



# בתי מעבר לילדים נפגעי התעללות והזנחה בגיל הרוך בישראל

ד"ר חניטה קושר  
מנהלת ידע ופיתוח, עמותת בית לכל ילד



# בתי מעבר לילדים נפגעי התעללות והזנחה בגיל הרוך בישראל

ד"ר חניטה קושר  
מנהלת ידע ופיתוח, עמותת בית לכל ילד

## יעוץ מקצועי

דפנה ברק, מנהלת בית המעבר רעים, עמותת בית לכל ילד.  
אסתר במברגר, פסיכולוגית קלינית מומחית ומדריכה, בית הספר לפסיכולוגיה  
המרכז הבינתחומי ומכון מפרשים המכללה האקדמית תל אביב יפו.  
ד"ר פולה דוד, מנהלת האגף לתכניות לימוד, מכון חרוב.  
שלמה שפירא, מנהל בית המעבר בית שרמן, עמותת בית לכל ילד.

גרפיקה והכנה לדפוס: סטודיו אלי דייץ'

## עמותת בית לכל ילד

רח' יד חרוצים 4, ת"ד 53355, ירושלים

טלפון: 02-6333345 | פקס: 02-6719650 | דוא"ל: office@bily.org.il | אתר: bily.org.il

# תוכן עניינים

|    |                                                                                  |
|----|----------------------------------------------------------------------------------|
| 1  | מבוא .....                                                                       |
| 4  | חלק א': השמה חוץ ביתית מוסדית, פנימייתית או קבוצתית לילדים בגיל הרך              |
| 4  | טראומה, התעללות והזנחה בגיל הרך .....                                            |
| 6  | השמה חוץ ביתית לילדים נפגעי התעללות, הזנחה וטראומה בגיל הרך .....                |
| 6  | סוגים של מסגרות השמה חוץ ביתיות .....                                            |
| 10 | המאפיינים הייחודיים של השמה חוץ ביתית בגיל הרך .....                             |
| 12 | נתונים אודות השמה חוץ ביתית של ילדים בגיל הרך .....                              |
| 14 | הביקורת כלפי מסגרות השמה חוץ ביתיות לילדים בכלל ובגיל הרך בפרט .....             |
| 16 | התמודדות ומענה לביקורת ביחס להשמה חוץ ביתית מוסדית או פנימייתית עבור ילדים ..... |
| 22 | חלק ב': בתי המעבר בישראל .....                                                   |
| 22 | רקע היסטורי .....                                                                |
| 25 | מודל ההפעלה של בתי המעבר .....                                                   |
| 25 | בתי מעבר לעומת מרכזי חירום .....                                                 |
| 27 | אוכלוסיית היעד .....                                                             |
| 27 | מאפייני הילדים המגיעים לבתי המעבר .....                                          |
| 32 | מטרות בית המעבר .....                                                            |
| 33 | קליטת הילדים .....                                                               |
| 34 | קליטת אחאים .....                                                                |
| 34 | בתי מעבר כמסגרת כוללתית רב מקצועית .....                                         |
| 34 | בית המעבר בתוך הקהילה .....                                                      |
| 35 | משך השהות .....                                                                  |
| 35 | השירותים הטיפוליים הניתנים בבית המעבר .....                                      |
| 40 | השמה בתום התקופה .....                                                           |
| 40 | מרכז אור .....                                                                   |
| 42 | סיכום .....                                                                      |
| 43 | רשימת מקורות .....                                                               |

בשנים האחרונות ניתנת תשומת לב מקצועית ומדעית הולכת וגוברת למצבם, רווחתם ושלומם של ילדים בסיכון בגיל הרך, וניתן לראות תהליך מואץ של פיתוח שירותים ומענים ייחודיים לקבוצת גיל זו. התפתחות מקצועית זו נוגעת להבנה ביחס לפגיעותם הגבוהה של ילדים בקבוצת גיל זו. ילדים בגיל הרך הם קבוצת הילדים הפגיעה ביותר לסבול מהתעללות והזנחה. תלותם המוחלטת של ילדים אלה בדמויות המטפלות בהם וחוסר היכולת שלהם להתגונן או לפנות לבקשת עזרה מגבירים את סיכויי הפגיעה בהם. בנוסף, פגיעותם הרבה יותר של ילדים בגיל הרך באה לידי ביטוי גם בהשלכות החמורות של מצבי טראומה, פגיעה והתעללות על מצבם הפיזי, הרגשי וההתנהגותי, עד כדי נזק בלתי הפיך שעלול להיגרם להם מבחינה פיזית ונפשית. למרות זאת, במשך שנים רבות שררה התפיסה לפיה ילדים בגיל הרך לא מושפעים באופן משמעותי מחשיפה לטראומה, וגם אם כן ההנחה היתה שהם יתגברו באופן טבעי על הבעיות ההתנהגותיות והרגשיות שפיתחו כתוצאה מחשיפה אליה. עם זאת, כתיבה קלינית ומחקרית משמעותית בתחום הטראומה בגיל הרך בשני העשורים האחרונים הובילה להכרה בהשפעה של טראומה על ילדים צעירים ותינוקות ולהכרה בצורך לפתח ולעצב דרכי התערבות וטיפול ייחודיות עבור ילדים בגיל הרך שעברו טראומה, התעללות והזנחה במסגרת משפחתם. ההנחה היא כי ילדים צעירים אלה זקוקים למענים ייחודיים המותאמים לצרכים ההתפתחותיים שלהם. למרות זאת, במשך שנים רבות וגם כיום לא תמיד נעשה דיון נפרד לגבי הצרכים והמענים הייחודיים שלהם זקוקים ילדים בגיל הרך שנפגעו מהתעללות והזנחה, ולא פעם הם נכללים בפתרונות המוצעים לילדים בוגרים יותר.

ילדים נפגעי התעללות והזנחה בגיל הרך יכולים בדומה לילדים בוגרים יותר להיות מטופלים באחת משתי אפשרויות: באמצעות קבלת מענים ושירותים בקהילה כאשר הילדים ממשיכים לחיות במסגרת משפחתם הטבעית, או באמצעות קבלת מענים וטיפול מחוץ למשפחתם במסגרות השמה חוץ ביתיות. כל מערכת לרווחת הילד עסוקה בשאלה מהי דרך הטיפול המיטיבה ביותר עבור הילדים הנפגעים. ניכר כי שאלה זו משמעותית במיוחד כאשר מדובר בילדים בגיל רך שנמצאים בשלב קריטי בהתפתחות שלהם. ניתן לזהות שתי דילמות מרכזיות בתחום זה: האם לטפל בילד בגיל הרך במסגרת המשפחה שלו מבלי לנתק אותו מהוריו או האם לזמן יש משמעות קריטית בגיל הרך ודווקא צריך למהר להעביר אותו למסגרת מיטיבה חלופית שתאפשר לו להשתקם. הדילמה השניה נוגעת למצבים שבהם יש מסקנה כי הוצאתו של ילד בגיל הרך מהבית היא הכרחית, במצבים אלה עולה השאלה מהי מסגרת הטיפול

הטובה ביותר עבורו כאלטרנטיבה למסגרת המשפחתית. על פי רוב נהוג להבחין באופן גס בין שני סוגים של פתרונות במצבים אלה: סידורים משפחתיים, משמע אומנה, לעומת סידורים פנימייתיים או מוסדיים, למשל בית ילדים. דיון מקצועי ומדעי בעניין זה מתקיים מזה מספר עשורים במדינות מערביות רבות בעולם, ובכלל זה גם בישראל. אומנם מרבית הילדים בגיל הרך מושמים בישראל כמו גם במדינות רבות אחרות בעולם בסידורים חוץ ביתיים משפחתיים, משמע באומנה, עם זאת ההנחה של אנשי מקצוע רבים כיום היא כי ישנה קבוצה של ילדים שלא יוכלו להשתלב באופן זמני או קבוע במסגרת משפחתית בשל קשיים רגשיים והתנהגותיים חמורים מהם הם סובלים. עבור ילדים אלה יש חשיבות לפתח מענים חלופיים, דוגמת מענים מוסדיים או קבוצתיים. המסמך הנוכחי מבקש לתת זרקור לסוגיה האחרונה שצוינה ולהתמקד בנושא של מסגרות השמה חוץ ביתיות מוסדיות, פנימייתיות או קבוצתיות לילדים בגיל הרך. מטרת המסמך היא לדון בחשיבותם ובמאפייניהם של סידורים מעין אלה עבור ילדים בגיל הרך, תוך כדי הצגת מודל ייחודי של מסגרת חוץ ביתית קבוצתית לילדים בגיל הרך בישראל - בתי מעבר.

בתי מעבר הם שירות השמה חוץ ביתי ייחודי לילדים בגיל הרך הסובלים מטראומות מתמשכות ומורכבות, והוצאו מביתם בעקבות מצבים קשים של התעללות, הזנחה ונטישה. בתי המעבר בישראל הוקמו לפני מספר עשורים כאלטרנטיבה איכותית וטובה יותר למודל הישן שפעל עד אז בישראל לטיפול בילדים בגיל הרך – בתי היתומים שבהם שהו מאות תינוקות וילדים. ביקורת ציבורית נוקבת וסדרה של מחקרים שנעשו על בתי היתומים באותה עת הובילו לסגירתם של מוסדות אלה ורוב הילדים והתינוקות ששהו בהם הוחזרו הביתה. עם זאת, קומץ קטן של ילדים שסבלו מהתעללות והזנחה חמורים במשפחתם או שננטשו על ידי משפחתם וסבלו לפיכך מבעיות רגשיות והתנהגויות ניכרות עדיין נזקקו למסגרת חלופית למשפחה. ילדים אלה הועברו לבתי המעבר שהוקמו באותה עת כחלופה לבתי היתומים. בתיים אלה ביטאו את המהפך במדיניות ובאופן ההתמודדות של מדינת ישראל עם הטיפול בילדים בגיל הרך. מאז ועד היום הוקמו בישראל שלושה בתי מעבר לילדים בגיל הרך (אחד בבאר שבע ושניים בירושלים) (בית מעבר נוסף לאימהות ותינוקות הוקם בחיפה). בתי המעבר אז והיום מהווים מסגרות השמה זמניות וקטנות לעד 15 ילדים בגיל הרך. בתי המעבר נועדו לצורך אבחון, טיפול וגיבוש המלצות להמשך השמה עבור ילדים אלה, ולפיכך ילדים שוהים בהם בממוצע שנה. למרות פעילותם החשובה של בתיים אלה, בשנים האחרונות התגלו חילוקי דעות מקצועיים באשר לחיוניות של בתי המעבר ובאשר לאופן הטיפול הרצוי בילדים בגיל הרך שנפגעים מטראומה והתעללות במשפחתם. משרד הרווחה אף החליט לסגור את בית המעבר לילדים בגיל

הרך בבאר שבע במרץ 2020, ונראה כי קיימת סכנה קיומית ביחס להמשך קיומם של שני בתי המעבר הנוספים הפועלים כיום בירושלים. לאור כך, ראתה עמותת בית לכל ילד חשיבות רבה לעלות על סדר היום את חשיבותם, ייחודיותם ואופן הפעלתם של בתי המעבר בישראל. המסמך הנוכחי מבקש לעשות כן על ידי דיון רחב בסוגיה של הסדרי השמה חוץ ביתיים לילדים בגיל הרך. המסמך אינו מתיימר ואינו מכוון לענות על שאלת ההוצאה מהבית (האם יש להוציא ילד בגיל הרך מהבית או לא), אלא מבקש להתמקד בילדים שישנה החלטה לגביהם כי הם צריכים לצאת מהבית. כמו כן, אין המסמך מבקש להשוות בין הסידורים של אומנה לעומת פנימייה, אלא מבקש להתמקד בחשיבות, ביתרונות וביעילות של הסדרים פנימייתיים לילדים בגיל הרך, ובאופן ספציפי בדרכי עבודתם ופעילותם של בתי המעבר בישראל.

המסמך מתחלק לשני חלקים: בחלק הראשון מוצגת סקירה בין לאומית ביחס להסדרים חוץ ביתיים פנימייתיים לילדים בגיל הרך בעולם, וכן מוצגות הדילמות והטענות השונות שעולות ביחס להסדרים אלה. בחלק השני של המסמך מוצג מודל ההפעלה של בתי המעבר בישראל כפי שהוא התפתח והתבסס בעמותת בית לכל ילד. לחלק זה יש חשיבות רבה משום שלא קיימים כיום נהלים מסודרים (למשל תקנון לעבודה סוציאלית, תע"ס) עבור בתי המעבר בישראל, ולפיכך הצגת המודל ההפעלה היא חיונית לשם הבנת דרכי הפעולה של בתי המעבר וחשיבותם.

## חלק א'

### השמה חוץ ביתית מוסדית, פנימייתית או קבוצתית לילדים בגיל הרך

#### טראומה, התעללות והזנחה בגיל הרך

ילדים בגיל הרך הם קבוצת הילדים הפגיעה ביותר שנמצאת בסיכון הגבוה ביותר להיפגע מהתעללות והזנחה, וזאת לאור השלב ההתפתחותי שבו נמצאים ילדים אלה והתלות המוחלטת שלהם בהוריהם או במטפלים עיקרים אחרים (Chu & Lieber, 2010; Zhou & Chilvers, 2010; man, 2010). נתונים עדכניים מארה"ב מלמדים כי ככול שהילד צעיר יותר כך הסיכוי שלו להיות קורבן לפגיעה הוא גבוה יותר. כך, בעוד ש 25.3 ילדים לכל אלה בגיל שנה ומטה היו קורבנות לפגיעה והתעללות בארה"ב, שיעור זה עמד על 11.7 לכל אלה בגיל שנה עד שנתיים, ועל 11.0 לכל אלה בגיל שנתיים עד שלוש, וכן שיעור זה המשיך לרדת בהדרגה עד ל 3.5 לכל אלה בגילאי 17-18 (US Children's Bureau, 2017).

בישראל אין איסוף נתונים מסודר על התופעה של התעללות בילדים בכלל וילדים בגיל הרך בפרט. מנתוני המועצה לשלום הילד (2018) ניתן ללמוד על דיווח חסר של התופעה של פגיעה בילדים בגיל הרך. כך מבין כלל הילדים שדווחו לפקיד סעד ב 2017, 17.6% היו בגיל 0-5 (50.7% היו בגיל 6-13 ו 31.7% היו בגיל 14-17). שיעור הילדים המדווחים בגיל הרך שונה משיעורם בכלל אוכלוסיית הילדים, ילדים בגיל 0 עד 5 היוו 36.9% מכלל הילדים בישראל. פער זה מלמד על תת דיווח אודות ילדים בגיל הרך בגין התעללות והזנחה. מגמה זו הינה הפוכה לנתונים מהעולם שהוצגו לעיל, שכאמור מלמדים כי קבוצת הילדים המאותרת ביותר בגין התעללות והזנחה היא קבוצת הילדים בגיל הרך. כך למשל, נתונים מארה"ב מלמדים כי 37% מהכלל הילדים שדווחו לשירותי הרווחה בגין התעללות והזנחה היו בני 0 עד 6, 37% היו בני 7 עד 12 ו 26% היו בני 13 עד 17 (National Children's Alliance, 2015).

נתונים מהעולם מלמדים כי ילדים בגיל הרך לא רק נמצאים בסיכון גבוה יותר להיפגע מהתעללות והזנחה, אלא שיש להם גם סיכוי גבוה יותר להיפצע או למות כתוצאה מהתעללות והזנחה שהם חווים (Leslie et al., 2005; Osofsky & Lieberman, 2011). כך, נתונים מארה"ב מלמדים כי 79.8% מכלל הילדים שמתו כתוצאה מהתעללות

והזנחה היו ילדים בגילאי 0-4 (Osofsky & Lieberman, 2011). בישראל הנתונים מלמדים כי מתוך 55 ילדים שנרצחו בתוך המשפחה בשנים 2005-2017, 43.7% היו ילדים מתחת לגיל 4 (המועצה לשלום הילד, 2018).

לא כל הילדים בגיל הרך שחווים התעללות מתים ממנה, אך כולם נאלצים להתמודד עם השלכות שליליות על ההתפתחות שלהם, על רווחתם ועל בריאותם הפיזית והנפשית, הן בטווח הקצר והן בטווח הארוך, כאשר לא פעם מדובר בנזקים בלתי הפיכים (Cicchetti & Toth, 2009). למעשה, ככול שילד חווה התעללות והזנחה בגיל צעיר יותר כך ההשלכות על התפתחותו הן חמורות יותר. ההנחה היא כי הטראומה משפיעה על המעטפת הנפשית של הילד בגיל הרך, ובגלל שהמעטפת הזו פגיעה יותר בגיל הרך בהשוואה לגיל המבוגר הרי שהפגיעה בה היא קשה יותר. עדויות ממחקרים שנעשו בשנים האחרונות אף מלמדות על נזק שבא לידי ביטוי בפגיעה בהתפתחות המוח של ילדים צעירים שנחשפו לטראומה, התעללות והזנחה (קרן, הופ וטיאנו, 2013). בנוסף, מחקרים מלמדים על השפעות ארוכות טווח של טראומה בילדות. אחד המחקרים הבולטים בתחום זה הוא מחקר "התנסויות שליליות בילדות" (Adverse Childhood Experience, ACE) שנערך בארצות הברית בקרב מדגם ענק של 17,241 נבדקים. ממצאי המחקר הצביעו על קשר משמעותי בין טראומות שהפרט חווה בילדותו לבין הסיכוי שלו לחוות קשיים בבגרותו, ובכלל זה בעיות כלכליות, רפואיות ונפשיות (Osofsky, Stepka, & King, 2017) (להרחבה בנושא השפעת הטראומה על ילדים בגיל הרך ראו Van der Kolk, 2017; Osofsky et al., 2017).

לצד ממצאים חשובים אלה, במשך שנים רבות וגם כיום, לא פעם רווחת הדעה כי ילדים צעירים מאוד ותינוקות לא מושפעים מטראומה או לא זוכרים חוויות טראומתיות, וכן רווחת האמונה כי הם יתגברו על ההשלכות השליליות של הטראומה אליה נחשפו באופן טבעי. אמונה מוטעית נוספת היא כי ילדים אלה לא יכולים לפתח סימנים של פוסט טראומה. לראיה כי עד לפני שלושה עשורים הפרעה פוסט טראומתית אובחנה אצל מתבגרים ומבוגרים בלבד (קרן ואחרים, 2013; Osofsky et al., 2017). ניתן להניח כי אמונות מעין אלה עיכבו לאורך השנים פיתוח של שירותים לילדים נפגעי טראומה בגיל הרך. בשני העשורים האחרונים, לעומת זאת, ניתן לראות שינוי במגמה זו וניכרת השקעה בפיתוח מענים לטיפול בילדים נפגעי טראומה בגיל הרך במדינות שונות (Osofsky & Lieberman, 2011).

