

# מודל 'בטרם בעיר' לקידום בטיחות ילדים ברשויות מקומיות: מחקר הערכה

שרון לוי<sup>1</sup>, יובל פלד<sup>2,3</sup>

<sup>1</sup> ראש תחום מחקר, ארגון 'בטרם' לבטיחות ילדים.

<sup>2</sup> בעלים וחוקר ראשי, מכון תובנות - הערכה, תכנון ויעוץ לשיפור ארגונים.

<sup>3</sup> המאמר נכתב בשיתוף מלא על ידי שני המחברים

## תקציר

**רקע:** מודל 'בטרם בעיר' פותח בשנת 2007 על-ידי ארגון 'בטרם' לבטיחות ילדים ושותפים נוספים, מתוך תפיסה שרשויות מקומיות הנן גורם חשוב בניהול וקידום בטיחות הילדים ובצמצום היפגעותם בתאונות. המודל עושה שימוש בשלוש דיסציפלינות יחד: קידום בריאות, ניהול סיכונים וניהול שינוי באמצעות ייעוץ ארגוני, ומופעל, נכון לשנת 2014 ב-26 רשויות מקומיות ברחבי ישראל.

**מטרת המחקר:** הערכת אפקטיביות מודל 'בטרם בעיר' ברשויות המקומיות שבהן הוא מופעל.

**שיטת המחקר:** תהליך ההערכה נמשך 3 שנים וכלל:

1) הערכת יישום המודל ב-23 רשויות מקומיות באמצעות ארבעה כלים כמותיים: שאלון יו"ר התכנית ברשויות (היענות = 74%), שאלון מנהלי התכנית ברשויות (היענות = 91%), שאלון יועצות התכנית (היענות = 100%) ושאלון רשות מקומית (היענות = 100%).

2) מעקב עומק בארבע רשויות מקומיות, המייצגות את כלל הרשויות אשר מיישמות את המודל, באמצעות כלי הערכה איכותני המשקף את הפערים בין היישום הרצוי של המודל ובין יישומו בפועל.

**תוצאות:** למרות שהמודל שעליו מבוססת התכנית בנוי היטב ומבוסס על התיאוריה ועל הפרקטיקה בתחום, יישומו בפועל ברשויות המקומיות היה חלקי וטעון שיפור. מרכיבים במודל שיושמו באופן מלא יחסית דרשו מהרשויות פחות השקעה של זמן, תקציב וידע מקצועי, בהשוואה למרכיבים שיושמו באופן חלקי, וכן היו מרכיבים שדרשו ידע ויכולות מקצועיות שלרוב אינן קיימות ברשויות המקומיות. מרכיבים במודל שנמצאו בקשר חיובי מובהק עם תפוקותיו היו: תפקוד יעיל של יו"ר ומנהלי התכנית ברשויות וביצוע הייעוץ הארגוני מטעם ארגון 'בטרם'. קיום תקציב ותקן ייעודיים לא נמצאו בקשר עם תפוקות המודל, אך נמצא כי קיומם מאפשר יותר מרחב פעולה ואיגום משאבים ועשוי להבטיח הובלה רציפה, עקבית ויוזמת של התכנית ברשות.

**מסקנות:** מודל 'בטרם בעיר' הוא בעל פוטנציאל להוביל לשינוי ארגוני ולהגברת פעילות הרשות המקומית בניהול וקידום בטיחות ילדים לאורך זמן, בתמיכת ייעוץ ארגוני וליווי של ארגון 'בטרם' ובהובלת מנהיגים מקומיים מתאימים. יחד עם זאת, המודל הציב לרשויות דרישות גבוהות, שבחלקן אינן ריאליות בהתחשב במשאבים הקיימים כיום.

לאור האמור לעיל, מומלץ כי המודל ימומן, ינוהל ויבוקר בעתיד על-ידי גוף לאומי מוביל. עד אז, רצוי למתן את דרישות המודל ולהסתמך בעיקר על האישיות ועל היכולות האישיות של יו"ר ומנהלי התכנית ברשויות, ליצור שיתופי פעולה פנימיים ולאגם משאבים מגופים שונים ברשות.

## רקע

ארגון הבריאות העולמי הגדיר תאונות ילדים כאחת ממגפות האלף השלישי. נתוני דוח היפגעות ילדים של ארגון הבריאות העולמי ויוניצף לשנת 2008 מראים כי יותר מ-2,000 ילדים מתים בעולם בכל יום עקב פגיעות (1). בישראל פונים מדי שנה כ-190,000 ילדים לחדרי המיון (כשליש מכלל הפניות לחדרי המיון) כ-23,500 ילדים מתאשפזים בבתי החולים וכ-117 ילדים מקפחים את חייהם עקב פגיעה בתאונות. על פי הערכות, כמחצית מילדי מדינת ישראל נפגעים באופן שדורש טיפול רפואי בקהילה (2). התאונות מתרחשות במקומות שונים: בבית ובחצר, במרחב הציבורי, במוסדות החינוך ובדרכים. טרגדיות אנושיות אלה כרוכות באבדן חיי אדם, בנכות ובכאב רב, וכן בעלויות כלכליות וחברתיות הניכרות ברמת המשפחה, היישוב והמשק בכללותו.

מודלים שונים פותחו לאורך השנים על מנת לקדם בריאות ובטיחות בקהילה. מודל Safe Communities, "קהילות בטוחות", הוצג לראשונה בוועידה למניעת תאונות ופציעות שנערכה בשוודיה בשנת 1989, בתום הצלחת פרויקט פיילוט שהוריד ב-23% את שיעור הפציעות בקהילה העירונית במדינה (3). המודל מבוסס על ההנחה שהקהילה הנה, מחד, המקור לבעיות הבטיחות, ומאידך בעלת האמצעים למציאת פתרונות לבעיות אלו. המכנה המשותף לתכניות הנסמכות על מודל זה הנו שיתוף הפעולה בין מגזרים קהילתיים שונים וכן המעורבות של חברי קהילה בתכניות ובמציאת פתרונות ההולמים את הסוגיות המיוחדות בכל קהילה, תוך מתן מענה לגורמי סיכון שונים (4). נכון לשנת 2014, מודל "הקהילות הבטוחות" מנוהל על ידי מרכז קרולינסקה בשוודיה, תחת חסות ארגון הבריאות העולמי ומופעל ב-336 קהילות ברחבי העולם, כולל ברשות מקומית אחת בישראל. מודל זה באופן מסורתי התייחס לכלל הקהילה, ובשנים האחרונות פותחו תבניות ייעודיות לקהילה בטוחה לילדים ולבית חולים בטוח. ארגון הבריאות העולמי מקדם משנות ה-90 רשת של Healthy Cities, "ערים בריאות", ברחבי העולם באמצעות רכזים המייצגים כל מדינה ומדינה. כיום פועלות בעולם למעלה מ-1,000 רשתות של ערים בריאות אשר מייצגות אלפי ערים ויישובים ברחבי העולם, בכל אחד מהאזורים של ארגון הבריאות העולמי (5). בישראל, פועלת רשת "ערים בריאות" מאז 1990, כאשר נכון לשנת 2013 מנתה הרשת כ-40 רשויות מקומיות ושותפים בה 5 משרדי ממשלה ו-9 מוסדות וארגונים (6). על מנת שרשות מקומית תוכר כחלק מן הרשת, עליה להתחייב לאמץ את העקרונות המרכזיים, ובראשן השקעת משאבים בתכנון ובהוצאה לפועל של פעולות לצמצום רמת הסיכון בעיר (7). המודל של ערים בריאות אינו ממוקד בקבוצת גיל ספציפית אלא פונה לכלל האוכלוסייה ביישוב.

בארה"ב פותח מודל על-ידי ארגון Safe Kids Worldwide ב-1988 אשר התבסס על פיתוח קואליציות לבטיחות ילדים ברמה של מדינה, מחוז או עיר. המודל מתמקד בילדים בני 0-18 ובמניעת היפגעות בלתי מכוונת. כיום קיימות למעלה מ-500 קואליציות לבטיחות ילדים ברחבי ארה"ב (8). בכל אחת מהקואליציות ישנו ארגון מקומי כגון בית חולים, ארגון קהילתי או משרד בריאות אשר מוביל את הפעילות. הקואליציות מקדמות תכניות התערבות מוכחות על פי הצרכים בקהילה המקומית כגון: סדנאות התקנה של מושבי בטיחות, סדנאות בבתי ספר בנושא קידום בטיחות הולכי רגל, סדנאות הדרכה בנושא בטיחות בספורט למאמנים והורים, והדרכות לנשים בהיריון ויולדות על בטיחות בשנה הראשונה. מודל 'בטרם בעיר' פותח בשנת 2007 על-ידי ארגון 'בטרם' בשיתוף עם מרכז השלטון המקומי וחברת 'אשד - משאבי ניהול והנדסה', על מנת לתת מענה לרשויות המקומיות בישראל, יהודיות וערביות כאחת, המבקשות לפעול למען שיפור בטיחות הילדים בתחומן. נכון לשנת 2014 המודל מופעל ב-26 רשויות מקומיות ברחבי ישראל, מתוך תפיסה שרשויות מקומיות הן גורם חשוב בניהול וקידום בטיחות הילדים ובצמצום היפגעותם בתאונות. יכולתן להשפיע על בטיחות הילדים היא רבה, מכיוון שפעילותן מקיפה את מכלול תחומי החיים והן אחראיות על התשתיות, על מערכות החינוך ועל שירותים רבים נוספים (9). בישראל, הרשויות המקומיות הן בעלות אחריות ישירה על 3 מתוך 4 זירות ההיפגעות המרכזיות: המרחב הציבורי, מוסדות החינוך והדרכים. אחריות זו מחזקת את החשיבות הרבה במודל עבודה ברשות מקומית, לטובת מניעת היפגעות ילדים.

