

מחקר הערכת תכנית "משולש האומנה"

**התכנית להקמת יחידה ניידת לאבחון
והתערבות בקלטי חרום**

דוח מסכם

יוני 2015

תוכן עניינים

4	דברי תודה
6	תקציר מנהלים
14	מבוא
17	1. סקירת ספרות
17	1.1 איתור וזיהוי מצבי סיכון לילדים
20	1.2 תכניות לטיפול ומניעת מצבי סיכון לילדים
27	1.3 מאפייניהם של ארגונים ומשפחות העוסקים בילדים בסיכון
40	2. מטרות והליך המחקר
40	2.1 מטרות המחקר
40	2.2 מודל המחקר
43	2.3 אוכלוסיית המחקר
43	2.4 שיטות הביצוע וכלי המחקר
47	3. פיתוח רציונל התכנית
47	3.1 מודל ההפעלה של התכנית בתחנות הפיילוט
50	3.2 היבטים ארגוניים ביישום התכנית
53	3.3 ניתוח תפיסת מפעילי התחנות את התכנית
59	3.4 ניתוח תפיסת האבחון מנקודת הראות של צוותי התחנות
68	4. פעילות התחנה הניידת
68	4.1 עיקרון ניידות התחנה
71	4.2 עיקרון האבחון של צוות רב תחומי
74	4.3 העיקרון של תכלול דוחות האבחון
82	5. תרומת התכנית בעיני גורמים מעורבים
82	5.1 נקודת הראות של יו"ר ועדות תכנון, טיפול והערכה
84	5.2 תפיסת התכנית על ידי עו"ס לחוק נוער ברשויות מקומיות
88	5.3 התייחסות של שופטי בתי משפט לנוער לרציונאל התכנית ולמאפייניה
90	5.4 תרומת התכנית מזווית ראייתן של משפחות הקלט
93	6. ניתוח עלות ביצוע אבחונים
93	6.1 ניתוח משווה בין החוזים והעלות של התחנות הקיימות

96	6.2 ניתוח עלות סל התכנית
98	6.3 ניתוח מרכיבי עלות ילד בקלט חרום ללא תקורות
100	7. תפוקות התכנית
100	7.1 קיצור זמן שהיית ילד בקלט חרום
102	7.2 הדוח המתכלל
104	7.3 אבחון דיאדי-הורה ביולוגי-ילד
108	7.4 היקפי הפעילות של התחנה הניידת
111	8. סכום, מסקנות והמלצות
111	8.1 הצלחת התכנית
112	8.2 ניידות
114	8.3 דוח מתכלל
115	8.4 משך זמן שהיית הילד במשפחת הקלט
115	8.5 אבחון רב מקצועי
116	8.6 המלצות מנחת הקלט לגבי עתיד הילד על רקע האבחון הרב תחומי
117	8.7 הרכב צוות רב תחומי
118	8.8 המלצות
124	9. ביבליוגרפיה
126	10. נספחים
126	מודל הפעלת התכנית

דברי תודה

המחקר להערכת תכנית "משולש האומנה" הינו מחקר הערכה מעצבת לתכנית הקמת יחידה ניידת לאבחון והתערבות בקלטי חרום. המחקר ליווה את היישום הניסיוני של התכנית ומסקנותיו והמלצותיו אמורים לשרת את מקבלי ההחלטות בתהליך מיסוד התכנית והמשך הפעלתה.

מכון אופק לניהול ומחקר המבצע מחקרי הערכה ומחקרים יישומיים רבים, מבקש להודות לארגון גוינט ישראל – אשלים על ההזדמנות שניתנה לנו לתרום, באמצעות ממצאי מחקר זה והמלצותיו, לקובעי המדיניות ולמקבלי ההחלטות שמעצבים את מדיניות הרווחה ומנתבים את יישומה במדינת ישראל.

תודה והערכה רבה לגב' **שלוה ליבוביץ** – המפקחת הארצית על שירותי האומנה, על תרומתה המקצועית בשלבי למוד נושא המחקר ועל נכונותה הרבה לסייע בכל בעיה שהתעוררה במהלך בצוע המחקר. גב' ליבוביץ הגתה את התכנית משולש האומנה והובילה בתבונה ומקצועיות את היישום הנסוי של התכנית. עבודת הקודש שהיא מובילה בשירותי האומנה בכלל ובמסגרת עצוב התכנית לשידרוג הקלט חרום בפרט הצילה ומצילה במהלך שנות פעילותה מאות ילדים שהגורל התאכזר אליהם ושירותי האומנה סייעו להם לבנות נכונה את עתידם.

תודה גדולה לגב' **חווה לוי** עו"ס ארצית לחוק הנוער, משרד הרווחה והשירותים החברתיים על מנהיגותה בהובלת העו"ס לחוק נוער להכיר את נדבכי התכנית ותרומתה המקצועית בתהליך בצוע המחקר. התובנות שהיא עצבה בוועדת ההגוי של התכנית ובצוות המוביל תרמו להתמודדות בקשיים השונים שניקרו בדרך כמו בכל תכנית ניסוי חדשנית.

אני מבקש להודות במיוחד לגב' **שרון פורת** – שניהלה מטעם היחידה לגיל הרך בגוינט ישראל – אשלים את התכנית, על פעילותה הנמרצת בהובלת יישום התכנית. הבנתה וצורת החשיבה המקצועית שלה על צרכי הילד בקלט החרום תרמו רבות. תודה על הובלתה את מרכזות הקלט חרום בעמותות ליישם את המודל שהותווה וליזום דיוני התאמות במודל על רקע האילוצים יחד עם שותפיה האחרים להובלת הפיילוט. תודה לגב' **שרי שטיינר יעקובסון** – שריכזה כפריקטורית את מינהלת התכנית ובכלל זה את עבודת הוועדות והניהול הפיננסי מול העמותות. תודה לגב' **נועה בן דוד גרסי** – ראש היחידה לגיל הרך בגוינט ישראל – אשלים שנחשפה לאחרונה עם כניסתה לתפקידה כר' היחידה לעבודת המחקר בשלבי סיומו.

תודות למנהלות תחום קלט החרום בעמותות שהתמודדו עם הקשיים הרבים בתהליך יישום של תכנית חדשנית ועל השתוף פעולה המקצועי של כל אחת מהן בתהליך הבצוע של המחקר; גב' **דורית לבינון** – מנהלת תחום קלט חירום בעמותת "אור שלום", גב' **להב אורית** – מנהלת תחום קלט חירום בעמותת "סאמיט", גב' **חורי פאדיה** וגב' **ח'אלידה פארג'** (שהחליפה את פאדיה) בתפקידה כמנהלת תחום קלט חירום בעמותת "מט"ב".

תודות לגב' **אמה רחמים** עו"ס מחוזי לחוק נוער- מרכז ולגב' **דנה שני** – עו"ס מחוזי לחוק נוער- דרום שסייעו רבות בארגון קבוצות מיקוד של עו"ס לחוק נוער ואפשרו לצוות המחקר לאסוף המידע שנדרש

במהלך עבודת המחקר ולגבי **דורית בלשן** עו"ס לחוק נוער בצפון על מוכנותה לקראת סיום המחקר להעביר מידע מעודכן על יישום התכנית במחוז.

תודה ליו"ר ועדות תכנון טפול והערכה; גבי **גלית קיפל** - שפירים ת"א, גבי **הס חווי** – בני ברק, גבי **אהובה עקרי** – טירת הכרמל על שהתראיינו למחקר ושיתפו פעולה עם החוקרים בתהליך איסוף המידע, תודה **למנחות הקלט** בעמותות ששיתפו פעולה עם המחקר במסגרת ראיונות, קבוצות מיקוד ודיונים מקצועיים תודה **לצוותי האבחון המקצועיים** בתחנות לאבחון ולעובדי המחלקות לשירותים חברתיים ברשויות המקומיות, עו"ס משפחה ועו"ס לחוק נוער ששיתפו עמנו פעולה בתהליך איסוף הנתונים.

תודה מיוחדת **להורי הקלט חרום** שהינם אנשי מופת אשר עושים מלאכת קודש למען עתידם של ילדים אשר כה זקוקים לבית ולמשפחה חמה, בנוסף על הוריהם הביולוגיים, על אשר ניאותו להקדיש מזמנם להתראיין ולהשתתף בקבוצת מיקוד של המחקר.

תודה לאנשי המקצוע הרבים ושותפי התכנית שהסכימו להתראיין, הקדישו מזמנים ותרמו מהבנתם הפרופסיונאלית לסוגיות המחקר, ובכללם **ד"ר מירי קרן** מנהלת התחנה במרכז הרפואי גהה בפתח תקוה, **ד"ר גל מאירי** מנהל התחנה במרכז הרפואי סורוקה בבאר שבע, **ד"ר בלה מירוצ'ניק** מנהלת התחנה במרכז הרפואי זיו בצפת כולם מתוך עניין מקצועי סייעו ותרמו באסוף המידע וגיבוש התובנות שעלו במחקר זה.

ולבסוף תודה לנשיאת בית המשפט לנוער כבוד **השופטת גלית מור ויגוצקי** ולשופטי בתי המשפט לנוער על שהקדישו מזמנם ותרמו לעבודת המחקר מתובנות כס המשפט.

תודה לחברי לעבודה, החוקרים והיועצים אנשי מכון אופק לניהול ומחקר בע"מ, ותודה מיוחדת למר **אריאל צימרמן** מבכירי מכון אופק, איש מחקר מקצועי שריכוז את עבודת המחקר אסף את המידע והיה שותף כחוקר לניתוח המידע ולכתיבת דוח המחקר.

פרופ' אברהם אופק

תקציר מנהלים

רקע

משפחות קלט חרום מהוות אחת המסגרות החירום לילדים במדינת ישראל בנוסף למוסדות ופנימיות לסוגיהן. הן מיועדות לקליטת ילדים מגיל לידה ועד גיל 6 אשר נקלעים למצבי סיכון/חרום בבית הוריהם הביולוגיים וזקוקים להגנה מידית. משפחות הקלט הן משפחות אשר אושרו והוכשרו לבצוע התפקיד על ידי משרד הרווחה והשירותים החברתיים והן ערוכות לקליטת ילדים בכל שעות היממה וללא התרעה מוקדמת.

השמת הקטינים במשפחות קלט חירום נועדה לאפשר מתן מענה מידי למצב בו הילד זקוק להגנה ממשפחתו הביולוגית ולאפשר בצוע אבחון פיזי, נפשי והתפתחותי של הילד במקביל לאבחון המסוגלות ההורית של הוריו הביולוגיים בנסיבות של אירוע טראומתי במשפחה שעלול לסכן את הילד. נמצא כי חלק ממטרות אלה אינן מושגות בתהליכים המתרחשים כיום בקלטי החירום שמעבר למתן הגנה ומחסה לילד הנקלט וטיפול בצרכיו הבסיסיים לא מספקים לו שירותי אבחון וטיפול נוספים.

לכן, משרד הרווחה והשירותים החברתיים בשיתוף ג'וינט-אשלים פיתחו מודל עבודה לבצוע אבחון והתערבות במצבי משבר בקרב ילדים בגיל הרך לאחר העברתם ממשפחה ביולוגית לקלט חירום. יישומו של המודל במסגרת ביצוע הפיילוט של התכנית כולל הקמה של יחידה ניידת רב-מקצועית אשר תאבחן את מצבו של הילד הנקלט בקלט החירום, באופן כולל ורב-מקצועי בתקופה שלא תעלה על שלושה-ארבעה חודשים. מרכיבו המרכזי של המודל הוא בצוע דוח אבחון מתוכלל שמנחת הקלט אחראית לכתיבתו לאחר שתקבל את דוח האבחון של אנשי המקצוע השונים בתחנה המאבחת.

יישום התכנית במסגרת הפיילוט לווה ע"י וועדת הגוי משותפת למשרד הרווחה והשירותים החברתיים לג'וינט - אשלים ולעמותות המבצעות.

מטרות המחקר

מטרת העל של המחקר היא לקבוע האם העבודה במסגרת יחידה ניידת של צוות רב-מקצועי מעלה את רמת האפקטיביות של האומנה במשפחות קלט-חירום.

ממטרת על זו נגזרו מספר מטרות משנה:

1. לתאר את ההתנהלות האופרטיבית של תהליך האומנה במשפחות קלט-חירום, תוך התמקדות ביחידות הניידות ותוך ביצוע המחקר, כמחקר הערכה מעצבת, להגדיר מודל עבודה אופטימאלי של הפעלת היחידות הניידות.
2. לבחון תרומתו של דוח מתכלל לגיבוש החלטותיהם של גורמי סמכא על עתיד הילדים (עו"ס לחוק נוער, יו"רים של ועדות תכנון טיפול והערכה, שופטי בית המשפט לנוער, משפחות הקלט).
3. לבחון האם, בעקבות עבודת היחידה הניידת הרב-מקצועית, תקופת השהייה של הילדים במשפחות הקלט מתקצרת.
4. לבחון עד כמה יחידה ניידת רב-מקצועית מייעלת את פעולתו של קלט חירום.

מערך המחקר

כבסיס לבצוע המחקר עוצב מודל דיאגנוסטי ששימש תבנית מתודולוגית מנחה ומכוונת לנתוח הנתונים, בדיקת הקשרים וההשפעות שבין המשתנים שנחקרו. על פי מודל המחקר פותחו כלי מחקר לאיסוף הנתונים ועיבודם. מערך המשתנים המוצגים במודל הוגדרו על רקע מטרות המחקר, הספרות המקצועית והתכנית הנחקרת.

מערך המשתנים הבלתי-תלויים מייצגים את מאפייני משפחת קלט-החירום, ומאפייני ההתערבות של היחידה הניידת. מערך המשתנים התלויים מייצגים את אפקטיביות היחידה הניידת הרב-מקצועית.

מודל המחקר מניח כי קיים קשר השפעה בין המשתנים הבלתי-תלויים להרכב המשתנה התלוי המשקף את אפקטיביות היחידה הניידת הרב-מקצועית.

שיטת המחקר

שיטת המחקר איכותנית, במסגרתה נבחנה תפישת היישום של המודל ויישום מרכיביו הלכה למעשה. איסוף הנתונים במחקר נעשה בארבעה כלים שונים:

1. שאלונים ודיווחי מידע: עו"ס לחוק נוער ויו"ר ועדות תכנון טיפול והערכה התבקשו בשלב התנעת התהליך להשיב על שאלון עמדות שהתמקד בתפישת הייעוד והתפקוד של קלט החרום ובהבנת הייעוד והתפוקות של התחנה הניידת לאבחון הילד.
2. ראיונות עומק: ראיונות עומק שנערכו עם אנשי המפתח במשרד הרווחה והשירותים החברתיים, באשלים, בעמותות, חברי הצוותים הרב מקצועיים, עו"סים לחוק נוער, יושבי ראש של ועדות תכנון טיפול והערכה.
3. קבוצות מיקוד: עו"סים לחוק נוער, רכזות ומנחות קלט חרום בעמותות, שופטי בית המשפט לנוער.
4. ניתוח תוכן מסמכים: מסמכי התכנית- המודלים הרעיוניים, סכומי דיון ועדת הגוי, סיכומי ישיבות עבודה, מסמכי עמדה, דוחות אבחון מסמכי דיאדה הורה-ילד (מודל הקורס, מתודולוגיה).

עיקרי ממצאים**דוחות האבחון**

- האבחון הרב מקצועי נתפס על ידי כל הגורמים כנושא חשוב וחיוני שמאפשר ליצור תמונה בהירה ומקיפה על מצבו של הילד בפרספקטיבה רחבה של תחומי הבריאות, אולם בשלב זה טרם מיצו בתכנית את העקרון של אבחון רב תחומי.
- בניגוד לדוחות העבר, דוח האבחון ממוקד בתחום הפסיכולוגי קוגניטיבי ורגשי. מצבו הרפואי בריאותי של הילד מקבל ביטוי תמציתי אם בכלל.
- עם זאת להבדיל מדוחות העבר מוצגות כיום המלצות בתחום הטיפולי ההמלצות מתייחסות במיוחד לתחום פסיכולוגי התפתחותי ולאחרונה גם למצב הקשר הדיאדי בין ההורה הביולוגי לילד.
- הדוח המתכלל טרם משקף מיומנות של כתיבה אנאליטית ומתכללת. יש בו חזרות ולעיתים רבות חסך בערך מוסף על דוחות האבחון עצמם. בלטו לטובה דוחות של עמותת "סאמיט" בכתיבה מתכללת ואנאליטית ובהסקת המלצות בלתי עמומות המתבססות על ממצאי האבחונים. יש חשיבות רבה להכשיר את מנחות הקלט בכתיבת דוח מתכלל שמחייב חשיבה אנאליטית ותובנה של יצירת תמונת מצב מלאה על מצב הילד.

דיאדה הורה- ילד

- הפעלת תהליך דיאדה הורה - ילד לאבחון שולבה בלשב מתקדם של יישום הפיילוט והוכחה במידה רבה ביותר החשיבות והתרומה של בצוע תצפית מתערבת על ידי מנחת הקלט בתהליך דיאדה הורה ביולוגי- ילד. התוספת שניתנת מאבחון זה תורמת להיבט של מסוגלות ההורים הביולוגיים.
- בשנת הפיילוט האחרונה עברו מנחות הקלט הכשרה מקיפה לביצוע הערכת אינטראקציה הורה- ילד המאפשרת להם לכלול ממצאי הערכה בתחום זה כנדבך נוסף וחשוב לגיבוש החלטות על עתיד הילד.
- ניכר שמתפתחת אצל מנחות הקלט שיטתיות ומקצוענות בבצוע תצפית מתערבת בדיאדה הורה ילד אשר ממצאיה עשויים לתרום רבות לקבלת ההחלטות.

ניידות

בתחילת יישום התכנית צוותי התחנות הסתייגו מרעיון הניידות. הצוותים בעמותות סברו כי עצם העובדה שנחתם הסכם הפעלה עם תחנת אבחון תינתן עדיפות לאבחון ילדי קלט לעומת ילדים אחרים ובכך יתאפשר צמצום זמן שהות הילד בקלט חרום. בפועל מוסכם על גורמי מקצוע שונים שאבחון הילד במשפחת הקלט תורם מהותית למידע האבחוני. המחקר מוצא שמבחינת כל הגורמים

המעורבים יש חשיבות רבה ותרומה מהותית להפעלת העקרון של יחידה ניידת אשר מגיעה לבית הקלט לבצוע חלק ניכר מהאבחונים.

המחקר מצא שממוצע ביקורי בית לאבחון אחד הינו פחות מ-2 ($M=1.8$). היינו, מרבית מפגשי אבחון התקיימו בתחנות. חיוני לשנות תפישה זאת, להגדיר את מספר המפגשים שנכללים במסגרת אבחון של פסיכולוג התפתחותי ולחייב בצוע של לפחות כ 50% ממפגשי האבחון בבית משפחת הקלט.

משך זמן שהיה בקלט

התכנית טרם הצליחה לצמצם את תקופת שהותו של הילד בקלט. התקופה ע"פ הממצאים נמשכת הרבה מעבר לחצי שנה שהוגדר כזמן מקסימאלי של הישארות בקלט. הממוצע כיום ($M=8$ חד') זמן ממוצע בכלל מחוזות התכנית לסיום תהליך אבחון אחד 2.9 חודשים, בתחנת צפון 5.7 חודשים.

צוות רב מקצועי

ההרכב הרב תחומי המתוכנן של הצוותים הצטמצם. ההרכב כולל פסיכולוגית התפתחותית שבצעה בפועל את האבחון ופסיכיאטר (מנהל תחנה) שבחלק מהמקרים מעורב באבחון עצמו ובחלק מנחה את סיכום הדוח, עו"ס מנחת קלט שמבצעת תצפית דיאדה הורה-ילד. (בעמותת אור שלום ממחצית השנייה של יישום התכנית, אין קשר עם תחנה, אלא העמותה מפעילה ישירות פסיכולוגית התפתחותית ורק לאחרונה החלו בעמותת אור שלום לבנות צוות מומחים ממקצועות הבריאות).

פעילות התחנות

- בהתאם לתכנית כל ילד שנכנס לקלט החרום במהלך התכנית עבר אבחון בתחנה (סה"כ 119). עם זאת, התחנות לא עמדו בבצוע מכסת האבחונים החודשית על פי הסכמי ההתקשרות (סה"כ 232) ולכן משך זמן בצוע האבחון חרג מהמתוכנן.
- על רקע המחקר ההחלטה להתקשר לבצוע האבחונים עם תחנות שממוקדות בתחום בריאות הנפש הסיטה את התכנית מעקרון בניית יחידה ניידת רב תחומית. המודל שהתפתח ממחצית תקופת יישום הפיילוט בעמותת אור שלום נמצא מתאים יותר לעקרונות היסוד של תכנית היחידה הניידת. יש מקום לבחון את מימון ההפעלה של צוות רב תחומי, ישירות על ידי העמותות. גמישות ההפעלה תקנה לעמותות את היכולת ליצור יחידה ניידת ולהרחיב את יישום העיקרון של צוות רב תחומי.

אפקטיביות הגשת הדוחות

- מלבד האבחון הפסיכולוגי התפתחותי, כמעט שלא התבצעו אבחונים ע"י מומחים אחרים. 32 מתוך 119 ילדים עברו גם אבחון פסיכיאטרי, 21 מתוכם בוצעו בתחנת צפון.
- רק ילד אחד מסה"כ 119 ילדים עבר אבחון אצל רופא התפתחותי. אף לא ילד אחד לפי דיווחי העמותות לא עבר אבחון אצל מומחה פרא-רפואי.
- בהתאם לדיווחי העמותות רק כ-38% מהדוחות שנכתבו במהלך התכנית נידונו בוועדות תכנון טיפול והערכה (39 מתוך 119) היינו השאר הוגשו לאחר החלטת הועדה.
- רק כ-39% מכלל דוחות התכנית הוצגו בבתי המשפט (42% מסה"כ הדוחות של עמותת סאמיט; 5% מסה"כ הדוחות של אור שלום; ו-100% מסה"כ הדוחות של מט"ב).
- רוב העו"ס לחוק נוער טרם נחשפו לפרטי התכנית, חלקן אינן יודעות כי פעילות הצוותים הרב מקצועיים נעשה במסגרת תכנית משולש האומנה כמודל חדש (שדרוג קלט החרום) וסבורות כי דוחות האבחון הם חלק ממכלול השירותים שסופקו טרם התכנית בתחום הקלט ולכן לא שונתה התייחסותם לדוחות.
- העו"ס לחוק נוער אינן רואות בדוחות אבחון מרכיב חשוב והכרחי לתהליך קבלת החלטות על עתיד ילדי הקלט. תרומתם העיקרית של דוחות אבחון מתבטאת לדעתן באישוש החלטות שכבר גובשו בתחום הטיפול.
- יו"רים של ועדות תכנון, טיפול והערכה ציינו לחיוב את תרומתה של התכנית בכלל וחשיבותם של דוחות אבחון מתכללים בפרט. לדעת היו"ר תהליך האבחון מקצועי יותר וגם מהיר יותר. דוחות מתכללים מובנים יותר ומספקים מידע מקיף אודות מצב הילדים הן בפן ההתפתחותי והן בפן הפסיכולוגי והקוגניטיבי.

תמצית המלצות המחקר

1. המחקר מוצא את התכנית חיונית ביותר ליישום, לטובת בצוע פעילות מקצועית נכונה עם ילדי קלט חרום. המחקר מצא את כל עקרונות התכנית מיושמים במסגרת הפיילוט עם השנויים שהתבקשו בתקופת ניסוי, למידה ובצוע התאמות על רקע אילוצים.
2. מומלץ לפעול ככל המוקדם למיסוד התכנית מיד עם סיום תקופת הניסוי תוך המשך בצוע ההתאמות הנדרשות על רקע ממצאי המחקר.
3. להקפיד על הפעלת עקרון הניידות. למסד את החובה לבצע לפחות 50% מהאבחון של פסיכולוג התפתחותי בבית משפחת קלט החרום וכמו כן לבצע חלק מאבחוני מקצועות פרא רפואיים בבית משפחת הקלט.

4. לסכם עם קופות החולים בעזרת משרד הבריאות הנחיה שרופא ילדים בקהילה המאבחן ילד בקלט יעביר דוח כתוב על ממצאי האבחון לידי הורה הקלט, או מנחת הקלט על מנת להבטיח התייחסות למצבו הבריאותי של הילד בתכנון עתידו.
5. מומלץ לא לראות את התחנות שממוקדות בדרך כלל באבחון פסיכיאטרי כגורם אבחוני מוביל. ראוי לראות את רופא הילדים בקהילה כמאבחן הראשון ולתת לו להוביל את האבחון הבריאותי של הילד למרות שמדובר בילד שעבר טראומה. כמו כן מומלץ לבנות את היחידה הניידת הרב תחומית במסגרת העמותות תוך התקשרות ישירה של העמותה עם צוות רב תחומי ולא עם תחנת אבחון הממוקדת בתחום בריאות הנפש. רק במקרים בהם ידרש אבחון פסיכיאטרי יופנה הילד לאבחון בתחנה.
6. מומלץ לבחון עם משרד הבריאות וקופות החולים קבלת שרות במסגרת חוק בטוח בריאות ממלכתי שכל ילד שנכנס לקלט חרום יאובחן במסגרת יחידה / מכון להתפתחות הילד שבדרך כלל ימצא בה רופא התפתחותי ופסיכולוגית התפתחותית.
7. במקרים של הכנסת תינוק עד גיל שנתיים לקלט חרום מומלץ להסדיר עם משרד הבריאות העברת המידע על הילד מטיפת חלב (לרבות החיסונים שקיבל) באזור מגורי משפחתו הביולוגית אל מנחת הקלט ואל תחנת טיפת חלב באזור משפחת הקלט. המחקר מצא שהמידע על תינוקות אינו תמיד זמין למנחת הקלט.
8. יש חשיבות רבה לפתח קובץ נהלי עבודה אחיד שיתאר את תהליכי העבודה בתכנית עם אבני הדרך כצמתי בקרה ולוח זמנים מובנה להתנהלות התכנית שכל עמותה תידרש לפעול לפיו ומינהלת התכנית תבצע בקרה שהתהליכים אכן מתנהלים כמוגדר ובלוח הזמנים שנקבע. פעילות זאת נועדה להבטיח הטמעה מהירה ונכונה של יישום התכנית.
9. מאחר ומדובר בתכנית שראוי למסדה בשנים הקרובות יש חשיבות רבה לכתיבת מתודולוגיה מקצועית לכל פרקי העבודה בקלט החרום המתודולוגיה יד עם הנהלים יהוו התורה המקצועית של הפעלת קלט חרום במדינת ישראל.
10. כתיבת דוח מתכלל מחייב התמקצעות ומומלץ לבצע הכשרה גם בתחום זה. על מנחות הקלט לרכוש כלים לניתוח מיפוי וסיווג ממצאי אבחון. מומלץ לבחון את יישום מרכיבי המתודולוגיה לכתיבת דוח מתכלל שהוצגו בדוח המחקר.
11. יש להנחות את עו"ס לחוק נוער להעביר לבתי המשפט בנוסף לדוח המתכלל את כל דוחות האבחון המקוריים של כל אחד מהמומחים שביצע אבחון לילד.
12. מרכיב הדיאדה מהווה נדבך חשוב וחיוני בתכנית בכלל ובהכללת ממצאיו בדוח המתכלל בפרט. מומלץ להמשיך ולהעמיק את הכשרת מנחות הקלט לנהל תצפית מתערבת בדיאדה הורה – ילד. ראוי להמשיך ולהרחיב את כתיבת המתודולוגיה לתהליך הדיאדה ולעריכת דוח אבחון דיאדה הורה-ילד שיש בו כדי להצביע על היבטים של מסוגלות הורית.

13. במקביל להטמעת בצוע תהליך הדיאדה מומלץ לפתח למנחות הקלט פורום תמיכה מקצועית לסיוע ובלימת סינדרום של שחיקה (Burnout) המנחות נחשפות למצבי דיאדה קשים מנשוא מומלץ ויש חשיבות רבה להקל עליהן ביישום מרכיב חשוב זה בתכנית.
14. מומלץ להכין תכנית הסברה כוללת חומר כתוב לעו"ס משפחה במחלקות, לעו"ס לחוק נוער ליו"ר וועדות תכנון טפול והערכה ולשופטי בית המשפט לנוער על התכנית ותרומתה המהותית במתן מענה אבחוני מקצועי שתורם להחלטות על עתיד הילד והטיפול בו.
15. מומלץ להגביר שימוש באמצעים טכנולוגיים של העידן בו אנו חיים דוגמת פורטל אינטרנטי לתכנית, בניית מבנה אחיד של ניהול קובץ מידע וקובץ מעקב על בצוע התכנית בכל עמותה.
16. מומלץ לייעל את תהליכי העברת המידע משרותי המחלקה בקהילה בה גרים הוריו הביולוגיים של הילד מעו"ס המשפחה ומעו"ס לחוק נוער אל מנחת הקלט כדי שהאבחון יוכל להתחיל מיד עם הגעת הילד לקלט החרום.
17. מומלץ לכלול במסגרת התכנית בצוע פעילות הסברה להורים הביולוגיים מהי טובת הילד כדי למתן התנגדותם למקרה של דיון בהמלצה להעברת הילד למסגרת מחוץ למשפחתו הביולוגית.
18. על רקע המציאות שפעמים הילד נמצא תקופה קצרה במשפחה והקשר עמו חייב להתבצע מקצועית ומיידית ביטאו המשפחות חסך רב בכלים ובגישה לבטא ולהקריין לילד "חמלה" (Compassion) כמו כן עלה צורך של המשפחות ללמוד כיצד מנהלים "קשיבות" (Mindfulness) לאורך זמן במיוחד כשיש ילדים נוספים בבית.
19. מומלץ לשקול האם ראוי שמשפחות הקלט תקבלנה דיווח והסבר על תהליך האבחוני במודל התכנית ושממצאי כל אבחון ומסקנותיו ייחשפו לפנייה במלואן לעומת המציאות הקיימת בה רק מנחות קלט מקבלות תוצאות האבחונים וברוב המקרים לא חושפות אותן לפני המשפחות.
20. על פי ממצאי המחקר התקציב לסל העתידי המתוכנן על ידי מובילי התכנית לחודש החזקה ואבחון של ילד הינה 6947 ₪. בהתאם לניתוח שהוצג בדוח המחקר מומלץ לבנות תקציב לסל הכולל של קלט חרום בסך של כ 10000 ₪ לחודש. סך זה כולל את עלות בצוע האבחונים בפועל ואת התוספת הנדרשת על בסיס ניתוח הוצאות תקופת הניסוי מתחילתו ועד ליוני 2014
21. כדי לשפר את העמידה בלוח הזמנים של תקופת הקלט מומלץ שתאום פגישת סיכום האבחון יקבע בסמוך לקליטת הילד לקלט. ראוי לפתח המודעות לכלל המעורבים שעיכוב בשיבת סכום הדוח מהווה אילוץ שגורם להארכת תקופת השהייה של הילד בקלט כחודש ימים נוסף. יש חשיבות מקצועית בהקדשת זמן לבצוע ישיבת סכום שכן ללא ישיבה זאת ככל המוקדם נפגמת תוצאת התהליך כולו.

לסיכום, ממצאי המחקר מלמדים על שפור מקצועי רב ביותר בהפעלת קלט חרום על בסיס התכנית תרומתה לשדרוג הקלט חרום הוכחה בכל המשתנים בהם עסק המחקר.

ממצאי המחקר מלמדים על תחילת תרומה משמעותית של הדוח המתכלל לדיוני וועדת תכנון טפול והערכה. בתי המשפט עדיין לא נחשפו מספיק לתכנית ולמשמעויות של האבחון הרב תחומי ויש מקום להתמיד בהעברת מידע לנשיאת בתי המשפט לנוער על מיסוד התכנית ופוטנציאל השפור שיש במרכיביה לגיבוש ההחלטה על עתיד הילד.

על אף שטרם זוהה קיצור משמעותי של משך זמן השהייה של ילד בקלט אנו מניחים שככל שהתכנית תתמסד ויוקפד על יישום עקרונותיה וככל שיפותחו כלי ניהול ובקרה כך גם תושג מטרה זאת.

המחקר הצביע על התרומה המשמעותית של אבחון רב תחומי הן לעניין תהליך קבלת ההחלטה והן לעניין תובנות הטפול בילד במהלך שהותו בקלט ובהמשך. חל שיפור מהותי מנקודת הראות של משפחות הקלט ויכולתן לטייב את הטפול בילד כל עוד הוא בקלט החרום.

אנו רואים הכרח וממליצים לשמור על כלל מרכיבי התכנית, כפי שעוצבו לקראת סיום המחקר, כמכלול אחד. חשיבות ההקפדה על כל אחד ממרכיבי המודל בפני עצמו וכולם יחד כמכלול, תוך התמודדות עם אילוצי היישום בשטח, יבטיחו את הצלחתה של התכנית ותרומתה להחלטות מיטביות על עתיד הילד.

מבוא

שירותי אומנה בהכללה ושירותי השמה במשפחות קלט חירום בפרט, הינם החל משנת 2001 מבוצעים על ידי שלוש עמותות הפרוסות ברחבי הארץ. על רקע ההפרטה החלקית שבוצעה על ידי משרד הרווחה והשירותים החברתיים מטפלות שלושת העמותות בגיוס משפחות הקלט, בהשמת הילדים במשפחות ובמתן שירותי הנחיה מקצועית וליווי המשפחות. מובן שבמהלך השנים בהתאם לתוצאות מכרזים שהמדינה תבצע יתכן שישולבו ארגונים נוספים למעורר השירות בתחום משפחות אומנה ומשפחות קלט חרום.

מסגרות החירום לילדים במדינת ישראל הינן מרכזי חירום, משפחות קלט, או מוסדות פנימיה. ילדים מגיל לידה ועד גיל 8 אשר נקלעים למצבי סיכון בבית הוריהם הביולוגיים וזקוקים להגנה מיידית, מושמים בדרך כלל במשפחות קלט חירום.

משפחות הקלט הן משפחות אשר אושרו לבצוע התפקיד על ידי משרד הרווחה והשירותים החברתיים והן ערוכות לקליטת ילדים, בעיקר בגיל הרך, במהלך כל שעות היממה וללא התרעה מוקדמת. משפחות הקלט קולטות ילדים במצבי משבר וחירום לתקופה של עד שלושה חודשים הגם שקיימות נסיבות בהן מוארכת תקופת השהייה של הילד במשפחת הקלט חרום. משפחה אחת יכולה לקלוט עד 5 ילדים בו זמנית. ילדים בגיל הרך, הנקלטים במשפחות הקלט, חוו קשיים התנהגותיים-רגשיים, רפואיים והתפתחותיים אשר מוחרפים ומועצמים בעקבות הטראומה שבחוויות הפרידה והניתוק מההורים הביולוגיים והכניסה למשפחה אחרת. מסגרת משפחתית חמה בשילוב טיפול מתאים עשויים להפחית את הבעיות שחווים ילדים אלו. השהייה של הילדים במסגרת משפחתית, גם אם לתקופת זמן מוגבלת, מעניקה הגנה, ביטחון ותמיכה רגשית וכן מאפשרת לשירותים החברתיים, לעמותה ולצוות המטפל לאבחן ולתכנן את המשך הטיפול במסגרת השמה חוץ-ביתית או בקהילה (בנבנישתי ושגב, 2002).

אוכלוסיית מחקר זה תכלול גורמים דומיננטיים שנכללים במערך שירותי קלט-החירום וביניהם: עו"ס לחוק הנוער ברשות המקומית אשר בסמכותם להעביר קטין למשפחת קלט; פקידי סעד מחוזיים המאשרים את העברת הילד למשפחת הקלט; שופטי בית משפט לנוער אשר מקבלים את ההחלטה השיפוטית להעברת ילד ממשפחתו הביולוגית למשפחת קלט כצו חירום בית משפט; נציגי עמותות אשר מפעילות שירותי חירום כמשפחות קלט ובכללם רכזי התחום, מנחות קלט חירום אשר מלוות מקצועית את משפחות הקלט חרום, מיעצות ומדריכות את משפחות הקלט בכל הנוגע לטיפול בילד, צוות פרופסיונליים שהוגדרו כתחנה הניידת אשר מבצעים אבחונים רפואיים, פסיכולוגיים ופרא-רפואיים לילד.

העמותות העוסקות בהשמת ילדים למשפחות קלט-חירום

ההפעלה, הליווי והייעוץ למשפחות הקלט מתבצעים במסגרת תכנית משולש האומנה באמצעות שלוש עמותות שנבחרו במכרז פומבי להפרטת שירותי האומנה בכלל ומתן שירותי קלט חירום בפרט. להחלטת משרד הרווחה והשירותים החברתיים על הפרטה חלקית שירותי האומנה ובתוך כך שילוב גורמים חוץ ממשלתיים דוגמת העמותות שמבצעות איתור משפחות מתאימות ולווי מקצועי למשפחות יש מספר מטרות וביניהן: שיפור באיכות תפקודן של המשפחות, שיפור באיכות הליווי המקצועי למשפחות ובטיפול בילדים (כורזים-קורשי ואחרים, 2005). המעבר להפעלת חלק מהשירותים לגורמים פרטיים תרמה בין היתר, לשיפור מערך הליווי והטיפול במשפחות הקלט (ברק-מדינה, 2002).

מטרות השמת החירום

השמת הקטינים בקלט חירום נועדה לאפשר מתן מענה מידי למצב בו הילד זקוק להגנה ממשפחתו הביולוגית ולאפשר בצוע אבחון פיזי, נפשי והתפתחותי של הילד במקביל לאבחון המסוגלות ההורית של הוריו הביולוגיים בנסיבות של אירוע טראומתי במשפחה שעלול לסכן את הילד. נמצא כי חלק ממטרות אלה אינן מושגות בתהליכים המתרחשים כיום בקלטי החירום ולכן, נדרשת אינטראקציה מקצועית עם משפחת הקלט חרום שתעצים את יכולת המשפחה לתמוך ולתת מענה לצרכיו של הילד אשר הוצא בנסיבות של אירוע חרום ממשפחתו הביולוגית. משרד הרווחה והשירותים החברתיים בשיתוף ג'וינט-אשלים פיתחו מודל עבודה לבצוע אבחון והתערבות במצבי משבר בקרב ילדים בגיל הרך עם קבלת ההחלטה על העברתם ממשפחה ביולוגית לקלט חירום.

מודל העבודה כלל בשלב תחילת בצוע הפיילוט של התכנית, הקמה של יחידה ניידת רב-מקצועית אשר תאבחן את מצבו של הילד הנקלט בקלט החירום, באופן כולל ורב-מקצועי בתקופה שלא תעלה על שלושה-ארבעה חודשים. המודל כלל גם מרכיב מרכזי שהינו בצוע דוח אבחון מתוכלל שמנחת הקלט תכתוב אותו לאחר שתקבל את דוח האבחון של אנשי המקצוע השונים בתחנה המאבחת. התחנה על פי המודל הראשוני הוגדרה כתחנה ניידת על מנת לשקף את הרעיון שהמאבחים השונים יגיעו אל בית משפחת הקלט לבצוע האבחון לילד. אנשי המקצוע שנדרשים לבצוע האבחונים הם יהיו הניידים ויגיעו אל משפחות הקלט כתחליף להתרוצצות של המשפחות עם הילד לאתרים השונים בהם נמצאים בדרך קבע אנשי המקצוע הנדרשים לאבחון.

תוכנן כי צוות התחנה הניידת יכלול את העו"ס (Case manager) שתועסק ע"י העמותה ותפקידה יהיו אבחוני, ייעוצי ומערכתי; רופא ילדים, או רופא להתפתחות הילד שיערוך בדיקה בריאותית מיד עם הגעת הילד למשפחת הקלט, פסיכולוג או במידת הצורך פסיכיאטר אשר יבדוק את מצבו הנפשי של הילד עם הגעתו אל המשפחה ואנשי מקצוע פרא-רפואיים נוספים ככל שתידרש מעורבותם בהתייחס למצב הילד ובכללם מרפאים בעיסוק, קלינאי תקשורת, פיזיותרפיסטים וכיוצא"ב. מלבד צוות היחידה האבחוני-טיפולית תוכנן כי יועסק בתחנה גם כוח עזר דוגמת בת שירות לאומי אשר תסייע למשפחות

קלט החרום במתן מענה יומיומי הן לילדים שנקלטו במשפחה בהתאם להנחיות אנשי המקצוע הפרא-רפואיים והן לילדי משפחות הקלט בהתאם לצורך.

מודל עבודה זה, מושתת על שני מישורי פעולה: המישור האחד הינו אבחון מקיף של הילד אשר יסייע על פי ממצאיו לקבל החלטה מושכלת בוועדת תכנון וטיפול לגבי מציאת מסגרת המשך (לאחר עזיבת קלט החירום) שתהיה המתאימה ביותר בעבור הילד. האבחון מתבצע על ידי יחידת אבחון ניידת, היינו הצוות יגיע לבית המשפחה והאבחון יבוצע בסביבת אינטראקציה משפחתית שיתכן ותורמת לסביבת אבחון נכונה יותר בגיל הרך. המישור השני הינו מסגרת להכשרה מקצועית ספציפית ופתוח מקצועי בתחום המורכב של עבודת מנחות האמנה.

התכנית הוגדרה כתהליך ניסויי - פיילוט לשלוש שנים. בשנה הראשונה תוכנן לממן כ 35 ילדים בשנה השנייה והשלישית כ 50 ילדים בכל שנה. תקצוב ובקרת התכנית מבוצע בשיתוף בין משרד הרווחה והשירותים החברתיים ומשרד הבריאות ובין ג'וינט - אשלים.

מחקר ההערכה החל להתבצע באפריל 2011 ותוכנן בתחילה להסתיים באפריל 2013. אולם במהלך הפיילוט על רקע קצב ההתארגנות ליישום באזורים השונים בארץ, הוחלט להאריך את תקופת בצוע המחקר עד ליום 31 בדצמבר 2014.

המחקר התמקד כמחקר הערכה מלווה את הפיילוט, בבחינת האפקטיביות של מודל היחידה הניידת הרב-מקצועית, שהופעלה במסגרת קלטי-החירום. על רקע זה נבדקה במחקר מידת מתן המענה למטרות וליעדים המרכזיים כפי שנקבעו על ידי מעצבי המודל של תכנית משולש האומנה.

התכנית יושמה במסגרת הפיילוט בלווי וועדת הגוי משותפת למשרד הרווחה והשירותים החברתיים לג'וינט – אשלים ולעמותות המבצעות. במהלך המחקר הובאו בפני וועדת ההגוי היבטים שונים שעלו כממצאים בתהליך בצוע המחקר מתוך מטרה שממצאי הביניים יאפשרו לתרום לעיצוב של מודל התכנית ולניתוב מותאם של דרכי יישום התכנית.

1. סקירת ספרות

סקירת ספרות מתמקדת בבחינת תופעת האומנה/אימוץ בכלל ובמאפייני הפעילות של משפחות קלט חרום בפרט. לאור העובדה כי שימוש בקלט חרום כבמסגרת שנועדה לשמש פתרון טיפולי זמני לילדים הנמצאים בסיכון כלשהו במשפחתם הביולוגית אינו נפוץ דיו במדינות המערב והטמעתו בתוכן נמצאת בשלביה הראשונים, קיימים מעט מאוד מחקרים העוסקים בנושא קלט חרום בספרות המקצועית. פרק ספרות כולל סקירת מאמרים המסכמים מחקרים שנעשו בתחום זה בארץ ובעולם, סיכום ניירות עמדה וסקרים של ארגונים ציבוריים, משרדי ממשלה וארגונים מהמגזר השלישי העוסקים בתחום האומנה והאימוץ. כמו כן, הסקירה כוללת פירוט עקרונות ומושגי ייסוד מתחומים כגון: פסיכולוגיה, עבודה סוציאלית, פסיכיאטריה, רפואה ומשפטים העומדים בבסיסה של מערכת אומנה ואימוץ בארץ ובעולם והמשמשים אבני דרך ונקודות התייחסות חשובים לפיתוחה ולשדרוג תפקודה.

חלק מהמאמרים והמחקרים שנסקרו כאן עוסקים, בין השאר, בהיבטים ארגוניים של תופעת משפחות האומנה ומשפחות קלט חרום ומתמקדים בבחינת מאפייני תפקודן של עמותות המנהלות גיוס המשפחות, הכשרתן ופעילותן. מחקרים נוספים בוחנים השפעות והשלכות פסיכולוגיות, התפתחותיות ורפואיות על ילדים בגילאים שונים של ניתוקם ממשפחתם הביולוגית והעברתם למשפחות אומנות או למשפחות קלט חרום. חלק מהספרות דנה בגורמים המשפיעים על תפקוד המשפחות האומנות ועל מסוגלותן לספק מענה הולם לילדים המועברים לטיפולן. בהקשר זה מוצגים מחקרים שמעלים חשיבות של הכשרת המשפחות על היבטיה השונים ומפרטים שיטות להפיכתן למשפחות טיפוליות לכל דבר.

1.1. איתור וזיהוי מצבי סיכון לילדים

הילדים הנקלטים בקלטי חרום הם אלו הנמצאים בסיכון המשמעותי והמידי ביותר לשלומם הפיזי והנפשי ולעתים גם לחייהם. הסיכון מחייב רשויות הרווחה לנקוט בצעד רדיקאלי של הוצאת הילדים ממשפחתם הביולוגית והעברתם לקלטי חרום. בעקבות כך, נאלצים הילדים לחוות פרידה מידיית מבינם ומהוריהם בנוסף לטראומה שהם חוו והסיכון לו נחשפו בתוך משפחתם.

הספרות המקצועית שעוסקת בתחום הקלט והאומנה מתייחסת בהרחבה לתופעת הפרידה והניתוק הנ"ל ורואה בה חוויה מטלטלת וטראומתית העלולה ליצור השפעה שלילית על התפתחותו הנפשית, החברתית והבריאותית של הילד בשנים שלאחר הפרידה (LITTNER 1972, 1979 FAHLBERG).

בהקשר הנ"ל רטבון, לאוגלין ואחרים (1965) קובעים במאמרם כי ניתוק פתאומי של ילדים מאמהותיהם והעברתם למשפחות האומנות או המאמצות, בשלב מוקדם של התפתחותם, עלולים לגרום נזק בלתי הפיך להתפתחות הילד בשלבים מתקדמים יותר. החוקרים מבססים את טענתם על ממצאי מחקרים קליניים שבוצעו בתחום זה בעשור האחרון. אולם, ניתוק חד פעמי ו/או לטווח קצר אינו גורם בהכרח לחסכים מנטאליים ואחרים אצל הילד במידה ומשפחתו האומנת מציעה לו תחליף ראוי לאימו הביולוגית עימה יוכל לתקשר באופן זמין וקל ולקבל ממנה מענה הולם לצרכיו הבסיסיים.

כלומר, למרות שעל פי החוקרים ניתוקו של הילד ממשפחתו הביולוגית בגילאים בין 6 חודשים ל-3 שנים נחשב כבעל פוטנציאל שלילי במיוחד לעתידו, ניתן למזער את הנזק באמצעות תחליף מידי לאם הביולוגית שיוצר קשר עם הילד בדמותה של אמא אחרת. לכן קיימת חשיבות שהילד יועבר ככל המוקדם לדמות אם שהינה מתפקדת כאם משפחת האומנה על האם להיות מאופיינת ברמת תפקוד גבוהה של אם משפחה ובעלת מסוגלות לתקשר עם ילד רך ולספק את צרכיו.

מחקר נוסף, המתאר את מצבם והתפתחותם של ילדים בגיל הרך בעקבות פרידתם מההורים הביולוגיים ועם כניסתם לאומנה הוא מחקרם של HOCHSHTADT, JAUDES, ZIMO & SCHACHLER (1987). המחקר מתמקד במצבם הרפואי והפסיכו-סוציאלי של הילדים לאחר קליטתם באומנה ובוחן את צרכיהם הייחודיים-הפיזיים והנפשיים. ממצאי המחקר מראים כי אחוז גבוה מהילדים מאופיינים בקשיים התפתחותיים משמעותיים ונזקים לאבחון וטיפול פסיכולוגיים.

בדומה לכך, מחקרם של קליימן ואחרים (2002) העלה כי ילדים שנלקחו ממשפחתם הביולוגית והושמו באומנה/קלט חרום נוטים יותר משאר הילדים לפתח בעיות התנהגותיות-רגשיות, ולסבול מעיכובים בהתפתחות ומליקויים בריאותיים לסוגיהם.

לסלי ואחרים (2002) מצאו במחקרם כי בקרב פעוטות בגילאים 3 עד 5 הנמצאות באומנה/קלט חרום קיימים עיכובים בהתפתחות בשיעור גבוה פי 3 ו-4 מזה הקיים באוכלוסייה הכללית.

במחקר אחר של בייטכמן ואחרים (2001) נמצא קשר מהותי חזק בין עיכובים התפתחותיים, בעיקר שפתיים אצל ילדי האמנה לבין בעיות הקיימות בהתנהגותם.

טובה ליכטנשטיין (2008) מעלה במחקרה בנושא האמנה וקלטי חרום כי ייחודיות הילדים מתבטאת בעובדה שהם סובלים מבעיות רגשיות מגוונות המונעות מהם לתפקד בהתאם לגילם וליצור יחסי גומלין נורמטיביים עם סביבתם הקרובה.

במסמך עמדה שנכתב ע"י ד"ר מירי קרן ואחרים בנושא אומנה בהזמנת ארגון "אשלים" מתוארים קשיים ובעיות התנהגותיים ותפקודיות המאפיינים ילדי אומנה מתחת לגיל 4 כגון: בעיות אכילה, ושינה, בעיות בעשיית צרכים, הפרעות בתקשורת.

הלר ואחרים (2002) טענו במאמרם כי ילדי האמנה מאופיינים בהתנהגות המסכנת אותם, בחברותיות ללא אבחנה, בכעס כלפי המטפל או חברים.

לאלמן, פיליפס ואחרים (1983) בחנו במחקרם את מהימנות הניבוי של מעשי התעללות בילדים והזנחתם על די משפחותיהם ואת אפשרות מניעת ההתעללות וההזנחה של הילד באמצעות התערבויות טיפוליות לסוגיהן.

