



**תוכנית ברו"ש -
שותפות בריאות הנפש,
רווחה ושיקום:
התערבות במשפחות שבהן
הורה עם מגבלה נפשית חמורה
מחקר הערכה מעצבת**

לילך זוהר יואה שורק אניה גרסימנקו

עריכת לשון: רעיה כהן
תרגום לאנגלית (תקציר): נעמי הלסטד
עיצוב גרפי: אפרת ספיקר

המחקר נערך ביוזמת מחלקת הרווחה של אזור דרום ירושלים והתחנה לטיפול בילד ובנוער
ע"ש אילן בירושלים ומומן בסיוע מכון חרוב, עיריית ירושלים ואית"א – אגודת ידידי תחנת אילן
לטיפול בילד ובמשפחה

מכון מאירס ג'וינט ברוקדייל
ת"ד 3886 ירושלים 9103702
טלפון: 02-6557400
brook@jdc.org | brookdale.jdc.org.il

ירושלים | טבת תשפ"א | דצמבר 2020

תקציר

רקע למחקר

ברו"ש – בריאות הנפש, רווחה ושיקום – היא תוכנית ייחודית בישראל, המבוססת על שותפות מתמשכת בין שירותי הרווחה לשירותי הבריאות בדרום ירושלים. מטרתה לספק מענה מיטבי למשפחות עם ילדים עד גיל 12 שבהן לפחות אחד ההורים מתמודד עם מגבלה נפשית חמורה המשפיעה על כלל ההתנהלות המשפחתית ועל התפקוד של כל אחד מן הפרטים במשפחה.

בשנת 2013 הדגיש ארגון הבריאות העולמי את הצורך בפיתוח מדיניות ממשלתית שתיצור שיתוף פעולה בין שירותי הבריאות ובין שירותי הרווחה בפיתוח מענים כוללניים לאנשים המתמודדים עם מגבלה נפשית. תוכנית ברו"ש החלה להתגבש בסוף שנת 2014 ויצאה לדרך כשנה לאחר מכן, והיא הולכת ומתהווה בשותפות בין מערכות בריאות הנפש והרווחה, על פי המלצת ארגון הבריאות העולמי. יוזמיה שואפים להפיצה בישראל, ומשום כך פנו בתחילת שנת 2019 אל צוות המחקר במכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל וביקשו ממנו לסייע להם בתיאור דרכי העבודה של התוכנית וכן בבחינת יישומה ותוצאותיה לפי התפיסות של כל אנשי המקצוע המעורבים בהפעלה.

מטרת המחקר

מטרת הערכה מעצבת זו הייתה ללמוד על מודל העבודה הייחודי של התוכנית ולתארו וכן לבחון את יישומו ואת תוצאותיו לפי תפיסותיהם של אנשי המקצוע המעורבים בהפעלתו.

שיטת המחקר

המחקר נערך בגישה האיכותנית וכלל 15 ראיונות עומק חצי מובנים עם רוב בעלי התפקיד והשותפים המעורבים בהפעלת התוכנית: מנהלי התוכנית והעובדים בה, עובדים מהמחלקה לשירותים חברתיים בעיריית ירושלים, אנשי מקצוע משירותי בריאות הנפש של הילד ואנשי מקצוע משירותי בריאות הנפש של המבוגר. חלק מהראיונות נעשו פנים אל פנים וחלקם באמצעות שיחת וידאו (Zoom), בחודשים אפריל-יוני 2020. הם תומללו, נותחו ועובדו על ידי צוות המחקר במכון ברוקדייל בגישת הניתוח התמטי האיכותני. ממצאי המחקר נבחנו גם בהשוואה לסקירת ספרות של שורק וסבו-לאל¹ מ-2017, על שירותים ודרכי התערבות בתוכניות לשיקום התפקוד ההורי.

¹ שורק, י. וסבו-לאל, ר. (2017). שירותים ודרכי התערבות לשימור התא המשפחתי ולאיחוד מחדש בין ילדים ששהו בסידורים חוץ-ביתיים לבין הוריהם. דמ-730-17. מכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל.

ממצאים ומסקנות

המחקר מתאר את מודל העבודה של התוכנית: הרקע לפיתוח התוכנית, מטרותיה, תהליך העבודה עם המשפחות, המבנה הארגוני שלה – תיאורי התפקיד ומנגנוני העבודה, ההיבטים הייחודיים במודל העבודה והתפיסות על תוצאות התוכנית והצורך בהרחבתה. תוכנית ברו"ש ייחודית בסיוע האינטנסיבי שהיא מציעה למשפחות שבהן לאחד ההורים לפחות יש מגבלה נפשית חמורה. היא חדשנית בהתבססותה על שותפות מובנית ומוסדרת בין שירותי בריאות הנפש לבין שירותי הרווחה. התוכנית פועלת על פי עקרונות הפרקטיקה המיטבית של תוכניות לשיקום התפקוד ההורי. לפי תפיסות המרואיינים, פעילותה נושאת פרי והיא מסייעת, לילדים – במימוש זכויותיהם הבסיסיות, ולהורים – בקבלת טיפול טוב יותר מן השירותים בקהילה. בכך, על פי המרואיינים, התוכנית מאפשרת להורים לממש את הורותם. מומלץ אפוא שמשדד העבודה, הרווחה והשירותים החברתיים ומשרד הבריאות ישקלו את המשך פיתוח תוכנית ברו"ש ואף את הרחבתה להיקף ארצי.

תמצית מנהלים

רקע למחקר

בשנים האחרונות גוברת ההכרה שרבים מהמתמודדים עם מגבלות נפשיות חמורות הם הורים לילדים צעירים. ילדיהם של הורים עם מגבלה נפשית עשויים להיחשף להיבטים אחדים של פגיעה – התפתחותית, רגשית, חברתית וכלכלית. לעיתים הם מתאפיינים בהזנחה ובחוויות של התעללות ואלימות. בשנת 2013 הדגיש ארגון הבריאות העולמי את הצורך בפיתוח מדיניות ממשלתית שתיצור שיתוף פעולה בין שירותי הבריאות ובין שירותי הרווחה בפיתוח מענים כוללניים לאנשים המתמודדים עם מגבלה נפשית. כדי לספק מענה מיטבי למשפחות שיש בהן הורה עם מגבלה נפשית חמורה המשפיעה על כלל ההתנהלות המשפחתית ועל התפקוד של כל אחד מן הפרטים במשפחה, פותחה בסוף שנת 2014 בדרום ירושלים תוכנית ברו"ש – בריאות הנפש, רווחה ושיקום. ייחודיותה של התוכנית היא במענה הייחודי שהיא מציעה – סיוע למשפחות עם ילדים עד גיל 12 שאחד ההורים בהן, או שניהם, מתמודד עם מגבלה נפשית חמורה. ברו"ש הולכת ומתהווה בשותפות בין מערכות בריאות הנפש והרווחה, כפי שממליץ ארגון הבריאות העולמי. יוזמי התוכנית שואפים להפיצה בישראל, ומשום כך פנו בתחילת שנת 2019 אל צוות המחקר במכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל בבקשה לסייע להם בתיאור דרכי העבודה של התוכנית ובבחינת יישומה ותוצאותיה לפי התפיסות של כל אנשי המקצוע המעורבים בהפעלתה.

מטרת המחקר

מטרת הערכה מעצבת זו היא ללמוד על מודל העבודה הייחודי של התוכנית, לתארו ולבחון את יישומו ואת תוצאותיו וכן את החוזקות והאתגרים בו, לפי תפיסותיהם של אנשי המקצוע המעורבים בהפעלתו.

שיטת המחקר

לצורך הערכה מעצבת זו השתמשנו בכלים איכותניים. ההערכה כללה 15 ראיונות עומק חצי מובנים עם רוב בעלי התפקיד והשותפים המעורבים בהפעלת התוכנית: מנהלי התוכנית והעובדים בה, עובדים מהמחלקה לשירותים חברתיים בעיריית ירושלים, אנשי מקצוע משירותי בריאות הנפש של הילד ואנשי מקצוע משירותי בריאות הנפש של המבוגר.

הראיונות בוצעו פנים-אל-פנים וחלקם באמצעות שיחת וידאו (Zoom) בחודשים אפריל-יוני 2020, וכל ראיון נמשך בין 40 ל-90 דקות. בין השאר תיארו המראיינים את תפקידם בתוכנית, את תפיסותיהם על מטרת התוכנית, את דרכי הפעולה שלה וכן את חוזקותיה, אתגריה ותוצאותיה. הראיונות תומללו, נותחו ועובדו על ידי צוות המחקר במכון ברוקדייל בגישת הניתוח התמטי האיכותני. ממצאי המחקר שחולצו מהראיונות נבחנו גם בהשוואה לדרכי עבודה מוצלחות שתוארו בסקירת ספרות שערכו שורק וסבו-לאל¹ ב-2017, על שירותים ודרכי התערבות בתוכניות לשיקום התפקוד ההורי.

¹ שורק, י. וסבו-לאל, ר. (2017). שירותים ודרכי התערבות לשימור התא המשפחתי ולאיחוד מחדש בין ילדים ששהו בסידורים חוץ-ביתיים לבין הוריהם. דמ-730-17. מכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל.

ממצאים עיקריים

הממצאים מהמחקר נוגעים לרקע לפיתוח התוכנית, למטרותיה, לתהליך העבודה עם המשפחות, למבנה הארגוני – תיאורי התפקיד ומנגנוני העבודה, להיבטים הייחודיים במודל העבודה ולתפיסות על תוצאות התוכנית והצורך בהרחבתה.

א. הרקע לפיתוח התוכנית

בעשורים האחרונים חל בישראל מעבר מטיפול באנשים עם מגבלה נפשית במסגרות חוץ-ביתיות אל טיפול ושיקום בתוך הקהילה. בעקבות זאת גדל מספר המשפחות עם ילדים צעירים שבהן לפחות אחד ההורים מתמודד עם מגבלה נפשית. תוכנית ברו"ש צמחה בין השאר מתוך התסכול שחוו אנשי מקצוע בהיעדר מענה מותאם למשפחות אלו וכן בעקבות היעדר תיאום ותקשורת בטיפול במשפחות, בין מערכות בריאות הנפש למערכת הרווחה. התוכנית נוסדה כדי לתת מענה מיטבי למשפחות אלו, והיא פרי של שותפות המבוססת על חשיבה משותפת ועל איגום משאביהם של כמה גופים הפועלים בדרום ירושלים: התחנה לטיפול בילד ובנוער על שם אילן, המחלקה לשירותים חברתיים בדרום ירושלים, המרפאה הקהילתית לבריאות הנפש על שם יארוס, שירותי סל שיקום והפסיכיאטר המחוזי.

ב. מטרות התוכנית

מטרת העל של התוכנית היא לסייע בתפקוד המשפחתי הכולל ובתפקוד של כל אחד מן הפרטים במשפחה, במשפחות שיש בהן ילדים עד גיל 12 והורה אחד לפחות המתמודד עם מגבלה נפשית חמורה. לפי תפיסות המרואיינים, מטרות המשנה הן לסייע לילדים, הן בטווח הקצר הן בטווח הארוך, במימוש זכויות בסיסיות כפי שהוגדרו באמנה הבין-לאומית בדבר זכויות הילד; בהבנת מציאות החיים בצל מחלת הנפש ובהתמודדות איתה; ובמניעת העברה בין-דורית של תחלואה נפשית, כדי לאפשר לילדים תפקוד מיטבי בהיותם מבוגרים. עוד מטרות משנה הן לסייע להורים בשינוי התנהגותי, באמצעות שימוש בשירותים לקבלת טיפול נפשי שוטף בהווה ובעתיד, כדי להבטיח ככל האפשר טיפול מיטבי בילדים, וכן לסייע בחיזוק התפקוד ההורי.

ג. תהליך העבודה עם המשפחות בתוכנית על רצף הזמן

1. המשפחות מופנות לתוכנית על ידי איש מקצוע מתחומי הטיפול שיש לו קשר עימן ושסבור שהתוכנית עשויה לעזור. רכז התוכנית מברר אם המשפחה מעוניינת להשתתף בתוכנית, אוסף מידע על אודותיה ומכנס את ועדת הקבלה. בוועדה דנים על המשפחה, בין השאר על סמך חוות הדעת של הגורמים המקצועיים, ומחליטים אם המשפחה מתאימה לתוכנית.
2. תנאי הקבלה וההשתתפות בתוכנית הם: מגורים באזור דרום ירושלים; יש במשפחה ילדים עד גיל 12 המתגוררים בבית ולפחות הורה אחד שמתמודד עם מגבלה נפשית חמורה ומאובחנת; ההורה עם מחלת הנפש מטופל על ידי פסיכיאטר; ההורים מסכימים להשתתף בתוכנית, לשתף פעולה עם אנשי המקצוע והשירותים ויש להם מוטיבציה לעבוד על חיזוק התפקוד ההורי. נבחנת גם מידת היציבות של התפקוד ההורי ומערכות התמיכה הלא רשמיות של המשפחה, ואם אלו חזקות, סיכויי המשפחה להתקבל לתוכנית פוחתים.
3. אם המשפחה עומדת בכל התנאים והוחלט שהיא מתאימה לתוכנית, נערך דיון קליטה ולאחריו נבנית למשפחה תוכנית התערבות הכוללת ליווי שוטף ואינטנסיבי בסביבה הביתית, על ידי עובדת סוציאלית (להלן: עו"סית) משפחה מטעם

התוכנית. התוכנית מספקת מעטפת שאמורה לתת מענה מקיף, על כלל הצרכים של המשפחה (להלן: מענה כוללני), אך גם ייחודי למשפחה בהתאם לצרכים של כל אחד מבני המשפחה.

4. משך זמן ההתערבות וההשתתפות בתוכנית מוגבל לשנתיים. לקראת סיום ההשתתפות בתוכנית, הגורמים המקצועיים מעריכים את מצב המשפחה ואת ההתקדמות שלה ביחס למטרות שהוגדרו בעבודה. נבחנת גם יציבות המשפחה בטיפול וההתמדה בצריכת השירותים והמענים בקהילה, ומוצעים לה שירותים ומענים להמשך טיפול לאחר סיום ההשתתפות.

ד. מבנה ארגוני: תיאור תפקידים ומנגנוני עבודה

1. מדברי המרואיינים עולה כי המבנה הארגוני ותיאורי התפקידים מתעצבים ומתגבשים עם העבודה השוטפת. המבנה הארגוני של התוכנית נחלק לשלושה מעגלים שעוטפים את המשפחות:

- המעגל הראשון – צוות התוכנית שאחראי לקבלת המשפחות, לבניית תוכנית הטיפול, לליווי המשפחות ולמעקב אחר ההתקדמות שלהן בתוכנית. הצוות מורכב ממנהלי התוכנית, רכז התוכנית, עו"סית משפחה בתוכנית, פסיכולוג ילדים ופסיכיאטר ילדים.

- המעגל השני – אנשי מקצוע שותפים לתוכנית שמלווים את המשפחות ומטפלים בהן נוסף על צוות התוכנית, במסגרת תוכנית הטיפול שנקבעה עבור המשפחה. במעגל זה נכללים גורמים מטעם התחנה לבריאות הנפש למבוגרים (פסיכיאטר של המבוגר ועובד בתחנה), עובדי המחלקה לשירותים חברתיים (עו"סית משפחה כוללת ועו"סית לחוק הנוער) ועו"סית משירותי בריאות הנפש של 'סל שיקום'.

- המעגל השלישי – הן שירותים בקהילה שמקבלות המשפחות והן המסגרות שהמשפחה נמצאת בהן: שירותי 'סל שיקום', מסגרות חינוך, שירותי בריאות ושירותים בקהילה, כגון מועדוניות, חונכויות וחוגים.

2. אלה מנגנוני העבודה של התוכנית:

- ישיבות צוות מוביל – הצוות המוביל כולל את פסיכיאטר הילדים, פסיכולוג הילדים וסגן מנהל המחלקה לשירותים חברתיים של אזור דרום ירושלים, והם נפגשים פעם בשבוע כדי לדון בדילמות או באי-הסכמות שמתעוררות בין אנשי המקצוע בתוכנית ולתת עליהן מענה. אם לא מגיעים להסכמה, הנושא עובר לטיפול של מנהלי התוכנית.

- מפגש שבועי של צוות הטיפול – פעם בשבוע צוות התוכנית ושותפים רלוונטיים מתכנסים למשך שעה עד שעתיים. עו"סית המשפחה מהתוכנית מעדכנת את המשתתפים בצרכים המשתנים של המשפחות, בדילמות ובאתגרים שאיתם הן מתמודדות, ובעקבות זאת מתקיים דיון רב-מקצועי על דרכי פעולה ובמידת הצורך על שינויים בתוכנית הטיפול במשפחה.

- הדרכות פרטניות וקבוצתיות לעו"סיות משפחה בתוכנית – פסיכולוג ילדים מצוות התוכנית מדריך את עו"סיות המשפחה בהדרכות פרטניות, בתדירות של שעה בשבוע. ההדרכות עוסקות בהתערבות עצמה: בתהליך הטיפול בבית (doing) ובחוויה של הטיפול במשפחה (being). ההדרכות מסייעות לעו"סיות להתמודדות עם העומס הרגשי ועם עומס המשימות שנובע מטיפול אינטנסיבי ומליווי בתוך הסביבה הביתית של משפחות שבהן לפחות אחד ההורים סובל ממגבלה נפשית חמורה. בעבר ניתנו גם הדרכות קבוצתיות על נושאים ספציפיים והמרואיינים הביעו רצון בהחזרתן כדי להרחיב את הידע וההתמקצעות של העובדים.

ה. חוזקות והיבטים ייחודיים בדרכי העבודה בתוכנית

שלוש דרכי העבודה המרכזיות במודל העבודה וההפעלה של תוכנית ברו"ש שונות ברובן מדרכי העבודה המקובלות, הן בשירותי בריאות הנפש הן בשירותי הרווחה:

1. שותפות מובנית ומוסדרת בין שירותי בריאות הנפש לבין שירותי הרווחה – שותפות זו ייחודית, שכן על פי רוב שירותים אלו פועלים במקביל וללא ממשק ביניהם, ולכן לעיתים אין הסתכלות כוללת על המשפחה. היתרונות בשותפות הם האפשרות לספק טיפול כוללני וטוב יותר למשפחה תוך התמקדות בחיזוק שלה ובמינעת מצבי חירום. כמו כן האחריות המשותפת לטיפול במשפחות מקילה על אנשי המקצוע ומצמצמת את תחושת אי-הוודאות ואת הדאגות לשאר בני המשפחה. נוסף על כך, השותפות תורמת לשינוי תפיסתי בשירותי הרווחה ובשירותי בריאות הנפש בנוגע למוקד ההתערבות ובנוגע לראייתם אלה את אלה, וכן לשיפור תדמית שירותי הרווחה בעיני המטופלים והשותפים לתוכנית. עדיין יש אתגרים בשותפות רב-מקצועית: יצירת שפה משותפת, חילוקי דעות מקצועיים ועוד. למרות זאת, נראה כי יתרונות השותפות עולים על האתגרים בניהולה.

2. ליווי אינטנסיבי של המשפחה בסביבה הביתית – עו"סית המשפחה בתוכנית באה למפגשי טיפול בסביבה הביתית בהיקף של כשלוש שעות בשבוע ובתדירות משתנה (1-3 ביקורים בשבוע), לפי שיקול דעתה ובאופן שמתאים למשפחה. היתרונות בדרך עבודה זו הם נגישות השירות למשפחות, קבלת עושר מידע על המשפחה מהתפקוד בסביבה הטבעית ובטווח זמן קצר והשפעה עוצמתית על המטופלים. עם זאת, המשפחות עשויות לחוות קשיים ואי-נעימות מן הכניסה האינטנסיבית לביתן, ועבור עו"סית המשפחה הטיפול בבית עשוי להגביר עומס רגשי. למרות זאת, נראה כי יתרונות הטיפול בסביבה הביתית עולים על האתגרים.

3. בניית מעטפת שירותים ייחודית וכוללת למשפחה – עו"סית המשפחה בתוכנית וצוות הטיפול עושים הערכת צרכים מדויקת של כל אחד מבני המשפחה ובונים בעבורם תוכנית התערבות, ליווי וטיפול מקיפה כדי לספק למשפחה מעטפת כוללת של שירותים המתאימה לצרכיה הייחודיים. מעטפת שירותים זו עשויה לכלול שירותים פסיכיאטריים, פסיכולוגיים, סוציאליים ושיקומיים, והיא מיועדת לצורכי הילדים, לצורכי ההורים המתמודדים עם המגבלה הנפשית ובחלק מן המשפחות גם לצורכי ההורה שאינו מתמודד עם מגבלה נפשית. ביתרונות בדרך עבודה זו אפשר למנות: סיוע במיציא הזכויות של המשפחה לקבלת שירותים; הנגשת השירותים והטיפול באופן שמקל על המשפחה לקבלם; העברת מידע בין השירותים הניתנים למשפחה; המשך טיפול במשפחה גם במצבי חירום; ודגש על מתן מענה לצרכים של כל אחד מהפרטים במשפחה ועל טיפול בו, בהתחשבות גם בפרטים האחרים. בדרך עבודה זו יש גם אתגרים, למשל מתן מענה הוליסטי למשפחה עשוי לעורר קושי אם צורכי ההורה וצורכי הילד אינם עולים בקנה אחד; המשפחה פוגשת גורמים מטפלים רבים ממגוון שירותים, מה שעלול לבלבל אותה ולהעמיס עליה, בייחוד במקרים של שיתוף פעולה עם שירותים ומסגרות שאינם שותפים לתוכנית. ואולם, היבט ייחודי זה הוא מן הגורמים העיקריים המשפיעים על השינוי שמתרחש במשפחות, והוא מוביל להשגת התוצאות הרצויות.