מודל 'בטרם בעיר' בולט מבין המודלים העירוניים האחרים שצוינו, בכך שהוא מותאם לקידום בטיחות ילדים באמצעות מנגנוני הניהול העירוניים הקיימים, מתוך הראייה הכוללת כי קידום בטיחות הוא חלק מקידום בריאות. המודל עושה שימוש בשלוש הדיסציפלינות הבאות יחד: קידום בריאות, ניהול סיכונים וניהול שינוי באמצעות ייעוץ ארגוני. כמו כן, המודל מדגיש את מרכיבי הניהול מתוך התפיסה כי יצירת תשתית של ניהול תחום בטיחות הילדים תאפשר השפעה ברמת קיימא.

## קידום בריאות

מקובל להתייחס לקידום בריאות כאל מכלול הפעילויות והתהליכים הננקטים על ידי אנשים פרטיים או גופים על מנת להגביר את השליטה על אירועים המשפיעים על חייהם ועל בריאותם (10). קידום בריאות משלב בתוכו שני ממדים: הראשון הנו ממד הפרט, הגורס כי תהליכי קידום בריאות, מטרתם להעניק לאנשים הפרטיים שליטה טובה יותר על חייהם ומידע מהימן אודות נושאים בריאותיים. לכן, תכניות רבות של קידום בריאות שמות את הדגש על נושא ההעצמה

שטח מהווים חלק חשוב מתהליך הערכת הסיכונים, עולה הסיכוי כי יזוהו יותר גורמים רלבנטיים, וכי גורמי שטח אלו ייקחו חלק בהובלת תהליך המניעה גם בעתיד (20).

תקן מוביל בתחום ניהול הסיכונים ברמה הארגונית הנו תקן ISO 18001. עקרונות התקן מצביעים על כך שהבטיחות בארגון הנה תחום הרלוונטי לכל דרגי הניהול והביצוע, כל אחד בהתאם לאחריותו ולסמכותו. פרט לכך יש מעגל המתחיל ממדיניות, עובר דרך תכנון, מימוש ותפעול, ומסתיים בתחקור אירועים חריגים ובקרה. הארגון קובע מדיניות ותכנון יחד עם יועציו, וכנגזרת מקדם את השלבים הבאים החל ממימוש ותפעול\*.

### ייעוץ ארגוני להובלת שינוי

שינוי ארגוני מתואר במרבית המקרים כתהליך מדורג הכולל מספר שלבים, כאשר שלבים אלו מתוכננים בלבד ואינם ניתנים לניבוי מדויק עם תחילת הטמעת השינוי (21): (1) אבחון המצב הנוכחי וזיהוי המצב הרצוי (2) יצירת חזון אסטרטגי (3) תכנון אסטרטגיית השינוי (4) וידוא מחויבות ומעורבות הגורמים הרלבנטיים לשינוי (5) ניהול הטמעת השינוי (6) ייצוב, אינטגרציה וגיבוש של תוצאות השינוי על מנת להבטיח ולתחזק את תוצאותיו.

בשנות התשעים צמח מושג חשוב הנוגע לתכנון וביצוע של שינוי ארגוני למטרת קידום בריאות המכונה "בניית יכולות" (Capacity Building). מונח זה צמח מתוך ההבנה כי ישנם שלושה מרכיבים הנדרשים לארגון על מנת להבטיח קידום בריאות – (1) מנדט לפעולה, (2) מסגרת תשתיתית לפעולה ו-(3) היכולת לפעול (22).

"בניית יכולות" כוללת פיתוח ארגוני, הקצאת כוח אדם, הקצאת משאבים נוספים, מנהיגות ושותפות. חשיבותה באה לידי ביטוי בכך שהיא זו שמאפשרת לכוון מחדש מערכות וגופים שונים האמונים על בריאות הציבור, על מנת שיתנו שירות משותף ואיכותי יותר. יכולת בנייה כמערכת אסטרטגי יכולה להיות מיושמת הן בתוך ארגון והן בשיתוף פעולה בין ארגונים על מנת להוביל להעצמת יכולות של אנשים, ארגונים וקהילות לכיוון של קידום בריאות.

### שיטות הערכת תכניות בבריאות הציבור

הערכת יעילות של תכניות הנה דרך שיטתית לשיפור הפעילות לקידום בריאות הציבור. תפקיד ההערכה לבחון עד כמה הפעילות מובילה לתוצאות הרצויות, ורק באמצעות הערכה ניתן להבדיל בין תכניות שמקדמות בריאות ובין אלו שאינן עושות זאת. המרכז לבקרת מחלות בארה"ב (CDC) קבע מסגרת ברורה להערכת תכניות בריאות הציבור הכוללת

(Empowerment) המוגדר כאוסף פעולות המכוונות להגביר את מידת השליטה של אנשים בחייהם הפרטיים ובחיי הקהילה. ההנחה היא שתהליך זה מגביר את השליטה של אנשים בחייהם ולפיכך משמש כגורם קריטי בעריכת בחירות בריאות יותר (11).

השני הנו ממד מקרו-חברתי, שבו גורמי שלטון שונים מנסים להנחיל לציבור הרחב נורמות של בריאות הנוגעות לפעילות גופנית, למזון ולכללי אורח חיים בריא יותר (12). מחקרים מלמדים שבאופן בלתי תלוי במאפיינים הפרטיים של האנשים החיים במרחב העירוני, ישנה השפעה של הסביבה המוניציפלית שבה מתגוררים האנשים על בריאותם (13).

רשויות מקומיות רבות, בעיקר ברחבי אירופה, נקטו שורה של צעדים להגברת רמת הבריאות, בין השאר על ידי קידום השכלה בתחום והעלאת המודעות, אספקת שירותים שונים על מנת לצמצם סיכונים במרחב העירוני, פילוח אזורים ואוכלוסיות אשר מועדים יותר לפגיעה, פיתוח תכניות שנתיות מסודרות לקידום נושאי בריאות, וכן פיתוח תכניות מדידה והערכה של התערבות הרשות המקומית ברמת הבריאות של התושבים (14).

### ניהול סיכונים

ניהול סיכונים היא דיסציפלינה המתעסקת בזיהוי, הערכה ותעדוף של סיכונים, מתוך מטרה לשלוט ולצמצם ככל שניתן את ההסתברות להתרחשותו בפועל של גורם סיכון או אירוע בעל השלכות שליליות (15). לאחר זיהוי גורמי הסיכון האפשריים אשר עלולים לחבל בהשגת היעדים, יש לבצע הערכה מחושבת הן של חומרת ההשפעה של גורם הסיכון והן של ההסתברות להתרחשותו (16). מאחר וסיכונים שונים האחד מן השני, נהוג לנהל סיכונים על פי מידת המורכבות ומידת אי הוודאות של התרחשות הסיכון, החל מסיכון פשוט, דרך סיכון מורכב ועד סיכון לא ודאי (17).

רשויות מקומיות, כחלק משגרת יומן, באות במגע עם שורה ארוכה של סיכונים שעליהן לנהל במרחב הציבורי, בין השאר בהיבט הבטיחותי. השכיחות הגבוהה של סיכונים ותאונות הובילו את מקבלי ההחלטות במגזר הציבורי להפנות משאבים על מנת לזהות סיכונים במרחב העירוני ולתת להם מענה הולם על מנת לצמצם אותם למינימום האפשרי (18).

ניהול הסיכונים במרחב המוניציפלי מתמקד בתכנון לטווח הארוך (חמש שנים ומעלה), יותר מאשר בבניית תכניות עבודה לטווח הקצר (19). עם זאת, בניית מדיניות ניהול סיכונים גם לטווח הקצר הנה חיונית משום שמרבית התאונות מתרחשות במרחב הציבורי, שלו אחראית בדרך כלל אך ורק המועצה או הרשות המקומית. לפיכך, על רשויות מקומיות להשקיע משאבים במיפוי הסיכונים על מנת לנקוט אמצעי מנע בהגברת הבטיחות של תושביהן.

מחקרים אודות "קהילות בטוחות" מראים שאם עובדי

\* <https://portal.sii.org.il/heb/qualityauth/certificationtypes/safetylinks/ohsas/>

לקדם את בטיחות הילדים בתחומן, תוך שיתוף מידע והעלאת הנושא לסדר היום הלאומי.

