



מאיירס - ג'זינט - מכון ברזקדייל  
MYERS - JDC - BROOKDALE INSTITUTE  
مایرس - جوینت - معهد بروکدیل

מרכז אנגלברג לילדים ונוער

**היחידות הטיפוליות-ייעוציות  
במרכזי החירום לילדים בסיכון  
פעילות היחידות לאור תכנית השדרוג**

רחל סבו-לאל ♦ פידא ניג'ם-אכתילאת

המחקר בוצע ביזמת השירות לילד ולנוער במשרד הרווחה  
והשירותים החברתיים ואשלים ומומן בסיוע אשלים

דוח מחקר



דמ-614-12



## פרסומים נוספים של מאירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל בנושא

סבו-לאל, ר'; חסין, ט'. 2011. מצבי סיכון בקרב ילדים ובני נוער: איתור ומיפוי במסגרת התכנית הלאומית לילדים ולנוער בסיכון. דמ-589-11.

ריבקין, ד'; בהשתתפות שמעיה-ידגר, ס'; שמש, מ'; סבו-לאל, ר'; שורק, י'. 2009. הערכת מרכזי ילדים-הורים. דמ-533-09.

ריבקין, ד'; סבו-לאל, ר'. 2009. מרכז הגנה לילדים ונוער בירושלים: שירות חדשני לשיפור הטיפול הראשוני בילדים נפגעי עבירות מיניות - דוח הערכה. דמ-528-09.

דולב, ט'; סבו-לאל, ר'; שמיד, ה'; בר ניר, ד'. 2008. מדיניות "עם הפנים לקהילה" - מחקר הערכה. דמ-516-08.

דולב, ט'; סבו-לאל, ר'; בן-רבי, ד'. 2008. פקידי הסעד לחוק הנוער בישראל: תפקידים, דרכי עבודה ואתגרים. דמ-512-08.

דולב, ט'; סבו-לאל, ר'; שמיד, ה'; בר ניר, ד'. 2008. מדיניות "עם הפנים לקהילה" - מחקר הערכה. דמ-516-08.

דולב, ט'; בנבנישתי, ר'; טימר, א'. 2001. ועדות החלטה בישראל: ארגון, תהליכי עבודתן ותוצאותיהן - דוח מסכם. דמ-382-01.

להזמנת פרסומים נוספים ניתן לפנות למאירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל, ת"ד 3886, גבעת הג'וינט, ירושלים 91037, טל': 02-6557400, פקס: 02-5612391, דואר אלקטרוני: [brook@jdc.org.il](mailto:brook@jdc.org.il), ניתן לעיין בפרסומים אלה גם באתר המכון: [www.jdc.org.il/brookdale](http://www.jdc.org.il/brookdale).

## תמצית

### תכנית השדרוג של היחידות הטיפוליות-ייעוציות

בישראל פועלים אחד עשר מרכזי חירום שתפקידם לתת מענה טיפולי והגנה מיידית לטווח קצר לילדים הנתונים בסיכון גבוה. בשמונה ממרכזי החירום יש שתי יחידות המשלימות זו את זו ופועלות זו לצד זו: היחידה האינטרנית, יחידה המספקת לילד הגנה, מאבחנת ומתערבת התערבות קצרת מועד בעת שהילד שוהה ולן בה; ויחידה טיפולית-ייעוצית (אקסטרנית), יחידת הערכה וטיפול בילדים הנמצאים בקהילה ובבני משפחתם. היחידה הטיפולית-ייעוצית נועדה לתת מענה באמצעות טיפול ארוך יחסית (שנה עד שנה וחצי לאחר הארכה) לילד ולבני משפחתו במצבים שבהם הילד נתון בסיכון גבוה, אך רמת הסיכון אינה מחייבת את הוצאתו המיידית מהבית ויש אף סיכוי סביר שההתערבות המקצועית במסגרת היחידה תוכל למנוע את הפניית הילד למסגרת חוץ-ביתית. לעתים היחידה הטיפולית-ייעוצית היא מסגרת להמשך ליווי המשפחה ולטיפול בה בתום תקופת השהייה של הילד ביחידה האינטרנית. תפקיד נוסף של היחידה הטיפולית-ייעוצית הוא שיפור היכולת של אנשי המקצוע בקהילה לטפל בילדים ובמשפחות בסיכון גבוה באמצעות ייעוץ והדרכה.

היחידות הטיפוליות-ייעוציות הן חלק ממערך שירותים רחב יותר הנותן מענה לצורכיהם של ילדים ומשפחות בסיכון בקהילה. היחידות מספקות מענה לילדים שבקצה רצף הסיכון, ומטרתיהן כוללות הערכה מקיפה ומעמיקה של יכולת המשפחה וסיכוייה להסיר את מצב הסיכון, התערבות טיפולית, ובמקרים מסוימים הכנת המשפחה להוצאה חוץ-ביתית. ישנם שירותים נוספים המטפלים בילדים ובמשפחות בסיכון כדוגמת מרכזי ילדים-הורים, אולם הם מטפלים במשפחות שבעיותיהן מורכבות פחות ושיש להן מוטיבציה ונכונות לשינוי, ולא במשפחות בעלות הצרכים המרובים ביותר. כמו כן, מרכזי ילדים-הורים אינם עוסקים בהערכת היכולת של משפחות או בהכנתן להוצאה חוץ-ביתית.

לאורך השנים, התבסס מעמדם של מרכזי החירום והושם דגש על הפיתוח של היחידות האינטרניות בהם. הקמת שירות זה ופיתוחו נעשו באמצעות השירות לילד ולנוער במשרד הרווחה ובסיוע אשלים, והיא הובילה להטמעה ולפיתוח סטנדרטיזציה ברמה ארצית. לעומת זאת, היחידות הטיפוליות-ייעוציות פעלו רק בחלק ממרכזי החירום, פעולתן הייתה מצומצמת והייתה ביניהן שונות רבה במשאבים, בתשומות ובדרכי העבודה (למשל, במידת הסמיכות ליחידה האינטרנית, במשאבי כוח האדם ובמספר המטופלים). שונות זו, לצד הצורך במענה לילדים ולמשפחות בסיכון גבוה בלי להוציאם מהבית, הם שהובילו להחלטה לשדרג את היחידות הטיפוליות-ייעוציות ולהקים יחידות נוספות במרכזי חירום שעדיין אין בהם יחידות כאלה.

מטרות התכנית:

- ◆ להרחיב ולשפר את יכולתן של היחידות הטיפוליות-ייעוציות במתן מענה לילדים ולמשפחות בסיכון גבוה מבלי להוציא את הילדים מהבית.
- ◆ לגבש, לנסח ולהפיץ מודל שכל היחידות יפעלו לפיו, להפעלת היחידות הטיפוליות-ייעוציות: אוכלוסיית יעד, מטרות, דרכי עבודה, תקנים ונהלים.

