

**קבלת החלטות בועדות תכנון טיפול והערכה: עד כמה המשפחה
שותפה?**

מחקר לשם מילוי חלקי של הדרישות לקבלת תואר "דוקטור לפילוסופיה"

מאת

עינב בן-גל

**הוגש לסינאט אוניברסיטת בן גוריון בנגב
*מחקר זה מומן ע"י קרן המחקרים של הביטוח הלאומי.**

31.10.2021

כ"ה בחשוון תשע"ב

באר שבע

**קבלת החלטות בוועדות תכנון טיפול והערכה: עד כמה המשפחה
שותפה?**

מחקר לשם מילוי חלקי של הדרישות לקבלת תואר "דוקטור לפילוסופיה"

מאת

עינב בן-גל

**הוגש לסינאט אוניברסיטת בן גוריון בנגב
מחקר זה מומן ע"י קרן המחקרים של הביטוח הלאומי.**



אישור המנחה

אישור דיקן בית הספר ללימודי מחקר מתקדמים ע"ש קרייטמן _____

31.10.2021

כ"ה בחשון תשע"ב

באר שבע

העבודה נעשתה בהדרכת

פרופ' ורד סלונים-נבו

במחלקה לעבודה סוציאלית ע"ש שפיצר

בפקולטה למדעי הרוח והחברה

הצהרת תלמיד המחקר עם הגשת עבודת הדוקטור לשיפוט

אני החתום מטה מצהיר/ה בזאת : (אנא סמן) :

✓ חיברתי את חיבורי בעצמי, להוציא עזרת ההדרכה שקיבלתי מאת מנחה/ים.

✓ החומר המדעי הנכלל בעבודה זו הינו פרי מחקרי מתקופת היותי תלמיד/ת מחקר.

בעבודה נכלל חומר מחקרי שהוא פרי שיתוף עם אחרים, למעט עזרה טכנית הנהוגה בעבודה ניסיונית. לפי כך מצורפת בזאת הצהרה על תרומתי ותרומת שותפי למחקר, שאושרה על ידם ומוגשת בהסכמתם.



חתימה

שם התלמיד/ה : עינב בן-גל

תאריך 31.10.2021

תודה גדולה מעומק הלב למנחה הנפלאה שלי, פרופ' ורד סלוניס-נבו, על הליווי, התמיכה, הפרגון, ההקשבה, על העולמות שהכרת לי וזכיתי להיות בהם חלק, על חכמת הכתיבה וחכמת החיים.

תודה רבה לאנשים הטובים שסייעו לי בדרך :
לגבי דליה לב שדה וגבי ורד רוטפוגל, שבלי ברכת הדרך שלהן המחקר לא היה מתרומם. לפרופ'
יוליה מירסקי שתמיד נתנה לי מענה אנושי, נעים ואדיב. לפרופ' אשר בן-אריה שנתן לי להשתמש
בשמו ובקשריו כדי לקדם את איסוף הנתונים למחקר. לכל העובדות הסוציאליות מנהלות
המחלקות ורכזות הוועדות שהקדישו מזמנן לגייס משתתפים למחקר ולכל ההורים שהשתתפו
במחקר, תודה גדולה.

תודה לרשות למחקר ופיתוח של הביטוח הלאומי על המלגה הכספית שקיבלתי.

תודה לפקולטה למדעי הרוח והחברה באוניברסיטת בן-גוריון על המלגה הכספית שקיבלתי.

תודה למשפחתי המופלאה שהתהוותה לה לאורך הכתיבה של עבודה זו. לאהובי דרור על האמונה,
התמיכה, הפרופורציה, השפיות, השותפות וההורות שאפשרו לי להשלים את העבודה הזו בתוך
המציאות השואבת של גידול ילדים קטנים. לילדנו האהובים אלמוג, ינאי וראם על שאתם
ממלאים את ליבי באהבה תקווה וכוח בכל רגע נתון.

תודה להוריי דליה ופילו לפיד, שנטעו בי את האמונה שאוכל לעשות הכל ואת מוסר העבודה
להתמיד כדי להגיע. תודה לאחותי לירון פיקמן-לפיד, שתמיד הייתה נכונה לתת יד ולייעץ
בסבלנות והייתה שותפה לדרך עם דוקטורט ומשפחה משלה, ולאחי ערן לפיד, שמוכיח לי בכל יום
מחדש שהשמיים הם הגבול.

תודה לחברותיי הטובות טל ביירלס-שחם ואפרת כוכב, שטרחו לקרוא חלקים מהעבודה,
להתעניין ולהעיר הערות, ולאוריאלן שליו שהאמינה שאצליח לסיים את המסע הזה גם ברגעים
שאני התקשיתי להאמין. אני מאחלת לכל אחת בעולם חברות כאלה.

עבודה זו מוקדשת לכל הילדים, הילדות, הנערים, הנערות ומשפחותיהם, שזכיתי ללוות ולהכיר
מקרוב בדרכי המקצועית ולכבודם העבודה הזו.

תוכן עניינים

I.....	תקציר
IX.....	רשימת לוחות

IX.....	רשימת לוחות למחקר 1
IX.....	רשימת לוחות למחקר 2
X.....	רשימת תרשימים
1.....	מבוא
2.....	החידושים בעבודה
2.....	שאלות המחקר
3.....	הרקע המדעי לעבודה
3.....	שיתוף ושותפות עם משפחות במערכת הרווחה
5.....	עוני ופרקטיקות של שותפות עם לקוחות במערכת הרווחה
8.....	קבלת החלטות על תכנית טיפול לילדים ונוער בסיכון: ועדת תכנון טיפול והערכה (ות"ט)
9.....	שיתוף המשפחה והילד במסגרת ות"ט
16.....	גישות התערבות ממוקדות משפחה
18.....	מרכיבים של שיתוף הילד והמשפחה בות"ט
21.....	מחקר 1
22.....	שאלות המחקר
22.....	הגישה המחקרית של מחקר 1
22.....	הגישה התיאורטית לאיסוף הנתונים: CLINICAL DATA MINING
23.....	שיטת המחקר
23.....	מדגם
23.....	הליך המחקר ואיסוף הנתונים
24.....	איכות המחקר ואמינות
24.....	סוגיות אתיות
25.....	שלבי הניתוח
25.....	ממצאים
25.....	אופן התייעוד של הדיון בות"ט: ניתוח צורני
33.....	ניתוח תוכן הפרוטוקולים
59.....	דיון
68.....	מגבלות המחקר
69.....	מחקר 2
69.....	שאלות המחקר
69.....	הגישה התיאורטית עליה מתבסס מחקר 2: SHARED DECISION MAKING (SDM)
73.....	סוגיית שיתוף ילדים ב SDM ובות"ט
75.....	סיבות אפשריות לאי ישום של SDM בהחלטות רפואיות ואי שיתוף בות"ט
76.....	פרקטיקות של שותפות במערכת הרווחה לעומת הפרקטיקות שמציע מודל SDM
79.....	מערך המחקר – מה קשור ל SDM?
80.....	השערות המחקר
81.....	שיטת המחקר
81.....	אוכלוסיית המחקר

81	מדגם
84	כלי המחקר למדידת המשתנים התלויים
86	כלי המחקר למדידת המשתנים הבלתי תלויים
88	הליך המחקר
90	אתיקה
91	איסוף הנתונים
91	שלבי הניתוח לבדיקת השערות המחקר וקשרים נוספים
92	ממצאים
92	תיאור מאפייני הועדות לתכנון טיפול שבמדגם
94	נוכחות בני המשפחה בות"ט
96	נוכחות של אנשים מטעם המשפחה ואנשי מקצוע בות"ט
97	ההכנה לדיון
98	המשתנים הבלתי תלויים העיקריים
101	בדיקת השערות המחקר -- מה קשור לציוני SDM?
110	קשרים שנמצאו עם המשתנה הבלתי תלוי הערכת חומרת הבעיה
112	קשרים שנמצאו עם המשתנה הבלתי תלוי טיב התקשורת בוועדה
113	קשרים שנמצאו עם המשתנים הבלתי תלויים ההכנה לדיון ומספר מפגשי ההכנה
114	רגרסיות לבדיקת תרומתם של ההכנה לדיון, חומרת הבעיה וטיב התקשורת בוועדה לציוני SDM של ההורים והעובדות הסוציאליות
115	ניתוחי רגרסיה עם שני משתנים
116	ניתוחי רגרסיה מרובה לבדיקת תרומתם של משתנים בלתי תלויים לאחוז השוונות המוסברת של ציוני SDM של העובדת הסוציאלית
118	סיכום ודיון בממצאי מחקר 2
119	מאפייני רקע ושותפות בקבלת החלטות
119	טיב התקשורת בוועדה ושותפות בקבלת החלטות
119	ההכנה לדיון ושותפות בקבלת החלטות
120	חומרת הבעיה ושותפות בקבלת החלטות
122	השכלה, עוני וקבלת החלטות משותפת
123	מגבלות המחקר
124	דיון מסכם ואינטגרטיבי
124	נוכחות והיעדרות של אבות ואימהות
125	נוכחות של אנשי מקצוע חיצוניים
126	הכנה לדיון – נקודת תורפה
126	מענים ממוקדי ילד וממוקדי משפחה
127	ועדות תכנון טיפול – תהליך טיפולי או תהליך פורמלי?
129	בשורה התחתונה – מי מחליט על תכנית הטיפול?
130	איך זזים מכאן? מה צריך לקרות כדי לקדם שותפות בקבלת החלטות בוועדות?
131	השימוש במודל SDM
132	מסקנות מחקריות

133.....	מסקנות יישומיות
133.....	המלצות יישומיות
134.....	מחקר עתידי
135.....	רשימת מקורות
148.....	נספחים
148.....	נספח מספר 1: פירוט פרוטוקולים של ועדות תכנון טיפול שהתקבלו עבור המחקר
149.....	נספח מספר 2: כלי לתיעוד הדיון
156.....	נספח מספר 3: שאלון קבלת החלטות משותפת 9 פריטים (SDM-Q-9)
157.....	נספח מספר 4: שאלון קבלת החלטות משותפת עו"ס-הורה (SDM-Q-Doc)
158.....	נספח מספר 5: שאלון השתתפות בוועדת תכנון טיפול - הורה
161.....	נספח מספר 6: שאלון השתתפות בוועדת תכנון טיפול – עובדת סוציאלית
165.....	נספח מספר 7: טופס הסכמה מדעת
166.....	נספח מספר 8: טופס הסכמה מדעת לילדים
167.....	נספח מספר 9: אישור הורים
168.....	נספח מספר 10: נתונים של ארבעת הילדים שהשתתפו במחקר
169.....	נספח מספר 11: קול קורא שהופץ בפייסבוק להורים וילדים
170.....	SYNOPSIS

תקציר

המחקר עוסק בקבלת החלטות משותפת בין הורים וילדים לעובדות סוציאליות¹ בוועדות תכנון טיפול והערכה (להלן ות"ט). ות"ט מתקיימות במחלקות לשירותים חברתיים. על פי הגדרות תקנון העבודה הסוציאלית (להלן תע"ס), תפקידן להחליט על דרכי טיפול בילדים שנמצאים במצבי סיכון המעלים חשש לפגיעה בהתפתחותם התקינה. הוועדה עורכת דיון על דאגות לגבי מצב הילדים, הערכת רמת הסיכון, הקשיים, הצרכים והכוחות במשפחה, בוחנת דרכי התערבות אפשריות ולבסוף אמורה לבנות תכנית טיפול מיטבית תוך שותפות מכסימלית עם המשפחה ובשאיפה להגיע להסכמות בין גורמי המקצוע לבין המשפחה (משרד הרווחה והשירותים החברתיים, 2017). בכל שנה מתקיימות בין 18,000-22,000 ות"ט בכל הארץ, הדנות בתכניות הטיפול של כ- 30,000-35,000 ילדים.

עבודה זו מציגה שני מחקרים עוקבים שמטרתם לענות על השאלות באיזו מידה, באיזה אופן ובאילו תנאים מתרחשת שותפות בקבלת החלטות בין עובדות סוציאליות להורים וילדים בוועדות תכנון טיפול? מחקר ראשון מתבסס על ניתוח תוכן של שבעים ושלושה פרוטוקולים של ות"ט ומחקר שני מתבסס על שאלונים למדידת קבלת החלטות משותפת שהועברו להורים ועובדות סוציאליות שהשתתפו בות"ט.

רקע: שותפות עם לקוחות בקבלת החלטות היא רעיון וותיק בעבודה הסוציאלית ובעשורים האחרונים הוא תופס תאוצה בתחומים נוספים כגון רפואה, חינוך ותכנון ציבורי. המגמה המתגברת נובעת מהתפיסה הרווחת שלאנשים יש זכות להשפיע על החלטות שנוגעות לחייהם ומהיתרונות המוכחים של שיתוף לקוחות: תורם לתחושת העצמה, לנכונות רבה יותר לשותף פעולה עם התכנית עליה הוחלט, להגברת היכולת לממש זכויות חברתיות ולשיפור תוצאות התערבות. בנוסף, שיתוף לקוחות הוא ערך מרכזי בקוד האתי של העבודה הסוציאלית ובעל נוכחות משמעותית בהצהרות המדיניות של משרד הרווחה, בתע"ס ובהנחיות שנוגעות למרבית השירותים החברתיים כיום. שיתוף לקוחות מבוסס על איזון יחסי הכוחות בין אנשי מקצוע וקובעי מדיניות שהם בעלי הכוח והעוצמה, לבין אזרחים, משפחות וילדים ולקיומו נדרשת פעולה אקטיבית של בעלי העוצמה המוכנים לחלק את כוחם עם הלקוחות.

בתחום העבודה הסוציאלית לא קיימת הגדרה מוסכמת לשיתוף לקוחות. הספרות מתארת שיתוף לקוחות כרצף של התנהגויות בין פטרנליזם של עובדות סוציאליות כלפי לקוחות לבין חלוקת כוח ברמות שונות עם הלקוחות. כן קיימת הסכמה בקרב חוקרים ואנשי מקצוע על פעולות שתורמות לשותפות מועילה של עובדות סוציאליות עם משפחות ולהישגים טובים יותר של ההתערבות, כמו יחסי אמון וכבוד, תקשורת טובה, העברת מידע מפורט וברור, הכנה ותמיכה טובה לתהליך. פרקטיקות של שותפות בעבודה סוציאלית מבוססות לרוב על קשר ארוך טווח ויחסים של אמון בין העובדת הסוציאלית ללקוח, והשיח הרווח בהן כולל מונחים כמו "שמיעת הקול של הלקוח" "שיתוף פעולה" "עמידה לצד" ו"העצמה".

לאורך עשרים השנים האחרונות ובעקבות המלצותיהן של וועדות הכנסת שעסקו בות"ט, מתרחשת בות"ט רפורמה שכוללת חידוש ושיפור תקנות, הנחיות, הכשרות וכלים לניהול הות"ט,

¹ בעבודה זו בחרנו להשתמש בלשון נקבה לאור הרוב המוחלט של נשים במקצוע העבודה הסוציאלית, אך האמור מתייחס גם לעובדים סוציאליים. לעיתים כדי להקל על הניסוח השתמשנו בראשי תיבות ע"ס.

כולם כאחד מדגישים את החשיבות של שותפות הורים וילדים בוועדות להצלחת התהליך ואת חובתן המקצועית של העובדות הסוציאליות לפעול למען שותפות זו. על אף ההתפתחויות הללו, מחקרים וועדות הכנסת מצביעים שוב ושוב על פערים בין העקרונות המוצהרים לבין המצב בשטח, בו לעיתים קרובות קבלת החלטות על טיפול רחוקה מלהיות משתפת. הפערים הללו אינם ייחודיים לישראל, אלא חוזרים שוב ושוב במחקרים ממדינות מערביות רבות בעולם שבמערכת הרווחה שלהן מתקיימים תהליכים דומים לות"ט. מחקרים שונים מצאו כמה גורמים מערכתיים המעכבים שיתוף לקוחות, העיקריים הנם בירוקרטיה סבוכה ועומס כרוני של תיקים לטיפול – תנאים הגוררים מחסור בזמן לבניית מערכות יחסים מבוססות אמון, ואופייניים למערכות רווחה שונות בעולם ובפרט בישראל. גורם מעכב נוסף משמעותי הנו גישה פטרנליסטית של עובדות סוציאליות כלפי לקוחות. למרבה הצער, נתונים על הות"ט לא נאספים בצורה שיטתית ולכן המחקר בתחום מצומצם ומוגבל.

התערבויות ממוקדות משפחה מבוססות על ההנחה שפתרונות וכוחות לשינוי מצבם של ילדים בסיכון נמצאים בתוך המשפחה. לכן, נדרשת מידה גבוהה של שותפות כדי ליישם אותן. המדיניות של משרד הרווחה והשירותים החברתיים בישראל מעודדת גישות ממוקדות משפחה והרפורמה שהמשרד עובר מזה עשור שמה דגש על שינויים מערכתיים ופיתוח תכניות שמקדמים התערבויות ממוקדות משפחה, מה שאמור להשפיע על האופי של תוכניות הטיפול שמתגבשות בות"ט וכך גם על מידת קבלת החלטות משותפת עם הורים וילדים.

בעבודה זו התבססנו על הגישה התיאורטית של מודל Shared Decision Making (SDM) על מנת להמשיג ולמדוד קבלת החלטות משותפת. המודל צמח מתחום הרפואה ועיקרו תהליך בו חולקים רופא והמטופל שלו החלטה על תכנית הטיפול שתבצע למען בריאותו של המטופל. ההנחות עליהן מבוססת גישת SDM זהות להנחות עליהן מבוסס עיקרון השיתוף בתחום העבודה הסוציאלית והן: זכותו של הפרט להשתתפות בהחלטות הנוגעות לחייו וההשלכות החיוביות שיש להשתתפות זו על תהליך קבלת ההחלטה בעניינו ועל תוצאות ההתערבות. המודל מתמקד בארבעה מרכיבים של תהליך קבלת ההחלטה הרפואית, שהם תנאי לכך שיתקיים תהליך של קבלת החלטה משותפת בין הרופא למטופל: מעורבות של רופא ומטופל; החלפת מידע ביניהם על אופי המצב הרפואי וצפי ההתפתחות שלו ועל אורח חייו של המטופל; מתן מידע על אפשרויות טיפול שונות, היתרונות והחסרונות שלהן; הבעת ההעדפות של הרופא והמטופל לגבי אפשרויות הטיפול. SDM הוא מודל מבוסס ראיות שנבדק במחקרים רבים והראה תוצאות טובות: מטופלים אשר רופאיהם השתמשו במודל SDM מראים בריאות טובה יותר, משתפים פעולה עם הטיפול באופן עקבי יותר ומדווחים על שביעות רצון גבוהה יותר מתהליך קבלת ההחלטה ומהטיפול בהם. לעומת תיאוריות ופרקטיקות בעבודה סוציאלית, לפיהן שיתוף מותנה בקשר ארוך טווח של אמון ומתמקד בשמיעת קולם של הלקוחות, מודל SDM מכוון לתהליך קבלת החלטות קצר ששם דגש על יצירת הזדמנות לשוויון בידע הקיים אצל הרופא והמטופל לגבי הבעיה הרפואית, האפשרויות העומדות בפניהם לטפל בה, וההשלכות האפשריות של כל אפשרות טיפול. בשנים האחרונות החל להתפתח מחקר שבוחן את ההתאמה של מודל SDM לקבלת החלטות משותפת במערכת הרווחה לאור ההצלחה שלו לקדם יישום של קבלת החלטות משותפת עם לקוחות במערכת הבריאות.

מחקר ראשון

שאלות המחקר: באיזו מידה ובאיזה אופן מתקיים שיח של שיתוף בין הגורמים המקצועיים בות"ט לבין המשפחה והילד סביב ההחלטה על הוצאת ילד מהבית וכיצד הוא מתבטא בפרוטוקול? באיזו מידה ובאיזו צורה מתקיים שיח סביב בחינת חלופות להוצאת הילד מהבית בדמות מענים בקהילה וכיצד הוא מתבטא בפרוטוקול?

הגישה התאורטית: פרדיגמה ביקורתית, התופסת את המציאות כהבניה חברתית המעוצבת באמצעות יחסים שהכוח הוא בסיסם ולפיה מחקר נועד לחשוף מנגנונים שמשמרים את יחסי הכוחות הלא שיוויוניים בין ההגמוניה החברתית לבין האוכלוסייה המוחלשת.

הגישה המחקרית: הגישה לאיסוף הנתונים נקראת (Clinical Data Mining) CDM: שימוש בנתונים שנאספו ותועדו בשטח כחלק מהפרקטיקה וניתוחם במחקר במטרה להעריך את דרכי העבודה ולקדם אותן.

מדגם: 73 פרוטוקולים של ועדות תכנון טיפול מכל הארץ שהתקיימו בשנים 2012-2014 ובהן הוחלט על השמה חוץ-ביתית של ילדים ונערים בסיכון.

הליך המחקר: גיוס גורמים ממשד הרווחה לתמיכה בהליך בקשת פרוטוקולים, פניה לרכזות ות"ט ב 50 מחלקות לשירותים חברתיים, תיאום ומעקב לקבלת הפרוטוקולים.

איכות ואמינות: תועדו כל הצעדים וההחלטות שנערכו במהלך הניתוח, הוצגו ציטוטים מהפרוטוקולים לצד פרשנותם, משוב על הממצאים מאנשי מקצוע ומנערים שהשתתפו בות"ט.

אתיקה: פרטים מזהים של המשפחות ואנשי המקצוע נמחקו מהפרוטוקולים לפני העברתם. בהצגה של דוגמאות וציטוטים טושטשו פרטים שעשויים להוביל לזיהוי.

ניתוח הנתונים: ניתוח תוכן איכותני וכמותני על ידי זיהוי דפוסים חוזרים בטקסט ובחינה כיצד הם מבטאים את השקפתם של אנשי המקצוע בוועדות. זיהוי תמות ותת תמות, חיבור בין נושאים דומים לקטגוריות ובחינת קטגוריות אלה אל מול שאלות המחקר.

ממצאים עיקריים ודיון: מחצית מהוועדות תועדו על ידי הכלי הרשמי לתיעוד הדיון. יתר הוועדות תועדו באמצעות כלי ייחודי למחלקה, סיכום עיקרי הדיון או תמלול של כל הדיון. בכלי הרשמי שלושה סעיפים להם פוטנציאל לקדם שיתוף של הורים וילדים והם: סעיף חובה לנימוק היעדרות של הורים מהוועדה שמדגיש את החובה להשקיע מאמץ באיתור והזמנת ההורים; סעיף שמנחה לציין את עמדתם של בני המשפחה במילותיהם, וכך מקדם את שמיעת קולם האותנטי של בני המשפחה; וסעיף שמנחה לתעד את התייחסותם של ההורים והילד לתכנית הטיפול עליה הוחלט. הכלי הרשמי מנחה את עבודת הות"ט לסדר מסוים של דיון, ובו בשלב התחלתי יו"ר הות"ט פונה להורים ומבקשת מהם לפרט את תפיסתם ועמדותיהם לגבי המצב והפתרון המועדף עליהם. בתיעודי ות"ט באמצעות סיכום או תמלול בדרך כלל לא הייתה הקפדה על שמיעת ההורים והילד בשלב מוקדם של הדיון, ופרוטוקולים אלה הביאו את עמדת ההורים והילד באופן הרבה פחות ברור. מכאן, וועדות שמתועדות על ידי הכלי הייעודי, יש להן פוטנציאל ליישם יותר שיתוף מוועדות שמתועדות באמצעים אחרים.

הפרוטוקולים מספקים מידע דל מאוד על שלב ההכנה לדיון. הרוב המוחלט לא השתמשו בטופס הייעודי להכנה ובפרוטוקול נמצא רק לעיתים רחוקות מידע על מפגש הכנה שהתרחש בדרך כלל לא ניתן היה למצוא מידע על תוכן מפגש ההכנה. ההכנה לדיון היא החוליה הראשונה בשרשרת השיתוף משום שיש לה השפעה מכרעת על ההבנה של ההורים והילדים את הסיטואציה

ואת זכויותיהם בה ועל היכולת שלהם לגבש עמדה ברורה לגבי הטיפול. היעדר נתונים על תהליכי ההכנה יכול להוות גורם מעכב משמעותי לקידום קבלת החלטות משותפת בות"ט.

הממצאים מראים נוכחות כמעט מלאה של אימהות בוועדות ונוכחות של אבות במחצית הוועדות בלבד. כאשר האמא נעדרת, הפרוטוקול מציין באריכות ובפירוט את הנימוקים להיעדרה ואת עמדתה לגבי הוצאת הילדים מהבית. לעומת זאת, כאשר נעדר אב, היעדרותו לא תמיד זוכה לנימוק וגם כאשר כן, ניתן להבין מהנימוקים שבמקרים רבים לא נעשה מאמץ רב להביא את האב לוועדה. לרוב עמדת האב הנעדר אינה מפורטת בפרוטוקול. נתונים אלה עשויים לרמוז על הטיה מגדרית בה לוקים מארגני הות"ט. ילדים בגיל ההתבגרות נכחו בכשני שליש מהדיונים בעניינם. כאשר מתבגרים נעדרו מות"ט, לרוב לא נימקו את היעדרותם ואף לא נשמעה עמדתם לגבי הוצאתם מהבית על ידי מי מחברי הות"ט.

עמדת בני המשפחה הנוכחים לגבי הוצאה מהבית, מופיעה במחצית הפרוטוקולים פעם אחת בלבד, באופן תמציתי ובמחצית השנייה, היא מופיעה בפרוטוקול יותר מפעם אחת או באופן מפורט. הממצאים מעלים, שבהרבה וועדות כאשר תפיסתו של בן המשפחה אינה עולה בקנה אחד עם תפיסת אנשי המקצוע בות"ט, הוא מתואר כלא משתף פעולה, מכחיש בעיות ומתנגד, תיאור שמשמש "תירוץ" לקבלת החלטה שתואמת את תפיסתם של אנשי המקצוע בלבד, ללא דיון באפשרות לסייע בדרכים התואמות את תפיסתם של בני המשפחה. הממצאים מדגישים שימור של פערי עוצמה בין בני המשפחה לאנשי המקצוע.

הממצאים מראים שימוש נרחב במושגים "הסכמה" ו"שיתוף פעולה" מצד אנשי המקצוע כאשר הם מתארים את התייחסות ההורים והילד לתכנית הטיפול עליה הוחלט בות"ט. שימוש במושגים אלו יכול להצביע על תפיסות פטרנליסטיות לפיהן הכוח לקבוע את תכנית הטיפול נמצא אצל אנשי המקצוע המומחים באופן בלעדי, ובני המשפחה נמצאים בעמדה נחותה וחלשה יותר, ממנה הם יכולים רק להסכים או לא להסכים, לשתף או לא לשתף פעולה, עם החלטת אנשי המקצוע. מיותר לציין כי תפיסות אלה אינן מקדמות שיתוף ואינן שואפות לאזן את יחסי הכוחות הלא שוויוניים בין בני המשפחה לאנשי המקצוע.

הממצאים מראים שבמרבית הוועדות אף אחד מאנשי המקצוע לא מביע התייחסות לכוחות של ההורים. התייחסות רבה יותר לכוחות עשויה להוביל ליותר שיתוף מכיוון שהיא מבטאת כבוד, אמונה והעצמה. היעדר התייחסות כזו במרבית הוועדות מרמז על תפיסה שמתמקדת בפתולוגיות ולא בכוחות. עמדת ההורים כלפי הוצאה מהבית משחקת תפקיד: כשההורים או הילד מעוניינים בהוצאה מהבית אנשי המקצוע מתייחסים לכוחות שלהם ומציגים אותם כאנשים שיודעים מה טוב עבורם. כשהם מתנגדים, אין התייחסות לכוחות והשיח מתמקד בפתולוגיה וב"הכחשת הבעיה" של ההורים. ממצאים אלו מרמזים על תפיסה לפיה שיתוף=שיתוף פעולה של הורים וילדים עם ההחלטה להוציא מהבית, היוצר עבור העובדות הסוציאליות את האשליה שמתקיים תהליך של קבלת החלטות משותפת.

בשליש מהפרוטוקולים לא נמצאה עדות לחלופות בקהילה שהוצעו או נוסו לפני הדיון על הוצאה מהבית. במקרים בהם הפרוטוקול מעיד על חלופות שנוסו ונכשלו, הסיבות שמציניים אנשי המקצוע מכוונות כולן לאחריותם של בני המשפחה: אי שיתוף פעולה, סירוב ואי התאמה למסגרת. ממצא זה מרמז על גישה ממסדית של אנשי המקצוע, לפיה המשפחות הן אלה שצריכות להתאים עצמן לשירות ולא להיפך.

מגבלות המחקר: המידע המתועד בפרוטוקולים אינו מספק תמונה שלמה של שיתוף הורים וילדים בות"ט מכיוון שהפרוטוקולים אינם כוללים דברים שנאמרו ולא תועדו ויכולים גם הם להצביע על שיתוף או אי שיתוף. בנוסף, לא ניתן להסיק שום דבר על שיתוף המשפחה בות"ט שלא החליטו על הוצאה מהבית ועיקר הדיון בהן הוא טיפול בקהילה.

מחקר שני

שאלות המחקר: אילו משתנים קשורים באופן מובהק למידת השותפות של הורים וילדים עם עובדות סוציאליות בקבלת החלטות בוועדות לתכנון טיפול והערכה? האם קיימים הבדלים בתפיסת קבלת החלטות משותפת בין עובדות הסוציאליות לבין הורים וילדים?
הגישה המחקרית: השתמשנו במודל SDM למדידת קבלת החלטות משותפת. הבחירה נשענת על ראיות רבות במחקר על יעילותו ועל זיהוי ערכים ומאפיינים משותפים בין קבלת החלטות על טיפול רפואי לבין קבלת החלטות על טיפול בות"ט.

השערות המחקר: שיערנו שהעובדות הסוציאליות יעידו על מידה גבוהה יותר של שותפות בקבלת החלטות כאשר ההורים תופסים את הבעיה כחמורה יותר, כאשר התקשורת בות"ט טובה יותר, כאשר הן העבירו יותר מידע להורים בהכנה לדיון וקיימו יותר מפגשי הכנה.

שיערנו שההורים יעידו על מידה גבוהה יותר של שותפות בקבלת החלטות כאשר העובדת הסוציאלית תופסת את הבעיה כחמורה פחות, כאשר התקשורת בות"ט טובה יותר, כאשר הם מקבלים יותר מידע במפגשי ההכנה לדיון וכאשר מתקיימים יותר מפגשי הכנה. כמו כן שיערנו ששני הצדדים יעידו על מידה רבה יותר של שותפות בקבלת החלטות בוועדות שנתנו מענים ממוקדי משפחה (לעומת ממוקדי ילד) ובוועדות בהן ההורים בעלי השכלה גבוהה.

מדגם: 42 הורים ו 37 עובדות סוציאליות שהשתתפו ב 43 ות"ט שהתקיימו בין השנים 2016-2020. הדגימה נערכה בשיטה של "דגימת נוחות".

כלי המחקר: מידת השותפות בקבלת החלטות בות"ט נמדדה על ידי השאלונים SDM-Q-9 ו SDM-Q-DOC שמבוססים על מודל SDM ותורגמו לעברית עבור המחקר. שלושה שאלונים נוספים פותחו למטרת מחקר זה: שאלון הכנה לות"ט שמודד את מספר הנושאים שעלו במפגשי ההכנה על פי רשימת הנושאים שמציינות ההנחיות לניהול ות"ט; שאלון טיב התקשורת בוועדה שמודד את המידה בה קולם של ההורים והילדים נשמע במהלך הות"ט ואת מידת ההתייחסות לכווחות והצלחות של בני המשפחה מצד אנשי המקצוע; ושאלון חומרת הבעיה שמודד עד כמה ההורים והעובדות הסוציאליות תופסים את הבעיה כחמורה.

הליך המחקר: הורים גויסו למחקר דרך העובדות במחלקות לשירותים חברתיים. נערכה פנייה ל 141 מחלקות רווחה דרך הדואר האלקטרוני ושיחות טלפון ל 67 מחלקות. בסך הכל עשר מחלקות העבירו פרטי קשר של הורים שהביעו נכונות להשתתף במחקר ואיתם יצרנו קשר טלפוני. 42 הורים ו 37 עובדות סוציאליות ענו בפועל על שאלון המחקר.

אתיקה: השאלונים הם אנונימיים ולא נעשה כל שימוש בפרטים האישיים של המשתתפים. כל המשתתפים חתמו על טופס הסכמה מדעת בו אישרו שהם משתתפים במחקר בהתנדבות והם יכולים להחליט להפסיק לענות על השאלון בכל עת. המחקר קיבל את אישור וועדת האתיקה האוניברסיטאית ואת אישור משרד הרווחה.

ניתוח הנתונים: קידוד וניתוח באמצעות תכנת SPSS לעיבודים סטטיסטיים. בשלב הראשון, תיארונו שכיחויות של מאפייני הוועדות ומאפייני רקע של המשתתפים. בשלב השני, ערכנו מתאמים לבדיקת קשרים והבדלים בין קבוצות. בשלב השלישי, ערכנו רגרסיות.

ממצאים עיקריים: ארבעים ושלוש הוועדות דנו בעניינם של מאה ושבעה ילדים. רוב הוועדות היו וועדות מעקב ולא וועדות ראשונות ורוב המשפחות היו בקשר ארוך עם הרווחה לפני הוועדה. כמחצית מהן דנו בענייניו של ילד אחד בלבד והשאר בעניינם של כמה ילדים מהמשפחה. ארבעים ושלוש הוועדות החליטו על מתן מאה ושמונה מענים. ברוב הוועדות, המענים שניתנו היו ממוקדי ילד בלבד וברבע מהוועדות הם היו ממוקדי משפחה. המענים השכיחים היו הפניית ילדים למסגרת טיפולית בקהילה והארכת שהות במסגרת חוץ-ביתית.

ההורים דיווחו על מידה רבה יותר של שותפות בקבלת החלטות (SDM) כאשר התקשורת בוועדה הייתה טובה יותר, כאשר היו מפגשי הכנה רבים יותר וכאשר הם קיבלו יותר מידע במפגשי ההכנה. בדומה להורים, העובדות הסוציאליות דיווחו על מידה רבה יותר של SDM כאשר התקשורת בוועדה הייתה טובה יותר. בנוסף ובשונה מההורים, מידת SDM של העובדות הסוציאליות הייתה רבה יותר כאשר ההורים תפסו את הבעיה כחמורה יותר, כאשר ההורים משכילים יותר, כאשר מפגשי ההכנה היו רבים יותר וכאשר המענים שניתנו בוועדה היו ממוקדי ילד בלבד ולא ממוקדי משפחה. העובדות הסוציאליות דיווחו על מידה רבה יותר של שותפות בקבלת החלטות עם הורים בעלי השכלה גבוהה. במקביל, הורים בעלי השכלה נמוכה דיווחו שקיבלו פחות מידע בהכנה לדיון.

פרקטיקות של שותפות: רוב ההורים והעובדות הסוציאליות העריכו את טיב התקשורת בוועדה בצורה דומה וקישרו תקשורת טובה יותר לשותפות רבה יותר בקבלת החלטות. זאת אומרת, שמיעת הקול והתייחסות לכוחות, פרקטיקות מוכרות ונוכחות בעבודה הסוציאלית של ימיו, מעלות את מידת השותפות בות"ט. אך העברת מידע, פרקטיקה שעיקרה העברת כוח לידי ההורים, נתקלת בקשיים מצד העובדות הסוציאליות. באחוז גבוה של וועדות, הן לא מעבירות להורים מידע על זכותם להביא נציג מטעמם ועל זכותם להציע תכנית טיפול שמועדפת עליהם. בניגוד להוראות הברורות של התקנות על העברת מידע, העובדות הסוציאליות מחליטות בעצמן איזה מידע הוא רלוונטי עבור ההורה ואיזה לא. הקשר המובהק בין תפיסת ההורים את חומרת הבעיה למידת SDM של העובדות הסוציאליות מרמז, שכמות המידע שמועברת להורים נקבעת על פי הצורה שבה עמדתם לגבי הבעיה והפתרון נשפטת. הורים שתופסים את הבעיה כחמורה ו"מתיישרים" עם תפיסתם של גורמי הרווחה, זוכים לשותפות רבה יותר בקבלת החלטות ולעומתם הורים שתופסים את הבעיה כחמורה פחות, עשויים להיות מתווייגים כ"לא משתף פעולה" ולהיות מורחקים מתהליך קבלת החלטות על ידי הסתרת מידע והשתקת קולם. **השכלה ועוני:** הנחיות הות"ט מתייחסות בקושי להקשר של עוני וכך גם המענים. לכן זה לא מפתיע, שהורים בעלי השכלה נמוכה זוכים לפחות שותפות בקבלת החלטות ולפחות מידע שמועבר בהכנה לדיון. עבור מערכת רווחה שמאמצת את הפרדיגמה של עבודה סוציאלית מודעת עוני, מצב זה בלתי מתקבל על הדעת מכיוון שהוא משמר הדרה, או הרחקה, של אנשים החיים בעוני מקבלת החלטות בעניינם.

שימוש במודל SDM: במחקר זה מודל SDM נוסה לראשונה בתחום קבלת החלטות משותפת בות"ט. השימוש במודל ככלי למדידת שותפות בקבלת החלטות איפשר ניתוח כמותי של הגורמים שיכולים להסביר מידת שותפות נמוכה או גבוהה בקבלת החלטות בות"ט. לתוצאות שהתקבלו יש פוטנציאל לקדם את הידע היישומי והתיאורטי על קבלת החלטות משותפת בות"ט. ההורים וגם העובדות הסוציאליות הצליחו להבין בקלות את המשגה של המודל שבאה לידי ביטוי בשאלון המחקר ולכן על פניו נראה, שהמודל נגיש וברור להם. במקביל, הנחות המודל הבסיסיות

מתיישבות עם מדיניות והנחיות של משרד הרווחה בתחום ות"ט והשירותים החברתיים בכלל. לאור הדברים הללו, למודל SDM יש פוטנציאל משמעותי לשמש ככלי למדידה, הערכה ויישום של קבלת החלטות משותפת בות"ט.

מגבלות המחקר: שיטת הדגימה וגודל המדגם אינם מאפשרים להסיק מהממצאים לכלל הות"ט; קיימת סבירות גבוהה להטיות במדגם; המדגם הקטן הגביל את היכולת לערוך ניתוחים כמותיים מורכבים; השימוש במודל SDM בשירותי רווחה טרם נבחן במחקר ואף על פי שבשירותי בריאות הוא כבר נחשב למודל מבוסס ראיות, ההתאמה שלו לשירותי רווחה אינה מבוססת דיה.

דיון כללי

נתונים ממאה ושש עשרה הוועדות שנדגמו בשני המחקרים יחד מראים דפוס עקבי של היעדרות אבות במחצית מהוועדות ונוכחות כמעט מלאה של אימהות. בשני המדגמים נוכחות דלה מאוד של נציגים מטעם המשפחה. נוכחות של איש מקצוע חיצוני קיימת במרבית הוועדות, בעיקר עובדות סוציאליות ממסגרות בקהילה ונציגים מבית הספר. הוועדות מחליטות באחוזים נמוכים על מענים ממוקדי משפחה ובאחוזים גבוהים על מענים ממוקדי ילד. בניגוד להשערות המחקר, בוועדות בהן ניתנו מענים ממוקדי משפחה הייתה מידה נמוכה של שותפות בקבלת החלטות לעומת וועדות שהחליטו על מענים ממוקדי ילד בלבד. כמעט בכל הוועדות שנדגמו, לא ניתנו מענים חומריים או מענים של מיצוי זכויות.

הכנה לדיון – נקודת תורפה: מידע חיוני שצריך לעבור מהעובדות הסוציאליות להורים בהכנה לדיון לא עובר. הסתרת מידע היא מכשול משמעותי ליישום תהליך קבלת החלטות משותף.

ההורים לא יודעים מה הזכויות שלהם, מה תוקף החלטות, או מה יקרה אם לא יסכימו להחלטה. במצב הזה, הרוב המוחלט של הכוח נשאר בידי העובדות הסוציאליות.

מענים: התמקדות הוועדות במענים ממוקדי ילד מראים, שהות"ט רחוקות מליישם עיקרון מרכזי ברפורמה שעובר משרד הרווחה והוא ראיית המשפחה, ולא הילד, כיחידת ההתערבות. מעל הוועדות מרחף צילו של המונח "טובת הילד", והפרשנות שנותנות לו העובדות הסוציאליות מקבלת עליונות על פני התמקדות במשפחה ועל פני שותפות בקבלת החלטות.

תהליך טיפולי או תהליך פורמלי? הספרות ומחקרים 1-2 מציגים מחסום תפיסתי עיקש בקרב העובדות הסוציאליות, שעומד בפני שותפות בקבלת החלטות, ובמרכזו ההנחה שלא ניתן לקיים שותפות בקבלת החלטות אם ההורים לא לוקחים אחריות על הבעיה כפי שתופסים אותה גורמי הרווחה, בדומה למשוואה של טיפול פסיכו דינאמי קלאסי בו המטופל חייב להכיר בבעיה ולייצר תובנות על בסיס הכרה זו על מנת שיקרה שינוי. ות"ט אינה טיפול אלא תהליך מובנה, קצר טווח שמונחה באופן מפורט בתקנות והיא עונה יותר להגדרה של תהליך פורמלי מאשר טיפול. "יישור קו" של ההורים עם תפיסת חומרת הבעיה של גורמי הרווחה לא צריך להיות תנאי לשיתוף.

מי מחליט על תכנית הטיפול? על פי התקנות, החלטות הות"ט הן המלצות בלבד ואין להן תוקף חוקי. התקנות מסדירות אי הסכמה בין ההורים לגורמי הרווחה במנגנוני ערעור, ולבסוף בית המשפט הוא זה שמכריע. העובדות הסוציאליות וגם ההורים יוכלו להרוויח תהליך משותף יותר של קבלת החלטות אם ייאמר ביניהם בקול ברור שלות"ט אין מנדט לכפות תכנית טיפול על ההורים, אלא רק להמליץ.

איך זזים מכאן? על מנת להתגבר על הפער בין מידת השותפות הרצויה לזו המצויה בוועדות, עלינו לנסות ולהוציא מהמשוואה את האשמת ההורים ואת ההנחה שמה שנדרש לשותפות טובה בקבלת החלטות הוא "יישור קו" של ההורים עם עמדת גורמי הרווחה לגבי הבעיה, חומרתה

והפתרון. צריך לזוז מדגש על ההורות כמחוללת הבעיה לדגש על ההורות כחלק אינטגרלי מהפתרון. שינוי תפיסתי כזה מבטא מעבר מתפיסות פטרנליסטיות של עבודה סוציאלית ומתפקיד פיקוח חברתי של הוועדות, לתפיסה ביקורתית יותר של עבודה סוציאלית שעומדת בקנה אחד עם ערכים ותיאוריות עכשוויים יותר ושאותם מבקשת מערכת הרווחה בישראל לאמץ ולהטמיע. יחד עם מיומנויות, תיאוריות ופרקטיקות מקדמות שותפות, מודל SDM יכול לתרום את חלקו בשינוי התפיסתי המתבקש וביצירת פרקטיקה מועילה יותר של קבלת החלטות משותפת.

מסקנות תיאורטיות: המחסום המרכזי לקבלת החלטות משותפת בות"ט הוא תפיסה שמתמקדת בהערכת סיכון והערכת הורות בהקשר צר ודיכוטומי; הכלים הקיימים של העבודה הסוציאלית מוגבלים ביכולתם לקדם קבלת החלטות משותפת בות"ט מפני שרובם מבוססים על קשר ארוך טווח של אמון; האמון שרוחשות העובדות הסוציאליות כלפי ההורים נבנה על סמך האופן שבו ההורים תופסים את חומרת הבעיה ומוביל לתיג דיכוטומי של ההורים כמשתפי פעולה, להם "מגיע" להיות שותפים בקבלת החלטות, ומתנגדים, שיוחקו מתהליך קבלת החלטות.

מסקנות יישומיות: למרות ההצהרה של משרד הרווחה על אימוץ גישות ממוקדות משפחה, הוועדות והמענים שלהן ממוקדי-ילד. הסבר אפשרי הוא שכאשר מוקד הבעיה והפתרון בתהליך קבלת החלטות הוא הילד, אין התמקדות בהאשמת ההורים ונמנע קונפליקט אפשרי בין העובדות הסוציאליות להורים; על מנת להתגבר על המחסום התפיסתי לקבלת החלטות משותפת, כדאי לחפש מודלים לקבלת החלטות שיתאימו לייחודיות של ות"ט – קבלת החלטות על טיפול בזמן קצר. מודלים שמתמקדים בהורה כשותף שיויוני ובעל זכויות בתהליך קבלת החלטות, ללא קשר למידת הסכמתו או מידת שיתוף הפעולה שלו עם תפיסת הבעיה והפתרון של העובדות הסוציאליות בוועדות. מודל SDM מתחום הרפואה עשוי להיות המודל המתאים לכך: הוא קונקרטי, מבוסס ראיות ומתבסס על ההנחה כי קבלת החלטה הטובה ביותר תתרחש במצב בו איש המקצוע והמטופל חולקים מידע ברור בצורה שוויונית.

המלצות יישומיות: הסדרת הוועדות בחוק צריכה לכלול חובה להעביר להורים את כל המידע המופיע בתקנות ולהגדיר מנגנוני אכיפה; ההסתיוגויות הכתובות בתקנות ומאפשרות לעובדות הסוציאליות אי מסירת מידע במקרה של פגיעה פוטנציאלית בילד צריכות להגדיר באופן ברור מהי פגיעה פוטנציאלית בילד ולהפריד בין מסירת מידע על זכויות, שאינו רגיש ואינו יכול לפגוע בילד, למידע רגיש שלגביו ההסתיוגויות האמורות רלוונטיות; בחינת ההתאמה של מודל SDM לקבלת החלטות משותפת בשירותי רווחה; אסור לוותר על שותפות בוועדות למרות הפער הכרוני בין הצהרה למעשה. צריך לשמור את השותפות במקום גבוה בסדר העדיפויות ולהקדיש לכך הכשרות, הדרכות ותקציבים; הנגשת נתונים על הוועדות למטרות מחקר רחב היקף; פיתוח כלים מחקרניים ללמידה על קבלת החלטות משותפת עם ילדים בות"ט; מיקוד בהכשרות עתידיות על תהליך ההכנה.

מחקר עתידי: מחקר מקיף על מדגם גדול של וועדות; מחקר שיוסיף ידע חדש על שותפות עם ילדים בות"ט; מחקר שיתמקד בתהליכי ההכנה לות"ט והמחסומים המובחנים להעברת מידע להורים; מחקר שיבחן יתרונות וחסרונות תיאורטיים ויישומיים של מודל SDM בות"ט ותהליכים דומים לה בעולם.

מילות מפתח: ועדות תכנון טיפול, שיתוף לקוחות, קבלת החלטות משותפת, ילדים בסיכון, שיתוף הורים, פרקטיקות של שותפות, עבודה סוציאלית, השתתפות הורים.

רשימת לוחות

עמוד	
	רשימת לוחות למחקר 1
60	לוח 1: התייחסות אנשי מקצוע לכוחות של בני המשפחה
69	לוח 2: שירותים שהוצעו ונוסו בקהילה לפני הדיון בהוצאה מהבית
79	לוח 3: השוואה בין קבלת החלטות משותפת בשירותי בריאות ובת"ט
	רשימת לוחות למחקר 2
84	לוח 1: מאפיינים סוציו-דמוגרפיים של ההורים והעובדות הסוציאליות
94	לוח 2: שכיחויות והתפלגות של מאפייני הוועדות (N=43)
95	לוח 3: התפלגות המענים שהועדות קבעו (N=108)
96	לוח 4: נוכחות הורים וילדים בוועדות (N=43) ונימוקים להיעדרות
97	לוח 5: ספירת הדיווחים של הורים ועובדות סוציאליות על נוכחות של אנשים מטעם המשפחה ואנשי מקצוע חיצוניים בארבעים ושלוש הוועדות
98	לוח 6: מספר מפגשי ההכנה לוועדה שנערכו עם ההורים על פי דיווחי ההורים והעובדות הסוציאליות
98	לוח 7: כמות הידע שהועבר בהכנה לדיון: שכיחות הנושאים שעלו במפגשי ההכנה ¹ על פי דיווחי ההורים והעובדות הסוציאליות
99	לוח 8: ממוצעים, סטיית תקן וטווח הציונים של המשתנים הבלתי תלויים העיקריים
103	לוח 9: סטטיסטיקה תיאורית ומתאמי פירסון בין ציוני SDM של ההורים והעובדות הסוציאליות לבין משתני רקע ומשתנים בלתי תלויים
105	לוח 10: סטטיסטיקה תיאורית ומתאמי spearman בין ציוני SDM של ההורים והעובדות הסוציאליות לבין משתני רקע ומשתנים בלתי תלויים
106	לוח 11: מבחן t למדגמים מזווגים לבדיקת הבדלים בין עובדות סוציאליות להורים בציון SDM ובתפיסת חומרת הבעיה
107	לוח 12: מבחן Related-samples Wilcoxon signed rank test לבדיקת הבדלים בין עובדות סוציאליות להורים בתפיסת טיב התקשורת בוועדה ובכמות הנושאים שעלו במפגשי ההכנה לדיון
108	לוח 13: מבחני t לבדיקת הבדלים בציוני SDM של העובדות הסוציאליות בין מאפייני וועדות שונים וקבוצות רקע
109	לוח 14: מבחני t לבדיקת הבדלים בציוני SDM של ההורים בין מאפייני וועדות שונים וקבוצות רקע
110	לוח 15: Mann Whitney U Test הבדלים בין וועדות בהן אמא השתתפה במחקר וועדות בהן אבא השתתף במחקר
110	לוח 16: Mann Whitney U Test הבדלים בין וועדות בהן ההורים בעלי השכלה נמוכה לבין וועדות בהן ההורים בעלי השכלה גבוהה
111	לוח 17: מתאמי spearman בין ציוני חומרת הבעיה של ההורים והעובדות הסוציאליות לבין משתני רקע ומשתנים בלתי תלויים

- 112 **לוח 18:** ממוצעים, סטיות תקן ותוצאות מבחן t לבדיקת הבדלים בתפיסת חומרת הבעיה של ההורים בין קבוצות של משתני רקע
- 113 **לוח 19:** Mann Whitney U Test הבדלים בין וועדות ראשונות לוועדות מעקב
- 114 **לוח 20:** Mann Whitney U Test הבדלים בין קשר ארוך וקצר של המשפחה עם הרווחה לפני הוועדה
- 116 **לוח 21:** גרסיה: התרומה של חומרת הבעיה וטיב התקשורת בוועדה לאחוז השונות המוסברת של ציון SDM של העובדת הסוציאלית
- 117 **לוח 22:** גרסיה: התרומה של כמות הנושאים שעלו בהכנה לדיון לאחוז השונות המוסברת של ציון SDM של ההורים ($n=42$)
- 117 **לוח 23:** גרסיה: התרומה של תפיסת חומרת הבעיה של ההורים וציון טיב התקשורת בוועדה של העובדות הסוציאליות לשונות המוסברת של ציון SDM של העובדות הסוציאליות ($n=33$)
- 118 **לוח 24:** מודלים לבדיקת התרומה של תפיסת חומרת הבעיה, משתני רקע ומאפיינים של הוועדות לשונות המוסברת של ציון SDM של העובדות הסוציאליות
- 119 **לוח 25:** מודל גרסיה מרובה של ציון טיב התקשורת בוועדה של העובדות הסוציאליות וגיל ההורה כמנבאים לציון SDM של ההורים ($n=35$)

עמוד

רשימת תרשימים

- 101 **תרשים מספר 1:** שכיחויות ציוני קבלת החלטות משותפת של ההורים והעובדות הסוציאליות.
- 101 **תרשים מספר 2:** שכיחות הציונים שנתנו ההורים והעובדות הסוציאליות לטיב התקשורת בוועדה.
- 102 **תרשים מספר 3:** שכיחות ציוני חומרת הבעיה של הורים ועובדות סוציאליות.

מבוא

המדיניות של משרד הרווחה והשירותים החברתיים כמו גם ערכי מקצוע העבודה הסוציאלית מכוונים את הפרקטיקה בשדה להגביר את שיתוף המשפחה והילד בתהליך קבלת החלטות בוועדות תכנון טיפול ולהשתמש בגישות ממוקדות משפחה מתוך תפיסה שרואה בערכים אלה כלים לקידום ההצלחה של תכניות הטיפול והגשמה של ערכים כמו אוטונומיה והעצמה של לקוחות העבודה הסוציאלית (משרד הרווחה והשירותים החברתיים 2011, 2017, 2019). מדיניות דומה בנושא שותפות של הורים וילדים בקבלת החלטות על הטיפול בהם קיימת במדינות מערביות רבות (אלפנדרי, 2017; Harder, Zeller, Lopez, Kongeter & Knorth, 2013). עם זאת, בישראל וגם בעולם קיימים פערים משמעותיים בין הרמה ההצהרתית לבין המתרחש בפרקטיקה בשטח (אלפנדרי, 2016, 2017; Altman, 2008; Gallagher et al., 2012; Gottfried & Ben-Arieh, 2019; Knutsson & Schon, 2020). למרות העיסוק הגובר בשותפות והתפתחות של פרקטיקות מקדמות שותפות, היא נשארת מושג עמום יחסית שאין לו הגדרה ברורה או מוסכמת בקרב אנשי מקצוע ולא חוקרים, והיא נתונה לפרשנות בקרב ארגוני רווחה שונים ואף עובדות סוציאליות שונות באותו הארגון (Levin, Gerwitz & Cribb, 2017). לכן, היישום שלה בשטח אינו אחיד ו/או מדיד. מצב זה מאתגר את היכולת לחקור ולקדם שותפות, ומחייב תכנון מחקר מגשש ויצירתי שיתפוס את השותפות כפי שהיא מתקיימת בשטח בצורה רחבה, ולא יצטמצם לנקודת המבט של תיאוריה אחת.

המטרה המרכזית של עבודה זו הייתה להוסיף ידע חדש על תהליך קבלת ההחלטות המשותפת בין עובדות סוציאליות להורים וילדים בוועדות תכנון טיפול: באיזו מידה קבלת ההחלטות על תכנית טיפול מתקיימת בשותפות של ההורים, הילדים ואנשי המקצוע ואילו גורמים קשורים למידת קבלת ההחלטות המשותפת. בבואנו לענות על שאלות אלו, ניצבו לפנינו שני אתגרים מרכזיים. הראשון הוא היעדר הגדרה מוסכמת של קבלת החלטות משותפת עם לקוחות בתחום הרווחה: עובדות סוציאליות בשירותים שונים תופסות קבלת החלטות משותפת בצורה שונה (Levin, Gerwitz & Cribb, 2017) ואין בנמצא הגדרה תיאורטית או תקנות ברורות שמגדירות בצורה אופרטיבית מהי שותפות בקבלת החלטות וכיצד ניתן לדעת אם היא הושגה. מערכת הרווחה בישראל, כמו מערכות רווחה רבות אחרות בעולם המערבי, אמנם עושה צעדים לקידום שותפות בוועדות תכנון טיפול לאורך עשורים (משרד הרווחה והשירותים החברתיים, 2002, 2011, 2014, 2020) אך במקביל, ההגדרה של קבלת החלטות משותפת נשארת עמומה, ומידע על הוועדות לא נאסף באופן שיטתי שמאפשר מחקר רחב היקף (Gottfried & Ben-Arieh, 2019). האתגר השני עמו נדרשנו להתמודד בתכנון המחקר, הוא היעדר כלי מחקר שנועד למדוד את קבלת ההחלטות המשותפת בשירותי רווחה.

על מנת להתגבר על אתגרים אלו, תכנית העבודה שלנו כללה שני מחקרים נפרדים שממשיכים אחד את השני: ראשית נערך מחקר 1, מחקר בעל אופי מגשש ורחב שמתבסס על הנתונים הקיימים בשטח ומאופיינים בחוסר אחידות. במחקר זה ניתחנו 73 פרוטוקולים של וועדות תכנון טיפול. הניתוח סייע לנו להבין מה הן התמות המרכזיות הקשורות לשיתוף המשפחה בות"ט, כיצד הן מקבלות ביטוי בפרוטוקולים ועשויות להעיד על מרכיבים של קבלת החלטות משותפת שנוכחים או נעדרים מדיוני הוועדות. לאחר שביססנו את ההבנה הזו, חיפשנו כלי שיאפשר לנו למדוד את קבלת ההחלטות המשותפת ולבדוק את הקשר שלה למרכיבי השיתוף השונים שעלו במחקר 1. חיפוש זה הוביל אותנו למודל SDM, אשר כפי שיתואר בהרחבה בסקירת הספרות,

צמח בתחום שירותי הבריאות ונועד להנחות, לסייע ולמדוד קבלת החלטות משותפת בין אנשי מקצוע מתחום הרפואה למטופליהם (Coyne, O'Mathuna, Gibson, Shields & Sheaf, 2013; Legare et al., 2012; Kriston, Scholl, Holzel, Simon, Loh & Harder, 2010; Legare & Witterman, 2013; Moumjid et al., 2007). מודל זה הוערך על ידנו כמתאים לסיטואציה של קבלת החלטות על תכנית טיפול בות"ט ולכן החלטנו להשתמש בו על מנת למדוד את קבלת ההחלטות המשותפת עם הורים וילדים בוועדות תכנון טיפול. על בסיס המודל הזה ביצענו את מחקר 2, שמטרתו למדוד את מידת השותפות בקבלת החלטות ולנתח את הגורמים הקשורים אליה, על ידי שאלונים שמילאו הורים, ילדים ועובדות סוציאליות לאחר וועדת תכנון טיפול בה השתתפו.

החידושים בעבודה

שותפות בקבלת החלטות בות"ט היא תחום שנחקר מעט מאוד. לאור היעדר נתונים שנאספים על הוועדות בצורה שיטתית ונגישות נמוכה למחקר רחב היקף בקרב עובדות סוציאליות ומשפחות שמשתתפות בוועדות, המחקרים הקיימים מתאפיינים במדגמים קטנים של וועדות והידע הקיים כיום אינו מספיק כדי להבין לעומק באילו פרקטיקות של שותפות משתמשות העובדות הסוציאליות בוועדות ואילו פרקטיקות בולטות בהיעדרן ומתי. לאור הפער המתמשך בין מדיניות שמעודדת שיתוף לקוחות לבין תת היישום של שיתוף לקוחות בשטח, כל ידע חדש שמחקר זה יכול לייצר יהיה רלוונטי לקידום שותפות עם משפחות בקבלת החלטות בות"ט.

מחקר זה, שמטרתו לייצר ידע לגבי הגורמים שעשויים להסביר את מידת קבלת ההחלטות המשותפת בות"ט, הוא מחקר ראשוני בתחומו ובו נערך ניסיון ללמוד ממודל SDM והידע הרב שנאסף לגביו בתחום שירותי בריאות ולהשתמש בו לראשונה במדידת שותפות בקבלת החלטות בות"ט. המחקר עשוי ליצור ידע תאורטי חדש שיקדם את ההבנה של תהליכי קבלת החלטות משותפת בשירותי רווחה בכלל ובות"ט בפרט. כמו כן, המחקר יכול לתרום לידע היישומי ולפתוח אפשרויות לפיתוח התערבויות, כלים, הכשרות ונהלים ליישום קבלת החלטות משותפת של עובדות סוציאליות עם הורים וילדים בות"ט אשר יקדמו את המדיניות המוצהרת של משרד הרווחה והשירותים החברתיים הנוגעת לשיתוף בני המשפחה בתהליך קבלת ההחלטות בות"ט ויצמצמו את הפער בין המדיניות למציאות בשטח.

שאלות המחקר

השאלה המרכזית: באיזו מידה, באיזו צורה ובאילו תנאים מתרחשת שותפות בקבלת החלטות בין עובדות סוציאליות להורים וילדים בוועדות תכנון טיפול?

שאלות המחקר למחקר 1:

1. אילו עדויות ניתן למצוא בפרוטוקול על המידה והאופן שבו מתקיים שיח של שיתוף בין הגורמים המקצועיים בוועדה לתכנון טיפול לבין המשפחה והילד סביב ההחלטה על הוצאת ילד מהבית?
2. אילו עדויות ניתן למצוא בפרוטוקול על המידה והאופן שבו מתקיים שיח סביב בחינת חלופות להוצאת הילד מהבית בדמות מענים בקהילה?

שאלות המחקר למחקר 2:

אילו משתנים קשורים באופן מובהק למידת השותפות של הורים וילדים בקבלת החלטות בוועדות לתכנון טיפול והערכה במשרד הרווחה?

האם קיימים הבדלים בתפיסת קבלת החלטות משותפת בין העובדות הסוציאליות לבין הורים וילדים?

הרקע המדעי לעבודה

שיתוף ושותפות עם משפחות במערכת הרווחה

שיתוף לקוחות הוא רעיון וותיק בתיאוריה ובפרקטיקה של העבודה הסוציאלית שמבטא את מעורבותם של יחידים וקבוצות בקבלת החלטות הנוגעות לחייהם. שותפות היא פרקטיקה נוכחת, אם כי לא תמיד מוגדרת בעולם המקצועי של העבודה הסוציאלית בישראל ובעולם. היא מופיעה בתקנות, הצהרות מדיניות וקוד האתיקה של העובדים הסוציאליים כערך, כזכות וככלי מקצועי שמקדם את יעילות ההתערבות (איגוד העובדות הסוציאליות, 2018; משרד הרווחה והשירותים החברתיים, 2014; Adams, 2008; Gallagher, 2020; Smith, Hardy, & Wilkinson, 2012).

הגדרה מוסכמת ומדידה לגבי המושג שיתוף לקוחות אינה בנמצא בספרות (אלפנדרי, 2017; Altman, 2008; Dijkers, 2010; Levin, 2012; Saar-Heiman & Krumer-Nevo, 2020). לפעמים כותבים על מעורבות לקוחות, לפעמים על שותפות, לפעמים על הקשבה לעמדת המטופל, ולרוב על רצף של התנהגויות מן הקצה הפטרנליסטי בו הכוח כולו בידי אנשי המקצוע ועד הקצה בו ללקוחות יש שליטה מלאה על ההחלטות וההתערבויות הנוגעות לחייהם (Arnstein, 1969; Hart, 1992; Littell & Tajima, 2000). רוב התיאוריות והמודלים העוסקים בשותפות בקבלת החלטות בין אנשי מקצוע ללקוחותיהם מניחים שהלקוח נמצא בעמדת כוח נחותה ביחס ליכולתו להיות מעורב בקבלת ההחלטה, בשל פערי ידע, סמכות וניסיון בקבלת החלטות ולכן קיימת הסכמה בספרות שאיזון יחסי הכוחות הוא חיוני לקיום שותפות בקבלת החלטות בין איש מקצוע ולקוח (בלאנדר ווקסמן, 2002). ואכן, קיימים סולמות המודדים דרגות שיתוף של לקוחות על פני רצף של העברת כוח והם נעים בין מצב של אי שיתוף בו אנשי המקצוע שומרים את כל הכוח לעצמם ומקבלים את ההחלטות לבדם, לבין העברת כל הכוח לידי הלקוחות, דרך דרגות של יידוע, התייעצות, או חלוקת כוח שוויונית בקבלת ההחלטה (Arnstein, 1969; Hart, 1992). אחת ההגדרות בספרות בה ניתן להשתמש היא של אדמס (Adams, 2008), עמוד XVII, תרגום מאנגלית: "צורות של מעורבות בהן אנשים פעילים באופן אקטיבי יותר, הם בעלי בחירה רבה יותר, מפעילים כוח רב יותר, ותורמים באופן משמעותי לקבלת החלטות וניהול". הגדרה רלוונטית נוספת למחקר זה היא ההגדרה של משרד הרווחה: ספר הרפורמה הראשון של משרד הרווחה מתאר את החזון של הרפורמה שמתרחשת בעשור האחרון בשירותי הרווחה, ובו משתמש המשרד בהגדרה של קטן (1974) לפיה שיתוף לקוחות משקף את הרעיון בו יחידים וקבוצות מקבלות הזדמנויות להשתתפות משמעותית בקביעת דיוקנה של הסביבה החברתית בה הם פועלים. ספר הרפורמה מפרט ומסביר כי למקבלי השירותים של משרד הרווחה יש זכות בסיסית לקחת חלק בקבלת ההחלטות אשר להן יש השפעה ישירה על גורלם (משרד הרווחה והשירותים החברתיים, 2011). שותפות עם לקוחות מתבטאת בפרקטיקה של העבודה הסוציאלית כערך, כזכות וכאסטרטגיה גם יחד. וספרי לימוד לעובדים סוציאליים מנחים את העובדת הסוציאלית

לחלוק מידע וידע עם הלקוחות שלהם לגבי אפשרויות טיפול ודרכי התערבות באופן שיעצים את הלקוח ואת יכולתו להיות מעורב בקבלת החלטות (Johnson & Yanca, 2007; Zanbar, 2018) ..

ראוי לציין במיוחד את הגישה הרואה את העבודה הסוציאלית כמקצוע מבוסס זכויות אדם. שותפות של בני אדם בקבלת החלטות הנוגעות לחייהם הוא אחד העקרונות שארגוני זכויות אדם כמו גם החוק הבינלאומי מדגישים כעיקרון מרכזי שהוא זכות בסיסית כמו גם כלי ליישום ושמירה על עקרונות בסיסיים נוספים של זכויות אדם כמו הזכות לכבוד. זכות זו כוללת את היכולת של אנשים להשמיע את קולם (Having a voice) ולהשפיע על החלטות על ידי יצירת הזדמנויות להרחיב את הגישה שלהם לכוח (Mapp et al., 2021). גישה זו רואה בבעיות חברתיות כהפרה של זכויות אדם, והאנשים שמגיעים להיות לקוחותיה של העבודה הסוציאלית חווים הפרת זכויות. על גישה זו מבוססת הפרדיגמה של עבודה סוציאלית מודעת עוני שתופסת תאוצה בעולם בימים אלה ושמשרד הרווחה אימץ אותה לאחרונה כפרדיגמה מובילה (סער-היימן, לבאי-אגיא וקרומר-נבו, 2017; Saar-Heiman, 2019).

בעשורים האחרונים, המגמה לעודד שיתוף לקוחות בקבלת החלטות ובביצוען צוברת תאוצה בתחומים רבים: בריאות פיזית ונפשית, חינוך, רווחה, תכנון עירוני, ניהול, הוראה ומחקר (עוזיאלי, 2012; צ'רצ'מן וסדן, 2003; רועה, צ'ופרה, חסון-אוחיון, שור, לכמן, ורודניק, 2005; Gutman, Hantman, Ben-Oz, Criden, Anghel, & Ramon, 2014; Matthies, 2014; McCaffey, Smith, & Wolf, 2010; Moumjid, Gafni, Bremond, & Carrere, 2007; Mustak, Jaakkola, & Halinen, 2013; Perestelo-Perez, Gonzalez-Lorenzo, Perez-Ramos, Rivero-Santana, & Serrano-Aguilar, 2011; Smith, Dixon, Trevena, Nutbeam, & McCaffey, 2009).

המגמה המתגברת לעידוד שיתוף לקוחות בתחומים רבים נובעת מיתרונותיו הרבים והמוכחים של שיתוף לקוחות: שיתוף ומעורבות לקוחות בתכנון טיפול ובהחלטות הנוגעות לחיי הפרט והמשפחה תורמים לתחושת העצמה בקרב לקוחות, לנכונות רבה יותר לשותף פעולה עם התכנית, להגברת היכולת לממש זכויות חברתיות, כמו קבלת גמלה ודיור ציבורי, ולשיפור תוצאות ההתערבות (צ'רצ'מן וסדן, 2003; Muench, Diaz & 2003; Littell, 2001; Dawson & Berry, 2002; Wright, 2017). במדינות שונות בעולם, שיתוף לקוחות בקבלת החלטות במערכת הרווחה מעוגן בחקיקה. לדוגמה גרמניה והולנד (Harder, Zeller, Lopez, Kongeter & Knorth, 2013), ניו זילנד ובריטניה (אלפנדרי, 2017) אך בישראל, למרות שיש הרבה התייחסות לקבלת החלטות משותפת בהנחיות של משרד הרווחה, כמעט שלא קיימים חוקים שמעגנים קבלת החלטות משותפת (Gottfried & Ben-Arieh, 2019; Levin, Gerwitz & Cribb, 2017). למרות ההכרה הגוברת ביתרונות של שיתוף לקוחות בקבלת החלטות הנוגעות לחייהם -- הספרות המחקרית ממדינות רבות מלמדת כי במשך שנים רבות קיימים פערים בין הצהרה על מדיניות המעודדת שיתוף לקוחות בעבודה סוציאלית ובין יישומה בפועל (אלפנדרי, 2016, 2017; Altman, 2008; Gallagher et al., 2012; Gottfried & Ben-Arieh, 2019; Knutsson & Schon, 2020). פערים אלה מתוארים גם בספר הרפורמה הראשון של משרד הרווחה (2011) לפיו, המצב המצוי הוא מחסור במנגנונים ליישום תהליכים של שיתוף לקוחות, ולאחר יישום הרפורמה אמורים להיות מנגנונים מובנים בשירותים שיאפשרו ללקוחות להיות שותפים פעילים החל מבניית תכנית ההתערבות שלהם וכלה בהחלטות על פיתוח שירותים ועיצוב מדיניות.

גאלאגר ואחרים (2012), סקרו את הספרות המחקרית בנושא מעורבות של הורים וילדים בקבלת החלטות בעבודה סוציאלית בבריטניה, בעיקר בתחום הגנת הילד. הם מצאו כי למרות ששיתוף לקוחות מקבל חשיבות גוברת במדיניות הרשמית, הפרקטיקה בתחום זה מאופיינת באי-סדר, קשיים, והתפשרות על שיתוף. לעובדות וללקוחות יש לא פעם הבנה שונה של מושג ההשתתפות – הגדרה מפורטת וברורה אינה בנמצא -- ומשתנים כמו גיל ורמת מוגבלות משפיעים על יישום ההשתתפות. על פי המסקנות העולות מן הסקירה (Gallagher et al., 2012), לא ניתן להסתפק בהצהרת כוונות על מדיניות המעודדת מעורבות לקוחות בקבלת החלטות בשירותי הרווחה. כדי ליישם כוונות אלה, יש להגדיר בצורה מפורטת איך שיתוף והשתתפות יבואו לידי ביטוי בשטח.

אף על פי שלשיתוף ושותפות אין הגדרה אחת שמוסכמת על כולם, יש הסכמה בקרב חוקרים רבים על פעולות שתורמות לשותפות מועילה של עובדות סוציאליות עם משפחות: יחסי אמון וכבוד בין העובדות והמשפחות, תקשורת טובה, העברת מידע מפורט וברור על התהליך ועל האפשרויות לפיתרון ולטיפול במצב, גישה למידע ברור בנוגע לשירותים הקיימים, מתן אפשרות אמיתית להורים לבטא את תפיסתם לגבי הבעיה ואת הפתרונות הרצויים מבחינתם, הכנה טובה לתהליך ההשתתפות, ותמיכה הולמת בתהליך, כמו ליווי צמוד על-ידי אדם חיצוני לאורך הדיון. כל אלה נותנים אפשרות אמיתית להורים וילדים להשפיע על ההחלטות המתקבלות. כשתנאים אלו מתקיימים – עולה רמת השיתוף ותוצאות ההתערבות טובות יותר, הן מבחינת רמת שיתוף הפעולה של הלקוחות והן מבחינת הישגי הטיפול (Alfandari, 2017a; Altman, 2008; Campbell, 1997; De Boer & Coady, 2007; Gallagher et al., 2012; Maiter, Palmer & Manji, 2006).

מאידך, ישנם גורמים מערכתיים המעכבים שיתוף לקוחות, העיקריים הנם: בירוקרטיה סבוכה ועומס כרוני של תיקים לטיפול – תנאים הגוררים מחסור בזמן לבניית מערכות יחסים מבוססות אמון, ואופייניים למערכות רווחה שונות בעולם ובפרט בישראל. כמו כן, גישה שמתמקדת בכלי העבודה, קרי טפסים והנחיות, ולא במשתמש שנדרש לעבוד עם כלים אלה, קרי העובדות הסוציאליות. עומס העבודה הכרוני והמחסור התמידי בזמן תורמים לעיכוב השיתוף בין עובדות סוציאליות למשפחות גם בצורה של חוסר נגישות להדרכה ופיקוח סדירים שינחו את העובדות הסוציאליות כיצד לבנות תהליך של שיתוף ותסייע להם להתמודד עם דילמות שעולות בתהליך השיתוף (Alfandary, 2017; Altman, 2008; Campbell, 1997; De Boer & Coady, 2007; Gallagher et al., 2012; Gottfried & Ben-Arie, 2019; Maiter, Palmer & Manji, 2006). גורם מעכב נוסף משמעותי הנו גישה פטרנליסטית כלפי לקוחות על-פיה העובדות הסוציאליות יודעות טוב יותר מהלקוחות כיצד יש לטפל בהם ובמשפחותיהם. מחקרים מראים כי עבודה סוציאלית עם משפחות במערכת הרווחה נוטה להיות ממוקדת-ילד ומוכוונת להערכת סיכון והערכת הורות על אף הצהרות מדיניות ונהלים מוכוונים שיתוף וקבלת החלטות משותפת (אלפנדרי, 2016; Saar-; 2018; Morris et al., 2018; Altman, 2008; Gottfried & Ben-Arie, 2019; Heiman & Krumer-Nevo, 2020).

עוני ופרקטיקות של שותפות עם לקוחות במערכת הרווחה

עוני הוא תחום שמחייב התייחסות מיוחדת בהקשר של שיתוף לקוחות העבודה הסוציאלית ושותפות עם משפחות במערכת הגנת הילד בפרט. למשפחות החיות בעוני יש ייצוג יתר במערכת הגנת הילד (משרד הרווחה והשירותים החברתיים, 2014; Saar-; 2004; ולנדר, 2004).

Heiman, 2019). משפחות שחיות בעוני מאופיינות בהשכלה נמוכה ובחוויה מתמשכת של מאבק יומיומי בעוני ובהשלכותיו, מאפיינים אשר מגדילים את פערי הכוחות הקיימים גם כך באופן מובנה ביחסי עו"ס-לקוח ומעמידים את האנשים החיים בעוני במיקום חלש עוד יותר מול גורמי הרווחה. הביטוי של יחסי כוחות אלו בשטח יכול להתבטא באי אמון של אנשים החיים בעוני אל מול גורמי הרווחה ובקושי בתקשורת מולם עד כדי כשלון הקשר המסייע (משרד הרווחה והשירותים החברתיים 2014ב; סלונים-נבו ולנדר, 2004; קרומר-נבו וברק, 2006). למקצוע העבודה הסוציאלית עומדים ערכים ועקרונות ברורים שמנחים את העובדות הסוציאליות לכלול תמיד את ההקשר החברתי-סביבתי-פוליטי של חיי הלקוחות, ומעוגנים בתפיסה מקצועית מבוססת של "האדם בסביבתו" (איגוד העובדות הסוציאליות, 2018; וייס-גל, 2007) ולכן חוויית החיים של אנשים החיים בעוני חייבת להילקח בחשבון ולקבל התייחסות בכל מפגש של אותן משפחות עם מערכת הרווחה.

לאורך ההיסטוריה של העבודה הסוציאלית בישראל התפתחו גישות לעבודה אפקטיבית בשותפות לקוחות שחיים בעוני ובהדרה כמו הגישה של רוזנפלד "שותפות ולמידה מהצלחות – מהדרה ליחסי גומלין (רוזנפלד, 1993, 1997, 2017) ועבודה סוציאלית מודעת עוני (סער-היימן, לביא-אג'אי וקרומר-נבו, 2017; Saar-Heiman, 2019). גישות אלה מדגישות שותפות כמרכיב מרכזי להצלחת ההתערבויות בשירותי הרווחה. שתיהן מבוססות על קשר ארוך טווח ומתייחסות לאמון של הלקוח כלפי העובדת הסוציאלית כבסיס ליישום שותפות עם לקוחות. הגישה של רוזנפלד מדגישה את המחויבות וההתמסרות של העובדת הסוציאלית ללקוח ואת היכולת שלה להמציא התערבויות יצירתיות וחדשניות. עבודה סוציאלית מודעת עוני -- גישה חדשנית לעבודה סוציאלית שהתפתחה בישראל בשנים האחרונות -- נשענת על תפיסה של עוני כהפרת זכויות אדם המתרחשת ויוצרת דיכוי בכמה זירות: חומרית, חברתית ובין אישית. לכן על פי הגישה, עובדות סוציאליות צריכים להיפרד מתפקידים מסורתיים של פיקוח חברתי על עניים ולהצטרף למשתמשי השירותים במאבקם בעוני: לכבד אותם, לעמוד לצידם, להשמיע את קולם בחברה ולהיאבק איתם נגד הדיכוי החברתי. מתוך תפיסה זו, עו"ס מודעת עוני במערכת הגנת הילד אמורה לפרוץ את הגבולות של הטבע הענישתי וההתמקדות במענה לילדים בסיכון על ידי התבוננות רחבה יותר על ההקשר החברתי של סיכון והקשר בינו לבין עוני (Saar-Heiman & Krumer-Nevo, 2020). מחקר שנערך לאחרונה מצא כי לקוחות הרווחה בישראל שהשתתפו בהתערבויות מודעות עוני מביעים שביעות רצון גבוהה מהשירות והתהליך שקיבלו לעומת לקוחות הרווחה שקיבלו טיפול סטנדרטי שאינו מודע עוני (Brand-Levi, Krumer-nevo & Malul, 2020). לאחרונה, מנהל שירותים אישיים וחברתיים במשרד הרווחה הצהיר על הפרדיגמה של עבודה סוציאלית מודעת עוני כמובילה את התפיסה המקצועית בהתערבות במחלקות לשירותים חברתיים, בדגש על משפחות בעוני ועם ילדים במצבי סיכון (משרד הרווחה והשירותים החברתיים, 2019). מהלך זה עשוי להשפיע באופן משמעותי על שיתוף לקוחות במערכת הרווחה בכלל ובמערכת הגנת הילד בפרט.

לעתים קרובות נשמעת הטענה כי לא אצל כל האנשים קיים הרצון להשתתף. משפחות וילדים רבים מלקוחות העבודה הסוציאלית מגיעים לדיונים בעניינם אך לא מביעים מוטיבציה לקחת חלק פעיל בקבלת ההחלטות, או מצהירים על עמדה לפיה איש המקצוע הוא זה שאצלו קיים הידע המקצועי ולכן עליו לקבל את ההחלטות בעצמו. לעומת זאת, תיאוריות של מוטיבציה והכוונה עצמית גורסות כי בכל אדם קיימת מוטיבציה טבעית להשתתפות פעילה בהחלטות הנוגעות לחייו.

מוטיבציה זו מתפתחת על ידי מימוש של שלושה צרכים בסיסיים שקיומם או היעדרם יקדם או ימנע מימוש עצמי: הצורך בתחושת מסוגלות, הצורך בתחושת אוטונומיה והצורך בתחושת שייכות (Ryan & Deci, 2000). אצל משפחות מוחלשות פעמים רבות שלושת הצרכים הללו או חלק לא הגיעו לידי מימוש וסיפוק במהלך החיים, ולכן אין זה פלא שחלקן לא מביעות מוטיבציה להשתתף (Katz & Asor, 2006). סקירת ספרות מקיפה בנושא שיתוף הורים בקבלת החלטות במערכת הגנת הילד במדינות אירופאיות שונות שכתבה אלפנדי (2017) מעלה את הגורמים הבאים בחוויה של ההורים שעשויים להוות מחסום לשותפות: פחד ואי נוחות מול אנשי המקצוע; היעדר ניסיון וחוסר אסרטיביות של ההורים בשיחה במעמד פורמלי; היעדר ליווי של נציג מטעם ההורים; חשש מחשיפה של מידע אישי מול אנשי מקצוע לא מוכרים; היעדר מידע מספק על המעמד הפורמלי של הוועדה ועל האפשרויות העומדות בפניהם ותחושה שדוחקים בהם לקבל החלטות גורליות עבור משפחתם בזמן קצר. עם זאת, תהליך של שיתוף בו אנשי המקצוע מספקים למשפחה סביבה תומכת ומעצימה ששומרת על זכויותיהם עשויה להגביר את תחושת האוטונומיה ותחושת המסוגלות וכך לחזק את המוטיבציה של המשפחות לממש את זכותן להשתתפות. בנוסף, תהליך קבלת החלטות בו אפשרויות הבחירה שעולות לטיפול בבעיה עונות על הצרכים והמטרות של האדם או המשפחה, עשוי להגביר את המוטיבציה של בני המשפחה להשתתף באופן פעיל בקבלת ההחלטה (Katz & Asor, 2006).

מחקר שנערך ב 2017 ראיין 77 עובדות סוציאליות משירותים ותפקידים שונים בישראל כדי להבין את התפיסות והדילמות שלהן לגבי קבלת החלטות משותפת. תוצאות המחקר מראות שרבות מהעובדות הסוציאליות התייחסו לקבלת החלטות משותפת כמושג כללי שמבחין בצורה דיכוטומית בין התערבות מועילה ללא מועילה, אך רובן לא ידעו להגדיר את המושג באופן שהיה להן נוח איתו או לדווח אם הן מבצעות קבלת החלטות משותפת ומהן הפרקטיקות והאסטרטגיות שהן משתמשות בהן. רובן הציגו קבלת החלטות משותפת כפרקטיקה רדיקלית של עבודה סוציאלית, ואפילו "ניו אייג'ית", אבל עם זאת הן תיארו אותה כרעיון אידיאלי שמגלם בתוכו את כל ערכי הליבה של העבודה הסוציאלית. רובן ראו קבלת החלטות משותפת כפריווילגיה של הלקוח ולא כזכות, לאור המחסור במדיניות מפורטת כיצד ליישם קבלת החלטות משותפת. רובן האמינו שקבלת החלטות משותפת רלוונטית בתהליכי טיפול יותר מאשר בתהליכים רשמיים. לבסוף, רוב העובדות הסוציאליות שהשתתפו במחקר זה הביעו תקווה שהמדיניות וההנחיות לגבי שיתוף לקוחות בקבלת החלטות יהיו ברורים יותר עם הזמן אך יחד עם זאת הביעו חשש שאם ההנחיות יהיו מפורטות וברורות יותר, תתווסף להן עבודה בירוקרטית (Levin et al., 2017). קידום ועידוד של שיתוף ושותפות במערכת הרווחה בישראל, ובפרט בוועדות תכנון טיפול מושפע גם מתהליכים ומבנים ארגוניים שקובעים מי אחראי להוציא לפועל את השיתוף בתהליכי קבלת החלטות, על פי אילו הנחיות הוא פועל והאם הוקצו לו משאבים של זמן, כסף והכשרה שיאפשרו יישום מיטבי. לאור הדברים הללו, חשוב לציין שבמהלך השנים האחרונות משרד הרווחה והשירותים החברתיים עבר שינוי מבני ומקצועי משמעותי (להלן "הרפורמה") שהשפיע במישרין ובעקיפין על תחום ועדות תכנון טיפול. מהות השינוי הוא איחוד של שני שירותים של משרד הרווחה -- שירות ילד ונוער והשירות לרווחת הפרט והמשפחה -- תחת אגף אחד חדש שנקרא "אגף בכיר משפחות ילדים ונוער בקהילה". האגף החדש, שתחתיו גם תחום ועדות תכנון טיפול והערכה, אחראי על עיצוב ופיתוח מדיניות, מודלים מקצועיים ומענים בקהילה עבור משפחות וילדים בסיכון בין השאר בתחום מניעה, הגנה וצמצום של תופעות חברתיות כמו

אלימות במשפחה, עוני והדרה. כמו כן, מקדם האגף החדש חקיקה ותקצוב לטובת משפחות וילדים במשבר, סיכון וסכנה (משרד הרווחה והשירותים החברתיים, 2019).

על פי הצהרות משרד הרווחה, בשונה מהמודל הקודם בו שירות ילד ונוער קיבל את האחריות לתכנן ולהוציא לפועל תכניות טיפול עבור ילדים ונוער בסיכון, העבודה המקצועית של האגף החדש נשענת על תפיסה שבה המשפחה (ולא הפרט) נמצאת במוקד ההתערבות, ועו"ס המשפחה מנהל את ההתערבות. בנוסף, האגף מקדם פרדיגמה של עבודה סוציאלית מודעת עוני על כל המשתמע ממנה, פרדיגמה ששותפות עם לקוחות היא חלק מרכזי ובלתי נפרד ממנה (סער-היימן, לביא-אגאי וקרומר-נבו, 2017; Saar-Heiman, 2019). תחת אחריות האגף נמצאים תחום סדרי דין, חוק הנוער, השירות לרווחת המשפחה והילד, שאמון על ות"ט, שרות מסגרות ותכניות למשפחה וילד ושירות להגנה וטיפול במצבי טראומה ומשבר. לעומת זאת, המענים החוץ-ביתיים שבעבר היו תחת שירות ילד ונוער, הופרדו מהאגף החדש לאגף אחר (משרד הרווחה והשירותים החברתיים, 2019). עם זאת, תהליכים חברתיים פוליטיים ובריאותיים שהחלו לקרות בשנת 2020 השפיעו על קצב הטמעת הרפורמה והתקצוב שלה: היעדר תקציב המדינה לאורך השנים 2020 - 2021 וגם משבר הקורונה שבעקבותיו עלה באופן דרמטי מספר הפניות לרווחה, ולזמנים מוגדרים הרווחה נאלצה לפעול במתכונת חירום ובכל מקרה, עדיין מוקדם לקבוע כיצד השפיעה הרפורמה על השירותים השונים של משרד הרווחה ועל משתמשי השירותים (מתוך שיחה עם המפקחת על ועדות תכנון טיפול הגב' מיכל יטמנו, 5.11.20).

קבלת החלטות על תכנית טיפול לילדים ונוער בסיכון: ועדת תכנון טיפול והערכה (ות"ט)

ועדת תכנון טיפול והערכה (ות"ט) או בשמה הקודם "ועדת החלטה", היא הכלי העיקרי של משרד הרווחה והשירותים החברתיים לקבלת החלטה על דרכי טיפול בילדים ונוער בסיכון והיא נערכת במחלקות לשירותים חברתיים (מלש"ח) בכל רחבי הארץ. ות"ט היא גוף רב-מקצועי, אשר בראשו יושבים עובדות סוציאליות, ואמורים להשתתף בה אנשי חינוך, בריאות ורווחה משירותים רלוונטיים בקהילה, חלקם מלווים ומכירים את המשפחה. על פי הגדרת תקנון העבודה הסוציאלית, תפקידה של ות"ט הוא להחליט על דרכי טיפול בילדים אשר נמצאים במצבי סיכון המעלים חשש לפגיעה בהתפתחותם התקינה (משרד הרווחה והשירותים החברתיים, 2017א). זאת על ידי דיון בדאגות העולות לגבי מצב הילדים, הערכת רמת הסיכון, הקשיים, הצרכים והכוחות במשפחה, בחינת דרכי התערבות אפשריות ולבסוף בניית תכנית טיפול מיטבית תוך שותפות מכסימלית עם המשפחה ובשאיפה להגיע להסכמות בין גורמי המקצוע לבין המשפחה (משרד הרווחה והשירותים החברתיים, 2019). הות"ט ממליצה האם תכנית הטיפול של הילד תתקיים מחוץ לבית, או שהיא תתקיים בתוך המשפחה והקהילה. דוגמאות לתכניות טיפול חוץ-ביתיות הן השמה בפנימיות ואומנה. דוגמאות לתכניות טיפול בקהילה הן מועדוניות, מעונות יום, הפניה למרכז הורים-ילדים, אבחון וטיפול פסיכולוגי לילד, והדרכות הורים.