מענים רגשיים, חברתיים ופיזיים עבור ילדים נפגעי טראומה, התעללות והזנחה בגיל הרך יכולים להינתן במסגרת שירותים בקהילה כאשר הילד ממשיך לחיות במסגרת

המשפחה שלו, או שהם ניתנים במסגרת של השמה חוץ ביתית, כאשר הילד על פי החלטת שירותי הרווחה או מערכת המשפט אינו יכול להמשיך לחיות במסגרת משפחתו. הסקירה הנוכחית תתמקד בטיפול בילדים נפגעי התעללות והזנחה בגיל הרך במסגרות השמה חוץ ביתיות.

## **השמה חוץ ביתית לילדים נפגעי התעללות, הזנחה וטראומה בגיל הרך**

ילדים צריכים לחיות ולגדול במשפחתם, אין על כך כיום עוררין. לצד זאת, ישנה הסכמה בדבר נחיצות התערבות המדינה בתא המשפחתי על מנת להבטיח הגנה לילדים הנחשפים לסביבה משפחתית לא בטוחה שבה יש התעללות והזנחה, וזאת עד כדי הוצאתם של ילדים אלה ממסגרת משפחתם והעברתם למסגרת השמה חוץ ביתית (Esposito et al., 2013). התערבות מעין זו על ידי הוצאת הילד מהבית, ייתכן שתידרש גם עבור ילדים צעירים מאוד. סיבות השכיחות ביותר להוצאת ילדים צעירים ותינוקות מהבית הם: נטישה בלידה, סביבה ביתית מסכנת, חוסר מסוגלות של ההורים, טיפול הורי לקוי ואף מסכן, התעללות והזנחה מצד ההורים, התמכרויות ועוד. חלק מהילדים הצעירים נמסרים מרצון על ידי הוריהם שאינם רוצים או אינם יכולים לגדלם, ואילו אחרים מוצאים מרשות הוריהם בשל לקות חמורה ביכולתם של ההורים לתפקד כהורים (קורן-קריא, 2016; קרן ואחרים, 2013).

### **סוגים של מסגרות השמה החוץ ביתיות**

מסגרות השמה חוץ ביתיות הם שם כולל לרצף של שירותים הנע ממסגרת משפחתית ועד מסגרת פנימייתית. השיח הציבורי השכיח יותר מבחין באופן גס בין אומנה לבין פנימייה. יש גם המבחינים בין שלושה סוגים של הסדרים: משפחת אומנה (כולל אומנת קרובים), טיפול קבוצתי מבוסס משפחה (Family-Style Group Care) וסידור מוסדי (Residential Care) (Leloux-Opmeer et al., 2017). כך או כך הטענה היא כי מדובר באבחנה גסה מדי וכי שיח זה חוטא למורכבות ולעושר המסגרות הקיימות עבור ילדים שאינם יכולים לחיות במסגרת משפחתם הטבעית. כך למשל, ישנם סוגים שונים של משפחות אומנה, למשל אומנת קלט חירום או אומנה פוסט אשפוזית. גם המושג פנימייה הוא שם כולל לעשרות סוגים של מסגרות לילדים שקיימות בעולם. כך למשל, יש הבדל בין בית ילדים שבו חיים 15 ילדים לבין מסגרת שבה חיים 100 ילדים או אף יותר, וכן יש הבדל בין מסגרת מעבר זמנית לבין מסגרת קבועה עבור הילד. המסמך הנוכחי מתמקד בסידורים מוסדיים או פנימייתיים לילדים בגיל הרך, ולפיכך

בהמשך פרק זה נתמקד רק בסידורים אלה ובסוגים השונים שלהם.

רפאלי (2017) מציגה בסקירה הבין לאומית שלה אודות פנימיות בעולם הגדרות יסוד למסגרת מוסדית או פנימייתית לילדים. לפי סקירתה מסגרת פנימייתית היא מקום שבו ילדים שוהים לפחות לילה אחד יחד עם ילדים אחרים, והיא נועדה לספק הגנה לילדים מפני פגיעות, התעללות, הזנחה וטיפול לקוי מצד הוריהם, וכן לספק להם סביבה מיטיבה להתפתחות ולגדילה (ראו גם, Esposito et al., 2013; Maclean et al., 2016). לצד ההגדרה המשותפת לכלל המסגרות הללו יש לזכור כי המושג של סידור מוסדי או פנימייתי (Residential Care) הוא למעשה מטריה המתייחסת לסוגים שונים של מסגרות מוסדיות או פנימייתיות. מסגרות אלה משתנות בגודל שלהן, באוכלוסיית היעד (למשל, ילדים עם מוגבלויות, נוער עברייני, ילדים עם הפרעות נפשיות), במרכיבים הטיפולים הזמינים בהן, ובמטרות שלהן: הן יכולות להיות מקלט זמני לילדים עד שימצא פתרון קבע, בית בו ניתן לגדל ילדים כאלטרנטיבה לחיי משפחה, מסגרת להשמת חירום, הכנה להשמה ארוכת טווח, מסגרת להערכה, טיפול ושיקום או מסגרת מעבר לעצמאות (Hart, La Valle & Holmes, 2015; Leloux-Op-meer et al., 2017).

הרט ועמיתיו (Hart et al., 2015) מסווגים את סוגי המסגרות המוסדיות הקיימות כיום בעולם עבור ילדים שהוצאו מבתיים באופן שמאפשר להתבונן על העושר והמגוון שקיים ביחס למסגרות אלה:

**1. מרכזי חירום לילדים (Reception facilities/Children's shelters) – מסגרות**  
חירום זמניות לצורך לאבחון והערכה של ילדים עם כניסתם למערכת הגנת הילד (ניתן למצוא אותם בדנמרק, גרמניה, צרפת, ספרד, איטליה, ישראל וארה"ב).

**2. בתי הפוגה/בתים חלקיים (Respite/part time homes) – מסגרות המספקות**  
שירותים (בחירום או לא בחירום) עבור ילדים ממשפחות שההערכה היא כי הן נאבקות לשפר את מצבן. במודל זה הילדים אינם מתגוררים במסגרת באופן קבוע אלא שוהים בה באופן חלקי לאורך היום או לאורך מספר ימים בשבוע (ניתן למצוא מסגרות מעין אלה למשל בדנמרק או בגרמניה).

**3. מסגרות לתינוקות וילדים צעירים (Care for babies and very young children) – מסגרות שנוסדו במיוחד עבור ילדים בגיל הרך, בחלקן ההורים שוהים במסגרת ביחד עם הילדים. מסגרות אלה נועדו לצורך אבחון והערכה של הילד**

והמשפחה לקראת מעבר לסידור קבוע עבור הילד בהמשך (ניתן למצוא למשל בשוודיה, ישראל ובספרד).

**4. טיפול משפחתי קבוצתי (Family group care)** – מסגרת שבה חי זוג הורים וילדיהם הביולוגים ביחד עם קבוצה של ילדים שלהם הם מספקים טיפול מתמשך בתמיכה ובליווי של צוות מקצועי. לעיתים מדובר בכפר שיש בו כמה בתים כאלה ולעיתים מדובר בבתיים עצמאיים בקהילה (ניתן למצוא למשל, בארה"ב, ישראל, דנמרק, גרמניה, איטליה והולנד).

**5. בתי ילדים/טיפול קבוצתי (Group care/children's home)** – מסגרות שבהן שווה קבוצה של ילדים, מגילאים שונים או עם צרכים שונים. במסגרות אלה יש צוות מקצועי הכולל מדריכים, עו"סים, מורים ועוד (ניתן למצוא למשל באנגליה, ארה"ב, דנמרק, גרמניה, צרפת, קנדה, ספרד, איטליה, אוסטרליה, פינלנד, ישראל והולנד).

**6. יחידות טיפוליות/אינטנסיביות (Therapeutic/high support units)** – מסגרות לילדים עם צרכים מורכבים שלא יכולים להיות מטופלים במסגרות הרגילות ושצריכים תמיכה מקצועית מגוונת ואינטנסיבית, כמו טיפול רגשי, חינוך מיוחד ועוד. מסגרות אלה מאופיינות במספר גבוה של אנשי צוות לכל ילד (ניתן למצוא למשל בארה"ב, הולנד, פינלנד וספרד).

**7. מרכזי טיפול חוץ ביתיים (Residential treatment centers)** – מסגרות שנועדו לילדים הזקוקים להתערבות טיפולית קלינית עבור הפרעות ספציפיות, למשל בעיות התנהגות, בעיות פסיכיאטריות וכדומה (ניתן למצוא למשל בארה"ב, הולנד, ישראל פינלנד וספרד).

**8. מסגרות חצי מאובטחות/סגורות (Semi-secure' placements)** – מסגרות פתוחות שקיימות בהן מגבלות מסוימות על הילד מבחינת חופש פעולה ויציאה.

**9. מסגרות סגורות (Secure care placements)** – מסגרות סגורות שנועדו לילדים שמהווים סכנה לעצמם או לאחרים ו/או שביצעו עבירות פליליות.

**10. סידור בתי להכנה לעצמאות (Supported accommodation in preparation for independence)** – נועד למתבגרים במטרה להכין ליציאה ממסגרת השמה חוץ ביתית.

לא כל מדינה מחזיקה את מגוון המסגרות שתוארו לעיל, ולמעשה קיימת שונות מהותית בין המדינות במספר וסוג המסגרות החוץ ביתיות שהן מפעילות. כך, ישנן מדינות שמחזיקות מספר מצומצם של מודלים להשמה חוץ ביתית עם אבחנה בעיקר בין אומנה לפנימייה. מדינות אחרות, לעומת זאת, מחזיקות מגוון רחב יותר של מסגרות ברצף שתואר לעיל עם גבולות מטושטשים בין אומנה לבין מסגרות השמה מוסדיות או פנימייתיות. כך למשל, דנמרק, גרמניה וצרפת עושות הרבה יותר שימוש במסגרות השמה של שהות חלקית לאורך היום ובמסגרות לטיפול משותף עם ההורים, כאשר ההורים עדיין מעורבים בטיפול בילד למרות שהוא חי מחוץ לבית (Hart et al., 2015).

רצוי להתייחס בהקשר זה גם לשמות שבהם מכנים את המסגרות המוסדיות להשמה חוץ ביתית בעולם. למשל, בארה"ב השימוש הרווח הוא "טיפול קבוצתי" Group Care" ואילו במדינות אחרות נעשה יותר שימוש במושגים כמו "טיפול מוסדי" Residential Care". הרט ועמיתיו (Hart et al., 2015) מבקרים את השימוש בכינויים כמו טיפול מוסדי שנהוגים באנגליה וממליצים על אופן השיום הנהוג בארה"ב בו המילה 'טיפול' נמצאת תמיד בשם המסגרת. בישראל גם כן נהוג לעשות שימוש במושג סידור מוסדי או במושג פנימייה. למרות החיסרון שקיים בשימוש במושגים מעין אלה לתיאור מגוון השירותים החוץ ביתיים לילדים, במסמך הנוכחי יעשה שימוש לחליפין במושגים סידור מוסדי, פנימייתי או קבוצתי (לא משפחתי) על מנת לתאר מסגרות השמה שאינן משפחות אומנה.

הרט ועמיתיו (Hart et al., 2015) מסבירים כי מדיניות רווחת הילד מיטיבה היא כזו שבה המדינה מחזיקה סוגים שונים של מסגרות העונות על כלל המטרות האפשריות של השמה חוץ ביתית. במודל כזה ניתן להתאים לכל ילד שמוצא מהבית את המסגרת המתאימה לו. לעומת זאת, כאשר המדינה מחזיקה מספר מצומצם של סוגי מסגרות ישנה סכנה כי הילד יושם במסגרת על פי המדיניות הקיימת ולא על פי צרכיו. המלצה ברוח זו ניתן למצוא גם בתדריך הבין לאומי לקובעי המדיניות ואנשי מקצוע בנושא השמה חוץ ביתית לילדים "Moving forward: Implementing the guidelines for the alternative care of children" (Cantwell et al., 2013). התדריך מדגיש את החשיבות שבקיום מגוון רחב ורצף של מסגרות טיפוליות איכותיות של השמה חוץ ביתית שמתוכנן ניתן לבחור את האופציה המתאימה ביותר לצרכי כל ילד. התדריך קובע כי השמה במסגרת חוץ ביתית צריכה להיעשות על בסיס של כל מקרה לגופו וזאת על מנת לענות על צרכי הילד בכל מקרה ומקרה (גרופר וזעירא, 2016).

חשוב להדגיש כי מגוון של פתרונות השמה כשלעצמו אינו מספיק על מנת לדאוג

שילד שזקוק להשמה חוץ ביתית אכן יושם במסגרת המתאימה לו. לשם כך יש צורך גם בקריטריונים ברורים להשמה. עם זאת, במדינות רבות כיום אין קריטריונים ברורים להשמה בסוגים השונים של מסגרות השמה חוץ ביתיות. מצב זה מביא לכך כי לא פעם ההשמה מושפעת מגורמים שאינם טיפוליים, כמו מדיניות ההכפיה המקומית או העדפות השמה של מנהל המקרה וכן גם זמינות של משאבים (Huefner et al., 2010; Leloux-Opmeer et al., 2017). מצב זה אינו תואם את עיקרון טובת הילד שלפיו יש להשים את הילד במסגרת המתאימה לצרכיו, ולא שצרכי הילד יותאמו למדיניות הקיימת או להיצע המסגרות הקיימות.

### **המאפיינים הייחודיים של ההשמה חוץ ביתית בגיל הרך**

החלק שהוצג לעיל מתייחס להשמה חוץ ביתית מוסדית או פנימיתית באופן כללי, בחלק זה נתבונן על המאפיינים הייחודיים של ההשמה חוץ ביתית עבור ילדים בגיל הרך. ישנם מספר היבטים שמייחדים את מגמות ההשמה של ילדים צעירים מאוד במסגרות השמה חוץ ביתיות בהשוואה לילדים בוגרים יותר.

ראשית, במדינות רבות ילדים בגיל הרך מוכנים באחוזים גבוהים להשמה חוץ ביתית בשלב הראשון שהם מאותרים על ידי שירותי הרווחה. כלומר, יש נטייה גבוהה יותר להוציא ילדים בגיל הרך מהבית כדרך פעולה ראשונה עם כניסתם למערכת הרווחה בהשוואה לילדים גדולים יותר שאיתם יש יותר ניסיונות לעבוד בקהילה (Thoburn, 2002; Wulczyn, Hislop & Harden, 2010). כך למשל, נתונים מאוסטרליה מלמדים כי תינוקות היוו את הקבוצה הגדולה ביותר מתוך כלל הילדים שנכנסו להשמה חוץ ביתית בשנים 1996 ו-2005 (Zhou & Chilvers, 2010). חשוב לציין עם זאת, שכפי שיתואר בהמשך מגמה זו אינה אחידה בין כל מדינות העולם, והיא שונה למשל בישראל. שנית, ילדים שמוכנים להשמה חוץ ביתית כתינוקות יבלו זמן רב יותר מהילדות שלהם בהשמה חוץ ביתית. שלישית, ילדים בגיל הרך שוהים יותר באומה ופחות במסגרות קבוצתיות בהשוואה לילדים בוגרים, וכן הם מאומצים בשיעורים גבוהים יותר. רביעית, ילדים בגיל הרך בהשמה חוץ ביתית פגיעים במיוחד לעיכוב בהתפתחות הרגשית, החברתית והקוגניטיבית שלהם. דבר זה גם מציב אותם בסיכון גבוה יותר לחוות השלכות שליליות בהמשך חייהם כמו כישלון בלימודים, שימוש בסמים וכשיעה (Wulczyn, Ernst, & Fisher, 2011). לא פעם המסקנה ממצבם זה של ילדים ששהו בהשמה חוץ ביתית בגיל צעיר היא שההשמה היא זו שהזיקה להם, בעוד שלמעשה עצם הגיל הצעיר שבו הם חוו טראומה, הזנחה והתעללות הוא שהוביל להשלכות השליליות שהם חוו מאוחר יותר בחייהם.

בנוסף לכך, המאפיינים הייחודיים של ילדים בגיל הרך בכלל ושל ילדים בגיל הרך נפגעי טראומה בפרט מדגיש את החשיבות שיש במסגרות השמה חוץ ביתיות ייחודיות לילדים בגיל הרך. השאלה העולה לדיון בהקשר זה היא האם יש צורך במסגרות השמה חוץ ביתיות נפרדות לילדים בגיל הרך או שמא יש להשים את הילדים הללו ביחד עם ילדים בוגרים יותר שהוצאו מהבית (באופן זמני או קבוע). לא מצאנו דיון משמעותי בספרות הקלינית והמחקרית ביחס ליתרונות והחסרונות של השמה חוץ ביתית נפרדת או משותפת לילדים בגיל הרך במסגרת מוסדית או פנימייתית. עם זאת, בהתבסס על החומר שהוצג בסקירה זו ניכר כי היתרונות של הפרדת ילדים בגיל הרך במסגרות חוץ ביתיות על פי קבוצת גיל הם ברורים מאליהם הן מההיבט של הגנה ומניעת פגיעה מצד ילדים בוגרים, והן מההיבט של קידום משימות ההתפתחותיות תואמות גיל (ראו למשל, רפאלי, 2017). רפאלי (2017) מדגישה כי מסגרות השמה חוץ ביתיות המסווגות לפי גיל הילד יותר יעילות בהשמה זמנית מאשר בהשמה לטווח ארוך. זאת משום שאם המסגרות ארוכות הטווח מסווגות לפי גיל הילד הדבר מביא למעברים מרובים של הילד בין המסגרות השונות לפי גילו.