החוקרים מתייחסים לתופעת ההתעללות והזנחת הילדים כ"הפרעה מורכבת" שקשה להבינה ושניהולה ומניעתה מורכבים אף יותר וספק לדעתם אם ניתן לטפל בה. מחקרם בדק את מידת האפקטיביות של ניבוי התופעה על ידי ניתוח של סך המידע הקיים על משפחות הילדים שהיה זמין במועד היוולדם.

מדגם המחקר כלל קבוצה של 2802 תינוקות שאינם ממוצא אסיאתי ואשר נולדו בעיר ברדפורד שבאנגליה בשנת 1979. החוקרים גבשו מדדי ניבוי שקיומם במשפחתו הביולוגית של התינוק מצביע על סבירות גבוהה להתעללות עתידית בילד או הזנחתו מצד הוריו. המדדים סווגו לשתי קבוצות בהתאמה לחשיבותם המתודולוגית כפי שנקבעה על ידי החוקרים. קבוצה אחת הוגדרה "מדדי ניבוי ראשיים" וקבוצה שנייה "מדדי ניבוי משניים" כדלהלן:

מדדי ניבוי ראשיים:

- אם שבמועד לידתו של ילדה הראשון הייתה צעירה מגיל 20
- אם שנגשה למעקב קדם לידתי לאחר 20 שבועות של הריונה
- אם שסטאטוס המשפחתי שלה מוגדר אחר מ"נשואה" (רווקה, גרושה, אלמנה, פרודה)

מדדי ניבוי משניים:

- קיום ילדים חורגים במשפחה
- קיום רקע פסיכיאטרי במשפחה
- הפניית האם לשירותי רווחה לסוגיהם בעבר
- סירוב האם להפסיק את הריונה למרות שהומלץ לה לעשות כן
- סיבוכים במהלך היריון או בלידה
- הפניית הילד ליחידה מיוחדת לטיפול בתינוקות
- אם ששחררה את עצמה, או את תינוקה ממחלקת היולדות בניגוד לדעת הרופאים

החוקרים קבעו כי הילדים שאצלם מתקיימים לפחות שלושה מדדי ניבוי, כאשר אחד מהם הנו מדד ראשי משתייכים לקבוצת סיכון, כלומר הסבירות שיעברו התעללות, או הזנחה מצד הוריהם הנה גבוהה. שאר הילדים שהשתתפו במחקר ולא נמצאו לגביהם יותר משני מאפייני ניבוי הוגדרו כלא נמצאים בסיכון.

המחקר העלה כי מצד אחד, אכן כ-2/3 ממקרי התעללות והזנחה בתינוקות התרחשו בקרב הילדים המהווים שנובאו מראש כמשתייכים לקבוצת סיכון ע"פ מדדי ניבוי שפורטו לעיל. קבוצת ילדים זאת היוותה כ-18% מסה"כ ילדי המדגם. כמו כן נמצא במחקר שצעדי מניעה שנקטו כדי לצמצם את התופעה לא הועילו באופן משמעותי. מסקנת החוקרים הייתה כי למרות שניתן בקלות יחסית לנבא את התרחשותם של מקרי התעללות בילדים והזנחתם בהתבסס על מדדי הניבוי דלעיל, עדיין קיים קושי רב במניעת התופעה.

1.2. תכניות לטיפול ומניעת מצבי סיכון לילדים

במחקרם של קלוונס וויתאקר (2007) אשר בוצע בין השנים 1980-2004, הוצג מגוון רחב של התערבויות טיפוליות שעסקו במניעת תופעות התעללות בילדים והזנחתם. במוקד המחקר עמדו 188 התערבויות ותכניות טיפוליות שהוצגו על ידי מפעיליהן כאפקטיביות בצמצום של גורמי סיכון עיקריים המובילים להתרחשות תופעת התעללות והזנחת ילדים. אולם, רק חלק קטן מהתכניות עברו הערכה מקצועית וכמות קטנה עוד יותר מהן הוכיחו את יכולתן במניעת התופעות דלעיל.

המחברים התמקדו במאפייני התכניות השונות כגון: התעללות שבגינה הופעלה תכנית, אפיון אוכלוסיות היעד - המשפחות שנכללו בתכניות (67 תכניות), אפיון תכניות למשפחות בסיכון גבוה להתעללות בילדים (121 תכניות), ניתוח גורמי הסיכון, מרכיבי התכניות, מאפייני הצוותים המבצעים ומידת ההצלחה המניעתית.

בעשור האחרון מומחים רבים מייחסים חשיבות גוברת והולכת לתכניות והתערבויות טיפוליות שמטרתן למנוע התרחשותם של מקרי התעללות בילדים ואת הזנחתם. רעיון המרכזי של התכניות הוא לרכז מאמצים טיפוליים במשפחות המזוהות עם גורמי סיכון המובילים להתעללות בילדים. הגורמים סווגו על ידי המחברים ל-4 קבוצות עיקריות:

- גורמים אישיים-הריון לא רצוי, רמת השכלה נמוכה, הערכה עצמית נמוכה, ציפיות לא מציאותיות, העדר אמפטיה, העדר כישורים חברתיים, מסוגלות הורית נמוכה, מחסור בידע ובכלים הנדרשים לתפקוד הורה, התנהגות הילד, יכולת נמוכה לפתור בעיות, הפרעות פסיכולוגיות.
- גורמים משפחתיים- עוני, אבטלה, סכסוכים ואלימות בין הורים, מצב משברי במשפחה, בידוד חברתי.
- גורמים שכונתיים- נגישות נמוכה לשירותים חברתיים, היעדר ארגון וסדר חברתי, רמת ליכוד חברתי נמוכה וכדו'.
- גורמים חברתיים- השלמה חברתית עם תופעת התעללות בילדים ועם הזנחתם.

מטרת המחברים הייתה להגדיר כיוונים עתידיים להתפתחות התכניות העוסקות בצמצום של גורמי סיכון ולהערכת תרומתן לבריאות הציבור.

המחברים הסכימו עם קביעתם של מומחים רבים בתחום כי התערבויות טיפוליות המתבצעות דרך טיפול אישי וכאלה המצריכות מעורבות, או מאמץ אישי מוגבר, או תרגולים ואימונים חוזרים הנן יקרות יותר. לכן התערבויות אלו פחות רלוונטיות מפרספקטיבה של בריאות הציבור. הנחת הייסוד הזאת מתבססת גם על הרציונל לחישוב העלויות של ורנר (1979) המציע שיטה להערכת עלויות של כל תכנית התערבות מניעתית. המודל שלו כולל שלושה מדדים להערכת העלויות:

- הציבוריות של מפעילי התכנית- עלותן של תכניות המופעלות על ידי גופים ציבוריים נמוכה יותר מזו של תכניות שמבוצעות על ידי גורמים פרטיים.

- ציבוריות של אוכלוסיות היעד- עלותן של תכניות לקבוצות, או לקהילות שלמות לרוב נמוכה יותר ביחס לעלות משותפת בודד, במיוחד כאשר יישומן אינו כולל איתור וזיהוי של משתתפים שהנם בסיכון גבוה.

- רמת מאמץ ומעורבות הנדרשים ממשתתפים- תכניות שדורשות פחות מאמץ ומעורבות מצד המשתתפים (פחות תרגולים ויוזמה) הן זולות ונגישות יותר מאלה הדורשות מעורבות ומאמץ מוגברים.

היינו, תכניות התערבות מניעתיות המופעלות על ידי גופים ציבוריים לקבוצות או לקהילות או כאלה הדורשות פחות מאמץ מצד המשתתפים הן ראויות יותר לבחינה מחקרית וכדאיות להשקעה עתידית.

מעבר לבחינת תכניות והתערבויות מנע לפי עלותן ומידת כדאיות ביישומן הן סווגו על ידי המחקרים לפי גורמי סיכון העומדים במוקד טיפול.

בהתבסס על ממצאי הסקירה יותר משליש מתכניות שנבחנו מספקות מענים לשלושה או יותר מגורמי סיכון מהסוגים שתוארו לעיל. חלק גדול מהתכניות טפלו בגורמים מסוימים כגון: בידוד חברתי, גישה לשירותים חברתיים, מסוגלות הורית. אולם, רק חלק קטן מהתכניות שסוקרו התמקדו בצמצום גורמי סיכון חשובים כגון: הריונות בקרב בני נוער, קיבעון קוגניטיבי, כישורים חברתיים דלים, משמעת ירודה, אלימות במשפחה, עוני, היעדר ליכוד חברתי ונורמות חברתית המאפשרות קיום של תופעת התעללות בילדים.

החוקרים גם ציינו כי למרות המספר הגדול יחסית של תכניות התערבות למניעת התעללות והזנחה ילדים רק כרבע מהן עברו הערכה מקצועית שעסקה במאפייניהן וברמת האפקטיביות של יישומן. לכן, מידת הצלחתן של מרבית התכניות בהשגת יעדיהן טרם נבחנה. כעת ניתן רק לקבוע כי מעטות התכניות שהוכיחו את השפעתן על תופעת התעללות בילדים או על גורמי סיכון המובילים להתרחשותה.

מסקנת המחקרים היא שהערכת התכניות הקיימות ופיתוחן של התערבויות עתידיות אמורות להתמקד בגורמי סיכון שלא קבלו כיסוי טיפולי בעבר (ראה לעיל). בנוסף, בהתאם לעקרונות המודל לחישוב עלויות טיפול שתואר לעיל יש לתת עדיפות לתכניות בעלות נמוכה המופעלות על ידי גופי ציבוריים בקרב קבוצות וקהילות רחבות ומצריכות מידת מעורבות נמוכה מצד המשתתפים.

החוקרים גורסים כי מניעה אפקטיבית של תופעת התעללות בילדים הנה אחת מחובותיה המרכזיים של המערכת לבריאות הציבור לא רק בהקשר של השפעתה המיידית על בריאות הילדים ועל ביטחונם, אלא גם ביחס לתרומתה ארוכת טווח להתפתחותה של חברה בריאה וחזקה.

החוקרים וולפה, אדוורדס ואחרים (1988) בוחנים תכנית להתערבות טיפולית שנועדה להורים צעירים וילדיהם שזוהו כבעלי פוטנציאל גבוה להתרחשות מקרי התעללות והזנחה.

מניעת תופעת התעללות בילדים והזנחתם נחשבת כאחת הסוגיות החשובות בתחום בריאות הנפש כיוון שילדים בגיל הרך הסובלים מיחס עוין, מהתעלמות מצרכיהם הבסיסיים, מהיעדר כרוני של תמיכה רגשית והתנהגותית מצד הוריהם עלולים לסבול מהפרעות פסיכיאטריות קשות במהלך חייהם.

מניעת התנהגות מתעללת ופוגעת כלפי ילדים בגיל הרך מהווה היבט קריטי, למרות שלעיתים גם בלתי נראה, של יחסי הורה-ילד שהנם מרכיב חשוב בהתפתחותו. לטענת החוקרים, התערבות טיפולית מוקדמת ככל שניתן במשפחות בעלות סימנים להפרעות חמורות בתפקודן ההורית עשויה להוביל לתוצאות חיוביות ביותר.

התערבות מסוג זה נועדה לממש מטרות עיקריות כגון:

- התפתחות מוקדמת של הרגלים חיוניים אצל הילד שטיפוחם יתבסס על יחסי הורה-ילד מתגמלים
 - שיפור יכולת הורית להתמודד עם משברים ולחצים באמצעות חשיפת ההורים למערכת בריאות הנפש מקצועית ותומכת
 - טיפוח אצל הילד דפוסי התנהגות התורמים להתפתחותו הפסיכולוגית הבריאה.
- השגת יעדים דלעיל תחזק יכולתו של כל ילד להסתגל באופן חיובי לסביבתו המתגרת בבית.

במסגרת ההתערבות המתוארת במאמר זה 30 זוגות דיאדה (אם-ילד) שובצו באופן אקראי לאחד משני סוגים של התערבות:

- (1) קבוצת מיקוד והעברת מידע שאורגנה על ידי עמותה להגנת הילד (ששמה קבוצת ביקורת)
- (2) קבוצה בה יושמה תכנית אימון מיוחדת להתנהגות הורית בנוסף לתכנים בהם עסקה הקבוצה הראשונה.

מדדי ההצלחה שנקבעו לבחינת תוצאות ההתערבות היו:

- הערכה עצמית של הורי הילדים ביחס למסוגלותם ההורית.
- מדדים ויזואליים לשיטות טיפוח הילדים שיישמו על ידי הוריהם.
- מדדים לבחינת התנהגות הילדים.

החוקרים מצאו כי שיפור משמעותי בהתנהגות הורית ובהפחתת סבירות להתנהגות מסוכנת כלפי הילדים נצפו כעבור שלושה חודשים מתחילתה, רק בקרב האמהות שהשתתפו בקבוצה השנייה. נמצא גם, כי שתי הקבוצות הפגינו שיפור ביחסי גומלין בין אם לבין הילד ובהתנהגותם ההסתגלותית של הילדים.

דירוג של המשפחות על ידי עובדים סוציאליים שטפלו בהן ביחס לרמת הסבירות של התרחשות התעללות בילדים ומידת מסוגלות הורית לגידולם שהתבצע כשנה לאחר תום התכנית, הצביע על שיפור ניכר במרכיבים אצל המשפחות שהשתתפו בקבוצה השנייה בה יושמה תכנית לאימון הורים.

לטענת המחברים, התערבויות באמצעות תכנית מתודולוגית הוכיחו את האפקטיביות שלהן גם בעבר. שיטות טיפוליות המיושמות במסגרת תכנית מובנית הובילו לעיתים לשיפור ביכולתם של הורים לנהל היבטים מלחיצים של תפקיד ההורה באמצעות תרגולים ואימונים שהכשירו אותם להתמודד עם מצבים קשים שנוצרו עם ילדיהם. מעבר לכך, מחקרים שנעשו בקרב קבוצות שכללו הורים מתעללים גילו כי התערבויות התנהגותיות הן אפקטיביות וחסיניות יותר משיטת אימוץ, ומשיגות תוצאות מרשימות יותר משירותי הגנה וחסות רגילים בהובלת שינויים רצויים בקרב המשפחות.

הספרות המקצועית מלמדת על הצורך להתמיד בקשר השוטף עם ההורים הביולוגיים של הילד ככל שניתן בכל מצב והתאמה לתפקודם. על מנת להבטיח את עתידו של ילד יש צורך לבנות באופן הדרגתי את אמון ההורים במערכת ולצמצם את התנגדותם ככל הניתן למקרה של צורך בהוצאת הילד ממשפחתם למסגרת קבע. הדבר קיבל בטויה מחקרים של קוקס וקוקס (1985) וכן בעבודת המחקר שבוצעה על ההפרטה החלקית של שירותי האומנה ע"י אברהם אופק (2005).

מאמרם של זיגן, דז'וליה ואחרים (2011) מסכם מחקר הערכה לתכניות אבחון והתערבות הנועדות לשפר התפתחותם של ילדים בגיל הרך שהוכנסו לקלט חרום על רקע התעללות והזנחה שהם עברו במשפחתם הביולוגית.

המחברים מדגישים כי להתעללות בילדים בגיל הרך יש השלכות והשפעות על התפתחותם העתידי שהן יותר חמורות מאלה שבמקרי התעללות בילדים מבוגרים יותר. ההשלכות מתבטאות קודם כל בפגיעה בבריאותם הפיזית של הילדים שבמקרים קיצוניים עלולה להסתיים במותם או בגרימת נזקים קשים לגופם. בצד ההשלכות הפיזיות של התעללות על הילד ועל התפתחותו הגופנית הצטברו עדויות והוכחות לקיום נזקים פסיכולוגיים וחברתיים המזוהים עם התעללות בילדים ועם הזנחתם בהיותם בגיל הרך. הדבר נובע מהעובדה כי התעללות בילד והזנחתו מצד הוריו מהווים הפרעה משמעותית ביחסי גומלין נורמטיביים המתקיימים ביניהם. ליחסים אלה יש חשיבות מכרעת לגידולו והתפתחותו התקינים של כל ילד ולהגנתו מפני גורמי סיכון סביבתיים בשלושת השנים הראשונות של חייו.

לכן, זה לא מפתיע כי עיקר ההשפעות על התפתחות הילדים העוברים התעללות בולטות במיוחד במהלך השנים הראשונות של חייהם. ההשפעות מתבטאות בדפוסי התנהגות הילדים ובקשיים הנצפים בהתפתחותם כגון:

- היווצרותם והיעצמותם של דפוסי תקשורת לקויים בין ילד לבין הוריו
- הפרעות וחסימים קשים בתקשורת בין ילד לסביבתו ובויסות רגשותיו
- היעדר חופשיות והיעצמות המתח ביחסי גומלין בין ילד לבין אימו
- הערכה עצמית נמוכה ושלילית אצל הילד

לטענת המחברים, ב-30 השנים האחרונות טיפול באמצעות קלט חרום הייתה שיטת התערבות עיקרית בעולם המערבי להתמודדות עם תופעת התעללות ועם השפעותיה שפורטו לעיל. השיטה נוצרה כתחליף להחזקת הילדים במסגרות סגורות וממוסדות ועל רקע קשיים התפתחותיים ואחרים שחוו הילדים

בתוכן. אולם, גם יישום שיטת הקלט ככלי התערבותי ומניעתי הוכח כרחוק ממושלם ולעיתים יצר בעיות נוספות לאלה שהתיימר לפתור.

נמצא כי לעתים חשופים הילדים השוהים בקלט למגוון רחב של סיכונים כולל תופעות חריגות במישור הקוגניטיבי, חברתי והתנהגותי. למרות שחלק גדול מהאתגרים נוצרו כתוצאה ההתעללות שהם עברו במשפחתם הביולוגית, הוכח שגם שהיית הילדים במשפחות הקלט גרמה להיווצרותם של קשיים הסתגולתיים והתפתחותיים בחלק גדול מהמקרים.

לכן, במרוצת הזמן נוצרה בקרב מרבית הארגונים לשירותים חברתיים הבנת הצורך בגיבושה של תכנית טיפולית ארוכת טווח לכל ילד שהועבר ממשפחתו הביולוגית לקלט חרום. במתכונת זאת, הכנסתו למשפחת הקלט של כל ילד שעבר התעללות או הזנחה נעשית במסגרת תכנית טיפולית שיישומה תוביל לאחת מהתוצאות הבאות:

- החזרתו של הילד למשפחתו הביולוגית
- העברתו של הילד למשמורתו של אחד מקרובי משפחתו
- ביטול זכויות הורה והכנסתו של הילד למשפחת האמנה/אימוץ קבוע

במתכונת זו הילד נכנס לקלט חרום לתקופה קצרה שבמהלכה הוא עובר אבחון קוגניטיבי, נפשי וחברתי המאפשר לגבש בסיס להחלטות על התפתחותו העתידית.

מטרת המחקר שתואר במאמר זה הייתה להעריך תכנית לאבחון והתערבות שנועדה לשפר תפקודם והתפתחותם של ילדים בגיל הרך שעברו התעללות והשוהים בקלטי חרום. התכנית הווה מיזם משותף וייחודי מסוגו בין פקולטה באוניברסיטה המתמחה בבריאותם הנפשי של תינוקות לבין עמותת העוסקת בתחום האימוץ. התוכנית נועדה לספק אבחונים והתערבויות לילדים שגילם נמוך משנתיים ושהוכנסו לקלט חרום על רקע התעללות והזנחה שהם עברו במשפחתם. התכנית יושמה בכל מקרה טיפולי לאחר שבית משפט פסק כי ילד עבר התעללות או/ו הזנחה במשפחתו וכללה שלב של אבחון נפשי, בריאותי וחברתי של שבתומו הוכנס הילד לשלב של טיפול אינטנסיבי ומקיף.

שלב האבחון נמשך בממוצע בין 15 ל-20 שעות והתבטא בקשר ישיר ואינטנסיבי עם הילד, עם קרובי משפחתו ועם כלל הגורמים המטפלים בו. האבחון נועד לאפיין קשרים עם קרובים ומטפלים של הילד כגון: קשר עם הוריו הביולוגיים, עם משפחת הקלט ועם נציגי הגוף המפעיל. שיטות האבחון כללו:

- תצפיות על תפקוד הילד בבית הקלט ובתחנה להתפתחות הילד הפעילה באזור
- ראיונות עומק וראיונות מובנים
- מדדים להערכה עצמית

מטרת האבחון הייתה לקבוע חזקות וחולשות של הילד ומשפחתו ולגבש תכנית התערבות אופטימאלית שמימושה יוביל להחזרתו הבטוחה להוריו הביולוגיים.

שלב האבחון נחתם בדיון מסכם במקרה של הילד בהשתתפות המומחים המעורבים באבחון, בקיום ישיבת משותפת בהשתתפות הוריו הביולוגיים והקולטים, ובהגשת דו"ח אבחון אינטר דיסציפלינארי לבית משפט לנוער המפרט ממצאי האבחון והמלצות שגובשו על בסיסם.

שלב הטיפול נועד למימוש התכנית הטיפולית שאושרה ע"פ פסיקתו של בית המשפט. צוות מומחים שעסק במימושה קבע יעדים טיפוליים מפורטים ותכנן מסלולי התערבות שנועדו לסייע להורים להשיגם במסגרת הזמן הסביר מבחינת הילד. מטרת העל של התכנית הייתה לסייע להורי הילד לקבל אחריות על התעללותם בו ועל הזנחתו. ממטרת ייסוד זו נגזרו יעדי טיפול פרטניים ונקבעו מסלולי התערבות למימושם כגון:

- מתן טיפול פסיכיאטרי להורים בלבד או בשיתוף עם ילדיהם
- טיפול תרופתי
- התערבות בעת משבר

התכנית על שני שלביה בוצעה על ידי צוות רב מקצועי של מומחים שפעלו במשותף כדי לקדמה וחלקו באחריות מקצועית על תוצאותיה.

מחקר הערכה לתכניות אבחון והתערבות דלעיל נועד לספק תשובות לשלוש שאלות מרכזיות:

- האם יישום התכנית הוביל לשינויים חיוביים במצבם של הילד ומשפחתו ולשיפור בתפקודם?
- האם כתוצאה ממימוש מסלולי אבחון והתערבות שנכללו בתכנית קוצרה תקופת שהיית הילדים בקלט חרום?
- באיזו מידה יישום התכנית הוביל לצמצום תופעת התעללות חוזרת בילדים לאחר חזרתם למשפחתם הביולוגית?

חקר הסוגיות נעשה באמצעות ביצוע השוואות בין תוצאות טיפוליות שהושגו באמצעות התערבויות במקרים של התעללות בילדים בגיל הרך שהתקיימו במשך ארבע שנים לפני תחילת יישום התכנית (145 ילדים) לבין אלה שבוצעו במסגרתה במהלך ארבע שנים של קיומה (95 ילדים) באחד המחוזות של מדינת ניו אורלינס בארה"ב.

המחקר העלה כי יישום התכנית הוביל לשינויים בשכיחותם של סוגי החלטות טיפוליות הנוגעות לעתיד הילדים המתקבלות ברשויות רווחה ובמערכת המשפטית. בייחוד, חלה עלייה במקרי ביטול זכויות הורה ובניגוד לכך, נצפתה ירידה חדה במקרים של החזרת הילדים להוריהם הביולוגיים.

לטענת החוקרים, התוצאות נבעו מבדיקה אינטנסיבית ומקיפה יותר של הורי הילדים שהורשתה במסגרת התכנית ושהתמקדה במידת מחויבותם הפסיכולוגית למימוש ההתערבות הטיפולית שנקבעה להם ושהובילה לעלייה במקרים של ביטול זכויות הורה ביחס לכמותם טרם יישום התכנית.

ממצא מרכזי נוסף הוא כי לא התגלו הבדלים משמעותיים בין משך זמן שהיית הילדים בקלט בין המקרים שטופלו לפני יישום התכנית לאלה שנעשו במסגרתה. החוקרים פרטו מספר סיבות להיעדר הפער. קיצור זמן שהיית הילדים באימוץ דורש ביצוע שינויים משמעותיים הן במערכת המשפטית והן בשירותי רווחה לילד. למרות העובדה כי יישום התכנית מכון לצמצם תקופת הטיפול בילד בקלט, היבטים רבים של תהליכים משפטיים (ובמיוחד עומס המוטל על שופטים ועורכי דין עקב כמות התיקים המטופלים על ידם בו זמנית) חוסמים את התקדמותה המהיר ומקטינים את יתרונותיה הרבים. לדוגמא, חלק גדול מהילדים שהשתתפו בתכנית נאלצו לשהות כשלושה חודשים בקלט בטרם התקיים דיון בעניינם בבית המשפט, כלומר לפני קבלת האישור לשילובם בתכנית. בנוסף, מגמת השופטים במרבית המקרים הייתה לדחות קבלת החלטות ככל שניתן על מנת לאפשר להורי הילדים להוכיח את מסוגלותם, במיוחד במקרים שעסקו בשלילת זכויות הורה. מצד שני, גם עורכי דינם של עמותות אמנה נהגו למשוך זמן במידת האפשר במטרה לצבור עדויות לאי תפקודם של ההורים הביולוגיים המתבטא בביקורים לא סדירים, בהיעדר התקדמות בטיפול ולבסס ככל שניתן את טענותיהם נגדם. באופן פרדוקסאלי בגלל שתהליכי ביטול זכויות הורה נמשכו יותר זמן מאלה שהובילו להחזרת הילד למשפחתו או להעברתו לקרוביו, ועקב כך שכמות מקרי ביטול הזכויות הייתה גדולה יותר, זמן שהיית הילדים באימוץ במקרים שטופלו במסגרת התכנית היה ארוך יותר מזה שבמקרים שטופלו טרם ליישומה.

יחד עם זאת, נמצא כי אף ילד שטופל בהיותו בקלט במסגרת התכנית לא שהה במשפחתו המאמצת יותר מ-45 חודשים. טענת החוקים היא שהודות לתיעוד מדויק ועקבי של התקדמות/היעדר התקדמות בטיפול שכוון להשגת יעדים שהוגדרו מראש, אפשר קיצורה של תקופת שהייתם של חלק מהילדים בקלט שהייתה ארוכה הרבה יותר אילולא השתתפו בתכנית.

הממצא המשמעותי ביותר של המחקר, לטענת החוקרים, הוא שיישום התכנית גרם לירידה חדה במקרים של התעללות חוזרת בילדים שטופלו במסגרתה. הדרך הפשוטה לצמצם את תופעת התעללות חוזרת התבטא כמובן בביטול זכויות הורה של ההורים הביולוגיים. לכן, החוקרים בחנו האם הסיבה המרכזית לצמצום התופעה נעוצה בעלייה חדה בכמות המקרים של ביטול הזכויות שהתרחשו בהשפעת התכנית. החוקרים קבעו שגם כאשר בוחנים שיעורי התופעה במקרים בהם הילדים חזרו למשפחתם הביולוגית או הועברו לקרוביהם עדיין השינוי לטובה היה בולט ביותר. לכן, מסקנתם הייתה שצמצום בשיעורי תופעת התעללות חוזרת אין להסביר רק או בעיקר על ידי ריבוי מקרי ביטול זכויות הורה.

החוקרים פסקו כי קידום ושדרוג בתהליכי קבלת החלטות של בתי משפט ושירותי רווחה העוסקים בעתיד הילדים בהשפעת מאפייני התכנית ושיטות הפעלתה, הם אלו שהובילו לצמצום התופעה ולשיפור בתוצאות אחרות של התערבויות טיפוליות ארוכות טווח שיישמו בקרב הילדים ומשפחותיהם.

ביצוע תכנית טיפולית רב תחומית שהותאמה לצרכים של כל ילד הנמצא בקלט חרום שכללה שיטות לשדרוג של כלל יחסי גומלין המתקיימים בינו לבין סביבתו הקרובה הוביל לצמצום תופעות

התעללות והזנחה ושיפר את סיכויי לזכות בעתיד טוב ובריא יותר. החוקרים ציינו כי תוצאותיה המרשימות של התכנית הושגו הודות למספר מאפיינים העיקריים:

- הדגש על קביעת יעדים טיפולים ברורים ומוגדרים מראש ובמיוחד הובלת ההורים הביולוגים לקבלת האחריות על התעללות בילדיהם ועל הזנחתם, היה חשוב למיקוד המאמצים הטיפוליים ולקידום קבלת ההחלטות המתייחסות להתערבויות טיפוליות לסוגיהם.
- מיקוד התכנית בטבעם הכוללני והמקיף של יחסי גומלין המתקיימים בין ילד לבין משפחתו הביולוגית ומשפחת הקלט סייע להתגבר על הפרדה במאמצים טיפוליים שכוונו לכל אחד מהגורמים המהווים את סביבתו הקרובה. במידה והצוות הרב מקצועי שטיפל בילד ובסביבתו הקרובה התקשה לספק להם מענים טיפוליים הם הופנו על ידו למומחי חוץ אלטרנטיביים ואז הצוות עסק בבקרה על התקדמות בטיפולם במטרה שזה יהווה חלק אינטגרלי ביישום התכנית.
- אופייה הכוללני והאינטר דיסציפלינארי של התכנית שהתבטא במאמציהם המשותף של מומחים מתחומים טיפול מגוונים שפעילותם הסינרגטית התמקדה בשיפור קיום הילדים ומשפחותיהם ובהבטחת עתידם.

החוקרים סבורים כי המאפיינים אמורים להוות חלק של כל תכנית טיפולית העוסקת בצמצום סיכונים לילדים בגיל הרך ולהגדלת סיכויי שיקומם של אלה מהם שעבור התעללות ו/או הזנחה בשלבים מוקדמים של חייהם.

1.3. מאפייניהם של ארגונים ומשפחות העוסקים בילדים בסיכון:

החוקרים בארבל ושאעיק (2000) מפרטים בספרם כלים ושיטות לגיוס והכשרה של משפחות אומנה / אימוץ חדשות ולשדרוג תפקודן של אלה שכבר פועלות בתחום מטעם עמותות וארגוני האומנה לסוגיהם. המחברים גורסים כי אפילו בתנאים האופטימאליים ביותר קיים קושי רב לגייס משפחות ומתנדבים שיעסקו באומנה/אימוץ. לאור העובדה כי מרבית הארגונים פועלים במצב של גידול במספר הילדים הנזקקים לסיוע מצד אחד, וצמצום מתמיד במשאביהם מצד שני, תהליכי גיוס והכשרת המשפחות נעשים מורכבים וקשים יותר מיום ליום.

הספר נועד לשמש בסיס רעיוני לפעילותן של עמותות האומנה השואפות להרחיב מאגר המשפחות הפועלות מטעמן באמצעות הגברת מעורבות הקהילה בתהליכי האימוץ וגיוס מתוכה משפחות ומתנדבים שישתתפו ביישומם. בנוסף, הספר מספק לארגוני האומנה והאימוץ כלים מעשיים להגדרת צרכיהם ויעדיהם האסטרטגיים ושיטות לפעילות מקצועית ואפקטיבית יותר בתוך קהילותיהם שנועדה להגביר את השתתפות הקהילות בעבודתם.

פעילות העמותות בתוך קהילותיהן תתבצע בהתאמה ליעדי גיוס והכשרת משפחות האומנה מתוכן שיגובשו על ידן. לטענת המחברים, הגדרת היעדים תתבסס על תשובות שיתקבלו לשאלות מפתח שלהלן:

- מה היא התוצאה האופטימאלית שהעמותה מצפה להשיג באמצעות המהלך?

- באילו שיטות ואמצעים מתכננת העמותה להשיג את יעדיה?
- איזה משאבים, כולל כ"א והכשרתו, נדרשים לעמותה להשגת היעדים?

לאחר קביעת היעדים לגיוס משפחות האומנה ומתנדבים מהקהילה מעורבות נציגיה בתהליכי האימוץ/אומנה תושג באמצעות ביצוע צעדים הבאים:

- הסברה על משמעות שיטת האימוץ/אומנה וערכה לקהילה שתתקיים בקרב כלל תושביה ובקרב משפחות ומתנדבים הפוטנציאליים
- חינוך ציבור רחב להבנת הצורך במשפחות אומנות ובמתנדבים ותפקידה החשוב של הקהילה במימושו.

פעילות בשני המישורים דלעיל תסייע בהשגת היעדים הבאים:

- גידול במספר משפחות האומנה ומתנדבים בעלי מודעות גבוהה לחשיבות התהליך וחדורי מוטיבציה ליישומו.
- שמירה על משפחות האומנה הקיימות ושדרוג תפקודן
- גידול במספר מתנדבים בקהילה שיסייעו למשפחות האומנה ולילדים שיועברו לטיפולן

מחקרם של בוכלר רודאס ואחרים (2007) בוחן מאפייני פעילות של משפחות העוסקות באומנה - אימוץ זמני ומפורטים בו תחומי התמחות וידע ששליטה בהם הכרחית לקליטתם המוצלחת של הילדים ולהשגת מטרות האומנה - האימוץ הזמני שהמרכזית ביניהן היא איחוד מחדש בין הילדים לבין משפחתם הביולוגית.

מטרת המחברים הייתה לאפיין ולתאר בהרחבה את המיומנויות והכישורים הנדרשים להורים המאמצים כדי שיצליחו בתפקידם.

המחברים מבססים את רעיונם על החלטותיה של הועדה הלאומית לטיפול משפחתי באימוץ (NCFFC) שקבעה עקרונות המשמשים אבני יסוד לפעילות בתחום האימוץ/אומנה והם כדלקמן:

- מתן סיוע להתפתחות הילדים
- הכרה בחשיבותם של המשפחות וההורים
- ניהול הפסדים
- התייחסות לשונות ולהבדלים תרבותיים
- עבודת צוות
- הגדרה והבהרה של תפקידי ההורים המאמצים

בהתבסס על עקרונות דלעיל ועל בחינת תפיסת תפקידם של ארגוני אימוץ שונים, חזונם הטיפולי ומאפייני פעילותם המחברים קבעו כי על מנת שההורים המאמצים יצליחו בתפקידם ויבטיחו את עתידם של הילדים שהועברו לטיפולם אליהן להתמחות ולרכוש ידע ב-12 תחומי פעילות הבאים:

- (1) יצירת סביבה טיפולית בטוחה ובטיחותית.
- (2) יצירת סביבה טיפולית מזינה ומטפחת.
- (3) קידום השגים חינוכיים.
- (4) מתן מענים לצרכים פיזיים ונפשיים.
- (5) קידום התפתחות חברתית ורגשית.
- (6) קבלת השונות ותמיכה בצרכים תרבותיים.
- (7) מתן תמיכה לתכניות טיפוליות ארוכות טווח ומעורבות ביישומן.
- (8) ניהול מצבי אובדן ועמימות הנגרמים למשפחות מאמצות ולילדיהן.
- (9) התקדמות ההורה המאמץ- פיתוח כישוריו והגדרת תפקידיו.
- (10) מתן תמיכה לקיום יחסי גומלין בין הילדים למשפחותיהם הביולוגיות.
- (11) עבודת צוות.
- (12) ניהול השפעותיה של פעילות האימוץ על תפקוד האישי והמשפחתי.

המחברים תארו בהרחבה את המרכיבים העיקריים של כל תחום דלעיל וסקרו מחקרים המפרטים את חשיבותם. במוקד מאמרם עמדו כישורים ומיומנויות של הורים המאמצים המאפשרים להם לקיים בהצלחה פעילות בכל תחום דלעיל. בנוסף, הוגדרו על ידם מדדי הצלחה ברורים לפעילות בכל אחד מהתחומים. הטבלה שלהלן עוסקת בפירוט הסוגיות לפי התחומים:

טבלה מס' 1: תיאור תחומי פעילות של משפחות מאמצות ומרכיביהם

פירוט תחומים	מרכיבי פעילות	כישורים ומיומנויות	מדדי הצלחה
יצירת סביבה טיפולית בטוחה ובטיחותית	- היעדר התעללות והזנחה - הפחתת סיכונים לפציעות ומפגעים - שכונה ובי"ס בטוחים - סביבה המקדמת בטחון רגשי	- יכולת לפתרון בעיות שלא באמצעים פיזיים - יכולת להעצמת משמעת באמצעות חיזוק חיובי - הבנת הגורמים בחיי המשפחה ובמבנה שלה המובילים להזנחת הילדים ויכולת לצמצם רמת בטיחות גבוהה של בית המשפחה	- מניעת תופעת התעללות והזנחה - קיום בטחון רגשי ברמה גבוהה אצל הילדים
יצירת סביבה טיפולית מזינה ומטפחת	- קבלת שונות אצל הילדים - יצירת אפשרות תקשורת בין הילד לבין מבוגרים נוספים המטפלים בו (שכנים, מאמנים, מורים) - יצירת תקשורת חיובית עם הילדים המובילה לקבלתם ולטיפולם	- סבלנות, קבלת שונות ואמפטיה - דאגה עמוקה ואהבה לילד	- דיווחם של הילדים על רגשי קבלה והערכה מצד ההורים המאמצים - יצירת תקשורת ויחסי גומלין פוריים ובטוחים על ידי הילד עם הוריו המאמצים ועם סביבתו הקרובה
קידום השגים חינוכיים	- מחויבות לקידום הישגים חינוכיים של הילדים - שימוש בשיטות חיזוק חיובי לקידום ההצלחה בחינוך	טרם הוגדרו	- ביקור סדיר בבי"ס - קבלת שירותים חינוכיים העונים לצרכי הילד - קיום שאיפות

פירוט תחומים	מרכיבי פעילות	כישורים ומיומנויות	מדדי הצלחה
			והתכוונות לסיום מוצלח של בייס ולרכישת השכלה גבוהה
מתן מענים לצרכים פיזיים ונפשיים	- השלמת הכשרה לטיפול בצרכים פיזיים מיוחדים (טיפול בהתמכרות, מתן עזרה ראשונה וכו') - קיום קשרים ענפים עם מגוון ספקים של שירותי בריאות - תיעוד היסטוריה רפואית ושמירה על מסמכים רפואיים	- מודעות לצורך באיתור ספקים של שירותי בריאות הרלוונטיים לצרכי הילד - יכול להגברת נגישותו של הילד לשירותים רפואיים לסוגיהם	- קבלת טיפול רפואי הולם לצרכיו הפיזיים והנפשיים של הילד - שיפור במצבו הבריאותי והנפשי
קידום התפתחות חברתית ורגשית	מתן סיוע לילד בהתפתחותו ובליטוש כישוריו החברתיים המעצבים את יחסיו עם בני גילו, עם מוריו ועם מבוגרים נוספים בסביבתו	- ידע על התפתחות נורמטיבית של ילדים המצופה - יכולת להתמודד עם בעיות בהגדרת זהותו העצמית של הילד - שליטה בשיטות המקדמות התפתחות פסיכולוגית חיובית	- היעדר רגשות מתישים ומדכאים המעכבים התפתחותו של הילד - קיום הערכה עצמית חיובית - כישורי תקשורת מפותחים ביחסיו עם משפחתו ועם גורמים אחרים בסביבתו
קבלת השונות ותמיכה בצרכים תרבותיים	- מתן סיוע לילד בגיבוש זהותו התרבותית ובקידומה - הפגנת סובלנות ופרגון כלפי תרבותו ומקורותיו האתניים של	- מודעות לחשיבות התרבות והגזע להתפתחותו של הילד - רגישות וסבלנות למאפיינים	- היעדר הרגשת אי נוחות אצל הילד הנובעת מהשתייכותו לתרבות אחרת מזו של הוריו המאמצים - קיומה של זהות

פירוט תחומים	מרכיבי פעילות	כישורים ומיומנויות	מדדי הצלחה
	- הילד - השלמת הכשרה לטיפול בילדים המשתייכים לתרבות/גזע אחרת	- תרבותיים - בהתנהגותו של הילד	תרבותית ברורה ומגובשת אצל הילד
מתן תמיכה לתכניות טיפוליות ארוכות טווח ומעורבות ביישומן	- מעורבות בגיבוש תכנית ארוכת טווח להתפתחות הילד - מעורבות בהכנת הילד לסידור חייו העתידי - מתן סיוע לילד בהתמודדותו עם דאגותיו לגבי עתידו	- יכולת לשתף פעולה עם משפחתו הביולוגית של הילד - יכולת לטפח כישורים של הילד לניהול חייו העצמאיים - מיקוד בעתידו של הילד המתבטא בגיבוש יעדים ובהגדרת ציפיות להתפתחותו	- היעדר מכשולים וחסמים ליישום תכנית טיפולית ארוכת טווח מצד ההורה המאמץ - מעורבותם האקטיבית של ההורים המאמצים בגיבוש תכניות לעתיד הילד וביישומן
ניהול מצבי אובדן ועמימות הנגרמים למשפחות המאמצות ולילדיהן	- התמודדות עם אי בהירות מבנית (שינוי בהרכב משפחה, עמימות גבולות סמכות הורית) - השלמת הכשרה והכנה לקליטת הילד ולטיפול בצרכיו	- ביטחון עצמי גבוה והרגשת שליחות - חוסן נפשי ויכולת להתמודד עם פרידות	- מניעת מצב בו הורים מאמצים הופכים למוגבלים רגשית ביחס לילדם המאומץ - פיתוח מודעות אצל ההורים למקורות אפשריים של עמימות ואובדן לסוגיהם - פיתוח יכולת לניהול עמימות ולהתמודדות עם אובדן

פירוט תחומים	מרכיבי פעילות	כישורים ומיומנויות	מדדי הצלחה
התקדמות ההורה המאמץ-פיתוח כישוריו והגדרת תפקידו	- השקעת מאמץ בהגדרת תפקידי ההורה המאמץ - ביצוע הכשרות ייעודיות לטיפול כישורי הורה	- יכולת התמודדות עם בעיות התנהגותיות מורכבות ועם מכשולים בעבודה מול ההורים הביולוגיים - סקרנות ורצון להתפתחות ולהתמקצעות	- מודעות ההורים לצורך בהכשרה נוספת בתחומים הרלוונטיים - הבאת רצון לשיפור כישורי הורה ולהבנה מעמיקה יותר של חובות וזכויות של הורים מאמצים
מתן תמיכה לקיום יחסי גומלין בין הילדים למשפחותיהם הביולוגיות	- מתן תמיכה רגשית לילד ולהוריו הביולוגיים - סיוע בקיום ביקורי הילדים במשפחות המוצא שלהם - מתן מידע להורים הביולוגיים על התפתחות הילד ועל צרכיו	טרם הוגדרו	- קיום המודעות לצורך בטיפול הקשר בין הילד לבין הוריו הביולוגיים וסיוע בארגון ביקוריו בביתם - תמיכה אקטיבית בקיום הקשר וקידומו וסיוע לגוף המפעיל בעבודתו מול ההורים הביולוגיים
עבודת צוות	- קיום שת"פ וקשר רציף עם העמותה שהפנתה את הילד למשפחה - קידום דיאלוג ושת"פ עם הגורמים הרלוונטיים להתפתחות הילד ולרווחתו	- מיומנות תקשורתית מפותחת ויכולת גבוהה לפתרון בעיות וסכסוכים - גישה גמישה ומוכנות לעבודה משותפת עם מוסדות ציבור לסוגיהם	- היעדר תסכולים וכעסים והרגשת חוסר כבוד לעבודתם אצל ההורים המאמצים - הרגשת השתייכות לצוות עבודה מקצועי ומעורבות בתהליכי קבלת החלטות ובגיבוש תכניות

פירוט תחומים	מרכיבי פעילות	כישורים ומיומנויות	מדדי הצלחה
			ארוכות טווח לעתידו של הילד
ניהול השפעותיה של פעילות האימוץ על תפקוד האישי והמשפחתי	מתן תמיכה רגשית וסיוע מקצועי הדדיים בין ההורים המאמצים	יכולת התמודדות עם הבעיות הנובעות מביקורי הילדים במשפחתם הביולוגית	היעדר השפעה שלילית של פעילות האימוץ על זוגיות ההורים, על ילדיהם הביולוגיים ועל יחסיהם עם משפחתם הרחבה

לטענת המחברים, תאור תחומי פעילות והתמחות ומדדי הצלחה אפשריים כמפורט בטבלה דלעיל נועד לסייע לגופים מפעילים בגיוסן, הכשרתן ובפיתוחן של משפחות מאמצות ובמתן תמיכה מקצועית לפעילותן.

לסיכום, המחברים קובעים כי הפעלת המשפחות לפי עקרונות ומרכיבי ייסוד דלעיל תוביל למתן מענים לצרכיהם הפיזיים, הרגשיים, המשפחתיים והחברתיים של ילדים הנכנסים לאימוץ זמני. מעבר לכך, יישום העקרונות יסייע ליצור לילדים אלה סביבה משפחתית בטוחה ותומכת ויאפשר לצוותים העוסקים בעתידם לגבש תכניות ארוכות טווח שהגשמתן תוביל להתפתחותם הנורמטיבית והמוצלחת.

החוקרים קאסס ומונסטארט (2002) מתארים את פעילותם של צוותי מומחים רב מקצועיים העוסקים באבחון ילדים הנמצאים במצב סיכון סוציאלי, במניעתו ובגיבוש פתרונות אפקטיביים לילדים אלה. הצוותים פועלים כבר יותר מעשור שנים במחוז קטלוגיה שבספרד והתכנית שבמסגרתה הם פועלים הנה ייחודית למערכת הגנה על ילד הקיימת במדינה זו.

לטענת המחברים, במהלך התקופה ממשלת קטלוגיה לא קיימה הליך הערכה שיטתי של פעילות הצוותים בתחומה ולכן, טרם נבנה מאגר נתונים אינטגרטיבי וזמין על פעילותם וזאת חרף העובדה כי ידע שנצבר על ידי חברי הצוותים וגופים ציבוריים המעורבים בעבודתם נחשב כבעל ערך חשוב עבור כלל הארגונים הפועלים בתחום. יחד עם זאת, מהנתונים שנאספו אודות פעילות הצוותים במהלך השנים עולה כי התכנית תרם משמעותית לשיפור מערכת הגנת הילד בקטלוגיה, וכי מרבית מטרות התוכנית הכוללת לפעילות הצוותים הושגו במלואן.

מהממצאים עולה גם כי צוותים שונים פיתחו דרכי פעילות שונות וכל אחד מהם השיג תוצאות מרשימות. אולם, לא התקיימו שיח והחלפת הידע בין הצוותים ולכן, לא נוצר בסיס מתודולוגי משותף לפעילותם העתידית.

צוותי מומחים רב מקצועיים התחילו לפועל בקטלוגיה במסגרת יישום החלטת ממשלתה משנת-1986 לפתח תוכנית מיוחדת לילדים הנמצאים במצבי סיכון חברתי גבוה. תוכנית זו כללה לא רק מציאת פתרונות אישיים לילדים העוברים התעללות או הזנחה, אלא גם צעדים ופעילויות למניעת תופעות אלה. נכון לעכשיו, בקטלוגיה, קיימים 36 צוותים רב מקצועיים הפועלים במסגרת התכנית. למרות שהצוותים עוסקים גם בפעילות מונעת בקהילה, פעילותם העיקרית בשלב זה מתמקדת באבחון רמת הסיכון בו נמצא כל ילד ובגיבוש צעדים לצמצומו על ידי גוף ממשל אזורי הולם, או במידת הצורך על ידי בתי משפט לנוער. גם אם רשמית ההחלטות הסופיות הנוגעות לכל מקרה ומקרה מתקבלות על ידי הגורמים דלעיל, צוותי מומחים הם אלה שמתאמים פעילות והעברת הדיווחים בכול מקרה שבטיפול ולכן, באחריותם להמליץ לגורמים אלה על צעדים שיש לנקוט לפתרונם.

באחריותה של כל ועדת תכנון טיפול והערכה מקומית לבחון את המלצותיו של צוות מומחים הפועל באזור והחליט על אימוץ/ דחייתו. לטענת המערכת, עקב ריבוי מקרים המאפיין מרבית האזורים של קטלוגיה, הוועדות אינן מסוגלות לבחון כל מקרה שהוגש לבדיקתם לעומק ולכן, במרבית המקרים הן מסתמכות על המלצות הצוותים ומאמצות את רובן. כלומר, להחלטות המתקבלות ברמת הצוותים יש חשיבות מכרעת במערכת הגנת הילד.

צוותי מומחים רב מקצועיים הנם צוותים אזוריים הכוללים בתוכם לפחות שלושה מומחים העוסקים בילדים הנמצאים במצב סיכון סוציאלי גבוה. כל צוות אחראי על אזור גיאוגרפי מוגדר במחוז קטלוגיה (כפר, עיר שלמה או מספר שכונותיה). פעילות הצוותים מוגדרת כשירות סוציאלי ייחודי ומקצועי שנועד להשיג יעדים הבאים:

- לתמוך בשירותים חברתיים אזוריים העוסקים בילדים בסיכון ולספק להם ייעוץ והכוון מקצועיים.
- לגבש ולקדם פתרונות למקרים המאופיינים ברמות מורכבות או קושי גבוהות שאינם מקבלים מענה ראוי משירותים סוציאליים רגילים, ובייחוד למקרים בהם נשקלים העברת הילד לאימוץ/אומנה או התערבות משפטית.
- לעדכן ולנהל מידע על שירותים ופתרונות סוציאליים זמנים בכל אזור לילדים הסובלים מבעיות חברתיות או פסיכולוגיות.
- לוודא כי בכל מקרה של סיכון סוציאלי לילד גובשה תכנית אבחון והתערבות מתאימה ולבקר אחר יישום התכנית תוך הערכת תפוקותיה.
- לעסוק בזיהוי ובמניעת מקרים של ילדים בסיכון סוציאלי גבוה.

במסגרת התכנית הכוללת לטיפול במקרים של ילדים בסיכון המיושמת בקטלוגיה צוותי מומחים רב מקצועיים משולבים במערכת שירותים חברתיים הכללית והם מתמקדים באיסוף מידע רב ככל שניתן

על כל מקרה כדי לגבש המלצות לדרכי התערבות אופרטיביות באמצעות שיטות אבחון אינטר דיסציפלינאריות המאפשרות ליצור תמונה רחבה וכוללת של מצב הילד המטופל.

בהתאם לעקרונות התכנית הכוללת לטיפול בילדים בסיכון, נקבע כי ילדים נמצאים בסיכון סוציאלי במקרים של:

- הכרח להוציא ילד ממשפחתו הביולוגית ולהעבירו למשפחה האומנת/מאמצת.
- היעדר שתוף פעולה מצד המשפחה הביולוגית עם שירותים חברתיים במצב בו נשקפת סכנה ממשית לשלום הילד ולבריאותו.
- קיום התעללות חמורה ומתמשכת בילד.
- מידת מורכבות גבוהה במצב המשפחה המקשה על אפשרות התערבותם של שירותים סוציאליים מקומיים.

