



המוסד לביטוח לאומי
מינהל המחקר והתכנון והאגף לפיתוח שירותים
ירושלים, חשוון התשע"ג, נובמבר 2012



מרכז ילדים-הורים: המודל האזורי הנייד

יואה שורק
פידא ניג'ם
דליה בן רבי

מפעלים מיוחדים 149



המוסד לביטוח לאומי
מינהל המחקר והתכנון והאגף לפיתוח שירותים

מרכז ילדים-הורים: המודל האזורי הנייד

יואה שורק
פידא ניג'ם
דליה בן רבי

מפעלים מיוחדים 149

ירושלים, חשון התשע"ג, נובמבר 2012

www.btl.gov.il

פתח דבר

אנו שמחים להגיש לעיונכם דוח מחקר הערכה המסכם את פיתוחם של שני מרכזי ילדים-הורים ניידים – ביישובים ערביים בגליל וביישובים יהודיים באזור השרון.

מרכז ילדים-הורים בשרון קיבל סיוע מהמוסד לביטוח לאומי באמצעות הקרן למפעלים מיוחדים, והמרכז בצפון קיבל סיוע באמצעות עמותת אשלים. שני המרכזים פעלו בשנים 2005-2008 ולו בהערכה מחקרית במימון הקרן למפעלים מיוחדים. במרכז בצפון טופלו 82 משפחות (כ-410 נפשות) ובשרון 104 משפחות (343 נפשות).

מודל המרכזים הניידים נוצר כדי לספק מענה הולם למשפחות בסיכון המתגוררות ביישובים קטנים ומרוחקים באמצעות הנגשת אנשי מקצוע ממגוון דיסציפלינות. המרכזים העניקו שירותים לארבעה יישובים הסמוכים זה לזה מבחינה גיאוגרפית תוך שיתוף פעולה עם הרשויות המקומיות, עמותות מפעילות ואשלים, ובפיקוח של משרד הרווחה והשירותים החברתיים. המרכזים התבססו בפעילותם על גישות חדשניות לטיפול בילדים בסיכון ובהוריהם, תוך דגש על חיזוק הקשר בין הילד להורה ועל שיתוף המשפחה בעיצוב תוכנית הטיפול. עם זאת, המאפיינים של כל אחד מהיישובים בגושי היישובים השפיעו על יישום המודל.

ייחודו של המודל בא לידי ביטוי בניוד עובדים מקצועיים וצירופם לאנשי מקצוע מקומיים כדי לבנות את תוכנית הטיפול במשפחה ולהוביל תהליכים ביישוב למען המשפחות והילדים בסיכון. מודל המרכז הנייד כלל את גרעין הצוות – אנשי המקצוע מהמרכז שהגיעו אחת לשבוע ביום קבוע ליישוב, כאשר אנשי צוות מקומיים פעלו בכל שאר ימות השבוע. העדר תחבורה ציבורית זמינה הקשה על ניוד העובדים והמשפחות ובייחוד הקשה על ניוד הציוד על ידי המטפלים ביצירה והבעה. הפיזור הגיאוגרפי הקשה על הניצול האפקטיבי של עבודת המרכזים. במהלך הפעלת התוכנית נבנה שיתוף פעולה עם המחלקות לשירותים חברתיים במתן שירותים באופן כללי ובטיפול פרטני במשפחות, גובשו דפוסי עבודה ונוצר שיתוף פעולה פורה של עבודה עם המשפחות.

אחד מעקרונות הפעולה במרכזים הללו הוא להתחבר למערכת החינוך ביישוב ולהתוות תוכנית טיפול משותפת עם בית הספר שבו לומד הילד לשמור על הקשר עם נציגי מערכת החינוך ולמנוע כפילויות בתוכני הטיפול. מנתוני מחקר עולה כי בנוגע ל-2/3 מהילדים יצר המרכז קשר עם בית הספר לתיאום הטיפול. הקשר התהדק עם הזמן בזכות עבודתן של אמהות הבית.

מדיווחי המטפלים על מצב הילדים בתחילת הטיפול לעומת מצבם בסופו, עולה כי בשני המרכזים חלה ירידה מובהקת בשיעור הילדים שסבלו מבעיות בתחומים שונים והתקדמות בתחומים הרגשי, ההתנהגותי, הלימודי, החברתי וביחסים שלהם עם ההורים ועם האחים. כמו כן, חלה ירידה ניכרת

בבעיות הטיפול היומיומיות של ההורים בילדים ובשיעור הילדים שהוריהם מתקשים להקפיד על כללי ההתנהגות.

הפעלת שני מרכזים ניידים באזור המרכז ובצפון הבליטה גם מחסור בשירותים שניתן להפנות אליהם משפחות הזקוקות למעקב או להמשך טיפול עם סיום הטיפול. אנו מקווים כי למערך השירותים הקיימים יתווספו שירותים נוספים שישלימו מענים חסרים וישמרו על הישגי המשפחות לאורך השנים.

אנו מבקשים להודות למנהלי המרכזים, לצוותים המקצועיים מהמרכז ולצוותים המקומיים, לעמותות המפעילות, למפקחי השירות לילד ונוער במשרד הרווחה, לעמותת אשלים ולמחלקות לשירותים חברתיים ברשויות המקומיות – כולכם תרמתם להמשך גדילתם של הילדים בחיק משפחתם.

תודתנו נתונה לצוות המחקר שסייע רבות בגיבוש המודל, קיים ערוצי תקשורת פתוחים עם כל הגורמים המעורבים ונתן משובים בונים ומועילים.

תודה מיוחדת לטניה ליף, שליוותה את המרכזים מטעם הקרן למפעלים מיוחדים.

שרית ביץ'-מוראי
מנהלת הקרן למפעלים מיוחדים

חברי ועדת ההיגוי

אזור השרון

ורד קלר – מנהלת מרכז נייד ילדים והורים בשרון
ורד רוטפוגל – מפקחת שירות ילד ונוער, משרד הרווחה
דינה שלום – מפקחת ארצית, תחום ילד ונוער, משרד הרווחה
סטלה הורוביץ – מפקחת שירות ילד ונוער, משרד הרווחה
נעמי מורנו – מנהלת אגף לגיל הרך, ויצו
עופרה שוהם – מנהלת הכשרות, ויצו
צביה שמע – מנהלת מח' לשירותים חברתיים, מ"מ קדימה צורן
זהר פורת – מנהלת מח' לשירותים חברתיים, תל מונד
משה שמואלי – מנהל מח' שירותים חברתיים, מ"א לב השרון
אלברט מור – מנהל מח' לשירותים חברתיים, כפר יונה
עמליה בן שהם – פרוייקטורית, אשלים
טניה ליף – מרכזת בקרן למפעלים מיוחדים, המוסד לביטוח לאומי

אזור הצפון

ראנה זועבי – מנהלת מרכז ילדים הורים נייד בצפון
אמירה מנסור – מפקחת שרות ילד ונוער בצפון, משרד הרווחה
הייפא פאהום – מפקחת שירות ילד ונוער, משרד הרווחה
עופרה פישביין – מפקחת שירות ילד ונוער, משרד הרווחה
ענת בר שדה – מפקחת שירות ילד ונוער, משרד הרווחה
שיפא ג'ריב – מנהלת מח' לשירותים חברתיים, עין מאהל
מזי אור – מנהלת מח' לשירותים חברתיים, מ"א משגב
רדיה מחמוד – מנהלת מח' לשירותים חברתיים, כאוכב אל היג'א
זכי עוויד – מנהל מח' לשירותים חברתיים, כפר מנדא
חוסין סועד – מנהל מח' לשירותים חברתיים, ביר אל מכסור
שרונה יוסף – מנהלת מח' לשירותים חברתיים, מ.מ. שלומי
כוכי חזן – מנהלת מח' לשירותים חברתיים, מעלות תרשיחא
מיכל ברק – מנהלת מח' לשירותים חברתיים, כפר הורדים
מאיר בר ששת – מנהל מח' שירותים חברתיים, מ.מ. מעלה יוסף
מורדי ביטון – מנהל מתנ"ס מעלה יוסף

רויטל מנשה – מנהלת מרכז ילדים הורים נייד, מעלה יוסף
נורית גרינוולד – אחראית על השירות מטעם מט"ב
דינה שלום – מפקחת ארצית, תחום ילד ונוער, משרד הרווחה
עמליה בן שהם – פרויקטורית, אשלים

צוותי המחקר במרכזים

דורי רבקין, תרצה מרגולין, יואה שורק, דליה בן רבי – מכון ברוקדייל
ד"ר חאלד אבו עסבה ופאתינה שירתאח – מכון מסאר

תמצית

מבוא

מרכז ילדים-הורים

מרכז ילדים-הורים הוא שירות קהילתי-חדשני המיועד לענות על צרכיהם של ילדים בסיכון ושל הוריהם. המרכזים מיועדים למשפחות עם ילדים בגיל בית הספר היסודי שיש להם בעיות רגשיות והתנהגותיות שנוצרו על רקע טיפול הורי לקוי. המרכזים פועלים כדי לשפר את מצב הילדים בתחום הרגשי, החברתי וההתנהגותי, לשפר את היחסים בין הילדים וההורים ולשפר את יחסם של ההורים לילדיהם, כדי לאפשר המשך גדילתם בחיק משפחתם.

המרכזים מופעלים על ידי השירות לילד ונוער במשרד הרווחה ועל ידי המחלקות לשירותים חברתיים ברשויות המקומיות, אשלים ועמותות מפעילות. את המרכז מפעיל צוות רב-מקצועי. הוא מעוצב כבית ופועל בעיקר בשעות אחר הצהריים. מטופלים בו כ-100 ילדים והורים, ומשך הטיפול בו הוא כשנה. ההורים והילדים מגיעים יחד למרכז. חלק מהפעילויות משותפות לילדים ולהורים וחלקן נערכות בנפרד. עקרונות הפעולה של המרכזים מבוססים על גישות חדשות לטיפול בילדים בסיכון והוריהם וכוללים: טיפול ממוקד בקשר הורה-ילד; ראיית המשפחה כיחידה שלמה; השתתפות המשפחה בעיצוב הטיפול; תכנית ייחודית לכל משפחה; שימוש בכלים טיפוליים יצירתיים וחוויתיים; חלוקת אחריות בין המרכז למחלקה לשירותים חברתיים; קשר קבוע בין המרכז לבין בית הספר והמשך הטיפול במחלקה לשירותים חברתיים בסיום הטיפול במרכז.

המרכז הראשון נפתח ב-1998 בחיפה, וכיום פועלים ברחבי הארץ כחמישים מרכזי ילדים-הורים. משרד הרווחה והשירותים החברתיים, בשותפות עם אשלים, ממשיכים בפיתוח מודלים חדשים ושונים וביניהם מרכז ילדים-הורים נייד.

מרכז ילדים-הורים נייד

מרכז ילדים-הורים נייד מעניק שירות לארבעה או לחמישה יישובים הסמוכים זה לזה כדי לאפשר את הנגשת השירות ליישובים קטנים ולצורך איגום משאבים.

משרד הרווחה, המוסד לביטוח הלאומי (הקרן למפעלים מיוחדים) ואשלים החליטו על הפעלת המודל הנייד במתכונת ניסוי בשני אזורים: בצפון הארץ ביישובים ערביים בגליל, ובאזור השרון ביישובים יהודיים. המרכז הנייד בצפון החל לפעול בינואר 2005 ובשרון הוא החל לפעול בספטמבר 2005. הוחלט כי עמותה תפעיל את המרכז, מכיוון שלא ניתן להעסיק את עובדי המרכז באמצעות כמה רשויות מקומיות יחד; הפיקוח על המרכז נעשה, כמקובל, על ידי השירות לילד ולנוער במשרד הרווחה; כל יישוב מקצה חדר או מבנה מיוחד לעבודה עם המשפחות ליום בשבוע; אנשי המקצוע הפועלים במרכז הם צוות קבוע (מנהל, עובדים סוציאליים, מטפלים בהבעה ויצירה ועוד) ועליהם להתנייד בין היישובים לפי ימי הפעילות בכל אחד מהם; כל יישוב מפנה למרכז 20-25 מטופלים, כך שבסך הכול מדובר בטיפול ב-100 נפשות במקביל, כמו במרכזי ילדים-הורים במודל הבסיס; הוקמה

ועדת היגוי משותפת לכל היישובים שבהם פועל המרכז, הכוללת את נציגי השירות לילד ולנוער במשרד הרווחה, המוסד לביטוח לאומי ואשלים ואת נציגי שירותי הרווחה ביישוב.

צוות הגרעין המקצועי, המורכב מעובדים סוציאליים, ממטפלים משפחתיים וממטפלים בהבעה ויצירה, מגיע אחת לשבוע ביום קבוע ליישוב ואם הבית או המדריך החברתי, פועלים בכל יישוב בשאר ימות השבוע. הפעלת מודל מרכז ילדים-הורים הנייד מצריכה משאבים רבים יותר מאשר להפעלת מרכז ילדים-הורים במודל הבסיס, בעיקר למימון הצוות המקצועי המתנייע בין היישובים. העלות השנתית של מרכז ילדים-הורים נייד היא 626,600 ₪ (523 ₪ לנפש לחודש, מעודכן ל-1.1.10) בהשוואה ל-550,800 ₪ למרכז הפועל במודל הבסיס (459 ₪ לנפש לחודש).

מחקר ההערכה

פיתוח המרכזים לווה במחקר הערכה שבוצע על ידי מאירס-גיוינט-מכון ברוקדייל ביוזמה ובמימון של הקרן למפעלים מיוחדים במוסד לביטוח לאומי. ההערכה נועדה לספק לקובעי המדיניות ולמפתחי השירות מידע שיסייע לעצב את המודל הנייד ולקבל החלטות לגבי פיתוחו ופריסתו. המחקר בחן הן את תהליכי יישום המרכזים והפעלתם והן את תוצאותיהם בעבור הילדים וההורים. המחקר התייחס לאפיון הילדים והמשפחות המטופלים במרכזי ילדים-הורים הניידים; לאפיון צרכיהם; לבחינת האופן בו משתלבים המרכזים הניידים במערך השירותים המקומיים וחלוקת התפקידים בינם לבין המחלקות לשירותים חברתיים ובינם לבין שירותי החינוך; לזיהוי מרכיבים חיוניים וייחודיים במרכזי ילדים-הורים ניידים כבסיס להמשך פיתוח מרכזים ניידים דומים בשני המגזרים.

המידע נאסף באמצעות מגוון כלים שכללו:

1. **שאלון התחלת טיפול למטפלת/מרכז ילדים-הורים** אודות מאפייני המשפחה ותכנון הטיפול, שמולא ביחס ל-50 משפחות ו-118 ילדים, שהחלו את הטיפול במרכזים בין 2006-2009.
2. **שאלון סיום טיפול למטפלת/מרכז ילדים-הורים**, שהועבר ביחס לאותן משפחות וכלל גם התייחסות לתוצאות הטיפול. השאלון מולא ביחס ל-43 משפחות ו-99 ילדים (לא התקבלו 7 טופסי סיום מהמרכז בשרון).
3. **ראיונות עומק וקבוצות מיקוד** עם אנשי מפתח בשירות לילד ונוער ובאשלים, מנהלים ועובדים סוציאליים במחלקות לשירותים חברתיים, מנהלים וחברי צוות במרכזי ילדים-הורים, אימהות, אבות וילדים שטופלו במרכזים.

ממצאים

א. המבנה הארגוני של המרכז הנייד וכוח האדם

תפקידן של העמותות המפעילות בהתארגנות הכוללת של המרכזים הניידים

כיוון שהמרכזים הניידים לילדים ולהורים עובדים עם כמה מחלקות לשירותים חברתיים, ולא עם מחלקה אחת, כמו במודל הבסיס, הוחלט כי בהפעלת המרכזים העמותות תהיינה שותפות דומיננטיות יותר ותסייענה בהתארגנות הכוללת. מנהלות המרכזים הניידים הביעו את שביעות

הרצון שלהן מן הליווי של נציגות העמותות המפעילות ודיווחו כי לאחר התבססות עבודתם של המרכזים, אינטנסיביות הליווי פחתה.

הוועדות המלוות

לצד המרכזים הניידים הוקמו ועדות מלוות משלושה סוגים: ועדת היגוי מחוזית, ועדת היגוי מקומית לכל יישוב וועדת ביצוע. הוועדות נועדו להפגיש את הגורמים הרבים המעורבים בהפעלת המרכזים, לעדכן אותם בפעילויותיהן ולדון בסוגיות העומדות בפניהם. בוועדת ההיגוי המחוזית התמקד הדיון בעקרונות הפעלת המרכזים, כגון מאפייני אוכלוסיית היעד ושילוב העבודה הקבוצתית במרכז; בוועדת ההיגוי המקומית התקיימו דיונים בסוגיות הרלוונטיות להפעלה ביישוב המסוים; ובוועדת הביצוע תורגמה המדיניות שנקבעה בוועדה המחוזית לפעולות בשטח, בלי להתייחס נקודתית לכל יישוב. הדיון עסק בבעיות טכניות, כגון הרכב כוח אדם, דרכי חלוקת טיפולים בהבעה ויצירה ועוד. בשנתיים הראשונות להפעלת המרכזים נפגשו הוועדות המלוות בתדירות קבועה, שהלכה ופחתה. כיום עולה צורך בדיון מחודש על אודות תפקידן של הוועדות, על המבנה המתאים להן ועל תדירות המפגשים הרצויה להן.

תפקיד הניהול של המרכזים הניידים מורכב במיוחד

תפקיד הניהול של המרכז הנייד מורכב במיוחד, משום שהוא מצריך קשר עם גורמים רבים ושונים זה מזה, מצד אחד, וניהול צוות עובדים גדול העובד לפי חלקיות משרה ובהתנדבות, מצד אחר. לפיכך, תפקיד המנהל מורכב יותר מאשר במודל הבסיס. אף על פי כן, ביטאו המרואיינים את שביעות רצונם מתפקודן ומעבודתן של מנהלות המרכזים הניידים.

תפקידן של מזכירות המרכז הנייד מורכב יותר

בכל מרכז נייד אחת מאימות הבית מועסקת ברבע משרה גם כמזכירה והיא עובדת במשרד של המרכז באחד היישובים. במסגרת תפקידה היא מנהלת מערכת התקשורת ותיאומים עם המטופלים, אשר בגלל מרכיב הניידות היא מורכבת יותר מזו שבמרכזי ילדים-הורים במודל הבסיס.

הקצאת כוח האדם במודל המרכז הנייד היא בהיקף נרחב יותר מאשר במודל הבסיס

במודל המרכז הנייד הוקצו משרות בהיקף נרחב יותר מאשר במודל הבסיס, בגלל הצורך בזמן נוסף להתניידות העובדים בין היישובים וגם לצורך קיום מפגשים וישיבות צוות שתאפשרנה העברת מידע בין העובדים וגיבוש תורה טיפולית אחידה. בשני המרכזים, ובמיוחד במרכז בשרון, הועסק כוח אדם טיפולי נוסף, מתנדבים ומתמחים, שאינו נכלל בהקצאת המשרות במודל. העסקתו של כוח אדם זה מעשירה את מגוון הטיפול המוצע במרכזים ומגדילה את היקפו.

הצוות המקצועי: יום בשבוע בכל יישוב והצוות הסמך-מקצועי: מספר ימים בשבוע

הצוות המקצועי של המרכז הנייד, הכולל עובדות סוציאליות, מטפלים בהבעה ויצירה ומטפלים משפחתיים, עובד יום אחד בשבוע בכל יישוב. אימות הבית והמדריך החברתי מבקרים בבתי המשפחות ונותנים הדרכה הורית למשפחות רבות, פעילויות משותפות במטבח הטיפולי וגינון טיפולי. במרכז הנייד בצפון נבחרו אימות הבית על פי מגורים ביישובים שאותם משרת המרכז ועל

פי מידת מקובלותן על אוכלוסיית הכפר, כדי שתשמשנה מגשרות תרבותיות לעובדי המרכז. בצפון גם הדגישו יותר את עבודתן של אימות הבית עם המשפחות מאשר בשרון והן טיפלו ביותר של משפחות.

במרכז הנייד בשרון הייתה אפשרות לתת יותר טיפול בהבעה וביצירה מאשר בצפון

במרכז הנייד בשרון ניתן יותר טיפול בהבעה וביצירה על ידי תרפיסטים שהוכשרו לכך לעומת המרכז הנייד בצפון. זאת מפני שבצפון קשה לגייס תרפיסטים בהבעה ויצירה דוברי ערבית בכלל, וכאלה אשר מתמחים בטיפול משפחתי, בפרט. עם זאת, לדברי מנהלת המרכז, העובדים הסוציאליים שילבו בעבודתם טכניקות טיפוליות שונות מתחום הטיפול בהבעה ויצירה. במרכז הנייד בשרון, לעומת זאת, היקף הצוות המקצועי המתמחה בטיפול בהבעה ויצירה גדול יותר משום שיש היצע גדול יותר של מטפלים דוברי עברית ובגלל מיקומו של השירות במרכז הארץ. נוסף לכך, מיקום המרכז הנייד בסמיכות למוסדות רבים להשכלה גבוהה מאפשר גיוס סטודנטים שיעבדו בו בהתנדבות לצורך ההתמחות שלהם.

דגש רב על הדרכה והשתלמויות לעובדי המרכז בכל הרמות

בשני המרכזים הניידים זוכים העובדים בכל הרמות להדרכה מעמיקה ואינטנסיבית. העובדות הסוציאליות מקבלות הדרכה מהמנהלות; אימות הבית והמדריך החברתי מקבלים הדרכה מהעובדות הסוציאליות; הצוות הרב מקצועי מקבל הדרכה בישיבות הצוות מהמנהלות וממדריכה חיצונית והמנהלות מקבלות גם הן הדרכה חיצונית. המרואיינים השונים אמרו כי הם מתרשמים מתהליך התמקצעותם של העובדים בזכות ההדרכות שהם מקבלים. סוגיה זו חשובה במיוחד לאור ממצאי הערכת מרכז ילדים-הורים בשפרעם מהם עולה כי להעדר הדרכה מספקת לצוות המקצועי הייתה השפעה שלילית על שביעות הרצון שלהם, דבר שהוביל לתחלופה גבוהה של אנשי הצוות (אבו-עסבה ושות', 2009).

משוב חיובי על הצוות המטפל ועל שיתוף הפעולה הפורה בין חבריו

בנוגע לשני המרכזים הניידים ביטאו חברי הצוות המטפל את הערכתם לחברי הצוות ולשיתוף הפעולה הפורה ביניהם וציינו כי נוצרה אווירה אינטימית המאפשרת שיתוף אמיתי בהתלבטויות מקצועיות.

ב. היבטים ביישום מודל המרכז הנייד וקשיים ואתגרים ביישום

משך זמן הטיפול שניתן במרכזי ילדים-הורים במודל הנייד היה כמתוכנן במודל

משך זמן הטיפול במרכז על פי מודל השירות אמור להיות שנה עם אפשרות להארכה לשנה וחצי. משך הטיפול הממוצע במרכזים הניידים היה 13.7 חודשים וכמעט שלא הייתה חריגה במשך הטיפול במרכז מעבר לשנה וחצי. זאת לעומת 40% מהמשפחות במודל הבסיס שטופלו מעבר לשנה וחצי (ריבקין, 2009, נתונים מ-2005). מכיוון שהמידע על מרכזי ילדים-הורים במודל הבסיס נאסף סמוך לתחילת הפעלתם ייתכן כי ניתן ללמוד מממצאי המודל הנייד על שיפור כללי ביישום מודל מרכזי ילדים-הורים.

במהלך הזמן, חל שיפור בהקצאת המבנים אותם משרת המרכז הנייד ובתחזוקה שלהם

יצירת מבנה ביתי ונעים, כמקובל במרכזי ילדים-הורים במודל הבסיס, היא אתגר בעבור המרכז הנייד בגלל הצורך בהקצאת מיקום בכל אחד מן היישובים במבנה של שירות אחר. בהתחלה, מיקום המרכזים בשירותים אחרים היה מלווה בקשיים עקב הפעילות בסביבה הומה ורועשת ועקב העדר פרטיות מספקת, כפי שדיווחו חלק מהמטפלים ומההורים. קושי נוסף שצוין בנוגע לשני המרכזים היה תחזוקת המבנים בידי הרשות המקומית, אך מדיווח המרואיינים, עם הזמן השתפרו התנאים הפיזיים שבהם פעלו המרכזים. עוד אמרו ההורים שרואיינו כי בסך הכול האווירה במרכז הייתה ביתית, נעימה וחמה. מדיווח המטפלים במרכזים עולה כי הם היו נגישים לרובן המוחלט של המשפחות.

נבנה שיתוף פעולה עם המחלקות לשירותים חברתיים במתן שירותים באופן כללי ובטיפול פרטני במשפחות

בתקופה הראשונה להקמת המרכזים הניידים היה קשה ליצור שיתוף פעולה בין עובדי המרכזים לעובדי המחלקות. עם הזמן חל שיפור, בין היתר, בזכות צעדים בוני אמון שנקטו מנהלי המחלקות ומנהלות המרכזים. מדובר בשילוב עובדי המחלקות בטיפול פרטני במרכזים כחלק משעות עבודתם במחלקה; בשילוב עובדים סוציאליים מהמחלקות בהשתלמויות מקצועיות במרכז בשרון ובהפעלה משותפת של קבוצות טיפוליות בצפון גם למטופלים שאינם חלק מאוכלוסיית המרכז. נוסף לכך, בתחילת פעילותם של המרכזים הניידים דפוסי הפניית המשפחות, הדיווח עליהן והמעקב אחריהן לא היו מגובשים ולוו בקשיים. כדי להתגבר על קשיים אלה, מונו עובדים סוציאליים רפרנטים מהמחלקות. מדיווח עובדי המרכזים ועובדי המחלקות עולה כי עם הזמן גובשו דפוסי עבודה ונוצר שיתוף פעולה פורה של עבודה עם המשפחות. מממצאי המחקר עולה שמעורבותם של העובדים הסוציאליים במחלקות הייתה גבוהה יותר בשלב תכנון הטיפול ונמוכה יותר במהלך הטיפול עצמו. סוגיית התהליך הממושך של בניית שיתוף הפעולה וגיבוש דפוסי עבודה משותפים עם מחלקות הרווחה עלתה גם בהערכת מרכזי ילדים-הורים במודל הבסיס (ריבקין ואחרים, 2009). מהערכת המודל הנייד נראה כי משך הזמן עד לביסוס שיתוף פעולה פורה היה קצר יותר ובמובן זה, נראה כי נרכש ניסיון בהפעלת השירות באופן כללי.

דגש על קשר עם בתי הספר ולא עם מחלקות החינוך

במרכזי ילדים-הורים במודל הבסיס מודגש הקשר עם מחלקות החינוך בעירייה. כיוון שהמרכזים הניידים לילדים ולהורים עובדים עם כמה מחלקות חינוך, ובכל מחלקה לחינוך רשומים רק מעט ילדים המטופלים במרכז, הודגש הקשר עם גורמים בבתי הספר שבהם לומדים הילדים. בהתחלה הקשר עמם היה מינימלי ובהמשך הוא התהדק בזכות עבודתן של אימות הבית. הקשר עם בתי הספר נעשה למטרות שונות: לשם סיוע להורים בקשר עם גורמים בבית הספר, לשם תיאום הטיפול הניתן במקביל בבית הספר ובמרכז ולשם הפעלת תכנית טיפולית משותפת.

מודל המרכז הנייד עובד טוב יותר בארבעה יישובים מאשר בחמישה יישובים

בשלב התכנון של המודל הוחלט כי מודל המרכז הנייד בצפון ישרת חמישה יישובים, בגלל מיעוט השירותים שם וריבוי צורכי האוכלוסייה. בפועל התברר שהתנהלות המרכז בחמישה יישובים מורכבת מדי. המרואיינים שהשתתפו בהפעלתו של המרכז הנייד בצפון בחמישה יישובים דיווחו על קשיים הכרוכים בהתניידות רבה יותר, בצורך בהתמודדות עם חמש מחלקות רווחה שונות ובעובדה שהשקעת יום בשבוע בכל יישוב לא מותירה זמן לישיבות צוות ולפעילות ארגונית. המרואיינים ציינו כי לדעתם העומס שנוצר כתוצאה מעבודה בחמישה יישובים גורע מיעילות הטיפול. בעקבות משוב זה, מאז ינואר 2010 מרכז ילדים-הורים הנייד בצפון עובד בארבעה יישובים. מכיוון שהמרכז הנייד בשרון החל לפעול מאוחר יותר, הוחלט מראש כי הוא יסופק לארבעה יישובים, כדי להבטיח את יעילות השירות.