לפי תפיסת המרואיינים, אילולא שלוש דרכי עבודה ייחודיות אלו ייתכן שבחלק מן המקרים היו מיושמים בחלק מהמשפחות הליכים של הוצאת ילדים מהבית.

1. תפיסות על תוצאות התוכנית

1. תפיסות על תוצאות התוכנית מבחינת הילדים – לפי תפיסת המרואיינים, התוכנית מקדמת את הילדים במישור ההתפתחות ובתפקוד במסגרות. היא מסייעת להם במימוש זכותם להיות מטופלים על ידי הוריהם, במניעת שילובם בסידורים חוץ-ביתיים או בשילובם בסידורים חוץ-ביתיים רק לאחר שמוצו כל הניסיונות לשיקום התפקוד ההורי. נוסף על כך, לפי הערכתם של חלק מאנשי המקצוע שרואיינו, התוכנית מסייעת גם למניעת העברה בין-דורית של תחלואה נפשית ויש לה תרומה לבריאותם הנפשית של הילדים בהווה ובעתיד.

2. תפיסות על תוצאות התוכנית מבחינת ההורים – לפי תפיסת המרואיינים, התוכנית מסייעת במיצוי זכויותיהם של ההורים לקבלת שירותים המגיעים להם מגורמים ממשלתיים ובקהילה; היא מסייעת בהפחתת ימי אשפוז פסיכיאטרי ובמניעת אשפוז כפוי; היא מסייעת להתפתחות המודעות של ההורים לחוויות הקשות שילדיהם חווים; והיא מסייעת בקידום התפקוד ההורי ובתחושת המסוגלות ההורית.

2. תפיסות על הצורך בהרחבת התוכנית

בשל שביעות הרצון הרבה מהתוכנית והתפיסה שהיא משיגה בעיקר תוצאות טובות לילדים ולהורים, המרואיינים היו תמימי דעים שיש צורך בהרחבתה להיקף ארצי ובהקצאת תקציב ייעודי להפעלתה מטעם הרשות המקומית ו/או המדינה, כדי לסייע בהתמודדות עם האתגרים ביישומה. הומלץ גם כי אם התוכנית תורחב לכל הארץ יועסק רכז ארצי שישרת את כלל גורמי הטיפול, יעביר להם עדכונים על התפתחות התוכנית ויהיה אחראי לקשרי החוץ ולשיווק התוכנית לגורמים נוספים.

מסקנות

1. תוכנית ברו"ש היא תוכנית לשיקום התפקוד ההורי: לצד מטרות נוספות, היא מיועדת לחזק את התפקוד ההורי ולאפשר לילדים להמשיך לגדול עם הוריהם, והיא נועדה גם לאפשר התפתחות מיטבית של הילדים ולסייע במניעת העברה בין-דורית של תחלואה נפשית.
2. התוכנית פועלת בהתאם למספר רב של עקרונות הפרקטיקה המיטבית בתוכניות לשיקום התפקוד ההורי.
3. ייחודה של התוכנית הוא בהיותה מיועדת רק להורים שקשייהם בתפקוד ההורי נובעים ממגבלה נפשית חמורה.
4. להורים שקשייהם בתפקוד ההורי נובעים ממגבלה נפשית חמורה ישנם מאפיינים ייחודיים ונדרשת מומחיות בעבודה איתם.
5. התוכנית ייחודית גם בהתבססותה על שותפות מתמשכת בין שירותי בריאות הנפש ובין שירותי הרווחה. למרות האתגרים המובנים בניהול שותפות רב-מקצועית, להערכת המרואיינים השותפות מתנהלת היטב ותורמת למתן טיפול כוללי ומיטבי במשפחות.
6. עו"סיות המשפחה בתוכנית חוות עומס רגשי גדול, ולכן הן מקבלות תמיכה נרחבת בהדרכות ובדיונים רב-מקצועיים.
7. לפי תפיסת המרואיינים דרכי העבודה של התוכנית טובות ומותאמות לתת מענה ייחודי למשפחות, והתוכנית משיגה תוצאות חיוביות לילדים ולהורים.

8. יש אתגרים בהפעלת התוכנית שנובעים בעיקר מהעובדה שהיא "צמחה מן השטח" ומופעלת בהיקף מקומי. למשל אתגרים הנוגעים לכוח אדם, לגיוס משאבים ולהיעדר האפשרות לרציפות בטיפול במשפחות שהפסיקו את ההשתתפות בתוכנית בשל מעבר דירה אל מחוץ לאזור הפעילות של התוכנית.

המלצות

1. **מומלץ למשרד הבריאות ומשרד הרווחה לשקול את המשך פיתוחה של תוכנית ברו"ש ואף את הרחבתה להיקף ארצי.** זאת בהתבסס על עובדות אחדות: אין מלבדה מענה למשפחות שבהן יש לפחות הורה אחד המתמודד עם מגבלה נפשית חמורה; התוכנית פועלת על פי עקרונות הפרקטיקה המיטבית להפעלת תוכניות לשיקום התפקוד ההורי; היא פועלת בשותפות בין מערכות בריאות הנפש למערכות הרווחה, כפי שממליץ ארגון הבריאות העולמי; ולפי תפיסות המרואיינים פעילותה נושאת פרי והם המליצו להרחיבה.
2. **מומלץ לשפר שני היבטים בדרכי העבודה של התוכנית: לשתף את המשפחות בתהליכי קבלת ההחלטות, למשל בוועדות קבלה לתוכנית ובמפגשי צוות הטיפול; ולהעסיק פסיכיאטר למבוגרים במעגל הראשון שלה.**
3. **מומלץ שהתוכנית תכלול תהליכי למידה כנים-ארגוניים בשגרה השוטפת, כגון ניסוח התהליכים שהתרחשו ובחינת הסיבות לתוצאות שהושגו בסיום תהליכים, כדי ללמוד מהם לעתיד.**
4. **רצוי לפעול לפיתוח מומחיות ייחודית לעבודה עם הורים עם מגבלה נפשית חמורה ולהכשיר בכך את אנשי המקצוע המפעילים את התוכנית.** זאת מכיוון שהורים אלה לרוב מצליחים פחות מהורים עם מאפיינים אחרים בתוכניות לשיקום התפקוד ההורי ומכיוון שיש להם מאפיינים ייחודיים המצריכים התערבות ייחודית.
5. **מומלץ לפעול לביסוס שיתוף פעולה ושותפויות בין שירותי בריאות הנפש ובין שירותי הרווחה בהיקף ארצי, ולהקצות תקציב ייעודי להפעלת התוכנית מטעם הרשות המקומית ו/או המדינה.** תקציב ייעודי יסייע בהתמודדות עם האתגרים ביישומה.
6. **מומלץ להמשיך להכשיר את עו"סיות המשפחה בתוכנית ולתמוך בהן בעזרת הדרכות פרטניות וקבוצתיות ואף לשקול אפשרות לתגבר את הטיפול בסביבה הביתית כך שיהיה טיפול בהנחיה משותפת (CO).**

דברי תודה

אנו מודות לכל אנשי המקצוע מתוכנית ברו"ש ולגורמים המקצועיים השותפים לה על שיתוף הפעולה:

למנהלת אזור דרום באגף רווחה בעיריית ירושלים, רחל פוסטולובסקי, ולמנהל התחנה לטיפול בילד ובנוער ע"ש אילן, ד"ר רועי אלדור, על שיזמו את המחקר ועודדו שיתוף פעולה של כל אנשי המקצוע המעורבים בהפעלת התוכנית; לרכזת התוכנית, תמי שטארק; לעו"סית משפחה בתוכנית, יעל אמיר; לרכזת ילד ונוער במחלקה לשירותים חברתיים, עינת גולדשטיין; לעו"סיות לחוק הנוער, טובה שנקולבסקי ורחל סימונס; לעו"סיות משפחה כוללניות מהמחלקה לשירותים חברתיים בדרום ירושלים, מיכל פריי ותמר כהן; לפסיכיאטר ומנהל התחנה לבריאות הנפש למבוגרים, ד"ר יוסי מזר; לעו"ס ראשי של התחנה לבריאות הנפש למבוגרים, יואל משיח; לעו"סית שירותי בריאות הנפש ('סל שיקום'), מירב אדמון; לפסיכולוגיות הילדים בתחנה לטיפול בילד ובנוער ע"ש אילן, מרתה קסטנבאום ורוזנה בן אהרון; ולפסיכיאטרית הילדים, ד"ר דולי אמוייל.

תודה מיוחדת לאבנר גרדון על שסייע בעריכת המחקר בתקופת התמחותו במכון ברוקדייל במסגרת קורס 'פרקטיקום' במגמת לימודי הארגון, במחלקה לסוציולוגיה ואנתרופולוגיה, האוניברסיטה העברית.

תוכן עניינים

1	1. רקע למחקר
3	2. מחקר מכון ברוקדייל
3	2.1 מטרת המחקר
3	2.2 מערך המחקר וכלי המחקר
4	2.3 אתיקה במחקר
5	3. ממצאים
5	3.1 הרקע לפיתוח התוכנית
6	3.2 מטרת התוכנית
7	3.3 תהליך העבודה עם המשפחות בתוכנית על רצף הזמן
12	3.4 מבנה ארגוני, תיאור תפקידים ומנגנוני עבודה
21	3.5 חוזקות והיבטים ייחודיים בדרכי העבודה בתוכנית
28	3.6 תפיסות על תוצאות התוכנית
31	3.7 תפיסות על הצורך בהרחבת התוכנית
32	3.8 מפת התמות
34	4. מגבלות המחקר והמלצות למחקרים בעתיד
35	5. מסקנות והמלצות
35	5.1 מסקנות
37	5.2 המלצות
38	עוד פרסומים של המכון בנושא
39	מקורות
43	נספחים
43	נספח א: מדריך ריאיון – תוכנית ברו"ש

רשימת הלוחות

13	לוח 1: מעגל ראשון – צוות התוכנית
16	לוח 2: מעגל שני – אנשי מקצוע שותפים לתוכנית
18	לוח 3: מעגל שלישי – שירותים בקהילה ומסגרות של המשפחה
32	לוח 4: מפת תמות

1. רקע למחקר

ארגון הבריאות העולמי הכיר בשנת 1975 בסיכון שבו עלולים ילדים להורים עם מגבלה נפשית להיות נתונים (פוסטולובסקי ושטרן, 2019): איכות הקשר בין ההורה לילד עלולה להיפגע, וההתמודדות עם המגבלה הנפשית עלולה להכריח את האיזון המשפחתי ולהוות מעמסה על חברי המשפחה – בהיבט הכלכלי, הרגשי והחברתי – ואף לאיים על שלמות המשפחה. ילדים להורים המתמודדים עם מגבלה נפשית מתאפיינים לעיתים בהזנחה, בעיכובים בהתפתחות הפיזית, בהיעדר יציבות ובקשיים רגשיים, והם אף חווים לא אחת חוויות של התעללות ואלימות. ילדים אלו עלולים לחוש פחד, חוסר ודאות, כעס, אשמה ובושה. המצב הנפשי של ההורה יכול להטיל צל כבד ולהשליך ישירות על התפתחות הילד, כאילו היה הילד כלוא נפשית בתוך מחלת ההורה. השלכות המצב הנפשי של ההורים על הילדים עלולות להחמיר אם אין למשפחות תמיכה חברתית ואם הן מתמודדות למשל עם אתגרי הגירה, כגון מחסום שפתי והבדלי תרבות (פוסטולובסקי ושטרן, 2019). ואולם, רק בשנים האחרונות גוברת ההכרה שרבים מהמתמודדים עם מגבלות נפשיות הם הורים לילדים צעירים ושיש לשים דגש גם על התמיכה במשפחות אלו. שנים רבות ילדים להורים עם מגבלה נפשית היו 'שקופים' בעיני מערכת השירותים ולא זכו להכרה בצורכיהם או למענה עליהם. אומנם יש מדינות מפותחות שבהן השתתפו חלק מהמשפחות האלה בתוכניות לשיקום התפקוד ההורי (כלומר תוכנית לשימור התא המשפחתי או לאיחוד מחדש עם ילדים ששהו בסידורים חוץ-ביתיים (שורק וסבו-לאל, 2017) אך לא הייתה בתוכניות מומחיות מיוחדת בטיפול במשפחות המתמודדות עם מחלת נפש של אחד ההורים. ייתכן שמסיבה זו מועילות ההשתתפות של משפחות אלו הייתה נמוכה לעומת המועילות במשפחות שבהן להורים המתקשים בתפקוד ההורי יש מאפיינים אחרים (Bitonti, 2002; Block & Libowitz, 1983; Fuller, 2005; Fuller et al., 2001; Littell & Tajima, 2000).

מחקרים שבחנו את רווחתם של ילדים להורים המתמודדים עם מגבלה נפשית הצביעו על הצורך במתן מענה מקיף לכלל הצרכים של המשפחות (להלן: מענה כוללני), כדי להבטיח את התפתחותם התקינה של הילדים (Coulthard et al., 2009; Fraiberg et al., 1975; Hipwell et al., 2000; Quinton & Rutter, 1984; Seeman, 2002). ממחקר נוסף עלה כי התיאום בין השירותים שהמשפחה צורכת מייעל את הטיפול בה ומסייע לשיפור התפקוד ההורי (Ahlgren, 2015). בשנת 2013 הדגיש ארגון הבריאות העולמי את הצורך בפיתוח מדיניות ממשלתית שתיווצר שיתוף פעולה בין שירותי הבריאות ובין שירותי הרווחה בפיתוח מענים כוללניים לאנשים המתמודדים עם מגבלה נפשית (WHO, 2018). יישום מדיניות שכזו עשוי לשפר את המענה הניתן, הן לילדים והן להורים. בישראל, הטיפול באנשים עם מגבלה נפשית ובבני משפחותיהם מצומצם ועדיין דורש פיתוח מומחיות ייחודית והתמקצעות. נוסף על כך הוא מפוצל בין משרד העבודה, הרווחה והשירותים החברתיים (להלן: משרד הרווחה) למשרד הבריאות ונעדר ממנו שיתוף פעולה בין שני גופים אלו. כך קורה שהטיפול באנשים המתמודדים עם מגבלה נפשית ובבני משפחותיהם אינו מספק את המענה הנדרש.

כדי להתגבר על קשיים אלו וכדי לספק מענה מיטבי למשפחות שבהן לאחד ההורים מגבלה נפשית חמורה (סכיזופרניה, הפרעה פסיכוטית או הפרעה אפקטיבית, כלומר דיכאון, מאניה או הפרעה דו-קוטבית) פותחה בדרום ירושלים, החל בסוף שנת 2014, תוכנית ייחודית בשם 'ברו"ש' – שותפות בריאות הנפש, רווחה ושיקום. התוכנית שמה לה למטרה לסייע למשפחות עם ילדים עד

גיל 12 שבהן לפחות אחד ההורים מתמודד עם מגבלה נפשית חמורה המשפיעה על כלל ההתנהלות המשפחתית ועל התפקוד של כל אחד מן הפרטים במשפחה. התוכנית פועלת בדרום ירושלים¹ על בסיס איגום משאבים בין התחנה לטיפול בילד ובנוער על שם אילן, המחלקה לשירותים חברתיים, התחנה לבריאות הנפש של המבוגר על שם ירוס בדרום ירושלים (להלן: תב"ן-מבוגרים), שירותי 'סל שיקום'², הפסיכיאטר המחוזי וקופות החולים. המענה הניתן כולל מפגש שבועי של כל המשפחה עם עו"סית משפחה מטעם התוכנית, בדרך כלל בסביבה הביתית, בשילוב בניית מעטפת ייחודית המתמקדת בהורים וילדים כאחד.

תהליך הטיפול והליווי של משפחה בתוכנית ברו"ש נמשך שנתיים. התוכנית מיועדת לטיפול ב-20 משפחות בעת ובעונה אחת. לכל 5 משפחות לערך מִצְוֶנֶת עובדת סוציאלית (להלן: עו"סית) משפחה אחת מטעם התוכנית. עד תחילת שנת 2019 הופנו אל התוכנית כ-80 משפחות. לאחר ועדות קבלה ומיון ראשוני התקבלו אליה כ-40 משפחות המתגוררות באזור דרום ירושלים. בעת ביצוע המחקר, בין דצמבר 2019 לאוקטובר 2020, התוכנית טיפלה ב-15 משפחות, וישנן משפחות שהגישו מועמדות והיו נתונות בתהליכי מיון וקבלה.

התוכנית מלווה במחקר הערכה שמבצעת מחלקת המחקר של עיריית ירושלים בליווי מכון חרוב (פוסטדוקטורט וטרן, 2019). מטרת מחקרם לבחון את תוצאות התוכנית בכמה מישורי חיים ולבצע הערכה רב-מערכתית מקיפה. ההערכה שבוצעה בשנים 2015-2018 הצביעה על הישגים במישורים רבים: קידום אבחון וטיפול מוקדם בצורכי ההתפתחות של ילדים; הסכמת המשפחות לבניית תוכנית התערבות ושיתוף פעולה במימושה (בכך נמנעה הפעלה של חוק הנוער (טיפול והשגחה), תש"ך-1960); מניעת הוצאה מהבית של שישה ילדים, מתוך כשמונים, אל מסגרות חוץ-ביתיות; מניעת אשפוז כפוי של הורים ועוד. יתרה מזאת, דיווחים שהגיעו ממסגרות חינוך הצביעו על שיפור בתפקוד ההורי, בהתייחסות ההורים לצורכיהם של ילדים ובהיבטי ביקור סדיר של הילדים בבית הספר וכן על שיפור התפקוד הלימודי והחברתי של הילדים. כמו כן, ממצאים ממחקר שנערך בשיטת חקר מקרים על חלק מהמשתתפים בתוכנית (שטארק, 2019), מעידים על שינוי חיובי בקרב מרבית המשפחות בתום תקופת ההתערבות. ממצא זה תומך בהשערה שטיפול במסגרת תוכנית ברו"ש, כלומר טיפול המבוסס על שותפות רב-מקצועית הניתן בבית המשפחה, יביא לידי שינוי בקרב הורי המשפחות וילדיהם.

אף שהתוכנית עדיין מתהווה, לאור המגמה החיובית בתפקוד ההורי שהראתה ההערכה של התוכנית ולאור העובדה שהמענה שתוכנית ברו"ש מספקת הוא מענה ייחודי שארגון הבריאות העולמי ממליץ עליו, שואפים יוזמי התוכנית להפיצה בהיקף הארצי. לפיכך פנו אל צוות המחקר במכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל בבקשה לסייע להם בתיאור דרכי העבודה של התוכנית ובבחינת יישומה ותוצאותיה לפי התפיסות של אנשי המקצוע המעורבים בהפעלתה.

¹ הכוונה היא לשכונות גילה, בקעה, תלפיות קטמון הישנה, קטמונים, הר חומה, ארמון הנציב, המושבה הגרמנית והמושבה היוונית.

² ר' לוח 3: מעגל שלישי – שירותים בקהילה ומסגרות של המשפחה

2. מחקר מכון ברוקדייל

2.1 מטרות המחקר

מטרת מחקר זה של הערכה מעצבת היא ללמוד על מודל העבודה הייחודי של התוכנית, לתארו ולבחון את יישומו ואת תוצאותיו, כפי שתופסים אותו אנשי המקצוע המעורבים בהפעלתו. להלן שאלות המחקר ביתר פירוט:

1. מה הם דרכי העבודה וההיבטים הייחודיים של התוכנית?
2. כיצד דרכי העבודה וההיבטים הייחודיים מתיישבים עם עקרונות הפרקטיקה המיטבית להפעלת תוכניות לשיקום התפקוד ההורי?
3. מה הם החוזקות והאתגרים בהפעלת התוכנית?
4. מה הן תפיסות אנשי המקצוע המפעילים את התוכנית על תוצאות התוכנית?

2.2 מערך המחקר וכלי המחקר

לצורך הערכה מעצבת זו השתמשנו בכלים איכותניים. ההערכה כללה ראיונות עומק חצי מובנים עם רוב בעלי התפקיד והשותפים המעורבים בהפעלת התוכנית, בסך הכול 15 ראיונות: עם מנהלת אזור דרום באגף רווחה בעיריית ירושלים, עם מנהל התחנה לטיפול בילד ובנוער על שם אילן, עם רכז התוכנית, עם עו"סית משפחה בתוכנית, עם רכז ילד ונוער, עם 2 עו"סיות לחוק הנוער ו-2 עו"סיות משפחה כוללתיות באחת מהמחלקות לשירותים חברתיים בדרום ירושלים, עם פסיכיאטר ועו"סית מהמרפאה הקהילתית לבריאות הנפש על שם ירוס, עם עו"סית שירותי בריאות הנפש ('סל שיקום'), עם שני פסיכולוגים של ילדים ועם פסיכיאטר ילדים.