על פי הצהרת משרד הרווחה וברוח הרפורמה שעבר המשרד בשנים האחרונות, אלה הם העקרונות והערכים שמנחים את עבודת הוועדות: ראשית, ההנחה הבסיסית היא שמקומו של הילד הוא עם הוריו ומשפחתו הטבעית וטובתו של כל ילד היא לגדול במשפחה מיטיבה וקבועה. בנוסף, הות"ט נסמכת על הערכים והעקרונות שמופיעים באמנת האו"ם בדבר זכויות הילד (1989) תוך דגש על עקרונות השותפות והשתתפות, זיהוי וביטוי כוחות המשפחה ועבודה תוך רגישות תרבותית ומגדרית (משרד הרווחה והשירותים החברתיים, 2019).

רק בשנים האחרונות ניתן להשיג ממשד הרווחה מידע על מספר הות"ט שמתקיימות כל שנה והתפלגויות שלהן (האגודה לזכויות האזרח, Oppenheim-Weller, Shwartz & Ben- ; 2016; Arie, 2017). על פי נתוני משרד הרווחה, מאז שנת 2014 מתקיימות בכל שנה בין 18,000-22,000 ות"ט בכל הארץ, הדנות בתכניות הטיפול של כ- 30,000-35,000 ילדים (משרד הרווחה והשירותים החברתיים, 2019; פניה אישית בדואר אלקטרוני למפקח על הוועדות מר עמיר קשי, 19 ביולי 2017; פניה לחוק חופש המידע, 30 בנובמבר 2020). בשנת 2019 התקיימו 20,667 ות"ט ובהן דנו בעניינם של 34,142 ילדים (משרד הרווחה והשירותים החברתיים, 2021א).

מאז שנת 2017, בעקבות המלצות ועדת סילמן (משרד הרווחה והשירותים החברתיים, 2014ב), הועדו מתקיימות באחד משני הרכבים של אנשי מקצוע: הרכב רגיל, הכולל את המשפחה, הילד, חברי ועדה קבועים מהרשות ואנשי טיפול המעורבים בטיפול ישיר במשפחה והרכב מורחב, הכולל גם עובדות סוציאליות לפי חוק, בהתאם למקרה הנדון (משרד הרווחה והשירותים החברתיים, 2019). דיון בהרכב המורחב מתקיים במקרים הבאים: כאשר אין שיתוף פעולה או הסכמה מצד ההורים והילד על תכנית הטיפול הקיימת או תכנית הטיפול שנקבעה בוועדה בהרכב הרגיל; כאשר הופעלו אמצעי חירום כגון צו חירום או הוגשה בקשה לבית המשפט לצו נזקקות; כאשר תסקיר של עו"ס לסדרי דין מבקש דיון בהרכב המורחב בשל דאגה שסכסוך בין ההורים מקשה על קביעת תכנית טיפול לילד; כאשר נדרש מינוי אפוטרופוס וכאשר נשקלת אפשרות להפעלת חוק האימוץ (משרד הרווחה והשירותים החברתיים, 2017א). בסמכות ההרכב המורחב להמליץ על פניה לבית משפט על פי אחד מהחוקים הבאים: חוק הנוער (טיפול והשגחה), התש"ך (1960); חוק הכשרות המשפטית והאפוטרופוסות, התשכ"ב (1962); חוק אימוץ ילדים, התשכ"א (1981) וחוק בית המשפט לענייני משפחה, התשנ"ה (1995). בשנים 2017-2019, בכל שנה התקיימו כחצי מהות"ט בהרכב רגיל וחצי בהרכב מורחב, עם נטייה קלה לטובת ההרכב המורחב. בנוסף, בשנים 2017-2019 כשני שלישי מתכניות הטיפול שגובשו בות"ט היו תכניות בקהילה, וכשליש היו תכניות טיפול במסגרות חוץ-ביתיות (פניה לחופש המידע, 30 בנובמבר 2020).

על פי סקירת העשור של השירותים החברתיים שהתפרסמה במאי 2021 (משרד הרווחה והשירותים החברתיים, 2021ב), בעשור האחרון הייתה עליה ניכרת במספר התקנים למרכזי וועדות, עליה ניכרת במענים ושירותים שניתנים בקהילה למשפחות ובמועדוניות טיפוליות. עוד לפי הסקירה, במסגרת הרפורמה בוועדות, הוגבר הדגש על שותפות הורים בקביעת תכניות הטיפול. כמו כן, הושם דגש על ראיית המשפחה כמכלול ונעשו מאמצים לשלב משפחות בתכניות שיקום משפחתי בעזרת תכניות פיילוט כגון "משפחה בשביל הצמיחה", "משפחה מיטיבה" וכדומה. כמו כן מציינת הסקירה כי הוועדות עוברות תהליך של הסדרת תהליכי פיקוח ובקרה אשר עוגנו בתקנות העובדות הסוציאליות ובימים אלו מתבצעת הכנה לחקיקה שתסדיר את מעמדן החוקי של הוועדות.

שיתוף המשפחה והילד במסגרת ות"ט

כפי שראינו, בישראל כמו ברוב מדינות העולם המערבי, שיתוף אנשים בתהליך קבלת ההחלטות הנוגעות לחייהם הינו עיקרון מוצהר המנחה את העובדות הסוציאליות בתחום ות"ט, ובכלל (איגוד העובדות הסוציאליות, 2018; בן רבי ועמילאל, 2013; דולב ואחרים, 2001; מבקר המדינה, 2013; משרד העבודה והרווחה, 2002; משרד הרווחה והשירותים החברתיים, 2004; משרד הרווחה והשירותים החברתיים, 2014א; משרד הרווחה והשירותים החברתיים, 2014ב; משרד

הרווחה והשירותים החברתיים, 2017; משרד הרווחה והשירותים החברתיים, 2019; סלונים- נבו ולנדר, 2004; צרצ'מן וסדן, 2003). מקורו של עיקרון מנחה זה בשתי הנחות יסוד: האחת, השתתפות של אנשים בקבלת החלטות הנוגעות לחייהם היא זכות בסיסית הנובעת מזכותו של הפרט לאוטונומיה ומזכותו לכבוד. השניה, השתתפות הילד והמשפחה בקבלת החלטות הנוגעות לחייהם תורמת להעצמתם ומגדילה את הסיכויים לקבלת ההחלטה שתיטיב עמם ביותר, להצלחת הטיפול בהם ולשיתוף הפעולה שלהם עם ההחלטה שהתקבלה. עם זאת, תהליכי קבלת ההחלטות בות"ט מלווים תמיד במתח שבין ההגנה על ילדים מהזנחה, התעללות, סיכון וסכנה לבין שמירה על זכויות המשפחה והאוטונומיה שלה. על אנשי המקצוע בוועדה לקבל החלטות שיבטאו את טובת הילד בתוך הטווח הזה ויתקבלו בתהליך של שותפות מכסימלית עם ההורים והילדים. המתח המדובר, בתוספת העובדה שרוב המשפחות שנדרשות לעבור ות"ט מגיעות מרקע סוציו-אקונומי נמוך ופעמים רבות חסרים את הכלים להשתתף באופן פעיל או להבין את השיח המקצועי בות"ט, הופכים את השותפות עם ההורים והילדים לאתגר גדול מאוד עבור העובדות הסוציאליות שמנהלים את הוועדות (סלונים-נבו ולנדר, 2004; אלפנדרי, 2017; Gottfried & Saar-Heiman & Krumer-Nevo, 2020; Ben-Arieh, 2019; Muench, Diza & Wright, 2017). בשני העשורים האחרונים, קמו שלוש ועדות בכנסת שבחנו את סדרי עבודתן של הוועדות לתכנון טיפול והערכה והיו חלק משמעותי מתהליך שינוי והתפתחות ארוך של הות"ט, אשר נמשך עד היום. בין ועדה אחת לאחרת, התרחשו שינויים מערכתיים ומבניים בעבודת הוועדות ובהנחיות שהוציא משרד הרווחה לגביהן. חלק גדול מהמסקנות וההמלצות של כל אחת מוועדות הכנסת נוגע לשיתוף ההורים והילדים בתהליך קבלת ההחלטות, ורבות המסקנות וההמלצות אשר חוזרות על עצמן מוועדה לוועדה כבר כמעט 20 שנה. להלן תיאור קצר של כל ועדה, מסקנותיה והמלצותיה

ועדת גילת, בראשות ד"ר צבי גילת, שקמה בשנת 2002, בעקבות מחקר מקיף שערך מכון ברוקדייל בנושא ועדות החלטה בישראל: ארגון, תהליכי עבודתן ותוצאותיהן (דולב ואחרים, 2001) ובעקבות ביקורת ציבורית נוקבת על הוצאת ילדים מהבית באופן שרירותי (משרד העבודה והרווחה, 2002). דו"ח הוועדה התייחס לממצאים לפיהם רק 50% מההורים שעניין משפחתם נדון בוועדות תכנון טיפול מוזמנים לוועדות ונוכחים בהן, וגם כאשר הם משתתפים, פעמים רבות הם נוכחים רק בחלק מהדיון, בעוד בחלקים אחרים של הדיון הם מתבקשים לצאת להמתין בחוץ. לגבי השתתפות ילדים, הדוח הצביע על כך שנדיר מצב שבו מזמינים את הילדים לדיון. הוועדה המליצה לעגן בתקנות העבודה הסוציאלית חובה להזמנת ההורים לוועדות וחובה לנוכחותם לאורך הדיון המלא. כמו כן המליצה הוועדה להקים מטה פעולה שמטרתו להבטיח התארגנות ומשאבים כדי שילדים ומשפחות יקבלו סיוע, ליווי וייצוג בעת הופעתם בדיוני ועדת החלטה ובבית משפט השלום לנוער. לא מדובר בהכרח בליווי משפטי אלא ליווי שיסייע למשפחות לממש את זכותן להשתתפות. כמו כן, ציין הדוח כי לא נאספים באופן שיטתי נתונים מתוך הוועדות ולכן קיים קושי לתכנן באופן שיטתי את הוועדות והתנהלותן. ועדת גילת לא פעלה ליישום המלצותיה בקדנציה שבה קמה.

ועדה ליישום המלצות ועדת גילת, בראשות פרופ' דב גולדברגר מנכ"ל משרד הרווחה דאז (משרד הרווחה והשירותים החברתיים, 2004) אשר קמה ב 2004 במטרה לברר, להמליץ ולפרט כיצד ניתן ליישם את המלצות וועדת גילת. דו"ח צוות היישום מציין כי אחד הגורמים לכינוס הוועדה הוא התמורות והשינויים החברתיים שחלו משנות ה-90 לשנות האלפיים, המדגישים ערכים של

שותפות עם לקוחות המחלקות לשירותים חברתיים לכן, משתתפי ועדת גילת הציבו את נושא שותפות הורים וילדים בוועדות כמטרה מרכזית. צוות היישום קבע שעל מנת לשפר את עבודתן של ועדות ההחלטה, ראשית יש לשנות את שמן ל"ועדות תכנון טיפול והערכה", שינוי המבטא את תפקיד הות"ט מועדה שדנה רק בקטינים נזקקים לוועדה שהיא טיפולית בעיקרה. כמו כן המליץ צוות היישום על חובת השתתפות ההורים בות"ט, חובה לתעד ולנמק כל החלטה של הות"ט שלא להזמין הורים לוועדה וחובה לערוך מפגש הכנה להורים לפני הועדה. כמו כן המליצה הועדה לעגן בתקנות את זכותם של ההורים להזמין משתתפים מטעמם לוועדות כזכות שמקדמת את יכולתם להשתתף ואת החובה לשמוע ילדים בנוגע לעניינם והזמנתם לוועדות בהתאם לעיקרון הכשרים המתפתחים, שאומר שהאופן והמידה שבה ילד יכול לקחת אחריות ולהשתתף בקבלות הנוגעות לענייניו ייקבעו על פי הערכה של יכולותיו האישיות והשלב ההתפתחותי בו הוא נמצא. נושא נוסף בו עסקה הועדה הוא שקיפות ותיעוד. צוות היישום קבע כי יש לתעד את הוועדות באופן שיטתי ומובנה שיהיה שקוף ונגיש לבני המשפחה, והמליצה על חובה למסור את תיעוד הדיון להורים בתום כל וות"ט ולתת אפשרות להורים להעיר הערות על תיעוד הדיון. הדו"ח של צוות היישום מציין כי התיעוד צריך להימסר להורים בשפת האם שלהם במידת הצורך, וכמו כן שבמידת הצורך הות"ט תכלול מתורגמן לשפת האם של ההורים. המלצה חשובה נוספת של ועדת צוות היישום היא פיתוח הכשרות לעובדות במחלקות לשירותים חברתיים, אשר יסייעו להטמיע את השינוי התפיסתי של תפקידי הוועדה ותפקידי ההורים ומעמדם בתוכה כשותפים שזכותם וחובתם להשתתף בתכנון דרכי הטיפול עבור ילדיהם. ועדת צוות היישום אף ציינה כי אין זה מספיק להזמין את ההורים, אלא יש לעודד אותם באופן יזום להשתתפות פעילה בוועדה ולהציע פתרונות ורעיונות משלהם למענים עבור הילדים שלהם. לבסוף, המליץ צוות היישום להקים ועדות ערר מחוזיות עבור הורים שלא מסכימים להחלטות הות"ט ולהתחיל תהליך חקיקה שיסדיר מעמד חוקי ותקציבי שיאפשר את הרפורמה בוועדות. (משרד הרווחה והשירותים החברתיים, 2004; ועדת העבודה, הרווחה והבריאות, 2004)

ועדת סילמן משנת 2013 – בראשות יוסי סילמן, מנכ"ל משרד הרווחה דאז, קמה בעקבות ביקורת ציבורית על הוצאת ילדים מהבית באופן שרירותי הגורם עוול וכאב רב לילדים והורים ובעקבות דו"ח מבקר המדינה על עבודת הוועדות (אפרים, 2013; אפרים, מגנזי ומורג, 2013, לנסקי ויעקב-יצחקי, 2013; מבקר המדינה, 2013) -- ומסקנות הביניים שלה פורסמו בשנת 2014 (משרד הרווחה והשירותים החברתיים, 2014). לצד השיפור המשמעותי בנוכחות ההורים בות"ט והשיפור החלקי בתיעוד שיטתי של הות"ט, ועדת סילמן חזרה וציינה את המחדלים בעבודת הות"ט אשר נשארו מהותיים מאז ועדת גילת וצוות היישום: אין עדויות לכך שמתקיים תהליך הכנה מובנה, אין הרכב אחיד של אנשי מקצוע בות"ט ואין חובה להגעת נציגים חשובים מתחום החינוך והבריאות לוועדות. כמו כן, דו"ח ועדת סילמן ציין כי הניסיון להפוך את ועדות ההחלטה לוועדות טיפוליות כשל בשל מעורבות יתר של עובדות סוציאליות לחוק הנוער שהובילה לכך שההורים יחושו מאויימים בוועדות. הועדה חזרה והעירה כי אין איסוף שיטתי של ידע לגבי הוועדות שיסייע להבין באופן ברור את המגמות שמתרחשות בהן. לבסוף, הוועדה ציינה את עומס העבודה העצום של העובדות הסוציאליות ואת האלימות כלפיהם במחלקות לשירותים חברתיים כגורם שמכשיל את עבודת הות"ט מפני שהוא גורם לעובדות הסוציאליות לחוש מאויימות ולכן הן נוטות "לברוח" מהחלטות קשות (משרד הרווחה והשירותים החברתיים, 2014). ועדת סילמן המליצה להפריד את הוועדות לתכנון טיפול לשני סוגים שונים: וועדה טיפולית וועדה "להגנת

הילד" שתהיה פרום "מעין משפטי" ומיועדת למשפחות בהן יש צורך במעורבות של עו"ס לחוק נוער ואנשי המקצוע שוקלים לפנות לבית משפט להליך נזקקות. כמו כן המליצה הוועדה להסדיר ולפקח על תהליך ההכנה לוועדה, שיכול להשפיע על השתתפות המשפחה בוועדה כולה, להסדיר את עבודת הוועדות בחקיקה, להבטיח ייצוג משפטי על ידי המדינה למשפחות בהליך נזקקות ולהקים ועדת ערר מחוזית אליה יוכלו לפנות ההורים אם אין הסכמה להמלצות הוועדה.

לאור המלצותיהן של שלוש וועדות אלה, ולאור הביקורת הציבורית הנמשכת גם כיום (בגנו, 2020; ויילר-פולק, 2015; ירקצי, 2016) לאורך השנים נעשו ניסיונות ונקטו צעדים כדי לשפר את דרך התנהלותן של הות"ט ולעודד שיתוף לקוחות בדיוני הוועדות (אוסטר-קנב וקאי צדוק, 2011; מבקר המדינה, 2013; לייבזון, 2016; משרד הרווחה והשירותים החברתיים, 2014ב; משרד הרווחה והשירותים החברתיים, 2019; משרד הרווחה והשירותים החברתיים, 2021ב). השיפור של עבודה הוועדות הוא תהליך שמתקיים בשני העשורים האחרונים בשלושה תחומים עיקריים: **תחום הניהול והתיעוד:** בעקבות וועדת גילת (משרד העבודה והרווחה, 2002) וועדת צוות היישום (משרד הרווחה והשירותים החברתיים, 2004), משרד הרווחה פיתח "ערכת כלים" אחידה לניהול הוועדות ברוח ההמלצות של וועדות הכנסת, שפורסמה לראשונה בשנת 2008 (משרד הרווחה והשירותים החברתיים, 2008א). ערכת כלים זו מנחה את העובדת הסוציאלית של המשפחה ואת רכזי ות"ט כיצד להתכונן לדין בוועדה וכיצד לנהל אותה ומאוחר יותר שודרגה למערכת ממוחשבת (משרד הרווחה והשירותים החברתיים, 2014ג; משרד הרווחה והשירותים החברתיים, 2017א). כיום, ערכת הכלים הממוחשבת לניהול ותיעוד ות"ט נמצאת בתהליך הטמעה כרכיב בתוך תיק הלקוח במחלקות לשירותים חברתיים. נכון לכתיבת שורות אלה, המערכת הוטמעה עד עתה ב-85 מלש"ח (פניה לחוק חופש המידע, 30 בנובמבר 2020). התוכן וההבניה של הכלי מבוססים על ערכת הכלים שפורסמה לראשונה ב-2008 (משרד הרווחה והשירותים החברתיים, 2019). הכלי מעוגן כנספח בתע"ס ועדות תכנון טיפול 8.9 שהתפרסם ב-2017 (משרד הרווחה והשירותים החברתיים, 2017א). הוא כולל טפסים לתיעוד תהליך ההכנה של בני המשפחה לות"ט, ניהול ותיעוד הדין בוועדה ומעקב אחר ההמלצות. השימוש בכלי מחייב את העו"ס לתעד את מועד שיחת ההכנה שערך עם ההורים והילדים, ואף כולל דף הסבר להורים שנועד לתת להם מידע על הות"ט וזכויותיהם בה. כמו כן אמור הכלי להנחות את העו"ס שמנהלת את הוועדה לנהל אותה באופן שלבני המשפחה יהיו הזדמנויות שונות להציג את עמדותיהם. המחשוב של ערכת הכלים אמור ליצור אחידות בתיעוד הוועדות ולא פחות חשוב, לייצר בסיס נתונים שממנו ניתן יהיה לאסוף ולנתח נתונים באופן שיטתי לגבי הוועדות. שינויים אלו בתחום הניהול והתיעוד קרו מתוך שאיפה ליצור עבודה מקצועית, אחידה ומתועדת יותר בות"ט ולהטמיע את דרכי העבודה בשותפות עם המשפחה בתוך המחלקות (משרד הרווחה והשירותים החברתיים, 2019).

תחום החקיקה וההגדרה בתקנות: כפי שמתואר לעיל, כבר כמעט 20 שנה ישנה דרישה מקצועית מוועדות הכנסת השונות בנושא ות"ט וממבקר המדינה לעגן את עבודת הות"ט בחקיקה. למרות פניות רבות והתחלה של כתיבת הצעת חוק להגדרה והסדרה של הות"ט בתחילת שנות האלפיים בעקבות ועדת רוטלוי (משרד המשפטים, 2003), מעולם לא הוגשה הצעת חוק בפועל (האגודה לזכויות האזרח, 2016). בשנת 2016, הגישה האגודה לזכויות האזרח עתירה לבית המשפט העליון ובה מבקשת האגודה לחייב את משרד הרווחה להגיש תזכיר חוק להסדרת מעמדן החוקי של הות"ט. עיקרי הטענות בעתירה: לות"ט יש תפקיד מהותי בהליכי חירום ובהליכים שקובעים החלטות גורליות על חייהן של משפחות, אך אין בידן סמכות חוקית מפורשת כיצד לנהל את

ההליכים. יתירה מכך, חוק אומנה לילדים (2016) מגדיר לות"ט סמכות לקבל החלטות בתחום השמה חוץ-ביתית בתהליכי אומנה ולהמליץ על פתיחה בתהליכי אימוץ. החוק מסתמך על ההגדרה של ות"ט בתקנות הפיקוח - אחזקת ילדים במעון רגיל (1965). תקנה זו מגדירה את מיקום הועדה (ברשות המקומית בה מתגורר האחראי על הקטין) ואת המשתתפים בה מטעם הרשות ומשרד הרווחה, אך אינה מגדירה את סדרי עבודתן של הועדות ומכאן – חוק האומנה מעניק סמכות לוועדות ללא תשתית חוקית שמגדירה את דרכי עבודתן בחוק. העתירה מרכזת את עיקרי הכשלים בות"ט שחוזרים ומופיעים במחקרים, בוועדות בכנסת ובביקורת הציבורית על הות"ט: ישנו חוסר אחידות מובהק בהליך בין ות"ט שונות; אין עדויות לכך שמתקיימת הכנה הולמת עם ההורים והילדים. גם ההורים והילדים וגם אנשי מקצוע חיוניים לות"ט לא מקבלים את החומרים המקצועיים עליהם מתבסס הדיון בות"ט (דו"ח סוציאלי, אבחונים וכד') לעיון לפני הות"ט; דיוני הות"ט מתקיימים בהרכב חסר של צוות מקצועי, שאינו מחויב מבחינה חוקית להגיע לדיוני ות"ט; יש ספק לגבי התהליך והנסיבות בהם מתקבלת הסכמת ההורים לדרכי הטיפול המוצעות; תיעוד הדיון חלקי ואינו משקף את הדיון שנערך בפועל; ההורים אינם מקבלים לידם את ההחלטה והפרוטוקול של דיון ות"ט או העתק של מסמכים שחתמו עליהם; ולבסוף, גם לאחר שכבר הוגדר מנגנון ערר, אין יידוע של ההורים על זכותם לערער על החלטות הות"ט וההחלטה מגיעה לדיון בבית משפט ישירות (האגודה לזכויות האזרח, 2016). העתירה של האגודה לזכויות האזרח הובילה לכך שמשרד הרווחה התחייב לקדם הצעת חוק להסדרת פעילות הות"ט. תזכיר החוק התפרסם להערות הציבור כבר ב 2018 (תזכיר חוק שירותי הסעד, 2018), אך עד היום (אוקטובר 2021) לא הוגש תזכיר החוק לשולחן הכנסת.

עד שנת 2017, כל השינויים והשיפורים בעבודתן של הות"ט התבטאו בהנחיות ונהלים פנימיים של משרד הרווחה שבאו לידי ביטוי רשמי בצורה של ערכת הכלים לניהול ותיעוד ות"ט והנחיות שהתפרסמו מפעם לפעם בחוזר מנכ"ל או בחוברות פנימיות של המשרד (משרד הרווחה והשירותים החברתיים, 2008; משרד הרווחה והשירותים החברתיים, 2014). במקביל, הנחיות התע"ס בנוגע לוועדות תכנון טיפול נותרו מיושנות ומצומצמות. לדוגמא, הזמנת ההורים לות"ט על פי התקנות הישנות (1995) הייתה המלצה בלבד ולא היה מפורט בהן דבר הקשור לשותפות הורים וילדים. בשנת 2017 התפרסמו תקנות חדשות בתקנון העבודה הסוציאלית (תע"ס) (משרד הרווחה והשירותים החברתיים, 2017א) המפרטות לאורך 43 עמודים כיצד יש לנהל ות"ט, כולל הנחיות ברורות כיצד לוודא שנעשה המכסימום האפשרי לקדם את שותפות ההורים והילדים במשפחה. תקנות התע"ס החדשות הן תוצר ישיר של כל התהליכים שהוצגו לעיל והינן אבן דרך בהטמעת דרכי עבודה שמקדמות שותפות עם בני המשפחה בוועדות ולו בשל העובדה שהעובדות הסוציאליות מחויבות לתקנות אלו. עם זאת, לתקנות התע"ס אין בסיס חוקי עבור אנשי מקצוע שאינם כפופים למשרד הרווחה ובנוסף, ניסיון העבר ועדויות של אנשי מקצוע מלמדים שגם תקנות התע"ס אינן נאכפות כראוי. יתירה מכך, בהיעדר בסיס חוקי לתהליכי עבודתן של הות"ט לא קיים תקצוב שיבטיח את יכולתן של המחלקות לשירותים חברתיים לקיים את ההנחיות (למשל, במקרים בהם יש צורך במתורגמן בות"ט). גורמים במשרד הרווחה מעידים בעצמם כי שירותים המעוגנים בחקיקה זוכים לעדיפות על פני השירותים האחרים – הן מבחינת המשאבים הכספיים המוקצים להם והן מבחינת משאבי הזמן של העובדות הסוציאליות (משרד הרווחה, 2010 בתוך האגודה לזכויות האזרח, 2016).

תחום הכשרות והטמעה בשטח: ערכת הכלים שפורסמה ב 2008, לוותה בהכשרות כלל ארציות של יו"רי ות"ט, מנהלי מחלקות וראשי צוותים ומטרותיהן להטמיע בשטח את הרפורמה בגישת העבודה של הועדות ואת ההנחיות החדשות שנועדו לקדם שותפות עם הורים וילדים בתוכן.

ההכשרות כללו התייחסות לחידושים הנוגעים לשיתוף הורים וילדים והם: הכנת המשפחה לדיון על ידי עו"ס המשפחה; הזמנת ההורים כחובה לכל דיון ולכל אורכו של הדיון; מתן אפשרות להורים וילדים להזמין משתתף מטעמם; מעבר ממיקוד בצורכי הילד למיקוד בצורכי המשפחה; עידוד ההורים להשתתפות פעילה בדיון ולהעלאת הצעות לתוכנית הטיפול; שותפות ילדים דרך שמיעת והבאת קולם לוועדה; השתתפות ילדים בוועדה בהתאם ליכולותיהם; מסירת תיעוד הוועדה להורים; יצירת מנגנון לערעור על המלצות הועדות. במקביל, החל הפיתוח של המערכת הממוחשבת. (משרד הרווחה והשירותים החברתיים, 2014ג). כאשר הסתיים הפיתוח של המערכת הממוחשבת, הוציא משרד הרווחה חוברת הנחיות שסיכמה את עיקרי הרפורמה שנעשתה עד אז בוועדות וכללה מקבץ חדש של הנחיות שהתמקדו בשיתוף הורים וילדים בוועדות. החוברת כללה למשל, בפעם הראשונה, הנחיות מפורטות מאוד לגבי שלב ההכנה לדיון להורים וגם לילדים, שלב שהוא אבן הדרך המשמעותית ביותר בדרך לשיתוף (משרד הרווחה, 2014ג). כמו כן, החוברת כללה הגדרות תפקידים של עובדי המחלקות לשירותים חברתיים ומשרד הרווחה שיש להם תפקיד בות"ט ובכלל זה הוגדרה האחריות של יו"ר ות"ט להטמיע את נהלי העבודה החדשים במחלקות לשירותים חברתיים. ככלי ללמידה והטמעה של הערכים המנחים את ות"ט, החוברת כוללת הסבר מפורט תאורטי ומעשי על חשיבות השותפות עם הורים וילדים בקבלת החלטות (משרד הרווחה והשירותים החברתיים, 2014ג). עם זאת, לאחר פיילוט של המערכת הממוחשבת מתו"ה (מערך תכנון והערכה), התקבל משוב מהעובדות במחלקות שמדובר במערכת מסורבלת ולא נוחה, בעקבותיו הופסק הפיילוט של המערכת הממוחשבת מתו"ה, והוחלט להטמיע את המערכת הממוחשבת לניהול ות"ט כרכיב בתיק הלקוח של המחלקות מתוך שיחה עם המפקחות על ועדות תכנון טיפול הגבי מיכל יטמנו, 5.11.20).

על אף ההתפתחויות הנ"ל שקרו בעשרים השנה האחרונות, החומרים העולים מהמחקרים והוועדות שנערכו בתחום מצביעים על פערים בין העקרונות המוצהרים לבין המצב בשטח, בו לעיתים קרובות עקרונות השיתוף מתקיימים באופן חלקי בלבד (אלפנדרי, 2016; בן רבי ועמיאל, 2013; מבקר המדינה, 2013; מרמור, לוין וכץ, 2016; משרד הרווחה והשירותים החברתיים, 2014ב; Alfandari, 2017a; Oppenheim-Weller et al., 2017). בשנת 2012, ביצע מכון ברוקדייל מחקר הערכה אשר בדק את מידת יישום הרפורמה של משרד הרווחה – בשנת 2008 -- לגבי דרך הפעולה של ועדות תכנון טיפול במחלקות לשירותים חברתיים (בן רבי ועמיאל, 2013). גם מחקר זה התבסס על שאלונים וראיונות שנערכו עם עובדות סוציאליות מתחום ות"ט והוא נערך בקרב 11 מחלקות לשירותים חברתיים. על פי הממצאים, העובדות דיווחו על עליה משמעותית בנוכחות הורים בות"ט ובקיום תהליכי הכנה עם ההורים לפני הדיון בוועדה – פעולות אשר מקדמות את יכולתם להשתתף בדיון ולבטא את עמדותיהם. עם זאת, הממצאים הראו על הטמעה חלקית בלבד של הכלים שפותחו ליישום הרפורמה, ועל עבודה לא אחידה של המלש"ח בתחום הכנת ההורים, יישום הנהלים, ותיעוד הות"ט.

החוקרת רווית אלפנדרי ביצעה בשנת 2011 מחקר, אשר נועד לבחון גורמים מערכתיים שהשפיעו על הטמעת הרפורמה בות"ט. המחקר כלל תצפיות על 21 ות"ט, ראיונות עם עו"סים וניתוח מסמכים (אלפנדרי, 2016). הממצא העיקרי של מחקר זה הוא שמטרות הרפורמה הושגו

באופן חלקי בלבד, בשל אי התאמתה לתנאים בשדה: סביבת העבודה הארגונית והתרבות הארגונית. את הביטוי לכך ניתן לראות באי הקפדה להביא לות"ט את נקודת המבט של ילדים שנוכחים ושנעדרים ממנה ובמימוש מוגבל מאוד של שותפות עם הורים בות"ט במושגים של העברת כוח להורים כדי שישפיעו על ההחלטות שנוגעות להם ולמשפחתם. גורמים מערכתיים שנמצאו כמשפיעים על אי המימוש של הרפורמה הם: עומס עבודה עצום של העו"סים במלש"ח, מחסור בזמן ראוי לבנות מערכות יחסים מבוססות אמון עם המשפחות, כישורים ומיומנויות לא מספקים לתקשורת עם הורים וילדים בצורה מועילה סביב הות"ט, גישה "ממוקדת כלי" ולא "ממוקדת משתמש" המניחה כי ההנחיות הכתובות יתנו מספיק בהירות לעובדות הסוציאליות בשטח ולא מתבססת על הצרכים שלהן, ותרבות ארגונית פטרנליסטית המתבטאת בשימוש במנגנוני כפייה ושליטה כדי ללחוץ על הורים להסכים לדרכי הטיפול שהרווחה מציעה (אלפנדרי, 2016; Alfandari, 2017a).

ריאיונות עם עובדות סוציאליות שמלווים משפחות לות"ט במחקר של אלפנדרי ובמחקרים נוספים (מרמור, לוין וכץ, 2016) מעלים כי עובדות סוציאליות רבות מרגישות כי אין בידיהן כלים מספיקים לתקשורת עם ילדים לפני ובזמן הוועדות ולהתמודדות עם הדילמות המורכבות ששיתוף ילדים מביא איתו, ושההזדרכה והתמיכה הניתנת בשטח אינה מצליחה לספק את הצורך בכלים נוספים. במקביל, הכלים המקצועיים שפותחו לניהול הוועדות אינם שיטתיים ומדידים מספיק כדי להנחות את העובדות הסוציאליות כיצד לוודא השתתפותם הפעילה של הילד והמשפחה בקבלת ההחלטה על תכנית הטיפול שלהם וכדי ללמוד על הנושא עוד במסגרת מחקר. בהמשך לכך, המחקר של אלפנדרי (2016; Alfandari, 2017a) מקדם באופן משמעותי את הידע לגבי הגורמים המערכתיים המהווים חסמים ליישום הרפורמה בות"ט, אך קיים מחסור משמעותי במחקר שישפוך אור על גורמים ומאפיינים אישיים-מקצועיים שיש להם קשר לפערים המשמעותיים שמציגים כלל המחקרים והוועדות שבחנו את הות"ט בין ההצהרות והתקנות לבין יישום הרפורמה בשטח, ובמיוחד החשיבות והמקום שהיא נותנת לשיתוף הורים וילדים בות"ט. חוסר הנגישות לנתונים הנאספים בצורה שיטתית על עבודת הוועדות חוזר גם הוא שוב ושוב במחקרים וועדות ומהווה מחסום משמעותי להתפתחות של מחקר בתחום (האגודה לזכויות האזרח, 2016; Oppenheim-Weller et al., 2017). בשיחה עם המפקחת על הות"ט היא הדגישה, כי המעבר שכבר התחיל למערכת ממוחשבת שתרכוז את כל הנתונים של הות"ט יאפשר איסוף נתונים למחקר שיטתי ברמה הארצית (מתוך שיחה עם המפקחת על ועדות תכנון טיפול הגב' מיכל יטמנו, 5.11.20), אך נכון לכתובת שורות אלו המערכת הוטמעה ב 85 מלש"ח בלבד (פניה לחוק חופש המידע, 30 בנובמבר 2020).

FGDM (Family Group Decision Making) או FGC (Family Group Conference) ובעברית קד"ם (קבוצת דיון משפחתית) הוא מודל אשר מתמקד בגיוס המשפחה המורחבת לקחת אחריות על הילד שנמצא בסיכון ולמצוא פתרון לטיפול בו בתוך הקהילה והמשפחה. המודל נועד לאפשר עבודה משותפת עם הורים בסביבה שיוויונית יותר לעומת ועדות פורמליות. המודל כולל שלושה מרכיבים: **הראשון**, הדיון במצבי הסיכון של הילדים ובפתרונות האפשריים תמיד כולל את המשפחה ואת הרשת החברתית הרחבה שלה. **השני**, למשפחה ניתנת תמיד האפשרות לדון בפרטיות וללא התערבות אנשי המקצוע בפתרונות אפשריים. **השלישי**, המשפחה ואנשי המקצוע צריכים להגיע להסכמה על הפיתרון הטוב ביותר למצבו של הילד, כאשר לעו"ס יש זכות ווטו אם לא מושגת הסכמה (Wilson & Bell, 2001). מקורם של מודלים אלה בניו זילנד והם צמחו מתוך

עבודה עם הקהילה המאורית, בה נהוג שבני המשפחה המורחבת לוקחים אחריות על הילד כאשר קיימת התעללות במשפחה. מודלים אלו בגרסאות שונות אומצו במערכות הרווחה של מדינות רבות בארה"ב ובאירופה, אך מועט המחקר הבודק את יישומן. בנוסף, מודלים אלה כלליים מאוד ולכן היכולת למדוד ולהעריך אותם במחקר, מוגבלת (Morris & Burford, 2009; Morris & Connolly, 2012).

בשנת 2018 החלה לפעול בישראל תכנית פיילוט לטיפול בילדים במצבי סיכון על פי מודל קד"ם. התכנית הוקמה ותוכננה בשיתוף של משרד הרווחה, משרד הקליטה וגוינט-אשלים ומלווה במחקר על ידי חממת נבט בבית הספר לעבודה סוציאלית ורווחה חברתית באוניברסיטה העברית בירושלים. התכנית, שנקראת "עולים לדרך", מיועדת למשפחות של עולים ושל קבוצות ייחודיות באוכלוסייה שמתאפיינות באמון נמוך וחשדנות כלפי מערכת הרווחה ובוחנת את מודל קד"ם כחלופה להליך הקיים של ות"ט (שמר, ביטון, גוטמן, אלקיים וסרי-לוי, 2020). בשנה הראשונה השתתפו בו 63 משפחות, מתוכן נשרו מהתכנית 10 משפחות. ממצאים ראשוניים של המחקר שמלווה את התכנית היו, שמצד אחד בני המשפחה השתתפו ולקחו חלק פעיל בבניית תכנית הטיפול אך עם זאת, היו גורמים בולטים שהקשו על השותפות כמו אי הבנה של אופי התהליך, שימוש בשפה מקצועית, חסמים של שפה לעיתים גם במקרים בהם היה תרגום של מתורגמן. במיוחד בתהליך שיתוף הילדים התגלעו קשיים שמקורם בהתלבטות של ההורים וגם של אנשי המקצוע אם וכיצד הילד צריך להשתתף בתהליך (שמר, רואר-סטריאר ועבוד-חלבי, 2019). חשוב לציין כי תכנית הפיילוט "עולים לדרך" והמחקר המלווה אותה נמצאים בחיתוליהם עדיין ויש להם פוטנציאל גבוה להוסיף ידע על שותפות בקבלת החלטות עם משפחות בסיכון אך עם זאת, לא צפוי כרגע שמודל קד"ם יחליף את דרכי העבודה העכשוויות של הות"ט. אם כן, לא קיים מודל מובנה ומדיד לקבלת החלטות משותפת עם המשפחה בות"ט. חוסר זה עשוי לעכב ואף להכשיל את הטמעת ערכי השיתוף בפרקטיקה.

גישות התערבות ממוקדות משפחה

גישות התערבות המתייחסות לצורכי וקשיי המשפחה כולה, בהשוואה לטיפול יחידני בילד, מעודדות שיתוף הורים. כשהמשפחה כולה הנה יחידת ההתערבות העיקרית ההורים לא נתפסים כגורם הפתולוגי אשר יש להגן על הילדים מפניהם, אלא הם נתפסים כלקוחות שיש להתייחס לדאגותיהם וצורכיהם. זאת ועוד, כשההורים נתפסים כלקוחות מובן שחשוב לגייס אותם לטיפול ולעבוד אתם ביחד הן למען טובת ילדיהם והן למען שיפור מצב המשפחה כולה (סלונים-נבו ולנדר, 2004). חלק מהגישות ממוקדות המשפחה הן יותר פטרנליסטיות ביחסן להורים וחלק יותר משתפות אותם, אולם כולן מניחות כי לילדים יש זכות לגדול במשפחתם הטבעית וההפרדה שלהם מהמשפחה עלולה לגרום להם ולמשפחה נזק (Duchnowski, Kutash, & Friedman, 2002). על פי גישה ממוקדת משפחה, הפתרונות והכוחות לשינוי מצבם של ילדים בסיכון נמצאים בתוך המשפחה. על כן, תכנית הטיפול תתמקד בכוחות המשפחה והקהילה שיכולים לסייע לילד, ותכלול תכניות קהילתיות המספקות את המענה המתאים לילד ואת ההדרכה, הטיפול והליווי שיספקו למשפחה את הכלים לשפר את מצבה ומצבו של הילד. בדרך זו, ניתן למנוע את מצבי הסיכון של הילד תוך העברת האחריות למשפחה, העצמתה וסיוע לה (סלונים-נבו ולנדר, 2004; Burns, 2002; Duchnowski, Kutash, & Friedman, 2002).

כבר משנות ה-70 פותחו בארץ ובעולם התערבויות ממוקדות משפחה, בעלות אפיונים שונים, אשר מטרתן להגן על ילדים ובני נוער תוך השארתם בקהילה ותוך התמודדות עם קשיי המשפחה

כולה (סלונים-נבו ולנדר, 2004; ריבקין וסומך, 2010; J.D. Burchard, Bruns, & S.N., 2010). המחקרים מראים על תוצאות מעורבות: מצד אחד התערבויות משפחתיות אינטנסיביות מועילות לתפקוד המשפחה ברמה הרגשית וההתנהגותית, אך מצד שני אין עדויות עקביות וחד-משמעיות על הצלחתן למנוע הוצאת ילדים מהבית (ראו סקירה אצל: Al, Stams, Bek, Damen, Asscher, & van der Laan, 2012).

החל משנות ה-90 לערך התפתחו בעולם ובישראל תכניות "מעטפת" (Wraparound) למיניהן אשר נועדו להגן על ילדים בסיכון תוך שימת דגש לשותפות הורים לאורך כל תהליך ההתערבות. למעשה, הן מבוססות על שותפות של ההורים, של המשפחה המורחבת, ואף של חברים ושכנים בבניית תכנית הטיפול ויישומה. הן מתייחסות לצורכי המשפחה כולה, כמו מצוקה כלכלית, בעיות בריאות, דיור, ושימוש בחומרים ממכרים. הן מתמקדות בכוחות ומשאבים הקיימים במשפחה ובקהילה. הן מעודדות שיתוף פעולה עם מערכות רווחה בקהילה כמו בריאות, חינוך ותעסוקה. הן נעזרות בתקציב גמיש בו ניתן להשתמש כדי להתמודד עם קשים של כל חברי המשפחה. הן מספקות ליווי אינטנסיבי של כל המשפחה על ידי עובדות סוציאליות ואנשי מקצוע אחרים. והן מאופיינות על-ידי מספר מועט של משפחות בטיפול לכל אשת מקצוע (סלונים-נבו ולנדר, 2004; ריבקין וסומך, 2010; Suter & Bruns, 2009).

מחקרים שנערכו על תכניות אלו במדינות שונות מצביעים על תוצאות חיוביות המתבטאות בשיפור המצב הרגשי, התפקודי והפיזי של הילדים והמשפחות שהשתתפו בתכניות ממוקדות משפחה. יתר-על-כן, משפחות נוטות להביע שביעות-רצון מהתכנית ולשתף עמה פעולה (סלונים-נבו ולנדר, 2004; ריבקין וסומך, 2010; Browne, Puente-Duran, & Burchard et al., 2002; Clark et al., 1996; Shlonsky, Thabane, & Verticchio, 2016). אולם, הממצאים אינם חד-משמעיים ונדרשות עדויות נוספות ועקביות על היכולת של תכניות אלו למנוע הוצאת ילדים בסיכון מהבית, מה גם שבחלק ניכר מהמקרים לא מיישמים בקפדנות את האידאולוגיה ושיטות העבודה של תכניות המעטפת (Browne et al., 2016; Bruns, Pullmann, Sather, Brinson, & Ramey, 2015; Suter, & Bruns, 2009).

המדיניות של משרד הרווחה והשירותים החברתיים בישראל מעודדת גישות ממוקדות משפחה. הצהרת המדיניות ותע"ס ילדים בסיכון מנחים את העובדות הסוציאליות המטפלים בילדים ונוער בסיכון שהוצאה חוץ ביתית צריכה להיות פתרון אחרון לילדים במצבי סיכון, ולהתבצע רק לאחר שמוצו כל האפשרויות לטיפול בקהילה (בן רבי ועמיאל, 2013; משרד הרווחה והשירותים החברתיים, 2012; משרד הרווחה והשירותים החברתיים, 2014א; משרד הרווחה והשירותים החברתיים, 2014ב). בעשורים האחרונים, היה ניסיון של משרד הרווחה להעברת משאבים ומכסות מהטיפול החוץ-ביתי לטיפול הקהילתי (עם הפנים לקהילה, 2006; Dolev, Ben Rabi & Zemach-Marom, 2009). מחקר שבדק את הטמעת המדיניות הזו העלה כי אנשי המקצוע סבורים שות"ט מציעות מענים בקהילה רבים יותר מבעבר ותכניות הטיפול הולמות יותר (בן רבי ועמיאל, 2013; דולב ואחרים, 2008) וכמו כן שמספר ההשמות החוץ ביתיות יציב כבר כעשור בעוד מספר הילדים בסיכון הולך ועולה, נתון שמצביע על ירידה באחוז ההשמות החוץ-ביתיות (משרד הרווחה והשירותים החברתיים, 2021). עם זאת, המדיניות מיושמת באופן חלקי בלבד: יש גידול משמעותי בפיתוח שירותים בקהילה, אך רוב אנשי המטה עובדי המשרד תופסים את המדיניות כמסגרת משלימה למסגרות החוץ-ביתיות ולא כתחליף להן (דולב ואחרים, 2008). במקביל, קיימת ביקורת ציבורית על מאות ילדים שממתינים להשמה חוץ ביתית ואין להם מקום

(גיל-עד, 2021; מבקר המדינה, 2020). בנוסף, היו תלונות רבות של אנשי המקצוע בדבר מחסור במשאבים ובתכניות מתאימות, וקביעת החלטות שמונחה על פי שיקולים תקציביים (דולב ואחרים, 2008; סלונים-נבו ולנדר, 2004). כמו כן, אנשי המקצוע מעידים כי לעיתים קרובות ילדים שחזרו ממסגרת חוץ-ביתית לקהילה במסגרת מדיניות "עם הפנים לקהילה" אינם מקבלים את העזרה המוצעת להם מכיוון שהם ומשפחותיהם אינם מעוניינים בה. עובדה זו מעלה שאלה בדבר התאמת המענים שנבנו בקהילה לצרכי המשפחות והילדים וכמו כן בדבר שיתוף ההורים בתהליך ההחלטה על תכנית טיפול בקהילה (דולב ואחרים, 2008). דומה שאף על פי המאמצים שנעשו בתחום, המצב אינו מספק (משרד הרווחה והשירותים החברתיים, 2014). לכן, במחקר זה נתייחס גם לשאלת ההתערבויות בקהילה, ולמוקדי ההתערבות בשירותים והמענים שנקבעים בוועדות עבור משפחות וילדים.

מרכיבים של שיתוף הילד והמשפחה בות"ט

המלצות הועדות והמחקרים בתחום ות"ט (משרד הרווחה והשירותים החברתיים, 2014; דולב ואחרים, 2001; מבקר המדינה, 2013; משרד העבודה והרווחה, 2002; משרד הרווחה והשירותים החברתיים, 2004) כמו גם הנחיות הת"עס המעודכנות (משרד הרווחה והשירותים החברתיים, 2017א) ועקרונות הרפורמה (משרד הרווחה והשירותים החברתיים, 2019) מתייחסות למרכיבים של שיתוף הילד והמשפחה.

נתונים סוציודמוגרפיים: נתונים סוציו דמוגרפיים כמו גיל, רמת השכלה ושפת האם של בני המשפחה עשויים להשפיע על יכולתה של העובדת סוציאלית לתקשר עמם ולהעביר להם מידע בצורה ברורה, למשל במקרה של ילד בגיל הרך, הורים שאינם דוברי עברית או הבדלים משמעותיים בתפיסת העולם שנובעים מעולם ערכים תרבותי/דתי שונה. מחקר שנערך על ידי הצגת סיפורי מקרה של ילדים בסיכון לעובדות סוציאליות מצא כי מעמד סוציו-אקונומי נמוך ומוצא עדתי משפיעים על תהליך קבלת החלטות שעורכות עובדות סוציאליות לגבי ילדים בסיכון: ילדים מעדות המזרח ומרמה סוציו אקונומית נמוכה הוערכו כנמצאים בסיכון גבוה והומלץ להוציאם מן הבית יותר מאחרים. כמו כן, במקרים בהם התקיים סיכון אובייקטיבי, היתה נטייה להמליץ על הוצאת ילדים מרקע סוציו אקונומי נמוך מן הבית יותר מאשר ילדים מרקע סוציו אקונומי גבוה (Enosh & Bayer-Topilsky, 2014). ממצאים אלה מצביעים על כך שמשתנים דמוגרפיים עשויים להשפיע על תהליך קבלת החלטות בות"ט.

משך ההיכרות של גורמי הרווחה עם המשפחה: במציאות בה התחלופה של עובדות סוציאליות במלש"ח גבוהה (לוי, 2008; דו"ח הועדה למלחמה בעוני בישראל, 2014), משך ההיכרות של גורמי הרווחה עם המשפחה עשוי לנוע על טווח של מספר חודשים ועד מספר שנים. היכרות ארוכת טווח עשויה להשפיע על העובדות הסוציאליות להכיר את המשפחה היכרות עמוקה ולחוש כלפיה מחויבות חזקה יותר מהיכרות קצרת טווח, אך מן הצד השני היא יכולה להביא עמה מטענים רגשיים ועמדות מקובעות לגבי המשפחה. לכן, למשך ההיכרות יש פוטנציאל גבוה להשפיע על מידת קבלת ההחלטות המשותפת בות"ט.

ההכנה לדיון בות"ט: הכנת המשפחה לפני הדיון בות"ט יכולה לסייע לתחושתם שהם מוכנים ומסוגלים לומר את דעתם במהלך הדיון, מודעים לזכויותיהם ובוחרים אם להביא נציגים מטעמם ולהציע תכניות טיפול שנראות להם מתאימות עבורם. המחקרים והועדות שנערכו בתחום ות"ט מדגישים את הצורך בפיתוח כלים להכנה (דולב ואחרים, 2001; משרד העבודה והרווחה, 2002; משרד הרווחה והשירותים החברתיים, 2004; משרד הרווחה והשירותים החברתיים, 2014).

בערכת הכלים לניהול ותיעוד ות"ט המופיעה כחלק מהתע"ס (משרד הרווחה והשירותים החברתיים, 2017א) והשימוש בה החל ב 2008, קיימים נהלים לביצוע תהליך ההכנה ותיעודו, הכוללים דף הסבר להורים עם זכויותיהם והנחיות לשמיעת דעתם על ידי העובדת הסוציאלית של המשפחה. עם זאת, לא נמצא תיעוד לכך שהעובדות במחלקות אכן מקיימות את תהליך ההכנה לדיון על פי הנהלים (מבקר המדינה, 2013; בן רבי ועמיל, 2013). ערכת הכלים (משרד הרווחה והשירותים החברתיים, 2008) המעוגנת בתקנון העבודה הסוציאלית (משרד הרווחה והשירותים החברתיים 2017) מפרטת את רשימת הפעולות והנושאים שהעו"ס צריך לכלול בתהליך ההכנה להורים: תיאור הדאגות שהובילו לפנייה לות"ט, מידע והסבר על הועדה, מתן העתק מהדו"ח הסוציאלי—אם ההורים מבקשים אותו--; הסבר על זכותם של ההורים לקבל לפני הועדה את כל המסמכים שיוצגו בה, בירור עמדותיהם של ההורים והעובדת הסוציאלית לגבי פתרונות אפשריים, הזכות של ההורים להציע פתרון משלהם אשר יובא לדיון בוועדה ויישקל בהתאם לאפשרויות היישום שלו ולהתמודדות עם הדאגות שעלו וזכותם של ההורים לבקש שיגיע מלווה מטעמם. על פי התע"ס, כל הילדים שעניינם נדון בות"ט יעברו פגישת הכנה, גם אם לא יהיו נוכחים בות"ט עצמה. על מנת שילד יעבור הכנה ראויה לדיון ות"ט בעניינו, על העובדת הסוציאלית של המשפחה לערוך ביקור בית וגם לקיים בתאום עם ההורים פגישה עם כל הילדים שהות"ט דנה בעניינם שמטרתה לתאר בפני הילד את הות"ט, הסיבה לשמה היא נערכת ולברר את תפיסתו ועמדתו ביחס לתכניות טיפול אפשריות שעשויות לעלות בות"ט. במידה שלא מתאים לערוך פגישה עם הילד מפאת מוגבלות או גיל צעיר, העו"ס צריכה לצפות בילד במסגרת החינוכית/הטיפולית בה הוא נמצא.

נוכחות הילד והמשפחה בות"ט: נוכחות בני המשפחה בדיון היא תנאי בסיסי להשתתפותם בו וזכות בסיסית שלהם. על פי התע"ס (משרד הרווחה והשירותים החברתיים, 2017א), חובה על העובדות הסוציאליות להזמין את שני ההורים לדיון ות"ט, גם אם הם גרושים או פרודים, ואף לפצל את הדיון אם נוכחות שני ההורים יחד עשויה להיות בעייתית. אם ההורים לא יכולים להגיע למועד שנקבע, העו"ס ינסה לקבוע מועד אחר. במידה שאחד ההורים לא יכול להגיע עקב מצב רפואי, ריחוק פיזי (חי בחו"ל) ומצבים דומים, העו"ס צריך לעשות מאמץ ליצור קשר עם ההורה ולהקשיב לעמדותיו ביחס למצב המשפחה מרחוק. מבחינת השתתפות ילדים, התע"ס מנחה שבמידה והילד מתחת לגיל 12, לאחר תהליך ההכנה העו"ס תחליט, בהתאם ליכולותיו ורצונו של הילד, אם יוזמן לוועדה מעל גיל 12 הילד יוזמן תמיד להשתתף בות"ט עצמה (משרד הרווחה והשירותים החברתיים, 2017א).

המידה בה נשמע קולם של ההורים והילד בות"ט: נוכחות לבדה אינה מצביעה על מעורבות פעילה. על מנת להשתתף בקבלת ההחלטה בות"ט באופן פעיל, ההורה והילד צריכים לקבל הזדמנות לדבר, להביע את עמדותיהם, רצונותיהם, העדפותיהם ומחשבותיהם ביחס לתכנית הטיפול. ערכת הכלים (משרד הרווחה והשירותים החברתיים, 2017א) מנחה את רכזת הות"ט להעלות בפני ההורים כל תחום שבו יש דאגות או שנתפס ככוחות של ההורים ולסמן במידה וההורים לא מסכימים לעמדת אנשי המקצוע. כמו כן מנחה הכלי את היו"ר לסכם את עיקרי הדיון ואת ההתערבויות שנידונו, אך לעומת הגרסא הישנה יותר של הכלי (משרד הרווחה והשירותים החברתיים, 2008א), בגרסה העדכנית אין סעיפים יעודיים לתיעוד עמדותיהם של ההורים והילדים ואין דרישה לצטט אותם במילותיהם. שמיעת קולם של המשפחה והילד נתקל בקשיים משמעותיים כאשר המשפחה מגיעה מאוכלוסייה מודרת חברתית, בשל פערי שפה

ותרבות. בהיעדר הכוונה ברורה לשמיעת קולם ותיעודו כחלק מהדיון בוועדה, הסדרים הנוכחיים עשויים להשתיק את קולם של ילדים ומשפחות תוך שימור ההדרה החברתית שלהם ושליה של הזכות לאוטונומיה, לזהות ולכבוד (רוגן וגילת, 2006).

מידת התייחסות לכוחות חיוביים של הילד והמשפחה בות"ט: באופן מסורתי והיסטורי, רוב הגישות לעבודה סוציאלית עם משפחות מתמקדות בפתולוגיה של הפרט: הבעיות מהן הוא סובל והבעיות אותן הוא מייצר (Early & Glenmayer, 2000). במקרים רבים הדיון בשאלת ההוצאה מהבית מתבסס על ממצאי אבחונים שמתמקדים גם הם באבחנות ובפתולוגיה (סלונים-נבו ולנדר, 2004; מאסס, 2010; רוגן, 2005). במקביל, בעשורים האחרונים צמחו גישות המתמקדות בכוחות, בגדילה ובריפוי, מתוך ראייה של עבודה סוציאלית מעצימה שאינה מדכאת חברתית והן יוצאות מתוך הנחה בסיסית כי לבני אדם ישנה יכולת לגדול, להשתנות ולהסתגל וכי לאנשים ומשפחות יש ניסיון וידע שהופכות אותן למומחיות לחייהן. על פי גישת הכוחות, המשפחות יתפקדו טוב יותר בטווח הארוך אם העו"ס יסייע להם לזהות, להכיר ולהשתמש בכוחות והמשאבים שיש להם בתוך עצמם וסביבתם, ולכן עליו ליצור דיאלוג של כוחות עם המשפחה (רוגן, 2005; Early & Glenmayer, 2000; Roose, Roets & Schiettecat, 2012). דיאלוג של כוחות עשוי להגביר את המוטיבציה והרצון של המשפחות להשתתף מכיוון שהוא מבטא הכרה במאמצייהן להישרדות ולשיפור המצב ובכך מעצים את המשפחה (Early & Glenmayer, 2000). בנוסף, הוא עשוי לתרום לאיזון פערי הכוחות במערכת היחסים בין העו"ס למשפחה ע"י עידוד מעורבות ושליטה של המשפחה בתהליך קבלת ההחלטה, שעשוי להגביר גם את הצלחת הטיפול עליו הוחלט (סלונים-נבו ולנדר, 2004; Roose et al., 2012). ולאיזון בין מגבלות המערכת, שלעיתים אין בידה מספיק שירותים לטיפול במשפחה, לבין מגבלות הפרט. באין הכרה בכוחות של המשפחה והילד, פוחת השיתוף ואיתו גם התקווה לשינוי. במקביל, משתמר העוול החברתי שנעשה למשפחות וילדים אשר מתוייגים על פי ליקויים, בעיות וקשיים (רוגן, 2005). בתע"ס ות"ט (משרד הרווחה והשירותים החברתיים, 2017א) זיהוי והערכת כוחות ומתן ביטוי להם בתכנית הטיפול הם חלק מהעקרונות המוצהרים שהתקנות מנחות את העו"סים בוועדה לפעול לפיהם בעת כתיבת הדו"ח הסוציאלי, תהליך ההכנה לוועדה ובדיון בות"ט עצמו. בכלי לתיעוד הדיון המופיע כנספח בתע"ס, קיימת רשימה של תחומים (למשל, הסביבה הביתית, תפקוד הורי ותפקוד של הילד) לגבי כל אחד מהם העו"ס צריכה לסמן אם הוא כוח או דאגה במצב הנוכחי של המשפחה.

הערכת חומרת הבעיה: משפחות מגיעות לדיון בות"ט בשל תפיסה שלהן וואו של איש המקצוע שקיימת בעיה או מצב סיכון אשר פוגע בילדי המשפחה. עם זאת, עשויים להיות הבדלים בין הערכת המשפחה והערכת העובדת הסוציאלית את חומרת הבעיה. מחקרים מראים שככל שהבעיה מוערכת כחמורה יותר על ידי אנשי המקצוע, מידת השיתוף של הילד והמשפחה בקבלת ההחלטה עשויה להיות נמוכה יותר. זאת מכיוון שבמצבים חמורים וקיצוניים שמים אנשי המקצוע דגש מיוחד על הצורך להגן על הילד אשר בא על חשבון שיתוף המשפחה (Coyne, 2011; Amory, Kiernan & Gibson, 2014; Thomas & Percy-smith, 2011). גם בהוראות תע"ס ות"ט (משרד הרווחה והשירותים החברתיים, 2017א) ניתן לזהות סעיפים אשר מתירים לעובדות הסוציאליות לנקוט צעדים שמגבילים את השיתוף במקרים של חשש לפגיעה בילד או סיכון גבוה שמצריך דיון דחוף בות"ט, למשל: להגביל את המידע שנמסר להורים וליילד או לקיים ועדה ללא הורה אם פעם אחת הוזמן ולא הגיע. סעיפים אלה מלמדים כי הערכת חומרת הבעיה על ידי העו"ס יכולה להשפיע ישירות על מידת שיתוף הורים וילדים.

נוכחות של אנשים מטעם המשפחה: אדם שהמשפחה או הקטין בחרו להביא מטעמים לות"ט ואשר הם סומכים עליו שיוכל לייצג נאמנה את טובתם, יכול לסייע לבני המשפחה להשתתף בדיון ולהביע עמדתם. המלצות ועדת גילת (משרד העבודה והרווחה, 2002) וצוות היישום (2004) היו לעגן בתקנות ובחוק את זכות המשפחה והילד להביא לדיון כל אדם שיחפצו להביא מטעמים. סגור ותמיכה מצד אדם בלתי תלוי מטעם המשפחה בעת תהליך תכנון הטיפול וקבלת החלטות, הוא מנגנון שהוצע במדינות רבות בעולם כמקדם שותפות והשתתפות (אלפנדרי, 2017). (משרד הרווחה והשירותים החברתיים, 2017א), עו"ס המשפחה צריכה לידע את ההורים על זכותם להביא מלווה שהוא בן משפחה מטעמים לוועדה ואף לחשוב יחד איתם אם יש מישהו שיכול להתאים מבחינתם. עם זאת, צירוף של מלווה נדרש לאישור העו"ס ויו"ר הוועדה. מלווה שהוא עו"ד המייצג את המשפחה, לעומת זאת, יכול להצטרף רק למפגש ההכנה עם המשפחה ולא יורשה להיכנס לדיון הוועדה.

נוכחות של אנשי מקצוע רב תחומיים מהקהילה: אנשי מקצוע אלה הם בעלי יכולת משמעותית לתרום לשיתוף המשפחה והילד בות"ט מכיוון שיש להם היכרות ישירה ומעמיקה עם המשפחה והילד. ועדת גילת (משרד העבודה והרווחה, 2002) וצוות היישום (2004) ממליצות על חובת הזמנה של נציגי חינוך, בריאות וטיפול משירותים בקהילה אשר מטפלים במשפחה והילד. מבקר המדינה (2013) מצא כי עשר שנים לאחר המלצות אלו, שלושים ושבע אחוזים מהות"ט מתקיימות ללא אנשי מקצוע מחוץ למלש"ח. מבקר המדינה מציין כי מכיוון שסדרי עבודתן של הות"ט אינם מעוגנים בחוק, קיים קושי מצד המלש"ח לגייס לדיונים את אנשי המקצוע מהקהילה. ואמנם, הנחיות התע"ס המעודכנות (משרד הרווחה והשירותים החברתיים, 2017א) מנחות את העו"ס להזמין לוועדה נציגי חינוך, בריאות וקהילה שיש להם קשר ישיר לילד, אך אין על נציגים אלה חובה חוקית להגיע ולכן עד שחובת הנוכחות שלהם לא תוסדר בחוק, לא ניתן להבטיח את השתתפותם בות"ט.

הסכמת בני המשפחה עם תכנית הטיפול המוצעת, כולל תכנית טיפול שהוצעה על ידי בני המשפחה: אנשי המקצוע וכמו כן בני המשפחה מגיעים לעיתים קרובות לות"ט עם תכנית טיפול שחשבו עליה מראש כמתאימה ביותר למצב, והם מבקשים את הסכמת העובדת הסוציאלית לביצועה. במצב אחר, העובדות הסוציאליות מציעים תכנית שנראית להם מתאימה ביותר. מחקר שנערך בישראל לפני כעשור בדק ומצא כי רצונותיהם של אימהות וילדים אינם משפיעים על פי רוב על החלטתן של עובדות סוציאליות אם להוציא ילד מהבית (Davidson-Arad, Englechin, Segal, Wosner & Gabriel, 2003). ממצא זה מדאיג מכיוון שהוא מרמז על כך שרצונות ההורה והילד אינם נלקחים בחשבון במערכת השיקולים שמניעה את העובדת הסוציאלית להחליט בעד או נגד הוצאה מהבית. הסכמה או אי הסכמה בין ההורים, הילד והעובדת הסוציאלית על תכנית הטיפול המוצעת בות"ט עשויה להשפיע באופן משמעותי על המידה בה נערכת קבלת החלטות משותפת בות"ט.

1 מחקר

נושא המחקר: החלטות ועדות תכנון טיפול של משרד הרווחה והשירותים החברתיים על הוצאת ילדים מהבית: עדויות בפרוטוקולים לשיתוף המשפחה והילד ובחינת חלופות בקהילה.

שאלות המחקר

1. אילו עדויות ניתן למצוא בפרוטוקול על המידה והאופן שבו מתקיים שיח של שיתוף בין הגורמים המקצועיים בוועדה לתכנון טיפול לבין המשפחה והילד סביב החלטה על הוצאת ילד מהבית?
2. אילו עדויות ניתן למצוא בפרוטוקול על המידה והאופן שבו מתקיים שיח סביב בחינת חלופות להוצאת הילד מהבית בדמות מענים בקהילה?

הגישה המחקרית של מחקר 1

בניסיון להבין כיצד באים לידי ביטוי בפרוטוקולים ביטויים של שיתוף ושל גישות ממוקדות משפחה, השתמשתי בניתוח תוכן איכותני (Hsieh and Shannon, 2005) וכמותני (Holsti, 1969; Krippendorff, 2004). שיתוף ואי שיתוף של משפחות וילדים בות"ט הדנה בהחלטות גורליות הנוגעות לחייהם מבוססים על תמה מרכזית של יחסי כוחות בין המשפחה, שברוב המקרים היא חלק מאוכלוסייה מוחלשת חברתית, לבין העובדות הסוציאליות נציגות משרד הרווחה, שמנהלות את הות"ט וקובעות את המלצותיה. יחסי כוחות אלו מושפעים מההקשר חברתי ופוליטי: מדיניות משרד הרווחה, תקציבים ותקנים המוקצים לעו"סים מארגני הות"ט, מגוון השירותים הקיים בקהילה ובתחום המסגרות החוץ ביתיות, וההוראות לקיום ות"ט המצויות בחוק ובתקנות. לכן, הפרדיגמה עליה מבוסס מחקר זה הינה הפרדיגמה הביקורתית, התופסת את המציאות כהבניה חברתית המעוצבת באמצעות יחסים שהכוח הוא בסיסם, בנסיבות כלכליות, פוליטיות ותרבותיות. על פי פרדיגמה זו, תפקידו של החוקר הוא לחשוף את המנגנונים המשמרים את יחסי הכוחות בין ההגמוניה החברתית לבין האוכלוסייה המוחלשת על ידי בחינה מחדשת של סדרים, מבני פעולה ומבני שיח בתוך הקשר חברתי-פוליטי נתון וכך לקדם עקרונות של צדק חברתי (שלסקי ואלפרט, 2007). כמסמכים ארגוניים שיש להם כוח לשקף ולעצב דפוסים של יחסי כוחות (Freeman & Maybin, 2011) להשפיע על קבלת החלטות בבית משפט למשל, או בקבלת שירות כזה או אחר, הפרוטוקולים של הוועדות עשויים לשקף ולעצב דפוסים של הבניה ויחסי כוחות בקשר הנפיץ לעיתים קרובות שבין המשפחות לבין גורמי הרווחה סביב הוועדות לתכנון טיפול. חשיפת מבנים אלה תסייע להבין ולנתח גורמים מעכבים ומקדמים של שותפות בקבלת החלטות בות"ט.

הגישה התיאורטית לאיסוף הנתונים: Clinical Data Mining

מחקר זה הינו מחקר מבוסס פרקטיקה. מטרתו לענות על שאלות העולות מן הפרקטיקה, בדרך שמתריעה עליה (Epstein, 2002; Cordero, 2004). בסיס השיטה הינו שימוש בנתונים שנאספו ותועדו בשטח כחלק מהפרקטיקה שלא לצורך מחקר, וניתוחם בשיטות מקובלות של מחקר (איכותני או כמותני). השימוש בנתונים הקיימים והזמינים מתוך הפרקטיקה נותן לחוקר הזדמנות לתאר את הפרקטיקה לפרטיה ולעצב מחקר העולה מצרכי הפרקטיקה ומיישומה בשטח (Epstein, 2002; Epstein, 2010). אפשטיין (Epstein, 2010) מציע אסטרטגיה למחקר מבוסס פרקטיקה הנקראת CDM (Clinical Data Mining) ורואה בתיעוד הפרקטיקה בעבודה סוציאלית "מכרה זהב" של חומר מחקרי הנועד לשמש את אנשי המקצוע להעריך את דרכי

העבודה שלהם ולקדם אותן (Epstein, 2010). יחידת הניתוח במחקר הנוכחי היא פרוטוקולים – תיעוד של דיונים בות"ט. פרוטוקולים אלה נכתבים בכל ות"ט המתקיימת במלש"ח ברחבי הארץ ומטרתם לתעד את הדיון בות"ט. לאחר התיעוד, מתויקים הפרוטוקולים בתיק המשפחה הנמצא במחלקה ומשמשים את עו"ס המשפחה לכתיבת דו"חות סוציאליים על המשפחה ולתכנון המשך ההתערבות. על פי גישת CDM, הוצאת הפרוטוקולים מהארכיון וניתוחם יכול ללמד על התנהלות ות"ט ולשפוך אור על גורמים משפיעים על שיתוף הילד והמשפחה בקבלת ההחלטה על הוצאה חוץ-ביתית. לכן, ההמלצות שיתקבלו ממחקר זה עשויות להשפיע על הפרקטיקה בתחום ות"ט.

שיטת המחקר

מדגם

המדגם מורכב מ-73 פרוטוקולים של ועדות תכנון טיפול שהתקיימו בשנים 2012-2014 ובהן הוחלט על השמה חוץ-ביתית של ילדים ונערים בסיכון. הפרוטוקולים נדגמו מארבעת המחוזות של משרד הרווחה והשירותים החברתיים: צפון, דרום, מרכז וירושלים, בשיטה של "דגימת אשכולות": מספר הפרוטוקולים שנדגם מכל מחוז ומכל רשות הוא בהתאם לאחוז ההשמות החוץ ביתיות מתוך כלל ההשמות הארצי².

הליך המחקר ואיסוף הנתונים

איסוף הנתונים ארך כשנה, מחודש מרץ 2013 ועד חודש מרץ 2014. תחילה נעשתה פנייה לאגף המחקר הארצי של משרד הרווחה והשירותים החברתיים על מנת לקבל אישור לאיסוף נתוני המחקר (הפרוטוקולים) מהמלש"ח. תשובת אגף המחקר הייתה שאין באפשרותם להעניק אישור להוצאת הפרוטוקולים מהמחלקות, ועלי לפנות לממונה על חוק חופש המידע. מיום פנייתו לממונה על חוק חופש המידע, עברו 3 חודשים והודעות תכופות בדואר האלקטרוני מצדי עד שהתקבלה תשובה רשמית, לפיה אין זה באחריות הממונה על חוק חופש המידע לאשר לי להוציא את הפרוטוקולים מהמחלקות, עלי לפנות ישירות למנהלות המחלקות. תוך ידיעה שאף מנהלת מלש"ח לא תוציא מהמחלקה שלה פרוטוקולים ללא אישור 'מלמעלה', פניתי למנהלת שירות ילד ונוער דאז הגב' דליה לב שדה בבקשה לסייע לי לאסוף את הנתונים למחקר. דליה הביעה נכונות לסייע ואמרה שהיא מתרשמת שהמחקר בנושא ות"ט הוא מעניין וחשוב, אך בשביל לסייע לי לאסוף את הנתונים היא זקוקה לתשובתו הרשמית של אגף המחקר במשרד הרווחה והשירותים החברתיים. לכן, פניתי שוב לאגף המחקר, הגשתי את כל המסמכים הנדרשים ואת הצעת המחקר שלי. לאחר שלושה וחצי חודשים ארוכים והודעות דואר אלקטרוני רבות מצדי, אגף המחקר החזיר לי תשובה רשמית: לאחר התייעצות עם המחלקה המשפטית במשרד הרווחה, התשובה היא כי הסמכות לאשר גישה לפרוטוקולים של ות"ט היא סמכות המלש"ח, ולכן אין באפשרותו של אגף המחקר להנפיק אישור. עם תשובה רשמית זו פניתי שוב לגב' דליה לב שדה, מנהלת שירות ילד ונוער. לשמחתי, דליה יחד עם הגב' ורד רוטפוגל, מפקחת קהילה ארצית, הציעו לכתוב מכתב למנהלות המלש"ח ובו המלצתן למנהלות המחלקות לסייע לי במחקר ולאפשר לי גישה לפרוטוקולים, ועל כך תודתי והערכתי להן. המכתב הופץ ל-4 מפקחי שירות ילד ונוער המחוזיים,

² פירוט הנתונים שנאספו למדגם בנספח מס' 1

ולאחר ששוחחנו איתם, הופץ למפקחי קהילה אזוריים, איתם שוחחנו וביקשנו שיסייעו לנו להפיץ את הבקשה למנהלות המלש"ח. חשוב לציין שבשלב זה רוב המפקחים איתם שוחחנו סייעו לנו במהירות, דבר שתרים מאוד לביצוע המחקר, ועל כך תודתנו להם. בכל מחלקה מתוך 50 המחלקות אליהן פנינו, דיברנו עם מנהלת המחלקה ותאמנו מולה מי יעביר לנו את הפרוטוקולים וישחיר את הפרטים האישיים: במחלקות קטנות (בישובים קהילתיים או בפריפריה הרחוקה), מנהלת המחלקה היא בדרך כלל גם רכזת ות"ט, והיא העבירה לנו בעצמה את הפרוטוקולים. במחלקות גדולות יותר, מנהלת המחלקה קישרה אותנו עם רכזת ות"ט של המחלקה, והיא זו שהעבירה לנו את הפרוטוקולים. בשתי ערים גדולות – ירושלים ותל אביב, נדרשנו להגיש בקשות לאגפי המחקר של העיריות על מנת לקבל את הפרוטוקולים, מה שהאריך את התהליך בחודשיים נוספים. ראוי לציין כי מנהלות המחלקות ורכזות ות"ט הן בדרך כלל מאוד עסוקות ולכן הפנייה אליהן כללה ניסיונות רבים להשיגן והשארית הודעות רבות במייל ובטלפון. סה"כ תהליך קבלת הפרוטוקולים מהמחלקות ארך כ-5 חודשים.

איכות המחקר ואמינות

אמינות המחקר (Trustworthiness) נשמרת על ידי תיעוד כל צעד שנעשה במהלך הניתוח ושמירה על כל העדויות לקבלת ההחלטות בניתוח (שקדי, 2003; Tobin & Lincoln & Guba, 1985; Begley, 2003). שקיפות התאפשרה על ידי התייעצות עם עמיתים (סטודנטים אחרים והמנחה) בנוגע לתוצאות והצגת ציטוטים מהפרוטוקולים עצמם לצד פרשנותם (שקדי, 2003; Lincoln & Guba, 1985; Tobin & Begley, 2003). כתיבת הדו"ח הסופי של המחקר עם פירוט עשיר ככל האפשר של הליך המחקר והקשריו (כולל הצגת הפרוטוקול הריק כנספח) תורמת לאמינות המחקר. הממצאים הוצגו בפני אנשי המקצוע שנמצאים בוועדות תכנון טיפול, מאותן מלש"ח מהן נאספו הפרוטוקולים. כמו כן, נערים שהוצאו מהבית והשתתפו במספר דיוני ות"ט ואנשי מקצוע שעובדים עם נערים אלו (מדריכים, מורים, רכזי פנימיות) קראו חלקים מהמחקר והתייחסות לתגובותיהם והערותיהם, מגבירה גם היא את אמינות המחקר. הנערים כמו אנשי המקצוע קיבלו הסבר מפורט על המחקר. עם שניים מהנערים נערכו ריאיונות עומק על חוויותיהם בוועדות שונות שהשתתפו בהם והדגישו חוויות שעולות בפרוטוקולים כמו תת התייחסות לכוחות של ההורים. עם שאר הנערים ואנשי המקצוע, נשלחו להם הממצאים באימייל והם התבקשו לקרוא כמה שביכולתם ולהגיב אם היה משהו שקראו שהיה דומה במיוחד או שונה במיוחד לחוויות שלהם מוועדות.

סוגיות אתיות

החשש העיקרי לפגיעה באתיקה במחקר מסוג זה, הוא חשיפת מידע אישי של המשפחות. לכן, לפני שהגיעו לידי הפרוטוקולים, נמחקו מהם כל הפרטים המזהים. מכיוון שרוב הפרוטוקולים כתובים באופן דינמי ואינם ממוחשבים, הפרטים המזהים נמחקו בטוש שחור עבה, כך שלאחר המחקר לא ניתן היה לזהותם. כמו כן, גם שמם של אנשי המקצוע המשתתפים בוועדות נמחק בצורה זהה מחלק מהפרוטוקולים. בנוסף, התחייבנו לשמור את הפרוטוקולים במקום סגור ובטוח ולהשתמש בהם לצורך המחקר בלבד. הפרוטוקולים יושמדו 10 שנים לאחר אישור המחקר, במרץ 2023. בנוסף, בהצגה של דוגמאות מתוך הפרוטוקולים, טושטשו והוחלפו פרטים שאינם משפיעים על המחשה: כל השמות המופיעים הינם בדויים, לעיתים נעשתה החלפה של

מין הקטין וגילו על מנת למנוע זיהוי. המחקר קיבל את אישור ועדת האתיקה של המחלקה לעבודה סוציאלית בתאריך 5.3.13 ואת אישור ועדת ההוראה של הפקולטה למדעי הרוח והחברה באוני' בן גוריון בתאריך 17.3.13.

שלבי הניתוח

ניתוח של מבנה הפרוטוקולים ותוכנם נעשה על פי העקרונות של ניתוח תוכן: זיהוי דפוסים חוזרים בטקסט ובחינה כיצד הם מבטאים את השקפתם של אנשי המקצוע בועדות ומה ההשלכות לכך (Marshall, 1994). הפרוטוקולים של ות"ט שנאספו אינם אחידים. בכל מלש"ח מתעדים את הדיון בות"ט בדרך שונה ולא כל המחלקות משתמשות בכלי לתייעוד הדיון מתוך ערכת הכלים של משרד הרווחה והשירותים החברתיים (2008). חוסר אחידות זה הופך את שיטת הניתוח למורכבת יותר, ולכן בחרתי לשלב שיטות של ניתוח תוכן כמותני ואיכותני גם יחד, דרכן ניתן לזהות דפוסים שניתן למדוד וכאלה שקשורים יותר לשיח (Krippendorff, 2004). כמו כן, נעשה שימוש בעקרונות המנחים לניתוח מסמכים של פריור (Prior, 2003) המגדירים היבטים שעל החוקר לבחון כחלק מהניתוח: מבנה המסמך, תפקידיו, זהות הכותב והקוראים הייעודיים של המסמך. השתמשתי בשיטה של פורסטר (Forster, 1994) לניתוח מסמכים ארגוניים ובה שבעה שלבים: קריאה חזרתית של הטקסט וזיהוי תמות ותת תמות במקבץ המסמכים, חיבור בין נושאים דומים לקטגוריות, קיבוץ מסמכים בעלי משמעויות דומות, בחינת הקטגוריות אל מול שאלות המחקר, בדיקת מהימנות ותקפות במידת האפשר במחקר האיכותני, בחינת הידע שעלה מהמסמכים מול ההקשר הארגוני ובחינת הייצוגיות של כל מסמך.

מתוך כל אחד מהפרוטוקולים נדלו הפרטים הבאים אל תוך טבלאות תוכנת exel: תאריך הדיון בות"ט, סוג הדיון (ראשון, חוזר, חירום), אופן התייעוד (כלי, תמלול, סיכום וכו'), סדר התנהלות הדיון (הקראת הדו"ח הסוציאלי, שמיעת ההורים, שמיעת אנשי המקצוע וכו'), האם צורף טופס הכנה לדיון, גיל הילד שעניינו נידון בדיון, נוכחות אמא, אבא וקטין, נוכחות בני משפחה מהמשפחה המורחבת, נוכחות אנשי חינוך וטיפול חיצוניים לות"ט. בנוסף, נאספו מכל הפרוטוקולים לתוך טבלאות תכנת אקסל כל הציטוטים המתייחסים לעמדתו של בן משפחה (אמא, אבא, ילד) בנוגע להוצאה מהבית וכל הציטוטים המתעדים התייחסות של אנשי מקצוע לכוחות החיוביים של בני המשפחה. כמו כן, נדלו מהפרוטוקולים כל ההתייחסויות לחלופות טיפול בקהילה שנוסו לפני קיום הות"ט ולאחריה. על בסיס מסד הנתונים שנוצר, נערך ניתוח צורני למבנה התייעוד של ות"ט וניתוח תוכן ל - 7 תמות: נוכחות ההורים, נוכחות הקטין, שמיעת קולם של בני המשפחה הנוכחים, נוכחות של אנשי מקצוע חיצוניים, כוחות מול פתולוגיה, הכנה לדיון וחלופות בקהילה. פרק הממצאים מפרט את שלבי הניתוח ושיטת הניתוח של כל חלק בנפרד.

ממצאים

אופן התייעוד של הדיון בות"ט: ניתוח צורני

מסמכים ארגוניים כגון פרוטוקולים הינם מקור עשיר להבנה של מערכות יחסים, תקשורת ויחסי כוחות בין עובדי הארגון ללקוחותיו ולכן השימוש בהם במחקר מחייב התייחסות לצורה בה הם כתובים בהקשר של התוכן הכתוב בתוכם. מטרת הניתוח הצורני היא ללמוד על מערכת היחסים

בין תוצר, צריכה ותוכן והוא מתעסק בשאלות כגון: מהו מבנה המסמך ומה הוא מלמד אותנו על מדיניות הארגון? מי כתב את המסמך ומה הוא מייצג? כיצד משתמשים במסמך? מי קורא אותו? (Prior, 2003).

עבודתם של עו"סים במלש"ח כוללת מטבעה הרבה התעסקות בתיעוד: כתיבת דו"חות סוציאליים, תיעוד פגישות עם משפחות ותיעוד ות"ט. חלק מתיעודים אלה מועברים אחר כך לגורמים רלוונטיים המטפלים במשפחה ומשמשים את העו"ס ואנשי מקצוע אחרים להיזכרות בתהליכים שנעשו עם המשפחה, להערכה של מצבה ולקבלת החלטות על המשך הטיפול ואף עשויים להוות ראיה משפטית בדיונים בעניינין של המשפחות ולכן, אופן התיעוד של הדיון בות"ט יכול להשפיע לא רק על התנהלות הדיון עצמו, אלא גם על החלטות שיקבלו בעתיד העו"ס וגורמי טיפול אחרים לגבי המשפחה. בחלק זה של הניתוח אתייחס לאופן התיעוד של ות"ט במלש"ח ברחבי הארץ בהקשר למדיניות משרד הרווחה בתחום ות"ט שהובאה בסקירת הספרות ולהשפעתה האפשרית על השיתוף של המשפחה והילד בדיון.

מהנתונים שנאספו עבור מחקר זה עולה כי המלש"ח אינן מתעדות את דיוני הות"ט באופן אחיד. המחלקות מתעדות את הדיונים בות"ט ב 4 אופנים עיקריים שיפורטו להלן. הניתוח כולל התייחסות למבנה הפרוטוקול על כל סעיפיו (אם יש כאלו), ולסדר התנהלות הדיון המשתקף מכל אחד מסגנונות התיעוד. למטרה זו אספתי לתוך טבלת Exel מתוך כל אחד מ 73 הפרוטוקולים ככל שאפשרו סגנונות התיעוד השונים את סדר הדיון המופיע בו (לדוגמה: הקראת הדו"ח הסוציאלי בפני המשתתפים, שמיעת ההורים, שמיעת אנשי מקצוע חיצוניים וכו'). לאחר מכן בדקתי האם סדר הדיון נשמר אחיד בות"ט שתועדו בסגנונות שונים ובחנתי כיצד עשוי להשפיע אופן התיעוד על התנהלות הות"ט ועל שיתוף המשפחה והילד בדיון. להלן אופני התיעוד העיקריים בהם משתמשות המלש"ח כדי לתעד את הדיון בות"ט:

כלי לתיעוד הדיון³ (להלן הכלי): חמישים וחמישה אחוזים (ארבעים פרוטוקולים) מהפרוטוקולים שנדגמו למחקר זה תיעדו את הדיון בות"ט באמצעות הכלי. זהו טופס מובנה בתוך "ערכת הכלים" (2008) שבנה צוות ייעודי במשרד הרווחה כחלק מהניסיון לשפר את התנהלות הועדות לאחר שהתפרסמו המלצות צוות היישום (2004) ומכיוון שכך ניתן לצפות שמבנה הכלי יהיה כזה ששם דגש על רכיבים של שיתוף כגון נוכחות המשפחה, נוכחות אנשי מקצוע ואנשים מטעם המשפחה, שמיעה ותיעוד של תפיסת המשפחה והילד באשר לתכנית הטיפול, בהתאם להמלצות. ערכת הכלים הופצה במחלקות הרווחה בשנת 2008, ורכזי ות"ט (שכחלק מתפקידם אמורים לתעד את הדיון בות"ט) הונחו על ידי משרד הרווחה להשתמש בו לצורך תיעוד וניהול הות"ט, אם כי הנחיה זו לא עוגנה בחוק או בתע"ס. הכלי כולל שבעה עמודים שעל פי הסדר הכרונולוגי שלהם צריכה להתנהל הות"ט – ליד כל סעיף בכלי מופיעות הוראות ליו"ר הועדה באיזה שלב בות"ט למלא את התשובה וכיצד. לדוגמא, בעמוד השני של הכלי, לכותרת הסעיף "תחומים מרכזיים בתיאור מצב המשפחה והילדים לגביהם היו חוסר הסכמות...", מופיעה ההוראה ליו"ר הועדה "למילוי לאחר הצגת העו"ס ותוספות המשתתפים" (ערכת כלים, 2008, עמ' 27).

הכלי נפתח בטבלא שמציינת את הרכב הועדה. הרשימה בתוך הטבלא מציינת אנשי מקצוע רבים, מתוכם נציגי חינוך, בריאות, טיפול, חברי המשפחה הגרעינית ובני משפחה אחרים. לגבי כל

³ ניתן לעיין בכלי לתיעוד הדיון בנספח מס' 2.

אחד מההורים, על רכז הות"ט לציין האם הגיע לות"ט, האם הוזמן ולא הגיע ומה הסיבה לכך. מלבד 3 פרוטוקולים, בכל הפרוטוקולים שתועדו באמצעות הכלי סעיף זה מולא ע"י היו"ר כאשר אחד ההורים לא נכח בדיון. ממצא זה יכול לרמז על הפנמה של אנשי המקצוע המשתמשים בכלי לתיעוד הדיון את חובת הזמנת ההורים לות"ט: כאשר הורה אינו מוזמן או אינו מגיע לות"ט, מארגני הות"ט בדרך כלל ממלאים את חובתם לציין זאת ולהתייחס לסיבה. העמוד השני נפתח בסעיף המנחה את יו"ר הועדה לתאר את חוסר ההסכמות בין המשתתפים בדיון בהתייחס לתיאור מצב המשפחה והילדים. היו"ר מונחה למלא סעיף זה לאחר הצגה של הדו"ח הסוציאלי בפני כלל משתתפי הות"ט על ידי עו"ס המשפחה. בהמשך העמוד, ניתנת תשומת לב מיוחדת לעמדת ההורים והילדים אשר משתתפים בות"ט בדבר התחומים בהם לפי דעתם הם זקוקים לעזרה. יו"ר הועדה מונחה לצטט את תשובת ההורים והילד במדויק. סעיף זה של הכלי מאפשר למשתתפי הועדה לשמוע את קולם של ההורים והילד לגבי העניין הנדון בות"ט כפי שהם מגדירים אותו, ולכן למילוי מדויק של סעיף זה על ידי יו"ר הות"ט יכול להיות תפקיד משמעותי ביותר בקידום שיתוף ההורים והילד בות"ט. מהניתוח עולה כי בארבעים וחמישה אחוזים מהפרוטוקולים שתועדו באמצעות הכלי, אכן הובא ציטוט של ההורים בדיוק כפי שאמרו את הדברים, לדוגמא:

אמא: "מאז שאלי (האבא) השתחרר (ממאסר), יותם (הילד) החל להיות פחות ממושמע, ניסיתי הכל אין לי כבר כח להתמודד עם המצב ועם יותם. הילד צריך קביעות ויציבות ואין לו את זה כרגע". אבא: "מלכה (האמא) אוהבת רק ילד אחד, היא לא פנויה ליותם. הילד, אצלי אין איתו בעיות, הילד מוזנח וצריך לטפל בו, אני מתכוון לבקש משמורת על הילדים" (57, 2, 3).⁴

ציטוט זה מדגים כיצד תופסת את המצב אמו של הילד וכיצד תופס אותו אביו, במילותיהם ובשפתם.

בשלושים וחמישה אחוז (ארבעה עשר) מהפרוטוקולים שתועדו באמצעות הכלי, לא מופיע ציטוט מדויק של ההורים בסעיף זה אלא סיכום דבריהם, לדוגמא:

"האב מכריז שלקח עו"ד בכיר ואסף חומר נגד האמא ויש בכוונתו לתבוע משמורת על הילד. האם בוכה, חסרת אונים וכועסת עליו" (45, 2, 2).