## רכיבי התכנית:

- ◆ מעבר מתקצוב גלובלי חד-שנתי של היחידות לתקצוב על-פי מספר המשפחות המטופלות
- ◆ הגדלת מספר המשפחות המטופלות בעת ובעונה אחת בכל אחת מהיחידות הטיפוליות-ייעוציות, מ-15 משפחות בקירוב ל-40 משפחות
- ◆ הרחבת כוח האדם והגדלת מספר התקנים להפעלת היחידות הטיפוליות-ייעוציות הרחבת ההכשרה, ההעשרה והתמיכה לצוותי היחידות בהתמודדות עם מטופלים במצבי סיכון גבוה, באמצעות הכשרה למנהלים בתחומי הניהול והעיסוק של המרכזים בכלל ושל היחידות הטיפוליות-ייעוציות בפרט, ובאמצעות הכשרת העובדים לטפל בפגיעות מיניות במשפחה ובעניינים רלוונטיים נוספים (במימון קרן שוסטרמן, מכון חרוב ואשלים)
- ◆ הפעלת מודלים חדשים להתערבות, כגון טיפול קבוצתי, טיפול באמנות או טיפול בעזרת בעלי חיים, מלווה בתיעוד והערכה של התהליך
- ◆ הפצת הידע על טיפול בילדים ומשפחות בסיכון גבוה והרחבת הסיוע גם למסגרות נוספות בקהילה
- ◆ הקמת שלוש יחידות טיפוליות-ייעוציות חדשות בסמוך למרכזי החירום האינטרניים (בסיוע אשלים והמוסד לביטוח לאומי)
- ◆ בדיקת האפשרות להרחיב את השירות ולתת מענה ליישובים נוספים באמצעות ניווד עובדים שיעסקו הן בטיפול והן בייעוץ לגורמים מקצועיים בקהילה.

התכנית תוכננה לתקופה בת שלוש שנים ויועדה ליישום בחמש היחידות הוותיקות ובשלוש היחידות החדשות שיוקמו במסגרתה.

כאמור, תכנית השדרוג כללה מעבר מתקצוב גלובלי חד-שנתי שניתן בסוף שנה לתקצוב על-פי מספר המשפחות המטופלות ביחידה ("הועדות").<sup>\*</sup> בתקציב הגלובלי ניתן היה לממן גם הדרכות והשתלמויות לצוות וכן ייעוץ לאנשי מקצוע בקהילה והקמת קבוצות הורים ביחידות; תקצוב על-פי מספר הועדות מיועד רק להתערבות במשפחות, ולא לייעוץ לאנשי מקצוע בקהילה. עם הפעלת תכנית השדרוג קיבלה כל יחידה טיפולית-ייעוצית 3.5 תקני כוח אדם (לצוות פסיכו-סוציאלי; בתקנים אלו אפשר להעסיק גם עובדים פרה-רפואיים).

## מחקר ההערכה

תכנית שדרוג היחידות הטיפוליות-ייעוציות לוותה במחקר שנועד לבחון את עבודת היחידות לאור התכנית ולספק מידע לצורך קבלת החלטות על השיפור וההרחבה של השירות. המחקר נעשה בשנים 2008–2011: איסוף המידע בוצע אחרי השינוי בשיטת התקצוב, אחרי הגדלת מספר התקנים ובעת הציפייה להגדלת מספר המשפחות המטופלות. שאר הרכיבים יושמו בתקופת ההערכה.

---

<sup>\*</sup> ההועדה היא תהליך שבו היחידה מחויבות למלא טופס השמה לכל משפחה המקבלת בה טיפול, והיא מקבלת תשלום על-פי מספר המשפחות המטופלות בה.

מגוון כלים כמותיים ואיכותניים שימשו במחקר:

- ◆ שאלון למטפל ביחידה על אודות משפחה עם סיום ההתערבות (שאלוני סיום טיפול). מולאו 133 שאלונים על 133 משפחות;
- ◆ שאלון מעקב לעובד הסוציאלי לפי חוק הנוער<sup>†</sup> או לעובד משפחה, לאחר סיום ההתערבות - מולאו 59 שאלונים על 59 משפחות ו-71 ילדים, כשלושה עד תשעה חודשים לאחר תום הטיפול ביחידה;
- ◆ טופס תיעוד פעולות של העובד (טופסי ניתוח עיסוקים) - הטפסים מולאו במהלך שבועיים של פעילות בשני מועדים: עם הפעלת תכנית השדרוג בנובמבר 2008 וכשנתיים לאחר הפעלת התכנית במאי-יוני 2010. במועד הראשון מילאו את הטפסים 33 מתוך 36 מטפלים ביחידות; במועד השני מילאו את הטפסים 60 מתוך 75 מטפלים;
- ◆ שאלון משוב לעובדי המרכזים שהשתתפו בהשתלמות לפגיעות מיניות במשפחה (מחזור א') - מולאו 13 שאלונים משוב על-ידי כל המשתתפים במפגש הסיום של ההשתלמות;
- ◆ ראיונות עומק עם אנשי מקצוע ביחידות בשני מועדים: עם הפעלת התכנית נערכו 5 ראיונות עם מנהלי היחידות, וכשנתיים לאחר הפעלת התכנית נערכו 16 ראיונות עם עובדים סוציאליים מחוזיים לפי חוק הנוער (3), מנהלי יחידות (5), רכזי יחידות (3), מטפלים (3) ונציגי עמותות (2);
- ◆ ראיונות עומק מובנים-למחצה בטלפון, עם הורים, כחצי שנה עד תשעה חודשים לאחר סיום הטיפול (12 ראיונות).

## האוכלוסייה המטופלת וההפניה ליחידה

**היקף האוכלוסייה** - כל יחידה נדרשה להגיע להיקף של 40 משפחות בטיפול בכל חודש (שלוש נפשות בממוצע בכל משפחה – בסך הכול כ-120 נפשות). על-פי הדיווח החודשי של מנהלי היחידות למשרד הרווחה, היקף המשפחות בחודש בשנת 2010 נע בין 28 ל-40 משפחות שטופלו בעת ובעונה אחת. בכך יש עלייה משמעותית במספר המשפחות המטופלות ביחידות. עם זאת, לא כל היחידות הגיעו להיקף המשפחות המטופלות הנדרש.