חלק מהראיונות בוצעו פנים-אל-פנים וחלקם באמצעות שיחת וידאו (Zoom), בחודשים אפריל-יוני 2020, וכל ראיון נמשך בין 40 ל-90 דקות. הראיונות לוו ב'מדריך ראיון' (ר' נספח א) שהותאם לתפקידו של המרואיין ועסק בנושאים שנראו לחוקרות מהותיים להערכת התפיסה של המרואיינים את דרכי העבודה בתוכנית, את חוזקותיה ואת האתגרים בה (Rabionet, 2011). בין השאר תיארו המרואיינים את תפקידם ודיברו על מטרות התוכנית, על דרכי פעולתה, על החוזקות והאתגרים בה וכן על תוצאותיה.

הראיונות תומללו, נותחו ועובדו על ידי צוות המחקר במכון ברוקדייל בגישת הניתוח התמטי האיכותני (שקדי, 2011). הם קודדו לקטגוריות שחלקן הוגדרו מראש, חלקן התבססו על 'מדריך הראיון' ועלו ממנו ישירות וחלקן עלו באופן חופשי מדברי המרואיינים. במהלך הקידוד נוצרו תת-קטגוריות תחת קטגוריות-העל, כך שכל קטגוריה כללה כמה תת-קטגוריות על פי התמות שעלו, ותת-הקטגוריות כללו קטגוריות משנה (שקדי, 2011; Strauss & Corbin, 1998).

כמו כן ממצאי המחקר שחולצו מהראיונות נבחנו גם בהשוואה לדרכי עבודה מוצלחות שתוארו בסקירת ספרות על שירותים ודרכי התערבות בתוכניות לשיקום התפקוד ההורי (שורק וסבו-לאל, 2017) והתמקדו במאפיינים המשפיעים על הצלחת תוכניות כאלה ועקרונות הפרקטיקה המיטבית.

2.3 אתיקה במחקר

המחקר אושר על ידי ועדת האתיקה של מכון ברוקדייל. במסגרת המחקר ובעת קבלת הסכמת המרואיינים ננקטו כמה פעולות:

- הובהר למרואיינים כי ההשתתפות היא על בסיס התנדבות בלבד וכי הם אינם מחויבים להשתתף במחקר.
- צוין כי החוקרות מתחייבות לשמור בסודיות מלאה על תוכן השיחות וכי בדוח המחקר לא יצוינו פרטים מזהים על המרואיינים.
- הובהר לכל מרואיין כי ניתוח החומר והתובנות בדוח יעסקו לא רק בריאיון איתו, אלא גם בראיונות שייערכו עם אנשים נוספים, וכך לא יתאפשר זיהוי של המרואיינים.
- הובהר כי המרואיינים יכולים להפסיק את הקשר עם צוות המחקר בכל עת שירצו או לא לענות על שאלות מסוימות ולא יהיו לכך כל השפעות שליליות.
- צוות המחקר ביקש מן המרואיינים רשות להקליט אותם, לטובת תמלול מלא של דבריהם שנועד לשמש רק את צוות המחקר בתהליך הניתוח, אך צוין כי המרואיינים יכולים לבקש לעצור את ההקלטה בכל עת שירצו וצוות המחקר התחייב לכבד את הבקשות ולעשות כן. למרואיינים הובטח שההקלטות ותמלילי הראיונות יישמרו שמירה מאובטחת במכון ברוקדייל.

3. ממצאים

בפרק זה נתאר את רכיבי תוכנית ברו"ש ואת דרכי העבודה שלה כפי שרואים אותם אנשי המקצוע המעורבים בהפעלתה. נציג עתה את הרקע לפיתוח התוכנית ונתאר את מטרותיה ואת תהליך העבודה עם המשפחות על רצף הזמן: תהליך הצטרפות המשפחה לתוכנית, משך זמן ההתערבות ותהליך סיום ההשתתפות. לאחר מכן, נפרט ונתאר את המבנה הארגוני, את התפקידים ואת מנגנוני העבודה בתוכנית. לקראת סיום נציג את ההיבטים הייחודיים בדרכי העבודה ואת חוזקות התוכנית ונתאר את תפיסותיהם של המרואיינים על תוצאות התוכנית בכל הקשור הן לילדים הן להורים, ולבסוף נתאר את הצורך שעלה בהרחבת התוכנית להיקף הארצי.

3.1 הרקע לפיתוח התוכנית

הצורך במתן מענה המותאם למשפחות עם ילדים שבהן לאחד ההורים לפחות יש מגבלה נפשית חמורה גבר עם השינוי שחל בטיפול בבריאות הנפש בישראל והתרחבות מודל ה'אל-מיסוד': המודל מדגיש את חשיבות התפקוד וההתמודדות של אנשים עם מחלת נפש במסגרת הקהילה הטבעית וגם את חשיבות המשפחה בתהליכי השיקום הפסיכיאטרי וההחלמה ונותן את הדעת לצורכי המשפחה בעקבות ההתמודדות עם מחלת נפש של אחד מבני המשפחה (אליצור, 1998; לרנר, 2016). בעקבות מודל האל-מיסוד התפתחה מגמה מתמשכת של סגירת מוסדות פסיכיאטריים ושל ניסיון לקצר את זמן האשפוז ולפתח שירותי טיפול ושיקום חדשים המשולבים בקהילה. מגמה כזו מצריכה שינויים והתאמת מענים למשפחות. בד בבד התפתחה מגמה בקרב אנשים שקודם היו מאושפזים במוסדות סגורים לנהל חיים ככל האחרים בקהילה, ובין השאר להקים משפחות ולהביא ילדים לעולם. מגמה זו הביאה לידי עלייה במספר המשפחות עם ילדים שבהן לפחות אחד ההורים מתמודד עם מגבלה נפשית ולעלייה במספר המשפחות הזקוקות למעטפת תמיכה רחבה ולליווי אינטנסיבי.

התוכנית צמחה בין השאר מן התסכול שחוו אנשי מקצוע בהיעדר מענה מותאם למשפחות. למשל, אנשי בריאות הנפש של הילד דיווחו כי טרם הפעלת התוכנית לא היו די מענים לתמיכה בילדים במשפחות שבהן לאחד ההורים לפחות יש מגבלה נפשית חמורה.

כמו כן סיפרו כי היו רק מעט תוכניות לתמיכה בהורות בצל מחלת נפש, למרות ריבוי המשפחות שבהן אחד ההורים לפחות מתמודד עם מגבלה נפשית חמורה והן מטופלות במחלקה לשירותים חברתיים. הם העידו כי היעדר תמיכה בהורות בצל מחלת נפש עלול להגביר את מצבי הסיכון שבהם נתונים הילדים. עובדי הרווחה טענו גם כי קשה לעבוד עם הורים מתמודדי נפש אם אין להם ליווי פסיכיאטרי.

השירותים בקהילה שאליהם הפנתה המחלקה לשירותים חברתיים את המשפחות נמנעו מקבלת משפחות שבהן לאחד ההורים מגבלה נפשית, משום שהשירותים לא כללו טיפול פסיכיאטרי או שלא היו מיומנים בעבודה בשיתוף פעולה עם שירותים פסיכיאטריים. עובדי רווחה שרואיינו במסגרת המחקר העידו כי לעיתים תהליך השיתוף במידע בין גורמי בריאות הנפש של המבוגר לגורמי הרווחה במה שנוגע למצבם של ילדים להורים עם מגבלה נפשית חמורה, לא היה מוסדר. כך קרה שהיו מתגלים ילדים

בסיכון בשלב שאילץ נקיטת פעולות מיידיות ולעיתים קשות, כגון הוצאת ילדים מן הבית בעת חירום. לטענת עובדי הרווחה, אילו ידעו קודם על הסיכון, היה אפשר לנסות לפעול בדרכים מתונות יותר. עו"סית לחוק הנוער שרואיינה תיארה כיצד התוכנית החלה:

” התוכנית התחילה [...] כשאנחנו נחשפנו לשתי משפחות שגרו בשכונה, שהביאו ילד לעולם, אנשים עם התמודדות נפשית קשה ביותר. [...] לא היה להם שום מערך תמיכה מסביב. והתברר שבריאיות הנפש היו מודעים לקשיים שלהם אבל לא חשבו להסתכל על הילד; כאילו, הם הסתכלו על ההצלחה של ההורים, וחלק מהפרמטרים של הצלחה מבחינתם זה [...] שהקימו משפחה, אבל לא חשבו שצריך לדווח, או לדאוג, שיש שם תינוק קטן שאולי לא מקבל את המענה שלו. [...] ומשם בעצם התחיל איזשהו תהליך של עבודה משותפת בין הגורמים השונים וההבנה שצריך לבנות איזושהי תוכנית”.

מדברי העו"סית עולה כי שירותי בריאות הנפש של המבוגר מתמקדים בטיפול בצרכיו הנפשיים של המבוגר, לעיתים מבלי לתת את הדעת להיבטים נוספים, כגון ההורות שלו או צרכי ילדיו. מקרים מסוג זה חידדו אצל נותני השירותים את התובנה שדרוש מענה הוליסטי למשפחות, המבוסס על שותפות בין הגורמים המעורבים.

שני המנהלים – של התחנה לטיפול בילד ובנוער על שם אילן ושל אזור דרום באגף רווחה בעיריית ירושלים – שיש ביניהם היכרות מקצועית רבת-שנים, ביססו את השותפות בין שני הגופים, ובהשראת תובנות כמו זו התניעו בסוף שנת 2014 את התהליך להקמת תוכנית ברו"ש (להרחבה ר' פוסטולובסקי ושטרן, 2019). בעקבות יוזמתם התרחבה השותפות גם לגופים נוספים. לצורך התוכנית אוגמו התקציבים: תקציב ייעודי של התוכנית 'נתיבים להורות', מטעם משרד הרווחה; ותמיכה תקציבית של אית"א – אגודת יידי תחנת אילן לטיפול בילד ובמשפחה. כיום עבודת התוכנית מתבססת רק על התקציב הייעודי של משרד הרווחה.

3.2 מטרות התוכנית

מטרת העל של התוכנית היא לסייע למשפחות עם ילדים עד גיל 12, שבהן הורה אחד לפחות מתמודד עם מגבלה נפשית חמורה, בתפקוד המשפחתי הכולל ובתפקוד של כל אחד מן הפרטים במשפחה. התוכנית פועלת בגישה מניעתית כדי למנוע מצבי משבר וסכנה בעתיד.

כאמור, בעת ביצוע המחקר וכתובת מסמך זה, תוכנית ברו"ש היא עדיין תוכנית בהתהוות, לכן נשאלו המרואיינים על מטרות נוספות של התוכנית לפי תפיסותיהם. מדבריהם עולה כי לתוכנית יש כמה מטרות משנה, המתחלקות לשני היבטים: מטרות הקשורות בילדים ומטרות הקשורות בהורים.

3.2.1 מטרות משנה של התוכנית הקשורות בילדים

לפי תפיסות המרואיינים, התוכנית מיועדת לסייע לילדים בהווה ולטווח הארוך.

לדבריהם, מטרה מרכזית של התוכנית בהווה היא לסייע לילדים במימוש זכויותיהם הבסיסיות כפי שאלה הוגדרו באמנה הבין-לאומית בדבר זכויות הילדים: הזכות להיות מוגנים מפני אלימות גופנית או נפשית; הזכות להישרדות ולהתפתחות; והזכות להיות מטופלים על ידי הוריהם (משרד החינוך, יוני 2012).

עוד מטרה בהווה שציינו המרואיינים היא לסייע לילדים להבין טוב יותר את מציאות חייהם.

המרואיינים סבורים כי בטווח הארוך מטרת התוכנית היא לסייע במניעת העברה בין-דורית של תחלואה נפשית ולאפשר תפקוד מיטבי של הילדים גם בהיותם מבוגרים:

” אנחנו היום כבר רואים את הדור השני מגיע ל'סל שיקום' אחרי שהוא גדל אצל ההורים שלו, ואני חושבת שזה קצת הרעיון [...] לנסות לראות איך קוטעים את הרצף הזה.”

3.2.2 מטרת משנה של התוכנית הקשורות בהורים

לפי תפיסות המרואיינים, מטרה מרכזית בנוגע להורים היא לחולל אצלם שינוי בהתנהגות, המתבטא בנכונות להיעזרות שוטפת בשירותים ולקבלת טיפול נפשי מיטבי. מדברי המרואיינים עולה כי אין ציפייה שההשתתפות בתוכנית תביא איתה הבראה או החלמה קלינית ממשלת הנפש של ההורים; המטרה היא לפתח אצל ההורים את האחריות לקבלת טיפול שוטף ולהשגת יציבות יחסית בתפקוד ההורי, כדי למנוע מראש היווצרותן של בעיות חמורות ולהבטיח ככל האפשר שיוכלו לטפל בילדים טיפול מיטבי:

” אף אחד לא החלים מהדיכאון המאג'ורי או מהסכיזופרניה הזאת או האחרת, אלא אנחנו מניחים שמה שעשינו זה עזרנו להם להשתמש טוב יותר בשירותים. ואז הם יגיעו אלינו כלקוחות, כמו כל הלקוחות שמגיעים אלינו לפה, או למקום אחר. זאת אומרת שימשיכו בטיפול...”

מטרה נוספת של התוכנית היא חיזוק התפקוד ההורי על ידי חיזוק יכולתם של ההורים ליצור מובחנות בינם לבין ילדיהם, לראות את צרכי הילדים, לנהל קשר יום-יומי חיובי איתם ולפעול כדי לספק את צורכיהם. דוגמאות להשגת מטרה זו מופיעות בדברי אנשי מקצוע שעבדו בתוכנית:

” ... כל העבודה איתה [עם האימא], כל הכניסה בעצם של התוכנית, אפשרה לה לראות את הילד והצרכים שלו, עד כדי כך שהיא הסכימה היום בשנה האחרונה שהוא יהיה במסגרת אחר הצוהריים בבית הילד ובמועדוניות, דברים שהיא סירבה להם לחלוטין לאורך הרבה מאוד שנים. והילד גם עבר אבחון דרך התוכנית [...] זה שהיא ממש מאפשרת לעזור לו בצורה הרבה יותר טובה, זה דבר שלא היה מתאפשר קודם. אלה בדיוק סוג המשפחות שאני הייתי יכול לדבר איתה שנים ולא היה קורה כלום והילד הזה היה מגיע מהר מאוד למקומות רעים ממש.”

מדברי המרואיינים עולה כי חיזוק התפקוד ההורי עשוי להועיל גם מההיבט של הילדים, בטווח הארוך, בבגרותם.

3.3 תהליך העבודה עם המשפחות בתוכנית על רצף הזמן

בחלק זה נציג את תהליך העבודה עם המשפחות בתוכנית על כל שלביו ורכיביו. נתחיל בתיאור תהליך הצטרפות המשפחות לתוכנית, נמשיך בתיאור כללי של ההתערבות במהלך התוכנית ונסיים בתיאור ההתערבות לאורך זמן ובתיאור תהליך סיום ההשתתפות של המשפחות בתוכנית.

3.3.1 תהליך הצטרפות המשפחות לתוכנית

הפניה לתוכנית – מרבית המשפחות מגיעות לתוכנית בהפניה של איש מקצוע מתחומי הרווחה או הבריאות שיש לו קשר עם המשפחה ושסבור שהתוכנית עשויה לעזור לה. הגורמים העיקריים שמפנים משפחות לתוכנית הם עו"סיות שמלוות משפחות דרך המחלקות לשירותים חברתיים, עובדים מתב"ן-מבוגרים, עובדי התחנה לטיפול בילד ובנוער, גורמים מטעם 'סל שיקום', עובדי השירות הפסיכולוגי חינוכי, עובדי בתי החולים ואחיות טיפות חלב. במקרים אחרים, בני משפחה, כמו למשל סבים וסבתות, מפנים את המשפחה לתוכנית. הפניית המשפחות לתוכנית נעשית באמצעות הגשת הפניה בכתב לרכז התוכנית והצגת תיאור ראשוני של המשפחה. לאחר קבלת ההפניה, רכז התוכנית מברר עם המשפחה אם היא רוצה או מסכימה עקרונית להשתתף בתוכנית.

ועדת קבלה – אם המשפחה מביעה הסכמה ואף רצון להשתתף בתוכנית, מתכנסת ועדת קבלה שבה משתתפים רכז התוכנית, נציגים מטעם אגף רווחה, מטעם התחנה לטיפול בילד ובנוער על שם אילן ומטעם 'סל שיקום', ולעיתים גם הגורם שהפנה את המשפחה לתוכנית. במסגרת הדיון בוועדה מתקבלת החלטה אם המשפחה מתאימה לתוכנית. אם יש התאמה, תהליך הקבלה נמשך. אם הוחלט כי המשפחה אינה מתאימה לתוכנית, הגורמים המקצועיים משתדלים להפנות את המשפחה לשירותים אחרים שעשויים לסייע לה.

תנאי קבלה ותנאים להשתתפות בתוכנית – מבחינת מאפייני המשפחות המתאימות להתערבות, התנאי הראשון הוא שיהיו ילדים עד גיל 12 המתגוררים בבית, באזור דרום ירושלים, ושיהיה לפחות הורה אחד עם מגבלה נפשית חמורה ומאובחנת. לרוב לא יתקבלו לתוכנית הורים עם הפרעות אישיות, אלא רק הורים המאובחנים עם מחלת נפש כגון סכיזופרניה והפרעה פסיכוטית, הפרעה אפקטיבית – דיכאון, מאניה והפרעה דו-קוטבית. אם המשפחה הופנתה לתוכנית ואין להורה אבחנה רשמית בנוגע למחלה הוא יתבקש לעשות אבחון כדי לוודא שהמשפחה עומדת בתנאי הקבלה לתוכנית.

התנאי השני להשתתפות בתוכנית הוא שההורה עם מחלת הנפש יהיה מטופל על ידי פסיכיאטר – בתב"ן-מבוגרים, בקופת חולים או במסגרות פרטיות. להורה יש זכות בחירה היכן הוא מעדיף להיות מטופל. לפי תפיסתם של חלק מן המרואיינים המענה מטעם הפסיכיאטרים בתב"ן-מבוגרים הוא המועיל ביותר בגלל השותפות של השירות בהפעלת התוכנית. שותפות זו מקילה על תהליך הטיפול הכולל. הועלתה הצעה כי ההורה יהיה מטופל על ידי פסיכיאטר מומחה בפסיכיאטריה של המבוגר ושל הילד, כדי להבטיח כי המענה שיינתן בתוכנית יהיה כוללני. הוצע אף להעסיק איש מקצוע בעל מומחיות כזו בתוכנית.

התנאי השלישי הוא הסכמה של ההורים להשתתף בתוכנית. חלק מן המשפחות מתנגדות לכך בשל הסטיגמה על הפרעות נפשיות. להורים אחדים הוצע להצטרף לתוכנית אך הם סירבו לקבל טיפול מכיוון שלא רצו להיות מוכרים בשירותי בריאות הנפש או מזוהים בתור הורים עם מחלת נפש.

מלבד הסכמה ראשונית, תנאי נוסף הוא מוטיבציה של ההורים לעבוד על חיזוק התפקוד ההורי והסכמה שלהם לשיתוף פעולה מלא עם אנשי המקצוע ועם כלל השירותים שניתנים להם במסגרת התוכנית. ממחקרים שבחנו את הגורמים המקושרים עם הצלחתן של תוכניות לשיקום הורים עולה כי ככל שהמוטיבציה של ההורים לגדל את ילדיהם ולחזק את התפקוד ההורי שלהם גבוהה יותר וככל שהיו פעילים יותר להשגת מטרה זו, הסיכויים שימשיכו או שישובו לגדל את ילדיהם, אם הועברו לסידור חוץ-בית,

היו גבוהים יותר (Cleaver, 2000; Farmer, 2014; Harwin et al., 2001; Sinclair et al., 2005). כלומר, התנאי שהציבה התוכנית עולה בקנה אחד עם מאפייני הפרקטיקה המיטבית בתוכניות לשיקום התפקוד ההורי.

... התוכנית, היא באה ממקום נורא נורא בריא כי היא אומרת 'לכולם יש כוונות להיות הורה טוב, אף אחד לא מתכוון לגדל ילד ולפגוע בו', אבל במבחן התוצאה הרבה פעמים כן יש פגיעה, ואז כן צריך הרבה מאוד עזרה. [...] הנקודה שיכולה להביא לשינוי היא קודם כול הרצון של האימא להיות אימא טובה, או של האבא."

מדברי המרואיינים עולה כי תנאי זה שמציבה התוכנית אינו פשוט וכי הוא מחייב חוזק של המשפחות. בדרך כלל המשפחות מתמודדות עם קשיים רבים: כלכליים, אתגרים בתפקוד ההורי (סמכות הורית, גבולות, מבנה סדר יום וכדומה), קשיים הנוגעים למחלת הנפש ועוד. ולכן שיתוף פעולה מלא עם צוות התוכנית, עם מגוון שירותים ועם תוכנית אינטנסיבית העוסקת בכל אחד מבני המשפחה, לצד התמודדות עם הקשיים הקיימים בין כה וכה, היא מאתגרת במיוחד. עם זאת, כאמור, ממחקרים שבחנו את הגורמים המקושרים עם הצלחה של הורים בתוכניות לשיקום הורים עולה כי שיתוף פעולה מתמשך של הורים עם תוכנית כוללת על כל רכיביה הוא גורם הכרחי להצלחה (Barber & Delfabro, 2004; Hess & Folaron, 1991; Littell, 2001; Littell & Tajima, 2000).