תיעוד זה מספר או משמיע רק באופן חלקי את קולם של ההורים. ניתן להבין שהאב מעוניין לתבוע משמורת על הילד, אך לא ברור מהם הקשיים שלו מול אמו של הילד, כיצד הוא מגדיר את תחומי העזרה שהוא והילד יכולים לקבל וכיצד הוא תופס את המצב באופן כללי. זאת ועוד, סיכום דברי ההורים במקום ציטוט שלהם פותח פתח לפרשנות של יו"ר הות"ט שכותבת את הפרוטוקול, על חשבון שמיעת קולם האותנטי של ההורים. בדוגמא הנ"ל מתארת היו"ר את אמו של הקטין כ"חסרת אונים" אך אין זה קולה של האם, זהו קולה של היו"ר. יכול להיות שהאם לא הייתה מתארת עצמה כך כלל וכלל. לכן, אי מילוי ההוראה המפורשת של הכלי לצטט את דברי ההורים והילד יכולה לגרום לכך שקולם יישמע פחות בתהליך קבלת ההחלטה על הטיפול בילדם. בעשרים אחוזים (שמונה פרוטוקולים) מהפרוטוקולים שתועדו באמצעות הכלי, סעיף זה נשאר ריק, ללא ציטוט של ההורים או סיכום דבריהם, ונראה שקולם לא נשמע בתחילת הות"ט,

⁴ 57 = מספר סידורי של הפרוטוקול, 2 = העמוד בו מופיע הציטוט, 3 = הפסקא בה מופיע הציטוט. כל ההפניות לציטוטים מפרוטוקולים של ות"ט יסומנו כך לאורך החיבור.

על פי הסדר שקובעות ההנחיות. עם זאת, בחמישה מתוכם מופיעים בהמשך הפרוטוקול ציטוטים של ההורים שנאמרו בשלב אחר בות"ט. עבור חלק מהמשפחות לפחות, ההזדמנות לדבר ראשונים ולתאר את תחומי העזרה שלראייתם הם זקוקים להם, היא בעלת משמעות רבה. לראייתנו לא סתם הכלי שבנה משרד הרווחה מנחה לצטט את ההורים והילד לפני שמתחיל הדיון בחלופות לתכנית הטיפול. כאשר אנשי המקצוע מדברים ראשונים בדיון, זה עלול להשפיע על תגובת ההורים והילד כך שבמקום לבטא את עצמם בצורה אותנטית, הם ירגישו צורך להגיב על מה שאמרו אנשי המקצוע או להתגונן. מכאן, יש סיכוי נמוך יותר שדעתם וקולם יישמעו באופן ברור במהלך הדיון. כמו כן, מצב כגון זה יכול לגרום לילד, שגם כך מרגיש מאוים מכמות אנשי המקצוע המבוגרים שמקיפים אותו בות"ט ושאמורים להחליט על גורלו, שלא להתבטא כלל. לעומת ההתייחסות לקולם של ההורים ברוב הפרוטוקולים שתועדו באמצעות הכלי (אם באמצעות ציטוט או באמצעות סיכום דבריהם), בשישים ושמונה אחוז מהמקרים (עשרים ושבעה פרוטוקולים) סעיף הציטוט של הילד נשאר ריק. בשמונה מהמקרים הללו, הילד נכח בות"ט ובכל זאת לא הובא ציטוט שלו ובשאר המקרים לא נכח בדיון. היעדר זה של ציטוט הילד יכול לרמוז על כך שלקולו של הילד לא מיוחסת חשיבות מרובה. גישה זו יכולה לנבוע מעמדה פטרונית של הוועדות לפיה המבוגרים הם המחליטים הבלעדיים. בתשעה פרוטוקולים בלבד (עשרים ושניים אחוזים) הובא ציטוט של הילד, לדוגמא:

"רוצה לחזור הביתה כמה שיותר מהר. רוצה חיים רגילים כמו שיש לכל אחד. הפנימיה לא עזרה לי" (8, 2, 3).

בדומה לדוגמא של ציטוט ההורים לעיל, כאשר קולו של הילד מובא בצורה של ציטוט ניתן להבין באופן ברור כיצד הוא תופס ומבין את מצבו ואת טובתו. הבנה זו יכולה להיות קריטית כאשר מחליטה הות"ט החלטות בנוגע להוצאתו של הילד מהבית בשם טובתו ולכן, הבאת הציטוט של הילד מקדמת את שיתופו בקבלת ההחלטה. בעשרה אחוז מהפרוטוקולים, הובאו דברי הילד בצורה של סיכום קצר, לדוגמא:

" בשלב זה ניסינו לחבר אותו לחשיבה על מסגרת חוץ ביתית. ר' הביע התעניינות" (21, 2, 3).

מסיכום שכזה לא ניתן להבין כלל מהי עמדתו של הילד ותפיסתו לגבי המצב, ולכן ניתן להגיד שקולו לא באמת נשמע ומידת השיתוף שלו בקבלת ההחלטה בעניינו, פוחתת. העמוד השלישי של הכלי כולל סיכום תמציתי של תחומי העזרה הנדרשים להורים ולילדים שעלו בדיון, וסיכום עיקרי הדיון בחלופות למתן העזרה. בשלושים ושלושה אחוזים מות"ט שתועדו בכלי, בסעיף זה עובר יו"ר הוועדה לתמלול הדיון, כך שברור מה כל אחד מהמשתתפים שדיברו בות"ט אמר לגבי החלופות למתן העזרה. בעשרים ושניים אחוזים מות"ט שתועדו בכלי, סעיף זה ממולא ע"י היו"ר בצורת סיכום מפורט של דברי המשתתפים, ובארבעים וחמישה אחוזים (שמונה עשרה פרוטוקולים) כסיכום קצר של עיקרי הדברים שעלו. לחלק זה של הפרוטוקול אתייחס בהרחבה בניתוח התוכן. העמודים הרביעי והחמישי בכלי מכילים טבלא בה יש רישום מרוכז של תכנית הטיפול עליה הומלץ בות"ט. הטבלא מיועדת לעו"ס שתפקידו להוציא לפועל את תכנית הטיפול ולעקוב אחר יישומה.

העמוד השישי של הכלי כולל פירוט של פעולות שצריך לבצע על מנת ליישם את תכנית הטיפול שנקבעה, סעיף שמציין אם יש תחומי עזרה בולטים שלא נענו על ידי התכנית, ושני סעיפים שמנחים את יו"ר הוועדה לציין את התייחסות ההורים לתכנית הטיפול והתייחסות הילדים אליה.

בשמונים וחמישה אחוזים (שלושים וארבעה פרוטוקולים מתוך ארבעים), סעיף התייחסות ההורים מולא. בכולם המילוי נעשה באופן מתומצת ביותר ומתייחס בעיקר להסכמה או אי הסכמה של ההורים לתכנית עליה המליצה הועדה, לדוגמא:

"האם מתנגדת לתכנית הטיפול" (4, 5, 10).

"ההורים חתמו על ההחלטות" (3, 7, 22).

"האב אינו מסכים לתכנית הטיפולית, האם מסכימה" (1, 5, 57).

בחמישה עשר אחוזים מהפרוטוקולים סעיף התייחסות ההורים לא מולא כלל, אף על פי שלפחות אחד מההורים נכח בות"ט.

בדומה למילוי הציטוט של הילדים בעמוד השני של הכלי, גם סעיף התייחסות שלהם ממולא באופן חלקי בלבד: בחצי מהפרוטוקולים לא מולא סעיף התייחסות הילדים, בשישה מתוך עשרים היה הילד נוכח בות"ט ובכל זאת לא מולא הסעיף. בכולם מלבד שניים מולא סעיף התייחסות הילדים לתכנית הטיפול באופן מתומצת, לדוגמא:

"א' מבקש לצאת מחוץ לבית משתף פעולה עם הרווחה" (4, 10, 60).

"הילד ד' מסרב ללכת לפנימייה" (4, 6, 45).

"הילד אמביוולנטי" (4, 9, 21).

בכל הפרוטוקולים שנותחו במחקר זה מלבד עשרה, משמעות המושג "תכנית הטיפול" היא הוצאה מהבית של ילד או ילדים למסגרת חוץ ביתית. לעיתים נוספת להחלטה זו גם המלצה על שילוב ההורים בהדרגת הורים או שילוב אחד האחים במסגרת אחרת. ההחלטה על הוצאה מהבית היא החלטה משמעותית שעשויה להשפיע באופן דרמטי על המשפחה כולה. במקרים רבים ההורים או הילד מסכימים להוצאה אך מרגישים שעשו זאת בלי ברירה, או שיש להם הסתייגויות ממנה. לכן, תמוה בעיני צמצום התייעוד של סעיף התייחסות ההורים והתייחסות הילד למושגים של הסכמה ואי הסכמה בלבד. ניסוח שכזה בוודאי אינו משקף את התייחסות ההורים והילד על מורכבותה ואינו משקף שיתוף שלהם בקבלת ההחלטה.

העמוד האחרון בכלי כולל את חתימתם של כל המשתתפים בדיון על הפרוטוקול. לסעיף זה מצורפת ההנחיה הברורה: "חתימה זו משמעותה שהחותם נכח בעת קביעת תוכנית הטיפול והתחייב לפעול ליישומה, בכפוף להסתייגויות שהשמיע ושנרשמו". בשלושים וחמישה אחוז מהמקרים, נשלחו אלי פרוטוקולים ללא דף החתימות, מחשש לפגיעה בסודיות. מתוך עשרים ושישה הפרוטוקולים הנותרים, בשני פרוטוקולים ההורים חתומים על התכנית על אף שמצוין במפורש כי הם מתנגדים לה. ממצא זה מרמז כי לא תמיד מקבלים ההורים הסבר על משמעות החתימה.

לסיכום, הכלי לתייעוד הדיון מנחה את יו"ר הות"ט לנהל אותה בסדר הבא: סבב היכרות: הקראת הדו"ח הסוציאלי שנכתב על ידי עו"ס המשפחה: התייחסות לדברי ההורים והילד בצורה של ציטוט: דיון בחלופות לתכנית הטיפול: קביעת יעדים ולוח זמנים לתכנית הטיפול: התייחסות ההורים והילדים לתכנית. התייחסות מיוחדת בפרוטוקול לנוכחות ההורים, לציטוט דבריהם ודברי הילד בתחילת הדיון בות"ט ולהתייחסותם לתכנית הטיפול בסוף הדיון, מצביעים על ניסיון להטמיע בהתנהלות הועדות את שיתופם של הילד והמשפחה בתהליך קבלת ההחלטה. עם זאת, היעדר הציטוט של ההורים והילד מאחוז גבוה של פרוטוקולים (55% ו 78% בהתאמה) מרמז על כך שאנשי המקצוע שמתעדים את הדיון אינם מקפידים במקרים רבים על שיתוף זה. בנוסף, מילוי סעיף התייחסות ההורים והילד באופן מצומצם שמסתכם בהסכמה או אי הסכמה להוצאה

מהבית, אינו משקף את קולם, את דעתם ואת המורכבות שבהתייחסות להחלטה גורלית כגון זו. סעיף נוסף שבולט בהיעדרותו מהכללי לתיעוד הדיון, הוא סעיף שמתייחס לחוזקות והכוחות של המשפחה והילד. בהמשך, בניתוח תוכן הפרוטוקולים אבחן האם על אף היעדר סעיף המתייחס לחוזקות וכוחות בכללי לתיעוד הדיון, יש ות"ט שבכל זאת מתייחסות לנושאים אלו. בשיחותי עם רכזי ות"ט במהלך איסוף הנתונים למחקר זה, אמרו רבים מהם כי הכללי לתיעוד הדיון הוא בעיניהם מסורבל מידי, ולכן הם לא משתמשים בו. כחצי מהמחלקות שנדגמו למחקר זה בחרו לתעד את הדיון בצורות הבאות:

כלי מיוחד: 11% מהפרוטוקולים של ות"ט שהתקבלו למחקר תועדו באמצעות כלי מיוחד. זהו כלי שמלש"ח בנתה לשימושה הפנימי לצורך תיעוד הדיון בות"ט. בדרך כלל בכלי המיוחד המחלקה שומרת על אלמנטים מסוימים מהכללי שבנה משרד הרווחה (רשימת הנוכחים, החתימות בסוף), אך עם זאת הוא כולל פחות סעיפים מובנים ויותר מקום לתיאור חופשי של מהלך הועדה. בניתוח של 8 הפרוטוקולים שתועדו בצורה זו, עולה כי ב-5 מהן הקפיד היו"ר על הסדר אותו מנחה ערכת הכלים, ולאחר הצגת המשתתפים והקראת הדו"ח הסוציאלי, ניתן המקום לשמיעת ההורים ותועד בציטוט מדויק שלהם, לדוגמא:

בות"ט שתועדה בכלי מיוחד, הדיון נפתח בפנייה של יו"ר הועדה לאמה של הנערה שעניינה נדון, והאם ענתה:

יו"ר: "מה מדאיג אותך אצל בי?"

אמא: "אני לא יודעת מה האמת אצלה ומה לא, היא לא חוזרת הביתה ומחפשת להיות אצל חברות. היא מספרת סיפורים שאני מרביצה לה. אני מרגישה שיותר מבינים את בי."
עם זאת, זה לא תמיד כך לגבי הילד. בשני מקרים בלבד מתוך 8, נשמע קולם של הילדים בות"ט שתועדה באמצעות כלי מיוחד.

לסיכום, תיעוד ות"ט באמצעות כלי מיוחד כולל פחות סעיפים מובנים מאשר הכללי לתיעוד הדיון ומשאיר יותר מקום לתיאור חופשי. בכ-62% מהמקרים סדר הדיון כפי שמנחה הכלי, נשמר גם בתיעוד של הכללי המיוחד. כפי שעלה מניתוח של הכללי לתיעוד הדיון, היעדר ציטוט או תיעוד עמדתם של הילדים שעניינם נידון בות"ט מהפרוטוקול בולט מאוד ומרמז על אי הקפדה על שמיעת קולם של הילדים ואי שיתוף שלהם בקבלת ההחלטה על הוצאתם מהבית.

תמלול הדיון: 18% מהפרוטוקולים מתוך הפרוטוקולים שנאספו למחקר נכתבו בצורה של תמלול מדויק כמעט לגמרי של הנאמר בות"ט על ידי כל אחד מהמשתתפים בה. על פי שיחותיי עם רכזי ועדות בעת איסוף הנתונים למדתי, שרוב המחלקות אשר מתעדות את הות"ט על ידי תמלול הן מחלקות בהן מתאפשר להכניס לדיון את מזכירת המחלקה, והיא זו שכותבת את התמלול, בדומה לקלדנית בבתי"ש. ברוב המקרים לתמלול הדיון מצורפים עמודים מהכללי לתיעוד הדיון כגון רשימת המשתתפים ודף חתימות. רכזי ועדות רבים מאלו ששוחחתי איתם במהלך איסוף הנתונים ציינו כי היו מעדיפים להכניס מזכירה שתוכל לתמלל את הדיון בות"ט מאשר לתעד את הועדה בעצמם. מבחינתם הדרישה לתעד את הדיון תוך כדי ניהולו מקשה עליהם להתרכז בניהול ומכריחה אותם לקטוע לרגעים את ניהול הועדה על מנת להעלות את התיעוד על הכתב.

מהניתוח עולה כי באף אחת מהות"ט שתועדו באמצעות תמלול לא נשמר סדר הדיון כפי שמנחה הכלי. ב-6 ות"ט בלבד מתוך 13, ההורים הם אלה שדיברו ראשונים לאחר הצגת המשתתפים והדו"ח הסוציאלי. עם זאת, יו"ר הות"ט שמנחה את הדיון לא ביקש מההורים לתאר את המצב כפי שהם רואים אותו ולא את העזרה שהם זקוקים לה לתפיסתם, ולכן גם כאשר ההורים דיברו

ראשונים, פעמים רבות דבריהם התייחסו לדו"ח הסוציאלי שהוקרא או לתיאור עובדתי של דברים שקרו, לדוגמא:

בדיון ות"ט שנסיב סביב הוצאתם של שני קטינים בגיל יסודי מהבית, הדיון נפתח בהקראת הדו"ח. לאחר מכן, במקום לשאול את האם כיצד היא מתארת את המצב או מהי העזרה שהיא זקוקה לה, אומרת עו"ס המשפחה לועדה:

"הדו"ח הוקרא לאם וניכר עליה שמצויה בלחץ, מבקשים להרגיעה ולהדגיש כי מטרתנו היא לסייע ולעזור ככל שניתן, עם שיתוף הפעולה מצידה והבנתה את מצבם של ילדיה" (4, 1, 2).

אמירה זו אינה פותחת פתח לאמא להגיד את עמדתה ללא חשש. העו"ס אף רומזת בדבריה כי היא מצפה מהאם "לשתף פעולה" עם תפיסת הרווחה לגבי מצב הילדים. האמא מגיבה בצורה תוקפנית:

"הבנתי שאני פה כי אתם חושבים שהילדים שלי בהזנחה, אולי בגלל שאני מדברת בגסות לילדים? אולי בגלל עקיצות היתושים שעל גופם? מצבי הכלכלי קשה ואין לי איך לשלם שכ"ד" (4, 1, 3).

בסיטואציה זו, האם נכנסת ישר למצב של התגוננות. אפשרי שאם העו"ס הייתה "נצמדת" להנחיות הכלי שבנה משרד הרווחה והשירותים החברתיים לניהול הדיון ושואלת את האם מהי העזרה שהיא זקוקה לה או מה דעתה, האם הייתה מגיבה בצורה שונה ותפיסתה הייתה משתקפת בצורה ברורה מתשובתה. פתיחה כזו של דיון עלולה להשפיע על כל הדיון אחר כך, ואכן בהמשך הדיון האמא ממשיכה להתגונן ומבטאת תחושה שאף אחד לא יכול לסייע לה במצוקותיה:

"מה אף אחד לא יכול לעזור לי? אני רוצה להתנתק מכולם" (4, 3, 3).

כמו כן, בסוף הדיון כאשר מציעה העו"ס להוציא את הילד למסגרת חוץ ביתית, אומרת האם:

"לא יודעת מה להגיד כרגע" (4, 3, 7).

וכך, לאורך כל הדיון האם לא מקבלת הזדמנות להביע את תפיסתה בקשר לילדים ולהוצאתם מהבית.

בדיון אחד בלבד מתוך 13 שתועדו באמצעות תמלול, דיבר הילד ראשון. ב-4 פרוטוקולים נשמע קולם של הילדים שנכחו בדיון רק לקראת סוף הדיון וב-8 דיונים לא נכחו ילדים.

לסיכום, תיעוד הות"ט באמצעות תמלול הדיון מאפשר ליו"ר הות"ט להתרכז בניהולה מכיוון שהתיעוד נעשה על ידי אדם אחר. התמלול מתעד כל מילה שנאמרה בות"ט ולכן עשוי לאפשר יותר שקיפות. עם זאת, כאשר התיעוד נעשה באמצעות תמלול, יו"ר הות"ט אינה שומרת על סדר ההתנהלות אותו מנחה הכלי, דבר שמשפיע על התזמון בו מדברים בני המשפחה ועשוי להשפיע על דבריהם של בני המשפחה: כאשר לא שואלים אותם לתפיסתם ולא נותנים להם לדבר ראשונים, דבריהם מתמקדים בתגובה והתגוננות מול הדברים שנאמרו על ידי אנשי המקצוע מהמלש"ח.

סיכום הדיון: 14% (10 פרוטוקולים) מתוך הפרוטוקולים שנאספו למחקר זה נכתבו בצורה של סיכום עיקרי הדברים הנאמרים בות"ט. לא ניתן להסיק מפרוטוקולים אלו באיזה סדר התקיים הדיון בות"ט והאם הוא התנהל בהתאם להנחיות של הכלי לתיעוד הדיון. ב-3 מקרים, עמדתם של ההורים מובאת בתחילת הסיכום, דבר שיכול לרמז על כך שמארגני הות"ט נתנו לתפיסת ההורים מקום משמעותי בות"ט, לדוגמא:

סיכום דיון בעניינה של משפחה שעברה תאונת דרכים בה נהרג האב, והאם שנמצאת בתהליך שיקום מבקשת להוציא את בנה מהבית לפנימיה, נפתח כך:

"לפני כ-3 חודשים המשפחה עברה משבר סביב שריפה במכונית בה נסעו ההורים. שניהם נפצעו. האב מת מפצעיו, האם בתהליך שיקום. האם פנתה בבקשה לסדר את ג' (הילד) בפנימיה כי "עכשיו המצב השתנה" "אני לא משתלטת עליו, חוזר מאוחר בלילות, אני לא יכולה לצאת אחריו, עכשיו זה מצב אחר, אין לי ברירה". (1, 64, 1).

סיכום זה, שמצטט את האם במדויק, משקף את עמדתה, רצונה ותפיסתה כלפי מצבה וכלפי הוצאת הילד מהבית.

לעומת זאת, ב-70% מהמקרים, עמדתם של ההורים הובאה רק בסוף הסיכום, לאחר שהובאה עמדתם של אנשי המקצוע. בכל המקרים הללו, לא הושם דגש על עמדתה של האם והיא צוינה בצורה עובדתית, לדוגמא:

סיכום דיון בעניינה של משפחה שמחלקת הרווחה ממליצה על הוצאת הילדים מהבית בשל תפקוד הורי לקוי של האם הסובלת ממחלה נפשית, הסיכום נפתח בתיאור הבעיות שמזהה הצוות המקצועי במחלקת הרווחה ובביה"ס של הילדים, ממשיך בתיאור חוסר המסוגלות של האם כפי שתופסים אותה אנשי המקצוע, ורק לקראת סוף הדיון מופיע התיאור הבא:

"האם הבינה והחליטה בסופו של דבר שאם א' (האבא) לא חוזר הביתה לא צריך אבל הילדים יהיו באחריותה. מודה שהייתה תלונית ואיבדה את ה"אני" שלה. לקחה את עצמה בידיים ורוצה לגדל את ילדיה. לא מוכנה שילכו למסגרות" (29, 2-3, 6).

לאחר מכן מובא ציטוט של האב:

"כל המשפחה המורחבת הסכימה אתמול שהדבר הכי נכון לילדים זה פנימיה" (29, 3, 7).

בהמשך, אין התייחסות נוספת לעמדתה של האם, הות"ט קובעת שהילדים יצאו מהבית ומציע לאמא טיפול פרטני כדי להתמודד עם הבדידות. האם מסרבת.

ההתייחסות לעמדתם של הילדים, בדומה לפרוטוקולים שמתועדים בצורות אחרות, מובאת ב-30% מהפרוטוקולים בלבד מתוכם רק באחד ההתייחסות לעמדת הילד מובאת בתחילת הסיכום ובשניים האחרים בסופו.

לסיכום, מהפרוטוקולים המתועדים באמצעות סיכום הדיון קשה להבין באיזה סדר התנהלו הדברים. ברובם עמדתם של בני המשפחה מובאת רק בסוף הסיכום אם בכלל, דבר שמרמז על חשיבות מועטה שניתנת לעמדה זו ועל אי הקפדה על כך שבני המשפחה יביעו עמדתם בתחילת הדיון כפי שמנחה הכלי. חשוב לציין גם, שתיעוד הות"ט בצורה מצומצמת של סיכום שממנו לא ניתן להבין בצורה בהירה מה הייתה עמדתם של ההורים והילד יכולה להשפיע על המשך הטיפול בהם: כאשר המסגרת הטיפולית מקבלת את הדו"ח או כאשר אנשי המקצוע המטפלים במשפחה חוזרים לתיעוד הדיון לאחר שעבר זמן מקימו כדי להיזכר בתהליך שנעשה, אין להם דרך לדעת מה הייתה עמדתה של המשפחה לגבי החלטה שנעשתה והדבר עלול לגרוע מהשיקולים להמשך הטיפול.

סיכום והשוואה של אופן תיעוד הדיון: מהניתוח עולה כי בכלי לתיעוד הדיון שבנה משרד הרווחה ניתן למצוא מס' סעיפים המקדמים את שיתוף ההורים והילד בדיון בות"ט. סעיפים אלו מתייחסים לנוכחות ההורים בדיון, להבאת עמדתם ועמדת הילד בצורה של ציטוט כך שניתן יהיה להבינה כפי שהם מביאים אותה, ולציון התייחסותם לתכנית הטיפול. סעיפים אלו חשובים במיוחד ביישום שיתוף המשפחה והילד מכיוון שהם מנחים את העו"ס לממש את זכותם של ההורים והילד להביע דעתם ולהשתתף באופן פעיל בדיון, גם אם הם חולקים על הכתוב בדו"ח

הסוציאלי, כך שהדיון בות"ט אינו מסתמך באופן בלעדי על תפיסתה של העו"ס שכתבה את הדו"ח. התנהלות זו יכולה לתרום לאיזון יחסי הכוחות שבין אנשי המקצוע המשתתפים בות"ט לבין המשפחה והילד. עם זאת, עמדת הילד פעמים רבות נעדרת מהפרוטוקול ואינה נשמעת, ובמקרים רבים עמדת ההורים נכתבת בצורה של סיכום ולא של ציטוט וכך לא מובאת עמדתם בשפתם והיא פתוחה לפרשנות של יו"ר הועדה שמתעדת את הדיון. היעדר בולט נוסף בכלי לתיעוד הדיון הוא של סעיף המתייחס לחוזקות וכוחות המשפחה, דבר שעלול לשמר תפיסה פטרונית ופתולוגית של אנשי המקצוע ובכך להפחית את מידת השיתוף של ההורים והילד בדיון. בהשוואת הפרוטוקולים שתועדו בצורות השונות, עולה כי ישנם שני פרמטרים עיקריים שיכולים לקבוע האם עמדת ההורים והילד תישמע באופן ברור בות"ט: הראשון הוא תזמון: באיזה שלב בות"ט פונה היו"ר להורים וליד על מנת לשמוע את עמדתם. השני הוא הניסוח: האם היו"ר מבקשת מההורים באופן מפורש להביע בפני הות"ט את תפיסתם בנוגע למצבם, מצב הילד ודרכי העזרה שהם רואים לנכון, או האם אין בקשה מפורשת כזו. מהניתוח עולה, כי כאשר יו"ר הועדה "נצמד" להנחיות הכלי לתיעוד הדיון ושואל את ההורים והילד מפורשות בתחילת הדיון לגבי עמדתם, בדרך כלל ההורים עונים בצורה שמבהירה היטב את תפיסתם. במקרים בהם ההורים והילד מקבלים הזדמנות להביע עמדתם רק לאחר שדיברו אנשי המקצוע בות"ט (לקראת אמצע או סוף הדיון) ובמקרים בהם היו"ר אינו שואל אותם מפורשות מהי תפיסתם ומהן דרכי העזרה שהם רואים לנכון, בדרך כלל לא מתקבלת מהם תשובה ברורה, או שתשובתם מושפעת ממה שאמרו אנשי המקצוע קודם לכן: במקום להביא את עמדתם ממקום בטוח, הם מרגישים צורך לענות לטענות שנשמעו כלפיהם קודם לכן, זאת אומרת: נראה שככל שיו"ר הועדה נצמד להוראות התנהלות הדיון הכתובות בכלי ושואל את ההורים באופן מפורש בתחילת הדיון מהי עמדתם, כך יש סיכוי גבוה יותר שעמדתם תישמע בבירור ושיתופם בדיון יגבר.

ניתוח תוכן הפרוטוקולים

מתוך 73 וות"ט במחקר זה, ב 50% גיל הקטין שבענייניו התקיים הדיון היה גיל ההתבגרות (12-18), ב 40% (29 וות"ט) גיל ביי"ס יסודי (7-12) וב 10% הגיל הרך. 41% מהדיונים בות"ט היו דיון ראשון בעניינה של משפחה. 49% היו דיונים חוזרים ודיון אחד היה דיון חירום. מ 8% מהפרוטוקולים לא ניתן היה להבין האם הדיון היה ראשון, חוזר או חירום.

הכנה לדיון בות"ט

חלק זה של הממצאים יעסוק בהכנת ההורים והילד לדיון בות"ט על ידי העו"ס במלש"ח. כפי שעלה מסקירת הספרות, נהלי "ערכת הכלים" (2008) להתנהלות הות"ט מנחות את העו"סים במלש"ח לערוך פגישות הכנה עם ההורים והילדים שעניינם נידון בות"ט. בפגישות הכנה אלו אמורה העו"ס להסביר להורים את מהות הות"ט ואת זכויותיהם בה (כמו הזכות להביא נציג מטעמם והזכות להציע תכנית טיפול). כמו כן בפגישת ההכנה צריכה העו"ס לשמוע את עמדתם של ההורים והילדים לגבי העניין הנדון בות"ט - בכל הות"ט שנדגמו למחקר זה העניין הוא שאלת ההוצאה של הילד מהבית. ערכת הכלים כוללת טופס לתיעוד ההכנה לדיון ובו צריכה העו"ס לציין האם התקיימו פגישות הכנה עם ההורים והילדים לפני הות"ט והאם נשמעה עמדתם. במהלך איסוף הנתונים למחקר זה ביקשתי מכל מנהלת מחלקה או רכזת וות"ט איתן שוחחתי שיצרפו לפרוטוקול שהן מוסרות לי גם את טופס ההכנה לדיון אם השתמשו בו או כל

תיעוד אחר של פגישת הכנה שנערכה לפני הות"ט, אך רוב העובדות במחלקות ציינו כי אינן משתמשות בטופס ההכנה ואף אין בידן תיעוד הכנה שהן יכולות לשלוח לי. לשם הניתוח של חלק זה, ציינתי בטבלא לגבי כל פרוטוקול, האם צורף טופס הכנה מערכת הכלים. באם לא, האם הופיע בפרוטוקול אזכור לפגישת הכנה שנערכה עם בני המשפחה והאם צוין מה כללה פגישה זו. מהניתוח עולה כי 8% בלבד מהמלש"ח משתמשות בטופס ההכנה לדיון. כמו כן טפסי ההכנה שנאספו אינם כוללים מידע מפורט על תוכן ההכנה שנעשתה: בשלושה טפסים צוין בקצרה כי נערכה פגישה עם ההורים ועם הילדים וכי נשמעה עמדתם, אך לא צוין האם הוסברה להם מטרת הות"ט ודרך התנהלותה או אם הם קיבלו הסבר מפורט על זכויותיהם בה. בשני טפסים נוספים, צוין כי נערכה פגישת הכנה עם ההורים בלבד, ולא עם הילדים אף על פי שבשני המקרים היו הילדים בגיל ביי"ס יסודי ולכן לא הייתה מניעה שהעו"ס תפגוש אותם ותכין אותם לות"ט. בטופס הכנה אחד, לא צוין האם נערכה פגישה עם ההורים והילדים. המידע שניתן היה להוציא מטפסי ההכנה היה דל מאוד ולא ניתן היה לדעת מה היה תוכן פגישות ההכנה שכן נערכו. מלבד הטפסים, ניתוח תוכן הפרוטוקולים מעלה כי ב 14% (עשרה פרוטוקולים) נמצא אזכור לפגישה שהתקיימה בין עו"ס המשפחה לבין בני המשפחה זמן קצר לפני הות"ט, אך רק ארבע מהן מאוזכרות כפגישות הכנה לות"ט. כמו כן, במקרים בודדים בלבד (שני מקרים) ציינה העו"ס כי ערכה ביקור בית ובו שמעה את עמדת ההורים והקטינים שעניינם נידון בות"ט. **לסיכום**, באחוז קטן מאוד מהפרוטוקולים ניתן למצוא עדות לכך שהתקיימה פגישת הכנה לות"ט בין העו"ס מהמלש"ח לבין בני המשפחה. גם כאשר מופיעה עדות שכזו, לא ברור מה נאמר בפגישת ההכנה ואיזה מידע קיבלו בה ההורים. ב 78% מהפרוטוקולים לא ניתן למצוא כל אזכור לפגישת הכנה שנערכה או פגישה של העו"ס עם בני המשפחה זמן קצר לפני הדיון בות"ט.

את מי אוהבת העו"ס יותר? את אבא או את אמא: נוכחות הורים וילדים בות"ט

סעיף זה של הממצאים מתייחס לנוכחות המשפחה הגרעינית בות"ט: אבא, אמא והקטין שהות"ט דנה בעניין הוצאתו מבית ההורים למסגרת חוץ-ביתית. כמו כן, סעיף זה עוסק בשאלה האם קולו, דעתו ורצונותיו של בן המשפחה שאינו נוכח בות"ט מובאים בכל זאת לתוך הדיון על ידי מי מהמשתתפים. בשביל לענות על שאלות אלה, ספרתי את מספר הדיונים בהם נכחו האם, האב וילדיהם, בדקתי האם מפורטות סיבות להיעדרותם ומהן סיבות אלו וכמו כן בדקתי האם ישנה התייחסות מתועדת מצד המשתתפים הנוכחים בות"ט לרצונו, דעתו וקולו של בן המשפחה שלא נכח בדיון.

מהניתוח עולה כי אימהות נכחו ב 88% מהות"ט ואבות נכחו ב 55% מהות"ט. שני ההורים יחד נכחו ב 48% ות"ט, האם לבדה נכחה ב 40% ות"ט וב 7% נכח האב לבדו. ב 4 ות"ט לא נכחו הורים כלל, מהסיבות הבאות: האב רצח את האם ונמצא במאסר (1), שני ההורים מסרבים לקשר עם הרווחה (1), הילדים מתגוררים אצל הסבים, האם מכורה לסמים והאב לא בקשר (1), ההורים אינם אפטרופוסים של הקטין (1).

מתוך תשעת הדיונים בהם לא נכחה אמו של הקטין, בשמונה פרוטוקולים צוינו סיבות להיעדרות: הוזמנה ולא הגיעה (3), נפטרה (1), מאושפזת בבי"ח פסיכיאטרי (1), אינה אפטרופוסית על הקטין (1), מקום הימצאה לא ידוע (1) ומסרבת לקשר עם גורמי הרווחה (1). בפרוטוקול אחד של ות"ט בה לא נכחה האם, לא צוינה סיבה להיעדרותה. בעשרה מקרים מתוך 33 האב נעדר מהדיון מסיבות אובייקטיביות: נפטר (4), נמצא במאסר (4) או מתגורר בחו"ל (2)

ובשבעה עשר פרוטוקולים של ות"ט צוינו הסיבות שלהלן: אין קשר עם האב (6), הוזמן ולא הגיע (4), לא שוחרר מהעבודה (2), מסרב לקשר עם גורמי הרווחה (2), אינו אפטרופוס על הקטינים (1), נמצא בגמילה (1) וברח מהיישוב בעקבות סכסוך (1). ב 8% מדיוני ות"ט בהם האב לא היה נוכח, לא צוינה בפרוטוקול הסיבה להיעדרותו מהדיון. בסך הכל ב 45% מהמקרים (שלושים ושלוש ות"ט) לא היה נוכח אביו של הקטין, מתוכם ב 70% מקרים האב נמצא בין החיים, מתגורר בארץ והוא אפטרופוס של הקטין ובכל זאת לא נכח בדיון. ביותר מ 90% מהמקרים (עשרים ואחד מתוך עשרים ושלושה מקרים), הפרוטוקול לא מציין את דעתו ורצונו בנוגע להוצאתו של הקטין מהבית כלל, גם לא דרך עו"ס או נציג ששוחח איתו טלפונית, כאילו הוא אינו קיים. ב 55% מתוך פרוטוקולים של ועדות בהן האב לא היה נוכח, הפרוטוקול מתייחס לקיומו של האב במשפט אחד תמציתי ולא מזכיר בהמשך אותו או את דעתו בנושא היציאה של הילד שלו מהבית, למרות שלפחות בחלק מהמקרים, עו"ס המשפחה שוחחה עם האב טלפונית כשהזמינה אותו לדיון, לדוגמא:

"לא יכל להגיע, הוזמן אך אמר שעובד" (1, 2, 49).

"הוזמן ולא הגיע" (1, 1, 20).

"לא הגיע, הוזמן". "הילדה נפגשת עם אביה פעמיים בשנה" (1, 4, 19; 3, 3, 19).

"הוזמן, מרגיש לא טוב" (1, 2, 31).

"אין קשר עם האב לחלוטין" (2, 2, 65).

"אין קשר" (2, 1, 37).

מעניין לראות שבמספר מקרים כאלה מופיעות עדויות בהמשך הפרוטוקול כי לילדים יש קשר עם האב, ואף כי לאב יש רצון לקחת אחריות על ילדיו, לדוגמא:

בדיון בות"ט המתועד כתמלול של כל הדיון, לא מופיעה התייחסות ולא מצוינת סיבה לאי הנוכחות של האב בדיון. במרכז הדיון נמצא קטין בגיל ביה"ס היסודי, שאמו פנתה לרווחה וביקשה להוציאו מהבית למסגרת חוץ ביתית בשל הרגשתה שאינה יכולה לדאוג לו בצורה מספקת. האם אומרת במהלך הדיון כי האב מעוניין לקחת את הילד אליו, אך היא אינה תומכת בכך:

"אני פה כי אני דואגת למ'... (מפרטת דאגות וארוע שמ' נפגע בשכונה)... אני רוצה להכניס אותו לפנימייה בשביל לעזור לו. המועדונית עזרה לו רק קצת טיפה, אני רוצה פנימייה לעזור לי, אני מאבדת את הבן שלי, אין לו חום ואהבה, אבא שלו אומר לי למה לפנימייה, תני לי. איך? יש לו אח עברייני, מסתובב עם עבריינים, לא משתף איתי פעולה, פעם בחודשיים לוקח אותו" (1, 2, 2).

גם לאחר אמירה זו של האם, האב לא מוזכר בהמשך הדיון, כאילו הוא לא קיים. אף אחד מהנוכחים בות"ט (האמא, עו"ס המשפחה, פקידת הסעד, יו"ר הועדה ועו"ס המועדונית של הילד) לא מציע ליצור קשר עם האב, לשמוע דעתו ולבחון ברצינות האם הוא אכן מעוניין לקחת את הילד אליו והאם זוהי חלופה שיכולה להיטיב עם הילד. בסופו של הדיון, ממליצה הועדה על הוצאת הילד מביתו, מבלי שנשמעה אפילו דעתו של האב ומבלי שניתנה לו הזדמנות להציע חלופה להוצאה מהבית.

דוגמא נוספת מות"ט שתועדה בכלי לתיעוד הדיון, גם בה ביקשה האם להוציא את ילדיה הקטינים מהבית. בסעיף בו מתבקש יו"ר הות"ט לציין מדוע לא הוזמן האב לדיון, לא כתוב דבר. בכלי לאיסוף מידע על המשפחה שמצורף לפרוטוקול כתוב:

"לא בקשר תקופה ארוכה, לאחרונה דווח על קשר" (3, 9, 11).

מידע זה רומז שעד לאחרונה היה קשר בין האב למשפחתו. בהמשך הפרוטוקול קיימות שתי התייחסויות נוספות לאב, אחת שמתארת את הקשר בינו לבין הילד כלא יציב, ואחת הקשורה לתביעת מזונות שלו נגד האמא:

מדריכת הורים ממרכז הורים ילדים מתארת את הקשר בין הילד לאב כפוגעני:
"בחודש אוקטובר האבא סרב לענות לו (לילד) להודעות וטלפונים דבר שמאוד פגע בו. לאחר מכן האב חזר לתמונה ואז שוב נעלם" (11, 4, 6).

עו"ס המשפחה מציינת את תביעת המזונות של האב כפוגעת באם:
"עובדתית האם מתמודדת כיום בהליכים משפטיים שהאב תבע להקטנת מזונות, דבר שעלול לערער את בטחונה הכלכלי" (11, 3, 3).

חשוב להדגיש כי לא מדובר כאן באב שבמשך שנים רבות לא ראה את ילדיו ולא התעניין בהם, ובכל זאת, לא הוזמן לדיון וכותב הפרוטוקול של הות"ט אף לא ראה לנכון לציין מדוע הוחלט שלא להזמין. יתירה מכך, כאשר האב עולה בדיון הוא מוצג כדמות ה"רעה", שפוגעת בילד ובבטחונה הכלכלי של האם. כל זאת מבלי שניתנה לו הזדמנות לממש את זכותו ולהשתתף בקבלת החלטה הנוגעת לחיי בנו.

בחמישה (71%) מתוך שבעת המקרים בהם אמו של הקטין לא הייתה נוכחת בות"ט והיא בחיים, ישנה התייחסות בפרוטוקול לרצונותיה ודעותיה בעניין הוצאת הילדים מהבית, בין אם היא אפטרופוסית ומשמורנית של הקטין ובין אם לא, לדוגמא:

בדיון שהתקיים בעניינו של ילד בגיל ביי"ס יסודי, שאביו הוא המשמורן עליו והיה נוכח בות"ט, ביקש האב לשלב את הילד בפנימיה לאחר שבשתי ועדות קודמות התנגד לכך. האם אינה נוכחת בדיון ואינה משמורנית על הילד, והפרוטוקול מציין את דעתה ביחס לתכנית:
"האב מסכים. יש הסכמה לתכנית גם של האם. ההורים שותפים להחלטות" (67, 5, 3).

בדיון נוסף, בו לא נוכח אף אחד מההורים, הסבים של הילדים נוכחים ומבקשים לתת להם את המשמורת על הילדים, מכיוון שלדבריהם שני ההורים מזניחים את הילדים ואינם יכולים לטפל בהם. פקידת הסעד אומרת במהלך הדיון שהאב הצהיר על כוונה לבקש משמורת ושהאם פנתה לרווחה ואמרה כי ברצונה לטפל בילדים. פקידת הסעד מדגישה:
"הדיון לא נגמר פה, יש פה אמא לילדים עם זכויות משלה. יש לאמא זכות לבקש משמורת" (56, 3, 4).

לגבי האב, אין התייחסות לאותה הזכות ההורית. לעומת האחוז הגבוה של ות"ט בהן התייחסו לרצון האם על אף שלא הייתה נוכחת, בשלושה מקרים יוצאי דופן בלבד (11%), הייתה התייחסות לדעתו של האב על אף שלא נכח בדיון:
דיון המתועד ב"כלי" נסב סביב נער בגיל ההתבגרות, שיזם בעצמו את הבקשה לצאת מהבית לפנימייה. הדו"ח המקדים לות"ט מציין שהיחסים בין הנער לאביו מתוחים מאוד ולפי דברי הנער כוללים אלימות והשפלות. הפרוטוקול מציין ש:
"האב הוזמן אולם לא הגיע כיוון שלדברי האם אין ביניהם תקשורת בנושא ונראה שהתייאשו מהמצב" (60, 2, 3).

בהמשך הפרוטוקול אין התייחסות נוספת לאב, אלא התייחסות כללית לעזרה שנדרשת ע"פ חברי הועדה להורים בגישור ובתקשורת עם הילד. בסוף הפרוטוקול, בסעיף המיועד להתייחסות ההורים לתכנית הטיפול (ההוצאה מהבית), כתוב:
"האב מסכים לתכנית אולם לא השתתף בדיון ומסתייג" (60, 10, 3).

בדיון שנערך בעניינו של נער בגיל ההתבגרות המבקש לצאת למסגרת חוץ ביתית קרובה לבית, מציין הפרוטוקול כי :

" האבא לא שוחרר מהעבודה. יודע על הדיון מסכים לקיומו ויקבל את החלטותיו" (1, 61, 2)
בהמשך הדיון האב לא מוזכר אפילו פעם אחת, אך אמו של הקטין מדברת בשם שני ההורים. בשני המקרים הציטוט הוא דל ולא ניתן להבין ממנו לאיזו תכנית האב מסכים או מהן הסתייגויותיו ממנה : הוא אינו מספק מידע מספיק לגבי דעתו של האב בעניין היציאה של בנו מהבית.

בדיון שנסיב סביב שני ילדים בגיל ביי"ס יסודי שעובדי המחלקה ביקשו להוציאם מהבית בשל דאגה ומצבי סיכון, הפרוטוקול מציין :

" כאמור במאסר, מסרב לתכנית, יוזמן לדיון בבימ"ש" (2, 5, 44).
ברוב הגדול של המקרים בהם האב אינו נוכח, ההורים גרושים או פרודים. מתוך 37 ות"ט שדנו בעניינו של קטין או קטינה בגיל ההתבגרות (18-12), בעשרים ושישה דיונים (70%) נכחה הקטינה. בתשעה מהדיונים לא נכח הקטין ולא צוינה סיבה לכך, ובשני דיונים הפרוטוקול ציין סיבה לאי נוכחות הקטין : הוזמנה ולא הגיעה (1), איחרה לדיון והוחלט לקיים את הדיון בלעדיה בשל צפיפות של הלוי"ז (1). מתוך 11 הדיונים בהם לא נכח הקטין בגיל ההתבגרות, בשמונה דיונים (73%) לא הייתה קיימת בפרוטוקול שום התייחסות לדעתו ורצונו בעניין היציאה מהבית. בשלושה פרוטוקולים בלבד הייתה קיימת בפרוטוקול התייחסות עניינית לרצונו של הקטין מצד עו"ס המשפחה או מצד אמו, לדוגמא :

בדיון שעניינו שני אחים בגיל היסודי ובגיל ההתבגרות (כיתות ו' ו ז'), אמם של הנערים ביקשה סיוע בסידור ילדיה במסגרת חוץ ביתית. לגבי אחד מהקטינים, הפרוטוקול מציין את דברי יועצת ביה"ס :

"בשיחה שהייתה לה עם א' דיבר על יציאה לפנימיה, פעם ציין שלא מעוניין ופעם אמר שיעשה מה שאמא תחליט" (22, 4, 5).

לגבי אחיו, מספרת עו"ס המשפחה על שיחה מקדימה לות"ט שערכה עם הילד :

"בנושא הפנימייה ציין באופן חד משמעי כי לא מעוניין וכי יברח" (22, 4, 7).

בדיון נוסף בעניינה של נערה שהעו"ס במחלקת הרווחה המליצה על הוצאתה מהבית ואמה של הנערה הייתה אמביוולנטית לגבי ההחלטה, אמרה האם :

" בהתחלה כן רצתה פנימייה אבל אח"כ לא רצתה" (31, 2, 8). ובהמשך אומרת העו"ס : *" היא*

לא רוצה פנימייה היום- מוסכם וידוע לכולם" (31, 3, 5).

באותו דיון, עו"ס המשפחה מגדירה את הנערה כ"לא משתפת פעולה" :

"יודעת (על קיום הדיון), הוזמנה, החליטה לא להגיע, לא משתפת פעולה" (31, 2, 2).

עם זאת, חשוב לציין שבתום דיון זה הועדה המליצה שלא להוציא את הנערה מהבית לעת

עתה, אלא רק אם מצבי הסיכון בהם הנערה נמצאת, ימשיכו.

מתוך עשרים ותשעה ות"ט שהתקיימו בעניינו של קטין בגיל ביי"ס יסודי (12-7), ב 72% לא

נכח הקטין. בכל הדיונים בהם לא נכח הקטין, לא צוינה בפרוטוקול סיבה לכך. ב 76% מהדיונים

בהם לא נכח הקטין, לא הייתה קיימת בפרוטוקול שום התייחסות לדעתו או לרצונו של הקטין

בנוגע להוצאה מהבית ובחמישה דיונים הייתה קיימת התייחסות קצרה לרצונו של הקטין מצד

אמו או מצד עו"ס המשפחה, לדוגמא :

בדיון שנערך בעניינו של קטין, אמו מבקשת עבורו סידור במסגרת חוץ ביתית מפני שהיא נמצאת שעות רבות בעבודה על מנת להחזיר חובות ולהרגשתה אין לה היכולת לדאוג לבנה. הפרוטוקול מציין:

"האמא מסבירה לר' שהוא בפנימייה בגלל מצב כלכלי. הוא לא רוצה לחזור לשם אבל הוא מבין" (3, 3, 37).

בדיון בות"ט בו מבקשת האם להוציא את בנה לפנימייה, אומרת עו"ס המועדונית של הילד שמתפתת בדיון:

"דיברתי איתו על פנימייה כי הוא בא עם זה, היה טרוד מזה. זה משהו שעלה בבית, שוחחתי עמו על המושג פנימייה, השוני והדמיון למועדונית, היה סקרן, שמח שיהיו לו חברים, אמר שבבית הוא לבד, חוץ מהמחשב או שיוצא החוצה." (1, 1, 4)

בות"ט שהתקיימו בעניינם של ילדים בגיל הרך לא נכחו הילדים ובאף אחד מהדיונים לא הובא קולו של הקטין על ידי מי מהמשתתפים. בשני דיונים בלבד, שהיו דיונים חוזרים, נכח אפוטרופוס לדין שתפקידו לייצג את הקטין ואת טובתו.

לסיכום, מניתוח נוכחות בני המשפחה הגרעינית בות"ט עולה כי במקרים רבים זכות ההורים והילד להשתתף בדיון מתקיימת באופן חלקי בלבד, דבר המתבטא באחוז גבוה של ועדות שמתקיימות ללא הקטין שעניינו נדון בות"ט או נציג מטעמו במידה והוא צעיר מאוד (53%) וללא אביו (45%). כך נשללת זכותם להשתתף בהחלטות הנוגעות לחייהם. הפירוט הדל והקצר בדרך כלל של הסיבות לאי נוכחות האב בות"ט מעלה את הרושם כי לא ננקט מאמץ מיוחד להביא את האב לדיון כאשר האם היא המשמורנית על הילד, גם כאשר ברור שהאב נמצא בקשר מסוג כלשהו עם הילדים. כמו כן בולט היעדר פירוט הסיבות להיעדרות של קטין מות"ט, גם כאשר הקטין בגיל ההתבגרות, יכולתו וזכותו מעוגנת בתקנות.

בהמשך הניתוח, בדקתי האם בכל זאת נעשה ניסיון להביא או לייצג בתוך הדיון בות"ט את קולו, עמדתו ורצונותיו של בן המשפחה שאינו נוכח בדיון. הניתוח העלה שברוב הגדול של המקרים, אף אחד מאנשי המקצוע המשתתפים בות"ט אינו מתייחס לרצון בן המשפחה הנעדר, גם כאשר מדובר בקטין שבעניינו דנה הות"ט (79%) וגם כאשר מדובר באביו (90%), בבחינת "מי שלא שם, לא קיים".

הי, מישהו שומע אותי? קולם של ההורים והילדים הנוכחים בות"ט

עד עתה העלה הניתוח כי קולם, רצונותיהם ודעתם של בני משפחה שאינם נוכחים בות"ט אינם נשמעים ברוב המקרים. סעיף זה של הממצאים יעסוק בשאלה מה קורה כאשר בן המשפחה כן נוכח בדיון? האם הנוכחות בות"ט בהכרח גורמת לכך שקולו של בן המשפחה יישמע? האם נוכחותו בדיון נותנת לו הזדמנות אמיתית לממש את זכותו להשתתף בקבלת החלטה הנוגעת לחייו ולהציע פתרונות שנראים לו מתאימים? במחקר זה לא הייתה אפשרות אמיתית לדעת מה אמר כל אחד ואחד מהמשתתפים בות"ט, אלא אך ורק מה שמופיע בתיעוד הות"ט על צורותיו השונות. לכן על מנת לענות על השאלות הללו, בחרתי ארבעה ביטויים שונים שיכולים ללמד עד כמה נשמע קולו של בן המשפחה שנכח בדיון ויש להם פוטנציאל להופיע בכל אחד מהפרוטוקולים. לאחר מכן בחנתי את הביטויים אל מול החלטת הות"ט.

ביטוי ראשון: האם בתיעוד הדיון בות"ט הופיע לפחות פעם אחת רצון ברור של ההורים והילד לגבי הוצאת הילד מהבית?

ב 69% מות"ט בהן נכחה אמו של הקטין, ב 70% מות"ט בהן נכח אביו וב 80% מות"ט בהם נכח קטין⁵, הופיע בפרוטוקול לפחות פעם אחת רצון ברור שלהם לגבי הוצאה של הילד מהבית, בין אם התנגדו להוצאה, הסכימו לה או ביקשו אותה, לדוגמא:

בות"ט שהתקיימה בעניינו של נער שביקש לצאת מהבית לפנימייה ובה נכחו האם והקטין, מציין הפרוטוקול לגבי ההורים:

" זקוקים לעזרה במציאת מסגרת חוץ ביתית עבור נחום (הקטין)" (2, 3, 60).

זוהי הפעם היחידה בה הפרוטוקול מתייחס לרצונה של האם. הוא מביא את רצונה באופן ברור, אך לא בצורה מפורטת.

בות"ט שהתקיימה בעניינם של שני קטינים, האחד בגיל ההתבגרות והאחד בגיל יסודי, הפרוטוקול מכיל משפט אחד המתייחס לרצונו של הקטין בגיל יסודי לצאת לפנימייה. ההתייחסות מופיעה לאחר שיו"ר הות"ט מציינת את תפיסתה לגבי המצב, והקטין מגיב: יו"ר הות"ט: *"יש לנו נטישה של האם את שני הקטינים. על האם מוטלת אחריות מלאה על ילדיה. הקטין, מתפרץ בבכי. לא רוצה פנימייה, לא רוצה כלום"*. (5, 2, 18-19).

גם בדוגמא זו, הפרוטוקול מביא את רצונו של הקטין פעם אחת בלבד, באופן ברור: הקטין מתנגד ליציאה לפנימייה.

בות"ט שהתקיימה בעניינם של שני קטינים, בן ובת בגיל ההתבגרות ותועדה באמצעות הכלי לתיעוד הדיון, רצונם של ההורים לגבי הטיפול בילדיהם מופיע פעם אחת בלבד באופן ברור, בה מדברת האם בשם שני ההורים:

"אנו מעדיפים שיעל ויוסי יישארו בקהילה ויקבלו את המענים" (2, 4, 12).

גם במקרה זה רצון ההורים מובא באופן ברור: הם מעוניינים שילדיהם יטופלו בקהילה ולא יוצאו מהבית. עם זאת, הרצון אינו מופיע בצורה מפורטת אלא במשפט תמציתי אחד, ואין התייחסות חוזרת אליו לאורך תיעוד הדיון. יתירה מזאת, הפרוטוקול של הדיון שמתועד באמצעות הכלי מציין בסעיף "התייחסות ההורים":

"ההורים מסכימים להמלצות" (3, 7, 12). ההמלצות הן הוצאה מהבית של שני הילדים.

זאת על אף שלכל אורך הפרוטוקול לא מתועד שינוי בתפיסתם של ההורים מרצונם שהילדים יישארו בקהילה לרצון או הסכמה שיוצאו מהבית. זאת אומרת – רצון ההורים מופיע באופן ברור, באופן תמציתי ובלי הרחבה. רוב הפרוטוקול עוסק בבעיות שבקשר בין האם לילדיה ובפתולוגיות שלהם, עד שאומרת מנהלת המלש"ח:

"מדובר בילדים שעם טיפול נכון אפשר להרים אותם ולתת להם הצלחה. הטוב עבורם היא

הוצאה חוץ ביתית ושיקבלו מענים רגשיים" (3, 5, 12).

לאורך כל התיעוד, נעדר דיון במענים שיכולים לסייע לילדים בקהילה, זאת למרות רצונם הברור של ההורים שהילדים יקבלו מענים בקהילה. זאת ועוד, הדיון מתמקד באחד מן הילדים ומתאר את הקשיים שהוא חווה בבית ואת רצונו של הילד עצמו לצאת למסגרת חוץ ביתית, אך אין כלל תיעוד של מצבו של הילד השני, ובכל זאת מחליטה הות"ט להוציא את שני הילדים מהבית.

בות"ט בהן נכח יותר מקטין אחד, הממצאים מתייחסים לרצונו של כל קטין בנפרד.⁵

במקרה זה, אף על פי שההורים הביעו רצון ברור ומתיעוד דבריהם נרמז כי יש להם מוטיבציה לשתף פעולה עם מענים שיינתנו בקהילה לילדיהם, החליטו אנשי המקצוע אפילו ללא דיון ברצונם של ההורים, כי טובתם של הילדים היא הוצאה מהבית. האם ניתן להגיד שקולם של ההורים נשמע בדיון זה? שניתנה להם אפשרות לממש את זכותם להשתתף בקבלת ההחלטה על הוצאת ילדיהם מהבית? נראה כי גם כאשר ההורים נוכחים בות"ט ורצונם נשמע באופן ברור, אין זה אומר בהכרח כי הם שותפים בקבלת ההחלטה.

מחקר שנערך באנגליה מדגיש את המתח הקיים בין מדיניות של שיתוף הורים בקביעת תכנית

לילד ולמשפחה, ליישומו בפועל (McKay & Garratt, 2013). החוקרים טוענים כי מתח זה מתבטא בחוסר גמישות של המערכת, שעובדיה מפרשים "השתתפות הורים" כ"שיתוף פעולה" שלהם עם התכניות הקיימות. לטענתם, במקרים רבים כאשר הורים מביעים רצון או דעה שאינה מתיישבת עם דעתם של אנשי המקצוע או עם השירותים הקיימים במערכת, ההורים נתפסים כמתנגדים, לא משתפים פעולה, ומתוך כך נתפסת הורותם כלקויה. המחקר בנוי מראיונות עומק של הורים שהשתתפו בוועדות שאמורות לקבוע תכנית טיפול לילדים בעלי צרכים מיוחדים. הורים רבים מעידים בראיונות שכאשר הביעו רצונות שאינם מתיישבים בקנה אחד עם דעתם של אנשי המקצוע, רצונותיהם נדחו על הסף והם קיבלו תגובות ביקורתיות ומתנגדות מאנשי המקצוע. במקרים אלו, מדיניות שיתוף המשפחה באה לידי ביטוי בנוכחות ההורים בעת קבלת ההחלטות על הטיפול בילד ובשמיעת דעתם אך מדיניות זו היא אשליה של השתתפות בלבד: מרכיב מרכזי בשיתוף אינו מתקיים בה, והוא האיזון ביחסי הכוחות בין בעלי העוצמה (אנשי המקצוע) לבין הלקוחות (ההורים) (McKay & Garratt, 2013). הדוגמה הנ"ל ממחישה מצב זהה בות"ט – לכאורה, ההורים השתתפו בדיון ודעתם נשמעה אך השתתפות זו הייתה "על הנייר" בלבד, ודעתם, שלא תאמה את דעתם של אנשי המקצוע בות"ט, לא קיבלה התייחסות והתחשבות בתהליך קבלת ההחלטה.

ניתן למצוא ראיות למצב כזה גם בפרוטוקולים נוספים:

בות"ט שדנה בעניינם של 5 ילדים בני 3-8.5, נוכחת אם שבשל מצב סיכון בו היא נתונה, החליטה לעבור לגור אצל אמה. האמא מבקשת מגורמי המקצוע בות"ט סיוע בהגנה על ילדיה מפני אביהם של הילדים שהתנהג כלפיה באלימות ואיים עליה, בדמות טיפול באב וטיפול זוגי. אנשי המקצוע הנוכחים בדיון סבורים שיש להוציא את הילדים מהבית על מנת להגן עליהם. הם מציינים: *"רמת הסיכון של הילדים מאוד מאוד גבוהה. הילדים כרגע לא מוגנים. יש למצוא פתרונות הגנה על הילדים מסגרת חוץ ביתית, פנימייה או אומנה, או מסגרות בקהילה עד שעות הערב המאוחרות או בפניה למקלט לנשים מוכות. האמא בהכחשה מוחלטת עם תלות חזקה בבעל על כן יהיה קשה לתמוך בה ולעזור לה ומה שנשאר זה הגנה על הילדים. אומנה מלאה כרגע לא רלוונטית בשל הדחיפות של מציאת מסגרת. לאם אין שום הבנה לגבי רמת הסיכון של הילדים ומבקשת שיעזרו לה ולבעל" (10, 9, 2).*

במקרה זה, תפיסתה של האם אינה עומדת בקנה אחד עם תפיסת אנשי המקצוע. האם עשתה צעד ברור על מנת להגן על הילדים (עברה להתגורר אצל הסבתא), והיא מבקשת עזרה שלתפיסתה תשקם את היחסים עם הבעל ותמנע פירוק והפרדה של המשפחה. אנשי המקצוע חושבים, שעל מנת להגן על הילדים והאם יש להפרידם מהאב ולפרק את המשפחה. מתוך תפיסה זו, הם מבטלים לחלוטין את תפיסתה של האם, ומציינים אותה כאם שלא מבינה את מצבי הסיכון של ילדיה ושלא ניתן לעזור לה.

דוגמא נוספת, מות"ט שדנה בעניינו של ילד בגיל ביי"ס יסודי. הפרוטוקול מציין את הרקע: האם עובדת שעות ארוכות והילד נמצא לבד בבית. אבחון פסיכולוגי שנעשה המליץ על טיפול רגשי ועל טיפול אצל קלינאית תקשורת, אך האם לא קיימה את ההמלצות. אנשי המקצוע בות"ט סבורים כי הילד בסיכון ויש להוציאו מהבית. האם מתנגדת. בתחילת הדיון מתקיימת השיחה הבאה:

עו"ס מהמחלקה, ראש צוות שמחליפה את עו"ס המשפחה: "טיפול רגשי לא קרה. השעות לא התאימו לאמא".

אמא: "הרופאה אמרה שאין לה תורות, אנשים מחכים הרבה זמן. הרופאה אמרה שצריך לחכות חודשיים לתור".

עו"ס: "חצי שנה הילד בלי טיפול. זה לא יכול לקרות. כבר אז המצב לא היה טוב"

אמא: "מה שהיה בעבר כבר עבר"

עו"ס: "מה עם קלינאית תקשורת?"

אמא: "אין קלינאית תקשורת, לא נותנים לי".

עו"ס: "מאוד קשה לעזור לילד ולאמא עקב חוסר שיתוף פעולה עם אמא. לאמא יש הרבה

כעסים על מערכת, אמא לא הגיעה לשתי פגישות עם עו"ס המשפחה"

ואז מציין הפרוטוקול: "אמא יצאה ועזבה את החדר. אמא עזבה דיון עקב חומרת המצב.

הועדה מחליטה להמשיך הדיון בהיעדרה. נאמר לה כי תהיה פניה לבית משפט".

בדוגמה זו, חברי הות"ט באים לאמא בטענות על כך שלא קיימה את ההמלצות של טיפול בקהילה. על אף שהאמא מתארת כיצד ניסתה לקיים ההמלצות אך לא קיבלה מענה מהשירות (תורים ארוכים לטיפול רגשי ולקלינאית תקשורת), חברי הות"ט לא מתייחסים לניסיונותיה ומגדירים אותה כלא משתפת פעולה. אף אחד מחברי הות"ט לא ניסה להציע לאם סיוע בהתמודדותה מול הרשויות ומול המערכת, שמקשה עליה לקיים את ההמלצות. גם בהמשך הדיון, בכל פעם שמוזכרת האם, אנשי המקצוע מאשימים אותה בהורות לקויה: כאשר מחנכת הכיתה מציינת שלאם קשיים כלכליים, מציינת מנהלת ביה"ס: "מבחינה כלכלית, אמא לא קונה כלום. אם ביי"ס לא ייתן ציוד משרדי, הילד יגיע בלי. אמא לא משלמת בית ספר, אמא מסתובבת עם טלפון, אמא עובדת ב---".

נציגת השירות הפסיכולוגי מוסיפה:

"אמא אומרת שאין לו (לילד) כלום. אמא לא רואה את הילד ממטר. האמא לא הגיעה למשון (של האבחון הפסיכולוגי)".

המחנכת מוסיפה:

"אמא לא מרשה לילד לצאת בערב לחברים"

בהמשך, אומרת יו"ר הות"ט:

"אני לא מאמינה לאמא".

ומחנכת הכיתה מוסיפה: "קבענו לעשות ביקור בית ואמא ביטלה לנו יום לפני"

יו"ר הועדה: "אמא מסרבת לביקור בית".

זאת, אומרת, גם לאחר יציאתה של האמא מהדיון, ממשיכים אנשי המקצוע בות"ט לפרש את ההורות שלה כלקויה: למרות שהיא עובדת היא לא משלמת לבי"ס. חברי הועדה רואים את העובדה שברשותה של האם טלפון כראייה לכך שיש לה אפשרות לשלם לביה"ס אך היא בוחרת שלא לעשות זאת: חוסר שיתוף פעולה עם המערכת ואי מילוי צרכיו של הילד. על אף ניסיונותיה

של האם לשתף פעולה עם ההמלצות הקודמות, אנשי המקצוע טוענים שהאמא לא רואה את הילד ומפרשים את הביטול של ביקור הבית כסירוב לביקור. התנהלות זו עושה לאם תהליך של דמוניזציה, לאחריו יהיה לאנשי המקצוע קל הרבה יותר להוציא את הילד מהבית ללא שיתופה של האם. לאורך כל הדיון, אף אחד לא מעלה בדעתו להציע לאם סיוע בהתמודדות עם קשייה הכלכליים או עם המערכת. גורלם של האם ובנה נחרץ: האם אינה משתפת פעולה ולכן צריך להוציא את הילד מהבית.

מעניין במיוחד להתבונן במקרים בהם רצונם של בני המשפחה לגבי הוצאה מהבית אינו מופיע בפרוטוקול בצורה ברורה. מדובר בתופעה רחבה יחסית, שמופיעה ב 31% מהפרוטוקולים של דיונים בהם נכחה האם, 30% מאלה שנכח האב ו 20% מתיעודי הדיונים בהם נכח קטין. בבוא לערוך מחקר זה, הנחתי הייתה כי פרוטוקולים בהם ניתן למצוא עדויות לכך שבני המשפחה דיברו פעמים רבות במהלך הדיון, יהיו פרוטוקולים של ות"ט בהן הייתה מיזדה רבה של שיתוף ההורים בקבלת ההחלטה על תכנית הטיפול. אך נוכחתי לדעת כי גם במקרים בהם ניכר מהפרוטוקול שההורים והילד מדברים פעמים רבות במהלך הדיון בות"ט, אין זה בהכרח מצביע על השתתפות בקבלת ההחלטה ועל יכולתם של בני המשפחה להביע רצונם באופן ברור. פעמים רבות, בני המשפחה מדברים הרבה מפני שהם נשאלים הרבה שאלות על ידי אנשי המקצוע. במקרים אלה, דברי ההורים מוכוונים על ידי השאלות של אנשי המקצוע, שלא תמיד טורחים לברר את עמדתם של ההורים כלפי הוצאת הילדים מהבית, כפי שמובא בדוגמא הבאה:

ות"ט התקיימה בעניינם של ליאל ומיכל - קטין וקטינה בגילאים 9.5 ו 12.5, שהצוות המקצועי מביה"ס ומהמועדוניות שלהם היה מודאג ממצבם וחש שישנה הזנחה בבית וחוסר מסוגלות הורית לשים גבולות לילדים. לאורך הדיון הצוות מדבר בהרחבה על הבעיות שהוא מזהה אצל הילדים ואצל המשפחה, וההורים עונים על שאלות ששואל אותם הצוות בצורה עניינית וקצרה. כאשר הדיון מגיע לשאלה האם להוציא את הילדים מהבית לפנימייה, השיחה מתנהלת כך:

פ. סעד: "אולי חשבתם שמסגרת מחוץ לבית תהיה לה טובה? כי אתם לא יכולים עליה, אתם לא מצליחים לטפל בה"

אבא: "כן, חשבנו גם על זה".

פ. סעד: "דיברתם עם מיכל על זה?"

אבא: "כן, דיברנו".

פ. סעד: "אם ההורים מסכימים ומתחילות בעיות כאלה עם מיכל, זה הזמן".

עו"ס מועדונית: "אם יש בעיות גם בביה"ס וגם במועדונית וגם יש התדרדרות בהתחצפות, ביחס שלה עם המדריכות, מציקה לילדים שקטנים ממנה, ועכשיו התחילו תכנים מיניים שהם לא מתאימים, מרימה חולצה, יורקת במדריכות – פעם עשינו שיחה עם האבא אך הדברים חזרו על עצמם ואחר כך לא הצלחתי לגייס את ההורים שוב. התחושה שלנו היא שהיא לא מחוברת למועדונית. לי אישית זה מאוד כואב, ראינו אותה כבר במקום אחר ואין שיתוף פעולה בכלל מההורים בקשר לזה."

פ. סעד: "אני חושבת שצריך אבחון ושההורים מסכימים שמומלץ לשקול פנימייה או מסגרת חוץ ביתית".

יו"ר הועדה לאמא: "מה את חושבת?"

אמא: "אני לא חושבת שהיא מתאימה לזה. שאלתי את ליאל אם הוא מוכן ללכת לפנימייה והוא אמר שכן. אבל מיכל, היא קטנה יותר, אני לא חושבת שהיא מתאימה".

פ. סעד: "יש למיכל בעיה, אם לא מטפלים טוב, יהיה הרבה יותר קשה. במסגרת של פנימייה
ידאגו שהיא תהיה נקייה, תהיה פינה משלה, וידאגו לצרכים שלה, שאנחנו מבינים שאתם לא
יכולים. לכם קשה להציב גבולות, יש הרבה ילדים. היום אפשר למצוא לה מקום טוב. מה אתה
אומר, אבא, על ההצעה שלי לחפש פנימייה שמתאימה לה?"
אבא: "אם זה מקום טוב, אני לא מתנגד".
יו"ר הועדה לאמא: "את הבנת מה שאמרנו? מה את אומרת?" (אמא לא עונה)
פ. סעד: "ביחד אנחנו הולכים לראות פנימיות (לאמא), אתם חייבים להיות שותפים, אנחנו לא
עושים בשבילכם לבד"

עו"ס מועדונית: "הפוטנציאל של מיכל הוא גדול, היא לא מממשת אותו בגלל המצב הנפשי.
את חושבת שאת יכולה לעשות את זה?"
אמא: "מאוד קשה לי להוציא אותה מהבית"
מנהלת מח' לשירותים חברתיים: "אני מבינה את הקושי של אמא, היא מאוד מחוברת לילדה,
צריכים לעשות עבודה מול האמא כי זה לטובת מיכל, אחרת אנחנו נאחר את הרכבת". (34, 10-9,
2)

בסוף הפרוטוקול תכנית הטיפול המוצעת היא הוצאתם של ליאל ומיכל מהבית. בסעיף שמציין
את התייחסות ההורים לתכנית כתוב: "ההורים מסכימים לתכנית הטיפול" (34, 6, 3).
הציטוט הנ"ל מדגים מצב שבו לכאורה אנשי המקצוע מקפידים לשאול את ההורים לדעתם
בעניין ההוצאה מהבית של ילדיהם, וקולם של ההורים נשמע. אך בקריאה מעמיקה של הדיון,
ניכר כי שמיעת ההורים היא סמלית בלבד: אנשי המקצוע החליטו שהדבר הטוב ביותר עבור
הילדים הוא יציאה מהבית, ומפרשים את תשובותיהם ההססניות של ההורים "אני לא מתנגד"
(אבא) ו"קשה לי להוציא אותה מהבית" (אמא), כהסכמה. בפנייתה של פקידת הסעד להורים היא
אומרת להם שהם חייבים להיות שותפים במציאת מסגרות, אך למה היא מתכוונת במושג
"שותפים"? תגובת ההורים מרמזת שהם אינם בטוחים כלל שהוצאת ילדיהם מהבית היא הפתרון
הטוב ביותר עבור הילדים. אנשי המקצוע בות"ט מפרשים תגובותיהם כהסכמה. ומבחינתם
הביטוי לכך שההורים "שותפים" יהיה אם יסכימו להחלטת אנשי המקצוע להוציא את הילדים
מהבית, וילכו לבדוק מסגרות - אנשי המקצוע מפרשים שיתוף פעולה כ"שותפות". האם במצב
כזה ההורים "שותפים" להחלטה? האם ניתן לצפות שההורים יעבדו בשיתוף פעולה עם מחלקת
הרווחה למען יישום ההוצאה מהבית? לראיתנו, דיון ות"ט מסוג זה אינו דיון משותף אף על פי
שההורים נשאלו לדעתם, מכיוון שלדעתם לא ניתן מקום אמיתי. האם יכול להיות שאי נתינת
המקום נובעת מכך שדעתם לא תואמת לגמרי את דעת אנשי המקצוע? בדיון זה, ההורים מוגדרים
על ידי אנשי המקצוע מספר פעמים כהורים שלא משתפים פעולה עם אנשי החינוך והטיפול וכלא
מסוגלים לטפל בבנותיהם:

מחנכת: "אין עם מי לדבר" (34, 10, 1), "אין שיתוף פעולה עם ההורים" (34, 10, 8), פ. סעד:
"אתם לא יכולים עליה, אתם לא מצליחים לטפל בה" (34, 11, 6). עו"ס המועדונית: "אין
שיתוף פעולה בכלל מההורים" (34, 11, 9).

לראיתנו, שיח בסגנון זה מגביר את הלגיטימציה שאנשי המקצוע נותנים לעצמם לאי השיתוף
של ההורים בדיון, בעוד הם רואים עצמם כעושים מאמצים לשותף את ההורים, אבל אלו "לא
משתפים פעולה". כך בסופו של עניין, "חוסר שיתוף הפעולה" של ההורים מאפשר לאנשי המקצוע
להסביר מדוע נאלצו להחליט בעצמם על הוצאה מהבית.

ביטוי שני: האם רצון ההורה והילד מופיע יותר מפעם אחת בתוך תיעוד הדיון או שמופיע פעם אחת בצורה מאוד מפורטת (למשל עם הסבר מפורט מדוע בן המשפחה מתנגד או מעוניין בהוצאה מהבית)?

מתוך כל המקרים בהם נכחו בני המשפחה בות"ט, רצון בן המשפחה הופיע יותר מפעם אחת או בצורה מפורטת אצל 45% מהאמהות, 38% מהאבות ו 46% מהקטינים, לדוגמא:
פרוטוקול דיון בות"ט שדן בעניין מציאת מסגרת חוץ ביתית לנער מתבגר אשר מתגורר אצל סבתו וחשוד בשימוש בסמים, מביא את רצונו של הנער באופן ברור מספר פעמים ובפירוט:
" ל---(מסגרת לגמילה מסמים) אני לא אלך, --- (מסגרת אבחונית לנוער קצה) היה מגעיל – אין מצב שאלך, לא היה לי טוב גם ב--- (מסגרת פנימיה טיפולית)". (50, 5, 7).
" בכל הבתי ספר הצלחתי, לא בגלל בית ספר אני כאן, בגלל המסגרות מה ששלחתם אותי...הכל בגלל העבר של אמא שלי" (50, 5, 9).
" אצל סבא וסבתא הכי טוב בשבילי" (50, 5, 18).

מפרוטוקול זה ברורה לחלוטין עמדתו של הנער ורצונו: לאחר ניסיון במספר מסגרות, הוא לא מעוניין להשתלב באף מסגרת חוץ ביתית שהוצעה לו ורוצה להישאר לגור אצל סבו וסבתו. הוא תופס את המגורים אצל סביו כאפשרות שטייב עמו ביותר.
דיון ות"ט מסוים עסק בעניינם של שני קטינים (ילדה בגיל ביי"ס יסודי ונער בגיל ההתבגרות), אשר המשפחה והם ביקשו שהילדים יעברו להתגורר בבית הסבתא (אמה של האם), שגרה באותו בניין בו גרה האם. בדיון נכחו שני ההורים, הסבתא והקטינים. לאורך כל הדיון, שואלת יו"ר הוועדה את האב, האם והקטינים מה דעתם והסתייגויותיהם על המעבר של הילדים לבית הסבתא, והם עונים בהרחבה:

אמם של הקטינים: "מתן (הילד) ואסנת (הילדה) לא הסתדרו אצלי אף פעם בחיים. אסנת אימפולסיבית ומתן יותר סגור. בבית סבתא יותר נוח, יש יותר חופש. הבית שלי היה קטן להכיל ילדים שרבים ביניהם כל הזמן. אני לא כועסת על הילדים בגלל שעברו לבית סבתא. אני מדברת עם ילדים כל יום, אני מזמינה אותם, אני לא אוהבת לבוא לאמי. אמי אישה יותר ביקורתית. אם אני מפקדת, אמי גנרל. כיום אמי יותר רכה והשתנתה – הילדים באים אלי מתי שבא להם. אסנת אוהבת לצאת איתי. מתן לא כל כך אוהב לצאת איתי" (16, 6, 1).

אביהם של הקטינים: "משיחות עם ילדים אני מרגיש שהם הגיעו לשקט אצל סבתא. זה מבחינת שקט, התנהלות. באופן כללי ילדים רואים את זה כנקודה יותר טובה, מעין שדרוג של החיים. מבחינתי ככל שזמן עובר הקשר נחוה יותר קרוב" (16, 6, 2).

מתן: "כיף לנו, יש לנו חדר משלנו. יש חדר, כביסה נקייה, אוכל, סבתא בבית. יש הכל. אני לומד ב-- , התחלתי בגרויות. יש לי חברים רק ב-- . אחר הצהריים, נרשמתי לכושר קרבי.....כל יום מתקשרים לאמא, באים לאמא מתי שרוצים....עברנו לסבתא כי לא כל כך הסתדרנו עם אמא. סבתא רצתה שנעבור אליה. אנו רוצים להישאר אצל סבתא ללא מעברים" (16, 11-12, 9).

דיון זה הוא דוגמא לדיון שהתנהלות שלו אפשרה לכל בני המשפחה לדבר בהרחבה, להביע דעתם וקולם. במהלך הדיון עלו גם תכנים קשים יותר שחשפו מתחים בין האם לאב, האם לסבתא, הסבתא והאב, וגם לתכנים אלה היה מקום בדיון. ההבדל בין דיון זה לדוגמאות שהובאו לפניו הוא, שכל בני המשפחה היו אחידים בדעתם ורצו שהילדים יתגוררו אצל הסבתא. רצונם זה עלה בקנה אחד עם תפיסתם של אנשי המקצוע בות"ט, שסברו גם הם כי טובתם של אסנת ומתן

לחיות אצל סבתם, והחלטת הות"ט הייתה שהילדים יגורו אצל סבתא. דיון זה מדגים כיצד כאשר ישנה הסכמה בקרב כל משתתפי הדיון, משימת שיתוף המשפחה נעשית קלה יותר. לעתים, מתייחס הדיון בהרחבה לרצונותיו של בן משפחה אחד, אך בתמציתיות לרצונותיו של בן משפחה אחר:

ות"ט התקיימה בעניינם של שני נערים בגיל ההתבגרות שביקשו לצאת מהבית לפנימיה מכיוון שלדבריהם לא טוב להם במסגרות החינוכיות בהם הם נמצאים כיום. הפרוטוקול מביא בהרחבה את דבריהם של הנערים, אך דברי האם מובאים במשפט אחד בלבד לאורך כל הפרוטוקול:

"לאה (האמא) מספרת שמאז שבעלה נפטר, רועי (הילד) עוזר לה ותומך בה. מוכנה לוותר על תמיכתו ושיצא לפנימיה. לא רוצה לסגור לו את הדרך". (2, 3, 47)

התייחסות יחידה זו לרצונה של האם רומזת על קשיים אפשריים שהיא חווה בהקשר של יציאת ילדיה מהבית, ושאלות לגבי התמיכה לה תזדקק כאשר הילדים יעזבו, אך הפרוטוקול מתייחס להסכמתה ליציאה מהבית בלבד. בתכנית הטיפול המוצעת, אמנם מוצע לאם טיפול רגשי, אך הפרוטוקול אינו מביא את דעתה ורצונה בקשר להצעה זו. לעומת זאת, שני הנערים מבקשים לצאת מהבית, ואנשי המקצוע בות"ט מתייחסים לרצונם בהרחבה:

"רועי וישראל מבינים שמתקיים דיון לאור הקשיים הלימודיים. רועי מספר שהחסיר ימי לימודים. יושב מול הטלויזיה ומחשב מעט יוצא מהבית. לרוב לא הולך לבני"ס אין לו תחומי עניין, לא יוצא למסיבות... לא אוהב ללכת לבני"ס מספר שהוא חסר מרץ. אין לו חברים. חושב שמצבו לא טוב.... בדיון ישראל טוען שרוצה לשפר את מצבו הלימודי כי רוצה להיות רופא קרבי בצה"ל... רועי וישראל מעוניינים לצאת לפנימיה צבאית ואפילו לא צבאית רק בתנאי ששניהם ייצאו לאותו מקום" (2, 3, 47).

זאת אומרת - אנשי המקצוע בות"ט נותנים מקום נרחב לשמיעה ותיעוד של הנערים שמעוניינים לצאת מהבית, אך מקום מצומצם לקולה המהסס של אם.

ביטוי שלישי: האם ההורה או הילד יזמו בעצמם את הבקשה להוצאה חוץ ביתית?

מעניין לראות שגם כאשר אחד מבני המשפחה יוזם בעצמו בקשה להוצאה חוץ ביתית, במקרים רבים מתייחסים לכך אנשי המקצוע כ"הסכמה" או כ"שיתוף פעולה". מיותר לציין כי ברוב המוחלט של המקרים הבקשה להוצאה מהבית תואמת את תפיסתם של אנשי המקצוע. ועדיין, בקשה יזומה זו אינה מפורשת כרצון עצמאי של בן המשפחה אלא כשיתוף פעולה שלו עם גורמי המקצוע והסכמה לתכנית שהציעה הות"ט. מניתוח הנתונים עולה כי 31% מהאמהות שנכחו בות"ט, 30% מהאבות ו 28% מהקטינים יזמו בעצמם את הבקשה להוצאה חוץ ביתית. בהתבוננות על ות"ט שתועדו באמצעות הכלי לתיעוד הדיון, עולה כי לפחות ב 50% ממקרים אלו, סעיף "התייחסות ההורים לתכנית הטיפול" ו "התייחסות הילד" מתאר את יוזמתם כשיתוף פעולה או הסכמה לתכנית, לדוגמה:

בות"ט שדנה בענייניו של קטין בגיל ההתבגרות שביקש באופן מפורש לצאת מהבית, הפרוטוקול מצטט את בקשתו בסעיף בכלי בו מתבקשת היו"ר לצטט את תשובת הקטין לשאלה באילו תחומים הוא זקוק לעזרה. הפרוטוקול מצטט: *"אני צריך הפסקה מהבית, עכשיו המצב מתדרדר כשאני בבית" (3, 2, 14).*

בסעיף בכלי שכותרתו "התייחסות הילדים לתכנית הטיפול", כתוב: "הביע הסכמתו" (14, 6, 4).

דוגמא נוספת, בות"ט שדנה בעניינה של קטינה שאביה מבקש להוציאה מהבית. סעיף ציטוט ההורים בפרוטוקול: "האב מבקש לסדרה במסגרת חוץ ביתית" (2, 67, 2). סעיף התייחסות ההורים בפרוטוקול: "האב מסכים" (3, 5, 67).

דוגמאות אלה ממחישות מצב בו למרות שבני המשפחה יוזמים תכנית אשר תואמת את תפיסותיהם של אנשי המקצוע בות"ט, עדיין משמרים אנשי המקצוע את תפיסת יחסי הכוחות לפיה ההחלטה נמצאת בידיהם, וההורים יכולים רק "לשתף פעולה" או "להסכים". שימור זה של יחסי הכוחות מונע את קיומו של שיתוף אמיתי השואף לאזן את יחסי הכוחות ולהעצים את בני המשפחה.

בארבעה מקרים יוצאי דופן בלבד, הפרוטוקול מתייחס לכך שבני המשפחה אלה הם שיזמו את ההחלטה ואנשי המקצוע בות"ט הם "משתפי פעולה" או "מסכימים", לדוגמה:
"אנחנו כועדה מצטרפים לבקשה שלכם ולבקשת ההורים וממליצים על הוצאה למסגרת חוץ ביתית" (1, 5, 61).

התייחסות נדירה זו מעמידה את יחסי הכוחות בין המשפחה לבין אנשי המקצוע במקום שונה – המשפחה היוזמת מצטיירת כמובילה את קבלת ההחלטה, ואנשי המקצוע מצטרפים אליה.

ביטוי רביעי: האם ההורים או הילד הציעו תכנית טיפול ביוזמתם?

כפי שצוין בסקירת הספרות, ערכת הכלים שבנה משרד הרווחה להתנהלות הועדות מציינת במפורש שלבני המשפחה יש זכות להציע בעצמם תכנית טיפולית שמשקפת את תפיסתם לגבי טובת הילד. תכנית טיפול זו יכולה להתייחס להוצאה מהבית (למשל בקשת ההורים או הילד למסגרת חוץ ביתית מסוימת, לאומנה בתוך המשפחה, לקרבתה של המסגרת לבית המשפחה או לאופי המסגרת – דתית, חילונית וכדומה), אך אינה חייבת בהכרח להתייחס להוצאה, אלא לתפיסתם של בני המשפחה את העזרה שהם רואים כרלוונטית עבורם (למשל טיפול משפחתי, סיוע כלכלי, טיפול רגשי לאחד מבני המשפחה וכדומה).
מתוך דיוני הות"ט בהם נכחו בני המשפחה, הציעו תכנית 34% מהאמהות, 30% מהאבות ו 31% מהקטינים.

דוגמאות לתכניות שהציעו בני המשפחה:

בדיון חירום בות"ט שנערכה בעניינו של יניב, נער שנמצא במצבי סיכון רבים שמתארים ההורים ואנשי המקצוע, מציעה האם שכל המשפחה תעבור להתגורר במקום אחר. לתפיסתה המעבר יסייע לבנה להפחית לחצים:

"אני הייתי רוצה לבדוק מרכז ב--- (עיר בארץ) שדומה ל--- (מרכז טיפולי לבריאות הנפש) ואנחנו נגור בקיבוץ --- אצל אבא שלי, אנחנו נגור בקיבוץ, שם ילמד. לבודד ולהוריד לחצים. זוהי המטרה, היא מהבית לקיבוץ, זהו מן פסק זמן" (4, 3, 7).

הפרוטוקול שמתעד ות"ט זו מתייחס לתכנית שהציעה האם בסיכום החלטות הות"ט:

"החלטה: נפעל בשני מסלולים:

1. חיפוש מסגרת חוץ ביתית

2. פניה לבית המשפט להכרה כקטין נזקק

3. האם תבדוק את מסגרת הטיפול ב---

4. כרוג המשך טיפול אצל מנחם (הפסיכולוג) ובלימודיו. "

(2, 1, 7).

זאת אומרת, הות"ט לא קיבלה באופן נחרץ את הצעתה של האם, אך המליצה לבדוק הצעה זו: ההצעה קיבלה מקום משמעותי בהחלטות, והאם מימשה את זכותה להשתתף בקבלת ההחלטה.

דוגמה נוספת, ות"ט שנערכה בעניינו של נער בגיל ההתבגרות בו ההורים הביעו רצון שבנם ייצא מהבית לאור קשיים חריפים שהם חווים איתו בעקבות משבר כלכלי קשה שחוו, אך ראו זאת כפתרון זמני בלבד עד שהם יחזרו "לעמוד על הרגליים". ההורים הציעו: "ההורים ביקשו מסגרת ב---- (עיר מגוריה של המשפחה) - זמנית, שימשיך בביה"ס הנוכחי ושיוכלו לבקרו ככל האפשר" (1, 4, 69).

לקראת סוף הפרוטוקול, ההורים אף מציינים שם של מסגרת שהם מעוניינים שבנם ישתלב בה. עם זאת, במקרה זה החלטות הות"ט מתייחסות רק לבקשת ההורים למסגרת חוץ ביתית, ולא לבקשותיהם לגבי מיקום המסגרת. ההחלטה היא להוציא את הנער מהבית, ואנשי המקצוע אף מציינים את בקשותיהם של ההורים כמכשול שעלול לעמוד בדרך ליישום ההחלטה: בתשובה לסעיף בפרוטוקול בו צריכה היו"ר לציין קשיים אפשריים ביישום התכנית, כותבת היו"ר: "קושי למצוא מסגרת מתאימה לאסף (הנער) שתהיה מקובלת על ההורים" (6, 7, 69).

דוגמה זו יכולה לשקף שני מצבים. האחד, בו אנשי המקצוע מעדיפים להשאיר לעצמם את ההחלטה לאיזו מסגרת ילך הקטין, מתוך תפיסת עצמם כ"מומחים" שהידע שלהם הוא שיקבע מהי המסגרת המתאימה ביותר לקטין ולכן בקשת ההורים ניצבת לפניהם כמכשול. השני, הוא מצב בו אנשי המקצוע דווקא מעוניינים לכלול בהחלטה את בקשת ההורים מתוך התפיסה כי ההורים הם "מומחים" לעניינם ולחיייהם והם יודעים הכי טוב מה תהיה המסגרת שתהיה טובה עבור בנם ומתוך תפיסה כי אם הנער יהיה קרוב לבית וההורים יוכלו לבקרו הרבה זה ישרת את טובתם של כל בני המשפחה, אך עם הבנה זו, אנשי המקצוע מחזיקים בידע על מספר המכסות והמקומות הפנויים במסגרת שביקשו ההורים ומניחים כי קשיים טכניים יקשו עליהם להיענות לבקשת ההורים.