אחת הטענות הייתה שהיקף המטופלים הרצוי נקבע לפי היחידה הוותיקה ביותר ואינו מתאים לכל היחידות. חלק מהמראיינים טענו כי היקף המשפחות והמטופלים שבהם הם נדרשים לטפל אינו ריאלי אם מביאים בחשבון את היקף תקני כוח האדם ביחידות. באחת היחידות שהצליחה להגיע להיקף הנדרש נטען כי הצליחה בכך בזכות סטודנטים המהווים כוח אדם נוסף העומד לרשותה. כאמור, היקף המשפחות הרצוי מבוסס על שלוש נפשות בממוצע בכל משפחה, ועל מטפל אחד לכל משפחה, ללא התייחסות להבדלים בגודל המשפחות בקרב אוכלוסיות שונות ולכך שלמשפחות מסוימות נדרש יותר ממטפל אחד.

**מאפייני האוכלוסייה המטופלת ביחידות** – מחצית (50%) מהמשפחות המטופלות הן משפחות חד-הוריות, בכשליש (28%) אין הורה מפרנס, כרבע (24%) הן משפחות גדולות שבהן ארבעה ילדים ומעלה,

---

<sup>†</sup> עו"ס לח"ן - פקיד סעד לחוק נוער בשמו הקודם

ובכרבע מהמשפחות (26%) לאחד ההורים לפחות יש בעיות בתפקודו כמבוגר, למשל בשל מחלת נפש/ הפרעת אישיות/ ניסיון התאבדות (13%), התמכרויות (6%), עבריינות/ זנות או שהייה בכלא (6%) וכן בשל פיגור (1%). מדובר במשפחות שיש להן צרכים נוספים מלבד הצרכים הנוגעים לילדים ולקשר בין ההורים לילדים, כגון צורך בשיקום תעסוקתי וצורך בטיפול בבעיות התפקוד של ההורים כמבוגרים. לדברי אנשי המקצוע ביחידות, אחד השינויים הבולטים לעומת העבר הוא העלייה במספר המשפחות המאופיינות בסכסוכי גירושין. אנשי מקצוע אלו חשים שמדובר במשפחות שהטיפול בהן דורש זמן נוסף, התמחות מיוחדת ומענים שלא תמיד קיימים ביחידות.

## **הסיבות והדרכים להפניה ליחידה**

**מאפייני המשפחות שהובילו להפניית המשפחה לטיפול** - יותר משני שלישים (66%) מהמשפחות הופנו על רקע תפקוד הורי כושל, כשליש (29%) על רקע הזנחה ועזובה קשות, קרוב לרבע (23%) על רקע אלימות במשפחה, וכחמישית (22%) על רקע התעללות מינית. יותר משני שלישים (68%) מהמשפחות הופנו בשל יותר מבעיה אחת.

**דרכי ההפניה ליחידה הטיפולית-ייעוצית** - הפניית משפחה ליחידה הטיפולית-ייעוצית נעשית כמעט בכל המקרים (91%) לאחר דיון בוועדה לתכנון טיפול והערכה במחלקה לשירותים חברתיים. ועדה זו מחליטה על הפניית משפחות ליחידה ומאשרת את התאמתה של משפחה למסגרת טיפולית זו. ההפניה כפופה לאישור עובדת סוציאלית מחוזית לפי חוק הנוער, ולאנשי המקצוע ביחידה יש שיקול דעת אם לקבל את המשפחה לטיפול. מ-133 משפחות שסיימו את הטיפול, 15% הופנו ליחידה בצו מפורש של בית משפט ו-14% לאחר טיפול ביחידה האינטרנית.

**זמן ההמתנה של המשפחות עד כניסתן ליחידה** - רוב המשפחות נכנסו ליחידה בפרק זמן של עד שלושה חודשים מיום הדיון בוועדת טיפול ותכנון והערכה. הסיבות לעיכובים ולהמתנה היו חוסר שיתוף פעולה של המשפחה, בעיות בהסדרת ההועדה ותפוסה מלאה ביחידה.

## **שלבי ההתערבות ודרכי העבודה**

**קבלת המשפחה ליחידה** - מהראיונות עולה כי עם קבלתה של משפחה ליחידה מתקיימת בחלק מהיחידות פגישת קבלה משולשת, ובה משתתפים בני המשפחה, המנהל או רכז היחידה ועובד המשפחה או פקיד הסעד המטפלים במשפחה במחלקה לשירותים חברתיים. מטרת המפגש היא היכרות ראשונית בין המשפחה ליחידה, הצגת היחידה למשפחה, דיון על ציפיות המשפחה מהטיפול והבטחת המחויבות של המשפחה להמשך הטיפול.

**אינטייק** - מטרת ה"אינטייק" (ההערכה המקיפה) היא להעמיק את היכרות המטפלים עם המשפחה ולהעריך את מקומם של הילדים במשפחה ואת הכוחות והיכולות של המשפחה לשינויים. לדברי אנשי המקצוע, היחידות שונות זו מזו בדרך ביצוע ה"אינטייק".

**קביעת תכנית טיפול וחימה על חוזה טיפולי** - תכנית טיפול הקובעת מי מבני המשפחה יקבל טיפול, מה יהיה הרכב הטיפול, מה יהיה סוג הטיפול ומי יהיו העובדים המטפלים מגובשת עם המשפחה. בטרם יחל הטיפול עצמו מתקיים מפגש נוסף של שלושת השותפים: המשפחה המטופלת, איש צוות

מהיחידה הטיפולית ועובד סוציאלי/עובד סוציאלי לפי חוק הנוער מהמחלקה לשירותים חברתיים. המפגש מיועד לחתימת החוזה הטיפולי בין שלושת הצדדים על בסיס תכנית ההתערבות המוצעת.

**ביצוע ההתערבות - הרכב הטיפולים:** מרבית המשפחות (82%) קיבלו טיפול פרטני, כשליש (34%) קיבלו טיפול דיאדי (הורה וילד יחד), כחמישית (18%) קיבלו טיפול משפחתי וכחמישית (17%) מהמשפחות קיבלו טיפול זוגי.

**סוגי הטיפולים:** טיפול בשיחות הוא סוג הטיפול השכיח. מרבית המשפחות (78%) זכו לטיפול זה. טיפול במשחק קיבלו 49%, ו-14% קיבלו טיפול באמנות. לעומת זאת, 2% טופלו בפסיכודרמה או באמצעות בעלי חיים ורק 1% טופלו במתכונת קבוצתית. המרואיינים העלו את הצורך בהרחבת סוגי הטיפולים.

**מספר המטפלים במשפחה:** יש מרכזים שבהם הטיפול להורה ולילד ניתן על-ידי מטפלים אחדים, ויש מרכזים שבהם בדרך כלל כל משפחה מטופלת על-ידי מטפל אחד בלבד, ובמקרים המועטים שבהם משפחה מטופלת על-ידי כמה מטפלים, אחד מהם יהיה מנהל המקרה.