יתרונות וחסרונות של רכיב הניידות

יתרון: מודל המרכז הנייד מנגיש את השירות ליישובים קטנים ומבודדים. חיסרון: היו מטפלים, בעיקר במרכז בצפון, שציינו כי הניידות גורעת מתחושת היציבות של העובדים. כדי להקל עליהם, חולק צוות המטפלים בשני המרכזים לשניים; כך שכל תת צוות עובד באופן קבוע בשני יישובים בלבד ובימים קבועים.

קשיים בכך שהצוות המקצועי עובד רק יום בשבוע בכל יישוב

המשפחות המטופלות והצוות המקצועי התקשו במתן טיפול מקצועי ביום מסוים בשבוע בלבד בכל יישוב. היו משפחות שרצו יותר ממפגש אחד בשבוע והיו מטפלים שאמרו שנחוץ יותר מיום עבודה אחד ביישוב, בגלל העומס בעבודתם באותו יישוב. קושי נוסף שצוין היה העובדה שבשבועות מסוימים המשפחות לא יכולות להגיע לטיפול בגלל חגים או אירועים מיוחדים. מכיוון שלא ניתן לקבוע למשפחות מועד חלופי באותו שבוע הן מפסידות את המפגש וכך הן עלולות אף להפסיד מספר מפגשים לאורך השנה ללא אפשרות להשלימם. כאמור, כדי להתגבר על קשיים אלו, הוסיפו בשניים מהיישובים במרכז הנייד בצפון יום עבודה נוסף – יום שישי.

ג. הטיפול במרכז הנייד

מאפייני הילדים וההורים שטופלו במרכזים הניידים

מרבית הילדים היו בטווח הגילים 5-12 של אוכלוסיית היעד של המרכזים. גיל הילדים הממוצע במשפחה בתחילת הטיפול היה גבוה יותר במודל הנייד מהגיל הממוצע שנמצא במחקר על מודל הבסיס (ריבקין, 2009, נתונים מ-2005) 8.7 שנים לעומת 6.9 שנים, בהתאמה. כשליש מהמשפחות שטופלו היו משפחות שבהן הורה אחד; שיעורן בקרב האוכלוסייה היהודית שטופלה בשרון גבוה יותר משיעורן בקרב האוכלוסייה הערבית שטופלה בצפון וזה שבשרון קרוב יותר לשיעורן במרכזים במודל הבסיס. למשפחות 3.3 ילדים בממוצע. אחוז המשפחות שלהן ארבעה ילדים ויותר גבוה יותר בצפון לעומת השיעור בשרון: 56% לעומת 16%, בהתאמה. כשני שלישים מהמשפחות המטופלות במרכזים סובלות מקשיי פרנסה. מצבן הכלכלי של המשפחות במרכז הנייד בצפון קשה יותר. בקרב כרבע מהמשפחות שטופלו בשני המרכזים סובל אחד ההורים לפחות מאחת מהבעיות הבאות

לפחות: התמכרות לסמים או לאלכוהול, עבריינות או זנות, מחלת נפש/הפרעה נפשית מאובחנת ופיגור מאובחן. בקרב כמחצית (52%) מהמשפחות בצפון סבל אחד ההורים ממחלה כרונית לעומת 16% מהמשפחות בשרון. ייתכן ששיעורן הגבוה במיוחד של משפחות בצפון שבהן לפחות אחד ההורים סבל ממחלה כרונית נובע מכך שבצפון אין בקהילה שירותים אחרים לתמיכה במשפחות. בקרב כשני שלישים מהמשפחות בצפון ובקרב כשליש מהמשפחות בשרון דווח על קיום אלימות מילולית/נפשית בין ההורים, ובנוגע ל-71% מהמשפחות בשני המרכזים דווח שהיחסים בין ההורים "לא כל כך טובים" או "בכלל לא טובים". לא דווח על קיום אלימות פיזית בין ההורים.

תכנון הטיפול

מודל העבודה של מרכז ילדים-הורים מחייב תכנון של הטיפול במשפחה ומעודד השתתפות המשפחה בשלבים של הגדרת יעדי הטיפול כדי להבטיח שיתוף פעולה ולקייח אחריות מצדה על הצלחת הטיפול. הרוב המכריע של האימהות ושיעור נמוך יותר של אבות היו מעורבים בתכנון הטיפול. גם מרבית הילדים היו מעורבים בכך. במיוחד הושם דגש על שיתופם של הילדים שטופלו במרכז בצפון בפגישת תכנון הטיפול. בעבור רוב המשפחות הוצבו יעדים מסוג של חיזוק הקשר הרגשי בין ההורים לילדים וחיזוק ההורות. בצפון, בהשוואה לשרון, הוצבו בעבור שיעור גבוה יותר של משפחות יעדים מסוג של חיזוק רגשי של הילדים בנפרד וחיזוק רגשי של ההורים בנפרד. יתכן שגם נתון זה מתקשר למחסור בשירותים טיפוליים אחרים בצפון, ולעובדה שהטיפול במרכז משמש הזדמנות לטיפול גם בבעיות שאינן קשורות רק ליחסים בין ההורים לילדים.

תשומות הטיפול

ממצאי המחקר עולה כי רובן המכריע של המשפחות טופלו בשיחות עם בני המשפחה ואם הבית הייתה בקשר עם שיעור גבוה מהמשפחות. מרבית המשפחות טופלו בהבעה וביצירה. כאמור, במרכזים בשרון הדגישו יותר את הפעילות בהבעה ויצירה ובצפון הדגישו יותר את הטיפול הקבוצתי. נוסף לרכיבים הטיפוליים, קיימו שני המרכזים אירועים מיוחדים, שבהם השתתפו רוב המשפחות המטופלות במרכזים. כמחצית מהילדים שטופלו במרכז בשרון וכחמישית מן הילדים שטופלו בצפון הופנו במהלך הטיפול לשירותים שמחוץ למרכז; עובדה המשקפת את היצע השירותים הרחב יותר באזור השרון.

מעורבות אבות בטיפול

לפי תפיסת המרכזים הניידים, מעורבותם של האבות בטיפול חשובה לשם שיפור במצבם הרגשי והתפקודי של הילדים. ממצאי המחקר עולה כי האבות היו פחות מעורבים בתכנון הטיפול ובמהלכו מאשר האימהות. בצפון היו עוד פחות מעורבים בהשוואה לשרון, הן משום שרבים מהם עובדים עד שעות מאוחרות מדי יום, במרוחק ממקום מגוריהם או משום שאינם רוצים בכך. במהלך הזמן חלה גמישות ביחס למעורבות האבות בטיפול במרכז הנייד בצפון ואפשרו למשפחות להמשיך את הטיפול רק עם האימהות. היו מטפלים במרכז הנייד בצפון שאמרו שהם מרגישים כי הם מצליחים לטפל באבות גם באמצעות האימהות, אשר מעבירות את המסרים שספגו במרכז לבעליהן. נוסף לכך, בשניים מהיישובים החלו לפעול גם ביום שישי, כדי לאפשר הגעת אבות לטיפול.

קושי בהבטחת המשכיות לטיפול במשפחה עם סיום הטיפול במרכז

בשני המרכזים הניידים דווח על חסך בשירותים אליהם ניתן להפנות משפחות הזקוקות למעקב ולהמשך טיפול עם סיום הטיפול במרכז. המחלקות לשירותים חברתיים מדווחות על עומס עבודה וקושי להפעיל תכנית המשך. היו הורים שדיווחו על קושי שלהם ושל ילדיהם עקב ההתנתקות מהמרכז, שלא הייתה הדרגתית ולא כללה הפנייה לגורם טיפולי אחר. ראוי לציין שנושא זה עלה כסוגיה בעייתית גם במחקר על מודל הבסיס (ריבקין, 2009, נתונים מ-2005).

ד. שינויים במצב הילדים וההורים על-פי דיווח המטפלים

מצבם של הילדים השתפר

המטפלים מילאו שאלונים אודות מצבם של הילדים בעת ההפניה לטיפול ובסופו. שאלונים אלה כוללים מדדים משאלון אכנבך (=CBCL), המתייחסים לבעיות הבאות: בעיות רגשיות, בעיות חברתיות, בעיות התנהגות אנטי חברתית, חוסר התעניינות הילד בסביבתו, דימוי עצמי וביטויים פסיכו-סומטיים. מהשוואת דיווחי המטפלים על מצב הילדים בתחילת הטיפול ובסופו ניתן לראות כי בשני המרכזים חלה ירידה מובהקת בשיעור הילדים שסבלו מבעיות בתחומים השונים. נוסף לכך, נשאלו המטפלים האם להערכתם חלה התקדמות אצל הילדים בתחומים הרגשי, ההתנהגותי, הלימודי, החברתי, ביחסים בין ההורים וביחסים בין האחים במהלך תקופת הטיפול במרכז, ואף הערכות אלה מצביעות על התקדמות בכל התחומים הנ"ל.

חל שיפור בתפקוד ההורים בחלק מן ההיבטים

מצבם של ההורים נבחן בשתי מדידות (בעת ההפניה לטיפול ובסוף הטיפול) ביחס לארבעה היבטים: ליקויים בטיפול היום יומי בילדים, קשיים בקשר של ההורים עם מסגרת החינוך, קשיים בקשר הרגשי בין ההורים לילד, קשיים בהקפדת ההורים על כללי ההתנהגות של הילד. מן הממצאים עולה כי חלה ירידה משמעותית ומובהקת בבעיות הטיפול היומיומי של ההורים בילדים, בשיעור הילדים שהוריהם אופיינו בקשיים רגשיים בקשר עם, ובשיעור הילדים שהוריהם מתקשים להקפיד על כללי ההתנהגות.

תוכן עניינים

עמוד

1	מבוא
1	מרכזי ילדים-הורים
1	מרכזי ילדים-הורים ניידים
3	מחקר ההערכה
3	מטרת המחקר ושאלות המחקר
3	שיטה
5	היישובים שבהם פועלים המרכזים הניידים
6	יישובי המרכז הנייד בצפון
7	יישובי המרכז בשרון
8	מתכונת הפעלת מרכזי ילדים-הורים במועצות אזוריות
9	המבנה הארגוני של המרכז
9	ועדות מלוות
10	העמותות המפעילות
11	מנהלת המרכז הנייד
13	כוח אדם
14	צוות המרכז הנייד
19	הדרכה, השתלמויות ושיבות צוות
21	העבודה המשותפת עם מחלקות הרווחה
21	שיתוף פעולה בין המחלקות למרכז הנייד ברמת השירות
22	שיתוף פעולה בין המחלקה למרכז ברמת המשפחה
25	קשר עם מערכת החינוך
25	קשר בין המרכז למחלקות החינוך ביישובים
25	קשר עם בתי הספר
27	המבנים שבהם פועלים המרכזים
28	נגישות המרכזים מבחינת אפשרויות המשפחות להגיע אליהם

30	מאפייני המשפחות והילדים שטופלו במרכזים
30	מאפייני רקע של המשפחות
32	מצבם הרגשי, החברתי והלימודי של הילדים
33	הטיפול שהילדים מקבלים מהוריהם
34	הסיבות להפניית המשפחה למרכז
36	הטיפול במרכז
36	תכנון הטיפול
37	יעדי הטיפול אצל המשפחות
38	התשומות הטיפוליות
41	השלמת הטיפול במרכז בשירותים טיפוליים נוספים
41	תוצאות הטיפול הניתן במרכז/השינויים במצב הילדים וההורים שטופלו במרכז
47	סיום הטיפול והמשך תכנון טיפול
49	סוגיות ייחודיות בהפעלתו של מרכז ילדים-הורים הנייד
49	מרכיב הניידות
49	יום עבודה אחד בכל יישוב
50	עבודה עם ארבע-חמש מחלקות רווחה שונות
51	רשימה ביבליוגרפית
53	נספחים
55	נספח 1 – תיאור היישובים הנכללים במרכזים הניידים בצפון ובשרון
	נספח 2 – מדדים מסכמים ביחס לאחוז הילדים שסבלו, או שהיה חשד שסבלו,
58	מסוגים שונים של תפקוד הורי לקוי
59	נספח 3 – הבעיות העיקריות של הילדים המטופלים (מדדים מסכמים)

רשימת לוחות

עמוד

- 6 לוח 1 : היישובים השותפים במרכזים, לפי מספר תושבים ומצב חברתי-כלכלי
- 13 לוח 2 : כוח אדם שהוקצה למרכזים הניידים לעומת מודל הבסיס
- 14 לוח 3 : כוח אדם במרכז הנייד – מספר המשרות שהוקצו לעומת מספר המשרות בפועל
- 24 לוח 4 : הקשר עם העו"ס של המשפחה וגורמים אחרים בלשכת הרווחה במהלך הטיפול
- 30 לוח 5 : התפלגות הילדים המטופלים במרכז, לפי מין וגיל
- 31 לוח 6 : מאפייני משפחות עיקריים
- 31 לוח 7 : המצב הכלכלי של המשפחות המטופלות במרכזים
- 32 לוח 8 : בעיות עיקריות בתפקוד ההורים
- לוח 9 : הבעיות העיקריות של הילדים המטופלים בתחומים הרגשי והחברתי –
- 34 מדדים מסכמים
- 34 לוח 10 : התערבות ההורים בטיפול ובחינוך הילדים – מדדים מסכמים
- 35 לוח 11 : סיבות ההפניה למרכז
- 36 לוח 12 : מעורבות בני המשפחה בתכנון הטיפול – תחילת הטיפול
- 38 לוח 13 : יעדי הטיפול העיקריים במשפחה : מדדים מסכמים
- 41 לוח 14 : האם הילד קיבל, במהלך הטיפול במרכז, שירותים נוספים מחוץ למרכז?
- 42 לוח 15 : הבעיות העיקריות של הילדים המטופלים – בהתחלת הטיפול ובסופו
- לוח 16 : האם חלה התקדמות אצל הילדים בתחומים הבאים מתחילת הטיפול,
- 43 לפי הערכת המטפלים
- לוח 17 : הישגים בלימודים של הילדים המטופלים – בהתחלת הטיפול ובסופו
- 44 (רק בקרב ילדים שלמדו בבית הספר בשני המועדים)
- לוח 18 : תחומי בעיות ההורים בטיפול ובחינוך הילדים (מדדים מסכמים)
- 45 בהתחלה ובסוף הטיפול
- 47 לוח 19 : אורך הטיפול במרכז

מבוא

מרכזי ילדים-הורים

מרכזי ילדים-הורים הם פרי יוזמה משותפת של השירות לילד ולנוער במשרד הרווחה והשירותים החברתיים, של הרשויות המקומיות, של אשלים ושל עמותות מפעילות. המרכזים, שהחלו את פעילותם לפני 12 שנה, הוקמו כדי לענות על צרכיהם של ילדים בסיכון ושל הוריהם. הם מטפלים הן בילדים גילאי 5-12 שיש להם בעיות רגשיות או התנהגותיות בגלל טיפול הורי לקוי והן בהורים אשר אינם מעניקים לילדיהם תנאים סבירים להתפתחות תקינה, אך הם בעלי מוטיבציה לשינוי.

המרכזים פועלים לשיפור המצב הרגשי, החברתי וההתנהגותי של הילדים; לשיפור היחסים בין ההורים לילדיהם ולשיפור יכולתם של ההורים לגדל את ילדיהם בחיק המשפחה.

את המרכזים מפעילים צוותים רב-מקצועיים במגוון שיטות טיפול, כגון טיפול באמנות, טיפול בדרמה, הנחיית קבוצות, תמיכה בקשר הדיאדי ועוד. האווירה במרכזים נינוחה ונעימה. הם פועלים בשעות אחר הצהריים והערב. בכל מרכז מטופלות כמאה נפשות (הורים וילדים) בשנה, כלומר כ-25 משפחות. משך הטיפול במרכז הוא שנה, ואפשר להאריכו לשנה וחצי.

ההורים והילדים מגיעים יחד לטיפול במרכז. חלק מהפעילויות נעשות במפגשים משותפים עם הילדים וההורים וחלק במפגשים נפרדים. עקרונות הפעולה של המרכזים, המבוססים על גישות חדשניות לטיפול בילדים בסיכון ובהוריהם, כוללים טיפול ממוקד בקשרי ילד-הורה; ראיית המשפחה כיחידה שלמה; השתתפות המשפחה בעיצוב תכנית הטיפול; תכנית טיפול ייחודית לכל משפחה בהתאם לצרכיה; חלוקת אחריות בין המרכז למחלקה לשירותים חברתיים; שיתוף פעולה וקשר קבוע בין המרכז לבין שירותים אחרים הקיימים ביישוב והמשך הטיפול במחלקה לשירותים חברתיים לאחר סיום הטיפול במרכז.

כיום מופעלים ברחבי הארץ כחמישים מרכזי ילדים-הורים. משרד הרווחה והשירותים החברתיים, בשותפות עם אשלים, ממשיכים בפיתוח מודלים חדשים ושונים, כגון מרכזי ילדים-הורים לילדים בגיל הרך, מרכז ילדים-הורים למתבגרים, מודל "נתיבים להורות"¹ וכן שדרוג מודל הבסיס.

מרכזי ילדים-הורים ניידיים

מרכז ניידי לילדים ולהורים מעניק שירות לארבעה או לחמישה יישובים הסמוכים זה לזה, כדי להנגיש את השירות ליישובים קטנים בפריפריה וכדי לאגם את המשאבים הנדרשים.

¹ "נתיבים להורות" היא תכנית לטיפול בילדים והורים שמטרתה לשפר את מערכות היחסים והתפקוד ההורי. הפעלת התכנית אינה מצריכה תשתיות פיזיות כמו במרכזי ילדים-הורים ואפשר להשתמש בחדרי טיפול בתוך מבנים שונים בקהילה או לטפל במשפחות בביתן. התכנית עשויה להיות מתאימה לילדים מגיל לידה עד 17, עם אפשרות להתאמת המודל לצרכים הספציפיים של קבוצות הגיל השונות. המודל מתאים ל-20 או 40 נפשות. הטיפול הניתן הוא משולב ועשוי לכלול טיפול פרטני, דיאדי וקבוצתי בהתאם לצורכי המשפחות.

משרד הרווחה, המוסד לביטוח הלאומי (הקרן למפעלים מיוחדים) ואשלים החליטו להפעיל את המודל הנייד במתכונת ניסוי בשני אזורים – ביישובים ערביים בגליל וביישובים יהודיים באזור השרון. הקריטריונים לבחירת היישובים היו יישובים במקבץ גאוגרפי, יישובים קטנים (-15,000 5,000 תושבים), הבטחת שיתוף הפעולה של הרשויות המקומיות ויכולתו של כל יישוב להפנות 25 משפחות למרכז. צוות ההיגוי, המלווה את שלב הניסוי, קבע כי הפעלת המרכז תיעשה בכפוף לתנאים הבאים:

- אזור פעולתם יהיה במקבץ של חמישה יישובים, השוכנים בצפיפות יחסית באזור גאוגרפי נתון. מהשלבים הראשונים של הפעלת המרכז בצפון עלתה המסקנה כי נכון יותר יהיה להפעיל את המרכז הנייד בארבעה יישובים בלבד. לכן גם המרכז בשרון, אשר נפתח בשלב מאוחר יותר, שירת מלכתחילה רק ארבעה יישובים. החל משנת 2010 כלל גם מודל המרכז הנייד בצפון רק ארבעה יישובים (ר' פירוט בהמשך).
 - גורם חיצוני לרשויות המקומיות, כגון עמותה, יפעיל את המרכז, מכיוון שלא ניתן להעסיק את עובדי המרכז באמצעות מספר רשויות מקומיות ביחד.
 - הפיקוח על המרכז ייעשה, כמקובל, על ידי השירות לילד ולנוער במשרד הרווחה.
 - כל יישוב יקצה חדר או מבנה מיוחד לעבודה פרטנית וקבוצתית עם המשפחות למשך יום בשבוע. נוסף לכך יתקיימו התערבויות בבתי המשפחות המטופלות.
 - הצוות יורכב מאנשי מקצוע קבועים (מנהל, עו"ס, מטפלים בהבעה ויצירה ועוד), אשר "מתניידים" בין היישובים בהתאם לימי הפעילות בכל אחד מהם וצוות מקומי קבוע בכל יישוב (אם בית/מדריך חברתי).
 - כל יישוב פנה 20-25 מטופלים וסך הכול, יטופלו במקביל 100 נפשות.
 - תוקם ועדת היגוי משותפת לכל היישובים שבהם פועל המרכז, והיא תכלול את נציגי השירות לילד ולנוער במשרד הרווחה, המוסד לביטוח לאומי ואשלים ואת נציגי שירותי הרווחה ביישוב.
- במסגרת מודל המרכז הנייד צוות הגרעין המקצועי של המרכז מגיע ליישוב מדי שבוע במועד קבוע. נוסף לכך, אנשי צוות מקומיים, אם הבית או המדריך החברתי, פועלים בכל יישוב בשאר ימות השבוע, עורכים ביקורי בית בבתי המשפחות והם הכתובת עבור המשפחות להעברת הודעות לחברי הצוות המטפל המקצועי. מודל המרכז הנייד מדגיש חבירה לאנשי מקצוע מקומיים משירותים אחרים לשם בניית תכנית טיפול במשפחה והובלת תהליכים יישוביים עבור המשפחות והילדים בסיכון. לצד זאת, קיימים קשיים ואתגרים במודל זה, למשל, הדרישה ממנהלת המרכז להתמודד עם נסיעות, עם איתור מבנה שישמש מקום הפעלה בכל אחד מהיישובים ועוד. נוסף לכך, כדי להפעיל את מודל המרכז הנייד של ילדים-הורים נדרשים משאבים רבים יותר מאשר להפעלת מרכז ילדים-הורים במודל הבסיסי, בעיקר למימון הצוות המקצועי. לפי נתונים שנמסרו מהשירות לילד ונוער במשרד הרווחה, ב-2010, העלות השנתית של מרכז ילדים-הורים נייד הייתה 626,600₪ (מעודכן ל-1.10.11) לעומת 550,800₪ למרכז הפועל במודל הבסיסי. התעריף) לנפש במרכז נייד עומד על 523₪ לחודש לעומת 459₪ במרכז במודל הבסיסי.

מחקר ההערכה

מטרת המחקר ושאלות המחקר

מחקר ההערכה נועד לספק לקובעי המדיניות ולמפתחי מערכת השירותים מידע שיסייע לפתח את המודל ולהתאימו לצרכים של ילדים בסיכון ושל הוריהם ברשויות מקומיות קטנות, וכן לקבל החלטות על המשך הפעלתו והפצתו ליישובים נוספים. ביתר פירוט, מטרת ההערכה מצוינות להלן:

- לבחון את תהליך הקמתם והפעלתם של המרכזים הניידים לילדים ולהורים ואת ההתערבויות הניתנות במסגרתם ולאחר קשיים ואתגרים במהלך תקופה זו.
- לאפיין את הצרכים של הילדים וההורים המטופלים בשני המרכזים.
- לבחון את האופן שבו משתלבים המרכזים הניידים במערך השירותים המקומיים ואת קשרי העבודה ואת חלוקת התפקידים בינם לבין המחלקות לשירותים חברתיים ובינם לבין שירותי החינוך.
- לזהות רכיבים חיוניים וייחודיים במרכזים ניידים לילדים והורים כבסיס להמשך פיתוח מרכזים ניידים דומים בשני המגזרים.

שיטה

אוכלוסיית המחקר

אוכלוסיית המחקר כללה את המשפחות שטופלו בשני המרכזים הניידים, את מנהלות המרכזים, את חברי הצוות במרכזים (עובדים סוציאליים, מטפלים בהבעה ויצירה, אימות הבית והמדריך החברתי), את המנהלים והעובדים הסוציאליים במחלקות לשירותים חברתיים, את המפקחות בשירות לילד ונוער ואת נציגות העמותות המפעילות.

איסוף מידע וכלים

המידע נאסף בשני שלבים. השלב הראשון נערך כשנה לאחר הקמת המרכזים בצפון ובשרון והוא התבסס על מידע איכותני שנאסף בראיונות עם אנשי מקצוע ועם אנשי מפתח, עם קבוצות מיקוד ועל פי תצפיות. נוסף לכך, השתתף צוות ההערכה בוועדות ההיגוי שהתקיימו בכל אחד מהמרכזים והוא נעזר בדוחות הפעילות שכתבו מנהלות המרכזים. הראיונות התחילו בסוף שנת 2006 ודוח הביניים הוגש בשנת 2008. השלב השני של המחקר התחיל בשנת 2008 וכלל איסוף מידע איכותני – ראיונות וקבוצות מיקוד עם אנשי מקצוע, שרואיינו גם בשלב הראשון של המחקר ואימהות ממשפחות שטופלו במרכזים. בשלב השני, על פי דיווח המטפלים במרכזים, נאסף גם מידע כמותי על המשפחות המטופלות במרכזים בתחילת הטיפול ובסיומו.

המידע הכמותי

כלי המחקר הכמותיים כללו טפסים שמולאו בתחילת הטיפול ובסיומו, ושהותאמו למחקר הנוכחי על בסיס הכלים ששימשו במחקר על מודל הבסיס של מרכזי ילדים-הורים.

המטפלים בשני המרכזים התבקשו למלא טופס בנוגע למאפייני המשפחה ותכנון הטיפול בתחילת הטיפול ביחס ל-25 משפחות המטופלות בכל מרכז, שהתחילו את הטיפול בין השנים 2006-2009. סך הכול התקבלו טפסים בנוגע ל-50 משפחות ו-118 ילדים. בסיום הטיפול בשנים 2007-2010, התבקשו המטפלים למלא טפסים לגבי אותן 25 משפחות שטופלו בכל מרכז ולהתייחס באותם טפסים גם לתוצאות הטיפול. סך הכול התקבל מידע לגבי 43 משפחות ו-99 ילדים (לא התקבלו 6 טופסי סיום מהמרכז בשרון).

המידע האיכותני שנאסף בשלב השני של המחקר

כלי המחקר האיכותניים כללו ראיונות עומק מובנים למחצה עם צוות המטפלים במרכזים, לרבות ראיונות קבוצתיים עם, ראיונות עומק מובנים למחצה עם המנהלים והעו"סים של המחלקות לשירותים חברתיים וראיונות מובנים למחצה עם אימהות ממשפחות שטופלו במרכזים, לפי הפירוט הבא:

- ראיונות עומק מובנים למחצה עם אנשי המקצוע: נערכו 17 ראיונות עומק בטלפון ופנים-אל-פנים בצפון ובשרון עם מנהלות שני המרכזים הניידים, עם תשעת 2 המנהלים של המחלקות לשירותים חברתיים ביישובים השונים, עם שתי המנהלות של העמותות המפעילות ועם שלוש המפקחות של השירות לילד ולנוער במשרד הרווחה האחראיות ליישובים בצפון ועם המפקחת האזורית בשרון. הראיונות עם כל המרואיינים נערכו פעמיים בשני שלבי המחקר – שנה אחרי תחילת ההפעלה ושלוש שנים אחרי ההפעלה. נוסף לכך, נעשו ראיונות מובנים למחצה עם העו"סים של המחלקות לשירותים חברתיים. נערכו תשעה ראיונות. בשלב הראשון של המחקר התקיימה קבוצת מיקוד עם העו"סים. בשל הקושי לקיים את קבוצות המיקוד עם כל העו"סים בכל אחד מהמרכזים, הוחלט שבשלב השני של המחקר ייערכו ראיונות אישיים עם כל אחד מהעו"סים.
- ראיונות מובנים למחצה עם משפחות שטופלו במרכז: בכל מרכז התראיינו 5 אימהות שמשפחותיהן התחילו את הטיפול שלהן בשנה הראשונה להפעלת המרכז (סך הכול 10 משפחות). הראיונות התנהלו פנים מול פנים במרכז או בביתה של המשפחה.
- ראיונות קבוצתיים (קבוצות מיקוד): נערכה קבוצת מיקוד עם העובדים בשני המרכזים.

השלב הראשון של המחקר התייחס לשלבים הראשונים ביישום מודל מרכז ילדים-הורים אזורי נייד, להשתלבות המרכזים בשירותי הרווחה ביישובים ובקשר בין המרכזים לשירותים אחרים. השלב השני של המחקר התייחס לדרכי הפעולה הייחודיות למרכזי ילדים-הורים ולהתפתחות הקשר בין המרכזים לשירותים הנוספים ולתוצאות הטיפול במרכזים.

² חמישה מנהלים בצפון וארבעה בשרון.

היישובים שבהם פועלים המרכזים הניידים

יש כמה הבדלים בסיסיים בין גושי היישובים שבהם פועלים שני המרכזים הניידים, אשר משפיעים על אופן יישום המודל. בהמשך, יצינו ההבדלים ולאחר מכן יפורטו המאפיינים של כל אחד מהיישובים אשר מקבלים שירות על ידי המרכזים בצפון ובשרון.