תחום בטיחות הילדים כמכלול לא תמיד מעוגן בחוקים, בנהלים ובתקנות המחייבים של הרשות המקומית. לפיכך מציעה התכנית מודל המבוסס על הניסיון העולמי שהצטבר ומצא כי שיתוף פעולה בין הגורמים הקיימים ברשות המקומית, הפועלים בתחום בטיחות הילדים מתוקף תפקידם, ישפיע על כל הזירות ברשות המקומית שבהן עלולים ילדים להיפגע – המרחב הציבורי, מוסדות חינוך, דרכים וביט.

רשות מקומית המצטרפת ליישום המודל מחויבת למספר שלבים מרכזיים (ראה תרשים 1) כולל: מינוי יו"ר ומנהל ברשות המקומית, ביצוע מיפוי ראשוני של מצב בטיחות הילדים ברשות, קביעת מדיניות בטיחות ילדים רשותית, בניית תכנית עבודה שנתית ובניית מנגנוני ניהול ובקרה (ועדת היגוי, צוות ביצוע ועוד). במקביל, מתחילה הרשות בהפעלת אסטרטגיות מניעה שונות (בתמהיל משתנה, כל אחת בהתאמה לצרכיה), כגון: ייזום וקידום תקנות, נהלים והסדרים לשמירה על בטיחות הילדים, עידוד תשתיות וסביבות בטוחות ושימוש במוצרים בטוחים לילדים, איתור סיכונים ומפגעים וטיפול בהם, ביצוע תכניות התערבות, הנגשת מידע בנושא בטיחות ילדים לציבור הרחב, הדרכה של אנשי מקצוע בתחום בטיחות הילדים, שיווק וחשיפה של נושא בטיחות הילדים באמצעי התקשורת המקומית, גיוס מתנדבים וגיוס כספים לטיפול בנושא, איסוף נתוני היפגעות ילדים ועוד. הרשות מקבלת ליווי של יועצ/ת ארגונית מטעם ארגון 'בטרם', המתמחה בתחום בטיחות הילדים, אשר מסייע בתהליך הקמתו של מערך עירוני לניהול ולקידום בטיחות הילדים ברשות המקומית.

ההנחה העומדת בבסיס המודל היא שביצוע שיטתי ומיטבי של הפעולות שצוינו לעיל יוביל לאחר מספר שנות פעילות לעלייה בבטיחות ילדים ולירידה בהיפגעות של ילדים, ויבוא

שישה מרכיבים: שיתוף בעלי עניין; תיאור התכנית; מיקוד שיטת ההערכה; איסוף ראיות אמינות; הצדקת מסקנות ושימוש ושיתוף של הממצאים (23).

נאטבים (Nutbeam) הצביע על שלושה שלבי הערכה: בחינה ראשונית של תכנית חדשנית (innovation testing), בחינת התהליך ותוצאות של תכנית ההתערבות (intervention demonstration), ובחינת יכולת השכפול של התכנית באופן רחב יותר (24) (intervention dissemination). חלוקה נוספת בספרות הנה הערכת רשמים ראשוניים – עד כמה התכנית עובדת (impact evaluation), הערכת תוצאות התכנית – לטווח הארוך בכדי להבין האם התכנית הובילה לתוצאות הרצויות (outcome evaluation), והערכת היכולת להעתיק את התכנית (25) (transfer evaluation).

חשוב לבחור בשיטת הערכה המתאימה לשלב ולמבנה התכנית ואשר תיתן את המידע המתאים שיאפשר מענה לשאלות ההערכה שפותחו בשלב המקדים של התכנית. מבין השיטות המוכרות ישנן תכניות הערכה ניסוייות המבוססות על מדגם רנדומלי הכולל קבוצת ניסוי וקבוצת ביקורת. לצד זה יש שיטה המדמה ניסוי, אשר כוללת השוואה לאורך זמן או בין קבוצות המשתתפות בתכנית בשלבים שונים של התהליך. בנוסף, קיימים מודלים משתפים ופחות פורמליים ומובנים (24). בהערכת תכניות יש צורך להתייחס למכלול של מדדים כולל התנהגות, ידע, סביבה, תשתיות, העצמת הקהילה, נורמות חברתיות, מדיניות ועוד; לכן נעשה שימוש במתודולוגיות שונות, כמותניות ואיכותניות, לאיסוף הנתונים. חוקרים מציינים ששילוב שיטות שונות לרוב מחזק את היעילות של תכנית ההערכה (ראה 23, 24, 25).

בהערכת תכניות קהילתיות ישנה חשיבות רבה למתן תשומת לב לשיטות השיטה והתייחסות לסביבת ההערכה על מנת לגרום להפרעה פחותה ביותר לביצועים אשר נערכים במסגרת תכנית ההתערבות. חשוב לקחת בחשבון את הצרכים ואת העמדות של כלל השותפים בתכנית (23). רבות מהתכניות בקידום בריאות הנן תכניות מורכבות ביותר ולכן יש קושי למדוד את תוצאותיהן. ייתכן שהשינויים הרצויים בחברה יתקיימו רק לאורך זמן, ועל כן יש חשיבות לשימוש במדידה בשלבים השונים ולשילוב מדדים שונים תוך שימוש במגוון השיטות על מנת לשקף את התוצאות השונות של התכנית (25).

## תיאור מודל 'בטרם בעיר'

מודל 'בטרם בעיר' מבוסס על תשתית המשלבת בתוכה תכניות התערבות וכלים ניהוליים. 'בטרם בעיר' נרקמה במטרה לצמצם תאונות והיפגעות של ילדים במרחב הרשות המקומית ולהבנות תשתית ניהול בטיחות ברת קיימא. המודל משלב בתוכו פעילות לקידום הנושא ברמה המקומית ופעילות ברמה הלאומית באמצעות ברית של רשויות מקומיות המחויבות

תרשים 1: מודל 'בטרם בעיר'



ערבית), וותק הרשות בתכנית (חדשות לעומת ותיקות\*\*).

II. מתודה איכותנית, שבחנה את הפערים בין היישום הרצוי של המודל ובין יישומו בפועל בארבע רשויות מקומיות; באר שבע, בת-ים, נצרת ונתניה, אשר הוגדרו מבחינת מאפייניהן כמייצגות את כלל הרשויות המשתתפות בתכנית. הדבר נעשה באמצעות ראיונות עומק עם בעלי תפקידים ובאמצעות ניתוח מסמכים כגון תכניות עבודה ודוחות תקציב של התכנית ברשויות אלה בשנים 2010-2012.

המשתנים שנבדקו באמצעות כלים אלה הם: הקצאת תקציב ותקנים לתכנית, מידת המחויבות של מנהיגות הרשות המקומית כלפי התכנית, תפקוד בעלי התפקידים בתכנית, מידת השימוש במנגנוני ניהול וכלים לניהול התכנית, מידת ואיכות השימוש בתכנית עבודה שנתית ליישום התכנית, מידת השימוש במנגנוני מעקב, בקרה וניהול ידע, ומידת ואיכות השימוש באסטרטגיות למניעת היפגעות של ילדים ברשות.

## ממצאים

מחקר ההערכה בדק את אפקטיביות המרכיבים המרכזיים של מודל 'בטרם בעיר', הנגזרים משלושת הדיסציפלינות שעליהן מבוסס המודל – קידום בריאות, ניהול סיכונים וייעוץ ארגוני להובלת שינוי.

### בעלי תפקידים בתכנית (יו"ר, מנהל ויועצת):

יו"ר התכנית: ראיונות העומק מלמדים כי תפקיד יו"ר התכנית חשוב לקידום התכנית, בעיקר בכל הנוגע להקצאת משאבים לתכנית ולקידום שיתופי פעולה בתוך העירייה. ליו"ר יש יכולת השפעה משמעותית על מהלכים ברשות והוא מביא לתכנית ראייה אסטרטגית-מערכתית. בנוסף, ממצאי השאלונים מלמדים על מתאם חיובי מובהק בין התפקוד של יו"ר התכנית ובין משתני תפוקה מרכזיים בתכנית: שיתוף הפעולה של התכנית עם גופים שונים ברשות, מספר זירות ההיפגעות שבהן קיימות תכניות מניעה ומספר תכניות המניעה הקיימות.

מנהל התכנית: ראיונות העומק מלמדים כי מנהל התכנית נמצא כבעל תפקיד משמעותי ביותר בתכנית, אך תפקודו תלוי במידה רבה מאוד בגיבוי שהוא מקבל מהממונים עליו (יו"ר התכנית או גורם בכיר אחר בעירייה) ומהמיצוב של התכנית בעיר. ממצאי השאלונים מלמדים כי מנהלים בעלי

לידי ביטוי בשינוי במדדים שונים, כגון: עלייה בהתנהגות בטוחה של ילדים, גידול בתשתיות עירוניות בטוחות וירידה בפניות לחדר מיון, אשפוזים ותמותה של ילדים מהיישוב כתוצאה מתאונות.

## מחקר ההערכה

מחקר ההערכה נערך בשנים 2010-2014 ומטרתו הייתה להעריך את האפקטיביות של מודל 'בטרם בעיר' ברשויות המקומיות המשתתפות בתכנית. המחקר נעשה בשתי מתודות עיקריות:

I. מתודה כמותית, אשר בחנה את יישום התכנית בהתאם למודל 'בטרם בעיר', בכל הרשויות המקומיות המשתתפות בה (N=23). הדבר נעשה באמצעות ארבעה שאלונים, שהועברו בחודשים יולי-ספטמבר 2013: שאלון ליו"ר התכנית – השאלון בדק מרכיבים של יישום מודל התכנית ברשות המקומית ואת ועמדות היו"ר כלפיה, כלל 35 פריטים והועבר באמצעות הטלפון (היענות = 74%).