**שיתוף הפעולה והמחויבות של המשפחות לתהליך הטיפולי:** מעל לשני שלישים מהאימהות ומהילדים (72% ו-70%, בהתאמה) הגיעו באופן סדיר לפגישות ביחידה, לעומת מעט יותר ממחצית (58%) מהאבות שבסיום ה"אינטייק" נקבע כי ישתתפו בטיפול. יותר משליש מהמשפחות (43%) הגיעו לפגישות במהלך כל תקופת הטיפול. לכרבע (26%) הייתה תקופה בת חודש עד שלושה חודשים שבה בני המשפחה לא הגיעו לפגישות. לכחמישית (23%) היו כמה תקופות כאלו. המטפלים נקטו פעולות לקידום שיתוף הפעולה עם המשפחות: פניות טלפוניות, פגישות עם המשפחות, פגישות התייעצות עם עובד המשפחה מהמחלקה לשירותים חברתיים, פגישות רב-מקצועיות ואף ביקורי בית.

**סיום ההתערבות - משך הטיפול:** כאמור, משך הטיפול ביחידה הוא שנה, ויש אפשרות להארכה. משאלוני סיום הטיפול עולה ש-34% מהמשפחות סיימו את הטיפול במועד המקורי המתוכנן, 40% סיימו לפני המועד המקורי, ול-22% מהמשפחות הטיפול הוארך בחצי שנה. ביחס למחצית מהמשפחות (51%) דיווחו המטפלים שמשך הטיפול התאים להן, ואילו על יותר משליש (36%) נטען שמשך הטיפול היה קצר מדי.

**גיבוש תכנית להמשך טיפול:** ל-65% מהמשפחות גובשה תכנית להמשך הטיפול עם סיום הטיפול ביחידה. ב-90% מהמקרים המטפלים מהיחידה היו מעורבים בגיבוש תכנית הטיפול בוועדה לתכנון טיפול והערכה במחלקה לשירותים חברתיים. ביחס ל-76% מההורים הוחלט על המשך מעקב וטיפול במחלקה לפי הצורך; ל-32% הוצע סיוע כלכלי; ל-27% הוצעו שיחות קבועות עם עו"ס משפחה; ל-25% הוצע מענה טיפולי מחוץ למחלקה; ל-10% הוצע להשתתף בתכניות הורים; ל-10% הוצעו סומכת או עזרה ביתית ול-10% נוספים הוצעו מענה או שירות אחר. ביחס לילדים הוחלט על הוצאה חוץ-ביתית (24%), המשך מעקב וטיפול לילד במחלקה לפי צורך (69%), מעקב עו"ס לח"ן (54%), סידור במסגרות אחר צהריים (31%) או מתן מענה טיפולי לילד מחוץ למחלקה (25%). ליחידה האינטרנטית הופנו 10%.

לפי דיווח העובדים הסוציאליים רוב ההחלטות אכן בוצעו לגבי רוב המשפחות. נראה כי המשפחות והילדים שטופלו ביחידות זוכים להמשך מעקב והתייחסות בקהילה.

**משימות המטפלים ביחידה הטיפולית-ייעוצית** – 35% מזמנם של המטפלים מוקדשים לטיפול (8% לקבלה ליחידה ולביצוע "אינטייק" [הערכה] ו-27% לטיפול ישיר); 18% מוקדשים להדרכה ולדיונים פנימיים על המשפחות; 15% מוקדשים לאדמיניסטרציה (תיעוד וכתובת דוחות) ו-9% מיוחדים לקשר עם גורמים בקהילה ביחס למשפחות. 1% בלבד מזמנם של המטפלים מוקדש למעקב אחרי המשפחות בתום הטיפול; משימה זו הייתה אמורה להיות מבוצעת באחוז גבוה יותר מזמנם של המטפלים. כמו כן, רק 3% מהזמן מוקדשים לאחד מהתפקידים המרכזיים שהוגדרו ליחידות – ייעוץ לאנשי מקצוע בקהילה.

### **הקשר ושיתוף הפעולה בין היחידה הטיפולית-ייעוצית לגורמים מקצועיים בקהילה**

**מענים שהמשפחות קיבלו מחוץ ליחידה הטיפולית-ייעוצית** - בעת הטיפול ביחידה 43% מהמשפחות קיבלו טיפול (כל בני המשפחה או אחדים מהם) גם מגורמים נוספים בקהילה: בעיקר מהמחלקה לשירותים חברתיים (25%); אך גם מהתחנות לבריאות הנפש (בעיקר אימהות) (6%); במסגרת בית הספר (4%); ואחוזים בודדים טופלו בכל אחד מכמה שירותים אחרים בקהילה.

**קשר ושיתוף פעולה עם גורמים המטפלים בילדים מחוץ ליחידה** - למטפלים ביחידה יש קשר עם גורמים שונים לגבי המשפחות המטופלות, בעיקר עם עובדים סוציאליים מהמחלקה לשירותים חברתיים (ביחס ל-98% מהמשפחות), עם גורם ממסגרת חינוכית (ביחס ל-47% מהמשפחות), עם פסיכולוג שפ"י (ביחס ל-12% מהמשפחות) ועם גורם במועדוניית (ביחס ל-8% מהמשפחות).

למטפלים ביחידות קשר אינטנסיבי יחסית עם עובדי המשפחה לגבי המשפחות המטופלות; לגבי מרבית המשפחות (90%) הם דיווחו על שביעות רצונם משיתוף הפעולה ומהעבודה עם המחלקות לשירותים חברתיים. גם עובדי המשפחה דיווחו על שביעות רצונם משיתוף הפעולה ומהעבודה עם המטפלים ביחידות לגבי מרבית המשפחות (90%).

**הקשר והעבודה של היחידה עם העובדות הסוציאליות המחוזיות לפי חוק הנוער** - אין מודל ברור לפיקוח של העובדות הסוציאליות המחוזיות לפי חוק הנוער על היחידות, וגורמים שונים עוסקים כרגע בפיתוחו. אף-על-פי-כן, העובדות הסוציאליות המחוזיות לפי חוק הנוער מחלקות את תפקידן לשניים:

- ◆ ליווי ושותפות בתכנון הפעלת היחידות: ביחידות הוותיקות – בעיקר ארגון הצוות וחלוקת העבודה בין היחידה האינטרנית ליחידה הטיפולית-ייעוצית; ביחידות החדשות – בעיקר גיוס עובדים.

- ◆ פיקוח ובקרה על דרכי העבודה במרכז ועל איכותן, על הקשר בין היחידות למחלקות לשירותים חברתיים ועל סוג המשפחות המגיעות ליחידות.