פעילותם של צוותים רב מקצועיים מתבססת על הגישה האינטר דיסציפלינארית. משמעות הגישה היא שכל אחד מחברי הצוות מבצע משימות הנגזרות מהתמחותו המקצועית מצד אחד, אך חלק מתפקידי הצוות ומפעילותיו מתבצעים בצוותא על ידי מספר חברים שחולקים באחריות על יישום הפעילות ועל תוצאותיה. מאפייני הפעילות האינטר דיסציפלינארית של הצוותים הנם כדלקמן:

- כל אחד מחברי הצוות מתמחה בתחום ידע ייחודי לו, מבצע משימות בתחום התמחותו ואחראי על יישום פעילות בתחום זה ועל תוצאותיה.
- יישום של חלק מהחלטות הצוות הנו באחריותם המשותפת של כלל חבריו ולא של אחד מהם בלבד.
- הצוות לא מסתפק בסיכום נתונים שנאספו על ידי כל אחד מחבריו ובמסקנות שגובשו על ידו. חברי הצוות מגבשים בסיס רעיוני משותף המהווה סינתזה של השקפות ונקודות מבט השונות והמסייע בעיצוב מסקנות והמלצות אופרטיביות שיהיו מוסכמות על כולם.

להלן פירוט מאפיינים ומשימות הליבה של כל אחד מסוגי תפקידים בצוות הרב מקצועי:

עובד/ת סוציאלית:

- בעלת ידע ויכולת ניתוח של סביבתו הפיזית של הילד המטופל.
- בקיאות מקסימאלית בשירותים ובמשאבים חברתיים הקיימים באזור פעילותו/ה.
- בעלת גישה למידע מפורט על משפחות מורחבות של הילדים.
- בעלת יכולת לספק ולנתח מידע לגבי מצב שילובה של כל משפחה בקהילה.
- בעלת יכולת לנתח ולסכם נתונים פסיכו סוציאליים המתקבלים ממחלקות רווחה מקומיות ולהשלימם במידת הצורך.
- מסוגלות לביצוע תכניות התערבות במשפחות שבטיפול/ה תוך קיום הערכה מתמדת להתנהגותן ומתן פתרונות הולמים לצרכיהן.

- מיומנות בביצוע מעקב ובקרה ייחודיים אחר התפתחותה של כל משפחה שבטיפולו/ה.
- יכולת להפיק דו"ח סוציאלי/משפחתי או לתרום למאמץ משותף בהכנתם.

פסיכולוג/ית:

- העברת דיווחים אודות מצבו האישי והחברתי של כל ילד.
- ניתוח מבנה של כל משפחה ובחינת יחסי גומלין הקיימים בין חבריה.
- העברת דיווחים אודות צרכים טיפוליים של כל ילד ומשפחתו הן פסיכולוגיים והן פסיכו סוציאליים וביצוע בקרה אחר מתן מענים לצרכים אלה.
- זיהוי קשיים וצרכים פסיכולוגיים המאפיינים כל משפחה ותכנון תכנית התערבות מתאימה לטיפול בהם.
- יצירת בסיס טיפולי להתפתחותו האישית של כל ילד.
- מתן ייעוץ והכוון בתחום התמחותו לחבריו בצוות.

מחנך/ת:

- בעל ידע על משאבים ומרכזים חינוכיים הקיימים בקהילתו של הילד המטופל.
- יכולת לנתח, מזווית הראיה החינוכית, מודלים חינוכיים הפועלים במשפחתו של הילד המטופל ולהעביר דיווחים על מצבו האישי והחברתי.
- מתן הערכה לתהליכים חינוכיים העוברים על הילד המטופל בהתחשב בהתפתחותו האישי ובכישורי הלמידה שלו.
- מתן ייעוץ והכוון למוסדות ושירותים חברתיים נוספים בנושאי התמחותו המקצועית.
- אחד מבעלי תפקידים דלעיל משמש רכז הצוות ועוסק באינטגרציה של כלל הפעילות הנעשית במסגרתו כולל ניהול תהליך קבלת החלטות ובקרה אחר יישומן.
- בכל מקרה המטופל על ידו חובתו של הצוות הרב מקצועי להפיק תוצרים הבאים :
 - סנתזת אבחון והערכה
 - הצעת צעדים שישמשו פתרון אופטימאלי בנסיבות הקיימות שיהיו חלק מתכנית התערבות כוללת
 - גיבוש תכנית התערבות כוללת
 - איגום ותאום משאבים הנדרשים ליישום יעיל של התכנית שגובשה

החוקרים סנדל, וואונרלינג ורייבורן (2002) בוחנים את מאפייני המודל של ועדה טפולית למשפחה שפותח בניו זילנד במאה הקודמת. בעשור האחרון הולך ומתרחב שימוש במודל זה במדינות רבות הממוקמות ביבשות שונות. כיום המודל מהווה חלק אינטגרלי ממערכות לרווחת הילד-בחלק מהמדינות הוא מיושם כשיטה הדומיננטית לטיפול בצרכי הילדים ובמדינות אחרות מיישמים אותו

כפריקט ניסיוני בלבד. השיטה נוסתה עד כה במדינות שונות זו מזו כגון: אוסטרליה, קנדה, ישראל, נורבגיה, דרום אפריקה, שבדיה ובריטניה.

השיטה מבוססת על העיקרון שברמת הרשות המקומית הטיפול ברווחת הילד ומניעת סיכונים לשלומם ולבריאותם יהיו באחריותה של קבוצת נציגי הרשות יחד עם בני משפחה(מוקמת ועדה טיפולית במשפחה) שיתאמו את פעילות הרשויות השונות ויעסקו בגיבוש מענה הולם למצוקותיו של הילד ולבעיות שאובחנו במשפחתו.

תהליכי עבודה המתקיימים בוועדות אלה ועצם פעילותן מושתתים על האמונה כי בהינתן משאבים, מידע וסמכות הנדרשים לביצוע משימותיהן הן יוכלו לגבש וליישם פתרונות אופטימאליים לצרכי הילדים. תפקידם של המומחים כמו עו"ס ורופאים במסגרת פעילות הוועדות יסתכם לא בקבלת החלטות אלא במתן מידע וייעוץ מקצועי ומהימן למקבלי ההלטות בוועדות שיקל עליהם ויסייע לקצר באופן משמעותי את זמן הטיפול בכל מקרה ומקרה. אי לכך, פעילות המומחים הנה קריטית לתפקוד הוועדות ומהווה משאב חיוני להצלחתן.

בהתאם לעקרונות המודל ולדפוסי פעילות המותווים על ידו במידה ומתקבל דיווח על מצב סיכון פיזי או נפשי לילד אצל עו"ס, או במשטרה, חובתם של הגורמים לבצע חקירה מידית ואינטנסיבית לצורך אימות הדיווח. במידה והחקירה תעלה כי הילד זקוק לטיפול, או להגנה, חובת החוקר לדווח על כך לוועדת הטיפול במשפחה אשר פועלת בתחומי הרשות המקומית שבתחומה מתגורר הילד.

הוועדה מגבשת תכנית פעילות קצרת טווח שמטרתה לספק הגנה מידית ומחסה לילד המטופל. במקביל הוועדה ממנה אחד מחבריה להיות מנהל המקרה שתפקידו ללוות ולרכז את כלל הטיפול בילד הנדון ובצרכיו. האדם שהוועדה תמנה אמור להיות ממוצאו האתני של הילד ולחלוק עמו שפת אם זהה. הדיונים שיתקיימו בוועדה בהשתתפות משפחת הילד והקשרים שיתקיימו עימה במסגרת פעילותה יתנהלו בשפת אימו של הילד.

תהליך טיפול הוועדה בכל מקרה של סיכון לילד כולל ארבעה שלבים עיקריים:

(1) מנהל המקרה מטעם הוועדה בסיועו של הילד ושל מטפלו הראשוניים (הורים, קרובי משפחה וכו') מאתר את משפחתו הקרובה. במהלך תאום המפגשים עם קרובי משפחתו של הילד נדרשת הסכמתם למועד המפגש למתכונתו ולמטרת קיומו. תפקידו של מנהל המקרה להכין את קרובי הילד להשתתפות בישיבות הוועדה כי הדבר הנו קריטי להמשך פעילותה בשלבים הבאים.

(2) בפתח ישיבת הוועדה מציגים מומחיה למשפחתו ולקרובי הילד מידע על מצבו של הילד ועל סיכונים להם הוא נחשף. בנוסף, הובהר להם על ידי חברי הוועדה את סמכויותיה ע"פ חוק ומשאבים העומדים לרשותה לטיפול בצרכי הילד. לקרובי הילד ניתנת האפשרות לקבל הבהרות ולשאול שאלות ככל שיידרש. מטרתו של השלב היא לפתח מודעות אצל קרובי הילד לבעיותיו ולצרכיו ולצורך בגיבוש תכנית שיישומה יבטיח טיפול והגנה אפקטיביים בשבילו.

3) בשלב זה מנהל המקרה ומומחי הועדה משאירים את משפחתו של הילד לבדם בחדר כדי שיוכלו לתכנן בפרטיות את ההתערבות הטיפולית שתתאים לצרכיו על פי השקפתם. במסגרת התהליך חובתם להשלים את שלושת משימות הבאות:

- לגבש תכנית טיפולית מוסכמת
- לגבש חלופות אופרטיביות ליישומה
- לגבש כלים לבקרה על יישום התכנית ומדדי הצלחה לבחינת האפקטיביות שלה

מנהל המקרה יהיה נגיש לקרובי המשפחה במשך התהליך כדי לסייע להם בפעילותם או לספק להם מידע נוסף על פי בקשתם.

4) מיד לאחר סיכום התכנית על ידי המשפחה מנהל המקרה ומומחי הועדה נפגשים עימה כדי לסכמה סופית ולגבש כלים ושיטות ליישומה. הסיבה האפשרית היחידה לשלילת תכנית המשפחה על ידי הועדה היא קיום אפשרות שיישומה תגרום נזק משמעותי לילד ולעתיידו. בשלב זה נעשה גם סיכום של תכניות התערבות חלופיות ושל שיטות בקרה על יישום התכנית.

בחינת פעילות הועדות במדינות השונות התמקדה ביישום השיטה לטיפול במצבים של ילדים ונוער בסיכון פיזי או נפשי. מרבית מחקרי הערכה לבחינת מאפייני הועדות והאפקטיביות שלהן בוצעו באנגליה ובשבדיה, מדינות בהן השיטה יושמה בהיקף רחב במיוחד. למרות שממצאי המחקרים אופייני בשונות גבוהה הם הצביעו על מאפייני פעילות הועדות המתקיימים בכל המדינות כגון:

- מעורבותם של קרובי המשפחה ברשת החברתית הקרובה והרחוקה בטיפול בבעיותיה.
- מתן אפשרות למשפחות המועמדות להתערבות טיפולית/חוקתית מצד הרשויות עקב העובדה שילדיהן נחשפו לסיכון פיזי או נפשי כלשהו לקבל החלטות עצמאיות על דרך לטיפול בסיכון זה ולמניעתו.
- תכנון תכנית לטיפול בבעיות המשפחה על ידי המשפחה עצמה בתמיכה המלאה של רשות לרווחת הילד
- שיעור גבוה של שביעות רצון בקרב המשפחות מיישום השיטה ומתוצאותיה

לטענת המחקרים הרחבת השימוש בשיטה באנגליה ובשבדיה הובילה לצמצום ניכר במספר הילדים שנמסרים לאימוץ בהתערבות רשויות רווחה של המדינות. יתרה מכך, בשלושת העשורים האחרונים שיעור הילדים בסיכון הצטמצם במידה משמעותית במקביל לעליה בכמות הפניות לשירותים העוסקים במתן תמיכה והכוון למשפחות במצוקה שנרשמו בשתי המדינות. הנתונים מוכיחים כי ועדות משפחה קבוצתיות מהוות שיטה אפקטיבית למניעת מצבי סיכון בקרב ילדים ובני נוער ומשמשות חלופה מועדפת לשיטות התערבות שמרניות יותר כגון אימוץ, אומנה, מרכזי חירום וכו'. שיטת ועדות משפחה קבוצתיות ואלה הדומות לה מספקות מענים לצרכי הילד בתוך משפחתו ומבלי לסכן את קיומה ותפקודה התקין. במסגרת השיטה להורי הילד ולקרובי המשפחה ניתנת האפשרות לשפר את תפקודם ולקבל אחריות על מעשיהם.

2. מטרות והליך המחקר

2.1. מטרות המחקר

לאור מטרת העל של המחקר, כפי שהוגדרה לעיל, שאפנו להשיב על השאלה האם העבודה במסגרת יחידה ניידת של צוות רב-מקצועי מעלה את רמת האפקטיביות של האומנה במשפחות קלט-חירום.

ממטרת העל נגזרו מטרות משנה:

1. הערכת ההתנהלות האופרטיבית של התכנית תוך התמקדות ביחידות הניידות ומתן הערכה מעצבת בתהליך עבודת המחקר שיסייע בקביעת מודל עבודה אופטימאלי להפעלת היחידות הניידות.
2. הערכת תרומתו של הדוח המתכלל לגיבוש החלטות על עתיד הילדים (עו"ס לחוק נוער, יו"רים של ועדות תכנון טיפול והערכה, שופטי בית המשפט לנוער).
3. בחינת קיצור זמן שהייה של הילדים במשפחות הקלט על רקע עבודת היחידה הניידת הרב-מקצועית.
4. בחינת הקשרים ושינופי הפעולה בין הגורמים השונים השותפים ליישום התכנית.
5. הערכת האפקטיביות של יחידה ניידת רב-מקצועית כתורמת להשגת המטרה של קלט חירום.

2.2. מודל המחקר

מודל המחקר מתאר את הגורמים המשפיעים על אפקטיביות היחידה הניידת הרב-מקצועית. מערך המשתנים המוצגים במודל הוגדרו על רקע מטרות המחקר, הספרות המקצועית ומודל התכנית הראשוני.

מערך המשתנים הבלתי-תלויים מרכיב את מאפייני משפחת קלט-החירום כמכלול אחד, ואת מאפייני ההתערבות של היחידה הניידת כמכלול שני.

מערך המשתנים התלויים מרכיבים את אפקטיביות היחידה הניידת הרב-מקצועית.

מודל המחקר מניח כי יש זיקת גומלין בין המשתנים הבלתי-תלויים לבין המשתנה התלוי המשקף את אפקטיביות היחידה הניידת הרב-מקצועית.

ומאחר ושיטת המחקר איכותנית איננו מדברים במונחי קשר סטטיסטי או תלות, אלא במונחי הקשר הדיאלקטי – אופרטיבי. היינו הקשר בין המונחים והרעיונות כפי שהותווה בעצוב הראשוני של התכנית ומהווה מעין תפישה תאורטית לבין היישום המעשי של המודל. הערכת הזיקה שבין "המודל המתהווה" לבין היישום שלו על בסיס ניתוח התובנות ביחס למשתני המחקר.

החשיבות של המחקר כפי שאנו רואים אותה בהיותו מחקר איכותני באה לידי ביטוי ביכולת של הממצאים לשקף בצורה אותנטית ואמינה קולם של המשתתפים ולהאיר בפרספקטיבה זאת את

ההשפעה שהם מבטאים מיישום עקרונות המודל וההיבטים שעוצבו בו תוך כדי יישומו בתקופת הניסוי.

המשתנים הבלתי תלויים הם :

1. מאפייני משפחות הקלט :

- 1.1. מוכנות המשפחה לקליטת הילד בעזרת ההדרכה של מנחת הקלט
- 1.2. אינטליגנציה רגשית – כפי שהיא נתפשת על רקע הבעת העמדות של המשפחה בהתייחס לילדי הקלט
- 1.3. תפישת התפקיד - יכולת המשפחה להבחין בין היותם מטפלים לתקופה מוגבלת בלבד לבין היכולת של המשפחה לפתח התקשרות רגשית עם הילד.
- 1.4. חוסן משפחתי – כיצד מבטאת המשפחה את כושר הספיקה הכלכלית לניהול תקציב ההוצאות של ילדי הקלט ושל המשפחה עצמה, הקשר עם ובין הילדים הביולוגיים, רמת הקשר בין בני הזוג ועד כמה ההחלטה לשמש כמשפחת קלט-חירום הייתה משותפת.

2. מאפייני התערבות היחידה הניידת :

- 2.1. רמת הסינרגיה האינטר-דיסציפלינארית של הצוות הרב-מקצועי / שילוב בין-תחומי -עד כמה דו"חות האבחון של היחידה הניידת מאפשרים כתיבת חו"ד מתוכללת ודיאגנוסטית בעבור עו"ס לחוק נוער ובתי המשפט.
- 2.2. הדרכת אנשי צוות קלט החרום / מנחות המשפחה - הדרכה מקצועית של אנשי צוות האומנה להתמחות בהנחיית המשפחה ובהבנת מצב הילד וההורה הביולוגי
- 2.3. מיומנויות הצוות הרב-מקצועי - שנות הניסיון, ההשכלה, כתיבה אנאלטית והמסקנות המקצועיות כפי שהן משתקפות בדוחות האבחון.

המשתנה התלוי מורכב מהפרמטרים הבאים :

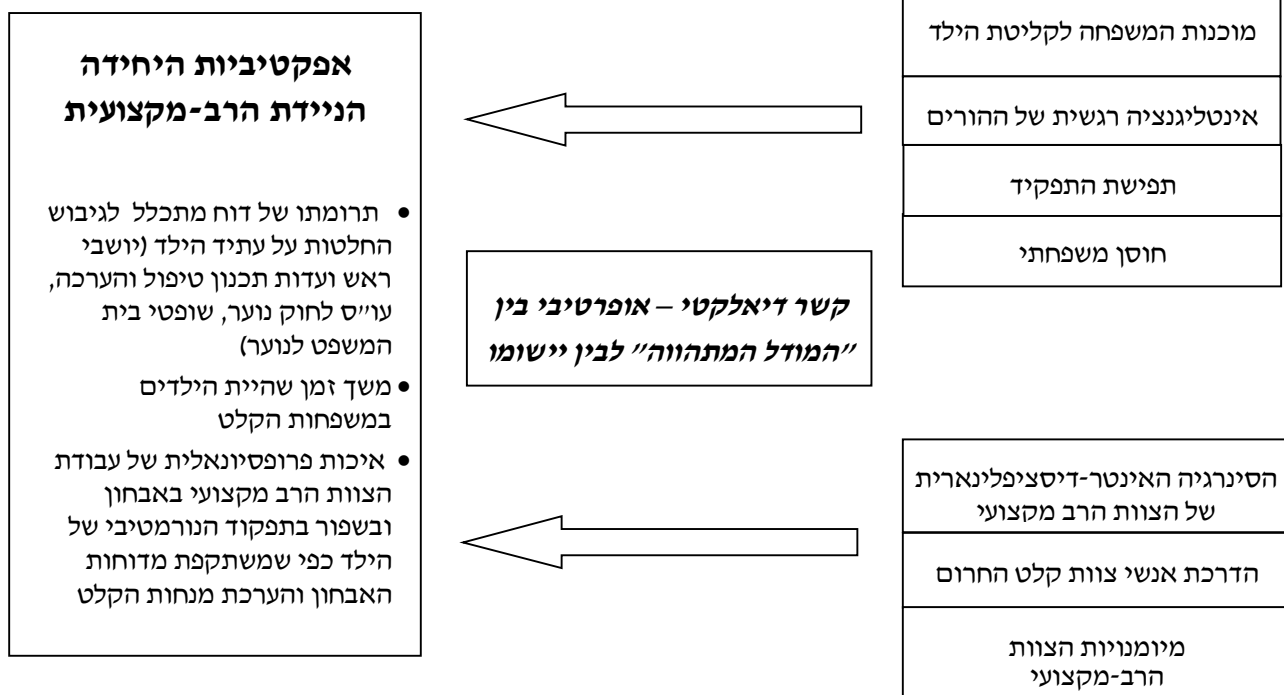
1. תרומתו של דוח מתכלל לגיבוש החלטות על עתיד הילדים (יושבי ראש ועדות תכנון טיפול והערכה, עו"ס לחוק נוער, שופטי בית המשפט לנוער)
 2. משך זמן שהיית הילדים במשפחות הקלט.
 3. איכות פרופסיונאלית של עבודת הצוות הרב מקצועי בהנחיית משפחת הקלט שמשקפת בשפור התפקוד הנורמטיבי של הילד בתקופת שהייתו במשפחת קלט החרום.
- שלושת הפרמטרים יחד יוצרים את המשתנה התלוי שהוגדר "אפקטיביות היחידה הניידת הרב-מקצועית".

מודל המחקר – משולש האומנה

משתנה תלוי

משתנים בלתי-תלויים

מאפייני משפחת הקלט



2.3. אוכלוסיית המחקר

אוכלוסיית המחקר כללה עו"סים לחוק נוער שהתנסו בהכנסת ילדים לקלטי חרום, בעלי תפקידים בהתוויית המדיניות והובלת התכנית, רכזות קלטי חרום בעמותות, מנחות משפחות קלט חרום, אנשי צוות רב-מקצועי של היחידה הניידת, יו"ר ועדות תכנון טיפול, שופטי בית משפט לנוער. בנות השרות הלאומי לא נכללו באוכלוסיית המחקר.

2.4. שיטות הביצוע וכלי המחקר

המחקר הינו מחקר הערכה מעצבת, כלומר, תוך כדי איסוף המידע בוצעו מפגשים עם ועדת ההיגוי ואנשי העמותות המפעילות על מנת לתרום מתובנות המחקר לעצוב תהליכי העבודה הקיימים.

שיטת המחקר איכותנית, במסגרתה נבחנה תפישת היישום של המודל ויישום מרכיביו הלכה למעשה. בוצעו ראיונות עומק המאפשרים להבין את המשמעויות, הערכים ועולם התוכן המקצועי שהוצגו על ידי משתתפי המחקר. בוצעו קבוצות מיקוד נותחו סיכומי הדיונים בוועדות ההגוי ונבחנה מידת היישום של ההחלטות. במקביל נאספו גם נתונים כמותיים מהעמותות המבצעות את התכנית. מאחר ומדובר בתהליך פיילוט נבחן לאורך כל תקופת המחקר השינויים וההתאמות שבוצעו במודל הראשוני על בסיס הפקת לקחים וקבלת ההחלטות בוועדת ההגוי של התכנית.

הבחינה האנאליטית של כלל הראיונות התמקדה בתיאור הנרטיב של היחידה הניידת ותרומתה לקלט החירום.

שאלונים ודיווחי מידע

בשלב התנעת התהליך התבקשו עו"ס לחוק נוער ויו"ר ועדות תכנון טיפול והערכה להשיב על שאלון עמדות שהתמקד בתפישת הייעוד והתפקוד של קלט החרום ובהבנת הייעוד והתפוקות של התחנה הניידת לאבחון הילד. ההיענות להשיב על שאלונים הייתה מאד נמוכה ומאחר ואוכלוסיית המחקר מצומצמת השאלונים שהתקבלו כמענה לא שימשו לעיבוד סטטיסטי אולם שיקפו תמונת מצב ראשונית של העמדות בתחילת היישום של תכנית התחנה הניידת לבצוע אבחון רב תחומי.

כמו כן העמותות העבירו דיווחי מידע על מספר הילדים ששולבו בתכנית משך זמן שהייתם במשפחת קלט החרום וניתוח פרק הזמן שעבר בין האבחונים השונים. נותחו דוחות מתכללים בהשוואה לדוחות אנשי צוות התחנה הניידת וכן נותחו הסכומים השונים שנערכו בכל אחת מהעמותות.

ראיונות וקבוצות מיקוד – אנשי מפתח, עמותות וצוות היחידה הניידת

בראשית המחקר נערכו ראיונות עומק עם אנשי מפתח בעמותות ובארגונים המפעילים, במשרד הרווחה והשירותים החברתיים. ראיונות אלו עזרו להבנת התמונה הכוללת לאחר סקירת הספרות המקצועית. כמו כן, הראיונות אפשרו ללמוד על תהליך הגיוס של צוותי העבודה, על תהליך העבודה החדש הכולל את הצוות הרב-מקצועי ועל שיתופי הפעולה בין העמותה, משרד הרווחה והשירותים החברתיים, ארגון ג'וינט אשלים עו"ס לחוק נוער, יו"ר ועדות התכנון והטיפול ועוד.

בנוסף, על מנת ללמוד על תפישותיהם של שופטי בית המשפט לנוער את התכנית ומרכיביה השונים להבין את עמדותיהם לגבי האבחון המקיף של הצוות הרב-מקצועי, ככלי מסייע להליך השיפוטי בוצעה קבוצת מיקוד עם הנשיאה ושופטי בית המשפט לנוער ובמסגרתה התנהל דיון בו שיקפו השופטים את תפישתם הכוללת לגבי הקלט חרום ומרכיבי תכנית התחנה הניידת.

כמו כן, על מנת ללמוד על תפישת הצוות הרב-מקצועי את אפקטיביות עבודתו ועל הקשרים בין בעלי התפקיד השונים ועל שביעות רצונם משיטת העבודה וכדומה רואיינו אנשי צוות בכל יחידה ניידת-פסיכיאטר/ית-מנהל/ת היחידה ופסיכולוגית התפתחותית שרכזה בפועל את פעילותה בפרויקט.

במהלך המחקר בוצעה גם קבוצת מיקוד עם משפחות קלט חרום.

השתתפות החוקרים בוועדת ההגוי של התכנית היוותה אף היא מסגרת לאסוף מידע על ניהול הדיונים ותהליך קבלת ההחלטות, הסוגיות שנידונו ומערך ההתייחסויות של המשתתפים.

בוצעו קבוצות מיקוד עם רכזות/מנחות קלטים וצוותי חקר עו"סיות לחוק נוער וראיונות עומק עם יו"ר ועדות התכנון והטיפול

על מנת ללמוד באופן מקיף על תפישת התכנית ועל העמדות של עו"ס לחוק נוער ויו"ר ועדות תכנון טיפול והערכה ביחס לאפקטיביות היחידה הניידת הרב-מקצועית ותפקוד צוותה, בוצעו קבוצות מיקוד עם רכזות/מנחות קלטים בעמותות, צוותי חקר עם עו"ס לחוק הנוער ברשויות המקומיות וראיונות עומק עם יו"ר ועדות תכנון טיפול והערכה. בנוסף, קוימו ראיונות עומק עם נציגי משרד הרווחה והשירותים החברתיים וג'וינט – אשלים.

תהליך אסוף המידע במחקר

תקופת ביצוע	סוג משתתפים/חומרים	סוג פעילות
4-11/2011	הפעלת תחנה של עמותת "אור שלום" עם תחנה במרכז הרפואי לבריאות הנפש גהה	הערכת התארגנות לתהליך היישום, דיוני הערכות של העמותות ואתור תחנות מתאימות לאבחון
11-12/2011	אנשי המפתח במטה משרד הרווחה והשירותים החברתיים ובג'וינט ישראל - אשלים	ראיונות עם אנשי מפתח
12/2011	רכזות ומנחות הקלט בעמותות "אור שלום" ו"סאמיט"	ראיונות עם צוותי העמותות
12/2011-1/2012	חברי צוות היחידה הניידת של מחוז מרכז	ראיונות עם צוות תחנת מרכז
01-03/2012	עו"סים לחוק נוער ויו"רים של הועדות במחוזות ת"א והמרכז	שאלון עו"ס לחוק נוער וליו"ר ועדות התכנון טיפול והערכה
9/2012	עו"ס לחוק נוער העוסקים בקלט חרום במחלקות רווחה מקומיות של מחוז מרכז/ת"א	קבוצת מיקוד עם עו"ס לחוק נוער במחוזות ת"א והמרכז (עמותות אור שלום)
10-11/2012	אנשי צוות ביחידה הניידת באזור הדרום בבי"ח באר שבע	ראיונות עם עובדי התחנה בדרום
12/2012	אנשי צוות ביחידה הניידת באזור הצפון	ראיונות עם עובדי התחנה בצפון
01-03/2013	רכזות/מנחות קלט בשלושת העמותות עם משפחות הקלט	תצפיות וקב' חקר השתתפות במפגשי עבודה של רכזות/מנחות קלט במרכז
08-10/2013	מנחות קלט בעמותות אור שלום שהשתתפו בקורס דיאדה והתנסו בתהליך הדיאדה	קב' מיקוד עם מנחות קלט בנושא דיאדה הורה ביולוגי-ילד
12/2013	עו"ס לחוק נוער העוסקים בקלט חרום ברשומ"ק במחוז דרום	צוותי חקר / קב' מיקוד עם עו"ס לחוק נוער במחוז דרום (עמותות סאמיט)

תקופת ביצוע	סוג משתתפים/חומרים	סוג פעילות
2/2014	רכזים ומנחי קלט חרום משלושת העמותות	קבוצת מיקוד עם עובדי קלט חרום בעמותות
3/2014	אנשי הצוות ביחידות הניידות באזור הדרום, המרכז והצפון	ראיונות עם עובדי התחנות בצפון, בדרום ובמרכז
5-6/2014	יו"רים של ועדות תכנון טפול, שני שופטי בימ"ש לנוער	ראיונות עם יו"רים של ועדות תכנון טיפול והערכה ועם שופטי בימ"ש לנוער
08-10/2013	מנחות קלט בעמותת אור שלום שהשתתפו בקורס דיאדה והתנסו בתהליך	קב' מיקוד עם מנחות קלט בנושא דיאדה הורה ביולוגי-ילד
11/2014	דיון עם נשיאת בית המשפט לנוער ושופטי בית המשפט לנוער במחוזות השונים	קב' מיקוד שופטי בית משפט לנוער
04/2011-12/2014	תצפית מתערבת, ניתוח סיכומי דיון והחלטות	השתתפות בישיבות עבודה ובמפגשי ועדת ההיגוי המתקיימים במסגרת התכנית
4/2015	על רקע התנעה מאוחרת של התכנית במחוז הצפון עודכן מידע על הפעילות במחוז לקראת סיום כתיבת דו"ח המחקר	אסוף מידע מעודכן ממחוז צפון

3. פיתוח רציונל התכנית

3.1. מודל ההפעלה של התכנית בתחילת הפיילוט

ממצאי המחקר מעלים כי מעצבי התכנית במשרד הרווחה והשירותים החברתיים, גוינט - אשלים ובמשרד הבריאות ביססו את תפישתם להקמת יחידות אבחון ניידות על רקע המציאות שבה קליטת חרום של ילדים התמקדה במרכזי החרום הקיימים, בעיקר בצפון הארץ. מוגבלותם התפקודית של משפחות קלטי חרום ברחבי הארץ באה לידי ביטוי בכך שהפעילות סביב הקלט התמקדה במתן הגנה ומחסה לילד הנקלט וטיפול בצרכיו הבסיסיים עד שנקבע לו סידור מגורים קבוע באימוץ, במשפחתו הביולוגית/הרחבה או במסגרת אחרת.

תקופת המצאות הילד בקלט לא היוותה בסיס תרומה מספקת להבנת מצבו של הילד כתשומה לתכנון עתידו. הפעילות סביב משפחות הקלט טרם הפעלת תכנית משולש האומנה לא כללה איסוף מידע שיטתי ומתוכלל שיסייע לוועדות התכנון וטיפול לקבל החלטה מבוססת על עתידו של הילד. ביצוע אבחוני מומחים שמטרתם לספק בסיס מקצועי לקבלת החלטות הנוגעות לעתידו לא התקיים בתהליך שיטתי לגבי כל ילד.

במצב המתואר עו"ס לחוק נוער האמורים לגבש פתרונות מיטביים לכל ילד ולייצגו בוועדות תכנון טיפול והערכה ובבתי משפט התבססו בתזכיריהן על המלצותיהם של מומחים חיצוניים אשר בדרך כלל לא הכירו את סביבת קלט החרום והונחו בעבודתם בעיקר על ידי ניתוח מצב ההורים הביולוגיים ובחינת מתן המענה ככל הניתן לדרישות ההורים מבלי שהיה בפניהם מידע מקצועי מספק לגבי צרכי הילד. ההחלטות שהתקבלו בתהליך עבודת הוועדות לתכנון טיפול והוצגו בפני בתי משפט סתרו לעיתים את תפישת העולם המקצועית והמדיניות של משרד הרווחה והשירותים החברתיים ומשרד הבריאות שבראש ובראשונה ראו את הייעוד של קלט החרום להגן על הילד ולאפשר את אבחוןו על רקע הטראומה שעבר במשפחתו הביולוגית כדי למצוא פתרון אופטימאלי לעתיד הילד.

במהלך השנים בעלי תפקידים במשרד הרווחה והשירותים החברתיים האחראים למתן פתרונות לילדים בגיל הרך שנמצאים בסיכון הגיעו למסקנה כי רצוי שתהליך שהיית הילד בקלט חרום יהיה מתוכנן ויתבצע במתכונת סדורה שתנוהל בלוח זמנים מתוכנן עם צמתי בקרה מוגדרים מראש. בנוסף, עוצבה התפישה שיש הכרח לבצע אבחון מקיף ורב תחומי של כל ילד אשר נכנס לקלט חרום. האבחון הרב תחומי יבוצע במהלך כ-3 חודשים. בתחילה המחשבה הייתה שעקר האבחונים יבוצעו בבית משפחת הקלט ועל כן הוגדרה התחנה כתחנה ניידת. היינו שהצוות המאבחן יעבור בין משפחות קלט החרום והאבחון יבוצע בסביבה שהילד החל להסתגל אליה עם היקלטותו במשפחת הקלט. כמו כן קלט החרום נתפש כמקום מעבר שעל הילד לשהות בו תקופה קצרה של עד כ-6 חודשים ובמהלכה יבוצע האבחון הרב תחומי.

אבחון רב תחומי של הילד בתקופת שהייתו במשפחת הקלט חרום יסייע לתהליך קבלת ההחלטות בוועדות התכנון טפול והערכה במיוחד על בסיס התוצאות דלהלן:

- (1) קבלת תמונה מקיפה, מקצועית ומהימנה של מצב הילד.
 - (2) יכולת לגבש סיכום מתוכלל על בסיס אינטר-דיסציפלינארי רחב באשר למצבו של הילד.
 - (3) קצור עד למינימום את תקופת שהותו של הילד בקלט ושילובו במסגרת קבועה מהר ככל שאפשר.
- תפישה זאת היוותה בסיס רעיוני לתכנון מודל עבודה לאבחון ולהתערבות במצבי משבר בקרב ילדים בגיל הרך בקלטי חירום, באמצעות הקמת יחידה ניידת של ייעוץ ואבחון.
- יישום המודל כניסוי הוצא לפועל באמצעות גיוינט-אשלים שנטלה על עצמה להוביל את התכנית על ידי עמותות האומנה שיגייסו את משפחות קלט חרום ויחתמו הסכמי הפעלה עם תחנה ניידת. בעמותת מטב נקבעה מתאמת פרויקט שאמורה לנהל את התהליך בפקוחה של "אשלים".
- מודל התכנית קיבל ביטוי בדיוני וועדת העבודה, הרווחה והבריאות, בכנסת כדלהלן:

"...התוכנית שלנו היא שכל ילד במשפחת קלט חירום, בניגוד למה שקורה היום – כאשר מה שאנחנו נותנים לו זאת רק הגנה ואנחנו לא עושים אבחון בצורה רצינית כפי שנעשה למשל במרכזי חירום. בתכנית כל ילד שיימצא במשפחת קלט חירום, תוך 48 שעות יראה אותו רופא, תוך שבוע אחרי מה שנקרא דיון ראשון בבית המשפט וקבלת אישור, יראה אותו פסיכולוג ויתחיל הליך אבחוני מאוד מסודר..." (שלווה ליבוביץ, מפקחת ארצית למשפחות אומנה, משרד הרווחה והשירותים החברתיים בישיבת ועדת העבודה, הרווחה והבריאות, 09/06/2009).

טרום הפעלת התכנית אבחון הילד נעשה כעבור תקופת זמן משמעותית ממועד קליטתו במשפחת הקלט. האבחונים בוצעו במכוניס להתפתחות הילד ובתחנות לבריאות הנפש ולא במסגרת סביבה טבעית יותר שבה חי הילד, דהיינו בתוך משפחת הקלט.

יישום התכנית נועד לאפשר לראשונה לבצע אבחון דינמי של הילד על-ידי אנשי מקצוע רלוונטיים שיגיעו לבית משפחת הקלט לאחר תקופה קצרה ממועד קליטתו במשפחת קלט החרום ויספקו תמונת מצב אבחונית שתאפשר מתן מענה מוקדם ככל הניתן לצרכיו הספציפיים של כל ילד בהלימה למצבו הבריאותי נפשי בכלל ועל רקע הטראומה של נסיבות הוצאתו ממשפחתו הביולוגית בפרט. בדרך זו, התכנית תאפשר בניית מסלול טיפולי עתידי עבור הילד ובהתאמה לצרכיו.

הפעלת התחנות נועדה לסייע לנהל את תהליך האבחון באופן מובנה ומקצועי, לקצר את זמני שהיית הילדים בקלטים ולספק בסיס אינטרדיסציפלינרי להחלטות העוסקות בעתידם.

בנוסף, התועלת של התחנה הניידת נעוצה בכך שצוותה מורכב ממספר מומחים מתחומים שונים המנתחים כל מקרה מנקודות ראותם המקצועית. ביכולתו של הצוות לגבש המלצות אופרטיביות המשקפות באופן מהימן ומנקודות ראות מקצועיות שונות את צרכיו של כל ילד. כלומר, מעצבי

התכנית ראו בצוותי התחנה הניידת פורום מקצועי שחבריו עובדים במשותף במטרה לספק מענה אבחוני רב מקצועי לכל ילד.

אחד העקרונות המרכזיים של התכנית הוגדר משך זמן שהיית הילד בקלט החרום. ראוי להדגיש שבקלטי החרום טרום הפעלת התכנית נשארים פעמים הילדים לתקופה ממושכת העולה אף על שנה למרות שהמושג "זמן ילד" בגיל הרך הינו קריטי לכל הדעות. המטרה בתכנית משולש האומנה, הוגדרה ששהותו של כל ילד בקלט לא יימשך יותר משישה חודשים ובהתאם לכך תהליך אבחון אמור להסתיים במהלך התקופה. בתפישת המודל רצוי שבשעות הראשונות להיקלטותו בקלט החרום רופא יראה את הילד ושתהליך האבחון הרב תחומי יחל להתבצע לא יאוחר מחודש ימים ממועד כניסתו לקלט. בתפישת מודל התכנית אבחון של הרופא ההתפתחותי הינו חלק אינטגרלי מתהליך האבחון ומתבצע בשלב המידי, כיוון שהכרחי לבחון את בריאותו הפיזית של הילד מוקדם ככל שניתן עם כניסתו לקלט.

באבני היסוד העיקריים של מודל התכנית המקורי הוגדרה הצורך בניידות של תחנות האבחון מהסיבות הבאות:

- משפחות הקלט פזורות על פני כל הארץ, גיאוגרפית ומגזרית.
- קשה מאד למשפחות הקלט להגיע אל מכוני הטיפול השונים עקב הצורך לטפל בו-זמנית בילדים האחרים שבקלט.
- החשיבות הרבה של אבחון מידי של הילד בסביבה היותר "טבעית" שלו (בסביבת משפחת קלט החירום), תוך מעקב אחר האינטראקציה שבינו לבין בני משפחת הקלט.
- ההנחה כי מפגשו של הצוות הרב מקצועי עם משפחת הקלט יאפשר מתן ייעוץ והכוונה לשני בני הזוג במשפחה להמשך הדרך.
- מההיבט של פעילותם המקצועית של צוותי התחנות ואופי השירותים שהם מספקים מעצבי התכנית סברו כי שילוב של אנשי מקצוע מתחומי-התמחות שונים (פיזי, נפשי והתפתחותי) יאפשר לערוך אבחון מקיף וכולל של כל ילד. תוכנן כי בהרכבי התחנות ישולבו אנשי מקצוע הבאים:

- עובדת סוציאלית (C.M.)

- רופא מומחה/ רופא התפתחותי

- פסיכולוג

- פסיכיאטר

- מומחים במקצועות רפואיים מורשים (פרא-רפואיים דוגמת קלינאי תקשורת, פיזיותרפיסטים, מרפאים בעיסוק)

בנוסף, תוכנן כי לצוות אנשי המקצוע יצורף כוח תומך על ידי צוות בת שירות לאומי, וכן סיוע בתחזוקה על ידי עובד/ת ניקיון.

בהתאם לעקרונות התכנית הוחלט כי בתום תהליך האבחון הרב תחומי יבנה דו"ח מתכלל שידגיש ממצאים ומסקנות המתייחסים לבריאות הפיזית והנפשית של הילד ולרמת המסוגלות ההורית של משפחתו הביולוגית. הדו"ח יוגש לוועדות תכנון טיפול והערכה כדי שאלה יגבשו החלטות מבוססות על ממצאי האבחון הרב תחומי לגבי עתידו של כל ילד. הדוח המתכלל בנוסף לדוחות של כל אבחון יוגשו לעיון השופטים בבתי המשפט לנוער במסגרת הדיון לקראת החלטת בית המשפט על עתיד הילד.

הכנת הדוח המתכלל הוטלה על מנחות הקלט בעמותות המפעילות. הן תרכזנה את תהליך האבחון לגבי כל ילד לאחר שילמדו את דוחות האבחון שיתקבלו מצוות התחנה והגורמים המקצועיים השונים שמעורבים בטיפול בילדי הקלט. כלומר, המנחה משמשת כמנהלת מקרה (case manager) מטעם העמותות והן אלו שמפנות את הילדים לאבחון בתחנות. המנחות גם רותמות את צוותי התחנות לחשיבה משותפת על מסלולי התערבות האופטימאליים להתפתחותו של כל ילד.

ביישום המודל כפיילוט נתנה אפשרות לכל עמותה ולכל תחנת אבחון לפעול בדרך הייחודית לה אך בהתאמה לרציונל הכללי של מודל התכנית שתואר לעיל. הכוונה שבתום הפיילוט ובין השאר על רקע מסקנות והמלצות המחקר יגובש מודל אחיד שהתכנית תופעל על פי עקרונותיו על ידי כל ארגון / עמותה שישולב בהפעלתה.

3.2. היבטים ארגוניים ביישום התכנית

התכנית הופעלה בשלב הפיילוט כתכנית משותפת למשרד הרווחה והשירותים החברתיים, ארגון גיוינט ישראל- אשלים ומשרד הבריאות. שלושת הגורמים שותפים לתקצוב התכנית, לתכנונה וחלקים באחריות המשותפת ליישומה.

ארגון אשלים הוקם כדי להתמודד עם אתגרי הפיתוח ובניית מענים ושירותים למען אוכלוסיות ילדים, נוער וצעירים במצבי סיכון ובני משפחותיהם - החל מגיל לידה ועד גיל 25. בתקופה שקדמה לפרויקט עסק אשלים בין השאר בביצוע הכשרות לעו"ס בתחום גיל הרך בהזמנה של משרד הרווחה והשירותים החברתיים. במהלך הכשרות אלה, גיבשה המפקחת הארצית על האומנה במשרד הרווחה והשירותים החברתיים את הרעיון להקמת תחנות ניידות שיבצעו אבחונים אינטגרטיביים לילדים בגיל הרך. השירות תוכנן לספק מענה זמין ורב מקצועי לילדים שנכנסו לקלט חרום ונאלצו להמתין בתורים ארוכים כדי לעבור אבחון התפתחותי, קוגניטיבי ורגשי.

על רקע הפנייה של משרד הרווחה והשירותים החברתיים פיתח ארגון אשלים מתווה לפיילוט של התכנית. משאושרה התכנית על ידי משרד הרווחה והשירותים החברתיים וארגון אשלים החל יישום התכנית כניסוי. משרד הרווחה והשירותים החברתיים יצא במכרז לאתר ארגונים בתחום האומנה

שיהיו זרוע הבצוע של התכנית. במסגרת המכרז להפעיל את תכנית משולש האומנה -תחנה ניידת לאבחון בקלטי חרום נבחרו שלוש עמותות בתחום האומנה :

- "אור שלום" המפעילה את התכנית במחוזות מרכז ות"א.

- "סאמיט" המפעילה באזור הדרום ובירושלים.

- מט"ב המפעילה במחוז הצפון.

בנוסף, עמותת מט"ב נבחרה לניהול הפעלת התכנית בכללותה בהיבט מקצועי, תקציבי וארגוני (ראה תרשים להלן).

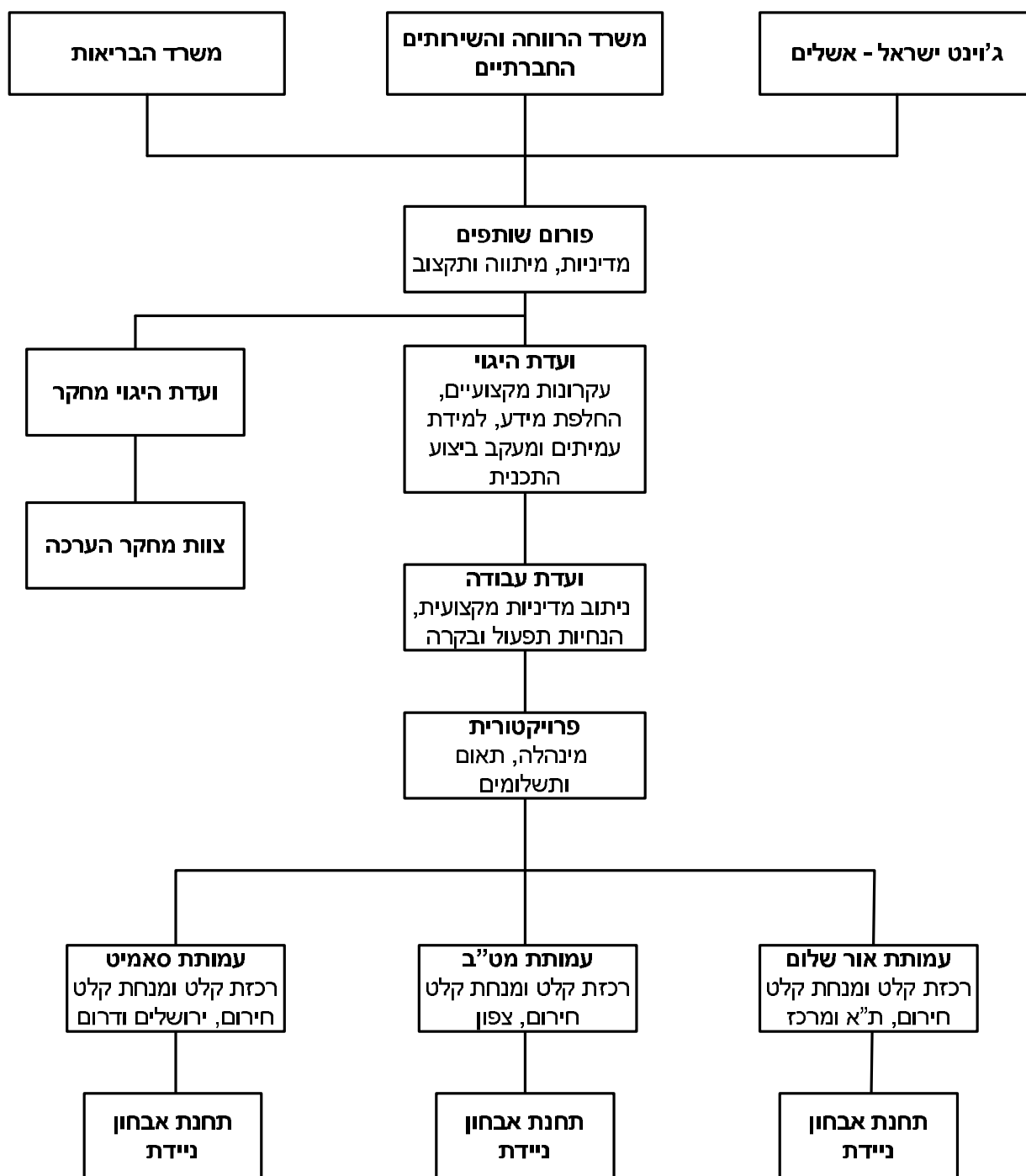
התקציב בעבור יישום התכנית מועבר לעמותות המפעילות מאשלים באמצעות עמותת מט"ב. תקציב התכנית כולל :

(1) כיסוי הוצאות האבחון של התחנות

(2) ליווי מקצועי הניתן על ידי עו"ס כמנחות למשפחות הקלט (עו"ס אחת לכל 12 ילדים)

(3) כיסוי הוצאות מיוחדות של משפחות הקלט

בתרשים שלהלן מתואר המבנה הארגוני של התכנית ותפקידי הליבה של הפורמים השונים.

מבנה ארגוני של התוכנית בתקופת הניסוי

3.3 ניתוח תפיסת מפעילי התחנות את התכנית

מהממצאים עולה כי רכזות הקלט וצוותי המנחות למשפחות קלטי החרום, הפנימו כמטרת על של התכנית את צמצום תקופת השהייה של הילדים בקלט החרום. האבחון המקיף והרב תחומי נתפש כאמצעי משמעותי ביותר בסיוע לגיבוש פתרון מקצועי שתואם את צרכיו של כל ילד השוהה במשפחת הקלט חרום. הדעות חלוקות באשר לשיטת בצוע האבחון הרב תחומי תוך התקשרות ישירה עם תחנת אבחון באזור. הגם שמובן כי יש בהתקשרות והתחייבות של תחנה כדי לתרום לקיצור זמן ההמתנה לאבחון ובכך לתרום לצמצום עד למינימום את תקופת שהותו של הילד במשפחת קלט החרום, השוני התפקודי של התחנות יצר צורך במיוחד באזור המרכז להפעיל את מערך האבחון במתכונת שונה מזו שבוצעה בתחילת היישום של הפיילוט כפי שיובהר בהמשך. חלקן של מנחות משפחות הקלט סברו כי מטרות התכנית לא היו מספיק ברורות מלכתחילה ולא הוסברו כראוי ולכן בתחילת התהליך הן לא ראו עצמן ממוקדות בסיוע לבצוע האבחונים בלוח זמנים מוגדר ולא ניתבו את משפחת הקלט בתכנית מובנית. ההנחה הרווחת בקרב המנחות משלושת העמותות היא כי יישום התכנית כפי שהיא מתבצעת כיום תוביל לקיצור זמני המתנת המשפחות לאבחון מקצועי ולגיבוש שיטות התערבות לטיפול במצוקות של כל ילד. השגת קצור זמן השהייה של הילד תאפשר מצד אחד מעבר מהיר שלו לשגרת חיים במקום קבע או חזרתו למשפחתו הביולוגית ומצד שני קיצור זמן השהייה של הילד בקלט החרום תאפשר זמינות של משפחות קלט חרום לכל ילד חדש.