שאלון למנהל התכנית – השאלון בדק מרכיבים של יישום מודל התכנית ברשות המקומית, כלל 73 פריטים והועבר באמצעות הטלפון (היענות = 91%). שאלון ליועצת בתכנית – השאלון בדק את עמדות יועצות 'בטרם' כלפי התכנית, כלל 27 פריטים והועבר באמצעות האינטרנט (היענות = 100%).

שאלון רשות מקומית – השאלון בדק מרכיבים של יישום מודל התכנית ברשות המקומית, כלל 55 פריטים והועבר באמצעות האינטרנט ליועצות התכנית, אשר התייחסו לרשויות שבהן הן מייצגות במסגרת התכנית. השאלון מולא עבור כל הרשויות המקומיות המשתתפות בתכנית (היענות = 100%).

המשתנים שנבדקו בארבעה השאלונים יחד הם: היקף הקצאת משאבים לתכנית, מידת השימוש בכלים למיפוי ותכנון התכנית, מידת שימוש במנגנונים לניהול התכנית, איכות תפקוד בעלי התפקידים בתכנית – יו"ר, מנהל ויועצת 'בטרם', מידת שיתוף הפעולה במסגרת התכנית עם גורמים ברשות המקומית, היקף ואיכות יישום אסטרטגיות מניעה ותכניות לקידום בטיחות ילדים ברשות.

לצורך ניתוח המשתנים, נערכה השוואה בין הרשויות לפי משתני הרקע הבאים: סוג הרשות המקומית (רשויות עירוניות לעומת מועצות מקומיות\*), השפה המדוברת ברשות (עברית לעומת

\* לפי הגדרת משרד הפנים עירייה היא רשות גדולה יותר מבחינת מספר התושבים. רשות מקומית הופכת לעיר כאשר היא מגיעה לכ-30,000 תושבים.

\*\* הוותק של הרשות בתכנית נקבע על-פי הוותק החציוני, שעמד על 41 חודשים – רשויות חדשות מתחת לחציון ורשויות ותיקות מעל לחציון.

המקומית. יחד עם זאת, ניכר כי תקן ייעודי הנו בעל חשיבות רבה יותר, מפני שהוא מאפשר לפתח ולקדם את התכנית, תוך מציאת המקורות התקציביים לכך מתוך התקציבים הרגילים שמשקיעה הרשות – בנושא הבטיחות בכלל ובנושא בטיחות הילדים בפרט (למשל, אחזקת מוסדות חינוך, בטיחות מוסדות חינוך, אחזקת מתקני משחק, בטיחות בדרכים, שיפור תשתיות עירוניות ועוד).

ממצאי הראיונות מלמדים כי היעדר תקן ותקציב מגבילים את יישום התכנית ומקטינים את מידת העצמאות שלה, אך מנגד הם "דוחפים" את מנהלי התכנית למצוא שיתופי פעולה ולאגם משאבים ממקורות אחרים. יחד עם זאת, ממצאי השאלונים לא הצביעו על קשר סטטיסטי מובהק בין גובה התקציב הייעודי לתכנית ובין משתני תפוקה מרכזיים בתכנית.

מנגנוני ניהול התכנית: ליבת מודל 'בטרם בעיר' הנה בנייה של תשתית המשלבת ניהול וקידום של בטיחות הילדים בתחומי העיר, תוך הובלת תהליך לשיפור מתמיד בבטיחות ילדים. ניהול הבטיחות בא לידי ביטוי ברשויות במספר מנגנונים ניהוליים מרכזיים: תכנית עבודה, מיפוי ניהולי, ועדת היגוי, צוות ביצוע ואיסוף וניטור נתוני היפגעות ברשות.

בלוח 1 ניתן לראות את מידת היישום של מנגנוני הניהול ברשויות המקומיות המיישמות את המודל על בסיס הממצאים מתוך שאלון הרשויות אשר כלל מיפוי של כלל הרשויות.

הממצאים מלמדים כי מנגנוני הניהול של המודל מיושמים רק בחלק מהרשויות, כאשר איסוף וניטור נתוני היפגעות מתקיים בפחות מ-40% מהרשויות. בנוסף, עולה כי היישום של מנגנוני הניהול הוא רב יותר בערים בהשוואה למועצות מקומיות וברשויות ותיקות בתכנית בהשוואה לרשויות חדשות בתכנית.

שיתוף פעולה עם גופים עמיתים ברשות: ממצאי הראיונות מלמדים כי שיתוף הפעולה של התכנית עם גופים שונים ברשות הנו תנאי הכרחי להצלחת התכנית מפני שהוא מאפשר לרכז מאמצים ולאגם תקציבים לטובת קידום בטיחות הילדים ברשות המקומית.

בשאלון הרשויות נבדק האם קיימים קשרי עבודה בין התכנית ובין עשרה גופים עירוניים שונים. הממצאים מלמדים כי שלושת הגופים עמם מתקיימים קשרי עבודה במספר הרב ביותר של רשויות הם המטה לבטיחות בדרכים, ממונה

תרומה נמוכה לקידום התכנית מתאפיינים במחויבות מעטה לתפקיד, בקושי ביצירת שת"פ והנעת אנשים ברשות ובהיעדר זיקה לתחום בטיחות ילדים. לעומת זאת, מנהלים אשר תורמים לקידום התכנית מתאפיינים במוטיבציה ואמביציה גבוהות וביכולת הנעה ורתימה של אנשים ברשות (ממצאי שאלון יועצות התכנית). בנוסף, נמצא מתאם חיובי מובהק בין התפקוד של מנהל התכנית ובין משתני תפוקה מרכזיים בתכנית: שיתוף הפעולה של התכנית עם גופים שונים ברשות, מספר זירות ההיפגעות שבהן קיימות תכניות מניעה ומספר תכניות המניעה הקיימות. עוד עולה מהראיונות כי יישום התכנית היה אפקטיבי יותר ברשויות שבהן הייתה למנהל התכנית זיקה אישית וארגונית לתחום הקידום והמניעה בכלל ולתחום הבטיחות בפרט.

יועצ/ת לבטיחות ילדים ('בטרם'): ממצאי הראיונות וממצאי השאלונים מלמדים כי תרומתן של היועצות לקידום התכנית נתפסה כגבוהה הן על-ידי היו"רים והן על-ידי מנהלי התכנית. היועצ/ת מהווה את מקור הידע בתחום ניהול וקידום בטיחות הילדים ברשות. יועצים/ות שנתפסו על-ידי מנהלי התכנית כבעלות תרומה רבה לתכנית מתאפיינות במקצועיות, באכפתיות, בזמינות, בדחיפה ובמכוונות לתפקיד. בנוסף, נמצא בשאלונים מתאם חיובי מובהק בין ניצול שעות הייעוץ של היועצ/ות ובין משתני תפוקה מרכזיים בתכנית: מספר זירות היפגעות שבהן קיימות תכניות מניעה ומספר תכניות המניעה הקיימות.

תקן ותקציב ייעודיים להנעת התכנית: ארגון 'בטרם', המוביל ומשווק את מודל 'בטרם בעיר', אינו מקצה לרשויות תקן ייעודי למנהל התכנית או תקציב לביצוע פעולות. נהפוך הוא, המודל מחייב את הרשויות החברות בתכנית בתשלום של דמי חבר שנתיים, המשתנים בין רשות לרשות בכפוף לגודלה ולמצבה הסוציו-אקונומי. בפועל, ממצאי השאלונים מלמדים כי לרשות אחת בלבד יש תקן ייעודי לניהול התכנית, במסגרת תפקיד נוסף שממלא המנהל ברשות, ולשש רשויות בלבד יש תקציב ייעודי לפעולות במסגרת התכנית (כ-26%), מעבר לתקציב דמי החבר השנתיים.

ממצאי הראיונות מלמדים כי הקצאה של תקן ותקציב ייעודיים לתכנית הם מרכיבים חשובים בקידומה בתוך הרשות

לוח 1: יישום של מנגנוני הניהול של התכנית ברשויות

סה"כ (n=21)	ותק		שפה		סוג רשות		
	חדשה (n=10)	ותיקה (n=11)	ערבית (n=8)	עברית (n=13)	מועצה מקומית (n=6)	עיר (n=15)	
78%	58%	100%	70%	85%	50%	93%	קיום תכנית עבודה
62%	40%	82%	62%	61%	34%	73%	ביצוע מיפוי ניהולי
60%	40%	80%	57%	62%	33%	71%	קיום ועדת היגוי
62%	50%	73%	62%	62%	50%	67%	קיום צוות ביצוע
39%	25%	54%	20%	54%	25%	47%	איסוף וניטור נתוני היפגעות

(כדוגמת פרסום חומרי הסברה על בטיחות ילדים באמצעי תקשורת; עדכון אתר האינטרנט של העירייה בחומרי התכנית וחומרי 'בטרם') והעצמה ובניית יכולות (כדוגמת קיום הדרכות בנושא בטיחות ילדים לבעלי תפקידים בעירייה; גיוס מתנדבים לפעילות 'בטרם בעיר').