## **יחסי הגומלין בין היחידות הטיפוליות-ייעוצית לבין היחידות האינטרניות**

**המודלים המבניים-ארגוניים הקיימים ביחידות השונות** - בהיעדר מודל ארגוני מחייב ואחיד ליחסי הגומלין בין היחידה הטיפולית-ייעוצית לבין היחידה האינטרנית התפתח בכל מרכז מודל על בסיס ניסיון היחידה. ברוב היחידות המנהלים רואים במודל שהתפתח אצלם את המודל העדיף ליחסי הגומלין בין שתי היחידות. המודלים נמצאים על רצף שבין מודל של שתי יחידות המשולבות זו בזו ומהוות יחדיו יחידה מבנית אחת (מיקום במבנה משותף, ניהול משותף, צוות והדרכות משותפים) לבין שתי יחידות נפרדות לחלוטין. **חשוב לזכור** כי היחידות עדיין נתונות בתהליך התפתחות ולמידה.

### **נימוקים בעד שילוב בין היחידות לדעת מנהלי היחידות והצוות הטיפולי:**

- ◆ חיזוק האפשרות לרצף טיפולי: ילדים שבתום השהות ביחידה האינטרנית נקבע כי יחזרו להוריהם ויקבלו טיפול יוכלו להמשיך לקבל טיפול ביחידה הטיפולית-ייעוצית מאותו מטפל, ואילו ילדים שטופלו ביחידה הטיפולית-ייעוצית ומצבם הידרדר יוכלו להמשיך לקבל טיפול ביחידה האינטרנית מאותו מטפל.
- ◆ פיתוח התמקצעות והתמחות ייחודיות למרכז החירום: שילוב היחידות מאפשר לאנשי המקצוע במרכז החירום לפתח התמחות ייחודית בטיפול בילדים בסיכון, במשפחות מתעללות ובילדים המועמדים להוצאה חוץ-ביתית.
- ◆ יתרונות פנים-ארגוניים: אפשרות למוביליות של הצוות, גיוון מקצועי ומניעת שחיקה בקרב הצוות וכן העשרה הדדית. ההדרכה ושיבות הצוות המשותפות מאפשרות העשרה הדדית של המטפלים שפיתחו מומחיות בכל מיני תחומי טיפול ביחידות. נוסף על כך, גיוון ושונות בין מטפלים מאפשר בחירה והתאמה של המטפל למשפחה מתוך מגוון המטפלים השונים זה מזה.
- ◆ קידום המחויבות של המשפחות לטיפול: שילוב בין היחידות משמעו קרבה פיזית בין היחידות וחשיפת המשפחות בטיפול היחידות הטיפוליות-ייעוציות לאפשרות של צורך בהוצאת הילד מהבית במקרה של חוסר שיתוף הפעולה.

### **נימוקים בעד הפרדה בין היחידות לדעת מנהלי היחידות והצוות הטיפולי:**

- ◆ מתן אפשרות לכל יחידה לפתח התמחות ייחודית משלה: יש הרואים בשתי היחידות מסגרות שונות זו מזו מבחינת האוכלוסייה המטופלת, שיטות הטיפול הנדרשות, מאפייני המטפלים וההכשרה הנדרשת, ולכן הם סבורים שיש צורך בהפרדה ביניהן ובאפשרות לפתח התמחות וזהות מקצועית ברורה וייחודית לכל אחת מהן ואף לבחור מראש אנשי מקצוע מתאימים לכל יחידה.
- ◆ יתרונות פנים-ארגוניים: הפרדה בין היחידות עשויה להפחית מהתחושה של עומס וחוסר פניות של הצוות ולצמצם את הזמן היחסי המוקדש לתיאום ישיבות צוות משותפות.
- ◆ מניעת הקושי של המשפחות הנובע מהחשיפה למרכז החירום: חיבור בין שתי היחידות חשף את המשפחות המגיעות לטיפול ביחידה הטיפולית-ייעוצית למתרחש ביחידה האינטרנית ויצר חשש וחוסר נוחות בקרבן לקראת ביקור במרכז.

## צוות היחידה והשינויים בעבודתו לאור תכנית השדרוג

**מאפייני הצוות** - הצוות הטיפולי ביחידות מורכב בעיקר מפסיכולוגים קליניים ומעובדים סוציאליים. כשני שלישים מהם הם בעלי תואר שני או שהם סטודנטים לתואר שני. קצת פחות מעשירית הם סטודנטים לתואר ראשון. בממוצע יש לחברי הצוות ניסיון של 7.7 שנים בעבודה עם ילדים ומשפחות. טווח שנות הניסיון נע בין 0 (בעיקר בקרב הסטודנטים) ל-28 שנות ניסיון בעבודה. כלומר, מדובר בעובדים בעלי ניסיון רב בעבודה עם משפחות וילדים. מעל לשני שלישים עובדים גם ביחידה האינטרנית.

**ההשפעה של יישום רכיבי תכנית השדרוג על צוות היחידה ועל עבודתו** - יישום תכנית השדרוג של היחידות הטיפוליות-ייעוציות כלל רכיבים אחדים: שינוי שיטת התקצוב של היחידות ומעבר לתקצוב על-פי מספר משפחות ביחידה, הרחבת מספר המשפחות המטופלות ביחידה, הרחבת מספר התקנים שניתנו לכל יחידה, מתן הכשרה למנהלים ולעובדים וניסיון לגוון את סוג הטיפולים ביחידות. כמו כן, במסגרת התכנית נבדקה האפשרות לפתור את בעיותיהם של יישובים רחוקים מהמרכז באמצעות ניווד עובדים, ואולם ניסיון כזה נעשה בינתיים רק בשני מרכזים. מהראיונות עם המטפלים ביחידות ועם מנהלי היחידות עלו ההשפעות האלה של יישום הרכיבים על צוות היחידה ועבודתו:

**התפתחות מקצועית**: פיתוחה של יחידה טיפולית (הקמת יחידה חדשה או הרחבת יחידה קיימת) היה הזדמנות להתפתחות מקצועית של הצוות הפסיכו-סוציאלי במרכז. נוסף על כך, במסגרת תכנית השדרוג השתתף צוות היחידות בקורס בנושא פגיעות מיניות במשפחה. הייתה שביעות רצון מהקורס והמשתתפים ציינו כי הם מיישמים את הנלמד.

**גיוון בעבודה**: במקומות שפיתוח היחידה חייב את הצוות לעבוד גם ביחידה האינטרנית וגם ביחידה הטיפולית-ייעוצית התאפשר גיוון מבחינת סוג המשפחות המטופלות ובאופן הטיפול.

**תחושת עומס, מעמסה ושחיקה**: הצוותים הפסיכו-סוציאליים ביחידות חוו עומס, מעמסה נפשית ושחיקה, בעיקר בשל הרחבת היקף המשפחות המטופלות, ובחלק מהיחידות, בשל העיסוק בהקמת יחידה חדשה.