- **פיזור גאוגרפי** – יישובי המרכז הנייד בשרון סמוכים זה לזה ואף על פי שאין קשרי תחבורה ציבורית בין היישובים, בשל הקרבה ביניהם לצוות ולמשפחות המטופלות יש גישה אליהם. גם אם המודל אינו כולל ניוד משפחות אלא ניוד עובדים בלבד, הרי שלקרבה יש יתרון במקרים יוצאי דופן, כאשר מבקשים לשלב משפחה מיישוב מסוים ביום פעילות של יישוב אחר (לדוגמה, כאשר יום הפעילות או הפעילות עצמה מתאימים לה יותר). לעומת זאת, בין היישובים בצפון המרחק רב מן הרצוי, וזאת בשל קשיים בהסכמה על היישובים שישתתפו. בהיעדר תחבורה ציבורית זמינה, קשה לנייד עובדים ומשפחות ובמיוחד קשה לנייד ציוד לצורך טיפול ביצירה ובהבעה. בשלב השני של המחקר הובעה ביקורת על הפיזור הגאוגרפי בצפון. לדברי מנהלת אחת המחלקות לשירותים חברתיים: *"הפיזור הגאוגרפי הנוכחי הקשה על הניצול האפקטיבי של עבודת המרכז."*

- **מצב חברתי-כלכלי** – התושבים ביישובי המרכז הנייד בשרון מבוססים יותר מבחינה כלכלית מן התושבים המתגוררים ביישובי המרכז הנייד בצפון. נוסף לכך, בין יישובי הצפון הכלולים במרכז הנייד יש פערים גדולים מבחינת הרמה החברתית-כלכלית.

- **נגישות של שירותים נוספים** – מגוון השירותים ביישובים בשרון (תחנה לטיפול משפחתי, מרכז חרום לילדים בסיכון בכפר הנוער "הדסים" ועוד) מאפשר שותפויות וגיוון טיפולי למשפחות. נוסף לכך, המרכז סמוך לערים גדולות (נתניה וחדרה), המציעות שירותים נוספים. לעומת זאת, ביישובי הצפון הכלולים במרכז הנייד, יש שיעור גבוה של משפחות בסיכון מצד אחד והיצע שירותים דל מצד אחר. לכן, המרכז הנייד הוא פתרון כמעט יחיד ברוב המקרים. נוסף לכך יש מחסור באנשי מקצוע בכלל, ובמגזר הערבי בפרט.

לוח 1: היישובים השותפים במרכזים, לפי מספר תושבים ומצב חברתי-כלכלי

שם היישוב	מספר תושבים	אשכול חברתי – כלכלי
מרכז נייד – אזור הצפון		
פּוֹכֵב אָבוּ אֶל-הַיְגִיא	3,000	3
עין מאהל	11,000	2
בָּאָר אֶל מַכְסוּר	7,700	2
סלאמה (מ"א משגב)**	2,925	*1,2
צומיידה (דמידה) (מ"א משגב)**	656	*1,2
כפר מנדה***	16,200	2
מרכז נייד – אזור השרון		
מ"א לב השרון (18 יישובים)	19,800	8
תל מונד	10,800	7
קדימה-צורן	17,000	קדימה - 6 צורן - 7
כפר יונה	17,000	6

* המועצה מדורגת באשכול 8 בעוד שהיישובים מדורגים באשכולות 1,2
 ** יישובים אלה החליפו זה את זה בהשתתפות במודל, ר' פירוט בהמשך
 *** החל משנת 2010 יישוב זה אינו נכלל במרכז

יישובי המרכז הנייד בצפון

המרכז הנייד בצפון הוקם בינואר 2005. בשלב התכנון של המודל הוחלט כי הוא ישרת חמישה יישובים. בפועל התברר שהתנהלות המרכז בחמישה יישובים מורכבת מדי. המרואיינים המעורבים בהפעלתו של המרכז הנייד בצפון הביעו קושי עם הצורך בהתניידות רבה יותר, כאשר המודל כולל חמישה יישובים, בגלל הצורך בהתמודדות עם חמש מחלקות רווחה שונות ובגלל העבודה שהושקעה יום בשבוע בכל יישוב, ואשר לא הותירה זמן לישיבות צוות ולהתנהלות ארגונית. המרואיינים ציינו כי העומס שנוצר בעקבות עבודה בחמישה יישובים גורע, לדעתם, מעילותו של הטיפול. לדברי מנהל מחלקת הרווחה מאחד היישובים: "מכיוון שפרויקט מרכז ילדים-הורים נייד מספק את השירות לחמישה כפרים, הצוות פחות ממוקד במשפחות ויכולת התרומה שלו נמוכה יותר." בעקבות משוב זה ובגלל סיבות נוספות, מאז ינואר 2010 מרכז ילדים-הורים הנייד בצפון עובד בארבעה יישובים, ללא כפר מנדה. ביוני 2010 החל לפעול מרכז ילדים-הורים נייד בכפר מנדה (שאוכלוסייתו היא הגדולה ביותר מבין היישובים שנכללו במודל) באמצעות התכנית הלאומית לילדים ולנוער בסיכון (תכנית שמיד).

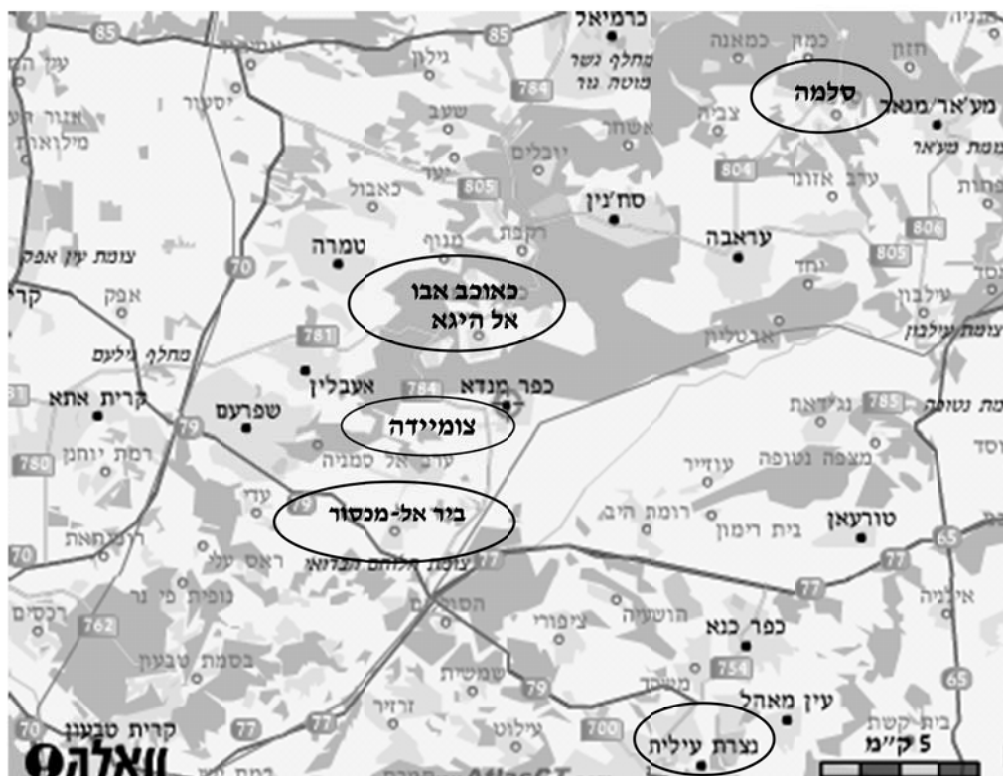
כאמור, היישובים הנכללים במודל המרכז הנייד בצפון מרוחקים זה מזה. חלקם נמצאים ברצף טריטוריאלי אך אינם נגישים זה לזה באמצעות תחבורה ציבורית (ר' תרשים 1). יישובים אלו שייכים לאשכולות הנמוכים במדרג החברתי-כלכלי. שיעור הילדים המוכרים לרשויות הרווחה כילדים בסיכון הוא גבוה בעוד שהיצע השירותים הקיים ביישובים קטנים אלה לטיפול בילדים ונוער בסיכון הוא דל.

נוסף לכך, בכל היישובים יש בעיה של ניידות בשל העדר תחבורה ציבורית בין היישובים ובתוך היישוב, כך, לדוגמה, בעין-מאהל המחסור בתחבורה השפיע על ההגעה של המשפחות למרכז. הרשויות נמצאות במצוקה כלכלית קשה המלווה באי סדירות באספקת שירותים, בעיצומים ובעיכובים בביצוע תשלומים, לרבות שכר לעובדי הרשות. לצד זאת, דיווח צוות המרכז כי מספר המטופלים בו בעת ביצוע המחקר עומד על 82 משפחות וכ-410 נפשות³.

יישובי המרכז בשרון

החל מספטמבר 2005 טיפל המרכז בשרון בארבעה יישובים הסמוכים זה לזה: קדימה-צורן, כפר יונה, תל-מונד והמועצה האזורית לב השרון (ראה תרשים 2). החל מהקמתו ועד סוף שנת 2009 טופלו במרכז 104 משפחות ו-343 נפשות. למרות הסמיכות הגיאוגרפית של היישובים אין להם מערך שירותים משותף או שירותי תחבורה ציבורית שמקשרת ביניהם. עם זאת, סמיכותם של היישובים למרכז הארץ ולערים נתניה וחדרה מסייעת בגיוס כוח אדם מקצועי ובהפעלת שירותים.

תרשים 1: פריסה גיאוגרפית של היישובים השותפים במרכז הנייד לילדים ולהורים בצפון



³ מדיווח המנהלת החל ממארכ 2007 ועד 2009.

תרשים 2: פריסה גיאוגרפית של היישובים השותפים במרכז הנייד לילדים ולהורים בשרון



מתכונת הפעלת מרכזי ילדים-הורים במועצות אזוריות

סוגיה משותפת לשני המרכזים קשורה באופן הפעלתם במועצות האזוריות. מספר יישובים במועצות אלו מרוחקים זה מזה, ללא תחבורה ציבורית המקשרת ביניהם. בשלב תכנון המרכזים הניידים הוחלט כי אם במודל נכללת מועצה אזורית, השירות של המרכז הנייד יפעל במבנה באחד היישובים או במבנה המועצה עצמו, ותושבי המועצה יגיעו אליו בכוחות עצמם. במצב זה, למעשה רק התושבים שברשותם רכב או אלו המתגוררים בסמוך למבנה שבו ניתן השירות יכולים לצרוך אותו. אפשרות אחרת להפעלת מרכזי ילדים-הורים במועצה אזורית היא באמצעות מודל של מרכז אזורי, המשרת מספר ימים בשבוע את יישובי המועצה ונתמך בסידורי הסעות של המועצה. מודל זה עשוי לשרת מספר רב יותר של תושבים. עם זאת, ייתכן שמועצות אזוריות לא יוכלו לעמוד בעלות הפעלת השירות. לגבי המועצה האזורית במשגב היו מרואיינים שסברו כי מספר המשפחות הזקוקות לטיפול במועצה מצדיק להפעיל מרכז ילדים-הורים אזורי נפרד. שאלה שעלתה לדיון ביחס למרכז בצפון הייתה האם רצוי היה להפעיל מרכז ב"משגב" עבור האוכלוסייה הערבית בלבד, אף שרוב תושבי המועצה הם יהודים, או שמא יהיה זה נכון לפתח מודל רב-תרבותי ליהודים ולערבים גם יחד.

המבנה הארגוני של המרכז

ועדות מלוות

המבנה הארגוני של המרכז הנייד הותאם למאפייניו הייחודיים, כדי לגשר בין כל הגורמים הפועלים במרכז ברמות השונות. עם הקמתם של המרכזים הוקמו עבור כל אחד מהם ועדת היגוי מחוזית, ועדת היגוי מקומית לכל יישוב וועדת ביצוע. בסך הכול פעלו שש ועדות במרכז בשרון ושבע ועדות במרכז בצפון. תפקידן של הוועדות היה להתעדכן בנוגע לפעילותו של המרכז ולקיים דיון בסוגיות שעל הפרק. מן הראיונות עם מנהלות המרכזים עולה כי בשנה-שנתיים הראשונות לפעילותם של המרכזים הניידים נפגשו הוועדות המלוות בתדירות קבועה: ועדת ההיגוי המחוזית נפגשה פעם בחצי שנה עד שנה, ועדות ההיגוי המקומיות נפגשו פעם אחת בשלושה חודשים, ועדות הביצוע נפגשו פעם בחודשיים ואף בתדירות גבוהה מזו. לאחר שלב ההקמה ועד מועד כתיבת דוח זה תדירות התכנסותן של ועדות אלו הייתה נמוכה יותר, ועל פי הצורך. למשל, אומרת מנהלת המרכז הנייד בצפון: "היום, אני מרגישה שאין צורך בקיום מפגשי הוועדות, הדברים זורמים כמו שצריך וממילא היה קשה לתאם עם כל האנשים בגלל הלוח הצפוף שלהם. היום, אם אני צריכה התייעצות, אני מרימה טלפון למפקחות על שירותי הרווחה, למנהלי המחלקות לשירותים חברתיים או למנהלת העמותה המפעילה". כיום, עולה צורך בדיון מחודש על אודות תפקידן והמבנה הרצוי להן. להלן פירוט בנוגע למבנה הוועדות ולתוכן עבודתן, כפי שתוכנן במודל התכנית וכפי שבוצע בשלבי הקמת המרכזים.

ועדת ההיגוי המחוזית – בוועדה זו השתתפו המפקחת הארצית בשירות לילד ונוער, מנהלת השירות במחוז, המפקחות הממונות על המרכז מטעם השירות לילד ונוער נציגת העמותה המפעילה, ראש תחום פיתוח תכניות ילדים באשלים ומנהלת הפרויקט מטעם אשלים, מנהלי מחלקות הרווחה, הממונה מטעם הקרן למפעלים מיוחדים בביטוח הלאומי ומנהלת המרכז. מנהלות המרכזים נהגו לעדכן את חברי הוועדה על התפתחות פעילותם של המרכזים ולקיים דיון בסוגיות הקשורות לעקרונות הפעלתם, כגון מאפייני אוכלוסיית היעד ושילוב העבודה הקבוצתית במרכז.

ועדת ההיגוי המקומית – בוועדה זו השתתפו מנהלי מחלקות הרווחה, הממונים מטעם מחלקת הרווחה על הקשר עם המרכז, המפקחת המחוזית של השירות לילד ונוער ביישוב, מנהלת הפרויקט מטעם אשלים, נציג מחלקת החינוך (ביישובים שמשרת המרכז בצפון בלבד), נציגת העמותה המפעילה ומנהלת המרכז. במסגרת הוועדה נמסר דווח על הפעלת המרכז ונידונו הסוגיות הרלוונטיות להפעלה ביישוב המסוים. בוועדות אלו דנו בנושאים, כגון התאמת המיקום הפיזי לתפקידי המרכז, בניית ערוצי תקשורת עם מחלקת הרווחה המקומית ודרכים להטמעת השירות ביישוב.

ועדת ביצוע – בוועדה זו היו שותפים המפקחת האחראית על המרכז מטעם השירות לילד ולנוער במחוז, נציגת העמותה המפעילה, מנהלת הפרויקט מטעם אשלים ומנהלת המרכז. במרכז בשרון

השתתפו נציגי מחלקות הרווחה, בהתאם לצורך. תפקיד ועדת הביצוע היה ללוות את המנהלת ואת השירות מבלי להתייחס נקודתית לכל יישוב. ועדה זו תרגמה את המדיניות שנקבעה בוועדה המחוזית לפעולות בשטח. הדיון התמקד בבעיות טכניות, בהרכב כוח אדם, בדרכי חלוקת טיפולים בהבעה ויצירה ועוד.

העמותות המפעילות

כמו מרכזי ילדים-הורים במודל הבסיס, גם המרכזים הניידים מופעלים על ידי עמותות: מט"ב בצפון, ויצ"ו בשרון עד אמצע שנת 2010 ולאחר מכן מט"ב. במודל הבסיס, על פי רוב, המחלקה לשירותים חברתיים, שעמה עובד המרכז, היא שותפה בולטת יותר להפעלת המרכזים מאשר העמותה. כיוון שהמרכזים הניידים עובדים עם כמה מחלקות לשירותים חברתיים, ולא עם מחלקה אחת, כמו במודל הבסיס, הוחלט כי העמותות תהיינה שותפות פעילות יותר בהפעלת המרכזים וכי הן תסייענה להם בגיוס כוח אדם, בניהול הקשר עם גורמים שונים בקהילה, בהצטיידות המרכזים ועוד.

קשר בין מנהלות המרכזים הניידים לנציגות העמותות המפעילות

מנהלות המרכזים הניידים ונציגות העמותות המפעילות בשני המרכזים ציינו את שביעות רצונן משיתוף הפעולה ההדדי ומעבודתן המשותפת. הן ציינו כי ככל שגברה עצמאותן של מנהלות המרכזים בעבודתן, כך פחת הצורך בהתערבותן של נציגות העמותות המפעילות בפעילותן השוטפת של המרכז. לדברי נציגת העמותה המפעילה בשרון:

"בהתחלה המעורבות שלי הייתה אינטנסיבית, עזרתי לקלוט עובדים חדשים, עזרתי ברכש, במחשוב, עזרתי למנהלת לעבוד מול המערכת הכוללת של ויצ"ו וייעצתי לה בהתארגנות טכנית. הדרכתי אותה ביחסי העבודה מול הרשויות, כשכל אחד מושך לכיוונים שונים. פעלתי כדי לגשר כאן ושם. כשהדברים נכנסו לשגרה אז המעורבות שלי הצטמצמה. היה פחות צורך, הקשר עם כל הרשויות ומחלקות הרווחה נכנס למסלול."

לדברי נציגת העמותה המפעילה בצפון:

"אני חושבת שדפוס העבודה שהגענו אליו, של שיחה אחת לחודשיים לערך, הוא נכון. אני מלווה את מנהלת המרכז, עוזרת לה לפתור בעיות מול המערכת וסומכת עליה בניהול המרכז ואני לא צריכה אישית להיכנס ולהיות יותר מעורבת בפרטים."

מנהלת המרכז הנייד אומרת כי בתקופה שבה שירת המרכז הנייד חמישה יישובים, העומס שהוטל עליה היה רב מדי, והליווי לא היה די אינטנסיבי עבורה, אך לאחר צמצום השירות לארבעה יישובים היא מרגישה שהליווי מספיק.

העובדים והמנהלים במחלקות לשירותים חברתיים בצפון ציינו יתרונות וחסרונות שיש לליווי המרכז על ידי העמותה המפעילה בניגוד לליווי על ידי המחלקות לשירותים חברתיים. חלקם סברו שאם השירות היה מובל על ידי המחלקות ייתכן ששיתוף הפעולה ביניהן לבין המרכז היה פורה וטוב

יותר. מצד אחר, היו במחלקות שסברו שהפעלת השירות על ידי עמותה חיצונית היא דווקא לטובה. לדברי מנהלת אחת המחלקות לשירותים חברתיים בצפון:

"זה מאפשר למרכז לתפקד בצורה ניטרלית ומקצועית והטיפול ניתן ללא לחצים מצד המחלקה."

לדברי מנהלת המרכז:

"המרכז לא שייך לאף אחד. זהו גוף חיצוני שלא שייך למועצה או לרווחה וזה טוב, המנהלת יכולה להחליט לבד החלטות וזה טוב אבל זה גם משאיר אותך לבד."

מנהלת המרכז הנייד

תפקידה של מנהלת המרכז הנייד מורכב ממטלות רבות והוא מצריך מיומנויות של טיפול משפחתי והדרכה בטיפול משפחתי מצד אחד ומיומנויות של ניהול קשר עם גורמים רבים ושונים וניהול צוות עובדים מצד אחר. מנהלת המרכז מקיימת ערוצי תקשורת עם העמותה המפעילה, עם השירות לילד ונוער במשרד הרווחה והשירותים החברתיים, עם אשלים, עם מחלקות הרווחה ביישובים שאותם משרת המרכז וכן עם שירותים נוספים ביישובים, כגון: מחלקות חינוך ובתי ספר. נוסף לכך, היא מנהלת את תקציב המרכז, הכולל את מימון הרכיבים הנדרשים להפעלה, לרבות הקצאת כוח האדם והטיפולים השונים. מנהלת המרכז מטפלת בעצמה במשפחות במרכז והיא מנהלת את צוות המטפלים ומדריכה אותו. ההחלטות הנוגעות לניהולו של המרכז כגון החלטה על המשפחות שיטופלו במרכז, סוגי הקבוצות שיופעלו ודרך ההתמודדות עם קשיי תחזוקת המבנים - נעשות תמיד על ידי מנהלת המרכז בתיאום עם מנהלי הלשכות והרפרנטים.

השותפים השונים ובעלי תפקידים הגדירו את תפקיד המנהלת, למשל, לדברי מנהלת הפרויקט מטעם אשלים:

"נדרשות מהמנהלות משימות אחרות שאין למנהלים במרכזי ילדים-הורים במודל הבסיס. המנהלות משקיעות יותר זמן בישיבות השונות וגם בנסיעות בין היישובים השונים לעומת מנהלות המרכזים במודל הבסיס. עבודת המרכז מורכבת והמנהלים עובדים עם ריבוי יישובים וריבוי מנהלי רווחה. המנהלת נדרשת להתאים עצמה למנהלים בעלי סגנון ניהולי שונה."

אחד האתגרים העומדים בפני המנהלות, לדבריה של מנהלת הפרויקט מטעם אשלים, הוא ניהול צוות גדול העובד בחלקיות משרה או בשעות עבודה מעטות במקומות שונים.

"יש קושי בניהול במובן של איך לארגן צוות, ולנהל צוות שלא נמצא בו בזמן, כולו, במקום שהוא עובד בו."

למנהלות המרכזים שנבחרו לתפקיד הן בעלות רקע עשיר בעבודה טיפולית ובניהול צוות עובדים.

• **מנהלת המרכז בצפון** למדה פסיכותרפיה והיא בעלת ניסיון בתחום הטיפול וההדרכה של עובדים. היא מוכרת כבעלת ידע רב בתחומים אלו. זאת, נוסף לכישוריה האישיים שסייעו לה

בגיוס עובדים ובהדרכתם ובמטלות הניהוליות והטיפוליות הנוספות. אנשי המקצוע המעורבים בהפעלת המרכז הנייד ביטאו הערכה רבה למנהלת המרכז. לדברי אחת המטפלות: *"הגמישות של המנהלת תרמה מאוד להצלחת העבודה במרכז. היא מהווה מודל חיקוי עבורנו ומקור כוח להסתגלות ולהתמודדות עם כל הקשיים שנובעים מהשטח."* לדברי אחת המפקחות מטעם משרד הרווחה:

"המנהלת היא פרסונה מאוד חשובה. צריך להיות שרוף לנושא מקצועית. לחשוב שמגיע למשפחות הטוב ביותר. וזה מה שמאפיין את המנהלת".

• **מנהלת המרכז בשרון** היא עובדת סוציאלית ומדריכה מוסמכת לטיפול משפחתי וזוגי. בעברה שימשה כראש צוות במחלקת הרווחה בקדימה-צורן וכמנהלת היחידה לקידום נוער. לאור הצלחתה בתפקידיה הקודמים נתפסה כמתאימה לתפקידה הנוכחי. נציגת העמותה הנמצאת בקשר שוטף עם מנהלת המרכז, ציינה כי היא:

"מרוצה מאוד ממנהלת המרכז. יש לה סדר בחשיבה, בחירת הצוות מוצלחת, יש לה יכולת להסיק מסקנות ולשנות על פי הצרכים העולים בשטח. היא מאוד מקצועית ומאוד עצמאית."

כוח אדם

כמו במודל הבסיסי, גם המרכז הנייד שואף להציע למשפחות שבטיפולו מגוון התערבויות וטיפולים. צוות המרכז הנייד מורכב מצוות מקצועי קבוע, הכולל עובדות סוציאליות ומטפלים בהבעה ויצירה והוא מתנייד כל יום ליישוב אחר, וצוות סמך מקצועי קבוע, אימות הבית והמדריך החברתי, אשר כל אחד מהם נותן שירות ליישוב מסוים, מספר ימים בשבוע. היקף המשרה נקבע כך שאימות הבית והמדריכים החברתיים יוכלו לפעול שם גם בימים שבהם הצוות המקצועי אינו נמצא ביישוב.

כדי לאפשר לצוות המטפלים הקבוע להגיע למספר יישובים בפריסה גיאוגרפית רחבה יחסית הוקצו למרכז הנייד משרות בהיקף שונה ומעט נרחב יותר מאשר במודל הבסיסי. זאת, כדי לגבש צוות קבוע ובעל תורה טיפולית משותפת. להלן פירוט ההקצאה של כוח האדם במרכזים הניידים לעומת הקצאתו במודל הבסיסי.

לוח 2: כוח אדם שהוקצה למרכזים הניידים לעומת מודל הבסיסי*

תפקיד	היקף משרה במרכז ילדים-הורים במודל הבסיסי	היקף משרה במרכז ילדים-הורים נייד
מנהל (עו"ס)	100%	100%
עו"ס	75%	100%
כוח אדם מנהלי: אם בית או מדריך חברתי**	66% (33% לכל תפקיד)	125 לפי חישוב של 25% X 5 יישובים
מטפל בהבעה ויצירה	37%	100%
פסיכולוג	5 שעות שבועיות	לטיפול ב-100 נפשות
אחות בריאות הציבור	4 שעות שבועיות	אין תקן
שירותי ניקיון	6 שעות שבועיות	אין תקן
		על חשבון מחלקות הרווחה

* היקף משרה באחוזים או בשעות שבועיות.
** אימות הבית בפאנל ובקדימה ממלאות את תפקיד המזכירה בתוספת של רבע משרה.

כפי שניתן לראות בלוח 2, הוקצתה משרה מלאה לעובד סוציאלי במרכז הנייד לעומת 75% משרה במודל הבסיסי של המרכזים הניידים, והוקצו 125% משרה לכוח אדם מנהלי ולאימות בית/מדריכים חברתיים במרכזים ניידים לעומת 66% משרה בלבד במודל הבסיסי. לעומת זאת, לא הוקצו במסגרת מודל המרכז הנייד שעות לפסיכולוג ואחות בריאות הציבור והוחלט לנייד תקציבים אלה להרחבת היקפי המשרה של בעלי התפקידים האחרים. בלוח 3 מופיעה השוואה בין מספר המשרות שהוקצו במודל המרכז הנייד לעומת מספר המשרות שאוישו בפועל במרכז הנייד בצפון ובמרכז הנייד בשרון.

כפי שניתן לראות בלוח 3, בפועל, הקצאת המשרות במרכזי ילדים-הורים הניידים הייתה דומה מאוד לזו שתוכננה, למעט שינויים קלים שנבעו מצרכים שעלו מן השטח. למשל, למרכז הנייד בצפון הוקצו 25% משרה נוספים לעו"ס, החל מ-2009 משום שנוסף יום שישי למערך הטיפול בעין מאהל ובביר-אלמפסור (ראו פירוט בהמשך). נוסף לכך, הוקצו החל מ-2010 שמונה שעות חודשיות נוספות לאחת מאימות הבית לעבודת ניקיון בביר אלמפסור ו-10 שעות חודשיות בדומיידה (דמידה), מכיוון שהרשות המקומית התקשתה לתחזק את המבנים. ייחודם של המרכזים הניידים ובעיקר של המרכז

בשרון מתבטא בהעסקת כוח אדם טיפולי נוסף באמצעות מתנדבים ומתמחים. כוח אדם זה מעשיר את מגוון הטיפול המוצע במרכזים ומגדיה את היקפו. פירוט על צוות המרכז הנייד מופיע בסעיף הבא.