כפי שניתן לראות בלוח 3, הממצאים מלמדים כי פרסום חומרי הסברה וקיום הדרכות מקצועיות בנושא בטיחות ילדים לבעלי תפקידים ברשות המקומית היו שתי האסטרטגיות הנפוצות ביותר. לעומת זאת, גיוס מתנדבים לפעילות במסגרת התכנית וקיום הצהרת מדיניות בנושא בטיחות ילדים יושמו על-ידי חלק קטן יחסית מהרשויות. בנוסף עולה כי לא קיימים הבדלים בולטים ביישום של אסטרטגיות המניעה בין רשויות בעלות מאפיינים שונים, למעט גיוס מתנדבים וקיום הצהרת מדיניות שבולטים יותר ברשויות דוברות ערבית.

**תכניות התערבות לקידום בטיחות ילדים:** ביצוע תכניות התערבות לקידום בטיחות ילדים היא אחת מאבני היסוד של מודל 'בטרם בעיר'. שאלון הרשויות בדק שני משתנים המתייחסים לתכניות ההתערבות, בפרק זמן של שנה:

I. מספר התכניות המופעלות ברשות, ללא תלות בהיקפן ו/או בקהל היעד שלהן.

II. מספר זירות ההתערבות שבהן מופעלות התכניות בכל רשות. ארבע זירות ההיפגעות הנפוצות להיפגעות ילדים ברמה הרשותית הן: מרחב ציבורי, מוסדות חינוך, דרכים ובית.

בנוסף, נבדק משתנה שלישי על-ידי שני מומחי תוכן מארגון 'בטרם' – איכות התכניות ההתערבות בכל רשות – וניתן לו דירוג על-פי הקריטריונים הבאים:

הבטיחות העירוני / ממונה בטיחות מוסדות חינוך ומינהל החינוך. שלושת הגופים שעמם מתקיימים מעט קשרי עבודה באופן יחסי הם: החינוך הבלתי-פורמלי / מתנ"סים, מינהל ההנדסה ומחלקת תרבות ואירועים.

בכדי להעריך את היקף שיתוף הפעולה של התכנית עם גופים שונים ברשות, נבנה "מדד שיתוף פעולה רשותי" המבוסס על שאלון הרשויות. המדד מחושב על-ידי חלוקת מספר הגופים שעמם קיים שיתוף פעולה במספר הגופים הכולל שנבדק, כפול 100 (לדוגמה, רשות שבה מתקיים שיתוף פעולה עם שמונה גופים מתוך עשרה שנבדקו, תקבל ציון 80). המדד נע בין 0-100 ומשקף את היקף שיתוף הפעולה בכל רשות, בין התכנית ובין גופים שונים ברשות.

בלוח 2, ניתן לראות כי ממוצע המדד עומד על 77. בנוסף, הממצאים מלמדים כי ברשויות עירוניות מתקיים יותר שיתוף פעולה בהשוואה למועצות מקומיות (82 לעומת 68, בהתאמה) וברשויות דוברות עברית מתקיים יותר שיתוף פעולה בהשוואה לרשויות דוברות ערבית (84 לעומת 68, בהתאמה).

ממצאי הראיונות מלמדים כי ככל ששיתוף הפעולה בין הנהלת התכנית לגופים הרלוונטיים ברשות הוא רב יותר, כך עולה רמת הביצוע של התכנית. ממצאים אלו מעידים על כך שמודל 'בטרם בעיר' הנו מערכתי באופיו, והצלחתו תלויה בשיתוף פעולה ובאיגום משאבים מצד כלל הגופים הרלוונטיים לניהול וקידום בטיחות ילדים במערכת הרשותי.

**אסטרטגיות מניעה:** שאלון הרשויות בדק את מידת היישום של שלוש אסטרטגיות מניעה באמצעות פעולות שונות, המקבלות ביטוי בולט בתכנית: מדיניות ושינויים מערכתיים (כדוגמת קיום הצהרת מדיניות), שיווק ועיצוב תודעתי

לוח 2: מדד שיתוף הפעולה של התכנית עם גופים שונים ברשות לפי דיווח היועצות

סה"כ (n=23)	ותק		שפה		סוג רשות		מדד שיתוף פעולה של התכנית עם גופים שונים ברשות
	חדשה (n=11)	ותיקה (n=12)	ערבית (n=10)	עברית (n=13)	מ"מ (n=8)	עיר (n=15)	
77	74	80	68	84	68	82	

לוח 3: יישום הפעולות ברשויות, כחלק מאסטרטגיות המניעה

סה"כ (n=21)	ותק		שפה		סוג רשות		פרסום חומרי הסברה על בטיחות ילדים באמצעי תקשורת (שלטי חוצות, עיתונים, רדיו) קיום הדרכות בנושא בטיחות ילדים לבעלי תפקידים בעירייה
	חדשה (n=10)	ותיקה (n=11)	ערבית (n=8)	עברית (n=13)	מ"מ (n=6)	עיר (n=15)	
86%	80%	91%	87%	85%	83%	87%	
81%	80%	82%	75%	85%	67%	87%	
70%	67%	73%	50%	83%	60%	73%	עדכון אתר האינטרנט של העירייה בחומרי התכנית ובחומרי 'בטרם'
57%	60%	55%	87%	38%	67%	53%	גיוס מתנדבים לפעילות 'בטרם בעיר'
48%	42%	55%	60%	38%	50%	47%	קיום הצהרת מדיניות

מספר זירות ההיפגעות – תכניות התערבות לקידום בטיחות ילדים שבהן עסקו הרשויות התייחסו בממוצע ל-2.9 זירות מתוך ה-4 האפשריות, כאשר הזירה השכיחה ביותר היא הבית ולאחר מכן מוסדות החינוך, המרחב הציבורי והדרכים. איכות תכניות ההתערבות – דירוג האיכות הממוצע של תכניות ההתערבות ברשויות עומד על 1.6 מתוך 4 – דירוג נמוך יחסית. הדירוג היה גבוה יותר ברשויות עירוניות בהשוואה למועצות מקומיות (1.9 לעומת 1.2, בהתאמה) וברשויות דוברות עברית בהשוואה לרשויות דוברות ערבית (1.9 לעומת 1.25, בהתאמה).

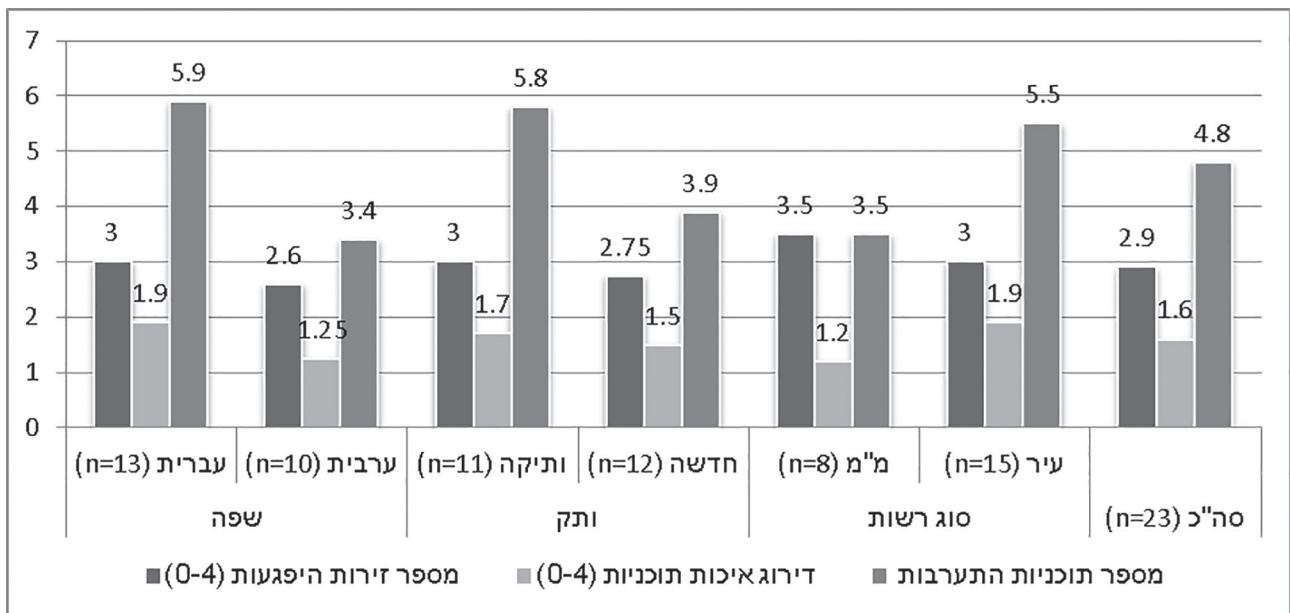
### סיכום ומסקנות

מודל 'בטרם בעיר' נועד לסייע לרשות המקומית להוביל תהליכי ניהול וקידום בטיחות ילדים, הנתמכים במגוון תכניות וכלים מבוססי ראיות, בשותפות עם התושבים. המודל מבוסס על דיסציפלינות של קידום בריאות ובריאות, ניהול סיכונים וניהול שינוי באמצעות ייעוץ ארגוני. ממצאי מחקר ההערכה אשר בחן את אופן יישום המודל ברשויות השותפות באופן רוחבי לאורך מספר שנים מלמדים רבות על המרכיבים השונים של המודל ועל שיטות עבודה יעילות לניהול וקידום בטיחות ילדים ברמה המוניציפאלית בישראל. לממצאים הללו קיימת השלכה על פעולות ועל תכניות נוספות בתחום קידום בריאות ברמה המקומית והלאומית. באופן כללי, ניתן לומר כי למרות שהמודל שעליו מבוססת התכנית בנוי היטב ומבוסס על התיאוריה והפרקטיקה בתחום, היישום בפועל של המודל ברשויות המקומיות היה חלקי