ואולם, לעיתים קורה שעל אף הנכונות הראשונית שהביעו הורים לשיתוף פעולה מלא עם התוכנית, במהלכה מתעוררת התנגדות מצידם. לעיתים ההתנגדות נובעת מהקושי בבניית קשר אמון ושיתוף פעולה של אחד ההורים או שניהם עם צוות התוכנית, ולעיתים היא נובעת מהחמרה של המחלה. מהראיונות עולה תופעה נוספת הקשורה לחוסר שיתוף פעולה, ייחודית לאוכלוסייה זו של אנשים עם מגבלה נפשית חמורה: פיצול. מדובר במנגנון הגנה, שלרוב אינו מודע ושנועד לסייע לאדם להתמודד עם קונפליקט רגשי או עם חרדה, באמצעות חלוקת האובייקטים בחייו ל'טובים' ו'רעים'.³ מדברי המרואיינים עלה כי לעיתים ההורה עושה פיצול בין אנשי מקצוע שותפים בתוכנית, למשל ההורה רואה בעו"סית משירותי הרווחה 'עו"סית טובה' ובעו"סית המשפחה בתוכנית – 'עו"סית רעה', ולכן הוא מוכן לשותף פעולה רק עם הראשונה ולא עם השנייה. במקרים שההורה מתנגד לטיפול על ידי אחד מאנשי המקצוע נכגע תהליך הטיפול שלו ולעיתים גם של הילד. האתגר של אנשי המקצוע הוא להתמודד עם התנגדות ההורה בניסיון לצמצם או לבטל את מנגנון הפיצול וליצור קשר אמון מחודש וברית טיפולית עימו, ועם זה לא להזדהות עם המטופל ולשמור על שותפות בין אנשי המקצוע ועל גיבוי הדדי כדי שלא להגביר את תופעת הפיצול אצל ההורה.

אם לאורך זמן חל שינוי בשיתוף הפעולה והוא פוגע בהמשך התקין של התהליך, בגלל סיבות בריאותיות או בגלל התנגדות לטיפול, צוות התוכנית ישקול מחדש אם המשפחה יכולה להשתתף בתוכנית:

³ להרחבה ר' פיצול (9 באוגוסט 2018). [https://he.wikipedia.org/wiki/%D7%A4%D7%99%D7%A6%D7%95%D7%9C_\(%D7%A4%D7%A1%D7%99%D7%9B%D7%95%D7%9C%D7%95%D7%92%D7%99%D7%94\)](https://he.wikipedia.org/wiki/%D7%A4%D7%99%D7%A6%D7%95%D7%9C_(%D7%A4%D7%A1%D7%99%D7%9B%D7%95%D7%9C%D7%95%D7%92%D7%99%D7%94))

” ... לקח לי הרבה מאוד זמן לשכנע אותו לגשת לרווחה ולבקש את התוכנית [...] ובסוף הוא הסכים ונכנס לתוכנית, וכמה שבועות אחרי שהוא נכנס הוא אושפז ויצא מהאשפוז ונכנס לאשפוז. בסופו של דבר ברו"ש החליטו לא להמשיך ללוות אותו אם הוא לא עם הטיפול התרופתי. [...] זה היה מאוד כואב, אבל בסוף אני מבינה את ההחלטה. כדי להיות בתוכנית כזאת צריך שהאדם יהיה מאוד מגויס לתהליך, וחלק מלהיות מגויס לתהליך זה להיות באיזה שהיא יציבות נפשית כזאת שמאפשרת שיח ומאפשרת המשכיות. אי אפשר לבוא ושבוע אחר כך יקרה משהו אחד ושבוע אחר כך יקרה משהו אחר, צריך שיהיה איזשהו רצף”.

נוסף על התנאים שצוינו לקבלת המשפחות לתוכנית, בוועדות הקבלה מעריכים עד כמה יש למשפחה מערכות תמיכה לא רשמיות ומהי מידת היציבות של התפקוד ההורי. אם המשפחה עומדת בתנאים הבסיסיים לקבלה לתוכנית, אך בוועדה מתרשמים שהתפקוד ההורי יציב דיו וכי יש לה די מקורות תמיכה, סיכוייה להתקבל לתוכנית נמוכים. במקרה כזה מפנים את המשפחה לקבל את המענים והשירותים הקיימים בקהילה, ללא הליווי האינטנסיבי הניתן בתוכנית.

לסיכום, התנאים להשתתפות בתוכנית הם מגורים באזור דרום ירושלים; ילדים עד גיל 12 המתגוררים בבית; לפחות הורה אחד עם מגבלה נפשית חמורה ומאובחנת; ההורה עם מחלת הנפש מטופל על ידי פסיכיאטר במסגרת פרטית, בקופת חולים או בתב"ן-מבוגרים; הסכמת המשפחה להשתתף בתוכנית; מוטיבציה של ההורה לעבוד על חיזוק התפקוד ההורי ולשתף פעולה באופן מלא עם אנשי המקצוע ועם כלל השירותים בתוכנית; מעגלי תמיכה חלשים יחסית ותפקוד הורי שאינו יציב. אם במהלך ההתערבות המשפחה מתנגדת לתוכנית או שאינה משתפת פעולה איתה, תופסק השתתפותה בתוכנית.

קליטת המשפחות לתוכנית – אם המשפחה עומדת בכל התנאים והוחלט כי היא מתאימה לתוכנית, צוות התוכנית והגורם המפנה עורכים 'דיון קליטה', ובו הם מגבשים תיאור נרחב של פרטי המקרה. לאחר מכן נערכת פגישת היכרות בין המשפחה ובין רכזת התוכנית, עו"סית המשפחה שתלווה את המשפחה בתוכנית והגורם המפנה. בפגישה מציגים להורים את התוכנית ומסבירים להם את הציפיות מהם לשיתוף פעולה. תהליך הקבלה לתוכנית מורכב מכמה שלבים, למשל בחינת עמידה בתנאי ההשתתפות, הבאת מסמכים וקבלת הסכמת ההורים, ועל כן התהליך יכול להימשך כחודשיים בטרם תיקלט המשפחה לתוכנית. היו מרואיינים שציינו כי לעיתים המשפחות זקוקות למענה מידי וההמתנה הממושכת מאתגרת בעבורן.

היבטי תהליך הכניסה של המשפחות לתוכנית עולים בקנה אחד עם עקרונות הפרקטיקה המיטבית של תוכניות לשיקום הורים (שורק וסבו-לאל, 2017): רצוי שההתערבות תכלול תהליך של איתור המשפחות המתאימות ושההורים יסיכמו טרם כניסתם לכלל התנאים בתוכנית (Bronson et al., 2008).

3.3.2 ההתערבות במהלך התוכנית

במסגרת התוכנית ניתן לכל משפחה ליווי שוטף ואינטנסיבי בסביבה הביתית על ידי עו"סית המשפחה, בתדירות ובאופן שמותאמים לה (ר' 3.5.2, **ליווי אינטנסיבי של המשפחה בסביבה הביתית**). נוסף על כך, צוות התוכנית בונה תוכנית התערבות המספקת לכל משפחה מעטפת שירותים כוללנית אך ייחודית לה כדי לתת מענה על הצרכים הייחודיים של כל אחד מבני המשפחה (ר' 3.5.3, **בניית מעטפת שירותים ייחודית וכוללנית למשפחה**). השירותים הניתנים כוללים מענים מגוונים, למשל שירותים מ'סל שיקום'

עבור ההורה וטיפול רגשי עבור הילד. כמו כן את ההתערבות מלווים מפגשים רב-מקצועיים של צוות הטיפול של התוכנית, ובהם דנים אנשי המקצוע על מצב המשפחה ומעדכנים את תוכנית ההתערבות במידת הצורך (ר' 3.4.2 **מנגנוני עבודה**).

3.3.3 משך זמן ההתערבות ותהליך סיום ההשתתפות של המשפחות בתוכנית

הטיפול האינטנסיבי והליווי של המשפחות בתוכנית ברו"ש מוגבלים לשנתיים. ישנם עובדים שסבורים כי לחלק מהמשפחות נחוץ ליווי ממושך יותר. כבכל תהליך טיפול, גם בתוכנית ברו"ש נדרש לא מעט זמן לרכישת האמון של המשפחות וליצירת ברית טיפולית, ובמיוחד משום שהאוכלוסייה רגישה והתוכנית מחייבת כניסה של אנשי המקצוע לבתי המשפחות בתדירות גבוהה. אם תהליך רכישת האמון מתארך ומעכב את התקדמות המשפחות לעבר המטרות שהוגדרו בעבורן, צוות התוכנית יכול להחליט להאריך את משך השתתפות המשפחה בתוכנית מעבר לשנתיים (לרוב תהיה תוספת של חצי שנה). ישנם עוד מצבים שבהם צוות התוכנית יכול להחליט להאריך את משך ההשתתפות של המשפחה בתוכנית, למשל אם נראה כי לקראת סיום השנתיים יש פער בין המטרות שהוצבו למשפחה ובין מידת ההתקדמות שלה לעברן או אם מידת ההיענות וההתמדה שלה בטיפול בשירותים בקהילה אינה מספקת, אך אנשי המקצוע סבורים שטרם מוצו כל האפשרויות שהמשפחה בכל זאת תפיק תועלת מן התוכנית. כפי שעלה מן הדברים, לקראת סיום ההתערבות, צוות התוכנית וגורמים נוספים מעריכים את מצב המשפחה ואת ההתקדמות שלה ביחס למטרות שהוגדרו בתחילת התהליך. כמו כן נבחנת היציבות של המשפחה בטיפול והתמדתה בצריכת השירותים והמענים מהקהילה. המראיינים מדגישים כי השגת מטרות ההתערבות במסגרת תוכנית ברו"ש אין פירושה כי המשפחות אינן זקוקות יותר לטיפול ולליווי:

”אלה לא משפחות ששנתיים, שלוש וזהו. אלה משפחות שצריכות מעטפת. אז גם אם הן לא ממשיכות בברו"ש, הן עדיין ממשיכות להיות אינטנסיביות עד שהילדים גדלים, או יוצאים מהבית או משהו כזה. זה באמת, זה מציאות שהקיום הוא קשה שם.”

לכן, לקראת סיום השתתפות המשפחות בתוכנית ברו"ש נערך דיון בוועדת תכנון טיפול והערכה במחלקה לשירותים חברתיים, עם כל הגורמים המעורבים בטיפול במשפחה, בנוגע למענים שרצוי לתת לה בהמשך. לעיתים המשפחה תזדקק לאותם שירותים ומענים שקיבלה בתוכנית, לעיתים לשירותים ומענים נוספים ולעיתים לשילוב בין שירותים מוכרים לשירותים חדשים. מחקרים הראו (שורק וסבו-לאל, 2017) כי אחד ממאפייני הפרקטיקה המיטבית המשפיעים על הצלחת תוכניות לשיקום התפקוד ההורי לאורך זמן הוא מסגרות להמשך התמיכה במשפחות שסיימו טיפול בתוכנית והשיגו את התוצאות המצופות. לדוגמה, משפחות שמשלבות בסיום תוכנית ברו"ש להמשך עבודה טיפולית בתחנה לטיפול בילד ובנוער על שם אילן. דוגמה נוספת היא 'ציפור הנפש', שירות מטעם 'סל שיקום', הניתן להורים המתמודדים עם מחלת נפש, ובו ממשיכים ללוות את המשפחה בענייני הורות, במסגרות של דיור מוגן ובאמצעות הדרכות במרכזי שירות ומנסיים לשמר את התהליך החיובי מתוכנית ברו"ש.

מן הראיונות עלה כי הפעלתה של התוכנית מציפה על פני השטח את האתגר המתמשך שבהגדרת נוהלי פעולה, למשל בנוגע למצבי סיכון וסכנה, למצבי חירום, לחופשות, לדרכי פעולה לקידום מסוגלות הורית ולעירוב של קציני ביקור סדיר בטיפול בילדים. משום כך צוות התוכנית מקבל החלטות על הטיפול הנכון והמתאים ועל סדר הפעולות בהתאם למאפיינים הייחודיים של כל

מקרה ובהתאם למיומנותו. למשל, עלה מדברי המרואיינים שפעמים רבות הגורמים המקצועיים דנים על דרכי הפעולה המתאימות כאשר יש מצב של סיכון או סכנה אצל הילד. לעיתים נדרש לחדד בעבור הצוות מה הן הפעולות הנדרשות במצב חירום במשפחה, באיזה סדר עליהם לפעול, את מי צריך לשתף וליידע ומתי. אם יש דילמה או שאין הסכמה ברורה על דרכי הפעולה, הסמכות להחליט תעבור לצוות המוביל ואחריו למנהלי התוכנית. צוין כי מדרך הטבע, בשנים הראשונות להפעלת התוכנית היה עיצוב הנהלים מאתגר יותר, אך ככל שהניסיון בהפעלת התוכנית נצבר הצטמצם האתגר. ואולם, בהתחשב באופי האוכלוסייה שבתוכנית האתגר אינו צפוי להיעלם.

לסיים, בחלק זה תוארו כל שלבי ורכיבי העבודה בתוכנית ברו"ש שעלו מדברי המרואיינים. עם זאת, חשוב לזכור כי התוכנית צמחה מן השטח, ולא מן המטה, ולכן דרכי העבודה המשותפות בין גורמים מקצועיים מוסיפות להתהוות תוך כדי הפעלת התוכנית בהתאם לצרכים שעולים מהעבודה השוטפת.

3.4 מבנה ארגוני, תיאור תפקידים ומנגנוני עבודה

חלק זה מתאר את המבנה הארגוני של התוכנית, את התפקידים של צוות התוכנית והשותפים לה וכן את מנגנוני העבודה הקבועים.

3.4.1 מבנה ארגוני ותיאורי תפקידים

כפי שעלה מן הראיונות, יש בתוכנית שלושה מעגלים העוטפים את המשפחות: במעגל הראשון – צוות התוכנית; במעגל השני – אנשי מקצוע שותפים לתוכנית; במעגל השלישי – שירותים בקהילה ומסגרות של המשפחה. בעת ביצוע המחקר לא היו מבנה ארגוני ותיאורי תפקיד כתובים לשלושת המעגלים, אך במהלכו התגבש תיאור התפקיד של רכז התוכנית. מדברי המרואיינים עלה כי תיאורי התפקיד מתעצבים ומתגבשים עם העבודה השוטפת ועם הצרכים העולים מן השטח. עוד נאמר כי לעיתים מצב זה מעורר מתחים סביב הסמכות בקבלת ההחלטות בכל מיני מצבים.

מעגל ראשון – צוות התוכנית:

במעגל הטיפול הראשון במשפחות נמצא צוות התוכנית שאחראי לקבלת המשפחות לתוכנית, לבניית תוכנית הטיפול, לליווי המשפחות ולמעקב אחר התקדמותן בתוכנית. הצוות נפגש פעם בשבוע כדי להתעדכן במצב המשפחות, בדילמות העולות ובמידת ההתקדמות בתהליך. הצוות מורכב ממנהלי התוכנית, רכז התוכנית, עו"סית משפחה בתוכנית, פסיכולוג ילדים ופסיכיאטר ילדים. לוח 1 מתאר את עבודתם של בעלי התפקידים מהמעגל הראשון.

לוח 1: מעגל ראשון – צוות התוכנית

כפיפות וממשקי עבודה	משימות עיקריות	תפקיד
<ul style="list-style-type: none"> ▪ מנהלת אזור דרום באגף רווחה בעיריית ירושלים – משרד הרווחה ▪ מנהל התחנה לטיפול בילד ובנוער ע"ש אילן – משרד הבריאות 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ גיבוש מדיניות התוכנית ועיצובה ▪ מעקב שוטף אחר פעילות התוכנית ועדכון שוטף של הנהלים ודרכי הפעולה ▪ אחריות לתקציב התוכנית – איגום משאבים בין הגופים השותפים בתוכנית ותקצוב פעולות התערבות הכרוכות בהפעלת התוכנית ▪ ניהול כוח אדם – גיוס עובדים, ניהול צוות עובדים, הנחיה והדרכה לצוות ▪ אחריות לקידום התוכנית מול משרדי ממשלה וגורמים מקצועיים אחרים, הצגה ושיווק של התוכנית בכפורומים ובכנסים מקצועיים וגיוס משאבים 	<p>מנהלי התוכנית</p>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ מועסק על ידי העירייה (בעבר על ידי אגודת הידידים של התחנה לטיפול בילד ובנוער ע"ש אילן) ▪ כפיפות מקצועית למנהלי התוכנית ▪ הדרכה קבועה בתחום הריכוז מסגן מנהל אזור דרום באגף רווחה בעיריית ירושלים והדרכה קלינית מפסיכולוג ילדים בתחנה לטיפול בילד ובנוער ע"ש אילן 	<p>1. תהליכי קבלה וקליטה של משפחות חדשות</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ קבלת פניות מגורמים המעוניינים להפנות משפחות ▪ איסוף מידע ומסמכים מגורמים סוציאליים/פסיכיאטריים במטרה לבדוק את התאמת המשפחות לקריטריונים ▪ פגישות עם משפחות המתלבטות אם להשתתף בתוכנית, בשיתוף הגורם המפנה ▪ הפניית משפחות שאינן מתאימות לתוכנית לגורמים מטפלים אחרים ▪ הכנת החומרים לוועדות קבלה ▪ תיאום ועדות הקבלה: זימון הגורמים הקבועים ונציגי כל השירותים וגורמים רלוונטיים נוספים המכירים את המשפחה ▪ תיאום מפגשי קליטה למשפחות לאחר התייעצות עם פסיכולוג בתוכנית על חלוקת הטיפול במשפחות בין העובדים וניהול המפגשים <p>2. ריכוז שוטף</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ הכנת חומרים למפגש צוות הטיפול ▪ כינוס ועדות הפעלה ▪ תכנון הדיונים וניהולם: תכנון לו"ז הדיונים בתיאום עם כל חברי הצוות ותיאום הזמנת גרמי-חוץ לדיונים ▪ במהלך דיונים: ניהול הזמן וחלוקתו, אחריות לתייעוד הדיון וההחלטות ומעקב תקופתי אחר ביצוען <p>3. שיווק וקשר עם גורמים בקהילה</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ הידוק ממשקי העבודה עם השירותים למיניהם (למשל מטפלים, משרד הרווחה, משרד הבריאות, טיפת חלב, השירות הפסיכולוגי, בריאות הנפש, שירותי סל שיקום) 	<p>רכז התוכנית</p>

כפיפות וממשקי עבודה	משימות עיקריות	תפקיד
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ שיווק התוכנית בקהילה (למשל במחלקות לשירותים חברתיים, שירותי בריאות הנפש בקהילה, בבתי חולים ובמסגרות חינוך) ▪ איסוף נתונים <p>4. הנחיית צוות העובדים</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ ייזום שוטף של מפגשים פרטניים וקבוצתיים עם חברי צוות התוכנית על הידוק ממשקי העבודה, מילוי שאלונים, איתור סוגיות והעלאתן לפני המנהלים וצוות התוכנית 	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ כפיפות לרכזת התוכנית מבחינה ניהולית ומקצועית ▪ השתתפות בהדרכה מקצועית שבועית מפסיכולוג ילדים ▪ השתתפות במפגשים השבועיים של צוות הטיפול לדיון על המשפחות שבאחריותה – עדכון שוטף לצוות ולגורמים מקצועיים על התקדמות המשפחות ודילמות שעולות ▪ ניהול תיק משפחה בשיתוף עו"סית משפחה מהמחלקה לשירותים החברתיים^א 	<p>1. ניהול תיק משפחה (case manager)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ קיום קשר עם כל הגורמים הרלוונטיים לטיפול במשפחה: מצוות התוכנית והשירותים הנלווים לתוכנית ועד למסגרות החינוך של הילדים ושירותי בריאות, כגון קופות חולים, וכן תכלול הקשר עם כל הגורמים <p>2. שותפות בניית תוכנית התערבות למשפחה</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ אבחון כולל למשפחה והתערבות – איתור צרכי ההורים והילד באמצעות התבוננות בשגרות החיים בבית המשפחה וקיום מפגשים עם כל אחד מבני המשפחה בנפרד; אחריות לאיסוף מידע מגורמים טיפוליים; לאחר האבחון, אחריות להתאמת המענים לכל אחד מבני המשפחה ולמימושם; במידת הדרוש, פעילות למימוש זכויות ההורה והילד (למשל באמצעות אבחונים או הערכות התפתחות), ולסיוע וליווי לשירותים (למשל לקופות חולים, לבנקים וכו') ▪ מעקב אחר התקדמות המשפחה והצרכים המשתנים; שיתוף והתייעצות עם צוות התוכנית והתאמת תוכנית הטיפול באופן דינמי ושוטף <p>3. טיפול במשפחה בביתה</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ טיפול המתקיים בבית המשפחה ובקהילה במשך כ-3 שעות בשבוע – בין מפגש אחד לשלושה בשבוע, בהתאם לצורכי המשפחה ושיקול הדעת של העו"סית ▪ לפי האבחון ותמונת המצב המתקבלת על המשפחה – עבודה על שגרה מיטבית להורים וילד ועל הקשר ביניהם וכן הדרכות להורים ומפגשים משותפים עם הילדים <p>4. מצבי חירום</p> <p>סיוע למשפחה בהתמודדות עם מצבי חירום, למשל בעת אשפוז אחד ההורים; במהלך האשפוז, קשר עם הילדים והמשך טיפול במשפחה וליוויה</p>	<p>עו"סית משפחה מטעם התוכנית</p>