לוח 3: כוח אדם במרכז הנייד – מספר המשרות שהוקצו לעומת מספר המשרות בפועל

המרכז	תפקיד	היקף המשרה שהוקצה במודל	היקף המשרה המאווישת בפועל	מסגרת ההעסקה
צפון	מנהלת המרכז	100%	100%	עמותה מפעילה
	עו"ס	100%	2 עו"ס ב-50% משרה כל אחת ועו"ס אחת ב-25% משרה	עמותה מפעילה
	מזכירה	25%	25%	עמותה מפעילה
	אם בית	125% לפי 25% משרה בכל יישוב	4 אימות בית, כל אחת בהיקף של 25% משרה	עמותה מפעילה
	מטפלים בהבעה וביצירה	100%	2 מטפלים ב-25% משרה כל אחד 1-2 מתמחים בשנת ההפעלה 2006-7 היו שתי סטודנטיות בהכשרה מעשית בטיפול בדרמה ובשנת 2007-8 אחת 4 שעות שבועיות	עמותה מפעילה מתנדבות תמורת הכשרה מעשית והדרכה
שרון	ניקיון	0	8 שעות בביר-אלמכסור 10 שעות בדומיידה (דמידה) שאר היישובים	עמותה מפעילה המועצה
	מנהלת המרכז	100%	100%	עמותה מפעילה
	עו"ס	100%	2 עו"ס ב 50% משרה	עמותה מפעילה
	אימות בית/ מדריך חברתי	100% לפי 25% בכל יישוב	2 אימות בית ב 25% משרה ומדריך חברתי אחד ב 50% משרה סך הכול 100% משרה ב- 4 יישובים	העמותה המפעילה
מטפלים בהבעה וביצירה	100%	2 מטפלים פרילנסרים המטפלים באמצעות העמותה מועסקים בהתאם לתקן 50% משרה כל אחד	2 עמותה מפעילה 1 מתנדבת 7 מתמחות	
	מטפלים משפחתיים	0	2 מטפלים 1 מדריכה	2 מתמחים 1 מדריכה מתנדבת

צוות המרכז הנייד

בשני המרכזים כאחד, המנהלות איתרו את העובדים וגייסו אותם לעבודה. בהתחלה הן פעלו לאיתור העובדים ולגיוסם בסיועה של המפקחת האזורית על שירותי הרווחה, ושל נציגת העמותה המפעילה או של עובדי מחלקות הרווחה, ובשלב מאוחר יותר הן היו עצמאיות בגיוס העובדים. להלן

הפירוט בנוגע לתפקידי צוות העובדים הקבוע במרכזים, מספר אנשי המקצוע בכל תפקיד ותוכן עבודתם.

עובדות סוציאליות ומטפלים משפחתיים

בשני המרכזים הניידים מועסקות שתי עובדות סוציאליות, המתמחות גם בטיפול משפחתי. כל אחת מהן עובדת בחצי משרה בשני יישובים קבועים. החל מ-2009, מאז הורחב הטיפול במשפחות במרכז הנייד בצפון ביישובים עין מאהל וביר אלמפסור ליומיים, ונוסף יום שישי למערך הטיפול, מועסקת עובדת סוציאלית נוספת ב-25% משרה. העובדות הסוציאליות במרכזים הניידים מטפלות במשפחות ואף ממלאות תפקידים נוספים, כמו הדרכת אימות הבית, הדרכת הסטודנטים המתמחים, הנחיית קבוצות טיפוליות ועוד. נוסף לכך עובדים עוד שלושה מטפלים משפחתיים בהתנדבות.

אימות הבית והמדריך החברתי

במרכז הנייד בצפון עבדו תחילה 5 אימות בית, כל אחת ברבע משרה ביישוב אחר. מאז הוצאתו של כפר מנדה מיישובי המרכז הנייד בצפון עובדות במסגרת המרכז 4 אימות בית. כל אחת עובדת 60 שעות חודשיות.

במרכז הנייד בשרון מועסקות שתי אימות בית ומדריך חברתי אחד (המקביל לתפקידו לאם הבית). אימות הבית עובדות, כל אחת ביישוב אחד בהיקף של רבע משרה והמדריך החברתי עובד בחצי משרה בשני יישובים. מנהלת המרכז בשרון סברה כי העסקתו של גבר תועיל במיוחד למשפחות שבהן האב אינו נוכח בחיי הילדים. לכן כבר מאז הקמתו של המרכז, היא גייסה גבר לתפקיד. מנהלת המרכז הנייד בצפון, לעומת זאת, אמרה שהיא מעדיפה שלא להעסיק גברים בצוות הקבוע, אלא רק לעתים, כפי שעשתה כשגייסה מנחה גבר להנחיית קבוצת אבות. לדבריה:

"אנחנו עובדים ביישובים מסורתיים וקשה במיוחד לאימהות חד-הוריות לבוא לפגישה עם גבר ולשבת אתו לבד. אפילו לילדים שאין להם אבא מאוד קשה לעבוד עם גבר כי הרבה פעמים הם משליכים עליו את דמות האבא וזה יוצר בעיה ותלות בדמותו."

כמו במודל הבסיס גם במודל המרכז הנייד אם הבית והמדריך החברתי צריכים לבצע מגוון משימות: קבלת פנים חמה למשפחות, הגשת ארוחה קלה, ביקורי בית הכוללים הדרכת הורים וקיום קשר עם השירותים השונים בתוך היישוב, כגון, בית הספר ושירותי הבריאות. נוסף לכך, לאם הבית/למדריך החברתי יש תפקיד ואחריות על ביצוע התערבויות שהן חלק מהתכנית הטיפולית. הרחבת המשרה לאם הבית/למדריך החברתי במודל הנייד⁴ נעוצה בצורך להוות מענה למשפחות בימים אחרים חוץ מהיום שבו המרכז פעיל ביישוב ולהיות הגורם המקשר עם אנשי הצוות המקצועי של המרכז הנייד.

ממצאי המחקר עולה כי אימות הבית והמדריך החברתי עבדו עם 59% מהמשפחות באמצעות מתן הדרכה הורית, פעילות משותפת במטבח טיפולי וגינון טיפולי. באופן כללי ניתן לומר כי הושם דגש

⁴ כאמור, משרתם של אימות הבית/ המדריך חברתי במרכז הפועל במודל הבסיס עומדת על 33% עבור טיפול ב-100 נפשות לעומת 100% עבור טיפול ב-100 נפשות במודל המרכז הנייד.

רב יותר על עבודתן של אימות הבית/המדריך החברתי עם המשפחות במודל המרכז הנייד מאשר במודל הבסיסי. מדיווח המטפלים במרכזים עולה כי אחוז המשפחות בצפון שעמן עבדו אימות הבית גבוה מאחוזן בשרון: 75% לעומת 40%. ניתן לומר, אם כן, כי הושם דגש רב יותר על עבודתן של אימות הבית/המדריך החברתי עם המשפחות בצפון מאשר בשרון.

שיקולים לבחירתן של אימות בית/המדריך החברתי

בשני המרכזים נבחרו אימות הבית והמדריך החברתי לעבודתם בעיקר בזכות אישיותם החמה ונכונותם ללמוד ולהתפתח מבחינה מקצועית. דרישות התפקיד לא כללו הכשרה ורקע מקצועי רלוונטי. במרכז הנייד בצפון היו שיקולים נוספים לבחירתן של אימות הבית והם מגורים ביישובים שבהם פועל המרכז הנייד והיותן "מקובלות על אוכלוסיית הכפר מבחינת מעמדן החברתי", כפי שהגדירה זאת אחת המפקחות במשרד הרווחה והשירותים החברתיים. זאת, מכיוון שחשוב היה שתשמנה מעין מגשרות תרבותיות לצוות המטפלים של המרכז. לדברי אחת העובדות הסוציאליות במרכז הנייד בצפון:

"אם הבית המתגוררת באותו יישוב עוזרת לנו להבין את מנטליות המשפחות והיא עוזרת לנו בהתאמת גישתנו המקצועית לאותן המשפחות." עם זאת, חלק מאימות הבית בצפון אמרו שאינן מרגישות נוח לטפל במשפחות המתגוררות עמן ביישוב. לדברי אחת מאימות הבית:

"אני הייתי מעדיפה לעבוד עם משפחות מחוץ לכפר. יותר נוח לי לעבוד עם משפחות שלא מכירות אותי ואני לא מכירה אותן."

ביקורי בית

אחד הרכיבים בעבודתן של אימות הבית הוא ביקורי הבית, במיוחד כאשר השירות אינו פעיל ביישוב. רכיב זה קיים גם במרכז ילדים-הורים במודל הבסיסי, אולם במרכז הנייד, בעיקר בצפון, הוא ניתן בתדירות גבוהה של אחת לשבוע לרוב המשפחות. במרכז הנייד בשרון, מינון ביקורי הבית משתנה מאם בית אחת לאחרת ובהתאם למשפחה. המדריך החברתי עורך ביקורי בית לעתים קרובות ואימות הבית האחרות מבקרות את המשפחות בתדירות נמוכה יותר.

אחת מאימות הבית מספרת:

"הרעיון הוא ליצור מפגש שבו יושבים כל בני המשפחה ביחד כולל את שני ההורים. אני מדריכה את ההורים, למשל איך ליצור אווירת למידה לתלמידים ומדריכה את האם להיות הדמות המובילה בעיני ילדיה." אם בית אחרת מתארת את תפקידה: "בביקורי הבית אנו עושות מגוון פעילויות, הפעילויות מתקיימות בתנאי שהאם והילדים משתתפים במפגש. אנו, למשל, עושות עבודות יד עם הילדים, ציורים, עבודה בגומי, מבשלות יחד עם האימהות אוכל, משוחחות עם בני המשפחה על נושאים שונים, משחקות אתם וכו'."

נוסף לכך הושם דגש על הדרכת ההורים על ידי אימות הבית/המדריך החברתי ליצירת אווירה תומכת ומעודדת את קידומם של הילדים במישור הלימודי ובמישור התפקודי. ניתן לראות את התקדמות הילדים והשפעת עבודתן של אימות הבית בתחום הלימודי בחלק התוצאות בעמוד 48.

המרואיינים ציינו את היתרונות בביקורי הבית. אם אחת אמרה כי אם הבית שמגיעה אליה לביתה מעלה את תחושת הערכתה העצמית העצמי שלה: "אני שווה, היא מגיעה אליי הביתה". אחד היתרונות שצוינו הוא שיתוף האבות בטיפול המשפחתי. לדברי אחת האימהות שטופלו במרכז: "בעלי סירב לבוא למרכז, אבל כאשר עו"ס המרכז או אם הבית היו באות אל הבית הוא היה יושב אתנו, העו"ס הייתה מנצלת את המפגשים בבית ומשוחחת אתנו ונותנת המלצות שמאוד עזרו לנו". האימהות ציינו יתרונות נוספים לביקורי הבית. לדברי אחת מהן: "הילדים היו מאוד נהנים מביקורי הבית, פעם עשינו עוגה בבית ופעם נטענו עצים ושתילים. הדברים האלה ואחרים הכניסו את השמחה לחיים שלי ולילדים שלי. זה מאוד שינה את אוירת הבית ושימח את הילדים." עם זאת, ציינה מנהלת המרכז בצפון: "ביקורי הבית לא מתאימים לכל משפחה. יש משפחות גדולות שחיות עם המשפחה המורחבת וקשה מאוד ליצור זמן איכות ופרטיות בטיפול, כי כל אחד מבני המשפחה המורחבת מתערב. לכן אנחנו בודקים קודם אם המשפחות מתאימות לסוג כזה של טיפול לפני שהולכים אליהן הביתה."

שביעות רצון מעבודתן של אימות הבית ושל המדריך החברתי

הן מנהלות המרכזים הניידים והן המשפחות הביעו את שביעות רצונן מהתפקוד של אימות הבית ושל המדריך החברתי בשני המרכזים. אימות הבית והמדריך החברתי הצליחו, לפי המרואיינים השונים, להעניק למשפחות אוירה חמה ונינוחה. ההורים בצפון ציינו כי הם חשים שאימות הבית מחכות להם ממש כפי שהם מחכים למפגש עמן. למשל, אחת האימהות שטופלה במרכז הנייד בצפון אמרה: "אם הבית תמיד קיבלה אותנו בסבר פנים יפות, הייתה מכינה כיבוד, ותמיד נתנה לנו הרגשה שהיא מחכה לנו".

המזכירה של המרכז

בכל אחד מהמרכזים הניידים מועסקת מזכירה ברבע משרה והיא עובדת במשרד של המרכז באחד היישובים; בצפון היא עובדת בכאופב אבו-אלהיג'א ובשרון היא עובדת בקדימה. היא מנהלת מערכת התקשורת ותיאומים עם המטופלים, אשר בגלל רכיב הניידות היא מורכבת יותר מזו שבמרכזי ילדים-הורים במודל הבסיס. נוסף לכך, היא מתאמת את ועדות הביצוע ואת ישיבות הצוות, מטפלת בהודעות⁵ ויוצרת קשר עם המחלקות לשירותים חברתיים לגבי כל נושא הקשור למשפחות. המזכירה היא כתובת הן לצוות והן למטופלים לצורך העברת הודעות. בשני המרכזים, משמשות המזכירות נוסף לתפקידן, גם כאימות בית באחד היישובים.

מטפלים בהבעה ויצירה

כדי להגביר את יעילות הטיפול וכדי ליצור קשר משמעותי עם המטופלים בזמן קצר יחסית, מציעים מרכזי ילדים-הורים טיפול בהבעה ויצירה. במרכז הנייד הוקצו אחוזי משרה נרחבים יותר להתערבות בהבעה ויצירה מאשר במודל הבסיס: 100% משרה לעומת 37% משרה במודל הבסיס. זאת, בהתחשב ברכיב הניידות וכדי לאפשר מתן שירות למספר יישובים על ידי אותם מטפלים.

⁵ תקצוב עבודת המרכז על פי מספר המשפחות המטופלות בו.

בפועל, היקף הפעילויות בהבעה וביצירה במרכז הנייד בצפון קטן יותר מאשר במרכז בשרון משום שקשה לגייס אנשי מקצוע דוברי ערבית המתמחים בתחומים אלה (קושי זה קיים גם לגבי מטפלים משפחתיים). נוסף לכך, קשה למצוא אנשי מקצוע שיהיו מוכנים לניידות הגבוהה הנדרשת מהם, בשל מיקומם של היישובים והמרחק ביניהם. לדברי מנהלת המרכז בצפון: "אין התערבות רבה באמנות ובבעלי חיים, ואם יש, זה עבודה ספציפית עם משפחות ספציפיות. אחת הבעיות שנתקלנו בהן במציאת מטפלים באמנות ובבעלי חיים הייתה למצוא אנשים מתאימים שיש להם ניסיון בטיפול משפחתי. הדגש הוא על טיפול משפחתי ואין הרבה אנשי מקצוע שיש להם את ההתמחות הזאת וזה יצר בעיה. נוסף לכך, אנשי המקצוע במקצועות האלה הם חדשים יחסית ואין להם ניסיון ולכן הם צריכים הרבה ליווי והדרכה." במרכז הנייד בשרון, לעומת זאת, אין קושי בגיוס אנשי מקצוע הן משום שיש יותר אנשי מקצוע דוברי עברית המתמחים בטיפול ביצירה והבעה והן בגלל מיקומו של השירות במרכז הארץ. נוסף לכך, מיקומו בסמיכות למוסדות רבים להשכלה גבוהה מאפשר גיוס סטודנטים שיעבדו במרכז בהתנדבות לצורך ההתמחות שלהם.

לדברי מנהלת המרכז בצפון, כדי לספק התערבות עשירה יותר, משתמשים העובדים הסוציאליים השונים במרכז, בטכניקות טיפוליות שונות מתחום הטיפול בהבעה ויצירה, אף שאינם מומחים בכך. למשל, מספר אחד האבות שטופלו במרכז בצפון: "הפעילויות עם הילדים היו מגוונות. למשל, היינו יושבים ביחד ומציירים או משחקים יחד, ודרך הציורים והמשחקים העו"סית הייתה לומדת על טיב הקשרים במשפחה, ובהתאם לכך הייתה מעלה כל מיני נושאים לשיחה."

נוסף לכך, אחת מאימות הבית במרכז בצפון השתלמה בתחום הטיפול באמצעות אמנויות ולמדה להפעיל את הילדים על ידי שימוש באמנויות ובמשחקים. שתי אימות בית אחרות מהמרכז בצפון השתתפו בהשתלמות של "גינןן טיפולי" ועבדו עם מספר משפחות באמצעות שיטת טיפול זו. אחת האימהות שטופלה במרכז סיפרה: "פעם נטענו שתילים של תפוחי אדמה וורדים בחצר, יחד עם אם הבית, מה שנתן לנו הרגשה שאנו משפחה שחיה כיחידה אחת."

ההורים שרואיינו לצורך המחקר שיתפו אותנו בחוויותיהם מההתערבות שניתנה להם ביצירה והבעה. אחת האימהות מספרת למשל: "הבת שלי ציירה עץ גדול ומתחתיו שולחן שאנו- כל המשפחה, יושבים סביבו ואוכלים ארוחת צהריים. בכיתי כשציירה את הציור הזה כי מעולם לא ישבנו כולנו סביב שולחן אחד."

משוב על צוות המרכזים הניידים

המרוואיינים השונים ביטאו את הערכתם כלפי חברי הצוות המטפל בשני המרכזים הניידים. לדברי אחת המפקחות על המחלקות לשירותים חברתיים במרכז הנייד בצפון: "היום יש לי סיפוק מאוד גדול לעומת ההתחלה. מבחינה טיפולית, בחירת הפרסונות המקצועיות – יש להן חלק גדול בהצלחת המרכז." לדברי מנהלת המרכז בשרון: "אני נשענת על עובדים דעתניים, מקצועיים מאוד ועצמאיים."

המרוויינים משני המרכזים הביעו את הערכתם הרבה לשיתוף הפעולה בין חברי הצוות. לדברי אחת המטפלות במרכז בצפון: "שיתוף הפעולה בין עובדי המרכז והעובדה שאנו צוות אחד שבו כל חברי הצוות שווים מעלים את הביטחון העצמי שלנו ודוחפים אותנו לעשייה". לדברי מנהלת המרכז בשרון: "היחסים בין חברי הצוות מאוד התגבשו, האווירה מאוד טובה. התקשורת גלויה, העובדים מביעים עצמם בפתירות. אין פה התעסקות עם שיקולי אגו. יש עניין אמיתי של העובדים לקדם את המשפחות ולהוציאן מהתקיעות". לדברי אחת המטפלות במרכז בשרון: "נוצר משהו מאוד אינטימי ומחובר בין המטפלים ונעשית עבודה של הכנה לקראת [הטיפול], עבודה משותפת שקורית השנה יותר מאשר בשנים קודמות. משהו באווירה הכללית מאוד מעודד להעלות קשיים, הסביבה תומכת ובטוחה. המטפלים מביעים גם קשיים אמיתיים שלהם וזה לא טריוויאלי".

הדרכה, השתלמויות ושיבות צוות

בשני המרכזים הניידים כל העובדים זוכים להדרכה מעמיקה ואינטנסיבית. מנהלות המרכזים מקבלות הדרכה מקצועית חיצונית ממדריכות מוסמכות בתחום הטיפול המשפחתי. נציגת העמותה המפעילה אמרה על ההדרכה שמקבלת מנהלת המרכז הנייד בצפון את הדברים הבאים: "אני חושבת שההדרכה והליווי שהיא מקבלת מכסים את כל התחומים ואת כל הצדדים של העבודה שלה והיא לא צריכה עוד ליווי או הדרכה". מצד אחר, סיפרה המנהלת שהרבה פעמים היא צריכה לקבל את ההחלטות לבד, מה שמקשה עליה. העובדים הסוציאליים במרכזים מקבלים הדרכה פרטנית במשך כשעה אחת בשבוע וכן הדרכה משותפת לצוות העובדים הסוציאליים במשותף אחת לשבועיים-שלושה. לדברי עובדת סוציאלית מהמרכז הנייד בשרון: "המרכז נתן הרבה הדרכה שמאפשרת צמיחה וגדילה מקצועית. אני מקבלת גם לבד עוד הדרכה אישית ממנהלת המרכז. מרגישה מאוד מוכלת ומוחזקת, משהו מאוד מקצועי".

הצוות הרב-מקצועי מקבל הדרכה חודשית חיצונית ממדריכה מוסמכת לטיפול משפחתי. המטפלים שרואיניו היו שבעי רצון מן ההדרכה. לדברי מטפלת במרכז בשרון: "ההדרכה שהצוות מקבל תרמה להצלחת עבודת המרכז". אימות הבית והמדריך החברתי מודרכים על ידי העובדות הסוציאליות באופן פרטני פעם בשבוע. נוסף לכך, צוות אימות הבית נפגש פעם בחודש ומקבל הדרכה משותפת מאחת עובדות הסוציאליות במרכז. אימות הבית והמדריך החברתי הביעו שביעות רצון רבה מן ההדרכה שהם מקבלים. לדברי אחת מאימות הבית במרכז הנייד בצפון: "ההדרכות וההשתלמויות שקיבלנו הוסיפו הרבה ידע וחיזקו את האישיות שלי. לכן אני מאוד מאושרת בעבודתי במרכז". לדברי אם בית אחרת: "ההדרכות שאנו מקבלות מאוד עוזרות ומקדמות את העשייה שלנו". אימות הבית והמדריך החברתי בשני המרכזים הניידים השתתפו גם בהשתלמות כללית לאימות בית ולמדריכים חברתיים במרכזי ילדים-הורים במודל הבסיס וכאמור אימות הבית במרכז הנייד בצפון השתלמו בגיוון הטיפולי, להעשרת כלי העבודה שלהן עם המשפחות. חשוב לציין כי ההדרכה החיצונית בתקצוב המרכז נעשית בעבור הצוות הקבוע בלבד ולא בעבור העובדים החיצוניים.

פעם בחודש הצוות הגרעיני של המרכז, הכולל את כל אנשי הצוות הטיפולי והתפעולי, עורך ישיבת צוות. ישיבות אלו מונחות בידי מנהלת המרכז. לעתים, לשם הרחבת הידע של העובדים מוזמנים

לישיבות אלה אנשי מקצוע; למשל, ניתנה הרצאה בנושא פגיעות מיניות, בעקבות מקרה של מטופל במרכז בשרון.

רבים מהמרוואיינים המעורבים בהפעלתו של המרכז הנייד אמרו כי נראה להם שההדרכות שהעובדים מקבלים מסייעות להתמקצעותם. לדברי העובדת הסוציאלית במרכז: "דבר ייחודי למרכז ולעבודה שלנו הנה התמקצעות העובדים, אנו תמיד מקבלות הדרכות אם זה בצורה אישית ממנהלת או בקבוצה ממדריכים מקצוענים. אני מרגישה שהעבודה שלנו השתפרה מאוד במשך תקופת העבודה במרכז." סוגיה זו חשובה במיוחד לאור העובדה שמן הממצאים מהערכת מודל הבסיס של מרכז ילדים-הורים בשפרעם עולה כי לא הייתה הדרכה מספקת לצוות המפעיל ולמנהלת המרכז, וכי זה השפיע על אי שביעות הרצון של העובדים ואי לכך על תחלופה גבוהה שלהם במרכז (אבו-עסבה ואחרים, 2009).

העבודה המשותפת עם מחלקות הרווחה

מרכז ילדים-הורים הוא חלק מסל השירותים המוצע למשפחות בסיכון באמצעות שירותי הרווחה. הקשר עם מחלקות הרווחה ביישובים שבהם הוא פועל מכריע, הן בהיבט התפעולי (טופסי השמה, מציאת מקום מתאים להפעלת המרכז, מקום ברצף השירותים ועוד), והן בהיבט של הטיפול במשפחות. זאת מכיוון שתהליך ההפניה באמצעות ועדות לתכנון טיפול והערכה, תכנון הטיפול, הערכות ביניים על ההתקדמות בטיפול ודיון בטיפול של המשפחה בתום הטיפול במרכז מחייבים ערוצי תקשורת פתוחים בין המרכז למחלקה. התמונה המצטיירת מבחינת יחסי הגומלין בין המרכז במודל הנייד לבין המחלקות לשירותים חברתיים ביישובים שבהם הוא פועל מורכבת למדי. הקשר בין המרכז למחלקות פועל בו זמנית בשתי רמות: ברמת השירות וברמת המשפחות המטופלות במרכז. בהמשך נדון בשיתוף הפעולה בין המחלקות למרכז בשתי הרמות השונות.

שיתוף פעולה בין המחלקות למרכז הנייד ברמת השירות

מנהלות המרכזים הניידים בצפון ובשרון אמרו כי ההיכרות המקצועית שלהן עם מנהלי המחלקות לשירותים חברתיים מתפקידיהן הקודמים סייעה להן ליצור את שיתוף הפעולה עמם ולבנות את יחסי האמון אתם.

המראיינים מתארים כי בראשית פעילותם של המרכזים שררה עמימות לגבי חלוקת התפקידים בין עובדי המרכז לבין העובדים הסוציאליים במחלקות והיה צורך בתיאום ציפיות ובהבהרת התפקידים. למשל, לדברי מנהל אחת ממחלקות הרווחה בצפון: *"בהתחלה ובמיוחד בשנה-שנתיים הראשונות היו עליות ומורדות בקשר בין העו"סים במחלקות לבין עובדי המרכז. היו המון חילוקי דעות ביחס למי מנהל את העניינים, מי מוביל את העבודה במרכזים ולמי הקרדיט."* לדברי מנהלת אחת ממחלקות הרווחה בשרון: *"בהתחלה עלו שאלות לגבי תחומי העצמאות של המרכז ושותפות המחלקה. לא היה ברור לנו איפה עוברים הגבולות מבחינת אחריות הטיפול. מה מקומנו ומה מקומם."*

המראיינים ציינו, כי עם הזמן חל שיפור בשיתוף הפעולה בשני המרכזים וכי חלוקת התפקידים נעשתה ברורה יותר. לדברי מנהלת אחת ממחלקות הרווחה בשרון: *"למדנו להבהיר ציפיות ולהגדיר את גבולות הסמכות. לא תמיד יש הסכמה, אבל האמון שנרכש מאפשר לנהל זאת מבלי להגיע לקונפליקטים."* ראוי לציין כי סוגיית התהליך הממושך של בניית האמון ושיתוף הפעולה עם מחלקות הרווחה עלתה גם בהערכת מרכזי ילדים-הורים במודל הבסיס (ריבקין ואחרים, 2009). מהערכת המודל הנוכחי נראה כי משך הזמן עד ליצירת שיתוף פעולה פורה היה קצר יותר, ובמובן זה, נראה כי נרכש ניסיון בהפעלת השירות באופן כללי. השיפור בשיתוף הפעולה התרחש, בין היתר, גם בזכות הצעדים שנקטו מנהלי המחלקות לשירותים חברתיים ומנהלות המרכזים:

- **שילוב עובדי המחלקות במרכז** – הן בשרון והן בצפון שולבו עובדות מהמחלקות, חלקן בטיפול פרטני וחלקן בהנחיית קבוצות כחלק משעות עבודתן במחלקה. לדברי מנהל המחלקה

לשירותים חברתיים בשרון בשנה הראשונה להפעלת השירות: 'הקשר עם המרכז חיובי. יש לנו יתרון ששתי עובדות מהמחלקה נותנות טיפול בתוך המרכז. זה מאפשר טיפול ביותר משפחות ומהדק את הקשר בין המחלקה למרכז."

- **השתלמויות משותפות** – כחלק מהמודל וכדי לחזק את מעמד המרכז ואת הקשר עם המחלקות מתקיימות השתלמויות מקצועיות במרכז בשרון הפתוחות לצוותי המחלקות.
- **ייזום תכניות משותפות** – כמו במרכזים במודל הבסיס גם במרכז הנייד בצפון יזמו מנהלת המרכז ומנהלת המחלקה לשירותים חברתיים הפעלה משותפת של קבוצות טיפוליות גם למטופלים שאינם חלק מאוכלוסיית המרכז. זאת, בין היתר גם כאמצעי לאיגום/ניצול יעיל יותר של משאבים, בגלל הפיזור הגיאוגרפי בין היישובים.

בסבב הראיונות האחרון אמרו עובדי המחלקות לשירותים חברתיים, המנהלים והמפקחות כי המרכזים הניידים נחוצים לטיפול במשפחות וכי אי אפשר לספק טיפול משפחתי באותה איכות בתוך מחלקות הרווחה. אחת הסיבות שצוינה הייתה עומס העבודה במחלקת הרווחה. לדברי מנהלת אחת ממחלקות הרווחה בשרון: "לא נוכל לטפל במשפחות במסגרת העבודה במחלקה באותו אופן שבו הן מטופלות במרכז, כי אז נקרוס תחת הנטל." עובדת סוציאלית אחרת ציינה כי במחלקות הרווחה אי אפשר לתת מוגבר במשפחה בגלל "רעשי הרקע" הקיימים בהן, כפי שהגדירה זאת. לדבריה: "ברווחה נותנים גם סיוע חומרי וזה יוצר רעשי רקע בטיפול. צריך לאפשר טיפול נקי ללא רעשי רקע. אם קורה משהו חריג עם ילדים אז צריך פק"ס וזה גם רעש רקע. טיפול במרכז ילדים-הורים, לעומת זאת, הוא נקי. לכן טוב שזה שירות חיצוני." לדברי עובדת סוציאלית במחלקה אחרת: "העבודה שלי תלויה בכיבוי שרפות ולכן לפעמים אני צריכה לבטל פגישות. שם ה"קטינג" קבוע, יש מקום מיוחד רק לטיפול. לא יבטלו פגישה טיפולית כי יש אירוע חירום כמו ילד שברח מהפנימייה או שפרצה קטטה בבית ספר. להם אין רעידות אדמה." עובדת סוציאלית מאחת המחלקות לשירותים חברתיים במרכז הנייד בשרון תיארה שוני נוסף בין טיפול במחלקה לבין הטיפול במרכז ילדים-הורים: "במרכז ילדים-הורים יש צוות רב-מקצועי: מטפלת באמנות, מדריך חברתי, עו"ס ותרפיסטים. זה מאפשר גמישות. אם הילד לא ורבלי, אפשר לעבוד אתו באמצעים אמנותיים - מה שאני לא יכולה."