תפקידה של מרכזת הקלט לפעול כגורם מקשר בין התחנה לבין העמותה ולבין המחלקות לשירותים חברתיים ברשות המקומית אשר מפנות ילדים לקלט החרום ולהתמיד בקשר עם גורמי חוץ מקצועיים. בנוסף תפקידה לבצע בקרה על פעילות התחנה, איכות דוחות האבחון שצוות התחנה כותב, להבטיח את זמינותה התחנה לבצוע אבחונים כנדרש, להפעיל את הצוות הרב תחומי בתהליך בצוע האבחונים ולמקד את התחנה בגיבוש פתרונות ייחודיים לצרכים של כל ילד מאובחן בלוח זמנים מוגדר.

רכזת הקלט בסיוע של מנחות משפחות הקלט אמורה גם לכתוב דוחות אבחון מתכללים שיתבססו על ממצאים ומסקנות אבחוניים של הצוות הרב תחומי ויהוו סינתזה בינם לבין מידע וממצאים נוספים אודות מצב הילדים ומשפחותיהם המתקבלים ממנחת הקלט ומהמקורות השונים הקשורים לילד (משפחות הקלט, גן הילדים או ביה"ס ככל שהילד על פי גילו ומצבו נמצא במערכת החינוך, עו"ס המשפחה, עו"סית לחוק נוער, גורמי טיפול לסוגיהם).

לדעת רכזות הקלט של שלושת העמותות התכלול של ממצאי כל אחד מהאבחונים בתחנה הניידת אמור להתבצע בשלושה שלבים מצטברים:

1) תכלול ממצאי האבחון ומסקנותיו ברמת חברי צוות התחנה שנעשה על ידי רכזת האבחונים בתחנה - פסיכולוגית התפתחותית, בפיקוחו של מנהל/ת התחנה שהינו פסיכיאטר מומחה, כפי שהיה בכל שלושת התחנות שעממן התקשרו העמותות לבצוע האבחונים.

2) גיבוש פתרונות והחלטות מוסכמים בפורום משותף לחברי הצוות, למנחות משפחות הקלט ולנציגי לשכות רווחה עו"ס לחוק נוער המלווה את המקרה, עו"ס משפחה וכדו'.

3) סיכום וסינתזה של ממצאי אבחון על ידי רכזות הקלט בסיוע המנחה של משפחת קלט החרום.

במהלך יישומה של התכנית הושגה הבנה בקרב הצוותים המקצועיים בתכנית שהדוח המתכלל חייב לכלול גם התייחסות לסיכום הממצאים של הערכת הדיאדה הורה ביולוגי- ילד שתבוצע ע"י מנחות משפחת הקלט. יובהר שמרכיב הדיאדה הורה ביולוגי - ילד לא התבצע בראשית היישום במסגרת העמותה ומנחות הקלט לא רק שלא היו מעורבות כלל בנושא זה אלא גם נרתעו מלעסוק בכל ממשק הקשר עם המשפחה הביולוגית בכלל ועם תהליך בצוע דיאדה בפרט. אולם במהלך יישום התכנית גובשה מדיניות בוועדת העבודה של התכנית לשילוב הדיאדה הורה ביולוגי – ילד כאחד המרכיבים החשובים בתכנית. בוצעה הערכות מתאימה במיוחד באזור המרכז כפי שיובהר בהמשך ועל רקע מעורבות מנחות המשפחה בתהליך הדיאדה הודגש הצורך לכלול את סכום ממצאי התצפית המתערבת בדיאדה במסגרת הדוח המתכלל.

על רקע זה גם נכלל בעקרונות הייסוד של מודל התכנית מרכיב בחינת המסוגלות ההורית של ההורים הביולוגיים והערכת יכולתם לשפר את תפקודם וליצור קשר בריא ובונה עם ילדיהם כחלק אינטגרלי מתהליך האבחון שמתבצע ע"י מנחות משפחות הקלט בעמותות המפעילות.

הרעיון שעמד בבסיס עיקרון זה הוא שמבלי ביצוע בחינה מקיפה ומקצועית של דיאדה הורה ביולוגי – ילד ואבחון פוטנציאל המסוגלות של ההורים הביולוגיים למילוי תפקידם, לא ניתן לגבש פתרונות מיטביים לעתידו של הילד. התעלמות התכנית מקיומם של ההורים הביולוגיים וממערכת הקשרים המתקיימת בינם לבין ילדיהם (תהיה ככל שתהיה) יכולה להוביל לפסילה מראש של אפשרות החזרתו של הילד למשפחתו הביולוגית ובכך למנוע ממנו אפשרות טבעית לגדול בחיק משפחתו הביולוגית ולשקם הקשר ההדדי שבין הילד לבין הוריו.

למרות התייחסותו של המודל המקורי לחשיבות של הדיאדה, בתחילת יישום התכנית לא פותחה מודעות בעמותות לחשיבות הנושא והייתה למעשה והמענה לבחינת מסוגלות הורית ניתן אם בכלל על ידי העו"ס לחוק הנוער בקהילה. ההתעלמות ממרכיב הדיאדה כחלק מהותי בתכנית ומהצורך בבחינת מסוגלותם של ההורים הביולוגיים הייתה עד שלביו המתקדמים של הפיילוט (סוף שנת 2013).

חלק מההסבר לכך הנו מקצועי ומתבטא בעובדה כי רכזות הקלט והמנחות הפועלות מטעם עמותות האמנה לא הוכשרו כלל מבחינה מקצועית לפעילות כלשהי עם ההורים הביולוגיים. למנחות הייתה רתיעה מוחלטת מלהיות מעורבים בדיאדה ורובן ראו בכך נטל מקצועי קשה העדר יכולת הכלה של מצבי משבר בתהליך הדיאדה וחוסר ידיעה כיצד לנתח את התהליך מנקודת הראות של תצפית מקצועית וכיצד אם בכלל להתערב בתהליך הדיאדה. יתרה מכך, רוב מנחות משפחות הקלט תפשו את עצמן במסגרת תפישתן העצמית את המקצועיות שלהן (self-professional perception) כמקדמות במסגרת עבודתן צרכים ואינטרסים מנוגדים לאלה של ההורים הביולוגיים. מכאן, מובן הדיסוננס הפסיכולוגי שאפיין את מנחות משפחות הקלט לאורך רוב תקופת יישום הפיילוט. הן נמנעו מלהתמודד עם הצורך ליצור אינטראקציה עם ההורים הביולוגיים, להתייחס ולהבין את צרכיהם

ולבחון את טובת הילד גם בפרספקטיבה של ההורה הביולוגי למרות נסיבות האירוע הטראומתי שגרם להוצאת הילד מחיק הוריו.

היבט אחר שגרם להתעלמות מתמשכת של התכנית ממרכיב הדיאדה הנו היבט ארגוני תקציבי וקשור למאמצים הארגונים והלוגיסטיים של תכנון ובצוע מפגשי הדיאדה במסגרת העמותות וכן ההוצאות הכספיות שנדרש להשקיע כדי לקיים מפגשי הדיאדה (הוצאות נסיעה של ההורים הביולוגיים, ארגון הגעתם, שעות עבודה נוספות של המנחות וכדו').

למרות הקשיים לקראת סוף שנת 2013 הגיעו מעצבי התכנית למסקנה כי הערכת האינטראקציה שבין ההורה הביולוגי לילד חשובה מאד במערך האבחוני ויש בה כדי לתרום להחלטות מהימנות ומבוססות בהקשר של מסוגלות הורית והשפעה על עתיד הילד ותכנון נכון להתפתחותו. לכן, הוחלט כי בשלב ראשון יעברו מנחות הקלט של שלושת העמותות הכשרה מקיפה לביצוע הערכת דיאדה הורה-ילד שבמסגרתה יפתחו מיומנות לבצוע תצפית מאבחנת וגם התערבות ראשונית שעשויה לתרום לתפקוד ההורה בקשר שלו עם ילדו. על רק ההכשרה ויכולת השתתפות המנחה בתצפית מתערבת בדיאדה נהיא גם תוכל לשקף בדו"ח סיכום ממצאי האבחונים כנדבך נוסף את הערכת המסוגלות ההורית מנקודת ראותה לאור הדיאדה הורה-ילד. מרכיב זה עשוי לתרום לגבוש החלטות והמלצות על עתיד הילד בהלימה לצרכיו למצבו ולמשמעות הדיאדה בהתייחס למשפחתו הביולוגית.

הכשרתם של מנחות קלט משלושת העמותות בהערכת דיאדה הורה-ילד נעשתה בקורס מרכז שתוכנן והועבר ע"י מומחים לנושא לאחר שנבנה קורס מותאם למאפיינים של קלט חירום ודיאדה הורה - ילד בגיל הרך.

הערכת הדיאדה, אם-ילד ואב-ילד, הינה מודל באמצעותו ניתן לזהות הפרעות ביחסים בילדות המוקדמת. בהערכה זו מניחים כי נוכחותו של ההורה בחדר מספקת מידע חיוני להבנת הילד. מבוצעת תצפית אנאליטית על מרכיבי האינטראקציה והסתכלות מקצועית במה שהדיאדה מספרת. וגם מסייעת בהתערבות נקודתית להעריך את הפוטנציאל של ההורה תוך הערכה, כמו גם של גורמים תוך אישיים והשפעתם על המערכת.

תהליך ההערכה משלב בתוכו התערבות דיאדית של מנחת הקלט המתצפתת. ההורה והילד מציגים את דפוסי הקשר האופייניים להם ומבטאים באינטראקציות ובהפעלות (Enactments) תכנים קונפליקטואלים המעסיקים אותם. המנחה מתבוננת ומתייחסת להתנהגויות הנצפות ולמשמעויות של היחסים, במטרה לקדם את ההבנה הרפלקטיבית של המשתתפים ולהביא לשינוי הן בחוויה עצמה והן בייצוגים של העצמי והאחר.

בסיום תהליך ההערכה משתתפות המנחות את ההורה בתובנות שהתקבלו בתהליך הדיאדה והמשמעות הטיפולית של תובנות אלו.

הדגש במהלך ההכשרה הושם על רכישת מיומנויות הערכה של הדיאדה על שלושת ממדיה אשר שזורים זה בזה ומשפיעים זה על זה: הורה, ילד והיחסים שביניהם.

להלן הנושאים ותכני ההכשרה לפי שלושת הממדים :

תכנים	נושאים	מימד
- יכולת ההורה ללמוד מניסיון, לראות צרכי הילד ולתפקד כהורה סביר - מאפייני הורות תקינה לעומת סוגי הורות פוגענית והשפעתם על הילד	סגנון ומאפייני ההורות	הורה
- התפתחות תקינה לעומת פתולוגיות - שיבוש תהליכים התפתחותיים והתרחשותם של פגיעות שונות אצל ילדים - מצבי נפש פתוגניים והתפתחותם למאפייני הפרעות אצל ילדים - צרכיו הייחודיים של הילד, אפיוני פגיעותו וההשלכות על יכולתו להיות בקשר	יכולתו ורמתו ההתפתחותית של הילד	ילד
- יחסים תקינים לעומת אפיוני יחסים פתולוגיים - דפוסים תקשורת הורה-ילד שונים	דפוס היחסים, הדינאמיקה בין הילד וההורה	יחסים הורה-ילד

במטרה לבחון את הדיאדה בשלושת המישורים: הורה, ילד, יחסי הורה - ילד כמובהר לעיל בטבלה לעיל השתמשו המנחות בכלי הערכה דיאדית שפותח על ידי פרופ' יהודית הראל (פסיכולוגית קלינית והתפתחותית, מומחית ומדריכה – ביה"ס לרפואה הטכניון והחוג לפסיכולוגיה, התכנית לפסיכותרפיה פסיכולוגיה אנאליטית באוניברסיטת חיפה). התכנים נלמדו בתכנית מובנית שכללה ניתוחי ארוע. במהלך הקורס במקביל להדרכה הפרונטאלית של תכנים ולמידה תיאורטית של השיטות והכלים הובילו המדריכות את מנחות קלט החרום בתהליך הראשוני של התנסותן בבצוע תצפיות דיאדה הורה – ילד. המנחות התבקשו לבצע תצפיות בתקופת הקורס וליישם את הנלמד. במפגשי הלמידה הוצגו בקבוצת אירועי התנסות של המנחות אשר נותחו בקבוצה בהנחיית המדריכות. תהליך זה אפשר למנחות הקלט להבין את העקרונות התאורטיים של המודל לפתח מיומנויות ובטחון עצמי מקצועי ולהפנים את הנלמד במהלך הקורס.

הכלי להערכת הדיאדה שפותח ע"י פרופ' יהודית הראל מורכב מ-10 מדדים המסייעים להבין את מהות הדיאדה שבין ההורה לבין ילדו:

1. יצירת בסיס בטוח, מאפייני ההתקשרות.
2. קומוניקציה נורמטיבית לעומת פתולוגית.
3. רגש (בין היתר, בהקשר להתפתחות הרגשית לפי ויניקוט).
4. תפקידים – (חילופי תפקידים).
5. גבולות.
6. מרחב פוטנציאלי.
7. משחק.
8. אינטר סובייקטיביות.
9. יכולת רפלקטיבית.
10. הילד האמתי לעומת הילד הפנטזיוני.

תוצאות שהושגו בקורס, מידת האפקטיביות שלו ותרומתו להשגת מטרות התכנית ידונו בהמשך להלן.

בנוסף למרכיב הדיאדה שיקפו המנחות של משפחות קלט חרום את החשיבות של קיום קשר הדוק בין צוות התחנה לבין מרכזת הקלט חרום בעמותה ומנחת המשפחה שמהווה למעשה מנהלת המקרה (case manager) במסגרת קלט החרום. הקשר בין המאבחן בתחנה לבין מנחת הקלט הכרחי ותורם לניהול של כל מקרה אבחוני ולהשגת תכלול נכון ומקיף של תוצאותיו. בעבר לא התקיים קשר עבודה רציף ומובנה בין המאבחנים לסוגיהם לבין מנחות הקלט. חלקם הגדול של ילדי הקלטים לא עברו כלל אבחון מלבד ביצוען של בדיקות רפואיות על ידי רופא ילדים בקהילה. התכנית אפשרה ליצור שתוף פעולה שוטף בין מנחות הקלט לבין המומחים השונים. והאינטראקציה הזאת מאפשרת מצד אחד למומחים המאבחנים להתמקצע יותר בתחום הקלט ולהבין לעומק את צרכיהם של הילדים בגיל הרך. ובכך יש כדי לתרום לשיפור עבודתם של המומחים ושדרוג רמתם המקצועית של דוחות אבחון. מצד שני הקשר בין המנחות לבין המומחים שמתמסד בעזרת רכזת הקלט בעמותה מבטיח גם הבנה מהותית של ממצאי האבחון ע"י מנחות הקלט ומסייע להן להדריך מקצועית יותר את המשפחות כיצד לטפל בילד על מנת לשפר את תפקודו, לדאוג לשיקומו המהיר בעקבות הטראומה שעבר ולהתפתחותו. המנחות דווחו בקול אחד שהדוחות שניבנו במסגרת התכנית הינם ברמה מקצועית טובה יותר משמעותית לעומת אלה שנכתבו בתקופה שקדמה ליישום התכנית. המשמעות האופרטיבית של שדרוג רמת הדוחות מתבטאת בכך שיש שימוש רב יותר בהתייחסות לצרכי הילד בתקופת הקלט, קיימת הבנה ברורה יותר של ניתוח מצב הילד וההמלצות לגבי הטפול בו. בשונה מבעבר המנחות הבהירו

שכיום לאחר קריאת דוח יש להן יכולת להגיע למשפחת הקלט להסביר את ממצאי האבחון ולהנחות בסוגיות מאד ספציפיות את ההורים כיצד לנהוג עם הילד לאור האבחון.

כמו כן, לדעת המנחות, זמינותם ונגישותם של צוותי מומחים לילדים ולמשפחות הקלט תורמות לקיצור של תקופות ההמתנה לאבחונים ומאפשרות לבצע גם בסביבתם היותר טבעית של הילדים.

בנוסף, המפגש שהתאפשר במסגרת התכנית בין משפחות קלט לבין המומחים יצר הזדמנות להגברת המיומנויות ההוריות של המשפחות באמצעות הכוונה וייעוץ שהן מקבלות ישירות מהמומחים בצוות הרב תחומי והדבר תורם לשיפור ביטחונם העצמי של בני הזוג במשפחת הקלט לגבי הטפול בילד.

מקצועיותם, הכשרתם וניסיונם של המאבחנים בתחנה ושל מנחות קלט מהווים, לדעת המנחות, גורמים קריטיים למידת המקצועיות של דוח האבחון. ככל שהדוח מקצועי יותר, כך גם יש סבירות לקיצור שהות הילדים במשפחות הקלט הן על בסיס החלטה ברורה של ועדת תכנון טפול והערכה והן ביכולת של בתי המשפט להתייחס לחוות דעת מומחה ככל שהיא משתקפת בבחירות ומקצועיות רבה יותר בדו"ח. עם זאת לא ניתן להתעלם ממגבלות ואילוצים אחרים שגורמים להארכת שהייתם בקלט מעבר לשלושה חודשים דוגמת העדר מקום פנוי מתאים לקליטת הילד, פרוצדורות בהתנהלות ההליך המשפטי שמעכבות החלטה שיפוטית וכיוצ"ב.

להבדיל מאחידות דעה שקיימת בין רכזות ומנחות הקלטים בעמותות בנוגע לתכליתה של התכנית ולמטרותיה, בחינת התייחסותן ותפיסתן לאופן יישומה של התכנית על כל מרכיביה מעלה כי בשלב הפיילוט היו מעצם היותו פיילוט דפוסי יישום שונים. בשלב הפיילוט החלה להווצר מתודולוגיה סדורה. למרות שמדובר בעמותות שונות יש חשיבות רבה ביותר שעם סיום הפיילוט תוצג מתודולוגיה אחת ברורה וסדורה ליישום התכנית וימנע מצב בשטח שכל עמותה עובדת בצורה שונה וכל תחנה מבצעת אבחונים בגישה שונה.

מפעילי התכנית בעמותות דווחו כי היעדר מודל וכללים מובנים ואחידים לכולם מקשה מאוד על מנחות הקלט בהשגת מטרותיה של התכנית.

לדוגמה: בשלב הפיילוט כל עמותה יצרה פורמט ייחודי משלה לדוח אבחון מתכלל.

בעמותות אור שלום הוחלט להפנות כל ילד לאבחון לאחר חודש ממועד כניסתו לקלט. לעומת זה בעמותות סאמיט, כל ילד שנכנס לקלט חרום אמור לעבור אבחון באופן מידי ככל הניתן.

מבחינה מקצועית יש תחנות שמציגות צורך לבצע אבחון בחלוף הטראומה הראשונית ולכן רצוי להמתין כחודש עד לבצוע האבחון הפסיכולוגי. אולם לחילופין יש הסבורים שהאבחון המידי מאפשר ללמוד על עומק הטראומה שהילד עבר ובעזרת ממצאי האבחון ניתן להדריך את משפחת הקלט כיצד לטפל בילד בהתייחס למצבו כדי לסייע לילד להתגבר על הקשיים שהוא חווה. ככל שיבוצע אבחון מוקדם יותר כך גם יתאפשר לזהות צרכי טפול מקצועי נוסף שיכול לסייע לילד ולהתחיל לתמוך בו בהיבטים מקצועיים אלה ככל המוקדם.

ככל שאנו למדים ממחקרים שבוצעו וולפה אדוורדס (1988) והמחקר של זינג דז'וליה (2011) יש חשיבות רבה בבצוע אבחון ככל המוקדם כדי להבטיח טפול נכון של הורי קלט החרום וכדי להקל על הילד מיד עם קליטתו בקלט. כמו כן יאפשר האבחון המוקדם לזהות במהלך פרק הזמן הקצר יחסית של שהיית הילד בקלט החרום כיצד אם בכלל חל שפור במצבו האבחוני ובכך יהיה כדי לתרום להחלטה מהירה ומושכלת יותר על תכנון עתידו.

3.4. ניתוח תפיסת האבחון מנקודת הראות של צוותי התחנות

מתחילת התכנית ועד לשלב סיום המחקר שולבו במסגרת התכנית שלוש תחנות אבחון אחת לכל עמותה. תחנת ת"א ומרכז, תחנת דרום, תחנת צפון שהופעלה בשונה מאזור מרכז ודרום בשלב מאוחר יותר (2013). שלוש התחנות הוקמו בתוך מרכזים להתפתחות הילד - היחידות לפסיכיאטריה של גיל הינקות אשר פועלות בבתי החולים כמפורט להלן:

1) תחנת מרכז - השירות הפסיכיאטרי, חטיבת ילדים ונוער בבית החולים לבריאות הנפש גהה, היחידה לגיל הינקות בניהולה של ד"ר מירי קרן - מומחית לפסיכיאטריה בגיל הרך, נשיאת האגוד העולמי לבריאות הנפש של התינוק – WAIMA וראש התכנית לפסיכיאטריה של הגיל הרך בביה"ס ללימודי המשך לרפואה באוני' תל אביב. התחנה הופעלה עד יולי 2013 ומאז על רקע ההחלטה של מרכזת הקלט בעמותת אור שלום להפסיק את הפעילות עם התחנה, הופעלה לבצוע האבחונים פסיכולוגית עצמאית (פרילנסרית) שהועסקה ישירות על ידי העמותה.

2) תחנת דרום - השירות לפסיכיאטריה לגיל הרך בבית החולים סורוקה בבאר שבע בניהולו של ד"ר גל מאירי מומחה לפסיכיאטריה בגיל הרך.

3) תחנת צפון-המרפאה לטפול בהפרעות בגיל הרך במרכז בריאות הנפש לילד ולמתבגר בבית החולים זיו בצפת בניהולה של ד"ר בלה מירוצ'ניק מומחית לפסיכיאטריה בגיל הרך.

הקמת התחנות והפעלתן במסגרת התכנית נעשו במסגרת הסכמים שנחתמו בין כל אחת מהתחנות לבין כל אחת מהעמותות המרכזות את הפעלת התכנית באזור.

למרות שעל פי מודל התכנית הראשוני תוכנן כי התחנות תהינה ניידות והאבחונים יבוצעו בבתי משפחות הקלט, בפועל הסתבר שמאד מורכב ליישם זאת הן מבחינה תקציבית והן בטעונים ארגוניים ומקצועיים. מנהלי התחנות סבורים שיש צורך לראות את התנהגות הילד בסביבה שמזמנת לו המרפאה וכן שהעיון בתיק הרפואי של הילד במהלך האבחון מחייב לטענת מי מהם את המצאות המאבחן ליד המחשב במרפאה. על אף טעונים אלה עמדו מובילי התכנית על העיקרון של בצוע אבחון בסביבה הטבעית יותר של הילד בבית משפחת הקלט ולפיכך הוסכם שלפחות חלק מהאבחונים יבוצע בבית משפחת הקלט. בפועל רוב רובן של מפגשי האבחון עם ילדי הקלט התקיימו במשרדי התחנות ורק מפגש אחד בוצע בבית משפחת הקלט או במקרים מסוימים באזור המרכז בוצעו ע"י הפסיכולוגיות ההתפתחותיות שני אבחונים בביתם של הילדים. בתחנת צפון ודרום רק מפגש אחד מתוך 4-5 התבצע בבית הקלט.

במחוז מרכז מתבצעים האבחונים מאז יולי 2013 ע"י פסיכולוגית התפתחותית פרילנסרית שגויסה לפרויקט במקום הצוות של היחידה בבית החולים גאה. מרבית האבחונים כללו שני מפגשים של הפסיכולוגית אשר בוצעו לרוב בבתי משפחת הקלט (ראה להלן פרוט).

בטבלה שלהלן מוצג ניתוח משווה לתפישתם של מפעילי שלושת התחנות את מרכיבי התכנית העיקריים:

צפון	דרום	מרכז	תחנות מאפיינים ומרכיבים
לבחון צרכיו ובעיותיו של הילד בפן ההתפתחותי הקוגניטיבי והרגשי ולגבש המלצות להשמה טיפולית מיטבית לכל ילד כולל בתחום החינוכי	לספק תמונה בהירה על מצבו של הילד בתחום הקוגניטיבי, הרגשי וההתפתחותי ולאחר תכנית ומקום מתאים לטיפול בו	לספק תמונה בהירה על מצבו של הילד בתחום הקוגניטיבי, הרגשי וההתפתחותי כדי לאפשר להציע בעבורו מסגרת קבע מתאימה בהקדם האפשרי	מטרת התכנית
- באבחון משתתפת מנהלת התחנה שמתצפתת בפרספקטיבה פסיכיאטרית נוסף על של הפסיכולוגית המתצפתת על התהליך ועל כן האבחון בתחנה זאת מקבל ביטוי של היבטים פסיכיאטרים - כלים דיאגנוסטיים (קאופמן, ביילי וכו') - כלים רגשיים-משחקיים, ציורים והשלמת סיפורים, שאלון אכנבך - תצפית על האינטראקציה הורה – ילד (ביקור בית)	- שיחה עם הורי הקלט - שיחה עם מנחת הקלט - תצפית על הילד (כישורי חיים: אכילה, שינה, מוטוריקה; אינטראקציה עם הורי הקלט) - אבחון התפתחותי וקוגניטיבי (אבחונים פורמאליים, משחקים וכו') - קבלת דוחות מגן הילד	- תצפיות ומשחקים - תשאולי הורים (רגשיים ותפקודיים) - אבחון התפתחותי מובנה שמותאם לגיל הילד (ביילי, מלאן או ופסי) - משחק אינטראקטיבי של ילד - הורה בתצפית המאבחן	שיטות וכלים לבצוע האבחון

צפון	דרום	מרכז	תחנות מאפיינים ומרכיבים
• תהליכי הפנית הילדים לאבחון והעברת מידע בין העמותה וגורמי רווחה לבין התחנה אינם מובנים ומתוכננים מספיק וטעוני שיפור • במקרים רבים חסר רקע רפואי והתפתחותי של הילד ורקע על משפחתו • בניית דוח מתכלל וגיבוש המלצות על מסגרת קבע לילד באחריות העמותה • איסוף מידע אודות דיאדה הורה - ילד והערכתו באחריות העמותה	• תמיכה במשפחת הקלט ע"י מנחת הקלט • בניית דוח מתכלל וגיבוש המלצות על מסגרת קבע לילד ע"י העמותה • איסוף מידע אודות דיאדה הורה - ילד והערכתו באחריות העמותה • חשיבה משותפת והתייעצות מעמיקה על כל מקרה אבחוני	• מתן סיוע מקיף למשפחה ע"י העמותה • החלפת מידע דו סטרי ורצוף • בניית דוח מתכלל וגיבוש המלצות על מסגרת קבע לילד באחריות העמותה • איסוף מידע אודות דיאדה הורה - ילד והערכתו באחריות העמותה	טיב הקשרים וחלוקת עבודה בין העמותה לבין התחנה
• עדיף לראות את הילד במשרדי התחנה על מנת לבחון את יכולתו להתמודד עם הסביבה החדשה ואת כושר הסתגלותו • התנאים הקיימים בתחנה הנם עדיפים לצרכי אבחון על פני סביבתו הטבעית של הילד בבית הקלט • התצפית הביתית אינה מוסיפה מידע נוסף מעבר לזה המושג באמצעים אחרים ולכן, מרכיב הניידות פחות משמעותי לצרכי האבחון	• אין פתרון אחיד לכלל המקרים • חשוב לראות ילדים בסביבתם הטבעית בקלטים במיוחד אם מדובר בילד קטן (עד גיל שנתיים) • ככל שהילד גדול יותר חשוב לראותו גם ביחידה כדי לזהות את מאפייני הסתגלותו לסביבה ותגובתו לגירויים חיצוניים ולאתגרים הזרים לו	• אין פתרון אחיד לכלל המקרים • רק במקרה של ילד רך מאד עדיף לראותו בסביבתו הטבעית – בבית הקלט • במקרה של ילד גדול יותר גיל שנתיים ומעלה חיוני לחשוף אותו לסביבה שאינה מוכרת על מנת לצפות בתגובותיו ובמאפייני התקשורת עם הסביבה	ניידות

צפון	דרום	מרכז	תחנות מאפיינים ומרכיבים
		בכל מקרה אבחוני צריך להתאים שיטת האבחון ומתכונתו לצרכי הילד ולהתייעץ עם עוד מומחה על הצורך בניידות	
- לא קיים צורך במעורבותם של מומחים פרא-רפואיים ואחרים בתהליך האבחון כיוון שהמוקד המרכזי המעגן את כל צרכי הילד ומבטא את מצוקותיו הוא תפקודו ומצבו הנפשי - במידה והפסיכולוגית מזהה בעיות והנוגעות לתחומים נוספים כולל פרא רפואיים היא מיידעת את מנחת הקלט במהלך האבחון - במידת הצורך דוח אבחון יכול המלצות להפניית הילד לטיפול פרא רפואי	- הפסיכולוגית ההתפתחותית הנה בעלת הכשרה גם בתחומים פרא רפואיים ולכן, אין צורך במעורבותם של מומחים נוספים - במידה ומזוהות בעיות בתחומים פרא רפואיים יפורטו המלצות טיפוליות מתאימות בדוח האבחון	- אין צורך במעורבותם הקבועה של המומחים השונים בתהליך האבחוני. הפסיכולוגית ההתפתחותית מסוגלת לזהות בעיות בתחום פרא רפואי/התפתחותי ולהפנות ילד למומחה הרלוונטי - כל ילד מופנה לטיפול רגשי	מעורבותם של מומחים פרא רפואיים ואחרים באבחון
- נתונים כללים - רקע התפתחותי, מידע על משפחת הקלט - סיכום פסיכיאטרי - התרשמות כללית-מאפיינים התנהגותיים - תוצאות אבחונים בתחום קוגניטיבי ורגשי	- רקע (משפחתי, התפתחותי, הסתגלות למשפחת הקלט) - סיכום אבחונים שנעשו - הופעה והתנהגות - תפקוד התפתחותי וקוגניטיבי - תפקוד רגשי ואבחנה לפי	- רקע התפתחותי ואחר של הילד - דיווחים מקלטים ומגורמים נוספים - התרשמות אבחונית של הפסיכולוגית - ממצאי האבחון לפי תחומים (משחקים, תחומים)	מבנה רצוי לדוח הסופי

תחנות מאפיינים ומרכיבים	מרכז	דרום	צפון
	רגשי, קשב וריכוז וכו') • סיכום והמלצות	DSM • סיכום והמלצות	• סיכום של כלל המידע • המלצות
תפוקות	דוח אבחון מקיף המספק בסיס מקצועי ומהימן לקבלת החלטות בנוגע לעמידו של כל ילד	התייחסות דומה לתחנת המרכז	התייחסות דומה לתחנת המרכז
סוגי המלצות	- המלצות הנוגעות לבירור רפואי - המלצות הנוגעות לטיפול פרא רפואיים - המלצות לטיפול רגשי ונפשי - המלצות להמשך מעקב פסיכולוגי	- המלצות הנוגעות לבירור רפואי - המלצות הנוגעות לטיפול פרא רפואיים - המלצות לטיפול רגשי ונפשי - המלצות להמשך מעקב פסיכולוגי	- השמה בתחום הטיפולי - השלמות בתחום האבחוני שנדרש לבצע (רפואי, פרא רפואי וכו') - טיפול רגשי מומלץ - מסגרת חינוכית - סוגי מעקבים רפואיים ופסיכולוגיים בהתאמה לצרכים ייחודיים

מעיון במיפוי לעיל של הדעות שביטאו אנשי תחנות האבחון, עולה כי לא קיימים הבדלים מהותיים בהתייחסותם של צוותי שלושת התחנות לא לגבי המרכיבים או המאפיינים המרכזיים של התכנית ולהיבטיה המקצועיים והארגוניים. למעט מספר הבדלים תפיסתיים ואופרטיביים בין שלושת התחנות שיוצגו להלן.

בעת שצוותי תחנות מרכז ודרום מסכימים כי מטרת התכנית היא לספק תמונה ברורה של מצבו של כל ילד מאובחן בפן הקוגניטיבי, הרגשי וההתפתחותי כדי לסייע במציאת מסגרת קבע מותאמת לצרכיו, מתמקד צוות תחנת צפון בצורך הטיפולי המיידי בילד ובחשיבות הזיהוי המיידי של בעיותיו וצרכיו לאור הטראומה שהוא עובר וכדי לאפשר תחילת טיפול מתאים של הורי הקלט ובמידת הצורך גם של הפסיכולוגית או מומחים אחרים. ההבדל התפישתי כפי שבוטא בראיונות עם צוותי התחנה, לכאורה נראה כלא משמעותי במיוחד אך אנו החוקרים מבקשים לחדד אותו מפאת הצורך להדגיש את המיוחדות של האבחון הרב תחומי שמצד אחד ראוי שיעשה מוקדם ככל הניתן על מנת לאפשר

התייחסות מתאימה לצרכי הילד ומיצוי אפשרויות טפול בו בתקופת שהייתו במשפחת הקלט ומצד שני לאפשר בתקופה קצרה בצוע מספר משמעותי של תצפיות אבחון בילד כדי להבטיח הבנה מובהקת של מצבו ולאפשר כתיבת דוח מקיף המספק תובנות מקצועיות שהן חיוניות ומסייעות למערכת לקבל החלטות מבוססות על דוחות האבחון ככל המוקדם לטובת הילד.

נמצא צורך להוסיף ולפתח מודעות לצוות התחנה במשמעות השנוי שהתכנית מבקשת לעשות בתפישת האבחון הרב תחומי.

בהתייחסות לשיטות וכלי האבחון המיושמים ע"י התחנות, בולט ההבדל בין התהליך שמבוצע בתחנות מרכז ודרום מצד אחד, לבין זה שמבוצע בתחנת צפון מצד שני. בעת שצוותי מרכז ודרום נוהגים לבחון את מצבו הנפשי וההתנהגותי של הילד ואינם מכניסים תשומות אבחון אנאליטיים מפרספקטיבה פסיכיאטרית בתחנת צפון המרכיב האנאליטי הפסיכיאטרי משתלב עם האנאליזה והפרוגנוזה הפסיכולוגית. בתחנות מרכז ודרום האבחון במשפחת הקלט מבוצע תוך שימוש במשחקים ותצפיות על התנהגות הילד. הורי הקלט נשאלים על התנהגותו ומנתחים בעזרתם סימולציות שמשקפות את התנהגות הילד. לעומת זאת האבחון שמבצע צוות תחנת צפון בבית משפחת הקלט מממוקד בבחינת אינטראקציה הורה-ילד כשמדובר כמובן בהורה של קלט החרום ולא בהורה הביולוגי. בתחנת צפון יש חשיבות מובהקת לזיהוי האינטראקציה שבין הילד עם הורה. למרות זאת יודגש שבתחנת צפון מתבצע ביקור בית אחד בלבד (בעיקר עקב הקושי בפזור הגיאוגרפי הרחב) בעת שהתחנות האחרות מבצעות כ 2 ביקורי בית ולעיתים אף יותר. במיוחד בעבודת הפסיכולוגית העצמאית במחוז מרכז. ניתן להבין שהפסיכולוגית העצמאית מתניידת בקלות רבה יותר מאשר צוותי התחנות הממוסדים במרכזי בריאות ומן הסתם מוגבלים יותר מבחינה ארגונית ותקציבית.

עוד יודגש שנמצא כי מרכיבו הקבוע של תהליך האבחוני בתחנת צפון מהווה אבחון פסיכיאטרי המתבצע ע"י הפסיכיאטרית-מנהלת התחנה. בניגוד לכך, בתחנת דרום הפסיכיאטר-מנהל התחנה מעורב באופן ישיר באבחון רק בחלק קטן מאוד מהמקרים ולרוב עוסק בהכוונה ובהנחייתת של הפסיכולוגית ובפיקוח על השלמת התהליך. בתחנת מרכז מבוצעים האבחונים ע"י פסיכולוגית התפתחותית בלבד ואינם כוללים כל היבט פסיכיאטרי על אף שנשמר קשר מקצועי בעת צורך עם מנהלת התחנה בבית חולים גהה שחדלה למעשה לבצע את האבחונים. יש מקום לדון במשמעות של מעורבות פסיכיאטרית בשלב האבחון הראשוני של הילד כפי שמתבצע בתחנת צפון הגם שבניתוח הדוחות של תחנת צפון ניכר שהדוח מאד אנאליטי ובדרך כלל התקפו מדוחות או היבטים תוספתיים בהצגת מצבו של הילד.

הבדל נוסף שנמצא בין עבודת צוות תחנת צפון לבין זו המבוצעת ע"י צוותי תחנות מרכז ודרום מתבטא בהיקפו ואופיו של שתוף פעולה בין העמותה המפעילה וגורמי חוץ נוספים לבין צוות התחנה. בעת שצוותי האבחון במרכז ובדרום למדו במהלך יישום התכנית לשתף פעולה בין גורמי המקצוע השונים ומתקיימת הזרמת מידע דו-סטרי ושוטף, בתחנת צפון טרם התפתחו ערוצי הזרמת מידע שוטף בין הגורמים המעורבים. העמותה המפעילה בצפון טרם עצבה דפוסי שתוף פעולה והעברת מידע בין רכזות

הקלט והמנחות של משפחת הקלט לבין התחנה והפוך. במיוחד לא מועבר מידע בין גורמי הצוות הרב תחומי הנוספים בין אם מידע רפואי או מידע של העו"ס לחוק נוער בקהילה ובין אם מוסד החינוך של הילד. לעיתים התחנה אינה מקבלת כל מידע על רקע התפתחותי רפואי של הילד המאובחן והדבר מקשה על ביצוע אבחון מקצועי ומקיף. כמו כן, תהליך הפנייתו של הילד לאבחון אינו מתבצע באופן מובנה ושיטתי בכל המקרים. הנחת המחקר שהעדר הקשר ההדוק בין התחנה לבין הגורמים האחרים נובע מעצם התקופה היותר קצרה שבה עובדת תחנה בצפון וטרם הוטמעו דפוסי שתוף פעולה וכן על רקע הפזור הגיאוגרפי הרחב באזור. עם זאת על אף הפזור הגיאוגרפי אין ספק שבאמצעים הטכנולוגיים של העידן בו אנו חיים ניתן להתגבר על קשיים אלה במיוחד בכל הקשור להעברת מידע הדדי בין התחנה לבין הגורמים השונים. מרכיבי הפעילות בעמותת הצפון טרם גובשו באופן סופי, גם לאור העובדה כי מאז שהוקמה בצעה התחנה מספר מועט יחסית של אבחונים ומרכיבי התכנית עדיין לא הוטמעו בהשוואה לפעילות באזור ירושלים והדרום ובת"א והמרכז.

במחקר נמצא הבדל משמעותי בין עמדת צוותי תחנות דרום ומרכז לבין זו של צוות תחנת צפון בהתייחסות למרכיב הניידות. בעוד שבמרכז ובדרום התחדדה התובנה של תרומת הניידות במהלך יישום התכנית בתחנת צפון נוצר מצב הפוך. בתחילה סבר צוות התחנה שחשוב לבצע אבחון גם במשפחת הקלט ובמהלך היישום השתנתה הדעה עד כדי הסתייגות מכך בטעון שאין כל ערך מוסף מקצועי לבצוע אבחון בבית משפחת הקלט. ראוי לציין שגם במרכז ובדרום בראשית התהליך לא הייתה דעה חד משמעית לגבי חיוניותה של הגעת הצוות לבית הקלט במסגרת האבחון.

לדעת החוקרים החשיבות של בצוע אבחון בבית משפחת הקלט מבוססת גם על רקע דעתן של מנחות משפחת הקלט. עצם המפגש עם המשפחה בביתה מחזק את ביטחונם של הורי הקלט בטפול הנכון בילד וכן תורם מהותית לדיאלוג המקצועי שמתפתח בין המאבחנים לבין מנחות הקלט. ההיכרות של המאבחן את סביבתו הטבעית של הילד במשפחת הקלט תורמת בצורה מהותית לשיח המקצועי שמתפתח ביו לבין מנחת הקלט. רעיון הצוות הרב תחומי הנייד משתקף בכך שהצוות כולו מכיר את סביבתו של הילד וסביבת התפקוד של הורי הקלט ובהיכרות זאת יש כדי לתרום לתובנות המשפרות את הטפול בילד וגם את הבנת מצבו.

ממצא נוסף שהמחקר מבקש להתייחס אליו הנו העמדה האחידה של צוותי שלושת התחנות בהתייחס לצורך באבחון רב תחומי. לדעת צוותי התחנה מספיק האבחון הפסיכולוגי ורק אם הפסיכולוגית מוצאת לנכון היא תפנה את הילד לאבחון מקצועי נוסף של מומחה אחר במקצועות הבריאות.

מנקודת הראות של המחקר יובהר כי אחד מעמודי התווך העיקריים של מודל התחנה הניידת הינו שהמאבחנים יראו את הילד לפחות בחלק מהאבחונים בבית הקלט. פעמים מדובר בתינוק בן יומו ובתוך בית המשפחה שהיא סביבה מכילה, תומכת ומטפחת עם אביוזרים וצעצועים שהילד מכיר ואולי אף נקשר אליהם כתומכי בטחון ורוגע נפשי. האבחון בסביבה זאת עשוי להשפיע ולתרום באורח מובהק יותר לממצאים ועל כן ראוי לעמוד על יישום העיקרון שחלק משמעותי של האבחונים יבוצע בבית משפחת הקלט.

בתחילת השתתפותם בפרויקט ציינו צוותי התחנות שלושה אילוצים המקשים על ביצוע תהליך אבחון מקצועי ומובנה. אולם, לאחר תקופה של התנסות ביישום התכנית נמצאו דרכים להתמודדות עם הבעיות וחל שינוי בהתייחסותם של צוותי התחנה כדלהלן:

(1) התייחסות שולית אם בכלל של בתי משפט לממצאי האבחונים ולהמלצות הנובעות מהם

צוותי התחנות סברו בתחילת מעורבותם בפרויקט כי לרוב, בהחלטותיהם מתבססים השופטים על נימוקים המוצגים על ידי עו"ס לחוק נוער או לחלופין, על טענותיהם של עורכי דין המייצגים את ההורים הביולוגיים. בראשית יישום התכנית סברו רוב המעורבים בקלט החרום כי מודעותם של השופטים לחשיבות האבחונים אינה גבוהה ומסקנות האבחון לא מהוות בסיס כלשהו לגיבוש החלטות השופטים. בנוסף, הדגישו רוב אנשי צוותי התחנות שלדעתם קיימים משתנים אחרים המשפיעים על החלטות השופטים יותר מאשר דוחות האבחון שלהם דוגמת זמינותה של משפחת אומנה או זמינות מקום במסגרת חלופית לקליטת הילד, רמת המסוגלות של הוריו הביולוגיים, משך הזמן שעבר מכניסת הילד לקלט ועד למועד ההחלטה וכדו'. על רקע זה נתפס מודל האבחון הרב תחומי בראשית תהליך היישום כמיותר במידה מסוימת לא בהיבט המקצועי אלא מבחינת היכולת שלו לתרום לשפור תהליכי ההחלטה הפרוצדורליים על עתיד הילד.

בתהליך המחקר למדנו שההערכה זאת השתנתה בהדרגה ולקראת סיום הפיילוט סברו צוותי התחנות כי לאור המידע שהועבר אליהם מהעמותות ופעמים גם בממשק קשר ישיר שלהם עם עו"ס לחוק נוער, לדוחות האבחון שלהם יש משקל בקביעת עתידם של הילדים ושהמלצות טיפוליות שצוינו בדוחות משפיעות על קבלת החלטות הן בועדות תכנון טיפול והערכה והן בבתי המשפט.

(2) היקף מצומצם של משאבים העומדים לרשות התכנית

מפעילי התחנות סברו בתחילת פעילותם בתכנית כי היקף המשאבים העומדים לרשותם לצורך קיום פעילות התחנות בתכנית, אינו מספיק להשגת מטרותיה. פסיכולוגיות התפתחותיות המרכזות את עיקר הפעילות האבחונית בתחנות מועסקות בחלקיות משרה ולכן אינן מספיקות לבצע את מכלול המשימות הנדרשות ולהשיג את מטרות התכנית במלואן על פי לוחות זמנים שהוגדרו. פעילותם של פסיכיאטרים, מנהלי התחנות ושל מומחים פרא רפואיים ואחרים שהתערבותם נדרשת בהתאם לצורך אינה ממומנת ע"י תקציב התכנית ומצופה שהם יבצעו אותה לכאורה בהתנדבות.

אולם לקראת סיום תקופת המחקר דיווחו הצוותים של כל שלושת התחנות כי המשאבים שהוקצו להן בתכנית מאפשרים להם לעמוד בהספק האבחונים והמשימות כפי שהוגדרו בהתקשרות עמהם. מנהל תחנת דרום לדוגמא הבהיר כי התחנה מבצעת בממוצע כשני אבחונים בחודש וביכולת התחנה במידת הצורך להגדיל את ההספק לשלושה עד ארבעה אבחונים כמצופה ממנה. אלא שהעמותה לא הפנתה ילדים לאבחון ולכן התחנה לא ממלאת את המכסה שנדרשה מלכתחילה. בדומה לכך, פסיכולוגיות התפתחותיות המבצעות אבחונים במחוז מרכז הבהירה שאין כל מניע מצידה מלעמוד בהספק האבחונים הנדרש ככל שיופנו אליה ילדים לאבחון.

3) היעדר דפוסים מובנים לשיתוף פעולה בין נציגי העמותות לבין צוותי התחנות

בתחילת יישום התכנית דווחו צוותי התחנות שהעדר דפוסים מובנים וברורים לשיתוף פעולה הנדרש בינם לבין מנחות הקלט בעמותות מקשה על ביצוע תהליכי אבחון באופן יעיל ומקצועי ומטרת התכנית אינן מושגות כנדרש. עיקר הקושי נבע מעמימות שהייתה בחלוקת העבודה בין צוותי התחנות לבין מנחות הקלט. טשטוש גבולות בין תחומי אחריותה של כל תחנה לבין אלה של העמותה המפעילה הקשו על תפקודה ועל מידת האפקטיביות שלה. הורגש בשטח שאין אמירות ברורות ויותר מכך היו שציפו לקבל ממנהלת התכנית נהלים כתובים כתפישה.

בנוסף, עובדי התחנות דווחו כי במסגרת יחסי עבודה בינם לבין נציגי העמותות מתקיימת הזרמת מידע חד כיוונית בלבד - מהתחנות לעמותות ולא להיפך. לעיתים, למאבחינים בתחנות היה חסר מידע בסיסי על הרקע לכניסת הילד לקלט ועל מאפייני התפתחותו במשפחתו הביולוגית. העדר מידע מקיף ומהימן בנושאים אלה הגביל אותם מבחינה מקצועית ופגע בתהליך האבחון ובתוצאותיו.

גם בתחום זה חל שיפור משמעותי במהלך הפיילוט ולקראת סיומו דווחו במרכז ובתחנות דרום על שביעות רצון גבוהה מערוצי התקשורת שהתפתחו במהלך העבודה ומדרכי העברת מידע מובנים שכל אחת מהעמותות פתחה בינה לבין צוות העבודה בתחנה כפי שהיא מפעילה אותה. כמו כן, הצוותים דווחו כי הוגדרו באופן ברור משימות ויעדים שבאחריות התחנות מצד אחד ותחומי אחריות של העמותות מצד שני. נציגי התחנות ציינו כי הם מרוצים ממידת השיתוף פעולה ומאופן הזרמת המידע בינם לבין העמותות וציינו שנוצר גיבוי מקצועי וארגוני הדדי.

יודגש שמפאת זמן היישום הקצר של תחנת הצפון בתקופת עד מועד סיום עבודת המחקר טרם עוצבו תהליכי עבודה אפקטיביים בין התחנה לבין העמותה.

4. פעילות התחנה הניידת

4.1. עקרון ניידות התחנה

אחד העקרונות המרכזיים של תכנית משולש האומנה הוא הנגשת שירותי האבחון למשפחות הקלט והגברת זמינות בצוע האבחונים לילדי הקלט באמצעות הפעלתו של צוות אבחון נייד ורב תחומי שאמור לבצע אבחונים בבית משפחת הקלט המהווה סביבתו הטבעית של הילד ולכלול אבחונים מתחומי בריאות שונים בהתאם למצב הילד.

מעצבי התכנית במשרד הרווחה והשירותים החברתיים, בארגון "אשלים" ובמשרד הבריאות ייחסו במודל הראשוני חשיבות רבה לניידות התחנות. בתחילה המחשבה הייתה שכלל האבחונים יבוצעו בבית משפחת הקלט אולם המציאות לימדה שבין אנשי המקצוע יש חילוקי דעות באשר לדרכי היישום של הרעיון הן מבחינת העלות ותועלת והיתכנות יישומו והן מבחינת היקפו כמרכיב חיוני לתרומת עומק האבחון המקצועי. באופן מעשי, מתוך כ 4 מפגשי אבחון במוצא שכל תחנה קיימה עם כל ילד במסגרת התכנית התבצעו עד 2 אבחונים בביקור בבתי משפחות הקלט. שאר האבחונים התקיימו בתחנות.

מבחינה מקצועית צוותי תחנות מרכז ודרום שנשאו עיקר נטל האבחונים בתקופת הפיילוט שהמחקר ליווה, שיקפו הסתייגות מרעיון הניידות מתחילת השתתפותם בפרויקט.