**החרפת הקושי של עבודה ב"שני כובעים"**: הרחבת היקף העבודה של המטפלים בשתי היחידות (אינטרנית וטיפולית-ייעוצית) החריפה את הקושי להתחלק ביניהן, בין השאר משום שבכל אחת מהיחידות נדרשות יכולות מקצועיות ונפשיות ייחודיות. היו מרואיינים שדיווחו כי התוצאה היא מעמסה רגשית, חוסר פניות ותחושת אשמה.

**תחושה של בדידות**: בעקבות הרחבת היקף העבודה של המטפלים בשתי היחידות ושל המטפלים העובדים רק ביחידה הטיפולית-ייעוצית נוצרה אצלם תחושת בדידות. ביחידה הטיפולית-ייעוצית כל מטפל אחראי למשפחות שבטיפולו; אמנם הוא מלווה בהדרכה וישנן ישיבות צוות, אך כובד האחריות מוטל על כתפיו. לעומת זאת היחידה האינטרנית מאופיינת בתחושה שכל הצוות נושא באחריות לשלומם של הילדים המטופלים. המרואיינים העלו את הצורך בפורום עמיתים.

**צורך בהכשרה והדרכה**: המטפלים ביחידה הטיפולית-ייעוצית מקבלים הדרכה פרטנית וקבוצתית, אך הם מרגישים צורך בהדרכה והכשרה נוספות כדי לשפר את כישוריהם המקצועיים.

**תנאי ההעסקה של הצוות :** צוות שעבר לעבוד ביחידה הטיפולית-ייעוצית בלבד דיווח על ירידה בשכר משום שאין כונוניות ואין תגמול בעבור שעות נוספות. כמו כן, העבודה ביחידה הטיפולית-ייעוצית מתבצעת גם בשעות נוחות פחות – אחר הצהריים ובערב.

**ההשפעה של יישום רכיבי התכנית על מנהלי מרכזי החירום ועל עבודתם - הגדלת מעמסת העבודה :** הגידול במספרם של המטופלים, של המשפחות ושל המשימות שעל המנהלים לעסוק בהם בעקבות פיתוח היחידה הטיפולית-ייעוצית הגדיל את מעמסת העבודה על כתפיהם של מנהלי מרכזי החירום. הצורך בתפקיד רכז ליחידה טיפולית-ייעוצית : שדרוג היחידות הטיפוליות-ייעוציות לא כלל הוספת תקן לניהול היחידה המתפתחת, וכך קרה שהיו מנהלים שהוטל עליהם לעמוד בראש מרכזי חירום ולנהל שתי יחידות מקבילות. מנהלים אלו חושבים שמבחינה ארגונית לא נכון לפעול כך ויש צורך ברכז לניהול היחידה הטיפולית-ייעוצית.

**שינוי בצורת הניהול ובמערכת היחסים עם העובדים :** מנהלי היחידות העידו כי בעבר היו מעורבים לחלוטין בטיפול בכל המקרים, ואילו עתה הרחבת מספר המשפחות והמטופלים מונעת מעורבות כזו ועל כן יוצרת שינוי בצורת הניהול שלהם. כמו כן, חל שינוי במערכת היחסים עם העובדים. בחלק מהמקומות דיווחו המנהלים כי הקשר שלהם עם המטופלים סובב סביב ויסות העבודה והפיקוח עליה. מצב זה מעורר תסכול בקרב חלק מהמטופלים, ולא תמיד נמצא הזמן לעיבודן של תחושות אלו.

**התפתחות מקצועית :** השינויים בתפקידי המנהל בעקבות הקמה או הרחבה של היחידה הטיפולית-ייעוצית דרשו מהמנהלים כישורים מקצועיים חדשים הן בתחום הניהולי והן בתחום הטיפולי.

### **שינויים במצב המשפחות ושביעות רצון מהתערבות היחידות הטיפוליות-ייעוציות**

**התקדמות הילדים וההורים -** העובדים הסוציאליים מהמחלקות לשירותים חברתיים המטפלים במשפחות התבקשו להעריך את מידת ההתקדמות של הילדים וההורים בעקבות ההתערבות ביחידה. לפי דיווחיהם על אודות הילדים :

- ◆ בקרב 63% מהילדים חלה התקדמות כלשהי בתחום הרגשי.
- ◆ בקרב 54% חלה התקדמות כלשהי ביחס הילד לאם.
- ◆ בקרב 41% חלה התקדמות כלשהי בתחום הלימודי.
- ◆ בקרב 40% חלה התקדמות ביחס הילד לאב.
- ◆ בקרב 38% חלה התקדמות ביחסי הילדים עם אחיהם.

עוד דיווחו עובדי המשפחה על התקדמות ההורים :

- ◆ ההתקדמות חלה בעיקר ביכולת ההורים להתמודד עם התנהגות הילדים ולהציב להם גבולות ובקשריהם עם הילדים – 60%-61%, בהתאמה.
- ◆ בקרב 49% מהמשפחות חל שינוי כלשהו בקשר של ההורים עם המסגרות החינוכיות.
- ◆ בקרב 48% מההורים חל שינוי ביכולתם לדאוג שהילד יקבל את השירותים הנחוצים לו.
- ◆ אצל 39%-44% מהמשפחות חלה התקדמות כלשהי במניעת התעללות פיזית, נפשית או מינית.

לדעתם של המטפלים ביחידות שנשאלו על מידת התועלת שהפיקו המשפחות מהטיפול ביחידה, 60% הפיקו תועלת (רבה או רבה מאוד) ואילו 33% מהמשפחות כמעט לא הפיקו שום תועלת או לא הפיקו תועלת כלל (7% לא ענו על השאלה). לדעתם של העובדים הסוציאליים מהמחלקות לשירותים חברתיים, 70% מהמשפחות הפיקו תועלת (רבה או רבה מאוד) מהטיפול ביחידה, ולעומתם 17% כמעט לא הפיקו שום תועלת (13% לא יכלו להעריך את התועלת שהפיקו המשפחות).

**שביעות רצון ההורים מהיחידה** – כזכור, כחצי שנה עד תשעה חודשים לאחר סיום הטיפול ביחידה בוצעו ראיונות עומק עם הורים שקיבלו טיפול ביחידה. ההורים דיווחו על שביעות רצון כללית מכל רכיבי הטיפול ביחידה: התנאים הפיזיים ונגישות השירות, הרכב הטיפולים, אורך המפגש, הקביעות והיציבות של המטפל וכן האווירה והיחס מצד הצוות הפסיכו-סוציאלי. הם תיארו שינויים שחלו בתפקוד ילדיהם ובתפקודם כהורים וכמבוגרים. עם זאת, היו בהם שהרגישו שעדיין יש להם צורך בטיפול, ליווי ותמיכה.