שיתוף פעולה בין המחלקה למרכז ברמת המשפחה

הקשר בין העובדים במרכזי ילדים-הורים לבין העובדים הסוציאליים של המשפחות במחלקת הרווחה עשוי לתרום להצלחת תהליך הטיפול ולהבטיח את המשך הטיפול בהן. העובדים הסוציאליים במחלקות מפנים את המשפחות הרלוונטיות לוועדות תכנון טיפול והערכה, מציעים להם את השירות, והם אמורים להיות שותפים בתהליך קליטתה של המשפחה במרכז, בהערכות הביניים, בתהליך הסיום ובקביעת תכנית הטיפול בהמשך. ככלל, צפוי כי מנהל הטיפול במרכז, כמו גם עובדת המשפחה במחלקה, יהיו בקשר עם המשפחות במקביל כדי להבטיח את איכות הטיפול בהן. אולם, מהערכת מודל הבסיס של מרכזי ילדים-הורים עולה כי הדבר לא תמיד מתקיים, ולרוב הוא תלוי ביחסי אמון ושיתוף פעולה בין המרכז למחלקות (ריבקין ואחרים, 2009).

תמונה דומה הצטיירה עם הקמתם של המרכזים הניידים. בהתחלה עדיין לא גובשו מאפייני המשפחות המתאימות להפניה למרכז. למשל, אמרה מנהלת אחת ממחלקות הרווחה בשרון: *"בעבר, היו משפחות שעמן מיצינו תכנית טיפול מסוימת במחלקה ולפני שנאמר שמיצינו הכול – העברנו אותן למרכז. כתוצאה מכך עברו משפחות קשות לטיפול במרכז."* בהמשך, בכל אחד מהמרכזים והיישובים התבהר אפיה של אוכלוסיית היעד של המרכזים. עם הזמן דיווחו מנהלי המחלקות ומנהלות המרכזים כי המשפחות שהופנו למרכז מתאימות וכי עובדי המחלקות לשירותים חברתיים למדו לבחון את מידת התאמתן של המשפחות לטיפול במרכז.

נוסף לכך, בסבב הראיונות הראשון אמרו חלק מעובדי המרכז הנייד בצפון שהעובדים הסוציאליים במחלקות לא עוקבים מספיק אחר הטיפול שניתן במרכז למשפחות שהם הפנו. לדברי אחת המטפלות במרכז: *"רצינו שהם יעקבו יותר אחרי העשייה שלנו, אבל הם לא עקבו מספיק ולא יזמו מספיק קשר אתנו."* היו מטפלים במרכזים שאמרו שהיו רוצים יותר קשר עם העובד הסוציאלי במחלקה כדי להכיר טוב יותר את המשפחות שבטיפולן. כדי להתגבר על קושי זה ועל קשיים אחרים בשיתוף הפעולה, מונו עובדים סוציאליים רפרנטים מהמחלקות לשירותים חברתיים בשני המרכזים הניידים לצורך מעקב אחרי הטיפול במשפחות במרכז. הן עובדי המרכזים הניידים והן עובדי המחלקות לשירותים חברתיים דיווחו כי עם הזמן גובשו דפוסי שיתוף הפעולה בין המחלקות והמרכזים ונוצר שיתוף פעולה פורה ביניהם, ללא מתחים ועימותים. לדברי עובד סוציאלי מאחת המחלקות לשירותים חברתיים בצפון: *"הקשר עם עובדי המרכז פתוח וכל הזמן יש העלאת רעיונות מצידנו ומצידם לגבי תכנית הטיפול ומה ניתן לשפר ולהוסיף עבור כל משפחה."* לדברי אחת מעובדות המחלקה לשירותים חברתיים בצפון: *"בשנתיים האחרונות העבודה מתבצעת בצורה מצוינת, שיתוף הפעולה הולך ומשתפר, תפיסת העובדים הסוציאליים את המרכז השתפרה בצורה כבירה, דבר שתורם לשיפור אפקטיביות העבודה."*

עובדי המחלקות סיפרו כי הם סברו כי מרכז ילדים-הורים יקל עליהם לטפל במשפחות. הם ציינו כי לעתים הם חשו, כי המרכז לא רק שלא "הקל" על עבודתם אלא יצר עבורם "עבודה נוספת" באיתור, בהפניה, בהכנת המשפחות לטיפול, בעידוד המשפחות להתמיד בטיפול ובמעקב אחר תפקודן, במסגרת שיחות וועדות שונות. לצד זאת, היו גם עובדי מחלקות שצינו כי הם דווקא שמחים על תוספת זו לעבודתם. לדברי אחת מעובדות המחלקה: *"אף על פי שהעומס לא פחת...מבחינה נפשית יותר נוח... יש יותר תעסוקה אך גם שביעות רצון, העומס שמוטל עלינו הוא עומס מבורך."*

המטפלים במרכז נשאלו לגבי היבטים שונים של שיתוף הפעולה עם עובד סוציאלי בלשכה, ביחס לכל אחת מהמשפחות המטופלות במרכז.

מלוח 4 עולה שמעורבותם של העובדים הסוציאליים במחלקות הייתה גבוהה בשלב תכנון הטיפול, ונמוכה יותר במהלך הטיפול עצמו. על פי דיווח המטפלים במרכז, לגבי מרבית המשפחות (86%) העובדים הסוציאליים מהמחלקות, היו מעורבים בתכנון הטיפול במלואו ולגבי 14% מהמשפחות – באופן חלקי. בזמן הטיפול במרכז, העובדים הסוציאליים מהמחלקות השתתפו בישיבות של צוות

המרכז לגבי הטיפול ב-51% מהמשפחות (72% בשרון, 36% בצפון), אם כי לגבי כרבע נוסף (26%) מהמשפחות דווח שהתקיימו התייעצויות נוספות במהלך הטיפול, בעיקר במסגרת ועדות תכנון טיפול והערכה. נוכחות של עובדים הסוציאליים מהמחלקות במפגשים טיפוליים במרכז התקיימה רק ביחס ל-7% מהמשפחות. חשוב לציין, שהמטפלות במרכז הן אלו שהיו צריכות ליצור קשר עם העובדות הסוציאליות של המחלקות והן עשו זאת פעם בחודש-שלושה חודשים לגבי מרבית המשפחות (84%) המטופלות במרכזים, ולגבי השאר בתדירות גבוהה יותר או לפי הצורך.

לוח 4: הקשר עם העו"ס של המשפחה וגורמים אחרים בלשכת רווחה במהלך הטיפול (באחוזים)

צפון	שרון	סך הכול	
(25)	(19)	(44)	(מספר משפחות)
			השתתפות עו"ס המשפחה מהמחלקה בתכנון הטיפול במרכז:
88	83	86	כן, באופן מלא
12	17	14	כן, באופן חלקי
0	0	0	לא
			השתתפות עו"ס המשפחה מהמחלקה בישיבות ובהתייעצויות של צוות המרכז ביחס לטיפול במשפחה:
36	72	51	כן, בכל/ברוב הפגישות
24	6	16	בחלק קטן
4	0	2	מעורבת, אך לא נוכחה בפגישות
4	6	5	לא
			השתתפות עו"ס המשפחה מהמחלקה בפגישות הטיפוליות של המשפחה במרכז:
8	6	7	בחלק קטן
92	94	93	לא
			תדירות הקשר של עובדת המרכז (פגישה או טלפון) עם עו"ס המשפחה מהמחלקה לאורך תקופת הטיפול:
12	18	14	בערך פעם בשבוע-שבועיים
88	76	84	בערך פעם בחודש-שלושה חודשים
0	6	2	לפי צורך

הערה: ההבדלים בין המרכזים אינם מובהקים.

המטפלים במרכזים ציינו את הקושי שלהם לעבוד עם עובדים במספר רב של מחלקות רווחה. לדברי אחת העובדות במרכז: "אם היינו עובדים עם מחלקת רווחה אחת היה קל יותר. העבודה שלנו עם מספר מחלקות הצריכה בניית אמון וערוצי תקשורת עם כולם. לא פשוט לחזור על אותם דברים בכל מקום". לדברי עובדת נוספת: "זה תלוי מאוד בעובדות המחלקה, אני חושבת שזה תלוי ביחסים הבין אישיים, כשזה נעים זה יותר טבעי". ראוי לציין כי בשני המרכזים ציינו המטפלים במרכז את חשיבות הקשר עם העובדים הסוציאליים ברווחה ואת העובדה כי אף על פי שהם נדרשים למאמץ רב הם מקפידים לקיים אותו.

קשר עם מערכת החינוך

אחד מעקרונות הפעולה במרכזי ילדים-הורים הוא גיוס כל הגורמים הרלוונטיים בקהילה שעשויים לסייע לילד. לכן, קיימת ציפייה לקשר עם המערכת החינוכית ביישוב ועם המסגרת החינוכית שבה לומד כל אחד מהילדים. כדי לעודד את הקשר עם בית הספר ולמצב את השירות בתוך מערך השירותים לילדים ומשפחות, חשוב לשמור על קשר עם נציגי מערכת החינוך ביישוב, אם באמצעות מחלקות החינוך ואם באמצעות גורם מטעמם כגון הפיקוח, שפ"י (=שירות פסיכולוגי ייעוצי) או קציני ביקור סדיר. נוסף לכך, חשוב שיתוף הפעולה עם צוות בית הספר, הבא במגע ישיר עם הילד ומשפחתו: המחנכת, היועץ ופסיכולוג בית הספר.

קשר בין המרכז למחלקות החינוך ביישובים

על פי המודל, נציג מחלקת החינוך משתתף בוועדת התייעצות ותכנון טיפול, שבה מעוצבת תכנית טיפול לילד ומשפחתו. התכנית כוללת יעדים בתחומי החינוך, הרווחה והבריאות. על נציג מחלקת החינוך לדאוג ליישום היעדים בתחום החינוך באמצעות קצין הביקור הסדיר או בית הספר. על פי מודל המרכז הנייד, נציג מערכת החינוך אמור להשתתף גם בוועדות ההיגוי המחוזיות והמקומיות. מדיווח המרואיינים עולה כי בהתחלה נכחו נציגי מחלקות החינוך בוועדות אלו, אולם עם הזמן הם חדלו להשתתף בהן (בשרון משתתפים קב"סים), משום שמספר המשפחות המקבלות שירות במרכז בכל יישוב היה קטן מאוד ולכן לא היה צורך בנציגות ברמת המחלקה. הקשר עם צוותי בתי הספר שבהם לומדים הילדים הספיק.

קשר עם בתי הספר

מנהלי מחלקות הרווחה ומנהלות שני המרכזים דיווחו על קשר עם בתי הספר בתחילת פעילותם של המרכזים הניידים; קשר שהתהדק עם הזמן. מנתוני המחקר עולה כי בנוגע לשני שלישים מהילדים יצר המרכז קשר עם בית הספר. הקשר עם בתי הספר נעשה למטרות שונות, להלן פירוט:

סיוע להורים בקשר עם גורמים בבית הספר

לדברי אחת ממטפלות המרכז בשרון: "לפעמים יש גם צורך לעשות התערבות מעמיקה ולעבוד על בניית קשר מחודש של ההורים עם בית הספר והמערכת, כי הרבה פעמים ההורים לא שומעים מחמאות מבית הספר על הילד". לדברי אחת האימהות שטופלה במרכז: "יהייתה תקופה שכל יום קיבלתי טלפון מבית הספר עם תלונות על הבן שלי. לא יכולתי, בחצי שנה האחרונה כבר לא יכולתי להגיע לבבית הספר ולהתמודד עם זה. המטפלת שלנו התחילה לעזור לי עם זה. לא ויתרה, חיפשה דרכים שבבית הספר יעזור ולא ירדה בו, הרגשתי שיש מישהו שבא איתי ולא רק להיות לבד מול עשרה אנשים שתוקפים אותך."

קשר עם בתי הספר שנועד לצורך תיאום טיפול

לעתים הקשר עם בית הספר נועד לתאם את הטיפול ולמנוע כפילויות. לדברי מנהלת אחת המחלקות לשירותים חברתיים: "עניח, אם במרכז ילדים-הורים קיבל הילד טיפול בקשיי קשב וריכוז ומסתבר

שגם בבית ספר הוא מקבל טיפול בבעלי חיים עבור קשיי קשב וריכוז - אז זו בעיה וננסה למנוע זאת." לעומת זאת, אומרת אותה המנהלת: "אנחנו עומדים על המשמר, שלא יקרה מקרה שבגלל שהם במרכז, הם לא יקבלו את המגיע להם בבית הספר."

הפעלת תכנית טיפולית משותפת

לעתים הקשר עם בית הספר נועד להתוות תכנית טיפול משותפת. בסבב הראיונות הראשון של המחקר סיפרה מנהלת המרכז הנייד בשרון על תכנית טיפולית משותפת בין המרכז לבית הספר. מדובר בילדה שחוותה גילוי עריות. לאחר שנת טיפול במרכז, דיווח צוות בית הספר כי בהפסקות הילדה מתחבאת בשירותים כדי לא להיפגש בחצר עם הבנים הגדולים יותר. הוחלט על התערבות משותפת. היועצת משוחחת עם הילדה שיחות שבועיות בבית הספר, והמרכז ממשיך בטיפול במשפחה כולה ובילדה. מנהלת המרכז מרוצה משותפות זו ומדווחת שהילדה תמשיך בקשר עם היועצת לאחר סיום הקשר עם המרכז. מנהלת המרכז ציינה דוגמה זו כמייצגת את תפיסתה הרואה בשיתוף היועצות והפסיכולוגים בתהליך הטיפול חשיבות רבה, בשל המשך הקשר שלהם עם הילדים גם בתום הטיפול במרכז.

ב-2010 החלו בפיתוח תכנית מעורבות מרכז-בית ספר במרכז הנייד בשרון. מקרב כל הילדים המטופלים במרכז נבחר ילד אחד מכל רשות מקומית, ובו משקיעים באופן אינטנסיבי תשומות לשיפור תפקודו בבית הספר, מכל ההיבטים. לילדים הנבחרים יש קשיים לימודיים, אין להם בעיות התנהגות ולרוב הם אינם מאובחנים. המרכז מטפל בילד באופן אישי, עוסק בהדרכת הורים ובשיתוף פעולה עם צוות בית הספר.

המבנים שבהם פועלים המרכזים

על פי תפיסתם הבסיסית של המרכזים לילדים ולהורים חשוב שהפעילות הטיפולית תיערך במבנה המעוצב כבית. הסביבה הפיזית והאווירה משפיעות על נכונותן של המשפחות לקבל טיפול במרכז, וניתן לעצב בו התערבויות חווייתיות שמדמות את האווירה הרצויה בבית המשפחות.

עם זאת, יישובים קטנים אינם יכולים להקצות מבנה שימשך אך ורק להפעלת מרכז ילדים-הורים אחת לשבוע, כמו במרכזי ילדים-הורים במודל הבסיס. לפיכך, בכל אחד מהיישובים מייחדים לשירות מקום במבנה של שירות אחר.

על הקצאת המיקום הפיזי של השירות אחראים מנהלי מחלקות הרווחה (כנציגים של הרשויות). בהתחלה פעלו המרכזים הניידים בחלק מהיישובים בתוך מחלקות הרווחה, אך המצב לא נחשב לרצוי, והוא שונה; על כך אמרה המפקחת הארצית: *"עיקר כי יש קושי של המשפחות להפריד באופן ברור בין הצרכים עליהם הם אמורים לקבל מענים מהמרכז לעומת מענים מהרווחה"*. לדבריה, יש יתרון בהפעלת המרכז במקום נפרד *"המצב הזה מאפשר שירות שאינו סטיגמטי"*.

מיקום המרכזים בשירותים אחרים גם הוא היה מלווה בקשיים. למשל, בכפר יונה נפגע הטיפול כשפעל השירות בבית ספר, ובסמוך לאולם ספורט, בסביבה הומה ורועשת וללא פרטיות מספקת. לדברי אחת האימהות מכפר יונה: *"המרכז נמצא בסמוך לאולם ספורט של בבית ספר שבו לפעמים הרעש היה מוציא אותנו מהריכוז, צעקות ובלגאן. זה פוגע באווירה קצת"*. אם אחרת שמשפחתה טופלה בכפר יונה ציינה את הקושי במחסור בפרטיות: *"המיקום לא נוח, עוברים שם המון אנשים שאני מכירה, שואלים לאן את הולכת. יש שם חוגים, זה מפריע, מעדיפה שיהיה במקום יותר פרטי. היו משפחות שהכרנו אחד את השני וזה לא נעים. מכירות מהשכונה, מהגן שעשועים וזה לא נעים. המקום הוא המוני. הרבה נמנעים לבוא לשם לטיפול בגלל המקום. חוץ מזה, הקירות עשויים מגבס ושומעים מבחוץ, אני חושבת, ועוברים והחלון של חדר הטיפולים נמצא במעבר וזה לא נעים"*.

קושי נוסף שצוין בנוגע לשני המרכזים היה בתחזוקת המבנים על ידי הרשות המקומית. נראה כי בעיה זו חריפה יותר בנוגע למבנים במרכז הנייד בצפון, מאשר בשרון. לדברי מנהלת המרכז בשרון: *"בסך הכול האחזקה בסדר, לפעמים קצת בעיות, פה קופץ הפקק, פה יש נזילה ולא תמיד נקי, אבל בסך הכול בסדר"*. לדברי מנהלת המרכז בצפון, ביישובים דומיידה (דמידה) וביר אלמכסור הרשות לא דאגה לניקיון באופן קבוע ולכן החליטו לממן את הניקיון מתקציב הפעלת המרכז. לדבריה: *"עד לא מזמן סבלנו מבעיות תחזוקה של המקום, בחלק מהיישובים הרשות המקומית לא דאגה לנקות את המקום, היו בעיות בחשמל, חשבת שדברים כאלה יסתיימו אחרי עבודה של שנה בשטח, אבל טעיתי. לכן החלטנו לפעול. כיום העמותה המפעילה את המרכז דואגת למימון הניקיון של המרכזים בדומיידה (דמידה) ובביר אלמכסור"*.

מדיווח המרואיינים השונים, עם הזמן חל שיפור בתנאים הפיזיים שבהם פעלו המרכזים ביישובים השונים, הן בצפון והן בשרון. בצפון, במרכז שפעל בכאוכב אבו אלהגי'א בתוך "בית לקשיש" נפתחה כניסה אחורית פרטית רק לשימושן של המשפחות המטופלות במרכז. בעין מאהל שונה מיקומו של המרכז מבית ספר למרכז פיס ובצומיידה (דמיידה), שם פועל השירות בתוך אולם במתני"ס הושמו מחיצות כדי לאפשר טיפול במרחב אינטימי ופרטי. בשרון, המרכז הנייד שמוקם במחלקה לשירותים חברתיים במועצה האזורית לב השרון, הועבר למרכז טיפולי של מחלקת החינוך ביישוב.

חלק מהמטפלים דיווחו על הקושי שלהם בהתניידות בין חדרי הטיפול ביישובים השונים. למשל, לדברי מטפלת במרכז: "מאוד חסר לי שאין לי חדר טיפולים קבוע משלי. לכל משפחה שמגיעה אנחנו מייצרים את הקביעות, נפגשים אתה באותו חדר, אבל לנו יש ניוד בין החדרים ומבחינת ציוד וזה פחות אישי / מחמם. אפילו אם הייתי עם עוד חמישה מטפלים באופן קבוע באותו החדר הייתי מרגישה יותר טוב". היו מטפלים שדיווחו על קשייהם בשל העדר מקום לשמור בו על הציוד ועל תוצרי עבודתם עם המשפחות. לדברי אחת המטפלות בשרון: "אני חושבת שיש טעם לפגם בכך שהמבנה לא שלנו. אם יש טיפול באמצעות אמנות והילדים עושים עבודות, זו סכנה להשאיר דברים, יש ארון אבל לא תמיד הוא מספיק להכיל הכול. לא היו לנו קטסטרופות אבל לא משהו אינטימי ורק שלנו."

נוסף לכך, חלק מצוות העובדים במרכזים דיווחו כי הם מקבלים ביקורת ממנהלי השירותים שבהם ממוקם המרכז על הדי פעילותם במבנה וכי הם מרגישים לא רצויים בו. לדברי המדריך החברתי בשרון: "אנחנו מרגישים ממש שאנחנו 'הולכים על ביצים', כל הזמן ביקורת. כמטפל – זו תחושה קשה, מאוד זהיר, מאוד לא מאפשר. תמיד הערות... אם נוגעים בציוד בחצר. אנחנו מרגישים שאנחנו אורחים בכורח, זה הונחת עליהם. יש הרבה בעיות, אבל התרגלנו לזה."

עם זאת, למרות התנאים הפיזיים הנוחים פחות מאלו שבמרכזים במודל הבסיס, דיווחו המרואיינים כי הפעילות התנהלה באופן שוטף וסביר. נוסף לכך, ההורים המרואיינים שטופלו במרכזים הניידים בצפון ובשרון אמרו כי האווירה במרכז הייתה ביתית, נעימה וחמה. למשל, לדברי אחת האימהות: "האווירה מדהימה, ההתארגנות שלהם כצוות נהדרת, תמיד הם מציעים לנו אוכל, 'בואו תשב, תאכלו', תמיד דואגים לכבד את הילדים במשהו, היה שם שפע של משחקים ומקום נעים למפגש משפחתי."

נגישות המרכזים מבחינת אפשרויות המשפחות להגיע אליהם

המטפלים במרכזים נשאלו אם המשפחות התקשו להגיע למרכזים. מדיווחיהם עולה כי המרכזים ביישובים השונים נגישים למרבית המשפחות: רק 12% מהמשפחות בצפון התקשו להגיע למרכז בגלל מרחק ובגלל העדר תחבורה ציבורית נוחה. ל-5% מהמשפחות בצפון ובשרון היה קושי להגיע למרכזים כי אין להם מכונית. לדברי מנהלת המרכז בצפון, עין מאהל הוא היישוב היחיד שבו השירות מרוחק יחסית ממרכז היישוב, ובפועל, רוב המשפחות שמטופלות בו מתגוררות באותה שכונה או שהן בעלות רכב פרטי. עם זאת, אחת האימהות המטופלות בעין מאהל, המתגוררת רחוק מן המרכז מספרת על הקושי: "המרכז נמצא רחוק מהבית שלנו, בקצה השני של היישוב. לפעמים,

במיוחד בחורף כאשר יש גשם או בקיץ כאשר היה חם במיוחד לא הלכנו למרכז, זה היה מאוד רחוק
והיה לי מאוד קשה ללכת עם הילדים שלי, במיוחד הבן הקטן שלי שהיה אז בן 3 שנים, ברגליים.
זאת אומרת בגלל שהמרכז היה רחוק היה לי מאוד קשה להגיע לכל המפגשים."

מאפייני המשפחות והילדים שטופלו במרכזים

מאפייני רקע של המשפחות

המידע על המשפחות מתבסס על דיווח המטפלים בעת קבלת המשפחות לטיפול: מדובר ב-50 משפחות וב-118 ילדים שטופלו בשני המרכזים בשנים 2006-2009, ובעת סיום הטיפול ב-44 משפחות וב-99 ילדים.

הילדים המטופלים במרכז – גיל ומין

כמחצית מהילדים שטופלו במרכזים הן בנות (46%) וכמחציתם בנים (54%). מרכז ילדים-הורים מיועד לילדים גילאי 5-12. מרבית הילדים (84%) המטופלים במרכז היו בטווח גילים זה בתחילת הטיפול. גיל הילדים הממוצע במשפחה במודל הנייד בתחילת הטיפול היה גבוה יותר מהגיל הממוצע שנמצא במחקר על מודל הבסיס (ריבקין, 2009, נתונים מ-2005) 8.7 שנים לעומת 6.9 שנים, בהתאמה.

לוח 5: התפלגות הילדים המטופלים במרכז, לפי מין וגיל (באחוזים מהילדים)

צפון	שרון	סך הכול	
(72)	(46)	(118)	(מספר הילדים)
			מין
48	41	46	בנות
52	59	54	בנים
(68)	(32)	(100)	(N)
			גיל הילדים*
6	0	4	4-0
50	43 [^]	48	8-5
37	34	36	12-9
7	23	12	16-13
8.2	*9.6	8.7	הגיל הממוצע - שנים

* P<0.05 קרוב למובהקות (P<0.10)

מלוח 6 עולה כי כשליש מהמשפחות שטופלו במרכזים הניידים בשרון ובצפון היו משפחות של הורה יחיד. שיעור משפחות אלה באוכלוסייה היהודית בשרון גבוה יותר משיעורן באוכלוסייה הערבית בצפון: 48% לעומת 16%, בהתאמה. שיעור המשפחות שבהן הורה יחיד המטופלות במרכז בשרון דומה יותר לשיעורן במרכזים במודל הבסיס - 53% (ריבקין, 2009, נתונים מ-2005). עוד עולה כי למשפחות 3.3 ילדים בממוצע. אחוז המשפחות שבהן ארבעה ילדים ויותר גבוה יותר בקרב האוכלוסייה הערבית בצפון מאשר בקרב האוכלוסייה היהודית בשרון: 56% לעומת 16%, בהתאמה. נתונים אלה תואמים את ההבדלים בין האוכלוסייה הערבית לאוכלוסייה היהודית הכללית.

לוח 6: מאפייני משפחות עיקריים (באחוזים)

צפון	שרון	סך הכול	(N)
(25)	(25)	(50)	
16	*48	32	אחוז משפחות חד-הוריות
			מספר ילדים במשפחה
4	**8	6	ילד אחד
40	76	58	שניים-שלושה ילדים
56	16	36	ארבעה ילדים ויותר
3.8	**2.7	3.3	מספר ילדים בממוצע

* P<0.05 ** P<0.01

בלוח 7 מופיעים נתונים על מצבן הכלכלי של המשפחות המטופלות במרכזים. מדיווח המטפלים עולה כי כשני שלישים מהמשפחות המטופלות במרכזים, הן בצפון והן בשרון, סובלות מקשיי פרנסה (68%). עם זאת, מהיבטים אחרים של בחינת המצב הכלכלי של המשפחות עולה כי מצבן הכלכלי של המשפחות מהמגזר הערבי שמטופלות במרכז הנייד בצפון קשה יותר. כשליש (30%) מהמשפחות בצפון סובלות מהעדר ציוד בסיסי לעומת 9% מהמשפחות בשרון. נוסף לכך, יש הבדל במצבן הכלכלי של המשפחות בצפון ובשרון גם מבחינת מצבו התעסוקתי של ראש המשפחה. בקרב שיעור גבוה יותר של משפחות בשרון ראש המשפחה עובד בעבודה קבועה, 76% לעומת 16%, בהתאמה. לעומת זאת, בקרב כמחצית מהמשפחות בצפון (44%) ראש המשפחה אינו עובד, בהשוואה ל-4% מהמשפחות במרכז בשרון.

לוח 7: המצב הכלכלי של המשפחות המטופלות במרכזים (באחוזים)

צפון	שרון	סך הכול	(N)
(25)	(25)	(50)	
			מצבה הכלכלי של המשפחה
68	68	68	המשפחה סובלת מקשיי פרנסה
30	*9	20	המשפחה סובלת מהעדר ציוד בסיסי (מיטות, מקרר)
13	4	9	בני משפחה סובלים ממחסור של מזון וביגוד מתאים
			תעסוקה של ראש המשפחה ¹
16	**76	46	בעבודה קבועה
40	20	30	בעבודה מזדמנת
44	4	24	לא עובד כלל

* P<0.05 ** P<0.01

¹ ראש משפחה: גבר במשפחות דו-הוריות וההורה שהילדים מתגוררים עימו במשפחות חד-הוריות

בעיות בתפקודם החברתי של ההורים

מרכזי ילדים-הורים לא נועדו לטיפול במשפחות שבהן להורים בעיות תפקוד קשות, כגון פיגור, מחלות נפש, התמכרויות או בהורים שיש להם רקע פלילי. מלוח 8, שבו מובאים נתונים לגבי הבעיות

העיקריות בתפקוד ההורים, עולה כי בקרב כרבע מהמשפחות (24%) שטופלו בשני המרכזים אחד ההורים לפחות סובל לפחות מאחת מהבעיות המפורטות לעיל. זהו אחוז גבוה מהנמצא בקרב מטופלי המרכז בשרעם (4%) (אבו-עסבה ושות', 2007) אבל קרוב לאחוז מטופלי המרכזים במודל הבסיס (20%).