מניתוח החלטות שהתקבלו בות"ט בהן נכחו בני המשפחה והציעו תכנית עבור עצמם, עולה כי החלטות הות"ט תאמה את התכנית שהציע בן המשפחה ב 77% מהמקרים בהם הציעה האמא תכנית, ב 78% מהמקרים בהם הציע האבא תכנית וב 41% מהמקרים בהם הציע הילד תכנית שהוא תפס כטובה ומתאימה לו ביותר. בנוסף, ההחלטה כללה אלמנטים מהתכנית שהציע בן המשפחה אצל 14% מהאמהות, 8% מהאבות ו 41% מהקטינים. זאת אומרת, בחישוב כולל, ביותר מ 90% מהמקרים בהם בן משפחה מציע תכנית בות"ט, החלטות הות"ט מתייחסות לתכנית זו, אם באופן חלקי ואם בקבלה מוחלטת של התכנית שהוצעה. ממצא זה חשוב במיוחד מכיוון שהוא מצביע על כך שכאשר בני המשפחה מגיעים לות"ט עם תכנית שמבטאת את תפיסתם לגבי הטיפול הטוב ביותר עבור משפחתם, ישנו סיכוי גבוה שההחלטה שתתקבל בות"ט תתייחס ברצינות להצעתם. מצד אחד, ממצא זה מעודד מאוד מכיוון שהוא משקף שותפות של בני המשפחה בקבלת ההחלטה הנוגעת לחייהם - כאשר בן משפחה מציע תכנית הוא נתפס על ידי אנשי המקצוע כ"מומחה" למצבו ומקבל התייחסות תואמת. מצד שני, יש לזכור כי מתוך כלל בני המשפחה המשתתפים בות"ט, כשליש בלבד הציעו תכנית בפני הות"ט. עולה השאלה מדוע אחוז בני המשפחה שמציעים תכנית הינו נמוך כל כך? מדוע כשני שלישים מבני המשפחה הנוכחים

בדיוני ות"ט אינם מציעים פתרונות שמתאימים לתפיסתם את טובתם וטובת ילדיהם? האם יכול להיות כי לרוב המשפחות המשתתפות בדיונים אין תפיסה מגובשת לגבי העזרה להם זקוקים ולכן הם מחכים שאנשי המקצוע יציעו תכנית? או אולי רוב ההורים והילדים המגיעים לדיון בות"ט אינם מודעים לזכותם להציע תכנית? יכול להיות שאינם מקבלים הזדמנות להציע אותה בפני הגורמים המקצועיים בות"ט? על מנת לנסות ולענות על שאלות אלה, ניסיתי לבדוק האם ישנם מאפיינים משותפים לבני המשפחה אשר הציעו תכנית בעצמם או לאופי התכנית שהציעו. ראשית, בדקתי את נושא ההכנה לדיון: שיערתי שאולי בני משפחה שהגיעו לות"ט עם תכנית, הם כאלה שהעו"ס במלש"ח ערכה איתם לפני כינוס הות"ט תהליך הכנה בו הוצגה להם זכותם להשתתף בדיון. הבדיקה העלתה שבקרב 81% מהאמהות שהציעו תכנית, 75% מהאבות ו 100% מהקטינים, בפרוטוקול אין כל אזכור לפגישות הכנה שנערכו עמם, זאת אומרת - רוב בני המשפחה שהציעו תכנית טיפול בעצמם, לא תועדה הכנה שנערכה עמם לפני הות"ט. ממצא זה אינו אומר בהכרח שלא נערכה הכנה, אך אם נערכה, ככל הנראה לא תועדה ולכן אין לנו אפשרות לדעת מה היא כללה. לאחר בדיקה זו, ניסיתי לבדוק האם התכניות שהוצעו בקרב בני המשפחה כללו מאפיינים דומים שיכולים לרמוז על קשר בין ההצעה עצמה לתוכנה. בדיקה זו נעשתה מתוך מחשבה שאולי רוב ההצעות כללו בקשה להוצאה חוץ ביתית ומכיוון שכך, בני המשפחה הרגישו לגיטימציה להעלות אותה בפני הות"ט. אך גם בדיקה זו לא העלתה ממצא חד משמעי: התכניות שהוצעו על ידי בני המשפחה היו מגוונות וכללו בקשות להוצאה מהבית המתייחסות להוצאה עצמה או לסוג ואופי המסגרת, תכניות אלטרנטיביות להוצאה מהבית כגון אומנה בתוך המשפחה ופנימיות יום ובקשות לקבלת שירותים שונים בקהילה. עם זאת, בלט כי בכל המקרים בהם הציעו בני המשפחה אומנה בתוך המשפחה כחלופה להוצאה לפנימייה, אנשי המקצוע בות"ט התייחסו לבקשה זו בהחלטות, אם באישור האומנה ואם בהחלטה לבדוק את האפשרות. כמו כן היה בכל המקרים בהם הציע בן המשפחה תכנית בקהילה כתוספת להוצאה החוץ ביתית (כגון טיפול רגשי, טיפול במרכז הורים-ילדים). אין באפשרותי לבדוק במחקר זה האם הורים שמציעים טיפול בקהילה כחלופה להוצאה מהבית מקבלים בד"כ התייחסות לתכנית שהציעו בהחלטות הות"ט, מכיוון שהפרוטוקולים שנאספו למחקר זה הוגדרו מראש כפרוטוקולים של ות"ט בהן הייתה החלטה על הוצאה חוץ ביתית, ורק במקרה 10 מתוך 73 הפרוטוקולים שהגיעו אלי לא כללו החלטה שכזו.

לסיכום: הממצאים לגבי רצונם של בני המשפחה המופיע בתיעוד הדיון מדגימים כי בין 20%-30% מות"ט בהן דנים בהוצאת ילד מהבית לא מתייחסות לרצון בן המשפחה הנוכח בדיון בנוגע להוצאה. כמו כן, ביותר מ 50% מהות"ט, רצון בן המשפחה הנוכח אינו מופיע יותר מפעם אחת או באופן מפורט.

בהשוואה בין המקרים בהם בן המשפחה מתנגד להוצאה מהבית והמקרים בהם הוא מסכים לה או רוצה בה, לא נמצא דפוס ברור לגבי התייחסות מפורטת או חוזרת לרצונו. ממצא זה יכול לרמז כי התנגדות או הסכמה של בן המשפחה להוצאה מהבית אינה משפיעה על המידה בה תישמע דעתו בדיון. עם זאת, מהניתוח עולה כי שמיעת רצונו ודעתו של בן המשפחה בצורה מפורטת אינה מצביעה בהכרח על שיתופו בקבלת החלטה על הטיפול. ניתן למצוא ראיות רבות לכך, שכאשר תפיסתו של בן המשפחה אינה עולה בקנה אחד עם תפיסת אנשי המקצוע בות"ט, הוא מתואר כלא משתף פעולה ומתנגד, ותיאור זה משמש את אנשי המקצוע כ"תירוץ" לקבלת החלטה על פי תפיסתם בלבד, ללא דיון באפשרות לסייע לבן המשפחה בדרכים שונות התואמות

את תפיסתו. בנוסף, ישנו שימוש נרחב מצד אנשי המקצוע במושגים "הסכמה" ו"שיתוף פעולה" כאשר הם מתארים את התייחסות ההורים והילד לתכנית הטיפול עליה הוחלט בות"ט ובמיוחד כאשר מדובר בהורים או ילדים שיזמו בעצמם בקשה לסידור חוץ ביתי. הניתוח מעלה כי ביותר מ 90% מהמקרים בהם בני המשפחה מציעים בעצמם תכנית בפני הות"ט, החלטות הות"ט מתייחסות לתכנית שהוצעה, אם באופן מלא (התכנית שהציע בן המשפחה התקבלה) או באופן חלקי (הות"ט המליצה לבדוק לעומק את הצעת בן המשפחה או כללה בהחלטות אלמנטים מתוך ההצעה שלו). עם זאת, רק כ 33% מבני המשפחה הנוכחים בדיוני הות"ט מציעים בעצמם תכנית.

רק מילה טובה או שתיים, לא יותר מזה: כוחות מול פתולוגיה בות"ט.

חלק זה של הממצאים יעסוק בסוג השיח של אנשי המקצוע המשתתפים בות"ט כלפי בני המשפחה שנוכחים ושאינם נוכחים בות"ט. התמה המרכזית היא שיח העוסק בכוחות אל מול שיח העוסק בפתולוגיה של בני המשפחה. לשם הניתוח, הוצאתי מתוך כל 73 הפרוטוקולים של הות"ט אל תוך טבלת Excel את כל הציטוטים של אנשי המקצוע שהשתתפו בות"ט הכוללים התייחסות חיובית לתכונות, כוחות ויכולות של האמא, האבא והילד שעניינם נידון בות"ט. לאחר מכן מיינתי את כל הפרוטוקולים ל 3 : א. פרוטוקולים של הות"ט בהן כל ההתייחסויות לכוחות שנמצאו היו מצדם של אנשי מקצוע חיצוניים למלש"ח (אנשי חינוך, מטפלים משירותים בקהילה וכדומה) ב. פרוטוקולים של הות"ט בהן נמצאו התייחסויות לכוחות מצד העו"סים עובדי המלש"ח שהשתתפו בות"ט ג. פרוטוקולים של הות"ט בהן לא נמצאו התייחסויות לכוחות של בני המשפחה מצד אנשי מקצוע כלל. כמו כן נעשה מיון לפי הרצון של בן המשפחה על מנת לבחון אם ההתייחסות לכוחות מושפעת מהתנגדות או רצון להוצאה חוץ ביתית. לוח 1 מפרט את הממצאים :

לוח 1

התייחסות אנשי מקצוע לכוחות של בני המשפחה

רצונו של בן המשפחה	התייחסות לכוחות מגורמים מקצועיים חיצוניים בלבד	התייחסות לכוחות מצד עו"ס המחלקה	אין התייחסות לכוחות משום גורם מקצועי	סה"כ
מעוניין	אמא 6% (2)	אמא 32% (11)	אמא 62% (21)	אמא N=34
בהוצאה	אבא 11% (2)	אבא 16% (3)	אבא 73% (14)	אבא N=19
מהבית	קטין 25% (5)	קטין 45% (9)	קטין 30% (6)	קטין N=20
מתנגד	אמא 29% (4)	אמא 7% (1)	אמא 64% (9)	אמא N=14
ליציאה	אבא 46% (6)	אבא 8% (1)	אבא 46% (6)	אבא N=13
מהבית	קטין 47% (9)	קטין 21% (4)	קטין 32% (6)	קטין N=19
רצון לא ברור	אמא 21% (4)	אמא 11% (2)	אמא 68% (13)	אמא N=19
לגבי הוצאה	אבא 31% (4)	אבא 0%	אבא 69% (9)	אבא N=13
מהבית	קטין 73% (8)	קטין 0%	קטין 27% (3)	קטין N=11
אין בכלל	אמא 0%	אמא 0%	אמא 100% (6)	אמא N=6
התייחסות לרצון בן המשפחה	אבא 0%	אבא 0%	אבא 100% (28)	אבא N=28
	קטין 29% (8)	קטין 7% (2)	קטין 64% (18)	קטין N=28
סה"כ	אמא 14% (10)	אמא 19% (14)	אמא 67% (49)	אמא N=73
	אבא 16% (12)	אבא 5% (4)	אבא 78% (57)	אבא N=73
	קטין 38% (30)	קטין 20% (15)	קטין 42% (33)	קטין N=78

מהטבלא ניתן ללמוד כי בפרוטוקולים רבים של ות"ט לא נמצאו כלל התייחסויות לכוחות של בני המשפחה מצד אף אחד מאנשי המקצוע שהשתתפו בות"ט : ב- 67% לא נמצאה התייחסות לכוחות של האמא, ב 78% של האבא וב 42% לא נמצאה בפרוטוקול שום התייחסות לכוחות של הקטין. טבלא 1 מראה כי ברוב תיעודי הות"ט אין כלל התייחסות לכוחותיהם של ההורים מצד אנשי המקצוע. בחלק מהמקרים, היעדר התייחסות לכוחות בפרוטוקול מקבילה להיעדר כללי יותר של התייחסויות להורים, לדעתם, לרצונותיהם ולקולם. בחלק אחר, היעדר התייחסות לכוחות בא יחד עם התייחסות מפורטת לפתולוגיה של ההורים, המציגה אותם כחסרי מסוגלות הורית, כלא משתפי פעולה וככאלה שאינם מודעים לסיכון הגבוה בו נתונים ילדיהם, לדוגמא :
ות"ט שהתקיימה בעניינם של שלושה קטינים בגיל בי"הס היסודי והגן. ההורים גרושים והילדים מתגוררים עם האם. שני ההורים נכחו בדיון והקטינים לא נכחו. יו"ר הות"ט כותבת תיאור של המשפחה :

"מערכת היחסים בין בני הזוג קשה ומורכבת...התקבלו דיווחים מהמסגרות על הזנחה של הילדים. האם מתקשה מאוד להתמודד עם ההתנהגויות של ילדיה. לילדים התפרצויות זעם, משחיתים חפצים והורסים את הבית. האם מגיעה למצבים של חוסר אונים." (24, 5, 1)
לאחר מכן מציגה יו"ר הות"ט את דיווח ביה"ס לגבי הילד איתן :

"דיווח מביה"ס - מתקשה להתאקלם בביה"ס ומתקשה בלימודים. התחבר בביה"ס לילדים בעייתיים". (2, 5, 24)

והמחנכת שלו מוסיפה:

"ביה"ס יוזם את הקשר. אין שיתוף פעולה מצד האם. מסתובב עם משקפיים לא מתאימים. מגיע ללא ציוד לימודי... מגיע מוזנח עם ריח רע. ללא אוכל. מרבה לאחר. נעשה ניסיון לתקשר עם האב - ללא שיתוף פעולה". (2, 6, 24)

היו"ר מתארת את רוני, ילד בגיל גן:

"נפלט מכמה גנים עקב בעיות התנהגות קשות. סובל מבעיות קשב וריכוז, מטופל תרופתית... מסכן את עצמו מטפס על עמודי חשמל שובר חפצים...". (5, 6, 24)

והגנת מוסיפה:

"היו התפרצויות בגן והשחתת רכוש. לעתים קרובות מתקשה להיכנס לגן ומסכן את עצמו. האם מגיעה לקחת אותו". (1, 7, 24)

לאחר תיאור כל הבעיות והפתולוגיות של בני המשפחה, מתארת היו"ר:

"בתקופת החגים התקיימה התכנסות חירום של הצוות המטפל בילדים. שלושת הילדים התפרקו רגשית בתגובה לכך שאבא לא לקח אותם לחג. הילדים הגיעו למצב כמעט פסיכוטי, התלכלכו מצואה ומשתן. השחיתו רכוש, לירז (הילדה) הסתובבה עירומה. האם הייתה חסרת אונים. הייתה מחשבה להוציא את הילדים לקלט חירום בסופו של דבר האם התארגנה. הילדים מבטאים התנהגויות על גבול המסוכנות. האב לא יכול לקחת את הילדים לדבריו עקב מצוקה כלכלית ובעיית דיור". (2, 7, 24)

לסיום, החלטת הות"ט היא להוציא את כל שלושת הילדים מהבית ולערוך להם הערכות פסיכולוגיות. זאת לאחר שלאורך כל הדיון לא ברור מהו רצון ההורים וכיצד הם תופסים את הטיפול המתאים להם ביותר וללא התייחסות לכוחותיהם או הכוחות של הילדים, למרות שהפרוטוקול רומז על כוחות כאלה שקיימים בנמצא, למשל כאשר מתארת היו"ר הות"ט את המשבר שעברה המשפחה בחג ומזכירה ש"בסופו של דבר האם התארגנה". אם שמצליחה להתארגן מתוך סיטואציה כה מורכבת וקשה ולמנוע את הוצאתם של ילדיה למרכז חירום, הרי יש בה כוחות ואולי אפילו כוחות אדירים. אך אנשי המקצוע שיושבים בות"ט אינם נותנים דעתם על כך: הם דבקים בעקשנות בתיאור הפתולוגיות ומפרטים את כל הסיבות שהם מצליחים למצוא להוצאתם של הילדים מהבית.

סיכום הות"ט, הוא הטופס שמפרט את ההחלטות ואמור להימסר לכל המשתתפים, מסכם את ההחלטה:

"מדובר בהורים לשלושה ילדים, ההורים גרושים. האם משמורנית. היחסים בין ההורים קשים ומורכבים. ההורים מתקשים מאוד לענות על הצרכים הבסיסיים של ילדיהם, הרגשיים והפיזיים. כלל משתתפי הועדה הסכימו כי שלושת הילדים מצויים במצוקה רגשית ניכרת, תפקודם לקוי וקיימת דאגה רבה לשלומם והתפתחותם התקינה.

1. איתן, לירז ורוני יסודרו במסגרת חוץ ביתית.

2. איתן, לירז ורוני יעברו הערכה בשפ"ח.

3. ההורים יופנו לקבלת הדרכה הורית". (2, 1, 24)

תיעוד מסוג זה לא רק מעיד על תפיסה פתולוגית של אנשי המקצוע את המשפחה, תפיסה המנחה את תהליך קבלת ההחלטה על הוצאה מהבית. תיעוד זה יעבור בהמשך הדרך למסגרות

בהן יטופלו הילדים, למדריכת ההורים אליה הפנו חברי הות"ט את ההורים ולגורמים טיפוליים מהמלש"ח שיטפלו במשפחה בעתיד. כל הגורמים הללו יקבלו תיאור של הורים חסרי מסוגלות הורית וילדים עם בעיות התנהגות קשות, ללא תיאור הכוחות החיוביים של בני המשפחה וזאת מכיוון שחברי הות"ט לא עשו אפילו ניסיון לברר מה הם וכיצד ניתן להסתייע בהם כדי שהמשפחה תוכל לשפר את מצבה. מצב זה עלול להשפיע לרעה על כל הטיפול העתידי במשפחה. ההתייחסות לכוחות מצד גורמים טיפוליים וחינוכיים חיצוניים לות"ט לעומת ההתייחסות לכוחות מצד העו"סים מהמלש"ח בולטת במיוחד במקרים בהם בני המשפחה מתנגדים להוצאה מהבית ובמקרים בהם לא מופיע רצונם הברור בפרוטוקול. בטבלא 1 ניתן לראות כי במקרים הללו אנשי המקצוע החיצוניים לות"ט נוטים להתייחס לכוחות של בני המשפחה במידה רבה יותר מאשר עובדי המלש"ח, לדוגמה:

ות"ט שהתקיימה בעניינם של חמשת ילדי המשפחה: אמיר, נוי, גילי, טל ויפתח. שני הגדולים בגיל ביי"ס יסודי והשלושה האחרים בגיל גן. האב לא היה נוכח בות"ט והסיבה לכך לפי עו"ס המשפחה היא שעו"ס מהמלש"ח הגישה תלונה על אלימות של האב כלפי אמיר לאחר שאמיר סיפר ליועץ ביה"ס שאביו נהג כלפיו באלימות. העו"ס מתארת שהאב הוזמן לות"ט אך לא מוכן להגיע עד שהמחלקה תסיר את התלונה. אם המשפחה יושבת בות"ט לבדה ומנסה להדוף את הטענות על אלימות באמרה שלבנה אמיר יש נטייה להמציא סיפורים. בות"ט נוכחים גם סומכת המשפחה, מנהלת מרכז הורים-ילדים בו המשפחה מטופלת, שתי גנות מהגנים של הילדים, יועץ ביה"ס של אמיר ונוי וחמישה עובדות סוציאליות בתפקידים שונים מהמלש"ח. הפרוטוקול מתועד באמצעות תמלול, ודברי כל הנוכחים מתועדים בפירוט. כך ניתן לראות שלאורך כל הדיון בות"ט, העו"סים מהמחלקה מדברים רק על הפתולוגיות של ההורים והילדים וממליצים על הוצאת הילדים מהבית. לעומת זאת, אנשי המקצוע החיצוניים לות"ט מעידים על כוחות חיוביים רבים שקיימים במשפחה וממליצים שלא להוציא את הילדים:

סומכת המשפחה: "עולה כי ההורים מספקים לילדיהם את כל צרכיהם ולא מחסירים מהם מאומה, ההורים דואגים ואוהבים את ילדיהם...לדעתה החד משמעית ההורים אינם נוקטים באלימות כלפי הילדים" (6, 3, 4)

מנהלת מרכז הורים-ילדים מתארת טיפול שהתחיל אך הפסיק בשל מצבה הבריאותי של האם ובשל חוסר מחויבות של האב לתהליך, ומוסיפה:
"הילדים מקסימים. יש יכולת אצל שני ההורים להסתכלות דיפרנציאלית על הילדים (מכירים בכוחות של ילדיהם)." (6, 4, 1)

הגנת של גילי וטל מדווחת בתורה: *"מדובר בהורים שדואגים לילדים, משתפים פעולה, הילדים מתפתחים יפה ומעולם לא סיפרו על אלימות בבית."* (6, 4, 2)
והגנת של יפתח מוסיפה: *"מדובר בילד מקסים, התפתחות יפה, ניכרת כימיה מצוינת בין יפתח לאמו, קיים שיתוף פעולה של ההורים"* (6, 4, 3)

אמם של הילדים מדברת לאחר הדברים הללו, ומהתמלול של דבריה ניכר כי היא יודעת מה היא מאמינה שיהיה טוב לילדיה ולמשפחתה, ומוכנה לפעול ליישום הדברים: האם אומרת כי לדעתה הילדים הגדולים צריכים לעבור לבי"ס של חינוך מיוחד שיותאם לצרכיהם הרגשיים וכי לדעתה המשפחה צריכה להמשיך לעבור טיפול במרכז הורים-ילדים. אך עו"ס מהמחלקה מתעקשת להיצמד לתחומים אותם היא תופסת כחוסר שיתוף פעולה של ההורים עם המערכת:

"מכיוון שאין לילדים את ברכת הדרך ממך ומאבא להגיע למועדונית בשל חוסר שיתוף פעולה של אבא והמסר הסמוי שנקלט ע"י הילדים הוא לא ללכת למועדונית" (6, 5, 6)
תגובתה של האם להאשמה בחוסר שיתוף פעולה היא להסביר מדוע היא והאבא מתקשים לשתף פעולה עם עובדי המלש"ח:

"אנחנו מאוד מתוסכלים ופגועים על כך שהגישו תלונה, כאשר יודעים שלאמיר יש דמיון מפותח והוא ממציא דברים.... הסמכות שלנו כהורים נפגעת בכך שאמיר "מנפנף" שיזמין משטרה על כל מקרה שלא מקובל עליו, למשל כשלא נותנים לו מחשב". (6, 5, 7)
גם לאחר הסבר זה של האמא, שיכול להעיד על כוחות רבים שלה כהורה בהבנתה סמכות הורית וביכולתה לבטא ולדבר על התסכול שלה בהתנהלות מול העו"סים במלש"ח, פקיד הסעד שמשותף בות"ט חוזר לשיח פתולוגי:

"לפי הדיווחים, החוויה הפנימית של אמיר שהוא חווה היא אלימות. המשפטים שאמיר אמר מאוד קשים ומעידים על מצב רגשי קשה מאוד, זה לא משנה מה הסיבה, זאת אומרת אם יש אלימות או אין, מבחן התוצאה מראה שמצבו הרגשי של הילד קשה. הסיכוי שנצליח לעזור לו בתוך הבית הוא קלוש, הוא זקוק למסגרת אחרת. לאור כניסתנו לגיל ההתבגרות המצב עוד יותר מדאיג, הוא לא נשמע לכם ועושה ככל העולה על רוחו. המטרה שלילד יהיה טוב. להערכתך, מסגרת חוץ ביתית תיטיב עם אמיר ועם נוי וכך ההורים יוכלו להשקיע ביתר הילדים ובמקביל לקבל טיפול והדרכה הורית". (6, 5, 9)

זאת אומרת, גם לאחר כל הדיווחים של הגננות ומנהלת מרכז הורים ילדים על הורים בעלי כוחות מרובים, שאוהבים ודואגים לילדיהם, פקיד הסעד, שחוות דעתו מבוססת על דיווחים של אחרים בלבד ולא על היכרות אישית עם המשפחה, לא השתכנע שההורים מסוגלים להיות הורים טובים כרגע, ועדיפה בעיניו האפשרות להוציא את הילדים מהבית. גם שאר עובדי המלש"ח המשתתפים בות"ט דבקים בעמדה זו ומדגישים שוב ושוב את הבעיות, חוסר שיתוף הפעולה והפתולוגיה:

מדריכת צוות מהמחלקה שאינה מטפלת במשפחה:

"נכון להיום מצבם של אמיר ונוי לא טוב ואי אפשר לחכות יותר בשל גילו של אמיר, תחילתו של גיל ההתבגרות, ולכן להערכתך עדיפה מסגרת חוץ ביתית". (6, 6, 2)
פקידת סעד לחוק הנוער מוסיפה: "אמיר מסתובב בהרגשה שלא טוב לו בבית ולכן אני חושבת שלאור הדיווחים ואחרי שניתנו להורים משאבים רבים, נכון להיום להערכתך עדיפה מסגרת חוץ ביתית". (6, 6, 3)

העו"ס היחידה מהמחלקה שאינה מצדדת בהוצאה חוץ ביתית היא עו"ס המשפחה:

"המשפחה נמצאת בחצי שנה האחרונה במגמת השתפרות.... לדעתי אם ההורים יירתמו

לתהליך הטיפולי ובמקביל תימשך העבודה עם הסומכת, וכן ייבחנו מסגרות בית ספריות חלופיות. להערכתך, בשל הראייה האופטימית להטבה ושיפור המצב בבית במידה ויהיה שיתוף פעולה מלא של ההורים אני לא ממליצה להוצאה חוץ ביתית" (6, 6, 4)

דוגמה זו משקפת באופן ברור מצב בו כל גורמי הטיפול המכירים את המשפחה היכרות עמוקה מתמקדים בכוחות של המשפחה ואינם ממליצים על הוצאה חוץ ביתית. לעומתם, כל העו"סים מהמלש"ח, שאינם מטפלים במשפחה ואינם מכירים אותה לעומק, מתמקדים בבעיות של המשפחה וממליצים על הוצאה חוץ ביתית. ההורים מתנגדים להוצאה ואף על פי כן, החלטת

הות"ט היא לחפש מסגרות חוץ ביתיות לאמיר ונוי. שלא לדבר על כך שבתיעוד הדיון לא נמצאה ולו התייחסות אחת לעמדתם של הילדים כלפי יציאה אפשרית מהבית.

אמנם, לא בכל הפרוטוקולים הבדלי הגישה בין אנשי המקצוע החיצוניים לות"ט לבין עו"סים מהמלש"ח ניכרים באופן כה עוצמתי וברור אך הניתוח מעלה כי במקרים רבים בהם ההורים מתנגדים להוצאה מהבית או שרצונם אינו מובא באופן ברור, אנשי המקצוע שמכירים את המשפחה מקרוב מעידים על כוחותיה בעוד העו"סים מהמחלקה אינם מתייחסים כלל לכוחות המשפחה ונוטים להדגיש פתולוגיות שלה. ניתן להסתכל על כך גם מהכיוון ההפוך: טבלא 1 מראה כי רוב המקרים בהם הייתה התייחסות לכוחות של המשפחה מצד העו"סים במחלקות, היו מקרים בהם בני המשפחה היו מעוניינים בהוצאה מהבית: תפיסתם את טובת הילד הייתה שעדיפה לו מסגרת חוץ ביתית, תפיסה שתאמה את תפיסתם של העו"סים במלש"ח ולכן נתפסו בני המשפחה כמשתפי פעולה עם המערכת והייתה התייחסות לכוחותיהם, לדוגמה:

ות"ט שנערכה בעניינה של נערה שביקשה לצאת מהבית לפנימייה, הוריה בתחילה התנגדו אך כשראו שהבת מתעקשת הסכימו להעלות את הנושא לדיון בות"ט. לאורך כל הדיון ההורים מתוארים על ידי עובדי המלש"ח כמשתפי פעולה, כהורים שדואגים לילדיהם והורים נפלאים, שקשה להם עם הרעיון להוציא את הילדים מהבית אך מבינים שזו טובתם:

יו"ר: "ההורים דואגים מאוד לילדיהם... ההורים מאוד רוצים את ליטל (הילדה) אצלם בבית, אך ליטל מבקשת סידור בפנימייה". (26, 6, 3)

עו"ס המשפחה: "ההורים מאוד רוצים בטובתם של הילדים, אך האמא מאוד קשורה לליטל ומאוד קשה לה עם הרעיון שליטל תצא מהבית לפנימייה". (26, 7, 1)

מחנכת הכיתה של ליטל: "בכיתה ז' התחיל אצלה הרעיון הזה עם הפנימייה. היא מרגישה מאוד שונה מילדים אחרים... ההורים מאוד טובים ואכפת להם מילדיהם". (26, 7, 3)

כמו כן, העו"ס מציגה את ליטל כילדה אינטליגנטית שיודעת מה הכי טוב בשבילה - לצאת מהבית:

"מבחינתנו היא עונה להגדרות של נערה בסיכון. אני חושבת באופן אישי, שכמו שהיא יודעת מה טוב בשבילה, אני חושבת שהכי טוב שהיא תצא מהבית. היא יודעת היטב מה טוב לה". (26, 7, 5)

מעניין לראות שבאף אחד משבעים ושלושה הפרוטוקולים שנבדקו במחקר זה, לא הייתה אמירה דומה כלפי ילד שמתנגד לצאת לפנימייה, שהוא יודע מה טוב לו. זאת אומרת, כאשר הילד וההורים מסכימים עם תפיסת העו"סים במחלקה שטובתם של הילדים היא הוצאה מהבית, הם נתפסים ככאלה שיודעים מה טוב בשבילם. לעומת זאת, כאשר הם מתנגדים, הם לא יודעים מה טוב בשבילם.

מעניין גם לראות את ההבדל שעלה בניתוח בין התייחסות של אנשי המקצוע בות"ט לכוחותיהם של ההורים לבין התייחסותם לכוחותיהם של הקטינים. טבלא 1 מראה כי בכל הפרוטוקולים נמצאו יותר התייחסויות לכוחות והתכונות החיוביות של הקטינים מאשר לאלה של ההורים, גם מצד אנשי המקצוע במחלקות וגם מצד אנשי המקצוע החיצוניים.

לסיכום, ניתוח של ההתייחסות לכוחות בות"ט מעלה שבאחוזים גבוהים של ות"ט אין התייחסות כלל לכוחותיהם של בני המשפחה מצד אנשי המקצוע היושבים בות"ט. כמו כן, נמצא כי רוב ההתייחסויות לכוחות של בני המשפחה מצד העו"סים במחלקות נמצאות במקרים בהם היו בני המשפחה מעוניינים בהוצאה מהבית: כאשר תפיסתם את טובת הילד הייתה תואמת לתפיסתם

של העו"סים במחלקת הרווחה. עם זאת, נמצא כי לאנשי מקצוע שמחוץ למלש"ח כמו מורים, מטפלים ממועדוניות, מרכזי ילדים הורים וכדומה, יש נטייה להעלות בפני הות"ט את כוחות המשפחה יותר מאשר אנשי המקצוע מתוך המלש"ח גם במקרים בהם בני המשפחה מתנגדים להוצאה מהבית או שרצונם לגבי ההוצאה אינו ברור. החלק הבא של הממצאים יעסוק בנוכחותם של אנשי מקצוע אלה בות"ט.

נוכחות של אנשי מקצוע חיצוניים בות"ט

חלק זה של הממצאים עוסק בנוכחותם של נציגי מסגרות חינוך, מסגרות בקהילה ונציגים מהתחום המשפטי בות"ט. כפי שעולה בסקירת הספרות ובניתוח הממצאים, לנוכחותם של נציגים אלו יכולה להיות השפעה משמעותית על התנהלות הות"ט ועל התוכן שיעלה בה, מכיוון שבמקרים רבים הם מכירים את ההורים וילדיהם היכרות מעמיקה יותר מהעו"סים מהמלש"ח ויכולים לסייע בתיאור תמונת המצב בבית ובקהילה ובמקרים מסוימים אף להביא לדיון את קולם של בני המשפחה השונים איתם הם נמצאים בקשר יומיומי. לצורך ניתוח זה, ספרתי את מספר הות"ט בהן נכחו נציגים של מסגרות חינוך, שירותים הניתנים למשפחה או הילד בקהילה ונציגים משפטיים.

מהניתוח עולה כי ב 85% מהות"ט נוכח נציג "מבחוץ" - איש מקצוע שאינו עו"ס מהמלש"ח. ממצא זה מעודד מכיוון שהוא עשוי להעיד על מאמץ של העו"סים במלש"ח להביא לתוך הדיון נציג מדיסציפלינה שונה, שהיכרותו עם המשפחה ותפיסתו את טובתה עשויה להיות שונה מתפיסתם ולהוסיף לדיון בות"ט. עם זאת, ב 15% מהות"ט לא קיים נציג כזה, דבר שעלול לגרום לכך שהמשפחות הנידונות בות"ט יהיו נתונות לחסדיהם של העו"סים במחלקות בלבד ולתפיסתם.

ב 62% מהמקרים (45 ות"ט) נכח לפחות נציג אחד מטעם ביה"ס בו לומד הקטין: גננת, מורה, יועצת חינוכית, מנהלת/רכזת, פסיכולוג מהשירות החינוכי או קב"ס. מתוכן, ב 60% (27 ות"ט) נכח יותר מנציג חינוך אחד. ב 38% (28 ות"ט) לא נכח אף נציג ממסגרת חינוכית. בשני מקרים בלבד ציין הפרוטוקול כי הוזמנו נציגי חינוך, אך לא הגיעו. בעשרים ושש המקרים הנותרים, לא צוינה סיבה לאי נוכחות נציג מסגרת חינוכית. אין להסיק מכך כי הילדים שעניינם נדון בות"ט אינם לומדים במסגרת חינוכית, מכיוון שבארץ קיים חוק חינוך חובה.

ב 41% מהמקרים (30 ות"ט) נכח לפחות נציג אחד ממסגרת או שירות בקהילה: מועדוניות, שירות האומנה, מטפל משפחתי, נציג מרכז הורים-ילדים ועוד. ב 59% מהמקרים לא נכח אף נציג ממסגרות או שירותים בקהילה, באף אחד מהמקרים הללו לא צוינה סיבה להיעדרות. בחמישה דיוני ות"ט בלבד (7%) נכח נציג משפטי מטעם המשפחה. בארבעה מהם היה זה עו"ד מטעם אמו של הקטין שהדיון נסב בעניין הוצאתו מהבית, ובמקרה אחד היה זה אפוטרופוס לדיון שתפקידו לייצג את טובתו של הקטין כאשר הקטין אינו מסוגל לעשות זאת בעצמו או כאשר הקטין מיועד לאימוץ.

לסיכום, ניתוח נוכחותם של אנשי מקצוע חיצוניים למלש"ח בות"ט מעלה כי ברוב הגדול של ות"ט נוכח לפחות נציג אחד, מה שעשוי להצביע על מאמץ מצדם של העו"סים במלש"ח לצרף לדיון נציג שיתרום מהידע וההיכרות שלו עם המשפחה לדיון. עם זאת, נציג חיצוני יכול להיות גם כזה שאין לו היכרות מעמיקה עם הילד והמשפחה כמו קב"ס ולכן לא בכל המקרים נציג חיצוני יוכל להציג תפיסה שנובעת מהיכרות שכזו. זאת יכולים בוודאות לעשות נציגים מהמסגרת

החינוכית או ממסגרות בקהילה שיש להם קשר רציף ואינטנסיבי עם הילד והמשפחה. הניתוח מעלה שב 38% מהות"ט לא נכח אף נציג ממסגרת חינוכית, אף על פי שהרוב המוחלט של ילדים שעניינם נדון בות"ט נמצאים במסגרת חינוכית. כמו כן, ב 59% מהות"ט לא נכח נציג ממסגרת בקהילה, מה שמעלה שאלה בנוגע לרלוונטיות הדיון בהוצאה מהבית: אם למשפחה ניתן טיפול בקהילה שלא צלח ולכן הועלתה האפשרות של הוצאה מהבית, מדוע לא הוזמן נציג השירות שנתן את הטיפול? אם למשפחה לא ניתן טיפול בקהילה - מדוע לא נוסו פתרונות בקהילה לפני החשיבה על הוצאה מהבית? כך או כך, עולה הצורך להטיל חובה על הזמנת נציגים מהמסגרת החינוכית ומשירותים בקהילה לדיון בות"ט.

נוכחות בות"ט של נציגים משפטיים מטעם המשפחה הייתה דלה מאוד (7%). ממצא זה מעלה שאלות בדבר מודעות ההורים לזכותם להביא לדיון בות"ט נציגות מטעמם ובדבר יכולתם הכלכלית לשכור עו"ד שייצג אותם.

"אבל אני אוהב להיות בבית" התייחסות לחלופות בקהילה שמוצו ושהוצעו

חלק זה יעסוק בכל האזכורים בפרוטוקולים של חלופות בקהילה שבעבר הוצעו ונדחו ע"י המשפחה או נוסו וכשלו (מועדונית, מרכז הורים ילדים, הדרכת הורים, תכניות גמילה להורים וכו'), ובחלופות שמוצעות על ידי המשפחה או גורם אחר לטיפול בקהילה שימנע את ההוצאה מהבית. אנסה לענות על השאלה האם לפני הדיון בהוצאה מהבית ישנו ניסיון לבנות תכנית טיפול בקהילה ולמנוע את ההוצאה מהבית?

הניתוח מעלה שב 34% (25 ות"ט), לא הופיע כלל בתיעוד הות"ט אזכור של שירות בקהילה לילד או להורים שנוסה או הוצע לפני הדיון בהוצאה מהבית. מפתיע לראות כי אף אחד מהדיונים הללו לא היה דיון חירום – זאת אומרת, שבאף אחד מהמקרים הללו לא היה הכרח להוציא את הילדים מהבית באופן מיידי מפאת סכנה גדולה שמתרחשת. יתירה מזאת, בשמונה מהמקרים הללו מצוין על גבי הפרוטוקול שמדובר בדיון ראשון בות"ט: בפעם הראשונה שהתכנסה ות"ט לדיון בעניינה של משפחה, הוחלט להוציא את הילדים מהבית. 7 מתוך 25 הדיונים היו דיונים חוזרים בעניינם של ילדים שכבר הוצאו מחוץ לבית וסידור זה לא צלח בשל התנגדותו של הילד או מפני שסולק מהמסגרת בעקבות התנהגות לא מתאימה. בשבעת הדיונים הללו לא ניתן לדעת מהפרוטוקול האם לפני ההוצאה מהבית היה ניסיון לטיפול בקהילה. מתוך כל 25 המקרים בהם לא היה אזכור על ניסיון לטיפול בקהילה לפני הדיון על הוצאה מהבית, בשנים עשר מקרים יזם אחד מבני המשפחה את הבקשה להוצאה, אך באף אחד מהמקרים הללו לא אמר איש מקצוע מהות"ט שפתרונות בקהילה טרם מוצו ולכן מוקדם לחשוב על הוצאה מהבית, גם לא במקרים שבהם בן משפחה אחר התנגד לה. ממצא זה יכול לרמז על כך שאנשי המקצוע בות"ט מעדיפים את ההוצאה מהבית על פני אפשרויות אחרות ולכן כאשר אחד מבני המשפחה יוזם את הבקשה יש נטייה להתייחס לבקשתו יותר מאשר לקולם ודעתם של בני המשפחה האחרים, לדוגמא: דיון ראשון בות"ט התקיים בעניינו של הילד שלומי. הוריו של שלומי גרושים, ואביו השתחרר לפני זמן קצר מהכלא. אנשי המקצוע מביה"ס שנכחים בדיון מספרים שלשלומי בעיות התנהגות רבות שבאות לידי ביטוי בעיקר בהתפרצויות זעם על אמו בבית. לפי תיאור צוות ביה"ס, שלומי נמצא באמצע הקונפליקט שבין הוריו, שלא מצליחים להגיע להסכמות ביניהם. אמו של שלומי יוזמת בקשה להוציאו מהבית:

"על פי האם עם שלומי יש קשיים מגיל קטן, הוא היה בגן טיפולי והיה בהמון טיפולים, כל מה שהציעו לה עשתה עמו ויוסי האבא מעולם לא שיתף פעולה ולא סייע לה בכך, לדבריה ניסתה הכל וכיום אין לה אנרגיות כבר ללכת איתו לטיפולים, היא לבד נאלצת לדאוג לפרנסה וקשה לה מאוד, לא יכולה לשים הכל בצד ולטפל רק בו קשה לה מאוד ועל כן מבקשת סידור חוץ ביתי, לדבריה הילד צריך יציבות וקביעות ואין לו את זה כרגע" (2, 4, 57).

חשוב לציין שהאדם היחיד בדיון שמזכיר "טיפולים" שנוסו הוא האמא. כמו כן, בדיון לא נוכחים אנשי מקצוע מאיזשהן מסגרות בקהילה, מה שמרמז שה"טיפולים" עליהם מדברת האם לא ניתנו כשירות דרך המלש"ח. בהמשך הדיון, אביו של שלומי מתנגד להוצאה מהבית ואף אומר שהוא מתכוון לבקש עליו משמורת:

"איתי שלומי מסתדר אין לי איתו בעיות הוא אומר שהוא רוצה לבוא רק אלי כי לא טוב לו בבית, לא מקבל יחס ממנה (האמא), אני יודע מה הוא עובר ואני מתכוון לבקש משמורת על ילדי" (3, 4, 57)

לאחד מכן מדברת עו"ס המשפחה וכאילו מתעלמת לחלוטין מדבריו של האב:
"השינוי וההתדרדרות של שלומי חד מאוד ושלומי חייב פתרון טיפולי דחוף, אסתי האם ושלומי הילד נכנסו ללופ במערכת היחסים ביניהם ולא מצליחים לפתור אותו, אסתי חסרת כוחות והמצב מחמיר. על כן זקוק למסגרת זמנית אשר תעניק לו אבחון וכלים לטיפול, אינו יכול להישאר בבית" (4, 4, 57)

על פי העו"ס, המצב כה חמור שיש למצוא לשלומי מרכז חירום ולא ניתן אפילו לחכות עד שימצאו מסגרת חוץ ביתית מתאימה. החלטת הות"ט היא להוציא את שלומי למרכז חירום. זאת כאשר לא הוצע מצד המלש"ח אף פתרון בקהילה שיכול היה לשקם את היחסים בין שלומי לאמו וכאשר אביו של שלומי מצהיר שהוא מוכן ורוצה לקחת את שלומי אליו. העו"סים במלש"ח מתעלמים מדברי האב לחלוטין ודבקים בבקשתה של האם להוציא את שלומי מהבית. בשלושה עשר מקרים (18% מכלל הפרוטוקולים שנדגמו למחקר זה), אף בן משפחה לא יזם את הבקשה להוצאה מהבית, לא היה קיים אזכור של ניסיון לטיפול בקהילה ובכל זאת הוחלט להוציא את הילדים מהבית. ממצא זה מעלה שאלה גדולה בדבר ההטמעה של מדיניות משרד הרווחה והשירותים החברתיים במלש"ח: מדיניות המשרד כפי שעולה בסקירת הספרות היא ברורה: ההוצאה מהבית צריכה להיות פתרון אחרון לאחר שמוצו כל החלופות בקהילה לטיפול בילד ובמשפחה. חמישית מהמלש"ח הוציאו ילד מהבית ללא כל ניסיון לטפל בו בקהילה וללא בקשה של בני המשפחה להוצאה: אצל חמישית מהמלש"ח לא הוטמעה המדיניות ונראה כי "היד קלה על ההדק" להחלטה על הוצאה מהבית. אמנם, חמישית זה לא הרוב, אך עם זאת מדובר במספר לא מבוטל של מלש"ח ושל משפחות. בעשרים ושבעה (37%) מהפרוטוקולים נמצא אזכור לשירות אחד בקהילה שניתן לילד או להורים לפני הדיון בהוצאה מהבית. לוח 2 מפרט את הפתרונות שהוצעו:

שירותים שהוצעו ונוסו בקהילה לפני הדיון בהוצאה מהבית

השירות שנוסה או הוצע	
מרכז או שירות בקהילה לטיפול בילד (מועדונית, פנימית יום, מעון וכו')	12
מרכז או שירות בקהילה לטיפול בהורים או במשפחה (מרכז הורים-ילדים, מרכז קשר, הדרכת הורים וכו')	7
אשפוז פסיכיאטרי יומי או טיפול במרפאה לבריאות הנפש	4
אבחון פסיכולוגי/פסיכיאטרי	2
צו השגחה עם תכנית מסודרת בקהילה (אין פירוט לגבי התכנית שהייתה)	1

מהטבלא ניתן ללמוד כי הפתרונות הנפוצים הניתנים למשפחות וילדים בקהילה הם או פתרון לשעות אחה"צ לילד בו הילד נמצא בהשגחה בשעות אחה"צ ומקבל העשרה, הזנה סיוע לימודי וחוגים, או פתרון טיפולי שמטרתו לשפר את מערכות היחסים במשפחה. לאחר שנוסה השירות, מתכנסת ות"ט וממליצה על הוצאה חוץ ביתית. בחרתי לציין את המקרים בהם הוצע למשפחה פתרון אחד בלבד בקהילה לפני ההחלטה על הוצאה חוץ ביתית בנפרד מהמקרים בהם הוצע יותר מפתרון אחד מכיוון שמדיניות משרד הרווחה מתייחסת להוצאה חוץ ביתית כפתרון לגיטימי לאחר שמוצו הפתרונות בקהילה, אך לכל הדעות ניסיון של שירות אחד בלבד (שלעיתים פונה לילד בלבד או להורים בלבד ללא ראייה הוליסטית של המשפחה) אינו משקף מיצוי של פתרונות בקהילה. כמו כן, ישנם יותר מקרים בהם הוצע פתרון אחד מאשר מקרים בהם הוצע יותר מפתרון אחד.

בעשרים ואחד (29%) מהפרוטוקולים, ניתן היה למצוא אזכור של יותר משירות אחד בקהילה שניתנו למשפחה לפני הדיון על הוצאה מהבית. בדרך כלל מדובר על מס' שירותים למס' ילדים בתוך המשפחה, ובחלק מהמקרים בשילוב עם טיפול משפחתי או טיפול להורים. בסה"כ מדובר על קצת פחות משליש ות"ט בהן נוסו מספר פתרונות בקהילה לפני הדיון על הוצאה מהבית. עם זאת, השאלה בדבר מיצוי הפתרונות בקהילה נשארה פתוחה. מה משמעותו של מיצוי זה? מה גורם לפתרונות בקהילה להיכשל בניסיון למנוע את ההוצאה מהבית?

בניסיון לענות על שאלה זו, בדקתי מהן הסיבות המופיעות בפרוטוקולים לאי הצלחה של שירותים בקהילה. הניתוח העלה כי ב 64% מהמקרים בהם היה אזכור של פתרון אחד או יותר בקהילה לפני הדיון בהוצאה חוץ ביתית, לא נמצא בפרוטוקול הסבר מדוע נכשל או מוצה פתרון זה. ממצא זה מעלה תהיה בדבר המשמעות אותה מייחסים אנשי המקצועות בות"ט לפתרונות בקהילה: האם פתרונות אלה אכן נועדו למנוע הוצאה חוץ ביתית? אם כן, מדוע אין התייחסות לסיבה שבגללה לא הצליחו?

תשובה חלקית לשאלה זו ניתן למצוא בממצא הבא: בכל הפרוטוקולים בהם נמצא הסבר לכישלון של שירות בקהילה, ההסבר מבוסס על אי שיתוף פעולה או סירוב של ההורים או הילד, ועל ילדים ש"נפלטו" ממסגרות עקב התנהגות לא מתאימה. בכל המקרים הללו, האחריות לכישלון מוטלת על ההורים, לדוגמה:

"בעבר שולבה המשפחה במרכז הורים-ילדים אך הופסק עקב קשיי הגעה והשתלבות" (2,1, 68)

"האם הופנתה למרכז הורים ילדים אך גם שם לא שיתפה פעולה בטענה שיש בעיה כלכלית

חמורה" (3, 4, 44)

”ניסיונות רבים לטיפול בקהילה : טופלו בבריאות הנפש בקבוצות. האמא אינה נתרמת- מוצפת מידי. טופלה בתכנית --- הפסיקה עקב חוסק פניות של האם. נעשה ניסיון לשילוב במועדונית השכונתית – המועדונית סרבה לקבלו. האם מסרבת לאומנה יומית עקב ההשתתפות העצמית וכן עקב התנהגותו האלימה כלפי אחראים... הועדה מתרשמת כי מוצו אפשרויות הטיפול בקהילה”. (59, 1, 2-3)

לסיכום: מניתוח החלופות בקהילה המוצעות לילדים ומשפחותיהם לפני הדיון בהוצאה מהבית עולה כי ב 34% מהמקרים לא הופיע כלל בתיעוד הות”ט אזכור של שירות בקהילה לילד או להורים שנוסה או הוצע לפני הדיון בהוצאה מהבית, כחצי מתוכם היו מקרים בהם אחד מבני המשפחה יזם את הבקשה להוצאה מהבית ואחרים התנגדו או לא הביעו דעה. ממצא זה יכול לרמז על כך שאנשי המקצוע בות”ט מעדיפים את ההוצאה מהבית על פני אפשרויות אחרות ולכן כאשר אחד מבני המשפחה יזם את הבקשה יש נטייה להתייחס לבקשתו יותר מאשר לקולם ודעתם של בני המשפחה האחרים. כמו כן, ב 37% מהפרוטוקולים, היה אזכור של פתרון אחד בלבד שנוסה בתוך הקהילה לפני הדיון בהוצאה מהבית. ממצא זה מרמז על אי הטמעה של מדיניות משרד הרווחה אשר מתייחסת להוצאה חוץ ביתית כפתרון לגיטימי רק לאחר שמוצו הפתרונות בקהילה, מכיוון שניסיון של שירות אחד בלבד (שלעיתים פונה לילד בלבד או להורים בלבד ללא ראייה הוליסטית של המשפחה) אינו משקף מיצוי של פתרונות בקהילה. ב 29% מהפרוטוקולים אוזכר יותר מפיתרון אחד שנוסה בקהילה לפני הדיון בהוצאה מהבית, זאת אומרת בקצת פחות משליש מהמקרים נראה שנעשה ניסיון אמיתי לטפל במשפחה בתוך הקהילה ולמנוע את ההוצאה מהבית. אך בהתבוננות על הסיבות המפורטות בפרוטוקול לאי ההצלחה של הטיפול בקהילה, עולה שהסיבות שמציינים אנשי המקצוע מכוונות כולן לאחריותם של בני המשפחה: אי שיתוף פעולה, סירוב ואי התאמה למסגרת.

דיון בממצאי מחקר 1

מטרתו של מחקר זה היא לבחון את הצורה והתוכן של שיתוף הילד והמשפחה בקבלת החלטה על הוצאה מהבית בות”ט. במחקר נערך ניתוח תוכן איכותי וכמותי לשבעים ושלושה פרוטוקולים של ות”ט שנערכו במחלקות לשירותים חברתיים בכל רחבי הארץ, לפי דגימת אשכולות. ראשית, נערך ניתוח צורני של אופן תיעוד הדיון בות”ט ובו בחנתי כיצד עשוי אופן התיעוד להשפיע על שיתוף הילד והמשפחה בדיון בות”ט ומה ניתן ללמוד מאופן התיעוד על השיתוף של בני המשפחה בדיון. התפלגות אופן התיעוד: 55% מהמלש”ח תיעדו ות”ט באמצעות הכלי לתיעוד הדיון מתוך ערכת הכלים שבנה משרד הרווחה (2008), 18% תמללו את הדיון על כל הנאמר בו, 14% תיעדו את הות”ט באמצעות סיכום עיקרי הדברים שנאמרו ו 11% תיעדו באמצעות כלי מיוחד שבנתה המלש”ח. בניתוח, דגש מיוחד הושם על הכלי לתיעוד הדיון (ערכת כלים, 2008) אותו פיתח צוות ייעודי במשרד הרווחה לאחר שועדת גילת (דין וחשבון, 2002) וצוות היישום (2004) פרסמו המלצותיהן להתנהלות ות”ט. הניתוח העלה שהכלי וההנחיות הנלוות אליו מכילים סעיפים והנחיות שמקדמים שיתוף המשפחה והילד, הבולטים ביניהם הם: התייחסות מיוחדת לנוכחות ההורים בדיון, סדר הדיון שמאפשר להורים והילד להביע עמדתם בתחילת הדיון לפני שדיברו אנשי המקצוע וההנחיה לצטט במדויק את דבריהם של ההורים ושל הילד, שמאפשרת שמיעת עמדתם כפי שהם הביאו אותה בדיוק. רוב אנשי המקצוע המתעדים את הדיון באמצעות

הכלי אינם מקפידים למלא אחר הנחיית הכלי לצטט את ההורים ואת הילד (מקפידים לצטט 45% ו 22% בהתאמה). סעיף המנחה לציין את התייחסות ההורים והילד לתכנית הטיפול שנקבעה קיבל התייחסות מצומצמת בלבד ברוב המוחלט של הפרוטוקולים (85%), שהסתכמה בהסכמה או אי הסכמה של ההורים והילד לתכנית. כמו כן, בלט בהיעדרו בכלי סעיף אשר מתייחס לכוחות החיוביים של המשפחה והילד כך שיו"ר הות"ט שתפקידו לתעד את הדיון אינו מונחה להתייחס למרכיבים אלו. כפי שעולה מסקירת הספרות, התייחסות לכוחות הינה משמעותית ביותר בקבלת החלטות בעניין המשפחה והילד ויכולה להשפיע מאוד על ההחלטה אם להוציא ילד מהבית או לא. היעדר סעיף שכזה יכול להצביע על גישה פתולוגית של הוועדות, אשר מבססת את ההחלטה על הוצאה מהבית על בעיות, ומתעלמת מהכוחות האפשריים של המשפחה והסביבה בה נמצא הילד ומכוחותיו של הילד עצמו, כולם רלוונטיים ביותר לגיבוש תכנית טיפול שתתאים לילד ולמשפחה. גישה כזו משפיעה באופן ישיר גם על שיתוף ההורים והילד בקבלת ההחלטה: ככל שגישת אנשי המקצוע למשפחה היא יותר של פתולוגיה ופחות של כוחות, כך יתפסו אנשי המקצוע את המשפחה והילד כחלשים יותר ומתוך כך יניחו כי יש להם פחות יכולת להשתתף בקבלת ההחלטה או להשתמש בשיקול דעתם לתפיסת טובתו של הילד. ערכת הכלים נועדה לתת מענה להמלצות ועדת גילת (דין וחשבון, 2002) וצוות היישום (2004) ובכללן המלצות להגברת שיתוף המשפחה והילד בקבלת ההחלטה על תכנית הטיפול ולכן ממצאים אלה, בצירוף העובדה שכחצי מהמלש"ח אינן מתעדות ות"ט באמצעות הכלי, מרמזים על כך שערכת הכלים (2008) לא הוטמעה כראוי בפרקטיקה של המלש"ח ובהתאם, גם שיתוף ההורים והילד כפי שמנחה הכלי לא הוטמע בפרקטיקה. הצורות האחרות לתיעוד הדיון אינן שומרות על סדר התנהלות הדיון כפי שמנחה ערכת הכלים (2008), אינן מקפידות על ציטוט בני המשפחה ועל הבאת התייחסותם לתכנית הטיפול. ככל שיו"ר הות"ט נצמד להנחיות הכלי, כך הדיון מאפשר יותר שיתוף אך בפועל רוב הות"ט אינן נצמדות להנחיות. ממצאים אלה רומזים כי אף על פי שחלו ניסיונות לקדם את שיתוף הילד והמשפחה בות"ט, הטמעתם בפרקטיקה לוקה בחסר משמעותי. הממצאים חופפים לתמונת המצב המשתקפת מסקירת הספרות, לפיה גם יותר מעשור לאחר המלצות ועדת גילת (דין וחשבון, 2002) וצוות היישום (2004) שנועדו להגביר שיתוף הילד והמשפחה בות"ט, השיתוף מיושם באופן חלקי בלבד, וההנחיות והנהלים אינם מעגנים אותו בחוק (בן רבי ועמיאל, 2013; ד"ח מבקר המדינה, 2013; דו"ח ביניים, 2014).

ניתוח תוכן הפרוטוקולים כלל התייחסות לשישה מרכיבים עיקריים שעשויים להשפיע על שיתוף המשפחה והילד בות"ט: הכנה לדיון בות"ט, נוכחות בני המשפחה בות"ט, שמיעת קולם של בני המשפחה הנוכחים בדיון, שימוש בשיח של כוחות מול שיח של פתולוגיה, נוכחות של אנשי מקצוע חיצוניים בות"ט וחלופות טיפול בקהילה שהוצעו ושמוצו.

ב 22% מהפרוטוקולים בלבד ניתן למצוא עדות לכך שהתקיימה פגישת הכנה לות"ט בין העו"ס מהמלש"ח לבין בני המשפחה. גם כאשר מופיעה עדות שכזו, לא ברור מה נאמר בפגישת ההכנה ואיזה מידע קיבלו בה ההורים. במפגש ההכנה אמורים בני המשפחה לקבל מידע על הות"ט, על התנהלותה, על המשתתפים בה וזכויותיהם בה. כל המחקרים והוועדות בתחום וות"ט הדגישו את הצורך בעריכת תהליך הכנה ראוי לבני המשפחה שעניינם נדון בות"ט, מתוך ראייה שאנשים, ובמיוחד אלה המגיעים ממשפחות וקהילות מוחלשות בחברה, עלולים לחוש מאוימים מההשתתפות בפורום גדול של אנשי מקצוע שדן בעניינם ובעיותיהם וכתוצאה מכך להרגיש שהם אינם מסוגלים להביע עמדתם ולדבר בצורה חופשית בתוך הדיון (דולב, בנבנישתי וטימר,

2001 ; דין וחשבון, 2002 ; צוות היישום, 2004 ; סלונים-נבו ולנדר, 2004 ; דו"ח ביניים, 2014). הכנה זו חשובה במיוחד כאשר ישנה כוונה לאפשר לילדים להשתתף בדיון. הספרות מדגישה שעל מנת להשתתף, הילד צריך לקבל מידע רלוונטי שיהיה מותאם לשפתו ולעולמו (עוויאלי, 2012 ; שורק וריבקין, 2010 ; Van ; Thomas & Percy-smith, 2011; Head, 2011; Hart, 1992; Bijleveld, Dedding & Bunders-Aelen, 2013). ממצא זה מצביע על נקודת מוצא שעלולה לגרור אחריה אי השתתפות בות"ט : רוב ההורים והילדים מגיעים לות"ט ללא הכנה מוקדמת, אין בידיהם המידע הרלוונטי שיאפשר להם להשתתף בות"ט כראוי והם אינם מודעים לזכויותיהם בתוך הדיון. גם אם נניח שבחלק מהות"ט נערכה פגישת הכנה אך לא תועדה, ממצא זה מדאיג מכיוון שאי תיעוד תהליך ההכנה לדיון בות"ט אינו מאפשר שקיפות של התהליך ומתוך כך אין פיקוח על הנעשה בפגישות ההכנה ואין אפשרות לשפר אותן ואת תכנן. כמו כן, ההכנה לדיון יכולה לתפוס מקום משמעותי מאוד עבור המשפחה והילד בתהליך השיתוף שלהם בקבלת ההחלטה אם להוציא את הילד מהבית או להשאירו בחיק המשפחה. הכנה ראויה יכולה להוביל לדיון וות"ט משתף יותר בו בני המשפחה מרגישים בנוח להביע עמדותיהם ומצליחים לממש את זכותם להשתתפות בקבלת ההחלטה. המחסור במידע מפורט ושקוף לגבי ההכנה לדיון יכול לרמוז גם על חשיבות פחותה שמייחסים לה העו"סים במחלקות, תפיסה שמשפיעה באופן ישיר על מידת השיתוף של המשפחות והילדים בקבלת ההחלטה. היעדר שקיפות בתהליך ההכנה לות"ט עלול לפגוע באמון שבין העו"סים עובדי המלש"ח לבין המשפחות והילדים ולפגוע בזכותם להשתתף (דין וחשבון, 2002 ; צוות היישום, 2004). כמו כן, היעדר תיעודי ההכנה לדיון בות"ט מרמז על אי הטמעה בפרקטיקה של המלצות ועדת גילת (דין וחשבון, 2002) וצוות היישום (2004) שנועדו להגביר שיתוף המשפחה והילד בות"ט ובין המלצותיהן הבולטות ההמלצה להגביר את השקיפות בתיעוד הות"ט ובמידע הנמסר למשפחה לפנייה ובמהלכה (צוות היישום, 2004). מלש"ח בודדות בלבד משתמשות בכלי ההכנה לדיון שהוא חלק מערכת הכלים (2008) ומכך ניתן להסיק שכל מלש"ח בוחרת אם וכיצד לערוך תהליך הכנה לפי תפיסות העו"סים במחלקה. מצב זה אינו מאפשר מעקב אחרי תהליכי הכנה לות"ט ובניית כלים מתאימים להכנה שיבטיחו ככל האפשר את זכותם של המשפחות והילדים להשתתף בות"ט.

הממצאים בתחום נוכחות ההורים והילד בדיוני וות"ט מצביעים על עליה בנוכחות הורים בות"ט בחמש עשרה השנים האחרונות. בהשוואה למחקר שנערך בשנת 2001 (דולב, בנבנישת וטימר, 2001), עלתה נוכחות הורה בות"ט מ 50% לכמעט 100% בחמש עשרה השנים האחרונות, ונוכחות ילדים בות"ט עלתה מ 25% ל 53%. ממצא זה עשוי להצביע על הטמעה בפרקטיקה של חובת ההשתתפות של הורים וילדים בות"ט אף על פי שחובה זו הוגדרה בנהלים שבערכת הכלים (2008) בלבד, ולא בחוק או בתע"ס. עם זאת, מהממצאים עולה שכחצי מות"ט מתקיימות ללא הקטין וללא אביו (53% ו 45% בהתאמה), כך שנשללת מהם הזכות להשתתף בדיון ובמקרים רבים בן המשפחה היחיד שנכח בות"ט היא אם המשפחה. מניתוח הסיבות להיעדרות של אבות מהדיונים בועדות עלה כי ב 70% מהמקרים בהם האב לא היה נוכח בות"ט, הפרוטוקול מעיד כי האב נמצא בין החיים, מתגורר בארץ והוא אפוטרופוס של הקטין ובכל זאת לא נכח בדיון מסיבות שונות ומשונות : הוזמן אך אמר שעובד, האמא לא מעוניינת בקשר איתו וכדומה. ב 90% ממקרים אלו, לא תועדה בפרוטוקול שום התייחסות לרצונו, עמדתו ודעתו של האב בבחינת "מי שלא שם לא קיים". ממצאים אלה משקפים נטייה להדרה של אבות מתהליך קבלת ההחלטות על הטיפול בילדיהם : מלש"ח נוטות לראות באמא שותפה לתהליך ומשקיעות את רוב מאמציהן בהזמנה של

אמהות לדיוני ות"ט בעוד האבות, במיוחד במקרים בהם ההורים גרושים או פרודים, נדחקים הצידה ואין רואים בהם שותפים משמעותיים בתהליך תכנון הטיפול וקבלת ההחלטה. אנשי מקצוע רבים שעדים להתנהלות של משפחות בהן ההורים נפרדו או התגרשו, יודעים כי פעמים רבות ניתוק הקשר נכפה על הורה, כתוצאה של הסתה מצד ההורה השני, מריחוק גאוגרפי, או מנסיבות חיים אחרות. אין להסיק מכך שהאב לא מעוניין בקשר ושהוא מוכן לוותר על זכויותיו כהורה ולכן סיבה זו לאי הזמנה של ההורה אינה מספקת. מן הראוי שמארגני הות"ט יעשו מאמץ להודיע להורה ה"מנותק" על הדיון בות"ט ולהזמין להשתתף בדיון, גם אם שאר חברי המשפחה ניתקו עמו את הקשר אך נראה שהעו"ס במחלקה מחליט מראש כי ניתוק הקשר של המשפחה עם האב או אי יציבותו מצביעים על חוסר אכפתיות או על חוסר רצון ויכולת של האב להיות מעורב בהחלטות על תכנית הטיפול של ילדיו. העו"ס מחליט על פי שיקול דעתו או תוך התייעצות עם גורמי המקצוע האחרים השותפים לות"ט, כי האב לא רלוונטי לדיון בות"ט.

דוגמאות אלה והמספר הגדול של ות"ט בהן לא הייתה נוכחות אב יכולה לרמוז על הקלות בה מוותרות העובדות במלש"ח על נוכחותו ושמיעת דעתו של האב, באופן הגובל בהדרה. הרי גם במקרים בהם האב לא יכול היה להגיע לדיון בות"ט או שהוא נמצא במאסר, ניתן לשמוע דעתו בטלפון, אך ברוב המקרים אין זה נעשה ואין בפרוטוקול שום התייחסות לנושא. יתירה מכך, הנהלים שמנחים את רכזי הועדות ב"ערכת הכלים" (2008) מנחים כי אם ההורים מודיעים שאינם יכולים להגיע, על מחלקת הרווחה לקבוע תאריך חלופי לות"ט על מנת לתת להורה את מלא ההזדמנות להשתתף בדיון. למרות זאת, באף פרוטוקול אין התייחסות לכך, ומי שממלא את הפרוטוקול מסתפק בדרך כלל במשפט קצר וענייני כמו בדוגמאות הנ"ל. ממצאים אלו יכולים לרמוז על הטיה מגדרית שלוקות בה עובדות רבות במחלקות הרווחה: יכול להיות שהעובדה כי מקצוע העבודה הסוציאלית הוא ברובו נשי גורמת להדרה מגדרית של האבות מהדיון בהחלטה על גורל ילדיהם? או אולי יכול להיות שעובדי המחלקות נוטים לייחס משקל רב יותר לדעתו של ההורה המשמורן (בד"כ אמו של הקטין)? כך או כך, ממצאים אלו מעלים את הצורך בבחינה מחודשת של הדרך בה פועלת המערכת ובניית כלים שימנעו הדרה שכזו ויאפשרו לאבות לממש את זכותם כהורים ולהשתתף בהחלטות שנוגעות לחיי ילדיהם.

הממצאים בתחום נוכחות ילדים בות"ט מצביעים על כך שככל שיוורד גילו של הקטין, כך פוחת הסיכוי שיהיה נוכח בות"ט: 70% מהות"ט בעניינם של קטינים בגיל ההתבגרות כללו נוכחות של הקטין, לעומת 28% ות"ט בלבד בעניינם של קטינים בגיל ביי"ס יסודי. כמו כן, מהממצאים עולה כי ברוב המקרים בהם לא נוכח הקטין בות"ט (79%), לא מופיעה בפרוטוקול שום התייחסות לעמדתו ורצונו, אף על פי שהוצאתו מהבית היא זו שעומדת על הפרק. ממצא זה מרמז על תפיסה פטרונית של אנשי המקצוע כלפי קטינים אלו, ולגיטימציה שהם נותנים לקבלת החלטה כה גורלית בעניינם ללא שיתופם, התייעצות איתם או אף שמיעתם. תפיסה זו עומדת בניגוד למחקרים והגישות הממחישים כיצד שיתוף ילדים בקבלת החלטות מעצים אותם ותורם להתפתחותם האישית, להצלחת יישום ההחלטה שהתקבלה ולפיתוח שירותים שייתנו מענה מתאים לצרכיהם (סלונים-נבו ולנדר, 2004; בן אריה, וינדמן ונחנסון-אנקרי, 2008; עוזיאלי, 2012; שורק וריבקין, 2010; Percy-Smith, 2010; Head, 2011; Hart, 1992). היא יכולה לנבוע מההנחה שהשתתפות ילדים בות"ט עלולה לפגוע בהם וכי אין להם את הכשירות להשתתף (בן אריה, וינדמן ונחנסון-אנקרי, 2008; עוזיאלי, 2012; Hart, 1992). תפיסה זו מהווה מכשול משמעותי ליישום עקרונות שיתוף ילדים כפי שהם מופיעים במדיניות משרד הרווחה (2010)

ובאמנה בדבר זכויות הילד (1989). לראייתנו, שלילת זכותם של קטינים להשתתף בות"ט הקובעת אם יצאו מהבית והיעדרות ייצוג מטעמם במקרים בהם הקטינים צעירים מאוד, חמורות יותר משלילת זכויותיהם של ההורים, מפני שהקטינים עדיין מוגדרים כ"חסרי ישע" ובניגוד להורים שהם אנשים מבוגרים ו(לפחות בתיאוריה) יש להם היכולת להילחם עבור זכויותיהם, לקטינים אין היכולת הזאת. לכן, תפקידם של אנשי המקצוע לעשות את המרב האפשרי על מנת לוודא שקולו של הקטין שמחליטים לגביו החלטה גורלית כזו, יישמע בות"ט באופן ברור.

על פי הממצאים, כאשר בני המשפחה אינם נוכחים בדיון, עמדתם מתועדת באחוזים נמוכים מאוד. ממצאים אלו יכולים להצביע על החשיבות המעטה שמייחסים אנשי המקצוע בות"ט לשמיעת קולם של בני המשפחה שאינם נוכחים בדיון. במקרה של הקטינים שאינם נוכחים, הממצאים משקפים תפיסה פטרונית כלפי הילד בה החלטה עבורו מבלי לשמוע את קולו נתפסת כלגיטימית – זאת אומרת שעיקרון "טובת הילד" מתייחס לטובתו כפי שהיא נתפסת על ידי אנשי המקצוע ללא התחשבות בצורה שהילד עצמו תופס את טובתו. במקרה של האבות, הממצאים יכולים להצביע על תפיסתו של האב שלא נוכח כגורם שאינו רלוונטי ואינו מהווה שיקול בהחלטה על טובת הילד – יכול להיות שמבחינת אנשי המקצוע האב צריך להילחם על זכותו להישמע על מנת ליישם אותה ואת זכויותיו ההוריות, ואם הוא לא נלחם (משמע, לא מגיע לות"ט, לא משתף פעולה עם גורמי הרווחה), הוא מאבד זכויותיו אלה.

הממצאים מראים כי כאשר בני המשפחה משתתפים בדיון, הם לרוב מקבלים לפחות הזדמנות אחת להביע עמדתם באופן ברור בפני הות"ט: בין 70%-80% מהפרוטוקולים מתעדים לפחות פעם אחת את עמדת ההורים או הילד שנוכחים בדיון כלפי הוצאת הילד מהבית למסגרת חוץ ביתית. עם זאת, בכחצית מהמקרים מדובר בהתייחסות בודדה וסמלית בלבד ולא ניתנת לה תשומת לב ראויה מצד אנשי המקצוע. ב 20%-30% מהדיונים, לא נמצא כלל בפרוטוקול תיעוד לעמדת בני המשפחה הנוכחים וממצאים אלו ניתן להסיק כי הנוכחות בדיון אינה בהכרח נותנת לבני המשפחה הזדמנות להביע עמדתם וגם כאשר הם מביעים את עמדתם, אין זה מצביע בהכרח על השתתפות בקבלת החלטה בות"ט. אם נחזור לטענה כי משפחות וילדים המשתתפים בות"ט מגיעים לרוב מאוכלוסיות מוחלשות והדבר מקשה על השתתפותם הפעילה בדיון (דולב, בבנישתי וטימר, 2001; דין וחשבון, 2002; צוות היישום, 2004; סלונים-נבו ולנדר, 2004; דו"ח ביניים, 2014) ולממצאים המצביעים על היעדר הכנה לדיון ברוב המקרים, נזהה דפוס של שימור יחסי הכוחות האי שוויוניים בין אנשי המקצוע בות"ט לבין בני המשפחה: ברוב המוחלט של הות"ט בני המשפחה אינם מממשים את זכותם להשתתף באופן פעיל בדיון ולהשפיע על קבלת החלטה בסיומו, ומרבית הכוח להביע עמדה ולהחליט נותרת בידי אנשי המקצוע. שימור יחסי הכוחות הללו מופיע בספרות כאחד מהגורמים המרכזיים שמהווים מחסום לשיתוף לקוחות העבודה הסוציאלית בכלל ומשפחות בות"ט בפרט (דו"ח ביניים, 2014; דולב ואח', 2001; סלונים-נבו ולנדר, 2004; שמר, 2003). ממצאים אלה יכולים גם לרמוז על תחושת המסוגלות של בני המשפחה עצמם לבטא את רצונם באופן ברור ומפורט בתוך הדיון בות"ט. יכול להיות שגורמים שונים משפיעים על יכולתם זו כך שבני משפחה רבים אינם מרגישים בנוח או אינם מרגישים מסוגלות להביע דעתם בנוגע ליציאה מהבית של הילד. מסקירת הספרות עולה, כי יחד עם יחסי הכוחות הנוטים לטובת אנשי המקצוע בות"ט בשל העובדה שמשפחות רבות המגיעות לדיון בות"ט הן

משפחות מוחלשות וגם כך מתקשות לבטא רצונן מול אנשי המקצוע, גישה פטרונית של אנשי המקצוע כלפי המשפחות עלולה לפגוע ביכולתם להביע רצונם באופן ברור בתוך הדיון. ממצא בולט נוסף הוא, שבמקרים בהם עמדת ההורה או הילד מנוגדת לעמדת אנשי המקצוע מהמלש"ח, קיימת נטייה של אנשי המקצוע להגדיר את בן המשפחה כ"אינו משתף פעולה", "מתנגד" ולהגיע למסקנה שאין פרטנר ראוי במשפחה שניתן לשתפו בקבלת ההחלטה, מסקנה שנותנת לגיטימציה לאנשי המקצוע לקבל החלטה מבלי לשתף את בן המשפחה. תופעה זו מתוארת בספרות כביטוי למתח הקיים בין מדיניות מוצהרת של שיתוף לבין יישום השיתוף בפרקטיקה המתבטא בחוסר גמישות של המערכת לעמדות ודעות שאינן תואמות את התכניות הקיימות המוצעות על ידי אנשי המקצוע, ולכן כאשר הורה או ילד מביעים עמדה שאינה עולה בקנה אחד עם עמדת אנשי המקצוע, הם נתפסים כמתנגדים ולא משתפים פעולה (מאסס, 2010; McKay & Garratt, 2013). מעניין לראות, שגם כאשר עמדת בני המשפחה הנשמעת בדיון ות"ט תואמת את עמדת אנשי המקצוע, למשל כאשר בני המשפחה הם אלה שיוזמים את הבקשה להוצאה מהבית, מתעדים אנשי המקצוע את התייחסותם לתכנית הטיפול כ"הסכמה" או "שיתוף פעולה", הגדרה שמשמרת את יחסי הכוחות לפיהם אנשי המקצוע הם מובילי ההחלטה הבלעדיים, ובני המשפחה יכולים רק להסכים או לא, לשתף פעולה או לא. שימוש במושגים אלו יכול להצביע על תפיסותיהם של אנשי המקצוע המתבטאות בשיח המשתקף מהפרוטוקולים: תפיסות פטרנליסטיות לפיהן הכוח לקבוע את תכנית הטיפול נמצא אצלם באופן בלעדי, ובני המשפחה, במקום להיות היוזמים או המובילים, נמצאים בעמדה נחותה וחלשה יותר, ממנה הם יכולים רק להסכים או לא להסכים, לשתף או לא לשתף פעולה, עם החלטת אנשי המקצוע. מיותר לציין כי תפיסות אלה אינן מקדמות שיתוף ואינן שואפות לאזן את יחסי הכוחות הלא שוויוניים בין בני המשפחה לאנשי המקצוע. ממצא מעניין נוסף נוגע לבני משפחה שמממשים את זכותם להציע לות"ט תכנית טיפול ביוזמתם: 34% מהאמהות שהשתתפו בדיון, 30% מהאבות ו 31% מהקטינים מימשו זכות זו והציעו בפני הות"ט תכנית טיפול שנראית להם מתאימה ביותר עבור משפחתם. הממצאים מראים שבכ 90% מהמקרים הללו החלטת הות"ט קיבלה את התכנית המוצעת או חלקים ממנה, דבר שמעיד על השתתפות פעילה של בני המשפחה בדיון שאת תוצאותיה ניתן לראות בהחלטת הות"ט. עם זאת, אחוז המשפחות שהגיעו לות"ט עם תכנית מוצעת הוא קטן מאוד. ממצאים אלה חשובים במיוחד מכיוון שכאשר בן משפחה מציע תכנית בפני הות"ט זה יכול לרמוז על כך שהוא מרגיש בנוח, או לא מרגיש מוחלש, אל מול אנשי המקצוע. האחוזים הגבוהים של החלטות ות"ט התואמות את ההצעות של בני המשפחה מעודדים מאוד מפני שהם מעידים על קיום של שיתוף ברמה גבוהה: במקרים הללו בני המשפחה מצליחים לממש את זכותם להשתתף בקבלת ההחלטה. עם זאת, האחוז הנמוך של בני משפחה שמציעים תכניות יכול לרמוז על אי הכנה מתאימה, חוסר מודעות לזכותם להציע תכנית או תחושה של חוסר ביטחון להציע תכנית בפני הות"ט. שני שלישים מבני המשפחה המגיעים לות"ט אינם מציעים כלל תכנית, ונתונים לחסדיהם של אנשי המקצוע ולכן מידת השותפות שלהם בקבלת ההחלטות בות"ט קטנה בהרבה. כל אלה הם תוצאה של התנהלות מארגני הות"ט וניכר כי בתחום זה לא חל שינוי משמעותי בחמש עשרה השנה האחרונות על אף שהמחקרים והועדות שנערכו בתחום התריעו על הצורך בשינוי שיאפשר לבני המשפחה להיות מודעים לזכותם להציע תכנית טיפול בות"ט ולקבל הכנה מתאימה שתגביר את יכולתם להשתתף בדיון באופן פעיל (דולב, בבנישתי

וטימר, 2001; דין וחשבון, 2002; צוות היישום, 2004; סלונים-נבו ולנדר, 2004; דו"ח ביניים, 2014).

הממצאים הנוגעים להתייחסות הקיימת בות"ט לכוחות החיוביים של ההורים והילד מדאיגים ביותר, מכיוון שהם ממחישים תפיסה ממוקדת בעיות ופתולוגיה הרווחת ברוב המלש"ח: ב 67%-78% מהפרוטוקולים, לא הצלחתי למצוא שום תיעוד להתייחסות מצדם של גורמים מקצועיים לכוחות החיוביים של ההורים וב 42% לכוחות של הילדים שעניינם נידון בות"ט. מסקירת הספרות עלה כי להתמקדות בכוחות ישנה חשיבות עליונה בשיתוף בני המשפחה בקבלת ההחלטה ובתפיסתם של אנשי המקצוע את המסוגלות של בני המשפחה לשפר את מצבם, את היחסים ביניהם ואת תפקודם כמשפחה (Early & Glenmave, 2000; Roose et al., 2012). בהתאם, תפיסה שמתמקדת בבעיות ופתולוגיה אינה מכירה בכוחותיהם החיוביים של בני המשפחה ואינה משתמשת בהם כחלק מהשיקולים לקבלת ההחלטה על תכנית הטיפול הטובה ביותר למשפחה וליילד (סלונים-נבו ולנדר, 2004; Roose et al., 2012). מכאן, היעדר התייחסות לכוחות מקטין במידה ניכרת את פוטנציאל ההשתתפות של בני המשפחה הנידונה בות"ט. בהתבוננות על המקרים בהם אנשי המקצוע מהמלש"ח כן מתייחסים לכוחות המשפחה, הממצאים מראים כי כאשר האם, האב והקטין מעוניינים בהוצאה מהבית, אנשי המקצוע מהמלש"ח נוטים להתייחס לכוחות החיוביים שלהם הרבה יותר מכאשר הם מתנגדים ליציאה מהבית (16%-45% מול 7%-21% בהתאמה). לעומת זאת, אנשי המקצוע החיצוניים למלש"ח (מורים, מטפלים, עו"ס מהקהילה וכדומה) נוטים להתייחס יותר לכוחות כאשר בני המשפחה מתנגדים להוצאה מהבית (29%-47%) ופחות כאשר בני המשפחה מעוניינים בהוצאה מהבית (6%-25%). ממצאים אלה מחזקים ממצאים קודמים של מחקר זה לפיהם כאשר תפיסת בני המשפחה עולה בקנה אחד עם תפיסת המלש"ח, יש סיכוי גדול יותר שיתממש שיתוף מאשר במקרים בהם תפיסת המשפחה מנוגדת לתפיסת אנשי המקצוע במלש"ח. היעדר התייחסות לכוחות וההתמקדות בפתולוגיה במקרים בהם בני המשפחה מתנגדים להוצאה מהבית מצטרפים להגדרתם כלא משתפי פעולה ונותנים לגיטימציה לאנשי המקצוע להחליט להוציא את הילד מהבית בניגוד לדעתם של בני המשפחה ומבלי לשתף אותם בהחלטה. ממצא נוסף מדגים כי לכל אנשי המקצוע המשתתפים בות"ט יש נטייה להתייחס יותר לכוחותיו החיוביים של הילד מאשר לכוחותיהם של ההורים (70% מול 27%-38% בהתאמה). נטייה זו יכולה לשקף תפיסה לפיה ההורים והפתולוגיות שלהם הם האשמים במצב הילד ובצורך להוציאו מהבית, בעוד הילד עצמו אינו אשם במצב. תפיסה כזו עלולה לגרור את אנשי המקצוע לחשוב שאם יתייחסו לכוחותיהם של ההורים, תהיה להם פחות הצדקה להוציא את הילד מהבית, גישה שמשתקפת בספרה של מילי מאסס (2010) המתארת התייחסות דומה של עו"סים לחוק האימוץ כלפי הורים שילדיהם מועמדים לאימוץ. ממצאים אלו מחדדים את החשיבות של נוכחות אנשי מקצוע מדיסציפלינות שונות שאינם עובדים במלש"ח. אנשי מקצוע אלו הם בעלי יכולת משמעותית לתרום לדיון בות"ט מכיוון שהם מביאים עמם זווית ראייה ותפיסות מדיסציפלינה אחרת שאינה עבודה סוציאלית ומידע שבמקרים רבים לא קיים בידי העו"ס במלש"ח, המבוסס על היכרות עמוקה וארוכת טווח עם בני המשפחה ולכן המליצו ועדת גילת (דין וחשבון, 2002) וצוות היישום (2004) לחייב השתתפות בות"ט. במובן זה, קיים שיפור בפרקטיקה: לפני כחמש עשרה שנה, נמצאו אחוזי השתתפות נמוכים מאוד של אנשי מקצוע חיצוניים למלש"ח בוועדות החלטה (דולב, בבנישתי וטימר, 2001). בבדיקת מבקר המדינה (2013) עלה, כי 37% מהות"ט מתקיימות ללא נוכחות של אנשי מקצוע

חיצוניים למלש"ח וממחקר זה עולה כי ב 85% מהות"ט היה נוכח לפחות איש מקצוע אחד מחוץ למלש"ח. עם זאת, כאשר פורטים ממצא זה לפרטיו רואים, כי רק ב 62% מהות"ט נכחו אנשי חינוך מהמסגרות בהן לומדים הקטינים שעניינם נידון בות"ט, ורק ב 41% נכחו אנשי מקצוע ממסגרות בקהילה. יש להניח כי הרוב המוחלט של קטינים שעניינם נידון בות"ט לומדים במסגרת חינוכית כלשהי ובהתבסס על הנחה זו לא ברור מדוע לא נכחו ב 38% מהות"ט נציגים מהמסגרת החינוכית שיכלו לתרום מידע רלוונטי וחשוב על הילד, המשפחה והקשר שלהם איתם. תמוה אף יותר הממצא לגבי אחוזי הנוכחות הנמוכים של אנשי מקצוע ממסגרות בקהילה: כל הפרוטוקולים של ות"ט שנותחו במחקר זה עוסקים בקבלת החלטה על הוצאה מהבית של קטין. מדיניות משרד הרווחה המוצהרת היא, שיש להתייחס להוצאה מהבית כ"מוצא אחרון", לאחר שמוצו כל חלופות הטיפול בקהילה (משרד הרווחה, 2010). אם כך, היעדר אנשי מקצוע ממסגרות בקהילה יכול לרמוז על אי הטמעה של מדיניות זו: המלש"ח לא נתנה למשפחות רבות הזדמנות לטיפול בקהילה לפני הדיון על הוצאה מהבית, שהרי אם נוסו תכניות בקהילה, היו נציגים שלהן בות"ט. לחלופין, היעדר אנשי מקצוע אלה מות"ט עשויה להעיד על כך שהוצעו למשפחה תכניות טיפול בקהילה, אך המשפחה בחרה שלא להשתמש בהם. במקרה זה, יש לבדוק את התאמת המענים המוצעים לצרכי המשפחות. כך או כך, המצב הקיים בשטח מהווה מכשול להשתתפות המשפחה והילד בות"ט, באחוזים גבוהים של היעדר אנשי מקצוע חיצוניים למלש"ח אשר מכירים אותם היכרות עמוקה ויכולים לתרום לייצוגם בות"ט. גם נוכחות דלה בות"ט של ידידי המשפחה ומשפחה מורחבת (20%) ושל נציגים משפטיים מטעם המשפחה (7%) עשויים להקטין את פוטנציאל ההשתתפות של בני המשפחה בקבלת ההחלטה בות"ט ולהצביע על אי הטמעה של נהלי ערכת הכלים (2008) שנבנתה על מנת לשפר את התנהלות הות"ט בכלל ולהגביר את השיתוף של המשפחה והילד בה בפרט: הסיבה לכך שמעט מאוד משפחות מביאות עמן לדיון בות"ט נציג מטעמן יכולה להיות נעוצה בכך שהם אינן מודעות לזכותן להביא נציג שכזה בשל אי הכנה או הכנה שאינה מתאימה לות"ט. ועדת סילמן (דו"ח ביניים, 2014) המליצה על שינוי מהותי בות"ט הדנות בהוצאה מהבית: שינוי שם הות"ט ל"ועדה להגנת הילד" והטלת חובה על ייצוג משפטי למשפחה בתוך הות"ט. תפיסת הות"ט כ"ועדה להגנת הילד" מעצם שמה מחזקת את המתח הקיים בלאו הכי בין הגנת הילד לבין טובתו. ההתמקדות בצורך בהגנה עלולה לדחוק הצידה מהשיח את זכויותיו וזכויות הוריו לגדלו במשפחתו הטבעית ולהשמיע את קולם בנוגע להוצאה מהבית (מאסס, 2010; סלונים-נבו ולנדר, 2004). בנוסף, המעמד של ישיבה בין אנשי מקצוע, שגם ככה מאיים על ההורים, עלול להפוך למאיים עוד יותר באם ות"ט יקבלו מעמד משפטי. במה שנוגע לטיפול בקהילה לפני הדיון בהוצאה מהבית, כשליש מהפרוטוקולים במחקר זה לא תיעדו בכלל שירות בקהילה שנוסה או הוצע למשפחה לפני הדיון בהוצאה מהבית. בחצי מהמקרים הללו, ההורים או הילד הם אלה שביקשו את ההוצאה מהבית ובאף אחד מהם לא קם איש מקצוע והתריע על כך שטרם נוסו פתרונות בקהילה. ממצא זה עשוי לרמוז על העדפה של אנשי המקצוע להוצאה מהבית על פני טיפול בקהילה. העדפה זו יכולה לנבוע ממיעוט תכניות קיימות לטיפול בקהילה ומיעוט מכסות ומשאבים להציע אותן למשפחות, כפי שעלה ממחקרים קודמים שנערכו בתחום (דולב ואח', 2008). ב 37% מהות"ט נמצאו אזכורים לפתרון אחד בלבד שנוסה בקהילה לפני הדיון על הוצאה מהבית, בדרך כלל מדובר על מסגרת אחה"צ טיפולית עבור הילד. במקרים אלה אמנם ניתן לומר שנוסה פתרון בקהילה לפני הדיון בהוצאה מהבית אך קשה לומר שפתרון זה, בעיקר אם הוא ממוקד בילד ולא בכל המשפחה, מיישם את מדיניות משרד

הרווחה (2010) לפיה על המלש"ח להתמקד בשירותים שיתנו מענה למשפחה כולה וההוצאה מהבית היא "פתרון אחרון" לאחר שמוצו המענים בקהילה. כמו כן, ניסיון של פתרון אחד בלבד הוא רחוק מליישם גישות ממוקדות משפחה, שרואות את המשפחה כיחידת ההתערבות העיקרית ומניחות שהפתרון לילדים בסיכון טמון בכוחותיה של המשפחה ועשוי למנוע הוצאה מהבית (סלונים-נבו ולנדר, 2004; Burns, 2002; Duchnowski, Kutash, & Friedman, 2002). רק כשליש מהפרוטוקולים כללו אזכור של מספר שירותים בקהילה שנוסו או הוצעו למשפחה לפני הדיון בהוצאה מהבית. בבחינה של הסיבות שצוינו בפרוטוקול לכישלון ניסיונות אלו עולה שרק 64% מהות"ט ציינו סיבה, ושכולן הסיבה שצוינה הייתה באחריות ההורים או הילד. כאן שוב אנו נפגשים במילים כגון "חוסר שיתוף פעולה" "סירוב", "התנגדות" וכדומה. גם כאן כאשר הטיפול אינו מצליח, האצבע המאשימה מופנית לבני המשפחה ולא לשירות שניתן להם. ממצא זה יכול להצביע על ציפייה מצד אנשי המקצוע במלש"ח לשיתוף פעולה מלא של המשפחה עם כל תכנית שתוצע להם, מבלי לבחון האם התכנית מתאימה לצרכיה של המשפחה, שמשקפת גישה מערכתית לפיה הלקוחות צריכים להתאים עצמם לשירות ולא להיפך. גישה כזו עלולה להקטין את מידת השיתוף של הילד והמשפחה בתכנון הטיפול ומתוך כך את הצלחתו של הטיפול (סלונים-נבו ולנדר, 2004; Burns, 2002; Duchnowski, Kutash, & Friedman, 2002).