0. התכנית לא עונה על אף אסטרטגיה / לא ניתן להעריך את התכנית על סמך הנתונים הקיימים.
1. התכנית עומדת בסטנדרט נמוך: כלל מרכיבי התכנית ביחד מכילים רק אסטרטגיית מניעה אחת (קידום בטיחות בלבד).
2. התכנית עומדת בסטנדרט בינוני: היא אינה תכנית קידום בטיחות אלא מקדמת תשתית ניהולית בלבד.
3. התכנית עומדת בסטנדרט גבוה: כלל מרכיבי התכנית ביחד מכילים לפחות 2 אסטרטגיות פעולה (ללא מרכיבי ניהול בטיחות לצד מרכיבי קידום בטיחות).
4. התכנית עומדת בסטנדרט גבוה מאד: כלל מרכיבי התכנית ביחד מכילים: (1) לפחות 2 אסטרטגיות פעולה; (2) מרכיבים של ניהול בטיחות לצד קידום בטיחות.

דירוג איכות התכניות הרשותי חושב באופן הבא: סכום הדירוג של כל תכניות ההתערבות ברשות חלקי מספר תכניות ההתערבות ברשות. שלושת המשתנים הנ"ל הוגדרו בסקר כמדדי תפוקה של התכנית, המעידים על מידת הצלחתה ברשות. ממצאי המחקר המופיעים בתרשים 1 מלמדים כי: מספר תכניות ההתערבות – מספר תכניות ההתערבות הממוצע שהפעילו הרשויות הפועלות במודל עמד על 4.8 גדול יותר ברשויות עירוניות בהשוואה למועצות מקומיות (5.5 לעומת 3.5, בהתאמה), ברשויות דוברות עברית בהשוואה לרשויות דוברות ערבית (5.9 לעומת 3.4, בהתאמה) וברשויות ותיקות בהשוואה לרשויות חדשות בתכנית (5.8 לעומת 3.9, בהתאמה).

תרשים 1: ביצוע תכניות התערבות לקידום בטיחות ילדים ברשויות





ההערכה מלמדים כי קיום תקציב ותקן ייעודיים לתכנית אינם מהווים תנאי הכרחי להצלחתה. יחד עם זאת, ניתן ללמוד מממצאי מחקר ההערכה כי במידה ולא ניתן להקצות את שני המרכיבים הללו, ניכר כי יש להעדיף הקצאה של תקן ייעודי לניהול התכנית על פני תקציב. הסיבה המרכזית לכך היא שתקן ייעודי עשוי ליצור מחויבות גבוהה של מנהל התכנית והובלה רציפה שלה, בעוד שתקציבים לנושא בטיחות ילדים ניתן לאגם ממקורות תקציביים אחרים הנוגעים לתחום הבטיחות ברשות.

מנגנוני ניהול שיטתיים נמצאו כבעלי חשיבות רבה בתכניות לקידום בריאות. עצם בנייתה של תכנית עבודה מסודרת נחשבת לאחד מאבני הדרך הארגוניים החשובים ביותר להוצאה לפועל של קידום בריאות ומהווה תנאי לרמת האפקטיביות שלה (32). כתיבת התכנית מוציאה מן הכוח אל הפועל את הרעיונות, את העקרונות ואת האידיאלים של המטרות, כפי שהן באות לידי ביטוי באופי המיוחד של המרחב העירוני הספציפי. בנוסף לכך, יש לשים דגש על התשתית הקיימת לקראת השינוי הארגוני העתידי. ככל שהתשתית העירונית הקיימת חזקה יותר, הקשר בין הגורמים שוטף יותר וכל גורם יודע את תפקידו אך עם זאת גמיש לשינויים, כך גדלה הסבירות שהשינוי הארגוני ייטמע באופן אפקטיבי (33). מחקר הערכה שהתקיים בישראל וניסה להעריך את מידת האפקטיביות של תכנית חומש מולטי-דיסציפלינאריות לקידום בטיחות ולמניעת היפגעות ילדים באוכלוסיות שמשאביהן מצומצמים, שפעלה בניהול ארגון 'בטרם' ובשיתוף עמותת 'אשלים', מצא כי קיום פגישות רב גורמיות כדי לטפל בקידום בטיחות ילדים, מעורבותם של אנשים מוערכים ברמה המוניציפלית שהיו אחראים לתכניות אלו, מספר אמצעי ההתערבות לטיפול וכן מספר הימים המיוחדים שהוקדשו לנושא זה באופן קהילתי, מובילים לתוצאות ארוכות טווח (34).

בהתאם להמלצות המחקרים הללו, מודל 'בטרם בעיר', כולל מספר מנגנוני ניהול שיטתיים ומובנים, שמטרתם לקדם את הטמעת המודל ברשויות. היישום בפועל של מנגנוני הניהול בחלק מהרשויות היה חלקי ולא בהלימה לחשיבות הבנייה של תשתית ניהולית לבטיחות ילדים, המהווה אבן יסוד בתכנית. בהקשר זה, נמצא הבדל משמעותי במידת היישום של מנגנוני הניהול של המודל בין ערים (רשויות המונות מעל 30,000 תושבים) לבין מועצות מקומיות (רשויות קטנות יותר), ובין רשויות ותיקות בתכנית לבין רשויות חדשות בתכנית. משמעות הדבר היא שיש לחזק את ההטמעה של מנגנוני הניהול של התכנית ברשויות בעלות מאפיינים אלה.

תכניות התערבות לקידום בטיחות בארץ ובעולם משתמשות במגוון אסטרטגיות מניעה כדי להשיג את מטרותיהן: בעיר הארסטאד (Harstad) בנורבגיה קידמו מספר

וטעון שיפור. מרכיבים במודל שיושמו באופן מלא יחסית דרשו מהרשויות פחות השקעה של זמן, תקציב וידע מקצועי, בהשוואה למרכיבים שיושמו באופן חלקי, וכן היו מרכיבים שדרשו ידע ויכולות מקצועיות שלרוב אינם קיימים ברשויות המקומיות. הקושי ביישום מקיף של תכניות ומודלים לקידום בריאות מוכר בספרות המחקרית אשר מצביעה על החשיבות של משאבים מספקים, כולל תקצוב, כח אדם ומידע הדרושים להפעלה לאורך זמן (ראו לדוגמא 26, 27). המסקנה העיקרית הנגזרת מכך היא שמודל 'בטרם בעיר' הציב לרשויות דרישות גבוהות, שבחלקן אינן ריאליות בהתחשב במשאבים הקיימים כיום.

ממצאי ההערכה הנוכחית מאוששים שוב את החשיבות של מובילי תכניות לקידום שינוי התנהגות בקהילה. במסגרת מודל 'בטרם בעיר' נמצא קשר מובהק בין תפקוד יעיל של יו"ר התכנית ומנהל התכנית ובין משתני תפוקה מרכזיים בתכנית. הדבר עולה בקנה אחד עם ממצאי ארגון הבריאות העולמי, שלפיהם מנהיגות חזקה ומעורבות של גורמים רלבנטיים בתכנית (28) הם בין המדדים שנמצאו בעלי קורלציה לאפקטיביות של קידום הבריאות. לאור האמור לעיל, ראוי להקפיד על כך שהיו"רים והמנהלים הנבחרים לתפקיד מתאפיינים במחויבות רבה, יכולת יצירת שיתופי פעולה, הנעת שותפים, מוטיבציה ואמביציה. כמו כן, מומלץ למנות לתפקיד מנהל התכנית בעל תפקיד ברשות הנמצא בזיקה לתחום בטיחות ילדים, כגון: מנהל בטיחות עירוני, ממונה בטיחות מוסדות חינוך, ראש מטה לבטיחות בדרכים וכיו"ב.