חשיבות נוספת לפיתוח מסגרות השמה חוץ ביתיות נפרדות לילדים בגיל הרך נוגע לצורך בפיתוח מומחיות מקצועית ייחודית לטיפול בילדים נפגעי טראומה בגיל הרך. מסגרת נפרדת המתמחה בטיפול בילדים בגיל הרך יכולה לפתח ולבסס מומחיות כזאת, שהינה חיונית על מנת לענות על הצרכים ההתפתחותיים הייחודיים של ילדים בגיל זה. למשל, אחד המאפיינים הייחודיים הנדרשים ממסגרות מעין אלה היא להוות מסגרות רב מקצועיות. ילדים בגיל הרך נפגעי התעללות והזנחה זקוקים למענים מגורמי טיפול ואנשי מקצוע המגיעים מכמה סקטורים. כך למשל ילדים אלה מאופיינים בשיעור גבוה של בעיות בריאות, הם סובלים יותר מילדים אחרים מאסתמה, אנמיה, איבוד שמיעה, עיכוב בגדילה, ועוד. בנוסף לכך, יש להם יותר עיכובים התפתחותיים וכן שיעור גבוה יותר מהם נמצא בסיכון להתפתחות של הפרעות נפשיות. לפיכך, מסגרות השמה חוץ ביתיות לילדים בגיל הרך צריכות לכלול מערך של שירותים מבוססי התפתחות שיכולים לתת מענה לצרכי הילדים הצעירים והמשפחות שלהם, וכן עליהן לכלול צוות רב מקצועי שכולל אנשי בריאות, בריאות נפש, רפואת שיניים, ריפוי בעיסוק, קלינאיות תקשורת ועוד, וזאת בנוסף על צוות הרווחה (Clyman, Harden & Little, 2002; Osofsky & Lieberman, 2011).

למרות היתרונות שהוצגו לעיל בהפעלה של מסגרות השמה חוץ ביתיות נפרדות לילדים בגיל הרך, לא בכל המדינות קיימות מסגרות השמה חוץ ביתיות ייחודיות לילדים בגיל הרך, וכן גם הכתיבה המדעית אודות ילדים בגיל הרך במסגרות מעין

אלה היא מצומצמת למדי. ניכר כי הספרות המדעית מתייחסת להשמה חוץ ביתית של ילדים כמקשה אחת ולא קיים דיון מעמיק ייחודי מספק דיו בהקשר של ילדים בגיל הרך במסגרות אלה.

## נתונים אודות השמה חוץ ביתית של ילדים בגיל הרך

נתונים מהעולם מלמדים על מגמות לא אחידות בין המדינות באשר לשיעור הילדים בגיל הרך המוצאים מהבית ביחס לשאר הילדים. כך ישנן מדינות, כמו למשל ארה"ב, אנגליה ואוסטרליה, שבהן ילדים צעירים מהווים את עיקר הקבוצה של הילדים שמוצאים לסידור חוץ ביתית (Esposito et al., 2013; Zhou & Chilvers, 2010). עם זאת, ישנן מדינות שבהן המגמה היא הפוכה, למשל, בקנדה ילדים בוגרים מהווים את האחוז הגבוה ביותר מכלל הילדים שיוצאים מהבית (Esposito et al., 2013) (ראו גם Berger et al., 2009). בישראל המגמה היא הפוכה לזו שמצויה בארה"ב, אנגליה או אוסטרליה: ילדים בגיל הרך מופנים לשירותים בקהילה ופחות לשירותי השמה חוץ ביתיים. נתוני משרד הרווחה מלמדים כי בשנת 2016 7% מכלל הילדים שטופלו בשירותי הרווחה בגילאי 0-11 הופנו למסגרות השמה חוץ ביתיות בהשוואה ל 42% מהילדים בגילאי 12-17 שטופלו על ידי שירותי הרווחה והוצאו מהבית (משרד העבודה, הרווחה והשירותים החברתיים, 2016).

סוג שני של נתונים מתייחס לסוג ההשמה של ילדים בגיל הרך: אומנה לעומת פנימייה. כלל ניתן להבחין ברחבי העולם בשני העשורים האחרונים בהפחתה דרמטית בשימוש במסגרות מוסדיות עבור ילדים ופיתוח השמות משפחתיות, בעיקר אומנה רגילה ואומנת קרובים (Bullock & Blower, 2013). עם זאת, התבוננות על המצב במדינות שונות בעולם מלמדת כי קיימת שונות משמעותית בעניין זה בין מדינות שונות בעולם. להלן האחוזים של ילדים השוהים במסגרות מוסדיות מתוך כלל הילדים שהוצאו מהבית במדינות שונות: אוסטרליה 6%, אנגליה, 14%, ארה"ב 15%, ספרד 21%, סקוטלנד 23%, שוודיה, 27%, דנמרק 47%, איטליה 48%, גרמניה, 54%, ויפן 92% (Ainsworth & Thoburn, 2014; del Valle & Bravo, 2013). לפיכך, הנטייה להשים ילדים באומנה ולא בפנימייה היא אינה מגמה אוניברסאלית וניכר כי כל מדינה פועלת על בסיס אידיאולוגי שונה. המצב במדינת ישראל בהקשר זה הוא דומה יותר למדינות דוברות אנגלית. נתוני המועצה לשלום הילד ומשרד הרווחה מלמדים כי בשנת הלימודים תשע"ו 10,523 ילדים שהו בסידור חוץ ביתי מטעם משרד הרווחה, מתוכם 7,617 שהו במסגרות פנימייתיות (כולל מרכזי חירום ובתי מעבר) והשאר במשפחות אומנה. כלומר, 75% מכלל הילדים שהוצאו מהבית על ידי משרד הרווחה בישראל שהו בפנימיות. עוד מלמדים נתוני משרד הרווחה על עלייה במספר הילדים המושמים

באומנה משנת 2009 לשנת 2017 וירידה במספר הילדים המושמים בפנימיות בשנים אלה (המועצה לשלום הילד, 2018; משרד העבודה, הרווחה והשירותים החברתיים, 2019).

בחינה מעמיקה של הנתונים מלמדת גם על מגמה לא זהה באשר ליחס בין ילדים צעירים המושמים באומנה לעומת פנימייה לבין ילדים בוגרים יותר. כך למשל, ניתן לראות שברחבי אירופה המגמה הכללית והנפוצה ביותר עבור השמה חוץ ביתית של ילדים צעירים מאוד (מתחת לגיל 9) היא השמה במשפחות אומנה (מסוגים שונים) בעוד שילדים גדולים יותר מגיעים למסגרות מוסדיות או פנימייתיות (גרופר, 2016; Ainsworth & Thoburn, 2014). במדינות אלה הסיכוי של ילד הנזקק להשמה חוץ ביתית בגיל ההתבגרות להגיע לפנימייה גבוה יותר מהסיכוי להגיע לאומנה (רפאלי, 2017; Backe-Hansen et al., 2003). מגמה זו קיימת גם בישראל, בה רוב הילדים בגיל הרך מושמים באומנה ומיעוטם במסגרות פנימייתיות. כך מתוך כלל הילדים ששהו באומנה בשנת הלימודים תשע"ח 30.8% היו ילדים בגילאי 0-6, לעומת זאת רק 0.4% מכלל הילדים ששהו בפנימיות באותה שנה היו ילדים בגיל זה. עוד מלמדים הנתונים כי מתוך כלל הילדים ששהו מחוץ לבית בשנת 2016 בגיל 0-11 35% שהו בפנימייה והשאר באומנה, ואילו בגילאי 12-17 התמונה היא הפוכה, כ 65% מהילדים בגיל זה שהו בפנימיות וכ 44% שהו באומנה (משרד העבודה, הרווחה והשירותים החברתיים, 2016). המספרים הללו משקפים את המדיניות הנהוגה בישראל ביחס להשמה חוץ ביתית של ילדים בגיל הרך. מדיניות משרד הרווחה קובעת כי יש להשים את כל הילדים מתחת לגיל 8 שיש לגביהם החלטה להוצאה מהבית באומנה כברירת מחדל. כך מצוין באתר משרד הרווחה "למשפחות אומנה יופנו ילדים עד גיל 8, כמו כן, יופנו ילדים שגילם מעל 8 שנים שוועדת ההשמה המחוזית קבעה כי האומנה היא האפשרות הטובה ביותר עבורם". מדיניות זו הובילה בשנים האחרונות להפניה של ילדים רבים יותר מתחת לגיל 8 לאומנה.

אם כך, השונות בנתוני ההשמה של ילדים בכלל וילדים בגיל הרך בפרט בין המדינות משקפת למעשה הבדלים במדיניות, בתפיסה המקצועית ובאידאולוגיה בין המדינות השונות ביחס לאופן הטיפול בילדים נפגעי התעללות ומשפחותיהם. אחת השאלות העולות בעניין זה היא האם השמה חוץ ביתית מוסדית היא המכלול האחרון שבו משתמשים במצב של העדר אלטרנטיבה משפחתית ולתקופת הזמן הקצרה ביותר האפשרית, או שמא זו צריכה להיות אפשרות להשמה במקרים רבים, שבהם ילדים זקוקים למסגרת מוסדית ולא משפחתית. אכן ניתן להבחין בין מדינות שרואות בסידור חוץ ביתי מוסדי כאלטרנטיבה אחרונה, לעומת מדינות שרואות בסידור חוץ ביתי

מוסדי כמענה טיפולי נוסף שקיים ברצף השירותים והמענים בהשמה חוץ ביתית (Hart et al., 2015; Esposito et al., 2013).

למעשה, ישנו כיום בעולם ויכוח ביחס לעצם השהות של ילדים בכלל וילדים בגיל הרך בפרט במסגרות השמה חוץ ביתיות מוסדיות או פנימייתיות. לפיכך מן הראוי לעסוק בפולמוס זה במסמך זה שמבקש להציג מודל של מסגרת השמה חוץ ביתית קבוצתית לילדים בגיל הרך. פולמוס זה מתמקד בעיקר בשאלה על מסגרת ההשמה המועדפת והמיטיבה לילדים בגיל הרך: אומנה לעומת מסגרת השמה מוסדית או פנימייתית. נפתח בקולות שקוראים שלא להשים ילדים בכלל וילדים בגיל הרך בפרט במסגרות מוסדיות ולאחר מכן נציג קולות המבקשים להדגיש את היתרונות והחשיבות של מסגרות השמה מוסדיות לילדים בגיל הרך.

## **הביקורת כלפי מסגרות השמה חוץ ביתיות לילדים בכלל ובגיל הרך בפרט**

ביקורת נוקבת כלפי שהייה של ילדים במסגרות השמה מוסדיות או פנימייתיות עלתה ביתר שאת לדיון ציבורי בראשית שנות ה-90 עם נפילת מסך הברזל באירופה, אז נחשפה בפני העולם תמונה מדאיגה ביותר של התנאים ואורח החיים במוסדות לילדים במדינות דוגמת רומניה, בולגריה, הונגריה, ארצות הבלקן, אוקראינה, רוסיה ועוד. באותה עת העולם המערבי נחשף למוסדות פנימייתיים גדולים שבהם ילדים רבים גרו יחד באותו חדר לצד אנשי צוות לא מיומנים. ביקורת זו הולידה תנועה חזקה של אל מיסוד לפיה יש להעדיף תמיד עבור ילדים בכל גיל כל מודל של השמה דמוית משפחה כפתרון למצבים שבהם ילדים לא יכולים להישאר במשפחתם, ולראות בסידור חוץ ביתי במסגרת מוסדית או פנימייתית מוצא אחרון, וזאת בוודאי בכל הנוגע לילדים בגיל הרך (גרופר, 2016; גרופר וזעירא, 2016).

עמדה זו קיבלה בעשור האחרון חיזוקים ותיקוף במישור הבין לאומי במספר הצהרות בין לאומיות וקווים מנחים שהתפרסמו בנושא. כך בשנת 2009 פרסמה מועצת זכויות האדם של האו"ם (the Human Rights Council of the UN General Assembly) בתמיכת וועדת זכויות הילד הפועלת מטעם האמנה בדבר זכויות הילד "קווים מנחים לחינוך וטיפול אלטרנטיבי" (Guidelines for the Alternative Care of Children). קווים אלה מציגים סטנדרטים ראויים ביחס להשמה של ילדים במסגרות השמה חוץ ביתיות. בין השאר, קווים אלה מביעים עמדה חד משמעית ביחס להשמה של ילדים במסגרת מוסדית או פנימייתית. סעיף 21 לקווים אלה קובע כי "יש להגביל את השימוש בסידור חוץ ביתי מוסדי למקרים בהם סידור כזה מתאים באופן ספציפי,

הכרחי ותורם לאינטרסים ולטובתו של הילד הספציפי". בנוסף, כך קובעים הקווים המנחים ביחס לילדים בגיל הרך "השמה חוץ ביתית לילדים צעירים, במיוחד ילדים מתחת לגיל 3, צריכה להינתן במסגרת משפחתית. יוצא דופן לעיקרון זה הוא כאשר יש רצון למנוע הפרדת אחאים, וכן במקרים שבהם ההשמה היא בעלת אופי חירומי או שהיא למשך זמן מוגבל, עם פתרון מתוכנן לטווח ארוך". מסמך בין לאומי זה לפיכך יצר ציפייה ברורה שמדינות יחליפו את הסידורים המוסדיים שלהם בסידורים משפחתיים, במיוחד בכל הנוגע לגיל הרך.

קול מתנגד חזק נוסף להשמה של ילדים צעירים במסגרות מוסדיות או פנימיטיות היא ההצהרה ביחס למסגרות השמה קבוצתיות לילדים ובני נוער שפרסם בשנת 2014 איגוד הפסיכולוגים והפסיכיאטרים האמריקאי ("הצהרת הסכמה כללית בדבר מסגרת מגורים קבוצתית לא ביתית עבור ילדים ומתבגרים: הצהרת מדיניות של האגודה האמריקאית לפסיכיאטריה מניעתית"). ההצהרה נוקטת עמדה נחרצת נגד מסגרות מגורים קבוצתיות לא משפחתיות לילדים וגורסת כי אין לעשות שימוש בסידורים קבוצתיים לא משפחתיים עבור ילדים שיש להוציא אותם מהבית, וזאת משום שיש להם השפעה מזיקה על התפתחות הבריאה של ילדים, וזאת ללא קשר לגיל הילד. כך נכתב בהצהרה "אנחנו מביעים עמדה מוצקה יותר (מאשר החלטת האו"ם משנת 2009) וטוענים כי טיפול מוסדי אינו יכול להיחשב כאפשרות ראויה עבור ילדים בכל הגילאים כולל בני נוער וכי אפילו שהייה מצומצמת במסגרות קבוצתיות לא ביתיות עלולה לפגוע בצמיחה וברווחה של הצעיר" (עמ' 220). בסעיף 10 להצהרה מתייחסים הכותבים להשמה חוץ ביתית בגיל הרך וקובעים כי "לעולם אין" להשתמש במסגרת מגורים קבוצתית לא ביתית עבור ילדים צעירים. יש להדגיש כי ההצהרה אינה עוסקת בשאלה אם להוציא ילדים מהבית או לא, אלא שהיא מבקשת לקבוע שבכל המקרים שבהם יש צורך בסידור חוץ ביתי עבור ילד משפחת אומנה עדיפה תמיד על פנימייה (דודזון ערד, 2016; קורן-קריא, 2016).

כותבי ההצהרה מנמקים את טענתם על ידי ספרות ענפה המתעדת את ההשפעות המזיקות של מסגרות מגורים קבוצתיות לא ביתיות עבור ילדים צעירים. אחת הטענות המרכזיות שלהם היא כי מסגרות קולקטיביות או קבוצתיות שוללות מהילד את ההזדמנות ליצור התקשרות לדמות הורה ובד בבד אינן מסוגלות בדרך כלל לאפשר הפעלת סמכות של דמות בוגרת באופן רגיש לילד. גורמים אלו פוגעים לידים ביכולתם של הילדים להשלים בהצלחה משימות התפתחות חיוניות של הילדות ושל גיל ההתבגרות ומגבירות את הסיכוי להתנהגות אנטי חברתית ומסכנת. לדידם, יחסים קרובים עם מבוגר קרוב, אכפתי ומחויב הינם חיוניים כדי לסייע לילדים אלו להתגבר

על קשיי העבר ולפתח אמון במערכות היחסים הקרובות.

הביקורת שמציגים כותבי ההצהרה מתבססת כאמור על מחקרים בתחום שבחנו את מצבם של ילדים ששהו במסגרות השמה חוץ ביתיות מוסדיות. אכן קיים היקף רחב של מחקרים שנעשו בעשורים האחרונים ומצאו עדות לתוצאות שליליות עבור ילדים בכלל וילדים צעירים בפרט (מתחת לגיל 6) ששהו במסגרות השמה חוץ ביתיות קבוצתיות. כך למשל, מחקרים מצאו שתינוקות וילדים קטנים שחיו בהשמה חוץ ביתית מוסדית או פנימייתית היו בעלי סיכון גבוה לסבול מעיכובים התפתחותיים, בעיות בריאות ובעיות בהתקשרות (למשל Dozier et al., 2014; Halfon, Mendonca, Berkowitz, 1995; Klee, Kronstadt & Zlotnick, 1997; Nelson, Fox, & Zeanah, 2005; Wulczyn et al., 2014). בהתבסס על תיאורית ההתקשרות אחת טענות המרכזיות בהקשר זה היא כי אבני הדרך ההתפתחותיות בילדות המוקדמת עשויות להיפגע מעצם המפגש עם מספר רב של מטפלים (Belsky, 1988), וזאת בניגוד למודל השמה משפחתי כמו אומנה שבו יש דמות התקשרות קבועה אחת. הטענה היא שגם אם מסגרות אלה מציעות איכות גבוהה של טיפול, עצם החלפת המטפלים לא מאפשרת דמות מטפלת יציבה אחת, מה שפוגע בהתפתחות התקינה של הילד (Berrick et al., 1997; Howes, 1988; Maclean et al., 2016).

מחקרים אלה כמו גם הביקורת שהוצגו לעיל הן חשובות ומעוררות דיון מקצועי וציבורי חשוב ביחס לרווחתם ושלומם של ילדים שנזקקים להוצאה חוץ ביתית. עם זאת, מדובר כאמור בפולמוס ציבורי ומקצועי ולפיכך יש חשיבות להציג גם עמדות מקצועיות ועדויות מחקריות מוצקות שמבקשות לבקר את העמדות שהוצגו לעיל, ולפיהן יש יתרונות ותרומות להשמה של ילדים במסגרות פנימייתיות, כפי שיפורט בחלק הבא.