לסיכום, הממצאים של מחקר זה מצביעים על שיפור קל בהתנהלותן של ות"ט בהקשר לשיתוף הילד והמשפחה, בעיקר בתחום נוכחות הורים וילדים בות"ט, נוכחות של אנשי מקצוע חיצוניים בות"ט, בפיתוח כלי לתיעוד הדיון שהסעיפים בו מקדמים שיתוף ובהשתקפות של תכניות טיפול שמציעים בני המשפחה בהחלטות הות"ט. עם זאת, המצב רחוק מלהיות מושלם: הממצאים מצביעים על עבודה חלקית מאוד של המלש"ח בהתאם לנהלים שמציעה ערכת הכלים (2008), נטייה להדרה של אבות מות"ט, על נוכחות לא מספקת של קטינים בות"ט, היעדר הכנה ראויה של הורים וילדים לדיון, אי הקפדה על שקיפות ואי הקפדה על מיצוי הפתרונות הקיימים בקהילה לפני הדיון על הוצאה מהבית. ממצאים אלו מעידים על כך שאף על פי שמדיניות משרד הרווחה (2010) והמלצות הועדות שקמו על מנת לשפר התנהלותן של ות"ט (דין וחשבון, 2002; צוות היישום, 2004) מכוונות להגברת השיתוף של משפחות וילדים בתהליך קבלת ההחלטה בות"ט ולגישה שמעדיפה טיפול בקהילה על הוצאה מהבית תוך ראייה של זכויות הילד והמשפחה, המדיניות וההמלצות הללו רחוקות מהטמעה בפרקטיקה.

ממצאי המחקר עשויים לרמוז על תפיסות הרווחות במלש"ח שהביאו לאי ההטמעה. אלו תפיסות שמתבססות על גישה פטרונית מצד אנשי המקצוע כלפי משפחות מוחלשות וגישות ממוקדות פתולוגיה אשר לא נותנת מקום לכוחות החיוביים של המשפחה והילד בתהליך קבלת ההחלטה על הטיפול בהם ולא רואות את בני המשפחה כבעלי יכולת להיות "מומחים" למצבם. הן מתבטאות בהיעדר שיח של כוחות בתוך הות"ט ובנטייה להאשים את ההורים והילד באי שיתוף פעולה כאשר הטיפול בקהילה לא הצליח או כאשר הם מתנגדים להוצאה מהבית. תפיסות אלה משמרות פערי כוח עצומים בין העובדות הסוציאליות במלש"ח לבין המשפחות שבטיפולן ומהוות מכשול מהותי בדרך להטמעת מדיניות של שיתוף בות"ט בפרט ובעבודה של המלש"ח עם לקוחותיהן בכלל. כל עוד הן יהיו התפיסות הרווחות של העובדות הסוציאליות במלש"ח, לא יוכל להתקיים שיתוף אמיתי וראוי של הורים וילדים בות"ט.

מגבלות המחקר

המגבלה העיקרית של מחקר זה היא, שממצאיו מתבססים בעיקר על המידע המתועד בפרוטוקולים של ות"ט. מן הראוי להניח כי סביב התנהלות ות"ט קורים ונאמרים בין המלש"ח למשפחה דברים שלא תועדו ולא ניתן למצוא להם ביטוי בפרוטוקול, ולכן המידע שנדלה מהפרוטוקולים אינו מספק תמונה שלמה על שיתוף המשפחה והילד בות"ט. על מנת לצמצם ככל האפשר מגבלה זו של המחקר, העברתי את הממצאים לקריאה לעובדות סוציאליות מהמלש"ח, לאנשי מקצוע אחרים שהשתתפו בות"ט ולנערים שהוצאו מהבית והשתתפו במספר ות"ט בחייהם ומהם ביקשתי לתת משוב ולהתייחס למה שהם מכירים מהשטח ביחס לממצאים שקראו. הערותיהם נלקחו בחשבון בכתיבת הממצאים והדיון.

מגבלה נוספת היא התמקדותו של מחקר זה רק בפרוטוקולים של ות"ט בהן הוחלט על הוצאה מהבית. לא ניתן להסיק ממחקר זה על שיתוף המשפחה והילד בות"ט שעיקר הדיון בהן הוא טיפול בקהילה או בות"ט בהן ההוצאה מהבית עמדה על הפרק אך בסופן הוחלט שלא לקיימה.

מחקר 2

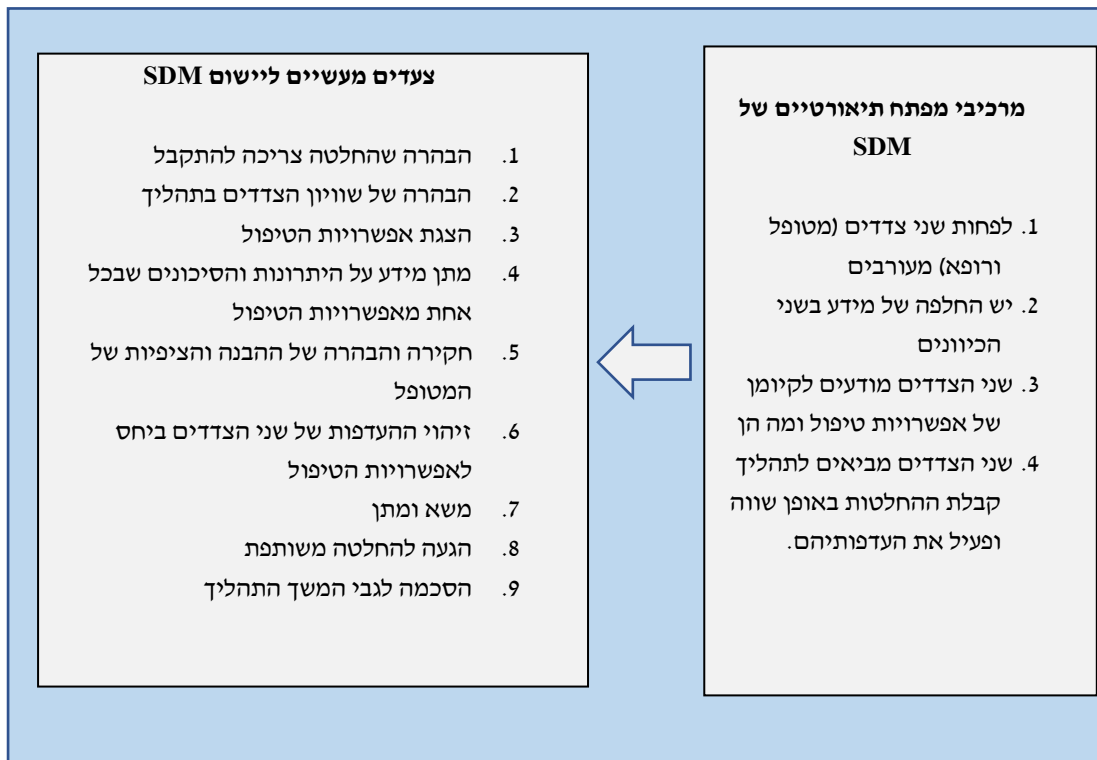
שאלות המחקר

אילו משתנים קשורים באופן מובהק למידת המעורבות של הורים וילדים בקבלת החלטות בוועדות לתכנון טיפול והערכה במשרד הרווחה?
האם קיימים הבדלים בתפיסת קבלת החלטות משותפת בין העובדות הסוציאליות לבין הורים וילדים?

הגישה התיאורטית עליה מתבסס מחקר 2: Shared Decision Making (SDM)

SDM הוא מודל שצמח מתחום הרפואה ועיקרו תהליך בו חולקים רופא והמטופל שלו החלטה על תכנית הטיפול שתבצע למען בריאותו של המטופל (Legare, LeBlanc, Robitaille & Turcotte, 2012). הוא מבוסס על גישה של טיפול ממוקד באדם המקובלת כיום בשירותי בריאות ורווחה רבים בעולם ומדגישה את זכותו של הפרט לכבוד ואוטונומיה בקבלת החלטות הנוגעות לחייו. לפי גישה זו, אנשים הם בעלי מסוגלות לעשות את הבחירות הטובות ביותר עבור עצמם (Legare et al., 2012; Melbourne, Sinclair, Durand, Legare & Elwyn, 2010; Strauss & Thomas, 2012). מבחינה היסטורית, עד שנות השמונים המודל המקובל בעולם לקבלת החלטות רפואיות היה המודל הפטרנליסטי, לפיו האחריות להחלטה על הטיפול הייתה בידי הרופא, איש המקצוע המומחה, בלבד. המודל הפטרנליסטי מתבסס על ההנחה שכל הידע הרלוונטי על הטיפול המתאים ביותר נמצא אצל הרופא ולכן בידי בלבד נמצאים הכלים לקבלת ההחלטה הרפואית הטובה ביותר עבור המטופל. במהלך שנות השמונים, עם התפתחות גישות של טיפול ממוקד באדם, התפתחויות מדעיות שהרחיבו באופן משמעותי את מגוון האפשרויות לטיפול במחלות שונות והתפתחות של מחקר ופיתוח בתחום איכות השירות הניתן בשירותי הבריאות הציבורית, החלו לתפוס תאוצה גישות שפקפקו בהנחה זו. גישות אלה הדגישו את זכותם של אנשים לקבל מידע על כל אפשרויות הטיפול העומדות לרשותם ולקחת חלק פעיל בקבלת ההחלטה על האפשרות המתאימה ביותר. בנוסף, גישות אלה מצאו כי מידע כמו היסטוריה רפואית אישית, סגנון חיים, רשת תמיכה חברתית, ערכים ואמונות של המטופל נמצא בידי המטופל באופן בלעדי ויכולה להיות לו השפעה מכרעת על היתרונות והחסרונות שבכל אפשרות טיפול ולכן גישות אלה מכירות בהשפעה המשמעותית שיכולה להיות למידע שמביא איתו המטופל על קבלת ההחלטה הרפואית בעלת סיכויי ההצלחה הגבוהים ביותר (Charles, Gafni & Whelan, 1999; Strauss & Thomas, 2012). ניתן לראות כי ההנחות עליהן מבוססת גישת SDM זהות להנחות עליהן מבוסס עיקרון השיתוף בתחום העבודה הסוציאלית והן: זכותו של הפרט להשתתפות בהחלטות הנוגעות לחייו וההשלכות החיוביות שיש להשתתפות זו על תהליך קבלת ההחלטה בעניינו ועל תוצאות ההתערבות. ההנחה העומדת מאחורי המודל היא ששותפות מקסימלית בקבלת החלטות מתבססת על הדדיות מכסימלית בהעברת המידע הרלוונטי לקבלת ההחלטה. זאת ניתן להשיג על ידי הכרה בתחומים בהם אין איזון בידע הנדרש ופעולות שיגבירו את האיזון הזה וישוו ככל הניתן את הידע הרלוונטי והחיוני לקבלת החלטה משותפת (Melbourne et al., 2010). כמו כן המודל מכוון לספק כלי שיוכל למדוד את התהליך של העברת המידע ולהמשיג אותו באופן שישקף את תפיסת הרופא לעומת תפיסת המטופל.

מודל SDM מתמקד בארבעה מרכיבים של תהליך קבלת ההחלטה הרפואית, ארבעתם יחד מהווים תנאי לכך שיתקיים תהליך של קבלת החלטה משותפת בין הרופא למטופל ומהם נגזרים תשעה צעדים שעל הרופא לבצע על מנת שתתקיים קבלת החלטות משותפת (Coyne, O'Mathuna, Gibson, Shields & Sheaf, 2013; Legare et al., 2012; Kriston, Scholl, : (Holzel, Simon, Loh & Harder, 2010; Legare & Witterman, 2013; Moumjid et al., 2007 להלן המודל שמפרט את 4 תחומי התוכן ותשעת הצעדים של SDM (Kriston et al., 2010) עמוד 95, תרגום מאנגלית):



הרחבה על ארבעת המרכיבים התיאורטיים של SDM: **ראשית**, על מנת שתתקיים קבלת החלטה משותפת, צריכים להיות מעורבים בקבלת ההחלטה לכל הפחות שני אנשים: הרופא והמטופל. לשניהם צריך להיות ברור שהחלטה צריכה להתקבל. למטופל צריך להיות ברור שאם הוא יבחר להשתתף בקבלת ההחלטה, הוא יכול להיות מעורב באופן שווה. לקבלת החלטות משותפת יכולים להצטרף גם בני משפחה של המטופל או אנשים משמעותיים בחייו ואנשי מקצוע נוספים מתחום הרפואה. **שנית**, קבלת החלטה משותפת מחייבת זרימת מידע בשני כיוונים: מכיוון הרופא למטופל יעבור מידע הנוגע לבעיה הרפואית עצמה, צפי ההתפתחות שלה והסיכונים הכרוכים בה ומכיוון המטופל לרופא יעבור מידע הנוגע להיסטוריה האישית שלו, סגנון חייו, אמונות וערכים שהוא מחזיק בהם והרשת החברתית המקיפה אותו ויכולה לסייע בהתמודדות עם הבעיה הרפואית והטיפול שייבחר. המודל מדגיש את הצורך בהעברת מידע מפורט וברור שאינו מעורפל, מכיוון שמידע חסר או מעורפל עלול לגרום למטופל חוסר ביטחון וחוסר וודאות לגבי העדפותיו (Legare et al., 2012; McCaffey, Smith & Wolf, 2010). **שלישית**, קבלת החלטה משותפת מחייבת שתהיה יותר מאפשרות אחת לטיפול. הרופא צריך להציג בפני המטופל באופן ברור את כל האפשרויות, יתרונותיהן וחסרונותיהן, כולל האפשרות לא לעשות דבר (לא לטפל בבעיה

הרפואית) והשלכותיה האפשריות (Callon, Beach, Links, Wasserman & Boss, 2018). **רביעית ואחרונה**, על מנת לוודא שמתקיימת קבלת החלטות משותפת, יש לוודא שגם הרופא וגם המטופל לוקחים חלק אקטיבי בתהליך קבלת ההחלטה על ידי הבעת העדפותיהם לגבי הטיפול. שלב זה חשוב מאוד לקבלת ההחלטה המשותפת מכיוון שהוא מאפשר לרופא והמטופל לערוך תיאום ציפיות לגבי ההחלטה שתקבל וכך מאפשר להם להגיע להחלטה מוסכמת על שני הצדדים. השימוש במודל SDM הוכח במחקרים שונים כבעל השלכות חיוביות על המטופל, תכנית הטיפול שנבנתה לו והצלחתה: מטופלים אשר רופאיהם השתמשו במודל SDM מראים בריאות טובה יותר, משתפים פעולה עם הטיפול באופן עקבי יותר ומדווחים על שביעות רצון גבוהה יותר מתהליך קבלת ההחלטה ומהטיפול בהם (De Haes, 2006; Joosten, DeFuentes-Merillas, de Weert, Sensky, van der Staak & de Jong, 2008; Legare, st. Jacques, Gagnon, Mjoya, Brisson, Fremont & Rousseau, 2011; Legare & Thompson-Leduc, 2014; McCaffey, Smith & Wolf, 2010). כמו כן, SDM נמצא במחקרים רבים כמקדם גורמים חשובים בקבלת ההחלטה על הטיפול הרפואי, כמו הפחתת חרדה של המטופל, עידודו לקחת חלק בקבלת ההחלטות לגבי הטיפול בו, שיפור ההבנה המדוייקת שלו את הסיכונים, שיפור בהתאמה של תכנית הטיפול לערכי המטופל ואורחות חייו ועידוד השיח בין הרופא למטופל (Siyam et al., 2019). ועם זאת, מרבית המפגשים הרפואיים שנבדקו במחקרים חסרים לפחות אלמנט אחד של SDM, זאת אומרת שרוב הרופאים לא מצליחים לכלול את כל ארבעת האלמנטים של SDM בתוך המפגש הרפואי. למשל, מודל SDM כולל שלב שבו איש המקצוע אמור לברר עם המטופל את רמת המעורבות המועדפת עליו, לבדוק איזו דרך להעברת אינפורמציה מועדפת עליו ולהצהיר בצורה ברורה שיש יותר מאפשרות טיפול אחת. בפועל, מחקרים מצאו ששתי השאלות הראשונות לרוב לא נשאלות, ושהמטופל יכול להבין רק בצורה מרומזת שיש יותר מאפשרות טיפול אחת (Callon et al., 2017; Wiering et al., 2016).

מחקר שמיפה התנהגויות של רופאים שמשפיעות על מידת SDM (Callon et al., 2018) בדק מדגם של 55 מפגשים רפואיים של רופאי אף-אוזן-גרון עם מטופליהם, בכל המקרים היו אלה הורים לילדים המיועדים לניתוח אלקטיבי של הוצאת שקדים. המחקר מיפה התנהגויות של רופאים שמשפיעות באופן חיובי על יישום ה-SDM, אף על פי שאין להן בהכרח קשר ישיר לרכיבים של SDM, אך הן מעניקות תמיכה רגשית למטופל: כאשר הרופא מציין שגם ההחלטה לא לעשות כלום היא החלטה לגיטימית, בודק באופן פעיל אם המטופל מבין את המידע שניתן לו, מציע תמיכה מתמשכת (למשל, אומר למטופל שהוא יכול לחשוב על המידע שקיבל בבית ולחזור בעוד כמה ימים) ומעודד את המטופל, במקרה זה הורים וילדים, לשאול שאלות ולהתבטא. במקביל, מצאו החוקרים התנהגויות של רופאים אשר מקטינות את הסיכוי שתהליך SDM יתבצע במלואו: שימוש בז'רגון רפואי מקצועי, נטייה לתת מידע במונולוגים ארוכים מבלי לעצור ולבדוק הבנה ואי התייחסות ישירה לחששות ופחדים של המטופלים מהפרוצדורה הרפואית (Callon et al., 2018).

SDM ושיתוף בות"ט של אנשים מאוכלוסיות מוחלשות

כפי שכבר צויין בסקירה זו, משפחות רבות שעניינן נדון בות"ט הן משפחות מוחלשות. בהקשר זה, מעמד הישיבה בפורום של אנשי מקצוע נתפס בקרב רבות מהמשפחות כמאיים וכתוצאה מכך אינן מרגישות שהן יכולות להביע עמדותיהן בצורה ברורה (אלפנדר, 2017; סלונים-נבו ולנדר, 2004; Saer-Heiman; Muench, Diza & Wright, 2017; Gottfried & Ben-Arieh, 2019).

(Krumer-Nevo, 2020). מצב זה עלול לפגוע באופן משמעותי ביכולתן של המשפחות להשתתף בתהליך קבלת ההחלטה בות"ט.

בדומה ללקוחות שירותי הרווחה, אוכלוסיות מוחלשות המאופיינות במצבי עוני ובהשכלה נמוכה מהוות חלק ניכר מאוכלוסיית הלקוחות של שירותי בריאות. זאת מכיוון שההשכלה הבריאותית של אוכלוסייה זו נוטה להיות נמוכה, היא חסרה את הידע על אורח חיים בריא, מניעה של מחלות ונגישות לשירותי בריאות, נוטה להתמיד פחות בטיפול רפואי וכמו כן, החיים בעוני במקרים רבים גורמים להתפתחות של מחלות כרוניות ואחרות שאינן מטופלות כראוי. מחקרים מראים על אחוזי אשפוז גבוהים, סיכוי גבוה להסתבכות תרופתית ואחוזי תמותה גבוהים באוכלוסיות אלו ביחס לאוכלוסייה הכללית. לכן, אוכלוסיות מוחלשות נתפסות בשירותי בריאות כאוכלוסיות בסיכון גבוה לבריאות ירודה (Smith, Nutbeam & McCaffey, 2013). מחקרים מצביעים על כך שהשכלה כללית ורפואית נמוכה עלולה להגביל את יכולתו של האדם למעורבות בקבלת החלטות על טיפול רפואי מכיוון שחסרות לו מיומנויות לקרוא על המחלה, להבין את ההסברים שמספק הצוות הרפואי בשפה מקצועית ואת ההשלכות האפשריות של הטיפול הרפואי וכמו כן, פעמים רבות אנשים מאוכלוסיות מוחלשות מבטאים חוסר ביטחון לגבי יכולתם לערוך שיקול דעת ולהשתתף בקבלת החלטות (Smith, Nutbeam & McCaffey, 2013; Smith et al., 2009; Smith & Wolf, 2010). על פי המחקרים, אנשים מאוכלוסיות מוחלשות נוטים לדווח על שביעות רצון נמוכה מקבלת החלטות משותפת, אותה הם חווים כהסכמה או אי הסכמה להצעות הרופא ולא כהשתתפות פעילה, לעומת אנשים בעלי השכלה גבוהה, שנוטים לדווח על שביעות רצון גבוהה ומעורבות גבוהה בקבלת החלטות רפואיות. בבחינה של הגורמים המשפיעים על השתתפותם של אנשים בעלי השכלה נמוכה בקבלת החלטות, נמצא כי לאופי מערכת יחסי הכוחות בינם לבין הרופא יש משקל מכריע על מידת השתתפותם וכמו כן לתמיכה של בני משפחה וחברים המסייעים לחפש ולהסביר מידע על המחלה ואפשרויות הטיפול השונות בשפה פשוטה ומובנת. בנוסף נמצא שרופאים תופסים את היישום של SDM עם אוכלוסיות מוחלשות כמאתגר מכיוון שהתקשורת איתן מלווה בקשיים רבים (Legare et al., 2011; Smith et al., 2009; Smith, Nutbeam & McCaffey, 2013). עם זאת, השתתפות פעילה בקבלת החלטות רפואיות עשויה להגביר את המודעות של אוכלוסיות אלה לבריאותן, לשפר את התנהלותן אל מול המחלה ולהעצים אותן ולכן נעשו ניסיונות לפתח כלים אשר יסייעו ליישום קבלת החלטות משותפת עם אוכלוסיות אלו. רשימה חלקית של הכלים שנמצאו כיעילים בהגברת השתתפותם הם הימנעות משימוש בשפה רפואית מקצועית, מסירת מידע כתוב בשפה פשוטה ובכתב גדול, שימוש בהדגמות ויזואליות (בדגש על רגישות תרבותית), שימוש בדוגמאות וסיפורים אישיים, עידוד של המטופל לשאול שאלות על ידי הצעת רשימת שאלות שהמטופל יכול לשאול את הרופא (Callon et al., 2018; McCaffey, 2010; Smith & Wolf, 2010).

בהשוואה לקבלת החלטות משותפת בתחום ות"ט עם משפחות מוחלשות ובהנחה כי מאפייני המשפחות הללו אינם שונים מאלו המתוארים בספרות המקצועית מתחום הרפואה, סביר כי העובדות הסוציאליות שמנהלים את הות"ט חווים קשיים ואתגרים דומים לאלה שחווים אנשי המקצוע מתחום הרפואה. במקרים בהם מדובר בילד שנמצא בסיכון גבוה, עלולים לעלות קשיים בעוצמות גבוהות אף יותר זאת מכיוון שלעומת אנשי מקצוע מתחום הרפואה שבדרך כלל נתפסים על ידי המשפחות ככאלה שמטרתם להיטיב עם בריאותו של הילד, אנשי מקצוע מתחום הרווחה

מעוררים במשפחות רבות תחושות של חשש, כעס ומורת רוח. בנוסף, תפיסות של העובד הסוציאלי ורגשות שעולים בו עשויים גם הם להגביר את הקושי שבתקשורת עם המשפחה ובשיתופה: העובד הסוציאלי חש במקרים רבים תסכול מהקשר עם המשפחה, כעס כלפיה, דאגה ואחריות למצב הילד (משרד הרווחה והשירותים החברתיים, 2014ג). עם זאת, בתחום ות"ט פותחו מעט מאוד כלים שיסייעו להתגבר על הקשיים והאתגרים הללו וליישם השתתפות ההורים והילד בות"ט, והכלים שפותחו (משרד הרווחה והשירותים החברתיים, 2008א; משרד הרווחה והשירותים החברתיים, 2014ג; משרד הרווחה והשירותים החברתיים, 2017ב) אינם מבוססים על מחקר ואף לא נבדקה יעילותם. מכאן, קיים מחסור עצום בידע וכלים שיאפשרו לעובדות הסוציאליות במלש"ח ליישם שיתוף משפחות וילדים בות"ט.

סוגיית שיתוף ילדים ב SDM ובות"ט

שיתוף ילדים בקבלת החלטות הוא סוגיה מורכבת בפני עצמה המחייבת קודם כל הכרה בילד כישות משפטית נפרדת ולא כרכוש של הוריו. הכרה זו החלה להתפתח רק במאה ה-20, והתבטאה בעיקר בזכויות ילדים המבטיחות להם הגנה כחסרי ישע (קדמן, 1990). אנשי מקצוע בתחום רווחת הילד בישראל נוטים לקשור תפיסה זו למושג "טובת הילד" כאשר בחשבם על טובתם של הילדים ועל פיתוח שירותים לילדים, הם מכוונים בעיקר להגנתם (מאסס, 2010). בעשורים האחרונים קיים במדינות מפותחות שיח הנוגע לזכותם של ילדים להשתתף ולהשפיע על החלטות שנוגעות להם. הוא מרחיב את המושגים "זכויות הילד" ו"טובת הילד" מההתמקדות בהגנתו, להכרה בילד כישות אוטונומית בעלת קול ודעה משלה, שיש לה ידע ומסוגלות לתרום לקבלת החלטות בעניינה (רוגן, 1997; Cairns & Brannen, 2005).

גם בתחום שירותי הבריאות קיימת הכרה בינלאומית גוברת והולכת בזכותם של ילדים להשתתף בהחלטות הנוגעות לחייהם (Coyne & Gallagher, 2011). הספרות המקצועית מתחום SDM עם ילדים מציינת גם היא את המתח הקיים בין טובת הילד לזכויותיו, ומשתמשת במושג "טובת הילד" כעיקרון המוביל בקבלת החלטות רפואיות לגבי ילדים. אנשי מקצוע מתחום הרפואה מציינים כי להורים לילדים חולים יש נטייה לגונן על ילדיהם ולמנוע מהם להשתתף בקבלת החלטות על הטיפול בהם מחשש שההשתתפות תחשוף אותם למידע שיפגע בהם ותהווה עבורם עול נפשי כבד מנשוא. כמו כן, אנשי מקצוע רבים מתחום הרפואה מטילים ספק ביכולתם של ילדים להשתתף בקבלת החלטות (Coyne et al., 2014; Coyne & Harder, 2011). גם בקרב אנשי מקצוע בתחום הרווחה והחינוך קיימות הסתייגויות כנגד שיתוף ילדים, המתבססות על הטענות כי לילדים אין את הרצון והכשירות להשתתף וכי החשיפה למידע רגיש עלולה לפגוע בהם (בן אריה, וינדמן ונחנסון-אנקרי, 2008; מרמור, לוין וכץ, 2016; עוזיאלי, 2012; Hart, 1992) ואף כי אין בכוחם של ילדים להבין את משמעות ההשתתפות והשלכותיה (Van Bijleveld, Dedding, & Bunders-Aelen, 2013). כנגד טענות אלה, מחקרים מהתחומים חינוך, רווחה ובריאות בארץ ובעולם מראים כי ההשתתפות תורמת להתפתחות הרגשית והחברתית של הילד, מעלה את בטחונו העצמי, גורמת לו להבין יותר את מצבו ונותנת בידו כלים להיות בעתיד אזרח משתתף ומשפיע. ילדים שעברו תהליך משתף של קבלת החלטות בעניינם, מעידים כי ההשתתפות נתנה להם תחושות של ביטחון, הערכה עצמית, עצמאות ומסוגלות להבעת עמדה (רוגן, 1997; Coyne et al., 2014; Thomas & Percy Smith, 2011) ומביעים שביעות רצון גבוהה מההשתתפות (עוזיאלי, 2012; שורק וריבקין, 2010; Coyne et al., 2013). בנוסף, השתתפות ילדים בהחלטות השייכות לעניינם מקדמת פיתוח שירותים ומענים שיתאימו להם (בן אריה, וינדמן ונחנסון-

אנקרי, 2008, 2008; עוזיאלי, 2012; שורק וריבקין, 2010; ; Hart, 1992; Coyne et al., 2014; Head, 2011; Percy-Smith, 2010). מכאן, להשתתפות הילד בהחלטה הנוגעת לו יש ערך תרפויטי וחברתי. עם זאת, חשוב לומר שעל מנת ליצור תהליך אמיתי של שיתוף יש צורך בהכנה מתאימה ובהצגת המידע באופן שמותאם לגילו של הילד, במיוחד כאשר מדובר על ילדים שמגיעים מאוכלוסיות מוחלשות אשר בדרך כלל חסרות את הכלים להשתתפות (עוזיאלי, 2012; שורק וריבקין, 2010; Head, 2011; Hart, 1992). בנוסף, פעמים רבות שיתוף נתפס בפרקטיקה במשמעות של הקשבה וייעוץ לילדים, בניגוד להשתתפות אקטיבית של הילד, בה יש לו יסוד להאמין שמעורבותו מסוגלת לחולל שינוי (Percy-Smith, 2007; Thomas & Percy-smith, 2011).

מחקר שבדק גורמים המשפיעים על שיתוף ילדים בועדות שמקבלות החלטות על תכנית הטיפול שלהם מצאו שככל שההחלטה יותר מורכבת וקשה, כך דוחקים אנשי המקצוע את השתתפותו של הילד לשוליים (Thomas & Percy-smith, 2011). כך גם בתחום הרפואה, ככל שהמחלה בה חולה הילד היא קשה יותר וההחלטה על טיפול נעשית גורלית יותר, השימוש ב-SDM מצד אנשי המקצוע פוחת (Coyne et al., 2014). כמו כן, נמצא כי טיב מערכת היחסים של הילד עם העו"ס שלו ועמדת העו"סים המעורבים בקבלת ההחלטה הם בעלי השפעה גדולה על שיתוף הילד (Thomas & Percy-smith, 2011) וכך גם בתחום הרפואה: מערכת היחסים של הילד עם הרופא המטפל בו נמצאה כבעלת השפעה מכרעת על השתתפותו. ככל שמערכת היחסים ארוכה יותר (רופא אחד שמטפל מתחילת התהליך ועד סופו), פתוחה וכנה יותר ומאפשרת לילד לשאול שאלות באופן חופשי, כך תגבר יכולתו של ילד להשתתף בקבלת החלטות (Coyne & Gallagher, 2011; Zwaanswijk, Tates, vanDulmen, Hoogerbrugge, Kaps & Bensing, 2007). בנוסף, מראים המחקרים שכדי ליצור הזדמנות אמיתית להשתתפות, יש לדבר לילדים בשפתם ולהעניק להם מידע רלוונטי שיעזור להם לגבש דעה ולהביע אותה (Thomas & Percy-smith, 2011; Van Bijleveld, Dedding & Bunders-Aelen, 2013).

אפשר ללמוד על שיתוף ילדים בקבלת החלטות ממחקרים שנערכו בתחום SDM אשר בדקו את הגורמים שעשויים לעכב השתתפות ילדים בקבלת החלטות רפואיות. נמצאו ראיות לכך שילדים מעוניינים להשתתף בקבלת החלטות בעניינם, או לפחות לבחור בעצמם אם להשתתף או לא (Coyne et al., 2014; Zwaanswijk et al., 2007). מתבררים שהשתתפו במחקרים אלה הביעו תסכול וכעס סביב תחושות של אובדן שליטה סביב קבלת החלטות על הטיפול בהם, וילדים בכל הגילאים ביטאו צורך לקבל יותר מידע הנוגע למחלה שלהם ולמה שעומד לקרות להם במהלך הטיפול בהם. ילדים רבים דיווחו שאנשי המקצוע לא מדברים איתם אלא רק עם הוריהם ולעיתים אנשי המקצוע לוקחים את ההורים הצידה כדי לדבר איתם, דבר שגרם לילדים לחשוב שמצבם חמור מאוד והגביר את החרדה שלהם. כמו כן דיווחו הילדים על תחושה שההחלטות נעשות ע"י המבוגרים לבדם, דבר שעורר בהם רגשות שליליים: אכזבה, עצב, בלבול, דאגה, כעס, הלם, בגידה, דחייה ובדידות (Coyne et al., 2013). מעניין לראות את ההבדלים בתפיסותיהם של ילדים ואנשי מקצוע לגבי גורמים המעכבים שיתוף: מנקודת מבטם של הילדים, המכשולים להשתתפות היו קשיים ביצירת קשר עם אנשי המקצוע מפני שהם עסוקים, קושי לשאול את אנשי המקצוע שאלות מחשש לעצבן אותם, התנהגות של ההורים שמנעה מהילדים להשתתף ולבסוף קשיים שנובעים מחומרת המחלה ומצבם הפיזי. מנקודת מבטם של הורים ואנשי מקצוע, המכשולים נעוצים במאפיינים האישיים של הילד: מצבו הגופני, התפתחותו הקוגניטיבית, מידת

הבגרות שלו, אישיותו, מצבו הרגשי, יכולת ההתמודדות שלו ומוגבלויותיו אם קיימות. כמו כן העידו אנשי מקצוע שלעיתים ברצונם ליישם SDM עם ילדים, אך הם נמנעים מכך מפאת קוצר זמן, עומס עבודה, דחיפות הטיפול ומחסור באפשרויות טיפול.

תחום השתתפות ילדים בקבלת החלטות רפואיות נמצא עדיין בהתפתחות ראשונית, אך המחקר בתחום כבר מצביע על משתנים מקדמי ומעכבי השתתפות ילדים. עיקר המכשולים שנמצאו נעוצים בהסתייגויות של הורים ואנשי מקצוע וכמו כן במחסור בכלים שיסייעו לילדים להשתתף ב SD (Coyne et al., 2013; Coyne et al., 2014). מחקר שנערך באירלנד בקרב אנשי מקצוע ומשפחות של ילדים חולי סרטן מעלה כי כאשר המחלה של הילד מסכנת חיים ויש הכרח לטיפול אשר יציל את חייו של הילד, נטייתם של המבוגרים היא שלא לשתף את הילד בקבלת ההחלטות הרפואיות מתוך התפיסה שאין שאלה אם לקיים את הטיפול וטובתו של הילד היא לשרוד. עם זאת, בתהליך הטיפול קיימות החלטות רבות "קטנות" יותר הנוגעות לתזמון הפרוצדורות הטיפוליות, בהן ניתן לשתף את הילדים וכך לתרום לתחושת השליטה והביטחון שלהם, לשביעות רצונם מהטיפול ולשיתוף הפעולה שלהם איתו. מחקר זה מצא את ההפרדה בין החלטות קטנות וגדולות כמועילה לקידום SDM עם ילדים (Coyne et al., 2014). נראה כי אף על פי ששיתוף ילדים בתחום הרפואה נמצא בחיתוליו הוא מתקדם יותר מאשר בתחום הרווחה וכי קיים בסיס מחקרי שניתן להשתמש בו על מנת לחקור ולקדם שיתוף ילדים ב"ט, תחום בו קיים מחסור משמעותי במחקר.

סיבות אפשריות לאי יישום של SDM בהחלטות רפואיות ואי שיתוף ב"ט

מה יכול להיות מכשול בפני יישום שיתוף לקוחות ב"ט באופן מלא ומשמעותי? אחד הגורמים הנו תפיסות פטרנליסטיות בקרב חלק מאנשי המקצוע המבטאות חוסר אמון ביכולת של לקוחות לקבוע מה נכון עבורם וראיית אנשי המקצוע כבעלי ידע המאפשר קבלת החלטות מיטבית (אלפנדרי, 2016; דולב ואחרים, 2001; משרד הרווחה והשירותים החברתיים, 2014; סלונים-נבו ולנדר, 2004; שמר, 2003). תפיסה פטרנליסטית זו עלולה להוביל את אנשי המקצוע לצפות שהמשפחה תשתף פעולה עם התכנית המוצעת ולתפוס את התנגדות המשפחה לתכנית כאי שיתוף פעולה (McKay & Garratt, 2013). במקרים אלו, גם אם ההורים נוכחים בדיון, מדובר במראית עין של השתתפות בלבד: מרכיב מרכזי בשיתוף אינו מתקיים, הוא האיזון ביחסי הכוחות בין אנשי המקצוע לבין ההורים (Gallagher et al., 2012; McKay & Garratt, 2013). חוסר איזון גורם לכך שתפיסת המשפחה ביחס לעזרה המתאימה לילד לא מקבלת משקל ראוי ב"ט. לעתים קרובות תפיסת בני המשפחה שונה בבסיסה מתפיסות אנשי המקצוע, וכך העזרה המוצעת, למשל הוצאה מהבית, נתפסת על ידי המשפחה כפגיעה וגוררת אחריה חוסר שיתוף פעולה, חוסר שביעות רצון, ואף ניסיונות חבלה בתהליך יישום התכנית הטיפולית. וכך, אי השיתוף יכול להקטין בצורה משמעותית את סיכויי ההצלחה של הטיפול עליו הוחלט (סלונים-נבו ולנדר, 2004). מצב זה של פערים לא מגושרים בין תפיסת הלקוחות לתפיסת העובדות הסוציאליות מתואר בספרות כאופייני לשירותי רווחה רבים (Krumer-Nevo, Slonim-Nevo & Hirshzon-Segev, 2006). לצד כל הגורמים הללו, חשוב לזכור כי עובדות סוציאליות במלש"ח נמצאות בדרך כלל בעומס עבודה עצום שנובע מתת תקינה ומגידול מתמיד במספר לקוחות המלש"ח בשנים האחרונות (גיל-עד, 2021; דו"ח הועדה למלחמה בעוני בישראל, 2014; לוי, 2008). כל אלה, במקביל למחסור בידע תיאורטי בעל המלצות יישומיות לשיתוף הילד והמשפחה ב"ט, עלולים להיות מכשול מרכזי בדרך ליישום שיתוף ב"ט.

בקרב אנשי מקצוע מתחום הרפואה קיימים מיתוסים לגבי SDM אשר מהווים מכשול ליישומם. הבולטים שבהם: קבלת החלטות משותפת היא אופנה חולפת, לא לכל איש מקצוע יש מיומנויות תקשורת לביצוע SDM, מטופלים נוטים להחליט לפי המלצת הרופא בכל מקרה ולכן אין טעם ב SD, קבלת החלטות משותפת לוקחת זמן רב מידי ולכן לא מועילה, SDM עלול לסתור את האתיקה שברפואה ועלול לפגוע באנשים שסובלים מחרדות על ידי הגברת החרדה שלהם. הספרות המקצועית בתחום SDM סותרת את המיתוסים הללו ומדגישה כי על כל המכשולים הללו ניתן להתגבר על ידי למידה מעמיקה של SDM וגמישות שתתאים את התהליך למאפייניו האישיים של המטופל (Legare & Thomas-Leduc, 2014). כמו כן, רופאים מעידים כי SDM הוא תהליך שדורש מהם השקעת זמן רב ומפאת עומס עבודה הם אינם מצליחים ליישם אותו גם אם מאמינים בו (Coyne et al., 2013). סקירה נרחבת של מחקרים על SDM שערכו סיאם ועמיתים (Siyam et al., 2019) מצא כי היישום של SDM תלוי במידה רבה בהשקפותיו של הרופא בנוגע לערכים שקבלת החלטות משותפת מייצגת ובמידה בה מפתח הרופא ידע ויכולות לקבלת החלטות משותפת. רופאים רבים מאמינים שמטופלים, ובעיקר אלה עם המחלות המורכבות ביותר, לא מעוניינים לשאת בעול קבלת ההחלטות על הטיפול. הסקירה מציינת שלושה מחסימים עיקריים שעולים במחקרים כמחסומים ליישום של SDM: מחסור בזמן, הנחה שמאפייני המטופל לא מאפשרים יישום של SDM וטבעה של הסיטואציה הרפואית בה קבלת ההחלטות מתרכזת למפגש אחד. עם זאת, העניין של מערכות בריאות ב SD ופיתוח הכשרות בתחום גובר עם השנים, וכיום ניתן למצוא לפחות 90 תכניות הכשרה ליישום SDM במערכות בריאות בעולם, בעיקר באמריקה הצפונית ובאירופה, והמספרים הולכים וגדלים (Siyam et al., 2019). רבות מתכניות ההכשרה כוללות דיונים קבוצתיים ומשחקי תפקידים וניתנות לרוב לרופאים משפחה ורופאים מומחים מתחומים מגוונים (למשל טיפול פליאטיבי, אונקולוגיה, שיקום, בעיות לב ובריאות הנפש). חלק מההכשרות כוללות גם אנשי צוות שאינם רופאים ולוקחים חלק משמעותי בקבלת ההחלטות כמו עו"סים, פיזיותרפיסטים ודיאטנים. ביותר מחצי מהמחקרים שפורסמו בתחום, הספרות מראה על שיפור משמעותי ביישום SDM בעקבות ההכשרות. המלצות הסוקרים הן להוסיף הכשרות של SDM כחלק מובנה בלימודי רפואה ובהכשרה המעשית של רופאים ואנשי מקצוע מתחום הרפואה וכמו כן להרחיב את הידע על יישום SDM בקבלת החלטות בצוות רב מקצועי (Siyam et al., 2019).

פרקטיקות של שותפות במערכת הרווחה לעומת הפרקטיקות שמציע מודל SDM

כפי שכבר הוזכר בעבודה זו, מערכת הרווחה בישראל מאמצת פרקטיקות שונות ליישום שותפות עם לקוחות ועם לקוחות מערכת הגנת הילד בפרט, חלקן ברמה הארגונית, בדמות הנחיות והכשרות, וחלקן ברמה הישירה, למשל בדמות מודל קד"ם (שמר ואחרים, 2020). בהשוואה כללית של מודל SDM ועולמות התוכן שלו לעומת גישות, תיאוריות ופרדיגמות של שותפות עם לקוחות שצמחו בתחום העבודה הסוציאלית, אפשר לראות שתיאוריות ופרדיגמות אלה מתייחסות בדרך כלל לשותפות בהקשר של קשר מקצועי ארוך טווח, ושמות דגש על שמיעת קולם של הלקוחות, עמידה לצידם וקיום פרקטיקות של קשר אשר מחזקות אמון ומאפשרות עם הזמן העצמה ואוטונומיה של הלקוח. זו המשגה שמגיעה מבסיס פרקטי ותיאורטי שמכוון לאי דיכוי והעצמה חברתית. (תימור-שלוין, 2018; Saar-Heiman, 2019; Nykänen et al., 2021). אך מחקרים מהשנים האחרונות מראים, שגישות אלה אינן מספקות לעובדות הסוציאליות מידע ברור על הדרך ליצור שיתוף אפקטיבי במצבים שבהם יש ילד בסיכון וכמו כן, שהדגש שניתן

בוועדות על הערכת סיכון והערכת הורות מהווים מכשול ליישום פרקטיקות של שותפות שמציבות את ההורות בהקשר רחב יותר, למשל של עוני (Saar-Heiman & Krumer-Nevo, 2019) ופרקטיקות ממוקדות משפחה (Gottfried & Ben-Arieh, 2019).

ההמשגה של מודל SDM היא שונה מההמשגה של תיאוריות ופרקטיקות מתחום העבודה הסוציאלית, אף על פי שהמודל נשען על אותן הנחות יסוד כמו העבודה הסוציאלית: לאנשים יש זכות ומסוגלות להשתתף בקבלת החלטות הנוגעות להם, ואם הם ישתתפו בקבלת החלטות באופן משמעותי, יש סיכוי רב יותר שהחלטות שיתקבלו יהיו טובות ושהתוצאות שלהן יהיו טובות יותר (Legare et al., 2012; Melbourne et al., 2010; Strauss & Thomas, 2012). לעומת ההמשגה של שותפות בעבודה סוציאלית, ההמשגה של מודל SDM לשותפות היא יותר "תכנית". זו המשגה שלא יוצאת מנקודת הנחה שיישום קבלת החלטות משותפת על טיפול – גם כזה שעשוי להיות משנה חיים – מותנית בקשר ארוך טווח של אמון אלא שהמידע שעובר בין הצדדים הוא המנוע של השותפות המיוחלת והוא זה שיאפשר מידה רבה של שותפות בקבלת החלטות. מודל SDM מניח שמידע מפורט יותר וברור יותר, שמועבר בשקיפות וכנות, יוביל למידה רבה יותר של שותפות בקבלת החלטות. הוא שם דגש על יצירת הזדמנות לשוויון בידע הקיים אצל הרופא והמטופל לגבי הבעיה הרפואית, האפשרויות העומדות בפניהם לטפל בה, וההשלכות האפשריות של כל אפשרות טיפול. מתוך הנחות אלה, הוא משרטט את הפעולות המרכזיות שהרופא צריך לעשות כדי לוודא שלמטופל יהיו הכלים להשתתף באופן משמעותי בקבלת החלטות ולבחור את תכנית הטיפול המתאימה לו ביותר. במושגים של יחסי כוחות בעבודה סוציאלית, העברת המידע היא העברה מודעת של כוח, או יש שיגידו, ויתור על כוח מצד העובדת הסוציאלית אל ההורה במובן שמאזן את יחסי הכוחות ביניהם.

שירותי הרווחה ושירותי הבריאות חולקים ערכים משותפים אשר מובילים לתפיסה של קבלת החלטות משותפת בין אנשי מקצוע נותני שירות ללקוחותיהם כמקדמת את רווחתם ובריאותם של לקוחותיהם. עם זאת, קיים מחסור בספרות מקצועית הנוגעת לקבלת החלטות משותפת בשירותי רווחה בארץ ובעולם, דבר הבא לידי ביטוי במיעוט של מחקר ובמחסור במודלים של עבודה שיקדמו את הטמעת השיתוף בפרקטיקה. לעומת זאת, בשירותי בריאות קבלת החלטות משותפת הוא תחום מפותח יחסית בשלושת העשורים האחרונים וניתן למצוא ספרות מקצועית ומחקרית ענפה העוסקת במודל של קבלת החלטות משותפת, בהטמעת המודל בפרקטיקה של שירותי בריאות, במכשולים העלולים לצוץ בתהליך קבלת החלטות משותפת וביישומו של המודל בעבודה עם אוכלוסיות מגוונות.

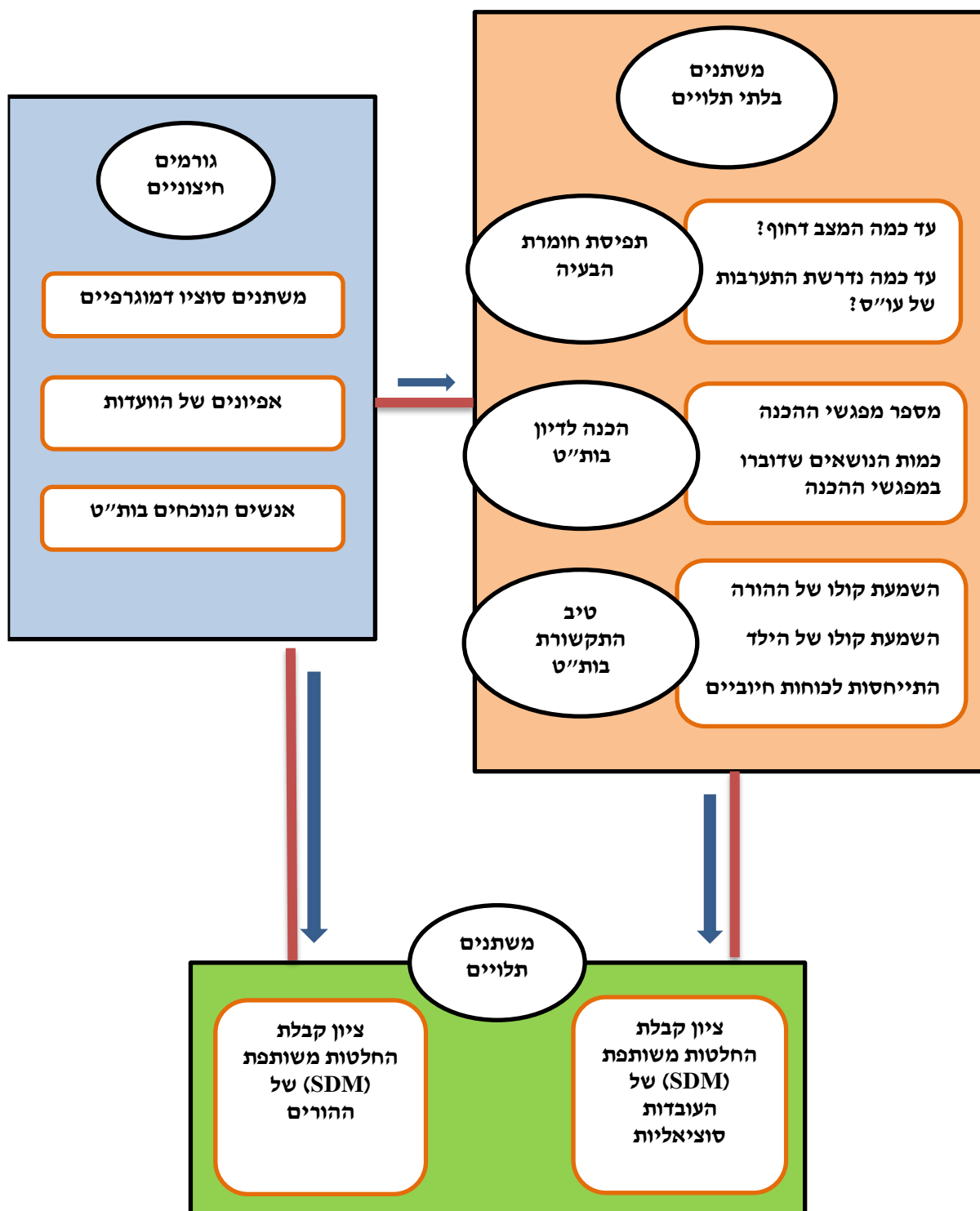
לוח 3 משווה בין התפתחויות בערכים, מדיניות ומחקר של קבלת החלטות משותפת בתחום שירותי הבריאות לעומת תחום שירותי הרווחה. הלוח מדגים ערכים משותפים וקווי דימיון בין קבלת החלטה על תכנית טיפול רפואית לקבלת החלטה על תכנית טיפול בות"ט. קווים משותפים אלה הם הרציונל להעברת ידע שנצבר בשירותי הבריאות וחסר בשירותי הרווחה, לתחום קבלת החלטות משותפת בות"ט.

לוח 3: השוואה בין קבלת החלטות משותפת בשירותי בריאות ובנות"ט

קבלת החלטות משותפת בועדות תכנון טיפול והערכה	קבלת החלטות משותפת בשירותי בריאות	
<p>כל אדם הוא מומחה לעצמו ולחיייו לכל אדם יש זכות בסיסית להשתתף בקבלת החלטות הנוגעות לחייו השתתפות פעילה של האדם בקבלת החלטה הנוגעת לחיייו היא בעלת השלכות חיוביות על טיב ההחלטה שתתקבל ועל יישומה עקרונות אלה הם בעלי תוקף גם כאשר מדובר בילדים (בן רבי ועמיאל, 2013; דו"ח ביניים, 2014; דו"ח מבקר המדינה, 2013; דולב ואחרים, 2001; משרד העבודה והרווחה, 2002; משרד הרווחה והשירותים החברתיים, 2014; סלונים-נבו ולנדר, 2004; משרד הרווחה והשירותים החברתיים, 2004)</p>	<p>כל אדם הוא מומחה לעצמו ולחיייו לכל אדם יש זכות בסיסית להשתתף בקבלת החלטות הנוגעות לחייו השתתפות פעילה של האדם בקבלת החלטה הנוגעת לחיייו היא בעלת השלכות חיוביות על טיב ההחלטה שתתקבל ועל יישומה עקרונות אלה הם בעלי תוקף גם כאשר מדובר בילדים (Legare et al., 2012; Melbourne et al., 2010; Strauss & Thomas, 2012)</p>	<p>עקרונות מנחים</p>
<p>אנשים ומשפחות מוחלשות שמתאפיינות ברמת השכלה נמוכה ומצב סוציו אקונומי נמוך מהוות את הרוב המוחלט של אוכלוסיית הלקוחות (דו"ח ביניים, 2014; סלונים-נבו ולנדר, 2004)</p>	<p>אנשים ומשפחות מוחלשות שמתאפיינות ברמת השכלה נמוכה ומצב סוציו אקונומי נמוך מהוות אחוז גבוה מאוכלוסיית הלקוחות (McCaffey, Smith & Wolf, 2010; Smith, Nutbeam & McCaffey, 2013 אוכלוסיות "חזקות", בעלות השכלה גבוהה, מצב סוציו-אקונומי גבוה</p>	<p>אוכלוסיית הלקוחות/ מטופלים</p>
<p>קיים מצב סיכון של קטין המחייב התערבות אנשי מקצוע החלטה על התערבות טיפולית שתיתן מענה למצבי הזנחה וסיכון קיצוניים ומתמשכים יותר או פחות, מתוך מגוון תכניות טיפול אפשריות ההחלטה מתמקדת בשירותים שייתנו לילד ולמשפחה, בקהילה או מחוצה לה (הוראת והודעות התע"ס לועדת החלטה 8.9, 1995).</p>	<p>קיים מצב רפואי המחייב התערבות אנשי מקצוע החלטה על התערבות טיפולית רפואית במצבים רפואיים כרוניים ובמצבים רפואיים מסכני חיים, מתוך מגוון אפשרויות טיפול ההחלטה מתמקדת בפרוצדורות רפואיות שיבוצעו על המטופל (מבוגר או ילד) (Coyne et al., 2013; Legare et al., 2012; Legare & Witterman, 2013; Moumjid et al., 2007)</p>	<p>אופי ההחלטה</p>
<p>עובדות סוציאליות רופאים פסיכיאטרים אנשי מקצוע מתחום החינוך אנשי מקצוע מתחום הטיפול (משרד העבודה והרווחה, 2002; מבקר המדינה, 2013; משרד הרווחה והשירותים החברתיים, 2004)</p>	<p>רופאים אחיות עובדות סוציאליות (Coyne et al., 2013; Legare et al., 2012; Legare & Witterman, 2013; Moumjid et al., 2007)</p>	<p>אנשי מקצוע שעשויים להיות מעורבים בקבלת ההחלטה</p>
<p>מודל FGC (Family Group Conferences), (שמר ואה', Morris & Burford, 2009; Morris & Connolly, 2020; 2012)</p>	<p>מודל (Shared Decision Making) SDM</p>	<p>מודל עבודה</p>
<p>מחקר מועט בתחום ות"ט, מתייחס באופן חלקי לקבלת החלטות משותפת מחסור במחקר שיבדוק משתנים המשפיעים על קבלת החלטות משותפת מחסור במחקר שיבדוק חוויות של משפחות וילדים בות"ט כלים מועטים פותחו בתחום שיתוף משפחות וילדים בות"ט. הכלים שפותחו אינם מבוססי מחקר.</p>	<p>מחקרים שבדקו תוצאות של עבודה במודל SDM מחקרים שבדקו משתנים המשפיעים על הצלחת SDM מחקרים שבדקו חוויות מטופלים (מבוגרים וילדים) בקבלת החלטות משותפת על פי מודל SDM פיתוח מתמשך של כלים ליישום SDM עם אוכלוסיות שונות.</p>	<p>מחקר והערכה</p>

מערך המחקר – מה קשור ל SDM?

קשרים והבדלים בין גורמים חיצוניים ומשתנים בלתי תלויים לבין מידת קבלת החלטות משותפת (SDM) אצל הורים ועובדות סוציאליות בוועדות תכנון טיפול.



השערות המחקר

1. יימצא קשר חיובי מובהק בין ציון SDM של העובדת הסוציאלית לבין תפיסת חומרת הבעיה של ההורה.
2. יימצא קשר שלילי מובהק בין ציון SDM של ההורה לבין תפיסת חומרת הבעיה של העובדת הסוציאלית.
3. יימצא קשר חיובי מובהק בין ציון SDM של העובדות הסוציאליות לבין הדיווח שלהן על טיב התקשורת ב"ט.
4. יימצא קשר חיובי מובהק בין ציון SDM של ההורים לבין הדיווח שלהם על טיב התקשורת ב"ט.
5. יימצא קשר חיובי מובהק בין ציון SDM של ההורים לבין הדיווח של ההורים על כמות המידע שקיבלו בהכנה לדיון.
6. יימצא קשר חיובי מובהק בין ציון SDM של ההורים לבין הדיווח של ההורים על מספר מפגשי ההכנה.
7. יימצא קשר חיובי מובהק בין ציון SDM של העובדות הסוציאליות לבין הדיווח שלהן על כמות המידע שקיבלו בהכנה לדיון.
8. יימצא קשר חיובי מובהק בין ציון SDM של העובדות הסוציאליות לבין הדיווח שלהן על מספר מפגשי ההכנה.
9. העובדות הסוציאליות ידווחו על מידה רבה יותר של קבלת החלטות משותפת (SDM) באופן מובהק ממה שידווחו ההורים.
10. העובדות הסוציאליות ידווחו על תקשורת טובה יותר בוועדה באופן מובהק ממה שידווחו ההורים.
11. העובדות הסוציאליות יעריכו את הבעיה שהביאה להתכנסות הוועדה כחמורה יותר באופן מובהק ממה שיעריכו אותה ההורים.
12. העובדות הסוציאליות ידווחו על נושאים רבים יותר שדוברו בפגישות ההכנה לוועדה מאשר ההורים באופן מובהק.
13. בוועדות בהן ניתנו מענים ממוקדי משפחה ציון SDM של העובדות הסוציאליות יהיה גבוה יותר באופן מובהק מאשר בוועדות בהן ניתנו מענים ממוקדי ילד בלבד.
14. בוועדות בהן ניתנו מענים ממוקדי משפחה ציון SDM של ההורים יהיה גבוה יותר באופן מובהק מאשר בוועדות בהן ניתנו רק מענים ממוקדי ילד.
15. ציון SDM של האימהות יהיה גבוה יותר באופן מובהק מציון SDM של האבות.
16. בוועדות בהן השכלת ההורים גבוהה יותר, ציון SDM של העובדות הסוציאליות יהיה גבוה יותר באופן מובהק מאשר בוועדות בהן ההורים בעלי השכלה נמוכה.
17. יימצאו קשרים נוספים בין משתני הרקע ומאפייני הוועדות למשתני המחקר הבלתי תלויים: טיב התקשורת בוועדה, תפיסת חומרת הבעיה ומספר התכנים שעלו בהכנה לדיון.

שיטת המחקר

אוכלוסיית המחקר

יחידת הניתוח במחקר זה היא וועדות לתכנון טיפול. על פי נתוני משרד הרווחה, מאז שנת 2014 מתקיימות בכל שנה בין 18,000-22,000 ות"ט בכל הארץ, הדנות בתכניות הטיפול של כ- 30,000-35,000 ילדים (משרד הרווחה והשירותים החברתיים, 2019; פניה אישית בדואר אלקטרוני למפקח על הוועדות מר עמיר קשי, 19 ביולי 2017; פניה לחוק חופש המידע, 30 בנובמבר 2020). השאיפה של מחקר זה הייתה לדגום מאה ועדות מתוך הנחה שמספר זה של ועדות יאפשר לתת תמונה רחבה, גם אם לא מייצגת, של שותפות הורים וילדים עם אנשי המקצוע בתוך הוועדות. בתוך כל וועדה, אוכלוסיית המחקר כוללת את הנבדקים הבאים:

הורים (אבא או אמא) שהשתתפו בות"ט. אמנם, ממצאי המחקר המקדים מראים שנוכחות של אימהות בות"ט גבוהה באופן משמעותי מנוכחותם של אבות. (88% לעומת 55%). עם זאת, אחוזי ההיעדרות הגבוהים של אבות מות"ט עשויים לשקף הדרה של אבות כלקוחות העבודה הסוציאלית, תופעה שאופיינית לשירותי הרווחה בארץ (באום, 2006). לאור ההדרה המדוברת בספרות, בחרנו לכלול גם את האבות באוכלוסיית המחקר, בידיעה שגם אם לא נגיע למספר גבוה של אבות, יהיה להם ייצוג במחקר. מתוך פניה למשרד הרווחה על פי חוק חופש המידע (30 בנובמבר 2020) עולה, כי בשנת 2019 השתתף לפחות הורה אחד ב 18,807 ות"ט מתוך 20,468 ות"ט שהתקיימו לאורך השנה. עם זאת, לא ניתן היה להשיג מידע על מספר הוועדות בהן השתתפו אבות לעומת אימהות.

ילדים מעל גיל 12 שהשתתפו בות"ט או בחלק ממנה. גיל הילדים שייבדקו במחקר נקבע על פי הנחיות התע"ס 8.9 (משרד הרווחה והשירותים החברתיים, 2017) הקובע כי כל הילדים שעניינם נדון בוועדת תכנון טיפול והם מעל גיל 12, יוזמנו לוועדה. זאת לעומת ילדים מתחת לגיל 12, שיוזמנו לוועדה רק בכפוף לאישור הורים והתייעצות מקצועית. מתוך פניה למשרד הרווחה על פי חוק חופש המידע (30 בנובמבר 2020) עולה כי לא ניתן להשיג פילוח של הוועדות לפי גילאי הילדים. כמו כן, פניה לילדים אושרה רק בכפוף לאישור הוריהם. השאיפה במחקר זה הייתה לאסוף שאלונים מחמישים ילדים.

עובדות סוציאליות של המשפחה שהשתתפו בות"ט. אף על פי שבות"ט משתתפים מספר אנשי מקצוע, העובדת הסוציאלית של המשפחה היא הגורם המקצועי המשמעותי ביותר לשיתוף ההורים והילד בתהליך מכיוון שהיא זו שמלווה את המשפחה לכל אורכו. כמו כן, על פי הרפורמה שעבר משרד הרווחה בשנים האחרונות ועל פי הנחיות התע"ס, עו"ס המשפחה אמון באופן רשמי על ליווי המשפחה לפני הוועדה, הכנת המשפחה לוועדה והצגת מצב המשפחה במעמד הוועדה (משרד הרווחה, 2017; משרד הרווחה, 2019).

מדגם

המדגם כולל 42 הורים ו 37 עובדות סוציאליות שהשתתפו ב 43 ות"ט. הדגימה נערכה בשיטה של "דגימת נוחות" מטעמים מעשיים: ניסיון של חוקרים ומחקרים קודמים מראה שגיוס משתתפים שהם לקוחות שירותי הרווחה נתקל לא פעם בקשיים (Begun, Berger & Otto-Salaj, 2018; Parbhoo-Ebrahim & Fourie, 2020). על אחת כמה וכמה במחקר זה, שלא קיבל מאגף המחקר של משרד הרווחה אישור לפנות ישירות להורים שמתתפים בות"ט, אלא דרך ההעובדות הסוציאליות במחלקות, על בסיס וולנטרי. זאת אומרת, שלחוקרת היה ברור מראש שהגיוס יכלול

רק עובדות סוציאליות שיש להן מוטיבציה אישית להשתתף במחקר ושהעובדות הסוציאליות יגייסו למחקר רק הורים שלדעתן ישתפו פעולה.

מגבלות אלה של הדגימה הובילו לבניית מדגם שאינו מייצג ואפילו מוטה (הרחבה על כך תחת פירוט מגבלות המחקר) אך עם זאת נעשו מאמצים מיוחדים בידי החוקרת לגייס מחלקות רווחה מערים וישובים מגוונים ככל האפשר על מנת לכלול במחקר גם אוכלוסיות ששייכות לקבוצות מיעוט בחברה הישראלית, כמו המגזר החרדי והערבי.

כל המשתתפים מילאו את השאלון בשפה העברית מלבד שני הורים שמילאו את השאלון בשפה הערבית. ההורה הצעיר ביותר שהשתתף במחקר היה בגיל 26 והמבוגר ביותר בן 63 (ממוצע גילאי ההורים 41.3, $SD=8.49$). העו"ס הצעירה ביותר הייתה בגיל 28 והעו"ס המבוגרת ביותר הייתה בת 67 (ממוצע גילאי העובדות הסוציאליות 37.1, $SD=8.82$). מספר הילדים הממוצע למשפחה מבין המשפחות שנידונו בוועדות הוא 4.4 ($SD=3.06$).

לוח 1 מציג את המאפיינים הסוציו-דמוגרפיים של ההורים ($N=42$) והעובדות הסוציאליות ($N=37$) שהשתתפו במחקר.

לוח 1

מאפיינים סוציו-דמוגרפיים של ההורים והעובדות הסוציאליות

χ^2	df	התפלגות n (%)		משנתה וערכים
		השוואה	הורים (n=42)	
9.23*	2	עובדות סוציאליות (n=37)		גיל
		(51.4%) 19	(19.0%) 8	25-34
		(35.1%) 13	(54.8%) 23	35-44
		(13.5%) 5	(26.2%) 11	45-67
3.21	1	(83.8%) 31	(80.9%) 34	מגדר
		(16.2%) 6	(19.0%) 8	אישה גבר
13.93**	3	מוצא		יהודי ישראלי
		(59.5%) 22	(19.0%) 8	מזרחי
		(29.7%) 11	(52.4%) 22	אשכנזי/בריה"מ
		(5.4%) 2	(14.3%) 6	לשעבר אחר ⁶
12.46**	3	מצב משפחתי		רווק.ה
		(13.5%) 5	(9.5%) 4	נשוי.ה
		(86.5%) 32	(61.9%) 26	גר.ה
		(0%) 0	(21.4%) 9	אלמן.ה
49.92***	4	השכלה		יסודית
		(0%) 0	(14.3%) 6	תיכונית
		(0%) 0	(59.5%) 25	לימודי תעודה
		(0%) 0	(7.1%) 3	תואר ראשון
		(67.6%) 25	(14.3%) 6	תואר שני
		(32.4%) 12	(4.7%) 2	
6.97	3	אמונה דתית		חילונית
		(35.1%) 13	(31%) 13	מסורתית
		(9.3%) 4	(23.7%) 10	דת.ה
		(51.3%) 19	(31%) 13	חרדית
		(2.7%) 1	(14.3%) 6	
1.35	1	שפת אם		עברית
		(86.5%) 32	(76.1%) 32	שפה שאינה עברית
				וותק במקצוע (שנים)
		(32.4%) 12		0-5
		(40.5%) 15		6-10
		(16.2%) 6		11-20
		(10.8%) 4		20-35

* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$

⁶ אתיופי, בדואי, המזרח הרחוק

כפי שניתן לראות בלוח 1, נמצאו הבדלים מובהקים בין קבוצת ההורים לקבוצת העובדות הסוציאליות במאפיינים גיל, מוצא, מצב משפחתי והשכלה. בשתי הקבוצות גברים היו בייצוג נמוך בעוד נשים היו בייצוג גבוה. רוב העובדות הסוציאליות היו צעירות יותר מההורים. גם אצל ההורים וגם אצל העובדות הסוציאליות היה ייצוג גדול לשתי קבוצות מוצא: ישראליות ומוזרחיות, בעוד לקבוצות מוצא אחרות היה ייצוג נמוך. בקרב ההורים, הרוב הגדיר עצמם כ"מוזרחי" או נקבו בשם של אחת מעדות המזרח. בקרב העובדות הסוציאליות, הרוב הגדיר עצמן כ"יהודי-ישראלי". רוב ההורים כמו גם העובדות הסוציאליות שהשתתפו במחקר היו נשואות אך בלט ההבדל בין הקבוצות: בקרב העובדות הסוציאליות לא היו אלמנות. ים וגרושות. ים. ההבדלים בהשכלה גם הם בולטים: שלושה רבעים מההורים הם בעלי השכלה נמוכה, בעוד (מן הסתם) כל העובדות הסוציאליות הן בעלות השכלה אקדמית.

כלי המחקר למדידת המשתנים התלויים

תפיסת קבלת החלטות משותפת (SDM) של הורים שהשתתפו ב"ט":

משתנה המבטא תפיסתם של הורים את מעורבותם בתהליך קבלת החלטות ב"ט ביחס לארבעת העקרונות של מודל SDM: האנשים המעורבים בקבלת החלטה, כיווני זרימת המידע בין איש המקצוע למטופל, בירור ההעדפות של הצדדים ביחס לפתרונות אפשריים והסכמה על החלטה שהתקבלה (Coyne et al., 2013; Legare et al., 2012; Legare & Witterman, 2013; Moumjid et al., 2007).

משתנה זה נמדד על ידי שאלון מעורבות מטופלים בקבלת החלטות (SDM-Q-9) (נספח מס' 3), אשר פותח בגרמניה והוא כולל תשעה פריטים אשר מודדים את תפיסת המטופל לגבי מעורבותו בקבלת החלטה על תכנית הטיפול הרפואית שלו, על פי ארבעת העקרונות של מודל SDM. השאלון המקורי נכתב בשפה הגרמנית, ועבר תהליך של תרגום לאנגלית כחלק מפיתוחו (Kriston et al., 2010). עבור המחקר הנוכחי, השאלון תורגם לעברית על ידי החוקרת ועל ידי אדם נוסף, הנוסחים הושוו לניסוח סופי שעבר תהליך של תרגום חוזר לאנגלית והשוואה למקור על מנת לבדוק את טיב התרגום. כמו כן, השאלון עבר התאמה מסיטואציה של החלטה רפואית לסיטואציה של "וט": המושג "מצב רפואי" (Medical condition) הוחלף במושג "בעיה או מצב סיכון של הילד", המושג "מפגש התייעצות" (Consultation) הוחלף ב"וט" ו"רופא" הוחלף ב"עובדת סוציאלית".

מימדים/ עולמות תוכן: בשאלון תשעה פריטים, המחולקים לארבעה עולמות תוכן על פי ארבעת העקרונות של מודל SDM: לפחות שני אנשים מעורבים בקבלת החלטה (עובדת סוציאלית ואימא/ילד), ישנה החלפת מידע בשני כיוונים, שני הצדדים מודעים לכך שיש מספר תכניות טיפול אפשריות ומה הן, שני הצדדים מביאים לתהליך קבלת החלטה את העדפותיהם באופן פעיל ושווה (Kriston et al., 2010).

תקפות ומהימנות: השאלון בגרסא האנגלית נבדק על מדגם של 2,351 מטופלים. נמצאה מהימנות עקיבות פנימית גבוהה מאד ($\alpha=0.938$), והממצא יציב בקבוצות בעלות מאפיינים דמוגרפיים שונים ($\alpha=0.917-0.952$). בנוסף, לשאלון תוקף נראה גבוה, ומדדי היענות, ההבחנה ורמת הקושי נמצאו טובים (Kriston et al., 2010). בשל ההתאמה שעבר השאלון לסיטואציה של "וט", נבחן תוקף התוכן של השאלון על ידי התייעצות עם אנשי מקצוע מתחום ו"ט. השאלון

המתורגם נבדק על המדגם של מחקר זה ($N=42$) ונמצאה מהימנות עקיבות פנימית גבוהה מאד ($\alpha=0.903$) בדומה לגרסא האנגלית. לא נמצאו פריטים שהוצאתם משפיעה באופן משמעותי על מקדם המהימנות אלפא קרונבך.

צינון: כל פריט מתשעת הפריטים מדורג על ידי סולם בין שש דרגות מ-0 ("לגמרי לא מסכים") ל-5 ("לגמרי מסכים"). ככל שהציון גבוה יותר, כך המשיב תופס את מעורבותו בתהליך קבלת ההחלטה כגבוהה יותר. סיכום כל הפריטים מוביל לטווח ציונים של 0-45 (Kriston et al., 2010).

תפיסת קבלת החלטות משותפת (SDM) של עובדות סוציאליות שהשתתפו בות"ט:

משתנה המבטא את תפיסתן של העובדות הסוציאליות את מעורבותם של האימא והילד בתהליך קבלת ההחלטות בות"ט ביחס לארבעת העקרונות של מודל SDM שצויינו לעיל.

משתנה זה נמדד על ידי שאלון מעורבות מטופלים בקבלת החלטות, גרסאת הרופא (SDM-Q-9 Doc). השאלון הוא גרסא נוספת לשאלון SDM-Q-9 הנ"ל, והוא כולל תשעה פריטים זהים לפריטים בגרסאת המטופלים אך מנוסחים בפנייה לרופא ומודדים את תפיסתו לגבי מעורבות המטופל בקבלת החלטה על תכנית הטיפול הרפואית שלו, על פי ארבעת העקרונות של מודל SDM. השאלון המקורי נכתב בשפה הגרמנית, ועבר תהליך של תרגום לאנגלית כחלק מפיתוחו (Scholl, Kriston, Dirmaier, Buchhols & Harter, 2012). עבור המחקר הנוכחי, השאלון תורגם לעברית על ידי החוקרת ועל ידי אדם נוסף לשתי גרסאות, האחת מתייחסת לתהליך קבלת ההחלטות בין העובדת הסוציאלית וההורה והשנייה לתהליך קבלת ההחלטות בין העובדת הסוציאלית והילד (נספח מספר 4). הנוסחים הושו לניסוח סופי שעבר תהליך של תרגום חוזר לאנגלית והשוואה למקור על מנת לבדוק את טיב התרגום. כמו כן, השאלון עבר התאמה מסיטואציה של החלטה רפואית לסיטואציה של ות"ט: המושג "מצב רפואי" (Medical condition) הוחלף במושג "בעיה או מצב סיכון של הילד", המושג "התייעצות" (Consultation) הוחלף ב"ות"ט", "מטופל" הוחלף ב"הורה" או "ילד" ו"רופא" הוחלף ב"עובדת סוציאלית". מימדים/ עולמות תוכן: בשאלון תשעה פריטים, המחולקים לארבעה עולמות תוכן על פי ארבעת העקרונות של מודל SDM: לפחות שני אנשים מעורבים בקבלת ההחלטה (עובדת סוציאלית והורה/ילד), ישנה החלפת מידע בשני כיוונים, שני הצדדים מודעים לכך שיש מספר תכניות טיפול אפשריות ומה הן, שני הצדדים מביאים לתהליך קבלת ההחלטה את העדפותיהם באופן פעיל ושווה (Scholl et al., 2012).

תקפות ומהימנות: השאלון נבדק על 324 מפגשים רפואיים בין 29 רופאים למטופליהם.

נמצאה מהימנות עקיבות פנימית גבוהה ($\alpha=0.88$) ומדדי ההיענות וההבחנה נמצאו טובים (Scholl et al., 2012). בשל ההתאמה לסיטואציה של ות"ט, נבחן תוקף התוכן של השאלון על ידי התייעצות עם אנשי מקצוע מתחום ות"ט. השאלון המתורגם נבדק על המדגם של מחקר זה ($N=37$) ונמצאה מהימנות עקיבות פנימית טובה ($\alpha=0.779$). לא נמצאו פריטים שהוצאתם משפיעה באופן משמעותי על מקדם המהימנות אלפא קרונבך.

צינון: כל פריט מתשעת הפריטים מדורג על ידי סולם בין שש דרגות מ-0 ("לגמרי לא מסכים") ל-5 ("לגמרי מסכים"). ככל שהציון גבוה יותר, כך המשיב תופס את מעורבותו של המטופל בתהליך קבלת ההחלטה כגבוהה יותר. סיכום כל הפריטים מוביל לטווח ציונים של 0-45 (Scholl et al., 2012).

כלי המחקר למדידת המשתנים הבלתי תלויים

נתונים סוציו דמוגרפיים ומאפייני וועדות:

גיל, מוצא, מצב משפחתי, רמת השכלה, אמונה דתית, שפת אם, משך הקשר של העובדת הסוציאלית עם המשפחה, וותק של העובדת הסוציאלית, סוג וועדה, מספר הילדים שנדונו בוועדה, סוג המענים שניתנו בוועדה.

מדידת המשתנים: ההורים שמילאו את השאלון התבקשו לציין את מינם (אישה או גבר), גילם בשנים, מוצאם, מצבם המשפחתי (רווק/נשוי/חי עם בן זוג/גרוש/אלמן), רמת ההשכלה שלהם (יסודית/תיכונית/אקדמאית/לימודי תעודה), האמונה הדתית שלהם (חילונית/דתי/מסורתית/אחר) ושפת האם שלהם. כמו כן התבקשו לסמן מתוך שלוש אפשרויות את משך הקשר עם העובדת הסוציאלית של המשפחה (יותר משנה, פחות משנה או סביב הות"ט בלבד). עובדות סוציאליות שימלאו את השאלון התבקשו לציין את מינן, גילן בשנים, וותק במקצוע, מוצא, מצב משפחתי, רמת ההשכלה (תואר ראשון, שני או שלישי), אמונה דתית ושפת אם וכמו כן את סוג הוועדה (ראשונה/חירום/מעקב) ואת מספר הילדים שנדונו בוועדה. ילדים מעל גיל 9 שהשתתפו במחקר התבקשו לציין את מינם (זכר/נקבה), גילם בשנים, מוצאם ושפת האם. השאלון הוא חלק משאלון השתתפות בוועדת תכנון טיפול (גרסאת ההורים בנספח מספר 5 והעובדות הסוציאליות בנספח 6) יחד עם השאלונים שפותחו למדידת ההכנה לדיון, התקשורת בוועדה, תפיסת חומרת הבעיה, נוכחות של אנשי מקצוע והסכמת ההורים לתכנית הטיפול).

ההכנה לדיון בות"ט:

משתנה שמבטא את כמות המידע שעלה במפגשי ההכנה שהתקיימו בהתבסס על רשימת הנושאים שממליץ משרד הרווחה להעלות במפגשי ההכנה (משרד הרווחה, 2017): הסבר כללי על מהות הוועדה, הסבר על הרכב אנשי המקצוע שיהיו נוכחים בוועדה, הסבר על זכותה של המשפחה להביא לוועדה כל אדם שיבחרו מטעמם, הסבר על הסיבות שהביאו לכינוס הוועדה, הסבר על זכותה של המשפחה להציע תכנית טיפול בוועדה, הזדמנות שקיבלו בני המשפחה לשאול שאלות לגבי הוועדה, הזדמנות שקיבלו בני המשפחה להביע חששות ואו דאגות לגבי הוועדה. משתנה זה נמדד על ידי שאלון שפותח על ידי החוקרת ומודד את כמות המידע שהועבר לבני המשפחה במפגשים אלה. השאלון מפרט רשימה של שבעה נושאים שעשויים לסייע לבני המשפחה לקבל מידע רלוונטי להשתתפות בדיון ות"ט (למשל, הסבר על זכותה של המשפחה להביא לוועדה כל אדם שיבחרו מטעמם, הסבר על התפיסה של העובדת הסוציאלית את הסיבות לכינוס הוועדה), לגבי כל נושא התבקשו המשתתפים לציין האם עלה בפגישות ההכנה.

תוקף: נערך תיקוף תוכן של השאלון על ידי שיפוט של מומחים מתחום ות"ט (עובדות סוציאליות, רכזות ות"ט, מנהלות מלש"ח). רשימת הנושאים תוקנו ונוסחו מחדש על פי המשוב שהתקבל.

ציון: ככל שיצוינו תכנים רבים יותר שדוברו במפגשים אלה (7-0), כך תגדל כמות המידע שהועבר בהכנה לות"ט.

מספר מפגשי ההכנה: מספר המפגשים שנערכו לשם הכנה לות"ט בין העובדת הסוציאלית לבין ההורים והילד.

נוכחות בני המשפחה בות"ט נמדדה על ידי שאלון שיבדוק מי מההורים נכח בדיון (אמא או אבא או שניהם) והאם נכחו בו הילדים שבעניינם התאספה הוועדה.

טיב התקשורת בוועדה: משתנה שכולל שני עולמות תוכן:

המידה בה השמיעו ההורה והילד את קולם בות"ט: משתנה המבטא את ההזדמנויות שהיו להורה והילד לדבר במהלך הדיון בות"ט, לתחושת המסוגלות שלהם לדבר בפני הועדה, לנוכחותם לאורך כל הדיון או חלקים ממנו ולמידת ההתייחסות של אנשי המקצוע בות"ט לדברים שנאמרו על ידי ההורים והילד.

מידת התייחסות לכוחות חיוביים של הילד והמשפחה בות"ט: התייחסות חיובית מצד אנשי המקצוע בות"ט למעשים ואמירות של ההורים והילד, הכרה בכוחות החיוביים של ההורים, התייחסות מצד אנשי המקצוע להצלחות במסגרת המשפחתית ושיח ות"ט המתייחס רק לפתולוגיה ובעיות.

מדידת המשתנה טיב התקשורת בוועדה נערכה על ידי שאלון תקשורת בין אנשי המקצוע למשפחה במהלך הדיון בות"ט. השאלון פותח על ידי החוקרת עבור מחקר זה והוא כולל 12 פריטים המתייחסים לשני עולמות התוכן: השמעת קולם של ההורה והילד בות"ט (פריטים 1-8), למשל "דיברתי רק כששאלו אותי שאלות", "הרגשתי שחברי הועדה מקשיבים לדברים שאמרת" והתייחסות לכוחות חיוביים של בני המשפחה במהלך הדיון (פריטים 9-12), למשל "הרגשתי שהעובדות הסוציאליות בוועדה מציינים לחיוב דברים שעשיתי או אמרתי". הפריטים מבוססים על התמות שעלו במחקר 1 המוצג בעבודה זו. בשאלון שמיועד למילוי של עובדות סוציאליות, פריטים 1-7 מופיעים פעמיים: פעם אחת לגבי שמיעת קולו של ההורה (1-8) ופעם אחת לגבי שמיעת קולו של הילד (9-15), ובסה"כ כולל 12 פריטים עבור התקשורת בין העו"ס להורה ו 11 פריטים עבור התקשורת בין העו"ס לילד.

תקפות ומהימנות: ראשית, נערך תיקוף תוכן של השאלון על ידי שיפוט של מומחים מתחום ות"ט (עובדות סוציאליות, רכזות ות"ט, מנהלות מלש"ח). הפריטים תוקנו ונוסחו מחדש על פי המשוב שהתקבל. מהימנות עקיבות פנימית של השאלון נבדקה על המדגם של מחקר זה ונמצאה גבוהה בשאלון שממוען להורים ($N=42, \alpha=0.86$) וטובה בשאלון בממוען לעובדות הסוציאליות ($N=37, \alpha=0.686$).

ציון: כל פריט נמדד על ידי סולם בן 5 דרגות המודדות מידת הסכמה להיגד בטווח הציונים מ-0 ("מאוד לא מסכים") ל-4 ("מסכים במידה רבה"). בכל הפריטים מלבד שלושה, ציון גבוה יותר מבטא תקשורת משתפת יותר בדיון ות"ט. יוצאי דופן הם ההיגדים "דיברתי רק כששאלו אותי שאלות"; "פחדתי לדבר בפני חברי הועדה"; "אנשי המקצוע בוועדה דיברו רק על הבעיות והקשיים שהמשפחה חווה" (מס' 2,4,12 בשאלון הורים ומס' 2,4,19 בשאלון עובדות סוציאליות), אשר עברו היפוך כדי להתאימם לסולם. טווח הציונים הכולל הוא 0-48 (סכום הפריטים 1-12 בשאלון ההורים; 1-8 ו 16-19 בשאלון העובדות הסוציאליות).

הערכת חומרת הבעיה על ידי העובדת הסוציאלית וההורים:

משתנה המבטא תפיסתה של העובדת הסוציאלית או ההורה את חומרת הבעיה של הילד והמשפחה: עד כמה חמור מצב הסיכון שהילד נמצא בו ועד כמה דורש המצב התערבות מיידית של גורמי רווחה וטיפול.

המשתנה נמדד על ידי שאלון הערכת חומרת הבעיה אשר פותח על ידי החוקרת עבור מחקר זה. השאלון כולל 5 פריטים המתייחסים לתפיסת המשיב (עובדת סוציאלית, הורה) את חומרת הבעיה, (לדוגמא "הילדים שלי נמצאים במצב סיכון שמחייב טיפול מידי").

תקפות ומהימנות: ראשית, נערך תיקוף תוכן של השאלון על ידי סיוע של מומחים מתחום ות"ט (עובדות סוציאליות, רכזות ות"ט, מנהלות מלש"ח). הפריטים תוקנו ונוסחו מחדש על פי המשוב שהתקבל. מהימנות עקיבות פנימית של השאלון נבדקה על המדגם של מחקר זה ונמצאה מהימנות עקיבות פנימית טובה בשאלון שממוען להורים ($n=39, \alpha=0.795$) ובשאלון שממוען לעובדות הסוציאליות ($n=35, \alpha=0.708$).

ציון: כל פריט נמדד על ידי סולם בן 5 דרגות המודדות מידת הסכמה להיגד בטווח הציונים מ-0 ("מאוד לא מסכים") ל-4 ("מסכים במידה רבה"). בשלושה מהפריטים (1,3,5), ציון גבוה יותר מבטא תפיסת הבעיה כחמורה יותר. שני הפריטים הנוספים (2,4) עברו היפוך על מנת להתאימם לסולם. טווח הציונים הכולל נע מ-0 (תפיסת הבעיה כלא חמורה בכלל) עד 20 (תפיסת הבעיה כחמורה ביותר).

נוכחות של אנשים מטעם המשפחה:

השאלון כולל את השאלות "האם נכחו בדיון אנשים מטעם המשפחה (כן/לא), ואם כן, מי (סבא/סבתא, דוד/דודה, ידיד המשפחה, עו"ד, אחר).

נוכחות של אנשי מקצוע רב תחומיים מהקהילה:

נבדקה על ידי השאלות "האם נכחו בועדה אנשי מקצוע אשר אינם עובדות סוציאליות מהמחלקה לשירותים חברתיים? (כן/לא) ואם כן, מי (מורה/גננת, פסיכולוג/פסיכיאטר, קצין ביקור סדיר/ עובדת סוציאלית ממסגרת/ מטפל/ אחר).

הסכמת בני המשפחה עם תכנית הטיפול המוצעת, כולל תכנית טיפול שהוצעה על ידי בני המשפחה:

תכנית טיפול היא פיתרון שהציע מי ממשתתפי הות"ט למצב בו נמצאת המשפחה. מדידת המשתנה נעשית על ידי שאלון שפותח על ידי החוקרת ויכלול ארבע שאלות שהתשובות האפשריות להן "כן" ו"לא", האם הוצעה תכנית טיפול על ידי המשפחה או על ידי העובדת הסוציאלית? האם הייתה התייחסות של העובדת הסוציאלית לתכנית שהציעה המשפחה? האם הייתה הסכמה בין העובדת הסוציאלית לבין בני המשפחה לגבי תכנית הטיפול שהוצעה?