מחקרים שונים מלמדים על החשיבות של ליווי וייעוץ מקצועי להובלת שינוי ארגוני. לדוגמה, הראו כי סוכני שינוי הממוקמים בלב העשייה הארגונית וזוכים לכבוד והערכה מצד חברי הארגון נמצאו כקשורים באופן משמעותי להצלחת תכניות התערבות (29). כמו כן, נמצא כי ככל שעולה רמת שיתוף הפעולה בין השלטון המקומי ובין ארגונים התומכים בשינוי הארגוני, כך ניתן לבא הצלחת תכניות במרחב העירוני (30). בדומה למחקרים הללו, ממצאי ההערכה מלמדים על חשיבות של ייעוץ ארגוני ושל תמיכה שוטפת מטעם ארגון 'בטרם' כמנבאים של הצלחת התכנית, ובהתאם נמצא קשר מובהק בין תפקודה של היועצת למשתני תפוקה מרכזיים בתכנית. אי לכך, יש מקום לקדם ייעוץ ארגוני במסגרת תכניות דומות לקידום בריאות ושינוי התנהגות ברמה המקומית. יחד עם זאת, יש להכיר בכך כי ברשויות שבהן תפקוד היו"ר ומנהל התכנית הוא נמוך, ההשקעה של הייעוץ לא תביא בהכרח לתוצאות חיוביות.

בשונה מתכניות אחרות לקידום בריאות הכוללות תשתית ארגונית תומכת שינוי כגון צוות מוביל, מתקני עבודה מסודרים, אמצעים טכניים מתאימים ועוד (31), מודל 'בטרם בעיר' מתנהל ללא תקציב ותקן ייעודיים ומסתמך על תקנים ותקציבים הקיימים בתחום הבטיחות ברשות. ממצאי מחקר

## מגבלות המחקר

במחקר ההערכה הנוכחי היו מספר מגבלות שהשפיעו על היכולת להעריך את המודל באופן מיטבי. מספר הרשויות היה מצומצם, בייחוד במעקב העומק שנערך רק בארבעה יישובים. חסם זה נבע ממספר יישובים מוגבל שאימץ את המודל ומתקציבים מוגבלים לעריכת מחקר הערכה מעמיק וארוך טווח. חשוב לציין שלמרות שמדגם היישובים הוא מצומצם, בקרב 23 היישובים אשר שימשו למעקב רחב ישנם יישובים בעלי תכונות שונות ומגוונות כגון ערים ומועצות אזוריות ויישובים דוברי עברית ודוברי ערבית.

מגבלה נוספת היא היעדר רשויות ביקורת, זאת לאור הצורך בלמידה מעמיקה על מבנה, תכניות, פעולות ותקציבים של הרשויות המקומיות בתחום של ניהול וקידום בטיחות ילדים. ישנו קושי בקבלת מידע מסוג זה מרשות מקומית אשר איננה שותפה למודל ולתהליכי עבודה נוספים עם ארגון 'בטרם'. לאור מגבלה זו, התקיימה תכנית ההערכה לאורך מספר שנים וכללה יישובים ותיקים וחדשים ליישום המודל, על מנת לאפשר למידה לאורך זמן.

כמו כן, אחד החסמים העיקריים בעריכת מחקר ההערכה הנוכחי היה חוסר המידע על ההשפעה של התכנית על היפגעות ילדים ברשויות שבה היא פועלת. חסם זה נבע מכך שבזמן ביצוע תהליך הערכת המודל לא היו בידי ארגון 'בטרם' לבטיחות ילדים נתוני אשפוז ילדים עקב היפגעות ברמת רשויות מקומיות. נמצא כי השוואה על בסיס נתוני תמותה בלבד אינה מתאימה עקב המספרים הקטנים במדגם, אשר אינם מאפשרים מדידה של מגמות והבדלים ברמה המקומית. המגבלות הללו השפיעו על עיצוב השיטה להערכת מודל 'בטרם בעיר' ועל הממצאים שנלמדו במסגרת ההערכה. יחד עם זאת, לאור המידע הרב שנלמד במסגרת ההערכה, הן על המודל והפעלתו והן על האופי ועל היכולות של הרשויות המקומיות בביצוע תכניות מסוג זה, אנו רואים חשיבות בשיתוף הממצאים לצד הבנה והכרה במגבלות המחקר הנוכחי. ממצאי ההערכה הנוכחית מלמדים שלמודל של 'בטרם בעיר' יש הפוטנציאל להוביל לשינויים ארגוניים ולהגברת פעילות הרשות המקומית בניהול ובקידום בטיחות ילדים לאורך זמן, בתמיכת היעוץ הארגוני והליווי של ארגון 'בטרם' ובהובלת מנהיגים מתאימים מתוך העיר.

מספר מסקנות והמלצות מרכזיות זוהו על מנת להביא ליישום אפקטיבי יותר של מודל 'בטרם בעיר':

- ארגון 'בטרם', המוביל כיום את התכנית מבחינה מקצועית, איננו מעורב בבחירת יו"ר ומנהל התכנית, ולכן אין ביכולתו להבטיח שלתפקידים אלה מתמנים האנשים המתאימים ביותר ברשות. בכדי להבטיח שבעלי התפקידים המובילים את יישום המודל ברשות נבחרים משיקולים מקצועיים והנם מתאימים לתפקיד, ראוי שהגוף המוביל את התכנית

תכניות יעילות לצמצום היפגעות ילדים מכוויות ולצמצום היפגעות קשישים מנפילות וצתאונות דרכים תוך התמקדות בשינויי סביבה, בניית יכולות וחינוך והסברה (35; 36; 37). בעיר פאלון (Falun) בשבדיה פותחה תכנית התערבות להגברת המודעות בקהילה למניעת היפגעות באמצעות לימוד התושבים, אימון, פיקוח של גורמים עירוניים ושינויים מתאימים בסביבה (38). בתכנית התערבות למניעת כוויות שיושמה במסצ'וסטס ארה"ב בשנות ה-80, הושם למטרה לצמצם את מספר הכוויות בקרב ילדים מתחת לגיל חמש. התכנית כללה חינוך והסברה להורים, קמפיין רחב שנערך באמצעי התקשורת, בתי ספר, ספריות, תחנות לכיבוי איש ותחנות משטרה (39). כמו כן, פותח מודל בארה"ב, תחילה בהארלם ניו יורק וכיום בלמעלה מ-40 קהילות, למניעת היפגעות ילדים ברמה העירונית והאזורית באמצעות שיתוף פעולה בין מרכזי טראומה וגופים שונים בקהילה (40; 41). התכנית Injury Free Coalition for Kids מתבססת על האסטרטגיות של איסוף וניתוח נתונים, בניית יכולות, חינוך והסברה, שינויי סביבה והתנהגות והערכה.

מודל 'בטרם בעיר' כולל בתוכו פעולות המבוססות על אסטרטגיות מניעה מגוונות לקידום וניהול בטיחות ילדים בעיר, לרבות כלים מבוססי ראיות לשימוש הרשויות. מחקר ההערכה מלמד כי היישום של הפעולות הללו לא היה אחיד. בדומה לתכניות שצוינו לעיל, פעולות של שיווק, פרסום והסברה לקהל הרחב והדרכה של קהלי יעד שונים, יושמו על-ידי רוב הרשויות. לעומת זאת, פעולות כגון: גיוס מתנדבים וגיבוש הצהרת מדיניות יושמו על-ידי מיעוט מהרשויות. כמו כן נמצא כי איכות תכניות ההתערבות ברשויות שנבדקו בסקר הרשויות הייתה נמוכה למדי ומעידה על רמה מקצועית ועל יכולת ביצוע מוגבלת של הרשויות בנושא בטיחות ילדים. לפיכך, מומלץ לצמצם את מספר זירות ההיפגעות שבהן פועלת התכנית במקביל ברשות ואת מספר תכניות ההתערבות המיושמות במקביל, ולהתמקד ביישום איכותי יותר, שסביר כי יביא לקידום המודעות ולהפחתת ההיפגעות של ילדים.

תכונה נוספת של תכניות אפקטיביות לקידום בריאות ובטיחות היא שיתוף פעולה בין גופים שונים בקהילה (ראו לדוגמא 38; 39; 41). רמת שיתוף הפעולה במסגרת הפעלת תכנית התערבות בין גופים שונים ברשות הייתה בינונית עד טובה, מה שאפשר למודל להיות מיושם בצורה תקינה ברוב הרשויות שהשתתפו בה. יחד עם זאת, יש עדיין מקום לזיהוי הקשיים העומדים בפני יצירת שיתופי הפעולה וביסוסם במסגרת יישום המודל בתוך הרשות, כמו מקום לתת דגש מרכזי בתהליכי היעוץ ליצירת שיתופי פעולה בין מובילי התכנית ובין גופים אחרים ברשות, תוך עידוד מנגנוני שיתוף פעולה, כגון: צוות ביצוע ותכנית עבודה אינטגרטיבית המשלבת את כל הגופים הרלוונטיים ברשות.