## **התמודדות ומענה לביקורת ביחס להשמה חוץ ביתית מוסדית או פנימייתית עבור ילדים**

החלק הנוכחי מבקש להתייחס לעמדות המבקשות לצאת נגד הביקורת שהוצגו לעיל. בשנים האחרונות כתגובה לקווים המנחים שפרסם האו"ם וכן כתגובה להצהרת איגוד הפסיכולוגים והפסיכיאטרים האמריקאים החלו לעלות דעות נגד והחלו להתפרסם כתבי עמדה שהתנגדו לאותן הצהרות שהוצגו (גרופר וזעירא, 2016). באופן כללי עמדות אלה מתנגדות לקביעה כי מסגרות השמה מוסדיות או פנימייתיות מהוות תמיד עדיפות לא טובה עבור ילדים שצריכים לצאת מהבית, וכן הן מתנגדות לעצם הקביעה כי סידורים אלה צריכים להיות מוצא אחרון וכי הם עדיפים פחות

על סידורי אומנה. עמדות אלה מבקשות לראות בסידור חוץ ביתי קבוצתי או מוסדי לילדים בגיל הרך פתרון ראוי ואף מועיל במקרים מסוימים.

בישראל התעוררה ביקורת במיוחד כנגד ההצהרה של איגוד הפסיכולוגים והפסיכיאטרים האמריקאי על ידי מספר חוקרים בכירים מתחום רווחת הילד. חוקרים אלה פרסמו קובץ של מאמרי דעה בנושא, שבהם הם מביעים את ההתנגדות שלהם לעמדות שמופיעות בהצהרה. ביקורות אלו פורסמו בגיליון מיוחד של כתב העת חברה ורווחה בשנת 2016. בנוסף, קבוצת חוקרים העוסקים בסוגיית החינוך והטיפול החוץ-ביתי (מדובר ב 30 חוקרים מארצות שונות שהינם מטובי חוקרי הפנימיות בעולם) התכנסה לפני מספר שנים בבריטניה על רקע זה ופרסמה הצהרה נוספת בנושא. ההצהרה תורגמה לעברית על ידי גרופר וזעירא (2016) והתפרסמה בכתב העת מפגש לעבודה סוציאלית. במסמך הם מבקשים לחזק את תרומתה של הפנימיה הטיפולית כמענה אפשרי וראוי לילדים בעלי צרכים מרובים הזקוקים לטיפול אינטנסיבי ורצוף. קווים מנחים נוספים שפרסמו כעמדת נגד להצהרת האו"ם הם "Moving Forward: Implementing the guidelines for the alternative Care of Children". קווים מנחים אלה קובעים כי גם כאשר יש צורך בהשמה חוץ ביתית לילד חשוב לספק אותה בהתאם לצרכים הספציפיים של הילד, הנסיבות שלו וטובתו, ולא לפי קביעה חד משמעית לפיה יש לשים ילדים באומנה או בפנימייה.

התייחסות לכלל המקורות הללו מעלות כמה ביקורות נגד המדגישות את החשיבות של סידורי השמה חוץ ביתיים מוסדיים או קבוצתיים לילדים כחלק מהמענים שמספקת מערכת רווחת הילד בכל מדינה. להלן עיקרי הטענות:

ראשית, עדויות מהשטח מלמדות כי לסידור משפחתי של אומנה יש מספר מגבלות שחשוב להתייחס אליהן. משפחות אומנה לא מצליחות תמיד לתת מענה לקשיים ההתנהגותיים והרגשיים של חלק מהילדים המופנים אליהן, וכן הן אינן מסוגלות תמיד להציע לילדים אלה פתרון בהיקף וברמת המקצועיות שיכולות לספק פנימיות טיפוליות המעסיקות אנשי מקצוע בתחומי המקצועות המסייעים (גרופר וזעירא, 2016; דודזון ערד, 2016). גם הרט ועמיתיו (Hart et al., 2015) מציינים כי יש קושי להיענות למדיניות הנותנת עדיפות לאומנה בשל מחסור במשפחות אומנה, וכן מאחר שישנם ילדים רבים עם בעיות מורכבות שלא ניתן להתמודד איתן במסגרת משפחתית. אינסוורת' והנסן (Ainsworth & Hansen, 2005) מסבירים גם הם כי החלום של "לא עוד מוסדות לילדים" הביא לתוצאות הרסניות עבור ילדים. הם מסבירים כי הניסיון להסתדר ללא מסגרות מוסדיות במקום להפוך אותן למסגרות טיפוליות טובות יותר

יצר משבר באומנה. המשבר נוצר במידה רבה מכיוון שהורי אומנה רבים מותשים מהשמות לא מתאימות של ילדים עם בעיות התנהגות ובעיות רגשיות ניכרות, ילדים שלא היו צריכים להיות מושמים בסביבה ביתית רגילה. מגבלה נוספת נוגעת להפסקות לא מתוכננות שעלולות להתרחש באומנה, כמו למשל משברים משפחתיים בלתי צפויים. להפסקות אומנה אלה יש פוטנציאל ליצור פגיעה באמון הבסיסי של הילדים (דודזון ערד, 2016). כך למשל, נתונים אודות השמת ילדים באומנה בארה"ב מלמדים כי בתקופה של 18 חודשים כמעט 30% מילדי האומנה חוו חוסר יציבות באומנה, משמע נאלצו לעבור בין משפחות אומנה. מחקרים מלמדים על ההשלכות השליליות שיש למעברים מרובים בין משפחות אומנה על התפתחותם הרגשית וההתנהגותית של ילדים (ראו למשל, Rubin et al., 2007; Leve et al., 2012).

שנית, טענה נוספת נוגעת לכך כי הביקורת על חלק מהמסגרות המוסדיות לא צריכה להביא לסגירתם הכוללת אלא לשיפור הסטנדרטים במסגרות אלה. גרופר (2016) מסביר כי במקום לבטל כל סוג של טיפול חוץ ביתי מוסדי עדיף להתאמץ ולשפר הסדרים טיפוליים אלה. הדבר מצריך צמצום במספר הילדים בפנימייה, חיפוש דרכים ליצר בה אווירה אינטימית וחמה דמוית משפחה, השקעת מאמצים בהכשרה ובהתמקצעות של אנשי הצוות, שיפור איכות החיים של הילדים, חיזוק הקשר עם המשפחה וההורים ועוד. בן אריה (2016) מציע לתקן את המשפט הבא מהצהרת איגוד הפסיכולוגים והפסיכיאטרים האמריקאי "מסגרת קבוצתית לא ביתית איננה סידור מתאים של דיור ולעולם אין באפשרותה להחליף את הסביבה הביתית" ל"מסגרת קבוצתית או ביתית שאיננה מכבדת את טובת הילד ותורמת לאיכות חייו איננה סידור מתאים של דיור ולעולם לא תוכל להחליף את הסביבה המשפחתית" (עמ' 175). גרופר וזעירא (2016) מסבירים כי במקום להילחם ולחתור לביטולם של הסדרים חוץ ביתיים עדיף ויעיל יותר לבחון אותם בעין ביקורתית, להשקיע מאמצים בהרחבת מגוון המודלים שהם מציעים ולהניע תהליכי שיפור מתמשכים בסוגי מסגרות אלה.

שלישית, חוקרים שונים מדגישים כי הקווים המנחים של האו"ם אינם מבוססים על תמיכה מדעית (Leloux-Opmeer et al., 2017), וכי החלק המדעי שמוצג כבסיס להצהרה של איגוד הפסיכולוגים והפסיכיאטרים האמריקאי אינו מדויק דיו. מספר חוקרים ישראלים (למשל, דודזון ערד, 2016; בנבנישתי, 2016) מבקרים את הבסיס המדעי של הצהרה זו ומצביעים על הבעיות המתודולוגיות הניכרות מהם סובלים המחקרים שמובאים בהצהרה. למשל, ישנו קושי להשוות בין ילדים שהושמו במסגרות מוסדיות לבין ילדים שהושמו באומנה בשל השוני במאפיינים שלהם, שהרי במדינות רבות השמה במסגרות קבוצתיות היא מוצא אחרון ומכאן שמלכתחילה

ילדים אלה הם בעלי מאפיינים קשים יותר. ליקוי נוסף מתייחס להיעדר דוגמאות מספרות המחקר שאינן תורמות לעמדה המוצגת בהצהרה, משמע חוסר בהצגת מחקרים שמצאו ממצאים הפוכים מאלה המוצגים בהצהרה. למשל בישראל ערכה דודזון-ערד (2016) מחקר אורך על איכות החיים של ילדים שהוצאו לאומנה, ילדים שהוחלט שייצאו לפנימייה וילדים שהוחלט שיישארו בבית. איכות חיי הילד נמדדה בשלוש נקודות זמן. ממצאי המחקר מלמדים שבקו הבסיס וחצי שנה לאחר ההשמה לילדים שהוצאו מהבית למשפחת אומנה היתה איכות חיים פסיכולוגית וחברתית טובה יותר מזו שהייתה לילדים שהוצאו לפנימייה, עם זאת, לאחר 15 חודשים לא היה הבדל בניהם ברמת איכות החיים. למעשה נמצא כי בין המדידה הראשונה לשנייה איכות חיי הילדים באומנה השתפרה יותר מזו של ילדי הפנימייה אך בין המדידה השנייה לשלישית איכות חיי הילדים ששהו באומנה ירדה. הסיבות לירידה באיכות חיי הילדים באומנה יכולה להיות קשורה לפי דודזון ערד לכך שלמסגרות פנימיות יש אופציות לשירותים טיפוליים אינטנסיביים והעשרה חינוכית שמשפחת אומנה איננה יכולה להעניק. סיבה נוספת לאיכות חיים נמוכה של ילדים באומנה היא קונפליקט הנאמנויות שעלול להתעורר בקרב ילדי אומנה, הכוונה למתח בין הנאמנות להורים האומנים מול הנאמנות להורים הביולוגים שעל פי רוב נשארים בתמונה (Baker, Me-hta & Chong, 2013).

רביעית, אחת הביקורות המשמעותיות ביותר היא כי קביעת מדיניות אחידה ביחס לכלל הילדים או לקבוצת גיל מסוימת עשויה להביא למצב שבו הילד יושם בהתאם למדיניות הקיימת ולא בהתאם לצרכיו, טענה שהוצגה גם קודם לכן במסמך זה. בנבנישתי (2016) טוען כי במקום לקבל החלטות מנהליות הקובעות העדפה טכנית של פתרון מקצועי בנוסח החלטת מנכ"ל שאומרת שלא יוצא ילד עד גיל 8 לפנימייה יש לקבוע רשימת עקרונות ורשימת שיקולים שיש להתייחס לכולם. בן אריה (2016) טוען כי לא נוכל לתמוך בהצהרה שקובעת שלעולם אין להשתמש במסגרת מגורים קבוצתית לא ביתית עבור ילדים צעירים וסבור כי ראוי שהחברה תדאג למסגרות חיים חלופיות לילדים שמשפחתם הביולוגית בגדה בהם או שאינה יכולה להבטיח להם איכות חיים סבירה. במצבים שכאלה הוא מסביר סוג המסגרת צריך להיקבע על פי צורכי הילד ובהתייעצות איתו. הרט ועמיתיו (Hart et al., 2015) מסבירים שהאתגר של כל מערכת להגנת הילד היא להגדיר ולהבהיר לעצמה אילו ילדים יכולים להרוויח מהשמה בסיסור מוסדי בהשוואה לסידור משפחתי, ובאיזו נקודת זמן במהלך הטיפול בהם. גם דודזון ערד (2016) מסבירה כי כשם שאי אפשר לקבוע כי תמיד נכון להשאיר ילדים בבית, כך גם אי אפשר לקבוע שתמיד או לרוב נכון להוציא ילדים לאומנה. היא מסבירה כי ייתכן שיש ילדים שעבורם סידור חוץ ביתי משפחתי הוא הנכון ולעומתם

יש ילדים שעבורם סידור חוץ ביתי פנימייתי הוא הנכון והמתאים.

חמישית, אנשי מקצוע וחוקרים רבים סבורים כי מסגרות השמה חוץ ביתיות מוסדיות או קבוצתיות יכולות להביא לתוצאות חיוביות בנסיבות מסוימות עבור ילדים מסוימים. אומנם השמה חוץ ביתית משפחתית אכן מתאימה לצרכים של ילדים רבים שיוצאים מהבית, עם זאת לטענתם המציאות מוכיחה שוב ושוב כי ישנם מקרים ונסיבות שבהם הפתרון המקצועי הנכון והמתאים לילדים היא מסגרת מוסדית המותאמת לצרכיהם. למשל, ילד עם התנסות שלילית של חיי המשפחה עשוי להתקשות להסתגל באופן מיידי לאומנה מה שיכול להוביל לקריסת האומנה. או למשל יש ילדים שצרכים טיפול ייחודי וסיוע שלא ניתן לספק בקלות במסגרת משפחת אומנה, כפי שצוין לעיל (גרופר וזעירא, 2016).

שישית, ישנה ביקורת כי הצהרות אלה כמו גם המחקרים השונים לא נשענים על קול הילדים. בן אריה (2016) מסביר כי בחינת השאלה מהי המסגרת הנכונה לילדים שהוצאו ממשפחתם הביולוגית צריך שתעשה בשיתוף הילדים עצמם. לטענתו עלינו להימנע מפטרונות יתר המניחה כי ילדים יעדיפו תמיד להישאר עם הוריהם בניגוד לאמות מידה מקצועיות. לטענתו תפקיד אנשי המקצוע המבוגרים אינו יכול להסתכם בקביעה מהי המסגרת הכי טובה לילדים, אלא לתמוך בילדים, להתחשב בדעתם ולאפשר להם לקבל אחריות על חייהם גם בהקשר של בחירת מסגרת השמה חוץ ביתית וגם במקרים שבהם עמדת הילדים מנוגדת לזו של אנשי מקצוע. מחקרים אכן מלמדים כי ילדים לא בהכרח חושבים שסידור מוסדי צריך להיות מוצא אחרון. למשל, באחד המחקרים שבחן את הפרספקטיבה של ילדים ביחס להשמה חוץ ביתית נמצא כי אחד לשלושה ילדים אמרו שהם היו בוחרים סידור מוסדי על פני אומנה, חלקם היו ילדים שחוו את שני סוגי ההשמות (Gibbs & Sinclair, 1998) (ממצאים דומים נמצאו אצל Barry, 2001). יש להדגיש כי מדובר במחקרים ישנים יחסית, והם אינם נעשו בישראל ומכאן שיש חשיבות לקיים מחקרים מעין אלה גם בישראל.

הטענות שהוצגו להלן מתייחסות לילדים ככלל ולא בהכרח לילדים בגיל הרך. עם זאת, הטיעונים השונים המועלים בהקשר לכלל הילדים מאפשרים לעלות שאלות ולהבין את הסוגיות והדילמות שעולות ביחס להשמה של ילדים בגיל הרך בהשמה חוץ ביתית משפחתית לעומת מוסדית. היה אכן רצוי לקיים דיון דומה באופן ייחודי אודות ילדים בגיל הרך והשמתם במסגרות השמה חוץ ביתיות. דיון מעין זה ראוי שיעשה תוך הסתמכות על אנשי מקצוע מתחומים שונים המתמחים בטיפול בגיל הרך, ובכלל זה עובדים סוציאליים, פסיכולוגים התפתחותיים, פסיכיאטרים של ילדים, אנשי מקצועות

הכרה רפואיים, אנשי חינוך הגיל הרך ועוד. כל זאת צריך להיעשות תוך התבססות על ההקשר הישראלי ועל המאפיינים הייחודיים של החברה הישראלית.

לסיכום, בחלק זה של המסמך הוצג הנושא הרחב של השמה חוץ ביתית מוסדית או פנימייתית לילדים בגיל הרך. חלק זה נועד להוות רקע מדעי ובין לאומי למה שמתרחש בעולם היום בתחום ההשמה החוץ ביתית. החומרים שהוצגו בחלק זה משמשים נקודת מוצא טובה להבין מדוע יש חשיבות בקיום של מסגרת חוץ ביתית ייחודית לילדים בגיל הרך ומה משמעותה של מסגרת מעין זו ברצף ההסדרים והפתרונות שמציעה מערכת רווחת הילד בישראל לילדים שלא יכולים להישאר בביתם בעקבות מצבים של התעללות והזנחה. החלק הבא של המסמך יתמקד בשירות השמה חוץ ביתי קבוצתי ספציפי לילדים בגיל הרך הפועל בישראל, בתי המעבר.

# חלק ב'

## בתי המעבר בישראל

### רקע היסטורי

בתי המעבר בישראל הוקמו בסוף שנות ה-70 כאלטרנטיבה למודל הטיפול שפעל עד אז כמענה לילדים צעירים ותינוקות שלא יכלו לחיות במסגרת משפחתם, בתי היתומים. בתקופה זו החל לראשונה דיון בישראל בצרכים הנפשיים וההתפתחותיים של תינוקות וילדים צעירים, ועלה לסדר היום הציבורי הדיון בשאלה מהו הטיפול הנכון הנדרש לילדים צעירים שאינם יכולים לגדול בבית הוריהם. דיון מרכזי התמקד בתינוקות וילדים בגיל הרך הגדלים במוסדות ואינם זוכים לחווה קשר משפחתי ולחוש תחושת שייכות, קביעות ויציבות. דאגה התעוררה ביחס לגורלם של ילדים ותינוקות אלה שהושמו בבתי תינוקות (בתי יתומים) צפופים וגודלו שם במשך שנים כשהם נשכחים ומוזנחים הן עלי ידי הוריהם והן על ידי שירותי הרווחה (פבר, 2007).

דאגה זו הביאה לעריכה של סקר מקיף בבתי התינוקות בישראל ב-1972. הסקר נקרא "ילדים בגיל הרך הזקוקים להורים והנמצאים במוסדות" והוא נערך בחסות היחידה לאימוץ והמחלקה המשפטית של משרד הרווחה על ידי מקסין כהן. הסקר נערך בארבעה בתי תינוקות: ויצ"ו ירושלים, ויצ"ו תל אביב, אמונה חיפה ובית שבת לוי בחיפה. בזמן ביצוע המחקר שהו בבתיים אלה 511 תינוקות וילדים צעירים, במחקר נבדקו מתוכם 255 תינוקות וילדים צעירים, אלה שהו במוסדות הללו מעל שנה. ממצאי המחקר הצביעו על מחדלים חמורים מבחינת משך השהות של התינוקות והילדים בבתיים אלה, וכן מבחינת עצם הנחיצות של שהותם בבתיים אלה. כך נמצא כי התקופה הממוצעת של שהייתם של התינוקות והילדים הצעירים במוסדות היתה 3 שנים. הבדיקה גם העלתה כי 171 מהילדים יכלו לחזור לביתם ושהותם בבתי הילדים היתה למעשה לא נחוצה, רק לגבי 11 ילדים היה ברור שיש לפתוח עבורם בהליכי אימוץ. סקר זה כמו מחקרים אחרים דומים בעולם מצא כי הכשל המרכזי בטיפול בילדים בבתי תינוקות נבע מחוסר קשר משמעותי עם דמויות מטפלות קבועות. ממצאי המחקר הללו השפיעו במידה רבה על מדיניות הטיפול בילדים בגיל הרך בהשמה חוץ ביתית בישראל, והם אף הביאו לסגירת בית התינוקות ויצ"ו בירושלים, שכלל 400 תינוקות וילדים עד גיל 6, ובהמשך אף הביאו לסגירת בתי תינוקות נוספים שפעלו בארץ. המחקר סימן למעשה את השינוי ביחס של החברה הישראלית לטיפול

בפעוטות וילדים צעירים בהשמה חוץ ביתית (כהן, 1972; פבר, 2007, 2009).