צוות תחנת אבחון בבית החולם גהה שפעל במרכז ות"א התנגד לרעיון הניידות וראה בביקורי בית נטל תפקודי שנדרש להשלים עימו. לדעתה של מנהלת התחנה והפסיכולוגית ההתפתחותית שרכזה את פעילותה, אבחוני הילדים בגיל הרך עדיף שיתבצעו במשרדי התחנה על מנת לנטרל את ההשפעות והמגמות המתקיימות בתוך בתי המשפחות ולהשיג על ידי כך תוצאות נקיות ומהימנות יותר, בדומה לאלה המושגות במעבדה. לכן, כמות מפגשים אבחוניים שבוצעו בבתי משפחות הקלט צומצמו עד מאוד.

בחודש יולי 2013 הופסקה התקשרות בין עמותת "אור שלום" לבין התחנה בבית חולים גהה ומאז כל האבחונים בוצעו ע"י פסיכולוגית עצמאית (פרילנסרית) שבצעה לכל ילד כשני אבחונים ומתוכם אחד בוצע בבית משפחת הקלט ואחד בקליניקה שלה. בתחילת העסקתה בפרויקט ביצעה הפסיכולוגית את מרבית המפגשים במשפחות הקלט כפי שהיא פועלת מקצועית גם במסגרת עבודתה שמחוץ לפרויקט. אולם, ככל שהיא התנסתה יותר באבחון ילדי הקלט השתנתה גישתה לגבי חיוניות הניידות ובתקופה האחרונה הפסיכולוגית סברה כי לא בכל מקרה נדרש לבצע ביקור בית ועל כן כאמור רק אחד משני המפגשים שהיא בצעה במסגרת האבחון בוצע בבית משפחת הקלט.

בדומה לעמיתיהם בתחנת מרכז גם צוות היחידה באזור הדרום שקפו הסתייגות לגבי נחיצותה של ניידות התחנה ושל ביקורי בית בכל מקרה אבחוני. הפסיכולוגית התפתחותית שרכזה פעילות היחידה סברה כי תועלתם של ביקורי בית במקרה של ילדי הקלט גבוהה ובולטת יותר במידה ומדובר בתינוקות עד גיל שנתיים. אולם, במידה ומדובר בילדים גדולים נחיצות קיומם של מפגשים אבחוניים בבתי המשפחות אינה גבוהה. הפסיכולוגית תמכה בקביעתה זו בטענה כי בגיל מתקדם יותר הילדים

מתחילים לייצר קשרים עם הסביבה הזרה ואינם זקוקים לתמיכתם הרציפה של הוריהם הקולטים במהלך האבחון. יתרה מכך, דווקא קשייהם וצרכיהם הפסיכולוגיים הקוגניטיביים וההתפתחותיים של הילדים הגדולים יותר ניתנים לזיהוי ולאבחון בסביבה שפחות מוכרת להם ולכן, עדיף לדעתה שמרבית המפגשים יתקיימו בתחנה מאשר בבתי משפחות הקלט.

יודגש שעמדה הפוכה שיקפה מנהלת תחנת גהה לגבי הגיל הרך. עמדתה הייתה שרצוי לבצע את האבחון של תינוקות בתחנה כמעין מעבדה ולא בסביבתם הטבעית בבית משפחת הקלט.

צוות התחנה באזור הצפון שהוקמה בסוף שנת 2012 והופעלה רק בשנת 2013 אימץ בתחילה את רעיון הניידות ותמך ביישומי המלא במסגרת פעילותו. הן הפסיכיאטרית, מנהלת התחנה והן הפסיכולוגית ההתפתחותית המרכזת את עבודת התחנה, הדגישו את התועלת שבקיום המפגשים האבחוניים בסביבתם הטבעית של הילדים וראו בביקורי בית משפחת הקלט הזדמנות לקיום אינטראקציה עם משפחות הקלט כדי לבצע בעזרת הורי הקלט חקר מעמיק של צרכי הילד וקשייו. יתרה מכך, מנהלת התחנה סברה בתחילה, כי למרות שהכשרה והכוונת המשפחות אינן מהוות חלק מחובותיו או סמכויותיו של צוות התחנה, המעורבות עם משפחת הקלט חיונית לשיפור תפקוד הורי הקלט בטפול בילד ובעקיפין להצלחתו של תהליך האבחון. לכן, בראשית יישום התהליך בתחנת הצפון הפסיכולוגית עסקה גם בפעילות ההדרכה להורי הקלט במהלך הביקור בביתם.

אולם, בדומה לתהליך השינוי שהחל בתחום זה בשאר התחנות גם הצוות של תחנת צפון שינה בהדרגה את תפיסתו ובהתאם לכך את פעילותו בהתייחס לניידות. לקראת סיום עבודת המחקר רק מפגש אבחוני אחד התבצע בבית משפחת הקלט, מתוך חמישה מפגשים עם הילד שבוצעו במסגרת האבחון.

לשינוי זה הובילו מספר סיבות ארגוניות ומקצועיות כאחת:

הסיבה הראשונה היא שלהבדיל מתחנות מרכז ודרום, הפסיכיאטרית-מנהלת תחנת צפון לוקחת חלק פעיל בתהליך האבחוני ומבצעת מפגש אבחוני פסיכיאטרי אחד לפחות עם כל ילד ולכן, פוחת מספר המפגשים המתבצעים עם הילד בכלל ובבית משפחתו בפרט. מתוך החשיבות הרבה שמנהלת התחנה רואה בתכנית היא עושה כל מאמץ להשתתף אישית בכל אבחון ומן הסתם גם לכך יש השפעה על שנוי העמדה לגבי הניידות. הסיבה הנוספת לכמות מזערית של ביקורי בית טמונה בעובדה כי הפסיכולוגית של התחנה מועסקת בפרויקט ברבע משרה בלבד ומתקשה לבצע כמות גדולה יותר של ביקורי בית במסגרת השעות שהוקצו לרשותה (כולל שעות של נסיעות וביטול זמן). הקושי בולט יותר לאור המרחקים הגדולים ממשרדי התחנה לבתי המשפחות המאפיינים את אזור הצפון.

מנהלת התחנה בצפון שהינה מומחית בפסיכיאטריה החליטה כאמור מתוך אחריות והתייחסותה הרצינית ביותר לאבחון הילדים, להשתתף אישית בכל אבחון ולתרום את מניסיונה המקצועי לכל אבחון. מחד גיסא ראויה החלטתה להערכה רבה אך מאידך גיסא יש לבחון כיצד מעורבותה בכל אבחון מלכתחילה אינה מחייבת קבלת אשור לבצוע אבחון / טיפול פסיכיאטרי בקטין מבית המשפט או אשור של עו"ס לחוק נוער, או הסכמה בחתימת ההורים הביולוגיים (ככל הניתן למרות הנסיבות).

הממצאים במחקר מצביעים על כך שחל קיצור מסוים במשך תקופת שהיית הילד בקלט החרום ואמנם הנחת הייסוד של מודל התכנית הינה שניידות התחנות תוביל לצמצום תקופת המתנה לקבלת שירותי אבחון (מצב שאפיין את העידן שלפני התכנית) וכתוצאה מכך, תקוצר תקופת שהותם של הילדים בקלטי החרום. צוותי שלושת התחנות סבורים שהתרומה לצמצום זמן שהיית הילד בקלט איננה בהכרח כתוצאה מהניידות אלא מעצם העובדה שבהתאם להסכמים שנחתמו עם המרכזים הרפואיים שבתוכם התחנות, ניתנת עדיפות למתן שירותי אבחון לילדי הקלט לעומת הילדים ה"רגילים" ומציאות זאת היא זו שתתרום בין השאר להשגת המטרה של קיצור זמן שהות הילדים בקלט.

משיחות שהתקיימו במסגרת המחקר עם הורי קלט עלה שעקרון הניידות נתפס על ידם כשנוי דומיננטי בשלושה היבטים:

א. מבחינת הנגשת האבחונים לגביהם

ב. מנקודת ראותם בהשפעה על ההתנהגות של הילד

ג. בהזדמנות שניתנה להם לקבל הכוונה ישירה בביתם מגורם מקצועי כיצד לנהוג עם הילד.

הודגש בהקשר זה שתמיד ניתנה התייחסות גם לסביבת המגורים היכן למקם את הילד בבית איך להתייחס אליו במהלך שעות היום בנסיבות שבהם יש במשפחה ילדים נוספים ביולוגיים או ילדי קלט. ההתבוננות של המאבחן בסביבת המגורים של הילד תרמה להורה הקלט להבין טוב יותר כיצד לטפל בצרכיו הספציפיים של הילד.

עוד יובהר שבראיונות שהתקיימו עם צוותי האבחון עלה, הקושי הסובייקטיבי של המאבחן להשקיע זמן נסיעה (פעמים למרחק רב), הוצאות נסיעה ובסכומו של דבר גם שחיקה עצמית בגין הנסיעות. הכל יחד מקשה על בצוע העבודה השוטפת שמעבר לאבחון ילדי קלט. לכן על שאלת הניידות במודל משולש האומנה להבחן על רקע ניתוח שני גורמי השורש לצמצום מספר האבחונים שבוצעו בבית משפחת הקלט. מצד אחד על רקע העמדה המקצועית שהוצגה כשנויה בוויכוח בין אנשי המקצוע בתחנות, לגבי תרומת הידע האנאליטי שמתקבלת מבצוע האבחון בבית משפחת הקלט בהיותה סביבתו הבטוחה המרגיעה של הילד. מצד שני בהתייחס לעמדתם על רקע הקשיים הטכניים שמניעים אותם להפחית בערך בצוע האבחון בבית משפחת הקלט.

מפרספקטיבת עורך המחקר עולה שיש ערך חיוני ביותר לבצוע האבחונים בבית משפחת הקלט ועל כן לחייב את בצוע חלק ניכר מהאבחונים של הילד בבית משפחת קלט החרום ולא רק בקליניקות של התחנה.

4.2 עיקרון האבחון של צוות רב תחומי

בתפישה של הקמת תחנות האבחון הניידות בקלטי חרום, התחולל שנוי משמעותי על רקע ההתנסות בתקופת הניסוי של התכנית.

כאן ראוי להבהיר שהתחנות הופעלו בצורה שונה זו מזו הן בהיקף פעילותן והן בתהליכי העבודה של הצוות המאבחן. השוני נובע מדפוסי הפעלה שונים שהונהגו על פי שיקול דעתה של כל רכזת קלט בכל עמותה בנפרד וזאת על מנת ללמוד מהו דפוס הפעולה האופטימאלי למיסוד התכנית בתום תקופת הניסוי. השוני בדפוסי יישום התכנית נוצר הן מבחינת מאפייני העבודה השונים שיצרה כל עמותה והן על רקע העדר מתודולוגיה אחידה ומפורטת לתקופת הניסוי בעיקר כדי לאפשר לימוד מחלופות שונות.

מאחר והמדיניות של הפעלת התחנות תגובש רק בסיום תקופת הניסוי (הפיילוט) של התחנות הניידות, יוצגו מנקודת הראות של המחקר ההתפתחותיות הייחודיות שנוצרו בכל אחת מהתחנות ויודגשו מוטיבים רצויים על בסיס ההתנסות שהוצגה בעבודת כל אחת מהתחנות.

הרכב צוות תחנת ת"א מרכז (עמותת "אור שלום")

בתחילת התכנית שירותי האבחון סופקו על ידי היחידה לפסיכיאטריה של גיל הינקות במרכז לבריאות הנפש גהה בראשותה של מומחית פסיכיאטריה לילדים ונוער.

התחנה החלה לפעול בנובמבר 2011 ומרבית האבחונים בוצעו בה על ידי הפסיכולוגית ההתפתחותית של המרפאה. בתפישת הרעיון המרכזי של מעצבי תכנית התחנה הניידת לאבחון ילדים בקלטי חרום, עמדה ההנחה שהאבחון יבוצע ע"י צוות אינטרדיסציפלינרי ושחלק ניכר מהאבחונים יבוצעו בבית משפחת קלט החרום. בניגוד לתפישה זאת מנהלת התחנה לא מצאה כל צורך באבחון רב תחומי והעלתה השגות מקצועיות מנקודת ראותה לגבי בצוע אבחון בבית משפחת הקלט. על רקע זה האבחונים בוצעו אך ורק במרפאה וע"י פסיכולוגית התפתחותית בלבד. למעשה צוות התחנה כלל את מנהלת התחנה ופסיכולוגית התפתחותית. בסמכותה של הפסיכולוגית היה להחליט האם קיים צורך לאור האבחון הראשוני שלה, להפנות את הילד למומחים נוספים מחוץ למרפאה כגון: אל רופא התפתחותי, או פיזיותרפיסט, או אל קלינאי תקשורת או למומחה פרא-רפואי כלשהו. בתקופת הפעילות של תחנה זאת אף לא אחד מילדי קלט חרום במסגרת התכנית, הופנה לאבחון נוסף על ידי מומחים פרא רפואיים או רופא התפתחותי.

מנקודת ראות של המחקר הפעלת האבחון באמצעות תחנה זאת לא עלה בקנה אחד עם הרעיון המייסד של תכנית התחנה הניידת.

במקביל ולא דווקא על רקע האמור, במהלך התקופה התרחש שינוי הדרגתי לרעה במהות שיתוף הפעולה בין צוות התחנה לבין צוות העמותה, מערכת יחסי העבודה שהתערערה הובילה גם לשינוי בהרכב הצוות בתחנה. ממשק העבודה שבין רכזת הקלט בעמותה לבין הפסיכולוגית הקשה מאוד על המשך פעילותן המשותפת. העמותה סברה שהספק האבחונים של התחנה איננו כמוסכם בחוזה ההתקשרות בין העמותה לבין התחנה. כמו כן, צוות התחנה הפגין נוקשות בתפישתו המקצועית ולא

הסכים עם מהות התכנית ומשמעויותיה. בנוסף, על רקע יציאת הפסיכולוגית לחופשה ממושכת מעבודתה הספק האבחונים שהתחנה בצעה הצטמצם והלך באופן דרסטי עד כדי מצב דוגמת חודש מאי 2013 שבמהלכו לא היה ניתן לבצע אף לא אבחון אחד.

על רקע המתואר, רכזת קלט החרום בעמותה החליטה מתוקף סמכותה, להעביר בהדרגה אבחונים מהיחידה בבית החולים גהה לפסיכולוגית עצמאית שהוחלט להפעילה ישירות ע"י העמותה כמיקור חוץ. בחודש יולי 2013 ההתקשרות המקצועית בין העמותה לבין המרפאה הופסקה למעט רכישת מרכיב אחד שהוגדר הנחיה והיוועצות מקצועית עם מנהלת היחידה.

מאז כל האבחונים של ילדי קלט חרום התבצעו על ידי פסיכולוגית שהעמותה מפעילה במיקור חוץ בפקידה הישיר של רכזת הקלט ובניהולה. הושג סיכום בין העמותה לבין המרפאה שמנהלת היחידה בביה"ח גהה המשיכה לפיו לבצע מעין פקוח על, וספקה לפסיכולוגית שהעמותה מפעילה הדרכה מקצועית על בסיס שבועי. היא גם זו שאישרה עד לסיום שנת 2013 בחתימתה את אבחוני הפסיכולוגית. מאז העמותה גיבשה מדיניות שהאבחון יבוצע ע"י הפסיכולוגית שתהיה חלק מצוות העמותה בפן המקצועי ושעבודתה מבוצעת בפקוח ע"י רכזת קלטי חרום בעמותה באופן מלא.

ובמקביל לכך שכל ילד רואה רופא ילדים בקהילה בתוך 48 שעות מהגעתו למשפחת הקלט, התקשרה העמותה בדפוס העסקה של מיקור חוץ עם שני מומחי מקצועות בריאות נוספים, קלינאית תקשורת ופיזיותרפיסטית, שיופעלו בתהליך האבחון בהתאם לצורך וע"י כך נוצר צוות אינטרדיסציפלינרי רחב יותר לצרכי האבחון, מצב שמקרב מאוד את עבודת העמותה לרעיון המקורי של הפעלת תחנה ניידת עם צוות אבחון רב תחומי.

למושג "תחנה" שמלכתחילה כוון לתחנות האבחון ביחידות בריאות הנפש יש להתייחס מעתה באופן הכללתי תחנה כלשהי, היינו המסגרת שהעמותה מפעילה כצוות אבחון רב תחומי הוא למעשה התחנה בין אם מדובר בצוות שמועסק ישירות ע"י העמותה או בהסכם התקשרות שהעמותה ביצעה עם גורם ממסדי המהווה קבלן משנה לבצוע האבחונים.

תחנה ניידת לקלטי חרום בדרום (עמותת סאמיט)

שירותי האבחון לקלטי הדרום שמנוהלים ע"י עמותת סאמיט ניתנים על ידי מרפאה לפסיכיאטריה של הגיל הרך שפועלת בניהולו של דר' גל מאירי במחלקה לפסיכיאטריה בביה"ח סורוקה שבבאר שבע.

לאורך כל תקופתה תכנית לא חל שינוי בהרכבו של צוות התחנה והוא כלל פסיכיאטר מומחה - מנהל התחנה ופסיכולוגית התפתחותית המרכזת את פעילות האבחון של ילדי קלטי חרום. רמת הפתיחות להבנת התכנית ולשיתוף פעולה עם עקרונותיה הייתה חיובית ביותר מצד צוות התחנה ונוצרו דפוסי עבודה חיוביים בין רכזת הקלט והמנחות לבין הפסיכולוגית המאבחנת ומנהל התחנה. הדוחות שנכתבו ע"י התחנה שיקפו עבודה משותפת בין הפסיכולוגית לבין מנהל התחנה שתרם את פרספקטיבה פסיכיאטרית למקרה ככל שעלה צורך בהיוועצות שבינו הפסיכולוגית לבינו.

תחנה ניידת לקלטי חרום בצפון (עמותת מט"ב)

התחנה הוקמה בדצמבר 2012, אך פעילותה החלה רק בסוף ינואר 2013. התחנה הוקמה במסגרת היחידה לגיל הרך של המרכז הרפואי "זיו" שבצפת. היחידה כוללת פסיכיאטרית אחראית על היחידה לגיל הרך - מנהלת התחנה ומומחית המתמחה בפסיכולוגיה התפתחותית שמרכזת את כלל פעילות התחנה בפרויקט. גם כאן כמו ביחידות האחרות לפסיכיאטריה בגיל הרך מוצגת העמדה המקצועית שלא קיים צורך בצירופם של מומחים נוספים לצוות התחנה. גם בתחנה זאת הדעה הינה שהמתמחה בפסיכולוגיה כשירה לזהות בעיות בתחום הרפואי והפרא רפואי אצל הילד המאובחן ולגבש המלצות טיפוליות בתחומים אלה.

להערכתנו סוגיה מקצועית זאת איננה פטורה ומחייבת עיון נוסף שכן ניכרת מאד ההשפעה של הפסיכיאטרים על עמדה זאת, אך היא מחייבת ברור עם אוריינטציה מקצועית של רפואה התפתחותית ומומחים פרא רפואיים.

אנו מוצאים לנכון להדגיש שמודל התחנה הניידת בבסיסו מעוגן ברעיון של אבחון רב תחומי ולכן אין לקבל את התפישה שמוצגת על ידי הפסיכיאטרים כאילו אין כלל רלוונטיות אבחונית אצל ילד בגיל הרך בפרספקטיבה של דיסציפלינות רפואיות אחרות ויש להתבסס רק על האבחון הפסיכולוגי. הדעת נותנת שיש להתייחס לחוות הדעת של רופא הילדים או רופא התפתחות הילד ועל הפניית תשומת הלב ע"י הורה הקלט חרום והמנחה של משפחת הקלט. כאשר מנחת הקלט נחשפת לחוו"ד של גורמים השונים בהתייחס להתנהגות של הילד עליה לפעול לבצוע אבחון גם של מקצוע בריאות פרא רפואי שיש לו מן הסתם ערך מקצועי משלו בתהליך האבחון. מנקודת ראות המחקר אין להתבסס אך ורק על חוו"ד של הפסיכולוגיה והמשמעות של אבחון רב תחומי חייבת לקבל ביטוי ברוח העיקרון שהותווה במודל התכנית.

4.3 העיקרון של תכלול דוחות האבחון

במסגרת המחקר בדקנו באיזו מידה הובילה התכנית לשיפור האיכות של דוח אבחון מתכלל אשר נכתב ע"י מנחות משפחות הקלט בהתבסס על דוחות אבחון של הצוות הרב תחומי ועל דיווחים ומידע שמנחת הקלט אמורה לאסוף ממוסדות חינוך (גן / ביי"ס) ומגורמי טיפול כלשהם שראו את הילד במהלך שהותו במשפחת קלט החרום. העיקרון של בצוע דוח מתכלל הינו אחד מעמודי התווך הנוספים של מודל משולש האומנה. דוח אבחון מתכלל אמור להיות אחת מהתפוקות העיקריות של תכנית שדרוג הקלט. ככל שהרמת המקצועית של הדגשת ממצאי אבחון עיקריים, כתיבה אנאליטית של מרכיבי הדוח כשהם לא מתערבבים זה בזה מבחינה מקצועית והבאת מידע נוסף לדוח מעבר למה שקיבל ביטוי בדוח של כל אחד מאנשי הצוות הרב תחומי כך המשמעות של הדוח המתכלל תהיה רבה יותר הן אצל העו"ס לחוק נוער, הן אצל ועדות תכנון טפול והערכה והן בעיני השופטים בבתי המשפט. הדוח המתכלל אמור לשמש בסיס מקצועי ומהימן לגיבוש החלטות על עתידם של ילדי הקלט בועדות תכנון טיפול והערכה ובבתי המשפט לנוער. הנחת הייסוד של מודל התכנית היא שכלל שהדוח האינטגרטיבי יהיה אנאליטי וממוקד בהסתכלות הכוללת על מצב הילד כך הוא ייתפש כיותר איכותי ורמת השפעתו על מקבלי החלטות תגדל.

עריכת דוח שבנוי על אבחון מומחים מדיסציפלינות ומוסיף ערך מקצועי בעצם האינטגרציה והמידע הנוסף שהוא מספק מחייב מיומנות גבוהה. מאחר ומיומנות זאת ניתנת להרכשה היה מקום במהלך ההדרכה של מנחות הקלט להכשירן גם בקורס מקצועי של כתיבת אינטגרטיבית – אנאליטית. נושא זה לא הגיע לידי מיצוי ביישום התכנית במהלך תקופת המחקר.

השונויות של אבחון והדגשת מרכיבי טיפול שונים בצוות רב תחומי אחד מאפשר מצד אחד, לתרום לטיפול בילד את התרומה הייחודית של כל מומחה שיבצע אבחון ומצד שני לאפשר מעין "קונסוליום" בין מקצועי כשיקוף למצב הילד בעקבות הטראומה הקשה שהוא חווה ולגבש המלצות מיטביות לגבי הטיפול בבניית עתידו. ככל שהדוח המתכלל מציג מסקנות בהירות וחד משמעיות לרבות המלצות אופרטיביות המתבססות על כלל הממצאים כך יש סבירות גבוהה שהתמונה השלמה והמקיפה יותר שהדוח מציג על מצבו של הילד ושל צרכיו הייחודיים תתרום ותסייע למקבלי ההחלטה על עתידו.

המחקר בחן באופן מדגמי דוחות שנכתבו במהלך תקופת המחקר. נבחנה הן מידת האינטגרטיביות של הדוח והערך המוסף שניתן בתכנון והן את הייחודיות הפרופסיונאלית שקיבלה ביטוי בהערכת נורמטיביות התפקוד של הילד בדוח המקצועי של כל אחד מחברי צוות האבחון בפני עצמו. במוקד המחקר עמדה השאלה, האם חל שינוי ומהי משמעות השינוי שחל בדוחות שנכתבו במהלך תקופת הניסוי של התכנית לעומת דוחות שנכתבו בתקופה שקדמה לה.

בוצע ניתוח השוואתי בין 14 דוחות אבחון מתכללים שנכתבו במסגרת התכנית (שבעה דוחות של "אור שלום", חמישה דוחות של מט"ב ושני דוחות של "סאמיט") לבין שבעה דוחות שנבנו בתקופה שקדמה לתכנית (ארבעה של "אור שלום" ושלושה של "סאמיט"). יצוין, כי למרות הפניות החוזרות ונישנות לרכזת הקלט בעמותת "סאמיט" ולפרויקטורית של התכנית בבקשה לקבל דוחות אבחון

מתכללים של סאמיט, העמותה העבירה לרשות המחקר 4 דוחות בלבד 2 מהם נכתבו לפני התכנית 21 הנוספים במסגרתה. בדומה לכך החוקרים לא זכו לשיתוף פעולה בקבלת דוחות שלפני התכנית מעמותת מט"ב. מכאן, הסיבה ליחס הלא פרופורציונאלי בהשוואה בין תקופת התכנית לבין אלה שנכתבו לפנייה ולהתפלגותם לפי שלושת העמותות. מנקודת ראות מחקרית עלינו להבהיר שיתכן וקיימת שונות בין הדוחות המתכללים בכל אחת מהעמותות כתוצאה ממיומנות שונה של רכות הקלט אשר סייעה למנחות הקלט בכתיבת הדוח האינטגרטיבי המחקר לא נכנס לבחינת עומק של סוגיה זאת מפאת העדר מספיק דוחות כבסיס לנתוח.

עם זאת ניתוח הדוחות שהתקבלו מעלה כי הן הדוחות שנכתבו בתקופה שקדמה לתכנית והן אלה שנבנו במסגרתה כללו מספר מרכיבי ליבה זהים המהווים את עיקר תוכנם. לצורך השוואת הדוחות נבחנו מספר פרמטרים כפי שיובא להלן:

ניתוח משווה בין דוחות שלפני התכנית לבין דוחות שנכתבו במהלכה:

דוחות במסגרת התכנית			דוחות לפני התכנית	מרכיבי הדוח
סאמיט	מט"ב – לא בוצעה השוואה עם דוח טרום הפרויקט	אור שלום		
מידע דל או חסר	ציון הגורם המלווה בלבד	פרוט מלא סיבה ונסיבות וציון הגורם המלווה	מידע חסר - כמעט לא קיים	נסיבות הכנסת הילד לקלט - אנמנזה
בדומה לדוח לפני התכנית עם הרחבה לגבי התנהגויות המאפיינות את הילד	לא תיאור הכולל: - הופעה חיצונית - ניקיון הילד - התנהגויות מאפיינות - מצב בריאותי	בדומה לדוח לפני התכנית ופעמים בתוספת התייחסות לחפצים אישיים שהילד הגיע איתם אם היו כאלה, כמצביעים על הבנה בסיסית של ההורה הביולוגי לצרכי נפש הילד	תיאור מפורט הכולל: - הופעה חיצונית - ניקיון הילד - ציוד שהביאו עמו - כיצד נפרד - התנהגויות מאפיינות - מצב בריאותי	תיאור מצב הילד בעת הגעתו למשפחת הקלט – אנמנזה ודיאגנוזה
ללא הבדל מדוחות שנכתבו לפני	תיאור התנהגות הילד - הרגלי שינה	ללא הבדל מדוחות שנכתבו לפני	- תיאור התנהגות הילד - הרגלי שינה - הרגלי אכילה	תיאור הילד

דוחות במסגרת התכנית			דוחות לפני התכנית	מרכיבי הדוח
סאמיט	מט"ב – לא בוצעה השוואה עם דוח טרום הפרויקט	אור שלום		
התכנית למעט הרחבת מצב נפשי ורגשי	- הרגלי אכילה - הרגלי ניקיון - קשר עם ילדים נוספים (אחים או ילדים מהקלט)	התכנית	- הרגלי ניקיון - קשר עם דמויות מטפלות - קשר עם ילדים נוספים (אחים או ילדים מהקלט)	במשפחת הקלט – אנאליזה ודיאגנוזה
בדומה לדוח לפני התכנית	-סוג מסגרת -רמת הסתגלות -רמת תפקוד - קשרים עם ילדים נוספים ועם הצוות	- בדומה לדוח לפני התכנית תוך הרחבה על - הישגים לימודיים שהמוס"ח דיווח או התבקש לדווחם	- סוג המסגרת - רמת הסתגלות - רמת תפקוד במוסד החינוכי - קשרים עם ילדים נוספים ועם הצוות במוסד החינוכי	השתלבות במסגרת חינוכית בזמן השהות בקלט – אנמנזה ואנאליזה
דיווח מפורט -תדירות המפגשים -משך המפגש -התנהגות הילד במפגשים -טיב ועוצמת הקשר הדיאדי - פרוט תוצאות והשלכות המפגשים	דיווח קצר על -תדירות מפגשים -התנהגות הילד במפגשים -טיב הקשר הדיאדי	דיווח מפורט על תהליך הדיאדה הורה ביולוגי - ילד - תדירות המפגשים - משך המפגש - מבנה ומרכיבי כל מפגש - טיב ועוצמת הקשר הדיאדי - התנהגות הילד במפגשים - תוצרי הדרכת הורים - המלצות לשיפור תפקוד הורה ביולוגי	התייחסות מועטה על טיב הקשר כפי שדווחו ע"י גורמי בצוע הדיאדה	קשר של הילד עם משפחתו הביולוגית - אנמנזה

דוחות במסגרת התכנית			דוחות לפני התכנית	מרכיבי הדוח
סאמיט	מט"ב – לא בוצעה השוואה עם דוח טרם הפרויקט	אור שלום		
- בדומה לדוח טרם התכנית	- סיכום מעקב רפואי ותוצאות בדיקות	- בדומה לדוח טרם התכנית	- תמצית מעקב רפואי ותוצאות בדיקות - ציון חיסונים של טיפת חלב במידה ובוצעו	בדיקות רפואיות – אנמנזה אנאליזה ודיאגנוזה
- אבחון לכל ילד – בנוסף לדוח כבעבר מושם דגש על מצב נפשי ורגשי - תפקוד ורמת התפתחות - תפקוד קוגניטיבי - יכולת הסתגלות בשונה מדוחות טרם תכנית יש מידה מועטה של אנאליזה, אך אין בדוח מתכלל כל פרוגנוזה	- אבחון לכל ילד – ממצאים ומסקנות לגבי התפקוד הקוגניטיבי, השפתי והרגשי - תוצאות הערכה הפסיכיאטרית ציון היבטים של אנמנזה, אנאליזה ופרוגנוזה	- אבחון לכל ילד – בנוסף לדוח כבעבר מושם דגש על ממצאים ומסקנות בתחום ההתפתחותי, הרגשי והקוגניטיבי - הדגשת מאפיינים התנהגותיים בשונה מדוחות טרם תכנית יש מידה בסיסית של נתוח – אנאליזה וכן פרוגנוזה	- האבחון לא הווה מרכיב קבוע לכל ילד בשהותו בקלט ובוצע רק ע"פ צורך שעלה לדעת מנחת הקלט - התייחסות המנחה בלבד לתפקוד מוטורי, שפתי, רגשי וחברתי	אבחון התפתחותי רגשי וקוגניטיבי – אנאליזה ודיאגנוזה
- לגבי הצורך בסידור קבוע ולטווח ארוך -המלצה למסגרת קבע - אבחון וטיפול בתחום פרא-רפואי -טיפול דיאדי במידה ויוחלט על מסגרת ביתית -הפניה לטיפול נפשי	-התייחסות לגבי הצורך בסידור קבוע ולטווח ארוך - המלצת לטיפול פסיכולוגי -אבחון וטיפול בתחום פרא-רפואי -הדרכת הורים	-אבחון וטיפול רגשי -אבחון ריפוי בעיסוק -מעקב התפתחותי רגשי -טיפול דיאדי במידה ויוחלט על מסגרת ביתית מוצגת פרוגנוזה חלקית מאד	-המלצות לגבי מסגרת קבע -המלצות טיפוליות לא הוו מרכיב קבוע בדוח טרם התכנית	המלצות טיפוליות ואופרטיביות - פרוגנוזה

דוחות במסגרת התכנית			דוחות לפני התכנית	מרכיבי הדוח
סאמיט	מט"ב – לא בוצעה השוואה עם דוח טרם הפרויקט	אור שלום		
הדוח המתכלל כולל אנמנזה חלקית מאד, דיאגנוזה ופרוגנוזה ברורים מפורטת	ביולוגיים -מעקב התפתחותי ופסיכיאטרי הדוח של התחנה כולל אנמנזה חלקית, דיאגנוזה ברורה ופרוגנוזה מפורטת			
תכלול מעמיק ואינטגרטיבי של כלל ממצאי האבחון -הסקה אנליטית על בסיס תוצאות וממצאי האבחון של התחנה הדוח המתכלל מביא ערך מוסף חיובי מאד של סינתזה וכולל מידע ותובנות של מנחת הקלט	-חזרה על ממצאים ומסקנות של צוות התחנה -היעדר סיכום מתכלל ואנליזה ממצאים מצד המנחה הדוח המתכלל חסר כל ערך מוסף של סינתזה	- הדוח של תחנת בי"ח גהה כלל היבטי דיאגנוזה ופרוגנוזה יותר מאשר הדוח של הפסיכולוגית העצמאית, בדוח המתכלל יש חזרה על ממצאים ומסקנות של הפסיכולוגית -לא קיים תכלול של המנחה אין מימד של סינתזה. חסר הדגשת תובנות מקצועיות של מנחת הקלט ומידע נוסף שהיא מביאה מעבר לדוחות המומחים.	-התייחסות לקיום מסגרת קבוע ולטווח ארוך	סיכום מתכלל של מנחת הקלט - סינתזה

נתוח הממצאים שפורטו בטבלה לעיל מצביע על מספר הבדלים משמעותיים בין מאפייני הדוחות שנכתבו בתקופה שלפני התכנית לבין אלה של הדוחות שנבנו במהלכה. הבדלים בולטים במיוחד התגלו בהיקף ובמקצוענות בו תוארו ממצאים המתייחסים לשלושה מרכיבים הבאים:

- הדגשת היבטים שעלו מניתוח הקשר הדיאדי (הורה ביולוגי – ילד)
- אבחון פסיכולוגי התפתחותי מפורט יותר מבעבר
- הצגת מערך המלצות טיפוליות ואופרטיביות במיוחד בדוחות של התחנות - הפסיכולוגיות

התייחסותם של דוחות שנבנו לפני התכנית לקשר הדיאדי (הורה ילד) הצטמצמה לתיאור קצר ושטחי של קיום מפגשי הדיאדה במרכזי קשר שהתמקד בפירוט מתומצת מאד של מאפייני התנהגות הילדים במהלך המפגשים והערות לא ממוקדות בטיב הקשר בינם לבין הוריהם הביולוגיים.

לעומת זאת, התייחסותם של דוחות האבחון המתכללים של התכנית נתן ביטוי מקיף ומעמיק יותר לקשר הדיאדי שבין ההורה הביולוגי לבין הילד בכל אותם מקרים שכבר בוצע ע"י מנחת הקלט תצפית מתערבת במפגשי הדיאדה. תאור הנושא תופס נפח משמעותי בתוכן הדוחות של שלושת העמותות. ניכר כי המנחות שחברו את הדוחות ייחסו חשיבות רבה לאבחון הקשר הדיאדי ולתרומת ממצאיו לגיבוש מסקנות והמלצות אופרטיביות. תאור הנושא בדוחות התכנית מאופיין בשיטתיות ובמקצוענות רבה יותר מזו שקיבלה ביטוי בדוחות שקדמו לתכנית. מנחות העמותות אור שלום וסאמיט "הגדילו ראש" בתיאור הנושא ובחלק מהדוחות תארו תוצרי הדרכת הורים ביולוגיים שהתקיימה במהלך הכשרה להערכת הדיאדה. כמו כן, מנחות עמותת סאמיט התייחסו להשלכות המפגשים על התנהגות הילדים בקלטים ועל מצבם הנפשי והרגשי. ניכר כי המנחות משלושת העמותות משתדלות ליישם את התובנות והכלים להערכת הקשר הדיאדי שנרכשו במהלך ההכשרה ולגבש פתרונות טיפוליים מיטביים בתחום זה.

בדומה לכך, המחקר זיהה פער מהותי בין הדוחות משתי התקופות בהתייחסותם לאבחון פסיכולוגי התפתחותי שהילדים עוברים במהלך שהותם בקלט. בדוחות של התקופה שלפני התכנית תאור ממצאי האבחונים לא הווה מרכיב קבוע בתוכנם. בתקופה טרום התכנית האבחונים לא הוו חלק מסל השירותים הקבוע שקבלו הילדים בקלט ובוצע על פי הצורך בלבד בהתאם לשיקול הדעת של מנחות הקלט. כתוצאה מכך, גם כאשר בוצע אבחון פסיכולוגי התייחסות הדוחות לתחום פסיכולוגי התפתחותי הצטמצמה לרוב לתיאור שבוצע ע"י המנחות על תפקודם המוטורי, השפתי והרגשי של הילדים.

בניגוד לכך, התייחסותם של דוחות התכנית לתחום התפתחותי הפסיכולוגי והרגשי בכלל ולממצאי האבחונים בפרט הנה רחבה ומקצועית מאוד. ניכר מאד שנושא האבחונים קיבל שדרוג משמעותי ביותר במסגרת תכנית משולש האומנה. בקבוצות מיקוד של העו"ס לחוק נוער שבוצעו בשלב ההתחלתי של יישום התכנית ציינו חלק ניכר מהעו"ס לחוק נוער שהן אינן רואות כל תרומה בוחות והן לא מזהות מה השנוי או התרומה של מודל התחנה הניידת והאבחון הרב תחומי. בראשית יישום התכנית העו"ס לחוק נוער לא ראו כל צורך בדוח מתכלל. עמדות אלה קיבלו תפנית מוחלטת בקבוצות המיקוד

שהתקיימו בשלבים המאוחרים של המחקר. מרבית העו"ס לחוק נוער ציינו שהדוחות מפורטים יותר ומבהירים יותר את הממצאים שעלו באבחון ואת ההמלצות לטיפול בילד. ניתן ביטוי ברור לתרומה של דוחות אבחון מתכללים המשקפים את המשמעות של שדרוג הקלט על ידי הכללתו של אבחון רב מקצועי בסל שירותים הקבוע של הקלטים. האבחון מאפשר ליצור תמונה בהירה ומקיפה של מצבו הנפשי הרגשי וההתפתחותי של כל ילד ולשקף את מאפייניו מצבו בתוכן הדוחות. במסגרת קבוצות המיקוד והראיונות שהתקיימו בשלבי המחקר המאוחרים הודגש גם על ידי העו"סיות לחוק נוער וגם על ידי יו"ר ועדות תכנון טפול והערכה שהדוחות בעקבות השדרוג של קלט החרום ובצוע אבחון רב תחומי מסייעים הן לעומק הכתיבה של תזכירים לבית משפט והן לשיקול הדעת במסגרת דיוני ועדות התכנון טפול והערכה. הבעייתיות האחת שהוצגה התמקדה בכך שלא תמיד הדוחות הללו מגיעים בזמן ואם הסכום מבוצע באחור מה ומועבר לוועדה באחור מתקבלות החלטות ללא שהונח לפני הוועדה הדוח המתכלל וכתוצאה מכך הוא מאבד כל ערך.

ניתן לזהות הבדלים בין דוחות של שלושת העמותות בהדגשים ובנושאים בהם מתמקדות המנחות בהתייחסותן לממצאים ומסקנות של אבחוני התחנות. ההבדלים נובעים מהשוני בהרכב המקצועי של תחנות האבחון של שלושת העמותות, בגישתם המקצועית של הצוותיהן ובשיטות אבחון בהן נוקטת כל תחנה (ראה פירוט בסעיף 4.3 ו-3.4).

לדוגמא: דוחות אבחון של עמותת מט"ב מתייחסים בהרחבה למצבם הנפשי של הילדים ולממצאי הערכה בפרספקטיבה פסיכיאטרית. מן הסתם הסיבה לכך היא שלהבדיל משתי התחנות מרכז ודרום, מנהלת תחנת צפון לוקחת חלק פעיל באבחון של כל ילד ומשלבת את מסקנותיה בדוחות אבחון של התחנה. ואילו בדוח המתכלל שנכתב בצפון אין כל ביטוי למתדולוגיה ולמיומנות הנדרשת לכתיבת דוח מתכלל.

בדוח של המרכז "עמותת אור שלום" מושם דגש על האבחון הפסיכולוגי שמשקף מידה סבירה של נתוח מצב הילד לרבות פרוגנוזה היינו התייחסות לעתיד התפתחותו של הילד, מושם דגש על מאפיינים התפתחותיים וקוגניטיביים של הילד כמו כן במחוז מרכז יש בטוי רחב יותר מהמחוזות האחרים לאבחונים רב תחומיים נוספים וקיים דוח מתכלל שמציג מידה רבה של חזרתיות על האבחון הפסיכולוגי מידה מוגבלת של מידע על מצב הילד על פי דווח מוסד החינוכי שלו.

בדוח של הדרום וירושלים יש רמת נתוח גבוהה באבחון הפסיכולוגי שמבצעת התחנה מוצגות המלצות טיפוליות ואופרטיביות בסיתנה בין הדוחות השונים הרפואי הפסיכולוגי וגם מנקודת הראות של המנחה על מצב הילד במשפחת הקלט ובמערכת החינוך.

השוני המהותי שנמצא בין דוחות בעבר טרום התכנית לבין הדוחות שנכתבו בתקופת התכנית בעיקר בשלבים המאוחרים יותר של המחקר כמלמדים על כך שתוצאה מהעובדה, שבעבר טרום התכנית, אבחונים פסיכולוגיים התפתחותיים לא הוו מרכיב קבוע בסל השירותים של הקלטים ולכן גם ילד שבוצע לגביו אבחון המאבחן נמנע מלכתוב בבהירות וחד משמעיות המלצות בתחום הטיפול/פסיכולוגי התפתחותי. לעומת זאת, דוחות התכנית של שלושת העמותות מציגים לרוב מערך המלצות

מקיף בתחום הטיפול. ההמלצות מתייחסות הן לתחום פסיכולוגי התפתחותי וגם מנקודת הראות של הפסיכולוגית המאבחנת המלצות לצרכי הילדים בתחומים פרא רפואיים התייחסויות מאד כלליות שלהן לגבי הצורך בשיפור הקשר הדיאדי.

לעומת זאת, מעט דוחות בשלושת העמותות כוללים הצעות בהירות בקשר למסגרת קבע המותאמת לדעת המאבחן לצרכי הילד. בדרך כלל מסתפקים בהמלצה מעורפלת לגבי הצורך באיתור מסגרת קבע יציבה לכל ילד. ראוי לציין שבעניין זה המחקר מצא שבדוחות שקדמו לתכנית היתה מגמה רחבה יותר של המאבחנת לכלול הצעות מפורשות למסגרת קבע מיטבית לילד.

בנוסף להבדלי תוכן בין דוחות התכנית לבין אלה של התקופה שקדמה לה נמצא גם שיש הבדלים טכניים במבנה הדוחות של שלושת העמותות.

הממצא המשמעותי ביותר בהקשר זה הוא שהן בדוחות שקדמו לתכנית והן בדוחות שנכתבו במסגרתה חסרים אינטגרציה -כתיבת סינתזה שתכלול את כלל הממצאים כחלק מגיבוש בסיס עובדתי ומהימן לקביעת מערך המלצות הן בתחום הטיפולי והן ביחס למסגרת קבע מיטבית לכל ילד. ניכר, כי מנחות העמותות שחברו את הדוחות לפני התכנית ובמהלכה לא השכילו לבצע הסקה אנליטית בהתבסס על סך הנתונים המתקבלים הן מתחנות אבחון והן מגורמים נוספים ולתרום בכך את הערך המוסף שלהן לתהליך האבחוני.

לרוב, הסתפקו המנחות בסיכום מתומצת של מסקנותיהם של כלל הגורמים שהשתתפו בתהליך. עם זאת ראוי לציין לטובה את הדוחות המתכללים של המנחות מעמותת סאמיט שכן השכילו לבצע מידה רבה יותר מהאחרים של תכלול, הסקה אנליטית של תוצאות וממצאי האבחונים וכסכום מתכלל לבסס את המלצות על פי האבחונים ולהוסיף מידע והערכה שמעוגנת בהכרתן את הילד במסגרת הנחית משפחת הקלט ופעמים מידע ששאבו ממסגרות החינוך ומעו"ס המשפחה הביולוגית.

5. תרומת התכנית בעיני גורמים מעורבים

5.1. נקודת הראות של יו"ר ועדות תכנון, טיפול והערכה

במסגרת המחקר רואיינו שלוש יו"ר של ועדות תכנון, טיפול והערכה לגיל הרך במטרה לבחון את התייחסותן למטרות התכנית, למשמעותה בעיניהן ולתרומתה כשדרוג קלטי חרום. הרכב הוועדות כולל בדרך כלל: יו"ר וועדה מטעם המחלקה לשרותים חברתיים ברשות המקומית, עו"ס חוק האימוץ - השירות למען הילד, ראש צוות של המחלקה, עו"ס לחוק נוער, עו"ס משפחה. לרוב בישיבות הוועדה משתתפים גם ההורים הביולוגיים של הילד הנדון ועו"ס שמתפקדת כמנחת משפחת קלט החרום. (לעיתים רבות המנחות אינן מגיעות ומסתפקות בהגשת דוח לוועדה). לדעת כל היו"ר קיימת חשיבות רבה לנוכחות הפיזית של מנחות הקלט בוועדות ואין מקום להסתפק בהגשת הדוחות בלבד.

היו"ר דווחו כי מתוך סה"כ המקרים הנדונים בוועדות כמות התיקים הנוגעים לילדי הקלט, נמוכה יחסית ולא עולה על 10%. הדיונים בוועדות מתקיימים בהתאם לחוק נוער ולצווי בתי משפט לנוער. הוועדה נדרשת לקיים דיון בתיקו של כל ילד בתדירות של פעם בחצי שנה לפחות. אולם, לאחרונה בעקבות מעורבותם ההולכת ומתעצמת של עורכי דין מטעם ההורים הביולוגיים בתיקי הילדים, תדירות הדיונים גבוהה יותר. נהוג לקיים דיון בתיק של כל ילד לקראת כל דיון העוסק בילד בבית המשפט. בסיום כל דיון על כל ילד מתקבלות החלטות לגבי המלצות הוועדה על עתידו. במרבית המקרים, נוהגים השופטים לאמץ את ההמלצות שמביאה בפני בית המשפט העו"ס לחוק נוער שמציגה את התזכיר שהיא עורכת בעבור בית המשפט, את מסמכי האבחונים שבוצעו לגבי הילד, את הדוח המתכלל של מנחת הקלט ואת החלטות הוועדה.

מטרת פעילות הוועדה היא לגבש תכנית טיפולית מיטבית ולקבל החלטה על מסגרת קבע לכל ילד בהלימה לצרכיו ובהתבסס על כלל המידע הנחשף לפניה מהמקורות השונים. במהלך הדיון בוועדה מציגה מנחת קלט המרכזת את הטיפול בילד בתקופת שהייתו בקלט החרום, את מצבו ותפקודו בקלט ומפרטת את עיקרי הממצאים של דוח האבחון המתכלל אשר עודכן על ידה לקראת הדיון.

ככלל, רואות היו"ר של הוועדות בקלט חרום כלי חשוב המספק מענה הולם לילדים הנמצאים במצבי חרום ולעיתים הקלט אפשר את הצלת הילד. יחד עם זאת, הדגישו כל היו"ר שיש לפעול בכל דרך שתקופת השהות בקלט לא תיערך מעבר ל-3 חודשים על מנת שתהליך הפרידה של הילד מהורי הקלט ומעברו למסגרת קבע לא יהיה קשה מדי לילד ולא יסב לו נזק נפשי ובריאותי נוסף על זה שכבר עבר בעת הוצאתו מהוריו הביולוגיים. היו"רים ציינו כי מרבית הקלטים עמוסים בילדים כיוון שאותו מעט משפחות שמוכנות להיות משפחת קלט חרום ושנמצאו מתאימות לכך. על כן כל משפחה קלט מטפלת בו -זמנית בארבעה ילדים ויותר. לכן, לעיתים קליתו של הילד לא מתבצעת באופן חלק ומספק והילד הנקלט אינו מקבל את מלוא התייחסות הנדרשת לו. מכאן החשיבות להשקיע יותר בגיוס משפחות קלט ובהכשרתן ולהקצות לכך את המשאבים הנדרשים.

שלושת היו"ר ציינו כל אחד בפני עצמה, כי משרד הרווחה והשירותים החברתיים מעדיף לא להוציא ילדים מביתם בצו חרום ולהעבירם לקלט, אך לפעמים אין ברירה במידה קיים חשש ממשי לחייו של הילד ולבריאותו ולכן יש הכרח לאתר מספיק משפחות שתהיינה זמינות לקלוט ילד במצב חרום.

ממצאי הראיונות מעלים כי במועד קיום הראיונות הראשונים היו"ר כלל לא היו מודעות לקיום התכנית ולא הכירו את מטרותיה ומאפייניה. הן ציינו שגם בתקופה שקדמה לתכנית נהגו מנחות קלט להגיע לדיוני הוועדות שעסקו בילדי הקלטים ולהציג ממצאי דוחות ולפרט את התרשמותן על מצבו של הילד בקלט. בדרך כלל כאשר מחה מגיעה לדיון בוועדה היא מגלה מעורבות ואקטיביות במהלך הישיבה ובתהליך קבלת ההחלטות אודות עתיד הילד שכן היא כמנחת הקלט מכירה באורח מקצועי ומיטבי את מצבו של הילד כמי שגם רואה אותו תדירות בבית משפחת הקלט וגם מכירה היטב את מכלול האבחונים המקצועיים שבוצעו לילד בתקופת שהייתו בקלט.

כיוון שהן עו"ס משפחה והן עו"ס לחוק נוער המשתתפות בוועדה מלוות את תהליך שהותו של הילד בקלט ומקבלות גם הן את ממצאי האבחון המעודכנים וכן מידע נוסף על מצבו ממנחת קלט, מרבית ממצאי הדוח המתכלל המוצג ע"י המנחה בוועדה לא מהווים הפתעה עבור חבריה. בכך, מתאפשרת ההתמקדות העניינית בדיוני הוועדה ונבנה בסיס לניהול תהליך קבלת החלטות מקצועי ואפקטיבי.

