחתה בסימפטומים, ואינן נשענות כלל על שיפור בתפקוד, כמוצג בתרשים 172.

תרשים 172: שיעור המטפלות שציינו שהן מבססות את ההחלטה לסיים טיפול על הסיבות האלה

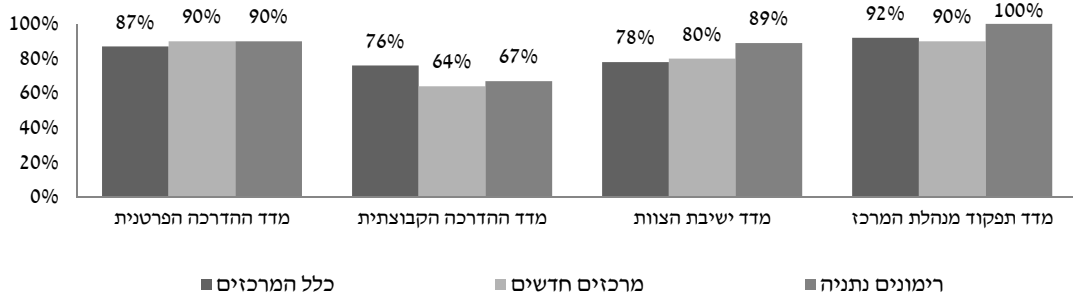


²³⁰ בכלל המרכזים הציון הוא 5.6, בחדשים – 5 וב"רימונים" נתניה – 7.
²³¹ במרכז "רימונים" נתניה ענו לסקר ארבע מטפלות מתוך שש שהועסקו בו (67%).

7. מנגנוני פיתוח הצוות

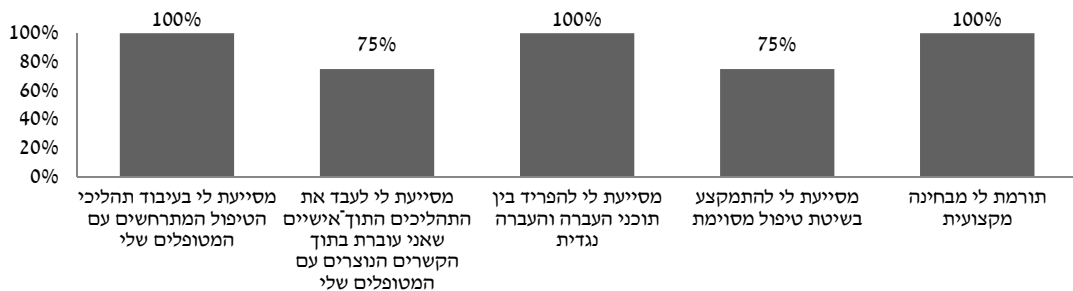
כל הצוות משתתף בהדרכות במרכז. המטפלות מקבלות הדרכה קבוצתית בת שעתיים פעם בשבועיים, וישיבת צוות בת שעתיים מתקיימת אף היא פעם בשבועיים. המטפלות מקבלות הדרכה פרטנית בת שעה פעם בשבועיים, ופעם בחודש מתקיימת פגישה אישית עם המנהלת. פרט לכך, נערכות חמש סדנאות בשנה בנושא טראומטיזציה משנית. בתרשים 173 מוצגת השוואה בין כמה מדדים של פיתוח הצוות.

תרשים 173: שביעות הרצון של המטפלות ממדדי פיתוח הצוות



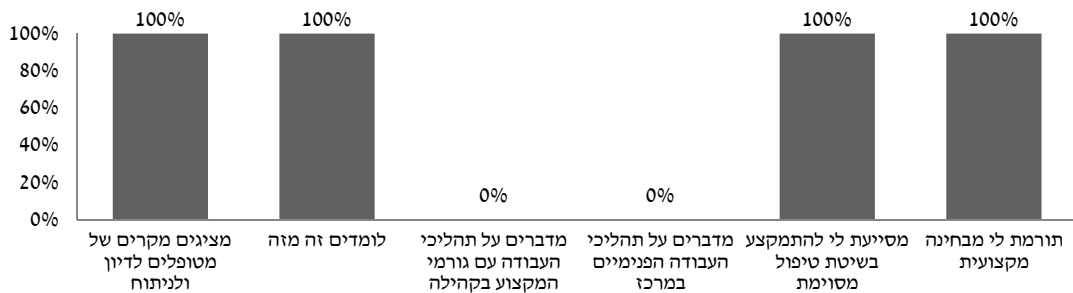
הדרכה פרטנית: שביעות הרצון מהפנים השונות של ההדרכה הפרטנית גבוהה, כמפורט בתרשים 174.