פרסום מדעי נוסף שהיה בעל השפעה על המדיניות בתחום היה ספרו של אליעזר יפה משנת 1982 "ילדים במוסדות", שבו הוא סקר את מקורות הטיפול המוסדי בישראל, ואת תהליכי קבלת ההחלטות וההשמה במוסדות מנקודת מבטם של אנשי המקצוע והמשפחות. יפה הקדיש פרק שלם בספרו להשמה מוסדית של תינוקות (פרק 11: "עלייתו וסגירתו של מוסד לתינוקות"). בפרק זה הוא מתאר כיצד מספר הפעוטות בישראל שהושמו במוסדות סגורים על ידי שירותי הרווחה הלך וירד מ-1000 פעוטות באמצע שנות ה-60 ל-390 בסוף שנות ה-70, יחד עם סגירתם של 6 מוסדות לפעוטות. בפרק הוא מתאר ניסוי שנערך במשך שמונה חודשים בבית התינוקות ויצ"ו בירושלים, ובו ניסו עובדים סוציאליים להחזיר ילדים חזרה לחיק הוריהם. בספרו הוא גם מעלה דאגות לגבי מצבם של תינוקות ששהו באותה עת במוסדות. על סמך כל אלה הוא גיבש מסקנות וקווים מנחים עבור מערכות הרווחה ואנשי המקצוע ביחס לשינויים הנדרשים בטיפול בילדים בהשמה חוץ ביתית (ליכטנשטיין, 1985; פבר, 2007).

סגירת בתי התינוקות הגדולים בישראל לא פתרה את הצורך של חלק קטן מהתינוקות והילדים הצעירים ששהו בבתי היתומים ולא יכלו לחזור לביתם אלא הזדקקו להשמה חוץ ביתית חלופית. מדובר היה בילדים צעירים ותינוקות שסבלו מקשיים רגשיים והתנהגותיים מורכבים. לפיכך, עם סגירת בית התינוקות ויצ"ו הקימה עמותת בית לכל ילד את בית המעבר הראשון לילדים בישראל "בית ברוריה" (לימים בית שרמן). בית זה היווה מודל טיפולי מותאם ומתקדם לילדים בגיל הרך שהוצאו מבתיים. מדובר היה במסגרת טיפולית לטווח זמן יחסית מוגבל, בעלת אופי קטן ואינטימי לילדים בגיל הרך. בבית עבדו מטפלים מקצועיים ששקדו על טיפוח קשר משמעותי עם הורי הילדים. המטרה היתה להחזיר את הילדים לבתיהם או במקרה הצורך למסור אותם לאימוץ (פבר, 2007, 2009). יפה (1982) מציין בספרו כי סגירת המוסד של ויצ"ו לתינוקות והקמת "בית לכל ילד" היוו ציון דרך לרווחת הילד בישראל וכי "עידן ההשמה הסיטונית של תינוקות וילדים רכים במוסדות חלף בישראל ללא שוב".

בהמשך לכך, בשנת 1978 הקים השירות למען הילד את בית הילדים "רעים" אף הוא בית מעבר לילדים, שנועד להכין ילדים לקראת אימוץ ולהגן עליהם עד תום ההליך המשפטי. בשנת 1986 הוקם בית מעבר נוסף בבאר שבע, הבית של שרי, שגם הוא נועד לספק מסגרת טיפולית קטנה ואינטימית שאפשרה לאבחן את הילד הנפגע ואת הוריו ולהגיש להם טיפול (פבר, 2007, 2009). כך באמצע שנות ה-80 פעלו בישראל שלושה בתי מעבר, כולם הופעלו על ידי עמותת בית לכל ילד<sup>1</sup>.

בתי המעבר היוו כבר עם הקמתם מסגרות טיפול מקצועיות ומיטיבות עבור ילדים. הניסיון המקצועי בבתים אלה מלמד כי הקשר של הילדים עם הדמויות הטיפוליות והקבועות בבתים הוא קשר מרפא ובונה, שמאפשר את שיקום הקשר עם ההורים או בניית קשר טוב עם ההורים המאמצים או האומנים. הבתים היוו בעבר ומהווים גם כיום מקור מידע אמין עבור שירותי הרווחה לצורך קבלת החלטות לגבי עתידם של הילדים (פבר, 2007). השהות במקום מאפשרת תצפית והיכרות נמשכת עם הילדים, ואלה מספקות מקור למידע עשיר אודות הילד. התפיסה המקצועית שהתגבשה בבתים אלה היא כי הילדים השוהים בבתים זקוקים לתקופת מעבר שבה הם יוכלו לעבד את הטראומה שעברו על מנת שיהיו מסוגלים לייצר מערכת יחסים חדשה עם הוריהם המאמצים או האומנים וליצור קשר מיטיב מחודש עם הדמויות ההוריות המקוריות. תקופת המעבר נועדה גם על מנת שהילדים יוכלו לעבור אבחון והערכת צרכים, ולקבל טיפול פיזי, רגשי והתפתחותי ראשוני כמענה לחסכים מהם הם סובלים. בד בבד עם פיתוח התפיסה המקצועית הייחודית לילדים בגילאים ונסיבות אלה, התפתחו הקווים המנחים לעבודה עם ההורים והשאפיפה להעמיק גם את הקשר עימם, בנוסף לקשר עם הילדים. אנשי המקצוע בבית המעבר פיתחו מערכת יחסים אישית של אמון הדדי והבנה עם ההורים שלא תמיד התגבשה עם אנשי המקצוע בלשכות הרווחה, ופעמים רבות שפה זאת אפשרה את שיקומם של ההורים וחזרתו של הילד לבית (פבר, 2007).

הסקירה ההיסטורית המוצגת לעיל מלמדת באותה תקופה בתי המעבר, עם הצוות המקצועי המגוון, הניסיון המצטבר וההתאמה לצרכי ילדי הגיל הרך, היוו אפשרות השמה מוצלחת ועדיפה עבור ילדים צעירים שהיו זקוקים לה. למרות זאת, לאורך השנים לא הוקמו בתי מעבר נוספים בישראל. פבר (2007) מציינת כי היה פער עצום בין כמות הילדים בגיל הרך שראוי היה שיישלחו לבתים אלה לעומת יכולת הקליטה של בתי מעבר אלה. כך כותבת פבר (2009) "רק בתי מעבר מעטים הוקמו לאורך השנים". פבר מסבירה כי באותם שנים רובם המוחלט של הילדים בגיל הרך שהוצאו בחירום מביתם הועברו למשפחות אומנת חירום או פנימיות, אך לטענתה מסגרות אלה לא היו ערוכות לתת מענה לצרכים המורכבים של ילדים בגיל הרך שחוו טראומה טרם ההוצאה, טראומה שהוחרפה בעקבות פעולת ההוצאה מהבית עצמה.

---

<sup>1</sup> יש לציין כי בחיפה פועלות על ידי עמותת בית שבת לוי שתי מסגרות השמה חוץ ביתיות ייחודיות גם הן לילדים בגיל הרך: מרכז חירום לילדים בגיל הרך שנועד לילדים בגיל שנתיים עד שבע והוקם ב-1995. וכן יחידת תינוקות ואימהות שהוקמה ב-2014, ביחידה זו שוהות האימהות יחד עם התינוקות שלהן הנמצאים בסיכון.

יש לציין כי עד לפני כשנתיים בתי המעבר בישראל היו בתפוסה מלאה ועם רשימות המתנה. כיום הבתים בתפוסה חלקית. דבר זה נוגע לעמדת ומדיניות משרד הרווחה בנוגע לנחיצותם של בתי המעבר. דבר זה הביא כפי שצוין קודם לכן לסגירת בית המעבר בבאר שבע, בית שרי, על ידי משרד הרווחה במרץ 2020. לאור כך ראתה עמותת בית לכל ילד חשיבות להכין את המסמך הנוכחי ולתאר את מודל העבודה המקצועי של בתי המעבר, כפי שזה יוצג בחלק זה בהרחבה. הצגת המודל של בתי המעבר מיועדת לאפשר התבוננות מעמיקה על האופן שבו עובדים בבתי המעבר עם ילדים בגיל הרך, לשתף בסיפורי הצלחה ולעורר דיון מחודש בדבר נחיצותם וחשיבותם של בתים אלה כמענה מקצועי חשוב ברצף המענים שמפעילה מערכת הרווחה כיום לילדים בגיל הרך.

בנוסף, יש להדגיש כי מעולם לא נכתב תקנון לעבודה סוציאלית (תע"ס) עבור בתי המעבר. בשנים האחרונות היה ניסיון לייצר תע"ס כזה, וצוות של בתי המעבר ביחד עם נציגים של משרד הרווחה נכשלו למשך שנה וחצי לשם כך, אך התהליך לא הושלם והתע"ס לא פורסם מעולם. לצד זאת, לאורך השנים התפתחה פרקטיקה מקצועית ומיטיבה לטיפול בילדים השוהים בבתי המעבר, ומכאן שיש חשיבות לפרט אותה. פרקטיקה זו תוצג להלן, חלק מהדברים המוצגים מבוססים גם על העבודה שנעשתה בזמנו על התע"ס של בתי המעבר.

## מודל ההפעלה של בתי המעבר

בתי המעבר הם שירות ייחודי לילדים בגיל הרך הסובלים מטרומות מתמשכות ומורכבות, והוצאו מביתם בעקבות מצבים קשים של התעללות, הזנחה ונטישה. בתים אלה מהווים מסגרות ביניים זמניות (עד שנה), מעבריות ורב מקצועיות לצורך אבחון, טיפול וגיוש המלצות להמשך. בית המעבר כשמו כן הוא, הוא מהווה שלב ביניים לקראת מעבר של ילד לבית או למסגרת מיטיבה וקבועה. בית המעבר הוא מסגרת קטנה ואינטימית הכוללת עד 15 ילדים בגילאים 2-10. הבתים מופעלים כאמור על ידי עמותת בית לכל ילד בפקיח משרד הרווחה והשירותים החברתיים.

### בתי מעבר לעומת מרכזי חירום

טרם העמקה במודל של בתי המעבר חשוב לעמוד לרגע על הדימיון והשוני בין בתי המעבר למרכזי החירום בישראל. למעשה על בסיס המודל של בתי המעבר הוקמו החל מראשית שנות ה-90 מרכזי חירום לילדים נפגעי התעללות והזנחה בישראל.

הידע שנצבר בבתי המעבר ביחס לחשיבות הצורך של ילדים פגועים בפסק זמן במקום ניטרלי היווה את הבסיס להקמתם של מרכזי החירום. מרכזי החירום הוקמו בעקבות התיקון לחוק העונשין מ 1989 שקבע את חובת הדיווח. באותה עת היה ברור לאנשי מקצוע ולקובעי מדיניות כי שינוי החקיקה יעלה את מספר הילדים שיאותרו ויהיו זקוקים להגנה מיידית ולפיכך יהיה צורך במעני חירום בהיקף רחב. מרכזים אלה בדומה לבתי המעבר נועדו לערוך אבחון מקיף לילד ולמשפחה, ובהתאם לכך להכין את הילד להשמה חוץ ביתית המתאימה לו או להכינו לחזרה לבית הוריו. מסקירת החומרים הקיימים נראה כי לאורך השנים לא הושם דגש על ההבדל והדימיון בין בתי המעבר למרכזי החירום.

בין המודל של בתי המעבר למודל של מרכזי החירום קיים דימיון רב באופן לא מפתיע. הן בתי המעבר והן מרכזי החירום הם מסגרות המעניקות שירותי השמה זמניים ומעבריים לילדים נפגעי התעללות והזנחה ולהוריהם. מסגרות אלה נועדו בין השאר לשם אבחון, הערכה ושיקום ראשוני ולגיבוש המלצות לסידור קבוע בהמשך. כמו כן, כפי שיוצג בהמשך בהרחבה שני המודלים הללו פועלים במודלים טיפוליים דומים למדי – טיפול במרחב החיים, צוות מדריכים לצד צוות פסיכו-סוציאלי, טיפול קליני לילדים, הדרכת הורים וכדומה. למרות דימיון זה בעוד שמרכזי החירום נתפסים כמסגרת טיפולית לגיטימית לילדים בגיל הרך, בתי המעבר זכו כאמור לביקורת ממשרד הרווחה בשנים האחרונות.

לצד הדמיון במודל של בתי המעבר ומרכזי החירום ניתן גם להצביע על מספר הבדלים ביניהם: ראשית, ההבדל המשמעותי ביותר הוא בגילאי הילדים. מרכזי החירום באופן רשמי (על פי תע"ס 8.40) קולטים ילדים מגיל 3 עד גיל 15, בתי המעבר כאמור נועדו עבור ילדים בגיל הרך והם קולטים ילדים מגיל שנתיים עד עשר. עם זאת, בפועל מרבית הילדים המגיעים למרכזי חירום הם בני 5 ומעלה, כאשר מתקבלים ילדים צעירים יותר זה על פי רוב משום שמדובר בילדים שמגיעים עם אחים גדולים יותר. לעומת מרכזי החירום, בתי המעבר מבקשים להתמחות בטיפול בילדים נפגעי טראומה בגיל הרך. שנית, בתי המעבר אינם פועלים במתכונת חירום באופן פורמאלי. רוב הקליטות הן קליטות מתוכננות, עם זאת בפועל בשל המציאות המורכבת לא פעם גם בתי המעבר קולטים ילדים בהתרעה של יום או יומיים. שלישית, אורך השהות הפורמאלית בבתי המעבר הוא עד שנה ובמרכזי החירום הוא צריך להיות עד כשלושה חודשים. עם זאת, בפועל זמן השהיה הממוצע של ילדים במרכזי חירום הוא 8 חודשים, כך שהפער אינו גדול מאוד. רביעית, הילדים השוהים בבתי המעבר משולבים במסגרות חינוכיות מחוץ לבית, ואילו מרכזי החירום מפעילים בתי ספר בתוך המסגרת. חמישית, בתי

המעבר הם מסגרת חסויה וההורים אינם מגיעים לבית המעבר למפגש עם הילדים, אלא נפגשים עם הילדים במרכז חיצוני לבית המעבר, לעומת זאת מרכזי החירום אינם חסויים. הבדלים אלה הם חשובים משום שהם מלמדים על מתן מענה מגוון לצרכים השונים של ילדים ומשפחות שזקוקים להשמה חוץ ביתית.

## אוכלוסיית היעד

ייחודם של בתי המעבר היא בכך שהם מיועדים לילדים נפגעי טראומה והתעללות בגיל הרך, ילדים בגילאי שנתיים עד עשר: בית שרמן והבית של שרי מיועדים לילדים בגילאי שנתיים עד שבע, ורעים מיועד לגילאי שלוש עד עשר. נתונים משנת 2019 מלמדים כי הגיל הממוצע של הילדים בשלושת בתי המעבר בעת הקליטה למסגרת היה חמש, הילד הצעיר ביותר שנלקט למסגרת היה בן שנה ועשרה חודשים והילד הבוגר ביותר היה בן שמונה. כפי שהוצג בהרחבה לאורך מסמך זה, טיפול בילדים נפגעי טראומה בגיל הרך היא התמחות נפרדת וייחודית הדורשת מומחיות והתייחסות שונה מזו של טיפול בילדים בוגרים יותר. ההנחה היא כי השלכות הטראומה על ילדים בגיל זה והפגיעה בהתפתחות שלהם דורשות משאבים ומענים שונים מאלה שלהם זקוקים ילדים בוגרים יותר.

## מאפייני הילדים המגיעים לבתי המעבר

בתי המעבר נועדו לקלוט ילדים בגיל הרך שעברו התעללות, הזנחה חמורה או נטישה במסגרת משפחתם. לרוב מדובר בילדים צעירים שעברו ניסיונות חוזרים ונשנים של טיפול במסגרת הקהילה שלא הצליחו (למשל, מעון רב תכליתי). באופן ספציפי יותר ניתן להצביע על המאפיינים הייחודיים הבאים של ילדים המגיעים לבתי המעבר, כפי שיוצג להלן. לצד הצגת המאפיינים הייחודיים של ילדים בבתי מעבר יוצגו גם תיאורי מקרה שדרכם ניתן להבין ולהכיר את פרופיל הילדים המופנים לבתי המעבר יותר לעומק. על מנת לשמור על חיסיון הילדים פרטי הילדים והמקרים האמיתיים שונן.

- ילדים החיים בחוסר במוגנות – כל הילדים המופנים לבתי המעבר חיו טרם ההפניה לבית המעבר בסביבה שאינה מספקת מוגנות וביטחון פיזי, צרכים פיזיים בסיסיים (היגיינה, תזונה, לינה, וטיפול רפואיים) וצרכים רגשיים (תחושת בטחון, חום וקירבה, כבוד לילד). רבים מילדים אלה חוו דחייה רגשית עמוקה מצד הדמויות ההוריות שלהם, ולפיכך לא פעם מאופיינים כבעלי פגיעה ראשונית ובסיסית ביכולות ההתקשרות שלהם.