בראיונות שהתקיימו בשלבי המחקר המאוחרים עם יו"ר הוועדות הוצגה על ידי כל אחד מהם המשמעות והחשיבות של התכנית ביכולתה לאפשר לחברי הוועדות קבלת מידע מקיף ומקצועי על מצבם ההתפתחותי, הבריאותי והנפשי של ילדי הקלט מתחומי אבחון שונים. ככל שיש בדוח בטוי רב תחומי וככל שיש דוח מתכלל ממוקד שמסקף את הממצאים מהאבחונים השונים כך ניתן יותר להתבסס עליו במהלך גיבוש תכנית טיפול מיטבית לכל ילד. מנחת קלט מספקת מידע חשוב בזמן אמת ומהווה מקור עיקרי ממנו מקבלים חברי הוועדה נתונים אובייקטיביים על תפקודו ומצבו של הילד בקלט. לדעתן חל שיפור משמעותי באיכות הדוחות שהוצגו להן בתקופה האחרונה על רקע יישום תכנית האבחון הרב תחומי והכנת דוח מתכלל מפורט של מנחת הקלט. למידע הנמסר על ידי מנחת הקלט יש השפעה משמעותית על החלטות המתקבלות בוועדה בנוגע לעתידו של הילד הן בפן הטיפולי והן בהקשר לקביעת מסגרת קבע המתאימה לצרכיו.

5.2. תפישת התכנית על ידי עו"ס לחוק נוער ברשויות מקומיות

במהלך בצוע המחקר התקיימו שתי קבוצות מיקוד עם עו"ס לחוק נוער ברשויות מקומיות אחת ממחוזות מרכז ות"א (6 משתתפות) והשנייה ממחוז דרום (13 משתתפות). מחוז הצפון לא הצליח לארגן לצרכי המחקר מפגש משותף לקבוצת עו"ס לחוק נוער ולא התקיימה בו קבוצת מיקוד אנו מניחים שהסיבה לכך היא התנעתה המאוחרת יחסית של התכנית במחוז הצפון והעובדה שרק עו"ס מעטות נחשפו לתכנית ולממצאי האבחון הרב תחומי במסגרת עבודתן במהלך תקופת המחקר.

בקבוצות המיקוד למדו החוקרים על תפישת התכנית וההתייחסות של עו"ס לחוק נוער למהותה, למטרותיה ולתרומתה המעשית לילדי הקלט. הפעילות בקבוצות התמקדה בבחינת משמעות השנוי בדוחות האבחון על רקע עבודת התחנות הניידות, הבנת המשמעות של דוח מתכלל ומידת התרומה של התכנית מנקודת הראות של עו"ס לחוק נוער, לגיבוש החלטות אופרטיביות על עתידם של ילדי הקלט.

במהלך דיוני הקבוצות הוצגו לעו"ס המשתתפות שני דוחות אבחון של ילדי הקלט- דוח א' שנכתב לפני התכנית ודוח ב' היה דו"ח מתכלל שנכתב במסגרת התכנית. המשתתפות התבקשו לחוות את דעתן על שני הדוחות, להשוות ביניהם, לציין חסרונות ויתרונות של כל דוח ולהחליט איזה משני הדוחות מהווה בסיס מהימן ותורם יותר לקבלת החלטות על עתיד הילד המאובחן. בסיום הדיון התבקשו העו"ס להעריך את התוכן של הדוחות ע"פ מדדים המדורגים בסולם מ-1 עד-5 כפי שתואר בטבלה שלהלן. העבודה בקבוצה נעשתה בשלבים הבאים:

- 1) קריאה של הדוח הראשון.
- 2) קיום דיון קבוצתי כניתוח ממצאיו ומסקנותיו.
- 3) קריאה של הדוח השני.
- 4) קיום דיון קבוצתי כניתוח ממצאיו ומסקנותיו.
- 5) קיום דיון משווה על מאפייניהם ומרכיביהם של שני הדוחות, השוואה על פי פרמטרים שהוצגו מראש למשתתפות.
- 6) דרוג כל אחד מהדוחות ע"י חברי הקבוצה כל אחד בפני עצמו.
- 7) דיון מסכם הסכמה על הערכת הדוחות ועל תרומת מרכיבי התכנית לשדרוג הקלט חרום

ככלל, בקבוצה הושגה הסכמה כי דוח ב' שנכתב במסגרת התכנית מקיף, מקצועי וברור יותר מדוח א' שנכתב לפני תחילת התכנית. רוב המשתתפות טענו כי להבדיל מדוח א', הדוח שנכתב בתקופת התכנית יכול לשמש בסיס לקבלת החלטות וההתייחסות שלהן אליו כעו"ס לחוק נוער עניינית יותר. בעבר טרם הפעלת התכנית טענו רוב המשתתפות שהן לא התייחסו ברצינות מקצועית רבה מדי לעבודת מנחת קלט החרום כיון שלדעתן הן לא מנוסות ומקצועיות בדומה לעו"ס לחוק נוער שהן בד"כ ותיקות ומנוסות ומכירות היטב את הילד ואת משפחתו הביולוגית.

בשני הדוחות חסר היה רקע על המשפחה הביולוגית ועל טיב הדיאדה הורה-ילד. למרות שרוב המשתתפות בשתי הקבוצות ציינו כי דוח א' משקף בבהירות את יחסו האישי ומעורבותו המקצועי של כותב הדוח, רמת מקצועיותו ומידת תרומתו להבנת מצב הילדים לוקה בחסר בהשוואה לתוכן וצורת הכתיבה שהוצגה בדוח ב'. לטענת המשתתפות, בדוח א' גם הייתה חסרה ההתייחסות מפורטת ומעמיקה להיבטים פסיכולוגיים, התנהגותיים ופסיכיאטרים של התנהגות הילדים ותפקודם במשפחת הקלט המשתקפים באופן בולט מאד בדוח ב' שהוא המבוצע בתקופת היישום של תכנית משולש האומנה. בדוח א' הייתה לרוב התייחסות מפורטת למצב הרפואי של הילד בעוד שבדוח ב' לרוב חסר פרוט של המצב הרפואי והוא מתמקד בעיקר במצבם הקוגניטיבי הנפשי והרגשי. מסקנת המשתתפות הייתה כי רמתו המקצועית של דוח א' אינה מספקת ותוכנו דל מכדי לשמש בסיס עובדתי להסקת מסקנות אודות מצב הילדים ולגיבוש מסלולי התפתחות עתידיים עבורם.

המשתתפות הסכימו כי בדוח א' מוצג חוסר מומחיות ומקצוענות הקיימים ללא ספק בדוח ב', הנכתב במסגרת התכנית ועל בסיס עקרונותיה. דוח ב' כלל פרוט של המלצות לבחירת מסלולי התפתחות עתידיים עבור הילדים המאובחנים.

המשתתפות בשתי הקבוצות ציינו כי בתי משפט מתייחסים בעיקר לחוות דעתה של עו"ס לחוק נוער ולתזכירה המועבר לעיון השופט. התזכיר כולל בעיקר עובדות ותיעוד של תקופת שהות הילד בקלט ופחות כולל ממצאי אבחונים בתחום הקוגניטיבי הרגשי והנפשי. לכן, ברורה חשיבותו של הדוח המתכלל ותרומתו לגיבוש טוב יותר של התזכיר ויש בו כדי לסייע להבנת בית המשפט את תמונת המצב הכוללת של הילד.

המשתתפות בקבוצות התבקשו לשקף באופן כמותי באיזה מידה מספקים הדוחות מענה לסוגיות עיקריות של מצב ילדי הקלט ע"פ מדדים שפורטו בטבלה שלהלן:

סיכום הערכותיהן של עו"ס בקבוצות מיקוד למאפייניהם של הדוחות אבחון (1 הערכה מועטה מאד, 5 הערכה רבה מאד)

ממד	דוח א'	דוח ב'
רקע ונסיבות להפניה לקלט	1.25	3
אפיון הקשר עם המשפחה הביולוגית	2.5	2
סיכום מצבו הרפואי של הילד	2.75	3
סיכום מצבו הנפשי של הילד	3	4.25
תיאור מאפייני התנהגותו של הילד בקלט	3.75	3.3
תאור תפקודו הפיזיולוגי מוטורי-התפתחותי של הילד	3	4.75
סיכום פרופיל פסיכולוגי של הילד	2.3	4.75
האם הדוח תורם לגיבוש החלטה על עתיד הילד ולפיו ניתן לבסס תכנית טיפול אופטימאלית	2.5	4.3
מידת התכלול של המלצות ממצאי אבחון מומחים שונים	1.75	4.75
המלצות מפורטות למסלול התפתחות עתידי	1.25	4

בהתבסס על סיכומי הדירוג שפורטו בטבלה ניתן להסיק באופן הכללתי כי דוח ב' מספק מידע מקיף ומקצועי יותר מזה הנכלל בדוח א' במרבית התחומים המרכזיים. בולטת במיוחד העובדה כי דוח ב' מספק מידע, הגם שאיננו מפורט מספיק, על רקע ונסיבות של הגעת הילד לקלט לעומת דוח א' שכמעט ולא מתייחס לכך ומתאר את תפקודו רק מרגע הגעתו למשפחת הקלט. גם הנושאים נפשיים, פסיכולוגיים ופיזיולוגיים- התפתחותיים יתרונו של דוח ב' על דוח א' הנו בולט במיוחד. יחד עם זאת, חסרונם הבולט של שני הדוחות הוא מידת התייחסותם הנמוכה לאפיוני המשפחות ביולוגיות של ילדי הקלט, למסוגלותן ההורית ולטיב הקשר בין לבין הילדים.

לסיכום, ממצאי הטבלה מוכיחים כי לעומת דוח א' שנבנה לפני התכנית ואינו מהווה תוצר מתוכלל של חוות דעות של מומחים מתחומים שונים, דוח ב' הנו כזה ובכוחו לשמש בסיס לגיבוש החלטות בנוגע לעתידו של הילד המאובחן למסגרת קבע המועדפת מבחינתו.

בנוסף לניתוח דוחות אבחון במהלך הדיון בקבוצות עלו מספר התייחסויות של המשתתפות למהות התכנית, למידת חשיבותה ולמאפייניה כגון:

- בשלב הראשוני של היישום רק מיעוטן של עו"ס לחוק נוער בשני המחוזות קבלו לעיון דוחות אבחון של התחנות או נחשפו לתכנית. לא הייתה הסברה על התכנית ומטרותיה.

- האבחונים מגיעים בשלב מתקדם של טיפול העו"ס בתיקי הקלט, לאחר שאלה כבר גיבשו את החלטותיהן ביחס לעתיד הילדים. ולכן חובה על מנחות הקלט לפעול יותר מהר לבצוע האבחונים ולהקפיד על תאום מועד עם העו"ס לחוק נוער וחברי וועדת תכנון, טפול והערכה מתי יגיע הדוח המתכלל לעיונם.
- למרות שחשוב לקבל רקע על ההורים הביולוגיים ועל טיב הקשר בינם לבין הילדים ממצאי האבחונים עדיין בתקופת בצוע קבוצות המיקוד הללו לא התייחסו לכך.
- על אף שפעמים הממצאים ומסקנות האבחונים משמשים יותר אסמכתא מקצועית להחלטות שכבר התקבלו הם מוצגים לבית המשפט כדי לתמוך בגרסאות הנמסרות ע"י העו"ס בבתי משפט ואם הם מוגשים באיחור הם פחות מהווים בסיס לגיבוש החלטות לגבי עתידם של הילדים ומסלולי התפתחותם.
- דעתם של מומחי התחנות ובמיוחד של פסיכולוגית התפתחותית חשובה במקרים של הוצאה חוץ ביתית. במקרים אלה חשוב לעו"ס להסתמך על המלצותיהם במהלך הדיונים בבתי המשפט כי השופטים מתחשבים בהערכותיהם של מומחים.
- לדעת המשתתפות בקבוצות המיקוד, הצורך באבחונים לא בא מצידן של עו"ס לחוק נוער. אולם, אם כבר יש אבחונים חשוב להתייחס להמלצות הטיפוליות שלהם ופחות לדעתם הכללית של המאבחנים לגבי מסלולי התפתחות עתידיים של הילד.
- תזכירים של עו"ס כוללים סה"כ העובדות שנאספות על ידן על חיי הילד ועל תפקודו, כולל ממצאי האבחון שאינם מהווים גורם עיקרי להחלטות המתגבשות על עתיד הילדים. דעתם של משפחות הקלט והתרשמותם על תפקוד הילדים לא פחות חשובים לעו"ס ממצאי האבחונים. אך ככל שעבודת מנחת הקלט תתמקצע והדוח המתכלל ישקף מידע תוספתי על הילד בתקופת שהייתו בקלט כך יהווה הדבר גם תרומה לכתיבת התזכיר ולגיבוש דעה לקראת הדיון בבתי המשפט.
- בעיקרון, טענו העו"ס שהן מסוגלות לגבש החלטות ותזכירים ללא ממצאי האבחונים ואפילו פעמים מעדיפות שכך יהיה. הן אוספות מספיק מידע באמצעות כלים משלהן במחלקה ולא זקוקות להמלצות מומחים.
- עם זאת יובהר שבשיחות שהתקיימו עם עו"ס לחוק נוער לקראת סיום כתיבת המחקר היו ביטויי הערכה ברורים יותר לדוחות האבחון שהן קיבלו וחלק מהעו"סיות טענו שנראה כי חל שיפור משמעותי בעבודת האבחונים ויש שפור באופן כתיבת הדוח של מנחת הקלט כך שאם הוא מגיע בזמן יש לו חשיבות רבה יותר מאשר בעבר.
- מנחות קלט רואות באבחונים כלי חשוב להיכרות מעמיקה יותר עם מאפייני הילד ועם צרכיו. התרומה העיקרית לדעתן מתבטאת בשדרוג היכולת להיעזר בממצאי האבחון ובדוח המתכלל כדי לאתר לכל ילד משפחת אומנה המתאימה ביותר לצרכיו.

5.3. התייחסות של שופטי בתי משפט לנוער לרציונאל התכנית ולמאפייניה

קבוצת מיקוד בתפישת בתי המשפט את התכנית התקיימה עם נשיאת בתי המשפט לנוער השופטת ויגודצקי והשופטים מכל בתי המשפט לנוער.

במהלך הדיון בקבוצה התברר כי השופטים לא ידעו כלל על קיום התכנית וציינו כי בשיקול דעתם על עתיד הילד הם מתייחסים לממצאים והמסקנות שמוגשים לבית המשפט במסגרת התזכיר של עו"ס לחוק נוער. התזכיר כולל בדרך כלל בין השאר המלצות טיפוליות של מומחים לסוגיהם ובהתייחס אליו גם מוצגים בפני בית המשפט טיעונים וממצאי תחקירים של עו"ד המייצגים את ההורים הביולוגיים. השופטים לא היו מודעים לעובדה שפעמים התזכיר שמוגש ע"י עו"ס לחוק נוער מתבסס על אבחון רב תחומי שמבוצע במסגרת התכנית.

במהלך הדיון ניתן לשופטים הסבר מפורט, מגב' שלוה ליבוביץ' המפקחת הארצית על האומנה ומגב' חוה לוי עו"ס ראשית לפי חוק הנוער טפול והשגחה במשרד הרווחה והשירותים החברתיים, על רציונל התכנית ועל מרכיביה. חלק מהשופטים הבהיר כי ריבוי אבחונים המתבצעים ע"י התכנות עלול לגרום להארכת שהייתם של הילדים בקלט חרום ולנגד עיני בית המשפט בראש ובראשונה קיצור משך זמן שהיית הילד בקלט החרום והחזרתו לבית הוריו או שילובו בתכנית קבע שמתאימה לו. רוב השופטים סברו שיש צורך למנוע שהשלמת כלל האבחונים של הצוות הרב תחומי והפקת דוח אבחון מתכלל יגרמו להארכת משך ההליך המשפטי ויעכבו את טיפול המערכת בתיקו של כל ילד. הודגש על ידי נשיאת בית המשפט ורוב המשתתפים שלתכנית יהיה אפקט חיובי אם היא תסייע בקיצור משך זמן שהיית הילד בקלט ותאפשר למערכת להציג לבית המשפט חלופות זמינות בעבור הילד במידה ובית המשפט יחליט שאין להחזירו לבית הוריו.

לדעת השופטים, נדרש לבצע מהלכי מנע שייעלו את התהליך האבחוני ויכולת איתור החלופות המתאימות לילד בהקדם האפשרי על מנת שהעו"ס לחוק נוער תוכל להציג בפני בית המשפט המלצות שניתן לממשן בזמינות מיידית ולקצר הן את ההליך המשפטי והן תקופת שהיית הילד בקלט.

אחת ההצעות של השופטים במישור זה הייתה להתחיל באבחון הדיאדה הורה-ילד כבר בקהילה, טרם כניסת הילד לקלט. ברוב המקרים ההורים הביולוגיים מוכרים ומטופלים במחלקות לשירותים חברתיים במקום מגורי המשפחה הביולוגית. בדרך כלל המשפחה מוכרת כבר למחלקה ובידי עו"ס המטפלים בהם קיים מידע משמעותי על מאפייני ההורים ועל הדיאדה. כמו כן יש לייעל את תהליכי העברת המידע משרותי המחלקה בקהילה בה גרים ההורים הביולוגיים של הילד אל מנחת הקלט כדי שהאבחון יוכל להתחיל מיד עם הגעת הילד לקלט החרום. המנחות קלט יכולות להסתייע במידע שהצטבר בקהילה במסגרת ההליך האבחוני ובכך, לייעלו ולקצרו. מובן כי על מנת לקבל מידע מקיף וממצה ממחלקות רווחה מקומיות יש לטפח קשרי עבודה ושיתוף פעולה רצופים בין מנחות קלט לבין עו"ס המטפלות בהורים הביולוגיים במחלקות אלה.

בנוסף, סבורים השופטים כי יש לבצע צעדים לצמצום התנגדותם של ההורים הביולוגיים להוצאת הילדים לקלט חרום, ככל שניתן. ההתנגדות מהווה גורם מרכזי להארכת שהות הילדים בקלטי חרום

כי היא גורמת להורים לא לשתף פעולה עם ההליך האבחוני, לדחות על הסף כל פתרון טיפולי, או כל העברה של הילד למסגרת קבע חוץ ביתית. מרבית מאמצים של ההורים הביולוגים הוא במאבק בבית משפט לנוער להחזרת האחריות על ילדם אליהם. כתוצאה מכך, מתארכים ההליך השיפוטי ובעקיפין תקופת שהותו של הילד בקלט. לכן, חיובי לבצע תאום מרבי עם ההורים בעת הוצאתו של הילד לקלט על מנת לצמצם את התנגדותם ולרתום אותם לתהליך האבחוני שהוא קודם כל לטובת הילד. במסגרת המהלך, מנחת הקלט בשיתוף עו"ס לחוק נוער המקומית תסביר להורים סיבות להוצאת הילד, משמעות שהותו בקלט, חשיבותו ומטרתו של הליך האבחוני ושתף אותם בכל התפתחות שתרחש בתקופת שהותו בקלט.

בהתייחסותם לדוח אבחון מתכלל טענו השופטים כי למרות שביכולתו לספק סינתזה של כלל ממצאי האבחון ולאפשר הסתכלות על מכלול המידע, הם השופטים דורשים להציג בפניהם את לא רק דוח מתכלל אלא גם את כל דוחות האבחון שבוצעו לילד על ידי מומחה כלשהו. כלומר, אין להסתפק בהגשת דוח מתכלל בלבד כסיכום של ממצאים ומסקנות אלא נדרש לצרף בנוסף דוח שנכתב ע"י כל מומחה שהשתתף באבחון.

5.4. תרומת התכנית מזווית ראייתן של משפחות הקלט

במסגרת תהליך איסוף המידע במחקר התקיימה גם קבוצות מיקוד עם משפחות קלט שילדיהן עברו אבחון בתחנות הניידות. קיום הקבוצות סייע לנו בבחינת המאפיינים הדמוגרפיים והאחרים של המשפחות המהווים חלק מהמשתנים הבלתי תלויים שהוצגו במודל המחקר. בנוסף, נבחנו הערכות של המשפחות ביחס לתהליכי אבחון שהילד עובר בתחנה הניידת. הורי הקלט התבקשו לבטא את דעתם על נחיצות האבחונים ועל תרומתם להכרה מעמיקה יותר של מאפייני הילדים ולשיפור יכולת המשפחה לטפל במצוקות הייחודיות של הילד.

מהממצאים שנאספו בקבוצות עלה כי מרבית המשפחות רואות בפעילותן בתחום הקלט שליחות חשובה יותר מאשר עבודה רגילה תמורת תשלום. ברוב המקרים, משפחת הקלט רואה את עצמה כעסוקה בהצלת חיי הילד שנקלע בעל כורחו למצב חירום והם באמצעות הטיפול בו נותנים מענה לצרכיו.

במוקד עשיית המשפחה מנקודת ראות רוב המשתתפים בקבוצת מיקוד זאת, עומד המאמץ להחזיר את הילד למסלול חיים נורמטיבי, לסייע לו לתפקד כילד רגיל מבחינה פיזית, נפשית וחברתית. הרוב ציינו כי בגלל הטראומה שהילד עבר במשפחתו הביולוגית הדבר העיקרי שנפגע אצלו הוא אמון בסביבתו בכלל ובמבוגרים המטפלים בו בפרט. לכן, הילדים מגיעים למשפחות הקלט מופנמים ומנוכרים ונרתעים במופגן מהמבוגרים שבסביבתם. עקב כך, המשפחות נדרשות להשקיע מאמצים רבים בביסוס האמון וביצירת תקשורת חיובית בינם לבין הילד.

המשפחות ציינו כי הקושי העיקרי בעבודתם הוא הצורך להתמודד עם גופים ממסדיים שונים ולעבור תהליכים ביורוקרטים לסוגיהם הקשורים בטיפול בילד. כל ילד דורש תשומת לב ייחודית לצרכים הייחודיים לו (בתחום בריאותי - רפואי, פסיכולוגי, התפתחותי, חינוכי וכד') והמצב מחייב את המשפחות להיות בעלי יוזמה ולהפגין מידה לא מבוטלת של יצירתיות והתמדה בפעילותן.

מרבית המשפחות ציינו כי הן מקבלות תמיכה וסיוע משמעותי ממנחת הקלט ומהעמותות המפעילות הן בסיוע תקציבי שוטף והן בתמיכה ארגונית ומקצועית. המשפחות נפגשות עם מנחת הקלט על בסיס שבועי ובמהלך הישיבות מעלות בעיות וצרכים הנוצרים במסגרת הטיפול בילד והמנחה מייעצת להן כיצד ניתן לטפל בבעיה או מסייעות בפתרון הסוגיות באופן מעשי.

במסגרת גיוסם לעמותות, המשפחות עברו סדרה של מפגשי מיון במטרה לבחון את התאמתן לתפקיד ולעשות היכרות ראשונית עם מכלול המטלות שעליהן לבצע במסגרתן. כמו כן, הן דווחו כי עברו הכשרה מקיפה ויסודית בתחום הקלט בעמותה המפעילה לפני כניסתן לתפקיד ובחודשים ראשוניים של פעילותן.

מרבית המשפחות דווחו כי צברו ניסיון מספיק המאפשר להן לבצע את תפקידן באופן יעיל ומוצלח. הניסיון שהן רכשו במסגרת תפקידן מתבטא גם בקיום חוסן נפשי של המשפחה שמאפשר להן להתמודד עם תחלופה תדירה של הילדים הנקלטים. רבים מההורים ציינו כי ההתמודדות הקשה

ביותר היא עם הפרידה מהילד המתרחשת כל פעם מחדש בעת העברתו למסגרת קבועה. בתחום זה כמו גם בנושאים אחרים המשפחות מקבלות תמיכה מקצועית ממנחת הקלט המסייעת להן להתגבר על המשבר הנפשי שנוצר בעקבות הפרידות.

לדעתן של המשפחות רמת השכלתן אינה משפיעה כלל על יכולת תפקודן ועל רמת הצלחתן במתן מענה לילדי הקלט. מרבית ההורים סבורים כי קיום תארים אקדמיים לסוגיהם לא מהווה גורם חשוב בעשייתם ושרמת השכלתו של הורה אינה משפיעה על יכולתו לספק פתרונות מעשיים לקשיים הנוצרים במסגרת התפקיד. לטענתם, ההתנסות היום יומיות שלהם בתחומים הקשורים לטיפול בילד והתובנות שהן מייצרות חשובות יותר מרמת השכלתם.

עם זאת חלק ניכר מהמשפחות ציינו שחסרה להם הנחיה או הכשרה איך לבטא לילד השתתפות שלהם כמבוגר במצוקה שלו איך מגלים לילד אמפתיה. הם יודעים להעניק חום של הורה לילד אך פעמים זה לא מספיק וחסר ידע כיצד נכנסים לראש של הילד ומבנים את העולם שלו כאשר הנגלה לעיניהם הוא הקושי הפיזי של הילד אך הנסתר הוא הנפש שלו. לדעת החוקרים המשפחות מבטאות חסך בהבנה ובגישה להקרין לילד "חמלה" (Compassion).

עוד עלה מהשיח המחקרי עם הורי הקלט שבמשפחה לרוב יש מספר ילדים כולל הילדים הביולוגיים שלהם ולכן יש צורך ללמוד איך מטפלים בילד אחד ובאותו זמן נותנים תשומת לב לילד האחר. כיצד מחלקים את ההקשבה לשקט של הילד הפגוע. במקרה זה לדעת החוקרים המשפחות מבטאות חסך של התמודדות עם הצורך להיות מודע רגע אחר רגע מה קורה לילד שנקלט אצלם היינו כיצד מנהלים "קשיבות" (Mindfulness) לאורך זמן.

מתוך דיוני קבוצת המימד לא מצאנו שרמת דתיות או לאומיותו של ההורה הקולט רלוונטית. המחקר לא נחשף להבדל כלשהו בהבעת הדעות ותפישת התפקיד על רקע דתי או לאומי או מגזרי כלשהו.

לעומת זאת, המשפחות היו חלוקות בדעותיהן בנוגע למידת ההשפעה של מספר ילדים החיים במשפחת הקלט על הצלחת קליטתו של ילד חדש ומידת הסתגלותו בתוכה. חלק מהן טענו כי ככל שיש יותר ילדים במשפחה כך, לילד החדש יהיה קל יותר להשתלב בה מבחינה חברתית ואישית. הילדים הקולטים ישמשו עבורו סביבה חברתית תומכת ובכך יסייעו לו להיפתח מהר יותר ולשפר את תפקודו בכל התחומים. לעומתם, היו הורים שסברו כי ככל שיש פחות ילדים במשפחה הקולטת כך, הילד הנקלט יקבל תשומת לב ויחס רבים יותר מהוריו החדשים שיטיבו לספק מענים הולמים יותר לצרכיו הייחודיים.

בשונה מכך, ההורים היו תמימי דעים בנוגע להיקף ואיכות המידע שהם מקבלים ממנחת הקלט על שחוה הילד במשפחתו הביולוגית ועל הרקע של הוריו הביולוגיים בעת קליטתו במשפחותיהם. לטענתם, המידע שהם מקבלים על הילד הנו דל ביותר ואינו יכול לסייע להם בהתמודדות עם אתגרים הקשורים לטיפול בילד. אילו ידעה מנחת הקלט לעדכן את ההורה במשפחת הקלט מה היו הסיבות שהילד הוצא מבית הוריו ולספק פרטים על אורח חייו במשפחתו הביולוגית, הדבר היה מסייע להורי הקלט להבין יותר מהר ויותר טוב את הילד, להבין את תגובותיו למצבים מסוימים במשפחת הקלט

ולסייע לו להתמודד. במרבית המקרים מקבלים ההורים מהעמותות טופס עם סיכום מאפייניו הרפואיים של הילד ומספר נתוני רקע על עברו במשפחתו הביולוגית. ההורים טענו כי קבלת מידע מקיף ומקצועי על עברו של הילד ועל הוריו הביולוגיים יסייעו להם לגבש תכנית פעילות מותאמת לצרכיו הייחודיים ולהימנע מטעויות הנובעות בדרך כלל מאי הכרת הרקע ש הילד בבית הוריו הביולוגיים.

מהממצאים שעלו בקבוצות מיקוד משתמע כי מידת היכרותן של המשפחות עם עקרונות הייסוד של תכנית התחנות הניידות הייתה נמוכה מאוד בשנתיים הראשונות של יישומה. יתרה מכך, המשפחות שהשתתפו בקבוצות כלל לא ידעו כי שירותי אבחון שמקבלים ילדיהם במרכזים רפואיים בתוכן ממוקמות התחנות מהווים חלק מתכנית ייחודית כלשהי והתייחסו עליהם כלחלק מסל השירותים המאורגנים על ידי העמותות לטובת הילדים. חלקם הגדול הכירו רק את הפסיכולוגית ההתפתחותית של כל תחנה שביצעה מבחינתם את התהליך בכללותו ולא היו מודעים לכך שבו משתתפים גם פסיכיאטרים-מנהלי התחנות.

יחד עם זאת, מרבית ההורים סברו כי שירותי אבחון הניתנים על ידי התחנות הנם חיוניים וביכולתם לסייע להם בהבנה מעמיקה יותר של מאפייני הילדים וצרכיהם ולכן, התכנית תתרום גם לשיפור תפקודם והצלחתם של המשפחות. לכן, חשוב שמשפחות הקלט יהיו מעורבות יותר בתהליך האבחוני ושמשפחות ומסקנותיו ייחשפו לפנייהן במלואן לעומת המציאות הקיימת בה רק מנחות קלט מקבלות תוצאות האבחונים וכלל לא חושפות אותן לפני המשפחות.

המשפחות הדגישו כי חיוני שלפחות חלק ממפגשי אבחון יתקיימו בביתן על מנת לראות את הילד בסביבתו הטבעית בה הוא נפתח ומתנהג בטבעיות לעומת המפגשים במשרדי התחנות שבמהלכם הילד מרגיש סגור מאד ומתוח.

6. ניתוח עלות בצוע אבחונים

6.1. ניתוח משווה בין החוזים והעלויות של התחנות הקיימות

בפרק זה נתמקד בבחינת העלויות שכל עמותה נדרשה לשלם לתחנה עמה התקשרה.

בטבלה להלן מוצגת השוואת תנאים ומרכיבי השירות בין שלושת התחנות כפי שהם הוגדרו בהסכמי ההתקשרות בין לבין העמותות המפעילות:

תחנות	תחנת מרכז	תחנת דרום	תחנת צפון
תנאי השירות ומרכיביו			
מועד תחילת השירות בחוזה	01.11.2011	10.05.2012	01.11.2012
מהות השירות	שירותי אבחון התפתחותי/רגשי לילדי הקלט	זהה	זהה
התחייבות התחנה להעסקת פסיכולוגית בחלקיות משרה מוגדרת	אין	חצי משרה	אין
התחייבות התחנה לביצוע ביקור בית	כן	זהה	זהה
אוכלוסיית היעד	ילדים בגיל הינקות	ילדים מגיל לידה עד 6	ילדים מגיל לידה עד 6
מועד תחילת תהליך האבחון	לא יאוחר מחודש מהגעתו של הילד לקלט	זהה	זהה
הגשת תוצאות אבחון	תוך שבועיים ממועד סיומו	זהה	זהה
ישיבת סיכום האבחון	תוך שבועיים ממועד סיומו	זהה	זהה

כפי שהוצג לעיל לא נמצא שוני במרכיבי ההתקשרות שהוסדרו עם שלושת התחנות ומאפייני השירותים שהם התחייבו לספק לעמותות במסגרת התכנית למעט העובדה שהתחנה במרכז ללא קשר לתכנית נותנת שירות לגיל הרך עד גיל 3 בלבד ולמעשה במסגרת התכנית נדרש מתן מענה לילדים עד גיל 6 ובמקרים חריגים גם עד גיל 8. שלושת התחנות התחייבו בהסכמי התקשרות לספק שירותי אבחון התפתחותי/רגשי לילדי הקלט. דוחות האבחון שלהן כוללים ממצאים והמלצות הנוגעים לתחום זה בלבד ואינם עוסקים בגיבוש חוות דעת או המלצות אודות מסלולי התפתחות אופרטיביים לילדים. שלושת התחנות התחייבו לבצע לפחות ביקור בית אחד בבית הקלט במסגרת התהליך האבחוני. כמו כן, שלושתן התחנות התחייבו שהליך האבחון ייחל לא יאוחר מחודש ימים ממועד כניסתו של כל ילד לקלט ושדוח האבחון יועבר למנחת הקלט הרלוונטית לא יאוחר משבועיים ממועד סיום האבחון. כמו כן התחייבו שכעבור פרק זמן זהה מתום האבחון תתקיים ישיבת סיכום בהשתתפותם של גורמי רווחה, מנחת קלט ונציגת התחנה.

לעומת זאת, מנהלת תחנת מרכז עמדה על כך שבתחנה יאובחנו במסגרת התכנית רק הילדים בגיל הינקות בעוד ששתי התחנות הנוספות גילו גישה גמישה יותר והסכימו לאבחן גם ילדים עד גיל 6. הסיבה לשוני הנ"ל נובעת מגישתה המקצועית של דר' מירי קרן מנהלת מרפאת הינקות של ביה"ח גהה.

השוני בין תחנת דרום שנדרשה על ידי עמותת סאמיט להתחייב להעסקת פסיכולוגית התפתחותית בלפחות בחצי משרה במסגרת התכנית לבין שתי התחנות האחרות נובע מהעובדה כי בשני המרכזים האחרים הועסקו מלכתחילה פסיכולוגיות התפתחותיות ללא כל קשר לתכנית בעוד שבמרכז לפסיכיאטריה לגיל הרך בביה"ח סורוקה לא הועסקה פסיכולוגית התפתחותית לפני התכנית ולכן, המרכז התבקש לגייס במיוחד לצורך שילובה כתחנה בתכנית.

בבחינה של יעילות השימוש במשאבים בוצעה השוואה בין עלויות האבחונים של שלושת העמותות ביחס להספק בצוע האבחונים בפועל.

פירוט תחנות	הספק אבחונים מתוכנן	תשלום חודשי מוסכם ב- ₪ (כולל מע"מ)	עלות ביקור בית כולל נסיעות	עלות לאבחון ב ₪ (כולל ביקורי בית)
תחנת מרכז	15 ב-4 חודשים	6400	325	2031
תחנת דרום	15 ב-4 חודשים	7500	_____	2000
תחנת צפון	5 ב-3 חודשים	3167	_____	1900

בדומה למצב שתואר לעיל לגבי מאפייני השירותים גם בהתייחס לעלות לא נמצא הבדלי משמעותי ביותר הגם שההפרש בין התחנה בצפון לבין התחנה במרכז הינו כ 5% עלות גבוהה יותר במרכז. עיון בטבלה לעיל מעלה כי הן תחנת מרכז והן תחנת דרום התבקשו במסגרת ההסכמים שנחתמו בינו לבין העמותות לבצע 15 אבחונים במשך כל 4 חודשים. לכאורה, קיים הבדל בין ההספק שנדרשו התחנות לבין זה שהתבקשה להשיג תחנת צפון: 5 אבחונים ב-3 חודשים בלבד. אולם הבדל זה אינו משמעותי בהתייחס לעלות אבחון.

הסיבה להספק אבחונים נמוך יחסית שנקבע לתחנת צפון נובעת מהעובדה כי התחנה הוקמה באיחור רב לעומת שתי התחנות הנוספות והתגלו קשיים רבים בהקמתה ובגיוס המומחים לצוות שלה. מפעילי התכנית רצו לאפשר לצוות התחנה להשתלב בתכנית באופן הדרגתי, לאחר תקופת הרצה מוסכמת. בנוסף, על רקע פיזור גיאוגרפי המרחק בין מיקום התחנה לבין בתי משפחות הקלט יכול להיות מאד משמעותי וקיים קושי רב למשפחת הקלט להגיע לתהליך אבחון לתחנות. מסיבות אלה נקבע לתחנת צפון הספק אבחונים תקופתי נמוך מזה של שאר התחנות.

עיון נוסף בנתוני הטבלה מעלה כי תחנת מרכז נהנתה בתקופת קיומה (עד ליולי 2013) מתנאי תקצוב מועדפים לעומת שאר התחנות. התחנה קבלה תשלום דיפרנציאלי על כל ביקור בית בנוסף לתשלום החודשי הקבוע ולכן, ככל שצוותה ביצע יותר ביקורים במהלך אבחון כך גדלה עלותו של האבחון. לעומת זה, שאר התחנות קבלו תשלום זהה על כל אבחון ללא תלות במספר בקורי בית שבוצעו במהלכו. ההטבה נתנה לתחנת מרכז במטרה לדרבן את צוותה לביצוע הביקורים מהם הסתייגה מנהלת התחנה מתחילת התכנית.

אולם המצב במחוז מרכז השתנה בעקבות הפסקת ההתקשרות עם התחנה בבית החולים גהה ומעבר להעסקה ישירה של העמותה פסיכולוגית התפתחותית פרילנסרית שבצעה מחודש יולי 2013 את כל האבחונים באופן עצמאי. עם זאת ראוי להבהיר שהפסיכולוגית לא נדרשה לעמוד בהספק אבחונים מוגדר וקבלה תגמול פר אבחון בסך 2500 ₪ כך שעלות בצוע האבחון שלא במסגרת ציבורית יקרה יותר מצד אחד אך גמישה בזמינות ובניידות מצד שני.

6.2. ניתוח עלות סל התכנית

המחקר בחן הבדלים בין מצבם של ילדי קלט חרום לפני התכנית לבין זה שנוצר במהלכה. הניתוח מתמקד הן בהיבטים ארגוניים ומקצועיים של השדרוג והן בפן התקציבי שלו כתואר בסעיף הקודם.

כבר צוין בתחילת דוח המחקר כי ילדי הקלט עברו אבחונים בתחום התפתחותי רגשי וקוגניטיבי גם בתקופה שקדמה לתכנית. האבחונים טרום יישום התכנית בוצעו ע"י מומחים חיצוניים, לרוב במרכזים להתפתחות הילד וביחידות לפסיכיאטריה לגיל הרך. במסגרת ההליך שיושם אז, במידה והוריו הקולטים של הילד סברו כי נדרש שיעבור אבחון מסוג כל שהוא הם פנו לעמותה הרלוונטית בבקשה לאשר את ביצוע האבחון (קבלת אישור למימון). במידה והתקבל האישור נאלצו ההורים להמתין תקופה ממושכת בתור לקבלת האבחון ולהסיע את הילד אל המומחה הרלוונטי. במידה ונזקק הילד לאבחון על ידי מספר מומחים הפך התהליך לממושך, מייגע וכרוך בהוצאות רבות. כתוצאה מכך, זמן שהותם של הילדים בקלט התארך באופן משמעותי תוך תסכול רב של משפחת הקלט של מפעיליה בעמותה. בנוסף, בהעדר גורם שירכו את הפעילות האבחונית ותוצאותיה ויגבש את כלל הממצאים והמסקנות שהתקבלו ממגוון מומחים במסגרת דוח אינטגרטיבי אחד, דוחות המומחים והמלצותיהם לעיתים לא קבלו התייחסות הולמת ואינטגרטיבית ולא היוו תשומה בתהליך קבלת החלטות על עתידם של הילדים.

תהליכי האבחון טרום יישום מודל התחנה הניידת יצרו עלות אבחון גבוהה (נסיעות ההורים לכל מומחה, תגמול פר שעה/אבחון, כפילויות בפעולות אבחוניות וכדו'). מעבר לכך, ככל שהתארך זמן השהות של הילד בקלט מהסיבות אלה, גדלו גם עלויות אבחון ועלות אחזקתו בקלט. מובן מאליו כי על רקע זה לא לכל ילד אושר בצוע אבחון וילדים רבים נמצאו ללא מענה אבחוני וטפולי מתאים לצרכיהם המידיים והעתידיים. מצב זה גם גרם להעדר תחלופה סדירה של הילדים בקלטים.

בהעדר הסדרים מובנים בין העמותות לבין המרכזים להתפתחות הילד/מומחים פרטיים, נאלצו העמותות לשלם פר אבחון אחד / שעה למומחה המבצע ולעלות זאת התאספה עלות נסיעות וביטול זמן של ההורים שהסיעו את הילדים לאבחונים.

בהתבסס על ניסיון הפעלת הפסיכולוגית הפריילנסרית במחוז מרכז הוסק במחקר כי עלותו של אבחון אחד שבוצע בתקופה שלפני התכנית על ידי מומחים פרטיים עמד על סך 2500 ₪ לפחות. לעומת זאת העלות הממוצעת של בצוע האבחונים בתחנה ניידת (ציבורית) עמדה על סך 1977 ₪ בלבד. (ראה מחירי התחנות בטבלה לעיל).

יובהר שעל אף שעלות האבחונים שבוצעו ע"י התחנות נמצא נמוך יחסית, עלותו הכוללת של כל אבחון על בסיס הקצאת התקציב שקיבלו העמותות נמצא גבוה. על פי נתוני מימוש התקציב שהוקצה לצרכי התכנית, העלות הממוצעת של כל אבחון שבוצע ע"י עמותות "אור שלום" ו"מט"ב" עמדה על סך 3419 ₪ בממוצע לאבחון, עלות ממוצעת לאבחון שבוצע במסגרת עמותת סאמיט עמדה על סך 6331 ₪. (סך התקציב שניתן בפועל לסעיף אבחונים בחלוקה למספר האבחונים שבוצעו)

יתרה מכך, העלות הממוצעת של כל אבחון בתכנית בחלוקה למספר האבחונים בפועל הגיעה לסך 10,843 ₪ לאבחון. (כלל מרכיבי ההוצאות בתכנית עד ליום 30.6.14. הינם 1,247,012 ₪ בחלוקה ל 115 אבחונים שבוצעו)

אם נתייחס לעובדה שעלות נטו של אבחון הינה כ 2000-2500 ₪ המשמעות הינה שהתוספת הנדרשת ליישום הסל של מודל התכנית על כל מרכיביו מעבר לאבחון נטו הינה כ 8000 ₪ בלבד.

העלות הזאת מאפשרת שנוי משמעותי ותרומה מהותית ביותר לילד שכן היא מבטיחה שהאבחון יהיה רב תחומי לכל ילד בקלט החרום ובכלל זה התייחסות מקצועית ורחבה גם להיבט של בחינת מסוגלות הורית באמצעות התצפית המתערבת של מנחת הקלט בדיאדה הורה ביולוגי – ילד. תקציב זה מבטיח בסבירות גבוהה את צמצום זמן ההמתנה לבצוע האבחון וכן את קיצור משך זמן שהיית הילד בקלט החרום. כמו כן הסל כולל מרכיבים חשובים דוגמת התמקצעות של מנחות הקלט בהכשרה והדרכה מקצועית מתמשכת. הדרכה זאת תורמת במישרין לילד שכן היא משפרת את תמיכת המנחה במשפחת הקלט ומאפשרת להורי הקלט לטפל טוב ונכון יותר בילד בתקופת שהייתו בקלט.

עם זאת יש מקום לבחון עוד את האפשרות לצמצום בעלות מרכיבי התקורות והניהול של התכנית אשר מהוות 27.5% מכלל העלות בפועל בתקופת המחקר. תקורה שמהווה בקרוב כ 1/3 מעלות האבחון לילד הינה גבוהה ויש צורך לבחון לפרטים את מרכיביה השונים והאפשרות לצמצמה.

העובדה שהושגו הסדרים בין העמותות לבין בתי החולים מטעמם פועלות התחנות, לפיהם תינתן עדיפות במתן אבחונים לילדי הקלט חרום, לעומת ילדים אחרים, מצמצמת את תקופת ההמתנה ומבטיחה שפור במשך זמן שהיית הילד בקלט והקלה משמעותית על משפחות הקלט.

החשיבות שחלק גדול יותר של האבחונים כמתוכנן ע"פ המודל יתקיימו בבית משפחת הקלט ראוייה לבחינה בהתייחס לניתוח התקציבי דלעיל. האבחון במשפחת הקלט חיוני לא רק בהיבט של מקצועיות בצוע האבחון בסביבת המשפחה אלא גם בהיבטים נוספים דוגמת הנגישות והזמינות של האבחונים לילדי הקלט ונוצרת אפשרות לצמצום עלויות ומשך זמן המתנה לאבחונים ובמיוחד צמצום תקופת שהות הילד בקלט.

6.3 ניתוח מרכיבי עלות ילד בקלט חרום ללא תקורות

מניתוח מרכיבי עלות הילד בקלט בעקבות הפיילוט עולה שעל מנת להפוך שירותי אבחון למרכיב אינטגרלי בסה"כ השירותים הניתנים לכל ילד בקלט, נדרש למסד התשלום שיוקצה לביצוע האבחון ולהפכו למרכיב קבוע ומבוקר בסל המשאבים המוקצה להחזקתו של כל ילד בקלט. מלבד התקצוב החודשי הקבוע שניתן להחזקתו של ילד, חיוני להוסיף הקצאה קבועה שתיועד לביצוע האבחון על כל מרכיביו.

בטבלה שלהלן מתוארת השוואה בין עלות החזקתו החודשית של הילד בקלט חרום לפני שדרוג הקלט (יישום תכנית משולש האומנה), לבין היקף ההוצאות שהושקעו בכל ילד במסגרת השדרוג. כמו כן, בטבלה שלהלן מוצג סל הוצאות אחיד שאמור להיות מתוקצב להחזקה ולאבחון של כל ילד לאור הפיילוט. שלושת סוגי הסלים מושווים לעלות החזקתו של הילד במרכז חרום "שבתאי לוי" לדוגמה המשמשת מדד לרמת יעילות שהושגה בהתנהלות התקציבית של התכנית.

מרכיבי העלות להחזקת ילד בקלט משודרג על פי תכנית משולש האומנה

מרכיבים	עלות החזקתו של ילד בקלט לפני הפיילוט (חודשי ₪)	עלות החזקתו ואבחונו של ילד בקלט בתקופת הפיילוט (חודשי ₪)	סל עתידי להחזקתו ואבחונו של ילד בקלט (חודשי ₪)	עלות החזקתו של ילד במרכז שבתאי לוי (חודשי ₪)
תעריף 28	2384	2384	_____	
תעריף 39	_____	_____	3728	
מנחת קלט, כולל הדרכה	749	1580	1580	
סל הוצאות מיוחדות	700	700	_____	
עלות אבחון לחודש	_____	1385	1385	
בת שירות/חונכת	_____	254	254	
סה"כ:	3,833	6,303	6947	19,250

מהנתונים המפורטים בטבלה עולה כי בתקופה שקדמה לפיילוט ההקצאה החודשית להחזקתו של כל ילד בקלט כללה: תעריף 28- ההקצבה הקבועה שהועברה ישירות למשפחת הקלט לצורך מימון הוצאות החזקתו השוטפת של הילד; תקצוב משרה של מנחת הקלט לילד אחד, כולל הדרכה (749 ₪); סל למימון הוצאות מיוחדות כגון: נסיעות לאבחונים/בדיקות, תשלום על טיפולים/אבחונים רפואיים, חינוכיים או אחרים. הסל הועבר ממשדד הרווחה והשירותים החברתיים לעמותה המפעילה ששלמה באמצעותו עבור שירותים למשפחות הקלט כנגד חשבוניות ההוצאות שהוגשו ע"י משפחת הקלט.

במהלך הפיילוט, בנוסף למרכיבים של ההקצאה החודשית, תוקצב גם האבחון הרב תחומי של ילד בתחנה הניידת. עלותו החודשית עמדה על 1385 ₪. כמו כן, מומן סיועה של בת שירות/חונכת למשפחת הקלט שמסייעת למשפחה בטיפול בילד אחד (254 ₪). במסגרת התכנית היקף מימון משרתה של מנחת הקלט לילד אחד גדל כמעט פי 2 מ-749 ₪ ל-1580 ₪.

כמתואר בטבלה, על סל ההחזקה בהתבסס על תוצאות הפיילוט לכלול תעריף החזקה מוגדל - תעריף 39 בתקנות, כפי שכבר תוכנן ועל רקע פעילותה של המפקחת הארצית לאומנה גב' שלוה ליבוביץ אף אושר. בנוסף שלושת המרכיבים שנכללו בתקציב הפיילוט: מומן משרה חודשית של מנחת קלט לילד אחד, אבחון בתחנה ניידת והפעלת בת שירות/חונכת.

עקב הגדלת תעריף ההחזקה הקבוע לתעריף 39 בתקנות, יבוטל סל למימון הוצאות מיוחדות (700 ₪). סה"כ עלות הסל העתידי יסתכם ב-6947 ₪ לילד בחודש.

מרכיב הסל שנועד למימון אבחון של כל ילד (1385 ₪) יוקצה לתקופה של שלושה חודשים בלבד - תקופה מקסימאלית להשלמת האבחון.

לעומת זאת, פעילותה של בת שירות/חונכת תתוקצב במשך כל תקופת שהותו של הילד בקלט.

תקצוב הסל כמוצג יבטיח השגת המטרות של התכנית- אבחון מהיר ורב תחומי של הילד בעת שהותו בקלט שיוביל לקיצור תקופת השהות ולגיבוש פתרונות מיטביים למסגרת קבע ומסלולי טיפול בילד לאחר יציאתו מהקלט.

גודל הסל המתוכנן (6947 ₪) ראוי הן לאור התפוקות הצפויות שיושגו באמצעותו והן בהשוואה לעלות החזקתו החודשית של ילד במסגרות מקבילות, כגון "מרכז חרום שבתאי לוי" בו העלות לאין שיעור גבוהה יותר סך 19,250 ₪.

7. תפוקות התכנית

7.1. קיצור זמן שהיית ילד בקלט חרום

קיצור תקופת שהותם של הילדים בקלטי חרום מהווה אחת המטרות הדומיננטיות של התכנית. המחקר בדק באיזו מידה תרמה התכנית לזירוז התהליכים שהילדים עוברים במהלך שהותם בקלט וניצול הזמן בקלט החרום לצורך בצוע אבחונים ומציאת פתרון מיטבי לילד השוהה בקלט.

בטבלה שלהלן מפורטים משכי הזמן שנדרש להשלמתם של תהליכי אבחון עיקריים בתקופה שבין כניסתו של ילד לקלט ועד ליציאתו למסגרת קבע.