### היחידה כגורם מייעץ לאנשי המקצוע בקהילה

היחידות הטיפוליות-ייעוציות מתפקדות בעיקר כיחידות טיפוליות ולא כגורם ייעוצי לאנשי המקצוע בקהילה. יתר על כן, גם יחידות שבעבר שימשו בתפקיד הייעוצי וקיימו ימי עיון והדרכות קבוצתיות ופרטניות לאנשי מקצוע בקהילה, כגון עובדים סוציאליים מהמחלקות לשירותים חברתיים או יועצות בתי ספר, צמצמו את העשייה מסוג זה מאז החלה תכנית השדרוג. למעשה ברוב המקומות אין כיום תכנית עבודה מסודרת הכוללת ייעוץ לאנשי המקצוע בקהילה. המטפלים ביחידות אמנם מייעצים, אך מדובר בייעוץ לגבי מקרים ספציפיים והפנייה אליהם היא מתוקף קשרים מקצועיים לא פורמליים. היחידות לא הפכו עדיין למרכז של פיתוח ידע, מתן ייעוץ, למידה והדרכה של קבוצות עובדים בכל הקשור בילדים ובמשפחות בסיכון גבוה. חוסר תקצוב של הפונקציה הייעוצית וחוסר הפניות של הצוות ביחידות, העוסק כרגע בפיתוח הפונקציה הטיפולית, הן שתי הסיבות המרכזיות להפחתת הייעוץ לאנשי המקצוע בקהילה מאז הפעלת תכנית השדרוג.

### כיווני פעולה רצויים

מהממצאים עולות ההמלצות להלן:

♦ המעבר לשירות קהילתי רחב יותר

✓ בעקבות תכנית השדרוג גדל היקף המשפחות המטופלות ביחידות. אף שלונה בהרחבה של תקני כוח אדם, ישנן תחושות של עומס ומעמסה רגשית בקרב המטפלים. יש מקום לבדוק אם היחס בין היקף תקני כוח האדם לבין מספר המשפחות המטופלות הוא יחס מתאים.

✓ משך הטיפול: בשל מורכבות הצרכים של האוכלוסייה המטופלת ביחידות והממצאים המעידים שבכרבע מהמשפחות הטיפול הוארך וששליש מהמשפחות משך הטיפול היה קצר מדי (לטענת העובדים הסוציאליים מהמחלקות לשירותים חברתיים), יש לבחון אם משך הטיפול שנקבע מתאים למשפחות המטופלות.

✓ מגוון טיפולים: אחד הרכיבים בתכנית השדרוג היה הפעלת מודלים חדשים להתערבות, כגון טיפול קבוצתי, טיפול באמנות וטיפול בבעלי חיים. מהממצאים עלה כי אין גיוון מספיק בסוג

הטיפול למשפחות המטופלות ביחידות. יש לחשוב על דרכים להרחבת מגוון סוגי הטיפול. בשל קושי בהקמת קבוצות הורים עולה השאלה אם יש צורך בקידום הקמת קבוצות הורים ביחידות.

✓ עבודה עם משפחות בסכסוכי גירושין: בשל העלייה במספר המשפחות המגיעות ליחידות הטיפוליות-ייעוציות ולהן רקע של סכסוכי גירושין, חשוב לתת את הדעת על קבלת המשפחות ליחידה ועל ההתערבות אצל משפחות אלו והטיפול בהן. טיפול באוכלוסייה זו מחייב התמחות מיוחדת ומענים מותאמים לה.

✓ ניהול היחידות: מהממצאים עלה הצורך של מנהלי היחידות בפיתוח מיומנויות ניהול להתמודדות עם הגדלת היחידות ועם השינויים בצורת הניהול המתחייבים מכך. כמו כן, במרכזי חירום שבהם מנהל יחיד, המנהל גם את היחידה האינטרנית וגם את היחידה הטיפולית-ייעוצית, מומלץ לתקצב רכוז כדי להקל את עבודת מנהל מרכז החירום ולייעל את המרכז.

✓ מקומה של היחידה במערך השירותים בקהילה לילדים ולמשפחות בסיכון: בעקבות התכנית, היחידה אינה עוד שירות הפועל לצד היחידה האינטרנית ותו לא. היא נעשתה לשירות חשוב הנותן מענה לילדים בסיכון בקהילה. יש לחשוב כיצד משתלבת היחידה במערך הכולל של שירותים לילדים ולנוער בסיכון בקהילה.

✓ הצוות ביחידות

- עובדים שהתראיינו דיווחו על עומס רגשי רב ותחושה של קושי להבטיח מוגנות לילדים בטיפולם. חשוב לתת את הדעת על הקשיים המיוחדים הכרוכים בטיפול במשפחות עם צרכים מורכבים במסגרת של שירות קהילתי ולהציע למטפלים ליווי והדרכה מתאימים.

- נוסף על תרומתו של הקורס לטיפול בפגיעות מיניות, המטפלים ביחידות נזקקים לעוד הכשרות, הדרכה והשתתפות בקבוצות עמיתים כדי לרכוש מיומנויות מקצועיות נחוצות וכדי להתמודד עם הקשיים הרגשיים הכרוכים בתפקיד.

◆ הבניית מודל לעבודה ביחידות

✓ ביחידות השונות פותחו גישות שונות להתערבות בשלבים השונים, במיוחד בשלבים הראשונים של קבלה ליחידה וביצוע שלב ה"אינטייק". יש לתת את הדעת על הצורך בהבניית מודל להתערבות ביחידה.

✓ ראוי לחשוב אם יש צורך בהבניית מודל אחיד ליחסי הגומלין בין היחידה האינטרנית ליחידה הטיפולית-ייעוצית. מהממצאים עלו היתרונות והחסרונות של המודלים הקיימים, והמנהלים השונים מחזיקים בדעות שונות. אם תתקבל החלטה שאין צורך בהבניית מודל אחיד יש לתת מענה לאתגרים שעולים מהעבודה במודלים השונים, כגון:

- התמודדות עם כפל התפקידים והדרישות המוטלים על מטפלים במרכזים שבהם הם עובדים במקביל בשתי היחידות.

- פגיעה בתנאי ההעסקה של המטפלים ביחידות הטיפוליות-ייעוציות - יש לבדוק נושא זה ולחשוב על דרכים להתמודד אתו.

✓ יש צורך בהבניית מודל ברור יותר לתפקיד הפיקוח של העובדות הסוציאליות המחוזיות לפי חוק הנוער על קבלת מקרים ליחידות ועבודתן עם היחידה.