תרשים 174: הערכת המטפלות את ההדרכה הפרטנית



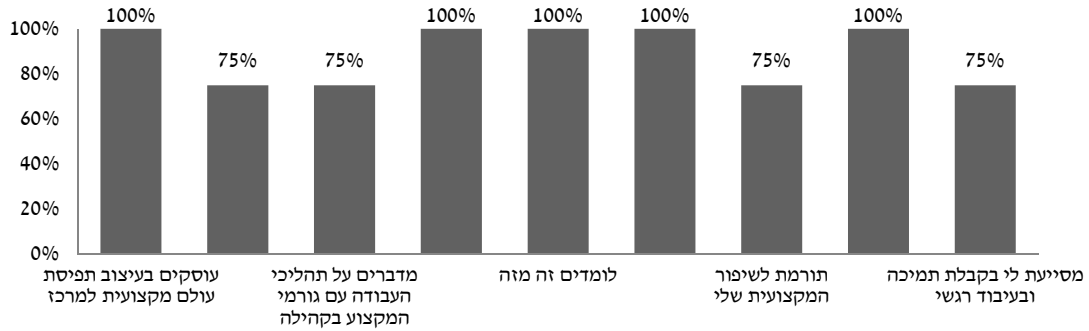
הדרכה קבוצתית: שביעות הרצון מההדרכה הקבוצתית נמוכה ביחס לממוצע בכלל המרכזים, אך גבוהה מזו שבמרכזים החדשים. נראה שההדרכה הפרטנית כמעט שאינה עוסקת בשלב זה בתהליכי עבודה, אלא בגישה קלינית יותר. תרשים 175 מציג את שביעות הרצון של המטפלות מכמה מדדים של ההדרכה הקבוצתית.

תרשים 175: שביעות הרצון של המטפלות מההדרכה הקבוצתית



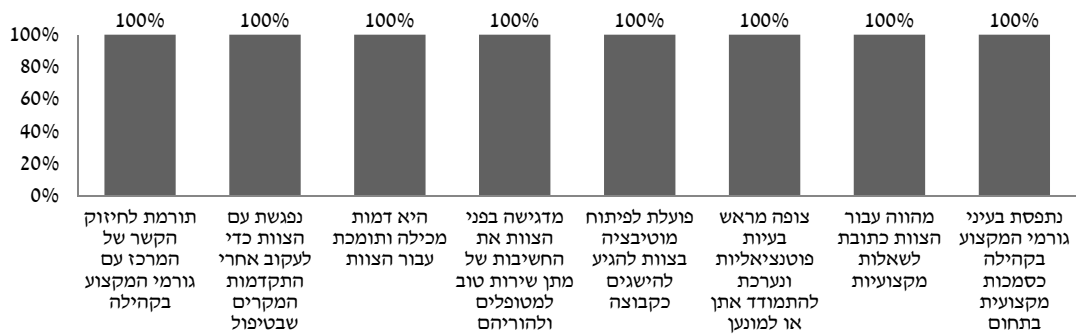
ישיבות הצוות: שביעות הרצון משייבות הצוות גבוהה מבכלל המרכזים. פירוט מדדי ישיבות הצוות מופיע בתרשים 176.

תרשים 176: הערכת המטפלות את ישיבות הצוות



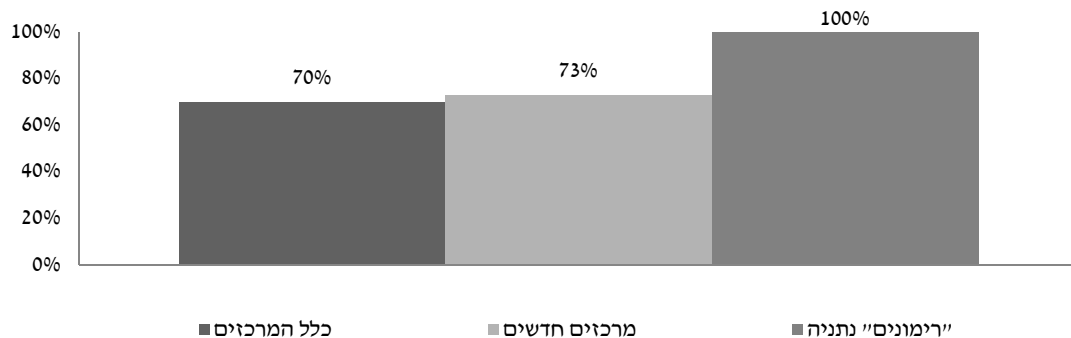
תפקוד מנהלת המרכז: על פי הערכת המטפלות תפקוד מנהלת המרכז מצטיין בכל ממד, כפי שעולה מתרשים 177.