עמותות	מכון סאמיט	אור שלום	מטב	כללי	
	M מס' חודשים	M מס' חודשים	M מס' חודשים	M מס' חודשים	
מדדים	טווח הזמן בין יום כניסת הילד לקלט לבין הפנייתו לאבחון בתחנה	2.6	3.3	1.4	2.9
	טווח הזמן בין תאריך סיום האבחון וקבלת דוח התחנה לבין יום הפקת דוח אבחון מתוכלל	1.0	2.0	0.2	1.7
	טווח הזמן בין יום סיום האבחון בתחנה לבין יום בצוע המפגש המסכם	0.8	1.1	1.1	0.9
	משך זמן שהות של ילד בקלט	7	7	10	8

ניתוח הממצאים בטבלה לעיל מלמד שלמרות הדרישה מהעמותות בהתאם למודל התכנית להפנות כל ילד לאבחון לא יאוחר מחודש ממועד כניסתו לקלט, משך זמן ההפניה חורג מאד מהסטנדרט המתוכנן. מהנתונים עולה כי לרוחב כלל המדגם הילדים מופנים לאבחון בתחנות רק לאחר מעט פחות מ-3 חודשים ממועד כניסתם לקלט ($M=2.9$). החריגה הבולטת ביותר בתחום זה מתגלה בקרב ילדים השוהים בקלט של עמותת אור שלום אשר מפנה אותם לאבחון כעבור 3 חודשים ויותר ממועד קליטתם ($M=3.3$). מובן שממצא זה חייב שינוי מידי בתהליך עבודה העמותה ואכן השינוי בוצע בהחלפת גורם האבחון. לעומת זה, הילדים שנקלטים בקלטי חרום של עמותת מט"ב מופנים לאבחון בתחנת צפון לאחר כחודש וחצי ובכך העמותה מתקרבת לסטנדרט שנדרש בפעולה זאת. ההסבר לחריגה הבולטת של עמותת אור שלום מהסטנדרט הנדרש נעוצה בעובדה כי כיותר ממחצית מהתקופה של השתתפות בתכנית, האבחונים בוצעו על ידי התחנה בבי"ח גהה שגרמה לעיכובים משמעותיים בתהליכי האבחון ועקב כך גרמה לאיחורים בהפנייתם של ילדים חדשים לאבחון.

נתון בולט נוסף שצוין בטבלה הוא שהתקופה בין סיום האבחון בתחנה לבין סיכום בכתובת דוח אבחון מתכלל, נמשכה קרוב לחודשיים בחתך של כלל המדגם ($M=1.7$). כמו במקרה הקודם חריגה בולטת נמצאה בקרב מאובחנים של עמותת "אור שלום" ($M=2$). ההסבר לכך אינו יכול להתייחס רק לעבודה השלילית שהיתה עם תחנת ביי"ח גהה אלא גם לתהליכי העבודה בעמותה. שכן מרגע בצוע האבחון וקבלת הסכום מהתחנה צמצום הזמן שחולף עד כתיבת דוח מתכלל כולו נתון בידי המנחה ורכזת הקלט בעמותה.

ממצא נוסף הוא טווח הזמן הממוצע בין סיום האבחון בתחנה לבין קיום מפגש סיכום שמתקיים בעמותה ובמהלכו נדונים ממצאים ומסקנות הדוח ונערך דוח מתכלל. בהתאם לממצא, חולף בממוצע כחודש לרוחב כלל המדגם ($M=0.9$). נתון דומה התקבל בכל אחת מהעמותות. ההסבר לטווח זמן ארוך יחסית שעובר בין סיום האבחון בתחנה לבין סיכום בעמותה נעוץ בכך, שמנחות קלט טרם הפנימו את חשיבות סיום תהליך האבחון מהר והעברת הדוח לעו"ס לחוק נוער ולוועדת תכנון. המנחות עסוקות בפעילות שוטפת בילדי הקלט שאבחונם טרם החל / הסתיים ומתקשות לפנות זמן לתאום מפגשי סיכום וקיומם. בנוסף למנחת קלט שבונה את הדוח המתכלל, במפגש סיכום משתתפים גם עו"ס לחוק נוער, עו"ס משפחה שלוו את המקרה המאובחן ונציג/ה תחנת אבחון. זמינותם של הגורמים הנ"ל להשתתפות במפגש סיכום הנה מוגבלת ונדרש זמן לתאום מועד שיתאים לכולם ומכאן נובע העיכוב. תהליך זה ראוי להשתפר בדחיפות ובראש ובראשונה ע"י פתוח המודעות לכלל המעורבים שעייכוב בשיבת סכום הדוח מהווה אילוץ שגורם להארכת תקופת השהייה של הילד בקלט כחודש ימים נוסף יש חשיבות מקצועית בהקדשת זמן לבצוע ישיבת סכום שכן ללא ישיבה זאת ככל המוקדם נפגמת תוצאת התהליך כולו. פעמים העו"ס לחוק נוער ועו"ס המשפחה שהן מאד עסוקות בעבודתן השוטפת אינן מחשיבות את ישיבת הסכום ואת הדוח המתכלל כיון שממצאי האבחון כבר ידועים להם ועל כן אינן ממהרות להקצות זמן בדחיפות. זה מצב קלאסי של דחיית החשוב על פני הדחוף מבלי שניתנת תשומת לב מספקת שהחשוב הוא גם דחוף.

הממצא המשמעותי ביותר שנמצא הוא טווח הזמן הממוצע במהלכו שוהה הילד בקלט חרום. התכנית טרם הצליחה לצמצם את תקופת שהותו של הילד בקלט. התקופה על פי הממצאים נמשכת מעבר לחצי שנה הזמן המקסימאלי שנקבע להישארות בקלט לרוחב כלל המדגם ($M=8$). במיוחד משך הזמן בעמותת מטב מצביע על כשל בעצוב תהליכי העבודה של רכזת קלט החרום והמנחות עם הגורמים הסובבים שכן פערי הזמן בין השלבים השונים במטב הם הקצרים ביותר לעומת העמותה במרכז ובדרום אך למרות זאת הילד לא מועבר מהקלט למסגרת הקבע או על רקע אי הצלחת המערכת לאתר לו מסגרת מתאימה מבעוד מועד. בדיון עם מערכת המשפט הובהר על ידי שופטי בתי המשפט לנוער במחוזות חיפה והצפון שלדעתם המערכת מתקשה לאתר מקומות זמינים לילדי הקלט מיד עם קליטתם בקלט שכן לטענת השופטים לרוב העדר פתרון זמין מונע את הוצאת הילד מקלט החרום לאחר זמן קצר.

מלבד העיכובים בביצוע תהליכי אבחון שתוארו לעיל קיימות סיבות נוספות לאי הצלחתה של התכנית בקצור תקופת שהותם של הילדים בקלטי חרום. הסיבות נדונו בהרחבה בפרקים הקודמים והן כדלקמן:

- קושי באיתור משפחות אומנה/אימוץ מותאמות לצרכיו ולמאפייניו של כל ילד הגורם לעיכובים בהשמת הילדים מחוץ לקלט.
- עיכובים בגיבוש החלטות בנוגע לעתיד הילדים בבתי משפט הנוצרים, בין השאר, בעקבות מאבקם של ההורים הביולוגיים להחזרת הילדים לחיקם.
- עבודת ועדות תכנון טיפול והערכה לאיסוף מידע אודות מסוגלות הורית של ההורים הביולוגיים בטרם קבלת החלטה על מסגרת קבע מיטבית לילד והוצאתו מקלט חרום.

7.2. הדוח המתכלל

המחקר בחן את מידת האפקטיביות של התכנית שמתבטאת בין השאר בתרומתה לגיבוש מהיר של פתרונות מיטביים לילדי הקלט בהתאמה לצרכיהם. תכליתה של התכנית לסייע בבניית מסלול התפתחות עתידי לכל ילד הן מההיבט הטיפולי והן ביחס למסגרת קבע שתואם לצרכיו ותאפשר לו להתפתח ולגדול בתנאים נורמליים ויציבים. תוצאות האבחון הרב תחומי שמבוצע בתחנת נידת אמורות לתרום מידע חיוני להבנת מצבו של הילד ובהתאם לתכנן את מסגרת הקבע והטיפול המתאים לו. דוח אבחון מתכלל שנכתב ע"י מנחת קלט חרום אמור לרכז את כלל ממצאי האבחוניים להדגיש היבטים ייחודיים לתאר פרוגנוזה מקצועית ולבסס סינתזה לגיבוש המלצות על עתידו של הילד.

במחקר נבחנה איכות דוחות האבחון של התחנות וכן איכות הדוחות המתכללים של מנחות קלט.

במסגרת הצגת הממצאים בפרקי דוח המחקר הקודמים הדגשנו כי בהתבסס על ההשוואה בין הדוחות שנכתבו בתקופה שקדמה לתכנית לבין אלה שנכתבו במסגרתה ניתן ללמוד כי תרומתה של התכנית ניכרת בהגברת איכותם של דוחות האבחון הרב תחומי וכן שהדוח המתכלל השתפר מאד במסגרת יישום התכנית. קיים פער משמעותי בין הדוחות של שתי התקופות בהיקף התוכן ובאיכות המידע המתייחס למצבם ההתפתחותי, הפסיכולוגי והנפשי של ילדי הקלט. דוחות מתכללים שנכתבו לפני התכנית לרוב אינם כוללים תאור מקצועי ומקיף של מצב הילדים בתחומים דלעיל. לעומת זאת, דוחות התכנית כוללים תאור רחב ומפורט ביותר של מצבם ההתפתחותי הקוגניטיבי והנפשי של הילדים בעת הגעתם לקלט ומתייחסים גם לשינויים המתרחשים בו במהלך שהותם אצל המשפחות. פעילותן האבחונית של צוותי התחנות ותוצאותיה המשתקפות בדוחות אבחון יוצרות בסיס מקצועי מהימן לגיבוש המלצות לפתרונות בתחום הטיפולי לכל ילד.

יחד עם זאת, מידת הצלחתה של התכנית בגיבוש פתרונות אפקטיביים ומיטביים ביחס למסגרת קבע המותאמת לצרכיו של כל ילד הנה נמוכה יחסית וניכר כי התכנית טרם הגיעה למימוש הפוטנציאל

שלה בתחום זה. במרבית המקרים נמנעות המנחות מלהציע המלצות ברורות וחד משמעויות למסגרות קבע בדוחות מתכללים ומסתפקות באמירות כלליות לגבי הצורך במציאת מסגרת יציבה לכל ילד.

מנקודת הראות של המחקר יש מקום לשפר את מבנה ותוכן הדוח המתכלל ולהפוך אותו לדוח מקצועי. הדבר מחייב הכשרה מתאימה של מנחות הקלט. כתיבה מתכללת הינה מיומנות מקצועית נרכשת ופתוח קורס מתאים לנושא יתרום לשפור משמעותי של הדוח המתכלל ושל תרומת התכנית. יובהר שחלק מההיבטים המוצעים להלן מקבלים היום ביטוי בדוח המתכלל, אך בחלק ניכר מהדוחות הם חסרי תובנות וערך מוסף שהביאה מנחת הקלט, אלא ההעתקה של קטעים מתוך האבחונים השונים.

כדי לשפר את הדוח המתכלל ראוי ללמוד את המשמעויות של כל אחד מהפרקים הבאים אותם מומלץ לכלול בכתיבת הדוח המתכלל:

1. אנמנזה - כתיבת תמצית ספור חייו של הילד הבאת מידע אודות הרקע של הילד ומשפחתו הביולוגית, בהסתמך על היכרות ככל שקיימת של עו"ס משפחה בקהילה בה חי הילד. תאור תמצית אירועי התערבות שנדרשה המחלקה לשירותים חברתיים להתערב במשפחה. לגבי ילד שכבר נמצא במערכת החינוך לגבש תמצית של חוות דעת הגנת או המורה במוסד החינוכי בו היה הילד טרם הוצאתו מהבית לרבות פרטי הישגיו והשתלבותו ההתנהגותית בחברת הילדים.

2. אנאליזה - בדוח המתכלל יש צורך להציג את הדיפרנציאציה של כל אחד מדוחות האבחון שבוצעו לתת דגש על היחודיות של ממצאי אבחון רפואי מצב בריאות הילד, ממצאי אבחון פסיכולוגי התפתחותי – מצבו הקוגניטיבי והרגשי, ממצא ייחודי של האבחון הפסיכיאטרי (אם היה צורך לאבחון), להציג ממצאי חוות הדעת של מערכת החינוך (אם הילד בגן או בביה"ס) בתקופת שהייתו בקלט בהשוואה למידע שהוצג באנמנזה, להציג תמצית חוות הדעת על התנהגות הילד מנקודת הראות של הורי הקלט ושל מנחת הקלט על בסיס הסתכלות מאבחנת בתקופת שהייתו במשפחת הקלט (ראוי לבנות מחוון שידווח לפיו מדי שבוע ע"י ההורים והמנחה במהלך שהות הילד בקלט)

3. דיאגנוזה - כתיבה ממוקדת של תסמינים שאובחנו אצל הילד באבחונים השונים בין אם מדובר בבעיה רפואית או בעיה נפשית, התנהגותית. ככל שהיה צורך התייחסות לממצא של מי ממומחי מקצועות הבריאות (קלינאות תקשורת, פיזיותרפיה, ריפו בעיסוק וכדו') כאן המקום לרכז מכלל האבחונים את הממצא הדיאגנוסטי שזיהה כל מאבחן ספציפי (אם זיהה ממצא חריג או דיווח על מצב נורמטיבי) ולהציג את נקודת הדיאגנוזה העיקרית של כל דוח אבחון.

4. פרוגנוזה - ריכוז היבטים שהוצגו בהתייחס לעתיד הילד במה יש סיכוי שישתפר האם יש צורך ולמשך איזו תקופה להציע לו טפול ספציפי בתחום מסוים. בפיסקה זאת של הדוח המתכלל תכתוב מנחת הקלט את התחזית להתפתחות הילד במצבו הספציפי על בסיס ממצאי האבחונים הרב תחומיים השונים.

5. סינתזה – סכום אינטגרטיבי כדי לבנות תמונת מצב שלמה רב-תחומית על הילד. אין טעם להעתיק את שנכתב בכל אחד מדוחות האבחון. כאן המקום לכתוב

כל סעיף שהוצג לעיל יורכב ממספר תובנות עיקריות וממוקדות וככל שתשתפר המיומנות של הכותב כך הדוח לא יהיה חזרתיות אלא יקנה לוועדות התכנון ולבתי המשפט יכולת להתרם מעצם הנתוח של כל דוחות האבחון והבהרת העקר שבממצאים תוך שילוב התובנות של העו"ס לחוק נוער, עו"ס משפחה ומנחת הקלט.

העדר התייחסות להמלצות אופרטיביות בדוח המתכלל נבע בעבר מהעובדה שמנחות הקלט נמנעו מלהסיק מסקנות בנוגע למסגרת קבע מיטבית לילד מבלי להתבסס על מידע מהימן לגבי הקשר הדיאדי (בין הילד להוריו הביולוגיים) ויכולת ההורים לחזור לתפקוד הורי נורמטיבי. העיסוק במסוגלות הורית ובחינת הקשר הדיאדי אינו נכלל באבחון המקצועי של התחנה ונשען בעבר על רקע שהתקבל ממרכזי הקשר.

7.3 אבחון דיאדי הורה ביולוגי - ילד

מנחות קלט חרום לא חשו בביטחון מקצועי מספק כדי לסכם מסקנות ולהציג המלצות בנוגע למסוגלות הורית. כיוון שטרם התכנית מנחות הקלט לא הוכשרו ולא עסקו כלל בקשר הדיאדי ובמסגרת תפקידם לא יצרו כמעט מגע עם ההורים הביולוגיים לא היתה להם כל יכולת להתייחס בסכום המתכלל לאפשרות ההמלצה להחזרת הילד להוריו הביולוגיים.

לכן, כיום תרומתה של התכנית במישור זה רבה מאד. המנחות עברו הכשרה לבצוע תצפית מתערבת בתהליך דיאדה הורה ביולוגי עם הילד. הן נחשפות במסגרת התכנית להורה הביולוגי ובמידה מסוימת ליחסו כהורה אל הילד בתקופת שהות הילד במשפחת הקלט. לכן יש ביכולתן של מנחות הקלט להתייחס בדוח המתכלל גם להיבט חשוב זה שתורם להבנת המסוגלות ההורית בנוסף למידע שקיים אצל העו"ס משפחה והעו"ס לחוק נוער שבדרך כלל מכירות היטב את המשפחה טרם הוצאת הילד מהבית.

במסגרת המאמץ לשדרג את תרומת התכנית בתחום מסוגלת הורית בוצעה הכשרה מקיפה של מנחות הקלטים בהערכת דיאדה הורה- ילד. בפרק 3 לעיל של דוח המחקר תואר השנוי שחל במהלך יישום התכנית לגבי חשיבות הערכת הדיאדה ושילוב הממצאים של התהליך הדיאדי בדוח אבחון מתכלל. מובן שהשלכות ממצאי הדיאדה על מסוגלות הורית מסייע משמעותית לעיצוב פתרונות מיטביים לילדי הקלט. שלאור ההכשרה המקיפה של מנחות קלט חרום בבצוע הערכה של הדיאדה הקנה להן הבנה מהותית על מצב הילד ויכולת התייחסות מקצועית לגיבוש המלצה ברקע המסוגלות ההורית כפי שאובחנה בדיאדה. יותר מכך הכשרת המנחות קלט לבצוע התערבות בתהליך הדיאדה גם הקנתה להן יכול להציע להורה הביולוגי כיצד לשפר את הקשר הדיאדי שלו עם ילדו ובכך נתרם הן הילד ופעמים גם הוריו הביולוגיים.

במסגרת בחינת הסוגיות קיימנו קבוצת מיקוד עם משתתפות הקורס במחוז מרכז, מנחות אמנה / קלט של עמותת "אור שלום" שעברו הכשרה מקיפה ביותר (ההכשרה כללה 20 מפגשים, מתוכם 3 מפגשי הכנה לקורס שהתקיימו לקראת פתיחתו).

בקבוצה השתתפו 10 מנחות אמנה / קלט של העמותה, כולל מרכזת הקלט. במהלך הדיון בקבוצת המיקוד התבקשו המשתתפות למלא שאלון מובנה שכלל היגדים הנוגעים לתכני הקורס, לשיטת העברת התכנים ולתרומה הכוללת של הקורס להגברת התמקצעות המנחות בתחום האינטראקציה הורה-ילד. לאחר מילוי השאלונים התקיים דיון פתוח בסוגיות שעלו מתוך השאלון ובמהלכו נתנה אפשרות לכל משתתפת להביע את עמדתה אודות הקורס והערכתה את עצמה בהובלת תהליך אבחון דיאדי בין הילד לבין הוריו הביולוגיים.

בטבלה שלהלן מוצג השאלון כאשר ליד כל שאלה/ היגד צוין ממוצע ערכי התשובות שנתנו המשתתפות כמענה עליו (התשובות נתנו בסקלה מ-1 ועד 5: 1-כלל לא; 2-במידה מועטה; 3-במידה בינונית; 4-במידה רבה; 5-במידה רבה מאוד):

מס'	תאור שאלה	ממוצע (M)
1.	באיזו מידה הנך מכיר/ה את התכנית לשדרוג קלט חרום באמצעות הקמת יחידות אבחון ניידות?	3.8
2.	באיזו מידה על רקע הקורס השתנתה דעתך לגבי הצורך בהערכת הקשר בין הילד לבין הוריו הביולוגיים כמרכיב חיוני באבחון ילדי קלט חרום?	4.3
3.	באיזו מידה בקורס הוקנתה לך מיומנות לנהל תהליך דיאדה הורה ילד ?	4.8
4.	באיזו מידה, תורמות תוצאות הערכת הדיאדה לגיבוש המלצה על עתיד ילדי קלט?	4.5
5.	באיזו מידה רכשת במהלך הקורס כלים מספקים לבצוע הערכה של הדיאדה ?	3.8
6.	באיזו מידה למדת לזהות מאפייני הורות תקינה לעומת סוגי הורות פוגענית ולבחון את השפעתם על הילד?	3.9
7.	באיזו מידה הקורס העניק לך מיומנויות לאבחון ולהערכת פוטנציאל מסוגלות הורית?	3.9

ממוצע (M)	מס'	תאור שאלה
4.6	8.	באיזו מידה הוסיף לך הקורס להבנת תהליכי התפתחות של ילד בסיכון?
4.2	9.	באיזו מידה הקורס תרם ליכולתך לנסח עמדה מקצועית בקשר לעתיד ילד הקלט בהתייחס לקשר הדיאדי?
4.4	10.	באיזו מידה הקורס תרם ליכולתך לשקף את הקשר הדיאדי לעו"ס לחוק נוער/ גורמים אחרים ששותפים בגיבוש המלצות אודות עתיד הילד?
3.5	11.	באיזו מידה על רקע הקורס תוכלי לשלב ממצאי אבחון הדיאדה בכתיבת מסקנות מקצועיות אודות מסוגלות הורית בדוח מתכלל?
4.0	12.	באיזו מידה למדת בקורס מושגים / מונחים מקצועיים שלא הכרת בעברך המקצועי עד לקורס?
4.1	13.	באיזו מידה תרם לך הקורס כלים /שיטות לסייע להורים הביולוגיים בתהליך הדיאדה בינם לבין ילדם?
4.2	14.	באיזה מידה תואמים תכני הקורס את מטרותיו המוצהרות?
4.9	15.	באיזו מידה הנך שבעת רצון מרמתם המקצועית של המנחים/מדריכים בקורס?

במהלך הדיון העלו המשתתפות עמדות ביחס לטיב ההכשרה ולתרומתה עליהן הושגה הסכמה בין מרביתן כדלהלן:

- הנחית הקורס הייתה מקצועית ביותר. כל הראיה של ההורים הביולוגיים של המשתתפות השתנתה והן רכשו כלים להבנה מעמיקה יותר של עולמם המורכב של ההורים הביולוגיים. המשתתפות למדו כיצד לעבוד מולם מתוך מתן כבוד ואמפטיה למקום בו הם נמצאים ולמצב הטרומטי בו ילדים הוצאו מרשותם וגדלים במשפחת הקלט (ממוצע תשובות לשאלות 12-13).
- המשתתפות הפגינו שביעות רצון מרמת הנחית הקורס, ממתכונתו ומתכניו
- במהלך הקורס נלמדו והוטמעו מיומנויות להערכת הקשר הדיאדי יותר מאשר לביצוע התערבויות וטיפולים. יחד עם זאת, לדעת כל המשתתפות לא ניתן לבצע הערכה מקצועית ומקיפה של הדיאדה ללא ביצוע טיפול אקטיבי במרכיבי השונים.

- הקורס התמקד פחות בהענקת כלים לבחינת מסוגלות הורית ועסק בעיקר בטיב הקשר והתקשורת שבין ילד להוריו ואבחון שינוי שחל בהם במהלך שהות הילד בקלט והאם השינוי אפשרי בכלל.
- תכני הקורס ותוצאותיו מאפשרים לעצב כלי מתודולוגי מובנה ומדיד להערכת הדיאדה והדבר מהווה הישג חשוב בתחום הטיפול בילדים בסיכון ברמה הארצית. יישום הכלי שיגובש יצור הזדמנות לשינוי ויוביל למצב בו תוצאות ההערכה יהוו מרכיב חשוב בדוח המתכלל וישפיעו על גיבוש המלצותיו.
- ההכשרה ע"פ התכנים והנושאים שנלמדו במהלכה והתוצאות שהושגו בסיומה מהווה תחילת הדרך בפיתוח המקצועי של המנחות בתחום הדיאדי. התמקצעות מעמיקה בתחום דורשת צבירת ידע תיאורטי נוסף וקיום התנסות מעשית. מבלי שהקורס יורחב ויימשך לא ירגישו המשתתפות שהן בשלות ומוכנות לביצוע הערכת דיאדה מקצועית ומקיפה.
- עמדתן של המשתתפות משתקפת גם בתשובות שהן נתנו להיגדי השאלון העוסקים ביישומן המעשי של תובנות וידע שנרכשו במהלך הקורס (שאלות 5-7 ו-11). מרבית המשתתפות העריכו כי בשלב זה יפגינו יכולת פחות מוטובה ביישום מרכיבי הערכה העיקריים.
- בנוסף ציינו שההדרכה על מקרים שהוצגו במהלך הקורס לא הייתה מספקת לעומת החלק התיאורטי שהיה מקיף והועבר ברמה מקצועית גבוהה. המשתתפות סכמו כי ככל שהידע התיאורטי הנו חשוב ותורם להבנת צרכי הילדים וההורים, ללא העמקת החלק של נוח מקרים מקצועי, לא ניתן לשלב בין הידע ליישומו בשדה. לכן נדרש להפוך את ההכשרה ליישומית יותר על ידי הוספת שעות במיוחד לניתוח מקרים המוצגים ע"י המשתתפות עצמן.

בסיכום הדיון המשתתפות ציינו כי תהליך הערכת הדיאדה ותוצאותיו מכוונים לסייע בהתאמת פתרונות טיפוליים מיטביים לילד המאובחן ולהוריו והנם פחות שמישים לגיבוש החלטה על עתידו של הילד. בשלב זה גם לאחר שעברו הכשרה מקיפה בהערכת הקשר הדיאדי מנחות קלט משלושת העמותות הבהירו שעדיין אינן מרגישות בטוחות מספיק ביכולתן לגבש החלטות מבוססות בנוגע למסגרת קבע העדיפה לכל ילד. מרביתן דווחו כי עיסוק בנושא אינו נכלל במכלול המשימות שחובתן לבצע במסגרת תפקידן ושהן מעדיפות לעסוק בהיבטים הטיפוליים של הקשר הדיאדי ולא באבחון. כתוצאה מכך, הן נמנעות מלהציע פתרונות קבע לילדי הקלטים בתוך דוחות אבחון מתכללים.

לסיכום, הממצאים שתוארו לעיל מצביעים על שיפור ניכר שחל הודות התכנית בגיבוש פתרונות טיפוליים לילדי הקלטים וביכולת לאתר לכל ילד משפחת אמנה התואמת ביותר את צרכיו. אולם, לדעת המשתתפות בקבוצת מיקוד זאת תרומתה של התכנית לגיבושם של פתרונות מושכלים למסגרת קבע לכל ילד אינה גבוהה וככלל, נוטות המנחות להעביר אחריות לעיסוק בנדון אל עו"ס לחוק נוער, מקבלי ההחלטות בועדות תכנון טיפול והערכה ולשופטים.

7.4 היקפי הפעילות של התחנה הניידת

בנוסף לבחינת ההצלחה של התכנית במשמעות של האבחון הרב מקצועי שמבוצע בתחנה הניידת נבחן גם היקף הפעילות שהתחנות הניידות הצליחו לבצע שכן על פי המודל של התכנית ככל שהתחנות תפעלנה מהר ותתנה מענה לכל המקרים הנדרשים בטווח זמן קצר כך יש סבירות גבוהה שהטפול הארוך טווח בילד יחל מהר במקום הקבע שלו. כדי לעמוד על מידת האפקטיביות נותחו היקפי הפעילות של התחנות כדלהלן:

הפעילות/ שם עמותה	אור שלום	סאמיט	מט"ב	סה"כ בתכנית
ניידות כן/לא	כן חלקית	כן חלקית	כן	כן
מס' ילדים שנכנסו לקלט בתקופת המחקר	69	29	21	119
מס' ילדים שהופנו לאבחון	69	29	21	119
מס' ילדים שאובחנו ע"י פסיכיאטר	7	4	21	32
מס' ילדים שאובחנו ע"י רופא התפתחותי	0	1	0	1
מס' ילדים שאובחנו ע"י מומחה פרא רפואי	0	0	0	0
מס' ממוצע של ביקורי בית לאבחון אחד*	1.4	1.4	3.6	1.8
סה"כ אבחונים שנדרשו על פי הסכם ההתקשרות בתקופת המחקר	112	90	30	232
סה"כ אבחונים שבוצעו בפועל	69	29	21	119
משך זמן ממוצע לסיום תהליך אבחון איד בחודשים *	2.7	1.9	5.7	2.9
מס' דוחות אבחון שהוגשו לועדת תכנון וטיפול מתוך סה"כ הדוחות	6	18	15	39

* חישוב הממוצע הכללי בוצע על פי נוסחה שנתנה משקל שונה לכל עמותה בהתאמה למספר הילדים שאובחנו במסגרתה על מנת למנוע תמונת מצב מעוותת שנגרמת מהפעילות במחוז הצפון

הממצאים מעלים כי בניגוד למודל הראשוני על בצוע אבחונים בבית משפחת הקלט הנסיון לימד שלא ניתן לעמוד ביעד זה וכן שיש חלוקי דעות בין אנשי המקצוע בעניין החיוניות שכל האבחונים יבוצעו בבית משפחת הקלט ולכן הוסכם לשנות את מודל התכנית ולקבוע שחלק מהאבחונים יבוצעו בבית משפחת הקלט. על מנת למנוע נסיגה מוחלטת מעקרון הניידות מומלץ לחייב לבצע לפחות 50% מהאבחונים בבית משפחת הקלט. שכן על פי הממצאים באור שלום ובסאמיט בוצעו בקור אחד עד 2 בקורים בבית הקלט ובממוצע כללי $(M=1.8)$. כלומר, מרבית מפגשי אבחון התקיימו בקליניקות של התחנות.

מהממצאים עולה כי כל הילדים שנכנסו לקלטי העמותות במהלך התכנית עברו אבחון ע"י הצוותים הרב מקצועיים כפי שתוכנן (נקלטו סה"כ - 119 ילדים וכולם גם אובחנו). על אף שלא התקבל מידע לגבי הביקור שנדרש לבצע אצל רופא ילדים אנו מניחים שכל הילדים נלקחו לביקור אצל רופא ילדים בקהילה בתוך 48 שעות ממועד כניסתם לקלט. קיימת חשיבות רבה שמנחת הקלט תטפל בקבלת חוות הדעת הרפואית מהביקור אצל רופא הילדים בקהילה ותכלול התייחסות לכך בדוח המתכלל.

על פי הממצאים התכנית בכללותה וכל אחת מהתחנות שהשתתפו בה לא עמדו בהספק אבחונים שתוכנן מראש בהסכמי ההתקשרות שנחתמו בין התחנות לבין העמותות המפעילות. בהתאם לתכנון המוקדם הספק האבחונים לאורך כל תקופת התכנית אמור היה להגיע ל-232 אבחונים בעת שפועל עומד ההספק על 119 אבחונים בלבד. עמותת אור שלום בצעה רק מחצית מההספק הנדרש ממנה 69 אבחונים במקום 112 (לפי 15 אבחונים לכל 4 חודשים על פי הסכם ההתקשרות).

ההספק הכולל של עמותת סאמיט היה נמוך יותר, 29 אבחונים במקום 90 הנדרשים (לפי 15 אבחונים לכל 4 חודשים לפי ההסכם ההתקשרות). רמת ההספק של תחנת צפון המופעלת ע"י עמותת מט"ב הייתה גבוהה יותר, מתוך 30 האבחונים שהתחנה נדרשה לבצע, בוצעו 21 אבחונים (לפי 5 אבחונים לכל 3 חודשים בהתאם להסכם ההתקשרות).

הסיבה העיקרית לאי עמידתה של עמותת אור שלום בהספק האבחונים הנדרש בתחנת מרכז נעוצה בעבודתה כפי שכבר הובהר לעיל עבודתה האיטית של הפסיכולוגית ההתפתחותית שרכזה את פעילות התחנה במחצית הראשונה של תקופת התכנית. במקרה של עמותת סאמיט ההספק הנמוך נובע ממספר הילדים שנכנסו לקלטי העמותה במהלך התכנית. כלומר, למרות שתחנת דרום היתה יכולה לעמוד בהספק הנדרש, לא הופנו ילדים לבצוע האבחון כיון שמספר הנקלטים בקלטי חרום היה נמוך יחסית מזה שחזו אנשי העמותה בעת חתימת הסכם ההתקשרות עם תחנת הדרום.

נתונים נוספים שפורטו בטבלה מהווים הסבר לתוכן הדוחות המתכללים, להעדר הדגשים ולסוגי ההמלצות שהוצגו בתוכם. הממצאים מראים כי מלבד האבחון הפסיכולוגי התפתחותי שבוצע בכל אחד מהמקרים המאובחנים סוגים אחרים של אבחונים כמעט ולא התבצעו. רק 30 מסה"כ 119 ילדים שאובחנו עברו אבחון פסיכיאטרי, כאשר 21 מתוכם בוצעו בתחנת צפון ע"י הפסיכיאטרית, מנהלת התחנה. כבר הובהר לעיל שלהבדיל ממנהלי התחנות האחרות הפגינה הפסיכיאטרית בתחנת צפון מעורבות מקצועית בכל מקרה מאובחן ממצא שמחייב עיון בפני עצמו. בנוסף, רק ילד אחד מסה"כ 119 ילדים עבר אבחון אצל רופא התפתחותי ואף לא ילד אחד עבר אבחון אצל מומחה פרא-רפואי.

לאור הממצא ברור מדוע תוכן הדוחות המתכללים מתמקד בעיקר במישור פסיכולוגי התפתחותי של מצב הילדים וכמעט שאינו מתייחס להיבטים האחרים ולא מציג המלצות רב תחומיות. הממצאים מצביעים על הפער, שבעיקרו לדעת המחקר הוא פער ניהולי של העדר מעקב ביצועים במינהלת התכנית, בין המודל המקורי של התכנית לפיו אמור התהליך האבחוני להתבצע ע"י צוות רב מקצועי ולהסתכם בכתובת דוח מתכלל אינטגרטיבי לבין המצב בפועל.

ממצא בולט נוסף הוא משך זמן ממוצע לסיום תהליך אבחון אחד בתחנה העומד על 2.9 חודשים בחתך של כלל התכנית, כאשר בתחנת צפון הוא חורג באופן משמעותי מהנדרש ועומד על 5.7 חודשים. לאור העובדה כי העמותות נוהגות להפנות כל ילד לאבחון כחודש לאחר כניסתו לקלט וכנובע מעיכובים בביצוע שלבי אבחון השונים, כולל העברת הדוח לעמותה וסיכומו ע"י מנחת קלט, תקופת שהותו של כל ילד בקלט מתארכת הרבה מעבר לששה חודשים. עם זאת הממצא של משך הזמן כ-3 חודשים לבצוע תהליך האבחונים לילד מלמד שבמהלך יישום התכנית ניתן יהיה להתגבר על האילוצים האחרים ולקצר את משך זמן שהיית הילד בקלט.

הממצאים מראים כי רק כ-38% מסה"כ הדוחות שנכתבו במהלך התכנית הוגשו ונדונו בועדות תכנון טיפול והערכה (39 מתוך 119). בדומה לכך, ע"פ דיווחי העמותות רק כ-39% מכלל דוחות התכנית הוצגו בבתי המשפט (42% מסה"כ הדוחות של עמותת סאמיט; 5% מסה"כ הדוחות של אור שלום; ו-100% מסה"כ הדוחות של מט"ב). מכאן שדוחות הסכום במרכז מועברים באחור רב והעו"ס לחוק נוער אינן מוכנות להמתין עד שיתקבל החומר מהעמותה על מנת להעבירו לבית המשפט, אלא מסתפקות בתזכיר שהוכן על ידן. הממצאים מחייבים שפור משמעותי בניהול התכנית בכל אחת מהעמותות. מן הסתם העדר מיומנות ניהול של ריכוז יישום התכנית כמו גם הצורך בלימוד האילוצים ופתוח המודל תוך כדי יישומו שכן מדובר בתהליך ניסויי הם אלו שלא הבטיחו את יישום כלל המרכיבים של המודל הלכה למעשה בהיקף ובלוח הזמנים המצופה.

8. סיכום, מסקנות והמלצות

8.1. הצלחת התכנית

בתכנון המחקר נקבע שאפקטיביות היחידה הניידת הרב-מקצועית תיבחן ע"פ שלושה מדדים עיקריים:

- תרומתו של דוח מתכלל לגיבוש החלטות על עתיד הילדים
- קיצור זמן שהיית הילדים במשפחות הקלט.
- איכות עבודת הצוות הרב מקצועי בהערכת נורמטיביות התפקוד של הילדים כפי שמשקפת מדוחות האבחון.

בפרקי דוח המחקר תוארו בהרחבה הממצאים ונותחו המשמעויות השונות שמצביעים בהכללה על העקרונות החיוביים והחיוניים של מודל תכנית משולש האומנה הקמת יחידות ניידות לאבחון והתערבות בקלטי החרום. נתוח הממצאים עולה שהגם שיש מקום לשפור דפוסי היישום העקרונות של המודל נמצאו חיוניים ביותר לטיפול נכון בילדי הקלט ולקביעת עתידם. מדובר במקרים רבים בתינוקות וילדים רכים שנקלעו למצבי משבר במשפחתם אשר מחייב את החברה הנאורה להשקיע ולעשות כל שניתן כדי לתת מענה הולם לצרכיהם ולהציל את עתידם.

עצם קליטתם במשפחת קלט חרום איננו המענה המספק. המיצוי הנכון של תקופת שהיית בקלט כתקופת מעבר קצרה היא למעשה הצלחת קלט החרום. תכנית משולש האומנה כפי שעולה מהמחקר שליווה את תקופת הניסוי של התכנית הינה מודל הכרחי למיצוי נכון של תקופת הקלט. התכנית שמאפשרת בצוע אבחון רב מקצועי, תוך מתן תמיכה מקצועית להורי הקלט כיצד לטפל באופן מותאם בכל ילד, בצוע אבחון דיאדי שגם תומך תמיכה ראשונית בהורה הביולוגי לתקון המסוגלות ההורית שלו, ככל שהדבר אפשרי, ובסכמו של דבר ריכוז מידע אבחוני הוליסטי על מצב הילד כל אלה כמכלול יאפשרו קיצור תקופת השהייה בקלט ומתן כלים לוועדת תכנון טפול והערכה ולבתי המשפט להחליט על עתידו תוך ביסוס ההחלטה בין השאר בחוות הדעת המקצועיות של הגורמים המעורבים בקלט החרום.

המחקר מצא שכדרכו של תהליך ניסוי היתה במהלך יישום התכנית למידה מתמדת של מובילי התכנית ומתוך האילוצים ובלמידת היתכנות יישומית מרכיבי המודל המקורי השתנו במהלך יישום התכנית. עורכי המחקר זיהו שמודל התכנית כפי שהוא עוצב על רקע הניסיון היישומי בפילוט כולל את המרכיבים הבאים:

1. יחידת אבחון ניידת - בצוע אבחון ביחידה ניידת שבמסגרתה מתבצעים אבחונים גם בבית משפחת הקלט.

2. אבחון רב תחומי – האבחון מבוצע בתקופת שהות הילד בקלט החרום וכולל אבחון על ידי רופא ילדים בקהילה ופסיכולוגית התפתחותית, בהתאם לצורך אבחון פסיכיאטרי, אבחון פרא- רפואי של מקצועות הבריאות דוגמת קלינאות תקשורת, פיזיותרפיה, ריפו בעיסוק .
3. אבחון דיאדה הורה ביולוגי – ילד, המבוצע על ידי מנחת הקלט בשיטת תצפית מתערבת
4. דוח מתכלל - כתיבת דוח מתכלל כסכום מערך האבחון הרב מקצועי שבוצע לילד מדגיש ממצאים עיקריים ומוסיף המידע החיוני מהגורמים המקצועיים שסובבים את הילד בתקופת שהייתו בקלט.
5. קיצור זמן שהיית הילד בקלט

8.2 ניידות

אנו מוצאים את עיקרון הניידות כמרכיב משמעותי ביותר בתכנית שיש בו גם מתן מענה לקשיים של משפחות הקלט להגיע עם הילד לסדרת אבחונים וגם מענה מקצועי שמבטיח בצוע אבחונים גם בסביבתו היותר טבעית של הילד בבית משפחת הקלט. בצוע אבחונים ביחידה ניידת יבטיח שהמומחים יראו גם את הורי הקלט וסביבת המשפחה ויוכלו גם להשיא עצות מקצועיות לשיפור תפקוד הורה הקלט בהתייחס ספציפית למצב הילד. הניידות תבטיח צמצום משך זמן ההמתנה בתור לאבחון ובכך תשפר את קיצור משך שהיית הילד בקלט.

מרכיב הניידות מהווה אחד העקרונות הייסוד של מודל שדרוג הקלטים ותוכנן להפוך למאפיינה המרכזי של התכנית. מאחרי שילוב המרכיב בתכנית עמד הרעיון כי הבאתם של צוותים הרב מקצועיים לביתם של ילדי הקלטים תגביר הנגשתם וזמינותם של השירותים לילדים ולמשפחות הקלט ותצמצם תקופות המתנה ארוכות שאפיינו את תהליכי אבחון בקלטים לפני התכנית.

הנחת הייסוד הייתה כי השינוי יוביל לצמצומה של תקופת שהותם של הילדים בקלטים. בנוסף, המטרה הייתה לאבחן את הילד בסביבתו הטבעית -בית משפחת הקלט ובכך להגביר את מהימנותו של תהליך האבחון ושל תוצאותיו במידה מרבית.

ככל שהתקדם הפיילוט השקפתם של צוותי התחנות ובעקבותיהם של מפעיליהם בעמותות ומובילי התכנית ביחס לחיוניות הניידות ולצורך ביישומה הגורף בכל מקרה אבחוני הלכה והשתנתה. על רקע זה כמות הביקורים שבצעו הצוותים בבתי המשפחות פחתה במהלך התקופה ובממוצע היא הייתה נמוכה משני ביקורים לאבחון אחד. במהלך יישום התכנית הועלו טעונים שונים נגד יישום עקרון הניידות כדלהלן:

- אין פתרון אחיד לכלל ילדי הקלט ובכל מקרה יש לקבוע מידת נחיצותו של מרכיב הניידות והיקפו (כמות ביקורי בית במהלך האבחון) ע"פ צרכי הילד ומצבו הייחודי.

- במקרים של ילדים בגיל קטן (עד שנתיים) חיוניות הניידות גבוה יותר מזו שבמקרים של ילדים גדולים יותר. ביצוע אבחון בבית משפחת הקלט במקרה של ילד קטן מאפשר לבחון את התנהגותו בסביבתו הטבעית, תגובותיו להוריו הקולטים ותפקודו הכללי. לעומת זאת, ככל שמדובר בילד גדול יותר, כך כישוריו החברתיים ומידת הסתגלותו לסביבה הזרה אמורים להיות מפותחים יותר ולכן, עדיף לאבחנם במשרדי התחנה.
 - למידע שנאסף במהלך ביקורי בית אין ערך מוסף משמעותי וניתן להפיקו בקלות גם במפגש האבחוני בתחנה. יתרה מכך, תנאים ואווירה הקיימים במשרדי התחנה מאפשרים ביצוע אבחון ממוקד ומעמיק יותר ונטול "רעשים" חיצוניים הקיימים בבית הקלט. לכן, נחיצותם של ביקורי בית כאמצעי לאיסוף מידע וממצאים אבחוניים מוטלת בספק.
 - הסכמי התקשרות שנחתמו בין העמותות המפעילות לבין התחנות מבטיחים כי ילדי הקלטים יאובחנו ע"י התחנות בעדיפות ראשונה לעומת הילדים האחרים. הסידור מצמצם עד למינימום את תקופת המתנתו של כל ילד לאבחון ובעקיפין גם תקופת שהותו בקלט. לכן, הולך ופוחת הצורך במרכיב הניידות כבאמצעי לקיצור שהותו של הילד בקלט.
- הממצאים מלמדים שעל אף החשיבות והחיוניות של יישום עקרון הניידות וביצוע אבחונים גם בבית משפחת הילד ולא רק בקליניקות של המאבחנים, לא הייתה כאמור הקפדה מספקת בתקופת הפיילוט על ביצוע הניידות לא מצד רכזי הקלט בעמותות ולא מצד הניהול הפרויקטאלי של התכנית. בתחילת היישום היו חלוקי דעות מקצועיים על הצורך בביצוע אבחון בבית הקלט כפי שהוצג לעיל, אולם המחקר מצא במסגרת הראיונות שחלק משמעותי בטיעוני הנגד מעוגן גם בהעדר הנוחות והכדאיות הכלכלית של מבצעי האבחון לבצעו באוריינטציית הניידות.
- כמסקנה נראה שיותר אנשי מקצוע מאבחנים מכירים ותומכים בחשיבות של ביצוע חלק מהאבחונים בבית הקלט, אולם משאין הקפדה מובהקת על ביצוע דרישה זאת מספר האבחונים בבית המשפחה מצטמצם והולך ועקרון הניידות נמצא נפסד. מומלץ על כן לא לוותר על עקרון הניידות ולחייב את גורמי היישום להקפיד ולבצע כדי מחצית מהאבחונים בבית משפחת הקלט.

8.3 דוח מתכלל

בדוח המחקר פרטנו את השיפורים שהושגו בכתיבת דוחות אבחון מתכללים במסגרת התכנית לעומת אלה שנבנו בתקופה שקדמה לה. הממצאים שתוארו בפרקים הקודמים מעלים כי למרות שעצם קיום התכנית לא נחשף במידה מספקת לפני הגורמים המעורבים (עו"ס לחוק נוער ויו"רים ועדות תכנון טיפול והערכה) הן דווחו כי תרומתה והשפעתה הורגשו היטב באיכות הדוחות המתכללים ובתמונה מקיפה ומעמיקה שהם שיקפו על מצבם ההתפתחותי הפסיכולוגי והרגשי של ילדי הקלטים. לטענת רוב הגורמים קבלת מידע מקצועי ומהימן מהעמותות באמצעות דוחות התכנית לרבות הדוח המתכלל אפשרה להם לגבש את החלטותיהם על בסיס מוצק ועובדתי שלא היה קיים בעבר.

השפעת דוחות אבחון מתכללים הורגשה במיוחד במסגרת גיבוש מסלולי התערבות וטיפול המותאמים לצרכיו של כל ילד בועדות תכנון טיפול והערכה שהיוויר שלהם וכן עו"ס משפחה שרואיינו ביטאו שביעות רצון גבוהה מההיקף ומהעומק של החומרים והממצאים שהוצגו בפניהם בדיונים ע"י מנחות קלט במיוחד בתקופה האחרונה של יישום התכנית החל מתחילת שנת 2014. חברי הועדות והן עו"ס לחוק נוער ציינו כי בתקופת התכנית עלתה רמתם המקצועית של הדוחות וביכולתם לשמש בסיס איתן לגיבוש החלטות על עתיד הילדים. הגורמים מסכימים כי כיום יותר מאשר בעבר מאפשרים הדוחות להתאים מסלולי טיפול ייחודיים לכל ילד ולאתר לו משפחת אמונה/אימוץ שתספק מענה הולם לצרכיו.

יחד עם זאת, מרבית הגורמים המעורבים הסכימו כי השפעתם של דוחות אבחון כתוצרי התכנית על החלטות הנוגעות לקביעת מסגרת קבע לילדי הקלטים נמוכה יחסית. הן עו"ס לחוק נוער והן חברי הועדות תכנון טיפול והערכה דווחו כי התכנית טרם הפכה לרלוונטית במישור הערכת הקשר הדיאדי בין ההורים הביולוגיים לבין ילדי הקלט וכלל אינה עוסקת בשלב זה בהערכת מסוגלות הורית של ההורים הביולוגיים. כמו כן הודגש שפעמים רבות הדוח מוגש על ידי העמותות באיחור רב.

עו"ס לחוק נוער דווחו כי למרות שדוחות מתכללים של התכנית מספקים מידע מקיף ומקצועי אודות מצבו ותפקודו של כל ילד הם מהווים רק מקור מידע אחד מבין כלל הערוצים המספקים להם נתונים נדרשים לגיבוש החלטות ולכתיבת תזכיר שיוצג בבית המשפט. מלבד זה, בחלק לא מבוטל של המקרים ממצאים ומסקנות הדוחות מגיעים לעו"ס לחוק נוער לאחר גיבוש ההחלטות והצגתן בבית המשפט ולכן, הופכים לבלתי רלוונטיים מבחינתן. בנוסף, ברוב המקרים עו"ס לחוק נוער מכירים כבר את הרקע המשפחתי של הילדים ומעדיפים לגבש החלטה עצמאית, בכלים שלהן, לגבי עתיד הילדים מבלי להזדקק לתוצאות האבחונים ולהתייחס אליהם.

לעומתם, סבורים יו"רים של ועדות תכנון טיפול והערכה כי דוחות מתכללים מהווים מקור עיקרי לקביעת החלטות לגבי עתיד הילדים. לכן, לדעתם, ככל שייכנסו דוחות התכנית יותר לתחום הדיאדי ויספקו מידע מקצועי ומעמיק בנוגע למסוגלות הורית, כך הם יהפכו ליותר רלוונטיים ומשפיעים בתהליך קבלת החלטות בנוגע למסגרת קבע המתאימה לכל ילד ולכך צריך לשאוף.

על פי הערכותיהם של שופטי בתי משפט לנוער דוחות מתכללים ודוחות אבחון של התחנות לבדם אינם יכולים לשמש בסיס מקיף ומקצועי דיו לגיבוש החלטותיהם לגבי עתיד הילדים, אלא לספק

הסתכלות צרה וייחודית על כל מקרה מאובחן. לכן, על מנת לאפשר לשופטים גיבוש החלטות בהתבסס על מידע מקיף ומקורי סבורים הם כי חיוני לצרף לדוחות מתכללים המהווים סינתזה ופרשנות של כלל הממצאים גם את כל דוחות האבחון המקוריים של כל מומחה שהשתתף בתהליך האבחוני.

המחקר ממליץ לאמץ את המתודולוגיה המוצעת בדוח המחקר לבצוע סכום ולכתיבת דוח מתכלל לבצע הכשרה מקצועית של מנחות הקלט בבניית סינתזה וכתיבת דוח מתכלל. ככל שהדוח המתכלל יהיה יותר מקצועי ממוקד ומכוון כך הוא ישמש כלי משמעותי בתהליך קבלת ההחלטות של העו"ס לחוק נוער, עו"ס המשפחה ובמיוחד של הוועדות תכנון טפול והערכה ושל בתי המשפט.