תפקיד	משימות עיקריות	כפיפות וממשקי עבודה
פסיכולוג ילדים	<p>1. הדרכת עו"סית משפחה בתוכנית</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ הדרכה על ההתערבות עצמה ותהליך הטיפול בבית (doing) – חשיבה משותפת על תהליכי ההתערבות, למשל הדרכה על חיזוק קשרים בין בני המשפחה ▪ הדרכה על החוויה של טיפול במשפחה (being) – למשל הקשיים של להיות בתוך הבית, התמודדות עם סוגי חולי נפשי <p>2. אחריות מקצועית לתחומי הפסיכולוגיה</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ ליווי תהליכי טיפול פסיכולוגיים ותהליכי אבחון של ילדים ואחריהם תרגום ותיווך התוצאות ומשמעותם לצוות התוכנית ▪ ייצוג העמדה הפסיכולוגית במפגשי צוות הטיפול בתוכנית ובישיבות הצוות המוביל, וכן ייעוץ בתחומי הפסיכולוגיה של הילדים 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ כפיפות למנהל התחנה לטיפול בילד ובנוער ע"ש אילן ▪ השתתפות אחד הפסיכולוגים בצוות המוביל של התוכנית ▪ השתתפות בישיבות צוות שבועיות
פסיכיאטר ילדים	<p>1. אחריות מקצועית לתחומי הפסיכיאטריה</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ ייעוץ בתחומי הפסיכיאטריה בפגישות של צוות הטיפול ובישיבות הצוות המוביל וחשיבה משותפת עם גורמים מהפסיכיאטריה של המבוגר: השפעת התנהלות ההורים על בריאות הנפש של הילדים, השפעת התערבויות התוכנית על בריאות הנפש של הילדים ושל ההורים והשפעת התנהגות הילדים על ההורים ▪ שותפות בפגישות עם ההורים ועו"סית המשפחה בתוכנית במקרים שמתעוררת דאגה סביב תפקוד הילד <p>2. טיפול פסיכיאטרי לילדים</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ טיפול והתערבות בתחומי הפסיכיאטריה של הילדים במידת הצורך ▪ קשר מקצועי עם הפסיכיאטר של המבוגר מהתוכנית 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ כפיפות למנהל התחנה לטיפול בילד ובנוער ע"ש אילן ▪ השתתפות בצוות המוביל ▪ השתתפות בישיבות צוות שבועיות

^ נוסף על טיפולה של עו"סית המשפחה מהתוכנית, המשפחות מקבלות טיפול שוטף גם מעו"סית שעובדת במחלקה לשירותים החברתיים – שירותי רווחה. אומנם צוות התוכנית מעורב יותר בחיי המשפחה בזמן השתתפותה בתוכנית, אך יש חשיבות רבה בשמירה על קשר בין אנשי המקצוע, כיוון שבסיסם התוכנית המשפחה חוזרת לטיפול של שירותי הרווחה.

מעגל שני – אנשי מקצוע שותפים לתוכנית:

במעגל זה נמצאים נותני שירותים לבני המשפחה. הם מלווים את המשפחה ומטפלים בה במסגרת תוכנית הטיפול הייחודית שקבע לה צוות התוכנית. בעלי התפקידים במעגל הראשון עומדים בקשר שוטף עם אלה מהמעגל השני, והצלחת התוכנית תלויה במידה רבה בשותפות ובתקשורת ביניהם. במעגל זה נכללים גורמים מטעם תב"ן-מבוגרים (פסיכיאטר של המבוגר ועובד בתחנה), עובדי המחלקה לשירותים חברתיים (עו"סית משפחה כוללת, עו"סית לחוק הנוער) ועו"סית לשירותי בריאות הנפש ('סל שיקום'). שלא כמו אנשי המקצוע מהמעגל הראשון, אנשי המקצוע במעגל זה אינם מועסקים על ידי התוכנית אלא הם שותפים לה. **לוח 2** מתאר את עבודתם של בעלי התפקידים מהמעגל השני.

לוח 2: מעגל שני – אנשי מקצוע שותפים לתוכנית

ממשקי עבודה	משימות עיקריות בתוכנית	תפקיד
<ul style="list-style-type: none"> ▪ עבודה עם עובד מתב"ן-מבוגרים שאחראי להעביר מידע לקראת ישיבות הצוות השבועיות ▪ לעיתים התייעצות עם צוות התוכנית וגורמים מקצועיים שמטפלים במשפחה 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ טיפול פסיכיאטרי – ליווי וטיפול פסיכיאטרי להורים ▪ שיתוף ידע וחווות דעת פסיכיאטרית – משתף את צוות התוכנית במידת הצורך בסוגיות שעולות מהטיפול כדי לסייע לתוכנית הכוללת של המשפחה; מקבל מצוות התוכנית תמונת מצב על התהליך במשפחה; אם הפסיכיאטר הוא מתב"ן-מבוגרים, המידע עובר באמצעות עובד מטעם התב"ן שמשותף בישיבות צוות ▪ מילוי שאלון קצר למעקב ועדכונים על מצבה של כל משפחה בטיפול הפסיכיאטר (כיום נוהל זה אינו מתקיים אך יש רצון להנהיגו שוב) ▪ אחריות לליווי יוזמי התוכנית מול גורמים מקצועיים כדי להסביר את חשיבות התוכנית ולקדם שיתוף פעולה (אם הפסיכיאטר הוא מטעם תב"ן-מבוגרים) 	<p>פסיכיאטר של המבוגר[^]</p>
<p>עבודה עם צוות התוכנית – סיוע לכל חברי הצוות בפניות מהתחום הפסיכיאטרי^{^^}</p> <p>עבודה עם הפסיכיאטר של התחנה – עדכונים במידת הצורך על המשפחות בתוכנית, בעיקר לקראת ישיבות או ועדות ואחריהן</p>	<p>1. נציגות בתחום הפסיכיאטריה של המבוגר</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ השתתפות בוועדות קבלה ובמפגשי צוות הטיפול של התוכנית והעברת דיווח על מצב המשפחות המטופלות בתב"ן-מבוגרים ▪ בדיקה ואבחון ראשוניים של המשפחה וההורים וכן בחינה של האבחנות והטיפולים מהעבר ושל מורכבות הפתולוגיה ועוצמתה ▪ גיבוש חוות דעת או המלצות לקראת תכנון תוכנית הטיפול במשפחה או לקראת הדיונים השוטפים עליה; למשל המלצות להורים על טיפול פרטני לא רק בנוגע להורות או על תוכניות נוספות במרפאה, למשל טיפול בקבוצה <p>2. קשר בין המרפאה לצוות התוכנית</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ ריכוז הפניות לתוכנית של משפחות המטופלות במרפאה ועשויות להתאים לתוכנית ▪ טיפול בבקשות התוכנית לסיוע או לייעוץ – למשל אם נדרשים מענה וליווי במקרים ייחודיים; יצירת קשר עם פסיכיאטר בשעת משבר שנדרשים בו טיפול מיידי או התייעצות, ומעקב עד למתן מענה לתוכנית ▪ תזכורות לפסיכיאטר על מילוי שאלון מעקב וכתובת עדכונים ושליחתם לצוות התוכנית 	<p>עובד מתב"ן-מבוגרים</p>

ממשקי עבודה	משימות עיקריות בתוכנית	תפקיד
<ul style="list-style-type: none"> עבודה עם צוות התוכנית ובייחוד עו"סית המשפחה – עדכונים ושיחות על התהליך במסגרת מפגשי צוות הטיפול או בשיחות מזדמנות במחלקת הרווחה 	<ul style="list-style-type: none"> הפניית משפחות מתאימות לתוכנית ליווי משפחות שהתקבלו לתוכנית – בעיקר קשר עם גורמי הטיפול וסיוע במידת הצורך (כיוון שאת המענה הכוללני והליווי האינטנסיבי המשפחות מקבלות מעו"סית התוכנית) טיפול במשפחות בתחומי רווחה – פגישות עם המשפחה לפי הצורך ושיח על דאגות וקשיים; ניסיון לתת מענה לצרכים קונקרטיים, למשל סיוע בבעיות דיור, במטרה לאפשר לצוות התוכנית להתמקד בעבודה על ההתנהלות בבית ועל התפקוד ההורי; במצבי סיכון או סכנה לילד – בחינה (עם מדריך צוות מהמחלקה לשירותים חברתיים) של כינוס ועדת תכנון טיפול 	<p>עו"סית משפחה כוללנית במחלקה לשירותים חברתיים</p>
<ul style="list-style-type: none"> עבודה עם צוות התוכנית, בעיקר עם עו"סית המשפחה מהתוכנית המטפלת במשפחה בבית, במקרי סיכון או בעת צורך בהתערבות חוק הנוער 	<ul style="list-style-type: none"> הפניית משפחות לתוכנית וליווי מרחוק בתחומי הגנת ילדים ובני נוער בסיכון, בשותפות עו"סית המשפחה מהתוכנית שמירה על קשר עם צוות התוכנית בוועדות וישיבות וקבלת עדכונים מצוות התוכנית על מצבי סיכון של ילדים; במידת הצורך, התבוננות על מצב משפחות וגיבוש חוות דעת על המענה הנכון, לפני נקיטת הליכים משפטיים כינוס ועדת תכנון טיפול ובחינת שימוש בהליכים משפטיים במקרים של סיכון שהקטין זקוק בהם להגנת החוק 	<p>עו"סית לחוק הנוער במחלקה לשירותים חברתיים</p>
<ul style="list-style-type: none"> עבודה עם צוות התוכנית בעניין שירותי 'סל שיקום' – למשפחות – התאמת השירותים, חיבור המשפחה לשירותים וליווי הקשר בין המשפחה ל'סל שיקום'; השתתפות בוועדות וישיבות בתוכנית 	<ul style="list-style-type: none"> הפניית משפחות לתוכנית מיצוי זכויות של ההורה המתמודד עם מחלת הנפש, בתחומי 'סל שיקום', למשל אם ההורה אינו מוכר ב'סל שיקום' – ליווי התהליך עד קבלת אישור הפניה לשירותי 'סל שיקום' התאמת השירותים מ'סל שיקום' לצורכי ההורה וליווי תהליך הכניסה לשירותים יצירת קשר ראשוני, פיתוח קשרי אמון ושמירה עליהם ועל התהליך בין ההורה המתמודד עם מחלת הנפש ובין הגורמים המפעילים את השירותים שהוא מקבל השתתפות בוועדות קבלה וישיבות צוות – שותפות בדיונים על תהליך המשפחות בתוכנית; עדכון והתאמה של השירותים לפי הצרכים המשתנים של ההורים תיאום בין הפעולות עבור המשפחה מטעם צוות התוכנית לפעולות מטעם מטפלי 'סל שיקום'; בדיקה וטיפול במצבי טיפול כפול 	<p>עו"סית שירותי בריאות הנפש ('סל שיקום')</p>

הפסיכיאטר יכול להיות מטעם המרפאה הקהילתית לבריאות הנפש ע"ש ירוס בדרום ירושלים (תב"ן), ששותפה בתוכנית, מטעם קופת חולים או פסיכיאטר פרטי. תב"ן-מבוגרים הם צלע קריטית בשותפות. תפקיד הפסיכיאטר של המבוגר נמצא בפועל במעגל השני, אך לדברי חלק מן המרואיינים היה רצוי שיהיה במעגל ראשון.

מהראיונות עלה כי רצוי שממשק העבודה יהיה עם רכז התוכנית כדי ליצור סדר בהעברת המסרים והבקשות ומשום שלרכז יש ראייה כוללת של מצב המשפחות ומידת התקדמותן.

מעגל שלישי – שירותים בקהילה ומסגרות של המשפחה:

במעגל זה נמצאים חלק מהשירותים שנכללים בתוכנית הטיפול של המשפחה וכן המסגרות שבהן המשפחה נמצאת. נכללים בו שירותי 'סל שיקום', מסגרות חינוך, שירותי בריאות ושירותים נוספים בקהילה. מהראיונות עלה כי יש רצון להרחיב את שיתוף הפעולה עם גורמים נוספים בסביבת המשפחה, למשל עם גורמים ממשרד החינוך, ובהם יועצים ופסיכולוגים חינוכיים. צוות התוכנית פועל להגביר את המודעות בשירותים אלו לצרכים הייחודיים של המשפחות, בדגש על הילדים. לוח 3 מתאר את עבודתם של בעלי התפקידים מהמעגל השלישי.

לוח 3: מעגל שלישי – שירותים בקהילה ומסגרות של המשפחה

תיאור המענה למשפחה בתוכנית	שירות / מסגרת
<p>סל שירותי שיקום בקהילה במגוון תחומים; ניתן על ידי חברות ועמותות בפיקוח משרד הבריאות; מיועד למתמודדי נפש: נשים וגברים בגילים 18-65 הזכאים ל-40% נכות מהמוסד לביטוח לאומי שקיבלו הכרה ואישור ונתונים במעקב פסיכיאטרי רציף. בין השאר עשויים להיכלל ב'סל השיקום' שירותים מהתחומים להלן (משרד הבריאות, א"ת):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ דיוור: המטרה היא לשכר את המיומנויות לחיים עצמאיים בקהילה, באמצעות תנאי דיוור נאותים ומכבדים ומתן תמיכה, סיוע ושמירה על קשר עם שירותי הקהילה. משפחות בברו"ש לרוב יקבלו שירות של דיוור מוגן (ליווי בדיוור): עו"סית ומדריך, שניהם מטעם השירות השיקומי, נפגשים עם ההורה כמה פעמים בשבוע, לפי צורך, ומלווים אותו. לעיתים הפגישות נעשות בביקור בבית. מטרת הליווי היא לעבוד על התפקוד בבית ובקהילה. השירות ניתן לדיירים המתגוררים בדירות שבבעלותם, בשכירות עצמאית או בדירות בהפעלת עמותות. ▪ תעסוקה: המטרה היא לאפשר תעסוקה מותאמת לרצונו וליכולותיו של אדם המתמודד עם מגבלת נפש: ממסגרת טרום-תעסוקתית (מועדון תעסוקתי) ועד תעסוקה בשוק החופשי. אינטנסיביות הליווי משתנה בהתאם למסגרת. ▪ השכלה ופנאי: המטרה היא לאפשר היכרות ולמידה של מיומנויות חברתיות, רכישת ידע, עצמאות, תחושת שייכות, הפגת בדידות והשתלבות בקהילה, בהתאם לכישורים ולרצונות. לכל מתמודד נפש ניתן אישור למועדון חברתי אחד, שבו יש חוגים, פעילויות חברה וקהילה, הנחות למופעי תרבות והצגות, כניסה לחדרי כושר ובריכות ועוד. 	<p>שירותי 'סל שיקום'</p>
<p>המטרה היא לאפשר לילדי המשפחה סביבה מכילה, מגינה ומאפשרת התפתחות. צוות התוכנית, ועו"סית המשפחה בפרט, עומדים בקשר עם המסגרות של הילדים, למשל עם הגנים ובתי הספר, כדי לקבל מידע על תפקוד הילדים ולתווך בין ההורה לבעלי התפקידים במסגרות.</p>	<p>מסגרות חינוך</p>
<p>המטרה היא לסייע במידת הצורך בליווי ובקשר בין המשפחה לשירותי הבריאות, למשל קופות חולים, טיפות חלב ובתי חולים. צוות התוכנית, ועו"סית המשפחה בפרט, מגויסים לכך.</p>	<p>מסגרות בריאות</p>

תיאור המענה למשפחה בתוכנית	שירות / מסגרת
<p>המטרה היא לשלב את המשפחה בשירותי קהילה שאליהם יוכלו לצאת מדי פעם, למשל מועדוניות לילדים ונוער, בהפעלת מחלקת הרווחה, בשעות אחר הצהריים, חונכויות או חוגים דרך התחנה לטיפול בילד ובנוער ע"ש אילן ופעילויות המינהל הקהילתי. צוות התוכנית וגורמי רווחה חושבים יחד על השירותים המתאימים למשפחה, ותפקידה של עו"סית המשפחה הוא לקשר בין המשפחה לשירותים, ובמידת הצורך ללוות את המשפחה אליהם.</p>	<p>מסגרות בקהילה ובשכונה – מועדוניות, חונכויות, חוגים בשכונה</p>

^ גורמים ב'סל שיקום' בירושלים הם שותפים והיוו חלק מהותי בפיתוח התוכנית.

3.4.2 מנגנוני עבודה

לתוכנית כמה מנגנוני עבודה קבועים: ישיבות הצוות המוביל, מפגשים שבועיים של צוות הטיפול והדרכות פרטניות וקבוצתיות לעו"סיות המלוות משפחות בתוכנית. להלן תיאורם:

ישיבות צוות מוביל – הצוות המוביל כולל נציגים מומחים מתחומי בריאות הנפש, הטיפול והמערכת לרווחת הילד במשרד הרווחה, ומשתתפים בו פסיכיאטר ילדים, פסיכולוג ילדים וסגן מנהל המחלקה לשירותים חברתיים של אזור דרום ירושלים. פעם בשבוע הצוות המוביל מתכנס ודן בדילמות או באי-הסכמות שמתעוררות בין אנשי המקצוע בתוכנית, ומתפקידו לתת עליהן מענה. אם לא מגיעים להסכמה, הנושא מועבר לטיפולם של מנהלי התוכנית.

מפגש צוות הטיפול של התוכנית – פעם בשבוע צוות התוכנית (המעגל הראשון) מתכנס לדון במצבן של המשפחות המשתתפות בתוכנית. הפגישות אורכות כשעה עד שעתיים ומתקיימות בדרך כלל בתחנה לטיפול בילד ובנוער על שם אילן או במחלקה לשירותים חברתיים של דרום ירושלים. לפגישות מוזמנים גורמי הטיפול והמלווים הרלוונטיים (מהמעגל השני והשלישי) של המשפחות שעליהן דנים. למשל, אם המשפחה מקבלת שירותים מ'סל שיקום', תגיע לפגישה עו"סית שירותי בריאות הנפש ('סל שיקום'), אם המשפחה מלווה על ידי עו"סית לחוק הנוער, גם היא תוזמן לפגישה. גורמים מקצועיים אלו תורמים לדיון מן ההיבט המקצועי שלהם. רכז התוכנית, העוקב אחר כל המקרים ומעודכן בהתפתחות הטיפול בהם, הוא גם האחראי לזימון אנשי המקצוע, לדיונים, לתכנון סדר היום בפגישות ולקביעה על אילו משפחות מתדיינים ומתי.

בכל שבוע מתקיים דיון על משפחות אחרות, כך שתדירות הדיון על כל משפחה היא פעם בשלושה חודשים לערך, במצבי שגרה, ותדירות גבוהה יותר במצבי חירום. עו"סית המשפחה אשר מלווה אותה ומטפלת בה בביתה מעדכנת את צוות התוכנית בצורכי המשפחה המשתנים, בדילמות ובאתגרים שאיתם המשפחה מתמודדת. צוות התוכנית מקיים דיון על הדרכים להתמודדות עם האתגרים, על ניסוח מחדש של מטרות ההתערבות ועל הצורך בשינוי או בהוספה של שירותים לתוכנית הטיפול הכוללת במשפחה. המראיינים דיווחו כי לדיונים השבועיים יש חשיבות רבה להערכת תהליך הטיפול על ידי עו"סית המשפחה. הדיונים מאפשרים מרחב של למידה ותיקון תוכנית הטיפול תוך כדי התהליך.

המפגשים השבועיים של צוות הטיפול בתוכנית מתקיימים ללא נוכחות המשפחה, מתוך מחשבה שפגישה עם הרבה גורמים בעת ובעונה אחת עלולה להוות גורם דחק בעבור אנשים המתמודדים עם מחלת נפש חמורה. המשפחות מודעות לקיומם של מפגשים אלה, כבר טרם כניסתן לתוכנית, והן מסכימות להם מראש. לאחר הדיונים, עו"סית המשפחה, לעיתים עם רכז התוכנית, ידונו עם המשפחה במצבה ובהחלטות שהתקבלו. חשוב לציין כי חלק מהמראיינים סברו כי לשיתוף המשפחות בתהליכי קבלת החלטות הנוגעים להן, כמו בוועדות קבלה לתוכנית ובמפגשים השבועיים של צוות הטיפול, ישנו ערך בפני עצמו והם היו רוצים למצוא דרך לשתף יותר את המשפחות.

הדגשת החשיבות בשיתוף משפחות עולה בקנה אחד עם ממצאי מחקרים שמראים כי מעורבות הורים בתהליכי קבלת החלטות ובתכנון ההתערבות בתוכניות לשיקום התפקוד ההורי עשויה להגביר את תועלת התוכניות (שורק וסבו-לאל, 2017). כמו כן היא עולה בקנה אחד עם מגמות המאפיינות תהליכים מערכתיים בתחום השירותים החברתיים בעשורים האחרונים, למשל התפתחות הלגיטימציה של 'דע מתוך ניסיון', התחזקות תהליכי שיתוף נרחבים של מקבלי שירות, עליית הערך של כיבוד זכויות הפרט והעצמתו וחיזוק האמון של הציבור בשירותים החברתיים (דולב ולוי-זוהר, 2020).