**דוגמא:** ד' הגיעה לבית המעבר בגיל 6. אימה עסקה לאורך השנים בזנות ואביה

לא היה ידוע. ד' סבלה מהזנחה פיזית ורגשית חמורות ומדחייה רגשית מצד אימה. לאורך השנים הראשונות של חייה ביקשה אמה משירותי הרווחה שיוציאו את ד' מהבית מספר פעמים בטענה שהיא לא יכולה לגדל אותה. מחלקת הרווחה ניסתה לשלב את האם בתכניות בקהילה ולסייע לה לשפר את כישורי ההורות שלה. עם זאת, מצבה הרגשי והפיזי של ד' החמיר ובעקבות זאת החליטה מחלקת הרווחה להוציא את ד' מהבית ולהעבירה לבית המעבר. במשך שהותה בבית המעבר ד' ביטאה קשיים התנהגותיים ורגשיים מורכבים, היה לה התקפי זעם קשים והיא טופלה לפיכך בתרופות פסיכיאטריות. היא הכתה ילדים אחרים, הרסה חפצים בבית וגם נהגה להכות ולשרוט את עצמה. לאחר שהות של מספר חודשים בבית המעבר ניתן היה להבחין ברגיעה והפחתה משמעותית בהתקפי הזעם. בימים אלה ממתינה ד' לעבור למשפחת אומנה.

- ילדים המאופיינים בפערים התפתחותיים משמעותיים, אשר נוצרו בעקבות חסך בסיפוק הצרכים הבסיסיים שלהם על-ידי הוריהם. מדובר לרוב בילדים עם עיכובים התפתחותיים מרובים ומורכבים שזקוקים לטיפולים רגשיים ופרה רפואיים מקיפים. לא פעם מדובר בילדים שיש סימני שאלה ביחס לפערים ההתפתחותיים שלהם, ולא ברור האם העיכובים מהם הם סובלים מהווים מצב קבוע (למשל בעיית תקשורת או מוגבלות פיזית או נפשית) או שמא מדובר בתגובות פיזיות, רגשיות ותקשורתיות לטראומה ממנה הם סובלים. תהליך השיקום והאבחון שעוברים הילדים בבית המעבר מסייע להבין את מצבם המדויק. לאורך השנים היו לא מעט מקרים שבהם ילדים שהגיעו לבתי המעבר עם אבחנה של צרכים מיוחדים או חשד לאבחנה מעין זו סיימו את תקופת השהות שלהם בבית המעבר ללא אבחון של צרכים מיוחדים. מכאן שללא השהות הזמנית בבית המעבר היו עלולים ילדים אלה להיות מופנים למסגרות של חינוך מיוחד ולקבל השמות לא מתאימות בהמשך, למשל, מסגרת לילדים עם צרכים מיוחדים.

**דוגמא:** מ' נקלט בבית המעבר בגיל שלוש. הוא אותר על ידי המשטרה בשעת לילה מאוחרת בביתו, שהגיעה לשם על מנת לעצור את הוריו בשל עבירות פליליות שביצעו, כאשר ד' נוכח וצופה בפעילות העבריינית של הוריו. מ' נשלח עוד באותו לילה לאומנת קלט חירום. עם זאת, משפחת הקלט לא הצליחה להחזיק במ' בשל מצבו הרגשי וההתנהגותי המורכב. לפיכך שירותי הרווחה העבירו אותו לבית המעבר. מ' הגיע לבית המעבר עם אבחון של אוטיזם. יחד עם זאת כיוון שמ' נחשף לטראומה קשה עלתה השאלה האם אין מדובר למעשה בפוסט טראומה שמביאה לסימפטומים

חמורים של קושי בתקשורת עם הסביבה. לאורך זמן שהותו בבית המעבר הסימנים ההתנהגותיים האוטוסיטים הלכו ופחתו עד שנעלמו בכלל. בתום שהות של שנה עבר מ' למשפחת אומנה עם אופק לאימוץ, ובסופו של דבר אומץ על ידי משפחת האומנה. מעקב אחרי המשפחה מלמד כי מ' מרגיש טוב, לומד בחינוך רגיל וממשיך להתפתח במשפחתו החדשה.

**דוגמא: א'** הגיעה לבית המעבר בגיל 4 ישירות מבית אימה. אימה היתה חולה בסכיזופרניה. היא הגיעה לבית המעבר בתת שגשוג (שקלה 9 קילו בגיל 4) ואופיינה בהתנהגות ביזרית. היא למשל שיחקה באופן פומבי עם צואה, וכן כמעט ולא דיברה. עם הגעתה לבית המעבר היא נלקחה מידית לאבחון פסיכיאטרי, שבו נאמר כי יש קושי לקבוע האם א' סובלת מפוסט טראומה או מסכיזופרניה של הילדות. לאחר תקופה של מספר חודשים בבית המעבר ההתנהגויות החריונות שלה פחתו בהדרגה, והמסקנה היתה שמדובר בפוסט טראומה. בהמשך לכך הוא התחילה לדבר, ואף עלתה במשקל בעקבות תכנית אכילה מיוחדת שנבנתה לה. בהמשך היא עברה למשפחת אומנה איתה היא חיה עד היום.

- ילדים פגועים רגשית בעקבות טראומות ילדות מתמשכות, וכן בעלי הפרעות בהתקשרות, אשר זקוקים לטיפול רגשי מתמשך, טרם שילובם במשפחה. מדובר בילדים שמצבם המורכב והקשה, הנובע על פי רוב מאובדנים מרובים וטראומות מורכבות, לא מאפשר למשפחת אומנה להחזיק אותם. ילדים אלה הם בעלי קשיי התנהגות חריגים ובעיות רגשיות משמעותיות. הם זקוקים לתהליך של עיבוד טראומה משמעותי, ובכלל זה גם עיבוד הפרידה מההורים לצורך התקשרות אחרת (במקרים מורכבים בלבד).

**דוגמא: י'** הגיעה לבית המעבר בגיל 3. אימה נטשה אותה ואת אחיה הגדול בן ה-7. האב שנותר לבדו עשה מאמצים לגדל את הילדים לאחר עזיבת האם, אך התקשה לעשות זאת וביקש כי הילדים יסודרו מחוץ לבית. טרם קליטתה של י' בבית המעבר הוא שהתה בשתי משפחות קלט אומנה, שהתקשו להכיל אותה בשל בעיות התנהגות קשות מאוד, ובכלל זה מ' מרחח צואה על קירות ורהיטים, עשתה את צרכיה בפומבי, השתוללה בהחלפת חיתול עד כדי החזקה בכוח, דיבורה לא היה מובן, וכן היא התנהגה בצורה אלימה כלפי ילדים אחרים ואף כלפי מבוגרים, הרבתה לצעוק ולירוק, סיכנה את עצמה ואת הסביבה ולפיכך דרשה השגחה 24 שעות ביום. שירות האומנה סבר כי למצב זה של מצוקה רגשית קיצונית של י' והתנהגויות מסכנות את הסביבה ואת עצמה מסגרת משפחתית של אומנת קלט חירום איננה מהווה מסגרת שיקום

אינטנסיבית וטיפולית לה י' זקוקה. במצב זה וכן על מנת שתוכל בעתיד להשתלב באומנה המליץ שירות האומנה להעביר אותה למסגרת שיקומית המאפשרת טיפול ושיקום אינטנסיביים כגון בית המעבר. י' הגיעה לבית המעבר בשבועות האחרונים והחלה בתהליך שיקום אינטנסיבי.

**דוגמא:** ב' הגיע לבית המעבר בגיל שנתיים וחצי ביחד עם אחותו בת החמש. האמא אובחנה כבעלת הפרעת אישיות קשה. האב לא היה ידוע. טרם הגעתם לבית המעבר, עברו הילדים אבחון מקיף, שבו הומלץ על העברתם לבית מעבר לפני מסירתם למשפחה. הילד הצעיר אובחן כבעל דיכאון עמוק ולפיכך מכון האבחון סבר כי למשפחת אומנה יהיה קשה להכיל אותו ואת ההתנהגויות שלו. כך למשל הוא נהג לבכות ללא הפסקה שעות ממושכות. לאחר מספר חודשים של טיפול צמוד ואינטנסיבי בבית המעבר ב' החל להתאושש ולצאת ממצב הדיכאון בו היה שרוי. לאחר כשנה בבית המעבר הוא ואחותו אומצו על ידי משפחה, מעקב אחריהם מלמד שהאימוץ הצליח והם חיים ברווחה במשפחתם החדשה.

- ילדים שטרם הגעתם לבית המעבר עברו מעברים מרובים, ובכלל זה נפלטו ממשפחות אומנה, או אף ממשפחות מאמצות. מעברים אלה נובעים לא פעם מהשמות שלא תואמות את מצב הילד וצרכיו. כפי שצוין קודם לכן לא פעם מדובר בילדים שיש להם צרכים התפתחותיים מורכבים שמסגרת משפחתית מתקשה להכיל, ובכל זאת הם מושמים במשפחות אומנה, מה שמביא לקריסת האומנה.

**דוגמא:** מ' הוא בן יחיד לאם חד הורית שהוצא מביתו בגיל 3.5. טרם הוצאתו מהבית הוא שהה במעון רב תכולתי. אימו סבלה ממוגבלות שכלית התפתחותית. מ' סבל מהזנחה כרונית וחמורה לכל אורך ילדותו. בעקבות מצבו זה הוא הוצא לקלט אומנה, מהקלט הוא הועבר למשפחת אומנה. עם זאת, משפחת האומנה לא החזיקה מעמד בטיפול בו, ולכן מ' הועבר שוב למשפחת קלט אומנה שבתום השעות בה הועבר שוב לאומנה חדשה, עם זאת גם אומנה זו לא החזיקה מעמד. בסופו של דבר לאחר כל המעברים הללו הוא הגיע לבית המעבר כשהיה בן 5. אחת הבעיות שהקשו על המשפחות לטפל במ' היה המצב הרפואי המורכב שלו שדרש ביקורים חוזרים ונשנים במרפאות ובתי חולים. בזמן השעות בבית המעבר עבר מ' מספר אבחונים ובדיקות רפואיות ואובחנה אצלנו בעיה פיזית התפתחותית. לאחר מספר חודשים של שהות בבית המעבר, נמצאה משפחת אומנה שהיתה נכונה לקחת על עצמה את הטיפול במ' ובצרכיו הרפואיים וההתפתחותיים. דבר זה מלמד על חשיבות מציאת פתרון

משפחתי קבוע לילד לאחר שנעשה לו תהליך אבחון מקיף ושיקום ראשוני. מ' חי היום חיי הרווחה עם משפחתו האומנת.

**דוגמא: ג'** נקלט בבית המעבר בהיותו בן 6. היא אובחן כבעל רמת משכל גבולית וכן היו לו בעיות התפתחותיות נוספות. ג' סבל מדחייגה רגשית קשה במשפחתו, אימו, עולה חדשה מברית המועצות לשעבר, נטשה אותו בגיל צעיר, ואביו לא היה ידוע. בעקבות נטישת האם הוא הועבר למרכז חירום ושהה שם כשנה. בתום תקופת השהות במרכז חירום הוא עבר למשפחת אומנה, עם זאת האומנה לא החזיקה, משום שלג' היו בעיות התנהגות קשות שמשפחת האומנה התקשתה להכיל. לפיכך הוא הועבר למשפחת אומנה אחרת, אך גם סידור זה כשל, ובסוף תהליך זה בגיל 6 הגיע לבית המעבר וזאת לבקשת ארגון האומנה שביקש שג' יעבור תקופה זמנית בבית מעבר על מנת לבחון בצורה מעמיקה יותר אם הוא מתאים לשהות ולחיות במשפחה אומנת. בתום שהות של כמספר חודשים בבית המעבר מצבו הרגשי וההתנהגותי של מ' התייצב ובעיות ההתנהגות פחתו עד נעלמו והוא הוצא למשפחת אומנה חדשה. מעקב אחר מצבו של ' מלמד כי הוא חי ברווחה עם משפחת האומנה.

**דוגמא: המקרה הנוכחי מתייחס לשני אחים שהגיעו לבית המעבר בגילאי 4 ו 6.** לאחר שעברו קודם לכן בשלוש משפחות אומנה. אימם של הילדים נפטרה ממחלה, ואביהם אסיר שנכנס ויוצא מהכלא. לפיכך הילדים הושמו במשפחת קלט אומנה, בה הם שהו מספר חודשים, משם הם הועברו למשפחת אומנה בה הם שהו כשנה. עם זאת, סידור האומנה קרס בשל מורכבות הטיפול בילדים, חוסר הבנה של צרכיהם, חוסר פניות מספקת של המשפחה ועוד. משם הועברו הילדים לארגון אומנה חלופי ולמשפחת אומנה חדשה, בה הם שהו כשנה. עם זאת, גם משפחה זו דיווחה על קושי רב בטיפול בשני הילדים, וכן על דחיה קשה של הבן הצעיר. ההורים האומנים טענו שהילד סובל מבעיות נפשיות והתפתחותיות ובכלל זה עלה חשש לבעיות תקשורת. למרות תמיכה וליווי אינטנסיביים ביקשה המשפחה לסיים את אומנה. משהתקשו בארגון למצוא משפחה נוספת הוחלט על העברתם לבית המעבר לאבחון והחלטה על ההמשך. הילדים הגיעו לבית המעבר במצב נפשי לא טוב מבולבלים, חרדים, מסוגרים, שקטים עם איחורים התפתחותיים בכל תחום כמעט. לאחר עבודה שיקומית וטיפולית אינטנסיבית שכללה עיבוד הפרידות מהמשפחות, המוות של האם, יצירת סיפור חיים עם רצף ומשמעות, עיבוד הטלטלות הרבות שעברו, מתן ריפוי בעיסוק, קלינאית תקשורת וטיפול בבעלי חיים צומצמו הפערים כמעט בכל תחום ותפקודם הכללי היה בתחום הנורמה. בית המעבר ושירותי הרווחה פעלו למען מציאת בית קבוע לילדים, כלומר פתיחת תיק אימוץ, זאת עקב כישלון הסידורים הקודמים והעדר

דמויות הוריות כשירות. כמו כן, הומלץ להפריד בין האחים תוך שמירה על קשר ביניהם. לאחר שנה וחצי בבית המעבר יצאו הילדים לשתי משפחות שונות. משפחה אחת ביקשה לאחר מספר חודשים שלא להמשיך באימוץ. בית המעבר ביקש שהילד יחזור אליו לתקופה נוספת של טיפול ולמציאת משפחה חדשה מתאימה יותר. לאחר מספר חודשים נמצאה גם לילד זה משפחה מאמצת. כיום הילדים נמצאים מזה מספר שנים בשתי משפחות מאמצות שונות, חייהם יציבים, התפתחותם תקינה והם שומרים על קשר ביניהם.

- ילדים להורים המתאפיינים בהתנגדות עמוקה להוצאת הילד מביתם או להוצאה למסגרת משפחתית, ועלולים לחבל בהוצאת הילד לסידור משפחתי. לא פעם מדובר בילדים שלא מצליחים לייצר קשרים חדשים במשפחה חדשה וזקוקים לפיכך לתקופת זמן לשיקום וטיפול רגשי. עבור ילדים אלה יש חשיבות רבה שתהיה תקופת זמן של עיבוד האובדן על מנת שיוכלו לייצר קשרים חדשים במשפחת אומנה בה הם יקלטו.

**דוגמא:** א' הוא בן להורים שסבלו מהתמכרות חמורה לאלכוהול, כמו כן האב נהג באלימות כלפי האם והורחק מהבית. א' הוצא מהבית מספר פעמים למשפחות אומנה עוד טרם הגעתו לבית המעבר. עם זאת, סידורי האומנה לא הצליחו, וזאת בשל הקשר הרגשי החזק שהיה לו עם אימו. כך למשל, במעבר האחרון שלו הוא הועבר מהבית של אמו למשפחת אומנה עם אופק לאימוץ, שם הוא שהה רק 5 ימים, במשך כל הימים הללו הוא בכה וצעק שהוא רוצה את אימו. לפיכך שירותי הרווחה החליטו להעביר אותו לבית מעבר לתקופת ביניים. בתום השהות בבית המעבר לא ניתן היה להעביר את הילד חזרה לאימו בשל התמכרויות חוזרות ונשנות שלה, ולפיכך הילד עבר בהמלצת שירותי הרווחה לפנימייה טיפולית.

- ילדים ומשפחות שלא מוכרים כלל לשירותי הרווחה, ולפיכך לא ניתן להשים אותם בשום מסגרת חלופית עד שהם לא יעברו תהליך הערכה ואבחון רב מקצועי מקיף (הן ההורים והן הילדים) על מנת לבחון את הקשיים והכוחות שלהם ולהמליץ עבורם על מסגרת המשך מתאימה.

## מטרות בית המעבר

מטרת בית המעבר הוא שיקום נפשי של הילד על מנת שיוכל להיקלט בסידור משפחתי קבוע, לעבור למסגרת השמה מוסדית מיטיבה או לחזור לביתו, וזאת תוך כדי עבודה על הקשר הורה-ילד. באופן ספציפי יותר מטרות בית המעבר הן:

- לספק לילד את צרכיו הפיזיים והרגשיים בהתאם לגילו, לשלב ההתפתחותי שלו ולמצבו.
- לסייע לילד לעבד את טראומות הילדות שלו ובכלל זה טראומת ההוצאה מהבית.
- לשקם את יכולת ההתקשרות של הילד ודפוסי ההתקשרות שלו עם דמויות משמעותיות בסביבתו הקרובה. המטרה היא לסייע לילד לבנות ייצוגים פנימיים חדשים ומיטיבים לדמויות משמעותיות בחייו.
- לסייע לילד להשלים פערים בתחומי החיים השונים, ולהקנות לו כלים להסתגלות לחיי משפחה עתידיים או לחיים במסגרת עתידית אחרת. המטרה היא לשקם את תפקודים בסיסים של הילד, בהתאם לקשיו וליכולותיו.
- לאבחן את הילד ואת משפחתו. המטרה היא לבצע הערכה של הכוחות והצרכים של הורי הילד, של הקשרים עם הילד ושל הילד עצמו, לצורך מתן המלצה לגבי מסגרת ההמשך המתאימה ביותר לילד.
- לתת המלצה להשמה מיטבית, שתבטיח יציבות לטווח ארוך, תוך התחשבות במצב הילד, בקשר עם הוריו ובמסוגלות ההורית שלהם.
- באם מתאפשר מבחינת מאפייני ההורים, המטרה היא לקדם שיתוף פעולה של ההורים עם בית המעבר, באמצעות עבודה מתמשכת, עקבית ומעמיקה עם ההורים. המטרה היא לסייע להורים בשיפור התפקוד ההורי שלהם ובשיפור הקשר עם הילד, או לחליפין לסייע להורים לקבל ולהכיל את הוצאת הילד לבית המעבר ולמסגרת עתידית בהמשך.