לוח 8: בעיות עיקריות בתפקוד ההורים (באחוזים מהמשפחות)

צפון (25)	שרון (25)	סך הכול (50)	(N)
לפחות אחד ההורים*			
8	8	8	סובל מהתמכרות לסמים או לאלכוהול
8	12	10	עוסק בעבריינות או בזנות
12	8	10	סובל ממחלת נפש/הפרעה נפשית מאובחנת
8	0	4	סובל מפיגור (מאובחן)
סובלים לפחות מאחת הבעיות הנ"ל**			
72	76	74	אף אחד מההורים
28	20	24	הורה אחד
0	4	2	שני הורים

* P<0.05 ** P<0.01

עוד נציין, שאחד ההורים בקרב כמחצית (52%) מהמשפחות במגזר בצפון סבל ממחלה כרונית לעומת 16% מהמשפחות בשרון. ייתכן ששיעורן הגבוה במיוחד של משפחות בצפון שטופלו במרכז ושהן לפחות אחד ההורים סבל ממחלה כרונית נובע מכך שבצפון חסרים שירותים אחרים בקהילה לתמיכה במשפחות. נוסף לכך, כפי שצוין על ידי המרואיינים השונים, בהתחלה הופנו לטיפול משפחות המתמודדות עם קשיים מורכבים יותר מאלו שהשירות מיועד בעבורן ועם הזמן החלו להפנות משפחות מתאימות יותר.

היחסים בין ההורים במשפחה

המטפלים במרכז דיווחו על אלימות מילולית/נפשית בין ההורים בנוגע לשני שלישים בערך מהמשפחות מהמגזר הערבי בצפון (61%), לכשליש מהמשפחות מהמגזר היהודי בשרון (29%). בנוגע ל-71% מהמשפחות בשני המרכזים דווח שהיחסים בין ההורים "לא כל כך טובים" או "בכלל לא טובים". לא דווח על קיום אלימות פיזית בין ההורים באף אחת מן המשפחות.

מצבם הרגשי, החברתי והלימודי של הילדים

מרכזי הורים ילדים מיועדים לילדים הסובלים מבעיות רגשיות והתנהגותיות על רקע קשיים במערכת היחסים במשפחה וליקויים בטיפול ההורי.

המצב הרגשי והחברתי: המטפלים במרכזים נשאלו על תפקודם של הילדים המטופלים בתחומים הרגשי והחברתי. בלוח 9 מופיעים מדדים מסכמים של בעיותיהם העיקריות. מן הממצאים עולה כי ל-75% מהילדים דיווחו המטפלים על סימנים לקשיים רגשיים, לגבי כשליש דווח על שלושה ביטויים או יותר; יותר משני שלישי מהילדים בצפון (65%) וכמחצית (46%) מהילדים בשרון סובלים מבעיות חברתיות. נוסף לכך, 57% מהילדים סובלים מבעיות התנהגות שלילית (אנטי-חברתית). נוסף לכך, כמחצית מהילדים (43%) מראים חוסר התעניינות בסביבה/בחי היום יום.

המצב הלימודי: כמעט כל הילדים (95%) לומדים במסגרת לימודים רגילה (בית ספר או גן). הישגיהם של כמחצית מהילדים הלומדים בבית ספר בשני המרכזים (47%), 'נמוכים' או 'נמוכים מאוד' מהרמה המקובלת בכיתה.

הטיפול שהילדים מקבלים מהוריהם

על פי הגדרת אוכלוסיית היעד, מרכזי הורים-ילדים נועדו למשפחות שבהן הטיפול ההורי לקוי. המטפלים במרכזים התבקשו לדווח בנוגע לכל ילד בנפרד על הטיפול שהוא קיבל מן ההורים בעת הפנייתו למרכז. בלוח 10 מפורטים המדדים המסכמים בנוגע לאחוז הילדים שסבלו, או שהיה חשד שסבלו, מסוגים שונים של תפקוד הורי לקוי. המדדים מפורטים בנספח ג'.

לגבי מרבית הילדים שטופלו במרכז הנייד, המיועד למגזר הערבי בצפון (92%) ולגבי כשני שלישי מהילדים שטופלו במרכז הנייד, המיועד למגזר היהודי בשרון (65%) דווח שהם סבלו מקשיים בקשר הרגשי עם הוריהם. לגבי 74% מהילדים דווח שההורים שלהם מתקשים להקנות להם כללי התנהגות ולשמור על קיומם (אחוז זה דומה בשני המרכזים). נוסף לכך, כשליש מהילדים (31%) סבלו מליקויים בטיפול יום-יומי בהשוואה ל-16% בלבד מהילדים מממצאי ההערכה של מודל הבסיס (ריבקין, 2009). לגבי כ-20% מהילדים דווח על קשיים בקשר של הוריהם עם מסגרות החינוך בהן הם שוהים.

**לוח 9: הבעיות העיקריות של הילדים המטופלים בתחומים הרגשי והחברתי – מדדים מסכמים¹
(באחוזים מהילדים)**

צפון	שרון	סך הכול	
(72)	(46)	(118)	(N)
75	76	75	סימני בעיות רגשיות אצל הילד ²
38	26	33	מזה חמורות (3+ ביטויים)
65	*46	58	בעיות חברתיות
61	50	57	בעיות התנהגות שלילית (אנטי-חברתית)
47	37	43	חוסר התעניינות הילד בסביבתו / בחיי יום-יום
24	33	27	דימוי עצמי נמוך של הילד
22	15	20	ביטויים פסיכו-סומטיים
18	19	19	הילד נדבק למבוגרים (לא נכלל למדד)

* P<0.05

¹ פירוט המדדים מופיע בנספח ג'.

² מדובר בביטויים למצוקה רגשית ולא באבחון של מחלות נפש.

לוח 10: התערבות ההורים בטיפול ובחינוך הילדים – מדדים מסכמים (באחוזים מהילדים)

צפון	שרון	סך הכול	
(72)	(46)	(118)	(N)
92	**65	81	קשיים בקשר הרגשי בין ההורים לילד
65	**39	55	מזה קושי חמור (3+ ביטויים)
76	70	74	קושי בהקפדת ההורים על כללי ההתנהגות של הילד
61	**37	52	מזה קושי חמור (2+ ביטויים)
33	28	31	ליקויים בטיפול יום-יומי
22	11	18	קשיים בקשר של ההורים עם מסגרת החינוך

** P<0.01

הסיבות להפניית המשפחה למרכז

המטופלים במרכזים נשאלו בשאלה פתוחה על סיבת ההפניה של המשפחה למרכז. התשובות שהתקבלו קובצו לקטגוריות המופיעות בלוח 11. הסיבות העיקריות שצוינו להפניית המשפחות היו "בעיות במשפחה בין ההורים לילדים", כגון אלימות של ההורים כלפי הילדים, בעיות בהצבת גבולות לילדים, בעיות בתקשורת בין ההורים לילדים ועוד. רבים מהמטופלים גם ציינו באופן כללי שהמשפחה הופנתה לשם קבלת הדרכה הורית. מעניין שסיבות נוספות שצוינו קשורות למצב

המשפחתי הכללי, כגון בעיות גירושים, קשיים בקשר הזוגי או בעיה נפשית/רפואית של אחד מבני הזוג, אך על פי רוב, אלה צוינו נוסף לבעיות הקשורות לקשר עם הילדים או לקשיים בהורות שלהם.

לוח 11: סיבות ההפניה למרכז (באחוזים*)

צפון	שרון	סך הכול	(N)
(25)	(25)	^ (50)	
62	**26	43	הדרכה הורית
24	**52	39	בעיות במשפחה בין ההורים לילדים
14	35	25	בעיות גירושים
33	**4	18	קשיים בקשר הזוגי
24	9	16	בעיה נפשית/רפואית של אחד מבני הזוג
14	9	11	הזנחה וחוסר טיפול הולם בילדים

* האחוזים לא מסתכמים ל-100% כי ניתן היה לציין יותר מסיבה אחת.

** P<0.05

^ לגבי 6 משפחות (שתיים בשרון וארבע בצפון) חסרה תשובה על שאלה זו.

שיעור הילדים שטופלו במרכז ושסבלו מגירושי הוריהם גבוה יותר בשרון מאשר בצפון, מכיוון ששיעור הגירושין בשרון ובאוכלוסייה היהודית בכלל גבוה יותר מאשר בצפון ובאוכלוסייה הערבית. שיעור הילדים שטופלו במרכז הנייד בצפון ואשר סבלו מקשיים בקשר הזוגי בין הוריהם ומבעיה נפשית/רפואית של אחד מבני הזוג גבוה יותר מאשר בשרון, ככל הנראה משום שבצפון יש מחסור בשירותים קהילתיים אחרים.

הטיפול במרכז

תכנון הטיפול

מודל העבודה של מרכז ילדים-הורים מחייב תכנון של הטיפול במשפחה, כך שיותאם לצרכיה וליעדי הטיפול שנקבעו מראש. בתהליך זה מעורבים המטפלים של המשפחה במחלקה לשירותים חברתיים ולעיתים קרובות גם אנשי מקצוע נוספים משירותים אחרים.

צוות המרכז והצוות במחלקות שותף לאמונה כי השתתפות המשפחה בשלבים של הגדרת יעדי הטיפול והערכת התפקוד של המשפחה חיוניים לשיתוף הפעולה והאחריות שהיא לוקחת על הצלחת הטיפול.

בלוח 12 מופיעים נתונים לגבי מעורבות בני המשפחה השונים בתכנון הטיפול במרכז.

לוח 12: מעורבות בני המשפחה בתכנון הטיפול - תחילת הטיפול (באחוזים)

צפון	שרון	סך הכול	
(25)	(25)	(50)	האם (N)
100	88	94	השתתפה בפגישת תכנון טיפול
0	4	2	הייתה מעורבת, אך לא השתתפה בפגישה
0	8	4	לא הייתה מעורבת
(25)	(25)	(50)	האב (N)
12	*44	28	השתתף בפגישת תכנון טיפול
24	16	20	היה מעורב, אך לא השתתף בפגישה
64	40	52	לא היה מעורב ^א
(25)	(25)	(50)	ילדים (N)
74	*30	52	השתתפו בפגישת תכנון טיפול
17	48	33	היו מעורבים, אך לא השתתפו בפגישה
9	22	15	לא היו מעורבים

^א12 אבות מתוך 26 האבות (8 אבות בשרון ו-4 אבות בצפון), שלא היו מעורבים בתכנון הטיפול, הם אבות שלא גרים בבית והמשפחה נחשבת למשפחה חד הורית.

כפי שניתן לראות, הרוב המכריע של האימהות (96%) השתתפו בתכנון הטיפול ולרוב גם השתתפו בפגישה בנושא זה. שיעור נמוך יותר של אבות השתתפו בתכנון הטיפול (עם או ללא השתתפות בפגישת התכנון): כשני שלישים בשרון (60%) וכשליש בצפון (36%). נתון זה נובע בין השאר מכך שבחלק מהמשפחות האבות אינם גרים בבית, אך רבים מהאבות שלא השתתפו חיים בבית המשפחה.

מרבית הילדים בצפון (91%) ובשרון (78%) היו מעורבים בתכנון הטיפול. בצפון הודגש שיתופם של הילדים בפגישת תכנון הטיפול, ומרביתם – 74% – השתתפו בה ממש, לעומת 30% בלבד בשרון.

במפגשי תכנון הטיפול עולות לפעמים ציפיות מנוגדות של צוות המטפלים ושל המשפחות מן הטיפול במרכז. לדברי אחת העובדות במרכז: "לפעמים יש הבדל בין המטרות שההורים מציגים כיעדים טיפוליים לבין סוגי הטיפול שניתנים במרכז. לפעמים יש הבדל במטרות הרצויות בין ההורים והילדים". לדברי מנהלת אחד המרכזים, במקרים כאלה מנהלת הטיפול עורכת דיון שבסופו מתקבלת הסכמה על היעדים.

משך הזמן מאז כניסתן של המשפחות לטיפול במרכז ועד לגיבוש תכנית תכנון הטיפול

מהדיווח של המטפלות במרכזים עולה כי ביחס ל-56% מהמשפחות בשרון ו-84% מהמשפחות בצפון הזמן שארך מכניסתן לטיפול ועד לגיבוש תכנית הטיפול בעבורן היה חודש או פחות. הזמן הממוצע לגיבוש התכנית בשרון היה 1.6 חודשים והזמן הממוצע בצפון היה 0.9 חודשים.

יעדי הטיפול אצל המשפחות

בתהליך תכנון הטיפול נקבעו יעדי הטיפול הייחודיים לכל אחת מהמשפחות. יעדי הטיפול השונים, שעליהם דיווחו המטפלים קובצו למדדים מסכמים על פי סוגיהם השונים (פירוט בהערות השוליים). פירוט אחוזי המשפחות שלהן הוצבו כל אחד מסוגי היעדים מופיע בלוח 13. כפי שניתן לראות, כל אחד מסוגי היעדים הוצבו ביחס לרוב המשפחות. בעבור רוב המשפחות הוצבו יעדים מסוג של חיזוק הקשר הרגשי בין ההורים לילדים (86%), הכוללים יצירת תקשורת טובה יותר עם הילד, למנוע מהבעיות של ההורים לפגוע בילדים ועוד. למרבית המשפחות הוצבו יעדים גם בתחום חיזוק ההורות (74%) לרבות הצבת גבולות לילדים, טיפול בילד וטיפוחו.

בצפון, לעומת השרון, הוצבו בעבור שיעור גבוה יותר של משפחות יעדים מסוג של חיזוק רגשי של הילדים בנפרד (88% לעומת 56% בהתאמה) וחיזוק רגשי של ההורים בנפרד (80% לעומת 56% בהתאמה). יתכן שגם נתון זה מתקשר למחסור בשירותים טיפוליים אחרים בצפון, ולעובדה שהטיפול במרכז משמש הזדמנות לטיפול גם בבעיות שאינן קשורות רק ליחסים בין ההורים לילדים.

לוח 13: יעדי הטיפול העיקריים במשפחה: מדדים מסכמים (באחוזים)

צפון	שרון	סך הכול	(N)
(25)	(25)	(50)	
92	80	86	חיזוק קשר רגשי בין ההורים לילדים ¹
76	72	74	חיזוק ההורות ²
88	**56	72	חיזוק רגשי של הילדים ³
80	*56	68	חיזוק רגשי של ההורים ⁴

* P<0.05 ** P<0.01

- ¹ התקשורת בין ההורים לילדים תהיה טובה יותר, התאמת הדרישות של ההורים ליכולת הילדים, יחס שווה של ההורים כלפי הילדים, ההורים יהיו פחות ביקורתיים כלפי הילדים, למנוע מהבעיות בין ההורים לפגוע בילדים, ההורים יקדישו יותר זמן ותשומת לב לילדים.
- ² ההורים יחליטו על כללים בבית ויאכפו אותם, הילד יכבד את החלטות ההורים, לפתח עצמאות של ההורים ויכולת להציב גבולות, פיתוח מיומנויות חברתיות בתוך המשפחה, ההורים ישפרו את הטיפול היום יומי בילד, המשפחה תתנהל על פי סדר יום, ההורים יתנו יותר חופש לילדים.
- ³ הילד ילמד דרכים לביטוי עצמי יעיל ולא אלים, הילד יחוש בטוח יותר בעצמו, הילד יעבור תהליך של עיבוד אבל או טראומה, היחסים בין האחים ישתפרו.
- ⁴ עיבוד פגיעות של ההורים כדי לעזור ביחס שלהם לילדים, ההורים ילמדו דרכים לביטוי עצמי יעיל ולא אלים.

התשומות הטיפוליות

המרכז הנייד לילדים ולהורים, כמו המרכז במודל הבסיס, מציע מגוון סוגי טיפול למשפחות וילדים: טיפולים פרטניים, דיאדיים (הורה-ילד), משפחתיים וקבוצתיים וכן טיפול במגוון כלים כגון מטבח טיפולי, גינון טיפולי, טיפול ביצירה ובהבעה ועוד (שרון, 2003). לא אחת יש פער בין המודל המתוכנן למודל בפועל: בחלק מן המרכזים במודל הבסיס ניתנו טיפולים מגוונים, ובחלקם רק טיפול בשיחות ובכלי יצירתי נוסף אחד (ריבקין ואחרים, 2009, נתונים מ-2005). מהערכת המודל של המרכז הנייד בשרון ובצפון עלו סוגיות מורכבות בנוגע לגיוון המוצע ולדרכי היישום של ההפעלה. בשני המרכזים הניידים מתקיימים טיפולים פרטניים ודיאדיים באמצעות הצוות הקבוע של המרכז. כמו-כן, אימות הבית והמדריך החברתי בשרון הם משאב טיפולי נוסף. אולם, השוני בין שני המרכזים הניידים בפריסה הגיאוגרפית ובזמינות אנשי מקצוע נוספים הוביל להתמודדות שונה של כל אחד מהם עם הצורך לספק מגוון טיפולים והתערבויות.

מממצאי המחקר עולה כי הרוב המכריע של משפחות טופלו באמצעות שיחות עם בני המשפחה (96%). 59% מהמשפחות קיבלו התערבות מצדה של אם הבית.

טיפול קבוצתי

הצוות המוביל את התכנית בשירות לילד ולנוער, באשלים ובמוסד לביטוח לאומי, תומך בשילוב של עבודה קבוצתית בטיפול הניתן למשפחות. העבודה הקבוצתית עשויה לשרת נוסף למשפחות המטופלות במרכז גם משפחות הנמצאות בהמתנה לטיפול ומשפחות שסיימו טיפול במרכז, ובכך להבטיח להן המשך תמיכה. הטיפול הקבוצתי בכל מרכז מותאם להרכב המשפחות המטופלות בו, לצורכיהן הייחודיים ולסוגי הטיפול הניתנים במרכז. במרכזים הניידים הפעלת הקבוצות לוותה בקשיים בגלל הפיזור הגיאוגרפי בין היישובים.

המרכז בצפון – במרכז בצפון, המספק שירותים ליישובים הנמצאים בפריסה גיאוגרפית רחבה, לא ניתן היה מלכתחילה לקיים קבוצות טיפוליות אזוריות. הציפייה על כן הייתה כי הקבוצות תורכבנה ממשתתפים מיישובים סמוכים או לחלופין ממשפחות נוספות ביישוב המטופלות במחלקת הרווחה, כפי שמקובל במרכזים במודל הבסיס. ואכן, כדי להפעיל קבוצות ביישובים קטנים יזמה מנהלת המרכז שיתוף פעולה עם המחלקות, כך שלקבוצה מופנות משפחות להן יש פוטנציאל להשתלב בעתיד בטיפול במרכז הנייד. המחשבה מראש הייתה לאפשר למשפחות היכרות עם המרכז ועם צוות המטפלים בו, ובכך לעודד אותן בעתיד לצרוך את השירות. במהלך הפעילות הקבוצתית שיתפו מנחי הקבוצה את המשתתפים באפשרויות הטיפול במרכז וחלק מהמשפחות בחרו ונבחרו להמשיך התערבות וטיפול בו. בעקבות יוזמה זו הופעלו קבוצות בעין מאהל, בפאופב אבו אל היג'א ובכפר מנדה. בקרב 67% מהמשפחות שטופלו במרכז הנייד בצפון לפחות אחד מבני המשפחה השתתף בטיפול קבוצתי.

המנהלת של המרכז בצפון דיווחה שהתקיימו בצפון 22 קבוצות, בהן:

- קבוצות הדרכה לאימהות בנושאי הורות
- קבוצת אימהות וילדים, שעבדה בחלקה במשותף ובחלקה בנפרד לאימהות וילדים
- קבוצת זוגות, שבה דיברו על ההשפעות של ההורות על הזוגיות ושל הזוגיות על ההורות
- קבוצת אבות בהנחיה משותפת של מנהלת המרכז ושל עובד סוציאלי

מנהלת המחלקה לשירותים חברתיים באחד היישובים הביעה את דעתה על יוזמה זו "גם אנחנו מנסים להקים קבוצות דרך תקציב עם הפנים לקהילה", אך היישוב קטן והמועצה ענייה ואין שום דרך להבטיח את התקציב. טוב שיש את השירות של המרכז. באמצעותו אפשר להפעיל קבוצה". מכאן, אנו למדים כי המחסור בטיפולים קבוצתיים אחרים ביישוב מעודד את היווצרות הקבוצה כחלק מהשירות של המרכז בשיתוף עם מחלקת הרווחה.

המרכז בשרון – לעומת המרכז הנייד בצפון, במרכז בשרון צוין קושי בהפעלת קבוצות טיפוליות. עם הקמתו של המרכז ניסו להפעיל בו 3 קבוצות טיפוליות מקומיות: קבוצת נערות בגיל 12-15 ביישוב קדימה, שמטרתה הייתה פיתוח מיומנויות חברתיות, וקבוצת אימהות בתל-מונד ובכפר יונה להעצמתן בהורות. ניסיונות נוספים להקים קבוצות נתקלו בקושי, ובהמשך, כפי שנמסר בשלב איסוף הנתונים למחקר ומצוין בלוח 14, לא הופעלו קבוצות טיפוליות. לדברי מנהלת המרכז, הדבר נובע מכך שקשה לגייס אנשים רבים בעלי צורך משותף, אשר מטופלים במרכז הנייד ביישוב מסוים וכן קשה לארגן קבוצה שמשותפתיה הם מכל יישובי המרכז, בגלל הצורך בהסעות.

פעילויות חווייתיות נוספות

נוסף לרכיבים הטיפוליים, קיימו שני המרכזים אירועים מיוחדים. המטפלים דיווחו כי רוב המשפחות (74%) השתתפו באירועים אלו. האירועים כללו פעילות חווייתית לילדים ולהורים,

טיולים, הצגות ומסיבות סביב חגים. אחת האימהות ציינה: "בשנה שעברה ארגנו לנו טיול, הילדים מאוד נהנו, השנה עשו לנו מסיבה גדולה וגם הפעם הילדים מאוד נהנו".

מעורבות אבות בטיפול

לפי תפיסת המרכזים חשובה מעורבותם הן של האבות והן של האימהות בטיפול לצורך שיפור ביחסים במשפחה ובמצבם הרגשי והתפקודי של הילדים. מממצאי המחקר עולה כי האבות היו פחות מעורבים. עוד עולה, כי שיעור גבוה יותר של אבות היו מעורבים בטיפול במרכז בשרון בהשוואה לצפון, הן בתכנון הטיפול (50% לעומת 36% בהתאמה) והן בהגעה סדירה לטיפול (64% לעומת 17% בהתאמה). שיעור האבות שהגיעו באופן סדיר לטיפול במרכז בשרון דומה לאחוזם במרכזים במודל הבסיס, שהיה 69% (ריבקין, 2009). מן הראיונות הפתוחים עולה כי שיעור נמוך יותר של אבות משתתפים בטיפול במרכז הנייד בצפון הן משום שרבים מהם עובדים עד שעות מאוחרות מדי יום, במרוחק ממקום מגוריהם או משום שהתביישו שיראו אותם בטיפול במרכז או משום שאינם מעוניינים בכך.

אחת האימהות שמשפחתה טופלה במרכז הנייד בצפון ציינה שבעלה לא היה מעוניין להשתתף בתהליך הטיפולי במרכז: "יש לי שלוש בנות ובן אחד, היינו הולכים כולנו למרכז, רק בעלי לא רצה ללכת אתנו, אפילו בהתחלה היה צוחק ממני והרבה פעמים אמר לי שמחלקת הרווחה מקלקלת את הנשים ומעודדת אותן לא לכבד ולשמוע לבעליהן. בהתחלה היינו הולכים למפגשים בלי שבעלי יידע ואם היה שואל אותי איפה הייתי, כל פעם הייתי ממציאה תירוץ: פעם 'הלכתי לבקר את אימא' ופעם 'את אחותי', אבל אחרי כמה מפגשים אמרתי לו וביקשתי ממנו ללוות אותנו אבל הוא לא הסכים".

מכיוון שהיו אבות שלא יכלו או שלא היו מעוניינים להיות מעורבים בתהליך הטיפולי במרכז בצפון, חלק ממטפלי המרכז אפשרו למשפחות להמשיך את הטיפול רק עם האימהות או שמספר המפגשים עם המשפחות בביתן גדל. לדברי מנהלת המרכז הנייד בצפון: "בתחילת הדרך בעבודה עם המשפחות היה לי חשוב ששני ההורים ישתתפו במפגשים ומאוד הקפדתי שהפגישות תתנהלנה עם שני ההורים. אחרי תקופה ראיתי כמה זה קשה. הרבה פעמים האבות בעבודה ולא יכולים להגיע ואז האימא, שעסוקה עם ילדים נוספים, שאינם מטופלים במרכז, לא יכולה להגיע. לכן התחלתי להיות יותר גמישה עם הבקשה הזאת".

היו מטפלים במרכז הנייד בצפון, שאמרו שהם מרגישים כי הם מצליחים לטפל באבות גם באמצעות האימהות, אשר מוסרות את המסרים לבעליהן. למשל, לדברי אחד המטפלים במרכז הנייד בצפון: "לפעמים האם מדווחת לאב על העשייה שלנו במרכז ודרך הקשר ביניהם אנו מנסים להשלים את החלק החסר בטיפול אשר נובע מהיעדרותו של האב". לדברי מנהלת המרכז, בעין מאהל, ארגנה קבוצת אבות כדי לשתף אותם יותר בטיפול.

השלמת הטיפול במרכז בשירותים טיפוליים נוספים

אחד מעקרונות העבודה של מרכזי ילדים-הורים הוא תיאום ואיגום משאבים עם שירותים אחרים ביישוב כדי לשפר את הטיפול במשפחות. המצב הרצוי הוא שמשפחה שמטופלת במרכז תקבל מענים נוספים שהיא זקוקה להם משירותים אחרים (כגון: מועדונית, סיוע לילד במסגרת בית הספר ועוד). בשני המרכזים הניידים, הצוות המטפל במשפחה במחלקת הרווחה דן בצרכים שלה, ומחליט, בהתאם להיצע השירותים הקיים ולמצבה, אילו שירותים נוספים להציע לה בנוסף לטיפול במרכז. בלוח 14 מופיע שיעור הילדים שהופנו על ידי המחלקה, במהלך הטיפול במרכז, לשירותים נוספים בקהילה, ואחוז הילדים שקיבלו שירותים שונים, על פי דיווח המטפלים במרכז.

לוח 14: האם הילד קיבל, במהלך הטיפול במרכז, שירותים נוספים מחוץ למרכז? (באחוזים מכלל הילדים)

צפון	שרון	סך הכול	
(68)	(31)	(99)	¹ (N)
82	**52	73	לא קיבל שירותים נוספים
18	48	27	קיבל שירותים נוספים
			-השירותים שקיבלו הילדים
1	**23	8	אבחון פסיכולוגי
0	*13	4	נירולוג
3	6	4	מועדונית
1	6	3	אבחון דיסקטי
1	3	2	התפתחות הילד
1	0	1	שיחות עם יועצת / פסיכולוג ביה"ס
3	3	3	אחר
6	0	4	אין פירוט

* P<0.05 ** P<0.01
¹ לגבי ילד אחד בשרון אין מידע.

כמחצית מהילדים שטופלו במרכז בשרון (48%) וכחמישית מן הילדים שטופלו בצפון הופנו במהלך הטיפול לשירותים מחוץ למרכז. הסיבה לאחוז הגבוה יותר של הפניה לשירותים נוספים בקהילה בשרון הוא היצע השירותים הרחב יותר באזור, לעומת הצפון, שבו, בחלק מהיישובים המרכז הנייד מהווה את השירות הנגיש היחיד עבור המשפחות. השירותים המרכזיים אליהם הופנו הילדים בשרון הם שירותי אבחון פסיכולוגי או נירולוגי.

תוצאות הטיפול הניתן במרכז/השינויים במצב הילדים וההורים שטופלו במרכז תוצאות הטיפול בילדים

תוצאות הטיפול בילדים נבחנו על פי שישה סוגי בעיות: בעיות רגשיות, בעיות חברתיות, בעיות התנהגות אנטי-חברתית, חוסר התעניינות הילד בסביבתו, דימוי עצמי וביטויים פסיכו-סומטיים.

המדדים לבחינת מצבים אלה מבוססים על שאלון אכנבך לילדים שאותו מילאו המטפלים בעת ההפניה ובסוף הטיפול, והם מפורטים בנספח ג'. הנתונים מתייחסים ל-99 ילדים שעליהם דיווחו מטפלים הן בתחילת הטיפול והן בסיומו. חשוב לסייג ולומר שבהעדר קבוצת ביקורת לא ניתן בוודאות לייחס את השינויים לטיפול במרכז.