נוסף על דיון במצבן של המשפחות, במפגשים של צוות הטיפול נערך גם דיון רב-מקצועי בסוגיות מקצועיות כלליות. בעלי התפקידים מהמעגל השני והשלישי שרואיינו סבורים כי השתתפותם בדיונים על סוגיות מקצועיות כלליות חשובה ואמרו שהיו רוצים להשתתף בהם. בדרך כלל הם נעדרים מהם בגלל עומס העבודה השוטף.

הדרכות פרטניות – מדברי המראיינים עלה כי עבודתן של עו"סיות המשפחה בתוכנית מלווה בעומס רגשי ובעומס משימות, שנובע מטיפול אינטנסיבי במשפחות שבהן לפחות אחד מההורים סובל ממגבלה נפשית חמורה, מהליווי הצמוד למשפחה בתוך הסביבה הביתית ומריבוי המשימות. כדי לתמוך בעו"סית המשפחה, וכדי לאפשר לה לפרוק את החוויות הרגשיות הקשות ולנסות להתגבר על האתגרים, מוצעות לעו"סיות הדרכות פרטניות וקבוצתיות. ההדרכות הפרטניות ניתנות לעו"סיות המשפחות בתוכנית על ידי פסיכולוג ילדים מצוות התוכנית, בתדירות של שעה בשבוע. תשומה זו גדולה בהרבה מזו הניתנת במחלקות לשירותים חברתיים: עו"סית המשפחה בתוכנית, המלווה עד 5 משפחות, מקבלת שעת הדרכה בשבוע לעומת עו"סית המשפחה במחלקה לשירותים חברתיים, המלווה כ-100 משפחות, ומקבלת לרוב חצי שעה של הדרכה בשבוע. ההשקעה הניכרת בהדרכות פרטניות נובעת בין השאר מניסיון המצומצם של עו"סיות המשפחה בליווי משפחות המתאפיינות במגבלות נפשית חמורה של אחד ההורים לפחות, ומן הפער במקצועיות בין לבין צוות התוכנית הוותיק. המטרה היא לגשר על פער זה ולפעול מהר ככל האפשר לקידום המקצועיות שלהן ולחיזוקה.

ההדרכות הפרטניות עוסקות בשני מישורים: הדרכה בנוגע להתערבות עצמה ולתהליך הטיפול בבית (doing) – חשיבה משותפת על תהליכי ההתערבות, למשל הדרכה בעניין חיזוק קשרים בין בני המשפחה, תמיכה במשפחה וליוויה כשאחד ההורים באשפוז. המישור השני שבו עוסקת ההדרכה הוא החוויה של עו"סית המשפחה מן הטיפול במשפחה (being) – תחושתיה בנוגע לקשיים בהתערבות בתוך הבית ובהתמודדות עם אנשים שלהם מגבלה נפשית חמורה, בעקבות התמקדות בתהליך הטיפול בהורות טרייה, ביחסים עם תינוק, בעיצוב תפקידו של ההורה במשפחה; בעקבות טיפול בהפרעות אכילה; בעקבות טיפול בבעיות חברתיות אצל הילד במשפחה; וכן בעקבות טיפול בכל הקשור בעשייה היום-יומית.

בסך הכול, המרואיינים הביעו שביעות רצון רבה מן השילוב בין הדרכות פרטניות לבין דיונים רב-מקצועיים שבועיים במפגשים של צוות הטיפול. לדבריהם, אלה תורמים להתמקצעות צוות התוכנית ולשיפור העזרה הניתנת למשפחות:

” אני חושבת שבזכות ההדרכות הקליניות עם פסיכולוג קליני, עם הרבה מאוד ידע, ובזכות הדיונים בצוות אנחנו מקבלים הרבה מאוד הכשרה מקצועית בתוך התוכנית. יש גם פסיכיאטר וגם פסיכולוג מומחה, וגם ככה עובדים סוציאליים מנוסים, וזה מאוד מלמד ומעשיר. זה גם מאפשר לנו להיות מאוד מודעים למצב של ההורים וליצור את הקשר איתם מאוד מאוד בעדינות.”

לצד היתרונות של ההדרכות שתוארו עלה מדברי המרואיינים כי לעיתים ישנה התנגשות בין התכנים וההמלצות בהדרכות הפרטניות לבין אלה העולים בדיונים השבועיים בכפוף הרב-מקצועי. ההפרדה בין תוכני ההדרכות האישיות ובין ישיבות הצוות נובעת מהתפיסה שיש ערך בקבלת מידע מקצועי מגורמי טיפול מגוונים, שיש בכך כדי להפרות את הלמידה של העובדים ולשפר את תהליך הטיפול, וכי אין רק דרך פעולה אחת נכונה.

הדרכות קבוצתיות – בעת ביצוע המחקר לא ניתנו הדרכות קבוצתיות לעו"סיות המשפחה בתוכנית. בעבר הן ניתנו להן סביב נושאים ספציפיים, למשל כשכמה מהעו"סיות טיפלו במשפחות שטופלו בפסיכותרפיה ניתנו הדרכות קבוצתיות על פסיכותרפיה. המרואיינים הביעו רצון שהדרכות קבוצתיות כאלה תחזרנה לפעול. לדבריהם, הן עשויות להועיל להרחבת הידע וההתמקצעות של העובדים.

כמו כן בהקשר של ההדרכות, הוצע לקיים תהליכי למידה פנים-ארגוניים; כלומר בסיום תהליך טיפול או בסיום תהליך של משפחה בתוכנית – להקדיש זמן לניסוח התהליכים שהתרחשו וכן לסיבות לתוצאות שהושגו, וללמוד מהם לעתיד.

3.5 חוזקות והיבטים ייחודיים בדרכי העבודה בתוכנית

בחלק זה יוצגו חוזקות התוכנית והיבטים ייחודיים בדרכי עבודתה לפי תפיסותיהם של המרואיינים: עבודה על בסיס שותפות בין שירותי בריאות הנפש ובין שירותי הרווחה, ליווי אינטנסיבי של המשפחה בסביבה הביתית ובניית מעטפת ייחודית וכוללת לכל משפחה.

3.5.1 שותפות בין שירותי בריאות הנפש ובין שירותי הרווחה

היבט מרכזי וייחודי שתיארו המרואיינים הוא העובדה שהתוכנית מושתתת על שותפות מובנית ומוסדרת בין שירותי הרווחה לשירותי בריאות הנפש ועל איגום משאבים בין שתי המערכות – הרווחה ובריאות הנפש של הילד, בצירוף שירותי בריאות הנפש של המבוגר ו'סל שיקום'.

בדרך כלל פועלים שירותי בריאות הנפש ושירותי הרווחה במקביל וללא ממשק ביניהם. לעיתים הם מספקים טיפול ותמיכה לאותן משפחות, אך בדרך כלל ללא תקשורת רשמית ומוסדרת ביניהם ובלי הסתכלות כוללת על המשפחה, ואף ייתכן שכל גורם יתמקד בהיבט אחד של הטיפול בתפקוד המשפחתי ויתעלם מן ההיבטים האחרים. כך למשל גורמי בריאות הנפש של

המבוגר נוקטים גישה של רפואה קלינית ומתמקדים במחלה של המבוגר ובמצבו, לעיתים ללא התייחסות להשפעת המחלה על הסובבים אותו, ובהם ילדיו:

” אמרה לי רופאה בזמנו על זוג מבוגרים: 'ההצלחה שלי שהזוג הזה נישא, שני חולי נפש התחתנו'. זה שאחר כך נולד להם ילד והילד גדל בדיור מוגן והאימא שוטטה בלילות ואף אחד לא שמע את הבכי של התינוק, היה לה קשה לראות את זה. אני שיקפתי לה שזה שהם נישאו זה נורא יפה אבל זה עוד לא אומר שהם יכולים לטפל בילד [...] הילד צריך לקבל את מה שמגיע לו וצריך להסתכל רגע על הילד".

המרוויינים הדגישו את חשיבותה של השותפות בין שירותי בריאות הנפש לשירותי הרווחה בשל האפשרות שהיא נותנת לטיפול כוללני וטוב יותר במשפחה, המתמקד בחיזוק שלה ובמניעת מצבי חירום.

” עו"סית משפחה שהייתה בתוך הבית תיארה שפתאום האימא שמה כרית על התינוק והתחיל איזה התקף. העובדת עצרה את זה, התקשרה לפסיכיאטר, הזעיקה את האבא מהעבודה [...] מתוך המידע הזה הפסיכיאטר הבין שמשהו בתרופות לא נכון-כן נכון, והיא יכלה לעזור לאימא ולהזמין אותה להגיע לאשפוז מרצון, ולא אשפוז כפוי. זאת אומרת שהשימוש בסמכות בחירום בכפייה נמנע. [...] לפני התוכנית אפילו לא היה לי אולי את השיח, אולי הייתי פשוט מוציאה את הילדים, כי אני עכשיו צריכה לתת להם הגנה... אני לא יודעת מי הפסיכיאטר; לך תחפש את הפסיכיאטר. עם התוכנית, אנחנו יכולים לקחת יותר אורך רוח ולהחזיק ביחד, מה שלגמרי לא היה לפני".

כמו כן יש הטוענים כי שותפות בין מערכות הרווחה ובין מערכות טיפוליות-התפתחותיות הכרחית במקרים שבהם ילדים להורים הסובלים מבעיות נפשיות נתונים במצבי סיכון וסכנה (ZERO TO THREE, 2006).

נוסף על כך, אנשי המקצוע שרואיינו ציינו כי השותפות מקילה עליהם. האחריות המשותפת לתהליך והידיעה שיש עוד אנשי מקצוע שמעורבים בטיפול ורואים איתם יחד את כל הפרטים במשפחה מצמצמת את תחושת אי-הוודאות ואת הדאגות שלהם לשאר בני המשפחה. בראיונות נאמר גם כי העו"סיות יכולות להתכוננות לעבודה מעמיקה יותר של הטיפול במשפחה כשהן יודעות שיש גורם נוסף שעוקב אחר מצבם הנפשי של ההורים.

ואולם, לצד יתרונותיה של השותפות, המרוויינים סיפרו כי היא גם מאתגרת. האתגרים שיוצגו הם אתגרים מובנים בתוכנית המבוססת על שותפות בין גופים, בין פרופסיות, בין גורמי טיפול ובין שירותים. הדברים נכונים בייחוד בשותפות שיש בה מתח מובנה בין פרופסיות הפועלות מתוקף מנדט חוקי אך תהליכי העבודה שלהן שונים אלה מאלה. השוני בא לידי ביטוי בהגדרת הלקוח שאליו יש לפרופסיה מחויבות ראשונית: שירותי הרווחה ושירותי בריאות הנפש של הילד – לילד, ושירותי בריאות הנפש של המבוגר – להורה. אחד האתגרים הבסיסיים ביצירת שותפות בין פרופסיות הנשענות על תפיסות מקצועיות שונות הוא **יצירת ספה משותפת**. אנשי מקצוע משירותי הרווחה אמרו למשל כי אנשי מקצוע משירותי בריאות הנפש התקשו לעיתים לעשות הבחנה בין המושגים 'סיכון' ו'סכנה'. כשמדובר על ילדים במצבי סיכון הכוונה היא לסיכון התפתחותי, לעומת זאת, כשמדובר על מצבי סכנה, הכוונה היא לסכנה לשלומם של הילדים ואף לסכנת חיים:

” ... הפסיכיאטר אמר לי 'אבל היא לא פוגעת בילד', ואמרת, 'מה זאת אומרת היא לא פוגעת בילד? היא לא שומעת אותו בוכה, הוא לא אוכל... היא לא עושה פגיעה מכוונת, אבל היא פשוט לא שומעת את הצרכים של הילד. הוא נמצא בסיכון מאוד גבוה'. [...] בהגדרה של הפרמטר של סיכון [...] צריך להתייחס למה הצרכים של אותו ילד שההורה אחראי עליו”.

אנשי המקצוע העובדים בתוכנית עורכים אפוא דיונים מתמשכים במושגים, במטרה לפתח שפה מקצועית אחידה.

אתגר נוסף שתיארו המרואיינים הוא חילוקי דעות מקצועיים שנבעים לעיתים מנקודות המבט המקצועיות השונות. למשל בין אנשי המקצוע רווחת המחלוקת כיצד להבטיח איזון בין טובת הילד ובין טובת ההורה וזכותו להליך שיקום:

” אלו משפחות שהרבה פעמים האינטרס של הילד והאינטרס של ההורה לא עולים בקנה אחד. ושם אתה לפעמים נכנס למאבק בין אינטרסים [...] אני אומר את זה כי יש היום לפעמים בפסיכיאטריה של המבוגר, רצון מאוד לעמוד מאחורי האינטרסים של המבוגר, להיות הורה, מבלי להביא בחשבון איזה קשיים זה מביא בהמשך. אני חושב שצריך לנסות להחזיק את החבילה הזאת ביחד. זאת אומרת גם לחשוב על האינטרסים של המבוגר וגם על האינטרסים של הילד”.

יש לציין כי מדובר בסוגיה רווחת בתוכניות לשיקום ההורות, המאתגרת תדיר את אנשי המקצוע שמפעילים תוכניות מסוג זה (סבו-לאל ואח', 2020; שורק וסבו-לאל, 2017; שורק ואח', 2020).

המרואיינים סיפרו כי מחלוקות בין אנשי המקצוע נפוצות במיוחד במצבי חירום, כמו למשל כשאם לתינוק מתאשפת וצריך להחליט מהו הסידור המתאים ביותר לתינוק; האם להשאירו בבית לטיפול על ידי בן משפחה אחר מהמשפחה המורחבת או להוציא אותו לסידור חוץ-ביתי?

לדברי המרואיינים, דיונים שיש בהם חילוקי דעות הם דיונים מאתגרים במיוחד, בגלל השוני בין מערכת בריאות הנפש, שהיא היררכית יותר, ובין מערכת הרווחה, שהשיח בה לרוב שיתופי ושוויוני יותר. עובדי הרווחה מרגישים לעיתים כי הם לא נתפסים כמטפלים בעיני עובדי בריאות הנפש אלא כ'פקידים'. מהסכרות על שותפות ושיתופי פעולה בין מגזרים ומערכות עולה כי חוסר איזון ביחסי הכוח בין השותפים, או בתפיסה של יחסים אלו, הוא שמאיים על יעילות השותפות (אלמוג-בר וזיכלינסקי, 2010; Bryson et al., 2006) וכי חשובה יותר התחושה של הצדדים שהם אינם מאיימים זה על זה מאשר הסימטריה במידת עוצמתם (Najam, 2000). בתוכנית ברו"ש ההתמודדות עם המחלוקות המקצועיות בין אנשי מקצוע מפרופסיות וממערכות שונות נעשית באמצעות למידה של הצדדים לכבד זה את תפקידו ונקודת מבטו של זה. עם זאת, העו"סיות מהמחלוקות לשירותים חברתיים מתגברות את כוח האדם הנוכח בישיבה מטעם מערכת הרווחה ומזמינות לישיבות אלו גם מדריך או מנהל מהמחלקה, כדי שיתמכו בנקודת מבטן וכדי להפיג תחושות של אי-נעימות.

כדי להתמודד עם האתגר המובנה, של יצירת שותפות בין שירותים שבדרך כלל אין ממשק ביניהם וכן בין פרופסיות הנשענות על תפיסות מקצועיות שונות זו מזו, מושם בתוכנית דגש על היכרות הדדית והכרת העולמות המקצועיים, למשל באמצעות הקניית ידע מקצועי על הנחות היסוד ודרכי הפעולה, ניפוץ מיתוסים והבנת ההיבטים החוקיים של התפקידים. כמו כן נעשה מאמץ לכנס

מפגשים ודיונים הדדיים בתדירות גבוהה ולשים בהם דגש על יצירת שיח רב-מקצועי משותף, פתוח ומכבד. נוסף על כך, לפי תפיסתם של מנהלי התוכנית, שיתוף הפעולה ביניהם והעובדה שניהול התוכנית מתבצע על ידי נציגים משירותי בריאות הנפש ושירותי הרווחה גם יחד תורם ליצירת אווירה של שותפות בין השירותים.

ואכן, המרואיינים העידו על תקשורת טובה, על קשרים מקצועיים וחברתיים טובים ועל הערכה הדדית בין אנשי המקצוע משתי המערכות וכי אלה מאפשרים להתגבר על חלק מהאתגרים. הם מספרים גם על גמישות בתקשורת ובפגישות – צוות התוכנית והשותפים נפגשים בספונטניות ובמקומות שונים בהתאם לצורך שעולה מהשטח. הם מעבירים זה לזה מידע ואף מיעצים זה לזה, וזוהי עדות לשותפות ברמה גבוהה המבוססת על רמות שונות של מחויבות הדדית (Person et al., 2009).

עוד צוין כי השותפות תרמה לשינוי בקרב שירותי הרווחה ושירותי בריאות הנפש, הן בתפיסתם בנוגע למוקד ההתערבות הטיפולית והן בתפיסתם אלה על אלה. כך למשל העידו מרואיינים כי התחולל שינוי בקרב גורמי טיפול משירותי בריאות הנפש של המבוגר: שירותים אלה פועלים לרוב לפי גישה טיפולית הרואה לנגד עיניה את טובתו של ההורה מתמודד הנפש, והיא ממקדת את הטיפול בו, ולא במשפחתו. תוכנית ברו"ש הרחיבה נקודת מבט זו והביאה לידי התבוננות גורמי הטיפול גם בילד. השינוי התפיסתי ניכר גם אצל גורמים מהפסיכיאטריה של המבוגר:

” מודל רפואי רואה את הבן אדם, את ההתמודדות שלו עם המחלה, והוא לא חושב רגע איך זה משפיע על הילדים ועל הזוגיות שלו. ואנחנו מוסיפים צעדים מאוד מאוד טובים בכיוון של להבין את זה יותר. אני חושב שמהבחינה הזאת התוכנית היא גשר לפער הזה שבין שני המודלים.”

לדברי חלק מן המרואיינים השינוי בתפיסה ניכר גם אצל גורמים מטעם 'סל שיקום':

” ... כשאדם בא לסל שיקום נקודת המבט תהיה על המבוגר ולא על הילד. בברו"ש ההתייחסות תמיד תהיה קודם כול הילד ועל הצורך שלו. זה למידה מאוד חשובה שעשו בסל שיקום [...] שאי אפשר לנתק ולעבוד רק עם המבוגר ולא להתייחס למה שקורה לילדים בתוך המרחב הזה [...] אנחנו עדיין עובדים עם הבן אדם המבוגר, ואנחנו לוקחים בחשבון גם את הצרכים המשפחתיים.”

שינוי נוסף שמקורו בשותפות הוא שינוי תדמית מחלקת הרווחה בעיני המטופלים והשותפים לתוכנית. לדברי המרואיינים, התוכנית סייעה בשינוי תדמית הלקוחות על שירותי הרווחה. המרואיינים מעידים כי המשפחות מבינות ששירותי הרווחה מנסים לסייע להן ולא "לחטוף להן את הילדים". עלה גם כי השותפות של גורמי רווחה בתוכנית הטיפול מרגיעה חלק מההורים, כיוון שהם חשים פחות אי-ודאות, "כשהחוק נמצא בתמונה". שנית, בעת גיבוש השותפות לתוכנית עלו חששות אצל אנשי מקצוע מבריאות הנפש מפני העבודה עם שירותי הרווחה, כיוון שגם הם ניזונו מהתדמית ששירותי הרווחה לעיתים אינם מיטיבים עם המשפחות. תהליך יצירת השותפות הצליח לנפץ סטיגמות על שירותי הרווחה ולחולל שינוי בתדמיתם.

ברו"ש פועלת בהתאם להמלצת ארגון הבריאות העולמי לפתח מדיניות המקדמת שיתוף פעולה בין שירותי הבריאות לשירותי הרווחה כדי לאפשר מענים כוללניים לאנשים המתמודדים עם מגבלה נפשית (World Health Organization [WHO], 2018). השותפות הייחודית מלגה באתגרים המאפיינים תהליכי יצירה וניהול של שותפות רב-מקצועית מתמשכת, אך מדברי המרואיינים

עלה כי היתרונות בה עולים על האתגרים וכי השותפות היא דרך עבודה מיטבית בטיפול במשפחות עם ילדים עד גיל 12 שבהן לפחות אחד ההורים מתמודד עם מגבלה נפשית חמורה.

3.5.2 ליווי אינטנסיבי של המשפחה בסביבה הביתית

המרוויינים תיארו בהרחבה היבט ייחודי נוסף בדרכי העבודה – הליווי האינטנסיבי למשפחה בתוך הסביבה הביתית על ידי עו"סית המשפחה של התוכנית. ליווי זה ניתן בהיקף של כשלוש שעות בשבוע ובתדירות משתנה (1-3 ביקורים בשבוע) לפי שיקול דעתה של העו"סית ובאופן שמתאים למשפחה. מאפיין זה שונה מדרכי העבודה הרגילות במחלקות לשירותים חברתיים.