## קליטת הילדים

ילדים מגיעים לבתי המעבר על פי רוב בצורה מתוכננת, לאחר דיון בוועדה לתכנון, טיפול והערכה, לעיתים גם לאחר אישור בית משפט. שלבי אישור הקבלה לבית המעבר:

**1.** ועדת תכנון טיפול והערכה תוך התייעצות ואישור המפקח האחראי על בית המעבר (לכל בית מעבר יש מפקח הרשאי לאשר קליטה)

**2.** צו בית משפט

**3.** העברת המסמכים והאישורים הרלוונטיים (צו בית משפט, פרוטוקול ועדת החלטה, כרטיס ביטוח רפואי, תעודת לידה, כרטיס טיפת חלב, פרטי התקשרות עם ההורים, ועוד).

**4.** צוות מקצועי מבית המעבר נוסע לכגוש את הילד, אם הדבר מתאפשר, במקום בו הוא שוהה. זאת על מנת ליצור היכרות מוקדמת עם הילד ועם משפחתו, מה שמקדם את קליטתו המוצלחת של הילד בבית המעבר.

**5.** ועדה בתוך בית המעבר שאחראית על בניית תכנית עבודה אישית לכל ילד בהתאם לכל החומרים שנאספו בשלבים שתוארו לעיל.

## **קליטת אחאים**

חלק גדול מהילדים בבתי מעבר מגיעים עם אחים. מדובר במאפיין ייחודי של בית המעבר המאפשר לקלוט מספר אחאים יחד ולמנוע את ההפרדה בניהם, וזאת מתוך הכרה כי פירוד בין אחאים בנוסף למשבר אותו חווים הילדים עשוי להחריף את מצבם.

## **בתי מעבר כמסגרת כוללנית רב מקצועית**

בתי המעבר הינם מסגרת הפועלת 24 שעות ביום, 7 ימים בשבוע 365 יום בשנה. הילד נמצא במעטפת מקצועית טיפולית לאורך כל שעות היממה. יש סדר יום קבוע לכלל הילדים, תוך התאמות לכל ילד וצרכיו.

הצוות כולל: מנהל מסגרת, עובדת סוציאלית, פסיכולוג התפתחותי/קליני/שיקומי, צוות עזר הכולל מדריכים (מטפלים) (חלקם סטודנטים צעירים למקצועות הטיפול והחינוך וחלקם בעלי משפחות בעלי ניסיון בגידול ילדים בעצמם. כולם עובדים במשמרות - משמרת בקר, משמרת צהריים ומשמרת לילה), בני שירות לאומי ומתנדבים אחרים, אנשי משק בית: אם בית, מנקה, מבשלת ואיש תחזוקה. ב"רעים" קיים גם צוות חינוך מיוחד (בבית של שרי פעלה גם מנהלת אדמיניסטרטיבית וקשרי חוץ).

## **בית המעבר בתוך הקהילה**

בתי המעבר מצויים בקהילה, בשכונות מגורים, ובנויים כמודל ביתי, במידת האפשר, וזאת הן בהיבט הפיזי, הן בכמות הילדים המתאכסנת בהם, והן באווירה השורה בהם. ילדים מעל גיל 3 יוצאים ללמוד במסגרות לימודיות בשכונה. ילדים יכולים להתארח אצל ילדים אחרים או להזמין אליהם להתארח ילדים מהמסגרת החינוכית. כל זה נועד

על מנת לקדם את שיקום הילד ולאפשר לו לנהל שגרת חיים יום יומית נורמטיבית עד כמה שניתן.

לצד זאת, בראשית דרכו נקבע בית המעבר כמרכז חסוי, בעיקר מפני ההורים. עם זאת, סוגיה זו נתונה לדילמות ושאלות על ידי הצוות הטיפולי בבתיים, ונראה כי יש לשקול את נחיצות המשך היותם של הבתים חסויים.

## משך השהות

השהות בבתי המעבר יכולה להימשך עד כשנה. תקופת זמן זו נמצאה כמתאימה לעבודה הטיפולית האינטנסיבית הדרושה לשם שיקום ההתקשרות, שיקום תפקודים בסיסיים, עבודה עם ההורים, השלמת פערים התפתחותיים של הילדים וכדומה. עם זאת, סוגיית הזמן בבתי המעבר מהווה דילמה מקצועית, וראוי לפיכך לדון בה מחדש על מנת לשקול את תקופת הזמן הנכונה לשהות הילדים בבית המעבר. עוד יש לציין כי בפועל פעמים רבות ילדים שוהים בבתי מעבר זמן ממושך יותר משנה בשל קושי למצוא סידור המשך לילדים אלה, למשל קושי למצוא משפחת אומנה מתאימה או קושי למצוא פנימייה טיפולית מתאימה שיש בה מקום פנוי לילד. בדיקת הנתונים של בתי המעבר משנת 2019 העלתה כי זמן השהות הממוצע לילדים שעזבו את בית המעבר בשנה זו היתה שנה וארבעה חודשים.

## השירותים הטיפוליים הניתנים בבית המעבר

הדאגה לילדים בבתי המעבר הינה בכל תחומי החיים, החל מהתערבות שיקומית וטיפולית, דרך דאגה לקידום התפתחותי לימודי, הכלה, אהבה וקבלה, ועד דאגה לצרכים בסיסיים של בריאות, תזונה, בגדים והרגלי חיים. באופן ספציפי להלן המענים והשירותים שמקבלים הילדים בבתי המעבר:

- טיפול במרחב החיים מבוסס טראומה - סביבה טיפולית בשגרת היום-יום, הכוללת טיפול צמוד על-ידי צוות של מדריכים (מטפלים) וכן צוות הבית כולו (ראו פירוט בהמשך)
- מטפל אישי (מדריך) צמוד לכל ילד (ראו פירוט בהמשך).
- התערבות שיקומית טיפולית (ראו פירוט בהמשך).
- אבחון רב מקצועי וכן על פי הצורך אבחון פסיכו-דיאגנוסטי או פסיכיאטרי (ייעשה

על ידי הפסיכולוג בבית המעבר או מרכז אבחון חיצוני) (ראו פירוט בהמשך)

- טיפול רגשי בידי מטפל קבוע באמצעות משחק.
- עבודה עם ההורים הכוללת ביקורים שוטפים אחת לשבוע בין הילד להוריו ומפגש של ההורים עם מטפל אחת לשבוע (ראו פירוט בהמשך).
- טיפולים רפואיים (כולל השלמת חיסונים) ופרא-רפואיים בתוך בית המעבר או בקהילה.
- הוראה מתקנת וסיוע לימודי.

להלן פירוט אודות הפונקציות הטיפוליות בבית המעבר:

### **טיפול במרחב החיים**

העבודה בבית המעבר מבוססת על הגישה של טיפול במרחב החיים (Life Space approach). לפי גישה זו הטיפול בילד אינו מתקיים רק בנקודות מסוימות או בחדר טיפול, אלא לכל אורך היום בכל הסביבות של בית המעבר. במודל זה עושים שימוש בכל משבר יומי, אינטראקציה או אירוע על מנת לעזור לילדים ללמוד דרכים חדשות לחשוב, להרגיש ולהתנהג. טיפול זה נעשה לאורך כל היום ובאמצעות כל הכלים והדמויות שקיימים בבית. העיקרון העומד בבסיס מודל זה היא כי השהות בבית המעבר אינה רק פיזית, משמע נועדה להרחקה ולהגנה על הילד, אלא שהיא הזדמנות לייצר תהליכים שיקום וטיפול יום יומיים אינטנסיביים בילד.

בית המעבר מוגדר כשירות מבוסס טראומה. כל הילדים השוהים בבית המעבר חוו אירועים טראומטיים הקשורים להתעללות והזנחה שחוו במסגרת משפחתם הטבעית והובילה להשמתם בבית המעבר. לפיכך בית המעבר בנוי כשירות מבוסס טראומה שבו כל אנשי הצוות מודעים ומכירים את ההשפעה וההשלכות של טראומה על התנהגות הילד ומצבו הרגשי בחייו היום יום. אנשי הצוות בבית המעבר עוברים הכשרות המאפשרות להם לפתח מודעות ולרכוש ידע ומיומנויות בנושא של השפעות הטראומה על ילדים בגיל הרך, ומכשירות אותם להגיב לילדים באופן המתבסס על ההנחה כי התגובות ההתנהגותיות והרגשיות של ילדים אלה הן תוצאה של תגובה לטראומה. מודעות וידע זה מובאים בחשבון בכל התערבות מול הילדים.

## **מטפל אישי (מדריך) צמוד לכל ילד**

בבית המעבר המדריכים נקראים מטפלים. המטפלים ממלאים פונקציות טיפוליות משמעותיות, ובכלל זה: נוכחות, מעורבות, קביעות ויציבות, ביטחון ומוגנות, השלמת החסך הרגשי, השלמת פערים התפתחותיים, הקניית הרגלים ורכישת כישורי חיים ועוד. בנוסף לכך, כל ילד זוכה לקשר ייחודי עם מטפל אחד. מטרת הקשר הינה להוות סוג של "הורה משלים" עבור הילד, שבעזרתו יעשה שיקום של דפוס ההתקשרות הלא בטוחה איתה הגיע לבית המעבר, דרך יצירת היכרות עמוקה ואינטימית ביניהם, המקיפה את כל תחומי החיים. מודל המטפל האישי נועד לענות על הצורך של הילדים בדמות התקשרות יציבה וקבועה. מדובר בכלי טיפולי ייחודי לבית המעבר שמתואם לעצם היות בית המעבר מסגרת המטפלת בילדים בגיל הרך.

המטפל האישי מקיים קשר אישי עם הילד בשני אופנים מרכזיים: ראשית, הוא מגלה עניין בילד הן כאשר הוא נוכח במשמרת בבית המעבר והן כאשר הוא לא בבית המעבר. כך למשל, המטפל האישי מחפש את הילד בהיכנסו לבית הילדים ונפרד ממנו ביציאתו. הוא מגלה עניין במצבו של הילד גם בזמנים שאינו נמצא בבית הילדים, הוא משוחח עם הילד ומתעדכן במתרחש איתו, הן בבית הילדים והן מחוצה לו (במסגרת החינוכית, בקשר של הילד עם משפחתו). הוא מתלווה אל הילד בסירים ופעילויות במסגרת החינוכית, משתתף בפגישות הנוגעות לצרכי הילד במסגרת החינוך, מתלווה אל הילד בטיפולים פרא-רפואיים ועוד. שנית, למטפל ולילד יש זמן אישי אחת לשבוע במשך שעותיים. זמן זה מוקצה לפעילויות נעימות, בונות אמון, בלי מטרה או תוצר מוגדרים ועם קשב של המטפל אל רצונותיו והעדפותיו של הילד והתכוונות אליהם.

## **התערבות שיקומית וטיפולית**

כל הילדים שנמצאים בבית המעבר הם קורבנות להתעללות או הזנחה ומכאן שכולם עברו טראומה. לפיכך הילדים השוהים בבית המעבר עשויים לא לתפקד לפי גילם הכרונולוגי במונחים של מיומנויות פיזיות, חברתיות, רגשיות וקוגניטיביות, ומכאן שהם זקוקים לתהליכי טיפול ושיקום על מנת לרכוש תפקודים פיזיים, רגשיים וחברתיים תקינים. ההתערבות השיקומית והטיפולית עם ילדים והוריהם כוללת את המרכיבים הבאים:

**1. שיקום יכולת התקשרות**

**2. ויסות התנהגויות חריגות**

3. עיבוד טראומת הניתוק מההורים וטראומות משמעותיות נוספות

4. צמצום פערים התפתחותיים, נפשיים, לימודיים וחברתיים

5. חיזוק ההורות ביחס למצב ולפוטנציאל ההורי

שיקום יכולת ההתקשרות של הילד לפני מעבר להסדר קבע אחר הוא חלק משמעותי ומרכזי מעבודת השיקום והטיפול שעושה בית המעבר עם הילד. סוגיה זו כפי שהוצג בחלק הקודם היא אחת מנקודות הביקורת על עצם השהות של ילדים בהשמה חוץ ביתית מוסדית בכלל ושל ילדים בגיל הרך בפרט, ולכן ראוי לפרט עליה מעט יותר.

הטיפול בבית המעבר מתבסס על ההנחה כי ניתן לשקם יכולת התקשרות וליצור התקשרות מוגנת מחודשת, גם אם הילד לא זכה לה בינקותו ביחסיו עם הוריו או ביחסיו עם דמויות קבועות משמעותיות אחרות. ההנחה היא כי גם ילדים שמעולם לא חוו התקשרות בטוחה מסוגלים לפתח התקשרות כזו עם מבוגר או עם בן משפחה במסגרת חלופית מתאימה. הנחה נוספת היא כי המרכיב המשמעותי ביותר לשיקום יכולת ההתקשרות הינה דמות משמעותית מיטיבה וקבועה אחת המוצמדת לילד ומכוונת אליו ולצרכיו. לשם שיקום ההתקשרות נדרשת דמות של אדם בוגר בעל תכונות של רגישות ויכולת הקשבה והבנה של הילד. הדמות צריכה להיות נוכחת במידה מספקת (לפחות שלוש פעמים בשבוע, למשך משמרת מלאה), וכן להקצות לילד זמן קבוע ייעודי אישי. פונקציה זו ממולאת על ידי המטפל (מדריך) אישי שיש לכל ילד. מעבר לדמות המשמעותית ישנה חשיבות להחזקה שנתנת המסגרת לשיקום יכולת ההתקשרות, לרבות מסגרת בטוחה, גבולות ברורים, סביבה תומכת ואמפטיה ועוד.

חשוב להדגיש נקודה נוספת שלא תמיד נלקחת בחשבון בכל הנוגע לשיקום יכולת ההתקשרות. הטיפול בילדים המאופיינים בהתקשרות פגועה דורש מאמץ נפשי אדיר כמו גם סיבולת רגשית משמעותית מצד הצוות המקצועי המטפל. דווקא המודל של בתי המעבר שבו יש עבודה במשמרות מאפשר מרווח נשימה הן לאיש המקצוע והן לילד. ילד שמגיע עם התקשרות פגועה למודל משפחתי כמו משפחת אומנה עלול להתיש את ההורים האומנים מה שמביא לא פעם לקריסת האומנה. המודל בבית המעבר שבו מצד אחד יש מדריכים מתחלפים במשמורת אך מצד שני מטפל קבוע אישי לילד מהווה פתרון מיטיב הן לדמויות המטפלות והן לילדים. כל זאת כמובן באופן זמני עד שהילד מסיים את הליך השיקום ומוכן למעבר למסגרת המשך או לחזרה הביתה.

## **אבחון רב מקצועי**

במהלך השהות בבית המעבר עוברים הילדים וההורים אבחון רב מקצועי של הקשיים והגורמים המעכבים וכן של הכוחות הקיימים. מרכיבי ההערכה והאבחון לגבי הילד כוללים התייחסות למרכיבים רגשיים ונפשיים, התפתחותיים, לימודיים, רפואיים וחברתיים. מרכיבי ההערכה והאבחון לגבי ההורים כוללים תפקודים הוריים, קשר עם הילד, תובנה הורית, פוטנציאל שיפור הורי, מסוגלות הורים לקבל חזרה את ילדיהם לביתם ומעורבותם האפשרית במקרים אחרים. האבחונים וההערכות מבוצעים על ידי הצוות הרב מקצועי בבית המעבר, תוך התבססות על מידע מהמחלקה לשירותים חברתיים ותוך הסתייעות בשירותים חיצוניים (אבחון נפשי, אבחון דיכטני, אבחון רפואי וכדומה).

## **עבודה עם הורים**

ההתערבות הטיפולית בבית המעבר כוללת גם עבודה עם הורי הילד. זאת, החל מדאגה לקיום קשר בין הורים-ילדים, דרך שיתוף ההורים בחיי הילד, ועד הדרכת הורים והתערבויות הקשורות בהורות ובקשר עם הילדים.

המפגשים בין ההורים לילדים מתקיימים על פי רוב אחת לשבוע. מפגשים אלה מתקיימים מחוץ לבית המעבר (למשל, מרכז קשר) מכיוון שבית המעבר הינו מוסד חסוי. בבית המעבר בבאר שבע המפגשים התקיימו במרכז אור (ראו פירוט בהמשך) ולכן המפגש כולו הוקלט מה שאפשר צפייה עתידית ועיבוד התהליך שהתקיים בתוך המפגש ביחד עם ההורים. בכל מקרה ההחלטה לגבי תכיפות, משך, משתתפי המפגש מתקבלת במחלקת הרווחה, בשיתוף ובחשיבה עם בית המעבר, לעיתים הדבר מגובה בצו בית משפט.

הצוות המקצועי בבית המעבר מקיים שני סוגים של התערבות בקשר הורה-ילד: ראשית, במהלך המפגש בין ההורה לילד העובד הסוציאלי של בית המעבר עורך התערבויות בזמן אמת בהתאם לצורך. שנית, לפני המפגש או לאחריו עורך העובד הסוציאלי מפגש הדרכה עם ההורים ללא נוכחות הילד, על מנת לעבד לעומק סוגיות הנוגעות לקשר בין ההורה לילד, וזאת במטרה לשקם ולשפר את התפקוד ההורי. יש לציין כי בבית המעבר בבאר שבע החל פיילוט טרם סגירתו שבו הצוות הפסיכוסוציאלי קיים מפגשים טיפולים דיאדיים בין ההורים לילדים ולא מפגשי הדרכה נפרדים להורים, וזאת בהתבסס על המודל הטיפולי "פסיכותרפיה הורה-ילד" (CPP, child-parent psychotherapy).

## השמה בתום התקופה

החלטה בנוגע לסיום השהות של הילד בבית המעבר מתקבלת לאורך תקופת זמן של התייעצויות בין בית המעבר לשירותי הרווחה, ותוך התייחסות למצב הילד, מצב ההורים וטיב הקשר בין הילד להוריו.

בסיום השמה תיתכנה חלופות שונות של מענה לבית מיטיב לילדים: חזרת הילדים לבית משפחתם בליווי תכנית התערבות תומכת, השמה במשפחת אומנה המתאימה לצרכי הילד, מעבר לסידור ביתי מוסדי, או מעבר לאימוץ. העדיפות היא ברוב המקרים לסידור משפחתי מיטיב וקבוע, וזאת לאור גילם הצעיר של הילדים, וזאת ככול שהדבר מתאפשר ובהתאם לצרכי הילד. הנתונים לאורך השנים מלמדים כי כ-60% מהילדים בבתי המעבר עוברים לסידור קבע משפחתי – אומנה או אימוץ, השאר חוזרים הביתה או עוברים למסגרת מוסדית קבועה.