תאריך הוועדה:

איסוף הנתונים למחקר זה ארך כארבע שנים, במהלכן התפרסמו תקנות חדשות ומפורטות לעבודת הות"ט. מכיוון שפרסום התקנות היה עשוי להוביל לשינוי ביישום מרכיבי השותפות בוועדות בשטח, שינוי אפשרי ייבדק באמצעות משתנה זה.

הליך המחקר

שלבי הפעולה שהתבצעו לגיוס המשתתפים במחקר:

נערכה פניה לאגף המחקר של משרד הרווחה והשירותים החברתיים בבקשה להעביר לחוקרת תאריכים ומיקומים של ועדות תכנון טיפול לפני התרחשותן, דרך רכזות ות"ט או בכל דרך אחרת שהמשרד יראה לנכון. התכנית הייתה שבתאריכים אלו תגיע החוקרת למחלקה לשירותים חברתיים בה מתרחשת ות"ט, תפנה להורים שעומדים להיכנס לות"ט ולעובדות הסוציאליות שמלוות אותן ותציע להם להשתתף במחקר ולענות על שני שאלונים בתום הות"ט. אגף המחקר במשרד הרווחה לא אישר את התכנית הזו, והתנאי שהציב לביצוע המחקר היה שגיוס ההורים ייעשה דרך העובדות הסוציאליות במחלקות ולא ישירות דרך החוקרת, בשל הצורך לשמור על סודיות ופרטיות המשפחות. האישור התקבל בחודש ינואר 2016.

נערכה פניה באמצעות הדואר האלקטרוני (דוא"ל) ל 141 מחלקות רווחה שניתן היה למצוא את כתובת הדוא"ל של המנהלת או המזכירות שלהן באתר האינטרנט של משרד הרווחה. מתוך פניות אלה מאה ועשר פניות (78%) לא קיבלו מענה, תשעה עשר מיילים חזרו עם שגיאה בכתובת (13.5%), שתי מחלקות סרבו להשתתף במחקר (1.5%) ועשר מחלקות ענו למייל (שיעור תגובה של 7%). מתוך עשר המחלקות שענו למייל, ארבע מחלקות (40%) נרתמו בסופו של דבר לסיוע בגיוס משתתפים למחקר. הפנייה לאגף הרווחה של עיריית ירושלים נעשה באופן אחר וחריג דרך אגף המחקר של אגף הרווחה בעיריית ירושלים, שלאחר מספר חודשים נתן אישור למחלקות הרווחה בעיר להשתתף במחקר ולסייע בגיוס משתתפים למחקר.

נערכו שיחות טלפון ל 67 מחלקות מתוך המחלקות שנשלח אליהם מייל ולא הגיבו או חזרו ככתובת לא נכונה ושהיה ניתן למצוא את מספר הטלפון שלהן באתר האינטרנט של משרד הרווחה. במידה ולא היה מענה טלפוני או שהיה תפוס, נעשו עוד שני ניסיונות להתקשר בימים אחרים. במידה וענו אך המנהלת או רכזת הועדות לא היו פנויות, הושארה להן הודעה. בדרך זו, הצלחנו להשיג קשר ישיר עם 15 רכזות ועדות ומנהלות מלש"ח שהביעו נכונות להנחות את העובדות במחלקה לעזור לגייס נבדקים למחקר בכך שישאלו הורים שעוברים ועדה אם הם מוכנים לענות על שאלוני המחקר, ויעבירו לחוקרת את פרטי הקשר של הורים אלה ושל עו"ס המשפחה שלהם. לכל המחלקות הציעה החוקרת להגיע לשיבת צוות במחלקה, להסביר על המחקר או לתת הרצאה בתחום של שיתוף ושותפות הורים וילדים בועדות. שבע מחלקות הביעו רצון ואליהן הגיעה החוקרת לפגוש את הצוות. על אף הבעת עניין, נכונות לסייע ומוטיבציה מצד העובדות במחלקות (מנהלי מלש"ח, יו"ר ועדות, מדריכות צוות ועו"סיות משפחה) מתוך שבע המחלקות אליהן הגיעה החוקרת, ארבע מחלקות בלבד תרמו בפועל בגיוס משתתפים למחקר. בסך הכל, מתוך חמש עשרה מחלקות שבהן העובדות הביעו נכונות להשתתף במחקר ולסייע בגיוס ההורים, שבע מחלקות בלבד גייסו הורים בפועל. שמונה המחלקות הנותרות, איתן החוקרת הייתה בקשר טלפוני אינטנסיבי, לא גייסו משתתפים והסבירו זאת בעומס עבודה עצום שמוביל לכך שמנהלות לא רוצות להעמיס גם את המשימה של גיוס ההורים למחקר על העובדות ולכך שהמנהלות והעובדות שוכחות לשאול הורים לגבי המחקר. בשתי מחלקות מהמגזר הערבי אליהן פנתה החוקרת, גוייסה גם עוזרת מחקר בתשלום, שהיא סטודנטית לתואר שני בעבודה סוציאלית וקיבלה הסבר מקיף על המחקר וגיוס המשתתפים על מנת שתוכל לגייס משתתפים דוברי ערבית. בשתי המחלקות הללו, עוזרת המחקר לא הצליחה לגייס משפחות למחקר מכיוון שלדבריה הורים שפנתה אליהם לאחר שעובדות המחלקה גייסו אותם להשתתף במחקר, הביעו בפניה מצוקות דחופות והתלוננו על חוסר הזמינות של העובדות במחלקה ולא רצו לענות על שאלון המחקר לפני שיקבלו יחס או תשובות מהעובדות במחלקה.

נעשה ניסיון של החוקרת לגייס משתתפים נוספים למחקר דרך קשרים אישיים של פרופ' אשר בן-אריה עם מנהלי מחלקות. ניסיון זה הביא למענה של עוד שלוש מחלקות שגייסו הורים למחקר. ניסיון להעסיק עוזרת מחקר שתסייע באיסוף הנתונים דרך קשרים אישיים, טלפונים ומיילים למחלקות חדשות. בשני מקרים שונים, העוזרת התיאשה מחוסר ההיענות של העובדות הסוציאליות ומתלונות של ההורים כלפי מערכת הרווחה, וניסיון זה לא צלח בגיוס משתתפים נוספים למחקר.

נעשה ניסיון לגייס הורים ללא סיוע המחלקות לשירותים חברתיים, דרך הרשתות החברתיות. קול קורא הופץ בפייסבוק להורים שהשתתפו בות"ט, אך גם בדרך זו לא הצלחנו לגייס משתתפים.

בסך הכל, לכל אורך תקופת איסוף הנתונים, העובדות במחלקות העבירו לידי החוקרת פרטי קשר של שישים ושישה הורים אשר הביעו הסכמה עקרונית לענות על שאלון מחקר. החוקרת יצרה קשר טלפוני עם כל ההורים הללו, מלבד שישה מקרים בהם הניסיונות ליצור קשר בשיחות והודעות לא נענו כלל במשך שבועיים. בשיחה ההורים קיבלו רקע על נושא המחקר וצוין בפניהם שההשתתפות היא וולונטרית בלבד והם יכולים בכל שלב להפסיק את השתתפותם. מתוך שישים הורים שהחוקרת הצליחה ליצור איתם קשר טלפוני וקיבלו את ההסבר על המחקר, ארבעים ושניים הורים שהשתתפו בארבעים ושתיים ות"ט ענו על שאלון בסופו של דבר. שמונה עשר הורים לא ענו על השאלון אף על פי שהצהירו שהם מסכימים לענות עליו, מפני שלא נמצא להם זמן מתאים או מפני שלאחר שיחת ההסבר ביקשו ההורים לענות על השאלון במועד אחר ומאז לא ענו להודעות ושיחות של החוקרת. הורים אשר הסכימו להשתתף ולהם ילד מעל גיל 12 שהשתתף בות"ט, החוקרת ביקשה אישור הורים להשתתפות הילד (נספח מספר 9). מרבית ההורים לא אישרו את השתתפות הילד. ההסבר הנפוץ היה "הילד בוודאי לא ירצה" או שלא נשמע להורה מתאים שהילד שלהם יביע עמדותיו בנושא השתתפות בוועדות. שישה ילדים שקיבלו את אישור הוריהם להשתתף, החוקרת יצרה איתם קשר והציעה להם לענות על שאלון. בסך הכל ענו על שאלון ארבעה ילדים מארבע ועדות. בשל הקושי במחקר זה לגייס מספר מספיק של ילדים שיאפשר ניתוחים סטטיסטיים, הוחלט לא להביא את נתוני הילדים כחלק מהממצאים. עם זאת, אנו רואות חשיבות רבה בהבאת קולם של הילדים, ולכן תיאור תשובות ארבעת הילדים לשאלונים מופיע בנספח (נספח מספר 10).

בכל המקרים, לאחר שהורה ענה על שאלון המחקר, החוקרת יצרה קשר טלפוני עם עו"ס המשפחה, הסבירה על המחקר ושלחה לה שאלון למילוי עצמי. מתוך ארבעים ושלוש ועדות, החזירו שאלון מלא שלושים ושבע עובדות סוציאליות. שש העובדות הנותרות לא ענו לחוקרת בניסיונות חוזרים ליצור קשר במייל ובטלפון לאחר שליחת השאלון ולא ידועות הסיבות שלהן לאי השתתפות במחקר. במקרה חריג אחד, החוקרת שלחה לעו"ס שאלון לפני שהורה ענה על שאלון, ולבסוף ההורה לא ענה על השאלון מפני שהחוקרת לא הצליחה ליצור איתו קשר בשיחות טלפון או הודעות.

אתיקה

על מנת לשמור על כללי האתיקה במחקר זה, התחייבנו וחתמנו בפני המשתתפים על התחייבות לסודיות. השאלונים הם אנונימיים והתחייבנו לא לעשות כל שימוש בפרטים אישיים של המשתתפים במחקר על מנת שלא לפגוע בפרטיותם. המשתתפים חתמו על טופס הסכמה מדעת (נספח מספר 7), בו הובהר להם כי הם משתתפים במחקר בהתנדבות והם יכולים להחליט להפסיק לענות על השאלון בכל עת והדבר הובהר להם גם בעל פה, בתוספת הבהרה שהמידע לא עובר בשום דרך לאף גורם בכלל, ומהרווחה בפרט ושבחירתם להשתתף או לא להשתתף במחקר לא תועבר גם היא לידיעת שירוי הרווחה ואין לה קשר לפעילותם. עבור הילדים שהשתתפו במחקר נבנה טופס הסכמה מדעת שכתוב בשפה פשוטה ומובנת (נספח מספר 8). כמו כן, המשתתפים קיבלו לצד ההתחייבות לסודיות וההסכמה מדעת, אפשרות לפנות לחוקרת באם יעלו

שאלות, מחשבות או רגשות שהיו מעוניינים לחלוק בעקבות מילוי השאלונים. כל המידע המוצג בעבודת המחקר הוא מידע סטטיסטי בלבד ואינו מציג שום פרטים אישיים של המשתתפים. הצעת המחקר קיבלה את אישור ועדת האתיקה האוניברסיטאית של אוניברסיטת בן גוריון בתאריך 19.4.2015, את אישור אגף המחקר של משרד הרווחה בתאריך 24.1.2016 ואת אישור המחלקה לתכנון, מחקר ופיתוח במנהל לשירותי קהילה של עיריית ירושלים (עבור השאלונים שנאספו בירושלים) בתאריך 15.4.2015.

איסוף הנתונים

ארבעים ושניים ההורים שהשתתפו במחקר מילאו שני שאלונים: שאלון SDM שמודד את המשתנה התלוי מעורבות בקבלת החלטות בות"ט ושאלון השתתפות בות"ט הכולל נתונים דמוגרפיים ומשתנים בלתי תלויים. כל ההורים נשאלו כיצד הם מעדיפים למלא את השאלון: בשיחת טלפון בה החוקרת תקריא את השאלות או במפגש פנים מול פנים בו החוקרת תקריא את השאלות או במילוי עצמי דרך האינטרנט. מתוך ארבעים ושניים הורים, אחד עשר (26.2%) בחרו לענות על השאלון במפגש פנים מול פנים, שישה עשר (38.1%) בחרו לענות טלפונית וחמישה עשר (35.7%) בחרו לענות על השאלון במילוי עצמי באמצעות האינטרנט.

שלושים ושבע העובדות הסוציאליות שהסכימו להשתתף במחקר מילאו גם כן שני שאלונים למילוי עצמי: שאלון SDM שמודד את המשתנה התלוי מעורבות בקבלת החלטות בות"ט ושאלון השתתפות בות"ט הכולל נתונים דמוגרפיים ומשתנים בלתי תלויים. כל העובדות הסוציאליות מילאו את השאלון במילוי עצמי באמצעות האינטרנט או דרך פקס, מלבד אחת שלבקשתה מילאה את השאלון בשיחת טלפון בו הוקראו לה השאלות.

על מנת להתגבר על מכשולי שפה ולכלול במחקר גם הורים וילדים שעברית אינה שפת האם שלהם או שמתקשים בקרוא וכתוב, השאלונים תורגמו לשפות ערבית ורוסית. שני משתתפים בחרו לענות על שאלון בשפה הערבית, במילוי עצמי.

שלבי הניתוח לבדיקת השערות המחקר וקשרים נוספים

עיבוד הנתונים התבצע באמצעות תכנת SPSS (גרסא 22).

המחקר הנוכחי הוא מחקר ראשוני בעל אופי גישוי (אקספלורטורי). מכיוון שהמדגם קטן ומוטה, נזהרנו מלשער השערות של ניבוי. לכן, השערות המחקר מתייחסות כולן לשאלה – מה קשור ל SDM? בנוסף, גודל המדגם הקטן מציב מגבלות על היכולת לבצע ניתוחי רגרסיה ושונות רבי משתנים ולכן בחרנו את המשתנים לניתוח רגרסיה רק לאחר קבלת תוצאות שהראו על קשרים מובהקים בין משתנים בלתי תלויים ומשתני רקע לציוני SDM. הניתוח התבצע בשלושה שלבים:

בשלב הראשון, השתמשנו בכלים סטטיסטיים לתיאור שכיחויות על מנת להציג את מאפייני הוועדות, למשל אילו מענים ניתנו בוועדות ומה השכיחות שלהם? תיאור של אחוזי נוכחות הורים ואנשי מקצוע בוועדות, הנושאים שעלו בהכנה לוועדה וכדומה. לוחות 1-9 מתארים את הממצאים.

בשלב השני, על מנת לבחור באופן מדויק ככל האפשר את המבחנים הסטטיסטיים המתאימים לבדיקת ההשערות, בדקנו תחילה את ההתפלגות הנורמלית של המשתנים הנמדדים בסולם רציף על פי הערכים של Skewness ו Kurtosis. עבור המשתנים שנמצאו בטווח הערכים התקין שבין (-1) ל 1, הנחנו התפלגות נורמלית והשתמשנו במתאם pearson כדי לבדוק קשרים ובמבחן t כדי לבדוק הבדלים בין שתי הקבוצות. עבור המשתנים שנמצאו מחוץ לטווח זה, לא הנחנו שקיימת

התפלגות נורמלית והשתמשנו במבחנים א-פרמטריים : מבחן Spearman כדי לבדוק קשרים ומבחני χ^2 , Wilcoxon signed rank test ו Mann Whitney U לבדיקת הבדלים בין הקבוצות. לוחות 10-21 מציגים את הממצאים. רמת המובהקות שנבחרה היא $p < .05$.

בשלב השלישי, ביצענו ניתוחי רגרסיה לינארית פשוטה לבדיקת אחוז השונות המוסברת עבור המשתנים שנמצאו מתאימים ברמת המדידה ובולטים בקשר המובהק שלהם למשתנים התלויים. לאור גודל המדגם הקטן, הקפדנו להגביל את עצמנו בניתוחי רגרסיה רב משתנים ולא להכניס למודל הניבוי יותר משני משתנים בלתי תלויים. לוחות 22-25 מתארים את הממצאים.

ממצאים

תיאור מאפייני הוועדות לתכנון טיפול שבמדגם

במחקר זה נדגמו ארבעים ושלוש ות"ט שדנו בעניינם של מאה ושבעה ילדים מארבעים ושלוש משפחות. לוח 2 מתאר את מאפייני הוועדות :

לוח 2

שכיחויות והתפלגות של מאפייני הוועדות (N=43)

שכיחות והתפלגות n(%)	קטגוריות	משתנה
		מספר הילדים שנידונו בוועדה
18(41.9%)	הוועדה דנה בילד אחד	
10(23.3%)	הוועדה דנה בשני ילדים	
15(34.9%)	הוועדה דנה בשלושה ילדים או יותר	
		גיל הילדים שנידונו בוועדות ¹
21(19.6%)	הגיל הרך (0-5)	
50(46.7%)	גיל ביי"ס יסודי (6-11)	
36(33.6%)	גיל ההתבגרות (12-18)	
		סוג הוועדה
10(23.6%)	וועדה ראשונה	
33(77.7%)	וועדת מעקב	
		משך הקשר של המשפחה עם הרווחה
32(74.4%)	יותר משנה	
4(9.3%)	פחות משנה	
7(16.3)	רק סביב הוועדה	
		איזור גאוגרפי לפי חלוקת מחוזות במשרד הרווחה
18(41.9%)	מחוז ירושלים	
9(20.9%)	מחוז מרכז	
16(37.2%)	מחוז דרום	
		סוג המענים שניתנו בוועדה
26(60.5%)	מענים ממוקדי ילד בלבד	
6(13.9%)	מענים משפחתיים/להורים בלבד	
11(25.6%)	שני סוגי המענים	

¹ N=107 -- סה"כ 107 ילדים שעניינם נדון ב 43 וועדות.

לוח 2 מראה שבכמעט מחצית המקרים, הדיון נסב סביב תכנית הטיפול של ילד אחד, לעתים היה זה ילד יחיד ולעתים היו לו אחים אך הוועדה לא דנה בהם. מספר הילדים הגדול ביותר שוועדה דנה בהם במחקר זה הוא תשעה ילדים ממשפחה אחת. מחצית מהוועדות דנו בתכנית הטיפול עבור ילדים בגיל בית ספר יסודי. הרוב המוחלט של הוועדות היו וועדות מעקב, זאת אומרת שהתכנסה בעבר וועדת תכנון טיפול עבור המשפחה וקצת פחות מרבע היו וועדות ראשונות. בהתאם, הרוב המוחלט של המשפחות שנידונו בוועדות היו עם הרווחה בקשר ממושך של יותר משנה. מרבית המחלקות שהשתתפו במחקר היו ממחוז ירושלים ומחוז דרום של משרד הרווחה והשירותים החברתיים, וכחמישית ממחוז מרכז. ברוב הוועדות, תכנית הטיפול עליה הוחלט כללה מענים ממוקדי ילד בלבד, וברבע מהן קבעו תכנית טיפול שכוללת מענים גם עבור הילדים וגם עבור ההורים/המשפחה.

בסך הכל, ארבעים ושלוש הוועדות החליטו על מתן מאה ושמונה שירותים למשפחות. לוח 3 מציג את השכיחות וההתפלגות של המענים השונים עליהם החליטו הוועדות לפי סוג המענה.

לוח 3
התפלגות המענים שהוועדות קבעו (N=108)

סוג המענה	השירות עליו הוחלט	n (%)	
מענים ממוקדי ילד	הפניה למסגרת טיפולית בקהילה: מועדונית, פנימית יום, מעון רב תכליתי	32 (29.6%)	
	הארכת שהות במסגרת חוץ-ביתית	22 (20.4%)	
	הפניה לטיפול או ליווי פרטני בקהילה: חונד\טיפול רגשי	13 (12.1%)	
	הוצאה מהבית לפנימייה טיפולית או אומנה	9 (8.3%)	
	הוצאה מהבית למסגרת פוסט אשפוזית לאחר אשפוז פסיכיאטרי	5 (4.6%)	
	חזרה הביתה של ילד מאומנה\פנימייה	3 (2.8%)	
	סה"כ מענים ממוקדי ילד	84(77.8%)	
	מענים ממוקדי משפחה\הורה	טיפול בקהילה להורה (התמכרויות/ בריאות הנפש/ טיפול רגשי להורה)	8 (7.4%)
		תכנית משפחתית בקהילה (סומכת, הדרכת הורים, מרכז הורים-ילדים)	7 (6.5%)
		סיום וסיכום של תכנית ייחודית משפחתית (בשביל הצמיחה, מפ"ה, נושמים לרווחה)	4 (3.7%)
הארכת טיפול במרכז הורים-ילדים		3 (2.8%)	
השתלבות בתכנית ייחודית משפחתית (בשביל הצמיחה, מפ"ה, נושמים לרווחה)		2 (1.9%)	
סה"כ מענים ממוקדי משפחה\הורה		24(22.2%)	

לוח 3 ניתן לראות כי שני המענים השכיחים ביותר עליהם החליטו הוועדות הם הפניית ילדים למסגרת טיפולית בקהילה והארכת שהות במסגרת חוץ ביתית עבור ילדים שכבר שוהים במסגרת כזו. כמו כן בולט ההבדל בין השכיחות הגבוהה של מענים ממוקדי ילד – שמהווים יותר משלושה רבעים מסך כל המענים עליהם הוחלט בוועדות – לעומת המענים ממוקדי הורים\משפחה, שמהווים קצת פחות מרבע מכלל המענים. מכיוון שוועדה אחת יכולה לדון ביותר מילד אחד, הגיוני שהוועדות החליטו על יותר שירותים לילדים. עם זאת, נתוני השכיחות של מענים ממוקדי משפחה שמראה לוח 3 מראים שלפחות במחצית מהוועדות, לא הוחלט כלל על מענה להורים או למשפחה, אלא רק לילדים.

נוכחות בני המשפחה בות"ט

לוח 4 מציג את השכיחות של נוכחות הורים וילדים בוועדות ואת ההתפלגות של הסיבות להיעדרותם.

לוח 4

נוכחות הורים וילדים בוועדות (N=43) ונימוקים להיעדרות

בן המשפחה	נוכחות		נימוקים להיעדרות
	n (%)	n (%)	
אמא	42 (97%)	1 (3%)	1 האם נפטרה
אבא	23 (53.5%)	20 (46.5%)	
ילד	15 (34.9%)	28 (65.1%)	6 ההורים חיים בנפרד ואין לאב קשר רציף עם בני המשפחה 5 האב נפטר או חולה במחלה קשה 5 האב סרב להגיע לוועדה 4 האב לא יכול להפסיד יום עבודה עבור הוועדה 16 הילדים קטנים מידי לתפיסת ההורה או העו"ס 5 הילדים לא רצו להשתתף 5 נימוקים אחרים (למשל הילד על הרצף האוטיסטי ; צוות הפנימייה לא הביא את הילד לוועדה ; הוועדה התקיימה רק כדי להאריך טיפול קיים) 2 לא צוין נימוק על ידי העובדת הסוציאלית או ההורים

מבין ארבעים ושלוש הוועדות המוצגות בלוח 4, בעשרים ושתיים ועדות (51.2%), שני ההורים נכחו. לוח 4 מראה שברוב המוחלט של המקרים אמהות נכחו בוועדות, לעומת אבות שנכחו רק בכמחצית הוועדות. מהנימוקים להיעדרויות של אבות מוועדות אפשר ללמוד כי הנימוקים חוזרים על עצמם במספר וועדות וכי היעדרות של אבות מוועדות היא דבר שכיח. היעדרותם של ילדים מוועדות שכיחה אף יותר מהיעדרות אבות והנימוק השכיח ביותר להיעדרות ילדים מוועדה הוא שההורה או העובדת הסוציאלית העריכו שהילדים קטנים מכדי להשתתף בדיון שנערך בעניינם.

נוכחות של אנשים מטעם המשפחה ואנשי מקצוע בות"ט

לוח 5

ספירת הדיווחים של הורים ועובדות סוציאליות על נוכחות של אנשים מטעם המשפחה ונוכחות של אנשי מקצוע חיצוניים בארבעים ושלוש הוועדות

תפקיד	דיווח הורה	דיווח עו"ס
סבתא	1	2
אנשים	1	1
מטעם	2	2
המשפחה	0	2
ידידת המשפחה	1	1
אפוטרופוס של האב	0	1
סה"כ דיווחים על אנשים מטעם המשפחה¹	5	9
עובדות סוציאליות ממסגרת בקהילה	17	20
מורה	5	6
פסיכיאטר/פסיכולוג	2	7
אנשי	4	4
מקצוע	3	2
חיצוניים	2	2
מנהלת בית ספר	0	1
מישהו מבית הספר שאיני יודעת את תפקידו	1	0
אפוטרופוס לדין	2	0
עובדת סוציאלית של שיקום	1	0
סה"כ דיווחים על אנשי מקצוע חיצוניים²	37	42

¹ סה"כ וועדות עליהן דיווחו ההורים 3, סה"כ וועדות עליהן דיווחו העובדות הסוציאליות 9

² סה"כ וועדות עליהן דיווחו ההורים 28, סה"כ וועדות עליהן דיווחו העובדות הסוציאליות 30

לוח 5 מראה נוכחות דלה מאוד של נציגים מטעם המשפחה בוועדות. גם במקרים הבודדים שאנשים מטעם המשפחה נוכחים, קיימים הבדלים בדיווח בין ההורים לעובדות הסוציאליות לגבי חלק מהנציגים. מעניין לראות שאפוטרופוס לדין, שהוא הנציג של הילד מטעם בית המשפט, נתפס על ידי ההורים כאיש מקצוע חיצוני ובעיני העובדות הסוציאליות הוא נתפס כנציג מטעם המשפחה. עוד ניתן לראות נוכחות של אנשי מקצוע חיצוניים בכשני שלישים מהוועדות שהשתתפו במחקר. איש המקצוע החיצוני השכיח ביותר בוועדות הוא עובדת סוציאלית ממסגרת בקהילה, ולאחריו בפער ניכר נציגי מערכת החינוך.

ההכנה לדיון

לוח 6 מציג את הדיווח של העובדות הסוציאליות וההורים על מספר מפגשי ההכנה שנערכו לפני הוועדה.

לוח 6

מספר מפגשי ההכנה לוועדה שנערכו עם ההורים על פי דיווחי ההורים והעובדות הסוציאליות

מספר המפגשים	דיווח הורה (N=42)	דיווח עובדת סוציאלית (N=37)
0	9 (21.4%)	3 (8.1%)
1	16 (38.1%)	11 (29.7%)
2	9 (21.4%)	9 (24.3%)
3 או יותר	10 (23.8%)	14 (37.8%)

בלוח 6 רואים שאין התאמה גבוהה בין הדיווחים של ההורים והעובדות הסוציאליות על מספר המפגשים שהתקיימו לשם הכנה לוועדה. ארבעה הורים שדיווחו שלא התקיימה פגישת הכנה כלל, דיווחו כי חלק מנושאי ההכנה דוברו עם העו"ס בהזדמנות אחרת כמו שיחה טלפונית או שיחה בפנימייה של הילדים וחמישה דיווחו כי נושאי ההכנה לא עלו באף הזדמנות. כמו כן ניתן לראות, שקיום של שלושה מפגשי הכנה או יותר אינו דבר נדיר.

כמות המידע שעוברת מהעובדת הסוציאלית להורה במהלך מפגשי ההכנה לדיון נמדדת על ידי כמות הנושאים שהעלתה העובדת הסוציאלית בפני ההורים במפגשי ההכנה מתוך רשימה של 7 נושאים. ככל שעלו במפגש ההכנה יותר נושאים מתוך הרשימה, כך ההכנה לדיון טובה יותר. לוח 7 מתאר את שכיחות הנושאים שעלו בשיחות ההכנה עם ההורים על פי דיווחי ההורים והעובדות הסוציאליות.

לוח 7

כמות הידע שהועבר בהכנה לדיון: שכיחות הנושאים שעלו במפגשי ההכנה¹ על פי דיווחי ההורים והעובדות הסוציאליות

נושא	דיווח הורה (N=42)	דיווח עובדת סוציאלית (N=37)
הסבר כללי על מהות הוועדה	27 (64.3%)	34 (91.9%)
הסבר על הסיבות לכינוס הוועדה	29 (69.0%)	34 (91.9%)
בני המשפחה קיבלו הזדמנות להביע חששות ודאגות לגבי הוועדה	25 (59.5%)	34 (91.9%)
הסבר על אנשי המקצוע שיהיו נוכחים בוועדה	25 (59.5%)	32 (86.5%)
בני המשפחה קיבלו הזדמנות לשאול שאלות לגבי הוועדה	29 (69.0%)	31 (83.8%)
הסבר על זכותה של המשפחה להציע תכנית טיפול	18 (42.9%)	24 (64.9%)
הסבר על זכותה של המשפחה להביא לוועדה כל אדם שיבחרו מטעמם	15 (35.7%)	16 (43.2%)

¹ הלוח כולל את דיווחי ההורים והעובדות הסוציאליות גם במקרים שאחד מהצדדים או שניהם דיווחו שלא התקיים מפגש הכנה אך עלו נושאי הכנה בהזדמנויות אחרות.

מלוח 7 עולה שביחס לכל נושאי ההכנה, העובדות הסוציאליות דיווחו על הנושאים שעלו בשכיחות גבוהה יותר ממה שדיווחו ההורים. כמו כן ניתן לראות ששני הנושאים שעלו במידה הפחותה ביותר במפגשי ההכנה על פי הדיווחים של שתי הקבוצות היו הסבר על זכותה של המשפחה להציע פתרון שנראה לה מתאים ביותר והסבר על זכותה של המשפחה להביא לוועדה כל אדם שיבחרו מטעמם. נושאים אלה עלו על פי דיווח ההורים בפחות ממחצית הוועדות. שלושה נושאים עלו ברוב דיווחי העובדות הסוציאליות על מפגש ההכנה: הסבר כללי על מהות הוועדה; הסבר על הסיבות לכינוס הוועדה; ומתן הזדמנות לבני המשפחה להביע חששות ודאגות לגבי הוועדה.

המשתנים הבלתי תלויים העיקריים

לוח 8 מציג את הממוצעים, סטיות התקן וטווח הציונים של המשתנים התלויים ושל משתני המחקר הבלתי תלויים העיקריים: תפיסת חומרת הבעיה, טיב התקשורת בוועדה וההכנה לדיון בקרב הורים ועובדות סוציאליות.

לוח 8

ממוצעים, סטיית תקן וטווח הציונים של המשתנים התלויים והמשתנים הבלתי תלויים העיקריים

S.D	Mean	Range	n	משתנה
ציון ¹ SDM				
11.59	32.4	9-45	42	הורים
6.68	34.16	15-45	37	עובדות סוציאליות
תפיסת חומרת הבעיה ²				
5.16	10.82	1-20	39	הורים
3.87	13.22	6-20	35	עובדות סוציאליות
טיב התקשורת בוועדה ³				
9.34	38.52	9-48	42	הורים
5.02	39.43	28-48	37	עובדות סוציאליות
ההכנה לדיון ⁴				
2.69	4.00	0-7	42	הורים
1.55	5.59	0-7	37	עובדות סוציאליות

¹ נע בטווח של 0-45, ציון גבוה יותר מבטא מידה גבוהה יותר של קבלת החלטות משותפת

² נע בטווח של 0-20, ציון גבוה יותר מבטא תפיסת הבעיה כחמורה יותר

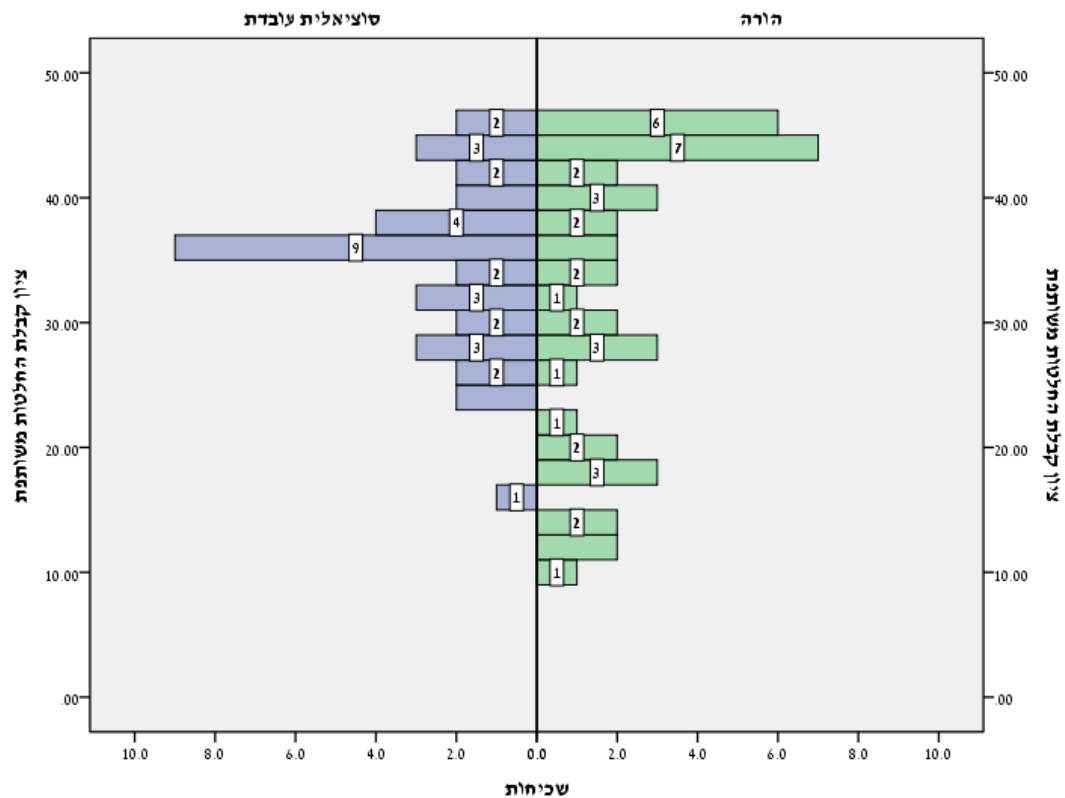
³ נע בטווח של 0-48, ציון גבוה יותר מבטא תקשורת טובה יותר בוועדה

⁴ נע בטווח של 0-7, מספר גבוה יותר מבטא יותר נושאים שעלו במפגשי ההכנה

לוח 8 מראה שבכל משתני המחקר העיקריים, ממוצע הציונים שנתנו העובדות הסוציאליות גבוה במעט מממוצע הציונים של ההורים. המשמעות היא שבממוצע העובדות הסוציאליות תפסו את קבלת החלטות המשותפת כטובה יותר, את הבעיה של המשפחה כחמורה יותר, את התקשורת בוועדה עצמה כטובה יותר ממה שתפסו ההורים וכמו כן דיווחו בממוצע על יותר תכנים שדוברו במפגשי ההכנה לוועדה מאשר דיווחו ההורים. כמו כן ניתן לראות שבמדדים ציון SDM, חומרת הבעיה וטיב התקשורת בוועדה, השונות אצל ההורים יותר גבוהה מאשר אצל העובדות הסוציאליות. על מנת להכיר מקרוב את השונות של משתני המחקר העיקריים ולהשוות בין

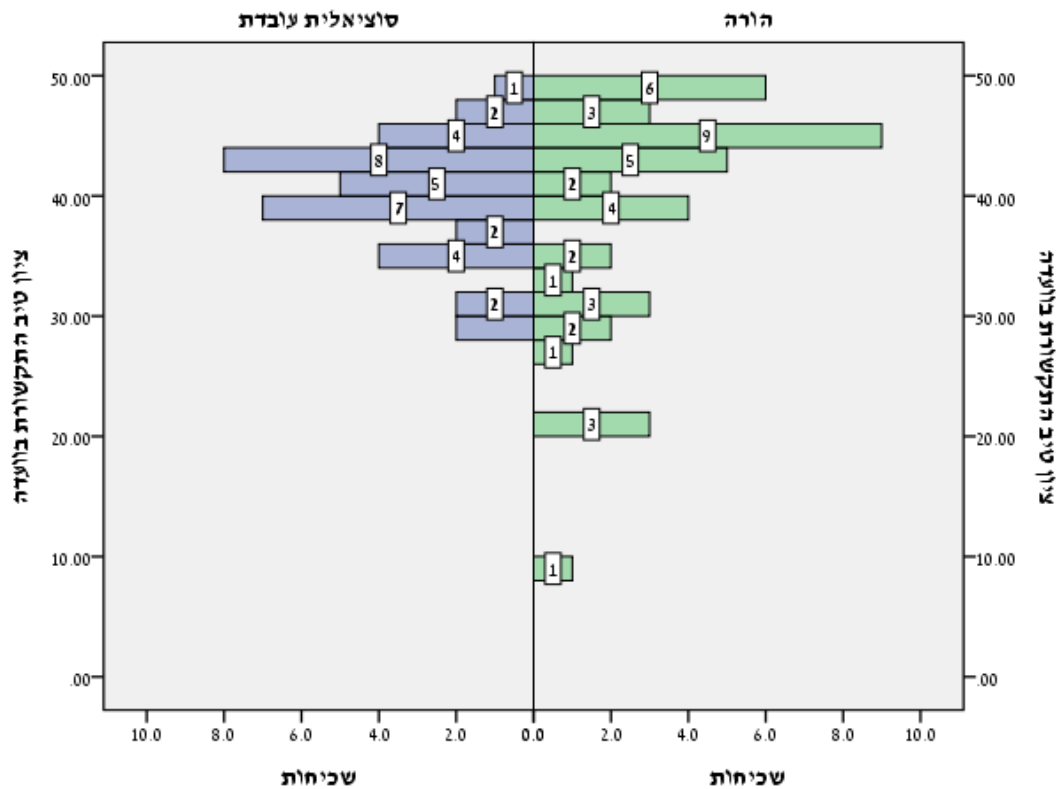
ההורים לעובדות הסוציאליות, תרשימים 1-3 מציגים את התפלגות השכיחויות של ציוני SDM, ציוני טיב התקשורת בוועדה וציוני חומרת הבעיה של ההורים והעובדות הסוציאליות. תרשים מספר 1 מציג את שכיחויות ציוני קבלת החלטות משותפת של ההורים והעובדות הסוציאליות:

תרשים מספר 1: שכיחות של ציוני קבלת החלטות משותפת של הורים ועובדות סוציאליות



בתרשים 1 ניתן לראות שעשרים ושמונה הורים (66.7%) ושלושים עובדות סוציאליות (81.8%) נתנו לקבלת ההחלטות המשותפת ציונים בקצה הגבוה של הסקאלה (הטווח בין הציונים 28-45), ציונים המבטאים את תפיסתם שקבלת ההחלטות המשותפת התקיימה במידה רבה ואף במידה רבה מאוד. בטווח הציונים הבינוני (הטווח בין הציונים 19-27) נמצאים שישה הורים (14.3%) ושישה עובדות סוציאליות (16.2%) שהציון שנתנו מבטא את תפיסתם שקבלת החלטות משותפת התקיימה במידת מה ובטווח הציונים הנמוך (18 ומטה), שמונה הורים (19%) ועובדת סוציאלית אחת (2.7%) שהציון שנתנו מבטא את תפיסתם שקבלת החלטות משותפת התקיימה במידה מועטה מאוד או שלא התקיימה כלל. תרשים מספר 2 מציג את שכיחות הציונים שנתנו ההורים והעובדות הסוציאליות לטיב התקשורת בוועדה:

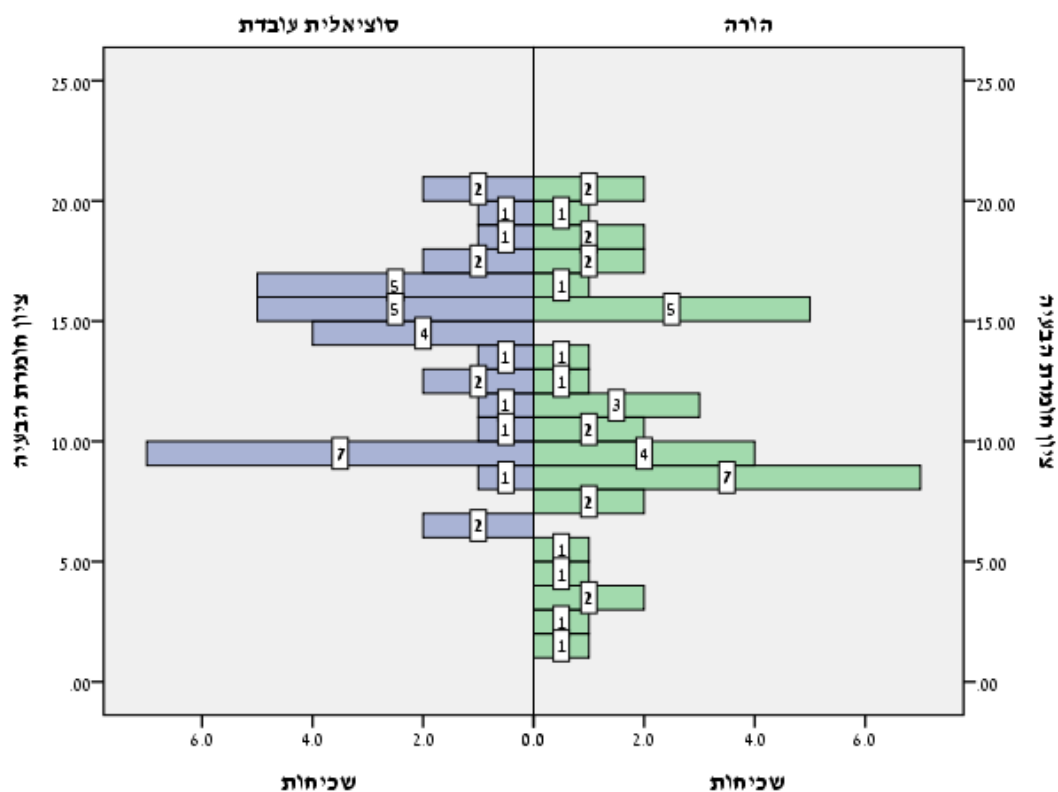
תרשים מספר 2: טיב התקשורת בוועדה



מתרשים 2 עולה כי עשרים ותשעה הורים (69.05%) ועשרים ושמונה עובדות סוציאליות (75.68%) נתנו לתקשורת בות"ט ציונים בקצה הגבוה של הסולם (הטווח בין הציונים 37-48), המבטאים את תחושתם שהתקשורת במהלך הדיון בוועדה הייתה טובה ואף טובה מאוד: היה להורים מקום להשמיע את קולם, אנשי המקצוע שנכחו בדיון הקשיבו להם, התייחסו לדברים שאמרו ולכוחותיהם והצלחותיהם כהורים וכמשפחה. בטווח הציונים הבינוני (13-36), שנים-עשר הורים (28.57%) ותשע עובדות סוציאליות (24.32%) המבטאים את תחושתם שהתקשורת בוועדה הייתה די טובה. בטווח הציונים הנמוך (0-12) נמצא הורה אחד בלבד, שהציון שנתן מבטא את תחושתו שלא היה לו מספיק מקום לדבר בוועדה, שלא הייתה התייחסות מספקת לדברים שאמר, ושאנשי המקצוע לא התייחסו לכוחותיו והצלחותיו כהורה וכמשפחה.

תרשים מספר 3 מציג את שכיחות ציוני חומרת הבעיה של הורים ועובדות סוציאליות:

תרשים מספר 3: שכיחות ציוני חומרת הבעיה של הורים ועובדות סוציאליות



מתרשים 3 עולה כי חמישה הורים (12.8%) ואף אחת מהעובדות הסוציאליות, נתנו לחומרת הבעיה ציונים בטווח הנמוך (0-5) המבטא את תפיסתם שהבעיה אינה חמורה, שהמצב לא מחייב התערבות של עובדות סוציאליות או טיפול מידי ולא מעורר דאגות רבות. בטווח הציונים הבינוני, ארבעה עשר הורים (35.9%) ועשר עובדות סוציאליות (28.6%), שחשבו שהבעיה די חמורה, ובטווח הגבוה עשרים הורים (51.3%) ועשרים עובדות סוציאליות (71.4%) שתופסים את הבעיה שהביאה לכינוס הבעיה כחמורה מאוד, מעוררת דאגות רבות ומחייבת התערבות של עובדות סוציאליות וטיפול מידי.

בדיקת השערות המחקר -- מה קשור לציוני SDM?

למחקר זה יש 15 השערות לגבי הגורמים הקשורים למידת קבלת החלטות משותפת בות"ט. השערות 1-8 מבקשות לבחון קשר אפשרי בין משתני המחקר התלויים (ציוני SDM של ההורים וציוני SDM של העובדות הסוציאליות) למשתני הרקע של המחקר, מאפייני הוועדות והמשתנים הבלתי תלויים העיקריים: תפיסה של חומרת הבעיה, תפיסה של טיב התקשורת בוועדה וההכנה לדיון. השערות 9-12 משערות הבדלים מובהקים בין עובדות סוציאליות להורים במשתני המחקר העיקריים. השערות 13-16 משערות הבדלים בציוני SDM בין העובדות הסוציאליות וההורים בין קבוצות שייכות סוציו דמוגרפיות ואיפיונים שונים של הות"ט. השערה 17 בוחנת קשרים אפשריים בין משתני הרקע של המחקר למשתנים הבלתי תלויים העיקריים.

השערה מספר 1: ימצא קשר חיובי בין ציון SDM של העובדת הסוציאלית לבין תפיסת חומרת הבעיה של ההורה.

הממצאים המוצגים בלוח 9 תומכים בהשערה זו: נמצא קשר חיובי בעוצמה בינונית-חלשה בין ציון SDM של העובדת הסוציאלית לבין תפיסתם של ההורים את חומרת הבעיה ($p=.016$). משמעות הקשר היא: ככל שההורים תפסו את הבעיה של משפחתם כחמורה יותר ומחייבת התערבות של עובדות סוציאליות, כך עלה ציון SDM של העובדות הסוציאליות.

השערה מספר 2: ימצא קשר שלילי בין ציון SDM של ההורה לבין תפיסת חומרת הבעיה של העובדת הסוציאלית.

הממצאים המוצגים בלוח 9 אינם תומכים בהשערה זו: לא נמצא קשר מובהק בין ציון SDM של ההורה לבין תפיסת חומרת הבעיה של העובדת הסוציאלית. זאת אומרת, שהציון שנתן ההורה למידת קבלת החלטות המשותפת לא קשור באופן מובהק למידה שבה הבעיה חמורה בעיניה של העובדת הסוציאלית.

השערה מספר 3: ימצא קשר חיובי בין ציון SDM של העובדות הסוציאליות לבין הדיווח שלהן על טיב התקשורת בות"ט.

הממצאים המוצגים בלוח 9 תומכים בהשערה זו: נמצא קשר חיובי בעוצמה בינונית בין ציון SDM של העובדות הסוציאליות לבין הדיווח שלהן על טיב התקשורת בוועדה ($p=.001$). משמעות הקשר היא: ככל שהעובדות הסוציאליות הרגישו שהן נתנו להורים הזדמנויות לדבר, שהן הקשיבו להורים, התייחסו לדברי ההורים ודיברו על כוחותיהם, כך גם עלה הציון שהן נתנו לקבלת החלטות המשותפת בוועדה.

לוח 9

סטטיסטיקה תיאורית ומתאמי פירסון בין ציוני SDM של ההורים והעובדות הסוציאליות לבין משתני רקע ומשתנים בלתי תלויים.

משתנה	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	1	2	3	4	5
ציון SDM של ההורה	42	32.40	11.59	—				
ציון SDM של העובדת הסוציאלית	37	34.16	6.69	.21	—			
חומרת הבעיה - דיווח עו"ס	35	13.23	3.87	-.23	.04	—		
חומרת הבעיה – דיווח הורה	39	10.82	5.16	.16	.42*	.26	—	
טיב התקשורת בוועדה – דיווח עו"ס	37	39.43	5.03	.20	.52**	-.32	.07	—
גיל ההורה	41	41.32	8.50	-.03	-.08	.26	.46**	-.37*

* $p < .05$. ** $p < .01$

השערה מספר 4: ימצא קשר חיובי בין ציון SDM של ההורים לבין הדיווח שלהם על טיב התקשורת ב"ט".

הממצאים המוצגים בלוח 10 תומכים בהשערה זו: נמצא קשר חיובי בעוצמה חלשה בין ציון SDM של ההורים לבין טיב התקשורת בוועדה על פי דיווח ההורים ($p=.025$). משמעות הקשר היא: ככל שההורים הרגישו שהיו להם הזדמנויות לדבר, שהקשיבו להם, התייחסו לדבריהם ודיברו על כוחותיהם, כך גם עלה הציון שנתנו לקבלת ההחלטות המשותפת בוועדה.

השערה מספר 5: ימצא קשר חיובי בין ציון SDM של ההורים לבין הדיווח של ההורים על כמות הידע שהועבר בהכנה לדיון.

הממצאים המוצגים בלוח 10 תומכים בהשערה זו: נמצא קשר חיובי בעוצמה חלשה בין ציון SDM של ההורים לבין כמות הידע שהועבר בהכנה לדיון על פי דיווח ההורים ($p=.017$). משמעות הקשר היא שככל שההורים דיווחו על יותר נושאים שעלו בהכנה לדיון, כך גם עלה הציון שנתנו לקבלת ההחלטות המשותפת בוועדה.

השערה מספר 6: ימצא קשר חיובי בין ציון SDM של ההורים לבין מספר מפגשי ההכנה עליו דיווחו.

הממצאים המוצגים בלוח 10 תומכים בהשערה זו: נמצא קשר חיובי בעוצמה בינונית בין ציון SDM של ההורים למספר מפגשי ההכנה עליו דיווחו ($p=.008$). משמעות הקשר היא שככל שההורים דיווחו על יותר מפגשי הכנה שהתקיימו כך גם עלה הציון שנתנו לקבלת ההחלטות המשותפת בוועדה.

השערה מספר 7: ימצא קשר חיובי בין ציון SDM של העובדות הסוציאליות לבין הדיווח שלהן על כמות הידע שהועבר בהכנה לדיון.

הממצאים בלוח 10 אינם תומכים בהשערת המחקר. לא נמצא קשר מובהק בין ציון SDM של העובדות הסוציאליות לבין הדיווח שלהן על כמות הידע שהועבר בהכנה לדיון ($p=.55$).

השערה מספר 8: ימצא קשר חיובי בין ציון SDM של העובדות הסוציאליות לבין מספר מפגשי ההכנה עליו דיווחו.

הממצאים המוצגים בלוח 10 תומכים בהשערה זו: נמצא קשר חיובי בעוצמה בינונית בין ציון SDM של העובדות הסוציאליות למספר מפגשי ההכנה עליו הן דיווחו ($p=.017$). משמעות הקשר היא שככל שהעובדות הסוציאליות דיווחו על יותר מפגשי הכנה שהתקיימו כך גם עלה הציון שהן נתנו לקבלת ההחלטות המשותפת בוועדה.

סטטיסטיקה תיאורית ומתאמי spearman בין ציוני SDM של ההורים והעובדות הסוציאליות לבין משתני רקע ומשתנים בלתי תלויים

משתנה	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	ציון SDM של ההורה	ציון SDM של העובדת הסוציאלית
ההכנה לדיון דיווח הורה	42	4	2.69	.37*	.11
ההכנה לדיון דיווח עו"ס	37	5.60	1.55	.16	.10
מספר מפגשי הכנה- דיווח הורה	42	1.79	1.76	.40**	-.00
מספר מפגשי הכנה - דיווח עו"ס	37	2.32	1.60	.16	.40*
טיב התקשורת דיווח הורה	42	38.52	9.34	.35*	.13
מספר אנשי מקצוע שנכחו	35	1.29	1.05	-.17	-.11
וותק של העובדת הסוציאלית	36	9.86	7.12	.09	.02
גיל העובדת הסוציאלית	37	37.11	8.82	.06	.14
מספר ילדים במשפחה	42	4.43	3.07	.12	-.13

* $p < .05$. ** $p < .01$

לוח 10 מראה שמתוך רשימת המשתנים, רק משתנה אחד נמצא בעל קשר מובהק לציוני SDM של שתי הקבוצות, והוא מספר מפגשי ההכנה לדיון. בשני המקרים הקשר הוא חיובי בעוצמה בינונית. המשמעות היא שההורים וגם העובדות הסוציאליות תופסים ריבוי של מפגשי הכנה כמקדם את מידת קבלת החלטות המשותפת.

השערה מספר 9: העובדות הסוציאליות ידווחו על מידה רבה יותר של קבלת החלטות משותפת (SDM) באופן מובהק ממה שידווחו ההורים.

לוח 11 מציג ממצאים שאינם תומכים בהשערה זו. זאת אומרת, שלא נמצא הבדל מובהק בין ציוני SDM שנתנו העובדות הסוציאליות לציוני SDM שנתנו ההורים ($p=.301$). המשמעות של תוצאות אלה היא שברוב המקרים לא היה פער גדול בין הציון של העובדות הסוציאליות לציון של ההורים ומכך ניתן להבין שברוב הוועדות, שתי הקבוצות העריכו את המידה בה התקיימה קבלת החלטות משותפת בצורה דומה.

השערה מספר 10: העובדות הסוציאליות יעריכו את הבעיה שהביאה להתכנסות הוועדה כחמורה יותר באופן מובהק ממה שיעריכו אותה ההורים.

לוח 11 מציג ממצאים שתומכים בהשערה זו. זאת אומרת, שנמצא הבדל מובהק בין הורים לעובדות סוציאליות בהערכת חומרת הבעיה ($p=.017$). המשמעות של תוצאות אלה היא שהעובדות הסוציאליות נטו להעריך את הבעיה כחמורה יותר ממה שנטו להעריך אותה ההורים. לוח 11 מציג מבחן *t* למדגמים מזווגים שנערך על מנת לבדוק את השערות 9 ו 10 :

לוח 11

מבחן t למדגמים מזווגים לבדיקת הבדלים בין עובדות סוציאליות להורים בציון SDM ובתפיסת חומרת הבעיה

משתנה	n	הורים		עובדות סוציאליות		t(df)
		M	SD	M	SD	
ציון קבלת החלטות משותפת	36	31.83	11.76	33.97	6.68	1.05(35)
תפיסת חומרת הבעיה	31	10.84	5.30	13.35	3.55	2.52(30)*

* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$

אם נתבונן בלוח 11 יחד עם הממצאים העולים מלוח 9, נראה תופעה מעניינת: בין ציוני SDM של העובדות הסוציאליות ושל ההורים אין הבדל מובהק וגם אין קשר מובהק. ממצאים אלה יכולים לבטא מצב שבו ההבדל במוצע ציוני SDM אמנם קטן, אך ההבדל בפזורה הציונים בכל אחת מהקבוצות הוא גדול. במצב כזה, אנו יכולים לצפות שהגורמים הקשורים באופן מובהק לציון SDM של כל אחת מהקבוצות יהיו שונים זה מזה.

השערה מספר 11: העובדות הסוציאליות ידווחו על תקשורת טובה יותר בוועדה באופן מובהק ממה שידווחו ההורים.

הממצאים בלוח 12 אינם תומכים בהשערה זו: לא נמצא הבדל מובהק בין הורים לעובדות סוציאליות בתפיסתם את טיב התקשורת בוועדה ($p = .868$). משמעות תוצאות אלה היא שברוב המקרים לא היה פער גדול בין הציון של העובדות הסוציאליות לציון של ההורים ומכך ניתן להבין שברוב המקרים, שתי הקבוצות העריכו את טיב התקשורת בוועדה בצורה דומה.

השערה מספר 12: העובדות הסוציאליות ידווחו על נושאים רבים יותר שדוברו בפגישות ההכנה לוועדה מאשר ההורים באופן מובהק.

לוח 12 מציג ממצאים שתומכים בהשערה זו. זאת אומרת, שנמצא הבדל מובהק בין הורים לעובדות סוציאליות בכמות הידע שהועבר בהכנה לדיון ($p = .002$). המשמעות של תוצאות אלה היא שברוב הוועדות, העובדות הסוציאליות דיווחו על יותר נושאים שעלו בהכנה לדיון ממה שדיווחו ההורים.

לוח 12 מציג מבחן Wilcoxon שנערך על מנת לבדוק את השערות 11-12:

מבחן Related-samples Wilcoxon signed rank test לבדיקת הבדלים בין עובדות סוציאליות להורים בתפיסת טיב התקשורת בוועדה ובכמות הנושאים שעלו במפגשי ההכנה לדיון

משתנה	הבדלים שליליים ¹		הבדלים חיוביים ²		קשרים ³
	Mean rank (n)	Mean rank (n)	Mean rank (n)	ties (n)	
טיב התקשורת בוועדה	19.76(17)	17.37(19)	(0)	-0.47	
ההכנה לדיון	15.14(21)	10.00(6)	(9)	-3.12**	

* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$

¹ ציון של העובדת הסוציאלית גדול מהציון של ההורה

² ציון של ההורה גדול מהציון של העובדת הסוציאלית

³ ציון של ההורה=ציון של העובדת הסוציאלית

השערה מספר 13: בוועדות בהן ניתנו מענים ממוקדי משפחה ציון SDM העובדות הסוציאליות

יהיה גבוה יותר באופן מובהק מאשר בוועדות בהן ניתנו מענים ממוקדי ילד בלבד.

על מנת לבדוק השערה זו נערך מבחן t לבדיקת הבדלים בין קבוצות. הממצאים בלוח 13 תומכים

בהשערת המחקר באופן חלקי: נמצא הבדל מובהק בעל אפקט בינוני-גבוה בציוני SDM של

העובדות הסוציאליות. עם זאת, משמעות ההבדל הפוכה מההשערה: בוועדות בהן נתנו מענים

ממוקדי ילד בלבד, ציוני SDM של העובדות הסוציאליות היו גבוהים לעומת ציוני SDM נמוכים

יותר של העובדות הסוציאליות בוועדות בהן ניתנו מענים ממוקדי משפחה.

מבחני t לבדיקת הבדלים בציוני SDM של העובדת הסוציאלית בין מאפייני וועדות שונים וקבוצות קע

משתנה	n	SD	M	t(df)	p	Cohen's d
כמה ילדים נידונו בוועדה?	15	5.83	36.47	1.78(35)	.083	0.607
	22	6.91	32.59			
האם הוועדה דנה בילד בגיל ביי"ס יסודי?	22	5.43	35.23	1.18(35)	.246	0.381
	15	8.15	32.60			
האם הוועדה דנה במתבגרים?	15	5.91	34.40	0.18(35)	.861	0.060
	22	7.30	34.00			
האם ניתן בוועדה מענים למשפחה ו/או להורים?	23	5.56	36.00	2.26(35)	.030	0.738
	14	7.47	31.14			
מוצא ההורה	18	5.64	34.28	0.10(35)	.920	0.034
	19	7.71	34.05			
מוצא העובדת הסוציאלית	22	6.66	33.50	-0.72(35)	.474	0.241
	15	6.84	35.13			
נוכחות ההורים בוועדה	18	5.42	35.89	1.56(35)	.128	0.514
	19	7.48	32.53			
אמונה דתית של העובדת הסוציאלית	17	6.52	34.82	0.55(35)	.586	0.181
	20	6.95	33.60			
אמונה דתית של ההורה	20	7.11	33.60	-0.37(34)	.714	0.125
	16	6.30	34.44			

בלוח 13 בולט שברוב המקרים לא נמצאו הבדלים מובהקים בציוני SDM של העובדות הסוציאליות בין קטגוריות שונות של רקע ומאפייני וועדות.

השערה מספר 14: בוועדות בהן ניתן מענים ממוקדי משפחה ציון SDM של ההורים יהיה גבוה יותר באופן מובהק מאשר בוועדות בהן ניתן רק מענים ממוקדי ילד.

על מנת לבדוק השערה זו נערך מבחן t לבדיקת הבדלים בין קבוצות. הממצאים בלוח 14 אינם תומכים בהשערת המחקר. לא נמצא הבדל מובהק בציוני SDM של ההורים בין וועדות בהן ניתן מענים ממוקדי ילד בלבד לוועדות בהן ניתן מענים ממוקדי משפחה.

לוח 15

Mann Whitney U Test הבדלים בין וועדות בהן אמא השתתפה במחקר וועדות בהן אבא השתתף במחקר

Z- value	אבא	אמא	משתנה
	Mean rank (n)	Mean rank (n)	
0.62	23.94 (8)	20.93 (34)	ציון SDM הורים
2.04*	25.19 (8)	16.59 (28)	ציון SDM עובדות סוציאליות
2.44*	29.50 (7)	17.92 (32)	חומרת הבעיה – דיווח הורה
-0.86	14.88 (8)	18.31 (26)	חומרת הבעיה – דיווח עובדת סוציאלית
-1.80	14.50 (8)	23.15 (34)	תקשורת בוועדה – דיווח הורה
-0.07	18.25 (8)	18.57 (28)	תקשורת בוועדה – דיווח עובדת סוציאלית

* $p < .05$

השערה מספר 16: בוועדות בהן השכלת ההורים גבוהה יותר, ציון SDM של העובדות הסוציאליות יהיה גבוה יותר באופן מובהק מאשר בוועדות בהן ההורים בעלי השכלה נמוכה.
 הממצאים בלוח 16 תומכים בהשערה זו: נמצא הבדל מובהק בציוני SDM של העובדות הסוציאליות בין וועדות בהן ההורים היו משכילים לוועדות בהן ההורים היו לא משכילים ($p=.026$). משמעות ההבדל: ציון SDM של העובדות הסוציאליות היה גבוה יותר בוועדות בהן ההורים היו משכילים לעומת הוועדות בהן ההורים לא היו משכילים.

לוח 16

Mann Whitney U Test הבדלים בין וועדות בהן ההורים בעלי השכלה נמוכה לבין וועדות בהן ההורים בעלי השכלה גבוהה

Z- value	מעל 12 שנות לימוד	עד 12 שנות לימוד	משתנה
	Mean rank (n)	Mean rank (n)	
0.93	24.45 (11)	20.45 (31)	ציון SDM הורים
2.23*	24.80 (10)	16.08 (26)	ציון SDM עובדות סוציאליות
2.94**	29.10 (10)	16.86 (29)	חומרת הבעיה – דיווח הורה
0.35	18.50 (9)	17.14 (25)	חומרת הבעיה – דיווח עובדת סוציאלית
-0.72	21.27 (11)	21.58 (31)	תקשורת בוועדה – דיווח הורה
0.22	21.95 (10)	17.17 (26)	תקשורת בוועדה – דיווח עובדת סוציאלית

* $p < .05$. ** $p < .01$.

השערה מספר 17: ימצאו קשרים מובהקים בין משתני הרקע ומאפייני הוועדות לבין המשתנים הבלתי תלויים העיקריים: הערכת חומרת הבעיה, טיב התקשורת בוועדה וההכנה לדיון

קשרים שנמצאו עם המשתנה הבלתי תלוי הערכת חומרת הבעיה

כזכור, בהשערה 1 מצאנו שהעובדות הסוציאליות מעריכות את מידת קבלת ההחלטות המשותפת כגבוהה יותר כאשר ההורים תופסים את הבעיה כחמורה יותר. לכן, בדקנו לאילו משתנים בלתי תלויים, משתני רקע ומאפייני וועדות קשורה תפיסת חומרת הבעיה של ההורים. נמצאו הקשרים וההבדלים הבאים: תפיסת ההורה את חומרת הבעיה נמצאה בעלת קשר חיובי בעל עוצמה בינונית לגיל ההורה ($p=.003$), (לוח 10). משמעות הקשר היא שככל שגיל ההורים עולה, כך הם תופסים את הבעיה כחמורה יותר. בנוסף, לוח 16 מראה, שקיים הבדל בין אימהות לאבות בתפיסת חומרת הבעיה: האבות שהשתתפו במחקר נטו לתפוס את הבעיה כחמורה יותר לעומת האימהות ($p=.012$). לוח 17 מראה שקיים הבדל בתפיסת חומרת הבעיה בין הורים שלמדו עד 12 שנות לימוד להורים שלמדו לימודים אקדמיים או לימודי תעודה: ההורים המשכילים יותר נוטים לתפוס את הבעיה כחמורה יותר לעומת ההורים שלמדו עד 12 שנות לימוד.

לוח 17 מציג מתאמים בין ציוני חומרת הבעיה של ההורים והעובדות הסוציאליות לבין משתני רקע ומשתנים בלתי תלויים נוספים:

לוח 17

מתאמי spearman בין ציוני חומרת הבעיה של ההורים והעובדות הסוציאליות לבין משתני רקע ומשתנים בלתי תלויים

משתנה	ציון חומרת הבעיה של ההורה $R_s(n)$	ציון חומרת הבעיה של העובדת הסוציאלית $R_s(n)$
ההכנה לדיון – דיווח הורה	.19(39)	.350 (34) *
ההכנה לדיון – עובדת סוציאלית	.45 (33) **	.42 (35) *
טיב התקשורת בוועדה - הורה	.031(39)	-.26(34)
מספר מפגשי ההכנה - הורה	-.042(39)	-1.30(34)
מספר מפגשי ההכנה – עובדת סוציאלית	.31 (33)	.17(35)
מספר אנשי מקצוע חיצוניים שנכחו	-.06(31)	.35 (35) *
מספר ילדים במשפחה	-.29(39)	-.38 (34)*

* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$

בלוח 17 ניתן לראות שקיים קשר חיובי בעוצמה בינונית בין ציון חומרת הבעיה של ההורים לבין ציון ההכנה לדיון של העובדת הסוציאלית ($p=.009$). משמעות הקשר: ככל שההורים תופסים את הבעיה כחמורה יותר, כך העובדת הסוציאלית מדווחת על יותר נושאים שעלו במפגשי ההכנה לדיון. כך גם בהתייחס לתפיסת חומרת הבעיה של העובדת הסוציאלית: ככל שהעובדת הסוציאלית תופסת את הבעיה כחמורה יותר, כך מדווחים ההורים ($p=.042$) וגם העובדות

הסוציאליות ($p=.011$) על יותר נושאים שעלו בהכנה לדיון. תפיסת חומרת הבעיה של העובדת הסוציאלית נמצאה כקשורה בקשר שלילי חלש גם למספר הילדים במשפחה ($p=.027$): ככל שמספר הילדים במשפחה גדל, כך העובדות הסוציאליות תופסות את הבעיה כחמורה פחות; וכקשורה למספר אנשי המקצוע החיצוניים שנכחו בוועדה בקשר חיובי חלש: ככל שנכחו יותר אנשי מקצוע חיצוניים כך העובדות הסוציאליות תפסו את הבעיה כחמורה יותר ($p=.042$). לוח 18 מציג מבחני t לבדיקת הבדלים אפשריים בציוני חומרת הבעיה של ההורים בין קבוצות חתך שונות ובסיטואציות שונות שמאפיינות וועדות תכנון טיפול.

לוח 18

ממוצעים, סטיות תקן ותוצאות מבחן t לבדיקת הבדלים בתפיסת חומרת הבעיה של ההורים בין קבוצות של משתני רקע

<i>Cohen's d</i>	<i>p</i>	<i>t(df)</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>n</i>	
0.749	.026	2.32(37)	12.88	4.73	17	כמה ילדים נידונו בוועדה? הוועדה דנה רק בילד אחד
			9.23	5.00	22	הוועדה דנה ביותר מילד אחד
0.784	.017	2.26(35)	12.12	5.55	25	האם ניתנו מענים למשפחה ניתנו רק מענים לילדים
			8.50	3.44	14	ניתנו מענים משפחתיים
0.842	.012	2.63(37)	12.89	4.79	19	נוכחות ההורים בוועדה שני ההורים נכחו
			8.85	4.80	20	הורה אחד נכח בוועדה

לוח 18 מראה שלוש סיטואציות שמאפיינות ות"ט בהן נמצאו הבדלים בתפיסת חומרת הבעיה של ההורים: מספר הילדים שנידונו בוועדה (אחד או יותר מאחד), המענים שניתנו בוועדה (מענים לילדים בלבד או מענים משפחתיים) ונוכחות של ההורים בוועדה (שני הורים נכחו או רק הורה אחד). תוצאות מבחן t לבדיקת הבדלי ממוצעים בין מדגמים מראות שבשלושת הסיטואציות נמצא הבדל מובהק בעל אפקט חזק בתפיסת חומרת הבעיה של ההורים. משמעות התוצאות היא שההורים שהשתתפו במחקר תפסו את הבעיה כחמורה יותר במקרים בהם הוועדה דנה בילד אחד מהמשפחה; במקרים בהם המענים שניתנו בוועדה היו ממוקדי ילד בלבד; ובמקרים בהם הגיעו שני ההורים לוועדה ולא רק אחד מהם.

לוח 19 מציג מבחני Mann Whitney U Test שנערכו על מנת לבדוק הבדלים במשתני המחקר העיקריים בין וועדות שהתקיימו עם המשפחה בפעם הראשונה לבין וועדות מעקב, שהן לא הוועדה הראשונה שעוברת המשפחה.

לוח 19

Mann Whitney U Test הבדלים בין וועדות ראשונות לוועדות מעקב

Z- value	וועדת מעקב	וועדה ראשונה	משתנה
	Mean rank (n)	Mean rank (n)	
-0.77	21.42(33)	21.78 (9)	ציון SDM הורים
-1.46	17.54 (28)	23.56 (9)	ציון SDM עובדות סוציאליות
-3.43***	16.58 (30)	31.39 (9)	חומרת הבעיה – דיווח הורה
-1.62	16.48 (27)	23.12 (8)	חומרת הבעיה – דיווח עובדת סוציאלית
0.985	22.47 (33)	17.94 (9)	תקשורת בוועדה – דיווח הורה
0.60	19.61 (28)	17.11 (9)	תקשורת בוועדה – דיווח עובדת סוציאלית

* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$

לוח 19 מראה שקיים הבדל מובהק בתפיסת ההורה את חומרת הבעיה בין וועדות ראשונות לוועדות מעקב. משמעות ההבדל: ההורים שהשתתפו במחקר תפסו את הבעיה של משפחתם כחמורה יותר בוועדות ראשונות לעומת וועדות מעקב ($p=.001$).
לוח 20 מציג מבחני Mann Whitney U Test שנערכו על מנת לבדוק הבדלים במשטני המחקר העיקריים בין הורים שמשפחתם נמצאת בקשר עם הרווחה זמן קצר לפני הוועדה (עד שנה) לבין הורים שמשפחתם נמצאת בקשר עם הרווחה זמן ארוך לפני הוועדה (יותר משנה).

לוח 20

Mann Whitney U Test הבדלים בין קשר ארוך וקצר של המשפחה עם הרווחה לפני הוועדה

Z- value	יותר משנה	פחות משנה	משתנה
	Mean rank (n)	Mean rank (n)	
-.873	22.42 (32)	18.55 (10)	ציון SDM הורים
.621	18.38 (28)	20.94 (9)	ציון SDM עובדות סוציאליות
2.43*	17.58 (30)	28.06 (9)	חומרת הבעיה – דיווח הורה
-.238	18.22 (27)	17.25 (8)	חומרת הבעיה – דיווח עובדת סוציאלית
-1.38	22.95 (32)	16.85 (10)	תקשורת בוועדה – דיווח הורה
-.870	19.88 (28)	16.28 (9)	תקשורת בוועדה – דיווח עובדת סוציאלית

* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$

בלוח 20 ניתן לראות כי נמצא הבדל מובהק בתפיסת ההורה את חומרת הבעיה בין משפחות שהיו בקשר קצר עם הרווחה למשפחות שהיו בקשר ארוך עם המשפחה לפני הוועדה ($p=.014$): הורים שהיו בקשר קצר עם הרווחה לפני הוועדה תפסו את הבעיה כחמורה יותר מהורים שהיו בקשר ארוך עם הרווחה לפני הוועדה. כמו כן ניתן לראות שלא נמצאו הבדלים מובהקים נוספים הקשורים למשך הקשר עם הרווחה.

קשרים שנמצאו עם המשתנה הבלתי תלוי טיב התקשורת בוועדה

כזכור, הציונים שנתנו ההורים והעובדות הסוציאליות לטיב התקשורת בוועדה נמצאו כקשורים בקשר חיובי למידת קבלת ההחלטות המשותפת בשתי הקבוצות. על מנת לבחון אם קיים קשר בין תפיסת טיב התקשורת של העובדת הסוציאלית לתפיסת טיב התקשורת של ההורה, השתמשנו

במתאם ספירמן. התוצאות מראות קשר חיובי בעוצמה בינונית [$t_s(36) = .46, p = .005$]. משמעות הקשר היא שככל שהעובדות הסוציאליות תופסות את התקשורת בוועדה כטובה יותר, כך גם ההורים תופסים אותה כטובה יותר. מלבד הקשרים הללו, לא נמצאו קשרים מובהקים בין תפיסת טיב התקשורת של ההורים לבין משתנים בלתי תלויים אחרים ומשתיני רקע. לוח 9 מראה, שגיל ההורה נמצא כבעל קשר שלילי חלש לתפיסת העובדת הסוציאלית את טיב התקשורת בוועדה ($p = .027$). משמעות הקשר היא: ככל שההורה צעיר יותר, כך העובדת הסוציאלית תופסת את התקשורת בוועדה כטובה יותר. על מנת לבחון הבדלים בתפיסתה של העובדת הסוציאלית את טיב התקשורת בוועדה בין קבוצות של משתני הרקע, נערכו מבחני t ומבחני Mann Whitney U. התוצאות הראו הבדל אחד מובהק: תוצאות מבחן t שנערך כדי לבדוק את ההבדל בין וועדות שדנו במתבגרים לבין וועדות שדנו בילדים צעירים יותר מראות הבדל מובהק בעל אפקט חזק [$t(35) = 3.57, p = .001, d = 1.12$]. משמעות ההבדל היא שבוועדות בהן דנו במתבגרים נתנו העובדות הסוציאליות ציון נמוך לטיב התקשורת בוועדה לעומת וועדות בהן לא דנו במתבגרים.

קשרים שנמצאו עם המשתנים הבלתי תלויים ההכנה לדיון ומספר מפגשי ההכנה

על מנת לבחון את הקשר בין כמות הנושאים שעלו בהכנה לדיון על פי דיווח ההורים והעובדות הסוציאליות לבין תאריך הוועדה, השתמשנו במתאם ספירמן. התוצאות מראות קשר חיובי מובהק בעוצמה בינונית [$t_s(37) = .391, p = .017$]. משמעות התוצאות היא שככל שעבר יותר זמן מתחילת איסוף הנתונים למחקר, כך העובדות הסוציאליות דיווחו על יותר נושאים שעלו בהכנה לדיון. הקשר הזה יכול להיות מוסבר על ידי תאריך פרסום תע"ס וועדות תכנון טיפול החדש (משרד הרווחה והשירותים החברתיים, 2017א), שמעגן בתקנות את החובה להעלות את הנושאים הללו במפגשי ההכנה לוועדה.

גודל המדגם הקטן וריבוי הערכים (7 ערכים – 7 נושאים שיכולים לעלות בהכנה לדיון) במשתנה ההכנה לדיון הציבו מגבלות על היכולת שלנו לבחון הבדלים במשתנה בצורתו המקורית (משתנה ברמת מדידה סדר עם שבעה ערכים) בין קבוצות של משתני רקע קטגוריאליים. לכן, על מנת שנוכל לערוך מבחני χ^2 לבדיקת טיב התאמה של כמות הידע שהועבר בהכנה לדיון עם קבוצות של משתני רקע, חילקנו את כמות הידע שהועבר בהכנה לדיון לשתי קבוצות: וועדות בהן עלו נושאים מועטים בהכנה לדיון-- עד ארבעה נושאים, וועדות בהן עלו נושאים רבים בהכנה לדיון-- חמישה עד שבעה נושאים. על פי חלוקה זו, דיווחו כן שמונה עובדות סוציאליות (21.6%) מתוך שלושים ושבע. על נושאים מרובים שעלו במפגשי ההכנה דיווחו עשרים ואחד הורים (50%) ועשרים ותשע עובדות סוציאליות (78.4%).

תוצאות מבחן χ^2 לבדיקת אי תלות בין כמות הידע שהועבר בהכנה לדיון על פי דיווח ההורים לבין גיל הילדים שבהם דנה הוועדה מראות על תלות מובהקת: בוועדות בהן דנו בילד בגיל בית ספר יסודי, ההורים דיווחו על נושאים מעטים שעלו בהכנה לדיון לעומת וועדות בהן דנו $p < .05$. תוצאות מבחן χ^2 לבדיקת טיב ההתאמה בין כמות הידע שהועבר בהכנה לדיון על פי דיווח ההורים לבין השכלת ההורים מראות גם כן על תלות מובהקת: בוועדות בהן להורה השכלה נמוכה, ההורים דיווחו על נושאים מעטים שעלו בהכנה לדיון לעומת וועדות בהן להורים השכלה

גבוהה (יותר מ 12 שנות לימוד), ההורים דיווחו על נושאים מרובים שעלו לדיון, $\chi^2(1)=6.1$, $p<.05$.

תוצאות מבחן χ^2 לבדיקת טיב ההתאמה בין כמות הידע שהועבר בהכנה לדיון על פי הדיווח של העובדות הסוציאליות לבין נוכחות ההורים בוועדה מראות גם כן על תלות מובהקת: בוועדות בהן נכח הורה אחד בלבד, העובדות הסוציאליות דיווחו על נושאים מעטים שעלו בהכנה לדיון לעומת וועדות בהן נכחו שני הורים, בהן העובדות הסוציאליות דיווחו על נושאים מרובים שעלו בהכנה לדיון $\chi^2(1)=5.3$, $p<.05$.

תוצאות מבחן χ^2 לבדיקת טיב ההתאמה בין כמות הידע שהועבר בהכנה לדיון על פי הדיווח של העובדות הסוציאליות לבין המצב המשפחתי של ההורים מראות גם כן על תלות מובהקת: בוועדות בהן ההורים לא היו נשואים, העובדות הסוציאליות דיווחו על נושאים מעטים שעלו בדיון לעומת וועדות בהן ההורים היו נשואים, בהן העובדות הסוציאליות דיווחו על נושאים מרובים שעלו לדיון $\chi^2(1)=5.8$, $p<.05$.

תוצאות מבחן χ^2 לבדיקת טיב ההתאמה בין מספר מפגשי ההכנה לדיון על פי דיווח ההורים לבין מספר הילדים שנידונו בוועדה מראות גם כן על תלות מובהקת: בוועדות בהן דנו ביותר מילד אחד, ההורים דיווחו על פחות מפגשי הכנה לעומת וועדות בהן דנו בילד אחד בלבד, בהן ההורים דיווחו על יותר מפגשי הכנה שהתקיימו $\chi^2(1)=9.8$, $p<.05$.

רגרסיות לבדיקת תרומתם של ההכנה לדיון, חומרת הבעיה וטיב התקשורת בוועדה לציוני SDM של ההורים והעובדות הסוציאליות

כאמור, השערות המחקר אינן עוסקות ביכולת של משתנים בלתי תלויים ומשתני רקע לנבא את מידת קבלת החלטות המשותפת. לאור אופיו הגישושי של המחקר והמדגם הקטן והמוטה, החלטנו לשער השערות "צנועות" שבדקות אילו גורמים קשורים למידת קבלת החלטות משותפת, ולפי התוצאות שהתקבלו בחרנו בקפידה את המשתנים שייכנסו למודל רגרסיה. על מנת להימנע ככל האפשר מתוצאות שמושפעות מאופי המדגם בחרנו משתנים שנמצאו בעלי מתאם מובהק לציוני SDM של ההורים והעובדות הסוציאליות שהתפלגותם נורמלית והשונויות בהם לא נמוכה או גבוהה מידי, או משתנים דיכוטומיים (משתני דמה) אשר נמצא הבדל מובהק בציוני SDM בין הקטגוריות שלהם. שלושה משתנים בלתי תלויים עמדו בקריטריונים: א. תפיסת ההורים את חומרת הבעיה ב. תפיסת העובדות הסוציאליות את טיב התקשורת בוועדה ג. כמות המידע שעלה בהכנה לדיון על פי דיווח ההורים (קטגוריה 1: מיעוט נושאים שעלו בהכנה, קטגוריה 2: ריבוי נושאים שעלו בהכנה). משתנים א-ב נמצאו קשורים בקשר מובהק לציון SDM של העובדות הסוציאליות ומשתנה ג נמצא קשור באופן מובהק לציון SDM של ההורים. עבור שלושת המשתנים הללו, ראשית ביצענו ניתוחים של רגרסיה פשוטה על מנת לבדוק מה התרומה של כל אחד מהם לבדו לשונויות המוסברת של ציוני SDM. לאחר מכן, בנינו מודלים של רגרסיה מרובה על מנת לבדוק אם מאפייני הוועדות ומשתני הרקע שנמצאו בעלי קשר מובהק לציוני SDM תורמים לשונויות המוסברת. כאמור, לאור המדגם הקטן, נמנענו מניתוחי רגרסיה מרובה שיש בהם יותר משני משתנים בלתי תלויים.

ניתוחי רגרסיה עם שני משתנים

משתנים שתורמים לאחוז השונות המוסברת של ציון SDM של העובדות הסוציאליות

כזכור, השערות מספר 1 ו 3 אוששו: ציון SDM של העובדות הסוציאליות נמצא בעל קשר שלילי מובהק לתפיסת חומרת הבעיה של ההורה (השערה 1) ובעל קשר חיובי מובהק לציון טיב התקשורת בוועדה של העובדת הסוציאלית (השערה 2).
 על מנת לבדוק מה התרומה של כל אחד מהמשתנים תפיסת חומרת הבעיה של ההורים וציון טיב התקשורת בוועדה של העובדת הסוציאלית לשונות המוסברת של ציון SDM של העובדת הסוציאלית, נערכו ניתוחי רגרסיה. לוח 21 מראה את התוצאות:

לוח 21

רגרסיה: התרומה של חומרת הבעיה וטיב התקשורת בוועדה לאחוז השונות המוסברת של ציון SDM של העובדת הסוציאלית

משתנים	n	B	SE	β	R ²	F
מודל א	33				.174	6.53*
קבוע		28.29	2.51	–		
חומרת הבעיה: הורה		.535	.21	.417*		
מודל ב	37				.272	13.09***
קבוע		6.77	7.63	–		
טיב התקשורת בוועדה: עו"ס		.695	.192	.52***		

* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$

בלוח 21 ניתן לראות שמודל א נמצא מובהק [$F(1,31)=6.53, p<.05$]. זאת אומרת, ככל שההורה תופס את הבעיה כחמורה יותר, כך ציון קבלת ההחלטות של העובדת הסוציאלית יהיה גבוה יותר. מודל זה מסביר 17.4% מהשונות בציון קבלת ההחלטות המשותפת של העובדות הסוציאליות.

כמו ניתן לראות בלוח 21 שמודל ב נמצא מובהק [$F(1,35)=13.09, p<.001$]. זאת אומרת, ככל שהעובדת הסוציאלית מעריכה את התקשורת בוועדה כטובה יותר, כך ציון קבלת ההחלטות המשותפת שלה יהיה גבוה יותר. 27.2% מהשונות בציון קבלת ההחלטות המשותפת של העובדות הסוציאליות.

משתנים שתורמים לאחוז השונות המוסברת לציון SDM של ההורים

כזכור, השערה 5 גם היא אוששה: ציון SDM של ההורים נמצא בעל קשר חיובי מובהק למספר הנושאים שעלו בהכנה לדיון. על מנת לבדוק מה התרומה של ההכנה לדיון לשונות המוסברת של ציון SDM של ההורים, ערכנו ניתוח רגרסיה. לוח 22 מראה את התוצאות:

לוח 22

גרסיה : התרומה של כמות הנושאים שעלו בהכנה לדיון לאחוז השונות המוסברת של ציון SDM של ההורים (n=42)

משתנים	b	SE	β	R ²	F
מודל ג (n=42)				.121	5.48*
קבוע	28.43	2.40	–		
ההכנה לדיון – דיווח הורה	7.95	3.40	.35*		

* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$

לוח 22 רואים שמודל ג נמצא מובהק [F(1,40)=5.48, $p < .05$]. הורים שדיווחו על יותר נושאים שעלו בהכנה לדיון, נתנו ציון גבוה יותר לקבלת ההחלטות המשותפת. מודל זה מסביר 12.1% מהשונות בציון קבלת ההחלטות המשותפת של ההורים.

ניתוחי רגרסיה מרובה לבדיקת תרומתם של משתנים בלתי תלויים לאחוז השונות המוסברת של ציון SDM של העובדת הסוציאלית

לוח 22 הראה שתפיסת חומרת הבעיה של ההורים וציון טיב התקשורת בוועדה של העובדות הסוציאליות מנבאים כל אחד בנפרד באופן מובהק חלק מהשונות המוסברת של ציוני SDM של העובדות הסוציאליות. לאור הממצאים הללו, ערכנו ניתוח רגרסיה הכולל את שניהם כמנבאים של ציון SDM של העובדות הסוציאליות. לוח 23 מראה את התוצאות:

לוח 23

גרסיה : התרומה של תפיסת חומרת הבעיה של ההורים וציון טיב התקשורת בוועדה של העובדות הסוציאליות לשונות המוסברת של ציון SDM של העובדות הסוציאליות (n=33)

משתנים מסבירים	b	SE	β	R ²	F
מודל 1				.405	10.22***
קבוע	3.95	7.45	--		
חומרת הבעיה -- הורה	.489	.181	.381*		
טיב הקשורת בוועדה – עו"ס	.636	.186	.482**		

* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$

לוח 23 מראה שהתקבלה רגרסיה מובהקת למודל 1 : חומרת הבעיה של ההורים וציון טיב התקשורת של העובדות הסוציאליות מסבירים באופן מובהק את ציון SDM של העובדת הסוציאלית, ותורמים יחד לאחוז שונות מוסברת של 40.5%. שני המשתנים תרמו תרומה מובהקת לשונות המוסברת כאשר ציון העובדת הסוציאלית לטיב התקשורת בוועדה מראה על קשר מעט יותר חזק. המודל החליש במעט את עוצמת הקשר בין כל אחד מהמשתנים המנבאים לציון SDM של העובדות הסוציאליות ועם זאת כל אחד מהם נשאר מנבא מובהק. זאת אומרת, ככל שהעובדת הסוציאלית מעריכה את התקשורת בוועדה כטובה יותר וההורה מעריך את הבעיה כחמורה יותר, כך מידת קבלת ההחלטות המשותפת תתבצע במידה רבה יותר.

תרומתם של חומרת הבעיה ומשתני רקע לאחוז השונות המוסברת של ציון SDM של העובדות

הסוציאליות

על מנת לבדוק את התרומה האפשרית של משתני רקע שנמצאו קשורים לתפיסת חומרת הבעיה של ההורים ולציון SDM של העובדות הסוציאליות לאחוז השונות המוסברת של ציון SDM של העובדת הסוציאלית, ערכנו סדרה של ארבעה ניתוחי רגרסיה, כשבכל אחד מהם שני משתנים בלתי תלויים (חומרת הבעיה ומשתנה רקע) מאפיין של וועדות). לוח 24 מציג את סדרת הניתוחים.

לוח 24

רגרסיה: התרומה של תפיסת חומרת הבעיה, משתני רקע ומאפיינים של הוועדות לשונות המוסברת של ציון SDM של העובדות הסוציאליות

משתנים מסבירים	n	b	SE	β	R ²	F
מודל 2	33				.218	4.18*
קבוע		28.29	3.21	—		
חומרת הבעיה--הורה		.39	.23	1.3		
סוג המענה (ממוקד ילד/משפחתי)		-3.32	2.55	-0.24		
מודל 3	33				.221	4.26*
קבוע		28.85	2.51	—		
חומרת הבעיה--הורה		.39	.232	.31		
השכלת ההורים (גבוהה/נמוכה)		3.62	2.68	.24		
מודל 4	33				.182	3.35*
קבוע		28.60	2.60	—		
חומרת הבעיה--הורה		.47	.24	.37*		
אמא/אבא		1.66	3.00	.10		
מודל 5	32				.273	5.44**
קבוע		37.88	5.15	—		
חומרת הבעיה--הורה		.72	.22	.58**		
גיל ההורה		-0.27	.13	-.36*		

* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$

לוח 24 רואים שכל המודלים בסדרה נמצאו מובהקים כשלעצמם ויחד עם תפיסת חומרת הבעיה של ההורה, משתני הרקע תרמו לאחוז השונות המוסברת של ציון SDM של העובדות הסוציאליות: סוג המענה שניתן בוועדה והשכלת ההורים כל אחד בנפרד העלה את אחוז השונות המוסברת ל 22% ומין ההורה העלה את אחוז השונות המוסברת ל 18.2%. עם זאת, מודלים 2-4 מראים שהפיקוח על משתנה הרקע החליש את המובהקות והעוצמה של הקשר בין תפיסת חומרת הבעיה של ההורים לבין ציון SDM של העובדות הסוציאליות, וגם לא נמצא קשר מובהק בין כל אחד ממשתני הרקע לבין ציון SDM של העובדות הסוציאליות, מה שמחליש מאוד את יכולת הניבוי של המודלים.