8.4 משך זמן שהיית הילד במשפחת הקלט

מניתוח יישום התכנית עולה כי היא טרם הצליחה להשיג הישגים משמעותיים בקצור זמן שהיית הילד בקלט. מעצבי התכנית קבעו יעד שלפיו תקופת שהותו של הילד בקלט לא תעלה על- 3 חודשים ובמהלכה יושלם גם אבחון על ידי התחנה הניידת. הממצאים מראים שתקופת שהותו של ילד בקלט נמשכת במהלך תקופת הפיילוט מעבר לחצי שנה במוצע. נמצא כי משכי זמן להשלמתם של שלבי האבחון העיקריים חורגים באופן משמעותי מהמתוכנן. כלומר, המסקנה המתבקשת היא שבשלב זה יש לפעול לשפור ולהתייעלות בתאום מועדי האבחונים מיד עם קליטת הילד לקלט ולפעול לסיומם בתוך חודשיים עד שלושה חודשים. מומלץ לפתח קובץ נהלי עבודה שיבהיר את התהליכים אבני הדרך ולח זמנים מובנה להתנהלות התכנית שכל עמותה תידרש לפעול לפיו.

8.5 אבחון רב מקצועי

בדוח המחקר הודגש כי פעילותם של הצוותים הרב מקצועיים תרמה לשדרוג רמתם של דוחות אבחון. האבחון כיום יותר מקיף ומספק מידע ממצה על מצבו של הילד בתחום ההתפתחותי, הפסיכולוגי והרגשי. פעילותם של הצוותים והמלצות שהנם מספקים בדוחות אבחון שלהם מאפשרים לגבש החלטות מושכלות ומותאמות לצרכיו של כל ילד בתחום הטיפולי.

בהתאם לתוכן ההסכמים ולמהות התמחותם המקצועית של התחנות נקבע שצוות התחנה יספק שירותי אבחון פסיכולוגי התפתחותי גרידא, מבלי לעסוק בתחומי אבחון נוספים כגון: רפואי, פרא-רפואי, או אחר. הרכבו של כל צוות הצטמצם לשני מומחים בלבד-פסיכיאטר/ית-מנהל התחנה ופסיכולוגית התפתחותית שרכזה את כלל הפעילות האבחונית שהתבצעה במסגרת התכנית. יתרה מכך, צוות התחנות סבר גם כי אין כל צורך בצירופם של מומחים מתחומים אחרים לצוות ושביכולתם להציג מערך מסקנות והמלצות בתחומים רפואי, פרא-רפואי בעצמם. הנחה זאת משוללת כל יסוד אתי ומקצועי ועל כן המציאות היא שיש לראות בתחנה רק אחד ממרכיבי האבחון שהוא האבחון הפסיכולוגי התפתחותי ובמקרה צורך ניתן לקבל ממנה גם אבחון פסיכיאטרי.

יחד עם זאת, עקב המגבלות שעמהן התמודדו רכזות קלט החרום בעמותות באיתור מאבחים מקצועיים ובניית הרכב הצוותים לא הושגה עדיין עבודת צוות מלאה כנדרש בתכנית. כפי שתואר לעיל, ההרכב המתוכנן של הצוותים הצטמצם במהלך התכנית עקב אילוצים שונים לשני תחומים פסיכיאטר – מנהל תחנה ופסיכולוגית התפתחותית – שרכזה את כלל פעילות האבחון. האבחונים המחויבים הם: רופא ילדים או רופא התפתחותי ופסיכולוגית התפתחותית. אבחונים נוספים יבוצעו בהתאם לצורך הספציפי של הילד. מרבית הילדים שעברו אבחון במהלך התכנית לא אובחנו ע"י מומחים נוספים והדעת נותנת שלא רק כיון שלא נמצא לכך כל צורך. לכן דוחות אבחון התמקדו בעיקר במצבו ההתפתחותי, הפסיכולוגי והרגשי של הילד והציג מערך המלצות טיפוליות בהתאמה לתוצאות אבחוניות בתחומים אלה בלבד.

בשלבי היישום המאוחרים של התכנית לקראת אמצע שנת 2014 החל להתבצע גם אבחון של מסוגלות הורית על ידי הדיאדה הורה – ילד. עם זאת, חברי הצוותים דווחו כי היעדר מידע מקיף ומעמיק על הרקע המשפחתי של הילד מקשה על ביצוע תהליך אבחון כיוון שלפני המאבחים אין מידע על העובדות והנסיבות שלוו את חיי הילד לפני כניסתו לקלט חרום.

בנוסף, העובדה כי בהיעדר מעורבותם של מומחים פרא רפואיים בתהליך האבחון מוטלת על הפסיכולוגית ההתפתחותית אחריות לזהות צרכי הילד בתחומים הנ"ל ולהמליץ על מסלולי אבחון וטיפול מתאימים.

במסגרת יישום התכנית הושגה איכות גבוהה בהערכת נורמטיביות התפקוד של הילדים בתחום התפתחותי הפסיכולוגי והרגשי. אולם התכנית טרם הגיעה למיצוי הפוטנציאל הדיאגנוסטי של צוות רב מקצועי בזיהוי צרכי הילדים בתחום הרפואי הפרא – רפואי וכן לא נאסף מידע מספק ממערכות החינוך שבהן שולב הילד בהתאם לגילו.

המחקר ממליץ לראות את המושג "תחנה ניידת" במושג "יחידת אבחון ניידת" כך גם הומשג הרעיון במסמך מודל התכנית הראשוני ועם הזמן אומץ המינוח "תחנה ניידת". מסקנת המחקר הינה שהשירות שנותנת התחנה הוא רק חלק מה" יחידה ניידת לאבחון" שאותה אמורה להפעיל העמותה ובתוכה יכללו צוותי אבחון נוספים כנדרש.

8.6 המלצות מנחת הקלט לגבי עתיד הילד על רקע האבחון הרב תחומי

לאור הממצאים ניתן להסיק כי טרם הופנמו בשטח באופן מלא כל מטרותיה של התכנית. על פי מודל התכנית מטרתה היא גיבוש המלצות למסגרת קבע המועדפת לכל ילד בהתבסס על ממצאי אבחון של יחידה ניידת. בפועל, הן חברי הצוותים בתחנות האבחון והן מנחות הקלט סברו שמתן המלצות על עתיד הילד הן בתחום האחריות הבלבדית של עו"ס לחוק נוער, ועדות תכנון טיפול והערכה ושופטי בתי המשפט לנוער. לא הופנמה האבחנה בין המלצה לבין החלטה. האבחון נועד לפתח תמונת מצב על הילד וליצר תובנות לתכנית טפול בו כמו גם למסגרת אופטימאלית בעבורו על רקע מצב מנקודת ראותם של

המאבחינים השונים. ההמלצות של המאבחינים תכליתן לסייע למקבלי ההחלטות החל מכתיבת התזכיר של העו"ס לחוק נוער המשך בוועדת תכנון טפול והערכה וכלה בסיכומי של גבר בהחלטת בית המשפט. טענת מנחות קלט או גם של צוותי האבחון הייתה בראשית יישום התכנית שהיעדר היכרות עם הקשר הדיאדי בין הילדים לבין הוריהם הביולוגיים ומחסור במידע על המסוגלות ההורית שלהם מונע מהם לגבש עמדה מקצועית מבוססת בנוגע למסגרת קבע המועדפת לכל ילד (חזרתו הביתה או השמה חוץ ביתית במשפחת אמנה/אימוץ/מסגרת אחרת). על רקע זה הוכנס לתכנית כלי משמעותי נוסף - תהליך דיאדה הורה - ילד שאליו גם הוכשרו מנחות הקלט באופן מקצועי ונרחב. המחקר מצא שגם לאחר שמנחות הקלט עברו הכשרה מקיפה בהערכת הדיאדה ושבמסגרתה יצרו קשר עם ההורים הביולוגיים ועסקו בהערכת האינטראקציה בינם לבין ילדיהם, עדיין התעקשו מנחות הקלט שלא להציג המלצות אופרטיביות בנוגע למסגרת קבע מועדפת בדוחות אבחון מתוכללים בטענה כי אינן חייבות לעסוק בנושא במסגרת תפקידן. המחקר מצא שסוגיה זאת הינה גם סימפטום לפתוח קונפליקט על סמכויות מקצועיות בין מנחות הקלט לבין עו"ס לחוק נוער והסוגיה כולה ראויה בליבון נרחב ומושכל שיצור תאום שיתוף פעולה והערכה מקצועית הדדית בין שני התפקידים שהם שונים באופן מובהק במהותם.

מנגד, סבורים יו"רים של ועדת תכנון טיפול והערכה כי היכרותן של מנחות קלט עם המשפחות הביולוגיות שהתאפשרה באמצעות ההכשרה דלעיל מקנה להן כלים מקצועיים לגיבוש המלצות הנוגעות למסוגלות הורית ולמתן חוות דעת לוועדות תכנון טפול והערכה לגבי אפשרות החזרת הילדים הביתה, לחיק ההורים. חברי הוועדות רואים במנחות קלט גורם שביכולתו לספק מידע מהימן על הקשר הדיאדי בתקופת הקלט וסבורים כי תרומתן בתחום זה חיונית לקבל ביטוי בדוח המתכלל וטעונה שיפור משמעותי.

8.7 הרכב צוות רב תחומי

השוואתם של הרכבי הצוותים כפי שהם התגבשו בפועל לזה שתוכנן ע"פ מודל התכנית מעלה כי קיים פער משמעותי ביניהם, שמעבר להשלכותיו הארגוניות והלוגיסטיות הנו בעל השפעה ניכרת על איכות ומאפייני שירותי האבחון שנתנו ע"י התחנות ועל תוצריהן הסופיים-דוחות אבחון של ילדי הקלטים. ניתן לאומר, כי ביישומם של מרכיבי זה של התכנית מפעיליה התרחקו מהתכנון המקורי במידה מרבית. להיווצרות הפער גרמו מספר סיבות כאשר המרכזית שבהן היא העובדה שהעמותות המפעילות יצרו הסכמי התקשרות בלעדית לביצוע האבחונים עם מרכזי פסיכיאטריה לגיל הרך בבתי חולים-גאה, סורוקה וצפת שבתוכם הוקמו התחנות.

מהנאמר לעיל נובע, כי למרות שצוותי התחנות תוכננו להיות רב מקצועיים ע"פ מודל התכנית בפועל הם לא היו כאלה. מכאן, גם תוצרי פעילותם-דוחות אבחון שהועברו לעמותות לא היו פועל יוצא של סנתזה ואינטגרציה של ממצאים והמלצות של מומחים ממגוון תחומים אלא כללו סיכום ממצאים והמלצות הנוגעים ברובם לתחום פסיכולוגי התפתחותי. מהות הפער בין יישום המרכיב ע"פ המודל

המקורי לבין יישומו בפועל אינה מתבטאת רק בהבדלים פורמאליים בין הרכב התחנה המתוכנן לזה המצוי אלא הנה בעלת משמעות עמוקה מבחינת הגשמת תכלית התכנית ויעדיה המרכזיים.

ביצוע האבחונים ע"י הצוותים הרב מקצועיים כפי שתוכנן ע"פ המודל היה מאפשר יצירת תמונה שלמה ואינטגרטיבית על מצבו של כל ילד ובאמצעות כך, היה מציק בסיס מהימן ורחב ביותר להגדרת מסלולי התפתחות מיטביים לעתידו. לעומת זאת, אבחון מצב הילד מההיבט הפסיכולוגי התפתחותי בלבד, מקצועי ככל שיהיה, מצמצם מראש את הבסיס העובדתי לגיבוש מסקנות והחלטות הנוגעות לעתידו של הילד ואינו מאפשר יצירת תמונה אינטגרטיבית ורחבה של מצבו ותפקודו.

8.8 המלצות

1. המחקר מוצא את התכנית חיונית ביותר ליישום, לטובת בצוע פעילות מקצועית נכונה עם ילדי קלט חרום. המחקר מצא את כל עקרונות התכנית מיושמים במסגרת הפיילוט עם השנויים שהתבקשו בתקופת ניסוי, למידה ובצוע התאמות על רקע אילוצים.
2. מומלץ לפעול ככל המוקדם למיסוד התכנית מיד עם סיום תקופת הניסוי תוך המשך בצוע ההתאמות הנדרשות על רקע ממצאי המחקר.
3. במסגרת מיסוד התכנית מומלץ שמינהלת התכנית תופקד בידי בעל ניסיון ומיומנות ניהולית גבוהה שיבצע מעבר לניהול התקציב, הובלה של הטמעת המדיניות שנקבעת בפורום השותפים ובוועדת העבודה. יישום התכנית מחייב בצוע בקרה שוטפת על עבודת מרכזות הקלט בעמותות ועמידתם בכלל הדרישות של התכנית לרבות לוחות הזמנים.
4. להקפיד על הפעלת עקרון הניידות. למסד את החובה לבצע לפחות 50% מהאבחון של פסיכולוג התפתחותי בבית משפחת קלט החרום וכמו כן לבצע חלק מאבחוני מקצועות פרא רפואיים בבית משפחת הקלט.
5. המפגש שמתקיים במסגרת התכנית בין משפחות קלט לבין המומחים המאבחנים יוצר הזדמנות להגברת המיומנויות ההוריות של המשפחות באמצעות הכוונה וייעוץ שהן מקבלות ישירות מהמומחים בצוות הרב תחומי. הדבר תורם לשיפור ביטחונם העצמי של בני הזוג במשפחת הקלט לגבי הטפול בילד. ליחידת אבחון ניידת יש במסגרת האבחון בבית הקלט גם נוספת על אבחון תרומה בהמלצה וההכוונה שההורה קלט מקבל. ההיכרות של המאבחן את סביבתו הטבעית של הילד במשפחת הקלט תורמת בצורה מהותית לשיח המקצועי שמתפתח ביו לבין מנחת הקלט. רעיון הצוות הרב תחומי הנייד משתקף בכך שהצוות כולו מכיר את סביבתו של הילד וסביבת התפקוד של הורי הקלט ובהיכרות זאת יש כדי לתרום לתובנות המשפרות את ממצאי האבחון והבנת מצב הילד בראש ובראשונה וגם את הטפול בו בתקופת הקלט.

6. המענה לפזור גיאוגרפי של משפחות קלט חרום יוכל להינתן ככל שבמאגר המאבחים של היחידה הניידת העמותה תאטר פוטנציאל מומחים בפזור גיאוגרפי רחב יותר. זו אחת המשימות שיש להטיל על העמותות בתהליך בניית צוות רב תחומי של יחידה ניידת. היינו הצוות יכול להיות מופעל ע"י העמותה ולא דווקא קשור לתחנה ממסדית ספציפית אחת בכל האזור.

7. מומלץ לסכם עם קופות החולים בעזרת משרד הבריאות הוצאת הנחיה שרופא ילדים בקהילה המאבחן ילד בקלט ידפיס את התיק הרפואי של הילד הכולל ממצאי האבחון וימסור אותו לידי הורה הקלט או מנחת הקלט על מנת לאפשר התייחסות למצב הבריאות של הילד בדוח המתכלל במיוחד כשמצבו הבריאותי מחייב התייחסות בתכנון עתידו.

8. מומלץ לסכם עם קופות החולים בעזרת משרד הבריאות שיטה להבטחת רצף טיפולי בילד והעברת המידע על תיקו הרפואי לרופא המטפל במקום משפחת הקלט ובהמשך במקום הקבע אליו יופנה הילד. במקרים בהם לא ידועה קופת החולים אליה משתייכים הוריו הביולוגים ימצא הסדר בין קופות החולים לאיתור התיק הרפואי של הילד על פי מספר הזיהוי שלו.

9. מומלץ לא לראות את התחנות שממוקדות בדרך כלל באבחון פסיכיאטרי כגורם אבחוני מוביל. ראוי לראות את רופא הילדים בקהילה כמאבחן הראשון ולתת לו להוביל את האבחון הבריאותי של הילד למרות שמדובר בילד שעבר טראומה.

10. יש חשיבות רבה לפתח קובץ נהלי עבודה אחיד שיתאר את תהליכי העבודה בתכנית עם אבני הדרך כצמתי בקרה ולוח זמנים מובנה להתנהלות התכנית שכל עמותה תידרש לפעול לפיו ומינהלת התכנית תבצע בקרה שהתהליכים אכן מתנהלים כמוגדר ובלוח הזמנים שנקבע. פעילות זאת נועדה להבטיח הטמעה מהירה ונכונה של יישום התכנית.

11. מומלץ לבחון עם משרד הבריאות וקופות החולים הגעה להסדר של קבלת שרות במסגרת חוק בטוח בריאות ממלכתי שכל ילד שנכנס לקלט חרום יאובחן במסגרת יחידה / מכון להתפתחות הילד שבדרך כלל ימצא בה רופא התפתחותי ופסיכולוגית התפתחותית.

12. במקרים של הכנסת תינוק עד גיל שנתיים לקלט חרום מומלץ להסדיר עם משרד הבריאות העברת תיק טיפת חלב כולל אחוזון ההתפתחות של הילד, חיסונים וממצאי סקר מטבולי ושמיעה, מאזור מגורי משפחתו הביולוגית אל מנחת הקלט וטיפת חלב באזור משפחת הקלט. המחקר מצא שמידע על תינוקות אינו תמיד זמין למנחת הקלט.

13. בקליטת ילדים בגיל הרך יש חשיבות להקפיד על בדיקות רפואיות (סרולוגיה) ככל שהמידע לא מועבר אל מנחת הקלט מהתיק הרפואי של הילד.

14. במסגרת ההמלצה על פתוח נהלים לניהול קלט חרום משודרג מומלץ לכלול הנחיות בהירות בתחום הבריאות בהתאם להנחיות שפורסמו ע"י המחלקה לאם ולילד במשרד הבריאות

וביניהן ההקפדה על חיסון בני משפחת הקלט בהתאם לגילם כדי להגן עליהם מצד אחד ולהגן על הילד הנקלט מצד שני.

15. ראוי לבצע הכשרה מקיפה בקרב מנחות קלט בתחום טפול בילדים בארועי טראומה. הנושא של טראומה של ילדים ומניעת גורמי הסיכון מחייב פתוח קוריקולום ומתודולוגיה שיש למקצע באמצעותם את מנחות הקלט.

16. מאחר ומדובר בתכנית שראוי למסדה בשנים הקרובות יש חשיבות רבה לכתיבת מתודולוגיה מקצועית לכל פרקי העבודה בקלט החרום המתודולוגיה יד עם הנהלים יהוו התורה המקצועית של הפעלת קלט חרום במדינת ישראל.

17. כתיבת דוח מתכלל מחייב התמקצעות ומומלץ לבצע הכשרה גם בתחום זה. על מנחות הקלט לרכוש כלים לניתוח מיפוי וסיווג ממצאי אבחון ומידע העומד לרשותם ממקורות שונים (דוח רפואי, דוח פסיכולוג התפתחותי, אבחונים מקצועיים פרא רפואיים, מידע שאוספות מנחות הקלט מבית משפחת הקלט, מידע מעו"ס לחוק נוער מידע מעו"ס משפחה, דיווחים מגורמים טיפוליים/חינוכיים שונים וכדו') בדוח המחקר הוצעו תחומי יסוד להתייחסות בכתיבת הדוח המתכלל, מומלץ לאמץ את עקרונות המתודולוגיה לכתיבת דוח מתכלל שהוצגו במחקר, להכשיר את מנחות הקלט בכתיבת הדוח ליצור דפוס אחיד של דוח מתכלל כדי שהוא יתקבל כרלוונטי למקבלי ההחלטות

18. יש להנחות את עו"ס לחוק נוער להעביר לבתי המשפט בנוסף לדוח המתכלל את כל דוחות האבחון המקוריים של כל אחד מהמומחים שאיבחן את הילד.

19. מרכיב הדיאדה מהווה נדבך חשוב וחיוני בתכנית בכלל ובהכללת ממצאיו בדוח המתכלל בפרט. מומלץ להמשיך ולהעמיק את הכשרת מנחות הקלט לנהל תצפית מתערבת בדיאדה הורה – ילד. ראוי להמשיך ולהרחיב את כתיבת המתודולוגיה לתהליך הדיאדה ולעריכת דוח אבחון דיאדה הורה-ילד שיש בו כדי להצביע על היבטים של מסוגלות הורית.

20. מומלץ להטמיע את תהליך הבצוע של דיאדה הורה ביולוגי – ילד ולחזק את מנחות הקלט בבצוע אבחון פוטנציאל המסוגלות של ההורים הביולוגיים למילוי תפקידם.

21. ראוי להקפיד על מתן משוב מלא להורה הביולוגי על מפגשי הדיאדה וכן להעביר מידע רלוונטי בתום כל מפגש דיאדה למשפחת הקלט על מנת שתונחה כיצד לסייע להכלת הילד את המפגש שלו עם ההורה הביולוגי.

22. במקביל להטמעת בצוע תהליך הדיאדה מומלץ לפתח למנחות הקלט פורום תמיכה מקצועית לסיוע ובלימת סינדרום של שחיקה (Burnout) המנחות נחשפות למצבי דיאדה קשים מנשוא מומלץ ויש חשיבות רבה להקל עליהן ביישום מרכיב חשוב זה בתכנית.

23. מומלץ לייעל את תהליכי העברת המידע משרותי המחלקה בקהילה בה גרים הוריו הביולוגיים של הילד מעו"ס המשפחה ומעו"ס לחוק נוער אל מנחת הקלט כדי שהאבחון יוכל להתחיל מיד עם הגעת הילד לקלט החרום. לצורך כך, יש לטפח קשרי עבודה ושיתוף פעולה רצופים בין מנחות קלט לבין עו"ס משפחה המטפלות בהורים הביולוגיים במחלקות אלה.

24. חלק מהשנויים שחלו במודל היישום נובעים בין השאר מתהליך רציה למערך התפעולי (לעמותות ולתחנות) וקשיים בניהול התמודדות עם האילוצים בשטח (העדר זמינות מומחים לאבחון, קשיי ארגון, תאום שיטתי עם העו"ס לחוק נוער וגורמי המחלקה לשירותים חברתיים). מומלץ שניהול התכנית יבוצע ע"י גורם ניהולי בעל רקע וניסיון ניהולי שיפעל להתמודדות מנהיגותית עם קשיי היישום ומניעת שחיקה בעקרונות היסוד של התכנית על רקע הקשיים בשטח. ראוי לקבוע למינהלת התכנית שיטה לבצוע בקרה מקצועית (כלים ומנגנוני דיווח) על ניהול התכנית.

25. מומלץ להכין תכנית הסברה כוללת חומר כתוב לעו"ס משפחה במחלקות, לעו"ס לחוק נוער ליו"ר וועדות תכנון טפול והערכה ולשופטי בית המשפט לנוער על התכנית ותרומתה המהותית במתן מענה אבחוני מקצועי שתורם להחלטות על עתיד הילד והטיפול בו.

26. יש חשיבות של קיום קשר הדוק ושוטף בין צוות היחידה הניידת המאבחנת לבין מרכזת הקלט חרום ומנחת המשפחה. הקשר בין המאבחן לבין מנחת הקלט הכרחי ותורם לניהול של כל מקרה אבחוני לאפשר למנחה להדריך בהתאמה את הורי הקלט ובני משפחת הקלט. הקשר בין הגורמים חייב להיות מעוגן בכללי עבודה ולא להשאירו לניהול אקראי שונה בכל עמותה.

27. מומלץ להגביר שימוש באמצעים טכנולוגיים של העידן בו אנו חיים דוגמת פורטל אינטרנטי לתכנית, בניית מבנה אחיד של ניהול קובץ מידע וקובץ מעקב התכנית בכל עמותה. גם כדי לאפשר להתמודד עם קשיים שנוצרו בתכנית ובמיוחד בכל הקשור להעברת מידע הדדי בין התחנה לבין הגורמים השונים. מומלץ שמינהלת התכנית תנהל אפיון מחשובי של התכנית. התכנית חסרה כיום כלי מיחשוב אחידים החל ממבנה אחיד של קובץ איסוף נתונים וכלה בממשק הקשר בין הגורמים השונים.

28. מומלץ לכלול במסגרת התכנית בצוע פעילות הסברה על מצב הילד בקלט כדי לצמצם את התנגדותם של ההורים הביולוגיים ככל שתהיה המלצה למקבלי ההחלטות להוציא את הילד למסגרת מחוץ למשפחתו הביולוגית. מומלץ למסד תהליך מוגדר שבו מנחת הקלט תעדין את עו"ס לחוק נוער ועו"ס המשפחה כדי שבמהלך תקופת שהיית הילד בקלט יוסברו עוד ועוד טובת הילד, משמעות שהותו בקלט, חשיבותו ומטרתו של הליך האבחוני. ככל שיבוצע ע"י גורמי הרווחה שיתוף של ההורים הביולוגיים במצבו ובטובתו של הילד כך הם עשויים לצמצם את התנגדותם לפתרונות מיטביים לילד שאינם עולים בקנה אחד עם תפישתם קיצור זמן שהייתו בקלט החרום בעקבות התארכות הדיון המשפטי על רקע התנגדות ההורה הביולוגי וחוסר אמונו בממסד שרותי הרווחה והשירותים החברתיים.

29. על רקע המציאות שפעמים הילד נמצא תקופה קצרה במשפחה והקשר עמו חייב להתבצע מקצועית ומידית ביטאו המשפחות חסך בהבנה ובגישה כיצד לבטא ולהקרין לילד "חמלה" (Compassion) כמו כן עלה צורך של המשפחות ללמוד כיצד להיות מודע רגע אחר רגע מה קורה לילד שנקלט אצלם היינו כיצד מנהלים "קשיבות" (Mindfulness) לאורך זמן במיוחד כשיש ילדים נוספים בבית. מומלץ שתכנית העבודה של מנחות הקלט עם הורי הקלט תכלול הדרכה/הנחיה מובנית כיצד נכנסים לראש של הילד ומבינים את העולם שלו כאשר הנגלה לעיניהם הוא הקושי הפיזי של הילד, אך הנסתר הוא הנפש שלו.
30. מומלץ לשקול האם ראוי שמשפחות הקלט תקבלנה דיווח והסבר על תהליך האבחוני במודל התכנית ושמצאי כל אבחון ומסקנותיו ייחשפו לפנייה במלואן לעומת המציאות הקיימת בה רק מנחות קלט מקבלות תוצאות האבחונים וברוב המקרים לא חושפות אותן לפני המשפחות.
31. על פי ממצאי המחקר התקציב לסל העתידי המתוכנן על ידי מובילי התכנית לחודש החזקה ואבחון של ילד הינה 6947 ₪. בהתאם לניתוח שהוצג בדוח המחקר מומלץ לבנות תקציב לסל הכולל של קלט חרום בסך של כ 10000 ₪ לחודש. סך זה כולל את עלות בצוע האבחונים בפועל והתוספת הנדרשת על בסיס נתוח הוצאות תקופת הניסוי מתחילתו ועד ליוני 2014 תקצוב הסל המתוכנן להחזקת ילד בקלט יבטיח השגת המטרות של התכנית.
32. יש מקום לבחון עוד את האפשרות לצמצום בעלות מרכיבי התקורות והניהול של התכנית אשר מהוות 27.5% מכלל העלות בפועל בתקופת המחקר. תקורה שמהווה בקרוב כ 1/3 מעלות האבחון לילד הינה גבוהה ויש צורך לבחון לפרטים את מרכיביה השונים והאפשרות לצמצמה.
33. כדי לשפר את תרומת התכנית לקצור משך זמן השהייה קלט מומלץ שתאום פגישת סיכום האבחון יבוצע כשבועיים מכניסת הילד לקלט. ראוי לפתח המודעות לכלל המעורבים שעיקוב בישיבת סיום הדוח מהווה אילוץ שגורם להארכת תקופת השהייה של הילד בקלט כחודש ימים נוסף. יש חשיבות מקצועית בהקדשת זמן לבצוע ישיבת סיום שכן ללא ישיבה זאת ככל המוקדם נפגמת תוצאת התהליך כולו.
34. כדי להתמיד בקצור זמן שהיית הילד בקלט, מומלץ לאמץ כלי בקרה לניהול שיטתי של התהליך. (בעת כניסת הילד לקלט לתכנן לוי' מראש לבצוע האבחונים, להתחיל באיתור מסגרת פוטנציאלית למקרה הצורך בהוצאת הילד מבית הוריו הביולוגיים במקביל לאבחון הראשוני בקלט, להעביר עדכון שוטף על מצב הילד והתנהלות הדיאדה לעו"ס לחוק נוער).
35. מומלץ להפעיל את היחידה הניידת לאבחון רב תחומי ישירות באמצעות העמותות. היינו שהעמותות לא תרכושנה את השירות מהתחנות שנמצאות ביחידות רפואה לבריאות הנפש, אלא תפעלנה כיחידות אבחון בתוך העמותה. כחלק מצוותה או כנותני שירות ישיר למנהלת קלט חרום בעמותה. אין ספק שהפעלה עצמית של האבחונים דוגמת ההפעלה שמתבצעת כיום בעמותת אור שלום על ידי העמותות לא תייקר את השירות אך תוביל מידית לקיצור תקופת השהות ולגיבוש פתרונות מיטביים למסגרת קבע ומסלולי טיפול בילד לאחר יציאתו מהקלט.

לסיכום, ממצאי המחקר מלמדים על חשיבות התכנית ועל תרומתה לשדרוג הקלט חרום.

ממצאי המחקר מלמדים על תחילת תרומה משמעותית של הדוח המתכלל לדיוני וועדת תכנון טפול והערכה. בתי המשפט עדיין לא נחשפו מספיק לתכנית ולמשמעויות של האבחון הרב תחומי ויש מקום להתמיד בהעברת מידע לנשיאת בתי המשפט לנוער על מיסוד התכנית ופוטנציאל השפור שיש במרכיביה לגיבוש ההחלטה על עתיד הילד.

על אף שטרם זוהה קיצור משמעותי של משך זמן ההשייה של ילד בקלט אנו מניחים שככל שהתכנית תתמסד ויוקפד על יישום עקרונותיה וככל שיפותחו כלי ניהול ובקרה כך גם תושג מטרה זאת.

המחקר הצביע על התרומה המשמעותית של אבחון רב תחומי הן לעניין תהליך קבלת ההחלטה והן לעניין תובנות הטפול בילד במהלך שהותו בקלט ובהמשך. חל שיפור מהותי מנקודת הראות של משפחות הקלט ויכולתן לטייב את הטפול בילד כל עוד הוא בקלט החרום.

מטבעו של מחקר הערכה מעצבת לתרום להבשלת התכנית בהתאם ליעודה על בסיס דוחות הביניים והארות החוקרים במהלך בצוע המחקר. אין ספק שממצאי המחקר מלמדים על שנויים שבוצעו בצהלך הפיילוט כדי להבטיח מתן מענה למטרות התכנית תוך התמודדות עם אילוצי היישום בשטח. בתוך תקופת הפיילוט בוצעו בתכנית שנויים והתאמות למודל הראשוני ועל כן אנו מוצאים כיום את התכנית בשלה ליישום, תוך התייחסות להמלצות המחקר עם זאת סיכויי ההצלחה ביישום כלל מרכיבי התכנית מותנים לדעתנו בבניית תכנית הטמעה שתבטיח לזוי מקצועי ליישום המודל שעוצב עם סיום הפיילוט. תכנית הטמעה מפורטת ולזוי ביצועה על ידי פקוח מקצועי ותמיכה של אנשי מקצוע לפתוח המרכיבים שטרם פותחו בהלימה להמלצות המחקר חייבת להיתפס על ידי מקבלי ההחלטות כחלק מהותי מתכנית הפיילוט. ראוי שפיילוט יסתיים עם עצוב תכנית הטמעה של הלקחים והניסיון אשר הופקו מתקופת הפיילוט ובכלל זה על רקע ממצאי מחקר הערכה.

החשיבות של התכנית באה לידי ביטוי בתפישת ערכית ומוסרית של חברה מתוקנת כלפי כל אחד מהילדים שנקלע לנסיבות שחייבו הוצאתו לקלט חרום. הקלט על בסיס השדרוג שהתכנית מציעה איננו מהווה רק מקום להוצאת הילד הרך מסיטואציית השבר הטראומתי שמן הסתם פגעה בו, אלא הקלט בתפישת השדרוג של משולש האומנה מבטיח מיצוי נכון של זמן השייה הקצר בקלט ע"י אבחון רב תחומי שמסייע לעוס לחוק נוער ולבית המשפט למלא בראש ובראשונה את עשיית הצדק ומלוי המחויבות החברתית ערכית כלפי הילד בהתפתחותו על רקע פרספקטיבה מקצועית שטובת הילד ומענה לצרכיו על רקע השבר שחוה בצורך להוציאו מבית הוריו הם העומדים במרכז הדיון וההחלטה. מכלול הכלים שתכנית משולש האומנה מספקת במסגרת שדרוג הקלט הם

אנו רואים הכרח וממליצים לשמור על כלל מרכיבי התכנית, כפי שעוצבו לקראת סיום המחקר, כמכלול אחד. חשיבות ההקפדה על כל אחד ממרכיבי המודל בפני עצמו וכולם יחד כמכלול, תוך התמודדות עם אילוצי היישום בשטח, יבטיחו את הצלחתה של התכנית ותרומתה להחלטות מיטביות על עתיד הילד.

9. ביבליוגרפיה

1. . 2000. **A Community Outreach Handbook for Recruiting Foster Parents and Volunteers.** CWLA Press Washington, DC.
2. Beitchman, J. H., Wilson, B., Johnson, C. J., Atkinson, L., Young, A., Adlaf, E., et al. (2001). **Fourteen-year follow up of speech/language-impaired and control children: Psychiatric outcome.** *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40, 75-82.
3. Buehler, C., Rhodes, K., Orme, John G., Cuddeback, Gary. (2007) **The Potential for Successful Family Foster Care: Conceptualizing Competency Domains for Foster Parents.** *Child Welfare*, 85 n3, 523-558.
4. Casas, F., Montserrat, C (2002). **Interdisciplinary teams and decision making in child protection systems: The experience of Catalonia.** *International Journal of Child & Family Welfare*, 146-158.

5. Child Welfare Information Gateway. (2011). *Child maltreatment prevention: Past, present, and future*. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, Children's Bureau.
6. **Children's Rights and the Child Welfare Paradigm** in C. Greenbaum & Y. Ronen, The Case for the Child: Towards a New Agenda for Children, *Intersentia, Antwerp-Oxford-Portland, 2008*
7. FAHLBERG, V. (1979). **Attachment and Separation**. *Michigan Department of Social Press*.
8. Heller, S., Smyke ., Neil, W.(2002). Very young foster children and foster families: Clinical challenges and interventions. *Infant Mental Health Journal*, 23, 555-575.
9. **Hochstadt, N. J., Jaudes, P. K., Zimo, D. A., & Schachter, J. (1987). The medical and psychosocial needs of children entering foster care.** *Child Abuse & Neglect*, 11, 53-62.
10. Klevens J, Whitaker DJ. (2007). **Primary prevention of child physical abuse and neglect: gaps and promising directions.** *Child Maltreat*, 12(4), 77-364.
11. Lealman GT, Haigh D, Phillips JM. (1983) **Prediction and prevention of child abuse--an empty hope?** *Lancet* , 25, 1423-4.
12. **Leslie, L., Gordon, J., Ganger. W., & Gist, K. (2002). Developmental delay in young children in child welfare by initial placement type.** *Infant Mental Health Journal*, 23(5), 496-516.
13. Littner , N. (1972). **Some Traumatic Effects of Separation and Placement.** *New York :Child Welfare League*.
14. Rathbun, C., McLaughlin, H., Bennett, O. and Garland, J.A. (1965).**Later adjustment of children following radical separation from family and culture.** *American Journal of Orthopsychiatry*, 35, 604-609.
15. **Sundell, K., Vinnerljung, B., & Ryburn, M. (2002). Social workers' attitudes towards family group conferences in Sweden and the United Kingdom.** *International Journal of 430 ORGANIZATIONAL AND COMMUNITY SETTINGS*, 26-39.
16. Warner, K. E. (1979). **The economic implications of preventive health care.** *Social Science and Medicine*, 13C, 227-237.

17. Wolfe, D., Edwards, B., Manion, Ian., Koverola, C (1988) Early intervention for parents at risk of child abuse and neglect: A preliminary investigation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(1), 40-47.

18. אופק אברהם (2005), **הפרטה החלקית של שירותי האומנה**, מחקר בעבור האגף למחקר ותכנון משרד הרווחה והשירותים החברתיים.

19. בננישתי, ר., שגב, ד. (2002). **מאפיינים ומנבאים של משך השהות באומנה**. מפגש לעבודה חינוכית סוציאלית, 93-114.

20. כורזים-קורושי, י., לייבוביץ, ש., שמיד, ה. (2005). **הפרטה החלקית של שירותי האומנה-סוגיות ולקחים בתום ארבע שנות הפעלה**. בטחון סוציאלי, 29, 56-77.

10. נספחים - מודל הפעלת התכנית

יחידת אבחון רב מקצועית דינאמית

בקלטי חירום

מודל הפעלה – טיוטה

נכתב ע"י שרון פורת - ג'וינט ישראל – אשלים

בשיתוף

שלוה ליבוביץ – מפקחת ארצית שירותי אומנה וחוה לוי עו"ס ראשית לפי חוק הנוער

משרד הרווחה והשירותים החברתיים

2014

	תוכן עניינים : רקע- אבחון ילדים במשפחות קלט חירום רציונאל האבחון צוות יחידת האבחון מטרות הפעילות עקרונות הפעלה תהליכי עבודה כלים הכשרה והדרכה
---	--

רקע- אבחון ילדים במשפחות קלט חירום

משפחות קלט חירום הינן משפחות הקולטות ילדים בגיל הרך (לידה עד שמונה), לגביהם הוחלט על הוצאה מיידית של ילד מרשות הוריו.

משפחות אלו מאושרות על ידי משרד הרווחה וערוכות לקליטה, ללא התראה מוקדמת, של קטינים הזקוקים להגנה מיידית.

הילדים, המושמים בקלטי החירום הינם ילדים הנמצאים בסיכון גבוה ביותר, על קצה הרצף של ילדים בסיכון. ילדים אלו נמצאים במצב סיכון, שהיה הגורם להוצאתם מהבית, ובעצם ההוצאה מהבית מתווספת חוויית ניתוק מידי החוויות הטראומטיות אותם חוו הילדים בביתם.

ילדים אלו נדרשים לאבחון והתערבות מיידיים ואינטנסיביים, בידי צוות מומחים רב מקצועי, בעל התמחות וניסיון בעבודה עם ילדים בטרומה, וידע באבחון והתערבות דיאדיים.

מסמך זה מתאר מודל הפעלה ליחידת אבחון רב מקצועית דינאמית שתיתן מענה לצורך זה.

ילדים בגילאי לידה עד שמונה, המוצאים מביתם בחירום, הם אוכלוסיית היעד.



רציונאל האבחון

הוצאה של הילד מבית הוריו, מן ההכרח שתתלווה במטען נפשי קשה, שנצבר עד לאותה עת. קושי נוסף המלווה את הילד הוא הפרידה והניתוק ממשפחתו הביולוגית ומסביבתו הפיסית והרגשית. הספרות המחקרית רואה את חווית הפרידה והניתוק מההורים בגיל הרך (מלידה עד גיל ארבע) כחוויה שיש בה כדי ליצור השפעה שלילית על התפתחות אישיותו של הילד בשנים מאוחרות יותר (LITTNER 1972,1979 FAHLBERG).

מחקר המתאר את מצבם של ילדים בגיל הרך עם כניסתם לאומנה הוא מחקרם של ZIMO, HOCHSHTADT,JAUDES,&SCHACHLER 1987, הבוחן את הצרכים הרפואיים והפסיכו-סוציאליים של ילדים הנקלטים באומנה. מן המחקר עולה כי אחוזים גבוהים של ילדים אלה, שגילם שלוש ומעלה, מצויים בסיכון התפתחותי גבוה, ונזקקים להתערבות פסיכולוגית. מחקר נוסף בתחום זה, של קליימן ואחרים (2002), מצביע על פוטנציאל גבוה אצל ילדים אלה לפיתוח בעיות התנהגותיות-רגשיות (פסיכופתולוגיה), בעיות רפואיות ועיכובים בהתפתחות. שלושת תחומים אלה קשורים זה לזה ולכן מחריפים עוד את המצב הכללי של הילד.

במסמך שהגישו ד"ר מירי קרן ואחרים (ראה נספח 1) ל"אשלים" בנושא אומנה היא מרחיבה בתיאור שלושת התחומים הנ"ל: בעיות שכיחות בתחום ההתנהגותי-רגשי (פסיכופתולוגיה), אצל ילדי אומנה מתחת לגיל 4, הן לטענתה בעיות כגון אכילה, שינה, בעיות בעשיית צרכים, גילוי של הפרעות בתקשורת (התנהגות מסוכנת לעצמם, חברותיות ללא אבחנה, כעס כלפי המטפל או חברים) (הלר ואחרים, 2002). בעניין בעיות רפואיות, כ-60% עד 80% מהילדים חווים מחלה רפואית אחת לפחות, בהיכנסם לאומנה, ואילו 25% הנותרים חווים שלושה מצבים כרוניים או יותר. בין המצבים השכיחים, ניתן לציין: גדילה איטית, אובדן שמיעה, אנמיה ואסתמה (קליימן ואחרים, 2002).

בעניין עיכובים בהתפתחות, נמצאו שיעורים גבוהים פי 3 ו-4 של איחורים בהתפתחות אצל פעוטות מגיל 3 חודשים עד 5 שנים, ביחס לאלה שנמצאו באוכלוסיה הכללית (4%-10%) (לסלי ואחרים, 2002). נוסף על כך, נמצא קשר מהותי בין איחורים התפתחותיים, בעיקר שפתיים לבין בעיות של התנהגות (בייטמן ואחרים, 2001).

ממחקר שנערך לאחרונה בישראל בנושא אומנה בקלטי חירום (טובה ליכטנשטיין 2008) עולה כי: "הממצאים מצביעים על ילדים עם קשיים רגשיים לא מעטים, שהתנהגותם מסכנת אותם ואחרים המושמים במשפחות קלט שאינן ערוכות להתייחס לדברים הטיפוליים הרבים של הילדים... המסקנה היא שיש צורך לארגן את משפחת הקלט כמשפחה טיפולית לכל דבר."

ברור אפוא מדוע הקמת תחנת אבחון והתערבות נידת לילדים במשפחות קלט-חירום היא **הכרח** מקצועי.



צוות יחידת האבחון הרב מקצועית הדינאמית יכול:

א. עובד סוציאלי.

אחראי להערכה הכוללת של הילד; אחראי למתן חוות דעת לגבי הקשר בין הילד והוריו ויכולת ההשתנות; אחראי לניהול ענייניו של הילד (אל מול עו"ס סדרי דין ובכלל). משמש גם כמנהל המקרה (Case Manager). בעל השכלה של תואר שני וידע בטיפול משפחתי. עבר הכשרה דיאדית ייעודית.

ב. רופא משפחה/קהילה.

ג. בודק כל ילד במקביל לקבלת תיק רפואי ומוסר דו"ח בכתב. פסיכולוג התפתחותי.

אחראי לאבחון הפיזי, רגשי והתפתחותי

על פי הצורך:

רופאים מומחים, פסיכיאטר

ד. אנשי מקצוע פרה-רפואיים: מרפאים בעיסוק, קלינאי תקשורת ופיזיותרפיסטים.

כוח עזר תומך: בת שירות לאומי.

הערה- מדובר בצוות עובדים משולב בריאות ורווחה.

היקף הצוות:

לכל 10 ילדים יוקצו:

- 1 עובד סוציאלי
- 8 שעות רופא משפחה/קהילה בחודש
- 2 שעות פסיכיאטר
- 30 שעות פסיכולוג התפתחותי בחודש
- 30 שעות אנשי מקצוע פרה-רפואיים לחודש (חלוקה פנימית, גמישה ביחידה).

- 1 בת שירות.

ההקצאה הפרטנית לכל ילד מתוך הקצאה זו, תהיה בהתאם לצורכי הילד.
הערה: השעות לעיל כוללות גם זמן השתתפות בישיבות. זמן ושעות נסיעה יתוקצבו בנפרד.



מטרות הפעילות

- מטרות פעילות יחידת האבחון הינן:
- א. אבחון פסי, נפשי והתפתחותי של הילד;
 - ב. התערבות בשעת המשבר של הילד;
 - ג. הערכת יכולת ההשתנות של ההורים הביולוגיים.



עקרונות הפעלה

- עקרונות ההפעלה של יחידת האבחון הרב מקצועית הדינאמית :
- תורכב מצוות **רב מקצועי** כדי לתת מענה למכלול צרכי הילד
 - תהיה יחידה **ניידת** - גם תגיע למשפחת קלט החירום
 - תפעל באופן **דינאמי** - אבחון דינאמי המאפשר טיפול מיידי תוך כדי טיפול לצרכים האינטנסיביים, להם נדרש הילד.
 - תבצע אבחון מתכלל - פיזי, נפשי והתפתחותי של הילד.
 - תפעל מתוך הכרת הקשר **הטראומה** בו נתון הילד.
 - תפעל במתודת טיפול **דיאדיט** - פעילות משולבת עם הילד והוריו.
 - תפעל לאבחון **מהיר** ככל האפשר.



תהליכי עבודה

- להלן תהליכי עבודה של הצוות להבטחת קיום עקרונות ההפעלה לעיל :
- העו"ס יפגוש את הילד תוך 72 מהגעתו למשפחת קלט החירום.
 - העו"ס יפגוש את ההורים תוך שבוע ימים מההגעה.
 - העו"ס יפעיל את אנשי הצוות הנוספים ויתכלל את כלל העבודה וההערכה.
 - העו"ס ינווט, בשיתוף רופא הקהילה/ משפחה את הטיפולים הנוספים של אנשי מקצוע של יחידת האבחון.
 - העו"ס יחליט, יחד עם הפסיכולוג ההתפתחותי, לגבי מקרים בהם יש להפנות את הילד לבדיקה נוספת אצל פסיכיאטר מומחה בתחום.
 - העו"ס ילווה וייעץ למשפחת הקלט בכל סוגיה שתתמודד איתה
 - רופא המשפחה/ קהילה יבדוק את הילד עם הגעתו לקלט החירום. הלה יבחן סימני אלימות, מחלות, היגיינה, תת-תזונה, עיכובים התפתחותיים; הרופא ייתן טיפול או יפנה לגורם מתאים.
 - הרופא ייתן תמונה כוללת על מצבו של הילד. לפי ה screening הראשון שלו;
 - בנוסף לביקורים אצל רופא הילדים בקהילה, במקרים מסוימים ובהתאם לצורך ניתנת אפשרות להזמין רופא לביקור בית, להזמין הסעת חרום (אמבולנס) או כל בדיקה מיוחדת נוספת על ידי רופא מומחה מתאים.
 - הפסיכולוג ההתפתחותי יהיה אחראי לאבחון הפיזי, נפשי התפתחותי ויוביל אבחון זה.
 - עם הגעת הילד אל משפחת הקלט – יבדוק את מצבו הנפשי: רמת החרדה, יכולת ההתמודדות, כישורי הסתגלות, רמת האמון (עד כמה נפגע האמון הבסיסי), רמת ה affect של הילד, כיצד הוא יוצר קשרים - וייתן טיפול בהתאם.

- לקראת יציאת הילד את קלט החירום, תיערך בדיקה נוספת על-ידי הפסיכולוגי להערכת מצבו הנפשי העדכני.
- ד. איש מקצוע פרא-רפואי (מקצועות הבריאות) – יבצע אבחון ראשוני בתחומי ההתפתחות והתוויה או מתן של הטיפול הנדרש - מהתחומים הבאים: מרפאה בעיסוק, קלינאית תקשורת, פיזיותרפיסט וכד'. ידוע כי עבודתם של פיזיותרפסטים ושל מרפאים בעיסוק היא משמעותית עבור ילדים בגיל הרך בשל המגע הקרוב הכרוך בטיפולים שנחוץ לילדים אלה.
- ה. בת שירות לאומית תעזור למשפחת הקלט בטיפול היומיומי. במקרים בהם משפחת הקלט נדרשת להיעדר מהבית, בעיקר לצורך טיפול בילדים, יהיה ניתן להפעיל את בת השירות לשמירה וטיפול בילדים הנוספים.
- ו. צוות היחידה יקיים ישיבה מתכללת רב מקצועית עם אנשי המקצוע הרלבנטיים, בסופה יכתב דו"ח מתכלל המועבר לוועדות תכנון טיפול ולבית המשפט. התמונה שתעלה מן הדו"ח המתכלל תאפשר קבלת החלטות ותוכנית טיפול לילד ולמשפחתו.
- ז. הדו"ח המלא יכול דו"ח מתכלל, סכום האבחון של הפסיכולוג סכום הדיאדה הורה ילד. במידה ויש בעיות פיזיות מיוחדות גם סכום מחלה של הרופא..
- הוועדה לתכנון טיפול תקיים דיון ראשון בעניינו של הילד, תוך שבוע ימים מהגעת הילד.



- צוות האבחון יפעל תוך שימוש בכלי העבודה הבאים:
- הערכה ראשונית
 - תצפית אינטראקציה
 - דו"ח מסכם.

השימוש בכלים אלו מחייב. עותק מצורף כנספח.



- העו"סים, שהוגדרו כמנהלות המקרה ואחריות לענייניו של הילד, תעבורנה הכשרות כדלהלן:
- הכשרה להכרת מצבי טראומה וטיפול קצר מועד בהם.

הכשרה הכוללת:

- הכרת מצבי טראומה
- דרכי טיפול קצר מועד
- זיהוי התנהגויות, המשגתן ברמה אבחונית ובניית תכנית טיפול בהתאם

- בדיקת האינטראקציה בין הילד להוריו הביולוגיים ואופן השפעתה על מצבו הרגשי וההתפתחותי של הילד.
- ה. הכשרה לאבחון וטיפול דיאדי.

הכשרה הכוללת:

- רקע תיאורטי בהתפתחות הילד, הורות ומאפייניה ומאפייני היחסים
- יישום קליני: תצפיות קליניות כבסיס להערכה, אבחון התערבותי ממוקד ודו"ח האבחון.

היקף ההכשרה- XX שעות הכשרה בנושא טראומה + 150 שעות הכשרה בנושא אבחון וטיפול דיאדי. ההכשרה תתפרס של 1.5 שנים.

העו"סיות ימשיכו לקבל הדרכה לאחר סיום ההכשרה- הדרכה קבוצתית, עד 5 איש בקבוצה.

תדירות ההכשרה 3 שעות אחת לשבועיים.

עו"ס שהשלים הכשרה + 1 שנת הדרכה, יהא מוסך לחתום על דו"ח אבחון