כפי שניתן לראות בלוח 15, על פי דיווח המטפלים, בסיום הטיפול, בכל התחומים הייתה ירידה מובהקת בשיעור הילדים שסבלו מבעיות שונות לעומת תחילת הטיפול. שיעור הילדים עם סימנים לבעיות רגשיות ירד מ-78% בעת ההפניה ל-52% בסוף הטיפול; שיעור הילדים עם בעיות חברתיות ירד מ-63% בעת ההפניה ל-36% בסוף הטיפול; שיעור הילדים שהפגינו התנהגות אנטי חברתית ירד מ-62% בעת ההפניה ל-32% בסוף הטיפול; שיעור הילדים שהפגינו חוסר התעניינות בסביבה ירד מ-49% בתחילת הטיפול ל-25% בסוף הטיפול. גם אחוז הילדים שהיו להם בעיות חמורות ירד מאוד. הממצאים בנוגע לתוצאות הטיפול בצפון מובהקים מבחינת כל המדדים, והממצאים בשרון מובהקים רק בנוגע לחלק מן המדדים.

לוח 15: הבעיות העיקריות של הילדים המטופלים – בהתחלת הטיפול ובסופו (באחוזים מהילדים)

צפון	בהתחלה	שרון		סך הכול		
		בסוף	בהתחלה	בסוף	בהתחלה	
(68)	(68)	(31)	(31)	(99)	(99)	(N)
46	**75	63	*84	52	**78	סימני בעיות רגשיות אצל הילד
6	**36	28	25	13	**32	מזה חמורות (+3 ביטויים)
39	**67	31	^ 53	36	**63	בעיות חברתיות
8	**20	7	15	7	**18	הילד נדבק למבוגרים (לא נכלל במדד)
30	**64	38	^ 56	32	**62	בעיות התנהגות שלילית (אנטי-חברתית)
16	**49	44	47	25	**49	חוסר התעניינות הילד בסביבתו/ בחיי יום-יום
8	**25	25	34	13	**28	דימוי עצמי נמוך של הילד
5	**22	9	16	6	**20	ביטויים פסיכו-סומטיים

* P<0.05 ** P<0.01

^ קרוב למובהקות (P<0.10). (מובהקות בין התחלה לסוף הטיפול בסך הכול ובתוך כל מרכז – על סמך מבחן Wilcoxon).

נוסף לכך, נשאלו המטפלים האם להערכתם חלה התקדמות אצל הילדים בתחום הרגשי, בתחום ההתנהגותי, בתחום החברתי, בתחום הלימודי, ביחסים בין ההורים וביחסים בין האחים במהלך תקופת הטיפול במרכז. דיווחים אלה אינם מבוססים על דיווח מפורט על ההתנהגויות של הילד אלא על הערכה כוללת של איש המקצוע. מלוח 16 ניתן לראות, שלפי הערכת המטפלים חלה התקדמות בכל התחומים הנ"ל, המטפלים סבורים שאצל מרבית הילדים חלה "התקדמות" או "התקדמות רבה" בתחום הרגשי (87%), בתחום ההתנהגותי (82%) ובתחום החברתי (81%). אצל כשלושת

רבעים מהילדים חלה 'התקדמות' או 'התקדמות רבה' ביחסים בין האחים וביחסים עם ההורים. לגבי 38% מהילדים דווח ש"חלה התקדמות" או "התקדמות רבה" בתחום הלימודי.

לוח 16: האם חלה התקדמות אצל הילדים בתחומים הבאים מתחילת הטיפול, לפי הערכת המטפלים (באחוזים מהילדים)

צפון	שרון	סך הכול	
(68)	(31)	(99)	¹ (N)
בתחום הרגשי			
90	80	87	חלה התקדמות/התקדמות רבה
10	20	13	חלה התקדמות מועטה/לא חל שינוי
בתחום ההתנהגותי			
81	84	82	חלה התקדמות/ התקדמות רבה
19	10	16	חלה התקדמות מועטה/לא חל שינוי
0	3	1	חלה הרעה
בתחום החברתי			
79	83	81	חלה התקדמות/התקדמות רבה
18	11	15	חלה התקדמות מועטה/לא חל שינוי
ביחסים עם ההורים			
75	70	74	חלה התקדמות/התקדמות רבה
23	27	24	חלה התקדמות מועטה/לא חל שינוי
0	3	1	חלה הרעה
ביחסים עם האחים			
81	**60	75	חלה התקדמות/התקדמות רבה
19	27	21	חלה התקדמות מועטה/לא חל שינוי
בתחום הלימודי			
37	41	38	חלה התקדמות/התקדמות רבה
44	25	38	חלה התקדמות מועטה/לא חל שינוי
0	3	1	חלה הרעה
13	24	17	לא הייתה בעיה
6	7	6	לא יכול להעריך

¹ לגבי שני ילדים בשרון אין מידע. ** P<0.01

המטפלים נשאלו גם על הישגי הילדים בלימודים, הן בעת ההפניה והן בסוף הטיפול. מהנתונים המופיעים בלוח 17 עולה, שאחוז הילדים שהישגיהם "מתאימים" לרמה המקובלת בכיתה או "גבוהים" עלה מ-52% בעת ההפניה ל-74% בסוף הטיפול. בצפון דווח על עלייה משמעותית יותר של

29 נקודות אחוז, לעומת השרון; שם העלייה הייתה של 9 נקודות אחוז. לדברי מנהלת המרכז הנייד בצפון העלייה המשמעותית ברמת הישגיהם של הילדים בלימודים במרכז הנייד בצפון נובעת, ככל הנראה, מן מהדרכתן של אימות הבית להורים בנושא קידום ילדיהם בלימודים.

לוח 17: הישגים בלימודים של הילדים המטופלים – בהתחלת הטיפול ובסופו (רק בקרב ילדים שלמדו בבית הספר בשני המועדים, באחוזים)

צפון		שרון		סך הכול		(N)
בסוף	בהתחלה	בסוף	בהתחלה	בסוף	בהתחלה	
(42)	(42)	(22)	(22)	(64)	^(64)	
79	*50	64	55	74	*52	בהתאם/גבוהים מהרמה המקובלת בכיתה
21	50	36	45	26	44	נמוכים/נמוכים בהרבה מהרמה המקובלת בכיתה

^ההתייחסות היא למספר הילדים שמבקרים בביה"ס * P<0.01 (מובהקות הפער בין התחלה לסוף הטיפול בסך הכול ובתוך כל מרכז – על סמך מבחן Wilcoxon).

תוצאות הטיפול בנוגע ליחסי ילדים-הורים ולטיפול ההורי

התוצאות ביחס ההורים נבחנו על פי חמישה תחומי בעיות: ליקויים בטיפול יום יומי, קשיים בקשר של ההורים עם מסגרת החינוך, קשיים בקשר הרגשי בין ההורים לילד, קשיים בהקפדת ההורים על כללי התנהגות של הילד והתעללות רגשית של ההורים בילד. המדדים לבחינת מעורבות הורים בטיפול בחינוך הילדים מפורטים בנספח ב'.

מלוח 18 ניתן לראות, שחלה ירידה משמעותית ומובהקת בבעיות הטיפול של ההורים בילדים בשלושה תחומים בהשוואה בין תחילת הטיפול לסופו. אחוז הילדים שהוריהם אופיינו בקשיים רגשיים עמם ירד מ-86% בעת ההפניה ל-51% בסוף הטיפול; אחוז הילדים שהוריהם התקשו להקפיד על כללי ההתנהגות ירד מ-78% ל-47%.

לוח 18. תחומי בעיות ההורים בטיפול ובחינוך הילדים (מדדים מסכמים) בהתחלה ובסוף הטיפול (באחוזים מהילדים)

צפון	שרון		סך הכול		(N)
	בהתחלה	בסוף	בהתחלה	בסוף	
(67)	(67)	(32)	(32)	(99)	(99)
51	**93	50	*72	51	**86
13	**67	25	*56	17	**64
43	**78	53	*78	47	**78
27	**63	22	*44	25	**57
22	34	28	38	24	*35
9	^ 21	22	16	13	19

* P<0.05 ** P<0.01 P קרוב למובהקות (P<0.10) (מובהקות הפער בין התחלה לסוף הטיפול בסך הכול ובתוך כל מרכז – על סמך מבחן Wilcoxon).

משוב על תוצאות הטיפול הניתן במרכז

הן מנהלי המחלקות, המפקחות של משרד שירותי הרווחה והעובדים הסוציאליים במחלקות לשירותים חברתיים, והן עובדי המרכז התרשמו כי הטיפול במרכזי ילדים-הורים מסייע למשפחות ומועיל להן. לדברי אחת המטפלות במרכז: "אנו מרגישות שהעשייה שלנו מאוד מבורכת, המשפחות מפיקות תועלת מהמפגשים ומתקדמות. כל הזמן יש התקדמות אף פעם לא הרגשנו שאנו תקועים במקום כלשהו."

גם ההורים המרואיינים שטופלו במרכזים הניידים בצפון ובשרון דיווחו כי הטיפול הועיל להם במישורים שונים. היו הורים שדיווחו כי הטיפול במרכז הועיל להם לשיפור בתפקוד ההורי. למשל, לדברי אחת האימהות שטופלו בצפון: "אני זוכרת שבמהלך הטיפול האישי, המטפלת שלי כ"כ ניסתה לשכנע אותי לא לתת מכות לילדים שלי, הייתי מכה אותם כאשר הייתי מרגישה שאני לא יכולה לשלוט על המצב. מנהלת המרכז תמיד עודדה אותי ליצור שיחה עם הילדים שלי במקום לתת מכות, היא הציעה לי כאשר אני מתעצבנת על הילדים לצאת לכמה דקות מהבית. לאטלאט זה התחיל לעזור לי והתחלתי להימנע ממתן מכות לילדים."

הורים אחרים דיווחו שהטיפול שבהם תרם לשיפור הקשר שלהם עם ילדיהם. למשל, אמרה אחת האימהות שטופלה במרכז בצפון: "הילדים שלי היו שקטים יותר מדי, לא מדברים על הרגשות והדאגות שלהם, אפילו הבן שלי היה מעדיף כל הזמן להיות לבד בחדר שלו ולא מדבר עם אף אחד, אין לו חברים ולא תחביבים. אבל היום הם התחילו לספר לי על כל מה שמפריע להם. אני אוהבת

את ההליכה בחוץ, אני הולכת בחוץ לפחות פעמיים בשבוע, כל פעם אני מזמינה את אחד הילדים שלי ללכת אתי והם מתחילים לספר לי כל מה שמפריע להם."

היו אימהות שדיווחו על העצמה כתוצאה מהטיפול במרכז ושיפור בדימוי העצמי. לדברי אחת האימהות שטופלה במרכז בשרון:

"זה חיזק אותי באופן אישי, היו ימים שהייתי באה אל המרכז עמוסה כי הייתי מגיעה למצב שלא יודעת איך להתמודד. אחרי שיחה ודיונים יצאתי משם מחוזקת, הבכי נבע מהקלה כי בן אדם מזהה אותך, מבין אותך, אתה לא לבד בקטע ההורי, זה לא קל ובמיוחד שאני לבד והחיכוכים בין הילדים ואחרי שהייתי שם שוב היה משהו שמניף אותי, מציף אותי וכל הזמן זוכרת מה נאמר לי, ומתחזקת".

לדברי אחת האימהות שטופלה במרכז בצפון:

"לפני הטיפול הייתי בן אדם חלש, היא עבדה איתי המון על האישיות שלי עד שהעצימה אותי דרך העצות שלה לגבי צורת היחס עם הילדים ועם בעלי, לגבי ההתנהגות שלי בבית והתפקוד שלי כאימא. עכשיו אני מרגישה שאני יותר חזקה, התחלתי לעבוד בניקיון. החיים שלי מאוד השתנו לטובה, עכשיו אני מרגישה בסיפוק עצמי בהיותי אימא ואישה."

אחת האימהות מכפר מנדה סיפרה כי ההעצמה האישית שקיבלה במרכז גם השפיעה לטובה על הזוגיות שלה עם בעלה:

"קיבלתי במרכז תמיכה ועידוד לעמוד על הזכויות שלי שבעלי לא יכה אותי ויטיח אותי בכבוד. עודדו אותי לדבר עם בעלי באומץ לב, ולא לשמור הכול בלב. אחרי כמה מפגשים התחלתי להרגיש את השינוי, הצלחתי לעמוד על שלי, לבקש ולקבל יחס יותר טוב מבעלי, והתחלתי להרגיש את הטעם היפה של החיים."

אימהות שרואיינו מהצפון אמרו כי הטיפול במרכז סייע להם בכך שהן פחות מושפעות/חוששות ממה ששכניהם יחשבו עליהן מבחינת תחזוקת משק הבית. לדברי אחת האימהות:

"אני זוכרת שהייתי מאוד חושבת על מה שהשכנות יגידו ויחשבו עלי בתור אישה ועקרת בית, בשבילי, לדבר עלי בצורה טובה היה יותר חשוב מהילדים שלי וזה היה מעמיס עלי ומכריח אותי להשקיע בניקיון הבית ובהכנת האוכל יותר מהשקעה בילדים שלי, עד כדי כמעט שאני אבדתי אותם. מאז שנכנסנו למרכז הכול השתנה, התחלתי לדאוג רק לילדים שלי ולא אכפת לי מה האחרים יגידו עלי, אני מרגישה עכשיו שאני יותר חזקה מקודם, העיקר, זה הבית והילדים שלי."

מספר אימהות שטופלו במרכז בשרון אמרו כי הטיפול סייע להן לרתום את האבות למעורבות בגידול ובחינוך ילדיהם. לדברי אחת האימהות:

"בעלי הבין שצריך יותר להיות מעורב בענייני ילדים לא רק לקנות להם, אלא לתת תשומת לב. באתי לכאן בין היתר גם בגלל לחצים עם בן זוג, כדי שיראה מה אני עוברת

ושיעזרו לי לרתום אותו למעגל המשפחתי. הוא כעס כשאמרו לו שצריך גם להקדיש ולתת מעצמו. לאט-לאט קיבל את זה וקלט את זה ולאט-לאט זה עזר. קיבל כל מיני טיפים לגבי הגישה שלו לילדים, שאסור לשבור את המילה שלי, לא לריב ולהתווכח ליד הילדים; דברים חשובים שהוא מיישם היום."

חלק מההורים דיווחו כי הטיפול במרכז סייע לחיזוק שיתוף הפעולה בין ההורים באופן כזה שתתכן לשיפור בהתנהגות הילדים. לדברי אחת האימהות:

"לבן שלי היו בעיות רגשיות. כשהבן שלי ראה שיש שיתוף פעולה בינינו, ההורים, שאנחנו יחד והוא לא יכול לתמרן בינינו, כשיש לי גיבוי מאביו אז הוא פחות מתחכך, יש התפרצויות אבל פחות ממה שהיה, אבא שלו היום יותר משתף פעולה איתי, יודע לתמוך ולראות את הצד החינכי, כיף לי יותר כי נכנס לתפקיד האבא, שלא היה בו, זה עשה לו משהו טוב."

סיום הטיפול והמשך תכנון טיפול

על פי מודל השירות, משך הטיפול במשפחה במרכז אמור להיות שנה, עם אפשרות להארכה לשנה וחצי. מנתוני המחקר עולה כי אורך הטיפול הממוצע במרכזים הניידים היה 13.7 חודשים. אצל כשני שלישים מהמשפחות (65%) ארכה תקופת הטיפול בין שנה לשנה וחצי. אחוז מזערי מאוד של משפחות בשרון (5%) ואף לא אחת מן המשפחות בצפון המשיכו את הטיפול מעל שנה וחצי; זאת לעומת 40% מהמשפחות במודל הבסיס שטופלו יותר משנה וחצי (ריבקין, 2009). כיוון שהמידע על מרכזי ילדים-הורים במודל הבסיס נאסף סמוך לתחילת הפעלתם ועד 2005, ייתכן כי ניתן ללמוד מכך על שיפור כללי ביישום מודל מרכזי ילדים-הורים.

לוח 19: אורך הטיפול במרכז (באחוזים מהמשפחות)

צפון	שרון	סך הכול	
(25)	(19)	(44)	(N)
21	*47	33	11-6 חודשים
79	47	65	18-12 חודשים
0	5	2	24-19 חודשים
14.4	12.7	13.7	אורך הטיפול הממוצע (חודשים)

* P<0.05

אין המשכיות לטיפול במשפחה עם סיום הטיפול במרכז

בשני המרכזים הניידים דווח על חסך בשירותים שאליהם ניתן להפנות משפחות הזקוקות להמשך טיפול או למעקב עם סיום הטיפול במרכז. מחלקות הרווחה מדווחות על עומס עבודה וקושי להפעיל תכנית המשך. היו הורים שדיווחו על קושי שלהם ושל ילדיהם עקב ההתנתקות מהמרכז, שלא הייתה הדרגתית ולא כללה הפנייה לגורם טיפולי אחר.

הן ההורים והן המטפלים בשני המרכזים ציינו כי משך הזמן הקצר של הטיפול והעובדה שלא הייתה לו המשכיות, עשויים לגרום לכך שתוצאות הטיפול לא תשמרנה לאורך זמן. למשל, לדברי מטפלת במרכז בשרון: "המשפחות יוצאות קצת אחרת ללא שינויים מרחיקי לכת, אפשר לומר שאנחנו עוד תחנה טובה בדרך, אבל הבעיות לא נפתרות בתוך שנה. זה לא פשוט להוביל לשינויים כשהמשפחות במלחמה קיומית". לדברי מנהלת מחלקה לשירותים חברתיים: "למשפחות מורכבות ורב בעייתיות קשה להתאושש במסגרת הטיפול במרכז, אבל לעתים מיקוד הטיפול בהן במחלקה, אחרי שטופלו במרכז, משתנה". לדברי אחת האימהות, שרואינה כשנה לאחר סיום הטיפול במרכז: "בתקופת הטיפול הקשר של האבא והילדים התחזק. באותה תקופה הוא שיחק עם הילדים היה איתם יותר. אחרי סיום הטיפול, הקשר הלך ודעך. הם רוצים שיבוא לשחק אתם אבל לא".

ממצאי המחקר עולה כי רק 16% מהמשפחות הופנו להמשך טיפול בשירותים שונים בקהילה כגון המחלקה לשירותים חברתיים, המרכז להתפתחות הילד, מתי"א ועוד. אחת האימהות שמשפחתה טופלה במרכז הנייד בשרון, תיארה את הקושי בפרידה ובניתוק מהמרכז ללא מסגרת המשך: "ברגע שנפרדנו נתנו מתנה וזהו. 'שלום'. זה היה נורא. כי בטיפול צריך לאט-לאט. הילדים שאלו כמה זמן אחרי זה 'לא הולכים למרכז...?' אמרו לנו שאנחנו יכולים לבקר אבל לא הלכנו. פשוט נגמר. אם היום לא אגש לעו"ס לדבר אתה, אז לא יהיה שום קשר. לא עם העו"ס שהפנתה, לא עם המרכז, גם לא כדי לדעת מה אתנו ולראות אם המצב השתפר, זה נראה לי קצת בעייתי". ראוי לציין שנושא זה צוין כבעיה גם במחקר על מודל הבסיס (ריבקין ואחרים, 2009, נתונים מ-2005) וגם בהערכות של שירותים נוספים, שבהם יש קושי בסיום של התערבות אינטנסיבית, ללא המשך התערבות, כמו לדוגמה, תוכנית "משפחות" (ריבקין ושמעיה-ידגר, 2010).

סוגיות ייחודיות בהפעלתו של מרכז ילדים-הורים הנייד

מרכיב הניידות

יתרונות הניידות

המרואיינים ציינו כי אחד מיתרונותיו של מודל המרכז הנייד הוא בכך שהוא מאפשר להגיע ליישובים קטנים ומבודדים שבהם שירותים אחרים אינם קיימים. למשל, לדברי מנהלת מחלקת הרווחה במשגב: "במועצה האזורית משגב יש שישה כפרים בדוויים. יכולת תנועת המשפחות כדי להגיע לטיפול במחלקת הרווחה היא כמעט אפסית. הגעת המרכז הנייד למשפחות מאוד חיונית וחשובה. זאת אומרת שרק בזכות הניידות של המרכז מתאפשרת עבודה עם האוכלוסייה הבדווית במועצה האזורית משגב."

קשיים הנובעים מן הניידות

לעומת זאת, היו מטפלים, בעיקר במרכז בצפון, שאמרו כי הם סובלים מאוד מהניידות ומהפיזור הגאוגרפי הגדול בין היישובים. נוסף לכך, אמרו כי הניידות גורעת מתחושת היציבות. לדברי אחת ממטפלות המרכז: "הבעיה היא שאין בית קבוע לצוות. חסרה קביעות ותחושת בית."

כדי להקל את הניידות ולהגביר את תחושת היציבות, הן במרכז בצפון והן במרכז בשרון, צוות המטפלים נחלק לשניים; כך שכל תת-צוות עובד באופן קבוע בשני יישובים בלבד ובימים קבועים. לדברי מנהלת המרכז בצפון: "אני מנסה כמה שיותר למנוע מהצוות שלי להיות נייד כל הזמן בשטח, בכך שהקציתי לכל אחד יישוב או שניים קבועים כדי שיהיו להם פחות נסיעות."

יום עבודה אחד בכל יישוב

לפי מודל מרכז ילדים-הורים הנייד השירות פועל בכל יישוב ביום קבוע אחד, במהלכו מקבלות המשפחות המטופלות טיפולים מסוגים שונים על ידי צוות המטפלים של המרכז. אמנם, כאמור, אימות הבית והמדריך החברתי ממשיכים להיות הכתובת מטעם השירות בימי השבוע האחרים ואף עורכים ביקורי בית בבתי המשפחות, אולם הן ההורים והן המטפלים ציינו שיום אחד בשבוע, שנועד למתן הטיפול העיקרי עלול לא להספיק. זאת מסיבות שונות: היו משפחות שהיו מעוניינות ביותר ממפגש אחד בשבוע והיו מטפלים שאמרו שהם רוצים יותר מיום עבודה אחד ביישוב, בגלל העומס בעבודתם. נוסף לכך, אמרו המטפלים כי רצוי לא להגביל את המשפחות ביום מסוים לטיפול, כי ייתכן שלא תוכלנה להגיע באותו היום באופן מתמשך. ביחס לכך, דווח כי במרכז הנייד בשרון, היו משפחות מיישוב מסוים, אותן העבירו לטיפול ביישוב אחר ליום בו יכלו לצרוך את השירות.

סיבה נוספת, שבגללה דיווחו המטפלים במרכז על הצורך בעבודה ביותר מיום אחד בכל יישוב היא העובדה שלעתים, בשבועות מסוימים, המשפחות לא יכולות להגיע לטיפול בגלל אירועים מיוחדים כגון מסיבות בבית הספר, חגים וכו'. במקרים אלו, לא ניתן לקבוע למשפחות מועד חלופי באותו שבוע. כך הן מפסידות את אחד ממפגשי הטיפול ולאורך השנה עלולות להפסיד מספר מפגשים ללא אפשרות להשלימם. מטפלי המרכז ציינו כי זהו חיסרון במיוחד לנוכח מסגרת הזמן הקצרה יחסית של הטיפול במרכז. נוסף לכך, במיוחד במרכז בצפון, אבות מתקשים להשתתף בימי חול בפעילות

המרכז בגלל שרבים מהם עובדים עד מאוחר ובמרוחק. היו מרואיינים שסברו כי הגבלת הטיפול ליום בשבוע ביישוב גורעת מאיכות הטיפול. לדברי מנהל אחת ממחלקות הרווחה בצפון: "מתן השירות רק פעם בשבוע גורם לפספוס המטרה המרכזית של איכות השירות שהמרכז מספק".

כדי להתגבר על קשיים אלו, פועל המרכז בימי שבת בפאופב אבו אלהיג'א. נוסף לכך, פועל המרכז הנייד בביר אלמפסור מזה כשלוש שנים והחל מ-2010 עובד המרכז בימי שישי בעין מאהל. לדברי מנהלת המרכז הנייד בצפון: "הוספת יום השישי לטיפול במשפחות מאוד עזרה להן. ביום הזה אין בית ספר וזהו יום מנוחה של ההורים העובדים וזה מאוד עוזר כי אני מרגישה שהמשפחות באות בנחת. הילדים לא באים אחרי יום בבית הספר וההורים לא נמצאים במצב שהם רוצים להספיק לעבודה, אלא מצפים ליום הזה ובאים מוכנים ולא לחוצים. כך גם האבות יכולים להשתתף במפגשים ובזכות זה ראינו את ההתקדמות עם המשפחות."

עבודה עם ארבע-חמש מחלקות רווחה שונות

כאמור, מרכז ילדים-הורים הנייד, העובד בארבעה-חמישה יישובים שונים מצריך שיתוף פעולה עם ארבע-חמש מחלקות שונות לשירותים חברתיים, לעומת מחלקה אחת במודל הבסיס של מרכז ילדים-הורים. מנהלות המרכזים דיווחו כי למרות העומס הרב יותר בעבודה עם ארבע-חמש מחלקות רווחה שונות יש לכך גם יתרונות. למשל, לדברי מנהלת מרכז ילדים-הורים הנייד בשרון, עבודתה עם ארבע מחלקות רווחה שונות מאפשרת הרחבת שיתופי הפעולה והידוקם באופן שתורם לגיבוש פרויקטים רחבים, כמו פרויקט "מעורבות מרכז-בית הספר", שמתנהל בשרון. נוסף לכך, שיתוף הפעולה בין המחלקות יעיל גם במקרים אחרים, כמו במקרים שבהם ההורים גרושים, וכל אחד מההורים מתגורר ביישוב אחר הנכלל במרכז הנייד. כך שתי מחלקות רווחה שונות יכולות לתת מכסות לטיפול בכל אחד מההורים. לדברי מנהלת המרכז בצפון היתרונות בעבודה עם ארבע-חמש מחלקות רווחה שונות הנה בהעברת פרויקטים מוצלחים מיישוב אחד לשני, כמו למשל מודל קבוצת אימהות וילדים שפעל בעין מאהל והועבר יותר מאוחר גם לדומיידה (דמיידה). יתרון נוסף, רואה מנהלת המרכז בצפון בכך שאינה כפופה למועצה ולמחלקת רווחה זו או אחרת. לדבריה, הפעלת המרכז בעיקר על ידי עמותה מפעילה משפרת את תנאי השירות בהשוואה לשירותים אשר מופעלים על ידי המועצות האזוריות ומחלקות הרווחה באזור.

רשימה ביבליוגרפית

- אבו-עסבה, ח', ריבקין, ד', שריתח, פ' ומרגולין, ת'. (2009). *הערכת מרכז ילדים- הורים בשפרעם*. הביטוח הלאומי (טרם פורסם).
- בן אריה, א', ציונית, י' וקמחי, מ'. (2009). *ילדים בישראל, שנתון סטטיסטי*. המועצה הלאומית לשלום הילד, אשלים והפורום הבין-משרדי לסטטיסטיקה של הילד.
- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. (2008). *הירחון הסטטיסטי לישראל*. מדינת ישראל.
- ריבקין, ד' וסומך, ס'. (2010). *הערכת תכנית "משפחות"*. ירושלים : מאיירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל.
- ריבקין, ד', שמעיה-ידגר, ס', שמש, מ', סבו-לאל, ר' ושורק, י'. (2008). *הערכת מרכזי ילדים- הורים - דוח מסכם*. ירושלים : מאיירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל.
- שרון, ר'. (2003). *מרכז ילדים-הורים*. עיריית ירושלים-אגף הרווחה, לשכת הרווחה האזורית, דרום וארגון ויצ"ו ירושלים.

נספחים

נספח 1 – תיאור היישובים הנכללים במרכזים הניידים בצפון ובשרון⁶

יישובי המרכז הנייד בצפון

כאוכאב אבו-אל-היג'א – היישוב הממוקם בגליל התחתון הוכרז כמועצה מקומית ב-1984. הוא מונה כ-3,000 תושבים, כולם מוסלמים (נכון ל-2009). היישוב מדורג באשכול השלישי בדרוג החברתי-כלכלי. השכר הממוצע לשכירים ביישוב עומד על 3,459 ₪ לחודש. תושבי היישוב צעירים – 45% מתושביו הם בגילי לידה עד 17.

- חינוך- היות והיישוב קטן, פועל בו בית ספר יסודי בלבד. הילדים הגדולים לומדים מחוץ ליישוב ביישובי הסביבה. בשנת 2004 היו ביישוב סך הכול 495 תלמידים.
- רווחה- לשכת הרווחה ביישוב מטפלת ב- 181 ילדים בסיכון ישיר.

עין מאהל – הכפר ממוקם צפונית לנצרת. הוא מונה כ-11 אלף תושבים, כולם מוסלמים (נכון ל-2009). היישוב מדורג באשכול השני בדרוג החברתי-כלכלי. השכר הממוצע לשכירים ביישוב בשנת 2006 עומד על 3,793 ₪ לחודש. בעין מאהל 45.3% מהתושבים הינם גילאי לידה עד 17.

- חינוך- ביישוב פועלים ארבעה בתי ספר שבהם למדו נכון ל-2007/2008 3,256 תלמידים.
- רווחה- מתוך 5,000 ילדי היישוב 24.1% מוכרים לשירותי הרווחה, נכון לשנת 2008. נוסף לכך, 17% מהילדים חיים במשפחות המקבלות הבטחת הכנסה.