מודל 5 מובהק, זאת אומרת, לחומרת הבעיה יחד עם גיל ההורה יש תרומה מובהקת של 27.3% לשונות המוסברת של ציון SDM של העובדות הסוציאליות. במודל זה, בניגוד למודלים 1-4, שני המשתנים תרמו תרומה מובהקת לאחוז השונות המוסברת. נמצא קשר ישיר בין תפיסת חומרת הבעיה של ההורים וציון SDM של העובדות הסוציאליות, כלומר ככל שההורים תופסים

את הבעיה כחמורה יותר, כך ציון SDM של העובדות הסוציאליות יהיה גבוה יותר. בנוסף, נמצא קשר הפוך בין גיל ההורה וציון SDM של העובדות הסוציאליות, כלומר ככל שההורה צעיר יותר, כך עולה ציון SDM של העובדת הסוציאלית.

ציון טיב התקשורת בוועדה של העובדת הסוציאלית ומשתני רקע כמנבאים לציון SDM של

העובדות הסוציאליות

משתנה הרקע היחיד שנמצא קשור לציון SDM של העובדות הסוציאליות וגם לציון טיב התקשורת בוועדה של העובדות הסוציאליות הוא גיל ההורה. על מנת לבדוק את התרומה של גיל ההורה לאחוז השונות המוסברת של ציוני SDM של העובדות הסוציאליות ערכנו ניתוח רגרסיה מרובה. לוח 25 מציג את הממצאים:

לוח 25

מודל רגרסיה מרובה של ציון טיב התקשורת בוועדה של העובדות הסוציאליות וגיל ההורה כמנבאים לציון SDM של ההורים (n=35)

משתנים מסבירים	b	SE	β	R ²	F
מודל 6				.242	5.09*
קבוע	2.65	11.99	--		
טיב הקשורת בוועדה – עו"ס	.701	.222	.523**		
גיל ההורה	.091	.129	.117		

*p < .05. **p < .01. ***p < .001

לוח 25 מראה שמודל 6 נמצא מובהק [F(2,32)=5.09, p<.05]. עם זאת, הוספת גיל ההורה למודל הוריד את אחוז השונות המוסברת שתורם ציון טיב התקשורת בוועדה מ 27.2% (מודל ב) ל 24.2%. בנוסף, תרומת גיל ההורה למודל לא נמצאה מובהקת. מבין כל המודלים שנבנו כדי להסביר את השונות בציוני SDM של העובדות הסוציאליות, המודל המוצלח ביותר שנמצא הוא מודל 1, שמסביר 40.5% מהשונות על ידי תפיסת חומרת הבעיה של ההורה וציון טיב התקשורת של העובדת הסוציאלית.

סיכום ודיון בממצאי מחקר 2

במחקר הנוכחי, ביקשנו למדוד את קבלת ההחלטות המשותפת בוועדות תכנון טיפול ולבדוק אילו משתנים יכולים להסביר את מידת השותפות של הורים ועובדות סוציאליות בקבלת החלטות, על פי מודל (SDM) (Shared Decision Making). הממצאים העיקריים הם: ההורים דיווחו על מידה רבה יותר של שותפות בקבלת החלטות (SDM) כאשר התקשורת בוועדה הייתה טובה יותר, כאשר היו מפגשי הכנה רבים יותר וכאשר עבר אליהם יותר מידע במפגשי ההכנה. בדומה להורים, העובדות הסוציאליות דיווחו על מידה רבה יותר של SDM כאשר התקשורת בוועדה הייתה טובה יותר. בנוסף ובשונה מההורים, מידת SDM של העובדות הסוציאליות הייתה רבה יותר כאשר ההורים תפסו את הבעיה כחמורה יותר, כאשר ההורים היו משכילים יותר, כאשר מפגשי ההכנה היו רבים יותר וכאשר המענים שניתנו בוועדה היו ממוקדי ילד בלבד ולא ממוקדי משפחה. בשונה מההורים, כמות המידע שהועברה בהכנה לדיון לא נמצאה קשורה למידת SDM של העובדות

הסוציאליות. לא נמצא קשר מובהק בין העובדות הסוציאליות להורים בתפיסת SDM וגם לא היה הבדל מובהק ביניהם. העובדות הסוציאליות תפסו את הבעיה כחמורה יותר באופן מובהק לעומת ההורים וגם דיווחו על יותר נושאים שעלו בהכנה לדיון לעומת ההורים.

מאפייני רקע ושותפות בקבלת החלטות

הממצאים מראים שברוב המוחלט של הוועדות לא היו הבדלים מובהקים במידת SDM של העובדות הסוציאליות או ההורים בין קבוצות רקע שונות כמו מוצא, שפת אם, גיל ואמונה דתית, נתון שמראה על היתכנות נמוכה להפליה או גזענות בוועדות. עם זאת, מידת SDM של העובדת הסוציאלית נמצאה נמוכה יותר בוועדות שבהן השכלת ההורים הייתה נמוכה מה שעשוי להצביע על קושי גדול יותר של העובדות הסוציאליות לשתף בקבלת החלטות הורים שהם בעלי השכלה נמוכה. בהתאם, הורים אלו דיווחו על פחות מידע שעבר אליהם בהכנה לדיון, מה שיכול להצביע על כך שפערי ההשכלה בין ההורים והעובדות הסוציאליות מהווים מחסום להעברת מידע מפורט באופן בהיר, שהיא מרכיב בסיסי של שותפות בקבלת החלטות הן על פי ספרות מתחום העבודה הסוציאלית (Alfandari, 2017a; Altman, 2008; Campbell, 1997; De Boer & Coady, 2007; Gallagher et al., 2012; Maiter, Palmer & Manji, 2006) והן על פי ספרות מתחום הרפואה (Legare et al., 2012; McCaffey, Smith & Wolf, 2010).

טיב התקשורת בוועדה ושותפות בקבלת החלטות

הממצאים הנוגעים לטיב התקשורת בוועדה מבטאים את המשותף בתפיסות של ההורים והעובדות הסוציאליות. טיב התקשורת מתבטא בשמיעת הקול של ההורים, ההתייחסות הישירה לקול שלהם בוועדה, המידה שבה ההורה מרגיש בנוח לדבר מול חברי הוועדה והמידה שבה מתייחסים חברי הוועדה לכוחות וההצלחות שלו ושל המשפחה. אחוזי הדיווח הגבוהים על תקשורת טובה בוועדות אינם מפתיעים בהתחשב באופן שבו ההורים גויסו למחקר ולא ניתן להסיק מהם שבכל הוועדות מתקיימת תקשורת טובה במידה רבה. הממצא המעניין הוא הדמיון בין שתי הקבוצות בהערכת טיב התקשורת בוועדה ממנו אפשר ללמוד שבעזרת שמיעת הקול והתייחסות לכוחות, שתי פרקטיקות שמופיעות בספרות של העבודה הסוציאלית כמקדמות שותפות ואיזון יחסי הכוחות בין איש המקצוע ללקוח (כהן ובוכבינדר, 2005; משרד הרווחה והשירותים החברתיים, 2019; רוזנפלד, 1993, 1997, 2017; רונן וגילת, 2006; Early & Glenmayer, 2000; Roose, Roets & Schiettecat, 2012), העובדות הסוציאליות מצליחות להעלות את מידת קבלת ההחלטות המשותפת של שתי הקבוצות. המבחן האמיתי של השימוש בפרקטיקות אלה בוועדות הוא תגובת ההורים אליהן, והממצאים מראים שכאשר העובדות הסוציאליות מדווחות ששמעו את קולם של ההורים, התייחסו אליו והתייחסו לכוחות של ההורים, ההורים מרגישים בהתאם ששמעו את קולם בוועדה והתייחסו אליו ואל כוחות והצלחות שלהם וחשו שהם יותר שותפים בקבלת ההחלטות.

ההכנה לדיון ושותפות בקבלת החלטות

הפעולה המהותית אליה נדרשות עובדות סוציאליות במפגשי ההכנה לות"ט היא העברת מידע שבאמצעותו ההורים יבינו את התהליך שהם נכנסים אליו ויקבלו כלים להשתתף בו בצורה פעילה. בשונה מטיב התקשורת, שמתמקדת בפרקטיקות של שותפות מתחום העבודה הסוציאלית, העברת מידע היא פרקטיקה שמקבלת דגש מיוחד במודל SDM.

הממצאים מראים שגם ההורים וגם העובדות הסוציאליות דיווחו ביותר מידי מקרים על מידע שלא עבר אף על פי שחובה להעביר אותו על פי תקנון העבודה הסוציאלית, ובמקביל אחוז גבוה של מידע חיוני שהעובדות הסוציאליות מדווחות שעבר אך ההורים מדווחים שלא הועבר להם. אצל ההורים כמות המידע שהם קיבלו נקשרה ישירות למידת השותפות בקבלת החלטות ולעומת זאת אצל העובדות הסוציאליות, מידע רב יותר שעובר בהכנה לא מיתרגם למידה רבה יותר של קבלת החלטות משותפת. ממצאים אלה מראים על חירות שלוקחות לעצמן העובדות הסוציאליות להחליט איזה מידע הוא רלוונטי עבור ההורה ואיזה לא, גם אם ההנחיות מורות באופן ברור להעביר אותו להורה במפגש ההכנה לוועדה. שתי הדוגמאות הבולטות למידע שהושמט הכי הרבה פעמים מההכנה לדיון על פי הדיווחים של שתי הקבוצות הן שתי זכויות בסיסיות של ההורים: להביא אדם מטעמם ולהציע תכנית טיפול משלהם. האם קיימת סיטואציה בה המידע הזה אינו רלוונטי? גם אם נניח, שההורים והעובדת הסוציאלית תפסו בצורה דומה את מהות הבעיה הדורשת התערבות ואת תכנית הטיפול הרצויה, האם זה בהכרח אומר שאין להם עניין להביא אדם מטעמם? או שההזדמנות לחשוב על פתרונות נוספים אינה רלוונטית עבורם? על פי כל הערכים והעקרונות המנחים של העבודה הסוציאלית וגם על פי הנחיות התע"ס (משרד הרווחה, 2017), העובדת הסוציאלית צריכה למסור להם את המידע הזה ולאפשר להם להחליט לבדם אם ירצו לממש את זכותם. אם כן, מדוע המידע הזה לא מועבר? פרשנות אפשרית לכך היא, שהעובדות הסוציאליות בוועדות נמנעות למסור מידע שלתפיסתן "יסבך את העניינים" בינם לבין ההורים, כאילו אם יעוררו את המודעות של ההורים לכך שיש להם זכויות בתהליך ושיש מקום משמעותי לעמדתם, זה יגביר את המתח ויקטין את הסיכוי לשיתוף פעולה של ההורים עם התוכנית שהעובדת הסוציאלית מכוונת אליה.

ממצאים של מחקרים שנערכו על וועדות תכנון טיפול בישראל מצביעים על סימנים לכך שהוועדות מחזיקות בתפיסות פטרנליסטיות ושיפוטיות כלפי ההורים ואף משתמשות במנגנונים של כוח ושליטה כדי ללחוץ על ההורים להסכים למה שהרווחה מציעה (האגודה לזכויות האזרח, Alfandari, 2017b; 2016). מחקר של סימקין וסדן (2007), שבמסגרתו נערכו ריאיונות עם חמש פקידות סעד וחמישה הורים לגבי החוויה שלהם בהתערבות חוק הנוער מראה תוצאות דומות לממצאי המחקר הנוכחי. כמו במחקר הנוכחי, העובדות הסוציאליות דיווחו על העברת מידע מפורט וההורים דיווחו על מחסור במידע ובלבול בקשר למושגים וזכויות בסיסיים. כפי שהוצג בסקירת הספרות, החוקרות בחנו את העברת המידע דרך מודל שלושת מימדי העצמה של לוקס: הגלוי הסמוי והחבוי. על פי מודל זה, המידע שאמור לעבור מהעובדת הסוציאלית להורה ולא עובר, מבטא ניסיון של העובדות הסוציאליות למנוע קונפליקטים גלויים ולכן הן מנפות נושאים (כמו הזכות להציע תכנית טיפול) ומשתתפים (דרך אי היידוע על הזכות להביא כל אדם מטעמם) מתוך התהליך. ההורים אינם יודעים איזה מידע הוסתר מהם והם נאלצים לסמוך על העובדת הסוציאלית שהיא נתנה להם את כל המידע הרלוונטי.

חומרת הבעיה ושותפות בקבלת החלטות

הממצאים מראים שתפיסת ההורים את חומרת הבעיה יחד עם טיב התקשורת בוועדה מסבירות אחוז גבוה, כמעט מחצית, מהשונויות בציון SDM של העובדות הסוציאליות. הקשר בין שותפות בקבלת החלטות לבין תפיסת ההורים את חומרת הבעיה מופיע בספרות בצורות שונות: מחקרים שמתארים תפיסות של עובדות סוציאליות במערכת הגנת הילד מצביעים על כך שהעובדות הסוציאליות מעריכות באופן שיפוטי את המידע שההורים מספקים, קובעות מה הערך שלו ולפיו

בחרות איזה מידע לתת להורים ועד כמה הם יוכלו להשתתף בקבלת החלטות (Levin, Gerwitz and Cribb, 2017). כמו כן בקרב עובדות סוציאליות במערכת הגנת הילד קיימת לעיתים קרובות האשמה סמויה של הורים, ובעיקר אימהות, במצב של הילדים ותפיסה לפיה קבלת החלטות משותפת ושיתוף פעולה עם ההורים מותנים בהודאה מצד ההורים שהבעיה קיימת, והכחשת הבעיה נתפסת כאי שיתוף פעולה. זאת אומרת, יש ציפייה מצד העובדות הסוציאליות שההורים ישתפו פעולה ויתאימו עצמם לתנאים של מערכת הרווחה. בדרך זו, ההורים יכולים להסכים לתוכנית הטיפול המוצעת או שהם נהדפים החוצה מתהליך קבלת החלטות (סימקין וסדן, 2007; Altman, 2008). כאשר ההורים תופסים את הבעיה כחמורה פחות מהעובדות הסוציאליות, העובדות הסוציאליות עשויים לשפוט זאת כחוסר לקיחת אחריות של ההורים, להסיק שההורים לא ישתפו פעולה עם הטיפול שיוצע להם ולהתמקד בהגנה על הילד. ההורים מצדם מעידים במחקרים שונים, שבשביל להשתתף בקבלת החלטות הם צריכים להרגיש שהעובדת הסוציאלית לצידם ושהיא תראה להם את הסיטואציה באופן ברור ובלי האשמה (Altman, 2008). באופן פרדוקסלי, העובדות הסוציאליות מעלימות באופן עקבי מידע חיוני להשתתפות ההורה מתוך חוסר אמון בהורה שיעשה במידע שימוש מיטיב, אך מדווחות שוב ושוב שקבלת החלטות המשותפת נכשלת מכיוון שאין מספיק זמן כדי לבסס את אמון ההורים בעובדת הסוציאלית ובפתרונות שהיא מביאה (Sudland, 2020).

ככל שהמצב של המשפחה מורכב יותר, המתח הקיים אצל העובדות הסוציאליות בין שיתוף להגנה גדל (Levin et al., 2017). גם במחקר על SDM בתכנון טיפול רפואי ניתן למצוא עדויות לכך שרופאים נוטים לבצע יותר SDM בהתערבויות עם חולים במחלות כרוניות וארוכות טווח ופחות בטיפול נמרץ או מחלות מיידיות ומסכנות חיים (Siyam et al., 2019). בדומה לדילמה האופיינית לעובדות הסוציאליות בות"ט בין הגנה על הילד לבין זכויות המשפחה (סלונים-נבו ולנדר, 2004; אלפנדר, 2017; Muench, Diza & Wright, 2019; Gottfried & Ben-Arieh, 2019; Saar-Heiman & Krumer-Nevo, 2020), כאשר יש צורך לקבל החלטות מצילות חיים בזמן קצר, רופאים חווים דילמה דומה בין שמירה על חייו ואיכות חייו של המטופל לבין זכותו להשתתף בקבלת החלטות הנוגעות לו, כאילו ההשתתפות של המטופל בקבלת החלטות באה על חשבון הצורך לתת מענה מקצועי מיטבי למצב החמור (Driever, Stiggelbout & Brand, 2020).

כפי שרואים בסקירת הספרות, גם הוראות תע"ס ות"ט (משרד הרווחה והשירותים החברתיים, 2017א) כוללות סעיפים אשר מתירים לעובדות הסוציאליות לנקוט צעדים שמגבילים את השיתוף במקרים שהמצב נתפס כחמור, כאשר יש חשש לפגיעה מיידית בילד או סיכון גבוה שמצריך דיון דחוף בות"ט, למשל: להגביל את המידע שנמסר להורים וליילד או לקיים ועדה ללא הורה אם פעם אחת הזמן ולא הגיע. סעיפים אלה מלמדים כי סדר העדיפויות הרשמי בעבודת הוועדות שם את ההגנה על הילד במקום גבוה יותר מאשר את השתתפות ההורים בקבלת החלטות, ואף מעגן בתקנות את הזכות של העובדות הסוציאליות להשתמש בשיקול דעתן כדי להחליט מתי אפשר להפחית את השתתפות ההורים בקבלת החלטות באמצעות פעולות כמו אי מתן מידע או קבלת החלטות ללא נוכחות הורה. יכול להיות, שכאשר ההורים תופסים את הבעיה כחמורה פחות, זה נתפס בעיני העובדות הסוציאליות כסיכון נוסף ולכן הן נוטות להשתמש בזכות שהתקנות נותנות להן למנוע מידע מההורים ואף לקבל החלטות בלעדיהם או בצורה פחות משתפת.

הוועדות שבהן ההורים נטו לתפוס את הבעיה כחמורה יותר הן בעיקר ועדות ראשונות, ועדות שדנו רק בילד אחד מתוך המשפחה, וועדות שהחליטו על מענים לילדים בלבד. ממצאים אלו מציינים תמונה מעניינת של הוועדות: הקשר בין תפיסת חומרת הבעיה של ההורים לבין התמקדות במענים לילד בלבד והתמקדות הוועדה בילד אחד בלבד עשוי לשקף דרך התמודדות של העובדות הסוציאליות עם הקונפליקט הגלוי והסמוי שלהן לגבי הקושי לתת אמון בהורים והדרישה לשתף אותם. אם ההורים והעובדת הסוציאלית מאוחדים בתפיסתם שהמצב של הילד חמור והטיפול הישיר בו יפתור את הבעיה, הרי שהם יתמקדו במענה לפתולוגיות והצרכים של הילד מבלי לדון באחריות האפשרית של ההורים למצב של הילד או ביכולתם לספק לו פתרונות בסיוע של גורמי מקצוע, זאת אומרת, העובדות הסוציאליות יכולות "לעקוף" את אי האמון בהורים, לא להאשים ולא להעצים אותם אל מול המצב של הילד והאפשרויות לטיפול, ולהגיע להסכמה מבלי לעורר קונפליקט. בדומה להסתרת המידע על הזכויות בהכנה לדיון, יכול להיות שהעובדות הסוציאליות חוששות שאם יציעו מענים ממוקדי הורה או ממוקדי משפחה, ההורים יפרשו זאת כהאשמה בהורות לקויה וייווצר קונפליקט. כל עוד הילד הוא מוקד הבעיה, ההורים לרוב משתפים פעולה עם הטיפול שיש לרווחה להציע והקונפליקט נמנע.

השכלה, עוני וקבלת החלטות משותפת

הממצאים מתארים שהורים בעלי השכלה נמוכה זוכים לפחות שותפות בקבלת החלטות על פי דיווחי העובדות הסוציאליות ולפחות מידע שמועבר בהכנה לדיון. כמו כן מראים הממצאים שהורים שהשכלתם נמוכה נוטים לתפוס את הבעיה כחמורה פחות וכבר למדנו מהממצאים שתפיסת הבעיה כחמורה פחות מובילה לפחות שותפות בקבלת החלטות. הקשר בין השכלה נמוכה לעוני תואר בספרות פעמים רבות והתמונה העולה מן הממצאים של מחקר זה מראה שפערי הכוחות בין העובדות הסוציאליות לבין ההורים גדלים כאשר מדובר בהורים משכבות סוציו אקונומיות נמוכות.

בכלי המשופר לתיעוד הדיון בות"ט שנמצא בשימוש במחלקות הרווחה כיום (משרד הרווחה והשירותים החברתיים, 2017), ההקשר של עוני מוזכר בעקיפין פעם אחת בלבד בדמות הסעיף "מצב כלכלי ודיר" ברשימת הנושאים שיו"ר הוועדה צריכה לסמן אם הם דאגה או כוח של המשפחה. עבור מערכת רווחה שמאמצת את הפרדיגמה של עבודה סוציאלית מודעת עוני, המצב שמתואר בספרות בו ההקשר של העוני מתבטל אל מול ההקשר של ההגנה על הילד הוא בלתי מתקבל על הדעת מכיוון שהפרדיגמה מכוונת את העובדת הסוציאלית להצטרף ולהיאבק יחד עם ההורה על מערכת יחסים טובה יותר עם הילדים ונגד הדיכוי החברתי בו נבנתה ההורות, אך בפועל העובדות הסוציאליות שופטות את ההורות ומתמקדות בעיקר בהגנה על הילד (Saar-Heiman, 2019).

כפי שעולה מסקירת הספרות, גם בתחום הבריאות רופאים נתקלים בקשיים ליישם SDM עם אוכלוסיות בעלות השכלה נמוכה (Legare et al., 2011; Smith et al., 2009; Smith, Nutbeam, & McCaffey, 2013). דוגמה זו מנכיחה שוב את הדמיון בין תהליכי קבלת החלטות הרפואיות על טיפול לאלו בוועדות תכנון טיפול, ואם החסמים ביישום SDM במערכת הבריאות והרווחה דומים אז אולי אפשר להשתמש בכלים דומים כדי להתגבר עליהם. נכון להיום נראה שדרך ההתמודדות של העובדות הסוציאליות עם הקושי לשתף הורים בעלי השכלה נמוכה משמרת דפוס שבו הורים ממצב סוציו אקונומי נמוך, שנוטים לתפוס את הבעיה כחמורה פחות, מואשמים באי לקיחת אחריות על הבעיה ונדחקים מתהליך קבלת החלטות בוועדה: הם מקבלים פחות מידע

וזכויותיהם בתהליך פחות נשמרות, כך הם נותרים ללא כלים וידע חיוניים להצלחת ההשתתפות. SDM לעומת זאת, הוא מודל שמחשיב את המטופל ואיש המקצוע כשותפים שווים בקבלת ההחלטה ולכן דרך ההתמודדות שלו עם הקושי הוא מציאת דרכים חדשות להגיש את המידע עבור מטופלים כך שיוכלו להגשים את יכולתם להיות שותפים שווים בקבלת ההחלטות על טיפול (Brown & Salmon, 2019). כחלק מהמחקר והפיתוח של מודל SDM נעשו ניסיונות לפתח כלים אשר יסייעו ליישום קבלת החלטות משותפת עם אוכלוסיות בעלות השכלה נמוכה, כמו שימוש בשפה פשוטה וברורה, מסירת חומר כתוב בכתב גדול, עידוד המטופל לשאילת שאלות.

מגבלות המחקר

המגבלה הראשונה היא שהמחקר התבסס על דגימת נוחות ולא על דגימה הסתברותית ולכן, לא ניתן לומר שהממצאים שהתקבלו מייצגים את הנעשה בוועדות תכנון טיפול או את תפיסותיהם של ההורים והעובדות הסוציאליות באופן גורף. יתירה מזאת, קיימת סבירות גבוהה שהמדגם מוטה בשל מגבלות שהושמו על הדגימה מטעם אגף המחקר של משרד הרווחה – לפיהן העובדות הסוציאליות במלש"ח הן אלה שבחרו לאילו הורים להציע להשתתף במחקר. ההטיה הצפויה לשיטת דגימה זו היא שרוב המשפחות שנבחרו למחקר על ידי העובדות הסוציאליות הן משפחות שנוטות "לשתף פעולה" עם גורמי הרווחה ושהעובדות הסוציאליות הרגישו שתהליך קבלת ההחלטות איתן נערך בצורה משותפת במידה רבה. הטיה אפשרית זו האפילה על היכולת שלנו לקבל מידע על מידת השותפות בקבלת החלטות עם משפחות במקרים בהן יש בין המשפחה לבין גורמי הרווחה קונפליקט בעצימות גבוהה.

המגבלה השנייה היא המדגם הקטן, שהגביל את הניתוחים הכמותיים שהיה ביכולתנו לבצע והנחה אותנו לנהוג בזהירות בפרשנות של הממצאים שהתקבלו כאשר גודל המדגם היה כל הזמן נגד עינינו. בנוסף, עד כמה שניסינו לכלול במדגם משפחות מקבוצות אוכלוסייה מגוונות, הייצוג של אוכלוסיות אלה במדגם הוא קטן מאוד, לדוגמה רק שני הורים שהשתתפו הם מהמגזר הערבי ורק שישה הורים מהמגזר החרדי. ייצוג קטן זה אינו מאפשר ניתוח שבוחן את ההבדלים בין קבוצות אוכלוסייה שונות בקבלת החלטות משותפת בוועדות.

המגבלה השלישית נובעת מהשימוש בשאלון SDM ככלי למדידת קבלת החלטות משותפת. בהיעדר כלי מקובל בתחום הרווחה למדידת שותפות בקבלת החלטות, השתמשנו במודל SDM שצמח בשירותי בריאות. השימוש במודל זה בשירותי רווחה טרם נבחן במחקר ולכן אף על פי שבשירותי בריאות הוא כבר נחשב למודל מבוסס ראיות, ההתאמה שלו לשירותי רווחה אינה מבוססת דיה.

מגבלה רביעית ואחרונה נובעת מהיעדר כרוני של מידע על הוועדות. כפי שצוין בסקירת הספרות ובדיון, לא קיים איסוף שיטתי של מידע לגבי הוועדות במשרד הרווחה. למשל, מידע על התפלגות המענים הארצית של הוועדות, נוכחות אבות ואמהות, תיעוד שיטתי של המידע שעובר בתהליך ההכנה לוועדה וכדומה. היעדר המידע הגביל את היכולת שלנו להעריך במושגים אופרטיביים עד כמה המדגם של הוועדות ומאפייניהן דומה או שונה להתנהלות כלל הוועדות.

דיון מסכם ואינטגרטיבי

המטרה המרכזית של עבודה זו הייתה לענות על השאלות באיזו מידה, באיזו צורה ובאילו תנאים מתרחשת שותפות בקבלת החלטות בין עובדות סוציאליות להורים וילדים בוועדות תכנון טיפול? שני המחקרים הכלולים בעבודה זו מציגים שני מדגמים שונים של וועדות: שבעים ושלושה הפרוטוקולים שנותחו במחקר 1 מייצגים וועדות שהחליטו על הוצאה מהבית בין השנים 2012-2014 וארבעים ושלוש הוועדות שנותחו במחקר 2 הן וועדות מכל הסוגים שהתקיימו בין השנים 2016-2020. אף על פי השוני בין המדגמים, הממצאים מאפשרים התבוננות רחבה על כמה נושאי-מפתח הקשורים לשותפות בקבלת החלטות בות"ט.

הממצאים העיקריים: אחוזי נוכחות עקביים של אבות ואימהות בשני המדגמים של הוועדות - אבות נוכחים כבמחצית הוועדות, בעוד אימהות נוכחות ברוב המוחלט של הוועדות. הנימוקים להיעדרותם של אבות חוזרים על עצמם בשני המדגמים: הנעדרים הם אבות שלא יכולים להפסיד יום עבודה, אבות גרושים או פרודים שהקשר שלהם עם הילדים לא רציף ואבות שמסרבים לקשר עם הרווחה. אחוזי הנוכחות של אנשי מקצוע חיצוניים שונים מעט בשני המדגמים ומראים 85% נוכחות של אנשי מקצוע חיצוניים בוועדות של מחקר 1 ו 67% נוכחות של אנשי מקצוע חיצוניים בוועדות של מחקר 2. בשני המדגמים הנציגים שנכחו במידה הרבה ביותר הם עובדות סוציאליות ממסגרות בקהילה ו\או נציגים ממסגרות חינוך. הרוב המוחלט של המענים עליהן החליטו הות"ט בשני המחקרים הם ממוקדי ילד ומיעוט מענים ממוקדי משפחה. בכל הוועדות שנדגמו לא ניתנו מענים חומריים או מענים של מיצוי זכויות מול גופים אחרים מלבד שתי וועדות במחקר 2 שהמליצו על שילוב משפחה בתוכנית משפחתית ייעודית אשר חלק אינטגרלי ממנה הוא התערבות של מיצוי זכויות ומאבק בעוני.

בפרק זה בחרנו לדון במספר סוגיות שנוכחות בשני המחקרים או עולות מהאינטגרציה ביניהם והן רלוונטיות וחשובות לחידוש והוספת ידע על התפיסה של שותפות בקבלת החלטות בעבודה סוציאלית ובות"ט בפרט. הסוגיות עליהן בחרנו לדבר הן היעדרות של אבות, נוכחות של אנשי מקצוע חיצוניים, תהליך ההכנה לדיוני הוועדה, המשמעות של מענים ממוקדי ילד וממוקדי משפחה, מהות התהליך המקצועי של ות"ט וניסיון שנעשה במחקר 2 עם השימוש במודל SDM ומה ניתן ללמוד ממנו.

נוכחות והיעדרות של אבות ואימהות

הממצאים מראים אחוזי היעדרות גבוהים של אבות מהוועדות. כפי שראינו בנייתוח הפרוטוקולים, כאשר אב נעדר מוועדה, ברוב המקרים העמדה שלו לא מיוצגת בה ולא נשמעת, והוא לא זוכה לממש את זכותו להשתתף בקבלת החלטות לגבי הטיפול בילדיו. מאז תחילת הרפורמה בוועדות בשנת 2008, ההנחיות (שמאוחר יותר הפכו לתקנות), מנחות בפירוש שהעובדת הסוציאלית צריכה להשקיע מאמץ ניכר לאתר את האב ולשלב אותו בתהליכי הוועדה אך לפחות על פי מה שמעידים הממצאים בעבודה זו אין אפילו שיפור קטן לאורך השנים בנוכחות אבות בוועדות. לצערנו, לא ניתן היה להשיג נתונים ממשדד הרווחה על אחוזי הנוכחות האמיתיים של אבות ואימהות בוועדות, אלא רק פילוח של וועדות שהתקיימו עם נוכחות הורה אחד לפחות לעומת אלה שהתקיימו ללא הורים כלל (פניה לחוק חופש המידע, 30 בנובמבר 2020) ולכן קשה

לומר עד כמה הממצאים מציינים תמונה מדויקת של נוכחות אבות בשטח, אך עם זאת העקביות בממצאים של שני המחקרים, שבשניהם יחד נדגמו בסך הכל 116 וועדות, מחזקת את התוקף שלהם. מחקר 2 מצא שבכל שמונת המקרים בהם אבות מילאו את שאלון המחקר, העובדות הסוציאליות דיווחו על קבלת החלטות משותפת במידה רבה. ממצאים אלה מתיישבים עם הממצאים שנידונו במחקר 2 שמראים שאבות שהשתתפו במחקר נטו לתפוס את הבעיה כחמורה יותר מאשר אימהות. אולי העובדות הסוציאליות מוותרות בקלות רבה יותר על האבות ה"לא צייתניים" שלא רואים את הבעיה בחומרה או לא נמצאים בקשר רציף עם הילד, ומזמינות לוועדות את האבות ה"מגוייסיים" בלבד שנכונים לשתף פעולה עם התוכנית שמציעים ברווחה. האימהות לעומת זאת, שבדרך כלל נתפסות כאחראי העיקרי על הילד (סימקין וסדן, 2007) ובמקרים רבים הן המשמורן הראשי שלו, גם כשהן נתפסות כמתנגדות ולא משתפות פעולה נעשים מאמצים רבים להביאן לנוכחות בוועדה. ויחד עם זאת, אין נתונים שמראים שהעובדות הסוציאליות משתפות את האימהות בקבלת החלטות במידה רבה יותר. האחריות ההורית שמייחסים לאימהות ומובילה לנוכחות כמעט מלאה בוועדות עשויה לבוא גם בעוכריהן של האימהות, כיוון שעם האחריות ההורית מגיעה גם ההאשמה, השיפוטיות והתינוג כ"משתף פעולה" או "לא משתף פעולה". בשל הייצוג הקטן של אבות שמילאו שאלון במדגם של מחקר 2 יש צורך להתייחס לנתונים המוצגים בהסתייגות ולא ניתן להסיק מהם מסקנות מרחיקות לכת, אך בהיעדר נתונים אחרים על היעדרות ונוכחות של אבות בוועדות כדאי לכל הפחות לעשות במשרד הרווחה בדיקה מעמיקה של הנתונים על נוכחות אבות ולחשוב ברצינות אם המדיניות של משרד הרווחה יכולה להכיל סטייה כזו מהערכים והעקרונות שמנחים אותה ואת הרפורמה בוועדות. כיצד ניתן להתמקד בצרכי המשפחה והילדים אם לא משקיעים מאמץ באיתור האבא ושיתופו בתהליך?

דפוסי ההיעדרות והנוכחות שנמצאו מצביעים על שימור הבניה חברתית מגדרית ששומרת את האימהות בדפוסים קיימים של דיכוי ומדירה חלק ניכר מהאבות מתפקידים הוריים של טיפול בילדים. הבניה חברתית זו עומדת בסתירה לגישות ממוקדות משפחה עליהן מצהיר משרד הרווחה שרואות כל חבר במשפחה הגרעינית כבעל יכולת לתרום ולהועיל לתוכנית הטיפול. חשוב לציין כי מחקרים מכל העולם מצביעים על אי שוויון בשותפות בפרקטיקה עם גברים לעומת נשים, והוא לא ייחודי לישראל (Alfandari, 2017; Philip, Clifton & Brandon, 2019).

נוכחות של אנשי מקצוע חיצוניים

ההנחה שלנו כאשר ביצענו את ניתוח הפרוטוקולים הייתה, שנוכחות של אנשי מקצוע חיצוניים תגביר את הסיכוי לשותפות עם ההורים ובמיוחד אנשי מקצוע שמכירים את ילדי המשפחה טוב ופוגשים אותם ביומיום, למשל בביה"ס או במועדונים, ולכן אחת מההשערות במחקר 2 הייתה, שנוכחות של אנשי מקצוע חיצוניים תתרום למידת השותפות בקבלת החלטות בוועדות אך השערה זו לא אוששה. הקשר היחיד שנמצא לנוכחות של אנשי מקצוע בוועדות הוא, ככל שהעובדות הסוציאליות תופסות את הבעיה כחמורה יותר כך נוכחים בוועדה אנשי מקצוע חיצוניים רבים יותר. יכול להיות, שנוכחות אנשי המקצוע החיצוניים מרתיעה את ההורים כי הם מניחים שאנשי המקצוע יחברו באופן טבעי עם גורמי הרווחה, ניתן למצוא מעט עדויות לפרשנות זו במחקר (סימקין וסדן, 2007). בכל מקרה, אין עדויות שמרמזות על כך שנוכחות של אנשי מקצוע חיצוניים בהכרח תורמת להשתתפות ההורים בוועדות. כיום, אין לאנשי מקצוע חיצוניים

מחויבות חוקית כלפי הוועדות והם לא מחויבים להגיע גם אם מזמינים אותם, ויכול להיות שזה יכול להסביר את ההיעדרות שלהם במיעוט הוועדות. אם נוכחותם בוועדות תוסדר על פי חוק, אולי ניתן יהיה להיעזר באנשי מקצוע חיצוניים ולגייס אותם גם לחלקים אחרים של התהליך כמו סיוע בהכנה לדיון: לחזור עם ההורים והילד על מידע שהועבר להם בפגישת ההכנה ולעזור להם להבין אותו ולחשוב איך היו רוצים להשתמש בזכויותיהם באופן המועיל ביותר.

הכנה לדיון – נקודת תורפה

הממצאים מראים שכמו היעדרות האבות, גם ההכנה לדיון היא נקודת תורפה של תהליך קבלת החלטות משתף עם ההורים. במחקר 1 נוכחנו, שההכנה ברוב המקרים אינה מתועדת וגם כאשר היא כן מתועדת, התייעוד תמציתי ואי אפשר להבין ממנו איזה מידע הועבר להורים ואיזה מידע על משפחתם הם העבירו. מחקר 2 הצליח לספק יותר מהמידע הדל שסיפקו הפרוטוקולים והתמונה המצטיירת ממנו מראה שבמקרים רבים ההכנה אינה מתרחשת במלואה על פי ההנחיות והתקנות ומידע חשוב וחיוני להשתתפות בקבלת החלטות לא עובר מהעובדת הסוציאלית להורים. הסתרת מידע זו מהווה מכשול משמעותי ליישום תהליך קבלת החלטות משתף מכיוון שההורים לא מקבלים את כל המידע הרלוונטי שהם צריכים על מנת להשתתף ולהשפיע על ההחלטה שתתקבל. כמו כן, עדיין קיימים מקרים בהם לא מתרחשת הכנה לוועדה כלל. כפי שכבר נאמר בעבודה זו, ההכנה לדיון היא החולייה הראשונה בשרשרת השותפות. ללא הכנה ראויה שכוללת העברת מידע ברור להורים על אופי התהליך וזכויותיהם בו, היכולת של ההורים להשתתף בקבלת החלטות נפגעת אנושות. הורים שלא מכירים את כל האפשרויות שלהם ולא מודעים לזכויות שלהם עשויים לחשוב שלהחלטת הוועדה יש תוקף חוקי ושהם מחויבים לשתף איתה פעולה ולהסכים לתוכנית שהיא מציעה. כך שותפות בקבלת החלטות הופכת ל"שיתוף פעולה" ו"הסכמה" של ההורים עם תכנית הטיפול המוצעת על ידי גורמי הרווחה. ראיות לא מעטות הצטברו במחקרים לגבי השיח הרווח אצל עובדות סוציאליות במערכת הגנת הילד במדינות רבות, שמסווג הורים כ"משתפי פעולה" לעומת "מתנגדים" (מאסס, 2010; סימקין וסדן, 2007; Altman, 2008; McKay & Garratt, 2013). שיח זה ניכר גם בפרוטוקולים שניתחנו במחקר 1, והוא מהווה חסם משמעותי בפני קבלת החלטות משותפת מכיוון שהמידע בה היא תתקיים תלויה בעיקר בפעולות "מלמעלה" שיעשו העובדות הסוציאליות והכוח שהן יעבירו להורים שיאפשרו להם להשתתף באופן משמעותי בקבלת החלטות בוועדה, אך הממצאים של מחקר 2 מציינים תמונה מדאיגה ובה הכח לא רק שלא עובר להורים, לעיתים קרובות אף נעשות פעולות, כמו הסתרת מידע חיוני, שימנעו ממנו לעבור.

מענים ממוקדי ילד וממוקדי משפחה

התיוג של ההורים על ידי העובדות הסוציאליות כ"משתפי פעולה" או "מתנגדים" עשוי להיות בעל השלכות מרחיקות לכת על סוג המענים שהוועדות מחליטות עליהן עבור ילדים והורים. שתי תפיסות מוצהרות של משרד הרווחה אמורות להתקיים לגבי המענים הללו, שתיהן הוצגו בהרחבה בסקירת הספרות: הראשונה נותנת עדיפות למענים קהילתיים על פני מענים חוץ ביתיים והשנייה נותנת עדיפות למענים משפחתיים-הוליסטיים שרואים את המשפחה כיחידת ההתערבות ואת ההקשר שבו חיה המשפחה כחלק בלתי נפרד משדה ההתערבות. התפיסה הראשונה משתקפת בנתונים שפרסם משרד הרווחה: מספר ההשמות החוץ ביתיות נשאר יציב מזה עשור, לעומת מספר הילדים בסיכון שגדל וכמו כן יש עליה במספר ההשמות בקהילה, בעיקר בתחום

המועדוניות (משרד הרווחה והשירותים החברתיים, 2021ב), זאת אומרת שיש עדויות לכך שמערכת הרווחה צמצמה את מספר ההשמות החוץ ביתיות והרחיבה את מספר המענים בקהילה. התפיסה השנייה לעומת זאת, אינה משתקפת בממצאים: לא ניתן למצוא ראיות בתוכניות הטיפול שגיבשו הות"ט להעדפה של גישות ממוקדות משפחה שמשרד הרווחה אימץ באופן מוצהר (משרד הרווחה והשירותים החברתיים, 2019).

המענים ברוב המוחלט של הות"ט שנבדקו בעבודה זו הם ממוקדי ילד. אחת מהשערות המחקר שלנו הייתה, שנמצא אצל ההורים והעובדות הסוציאליות מידה רבה יותר של שותפות בקבלת החלטות בוועדות שהחליטו על מענים ממוקדי משפחה. השערה זו התבססה על ההנחה, שהורים שהוועדה נותנת מענה לצרכיהם ולא רק לצרכי הילדים, ירגישו שהם שותפים במידה רבה בקבלת החלטות. אך להפתעתנו, גילינו שציון SDM של העובדות הסוציאליות היה גבוה יותר דווקא בוועדות שהחליטו על מענים ממוקדי ילד בלבד. בדיון של מחקר 2 הצענו, שאולי ההורים מפרשים הצעות לעזרה כביקורת על ההורות שלהם ובעקבות כך הקונפליקט בינם לבין העובדת הסוציאלית מתעצם. פרשנות אפשרית נוספת נוגעת לאופי המענים ממוקדי משפחה ולאופן שבו מציעות אותן העובדות הסוציאליות להורים: האם המענים, כמו טיפול במרכז הורים-ילדים, טיפול רגשי או הדרכת הורים, נותנים מענה לצרכי המשפחה כפי שתופסת אותם העובדת הסוציאלית או כפי שתופסים אותם ההורים? המחקר הנוכחי לא יכול לספק את התשובה, אך ראוי להקדיש תשומת לב לשאלה זו.

הסבר אפשרי לפער בין התפיסה המוצהרת שמעדיפה מענים ממוקדי משפחה לבין האחוז הקטן שתופסים מענים אלה בתוכניות הטיפול שנקבעות בוועדות עשויה להימצא בהנחיות התע"ש של ות"ט (משרד הרווחה, 2017) אשר מגדיר בצורה ברורה כי אוכלוסיית היעד של הוועדות היא ילדים, ולא משפחות. אמנם, ההנחיות מכוונות את העובדות הסוציאליות לשתף את ההורים, למסור להם מידע, לסייע להם במיציא זכויות, לתת להם מענים שישפרו את המצב בבית ולעשות מאמץ ניכר כדי שהם יהיו מעורבים בתהליכי הוועדה אבל עם זאת, ההנחיות גם מתירות לעובדות הסוציאליות בנסיבות מסוימות בטווח רחב יחסית להחליט שלא למסור מידע להורים או לא להזמין אותם לוועדה ומבהירות שטובת הילד היא הערך העליון בוועדות. בדומה למושג "שותפות", "טובת הילד" הוא לא מושג שיש לגביו הגדרה מוסכמת או קריטריונים ברורים והוא נתון לפרשנויות שונות מפי אנשי מקצוע שונים וכך, כפי שטענו בדיון של מחקר 2, אם ההורים לא "מתיישרים" עם הפרשנות של העובדת הסוציאלית לטובת הילד, הם זוכים לפחות שיתוף בקבלת החלטות בוועדה.

ועדות תכנון טיפול – תהליך טיפולי או תהליך פורמלי?

בשורה התחתונה, יש הרבה אינדיקציות בשטח ובספרות לכך שבכל הקשור לשותפות הורים בוועדות, לא רק שהרפורמה בוועדות שהתחילה ב 2008 לא השיגה את יעדיה, אלא גם אין עדויות להתרחשות של שיפור מתמיד בתחום שותפות ההורים בוועדות: העובדות הסוציאליות לא נצמדות להנחיות ותקנות שאמורות להנחות אותן איזה מידע עליהן להעביר להורים, לא מתעקשות על הזמנתם של אבות ומחליטות על פי שיקול דעתן מתי לשתף יותר ומתי פחות. מחקרים שנערכו בשנים האחרונות כמו גם ממצאי מחקר זה מסבירים זאת דרך ההתמקדות של העובדות הסוציאליות בסיכון ובהורות על חשבון ההקשר של ההורות והסיכון, שבמקרים רבים כולל מצוקה ועוני (Saar-Heiman, 2019). הספרות מציגה שהעובדות הסוציאליות בישראל מתייחסות באמביוולנטיות לקבלת החלטות משותפת, כרעיון אידיאלי אך רדיקלי ולא ריאלי

במציאות של עבודה אינטנסיבית. יחד עם החסמים הארגוניים המשמעותיים לשותפות הורים בוועדות שצינה אלפנדרי במחקרה (Alfandary, 2017), הפער התפיסתי הזה מהווה את המחסום המשמעותי ביותר שמעכב קבלת החלטות משותפת בוועדות ולמרות מאמצים שנעשים כל הזמן כדי לקדם את שותפות ההורים בוועדות, המחסום התפיסתי נשאר עיקש לאורך השנים. המחקרים שנערכו עבור עבודה זו והספרות מתארים משוואה שחוזרת על עצמה בוועדות ופורומים דומים בעולם, לפיה לא ניתן ליישם קבלת החלטות משותפת באופן מוצלח אם ההורים לא מבינים את חומרת הבעיה כפי שמבינים אותה אנשי המקצוע או אם הם לא מודים באחריותם להיווצרות הבעיה. משוואה זו דומה למודלים וגישות של טיפול ופסיכו אנליזה לפיהם על מנת שיתרחש שינוי, המטופל והמטפל צריכים להגיע להסכמה לגבי הבעיה, והמטופל חייב לקבל על עצמו את האחריות לחלק שלו בהיווצרות הבעיה.

בטיפול הפסיכו דינאמי הקלאסי קוראים לזה "תובנה", ולדרכים שבהן המטופל מראה אמביוולנטיות או חוסר שביעות רצון מההתערבות קוראים "התנגדות". כפי שתואר בסקירת הספרות, המקור להתנגדות של ההורים לתהליך יכול לנבוע מפחד, בושה, חוסר ביטחון ומאפיינים אישיים אך גישות טיפול חדשות יותר, כמו למשל הגישה המוטיבציונית, מדגישות שגם לעובדת הסוציאלית יש יכולת להשפיע על ההתנגדות של המטופל, ובמיוחד בסיטואציות של עבודה עם משפחות במערכת הגנת הילד, למשל, סגנון של עימות מצד העובדת הסוציאלית גורר יותר התנגדות, וסגנון אמפתי מפחית אותה וכמו כן יש עדויות ששימוש בגישה מוטיבציונית מסייע להפחית מההתנגדות של ההורים ולו רק בגלל שהעובדת הסוציאלית לוקחת על עצמה את האחריות לחלקים בהתנגדות שמושפעים על ידי הפעולות שלה במקום לתייג את ההורים כ"מתנגדים" ולהסיק שאין עם מי לדבר (Forrester, Westlake & Glynn, 2012). זאת אומרת, ההנחה שלפיה אם העובדת הסוציאלית לא תצליח "לפרק" את ההתנגדות של ההורים לא יוכל לקרות תהליך של שינוי היא לא בהכרח נכונה. אך גם אם משוואה זו נכונה לפחות עבור חלק מהגישות הטיפוליות המוכרות, וועדת תכנון טיפול אינה טיפול וגם אינה אמורה לשמש עבור ההורים כ"קצינת מבחן" שההודאה באשמה על ביצוע עבירה היא תנאי התחלתי לקשר ולקבלת תסקיר שממליץ על תהליך שיקום. המטרה של ות"ט היא שונה ואחרת ממטרות של טיפול ארוך או קצר טווח, המטרה היא לבנות בתהליך קצר ומובנה את תכנית הטיפול שהכי תיטיב עם הילד מתוך ראייה שהתוכנית הטובה ביותר היא תכנית שהמשפחה שותפה לה באופן משמעותי. הדרך היחידה לבנות תכנית טיפול כזו היא שותפות עם ההורים בקבלת החלטות.

אף על פי הגישה הרווחת של העובדות הסוציאליות להתנגדות הורים, שכפי הנראה מושאלת מתפיסות מסוימות של טיפול פסיכו דינמי, לראייתנו הוועדות הן תהליך פורמלי יותר מאשר תהליך טיפולי, כשם שקבלת החלטות על טיפול בין רופא ומטופל אינן פרוצדורה רפואית אלא ניסיון להגיע להחלטה בעלת סיכויי ההצלחה הטובים ביותר. הישענות של העובדות הסוציאליות על תיאוריות טיפוליות בתהליך פורמלי עשויה להיות גורם משמעותי שמעצב את תפיסתן לגבי קבלת החלטות משותפת, אך לראייתנו ליישום מוצלח של קבלת החלטות משותפת אין ולא צריך להיות קשר עם הודאה של ההורים באשמה למצב הילד, הסכמה על חומרת הבעיה או שיתוף פעולה עם תכנית טיפול שמוצעת להם. קבלת החלטות משותפת יכולה להתקיים ללא קשר לעוצמת הקונפליקט בין ההורים לעובדות הסוציאליות או עוצמת ההתנגדות של ההורים ואפילו יכולה לסייע להפחתת הקונפליקט וההתנגדות כי כאשר ההורים יקבלו יותר מידע על התהליך, על התפיסה של העובדת הסוציאלית את המצב והאפשרויות לפתרון ועל זכויותיהם להביע את

עמדתם, לשאול ולהתייעץ ולהציע פתרון באופן אקטיבי, הם עשויים לקבל יותר תחושה של שליטה ופחות תחושה של חוסר אונים ושיפוטיות כלפי ההורות שלהם ומכאן גם יותר מוטיבציה והתגייסות שלהם לתהליך.

בשורה התחתונה – מי מחליט על תכנית הטיפול?

להחלטות הות"ט אין תוקף חוקי. בהגדרתן בתקנות העבודה הסוציאלית (משרד הרווחה והשירותים החברתיים, 2017) וגם על פי תזכיר החוק המתגבש בימים אלה שיסדיר את מעמדן (תזכיר חוק שירותי הסעד, 2018), תוכניות הטיפול שנבנות בוועדות הן בגדר המלצה בלבד. במידה שאין הסכמה בין ההורים לעובדות הסוציאליות על תכנית טיפול, קיימים מנגנונים מוגדרים להתמודדות עם חוסר ההסכמה, המעגנים את זכותם של ההורים לערער ולפנות לוועדה בהרכב מורחב וועדה מחוזית. אם לאחר כל הניסיונות להגיע להסכמה בן ההורים והעובדות הסוציאליות עדיין לא הושגה הסכמה על תכנית טיפול, לעובדת הסוציאלית יש אפשרות לפנות לבית המשפט באמצעות חוק הנוער טיפול והשגחה, ובית המשפט הוא זה שיקבל החלטה סופית אם לחייב את הילד והוריו לקיים את תכנית הטיפול. תהליך זה דומה ביסודו לעבודה של יחידות הסיוע שליד בתי המשפט במקרים של הגעה להחלטות על משמורת של ילדים: בדומה לוועדות תכנון טיפול, מדובר בתהליך קצר ומחייב עבור ההורים שנועד לסייע להם להגיע להסכמות ללא דיונים בבית המשפט, אך אם ההורים לא הגיעו להסכמות לגבי הילד בסוף התהליך, בית המשפט הוא זה שיכריע. דרך ההסתכלות הזו יכולה אולי להוריד לחץ גם מההורים וגם מהעובדות הסוציאליות: הדגש על כך שתכנית הטיפול היא בגדר המלצה שאפשר לדון בה בבית המשפט ושלגורמי הרווחה אין מנדט לכפות אותה על ההורים עשוי למתן את "פנטזיית ההצלה" של העובדות הסוציאליות כלפי הילד ולהפחית את האיום שחשים ההורים מהמעמד. אך לאור ממצאי מחקר 2 שמראים שבמקרים רבים מידע על זכויות בסיסיות לא עובר מהעובדת הסוציאלית להורים, אפשר להטיל ספק בכך שהמידע החשוב על תוקף החלטות של הוועדות עובר כיום להורים. יתירה מכך, ייתכן שבקבלת החלטות משותפת בוועדות קיימים מאפיינים של התופעה הארגונית המוכרת "Groupthink", תופעה שמתארת מצב שבו החלטה מתקבלת בפורום של אנשים שמחזיקים בתפיסה זהה לגבי הסיטואציה ומחזקים אחד את השני בדעותיהם במקום לבחון את הסיטואציה מזוויות נוספות. על פי התיאוריה, מצב זה עשוי להוביל לקבלת החלטה גרועה (Janis, 1991; Jaeger, 2020). זאת אומרת, הנטייה ליישם קבלת החלטות משותפת במידה רבה עם הורים "משתפי פעולה" בלבד מייצרת מצב שבו מראש כל אנשי המקצוע וההורים המשתתפים בקבלת ההחלטות מסכימים, וזה עשוי להשפיע לרעה על אופי החלטות שמתקבלות. מגוון גדול יותר של דעות מוביל לקבלת החלטה טובה יותר ושומר מפני הסכנות שבקונצנזוס בקבלת החלטות בקבוצה.

מהספרות והמחקר משתקפת תפיסה דיכוטומית של העובדות הסוציאליות בות"ט את ההורים, שמעמידה את תפיסת הבעיה והפתרון שלהם כנגד תפיסת הבעיה והפתרון של העובדת הסוציאלית ומי שיש לו יותר כוח בתהליך קבלת החלטות, התפיסה שלו "מנצחת". אבל מהות ההשתתפות בקבלת החלטות אינה "ניצחון" התפיסה של אחד מהצדדים את המצב, אלא תהליך שמטרתו להשתמש בידע והמומחיות שיש להורה ולעובדת הסוציאלית על המשפחה, ההורות והילדים על מנת להגיע להחלטה מיטבית על תכנית התערבות שתסייע למשפחה להתמודד עם הקושי או הסיכון של הילדים. כפי שרופא לא אמור להעלים מידע או לשלול את הזכות להשתתף

בקבלת ההחלטות מאדם שצריך לקחת החלטות כבדות משקל לגבי טיפול בבעיה רפואית רק בגלל שהמטופל נוהג בחוסר אחריות כלפי גופו (למשל אדם שממשיך לעשן על אף פגיעה בריאותיו), כך גם העובדות הסוציאליות לא אמורות להעלים מידע או לפגוע בזכות ההשתתפות של הורים שתפיסתם את חומרת הבעיה אחרת משל העובדות הסוציאליות ובשל כך הם מואשמים באי לקיחת אחריות על הבעיה.

איך זזים מכאן? מה צריך לקרות כדי לקדם שותפות בקבלת החלטות בוועדות?

על מנת לקדם קבלת החלטות משותפת בוועדות, עלינו להוציא את האשמה מהמשוואה של קבלת ההחלטות המשותפת. ברור, שרגשי אשמה הם חלק בלתי נפרד מהורות ושגם בלי השיפוטיות של העובדות הסוציאליות בוועדות, ההורים יאלצו להתמודד עם רגשות אלה כמו כל הורים. אבל השינוי התפיסתי שצריך לקרות בשביל שקבלת החלטות משותפת תיושם בוועדות בצורה מוצלחת היא הזזת המיקוד של העובדות הסוציאליות בהודאה של ההורים באשמה או, בשפתן של העובדות הסוציאליות, ההכרה שלהם בבעיה, ומהמשמעות שהן מייחסות לה. המיקוד של הוועדות יישאר בילדים, אוכלוסיית היעד המוגדרת. אף וועדה לא צריכה להגיע להחלטות שיפגעו בילד כדי לרצות את ההורים, אבל שותפות בקבלת החלטות אין פירושה "ליישר קו" עם התפיסות של ההורים כשם שאין פירושה "ליישר קו" עם התפיסות של העובדות הסוציאליות. בקבלת החלטות משותפת, צריך להיות מקום לשתי תפיסות שונות לפחות, שיילקחו בחשבון בהחלטה הסופית על תכנית טיפול. על מנת שזה יקרה, הדגש שהעובדות הסוציאליות שמות צריך לזוז מדגש על ההורות כמחוללת הבעיה לדגש על ההורות כחלק אינטגרלי מהפתרון. שינוי תפיסתי כזה מבטא מעבר מתפיסות פטרנליסטיות של עבודה סוציאלית ומתפקיד של פיקוח חברתי של הוועדות, לתפיסה ביקורתית יותר של עבודה סוציאלית שעומדת בקנה אחד עם ערכים ותיאוריות עכשוויים יותר ושאותם מבקשת מערכת הרווחה בישראל לאמץ ולהטמיע.

בסל הכלים של העבודה הסוציאלית כיום קיימים כלים ותיאוריות שמנחים עובדות סוציאליות ומטפלים כיצד להתמודד ולהתגבר על הסיכון לשיפוטיות וראייה צרה של הלקוח המשתקפות מממצאי מחקר זה ומחקרים נוספים שהובאו בסקירת הספרות. כלים אלה שייכים לשתי קבוצות. האחת, קבוצת מיומנויות התערבות הכוללת בתוכה מיומנויות התערבות וקשר כמו התכוונות אמפטית (Shulman, 2006) שמכוונים את העובדת הסוציאלית להתחבר לרגשות פוטנציאליים של המשפחה, לזהות דרכי תקשורת לא ישירות שמבטאות רגשות אלה ולהגיב להם באופן ישיר וברגישות ולהעלות למודעות את אופי יחסי הכוחות והיחסים הסמכותיים בין העובדת הסוציאלית לבין בני המשפחה. כלי נוסף וותיק וחשוב של העבודה הסוציאלית הוא רפלקציה עצמית של העובדת הסוציאלית (Ryding, Sorbring & Wernersson, 2018) שתפקידה בין השאר להציף עמדות שיפוטיות, דעות קדומות ותגובות רגשיות של העובדת הסוציאלית שעשויות להתערב בקבלת ההחלטות של העובדת הסוציאלית ולהפריע לאמפתיה שלה כלפי הלקוח להתפתח. הקבוצה השנייה של הכלים שיכולים לסייע לעובדות הסוציאליות להפחית שיפוטיות וראייה צרה של הלקוח היא קבוצה של תיאוריות ופרדיגמות שנשענות על גישות ביקורתיות בעבודה סוציאלית. גישות אלה שמות דגש על ראיית ההקשר שבתוכו חי הלקוח וזיהוי של הכוחות הפועלים בהקשר הזה ומייצרים מצבים של אפליה, הדרה, דיכוי וסדר חברתי שמשמר אותן. גישות אלו נמצאו במחקרים לא מעטים כיעילות לעבודה משותפת עם הורים וכמקדמות שינוי. הבולטות שבהן הן גישת הכוחות ועבודה סוציאלית מודעת עוני. אך מחקרים

רבים מעידים שההתמקדות בהערכת הסיכון במערכת הגנת הילד מעכבת את היישום של גישות אלה בתהליכי התערבות וקבלת החלטות (Kemp, Marcenko, Lyons & Kruzich, 2014; Saar-Heiman, 2019), והתוצאה היא שהעובדות הסוציאליות שומרות את הכוח אצלן בשם הגנת הילד וטובתו ותופסות הורים "מתנגדים" כהורים שיש סכנה שיחבלו בתוכנית הטיפול שלראייתן תגן על הילד באופן הטוב ביותר. אמנם, הממצאים של שני המחקרים מראים שהעובדות הסוציאליות מיומנות ביישום מיומנויות מקדמות שיתוף כמו שמיעת הקול של ההורים והתייחסות לכוחותיהם, אך מיומנויות אלה אינן מספיקות כדי ליישם שותפות בקבלת החלטות בות"ט במידה שתהיה תואמת את הגישות והפרספקטיבות המנחות עליהן מצהיר משרד הרווחה. כפי שהצענו בדיון של מחקר 2, למודל SDM יש פוטנציאל לסייע בשינוי התפיסתי המתבקש וביצירת פרקטיקה מועילה יותר לקבלת החלטות משותפת.

השימוש במודל SDM

ראוי לכתוב כמה מילים על השימוש במודל SDM בעבודה זו ועל הכלים שפותחו מתוכו למדידת שותפות בקבלת החלטות. בשנים האחרונות, הולך ונרקם דיון אקדמי סביב השאלה האם מודל SDM כפי שהוא מוגדר ומונחה בשירותי בריאות יכול להתאים ולשמש גישה מנחה וגם מתודה פרקטית לקבלת החלטות משותפת בשירותי רווחה (Nykänen, Schön & Nykänen, 2020; Björk, 2021). כפי שעלה בסקירת הספרות, המודל מציע מסגרת ברורה ושימה לשיתוף פעולה בין לקוחות לאנשי מקצוע בקבלת החלטה, דרך יישום פרקטיקות של שיתוף ושותפות. הוא מכוון לבהירות בקשר לערכים וההעדפות של הלקוח, להעברת מידע ברור ומפורט לגבי המצב שבגיני צריך לקבל החלטה ולאפשרויות הקיימות לטיפול (Coyne, O'Mathuna, Gibson, Shields & Sheaf, 2013; Legare et al., 2012; Kriston, Scholl, Holzel, Simon, Loh & Harder, 2010; Legare & Witterman, 2013; Moumjid, Gafni, Bremond & Carrere, 2007). בנוסף, הוא מודל מבוסס ראיות וזה הופך אותו למודל הטוב ביותר הזמין כיום לדיון על האפשרויות לטיפול העומדות בפני לקוח ואיש מקצוע ולהגעה להחלטות שמוסכמות על שני הצדדים. היעד מודל עבודה מוגדר לקבלת החלטות משותפת עם משפחות במערכת הרווחה בישראל יחד עם הערפול סביב הגדרות ברורות לפרקטיקה של שיתוף לקוחות בות"ט ובמערכת הרווחה בכלל, הופכות את שאלת ההתאמה של SDM למערכת הרווחה בישראל לרלוונטית ביותר. החוקרים העוסקים בבחינת ההתאמה של SDM לשירותי רווחה גיבשו שלושה טיעונים מרכזיים לטובת אימוץ מודל SDM במערכת הרווחה בשבדיה: ראשית, המודל עומד בשאיפה של מערכת הרווחה השוודית לאמץ פרקטיקות שהן מבוססות ראיות, זאת אומרת, שנבדקו והוערכו במחקר. שנית, תוצאות המחקר הרב שנערך בתחום SDM בשירותי רפואה מראות שהפרקטיקות של יישום המודל נמצאו יעילות. לבסוף, המודל עומד בכפיפה אחת עם המדיניות המוצהרת ונוסח החוק של שירותי הרווחה בשוודיה, כאשר עולמות התוכן של המודל מבטאים את הערכים והמדיניות אליה שואפת מערכת הרווחה השוודית ביחס לשיתוף לקוחות (Nykänen et al., 2021). אם נבחן את שלושת הטענות של החוקרים השבדים שהוצגו לעיל אל מול המדיניות התקנות וההנחיות הקיימת בשירותי הרווחה בישראל בנוגע לשיתוף לקוחות, נראה שעל פניו המודל עשוי להתאים כגישה כוללת וגם כמתודה ספציפית לקבלת החלטות בוועדות תכנון טיפול בישראל: כמו שבשביה, גם בישראל ארבעת מרכיבי המודל עומדים בכפיפה אחת עם המדיניות המוצהרת ועם הנחיות שמפרסם משרד הרווחה בתחום שיתוף לקוחות וגם בישראל קיימת שאיפה לאמץ

פרקטיקות שהן מבוססות ראיות (Levin & Hamama, 2013; Oppenheim-Weller & Zeira, 2018). לבסוף, כפי שמראה סקירת הספרות מודל SDM הוא מודל שונה מכל הגישות, הפרדיגמות והמודלים של שותפות עם לקוחות שאנו מכירים מתחום העבודה הסוציאלית, שמדגישות שותפות שנובעת מקשר ארוך טווח של אמון. לעומתן, הדגש של מודל SDM הוא העברת ידע שמקדמת שוויון ביכולת לקבל החלטות מושכלות בשותפות של איש מקצוע ומטופל. הניסיון שנצבר במחקר זה בשימוש במודל SDM למדידת קבלת החלטות משותפת הראה, שגם ההורים וגם העובדות הסוציאליות הצליחו להבין בקלות את ההמשגה של המודל שבאה לידי ביטוי בשאלון המחקר ולכן על פניו נראה, שהמודל נגיש וברור להם. הבנה זו מהווה שיקול מהותי בשאלה האם מודל SDM מתאים לשימוש בשירותי רווחה. שנית, הדגש של מודל SDM על העברת מידע כמוקד של שותפות בקבלת החלטות מאיר חלקים שעד עכשיו היו "חשוכים" בידע שלנו על שותפות בקבלת החלטות בות"ט: החלקים בהם מידע אמור לעבור מהעובדת הסוציאלית להורים, ובמרכזם מפגשי ההכנה לות"ט. לעומת הפרקטיקות של העבודה הסוציאלית, מודל SDM מאפשר לנו למדוד ולהעריך גם את שמיעת קולם של ההורים וגם את כמות המידע שעובר אליהם, הדרך בה הוא עובר ומידת ההבנה שלהם אותו. כך הוא יכול לתרום לשיפור מידת השותפות בקבלת החלטות בות"ט.

מסקנות מהקריית

המחסום המרכזי לקבלת החלטות משותפת עם הורים בות"ט שבא לידי ביטוי בעבודה זו הוא תפיסה שמתמקדת בהערכת סיכון והערכת הורות בהקשר צר ודיכוטומי: הורים שתופסים את חומרת הסיכון כפי שהעובדת הסוציאלית תופסת אותה ואינם מתנגדים זוכים למידה גבוהה יותר של שותפות בקבלת החלטות, לעומת הורים "מתנגדים" שמורחקים מתהליך קבלת החלטות על ידי הסתרת מידע חיוני, תיוגם כמכחישי בעיה וכאשר מדובר באבות, אף אי השקעת מאמץ בהזמנתם להיות נוכחים בתהליך. מחסום זה משותף לות"ט ודומיהן במדינות רבות בעולם לאורך זמן.

הכלים הקיימים של העבודה הסוציאלית שנועדו לקדם שותפות והצלחת התערבויות על ידי הרחבת ההקשר בו עובדות סוציאליות מעריכות את המשפחה, הדאגות לגביה והכוחות שלה, אינם מספיקים לבדם כדי ליישם קבלת החלטות משותפת בוועדות ולו רק בשל העובדה שהם כלים המכוונים בעיקר לקשר ארוך טווח בין העובדת הסוציאלית למשפחה, שאמון שנבנה בדרך כלל לאט הוא הבסיס שלהן.

החוויה של עובדות סוציאליות כפי שהן מעידות במחקרים רבים היא שגורמים מערכתיים כמו עומס עבודה ומציאות של "כיבוי שריפות" אינם מאפשרים זמן לבניית אמון של ההורים בהן ובפתרונות שיש להן להציע אך עם זאת, ממצאי המחקר מחדדים את ההבנה שהאמון של ההורים בעובדות הסוציאליות הוא לא המחסום המרכזי לקבלת החלטות המשותפת, אלא האמון שרוחשת העובדת הסוציאלית כלפי ההורים, אמון שמוביל אותה להניח ש"יש עם מי לעבוד". מידת האמון הזו, כשהיא נבנית על סמך האופן שבו ההורים תופסים את חומרת הבעיה, מוביל לחשיבה דיכוטומית שמתייגת את ההורים כ"מתנגדים" או "משתפי פעולה".

מסקנות יישומיות

יש ראיות לכך שלמרות ההצהרה של משרד הרווחה על אימוץ גישה ממוקדת משפחה, הוועדות לרוב מחליטות על מענים ממוקדי ילד, שלא לוקחים את ההורים בחשבון כדמות מרכזית להתערבות ולהקטנת הסיכון של הילד. כמו כן יש ראיות לכך שדווקא בוועדות שבהן ההורים תופסים את הבעיה כחמורה יותר, ניתנים בעיקר מענים ממוקדי ילד. ההשערה שלנו היא, שאולי הקשר הזה נובע מניסיון של העובדות הסוציאליות להימנע מקונפליקט פוטנציאלי עם ההורים מכיוון שהצעת מענים ממוקדי משפחה עשויה להתפרש כביקורת על ההורות שתעורר קונפליקט. כאשר מוקד הבעיה והפתרון הוא הילד, יותר קל לעובדות הסוציאליות לגייס את ההורים לשיתוף פעולה ולהחליט על מענה טיפולי לילד ללא התנגדות מצד ההורים.

על מנת להתגבר על המחסום התפיסתי לקבלת החלטות משותפת, כדאי לחפש מודלים לקבלת החלטות שיתאימו לייחודיות של ות"ט – קבלת החלטות על טיפול בזמן קצר. מודלים אלה צריכים להיות קונקרטיים ופשוטים ככל האפשר ולהתבסס על תפיסה שמתמקדת בהורה כשותף שיויוני ובעל זכויות בתהליך קבלת החלטות, ללא קשר למידת הסכמתו או מידת שיתוף הפעולה שלו עם תפיסת הבעיה והפתרון של העובדות הסוציאליות בוועדות. מודל SDM מתחום הרפואה עשוי להיות המודל המתאים לכך: הוא קונקרטי, מבוסס ראיות ומתבסס על ההנחה כי קבלת החלטה הטובה ביותר תתרחש במצב בו איש המקצוע והמטופל חולקים מידע ברור בצורה שוויונית. ההתמקדות של מודל SDM בחלקים של קבלת והעברת מידע בתהליך קבלת החלטות עשויה לתת מענה ל"הפקרות" המתרחשת בתחום העברת מידע בהכנה לות"ט.

המלצות יישומיות

באם יימשכו תהליכי העבודה על הצעת חוק להסדרתן של הוועדות, החוק צריך להגדיר באופן ברור איזה מידע חובה להעביר להורים לפני הוועדה כדי לוודא השתתפותם בקבלת החלטות, ומה ההשלכות על המלצות הוועדה והתוקף שלהן במידה שהמידע לא מועבר, ובפרט מידע לגבי זכויותיהם בתהליך כמו להביא נציג מטעמם, להציע תכנית טיפול ולערער על תכנית הטיפול שהוצעה בוועדה מורחבת או מחוזית.

בהמשך להמלצה הראשונה, ההסתיוגויות הקיימות בתקנות העבודה הסוציאלית המאפשרות לעובדות הסוציאליות להסתיר מידע מההורים במקרה של חשד סביר לכך שהעברת המידע תפגע בילד, צריכות להיות בהירות וקונקרטיות לגבי הגדרת הפגיעה הפוטנציאלית בילד וכמו כן, להפריד בין מידע על זכויות שאינו יכול לפגוע בילד (כמו הזכות להציע תכנית טיפול) והחובה להעביר אותו, למידע רגיש (כמו העברת הדו"ח הסוציאלי להורים) שלגביו ההסתיוגויות האמורות רלוונטיות. במידה ויגובש חוק להסדרת הוועדות, ההמלצה רלוונטית גם לגביו.

כדאי לבחון לעומק את התרומה האפשרית של שימוש במודל SDM למדידה ויישום של קבלת החלטות משותפת בוועדות: על פניו נראה שהוא מתאים לאופי הסיטואציה של ות"ט ותואם את המדיניות המוצהרת של משרד הרווחה. הוא קונקרטי ומבוסס ראיות ומביא איתו תפיסה שונה ומרעננת של שוויון בקבלת החלטות משותפת בין איש מקצוע למטופל שיש לה פוטנציאל להשפיע על שינוי תפיסתי של קבלת החלטות משותפת.

קבלת החלטות משותפת עם הורים וילדים בוועדות היא תנאי הכרחי לקבלת החלטות טובות ומתאימות ולהצלחת יישומן. לכן, אסור לוותר עליה ולהשלים עם התפיסה הפטרנליסטית הדומיננטית בעבודת הוועדות. יש לשמור את השותפות בקבלת החלטות בסדר עדיפויות גבוה

ברשימת הנושאים שהמשרד ואגפיו מקדמים, גם בדמות הכשרות וכלי עזר שיקדמו את יכולתן של העובדות הסוציאליות ליישם קבלת החלטות משותפת.

צריך להגביר את הנגישות לנתוני הוועדות למטרת מחקר שיפתח את הידע על הסיטואציה הייחודית של ות"ט והכוחות הפועלים בתוכה על מנת להבין ולדייק את הצעדים הנדרשים להזיז את התקיעות הקיימת ולהגביר את הידע לגבי קבלת החלטות משותפת בוועדות.

בכל הקשור להשתתפות ילדים בוועדות, יש צורך לפתח ולהנגיש כלים מחקרניים שיסייעו להבין את הגורמים המעכבים והמקדמים שלה ואת ההשלכות שלהם לפרקטיקה.

בהכשרות בתחום ות"ט, יש צורך להקדיש תשומת לב מיוחדת לתהליך ההכנה, ובפרט למידע העובר בתהליך זה להורים ולשיקולים של העובדות הסוציאליות בהחלטה איזה מידע להעביר ואיזה מידע להסתיר.

מחקר עתידי

לאור העובדה שכל המחקרים שנערכו עד היום על ות"ט מתבססים על מדגם קטן שאין לו יכולת להכליל את הממצאים על כל הוועדות, יש צורך בעריכת מחקר מקיף על מדגם גדול של וועדות. מכיוון שלא ניתן כיום לקבל ממשרד הרווחה נתונים שנאספו בצורה שיטתית על הוועדות, מחקר זה צריך להיות מבוסס על שאלוני סקר בקרב הורים ועובדות סוציאליות.

מחקר נוסף נדרש כדי להוסיף ידע על השתתפות ילדים בקבלת החלטות בות"ט. לאור הקושי שהיה במחקר זה להגיע לילדים שהשתתפו בוועדות, כדאי ללמוד ממחקרים אחרים בתחום השתתפות ילדים, דרכים לגיוס ילדים למחקר.

לאור ההשפעה הקריטית של המידע שמועבר במפגשי ההכנה לות"ט על ההיתכנות לשותפות בקבלת החלטות, כדאי שמחקר עתידי יתמקד בתהליכי ההכנה ויבחן לעומק באילו מקרים המידע מועבר ולא מועבר ומהם המחסומים המובחנים שמונעים מהעובדות הסוציאליות להעביר מידע להורים.

לבסוף, הפוטנציאל של מודל SDM לקדם שותפות בקבלת החלטות בוות"ט מעלה את הצורך במחקר שיבהיר בצורה אופרטיבית את היתרונות והחסרונות התיאורטיים והיישומיים של השימוש במודל SDM בות"ט.

רשימת מקורות

- אוסטר-קנב, ס' וקאי-צדוק, א' (2011). החלטה משותפת: על השינוי שעברו הועדות לתכנון טיפול והערכה לילדים בסיכון. **נקודת מפגש**, 2, 11-8. אוחר מתוך:
<http://haruv.org.il/Uploads/dbsAttachedFiles/haruv-NET.pdf>
- איגוד העובדות הסוציאליות (2018). **קוד האתיקה של העובדות הסוציאליות בישראל**. תל-אביב: איגוד העובדות הסוציאליות בישראל.
- אלפנדרי, ר' (2016). הערכת רפורמה ארצית בתחום הגנת הילד שנועדה לשפר השתתפות ילדים בקבלת החלטות. **ביטחון סוציאלי**, 99, 13-30.
- אלפנדרי, ר' (2017). **ייצוג הורים בתהליכי קבלת החלטות של גורמי רווחה בתחום הגנת הילד – סקירת ספרות על הנעשה בחמש מדינות אירופיות**. ירושלים: מאיירס-ג'ויינט-ברוקדייל, מרכז אנגלברג לילדים ולנוער.
- אפרים, ע' (2013, 31 בדצמבר). שופטת: חרדה מהטיפול בהוצאת ילדים מהבית. **YNET ידיעות אחרונות**. אוחר מתוך: <http://www.ynet.co.il/articles/0,7340,L-4471616,00.html>.
- אפרים, ע', מגנזי, א' ומורג, ג' (2013, 24 בדצמבר). אין רווחה: "במקום לפקח, מוציאים מהבית". **YNET ידיעות אחרונות**. אוחר מתוך: <http://www.ynet.co.il/articles/0,7340,L-4468868,00.html>.
- באום, נ' (2006). המגדר הנאלם: התייחסות העבודה הסוציאלית אל הגבר כלקוח. **חברה ורווחה**, כ"ו(2), 238-219.
- בגנו, י' (2020, 15 בינואר). נער בסיכון: מערכת הרווחה קורסת, מוכרחים לשנות את השיטה". **מעריב online**. אוחר מתוך: <https://www.maariv.co.il/news/israel/Article-741228>
- בן אריה, א', וינדמן, ו' ונחנסון-אנקרי, ר' (2008). **השתתפות ילדים בתהליכי עיצוב מדיניות הילד בישראל**. בית הספר לעבודה סוציאלית ולרווחה חברתית באוניברסיטה העברית בירושלים והמועצה הלאומית לשלום הילד.
- בן אריה, א' ובויאר, י' (2002). האזרח הקטן בישראל: אזרחות וילדות - זיקה והשפעה. **ביטחון סוציאלי**, 63, 236-269.
- בן-גל, ע' וסלונים-נבו, ו' (2018). שיתוף הורים בוועדות תכנון, טיפול והערכה הדנות בסידור חוץ-ביתי. **ביטחון סוציאלי**, 104, 87-121.
- בן רבי, ד' ועמיאל, ש' (2013). **תוכנית "קהילה 2000": שדרוג ועדות החלטה ככלי לתכנון שירותים בקהילה ולמציאת חלופות התערבות לילדים ולהוריהם**. דוח שלב ג': שלוש שנים לאחר סיום הניסוי. ירושלים: מאיירס-ג'ויינט: מכון ברוקדייל.
- בר-און, ד' ושיינברג-טז, מ' (2010). דילמות באיסוף ועיבוד נתונים איכותניים. בתוך ל' קסן ומ' קרומר-נבו (עורכות), **ניתוח נתונים במחקר איכותני** (עמ' 465-485). באר שבע: אוניברסיטת בן גוריון בנגב.
- גיל-עד, ה' (2021, 6 באוקטובר). "ייבשו את המערכת במכוון": 5 כשלים בטיפול בנוער במצוקה. **YNET ידיעות אחרונות**. אוחר מתוך
<https://www.ynet.co.il/news/article/bylivxqnt#autoplay>
- דו"ח הוועדה למלחמה בעוני בישראל, חלק 1: דו"ח המליאה. מוגש לח"כ מאיר כהן, שר הרווחה והשירותים החברתיים. ירושלים: יולי 2014.

דולב, ט', בנבנישתי, ר' וטימר, א' (2001). **ועדות החלטה בישראל: ארגון, תהליכי עבודתן ותוצאותיהן דוח מסכם**. ירושלים: מאיירס- ג'וינט: מכון ברוקדייל.

דולב, ט', סבו לאל, ר', שמיד, ה', בר ניר, ד', בן רבי, ד' וטילקין, ר' (2008). **מדיניות "עם הפנים לקהילה": מחקר הערכה**. ירושלים: מאיירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל, מרכז אנגלברג לילדים ולנוער, משרד הרווחה והשירותים החברתיים האגף למחקר, תכנון והכשרה.

האגודה לזכויות האזרח (2016). **עתירה למתן צו על תנאי**. הוגש לבית המשפט העליון בשבתו כבית משפט גבוה לצדק.

ויילר-פולק, ד' (2015, 27 ביוני). האב מתפקד, האם החלימה, אז למה המדינה מוסרת את הילדים לאימוץ? **וואלה חדשות**. אוחר מתוך: <https://news.walla.co.il/item/2866779>

וייס-גל, ע. (2007). גישת האדם בסביבתו וביטוייה באידיאולוגיה המקצועית ובפרקטיקה של עובדות סוציאליות בישראל. **חברה ורווחה, כ"ז (4)**, 567-596.

ועדת העבודה, הרווחה והבריאות של הכנסת השש-עשרה. (2004). **פרוטוקול ישיבה מס. 42ב'.**

חוק אומנה לילדים, תשע"ו (2016).

חוק הנוער (טיפול והשגחה), תש"ך (1960).

חוק הכשרות המשפטית והאפוטרופסות, התשכ"ב (1962).

חוק אימוץ ילדים, התשכ"א (1981).

חוק בית המשפט לענייני משפחה, התשנ"ה (1995).

לוי, ש' (2008). **המחסור בעובדות סוציאליות במחלקות לשירותים חברתיים ברשויות המקומיות**. מוגש לוועדת העבודה, הרווחה והבריאות של הכנסת. ירושלים: הכנסת, מרכז המחקר והמידע.

לייבוזון, יי (2016, 7 באוגוסט). הרפורמה החדשה שתנסה לצמצם הוצאת ילדים מהבית. **חדשות 2**. אוחר מתוך אתר מאקו- http://www.mako.co.il/news-israel/education-q3_2016/Article-#ced802c51b26651004.htm

לנסקי, נ' ויעקב-יצחקי מ' (2013, 20 בדצמבר). איפה הסעד? **ישראל היום, מוסף שישיבת, עמ' 26-37**.

מאסס, מ' (2010). **בשם טובת הילד: אובדן וסבל בהליכי האימוץ**. תל אביב: רסלינג.

מבקר המדינה (2013). סדרי עבודתן של ועדות לתכנון טיפול והערכה בנושא ילדים בסיכון.

מבקר המדינה (2020). הטיפול בנוער בסיכון גבוה.

מרכז המחקר והמידע של הכנסת (2016). **מידע על קיום ייצוג משפטי בהליכי הוצאת ילדים ממשמורתם**. ירושלים: הכנסת.

מרמור, לוי וכץ (2016). "תיבת פנדורה": עמדותיהם של עובדות סוציאליות כלפי השתתפות ילדים בוועדות תכנון טיפול והערכה. **חברה ורווחה, ל"ז, 2**, 393-410.

משרד המשפטים (2003). **הוועדה לבחינת עקרונות יסוד בתחום הילד והמשפט ויישומם בחקיקה**.

משרד העבודה והרווחה (1995). **הוראות והודעות התע"ס 8.9 ועדת החלטה**. ירושלים: משרד העבודה והרווחה.

משרד העבודה והרווחה (2002). **דין וחשבון של ועדת ייעוץ לקביעת סמכות "ועדות החלטה" ודרך התנהלותן מול פקידי הסעד למיניהם**. ירושלים: משרד העבודה והרווחה.

משרד הרווחה והשירותים החברתיים (2004). **ועדה לתכנון, טיפול והערכה: החלטות צוות היישום**. ירושלים: משרד הרווחה והשירותים החברתיים.

משרד הרווחה והשירותים החברתיים (2008א). **ערכת כלים לאיסוף מידע, הכנה לדיון ותיעוד בוועדות תכנון טיפול והערכה**. ירושלים: משרד הרווחה, האגף לשירותים חברתיים: השירות לילד ולנוער.

משרד הרווחה והשירותים החברתיים (2008ב). **חוזר המנהל הכללי: הודעות, הוראות ומידע, ס"ח 183**. ירושלים: משרד הרווחה והשירותים החברתיים.

משרד הרווחה והשירותים החברתיים (2012). **הוראות והודעות התע"ס 9.1, מדיניות הטיפול בבני נוער במצבי סיכון וסכנה באמצעות מסגרות רב מקצועיות בקהילה**. ירושלים: משרד הרווחה והשירותים החברתיים.

משרד הרווחה והשירותים החברתיים (2011). **ספר הפרויקט – רפורמה בשירותים החברתיים**. ירושלים: משרד הרווחה והשירותים החברתיים.

משרד הרווחה והשירותים החברתיים (2014א). **מסמך מדיניות משרד הרווחה והשירותים החברתיים לשנים 2014-2018**. ירושלים: משרד הרווחה והשירותים החברתיים.

משרד הרווחה והשירותים החברתיים (2014ב). **דין וחשבון הועדה לבחינת מדיניות המשרד בנושא הוצאה של ילדים למסגרות חוץ ביתיות ונושא הסדרי ראייה**. ירושלים: משרד הרווחה והשירותים החברתיים.

משרד הרווחה והשירותים החברתיים (2014ג). **ועדות תכנון טיפול והערכה: עקרונות ודרכי העבודה, שותפות הורים וילדים, המערכת הממוחשבת – מערכת מתו"ה (מערך תכנון טיפול והערכה)**. ירושלים: משרד הרווחה והשירותים החברתיים.

משרד הרווחה והשירותים החברתיים (2017א). **הוראות והודעות התע"ס 8.9 ועדת החלטה**. ירושלים: משרד העבודה, הרווחה והשירותים החברתיים.

משרד הרווחה והשירותים החברתיים (2017ב). **כלי-עזר לכתיבה של סיכום דיון ותכנית טיפול בוועדת תכנון-טיפול והערכה**. ירושלים: משרד העבודה, הרווחה והשירותים החברתיים.

משרד הרווחה והשירותים החברתיים (2019). **אגף בכיר משפחות ילדים ונוער בקהילה, סיכום פעולות ונתונים לשנת 2019**. ירושלים: משרד הרווחה והשירותים החברתיים.

משרד הרווחה והשירותים החברתיים (2020). **מטרות העל והיעדים האסטרטגיים של זרוע הרווחה**. אוחזר מתוך אתר האינטרנט של משרד הרווחה בתאריך 20.12.20
<https://www.gov.il/he/departments/policies/molasa-policy-welfare-ministry-nov-2020>.

משרד הרווחה והשירותים החברתיים (2021א). **דו"ח סטטיסטי לשנים 2019-2020 מהדורה ראשונה**. מינהל אסטרטגיה, תכנון כלכלי, מחקר ורגולציה, מתו"ה – אגף בכיר למחקר, תכנון והכשרה. אוחזר מתוך אתר האינטרנט של משרד הרווחה בתאריך 19.8.21
<https://www.gov.il/he/Departments/publications/reports/molasa-social-services-review-decade-2009-2018>

משרד הרווחה והשירותים החברתיים (2021ב). **סקירת השירותים החברתיים: סקירת העשור 2009-2018**. אגף בכיר למחקר, תכנון והכשרה מתו"ה. אוחזר מתוך אתר האינטרנט של משרד הרווחה בתאריך 19.8.21
<https://www.gov.il/he/Departments/publications/reports/molasa-social-services-review-decade-2009-2018>

סימקין, ח' וסדן א'. (2007). סוגיות של שליטה ועוצמה בתהליך ההתערבות המקצועית של פקידי סעד לחוק הנוער: נקודת מבט של פקידי סעד ושל הורים במשפחות שבהן הייתה התערבות בחוק. **ביטחון סוציאלי, 75, 115-137**.

סלונים-נבו, ו' ולנדר, י' (2004). האם טובת הילד יכולה להתקיים בנפרד מטובת המשפחה? **חברה ורווחה, כד (4), 401-433**.

סער-היימן, י., לביא-אג'אי, מ. וקרומר-נבו, מ. (2017). פרקטיקה של עבודה סוציאלית מודעת-עוני : נקודת המבט של משתמשות השירותים. **ביטחון סוציאלי**, 101, 39-9.

עוזיאלי, ע' (2012). **עיקרון ההשתתפות הלכה למעשה : שיתוף התלמיד בועדת השמה**. חיבור לשם קבלת דוקטור לפילוסופיה, האוניברסיטה העברית, ירושלים.

עם הפנים לקהילה : ספר הפרוייקט (2006). משרד הרווחה והשירותים החברתיים, האגף לשירותים חברתיים ואישיים, השירות לילד ולנוער.

צ'רצ'מן, א' וסדן, א' (2003). רוח הדברים. בתוך א' צ'רצ'מן וא' סדן (עורכות), **השתתפות : הדרך שלך להשפיע**. (עמ' 7-22). תל אביב : הוצאת הקיבוץ המאוחד.