תרשים 177: הערכת המטפלות את תפקודי מנהלת המרכז



השימוש ב-Digital Clay: כל המטפלות משתמשות ב-Digital Clay במרכז לצורך ניהול התיקים, כמודגם בתרשים 178.

תרשים 178: שיעור המטפלות המשתמשות במערכת Digital Clay



המלצות ומסקנות

- א. מרכז "רימונים" נתניה בולט לטובה גם בין המרכזים החדשים וגם בין כלל המרכזים בשביעות הרצון הגבוהה של הקהילה ושל הצוות מתפקודו ומתפקוד המנהלת. אף שהמרכז חדש, כמעט שלא קיימת בו "עקומת למידה". נראה שהסיבה לכך היא שהמנהלת ותיקה. המרכז צמח פי חמישה בין שנת 2011 ל-2012, ועל פי ההערכות הוא נותן שירות טוב מן ההתחלה. גם העבודה פנימה, עם הצוות, טובה מההתחלה. ניהול מרכז חדש על ידי גורם שהקהילה כבר מכירה מקל, כמובן, על העבודה ומאפשר שיתוף פעולה המבוסס על אמון. בין היתר, מומלץ ללמוד ממנהלת מרכז זה כיצד "להניע" עבודה של מרכז חדש.
- ב. בחלק מהיישובים שהמרכז נותן להם שירות אין ועדות ביצוע. מומלץ לבחון את הסיבות לכך ולהמשיך לייסד ועדות כאלה.
- ג. מומלץ לבחון את התכנים בהדרכה הקבוצתית ולראות אם כדאי לשלב בה גם דיון בתהליכי עבודה פנימיים וחיצוניים.
- ד. המטפלות במרכז אינן מבססות את ההחלטה על סיום טיפול על שיפור בתפקוד. זהו נתון חריג ביחס לכלל המרכזים, ומומלץ לבחון את משמעותו ביחס לאורך הטיפול במרכז.

על השותפים למיזם:

משרד הרווחה והשירותים החברתיים קיבל על עצמו לייצג את מדינת ישראל ולשאת באחריות להגנה על ילדים ובני נוער נפגעי תקיפה מינית ולטיפול בהם. אחריות זו באה לידי ביטוי בתכלול העבודה הבין-משרדית, בליווי מקצועי ובאימוץ הדרגתי של המיזם מבחינה ארגונית, מקצועית וכלכלית.

הקרן לילדים ולנוער בסיכון באגף לפיתוח שירותים במוסד לביטוח לאומי נוסדה כחלק מן האגף לפיתוח שירותים במוסד לביטוח לאומי. הקרן פועלת לפיתוח שירותים ייחודיים, חדשניים וברי קיימא לטובת ילדים ובני נוער בסיכון. הקרן הציבה לעצמה מטרה לקדם פיתוח של מענים מקצועיים שיחלצו ילדים ובני נוער ממעגלי הסיכון לטווח ארוך, בתחומי הרווחה, החינוך והתעסוקה. השתתפותה של הקרן במיזם מראשיתו היא אחד הצעדים להשגת מטרה זו.

קרן רש"י הוקמה בשנת 1984 כקרן פרטית ועצמאית. יותר מ-25 שנה הקרן פועלת ללא לאות כדי לממש את חזונה – ישראל חזקה ומשגשגת השואבת את כוחה מחברה שכל פרט בה יכול לממש את יכולתו למרות נסיבות חיים קשות. קרן רש"י רואה חשיבות עליונה בסיוע למדינה בפיתוח שירותים ייחודיים שמטרתם לשנות את מסלול חייהם של ילדים ובני נוער בסיכון, בעיקר בפריפריה, ומתוך תפיסת עולם זו היא שותפה למיזם מראשיתו.

צוות ההערכה

מימון המחקר: הקרן לפיתוח שירותים לילדים ולנוער בסיכון

ניהול המחקר: **עמנואל בוחבוט**, מחלקת הפיתוח וההערכה בקרן רש"י

תכלול (אינטגרציה), פרשנות וכתובת דוח ההערכה: **ד"ר אפרת הברון**

איסוף נתונים מהשדה: **יובל פלדי, דורית אביטל**, מכון "תובנות"

ניתוח כמותי: **רינה פוזנר, אמיר יעקובי**, מכון "מידע שיווקי"

עריכת לשון: **לילך צ'לנוב**