5. [http://www.who.int/healthy\\_settings/types/cities/en/](http://www.who.int/healthy_settings/types/cities/en/) [internet]
6. <http://www.healthycities.co.il/> [אינטרנט].
7. Donchin, M., Shemesh, A. A., Horowitz, P., & Daoud, N. (2006). Implementation of the healthy cities' principles and strategies: An evaluation of the Israel healthy cities network. *Health Promotion International*, 21(4), 266-273.
8. <http://www.safekids.org/our-history> [internet]
9. <http://www.beterem.org/home/> [אינטרנט].
10. Laverack, G. (2006). Improving health outcomes through community empowerment: a review of the literature. *Journal of Health, Population and Nutrition*, 113-120.
11. Minkler, M. (1999). Personal responsibility for health? A review of the arguments and the evidence at century's end. *Health Education & Behavior*, 26(1), 121-141.
12. Larsen, E. L., & Manderson, L. (2009). "A good spot": Health promotion discourse, healthy cities and heterogeneity in contemporary Denmark. *Health & place*, 15(2), 606-613.
13. Kaplan, G. A. (1996). People and places: contrasting perspectives on the association between social class and health. *International Journal of Health Services*, 26(3), 507-519.
14. Flynn, B. C. (1996). Healthy cities: toward worldwide health promotion. *Annual review of public health*, 17(1), 299-309.
15. Hubbard, D. W. (2009). The failure of risk management: Why it's broken and how to fix it. John Wiley and Sons.
16. Alexander, C., & Sheedy, E. (2006). *The Professional Risk Managers' Handbook: A Comprehensive Guide to Current Theory and Best Practices*.
17. Renn, O. (2005). *Risk Governance: Towards an Integrative Approach*. Geneva: International Risk Governance Council
18. Nilsen, A. S., & Olsen, O. E. (2004). Universal and contextual tools as a double strategy in emergency planning. *International Journal of Emergency Management*, 2(1), 81-97.
19. Rosenberg, T., & Göransson, A. L. (2004). The Municipality and Its Fire & Rescue Service in Transition: Leadership and Methodology for Safety and Accident Prevention. Swedish Rescue Services Agency.
20. Bjärås, G. (1992). Community diagnosis, participation and leadership: studies of a Swedish injury prevention program. Department of social medicine. Sundbyberg, Karolinska Institute.
21. Hamlin, B., Keep, J., & Ash, K. (Eds.). (2001). *Organizational change and development: A reflective guide for managers, trainers and developers*. Pearson Education.
22. Harris, E., Wise, M., Hawe, P., Finlay, P. and Nutbeam, D. (1995) *Working Together: Intersectoral Action for Health*. Report for the Commonwealth Department of Human Services and Health, Canberra.
23. Koplan, J. P., Milstein, R., & Wetterhall, S. (1999). Framework for program evaluation in public health. *MMWR: Recommendations and Reports*, 48, 1-40.
24. Nutbeam, D. (1998). Evaluating health promotion—progress, problems and solutions. *Health promotion international*, 13(1), 27-44.
25. Wimbush, E., & Watson, J. (2000). An evaluation framework for health promotion: theory, quality and effectiveness. *Evaluation*, 6(3), 301-321.

יהיה מעורב בבחירת יו"ר ומנהל התכנית. בנוסף, ראוי כי לגוף המוביל את התכנית תהיה האפשרות לפעול להחלפתם של יו"ר ומנהל התכנית, במידה ואינם מתפקדים כמצופה מהם לאורך זמן.

בנוסף, לא היה באפשרותו של ארגון 'בטרם', כגוף המוביל, לאכוף על הרשויות המשתתפות בתכנית סטנדרטים גבוהים של התנהלות מקצועית בשל העובדה שהוא לא מימן אותה, אלא גבה דמי ייעוץ מהרשויות המשתתפות בה. כך נוצר מצב שבו השתתפו בתכנית רשויות שלא קיימו כמעט בכלל את הדרישות המקצועיות של התכנית. התרבות הניהולית ברשויות רבות, בעיקר בקרב רשויות דוברות ערבית ורשויות קטנות, אינה מפותחת ואינה "מדברת" את השפה הניהולית שדוברת התכנית. זו גם אחת הסיבות המרכזיות שבגללן היישום של מרכיב ניהול הבטיחות בתכנית פיגר מאחור בהשוואה ליישום המרכיב של קידום הבטיחות בתכנית.

לאור האמור לעיל, מומלץ כי יישום מודל 'בטרם בעיר' ינוהל ויבוקר על-ידי גוף לאומי מוביל. נכון להיום, כל עוד שהמודל אינו כולל תקן ותקציב ייעודי, אשר עשויים ליצור אימפקט משמעותי, ומסתמך על דרישות גבוהות ליישום, היא צריכה למתן דרישות אלו ולהסתמך בעיקר על האישיות ועל היכולות האישיות של יו"ר ומנהל התכנית ליצור שיתופי פעולה פנימיים ולאגם משאבים מגופים שונים ברשות, המשיקים לתכנית.

## מילות הכרה ותודות

ברצוננו להודות למיכל בר דורון, מנהלת אגף קהילה בארגון 'בטרם' לבטיחות ילדים, אשר ליוותה את תהליך הערכת התכנית מראשית הדרך ועד לסיכום הממצאים וכתביבתם. תודה רבה לשירה כסלו, סמנכ"ל מחקר ופיתוח בארגון 'בטרם' לבטיחות ילדים, על סיועה בעריכת המאמר. תודה רבה לצוות ארגון 'בטרם' לבטיחות ילדים ולנציגי תכנית 'בטרם בעיר' ברשויות המקומיות, אשר תרמו רבות לתהליך ההערכה ואפשרו את ביצוע המחקר.

## מקורות

1. Peden, M. M. (Ed.). (2008). *World report on child injury prevention*. World Health Organization.
2. איבנקובסקי מ., וייס א., כסלו ש. (2013) היפגעות ילדים בישראל: דו"ח 'בטרם' לאומי. פתח-תקוה: 'בטרם' – המרכז הלאומי לבטיחות ולבריאות ילדים, מס' פרסום 1086.
3. Spinks, A., Turner, C., Nixon, J., & McClure, R. J. (2009). The WHO Safe Communities' model for the prevention of injury in whole populations. *The Cochrane Library*.
4. Merzel, C., & D'afflitti, J. (2003). Reconsidering community-based health promotion: promise, performance, and potential. *American journal of public health*, 93(4), 557-574.

- for preventing unintentional injuries. *International journal of adolescent medicine and health*, 21(2), 187-196.
35. Ytterstad, B. (1996). The Harstad injury prevention study: community based prevention of fall-fractures in the elderly evaluated by means of a hospital based injury recording system in Norway. *Journal of epidemiology and community health*, 50(5), 551-558.
  36. Ytterstad, B., Smith, G. S., & Coggan, C. A. (1998). Harstad injury prevention study: prevention of burns in young children by community based intervention. *Injury Prevention*, 4(3), 176-180.
  37. Ytterstad, B. (2003). A decade of community-based traffic injury prevention with emphasis on children. Postal dissemination of local injury data can be effective. *International Journal of Circumpolar Health*, 62(1), 61-74.
  38. Bjerre, B., & Schelp, L. (2000). The community safety approach in Falun, Sweden—is it possible to characterise the most effective prevention endeavours and how long-lasting are the results?. *Accident Analysis & Prevention*, 32(3), 461-470.
  39. Guyer, B., Gallagher, S. S., Chang, B. H., Azzara, C. V., Cupples, L. A., & Colton, T. (1989). Prevention of childhood injuries: evaluation of the Statewide Childhood Injury Prevention Program (SCIPP). *American Journal of Public Health*, 79(11), 1521-1527.
  40. Davidson, L. L., Durkin, M. S., Kuhn, L., O'Connor, P., Barlow, B., & Heagarty, M. C. (1994). The impact of the Safe Kids/Healthy Neighborhoods Injury Prevention Program in Harlem, 1988 through 1991. *American Journal of Public Health*, 84(4), 580-586.
  41. Pressley, J. C., Barlow, B., Durkin, M., Jacko, S. A., Dominguez, D. R., & Johnson, L. (2005). A national program for injury prevention in children and adolescents: the injury free coalition for kids. *Journal of Urban Health*, 82(3), 389-402.
  26. Task Force on Community Preventive Services. (2005). *The Guide to Community Preventive Services: What Works to Promote Health?: What Works to Promote Health?*. Oxford University Press.
  27. Schell, S. F., Luke, D. A., Schooley, M. W., Elliott, M. B., Herbers, S. H., Mueller, N. B., & Bunger, A. C. (2013). Public health program capacity for sustainability: a new framework. *Implement Sci*, 8(1), 15.
  28. World Health Organization. (1994). *City health profiles: how to report on health in your city*. In *City health profiles: how to report on health in your city*. World Health Organization. Regional Office for Europe.
  29. Kegler, M. C., & Wyatt, V. H. (2003). A multiple case study of neighborhood partnerships for positive youth development. *American Journal of Health Behavior*, 27(2), 156-169.
  30. Kegler, M. C., Norton, B. L., & Aronson, R. (2008). Achieving organizational change: findings from case studies of 20 California healthy cities and communities coalitions. *Health Promotion International*, 23(2), 109-118.
  31. De Leeuw, E. (1999). *Healthy Cities: urban social entrepreneurship for health*. *Health promotion international*, 14(3), 261-270.
  32. Hutchins, C. (2003) *Watching the change: Assessing the introduction of Quality Improvement Program Planning System (QIPPS) into community health service delivery*. School of Health Sciences. Deakin University, Melbourne.
  33. Heward, S. (2003) *The role of government in supporting quality health promotion practice: Examining the implementation of capacity building strategies in Victorian primary health reform 2000-2003*. School of Health Sciences. Deakin University, Melbourne.
  34. Korn, L., Hemmo-Lotem, M., & Endy-Findling, L. (2009). *Safe communities for children: insight from a pilot program*