ביר אל מכסור – היישוב הנמצא בגליל המערבי בסמוך לעיר שפרעם, הוכרז כמועצה מקומית ב-1990. הוא מונה כ-7,700 תושבים כולם מוסלמים (נכון ל-2009). קבוצה גדולה מביניהם היא בדואית. היישוב מדורג באשכול השני במדרג החברתי-כלכלי של היישובים בארץ. השכר החודשי לשכיר לשנת 2006 עומד על 3,409 ₪. כמחצית מהתושבים (46.2%) הינם ילדים גילאי לידה עד 17.

- חינוך – ביישוב פועלים שלושה בתי ספר. בשנת 2004 למדו ביישוב 2,008 תלמידים.
- רווחה – מתוך 3,400 ילדי ביר אל מכסור 22.6% מוכרים ברווחה נכון לשנת 2008. כמו-כן, 8% מילדי היישוב חיים במשפחות המקבלות הבטחת הכנסה.

סלמה וצומיידה (דמיידה) – יישובים אלו שייכים למועצה אזורית משגב המורכבת מ-29 יישובים יהודיים ו-6 יישובים בדואיים. סלמה הוא היישוב הבדואי הגדול ביותר במועצה, ומתגוררים בו 2,500 תושבים. היישוב צומיידה (דמיידה) הוכר על ידי המדינה בשנת 1995 ומתגוררים בו כ-600 תושבים. היישובים הבדואים שבמועצה מדורגים באשכולות הנמוכים 1 ו-2 מבחינת המצב הכלכלי-חברתי, אולם המועצה האזורית כולה מדורגת באשכול 8.

⁶המידע אודות היישובים ומאפייני המשפחות נאסף מנתוני הלמ"ס, מנתוני משרד הרווחה לצורך הטמעת מסקנות דו"ח ועדת שמיד ומשנתון המועצה לשלום הילד "ילדים בישראל". נוסף לכך, נאסף מידע מאתרי הרשויות והשלטון המקומי.

בהתחלה הוחלט כי מבין יישובי המועצה האזורית משגב יינתן הטיפול לתושבי סלמה. לקראת שנת 2008, לאחר שנראה היה שמוצה הטיפול במשפחות ביישוב זה ומכיוון שהיה רצון להנגיש את השירות גם ליישובים אחרים במועצה האזורית, הוחלט לייעדו לתושבי צומיידה (דמיידה). היישוב צומיידה (דמיידה) נבחר בין היתר גם בגלל מיקומו בין היישובים כאוכב אבו אלהיגיא וביר אלמכסור, אשר תורם לצמצום הפיזור הגאוגרפי.

כפר מנדא – בזמן שנכלל יישוב זה במודל המרכז הנייד בצפון היה זה היישוב הגדול ביותר. הכפר ממוקם בגליל המערבי ומדורג באשכול השני במדרג החברתי-כלכלי. מרבית תושביו מוסלמים. ביישוב חיים כ-15,000 תושבים נכון ל-2009. השכר הממוצע של שכירים בשנת 2006 עמד על 3,032 ₪ לחודש. אוכלוסיית כפר מנדא צעירה יחסית – 56.5% מהתושבים הם גילאי לידה עד 19.

- חינוך – ביישוב פועלים 10 בתי ספר שבהם למדו כ-4,020 ילדים נכון לשנת 2004.
- ילדים בסיכון – שיעור גבוה של ילדים ביישוב מוגדר כילדים בסיכון. כ-7,700 ילדים מוכרים לשירותי הרווחה ביישוב ו-41% מהילדים חיים במשפחה המקבלת גמלה להבטחת הכנסה נכון לשנת 2008.

יישובי המרכז הנייד בשרון

המועצה האזורית לב השרון – המרכז הנייד מבקש לתת מענה ל-18 יישובי המועצה, זאת אף על פי שמלכתחילה הומלץ כי יפנו למרכז משפחות מהיישובים הסמוכים אליו בלבד. המועצה הוקמה בשנת 1984 לאחר איחוד של שתי מועצות – הדר השרון והשרון הצפוני. בתחום השיפוט של המועצה התגוררו בשנת 2007 כ-19,800 תושבים בשלושה יישובים קהילתיים, שני מושבים שיתופיים ו-13 מושבי עובדים. האוכלוסייה במועצה האזורית מעורבת מבחינה דמוגרפית וכלכלית. בסך הכל היא מדורגת באשכול חברתי-כלכלי שמונה. השכר הממוצע לחודש בקרב השכירים לשנת 2006 עומד על 8,409 ₪. במועצה 30.3% מהאוכלוסייה הם ילדים גילאי לידה עד 17.

- חינוך – במועצה האזורית פועלים שבעה בתי ספר – מתוכם 5 יסודיים, חטיבת ביניים אחת וחטיבה עליונה אחת שבהם לומדים כ-3,500 תלמידים, נכון לשנת 2007.
- רווחה – ביישובים אלו מוכרים לשירותי הרווחה 7.3% מילדי המועצה נכון לשנת 2008. 0.5% מהילדים חיים במשפחות המקבלות הבטחת הכנסה.

תל מונד – יישוב זה הוקם ב-1929 והוכרז כמועצה מקומית ב-1954, עם השתלבותם של תושבי המעברות הסמוכות לו. בשנת 2009 מנתה אוכלוסיית תל מונד 10,800 תושבים. היישוב מדורג באשכול השביעי במדרג החברתי-כלכלי. השכר הממוצע לחודש בקרב השכירים לשנת 2006 עומד על 10,149 ₪. בשנת 2007 38% מהתושבים היו ילדים גילאי לידה עד 17.

- חינוך – בתל מונד קיימים ארבעה בתי ספר שבהם לומדים כ-2,200 תלמידים, נכון לשנת 2007.
- רווחה – ביישוב חיים כ-3,700 ילדים, מתוכם 10.9% מוכרים על ידי שירותי הרווחה נכון לשנת 2008. 1.6% מהילדים חיים במשפחות המקבלות הבטחת הכנסה.

כפר יונה – היישוב הוקם בשנת 1933. בשנות החמישים השתלבו ביישוב תושבי המעברה הסמוכה וגדל מספר התושבים. בשנת 2009 התגוררו בכפר יונה כ-17,000 תושבים. בשנת 2007 33.9% מהתושבים היו גילאי לידה עד 17. היישוב מדורג באשכול השישי במדרג החברתי כלכלי. שכר השכירים הממוצע לחודש בשנת 2006 עומד על 6,685 ₪.

- **חינוך** – ביישוב פועלים 7 בתי ספר. בשנת 2007/2008 למדו בו 2,399 תלמידים.
- **רווחה** – בשנת 2008 מתוך 5,117 ילדי היישוב 15.5% מוכרים לשירותי הרווחה. 2.3% מהילדים חיים במשפחות המקבלות הבטחת הכנסה.

קדימה-צורן – מועצה מקומית בשרון, אשר הוקמה בשנת 2003 כאיחוד של שתי מועצות מקומיות. המועצה מנתה בשנת 2009 כ-17,000 תושבים. בשנת 2007 37.8% מתושבי המועצה המקומית היו גילאי לידה עד 17. קיימת שונות בין שני היישובים בהרכב החברתי והכלכלי של תושביהם.

- **צורן** הוא יישוב חדש שהוקם לפני כעשור ומרבית תושביו חילוניים. היישוב מונה כ-6,200 נפש, נכון לשנת 2008, 43.6% הם ילדים גילאי לידה עד 17. לפני איחוד הרשויות דורג היישוב באשכול השביעי. השכר הממוצע לחודש בשנת 2006 הוא 8,740 ₪.

- **קדימה** הוקמה ב 1935 והורחבה על ידי עולי שנות החמישים ושוב בראשית העלייה מחבר העמים בשנות התשעים. היישוב מונה כ-10,000 תושבים, נכון לשנת 2008. השכר החודשי הממוצע של תושביו עומד על 7,245 ₪. היישוב מדורג באשכול השישי.

- **חינוך** – במועצה פועלים 8 בתי ספר. בשנת 2004 היו 2,562 תלמידים.
- **רווחה** – בקרב ילדי צורן 14.2% מוכרים לשירותי הרווחה ו-19.8% מילדי קדימה. כמו-כן, 2.3% מתוך 6,200 ילדי היישובים חיים במשפחות המקבלות הבטחת הכנסה.

נספח 2 – מדדים מסכמים ביחס לאחוז הילדים שסבלו, או שהיה חשד שסבלו,

מסוגים שונים של תפקוד הורי לקוי

קשיים בקשר רגשי בין ההורים (שניהם או אחד מהם) לילד: ההורים והילד אינם עוסקים בפעילות משותפת (משחק, טיול, קניות, ביקור), ההורים אינם מתייחסים ומגיבים בצורה מתאימה לרגשות שמביע הילד, ההורים אינם משוחחים עם הילד על נושאים החשובים לו, ההורים אינם מבטאים גאווה בילד ובהישגיו.

קושי בהקפדת ההורים (שניהם או אחד מהם) על כללי התנהגות של הילד: ההורים אינם מקפידים על כללי התנהגות עקביים, ההורים אינם דואגים לילד לסדר יום קבוע, ההורים אינם משבחים את הילד על התנהגות טובה, ההורים אינם מעירים לילד על התנהגות לא טובה.

ליקויים בטיפול יום-יומי: הילד אינו מקבל מזון מתאים (ארוחות סדירות), הילד אינו לבוש בהתאם לעונה באופן מתמשך וחריג, הילד אינו נראה נקי באופן מתמשך וחריג, הילד אינו מקבל טיפול רפואי בשעת הצורך, הילד אינו נמצא בהשגחה מתאימה לגילו ולצרכיו, הילד נשאר לבדו במשך שעות רבות.

קשיים בקשר ההורים עם מסגרת החינוך: ההורים אינם דואגים שהילד ילך בקביעות, ויגיע בזמן למסגרת חינוכית, ההורים דואגים שהילד ימלא את חובותיו במסגרת זו, ההורים נמצאים בקשר עם המסגרת החינוכית, ההורים מגיעים לפעילויות שונות המתקיימות בבית הספר (אספות הורים, אירועי תרבות, פעילות הורים-ילדים).

נספח 3 – הבעיות העיקריות של הילדים המטופלים (מדדים מסכמים)

סימני בעיות רגשיות אצל הילד: הילד אינו אופטימי, שמח ומרוצה, הילד נוטה לבכות, הילד מבטא חרדות או פחדים מעבר למקובל, הילד מראה שינויים קיצוניים במצב רוחו, הילד שקט או מסויג מדי.

בעיות חברתיות: הילד מתקשה ליצור קשר עם ילדים בני גילו, הילד מתקשה ליצור קשר עם מבוגרים, הילד אינו אהוד בקבוצת בני גילו, אין לילד חבר קרוב.

בעיות התנהגות שלילית (אנטי-חברתית): הילד מבטא התנהגות אלימה, תוקפנית או התפרצויות זעם, הילד נוטה להסתבך במריבות עם ילדים אחרים, הילד מקלל באופן מופרז, הילד גונב, הילד מחבל ברכוש, הילד מסיג גבול' הילד משקר או מרמה.

חוסר התעניינות הילד בסביבתו / בחיי יום-יום: הילד אינו סקרן ביחס לסביבתו, הילד אינו מתרכז בפעילות שבה הוא עוסק, הילד אינו מטפל בעצמו ומטפח את עצמו, הילד אינו דואג לחפציו.

דימוי עצמי נמוך של הילד: הילד מבטא תחושה שאינו שווה, הילד מבטא תחושה שאיש אינו אוהב אותו.

ביטויים פסיכו-סומטיים: הילד סובל מבעיות הרטבה, היד סובל מקשיי שינה והרדמות.

Furthermore, therapists were asked if they thought that the children had made progress in the emotional, behavioral, scholastic and social spheres, and whether there had been improvement in their relations with parents and siblings in the course of CPC treatment. These assessments, too, indicated progress in all the above-mentioned areas.

Improvement in Some Aspects of Parental Functioning

Two measures (at the start and end of treatment) examined four aspects of parental functioning: deficient daily care of children, problems in parental contact with the school framework, emotional problems in the parental relationship with children, discipline problems with the children. The findings show a clear, significant decrease in the problems of deficient daily care of children, in the rate of children whose parents were characterized by emotional difficulties in the child-parent relationship, and in the rate of children whose parents found it difficult to enforce discipline.

strengthening the child-parent relationship and parenting skills. For a higher proportion of families in the north than in the Sharon, the goals focused on strengthening parents and children emotionally though separately. This finding, too, may relate to the shortage of treatment services in the north: treatment at the CPCs presents an opportunity to deal with other problems as well, unrelated to the child-parent relationship.

Input of Treatment

According to the study findings, the treatment provided to the great majority of families was psychotherapy. In addition, the housemother was in contact with a large proportion of the families. Most families received expressive and creative therapy, which, as said, received greater emphasis at the Sharon CPCs, whereas group therapy received greater emphasis in the northern CPCs. Apart from the components of therapy, both centers held special events in which most of the target populations participated. About half the children treated in the Sharon and a fifth of the children treated in the north were referred to external services in the course of their treatment at the CPCs; these figures reflect the broader supply of services in the Sharon region.

The Involvement of Fathers in Treatment

The concept of the mobile CPCs regards the involvement of fathers in treatment as important to improving the emotional situation and functioning of the children. The study findings showed fathers to be less involved than mothers in the planning and course of treatment. They were involved less still in the north than in the Sharon either because many of them worked late hours far from home or because they did not wish to be involved. Over time, the approach to the involvement of fathers became more flexible in the northern CPCs and families were permitted to continue treatment with mothers only. Some therapists at the mobile centers in the north said that they felt that they had succeeded in treating fathers, too, through mothers who passed on the messages they absorbed at the center to the fathers. Moreover, in two localities, the centers began functioning on Fridays to enable fathers to participate.

Difficulties in Ensuring Continuity of Family Therapy after CPC Treatment Ends

For both mobile centers, there was a reported shortage of services for family referral if follow-up or further therapy was necessary after CPC treatment ended. Local social services reported work overloads that made it difficult for them to implement continuing programs. Some parents reported on problems that they and their children had after disengaging from the CPCs; the intervention ended abruptly rather than gradually and there was no referral to another treatment agency. Note that this issue was also raised in the evaluation of the basic model.

Changes in the Condition of the Children and Parents as Reported by Therapists

Improvement in the Children's Condition

Therapists completed questionnaires on the condition of the children at the time of referral to the CPCs and at the end of treatment. The questionnaires contained measures from the Achenbach questionnaire (Child Behavior Check List – CBCL), relating to the following problems: emotional, social, anti-social behavior, lack of interest in the surroundings, self-image and psychosomatic symptoms. A comparison of the condition of the children before and after the intervention, as reported by therapists, shows a clear decrease at both centers in the rate of children suffering from problems in various areas.

Advantages and Disadvantages of the Mobility Component

The advantage of the mobile CPCs was that the service became accessible to small, isolated localities. The disadvantage – as cited by members of the treatment staff, particularly in the north – was that mobility detracted from the staff's sense of stability. To overcome this problem, the treatment staff at both centers was divided into two teams, each team working only at two localities, on two regular days.

The Difficulty of Working only One Day a Week at Each Locality

The families in treatment and the professional staff found it difficult that treatment was offered only on one day a week at each locality. Some families wished to meet more than once a week; some professionals said that the workload at a specific locality demanded more than one day a week. Moreover, some weeks had no treatment days due to holidays or special events. Since there was no option of rescheduling alternative appointments, a family missed their regular meeting and, through the year, this could add up to several missed meetings. To help overcome this problem, an additional day of work – Fridays – was added to two of the northern localities.

Treatment at the Mobile CPCs

Characteristics of Parents and Children Treated at the Mobile CPCs

Most children in the target population of the CPCs were aged 5-12. The average age of children in a family at the start of treatment was higher in the mobile CPC model than in the basic CPC model (Rivkin, 2009, the data are for 2005): 8.7 versus 6.9 respectively. About a third of the families treated were single-parent; their proportion of the total Jewish population treated at the Sharon CPCs was higher than their proportion of the total Arab population treated at northern CPCs; the Sharon proportion was closer to that of the basic model. The average number of children per family was 3.3. The percentage of families with four children and more was higher at the northern CPCs than in the Sharon: 56% versus 16% respectively. About two-thirds of the families treated at the centers had financial problems and these were more severe among the northern CPC population. In about a quarter of the families treated at both centers, at least one of the parents suffered from one of the following: substance abuse, delinquency or prostitution, diagnosed mental illness/disorders or diagnosed retardation. In about half (52%) of the northern families, one parent suffered from a chronic illness versus 16% of the families in the Sharon. The high rate of chronic illness in the north may derive from the lack of other family-support community services. In about two-thirds of the northern families and a third of the Sharon families, the parents reportedly resorted to verbal/emotional violence; in 71% of the families at both centers, relations between the parents were cited as "not so good" or "not good at all." There were no reports of physical violence.

Planning Treatment

The working model of the CPCs calls for planned family treatment and involving the family in the stages of defining the treatment goals to ensure that they participate and show responsibility, if the treatment is to succeed. . The overwhelming majority of mothers, a lower percentage of fathers, and most of the children were involved in planning treatment. The participation of children in planning treatment at the CPCs was given special emphasis in the north. The goals set for most families focused on

was homey, pleasant and warm. According to the therapists, the centers were accessible to the vast majority of the families.

Cooperation with Social Service Departments in the General Provision of Services and Family Casework

During the period that the mobile CPCs were being set up, there was some awkwardness in the collaboration of CPC and social-service staff. This situation also improved in time due to, among other things, confidence-building measures adopted by the directors of the two services. SSD staff was included in CPC casework as part of their normal working hours, as well as in the professional training at the CPC in the Sharon, and in the joint activities of the treatment groups in the north (which included also participants outside of the CPC population). In addition, at the start of the implementation of the mobile CPCs, difficulties were posed by the fact that the patterns of referral, reporting and follow-up on families had not been consolidated. To surmount these problems, contact persons were appointed from among the SSD social workers. Both CPC and social-service staff reported that, in time, the practices were consolidated and there was fruitful cooperation in the work with the families. According to the study findings, the SSD social workers were more involved in the stages of planning treatment than in the treatment process itself. The question of an extended period of confidence-building and the consolidation of work patterns also emerged in the evaluation of the basic model of CCPs (Rivkin et al., 2009). The evaluation of the mobile model found this period to be shorter, indicating, perhaps, that experience had been gained for the implementation of the service in general.

Emphasis on Contact with Schools Rather than with Education Departments

The basic CPC model emphasizes contact with local Education Departments. Since mobile CPCs work with several Education Departments, and only a few CPC children are registered at each, the emphasis was on contact with the schools attended by the children. Though minimal at first, the contact was strengthened through the work of the housemothers. The purpose of school contact is varied: to help parents maintain contact with the responsible school parties, to coordinate the treatment offered in parallel by the CPC and the school, and to implement a joint treatment program.

The Mobile CPC Model Works Better with Four Rather than Five Localities

The northern CPC was to serve five localities initially, due to a shortage of services and multiple population needs. Serving five localities, however, proved complicated. Interviewees who had been involved in the implementation in these localities reported on difficulties caused by the added mobility, the need to deal with five different Social Service Departments and the lack of time for staff meetings and administrative work if the five-day work week was entirely devoted to treatment. In their opinion, the workload generated by treating five localities impaired the efficiency of the service. Following this feedback, in 2010 it was decided that the model worked better with four rather than five localities and the northern CPCs downsized to working with four localities. Since the CPC in the Sharon began to function later, it was possible to decide in advance that it would serve only four localities.

More Expressive and Creative Therapy Could be Offered at the CPC in the Sharon than in the North

At the CPC in the Sharon, more expressive and creative therapy was offered by therapists trained in these fields than in the north. In the north, it was difficult to recruit Arab-speaking expressive and creative therapists with training in family therapy. Nonetheless, according to the CPC director, the social workers integrated various expressive and creative techniques in their therapeutic work. In the Sharon, the size of the staff specializing in expressive and creative therapy was larger than in the north, both because there is a larger supply of Hebrew-speaking therapists and because the service is located in the center of the country. Furthermore, the location of the mobile CPC in the vicinity of numerous institutions of higher learning made it possible to enlist student volunteers for the work, as part of their training.

Emphasis on Training for CPC Staff at all Levels

At both mobile centers, there was in-depth, intensive staff training at every level. Social workers were trained by the directors, housemothers and social counselors were trained by social workers, the multi-disciplinary staff was trained at staff meetings by both the directors and an external instructor, while the directors themselves were trained by an external instructor. The various interviewees noted that they were impressed by the process of staff professionalization through training. This issue is significant given the study findings for the CPC at Shfaram, where insufficient training apparently impacted negatively on staff satisfaction and led to a high turnover (Abu-Asbah et al., 2009).

Positive Feedback on the Treatment Staff and the Fruitful Interaction of Members

For both mobile centers, the therapeutic staff expressed appreciation of the fruitful cooperation of its members and noted the intimate atmosphere that had been created, enabling true partnership in professional deliberations.

Aspects of the Implementation of the Mobile CPC Model, Difficulties and Challenges

The Duration of Treatment at the Mobile CPCs Followed the Model as Planned

The service model stipulated one year of treatment at the CPC with the option of extension to a year and a half. The average duration of treatment was 13.7 months, with virtually no exceptions beyond 18 months. In contrast, in the basic model, 40% of the families were treated beyond a year and a half (Rivkin, 2009, for data from 2005). Since the data on the basic model were collected soon after the inauguration of those CPCs, the findings on the mobile model may indicate overall improvement in the implementation of CPCs.

The Premises Allocated to Mobile CPCs, including Maintenance, Improved Over Time

Creating a homey, pleasant environment as per the basic CPC model proved challenging for the mobile model, since every locality had to allocate premises belonging to another service. The location of the CPCs within another service was problematic at first, due to tumult, noise and inadequate privacy as reported by some therapists and parents. For two of the venues, objections were raised concerning the maintenance provided by the local authority. However, it emerged from the interviews that the physical conditions improved over time. Parents also said that, on the whole, the atmosphere at the CPC

The Oversight Committees

Three types of committees were established alongside the CPCs: a district steering committee, a local steering committee for every locality and an executive committee. The aim was for the committees to bring together the many parties involved in the implementation of the centers for purposes of updates on their work and discussion of the issues they faced. In the district steering committee, discussion focused on such principles as the characteristics of the target population of the centers and the use of group therapy. In the local steering committee, discussion focused on issues relevant to implementing the CPC at that specific locality. In the executive committee, the policy set by the district committee was translated into general activities in the field, regardless of the specific communities. The discussion dealt with such technical problems as the composition of the staff and the allocation of expressive and creative therapies. In the first two years that the mobile CPCs were implemented, the oversight committees convened at regular intervals; which became less frequent with time. Currently, there is a need to rethink the role, structure and frequency of the committee meetings.

Managing the Mobile CPCs is More Complex than in the Basic Model

The director's role at the mobile CPCs is complex, as it entails contact with many different parties and the administration of a large staff who work part time or as volunteers. The position is thus more complex than in the basic CPC model. Nevertheless, the interviewees expressed satisfaction with the functioning and work of the directors of the mobile CPCs.

The Secretarial Role at Mobile CPCs is More Complex than in the Basic Model

At each mobile CPC, one housemother works also as a quarter-time secretary at the CPC office in one of the localities. Part of her job is to handle contact and coordination with the families in treatment. This, too, is more complicated than in the basic model due to the component of mobility.

Mobile CPCs Employ a Larger Staff than the Basic Model

More job positions were allocated for the mobile CPCs than for the basic model, due to both the additional time involved in traveling between localities and the need for staff meetings to transmit information and formulate a uniform treatment concept. At both centers, especially in the Sharon, additional therapists, volunteers and interns were employed than stipulated by the model. The additional staff enriched the range of treatments offered at the centers and expanded their scope.

Professional Staff: One Day a Week at Every Locality; Paramedical Staff: A Few Days a Week

The professional staff of the mobile CPCs, including social workers, offer expressive, creative and family therapy, working one day a week at each locality. The housemothers and social counselor make home visits and counsel many families in parenting. They also undertake joint activities with parents in the therapeutic kitchen or therapeutic garden. In the mobile CPC in the north, the housemothers were chosen according to their residence in a locality serviced by the CPC and their acceptability to the village population so that they could serve as cultural mediators for the CPC staff. The work of the housemothers with families received greater emphasis in the north than in the Sharon, and they worked with more families.

in treatment simultaneously, similar to the basic CPC model. A joint steering committee was established, representing all the localities in which the centers were active, the MSASS Children and Youth Service, the NII, Ashalim and local social services.

Unlike the core professional staff of social workers, family therapists and expressive/creative therapists who visited a locality one day week, a housemother or social counselor was active in the locality throughout the week. The implementation of mobile CPCs warrants more resources than does the basic model, particularly to finance the mobility of the professional staff. The annual cost of a mobile CPC is NIS 626,600 (NIS 523 per capita per month, as of 1.1.10). In comparison, the annual cost of a CPC of the basic model is NIS 550,800 (NIS 459 per capita per month).

The Evaluation Study

The development of the mobile centers was overseen by an evaluation study conducted by the Myers-JDC-Brookdale Institute and initiated and funded by the NII Fund for Demonstration Projects. The study aimed to provide policymakers and service developers with helpful information regarding further development and expansion. It addressed both the implementation and outcomes for children and parents: it investigated the characteristics of the children and families at the mobile CPCs, their needs, the integration of the mobile CPCs with local services and the division of labor between them, the SSDs and education services, as well as the unique, vital components of mobile CPCs as a basis for further development in the two sectors.

Various tools were used for data collection, among them:

1. *A questionnaire at the start of treatment at the mobile CPCs on family characteristics and the planning of treatment, completed for 50 families and 118 children who started at the centers in 2006-09.*
2. *A questionnaire at the end of treatment at the mobile CPCs* for the same families and relating to the outcomes of treatment, completed for 43 families and 99 children (seven final forms from the Sharon CPCs were not handed in).
3. *In-depth interviews and focus groups* with key figures at the Children and Youth Service, at Ashalim, with SSD directors and social workers, with CPC directors and staff, with mothers, fathers and children treated at the centers.

Findings

Organizational Structure and Manpower of the Mobile CPCs

The Role of the Implementing NGOs in the Organization of the Mobile CPCs

Since the mobile CPCs work with several Social Service Departments (rather than just one, as in the basic model), the NGOs were to be more dominant partners in setting up the centers. The directors of the mobile CPCs expressed satisfaction with the support of the NGOs and reported that once the work of the CPCs was consolidated, the support of the NGOs became less intensive.

Executive Summary

Introduction

Child-Parent Centers

Child-Parent Centers (CPCs) are an innovative community service aimed at children at risk and their parents. They respond to the needs of children of elementary-school age suffering from emotional/behavioral problems due to poor parenting, and to the needs of their parents. The goal of the CPCs is to improve the children's emotional, social and behavioral conditions, the child-parent relationship and parental care so that they may go on living at home.

The CPCs are operated by the Children and Youth Service of the Ministry of Social Affairs and Social Services (MSASS), by municipal Social Service Departments (SSDs), Ashalim and NGO implementers. The staff is multi-disciplinary, the centers are homey in design and function mostly in the afternoon. Children and parents attend the center together for intervention, some of which is shared and others separate. The practices of the centers are based on current approaches to the treatment of children at risk and their parents. These include focusing on the child-parent relationship, viewing the family as an integral unit, offering families individual treatment programs, sharing responsibility for the care of the family with municipal social services, maintaining ongoing contact with a child's school and continuing case management by municipal social services after the intervention of the CPC ends.

The first center opened in Haifa in 1998 and today there are some 50 such centers countrywide. New, different models continue to be developed by MSASS and Ashalim, including mobile CPCs.

Mobile Child-Parent Centers

Mobile CPCs serve four or five nearby localities to facilitate access to service and pooling of resources for small communities.

MSASS, the National Insurance Institute (NII – the Fund for Demonstration Projects) and Ashalim launched the mobile CPC model on an experimental basis in two regions: in Arab communities in northern Israel, and in Jewish communities in the Sharon Plain. The northern center began to function in January 2005 and the Sharon center in September 2005. Implementation was in the hands of NGOs since center staff may not be in the employ of several local authorities. Supervision was in the hands of the MSASS Children and Youth Service, as is standard practice. Every locality allocated space for the work with families one day a week. The professionals working at the center are permanent staff (directors, social workers, expressive and creative therapists, etc.) who regularly move from one locality to another on designated days. Every locality referred some 20-25 families to the CPCs, meaning that some 100 people were



The National Insurance Institute

Research and Planning Administration

Division for Service Development

**Children-Parent Centers:
Mobile Regional Model**

by

Yoa Sorek

Fida Nijim

Dalia Ben-Rabi

Jerusalem, November 2012