לקראת סיום השהות בבית המעבר נעשית הכנה של ילד לחזרה הביתה, למעבר למסגרת השמה זמנית (אומנה) או קבועה (אימוץ), וכן במקביל נעשית הכנה של ההורים לחזרה הביתה או לחילופין ניתן סיוע להורים בפרידה (אומנה, אימוץ). תהליך המעבר מבית הילדים מתבצע על פי השלבים הבאים:

**1.** מסירת הידיעה לילד שהוא עוזב את בית הילדים ולאן בליווי אלבום סיפור חיים, מלידה ועד היום ככל שניתן. מטרת סיפור החיים היא ליצור רצף והבנה מינימאלית בחיים שהם קטועים ויש בהם גם מקומות שלא ידועים לצוות המטפל או לילדים.

**2.** עיבוד הפרידה מההורים, במידה ויש כזו.

**3.** עיבוד הפרידה מבית הילדים ודמויות משמעותיות בו.

**4.** היכרות עם תכנית הטיפול שנקבעה לילד.

**5.** ליווי לאחר המעבר.

## מרכז אור

לפני מספר שנים יזמה עמותת בית לכל ילד פתיחה של יחידה טיפולית-ייעוצית

(מרכז אקסטרני), שפעלה לצד בית המעבר האינטרני בבאר שבע, שם היחידה היה "מרכז אור". המרכז הטיפולי פעל עד לסגירת בית המעבר בבאר שבע במרץ 2020. המרכז פעל באזור אחר בעיר באר שבע בדירה שעוצבה ותוכננה לשמש כמרכז טיפולי לילדים והורים. מרכז אור סיפק את השירותים הבאים: 1. במרכז התקיימו מפגשי הורים-ילדים עבור הילדים השוהים בבית המעבר, לאור העובדה שכפי שצוין קודם לכן בית המעבר הינו חסוי. מרכז אור היווה מקום מותאם ונוח יותר למפגשי הילדים עם הוריהם (בהשוואה למשל למרכז קשר). 2. הדרכות ההורים על ידי הצוות הפסיכוסוציאלי של בית המעבר התקיימו במרכז אור. כפי שצוין קודם לכן במרכז היתה אפשרות הקלטה של מפגשי הורים-ילדים מה שאפשר להשתמש בזה ככלי טיפולי במפגשי הדרכה עם ההורים. 3. המרכז נתן טיפול גם לאוכלוסייה של ילדים בגיל הרך הסובלים ממצבי מצוקה והזנחה במשפחה והוריהם, אך שההחלטה בעניינם היתה כי הם יכולים להישאר בבית ולקבל טיפול ותמיכה עבורם ועבור הוריהם בקהילה. הטיפול במרכז נועד לחזק ולשפר את התפקוד ההורי ולהעביר את הילדים תהליכי טיפול ושיקום, וזאת על מנת למנוע הוצאה מהבית. המטרה העתידית היתה גם שהמרכז ישמש גם להמשך טיפול עבור ילדים שעזבו את בית המעבר וחזרו חזרה לבית הוריהם.

המסמך הנוכחי מציג דיון באחת הסוגיות הרגישות ביותר הנוגעות לטיפול בילדים נפגעי התעללות והזנחה: השמה חוץ ביתית מוסדית, פנימייתית או קבוצתית (לא משפחתית) לילדים נפגעי התעללות, הזנחה וטראומה בגיל הרך. חלקו הראשון של מסמך ביקש להציג את המאפיינים, הדילמות והאתגרים בכל הנוגע להשמה חוץ ביתית קבוצתית או פנימייתית לילדים בגיל הרך. ניתן להצביע על שתי מסקנות מרכזיות מחלק זה: ראשית, לילדים בגיל הרך הנפגעים מטראומה, התעללות והזנחה יש מאפיינים ייחודיים ולפיכך יש צורך להתאים עבורם מענים ושירותים ייחודיים, שיהיו בעלי מומחיות בטיפול בצרכים ההתפתחותיים הייחודיים של ילדים בגיל הרך. שנית, יש חשיבות כי כל מערכת שירותים לרווחת הילד תכלול רצף מענים מגוון של מסגרות השמה חוץ ביתיות, זאת על מנת לאפשר מענה המותאם לצרכי הילד שנדרשת הוצאתו מהבית, ולמנוע מצב שבו ילדים מושמים במסגרות השמה חוץ ביתיות בהתאם למדיניות הקיימת ולא בהתאם לצרכיהם. חלק זה של המסמך גם העלה לדיון את הטענה החד משמעית כי ילדים בגיל הרך תמיד ובכל מצב צריכים להיות מופנים לאומנה וביקש לעורר דיון מקצועי וערכי מחודש בסוגיה זו.

החלק השני של המסמך הציג מודל ספציפי של מסגרת השמה חוץ ביתית לילדים בגיל הרך בישראל - בתי המעבר. הוצגו המטרות של בתי המעבר ודרכי עבודתם עם ילדים והורים. הסקירה ההיסטורית של בתי המעבר שהוצגה בחלק זה מלמדת כי מסגרות טיפוליות אלה פועלות מזה שנים רבות במקצועיות, מסירות ומחויבות גבוהה לטיפול בילדים בגיל הרך, הסובלים ממצבי טראומה ופגיעה מורכבים. בתים אלה מטפלים בקומץ של ילדים בגיל הרך בכל שנה שהינם בלי מאפיינים התנהגותיים ורגשיים מורכבים ביותר, שלאורם הם אינם יכולים להיות מטופלים באופן זמני או קבוע במסגרת משפחתית. המסקנה שניתן לבסס בהסתמך על חלק זה היא כי ישנה קבוצה קטנה יחסית של ילדים בגיל הרך שבעקבות טראומות ופגיעות שחוו מאופיינים במצב רגשי והתנהגותי מורכב הדורש את השמתם (לפחות הזמנית) במסגרת השמה קבוצתית (לא משפחתית) שתסייע בתהליך השיקום שלהם. ילדים אלה ראוי כאמור שיושמו במסגרות ייחודיות לילדים בגיל הרך ולא ביחד עם ילדים בוגרים, דבר שעלול לסכן אותם וכן לא לענות על צרכי ההתפתחות הייחודיים שלהם.

מטרתו הכוללת של מסמך זה היא להוות בסיס תיאורטי ומעשי לדיון רציני ומקיף בדבר הנחיצות במסגרות השמה חוץ ביתיות קבוצתיות או פנימייתיות לילדים בגיל הרך בכלל, והנחיצות של מודל בתי המעבר בפרט.

## רשימת מקורות

בן אריה, א. (2016). פנימיה או אומנה? נקודות למחשבה מפרספקטיבה של הילדות החדשה. **חברה ורווחה, ל"ו** (2), 169-179.

בנבנישתי, ר. (2016). עמדה כלפי השמה מוסדית: באיזה הקשר? **חברה ורווחה, ל"ו** (2), 191-200.

גרופר, ע. (2016). במקום להילחם באומנה ובסידורי אומנה עדיף להבטיח בהם רמת שירות מיטבית. **חברה ורווחה, ל"ו** (2), 201-212.

גרופר, ע. וזעירא, ע. (2016). חינוך פנימייתי בעולם: תהליכים ומגמות. **מפגש לעבודה סוציאלית חינוכית, 44**, 121-142.

דודזון ערד, ב. (2016). מהו הסידור החוץ ביתי העדיף? אומנה או פנימיה? **חברה ורווחה, לו** (2), 235-225.

המועצה לשלום הילד (2018). **ילדים בישראל 2017**. ירושלים: המועצה לשלום הילד.

יפה, א. (1982). **ילדים במוסדות**. תל אביב: צ'ריקובר.

כהן, מ. (1972). סקר ילדים בגיל רך הזקוקים להורים והנמצאים במוסדות. **סעד 16**, 91-102.

ליכטנשטיין, ט. (1985). סקירת הספר ילדים במוסדות. **מגמות, 29** (2), 233-235.

משרד העבודה, הרווחה והשירותים החברתיים (2019). **סקירת השירותים החברתיים: סקירת העשור 2009-2018**. נדלה מ: <https://www.gov.il/he/Departments/publications/reports/molasa-social-services-review-decade-2009-2018>.

משרד העבודה, הרווחה והשירותים החברתיים (2016). **סקירת השירותים החברתיים**. נדלה מ: <https://www.gov.il/he/Departments/publications/reports/molasa-social-services-review-2016>.

פבר, מ. (2009). **התעללות בילדים: ההכרה בתופעה, התפתחות החקיקה ופיתוח דרכי טיפול והגנה**. ירושלים: מכון חרוב.

פבר, מ. (2007). מדוע הוקמו מרכזי החירום. בתוך: ש. כהן (עורכת), **בית עם חלון** (עמ' 13-20). ירושלים: אשלים.

קורן-קריא, נ. (2016). מסגרת מגורים קבוצתית לא-ביתית: אתגרים העומדים בפני הדמויות המטפלות בנושא לילדים שבטיפולן. **חברה ורווחה, ל"ו** (2), 213-223.

קרן, מ., הופ, ד., וטיאנו, ס. (2013). **זה לא יעבור עם הזמן? בריאות הנפש בשלוש השנים הראשונות לחיים**. מורן הוצאה לאור.

רפאלי, ת. (2017). **מסגרות לטיפול חוץ ביתי לילדים ברמות סיכון שונות**. ירושלים: משרד העבודה, הרווחה והשירותים החברתיים.

Ainsworth, F., & Hansen, P. (2005). A dream come true-no more residential care: A corrective note. *International Journal of Social Welfare*, 14(3), 195-199.

Ainsworth, F., & Thoburn, J. (2014). An exploration of the differential usage of residential childcare across national boundaries. *International Journal of Social Welfare*, 23(1), 16-24.

Backe-Hansen, E., Højer, I., Sjöblom, Y., & Storø, J. (2013). Out of home care in Norway and Sweden - similar and different. *Psychosocial Intervention*, 22(3), 193-202.

Baker, A. J., Mehta, N., & Chong, J. (2013). Foster children caught in loyalty conflicts: Implications for mental health treatment providers. *The American Journal of Family Therapy*, 41(5), 363-375.

Barry, M. (2001). *Sense of purpose: Care leavers' views and experiences of growing up*. Edinburgh: Save the Children. Retrieved from: [https://strathprints.strath.ac.uk/10343/1/sense\\_of\\_purpose1.pdf](https://strathprints.strath.ac.uk/10343/1/sense_of_purpose1.pdf)

Belsky, J. (1988). The "effects" of infant day care reconsidered. *Early childhood research quarterly*, 3(3), 235-272.

Berger, L. M., Bruch, S. K., Johnson, E. I., James, S., & Rubin, D. (2009). Estimating the "impact" of out-of-home placement on child well-being: Approaching the problem of selection bias. *Child development*, 80(6), 1856-1876.

Berrick, J. D., Barth, R. P., Needell, B., & Jonson-Reid, M. (1997). Group care and young children. *Social Service Review*, 71(2), 257-273.

Bullock, R., & Blower, S. (2013). Changes in the nature and sequence of placements experienced by children in care, 1980–2010. *Adoption & Fostering*, 37(3), 268-283.

Cantwell, N., Davidson, J., Elsley, S., Milligan, I., & Quinn, N. (2013). Moving Forward: Implementing the United Nations Guidelines for the Alternative Care of Children. Retrieved from: [https://www.unicef.org/protection/files/Moving\\_Forward\\_Implementing\\_the\\_Guidelines\\_English.pdf](https://www.unicef.org/protection/files/Moving_Forward_Implementing_the_Guidelines_English.pdf)

Chu, A. T., & Lieberman, A. F. (2010). Clinical implications of traumatic stress from birth to age five. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 469-494.

Cicchetti, D., Toth, S. L., & Rogosch, F. A. (1999). The efficacy of toddler-parent psychotherapy to increase attachment security in offspring of depressed mothers. *Attachment Human Development*, 1(1), 34-66.

Clyman, R. B., Harden, B. J., & Little, C. (2002). Assessment, intervention, and research with infants in out-of-home placement. *Infant Mental Health Journal*, 23(5), 435-453.

Davidson-Arad, B. (2005). Fifteen-month follow-up of children at risk: Comparison of the quality of life of children removed from home and children remaining at home. *Children and Youth Services Review*, 27(1), 1-20.

del Valle, J. F., & Bravo, A. (2013). Current trends, figures and challenges in out of home child care: An international comparative analysis. *Psychosocial Intervention*, 22(3), 251-257.

Dozier, M., Kaufman, J., Kobak, R., O'Connor, T.G., Sagi-Schwartz, A., Scott, S., Shaffer, C., Smetana, J., van Ijzendoorn, M.H., & Zeanah, C.H. (2014). Consensus Statement on Group Care for Children and Adolescents: A Statement of policy of the American Orthopsychiatric Association. *American Journal of Orthopsychiatry*, 84(3), 219-225.

Esposito, T., Trocmé, N., Chabot, M., Shlonsky, A., Collin-Vézina, D., & Sinha, V. (2013). Placement of children in out-of-home care in Québec, Canada: When and for whom initial out-of-home placement is most likely to occur. *Children and Youth Services Review*, 35(12), 2031-2039.

Gibbs, I., & Sinclair, I. (2000). Bullying, sexual harassment and happiness in residential children's homes. *Child Abuse Review*, 9(4), 247-256.

Gilbert, N. (2012). A comparative study of child welfare systems: Abstract orientations and concrete results. *Children and Youth Services Review*, 34, 532-536.

Hacsi, T. (1996). A brief history of child placing. *A history of child welfare*, 155.

Halfon, N., Mendonca, A. and Berkowitz, G. (1995). Health status of children in foster care: The experience of the Center for the Vulnerable Child. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 149, 382-392.

Hart, D., La Valle, I., & Holmes, L. (2015). The place of residential care in the English child welfare system. Department for Education. Retrieved from: [https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/435694/Residential\\_care\\_in\\_the\\_English\\_child\\_welfare\\_system.pdf](https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/435694/Residential_care_in_the_English_child_welfare_system.pdf)

Howes, C. (1988). Relations between early child care and schooling. *Developmental psychology*, 24(1), 53-57.

Huefner, J. C., James, S., Ringle, J., Thompson, R. W., & Daly, D. L. (2010). Patterns of movement for youth within an integrated continuum of residential services. *Children and Youth Services Review*, 32(6), 857-864.

Klee, L., Kronstadt, D. and Zlotnick, C. (1997). Foster care's youngest: A preliminary report. *American Journal of Orthopsychiatry*, 67, 290-299.

Leslie, L. K., Raghavan, R., Zhang, J., & Aarons, G. A. (2010). Rates of psychotropic medication use over time among youth in child welfare/child protective services. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 20(2), 135-143.

Leve, L. D., Harold, G. T., Chamberlain, P., Landsverk, J. A., Fisher, P. A., & Vostanis, P. (2012). Practitioner review: children in foster care–vulnerabilities and evidence-based interventions that promote resilience processes. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53(12), 1197-1211.

Leloux-Opmeer, H., Kuiper, C. H., Swaab, H. T., & Scholte, E. M. (2017). Children referred to foster care, family-style group care, and residential care: (How) do they differ?. *Children and Youth Services Review*, 77, 1-9.

Maclean, M. J., Sims, S., O'Donnell, M., & Gilbert, R. (2016). Out-of-home care versus in-home care for children who have been maltreated: A systematic review of health and wellbeing outcomes. *Child abuse review*, 25(4), 251-272.

National Children's Alliance (2015). Annual Report 2015. Retrieved from: <https://www.nationalchildrensalliance.org/wp-content/uploads/2018/02/2015-NCA-Annual-Report-1.pdf>.

Nelson, C. A., Fox, N. A., & Zeanah, C. H. (2014). Romania's abandoned children: *Deprivation, brain development and the struggle for recovery*. Cambridge, MA.

Osei, G. K., Gorey, K. M., & Jozefowicz, D. M. H. (2016, February). Delinquency and crime prevention: Overview of research comparing treatment foster care and group care. In *Child & Youth Care Forum* (Vol. 45, No. 1, pp. 33-46). Springer US.

Osofsky, J. D., & Lieberman, A. F. (2011). A call for integrating a mental health perspective into systems of care for abused and neglected infants and young children. *American Psychologist*, 66(2), 120.

Osofsky, J. D., Stepka, P. T., & King, L. S. (2017). *Treating infants and young children impacted by trauma: Interventions that promote healthy development*. American Psychological Association.

Rubin, D. M., O'Reilly, A. L., Luan, X., & Localio, A. R. (2007). The impact of placement stability on behavioral well-being for children in foster care. *Pediatrics*, 119(2), 336-344.

Gibbs, I., & Sinclair, I. (1998). Private and local authority children's homes: a comparison. *Journal of adolescence*, 21(5), 517-527.

Thoburn, J. (2010). International perspectives on foster care. In E. Fernandez, & R. P. Barth (Eds.), *How does foster care work*. London, UK: Jessica Kingsley Publishers.

United Nations (2010). Guidelines for the Alternative Care of Children. Retrieved from: [https://www.unicef.org/protection/alternative\\_care\\_Guidelines-English.pdf](https://www.unicef.org/protection/alternative_care_Guidelines-English.pdf).

US Children's Bureau (2017). Child maltreatment 2017. Retrieved from: <https://www.acf.hhs.gov/cb/resource/child-maltreatment-2017>.

Van der Kolk, B. A. (2017). Developmental trauma disorder: toward a rational diagnosis for children with complex trauma histories. *Psychiatric Annals*, 35(5), 401-408.

Wulczyn, F., Barth, R. P., Yuan, Y. T., Harden, B. J., & Landsverk, J. (2005). *Beyond common sense: Child welfare, child well-being, and the evidence for policy reform*. New Jersey: Aldine Transaction

Wulczyn, F., Ernst, M., & Fisher, P. (2011). *Who are the infants in out-of-home care?: An epidemiological and developmental snapshot*. Chicago, IL: Chapin Hall.

Wulczyn, F., Hislop, K. B., & Harden, B. J. (2002). The placement of infants in foster care. *Infant Mental Health Journal: Official Publication of the World Association for Infant Mental Health*, 23(5), 454-475.

Zhou, A. Z., & Chilvers, M. (2010). Infants in Australian out-of-home care. *British Journal of Social Work*, 40(1), 26-43.

Guidelines for the Alternative Care of Children, 2010