◆ היחידה כגורם מייעץ לאנשי מקצוע בקהילה

היחידות הטיפוליות-ייעוציות מתפקדות בעיקר כיחידות טיפוליות ולא כגורם ייעוצי לאנשי המקצוע בקהילה, בעיקר בשל חוסר תקצוב של הפונקציה הייעוצית וחוסר הפניות של הצוות ביחידות, בשל עיסוקו כרגע בפיתוח הפונקציה הטיפולית. יש לחשוב על דרכים למימוש תפקידה של היחידה כגורם ייעוצי לאנשי מקצוע בקהילה.

◆ שיטת התקצוב של היחידות הטיפוליות-ייעוציות

בעקבות תכנית השדרוג, היחידות עברו מתקצוב גלובלי חד-שנתי לתקצוב על-פי מספר משפחות בטיפול (בהנחה של כ-3 נפשות למשפחה). תקצוב זה אינו מביא בחשבון הבדלים בגודל משפחות באוכלוסיות שונות ואת מימוש תפקידה של היחידה כגורם ייעוצי לאנשי מקצוע בקהילה.

## תוכן העניינים

1	..... מבוא	1
2	..... היחידות הטיפוליות-ייעוציות : תיאור השירות	2
2	..... 2.1 מטרות היחידות הטיפוליות-ייעוציות	2
3	..... 2.2 אוכלוסיות היעד של היחידות הטיפוליות-ייעוציות	3
3	..... 2.3 תכנית השדרוג של היחידות הטיפוליות-ייעוציות	3
5	..... 3. מחקר ההערכה	5
5	..... 3.1 מטרת המחקר ושאלות המחקר	5
5	..... 3.2 שיטה	5
7	..... 4. האוכלוסייה המטופלת וההפניה ליחידה	7
7	..... 4.1 היקף האוכלוסייה המטופלת	7
8	..... 4.2 מאפייני האוכלוסייה המטופלת	8
10	..... 4.3 סיבות ודרכים להפניה ליחידה	10
12	..... 5. שלבי ההתערבות של היחידה ודרכי עבודתה	12
13	..... 5.1 שלבי ההתערבות	13
20	..... 5.2 משימות המטפלים	20
21	..... 6. הקשר ושיתוף הפעולה בין היחידה הטיפולית-ייעוצית לגורמים מקצועיים בקהילה	21
21	..... 6.1 מענים שהמשפחות קיבלו מחוץ ליחידה הטיפולית-ייעוצית בעת הטיפול ביחידה	21
21	..... 6.2 הקשר ושיתוף הפעולה של המטפלים עם הגורמים המטפלים בילדים מחוץ ליחידה	21
25	..... 7. יחסי הגומלין בין היחידות הטיפוליות-ייעוציות לבין היחידות האינטרניות	25
25	..... 7.1 המודלים המבניים-ארגוניים ביחידות	25
28	..... 7.2 היחידה הטיפולית-ייעוצית והיחידה האינטרנית : לשלב או לפצל?	28
30	..... 8. צוות היחידה והשינויים בעבודתו לאור השדרוג	30
30	..... 8.1 מאפייני הצוות	30
32	..... 8.2 הצוות הפסיכו-סוציאלי – השפעת יישום רכיבים מתכנית השדרוג	32
36	..... 8.3 המנהלים – השפעת יישום רכיבים מתכנית השדרוג	36
38	..... 9. שינויים במצב המשפחות ושביעות רצון מההתערבות ביחידות הטיפוליות-ייעוציות	38
38	..... 9.1 התקדמות הילדים וההורים	38
40	..... 9.2 שביעות רצון ההורים מהיחידה	40
42	..... 10. היחידה כגורם ייעוצי לאנשי המקצוע בקהילה	42
43	..... 11. כיווני פעולה רצויים	43
46	..... מקורות	46

## רשימת הלוחות

- 9 ..... לוח 1 : מאפייני המשפחות המטופלות ביחידות הטיפוליות-ייעוציות
- 10 ..... לוח 2 : השיקולים העיקריים להפניית משפחה ליחידה הטיפולית-ייעוצית ולא לחלופות טיפוליות אחרות
- 11 ..... לוח 3 : מאפייני המשפחות שהובילו להפנייתן לטיפול
- 14 ..... לוח 4 : שלב ביצוע ההתערבות – הרכב טיפולים
- 15 ..... לוח 5 : שלב ביצוע ההתערבות - כלי טיפול
- 17 ..... לוח 6 : הגעה סדירה של בני המשפחה לטיפול ביחידה
- 17 ..... לוח 7 : תקופות שבהן לא בא אף אחד מבני המשפחה לפגישות שנקבע
- 17 ..... לוח 8 : פעולות המטפלים כדי לגרום למשפחות שלא באו לפגישות במשך תקופה/כמה תקופות להשתתף בקביעות במפגשים
- 18 ..... לוח 9 : התאמת משך הטיפול ביחידה למשפחה
- 19 ..... לוח 10 : ההחלטות העיקריות בקשר למשפחות או להורים בסיום הטיפול ביחידה
- 19 ..... לוח 11 : ההחלטות העיקריות בעניין הילדים בסיום הטיפול ביחידה
- 20 ..... לוח 12 : התפלגות משימות המטפלים ביחידות
- 21 ..... לוח 13 : המשפחות המטופלות ביחידה שמטופלות גם על-ידי גורמים מחוץ ליחידה, לפי הגורם המטפל
- 22 ..... לוח 14 : המשפחות המטופלות ביחידה שמטפליהן עומדים בקשר עם גורמים מחוץ ליחידה, לפי הגורם המטפל מחוץ ליחידה
- 38 ..... לוח 15 : שינוי בתפקוד הילדים שסיימו טיפול ביחידה
- 39 ..... לוח 16 : שינויים בטיפול ההורים בילדים בקרב הורים שסיימו טיפול ביחידה
- 40 ..... לוח 17 : סיבות לאי-התאמת היחידה לטיפול במשפחה

## רשימת התרשימים

- 12 ..... תרשים 1 : שלבי ההתערבות ביחידה הטיפולית-ייעוצית
- 18 ..... תרשים 2 : מועד סיום הטיפול ביחידות הטיפוליות-ייעוציות
- 22 ..... תרשים 3 : תדירות הקשר בעניין משפחות שטופלו ביחידות, בין המטפלים לבין עובדי המשפחה
- 23 ..... תרשים 4 : דפוס הקשר של עובדי המשפחה עם המטפלים ביחידות
- 27 ..... תרשים 5 : מרכזי החירום על רצף בין חיבור להפרדה בין היחידות
- 31 ..... תרשים 6 : התפלגות סוגי המקצועות של הצוות הפסיכו-סוציאלי ביחידות
- 32 ..... תרשים 7 : שנות הלימוד של הצוות הפסיכו-סוציאלי ביחידות