חשוב לציין כי ההיבט של ליווי אינטנסיבי של המשפחה בסביבה הביתית עולה בקנה אחד עם עקרונות הפרקטיקה המיטבית של תוכניות לשיקום הורים (שורק וסבו-לאל, 2017). ואכן, המרוויינים הצביעו על יתרונות רבים שיש לליווי המשפחה בסביבה הביתית. לפי המרוויינים, היתרון המרכזי הוא שהשירות נגיש למשפחות.

יתרון נוסף של התוכנית שעליו הצביעו המרוויינים הוא היכולת לטפל במשפחה בסביבה הטבעית שלה. באמצעות הכניסה של העו"סית לבית המשפחה היא יכולה לעבוד איתה על התפקוד היום-יומי בסביבה הטבעית:

” בביקורי הבית אפשר לעבוד יותר על התנהלות של היום יום. כלומר זה יכול להיות ניהול הבית, איך להספיק גם לבשל גם לנקות, גם לתחזק את הבית, כל מיני דברים מהסוג הזה. וזה יכול להיות התמודדות עם המציאות בחוץ, ללכת לסידורים של בנק, של כל מיני דברים שנראים טריוויאליים אבל הרבה פעמים לאוכלוסייה הזאת זה לא פשוט.”

ואולם, לצד היתרונות, סיפרו אנשי המקצוע שרואיינו כי המשפחות עשויות לחוות קשיים ואי-נעימות עם הכניסה האינטנסיבית לביתן. עם זאת, מדברי המרוויינים עלה כי מתרחש אצל המשפחות תהליך הדרגתי של רכישת אמן בין ובין עו"סית המשפחה, תהליך של הסתגלות ואף של הבנת היתרונות הטמונים בטיפול בסביבה הביתית.

המרוויינים סבורים שיתרון מיוחד של טיפול בסביבה הביתית, מבחינת הגורמים המטפלים, הוא ההשפעה העוצמתית שלו על המטופלים. כמו כן מבחינת עו"סיות המשפחה, היתרון המרכזי בטיפול בבית המשפחה הוא האפשרות לקבל עושר מידע על הילד, על ההורים ועל מערכות היחסים במשפחה, בטווח זמן קצר מן הרגיל. אבל גם עבור העו"סית, הטיפול בסביבה הביתית יכול להיות מאתגר ממוגון סיבות. בין השאר, ייתכן שיהיה עליה להתמודד עם בני משפחה נוספים שנמצאים בבית או שמעורבים בחיי המשפחה המטופלת, למשל סבא וסבתא או דודים. אלה עשויים להשפיע על החלטות ההורים ולהתערב בתהליך הטיפול בצורה לא הולמת. המרוויינים הדגישו אתגר אחד במיוחד, והוא אתגר העומס הרגשי שהעו"סית עלולה לחוות בעקבות החשיפה למצבי סיכון:

” ... פתאום עובדת סוציאלית נכנסת ורואה שני ילדים קטנטנים בסלון, והאימא חולה ושוכבת במיטה, לא מגיבה אפילו; ובסלון יש מרפסת בלי גשר או גדר – מה עושים עכשיו? [...] איך מגינים בכלל על הילדים? והצד השני של זה, זה באמת לא להיבהל מכל מצב, כי לא בכל מצב זה טוב להוציא את הילדים מהבית, זה בכלל לא הפתרון. אז איך אפשר להחזיק את זה? [...] זה עומס מאוד גדול להחזיק את הסכנות שיש בזה...”

כדי להתגבר על קושי מרכזי זה הציעו חלק מהמרוויינים ששתי עו"סיות ילוו כל משפחה כדי שהעומס הרגשי והמשימתי יתחלק ביניהן, וגם כדי לאפשר טיפול וליווי פרטני ומעמיק יותר. ואולם, בעת ביצוע המחקר לא ניתן היה להקצות עובדים נוספים לליווי המשפחות בגלל מחסור בתקציב.

השימוש של התוכנית בעיקרון של ליווי וטיפול אינטנסיבי של המשפחה בסביבה הביתית מתאים למגמה המתרחבת בעולמות הטיפול בארצות הברית, של ביקורי בית. הערכת תוצאות של תוכניות המספקות ביקורי בית העלתה כי הן יעילות בתחומים רבים בחיי המשפחה, למשל בקידום יחסי משפחה בריאים, בשיפור ההתפתחות הכוללת של הילד ובמניעת טיפול לא טוב בילדים, והן עשויות לעזור למנוע את השפעתה של מצוקה בגיל הרך, לאורך חיי הילד (Duffee et al., 2017).

3.5.3 בניית מעטפת שירותים למשפחה – ייחודית וכוללת

היבט ייחודי נוסף של התוכנית שתואר על ידי המרוויינים הוא הערכת צרכים מדויקת של כל אחד מבני המשפחה ובניית מעטפת שירותים כוללת אך ייחודית לכל משפחה ומשפחה. מעטפת שירותים זו עשויה לכלול שירותים פסיכיאטריים, פסיכולוגיים, סוציאליים ושיקומיים והיא מספקת מענה על צרכי הילדים, על צרכי ההורים המתמודדים עם המגבלה הנפשית, ובחלק מן המשפחות גם על צרכי ההורים שאינם מתמודדים עם מגבלה נפשית.

הילדים במשפחות המשתתפות בתוכנית עשויים לקבל שירותים מגוונים, ובהם אבחון פסיכו-דיאגנוסטי, הערכה התפתחותית, טיפול רגשי, שירות של סומך מטעם שירותי הרווחה, מועדוניות, פעילויות העשרה אחר הצהריים, חונכויות דרך המרכאה לבריאות הנפש של הילד ועוד. ההורים המתמודדים עם מגבלה נפשית יקבלו טיפול פסיכיאטרי שמתואם עם ההתערבות הניתנת בתוכנית ועשויים לקבל מענים מ'סל שיקום' (ר' **לוח 3**: מעגל שלישי – שירותים בקהילה ומסגרות של המשפחה). כמו כן במסגרת הליווי של צוות התוכנית ההורים מקבלים הדרכה על היבטי גידול ילדים ותפקוד הורי ועובדים על פיתוח תחושת המסוגלות ההורית. ההורים שאינם מתמודדים עם מגבלה נפשית עשויים לקבל הדרכה בנוגע להורות המשותפת עם הורה עם מגבלה נפשית וכן הדרכה וליווי לחיזוק הקשר בין ההורים לילדים, ועוד מגוון מענים ושירותים מטעם כל אחד מן הגופים השותפים לתוכנית. בחלק מן המשפחות ניתן סיוע חומרי מהמחלקות לשירותים חברתיים למילוי צרכים בסיסיים, כגון בעיות בדירה. נוסף על מעטפת שירותים ייחודית לכל משפחה, פועלים בתוכנית כדי לקדם את מיצוי הזכויות וכדי שהמשפחה תקבל שירותים שהיא זכאית להם. כך למשל תוארו המענים שקיבלה אחת המשפחות בתוכנית:

פעלנו בכל מיני מישורים. גם יצרנו קשר עם הפסיכיאטר של האימא, [...] חיברנו את האימא ל'סל שיקום', ואז היא נכנסה למפעל מוגן [...] שזה ממש הכניס חיוניות לחיים שלה [...] היא הפכה פתאום להיות אדם פעיל. את שני הילדים הפנינו לאבחוים בהתפתחות הילד, והבן הצעיר אובחן עם מוגבלות שכלית התפתחותית קלה. [...] בעקבות התוכנית הוא נכנס לגן שיקומי מותאם לילדים עם מוגבלות שכלית התפתחותית. הילדה התחילה בית ספר בכיתת חינוך מיוחד וקיבלה חונכת דרך התוכנית, שעשתה שם איזשהו טיפול. [...] בעקבות התוכנית היה שם גם סיוע של הרווחה עם הדירה שהייתה במצב מאוד מאוד ירוד; לא היו להם תנורים בחורף וכל מיני... אז הייתה הרבה עבודה על צרכים בסיסיים שהיו חסרים, וגם הרבה עבודה על ההתנהלות היום-יומית...”

עו"סית המשפחה בתוכנית משמשת בתפקיד מתאם הטיפול (case-manager) ומתכללת את התוכנית הייחודית שנבנתה למשפחה. אחד מן היתרונות בתכלול מעטפת השירותים הייחודית, כפי שציינו המרואיינים, הוא ההקלה על המשפחות בהיבט הבריורקרטי; ויתרון נוסף הוא מניעת מצבים של מתן טיפול כפול.

המרואיינים שיבחו במיוחד את ההתמקדות במתן מכלול שירותים למשפחה, את הרציפות בין השירותים ואת העברת המידע ביניהם וכן את המשך הטיפול במצבי חירום ואת האפשרות להמשיך וללוות את המשפחה בתוכנית כאשר אחד ההורים מתאשפז. לדבריהם, יש הורים שללא ליווי התוכנית ייתכן שלא היו מתאשפזים למרות החמרה במחלה, בגלל החשש שאין מי שישאר עם הילדים או יטפל בהם. מצב זה היה עלול להגביר את הסיכון שבו הילד נתון. עוד ייחוד של התוכנית הוא אפוא בלגיטימציה שהיא נותנת להורים המתמודדים עם מחלת הנפש לטפל בעצמם. האפשרות קיימת בגלל ההבטחה מצד המחלקות הפסיכיאטריות שצוות התוכנית יוכל להמשיך ללוות את המתאשפזים ולעבוד איתם על התפקוד ההורי ובגלל הידיעה שהמשפחה תמשיך לקבל ליווי מן התוכנית ושיינתן מענה כוללני לילדים. יש בכך כדי להגביר את האמון של המשפחה בצוות התוכנית ולאפשר טיפול מתמשך. חשוב לציין כי המחלקות הפסיכיאטריות מכירות את צוות התוכנית ואכן מאפשרות לו להמשיך לעבוד עם ההורים במהלך האשפוז. יש לכך ערך גדול עבור ההורה:

” הקשר עם הורה מתאשפז זה יקר ערך [...] כי המטפלים (באשפוז) נוטים לשכוח שהבן אדם הוא הורה, הוא גם אבא, הוא לא רק חולה, [...] הם (ההורים) לא שוכחים שיש עוד זוג עיניים, יש מי שמחכה לדבר איתם ושיש להם חוזקות ותפקוד אחר מאשר להיות 'דפוק שזרוק בבית חולים'.”

אולם, לצד היתרונות הרבים במתן מעטפת שירותים ייחודית לכל משפחה ותיאום הטיפול, הבהירו המרואיינים כי זהו היבט מאתגר של התוכנית. הוא מתבטא למשל ביצירת שיתוף פעולה עם שירותים ומסגרות מהמעגל השלישי – מיצירת קשר ראשוני, דרך מתן הסבר על התוכנית, על התפיסה הטיפולית ועל יתרונותיה ועד בקשה שהשירותים והמסגרות ישתפו פעולה עם צוות התוכנית במידת הצורך. לעיתים מסגרות אינן יכולות להתחייב לשיתוף פעולה משום שאין להן המשאבים הדרושים לכך. גם אם התקבלה הסכמה לשיתוף הפעולה, לעיתים יש תחלופה של אנשי המקצוע מהמסגרות והשירותים, כך ששמירה על הקשר ושיתוף הפעולה הם תהליך מתמשך ולא פשוט.

אתגר נוסף ומשמעותי שצוין בנוגע לחלק מן המשפחות הוא ההכבדה והעומס הרב המוטל עליהן בעת קבלת טיפול משירותים רבים בעת ובעונה אחת:

” ... תלוי מה הפניות של המשפחה, אבל זה יוצר עומס מאוד מאוד גדול, וזה אנשים שגם ככה הסדר יום שלהם והלו"ז שלהם כל הזמן סביב כאילו מטפלים וטיפולים ורופאים, וזה לא משאיר הרבה פניות.”

עם זאת, מדברי המרואיינים עולה כי היבט ייחודי זה של התוכנית הוא גם אחת מנקודות החוזק שלה, והוא מן הגורמים העיקריים המשפיעים על השינוי שמתרחש אצל המשפחות ועל השגת התוצאות הרצויות. אילולא השותפות הרב-מקצועית בין שירותי הרווחה לשירותי בריאות הנפש, מעטפת השירותים הייחודית והכוללת הניתנת למשפחה, הליווי האינטנסיבי והטיפול בסביבה הביתית, ייתכן שבחלק מן המקרים היו מיושמים אצל חלק מהמשפחות הליכים של הוצאת ילדים מהבית.

היבט זה של התוכנית עולה בקנה אחד עם עקרונות הפרקטיקה המיטבית של תוכניות לשיקום ההורות, ולפיהן רצוי כי אספקת השירותים תינתן במכלול תחומי החיים הקשורים לתפקוד המשפחתי (Corcoran, 2000; Macdonald, 2001), תוצע לכלל בני המשפחה (Bronson et al., 2008), תהיה עוטפת ומותאמת לצורכי המשפחה הייחודיים (Child Welfare Information Gateway, 2011) ותכלול תיאום של הטיפול בין השירותים הניתנים בקהילה (Carroll, 1980; Malcuccio et al.1993).

3.6 תפיסות על תוצאות התוכנית

המרואיינים נשאלו על תוצאות התוכנית לתפיסתם. בתשובותיהם דיברו בעיקר על התוצאות החיוביות של התוכנית. להלן תיאורם בחלוקה לפי שני היבטים: הילדים וההורים.

3.6.1 הילדים

לפי תפיסות המרואיינים התוכנית מקדמת את הילדים במישור ההתפתחות ובתפקוד במסגרות, היא מסייעת לילדים במימוש זכותם להיות מטופלים על ידי הוריהם, במניעת שילובם בסידורים חוץ-ביתיים במצבים שבהם הם יכולים להמשיך לגדול עם הוריהם אם יקבלו את התמיכה המתאימה או בשילובם בסידורים כאלה רק לאחר שמוצו כל הניסיונות לשיקום התפקוד ההורי. נוסף על כך, לפי הערכתם של חלק מאנשי המקצוע שרואיינו, התוכנית מסייעת גם למניעת העברה בין-דורית של תחלואה נפשית ויש לה תרומה לבריאותם הנפשית של הילדים בהווה ובעתיד. כאן נתאר בהרחבה תפיסות אלו על תוצאות התוכנית מבחינת הילדים.

שיפור במישור ההתפתחות ובתפקוד במסגרות – לדברי המרואיינים, התמיכה והליווי האינטנסיבי אשר ניתנים בתוכנית לילדים ולהוריהם מסייעים לקידום הילדים מבחינת ההתפתחות ולשיפור התפקוד שלהם במסגרות חינוך, במסגרות העשרה ופנאי ועוד.

כאמור, תוכנית ברו"ש מיועדת לסייע לילדים במימוש זכויותיהם הבסיסיות כפי שהוגדרו באמנה הבין-לאומית בדבר זכויות הילדים (משרד החינוך, יוני 2012). המרואיינים ציינו כי ברו"ש מסייעת לילדים במימוש זכותם להיות מטופלים על ידי הוריהם. בהתאם למטרה זו של התוכנית, צוין כי אחד ההישגים מבחינת הילדים הוא הימצאות דמות הורה מחוזקת בחיי הילד. לדברי המרואיינים, ברוב המשפחות התהליך בתוכנית מצליח ליצור קשר חיובי וחזק בין ההורה לילד, והקשר נשמר גם לאחר סיום התוכנית. כך קורה שילד יש דמות משמעותית ומיטיבה של הורה בחייו:

... כל יום נוסף שהילד הזה זכה לקבל את אימא שלו זה הצלחה. אם דיברתי על האישה שהיו לה ילדים גדולים שהוצאו מהבית בעבר ועכשיו היא בתוכנית ומגדלת ילד – אז יש לו אימא, הוא מכיר את אימא שלו. אני לא יכולה להגיד שהאחים הגדולים הכירו את אימא שלהם. [...] אולי נחשוב בעתיד שיותר נכון בשביל הילד להיות בפנימייה. אבל כרגע יש דמות אימא נוכחת בחיים שלו והיא דמות מיטיבה מבחינתו.”

בהמשך לסיוע התוכנית לילדים במימוש זכותם לגדול עם הוריהם הצביעו המרואיינים על ההישג שלה במניעת שילובם של ילדים בסידורים חוץ-ביתיים. ממחקר ההערכה המלווה שמבצעים מכון חרוב ומחלקת המחקר של עיריית ירושלים נמצא כי התוכנית אפשרה למנוע הוצאה של שישה ילדים למסגרות חוץ-ביתיות. תוצר לוואי של אי-הוצאתם היה חיטון של כ-600,000 ₪ בשנה (פוסטולובסקי ושטרן, 2019). כמו כן חלק מאנשי המקצוע שרואיינו העידו כי לולא התוכנית היו מוציאים צווי חירום לילדים רבים, ובזכותה הילדים גדלים בביתם ומקבלים תמיכה וליווי צמוד.

ואולם, לעיתים אי אפשר למנוע את הוצאת ילדים מן הבית ואת שילובם בסידורים חוץ-ביתיים. במצבים אלו, אמרו אנשי המקצוע שרואיינו, העבודה בשותפות בין שירותי בריאות הנפש לבין שירותי הרווחה תורמת לתחושת הוודאות כי מוצו כל הניסיונות לשיקום התפקוד ההורי ולהשארת הילדים בביתם לפני שילובם בסידורים חוץ-ביתיים.

”... גם אם הילד לא הצליח [להישאר בבית] בתוכנית הזאת, אז לפחות ניסינו, לפחות ראינו מה הכוחות ומה הקשיים, זה מקום של 'נתנו את ההזדמנות, עשינו את כל מה שאפשר לעשות'. [...] היכולת הזאת לראות שנתנו את כל האפשרויות שקיימות [...] זה מאפשר לפעמים לעשות פעולות שהן יותר קשות, כמו להוציא את הילדים, כי זה אחרי שניסינו מה שאפשר לעשות...”

לדברי המרואיינים, ברוב המקרים שילובם של ילדים בסידורים חוץ-ביתיים במסגרת תוכנית ברו"ש נעשה בהסכמה של ההורים. כלומר, ההורים משתפים פעולה ומבינים את ההחלטה שהתקבלה ואת ההשפעה המיטיבה שעשויה להיות לה על הילדים. עם זאת, בהחלטה כזו ישנו גם סיכון מסוים: שילובם של ילדים בסידורים חוץ-ביתיים כרוך בהפסקת השתתפותה של המשפחה בתוכנית ברו"ש ובסיום תהליך הטיפול והליווי האינטנסיבי הניתן לה, ובחלק מן המקרים עלולה בשל כך להיות נסיגה בתפקוד ההורי.

תרומה לבריאותם הנפשית של הילדים בהווה ובעתיד – אחת ממטרות התוכנית לטווח הארוך היא לסייע במניעת העברה בין-דורית של תחלואה נפשית ולאפשר תפקוד מיטבי של הילדים גם בהיותם מבוגרים. ואכן, לפי תפיסותיהם של המרואיינים התוכנית תורמת לבריאותם הנפשית של הילדים בהווה ובעתיד. מהראיונות הצטייר כי המעטפת הייחודית והאינטנסיבית שהמשפחה מקבלת בתוכנית מחזקת את הילדים ומגינה עליהם מפני גורמים המעודדים התפרצות או החמרה של מחלות נפש. תרומה זו מתאפשרת בין היתר בזכות טיפול פסיכולוגי או פסיכיאטרי מניעתי כבר מגיל צעיר עבור ילדי התוכנית שזקוקים לכך. כך גם עולה מממצאי מחקר הערכה המלווה את תוכנית ברו"ש: התוכנית קידמה אבחון צרכים התפתחותיים וטיפול מוקדם בקרב 17 מתוך כשמונים ילדים (פוסטולובסקי ושטרן, 2019). חשוב לציין כי לפי החלטת המדינה, לא ניתן לטפל בילדים אם אין להם אבחנה פסיכיאטרית (למרות הקושי באבחון פסיכיאטרי בגיל צעיר). קופות החולים אינן מאשרות טיפול בלי עמידה בתנאי זה. ואולם, מנהלי התוכנית פעלו פעולה ייחודית לקידום ההבנה בקופות החולים למשמעות שנגזרת מאי-קבלת טיפול בילדות ולתרומה האפשרית של טיפול כזה, בייחוד במסגרת תוכנית ברו"ש. בין היתר ניהלו שיחות ודיונים מתמשכים עם קופות החולים, הציגו לאנשיהן מחקרים ונתונים, הזמינו אותם לכנסים ולוועדות של התוכנית ועוד. המאמצים שהשקיעו נשאו פרי, וקופות החולים נתנו את הסכמתן לשיתוף פעולה. כיום, הפנייה של צוות התוכנית לקופות החולים בנוגע לילד נעשית בהתבסס על האבחנה הקיימת של ההורה. המרואיינים סבורים כי בתוכנית נעשים מרב המאמצים למניעת תחלואה נפשית בין-דורית. עם זאת, חשוב לזכור כי לא ניתן לדעת בוודאות אם יש צמצום או מניעה של העברת תחלואה בין-דורית.