קדמן, י' (1990). זכויות הילד - התפתחותן ההיסטורית ועיגון בחוק הישראלי. **סקירה חודשית**, 37 (10), 31-42.

קרומר-נבו, מ., וברק, ע. (2006). מחקר פעולה משתף : מערכת הרווחה מנקודת מבטם של צרכני שירותי הרווחה. **ביטחון סוציאלי**, 72, 11-38.

רוזנפלד, י. (1993). שותפות - קווים לפיתוח פרקטיקה עם ולמען אוכלוסיות מובסות. **חברה ורווחה**, י"ג, 236-225.

רוזנפלד, י. (1997). למידה מהצלחות - כיצד לעצב עבודה סוציאלית ההולמת את מיועדיה. **חברה ורווחה**, ט"ז, 378-361.

רוזנפלד, י' (2017). **למידה מהצלחות : מהדורה ליחסי גומלין** (עמ' 115-127). תל אביב : רסלינג.

רונן, י' (1997). **שיתוף הילד בקביעת משמורתו**. תל אביב : בורסי.

רונן, י' (2005). כוחות הילד ובני משפחתו בהקשר המשפטי. בתוך ב' צ' כהן וא' בוכבינדר (עורכים), **מן הכוח אל הפועל : גישת הכוחות בעבודה הסוציאלית**. (עמ' 158-137). תל אביב : רמות.

רונן, י' וגילת, י' צ' (2006). האמנם שיח זכויות הילד בישראל עושה צדק עם הילדים ומשפחותיהם? **המשפט**, 22, 91-87.

רועה, ד', צ'ופרה, מ', חסון-אוחיון, א', שור, ש', לכמן, מ', ורודניק, א' (2005). התפתחויות מחקריות והמשגתיות באשר להפרעות נפשיות קשות והשלכותיהן על תחום השיקום הפסיכיאטרי. **חברה ורווחה**, כה (2), 222-207.

ריבקין, ד' וסומך, ס' (2010). **תכנית "מעטפת" : דוח הערכה**. ירושלים : מאיירס-ג'וינט : מכון ברוקדייל.

שורק, י' וריבקין, ד' (2010). **הערכת התכנית הניסיונית לשיתוף ילדים בהליכים משפטיים הנוגעים להם בבתי משפט לענייני משפחה**. ירושלים : מאיירס-ג'וינט : מכון ברוקדייל.

שלסקי, ש' ואלפרט, ב' (2007). **דרכים בכתיבת מחקר איכותני : מפירוק המציאות להבנייתה כטקסט**. תל אביב : מכון מופ"ת.

שמר, א' (2003). שותפות קהילתית : היבטים בקבלת החלטות בקיבוץ. בתוך : סדן, א. וצ'רצ'מן, א. **השתתפות, הדרך שלך להשפיע**. הוצאת הקיבוץ המאוחד.

שמר, א', רואר-סטריאר, ד' ועבוד-חלאבי, י' (2019). **דוח מחקר הערכה מעצבת – שנה ראשונה לביצוע התכנית "עולים לדרך" – מודל קד"ם _קבוצת דיון משפחתית 2019**. חממת המחקר נבט, בית הספר לעבודה סוציאלית ולרווחה חברתית, האוניברסיטה העברית.

שמר, א', ביטון, ג', גוטמן, ד', אלקיים, מ'. נ' וסרי-לוי, ב' (2020). **סקירת ספרות "מודל קד"ם (קבוצת דיון משפחתית) לרווחת הילד**. מוגש לתכנית "עולים לדרך", חממת המחקר נבט, בית הספר לעבודה סוציאלית ולרווחה חברתית, האוניברסיטה העברית.

שקדי, א. (2003). **מילים מנסות לגעת: מחקר איכותני – תיאוריה ויישום**. תל-אביב: הוצאת רמות – אוניברסיטת תל-אביב.

תקנות הפיקוח על המעונות (אחזקת ילדים במעון רגיל). תשכ"ו 1965.

תזכיר חוק שירותי הסעד (ועדות לתכנון טיפול והערכה). התשע"ח – 2018.

Adams, R. (2008). *Empowerment, participation and social work*. Palgrave Macmillan.

Al, C. M., Stams, G. J. J., Bek, M. S., Damen, E. M., Asscher, J. J., & van der Laan, P. H. (2012). A meta-analysis of intensive family preservation programs: Placement prevention and improvement of family functioning. *Children and Youth Services Review, 34*(8), 1472-1479.

Alfandari, R. (2017a). Systemic barriers to effective utilization of decision making tools in child protection practice. *Child abuse & neglect, 67*, 207-215.

Alfandari, R. (2017b). Partnership with parents in child protection: A systems approach to evaluate reformative developments in Israel. *British journal of social work, 47*(4), 1061-1077.

Altman, J. C. (2008). Engaging families in child welfare services: worker versus client perspectives. *Child welfare, 87*(3).

Arnstein, S. (1969). A ladder of citizen participation. *Journal of the American Institute of Planners, 35*(4), 216-224.

Bachelor, A. (2013). Clients' and therapists' views of the therapeutic alliance: Similarities, differences and relationship to therapy outcome. *Clinical psychology & psychotherapy, 20*(2), 118-135.

Begun, A. L., Berger, L. K., & Otto-Salaj, L. L. (2018). *Participant recruitment and retention in intervention and evaluation research*. Oxford University Press.

Brand-Levi, A., Krumer-Nevo, M., & Malul, M. (2020). Service users' perspectives of social treatment in social service departments in Israel: Differences between standard and poverty-aware treatments. *Health & Social Care in the Community*.

Browne, D. T., Puente-Duran, S., Shlonsky, A., Thabane, L., & Verticchio, D. (2016). A randomized trial of wraparound facilitation versus usual child protection services. *Research on social work practice, 26*(2), 168-179.

Brown, S. L., & Salmon, P. (2019). Reconciling the theory and reality of shared decision-making: A "matching" approach to practitioner leadership. *Health Expectations, 22*(3), 275-283.

Bruns, E. J., Pullmann, M. D., Sather, A., Brinson, R. D., & Ramey, M. (2015). Effectiveness of wraparound versus case management for children and adolescents: Results of a randomized study. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research, 42*(3), 309-322.

- Burchard, J. D., Bruns, E. J., & Burchard, S. N. (2002). The wraparound approach. In B. J. Burns & K. Hoagwood (Eds.), *Community treatment for youth: Evidence-based interventions for severe emotional and behavioral disorders. Vol. 2. Comprehensive interventions* (pp. 69-90). New York: Oxford university press.
- Burns, B. J. (2002). Reasons for hope for children and families: a perspective and overview. In B. J. Burns & K. Hoagwood (Eds.), *Community treatment for youth: Evidence-based interventions for severe emotional and behavioral disorders. Vol. 1. Context* (pp. 3-15). New York: Oxford university press.
- Cairns, L. & Brannen, M. (2005). Promoting the human rights of children and young people: the 'investing in children' experience. *Adoption and fostering, 29*(1), 78-87. doi: 10.1177/030857590502900109.
- Callon, W., Saha, S., Wilson, I. B., Laws, M. B., Massa, M., Korthuis, P. T., Sharp, V., Cohn, J., Moore, R.D. & Beach, M. C. (2017). How does decision complexity affect shared decision making? An analysis of patient-provider antiretroviral initiation dialogue. *Patient education and counseling, 100*(5), 919-926.
- Callon, W., Beach, M. C., Links, A. R., Wasserman, C., & Boss, E. F. (2018). An expanded framework to define and measure shared decision-making in dialogue: A 'top-down' and 'bottom-up' approach. *Patient education and counseling, 101*(8), 1368-1377.
- Campbell, L. (1997). Family involvement in decision making in child protection and care: Four types of case conference. *Child & Family Social Work, 2*(1), 1-11.
- Charles, C., Gafni, A. & Whelan, T. (1999). Decision-making in the physician-patient encounter: revising the shared treatment decision-making model. *Social Science & Medicine, 49*, 651-661.
- Cordero, A. E. (2004). When family reunification works: data mining foster care records. *Families in society, 85*(4), 571-580.
- Coyne, I., Amory, A., Kiernan, G & Gibson, F. (2014). Children's participation in shared decision-making: children, adolescents, parents and health care professional's perspectives and experiences. *European journal of oncology nursing, 18*, 273-280.
- Coyne, I. & Gallagher, P. (2011). Participation in communication and decision-making: children and young people's experiences in a hospital setting. *Journal of clinical nursing, 20*, 334-2343. doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03582.x.
- Coyne, I. & Harder, M. (2011). Children's participation in decision-making: balancing protection with shared decision-making using a situational perspective. *Journal of child health care, 15*(4), 1-8.
- Coyne, I., O'Mathuna, D. P., Gibson, F., Shields, L. & Sheaf, G. (2013). Interventions for promoting participation in shared decision-making for children with cancer (review). *The cochrane library, 6*, 1-25.

- Davidson-Arad, B., Englechin-Segal, D., Wosner, Y. & Gabriel, R. (2003). Why social workers do not implement decisions to remove children at risk from home. *Child abuse and neglect*, 27, 687-697. doi: 10.1016/S0145-2134(03)00106-6.
- Dawson, K., & Berry, M. (2002). Engaging families in child welfare services: An evidence-based approach to best practice. *Child Welfare-New York*, 81(2), 293-318.
- De Boer, C., & Coady, N. (2007). Good helping relationships in child welfare: Learning from stories of success. *Child & Family Social Work*, 12(1), 32-42.
- De Haes, H. (2006). Dilemmas in patient centeredness and shared decision making: A case for vulnerability. *Patient education and counseling*, 62, 291-298.
- Dijkers, M. P. (2010). Issues in the conceptualization and measurement of participation: an overview. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 91(9), S5-S16.
- Dolev T., Ben Rabi D., & Zemach-Marom T. (2009). Residential care for children 'at risk' in Israel - current situation and future challenges. In M. E. Courtney & D. Iwaniec (Eds.), *Residential care of children - comparative perspectives* (pp. 72-88). London: Oxford University.
- Driever, E. M., Stiggelbout, A. M., & Brand, P. L. (2020). Shared decision making: physicians' preferred role, usual role and their perception of its key components. *Patient education and counseling*, 103(1), 77-82.
- Duchnowski, A. J., Kutash, K. & Friedman, R. M. (2002). Community-based interventions in a system of care and outcomes framework. In B. J. Burns & K. Hoagwood (Eds.), *Community treatment for youth: Evidence-based interventions for severe emotional and behavioral disorders. Vol. 1. Context* (pp. 16-37). New York: Oxford university press.
- Early, T.J. & GlenMaye, L.F.(2000). Valuing families: social work practice with families from a strengths perspective. *Social work* 45(2), 118-130.
- Enosh, G. & Bayer-Topilsky, T. (2014). Reasoning and bias: heuristics in safety assessment and placement decisions for children at risk. *British journal of social work*, 1-17. Doi: 10.1093/bjsw/bct213.
- Epstein, I. (2002). Using available clinical information in practice-based research, *Social Work in Health Care*, 33(3-4), 15-32. doi: 10.1300/J010v33n03_03
- Epstein, I. (2010). *Clinical data mining: integrating practice and research*. New York: Oxford university press.
- Forster, N. (1994). The analysis of company documentation. *Qualitative methods in organizational research: a practical guide*. London: Sage.
- Forrester, D., Westlake, D., & Glynn, G. (2012). Parental resistance and social worker skills: Towards a theory of motivational social work. *Child & Family Social Work*, 17(2), 118-129.

- Freeman, R., & Maybin, J. (2011). Documents, practices and policy. *Evidence & Policy: A Journal of Research, Debate and Practice*, 7(2), 155-170.
- Gallagher, M., Smith, M., Hardy, M., & Wilkinson, H. (2012). Children and families' involvement in social work decision making. *Children & Society*, 26(1), 74-85.
- Gottfried, R., & Ben-Arieh, A. (2019). The Israeli child protection system. In *National systems of child protection* (pp. 139-171). Springer, Cham.
- Gutman, C., Hantman, S., Ben-Oz, M., Criden, W., Anghel, R., & Ramon, S. (2014). Involving older adults as co-researchers in social work education. *Educational Gerontology*, 40(3), 186-197.
- Harder, A. T., Zeller, M., Lopez, M., Kongeter, S. & Knorth, E. J (2013). Different sizes, similar challenges: Out of home care for youth in Germany and the Netherlands. *Psychosocial Intervention* 22, 203-213. DOI: <http://dx.doi.org/10.5093/in2013a24>.
- Hart, R. (1992). Children's participation: From tokenism to citizenship, Florence: UNICEF International Child Development Centre.
- Head, B. W. (2011). Why not ask them? Mapping and promoting youth participation. *Children and youth services review*, 33, 541-547. doi: 10.1016/j.childyouth.2010.05.015.
- Hsieh, Hsiu-Fang & Shannon Sarah (2005). Three Approaches to Qualitative Content Analysis. *Qualitative Health Research* 15(9), 1277-1288.
- Jaeger, E. L. (2020). Not the desired outcome: Groupthink undermines the work of a literacy council. *Small Group Research*, 51(4), 517-541.
- Janis, I. (1991). Groupthink. In E. Griffin (Ed.) *A First Look at Communication Theory* (pp. 235 - 246). New York: McGrawHill.
- Johnson, L. C., & Yanca, S. J. (2007). *Social work practice: A generalist approach* (9th ed.). Boston, MA: Allyn and Bacon.
- Joosten, E. A. G., DeFuentes-Marillas, L., DeWeert, G. H., Sensky, T., VanDer-Staak, C.P.F & De Jong, C.A.G. (2008). Systematic review of the effects of shared decision making on patient satisfaction, treatment adherence and health status. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 77, 219-226.
- Katz, I. & Asor, A. (2007). When choice motivates and when it does not. *Educational psychology review*, 19, 429-442. DOI: 10.1007/s10648-006-9027-y.
- Kemp, S. P., Marcenko, M. O., Lyons, S. J., & Kruzich, J. M. (2014). Strength-based practice and parental engagement in child welfare services: An empirical examination. *Children and Youth Services Review*, 47, 27-35.
- Knutsson, O., & Schön, U. K. (2020). Co-creating a process of user involvement and shared decision-making in coordinated care planning with users and caregivers in social services. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 15(1), 1812270.

- Krippendorff, K. (2004). *Content analysis: an introduction to its methodology* (2nd ed.). Thousand Oaks: Sage publications.
- Kriston, L., Scholl, I., Holzel, L., Simon, D., Loh, A. & Harter, M. (2010). The 9-item shared decision making questionnaire (SDMM-Q-9). Development and psychometric properties in a primary care sample. *Patient education and counseling*, *80*, 94-99. doi: 10.1016/j.pec.2009.09.034
- Krumer-Nevo, M., Slonim-Nevo, V. & Hirshzon-Segev, E. (2006). Social workers and their long-term clients: the never – ending struggle. *Journal of Social Service Research*, *33*(1), 27-38. doi: 10.1300/J079v33n01_03.
- Legare, F., St-Jacques, S., Gagnon, S., Mjoya, M., Brisson, M., Fremont, P. & Rousseau, F. (2011). Parental screening for down syndrome: a survey of willingness in women and family physicians to engage in shared decision making. *Prenatal diagnosis*, *31*, 319-326. Doi: 10.1002/pd.2624.
- Legare, F., LeBlanc, A., Robitaille, H. & Turcotte, S. (2012). The decisional conflict scale: moving from the individual to the dyad level. *Evidenz, forbildung und qualitat im gesundheitswesen*, *106*, 247-252.
- Legare, F. & Witterman, H. O. (2013). Shared decision-making: examining key elements and barriers to adoption into routine clinical practice. *Health affairs*, *32*(2), 276-284.
- Legare, F. & Thompson-Leduc, P. (2014). Twelve myths about shared decision making. *Patient Education and Counseling*, *96*, 281-286.
- Levin, L. (2012). Towards a revised definition of client collaboration: the knowledge–power–politics triad. *Journal of Social Work Practice*, *26*(2), 181-195.
- Levin, L., & Hamama, L. (2013). Teaching a systematic and evidence-based approach in an ambivalent context: a case example from Israel. *Evaluation and program planning*, *36*(1), 136-144.
- Levin, L., Gewirtz, S., & Cribb, A. (2017). Shared decision making in Israeli social services: Social workers' perspectives on policy making and implementation. *The British Journal of Social Work*, *47*(2), 507-523.
- Lincoln, Y.S. & Guba, E.G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Beverley Hills: Sage publications.
- Littell, J. H., & Tajima, E. A. (2000). A multi-level model of client participation in intensive family preservation services. *Social Service Review*, *74*, 405–435.
- Littell, J. H. (2001). Client participation and outcomes of intensive family preservation services. *Social Work Research*, *25*(2), 103-113.
- Maiter, S., Palmer, S., & Manji, S. (2006). Strengthening social worker-client relationships in child protective services addressing power imbalances and ‘ruptured’ relationships. *Qualitative Social Work*, *5*(2), 161-186.

- Mapp, S., McPherson, J., Androff, D., & Gatenio Gabel, S. (2019). Social work is a human rights profession. *Social Work, 64*(3), 259-269.
- Marshall, H. (1994). Discourse analysis in an occupational context. In G. Cassell & G. Symon (Eds.), *Qualitative methods in organizational research: a practical guide*. (pp. 91-107). London: Sage.
- Matthies, A. L. (Ed.). (2014). *Participation, marginalization and welfare services: Concepts, politics and practices across European countries*. Ashgate Publishing, Ltd.
- McCaffey, K. J., Smith, S. K. & Wolf, M. (2010). The challenge of shared decision making among patients with lower literacy: A framework for research and development. *Medical decision making, 30*, 35-44. doi: 10.1177/0272989X09342279.
- McKay, J. & Garratt, D. (2013). Participation as governmentality? The effect of disciplinary technologies at the interface of service users and providers, families and the state. *Journal of education policy, 28*(6), 733-749. DOI: 10.1080/02680939.2012.752869.
- Melbourne, E., Sinclair, K., Durand, M.A., Legare, F. & Elwyn, G. (2010). Developing a dyadic OPTION scale to measure perceptions of shared decision making. *Patient Education and Counseling, 78*, 177–183.
- Morris, K. & Burford, G. (2009). Family decision-making: new spaces for participation and resistance. In M. Barnes & D. Prior (Eds.), *Subversive citizens: power, agency and resistance in public policy*. Policy press: Bristol.
- Morris, K. & Connolly, M. (2012). Family decision making in child welfare: challenge in developing a knowledge base for practice. *Child abuse review, 21*, 41-52. doi: 10.1002/car.1143.
- Morris, K., Mason, W., Bywaters, P., Featherstone, B., Daniel, B., Brady, G., Bunting, L., Hooper, J., Mirza, N., Scourfield, J. and Webb, C. (2018) ‘Social work, poverty, and child welfare interventions’ *Child & Family Social Work, 23*(3), pp. 364–72.
- Moumjid, N., Gafni, A., Bremond, A. & Carrere, M.O. (2007). Shared decision making in the medical encounter: are we all talking about the same thing? *Medical decision making, 27*, 539-546. Doi: 10.1177/0272989X07306779.
- Muench, K., Diaz, C., & Wright, R. (2017). Children and parent participation in child protection conferences: A study in one English local authority. *Child Care in Practice, 23*(1), 49-63.
- Mustak, M., Jaakkola, E., & Halinen, A. (2013). Customer participation and value creation: a systematic review and research implications. *Managing Service Quality: An International Journal, 23*(4), 341-359.
- Nykänen, P. (2020). Shared decision making in the social services? Reasons to consider when choosing methods for service user participation. *Journal of evaluation in clinical practice, 26*(2), 569-574.

- Nykänen, P., Schön, U. K., & Björk, A. (2021). Shared decision making in social services—some remaining questions. *Nordic Social Work Research*, 1-12.
- Oppenheim-Weller, S., Schwartz, E., & Ben-Arieh, A. (2017). Child involvement in treatment planning and assessment in Israel. *Child & Family Social Work*, 22(3), 1302-1312.
- Oppenheim-Weller, S., & Zeira, A. (2018). SafeCare in Israel: the challenges of implementing an evidence-based program. *Children and youth services review*, 85, 187-193.
- Parbhoo-Ebrahim, N., & Fourie, I. (2020). *Pathways to research participant recruitment in a challenging information behaviour context: South African cold case investigators as exemplar*.
- Percy-Smith, B. (2007) *Evaluating the Development of Children's Participation Plans in Two Children's Trusts*. Interim Report Year 1. National Youth Agency, Leicester.
- Percy-Smith, B. (2010). Councils, consultations and community: rethinking the space for children and young people's participation. *Children geographies*, 8(2), 107-122. doi: 10.1080/14733281003691368.
- Perestelo-Perez, L., Gonzalez-Lorenzo, M., Perez-Ramos, J., Rivero-Santana, A., & Serrano-Aguilar, P. (2011). Patient involvement and shared decision-making in mental health care. *Current clinical pharmacology*, 6(2), 83-90.
- Philip, G., Clifton, J., & Brandon, M. (2019). The trouble with fathers: The impact of time and gendered-thinking on working relationships between fathers and social workers in child protection practice in England. *Journal of family issues*, 40(16), 2288-2309.
- Prior, L. (2003). *Using documents in social research*. London: Sage.
- Ronen, Y. (2011). On the child's right to be one's self. *BYU journal of public law*, 25, 233-243.
- Roose, R., Roets, G. & Schiettecat, T. (2012). Implementing a strengths perspective in child welfare and protection: a challenge not to be taken lightly. *European Journal of Social Work*, 17(1), 3-17. doi: 10.1080/13691457.2012.739555.
- Ryan, M.R. & Deci, E.L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American psychologist*, 55(1), 68-78.
- Ryding, J., Sorbring, E., & Wernersson, I. (2018). The understanding and use of reflection in family support social work. *Journal of Social Service Research*, 44(4), 494-508.
- Saar-Heiman, Y. (2019). Poverty-aware social work in the child protection system: A critical reflection on two single-case studies. *Child & Family Social Work*, 24(4), 610-618.
- Saar-Heiman, Y., & Krumer-Nevo, M. (2020). 'You Decide': Relationship-Based Knowledge and Parents' Participation in High-Risk Child Protection Crisis Interventions. *The British Journal of Social Work*, 50(6), 1743-1757.

- Scholl, I., Kriston, L., Dirmaier, J., Buchholz, A. & Harter, M. (2012). Development and psychometric properties of the shared decision making – physician version (SDM-Q-Doc). *Patient education and counseling*, *88*, 284-290. doi: 10.1016/j.pec.2012.03.005.
- Shulman, L. (2006). *The skills of helping individuals, families, groups and communities*. Ch. 2: The preliminary phase of work (pp. 54-75). (5th Ed.). Belmont, CA: Thomson Brooks\Cole.
- Siyam, T., Shahid, A., Perram, M., Zuna, I., Haque, F., Archundia-Herrera, M. C., Vohra, S. & Olson, K. (2019). A scoping review of interventions to promote the adoption of shared decision-making (SDM) among health care professionals in clinical practice. *Patient Education and Counseling*, *102*(6), 1057-1066.
- Smith, S. K., Dixon, A., Trevena, L., Nutbeam, D. & McCaffey, K. J. (2009). Exploring the patient involvement in healthcare decision-making across different education and functional health literacy groups. *Social Science & medicine*, *69*, 1805-1812.
- Smith, S. K., Nutbeam, D. & McCaffey, K. J. (2013). Insights into the concept and measurement of health literacy from a study of shared decision-making in a low literacy population. *Journal of health psychology*, *30*(1), 1-12.
Doi: 10.1177/1359105312468192.
- Strauss, B. & Thomas, A. (2012). Measurement of patient involvement — What do concepts of psychotherapy research contribute? *Evidenz, forbildung und qualitat im gesundheitswesen*, *106*, 238-246.
- Sudland, C. (2020). Challenges and dilemmas working with high-conflict families in child protection casework. *Child & Family Social Work*, *25*(2), 248-255.
- Thomas, N. & Percy-Smith, B. (2012). 'It's about changing services and building relationships': evaluating the development of children in care councils. *Child and Family Social Work*, *17*, 487–496. doi: 10.1111/j.1365-2206.2011.00806.x.
- Tobin, G. A. & Begley, C. M. (2003). Methodological rigor within a qualitative framework. *Journal of Advanced Nursing*, *48*(4), 388-396.
- Van Bijleveld, G. G., Dedding, C. W.M & Bunders-Aelen, J. F. G. (2013). Children's and young people's participation within child welfare and child protection services: a state-of-the-art review. *Child and Family Social Work*, 1-10. doi: 10.1111/cfs.12082.
- Wiering, B. M., Noordman, J., Tates, K., Zwaanswijk, M., Elwyn, G., De Bont, E. S., Beishuizen, A., Hoogerbrugge, P.M. & Van Dulmen, S. (2016). Sharing decisions during diagnostic consultations; an observational study in pediatric oncology. *Patient education and counseling*, *99*(1), 61-67.
- Wilson, K & Bell, M. 2001. *Evaluating Family Group Conferences: A Report on the Hull and Barnados 348 Family Group Conference Pilot Project*. University of York, Department of Social Policy and Social Work, York.

- Zwaanswijk, M., Tate, K., vanDulmen, S., Hoogerbrugge, P. M., Kamps, W. A & Bensing, J. M. (2007). Young patients', parents' and survivors' communication preferences in pediatric oncology: results of online focus groups. *BMC pediatrics*, 7(35).
- Zanbar, L. (2018). Social Workers' Implementation of Client Participation: What Factors Make the Difference?. *Journal of Social Service Research*, 44(1), 96-107.

נספחים

נספח מספר 1: פירוט פרוטוקולים של ועדות תכנון טיפול שהתקבלו עבור המחקר

שם רשות	מספר הפרוטוקולים שהתקבלו	סה"כ פרוטוקולים ממחוז
רהט	1	מחוז דרום : 10 פרוטוקולים
שדרות	1	
אופקים	1	
דימונה	2	
אילת	1	
קרית גת	1	
חוף אשקלון	1	
באר שבע	2	
מטה בנימין	1	מחוז ירושלים : 19 פרוטוקולים
ביתר עילית	1	
מודיעין עילית	1	
אשקלון	1	
בית שמש	2	
אשדוד	2	
גבעת זאב	3	
ירושלים	6	
אפרת	1	
מבשרת ציון	1	
הרצליה	1	מחוז מרכז : 30 פרוטוקולים
אור יהודה	1	
אלעד	1	
ראש העין	1	
כפר סבא	1	
רמלה	1	
רחובות	1	
חולון	1	
ראשלי"צ	2	
בת ים	2	
לוד	2	
פתח תקוה	3	
נתניה	3	
בני ברק	3	
תל אביב	4	
בית דגן	1	
מזכרת בתיה	1	
מודיעין-מכבים-רעות	1	
נהריה	1	מחוז צפון : 14 פרוטוקולים
טירת הכרמל	1	
קרית שמונה	1	
נצרת	1	
עכו	1	
נצרת עילית	1	
קרית אתא	1	
עפולה	1	
צפת	1	
טבריה	2	
ראש פינה	1	
קצרין	1	
יבנאל	1	
סה"כ 73		



מדינת ישראל
 משרד הרווחה והשירותים החברתיים והשירותים החברתיים
 האגף לשירותים אישיים וחברתיים

כלי לתיעוד הדיון - ועדת תכנון טיפול והערכה

(למילוי בעת הדיון)

תאריך הדיון _____

סוג הדיון (ראשון, חוזר, חירום, אחר): _____ תאריך דיון קודם _____
המשתתפים בדיון

שם המשתתף	תפקיד ושירות/קירבה למשפחה-הקף בעיגול	הוזמן ולא הגיע-סמן X בשורה המתאימה
	1. יו"ר הועדה	
	2. מדרי"צ - חבר קבוע, שאינו מטפל במשפחה	
	3. נציג משפ"י	
	4. יועץ חינוכי	
	5. מורה	
	6. קב"ס	
	7. נציג מטיפת חלב	
	8. נציג בריאות אחר, פרט	
	9. מפקח שירות למען הילד	
	10. עו"ס ממחלקה עם נסיון בעבודה עם ילדים	
	11. עו"ס ממחלקה עם נסיון בעבודה עם בני נוער	
	12. עו"ס משפחה הנדונה	
	13. מדרי"צ עו"ס משפחה הנדונה	
	14. פק"ס חוק נוער	
	15. פק"ס סדרי דין	
	16. פק"ס אחר	
	17. מטפל אחר מהמחלקה	
	18. מנהל המחלקה	
	19. אבא	
	20. אמא	
	21. ילד	
	22. בני משפחה אחרים	
	23. אחר, פרט	
	24. אחר, פרט	

אם ההורים או אחד מהם לא נכחו בדיון, יש לרשום:

האב לא הוזמן, מדוע? _____

האם לא הוזמנה, מדוע? _____

ההורים הוזמנו ולא הגיעו והוחלט לקיים את הדיון בלעדיהם, מדוע? _____

ההורים נכחו רק בחלק מהדיון, באיזה חלק, ומדוע? _____

תחומים מרכזיים בתיאור מצב המשפחה והילדים לגביהם היו חוסר הסכמות בין המשתתפים בדיון (כולל ההורים), חוסר בהירות, או תוספות משמעותיות למידע שנכלל בדוח הפסיכו-סוציאלי (למילוי לאחר הצגת העו"ס ותוספות המשתתפים):

תחומי העזרה

הדיון יתמקד בשאלה מהם התחומים בהם יש צורך בעזרה על מנת לענות על מוקדי הדאגה. יש לשאול קודם כל את ההורים לאיזו עזרה זקוקים הם וילדיהם.

צטט תשובת ההורים לשאלה: באילו תחומים אתם והילדים זקוקים לעזרה? (אם מדובר על ילד ששוקלים להחזירו הביתה – באילו תחומים אתם זקוקים לעזרה על מנת שהילד יוכל להיות בבית)

אם הילד משתתף בדיון: צטט תשובת הילד לשאלה: באילו תחומים אתה זקוק לעזרה?

שם הילד: _____ ציטוט: _____

שם הילד: _____ ציטוט: _____

שם הילד: _____ ציטוט: _____

על בסיס זה ידונו המשתתפים בתחומי העזרה הנדרשים. חשוב להתמקד בתחום בו נדרשת העזרה ולפרט את סוגי העזרה הדרושה ולא בדרך מתן העזרה. (כגון: להורים - הענקת טיפול יומיומי לילדים, למידת דרכי התמודדות עם התנהגות הילדים, סיוע בהיענות לצרכים רגשיים של הילדים, יחסים בין בני הזוג, יחסים עם בני משפחה אחרים, ועוד. לילדים - הגנה ובטחון פיזי, טיפול יומיומי, השגחה של מבוגר, עזרה בלימודים/העשרה/פיתוח מיומנויות לימודיות, ועוד). לאחר מכן, יש לדון בחלופות למתן העזרה, על פי ההנחיות לניהול הדיון (עמ' 24, סעיף 10).

כלי לרישום תוכנית הטיפול - ועדת תכנון טיפול והערכה תאריך דיון _____
 (יש לרשום את כל העזרות שאמורה המשפחה לקבל, כולל סיוע כספי או אחר מגורמים לא פורמליים)

יש למלא בזמן ביצוע מעקב היישום: תאריך ביצוע מעקב _____		עלות הערכת* של שנתית המענה (לשירותים הממומנים על ידי, או בהשתתפות, שירותי הרווחה)	זמן להתחלת מתן השירות (למשל, תחילת שנת הלימודים)	שם/תפקיד אחראי להשגת המענה	מס' שעות טיפול מומלץ (במקרה שרלבנטי, למשל, טיפול פסיכולוגי, שעתיים (שבוע)	משך העזרה (למשל, טיפול פסיכולוגי למשך שלושה חודשים)	על איזה צורך מכוון לענות	למי מיועד 1. משפחה 2. אם 3. אב 4. ילד (שם)	סוג השירות/ העזרה
סיבות לאי ביצוע/ביצוע חלקי	ביצוע** 1. בוצע 2. בוצע חלקית, פרט 3. בתהליך 4. לא יבוצע								
1. חוסר מקום בשירות									
2. התנגדות המשפחה/הילד									
3. התברר שהשירות לא מתאים									
4. שינויים במצב המשפחה									
5. בעיה בתיאום בין שירותים									
6. אחר, פרט									

סה"כ עלות השתתפות שירותי הרווחה בתוכנית לשנה: _____

*מילוי עלות שנתית של המענה ניתן למלא לאחר סיום הועדה-ניתן להעזר בעובדת זכאות. למענים שיש להם תעריף (למשל, מועדוניות לא אינטנסיבית) – להכפיל תעריף חודשי/השתתפות המחלקה לחודש לילד ב – 12 חודשים. למענים הניתנים על פי שעות – יש להעריך כמה שעות ניתנות לילד/למשפחה בהיקף שנתי, ולהכפיל בעלות לשעה. למענים טיפוליים/קבוצתיים למשל, קבוצת הורים - יש לרשום הערכה של היקף שעות שנתי (אין צורך לחשב עלות) לסיוע חומרי: יש לרשום היקף שנתי של סיוע חומרי רצוי למשפחה

תאריך מתוכנן למעקב יישום: |_____| |_____| |_____| (לא יאוחר משלושה חודשים לאחר הדיון) **אחראי ראשי למעקב יישום** _____

ועדת תכנון טיפול והערכה - כלי לרישום תוכנית הטיפול (המשך במקרה הצורך) תאריך דיון _____

יש למלא בזמן ביצוע מעקב היישום: תאריך ביצוע מעקב _____		הערכת* עלות של המענה (לשירותים הממומנים על ידי, או בהשתתפות, שירותי הרווחה)	זמן רצוי להתחלת מתן השירות (למשל, תחילת שנת הלימודים)	שם/תפקיד אחראי להשגת המענה	מס' שעות טיפול מומלץ (במקרה שרלבנטי, למשל, טיפול פסיכולוגי, שעותיים (שבוע)	משך מתן העזרה (למשל, טיפול פסיכולוגי למשך שלושה חודשים)	על איזה צורך מכוון לענות	למי מיועד 1. משפחה 2. א.א. 3. א.ב. 4. ילד (שם)	סוג השירות/ העזרה
סיבות לאי ביצוע/ביצוע חלקי	ביצוע** 1. בוצע 2. חלקית, פרט 3. בתהליך 4. לא יבוצע								
1. חוסר מקום בשירות									
2. התנגדות המשפחה/הילד									
3. התברר שהשירות לא מתאים									
4. שינויים במצב המשפחה									
5. בעיה בתיאום בין שירותים									
6. אחר, פרט									

סה"כ עלות השתתפות שירותי הרווחה בתוכנית לשנה: _____

*מילוי עלות שנתית של המענה ניתן למלא לאחר סיום הועדה-ניתן להעזר בעובדת זכאות. למענים שיש להם תעריף (למשל, מועדוני לא אינטנסיבית) – להכפיל תעריף חודשי/השתתפות המחלקה לחודש לילד ב – 12 חודשים. למענים הניתנים על פי שעות – יש להעריך כמה שעות ניתנות לילד/למשפחה בהיקף שנתי, ולהכפיל בעלות לשעה. למענים טיפוליים/קבוצתיים למשל, קבוצת הורים - יש לרשום הערכה של היקף שעות שנתי (אין צורך לחשב עלות) לסיוע חומרי: יש לרשום היקף שנתי של סיוע חומרי רצוי למשפחה

פעולות שיש לבצע/ דברים שיש לבדוק על מנת ליישם את תוכנית הטיפול:

הפעולה	אחראי לביצוע	תאריך ביצוע רצוי

תחומי עזרה בולטים שלא נענו בתוכנית זו, ומדוע לא נענו:

התייחסות ההורים לתוכנית הטיפול:

התייחסות הילדים לתוכנית הטיפול:

התלבטויות/הסתייגויות מרכזיות של המשתתפים מתוכנית הטיפול (כולל מי המסתייג):

המסתייג (שם/תפקיד)	ההסתייגות

קשיים צפויים ביישום התוכנית:

1. _____
2. _____
3. _____

תאריך שנקבע לדיון חוזר בוועדה: | | | | |

חתימות המשתתפים (ההורים, הילד/ילדים – אם נכחו, המשתתפים הקבועים, עו"ס משפחה, ראש צוות משפחה, יו"ר הועדה) על תוכנית הטיפול:
חתימה זו משמעותה שהחותם נכח בעת קביעת תוכנית הטיפול והתחייב לפעול ליישומה, בכפוף להסתייגויות שהשמיע ושנרשמו.

שם	תפקיד ושירות/ קירבה למשפחה	חתימה

נספח מספר 3: שאלון קבלת החלטות משותפת 9 פריטים (SDM-Q-9)

אנא ציין בקצרה סביב איזו בעיה, עניין או מצב סיכון התקיימה ועדת תכנון טיפול:

אנא ציין מה ההחלטה שהתקבלה בוועדה:

לפניך תשעה היגדים לגבי קבלת החלטות בוועדת תכנון טיפול. אנא ציין עד כמה אתה מסכים או לא מסכים עם כל אחד מהם.

1. העובדת הסוציאלית שלי הבהירה לי שהחלטה צריכה להתקבל בוועדה.

לגמרי לא מסכים לא מסכים במידה רבה לא מסכים במידת מה מסכים במידת מה מסכים במידה רבה לגמרי מסכים

2. העובדת הסוציאלית שלי ביקשה לדעת בדיוק כמה ואיך אני מעוניין להיות מעורב בקבלת ההחלטה.

לגמרי לא מסכים לא מסכים במידה רבה לא מסכים במידת מה מסכים במידת מה מסכים במידה רבה לגמרי מסכים

3. העובדת הסוציאלית שלי אמרה לי שיש אפשרויות פעולה שונות לטפל בבעיה/מצב הסיכון.

לגמרי לא מסכים לא מסכים במידה רבה לא מסכים במידת מה מסכים במידת מה מסכים במידה רבה לגמרי מסכים

4. העובדת הסוציאלית שלי הסבירה לי בפירוט את היתרונות והחסרונות של אפשרויות הפעולה השונות.

לגמרי לא מסכים לא מסכים במידה רבה לא מסכים במידת מה מסכים במידת מה מסכים במידה רבה לגמרי מסכים

5. העובדת הסוציאלית שלי עזרה לי להבין את כל המידע שקיבלתי.

לגמרי לא מסכים לא מסכים במידה רבה לא מסכים במידת מה מסכים במידת מה מסכים במידה רבה לגמרי מסכים

6. העובדת הסוציאלית שלי שאלה אותי איזו אפשרות פעולה אני מעדיף.

לגמרי לא מסכים לא מסכים במידה רבה לא מסכים במידת מה מסכים במידת מה מסכים במידה רבה לגמרי מסכים

7. העובדת הסוציאלית שלי ואני שקלנו באופן מעמיק את אפשרויות הפעולה השונות.

לגמרי לא מסכים לא מסכים במידה רבה לא מסכים במידת מה מסכים במידת מה מסכים במידה רבה לגמרי מסכים

8. העובדת הסוציאלית שלי ואני בחרנו יחד אפשרות פעולה מבין האפשרויות.

לגמרי לא מסכים לא מסכים במידה רבה לא מסכים במידת מה מסכים במידת מה מסכים במידה רבה לגמרי מסכים

9. העובדת הסוציאלית שלי ואני הגענו להסכמה לגבי ההמשך (כיצד להמשיך).

לגמרי לא מסכים לא מסכים במידה רבה לא מסכים במידת מה מסכים במידת מה מסכים במידה רבה לגמרי מסכים

נספח מספר 4: שאלון קבלת החלטות משותפת עו"ס-הורה (SDM-Q-Doc)

אנא ציין סביב איזו בעיה, עניין או מצב סיכון של הילד התקיימה ועדת תכנון טיפול:

אנא ציין מה ההחלטה שהתקבלה בוועדה:

לפניך תשעה היגדים לגבי קבלת החלטות בוועדת תכנון טיפול. אנא ציין עד כמה אתה מסכים או לא מסכים עם כל אחד מהם.

1. הבהרתי להורה שהחלטה צריכה להתקבל.

לגמרי לא מסכים	לא מסכים במידה רבה	לא מסכים במידת מה	מסכים במידת מה	מסכים במידה רבה	לגמרי מסכים
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. ביקשתי מההורה לדעת בדיוק כמה ואיך היא מעוניינת להיות מעורבת בקבלת ההחלטה.

לגמרי לא מסכים	לא מסכים במידה רבה	לא מסכים במידת מה	מסכים במידת מה	מסכים במידה רבה	לגמרי מסכים
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. אמרתי להורה שישנן אפשרויות פעולה שונות לטפל בבעיה/מצב הסיכון.

לגמרי לא מסכים	לא מסכים במידה רבה	לא מסכים במידת מה	מסכים במידת מה	מסכים במידה רבה	לגמרי מסכים
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. הסברתי להורה בפירוט את היתרונות והחסרונות של אפשרויות הפעולה השונות.

לגמרי לא מסכים	לא מסכים במידה רבה	לא מסכים במידת מה	מסכים במידת מה	מסכים במידה רבה	לגמרי מסכים
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. עזרתי להורה להבין את כל המידע שקיבלה.

לגמרי לא מסכים	לא מסכים במידה רבה	לא מסכים במידת מה	מסכים במידת מה	מסכים במידה רבה	לגמרי מסכים
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. שאלתי את ההורה איזו אפשרות פעולה היא מעדיפה.

לגמרי לא מסכים	לא מסכים במידה רבה	לא מסכים במידת מה	מסכים במידת מה	מסכים במידה רבה	לגמרי מסכים
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. ההורה ואני שקלנו באופן מעמיק את אפשרויות הפעולה השונות.

לגמרי לא מסכים	לא מסכים במידה רבה	לא מסכים במידת מה	מסכים במידת מה	מסכים במידה רבה	לגמרי מסכים
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. ההורה ואני בחרנו יחד אפשרות פעולה מבין האפשרויות.

לגמרי לא מסכים	לא מסכים במידה רבה	לא מסכים במידת מה	מסכים במידת מה	מסכים במידה רבה	לגמרי מסכים
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. ההורה ואני הגענו להסכמה לגבי המשך (כיצד להמשיך).

לגמרי לא מסכים	לא מסכים במידה רבה	לא מסכים במידת מה	מסכים במידת מה	מסכים במידה רבה	לגמרי מסכים
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

נספח מספר 5: שאלון השתתפות בוועדת תכנון טיפול - הורה

השאלון מיועד להורים שהשתתפו בשבוע האחרון בוועדת תכנון טיפול. משך מילוי השאלון כ-15 דקות.

א. פרטים אישיים: נא לסמן × בתיבה המתאימה.

1. מין: <input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה	2. גיל: _____	3. מספר ילדים: ____	4. מוצא: _____
5. מצב משפחתי	1. <input type="checkbox"/> רווקה	2. <input type="checkbox"/> נשואה	3. <input type="checkbox"/> חיה עם בן/בת זוג
6. השכלה:	1. <input type="checkbox"/> יסודית	2. <input type="checkbox"/> תיכונית	3. <input type="checkbox"/> לימודי תעודה
7. אמונה דתית:	1. <input type="checkbox"/> חילונית	2. <input type="checkbox"/> מסורתית	3. <input type="checkbox"/> דתיה
8. שפת אם:			
9. הכנסה	<input type="checkbox"/> מתחת לממוצע <input type="checkbox"/> ממוצעת <input type="checkbox"/> מעל לממוצע		
10. קשר עם לשכת הרווחה המקומית	1. <input type="checkbox"/> המשפחה נמצאת בקשר עם הלשכה יותר משנה לפני קיום הועדה 2. <input type="checkbox"/> המשפחה נמצאת בקשר עם הלשכה תקופה של פחות משנה לפני קיום הועדה 3. <input type="checkbox"/> המשפחה נמצאת בקשר עם הלשכה רק סביב ההחלטה לקיים ועדה		

ב. הכנה לדיון בוועדת תכנון טיפול: נא לסמן × בתיבה המתאימה.

1. האם התקיימו מפגשי הכנה לוועדה עם העובדת הסוציאלית של המשפחה? כן לא

2. כמה מפגשי הכנה התקיימו עם ההורים? _____

3. כמה מפגשי הכנה התקיימו עם הילדים? ילד 1 _____ ילד 2 _____ ילד 3 _____

4. אם לא התקיים מפגש הכנה עם מישהו מבני המשפחה, מדוע? _____

5. במידה שהתקיימו מפגשי הכנה, סמני את הנושאים שדוברו במפגשים:

1. הסבירו לי מהי ועדה לתכנון טיפול

2. הסבירו לי מי האנשים שצפויים להיות בוועדה

3. הסבירו לי שיש לי זכות להביא לוועדה כל אדם שאני אראה לנכון

4. הסבירו לי מהן הדאגות או הבעיות שגרמו לכינוס הועדה

5. הסבירו לי שיש לי זכות להציע לוועדה פיתרון שנראה לי מתאים ביותר

6. קיבלתי הזדמנות לשאול שאלות לגבי הוועדה

7. קיבלתי הזדמנות להביע חששות ו\או דאגות לגבי מעמד הוועדה

8. אחר: _____

ג. נוכחות בני המשפחה בוועדת תכנון טיפול: נא לסמן × בתיבה המתאימה.

1. האם אם המשפחה נכחה בוועדה? כן □ לא □ אם לא, מדוע? _____

2. האם אם המשפחה נכח בוועדה? כן □ לא □ אם לא, מדוע? _____

3. האם הילד/ים שבעניינם נערך הדיון נכחו בוועדה? כן □ לא □ אם לא, מדוע? _____

תקשורת בין אנשי המקצוע למשפחה במהלך הדיון בוועדת תכנון טיפול

נא דרג/י את מידת ההסכמה שלך לגבי כל אחד מהמשפטים הבאים:

מאוד לא מסכים	לא מסכים	די מסכים	מסכים	מסכים במידה רבה		
1	2	3	4	5		
					1. הרגשתי שהיו לי מספיק הזדמנויות לדבר במהלך הדיון	ד. השמעת קולם של ההורים במהלך הדיון
					2. דיברתי רק כששאלו אותי שאלות	
					3. דיברתי בכל פעם שהרגשתי שיש לי מה להגיד	
					4. פחדתי לדבר מול האנשים בוועדה	
					5. היה איתי בוועדה מישהו שאני סומך עליו שדיבר בשמי	
					6. הרגשתי שחברי הוועדה מקשיבים לדברים שאמרתי	
					7. חברי הוועדה התייחסו לדברים שאמרתי	
					8. השתתפתי בדיון לכל אורכו ולא היו חלקים בדיון שהתקיימו בלעדיי	
					9. הרגשתי שהעובדות הסוציאליות בוועדה מציינים לחיוב דברים שעשיתי או אמרתי	ה. התייחסות לכוחות חיוביים של בני המשפחה במהלך הדיון
					10. הרגשתי שהעובדות הסוציאליות בוועדה מכירים בכוחות החיוביים שלי כהורה	
					11. הרגשתי שהייתה בדיון התייחסות מצד העובדות הסוציאליות להצלחות שהתרחשו במסגרת המשפחתית שלי	
					12. הרגשתי שאנשי המקצוע בוועדה מדברים רק על הבעיות והקשיים שהמשפחה שלי חווה	

ו. הערכת חומרת הבעיה

השאלות הבאות מתייחסות להערכה שלך את הבעיה או מצב הסיכון שהוביל להתכנסות הועדה. לגבי כל משפט אנא סמני את מידת הסכמתך:

מאוד לא מסכים 1	לא מסכים 2	די מסכים 3	מסכים 4	מסכים במידה רבה 5	
					1. הילדים שלי נמצאים במצב סיכון שמחייב טיפול מדי
					2. הילדים שלי חווים קשיים אך אינם נמצאים במצב סיכון
					3. הבעיה שהמשפחה שלי חווה היא חמורה וקשה מאוד
					4. אין למשפחה שלי אף בעיה שמצדיקה התערבות של עובדות סוציאליות
					5. יש לי דאגות רבות לגבי המצב בהם נמצאים ילדיי

ז. נוכחות בוועדה של אנשים מטעם המשפחה ושל אנשי מקצוע נוספים: נא לסמן × בתיבה המתאימה.

1. האם נכחו בוועדה אנשים מטעמכם שאינם חלק מהמשפחה הגרעינית? כן לא.
2. אם כן, אנא סמנו במשבצת המתאימה מי האנשים שנכחו מטעמכם בוועדה:
 סבאלסבתא דוד\דודה ידידת המשפחה עורך דין אחר: _____
3. האם נכחו בוועדה אנשי מקצוע אשר אינם עובדות סוציאליות מהמחלקה לשירותים חברתיים? כן לא.
4. אם כן, אנא סמנו במשבצת המתאימה איזה אנשי מקצוע נכחו בוועדה:
 מורה\גננת פסיכולוג\פסיכיאטר קצין ביקור סדיר עובדת סוציאלית ממסגרת שאחד הילדים נמצא בה (פנימית יום, פנימייה, מועדונית, בי"ס וכו') מטפלת שעובדת עם המשפחה רופא אחר: _____

ח. הסכמה או התנגדות של בני המשפחה לתכנית הטיפול המוצעת: נא לסמן × בתיבה המתאימה.

1. האם הגעת לדיון בוועדה עם רעיון שנראה לך כמתאים ביותר לפתרון המצב? כן לא.
2. אם כן, האם העובדת הסוציאלית של המשפחה התייחסה לרעיון שהוצע על ידך? כן לא.
3. האם העובדת הסוציאלית של המשפחה הציגה בפניך במהלך הדיון רעיון שנראה לה כמתאים ביותר לפתרון המצב? כן לא.
4. אם כן, האם אתה מסכימה עם הפתרון אשר הוצע על ידי העובדת הסוציאלית? כן לא.

נספח מספר 6: שאלון השתתפות בוועדת תכנון טיפול – עובדת סוציאלית

השאלון מיועד לעובדות סוציאליות של משפחות שהשתתפו בחודש האחרון בוועדת תכנון טיפול.

א. פרטים אישיים: נא לסמן × בתיבה המתאימה.

1. מין: <input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה	2. גיל: _____	3. ותק במקצוע: _____ שנים	4. מוצא _____
5. מצב משפחתי	1. <input type="checkbox"/> רווקה	2. <input type="checkbox"/> נשואה	3. <input type="checkbox"/> חיה עם בן/בת זוג
6. השכלה:	1. <input type="checkbox"/> תואר ראשון	2. <input type="checkbox"/> תואר שני	3. <input type="checkbox"/> תואר שלישי
7. אמונה דתית:	1. <input type="checkbox"/> חילונית	2. <input type="checkbox"/> מסורתית	3. <input type="checkbox"/> דתית
8. שפת אם:			

ב. הכנה לדיון בוועדת תכנון טיפול: נא לסמן × בתיבה המתאימה.

1. האם התקיימו מפגשי הכנה לוועדה עם המשפחה? כן לא

2. כמה מפגשי הכנה התקיימו עם ההורים? _____

3. כמה מפגשי הכנה התקיימו עם כל אחד מהילדים? ילד 1 _____, ילד 2 _____, ילד 3 _____

4. אם אחד מבני המשפחה לא קיבל הכנה, מדוע? _____

5. במידה שהתקיימו מפגשי הכנה, סמני את הנושאים שדוברו במפגשים:

1. הסבר כללי על מהות הוועדה

2. הסבר על הרכב אנשי המקצוע שיהיו נוכחים בוועדה

3. הסבר על זכותה של המשפחה להביא לוועדה כל אדם שיבחרו מטעמם

4. הסבר על הסיבות לכינוס הוועדה

5. הסבר על זכותה של המשפחה להציע בוועדה פתרון שנראה להם מתאים ביותר

6. בני המשפחה קיבלו הזדמנות לשאול שאלות לגבי הוועדה

7. בני המשפחה קיבלו הזדמנות להביע חששות ו/או דאגות לגבי מעמד הוועדה

8. הסבר על המשמעות של מעורבות עובדת סוציאלית לחוק הנוער (באם היה רלוונטי לוועדה זו)

9. אחר: _____

ג. נוכחות בני המשפחה בוועדת תכנון טיפול: נא לסמן × בתיבה המתאימה.

1. האם אם המשפחה נכחה בוועדה? כן לא. אם לא, מדוע? _____
2. האם אם המשפחה נכח בוועדה? כן לא. אם לא, מדוע? _____
3. האם כל הילדים שבעניינם נערך הדיון נכחו בוועדה? כן לא. אם לא, מדוע?

תקשורת בין אנשי המקצוע למשפחה במהלך הדיון בוועדת תכנון טיפול

השאלות הבאות מתייחסות למידה בה הביעו בני המשפחה בדיון בוועדה את רצונם, דעתם ועמדותיהם. נא דרגו את מידת ההסכמה שלכם לגבי כל אחד מהמשפטים הבאים:

מאוד לא מסכים	לא מסכים	די מסכים	מסכים	מסכים במידה רבה		
1	2	3	4	5		
					1. להורים היו מספיק הזדמנויות לדבר במהלך הדיון	ד. השמעת קולם של ההורים במהלך הדיון
					2. ההורים דיברו רק כשנשאלו שאלות	
					3. ההורים דיברו באופן חופשי כאשר היה להם מה להגיד	
					4. ההורים חששו לדבר בפני חברי הועדה	
					5. היה עם ההורים בוועדה מישהו שהם סמכו עליו שידבר בשמם	
					6. חברי הועדה הקשיבו לדברים שאמרו ההורים	
					7. חברי הועדה התייחסו לדברים שאמרו ההורים	
					8. ההורים השתתפו בדיון לכל אורכו ולא היו חלקים בדיון שהתקיימו בלעדיהם	
					9. לילד היו מספיק הזדמנויות לדבר במהלך הדיון	ה. השמעת קולו של הילד במהלך הדיון (במידה והיה נוכח)
					10. הילד דיבר רק כשנשאל שאלות	
					11. הילד דיבר באופן חופשי כאשר היה לו מה להגיד	
					12. הילד חשש לדבר בפני חברי הועדה	
					13. היה עם הילד בוועדה מישהו שהוא סמך עליו שידבר בשמו	

					14. חברי הועדה הקשיבו לדברים שאמר הילד	
					15. חברי הועדה התייחסו לדברים שאמר הילד	
					16. העובדות הסוציאליות בועדה ציינו לחיוב דברים שעשו או אמרו ההורים והילד	1. התייחסות לכוחות חיוביים של בני המשפחה במהלך הדיון
					17. העובדות הסוציאליות בועדה הביעו הכרה בכוחות החיוביים של ההורים כהורים	
					18. הייתה בדיון התייחסות מצד העובדות הסוציאליות להצלחות שהתרחשו במסגרת המשפחתית	
					19. אנשי המקצוע בועדה דיברו רק על הבעיות והקשיים שהמשפחה חווה	

ז. הערכת חומרת הבעיה

השאלות הבאות מתייחסות להערכה שלך את הבעיה או מצב הסיכון שהוביל להתכנסות הועדה. לגבי כל משפט אנא סמני את מידת הסכמתך:

מאוד לא מסכים	לא מסכים	די מסכים	מסכים	מסכים במידה רבה	
1	2	3	4	5	
					1. הילדים במשפחה הנידונה נמצאים במצב סיכון שמחייב טיפול מידי
					2. הילדים במשפחה הנידונה חווים קשיים אך אינם נמצאים במצב סיכון
					3. הבעיה שהמשפחה חווה היא חמורה וקשה מאוד
					4. אין למשפחה אף בעיה שמצדיקה התערבות של עובדות סוציאליות
					5. יש לי דאגות רבות לגבי המצב בהם נמצאים ילדי המשפחה

ה. נוכחות בוועדה של אנשים מטעם המשפחה ושל אנשי מקצוע נוספים: נא לסמן × בתיבה המתאימה.

1. האם נכחו בוועדה אנשים מטעם המשפחה שאינם חלק מהמשפחה הגרעינית? כן לא.

2. אם כן, אנא סמנו במשבצת המתאימה מי האנשים שנכחו מטעם המשפחה בוועדה:

סבא\סבתא דוד\דודה ידידת המשפחה עורך דין אחר: _____

3. האם נכחו בוועדה אנשי מקצוע אשר אינם עובדות סוציאליות מהמחלקה לשירותים חברתיים? כן לא.

4. אם כן, אנא סמנו במשבצת המתאימה איזה אנשי מקצוע נכחו בוועדה:

מורה\גננת פסיכולוג\פסיכיאטר קצין ביקור סדיר עובדת סוציאלית ממסגרת שאחד הילדים נמצא בה (פנימית יום, פנימייה, מועדונית, בי"ס וכו') מטפלת שעובדת עם המשפחה

רופא אחר: _____

ט. הסכמה או התנגדות של בני המשפחה לתוכנית הטיפול המוצעת: נא לסמן × בתיבה המתאימה.

1. האם הגעת לדיון בוועדה עם רעיון לתוכנית טיפול שנראית לך כמתאימה ביותר לפתרון המצב? כן לא.

2. אם כן, האם המשפחה או חלק ממנה הביעה הסכמה לתוכנית הטיפול שהוצעה על ידך? כן לא.

3. האם מישהו מבני המשפחה הגיע לדיון בוועדה עם תכנית אשר נראית לו כמתאימה ביותר לפתרון המצב? כן לא.

4. אם כן, האם חברי הוועדה התייחסו לתוכנית הטיפול שהוצעה על ידי בני המשפחה?

נספח מספר 7: טופס הסכמה מדעת

הסכמה להשתתף במחקר בנושא מעורבות הורים וילדים בקבלת החלטות בועדות תכנון טיפול

שלום רב,

ברצוני להודות לך על הסכמתך להשתתף במחקר זה, העוסק במידת המעורבות של הורים וילדים בקבלת החלטות בועדות לתכנון טיפול והערכה. מטרת המחקר היא ללמוד על תפיסתם של הורים, ילדים ועובדות סוציאליות בנוגע למידת מעורבותם בתהליך קבלת ההחלטות בועדות תכנון טיפול. המחקר נערך על ידי החוקרת עינב בן-גל במסגרת לימודים לתואר שלישי (דוקטורט) במחלקה לעבודה סוציאלית של אוניברסיטת בן גוריון בנגב.

בחתימתך על טופס זה את/ה מצהיר/ה:

- א. אני מסכים/ה להשתתף במחקר העוסק במעורבות הורים וילדים בקבלת החלטות בועדות תכנון טיפול.
- ב. הוסבר לי כי במהלך המחקר אתבקש לענות על שני שאלונים. משך המענה על שניהם יחד כ 20 דקות.
- ג. הוסבר לי כי החוקרת עינב בן-גל קיבלה אישור מוועדת האתיקה של אוניברסיטת בן גוריון אישור לביצוע המחקר.
- ד. הוסבר לי כי מובטחת סודיות באשר לזהותי האישית. אין ולא תהיה כל דרך לקשר בין הפרטים האישיים לבין הנתונים שאני מספק/ת.
- ז. הוסבר לי כי אני חפשי/ה להפסיק בכל עת את השתתפותי במחקר.
- ח. בכל בעיה הקשורה למחקר אוכל לפנות לחוקרת עינב בן-גל להתייעצות נוספת במס' טלפון 050-9610721 ו/או בכתובת דוא"ל einavla@bgu.ac.il.

הנני מצהיר/ה בזה כי את הסכמתי הנ"ל נתתי מרצוני החופשי וכי הבנתי את כל האמור לעיל.

שם משתתף/ת במחקר חתימה תאריך

הצהרת החוקר/ת

ההסכמה הנ"ל נתקבלה על ידי וזאת לאחר שהסברתי למשתתף/ת במחקר כל האמור לעיל ווידאתי שכל הסברי הובנו על ידו/ידיה.

עינב בן-גל

שם חתימה תאריך

בשמי ובשם מנחת המחקר, פרופ' ורד סלונים-נבו מהמחלקה לעבודה סוציאלית באוניברסיטת בן גוריון בנגב, אני מודה לך על השתתפותך במחקר ועל המאמץ והזמן שיוקדש למילוי השאלונים.

עינב בן-גל

□ נא לסמן תיבה זו אם ברצונך להתעדכן בתוצאות המחקר בסיומו.

כתובת דואר אלקטרוני לשליחת תוצאות המחקר: _____

נספח מספר 8: טופס הסכמה מדעת לילדים

הסכמה להשתתף במחקר ולענות על שאלון בנושא מעורבות בקבלת החלטות בועדות תכנון טיפול

שלום רב,

תודה שהסכמת להשתתף במחקר ולענות על שני שאלונים.

המטרה של המחקר היא ללמוד על השתתפות של ילדים ואימהות בקבלת החלטות בועדות לתכנון טיפול והערכה. החוקרת, עינב בן-גל, היא סטודנטית לתואר שלישי באוניברסיטת בן גוריון בנגב.

לפני שתחליט אם לחתום על ההסכמה, תבדוק אם אתה מסכים עם הנקודות הבאות:

א. אני מסכים/ה להשתתף במחקר העוסק במעורבות אימהות וילדים בקבלת החלטות בועדות תכנון טיפול.

ב. החוקרת הסבירה לי כי אתבקש לענות על שני שאלונים. משך המענה כ 10 דקות.

ד. החוקרת הסבירה לי כי הפרטים האישיים שלי (כמו שם, מקום מגורים) יישמרו בסודיות מלאה. הפרטים שלי לא יועברו מהחוקרת לשום אדם ולא יפורסמו בשום מקום.

ז. הוסבר לי כי אני יכול לבחור בכל רגע, גם אחרי שחתמתי על טופס זה, להפסיק להשתתף במחקר ולא לענות על השאלונים.

ח. בכל בעיה הקשורה למחקר אוכל לפנות לחוקרת עינב לפיד להתייעצות נוספת במס' טלפון 050-9610721 ו/או בכתובת דוא"ל einavla@bgu.ac.il.

אני מצהיר שהסכמתי להשתתף במחקר מרצוני והבנתי את כל הסעיפים שמפורטים למעלה

שם משתתף/ת במחקר	חתימה	תאריך
------------------	-------	-------

הצהרת החוקר/ת

ההסכמה הנ"ל נתקבלה על ידי וזאת לאחר שהסברתי למשתתף/ת במחקר כל האמור לעיל ווידאתי שכל הסברי הובנו על ידו/יה.

שם	חתימה	תאריך
----	-------	-------

בשמי ובשם מנחת המחקר, פרופ' ורד סלונים-נבו מהמחלקה לעבודה סוציאלית באוניברסיטת בן גוריון בנגב, אני מודה לך על השתתפותך במחקר ועל המאמץ והזמן שיוקדש למילוי השאלונים.

עינב בן-גל

☐ נא לסמן תיבה זו אם ברצונך להתעדכן בתוצאות המחקר בסיומו.

כתובת דואר אלקטרוני לשליחת תוצאות המחקר: _____

נספח מספר 9: אישור הורים

אישור הורים להשתתפות של ילד במחקר בנושא מעורבות בקבלת החלטות בועדת תכנון טיפול

אני מאשר/ת את השתתפותו של בני/ בייתי אשר גילו מעל 12 שנים במחקר בנושא מעורבות הורים וילדים בקבלת החלטות בועדות תכנון טיפול, אותו מבצעת החוקרת עינב בן-גל (לפיד) מאוניברסיטת בן גוריון במסגרת לימודים לתואר שלישי.

אני מצהיר/ה בזאת:

א. הוסבר לי על ידי החוקרת שבני/בייתי יתבקשו לענות על שני שאלונים ובהם שאלות המתייחסות למעורבותו/ה בקבלת החלטות בועדת תכנון טיפול.

ב. הוסבר לי על ידי החוקרת כי לא ייעשה כל שימוש בפרטים האישיים המזהים של בני/בייתי והם יישמרו בסודיות מלאה.

ג. הוסבר לי על ידי החוקרת כי לאחר שאתן את הסכמתי, לבני/בייתי תישמר הזכות המלאה לבחור אם להשתתף במחקר או לא.

ד. אני מצהיר/ה כי הבנתי את כל הסברי החוקרת ואני נותנת/ אישור לבני/ בייתי להשתתף במחקר.

שם הילד/ה שם+משפחה של ההורה תאריך

חתימה

נספח מספר 10: נתונים של ארבעת הילדים שהשתתפו במחקר

במחקר השתתפו ארבעה ילדים: שלוש נערות בנות 15 ונער בן 12. נערה אחת הייתה מהמגזר הערבי ושלושת הילדים הנותרים היו מהמגזר היהודי.

האם התקיימו מפגשי הכנה עם הילד?		ציון טיב התקשורת בוועדה ²		ציון ¹ SDM	
עו"ס	ילד	עו"ס	ילד	עו"ס	ילד
לא ³	לא	40	48	18	44
לא	לא	44	44	—	13
לא	לא	23	15	—	12
כן	כן ⁴	32	48	43	43

¹ טווח ציונים אפשרי 0-45

² טווח ציונים אפשרי 0-48

³ הנימוק שציינה העו"ס: אשפוז פסיכיאטרי של הילד

⁴ הילד ציין שעלו במפגש ההכנה כל הנושאים ברשימה מלבד הזכות להביא אדם מטעמו.

דרושים הורים וילדים שהיו נוכחים בחודש האחרון בוועדת החלטה

ברוחה (ועדת תכנון טיפול)

להשתתפות במחקר תמורת תגמול של 70 ₪.

נושא המחקר: מעורבות הורים וילדים בקבלת ההחלטות בוועדה.

מוזמנים להשתתף במחקר:

- **הורים** שעומדים להשתתף בוועדת תכנון טיפול או שהשתתפו בה לאחרונה.
- **ילדים מעל גיל 12** שעומדים להשתתף בוועדת תכנון טיפול או שהשתתפו בה לאחרונה (בכפוף לאישור הורים).

המחקר נערך על ידי עינב בן-גל, במסגרת דוקטורט באוניברסיטת בן גוריון בנגב.

- **ההשתתפות במחקר כוללת מענה טלפוני על שאלון שלוקח כעשרים דקות.**
- **השאלון אינו כולל שאלות חוזרניות על המשפחה.**
- **ההשתתפות במחקר הינה אנונימית.**

לפרטים והשתתפות: עינב בן-גל 050-9610721

***אפשר ליצור קשר ב SMS**

או במייל einavbgu@gmail.com

Synopsis

This research project explores shared decision-making between parents, children, and social workers in planning, intervention, and evaluation committees (PIECs). PIECs form part of the work of social services departments, and, according to Israeli social work regulations, their role is to decide on treatment plans for children in at-risk situations that raise concerns that their normal development could be impaired. The committees discuss the circumstances surrounding the children's conditions, evaluate the level of risk and the family's difficulties, needs, and strengths, and examine possible interventions. Ultimately, PIECs are expected to formulate an optimal treatment plan that maximizes the partnership with family members and establish agreements between professionals and the family (Ministry of Welfare and Social Services, 2017). In Israel, 18,000–22,000 committees are convened annually to consider treatment plans for 30,000–35,000 children.

The project comprises two successive studies addressing the following questions of to what extent, in what form, and under which conditions does shared decision-making take place in the context of PIECs. The first study is based on a content analysis of 73 PIEC protocols aimed to find evidence of forms of client participation in the protocols. The second study measures shared decision-making by using survey questionnaires completed by parents and social workers who participated in PIECs, aimed to explore factors that can explain levels of Shared Decision-Making.

Background: Client participation in decision-making is a well-recognized principle in social work theory and practice. Over the past 20 years, it has gained popularity in additional areas, such as health, education, and urban planning. This growing trend is driven by both the perception that people have the right to be involved in decision-making about their lives and the proven benefits of client participation: Client participation contributes to clients' sense of empowerment, increases their willingness to cooperate with the designated plan, enhances their ability to exercise their social rights, and improves outcomes. In addition, client participation is a core value in the social work code of ethics and now is a significant element in Ministry of Welfare declarations, regulations, and instructions concerning most social services. Client participation is based on creating a better balance between the more powerful professionals and the less powerful clients or families. Proactive power-sharing is crucial to achieving client participation.

Researchers have yet to agree upon a definition of client participation. The literature describes a variety of behaviors ranging from a paternalistic approach to varying degrees of power-sharing. Nonetheless, professionals and researchers do agree that certain measures can contribute to effective participation by social work clients, such as trust and respect-based relations, good communication, the provision of clear, detailed information to the client, and support in preparing for decision-making processes. Participatory practices in social work are usually based on a long-term relationship of trust between the social worker and the client, and the discourse between them is characterized by such terms as “hearing the clients' voice,” “cooperation,” “standing by the client,” and “empowerment.”

In light of recommendations by Knesset committees that have examined the issue, the past two decades have seen a reform in PIECs, including the revision and improvement of regulations, instructions, training, and tools for PIEC management. All these elements emphasize the importance of parents' and children's participation in the committees to the success of the process, as well as the professional duty of social workers to promote such participation. Despite these developments, however, studies and Knesset committees have repeatedly pointed to gaps between the declared principles and the situation in the field, where decision-making on treatment is often far from participatory. Such gaps are not unique to social services in Israel; in fact, they receive frequent mention in studies from numerous Western countries with welfare systems that include processes comparable to PIECs. Several studies have identified systemic factors that inhibit client participation, the primary ones being complicated bureaucracy and chronically heavy caseloads – conditions that do not leave much time for building trust. Such conditions are typical of various welfare systems around the world, especially in Israel. Another significant inhibiting factor is social workers' paternalistic approach toward clients. Unfortunately, there has been no systematic data collection on PIECs, and therefore the research in this field is limited.

Family-focused interventions are based on the assumption that the solutions and powers needed to change the circumstances of at-risk children lie within the family. Accordingly, their implementation requires a high degree of partnership. Israel's Ministry of Welfare and Social Services has adopted a policy that encourages family-focused approaches. In addition, over the past decade, the Ministry has been undergoing a reform that emphasizes systemic changes and the formulation of plans

that promote family-focused interventions. This, in turn, should have an impact on PIEC treatment plans and, consequently, on shared decision-making with parents and children as well.

In this research we relied on the theoretical approach of the shared decision-making (SDM) model in order to conceptualize and measure shared decision-making. The model, which originated in the healthcare field, represents a process in which the doctor and patient jointly decide on a treatment plan for the sake of the patient's health. The assumptions behind the SDM approach are identical to those upon which the principle of participation in social work are based: the right of individuals to participate in decisions relating to their lives, and the positive implications of such participation for decision-making on matters that affect them and on the intervention outcomes. The model focuses on four elements of the medical decision-making process that are the basic conditions for shared physician-patient decision-making: the physician's and patient's engagement; their exchange of information on the medical condition and prognosis and on the patient's lifestyle; the provision of information about various treatment options and their advantages and disadvantages; and the physician and patient both voicing their preferred treatment options. SDM is an extensively researched, evidence-based model that has yielded good results. Patients whose physicians used the SDM model demonstrate better health results, cooperate with treatment plans more consistently, and report higher levels of satisfaction with the decision-making process and their treatment. In contrast to social work theories and practices that view cooperation as conditional on long-term relations of trust and emphasize listening to clients, the SDM model is intended for brief decision-making processes focused on creating an opportunity for equalizing physician-patient knowledge regarding the medical problem, treatment options, and potential repercussions of each option. Recent years have seen the emergence of research on the suitability of the SDM model for shared decision-making in the welfare system, in light of its success in promoting shared decision-making with clients in the healthcare system.

Study 1

Research questions: To what extent and in what form does a participatory discourse take place between the PIEC professionals and the family and child regarding a decision about removing the child from the home, and how is it reflected in the

meeting records? To what extent and in what form does a dialogue take place to assess alternatives to the child's removal in the form of community-based measures, and how is this reflected in the records?

The research approach: This study employed a critical paradigm that conceives of reality as a social construct shaped by power dynamics. Accordingly, the purpose of research is to expose those mechanisms that perpetuate inequitable power relations between the social hegemon and the underprivileged population. The data-collection approach used here is known as clinical data mining (CDM): the use of data collected and documented in the field in the course of practice, and its analysis for the purpose of evaluating and advancing work methods.

Sample: Seventy-three sets of records from PIECs held throughout Israel during 2012–2014, in which a decision was made to remove at-risk children and youths from their homes.

The research procedure: The process included enlisting Ministry of Welfare personnel to help with our request for copies of the records, approaching PIEC coordinators in 50 social services departments, and coordination and follow-up to receive the records.

Quality and reliability: All the steps and decisions taken during in the course of our analysis were documented, quotes from the records were presented alongside their interpretations, and feedback on the findings was provided by professionals and youths who had participated in the PIECs.

Ethics: Identifying details of families and professionals were deleted from the records before we received them. In presenting examples and quotes, potentially identifying details were concealed.

Data analysis: A qualitative and quantitative content analysis was performed by identifying recurring patterns in the text and examining how they reflect the outlooks of professionals on the committees, identifying themes and sub-themes, classifying similar issues by category, and examining these categories in relation to the research questions.

Main findings and discussion: Half the committees documented their proceedings using an official documentation tool. The remainder were documented by means of a protocol unique to the given department, a summary of the main points, or a transcript of the entire proceeding. The official protocol contains three sections intended to promote parents' and children's participation: an obligation to explain a parent's

absence from the committee, thus underscoring the requirement of making an effort to locate and invite the parents; a provision stipulating that the family members' position be presented in their own words, thereby promoting the inclusion of their authentic voice; and a provision stipulating that the parents' and child's view of the designated treatment plan be documented. The official protocol specifies a particular order for PIEC proceedings, beginning with the chair asking the parents to describe their perception and view of the situation, as well as their preferred solution. Those PIECs documented by means of a summary or transcript usually did not strictly adhere to hearing from the parents and the child at an early stage of the proceeding, and their records presented the parents' and child's position far less clearly. Consequently, committees documented by the officially designated protocol have the potential to promote participation more effectively than committees documented by other means.

The PIEC records provide very little information about the preparatory stage. The vast majority did not use the form designated for preparations, and only rarely did the records contain information about a preparatory meeting having taken place. In most cases, no information was available about the subjects discussed at the preparatory meetings. Preparation for the proceedings is the first phase of participation because it has a decisive impact both on the parents' and children's understanding of the situation and of their rights, and on their ability to formulate a clear position on the treatment planned for them. The lack of data about preparatory procedures may constitute a significant inhibiting factor in promoting SDM in PIECs.

The findings indicate that mothers were nearly always present during the committee meetings and fathers were present in about half the meetings. When the mother was absent, the records explained her absence in detail and presented her view on the children's removal from home. Conversely, a father's absence did not always receive an explanation, and even when it did, it was evident from the reasons listed that in many cases not much effort was made to secure his presence. For the most part, if the father was absent, the records did not indicate his view. These data may point to a gender bias on the part of PIEC organizers. Adolescents were present in about two-thirds of the discussions about them. When adolescents were absent from PIECs, their absence usually was not explained, nor was their view on being removed from home by PIEC members represented.

In about half the records, the position of family members who attended the proceedings is mentioned once in a concise manner. The remaining records mention

family members' positions more than once or in greater detail. The findings indicate that in many committees, when a family member's outlook differs from that of the PIEC professionals, that member is described as uncooperative, in denial about problems, and resistant – a description that serves as an “excuse” to adopt a decision aligned solely with the professionals' outlook, without discussing the possibility of assistance that accords with the family members' outlook. The findings highlight the perpetuation of power discrepancies between family members and professionals.

The findings reveal widespread use by professionals of the terms “consent” and “cooperation” in describing the parents' and child's attitudes toward the PIEC's designated treatment plan. The use of these terms may indicate paternalistic outlooks, according to which the power to determine a treatment plan lies exclusively with the expert professionals, while family members are in a weaker, inferior position that allows them only to agree or disagree, cooperate or not cooperate, with the professionals' decision. Clearly, such approaches do not promote participation or facilitate more of a balance in the inequitable power dynamics between family members and professionals.

In most committees, according to the findings, not a single professional referred to the parents' powers. More attention to their powers could enhance parental participation because it would indicate respect, trust, and empowerment. The parents' view of a child's removal from home also plays a part. When the parents or child are interested in removal, the professionals tend to mention their powers and present them as people who know what is good for them. When they object to removal, the discussion makes no mention of their powers, focusing instead on the parents' pathology and “denial of the problem.” These findings imply a perception that equates parents' and children's participation with cooperation on the matter of removal from home, which in turn fosters an illusion among social workers that shared decision-making is taking place.

One-third of the records contained no evidence that a community-based alternative had been proposed or attempted prior to discussing removal from the home. In those cases where the records indicate that alternatives had been tried and had failed, all the reasons cited by the professionals held the family members responsible: lack of cooperation, refusal, or a poor fit for the proposed solution. This finding implies an institutionalized approach on the part of the professionals, according to which the families must adapt themselves to the service rather than the other way around.

Limitations of the study: The information available in the records does not provide a complete picture of parents' and children's participation in PIECs, as these records omit undocumented remarks that could point to cooperation or lack thereof. Furthermore, no conclusions can be drawn about families' participation in committees that did not decide on removal from home and instead focused primarily on community-based care.

Study 2

Research question: Which variables are significantly related to parents' and children's cooperation with social workers in PIEC decision-making? Are there differences in the perception of SDM between social workers, on the one hand, and between parents and children, on the other?

The research approach: We used the SDM model to measure shared decision-making. This choice rests on extensive research-based evidence of its effectiveness and on our identification of principles and characteristics that are common to both medical decision-making and PIEC decision-making about treatment.

Research hypotheses: We hypothesized that social workers would attest to a higher degree of shared decision-making when the parents perceive the problem as more severe, when communication in the PIEC is better, and when the social workers have relayed more information to the parents in preparation for the committee proceedings and have conducted more preparatory meetings. We posited that the parents would attest to a higher degree of shared decision-making when the social worker perceives the problem as less severe, when communication in the PIEC is better, when they receive more information in preparatory meetings before the proceedings, and when more such meetings take place. In addition, we hypothesized that both sides would attest to a higher degree of shared decision-making in those committees that decided on family-focused (as opposed to child-focused) responses and in committees where the parents had a higher level of education.

Sample: Forty-two parents and 37 social workers who participated in 43 PIECs held during 2016–2020. The sample was selected on the basis of “convenience sampling.”

Research tools: The degree of participation in PIEC decision-making was measured using SDM-Q-9 and SDM-Q-DOC questionnaires based on the SDM model and translated into Hebrew for the study. Three additional questionnaires were

developed for the purposes of this study: a questionnaire on preparing for the PIEC, which measured the number of issues raised during preparatory meetings using the list of issues named in the PIEC instructions; a questionnaire on the quality of communication in the committee, which measured the extent to which parents' and children's voices were heard during the PIEC proceeding and the degree of attention professionals paid to family members' strengths and successes; and a questionnaire on the severity of the problem, which measured the severity that parents and social workers ascribed to the problem.

The research procedure: Parents were recruited for the study through employees of social services departments. A total of 141 welfare departments were approached via email and 67 by telephone. In all, ten departments provided contact information for parents who expressed a willingness to participate in the study, and whom we contacted by phone. Ultimately, 42 parents and 37 social workers completed the research questionnaire.

Ethics: The questionnaires were anonymous, and no use was made of the participants' personal details. All participants signed an informed consent form, confirming that they were participating in the study voluntarily and could decide to stop answering the questionnaire at any time. The University's Ethics Committee and the Ministry of Welfare approved the study.

Data analysis: We used SPSS statistical processing software for coding and analysis. First, we quantified the occurrences of the committee's characteristics and the participants' background characteristics. Second, we performed correlations to examine relationships and differences between groups and then we performed regressions.

Main findings: The 43 committees discussed cases involving 107 children. Most of these were follow-up sessions rather than initial meetings, and most of the families had been in contact with the welfare services long before the committee met. About half discussed cases involving only one child, and the remainder addressed cases of a few children in one family. The 43 committees rendered decisions on 108 provisions of services. Most of the proceedings resulted in exclusively child-focused services, with family-focused services accounting for one-fourth. The most frequent services included referring the children to community-based treatment or extending their stay in a facility outside the home.

The parents reported a higher degree of participation in SDM when communication within the committee was better, when more preparatory meetings had taken place, and when they received more information during these meetings. Like the parents, social workers reported a higher degree of SDM when communication in the committee was better. Additionally, and in contrast to the parents, social workers reported a higher degree of SDM when the parents perceived the problem as more severe, when the parents were more educated, when there were more frequent preparatory meetings, and when the responses provided by the committee were solely child-focused rather than family-focused. The social workers reported a higher degree of participation in decision-making with parents who had higher levels of education. At the same time, parents with low levels of education reported receiving less information in preparation for the discussion.

Partnership practices: Most parents and social workers had similar assessments of the quality of communication in the committee, and most linked better communication with increased participation in decision-making. That is, being heard and having one's strengths noticed – practices that contemporary social work recognizes and implements – contribute to increased participation in PIECs. However, the transfer of information, a practice that essentially transfers power to parents, faces resistance from social workers. In a high percentage of the committees, social workers do not provide parents with information about their right to bring a representative of their choice, or about their right to propose what they consider a preferable treatment plan. Contrary to the explicit regulations on providing information, social workers unilaterally determine what information is relevant or irrelevant for the parent. The significant relationship between parents' perception of a problem's severity and the degree of SDM reported by social workers implies that the amount of information conveyed to parents is determined by the social workers' judgment of the parents' view of the problem and its solution. Parents who perceive the problem as severe and "align themselves" with the welfare workers' perception enjoy more participation in decision-making, whereas parents who view the problem as less severe are likely to be labeled "uncooperative" and excluded from the decision-making process by having information concealed from them and their voices silenced.

Education and poverty: The PIEC instructions pay almost no attention to the issue of poverty, and thus their responses do not reflect any consideration of it. Unsurprisingly, therefore, parents with low levels of education are included less in

decision-making and receive less information in preparation for committee proceedings. This situation perpetuates the exclusion of people living in poverty from decision-making that affects them, which, for a welfare system that has adopted the poverty-awareness paradigm, is unacceptable.

Use of the SDM model: This study tested the SDM model for the first time in relation to shared decision-making in PIECs. The use of this model to measure SDM allowed us to perform a quantitative analysis of factors that may account for the (low or high) degree of participation in PIEC decision-making. The results obtained have the potential to enhance both the applied and the theoretical knowledge about SDM in PIECs. Parents as well as social workers were easily able to understand the model as conceptualized in the research questionnaire. Apparently, therefore, the model was clear and accessible to them. In addition, the basic hypotheses of the model are consistent with Ministry of Welfare policies and instructions relating to PIECs and social services generally. In light of the above, it appears that SDM model has significant potential to serve as a tool for the measurement, evaluation, and implementation of shared decision-making in PIECs.

Limitations of the study: The sampling method and sample size do not allow us to draw conclusions regarding PIECs as a whole. There is a high probability of bias in the sample, and the small size of the sample limited our ability to perform complex quantitative analyses. No previous studies have tested the use of the SDM model for welfare services, and even though it is considered an evidence-based model in healthcare services, its suitability to welfare services has not been sufficiently established.

General discussion: The combined data from the 116 committees sampled across both studies show a consistent pattern, whereby fathers were absent from about half the committees and mothers were nearly always present. Both samples revealed a very limited presence of representatives on behalf of the family. Most committees had an external professional present, most often a social worker from a community-based facility or a school representative. A low percentage of the responses decided upon by the committees were family-focused, whereas a high proportion were child-focused. In contrast to the research hypotheses, the degree of SDM in committees that decided on family-focused responses was lower than in committees that decided on solely child-focused responses. Almost none of the committees sampled decided on material responses or responses based on the exercise of rights.

Preparation for the committee proceedings – a point of weakness: Vital information, which social workers are expected to provide in preparation for the proceedings, does not reach parents. The withholding of information poses a significant barrier to SDM implementation. It prevents parents from understanding their rights, the legal force of decisions, or what happens if they do not accept a decision. Under these circumstances, the vast majority of power remains in the hands of social workers.

Responses: The committees' emphasis on child-focused responses indicates that PIECs still have a long way to go toward implementing a core principle of the Ministry of Welfare reform – namely, viewing the family, rather than the child, as the intervention unit. The committees operate under the ever-present principle of “the best interests of the child,” which, as interpreted by social workers, is prioritized over the family and SDM.

A therapeutic or a formal process? The literature and both studies point to a persistent conceptual barrier among social workers that prevents the implementation of SDM, and which is centered on the assumption that SDM is not possible unless parents take responsibility for the problem as perceived by welfare officials. This is comparable to the underlying assumption of classical psychodynamic therapy. That is, for change to take place, the patient must recognize the problem and generate insights on the basis of this recognition. The PIEC, however, is no more than a short-term, structured process, as explicitly outlined in regulations. By definition, it is more of a formal process than a form of treatment. Parents should not be required to “align themselves” with the welfare officials' conception of the problem's severity as a condition for participation.

Who decides on a treatment plan? According to the regulations, PIEC decisions are simply recommendations, with no legal force. The regulations refer disputes between parents and welfare officials to an appeals process, and, ultimately, it is the court that decides. Social workers and parents alike can benefit from a more participatory decision-making process if they explicitly and reciprocally acknowledge that PIECs can only make recommendations and have no mandate to impose treatment plans on parents.

How do we move forward? To overcome the gap between the desired and the actual degrees of partnership in PIECs, we must try to eliminate both the practice of blaming the parents and the assumption that a good SDM partnership requires that

parents “align themselves” with welfare officials’ view of the problem, its severity, and its solution. We must shift the emphasis from viewing parents as the source of the problem to viewing them as an integral part of the solution. Such a reconceptualization would indicate a shift from paternalism in social work and from the notion that PIECs have a social oversight role, to a more critical view of social work that is consistent with contemporary values and theories, and which the welfare system in Israel aspires to adopt and integrate. In conjunction with skills, theories, and practices that promote partnership, the SDM model can contribute to generating the desired conceptual shift and fostering more effective SDM practices.

Theoretical conclusions: The main obstacle to SDM in PIECs is a narrow and dichotomous conceptual approach to the assessment of risk and evaluation of parents. The existing social work tools are of limited potential in promoting SDM in PIECs because most of these tools are based on long-term relations of trust. The trust social workers place in parents is based on how parents view the severity of the problem, and the result is dichotomous labeling of parents either as cooperative, who “deserve” to be partners in decision-making, or as opponents who should be excluded from the decision-making process.

Practical conclusions: Despite the Ministry of Welfare’s stated intention of adopting family-focused approaches, the committees and their responses remain child-focused. A possible explanation is that when the child is at the center of both the problem and the solution in a decision-making process, the issue of blaming parents is deferred, and a potential conflict between social workers and parents is avoided. To overcome the conceptual barrier to SDM, we should seek decision-making models suited to the unique nature of PIEC work – that is, decision-making in treatment conducted within a brief span of time. Such models would focus on parents as equal partners with decision-making rights, regardless of the extent to which they agree or cooperate with committee’s social workers on the problem and its solution. The SDM model used in healthcare might suit this need. It is a concrete, evidence-based model built on the assumption that the best decision-making takes place when professionals and patients share clear information equally.

Practical recommendations: The legal regulation of PIECs should include a duty to provide parents with all the information contained in the regulations and should establish enforcement mechanisms. The reservations noted in the regulations, which allow social workers to withhold information in cases of potential harm to a child,

should include an explicit definition of “potential harm to a child” and should differentiate between the provision of information about rights, which is not sensitive and cannot harm the child, and the provision of sensitive information to which the above reservations are relevant. The suitability of the SDM model to shared decision-making in welfare services should be assessed. Despite the chronic gap between the stated intention and actual practice, it is important to ensure client participation in the committees. Participation should be a matter of high priority, with skills training, guidance, and a budget allocated toward this end. Data on the committees should be widely available for research purposes, research tools should be developed to learn about SDM with children in PIEC work, and future training could focus on the preparatory process.

Future research: Possible topics for further research include a comprehensive study based on a large sampling of committees; a study that will provide new information about partnering with children in PIEC work; a study focused on preparatory processes for PIECs and inherent barriers to the provision of information to parents; and a study examining the theoretical and practical advantages and disadvantages of the SDM model for PIECs and similar procedures around the world.

Keywords: Planning, intervention, and evaluation committee; Treatment planning; client participation; shared decision-making; at-risk children; parent participation; partnership practices; social work; parental involvement.

**Decision Making in Planning, intervention and
evaluation Committees: How Much The Family is
Involved?**

**Thesis submitted in partial fulfillment
of the requirements for the degree of
“DOCTOR OF PHILOSOPHY”**

by

Einav Ben-Gal

**Submitted to the Senate of Ben-Gurion University
of the Negev**

31/10/2021

Beer-Sheva