3.6.2 ההורים

לפי תפיסותיהם של המרואיינים, התוכנית מסייעת למצות את זכויות ההורים לשירותים המגיעים להם מגורמים ממשלתיים ובקהילה, למנוע אשפוז כפוי, לקדם את מודעות ההורים לחוויות הקשות שחווים ילדיהם וכן את התפקוד ההורי ותחושת המסוגלות ההורית. נתאר כאן בהרחבה תפיסות אלו על תוצאות התוכנית מבחינת ההורים.

מיצוי זכויות המטופלים לקבלת השירותים המגיעים להם – אחת מתוצאות התוכנית שתוארה היא סיוע במיצוי זכויות המטופלים לקבלת השירותים המגיעים להם מגורמים ממשלתיים ומשירותים בקהילה. כך גם עלה מממצאי מחקר ההערכה המלווה: התוכנית פעלה לרישות התמיכה בקהילה של שבע משפחות שלא היו מוכרות בשירותי הרווחה או ב'סל שיקום' (פוסטולובסקי ושטרן, 2019). המרואיינים סיפרו כי הסיוע במיצוי הזכויות תורם להגברת המודעות של ההורים למגוון המענים שלהם המשפחה זכאית.

הפחתת ימי אשפוז פסיכיאטרי ומניעת אשפוז כפוי – חשוב לזכור כי להחמרת המצב הנפשי של ההורה עלולה להיות השפעה חמורה וממשית על הילדים, בייחוד אם שני ההורים מתמודדים עם מחלת נפש או אם המשפחה חד-הורית. כך למשל, אם בעקבות ההחמרה ההורה מפסיק לשתף פעולה עם צוות התוכנית ועם תוכנית ההתערבות בכלל או אם האשפוז ממושך ובעקבותיו הילד נשלח להתגורר עם בני משפחה אחרים, תהליך הטיפול והליווי בתוכנית עלול להיקטע.

ממחקר ההערכה המלווה נמצא כי התוכנית תמכה בהפחתת ימי אשפוז פסיכיאטרי. תוצר לוואי היה חיסכון של כ-1,300 ש"ח ליום (פוסטולובסקי ושטרן, 2019). ייתכן כי הפחתת ימי האשפוז נובעת מתהליכי מיצוי הזכויות בתוכנית ומהטיפול האינטנסיבי שהמשפחה מקבלת בקהילה, בגישה מניעתית. בהמשך לכך, המרואיינים דיווחו על תוצאה חשובה נוספת בתוכנית, מבחינת ההורים: מניעת אשפוז כפוי. בעזרת ליווי ותמיכה של צוות התוכנית, הורים אשר זקוקים לאשפוז בשל החמרה במצבם הנפשי מצליחים להבין את החשיבות של האשפוז בעבורם ובעבור המשפחה והילדים, ומסכימים לאשפוז בידיעה שצוות התוכנית ממשיך ללוות אותם וגם את המשפחה שנשארת בבית. כלומר ההורה מסכים להתאשפז גם על בסיס הבנה של מצבו ושל השפעות המצב על המשפחה וגם משום שהוא מרגיש שיש מי שמסייע לו וידאג למשפחתו.

התפתחות המודעות של ההורים לחוויות קשות שילדיהם חווים – מדברי המרואיינים עולה כי בעזרת התוכנית ההורים מצליחים ליצור דיאלוג פנימי ושיח עם בני הזוג שלהם ועם הילדים על קשיי ההתמודדות שלהם עצמם עם מחלת הנפש. ההורים גם מצליחים להכיר בחוויות הקשות שילדיהם חווים ובאתגר הכרוך בגדילה בצל מחלת הנפש של ההורה.

חיזוק התפקוד ההורי ותחושת המסוגלות ההורית – מטרה נוספת של התוכנית היא חיזוק התפקוד ההורי, כלומר חיזוק יכולתם של ההורים ליצור מובחנות בינם ובין ילדיהם, לראות את צורכי הילדים, לנהל קשר יום-יומי חיובי איתם ולפעול כדי לספק את צורכיהם ככל האפשר. ממצאים ראשוניים ממחקר ההערכה שמלווה את התוכנית הראו שהתוכנית משפרת את הפניות הרגשיות של ההורים לראות את צורכי הילדים ומסייעת בשיפור תפקודם וגם מסייעת באיתור צורכי הילדים בגיל הרך ובמתן מענים מותאמים בשלב מוקדם (פוסטולובסקי ושטרן, 2019). ממחקר זה עלה כי לפי תפיסותיהם של המרואיינים, אחת מתוצאות התוכנית היא חיזוק וקידום של המסוגלות ההורית, דהיינו חיזוק יכולתו של ההורה לגדל את הילד כראוי ולדאוג לצרכיו הפיזיים והרגשיים. במסגרת הליווי, ביקורי הבית והטיפול הפסיכיאטרי, ההורים מקבלים מצוות התוכנית הדרכה על היבטי גידול הילדים והתפקוד ההורי ועובדים על פיתוח תחושת המסוגלות ההורית.

ההדרכה ההורית נוגעת הן לתפקוד ההורי והן להיבטים של יצירת קשר רגשי מיטבי בין ההורה לילד, באופן שמאפשר התפתחות:

” [מדריכים את ההורה] מתי את מזהה שיש בעיות התפתחותיות, [מתי את] פונה לטיפת חלב, [מתי את] פונה להתפתחות הילד, ועד הקשר היותר רגשי. מלמדים אימהות לדבר עם הילדים שלהם, לשאול אותם, להיות שם בשבילם, להיות בקשר, לשחק ביחד, [...] איך נותנים לילד ביטחון דרך משחק, איך מפתחים יחסים בתוך הדבר הזה. [...] התוכנית מאוד עוזרת [...] לאפשר להורים באמת להיות הורים. אולי לא הורים כמו שאנחנו היינו חושבים שצריך להיות או לא כמו שאנחנו היינו רוצים שהם יהיו, אבל הורים שבאמת אפשר גם להגיד, 'אפשר לחיות בבית הזה'.”

המסוגלות ההורית מתבטאת בתפקוד טוב יותר, בשליטה על המשפחה ובדאגה לילדים, ובכך שההורה מסוגל להעיד על עצמו שהוא הורה ואפילו הורה טוב. לפי תפיסותיהם של המרואיינים, תחושת המסוגלות ההורית נמשכת מעבר להשתתפות המשפחה בתוכנית:

” עם הרבה הורים שנכנסו לתוכנית אני מרגישה שקרה משהו בהבנה שלהם של מה זה להיות הורה שהוא לא רק לטווח זמן של התוכנית, זה גם אחר כך. [...] עכשיו היא והבנות שלה מכינות עוגה ביום שישי [...] מה זה התרגשתי [...] יש לה תפקיד, יש לה משהו שהיא עושה, והיא יודעת את זה, והילדות יודעות את זה. [...] זה פשוט כבר השגרה שלה, שהיא הולכת פעמיים בשבוע החוצה לגן שעשועים, עושה איתם עוגה ביום שישי ושהיא משחקת איתם משחק קופסה. [...] זאת אימא שלהם, יש להם אימא.”

ואולם, המרואיינים מעידים כי לא תמיד ניתן לראות תוצאות חיוביות אצל כל בני המשפחה במידה שווה. יש מקרים שבהם עשוי לחול שיפור רב יותר רק אצל אחד הצדדים – ההורה או הילד. חרף מצב זה חשו המרואיינים תחושת הצלחה בתוכנית.

3.7 תפיסות על הצורך בהרחבת התוכנית

תוכנית ברו"ש היא תוכנית ייחודית, הפועלת בריק של היעדר טיפול ממוקד במשפחות שבהן לאחד ההורים לפחות מגבלה נפשית חמורה. מבחינה זו, אין שני לה בישראל. מסיבה זו וכן בשל שביעות הרצון הרבה ממנה בקרב המרואיינים על בסיס תפיסתם שעיקר תוצאות התוכנית הן הישגים לילדים ולהורים כאחד, היו המרואיינים תמימי דעים כי יש צורך בהפצתה של התוכנית לכל הארץ וכי מהלך כזה עשוי לשפר את יישומה.

ראשית, הרחבתה מעבר לאזור גיאוגרפי מוגדר תאפשר להציע את ההתערבות ליותר משפחות וכן להמשיך בהתערבות גם במקרים שמשפחות עוברות להתגורר באזור אחר.

שנית, הפצתה ברמה הארצית ואף קבלת תמיכה בהפעלתה מן הרשויות המקומיות ו/או מן המדינה עשויה לסייע בהפחתת הלחץ של מנהלי התוכנית בחיפוש אחר תקציב, ותאפשר פניות שלהם להתמקד בניהול התוכנית ופניות של צוות התוכנית לעבודה הטיפולית השוטפת ולהעמקת המומחיות בסיוע למשפחות שבהן להורה מגבלה נפשית חמורה.

שלישית, חלק מן הקשיים ביישום התוכנית קשורים לעובדה שמרבית אנשי המקצוע בתוכנית מועסקים במשרות חלקיות, יש להם תחומי אחריות נוספים ואין להם פניות מלאה לתוכנית. כמו כן לאנשי המקצוע מהמעגל השני והשלישי יש דרגות מחויבות

שוונות לתוכנית, בין השאר בהתאם להיקף העסקתם בתוכנית. חלק מן המרואיינים הדגישו כי אם תורחב התוכנית להיקף הארצי פעולתה תהיה מיטבית אם אנשי המקצוע יעסקו בהיקפי משרה רחבים יותר.

אם אכן תורחב התוכנית להיקף ארצי, הוצע על ידי המרואיינים להקצות משרה של רכז ארצי. תפקידו יהיה לשרת את כלל גורמי הטיפול, להעביר להם עדכונים על התפתחות התוכנית ולהיות אחראי לקשרי החוץ של התוכנית ולשיווקה לגורמים נוספים.

3.8 מפת התַמות

הממצאים שהצגנו עלו מניתוח הראיונות במסגרת המחקר. זוהו תמות ראשיות ונוצרו תת-קטגוריות וקטגוריות משנה, כך שכל קטגוריה כללה כמה תת-קטגוריות על פי התמות שעלו. **לוח 4** מציג את הניתוח התמטי של דברי המרואיינים:

לוח 4: מפת תַמות

תַמה ראשית		תפיסות על מטרות התוכנית	
תת-קטגוריות	הילדים – מטרות	ההורים – מטרות	
קטגוריות משנה בתוך תת- הקטגוריות	סיוע לילדים במימוש זכויות בסיסיות כפי שהוגדרו באמנה הבין-לאומית בדבר זכויות הילדים	יצירת שינוי התנהגותי המתבטא בנכונות להיעזרות שוטפת בשירותים ולקבלת טיפול נפשי מיטבי	
	סיוע לילדים בהבנה טובה יותר של מציאות חייהם	השגת יציבות יחסית בתפקוד ההורי וחיזוק התפקוד ההורי	
	מניעת העברה בין-דורית של תחלואה נפשית		
תַמה ראשית		תהליך העבודה עם המשפחות בתוכנית על רצף הזמן	
תת-קטגוריות	תהליך הצטרפות המשפחות לתוכנית	ההתערבות במהלך התוכנית	משך זמן ההתערבות ותהליך סיום ההשתתפות של המשפחות בתוכנית
קטגוריות משנה בתוך תת- הקטגוריות	הפניה לתוכנית		השתתפות במשך שנתיים
	ועדת קבלה		הערכת מצב המשפחה וההתקדמות ביחס למטרות שהוגדרו בתחילת התהליך וכן בחינת היציבות בטיפול וההתמדה בצריכת שירותים ומענים מהקהילה
	תנאי קבלה ותנאים להשתתפות בתוכנית		חשיבה על מענים שרצוי שהמשפחה תקבל עם סיום ההשתתפות בתוכנית וחיבור למסגרות שתמשכנה לתמוך בה
	קליטת המשפחות לתוכנית		

המבנה הארגוני ומנגנוני העבודה של התוכנית			תָּמָה ראשית
	מנגנוני עבודה	מבנה ארגוני ותיאורי תפקידים	תת-קטגוריות
	ישיבות צוות מוביל	מעגל ראשון – צוות התוכנית	קטגוריות משנה בתוך תת-הקטגוריות
	מפגש הצוות הטיפולי של התוכנית	מעגל שני – אנשי מקצוע שותפים לתוכנית	
	הדרכות פרטניות וקבוצתיות	מעגל שלישי – שירותים בקהילה ומסגרות של המשפחה	
חוזקות והיבטים ייחודיים בתוכנית			תָּמָה ראשית
בניית מעטפת שירותים ייחודית וכוללנית למשפחה	ליווי אינטנסיבי של המשפחה בסביבה הביתית	שותפות בין שירותי בריאות הנפש לבין שירותי הרווחה	תת-קטגוריות
יתרונות	יתרונות	יתרונות	קטגוריות משנה בתוך תת-הקטגוריות
אתגרים	אתגרים	אתגרים	
תפיסות המרואיינים על תוצאות התוכנית			תָּמָה ראשית
	ההורים – תוצאות	הילדים – תוצאות	תת-קטגוריות
	מיצוי זכויות המטופלים לקבלת שירותים	שיפור במישור ההתפתחותי ובתפקוד במסגרות של הילדים	קטגוריות משנה בתוך תת-הקטגוריות
	הפחתת ימי אשפוז פסיכיאטרי ומניעת אשפוז כפוי	מימוש זכות הילדים להיות מטופלים על ידי הוריהם	
	התפתחות המודעות של ההורים לחוויות קשות שילדיהם חווים	מניעת שילובם של ילדים בסידורים חוץ-ביתיים	
	חיזוק של התפקוד ההורי ושל תחושת המסוגלות ההורית	תרומה לבריאות הנפשית של הילדים בהווה ובעתיד	
הצורך בהרחבת התוכנית להיקף הארצי			תָּמָה ראשית
	הצעות להתאמת התוכנית לרמה הארצית	סיבות להרחבת התוכנית	תת-קטגוריות

4. מגבלות המחקר והמלצות למחקרים בעתיד

לצד תרומתו של המחקר לפיתוח השירותים עבור משפחות שבהן אחד ההורים לפחות מתמודד עם מגבלה נפשית חמורה היו לו גם כמה מגבלות. אחת מהן נוגעת לקושי לבחון יישום של תוכנית שמופעלת באזור גיאוגרפי אחד ועדיין נמצאת בתהליכי גיבוש הנהלים ותהליכי העבודה. אחרת נוגעת לעובדה שהתוכנית נבחנה מנקודת מבטם של נותני השירותים בלבד ולא נכללה במחקר נקודת מבטם של מקבלי השירותים: ההורים והילדים. במחקרים בעתיד מומלץ לבחון את התוכנית לאחר יישומה בהיקף ארצי ולבחון לעומק את מאפייני המשתתפים המתאימים לתוכנית. נוסף על כך, במחקרים הבאים מומלץ לשאול ישירות את הילדים והמבוגרים על עמדותיהם ותפיסותיהם בנוגע לדרכי העבודה בתוכנית, לחוזקותיה, לאתגרים בהפעלתה ולתוצאותיה.

5. מסקנות והמלצות

5.1 מסקנות

1. **תוכנית ברו"ש היא תוכנית מן הסוג של תוכניות לשיקום התפקוד ההורי**, שכן לצד מטרות נוספות, היא מיועדת לטפל בתפקוד ההורי ולאפשר לילדים להמשיך לגדול עם הוריהם.
2. **התוכנית פועלת בהתאם לעקרונות הפרקטיקה המיטבית של תוכניות לשיקום התפקוד ההורי**: יש תהליך של איתור המשפחות המתאימות וטרם ההצטרפות לתוכנית מקבלים את **הסכמת ההורים לשיתוף פעולה** מלא בעת ההשתתפות; יש **ליווי אינטנסיבי** של המשפחה על ידי עו"סית התוכנית, בסביבה הביתית; יש **הערכה מדויקת של צורכי המשפחה** – רב-תחומית וכוללנית; יש **מעטפת שירותים כוללנית, אך ייחודית** לכל משפחה, המספקת שירותים במכלול תחומי התפקוד המשפחתי; יש מענה לכלל בני המשפחה ו**שירותי תיאום** טיפול בין השירותים בקהילה; והמשפחות שסיימו את הטיפול בתוכנית משולבות **במסגרות להמשך התמיכה** בהן.
3. **ייחודה של התוכנית בייעודה רק להורים שקשייהם בתפקוד ההורי נובעים ממגבלה נפשית חמורה** ולא ממאפיינים ומגורמים אחרים, כגון מוגבלות שכלית התפתחותית, התמכרות או עבריינות.
4. **להורים שקשייהם בתפקוד ההורי נובעים ממגבלה נפשית חמורה ישנם מאפיינים ייחודיים ונדרשת מומחיות בעבודה איתם**. למשל, הורים אלה מתאפיינים בהיעדר יציבות במצב הנפשי, ובכך יש כדי לגרום להם **להתנגדות לשיתוף פעולה** עם התוכנית, אף שמראש הסכימו לשיתוף פעולה מלא בכל זמן ההשתתפות בתוכנית. תופעה אופיינית נוספת המקשה על נותני השירותים היא **'פיצול'** בקרב חלק מההורים מקבלי השירות – בין מטפלים "טובים" ל"רעים". נוסף על כך, ייתכנו **אירועי חירום** ואף צורך דחוף באשפוז בבית חולים פסיכיאטרי. מסקירת ספרות על עקרונות הפרקטיקה המיטבית לתוכניות לשיקום התפקוד ההורי עולה גם כי מוגבלות נפשית חמורה של הורים המתקשים בתפקוד ההורי מלווה לעיתים **בהיתכנות נמוכה יותר להפקת תועלת מתוכניות לשיקום התפקוד ההורי** מאשר ההיתכנות בקרב הורים אחרים המתקשים בתפקוד ההורי בגלל גורמים אחרים.
5. **יש יתרונות בהתבססות הייחודית של התוכנית על שותפות מתמשכת בין שירותי בריאות הנפש לשירותי הרווחה**. בישראל ובמדינות רבות בעולם שירותים אלו פועלים במקביל וללא ממשק ביניהם. למרות האתגרים המובנים בניהול שותפות רב-מקצועית, למשל בגלל הבדלים בתפיסות המקצועיות וביחסי הכוחות, להערכת אנשי המקצוע שרואיינו, השותפות מתנהלת היטב ותורמת למתן **טיפול כוללני ומיטבי במשפחות**. כמו כן העבודה בשותפות מסייעת **לניפוץ סטיגמות שליליות** של נותני השירותים אלה על אלה וגם סטיגמות של מקבלי השירותים על שירותי הרווחה.
6. **עו"סיות המשפחה בתוכנית חוות עומס רגשי גדול ולכן הן מקבלות תמיכה נרחבת באמצעות הדרכות ודיונים רב-מקצועיים**. בדרך כלל עו"סיות המשפחה בתוכנית צעירות ובעלות ניסיון מועט בליווי משפחות שבהן להורה מגבלה נפשית חמורה. מסיבה זו, וגם בגלל הטיפול האינטנסיבי בסביבה הביתית, הן חוות עומס רגשי גדול. התוכנית מתמודדת עם קשיים אלו באמצעות **הדרכות**

פרטניות לעו"סיות, בהיקף רחב מזה שניתן במחלקות לשירותים חברתיים, וכן הדרכתן ותמיכה בהן **בדיונים רב-מקצועיים** על המשפחות. עם זאת, היו מרואיינים שצינו כי רצוי היה לסייע להן בהפחתת העומס הרגשי גם באמצעות עבודה **בהנחיה משותפת של המשפחות (CO)**.

7. **דרכי העבודה של התוכנית מותאמות וטובות והיא משיגה תוצאות חיוביות הן לילדים הן להורים.** את הילדים התוכנית מקדמת במישור ההתפתחות ובתפקוד במסגרות, היא מסייעת להם במימוש זכותם להיות מטופלים על ידי הוריהם, במניעת שילובם בסידורים חוץ-ביתיים או בשילובם בהם לאחר שמוצו כל הניסיונות לשיקום התפקוד ההורי. התוכנית מסייעת גם למניעת העברה בין-דורית של תחלואה נפשית ויש לה תרומה לבריאותם הנפשית של הילדים בהווה ובעתיד. להורים, התוכנית מסייעת במיצוי זכויותיהם לקבל שירותים המגיעים להם מגורמים ממשלתיים ובקהילה; היא מסייעת במניעת אשפוז כפוי, בהתפתחות המודעות של ההורים לחוויות הקשות שהילדים חווים וכן בקידום של התפקוד ההורי ותחושת המסוגלות ההורית.
8. **רצוי לשנות שני היבטים בדרכי העבודה של התוכנית – לדברי המרואיינים רצוי לפעול לשיתוף המשפחות בתהליכי קבלת ההחלטות,** למשל בוועדות קבלה לתוכנית ובמפגשי צוות הטיפול. חשוב לציין כי הדגשת החשיבות בשיתוף משפחות עולה בקנה אחד הן עם ממצאי מחקרים שמראים כי מעורבות המשפחות עשויה להגביר את תועלת התוכניות והן עם מגמות של התחזקות תהליכי שיתוף נרחבים של מקבלי שירות, הנובעים מעליית הערך של כיבוד זכויות הפרט והעצמתו ומהרצון לחזק את אמון הציבור בשירותים החברתיים. שינוי נוסף בדרכי העבודה הוא שכדאי להנהיג **העסקת פסיכיאטר בעל מומחיות במבוגרים וילדים כאחת, מטעם התוכנית, במעגל הפעילות הראשון שלה,** כיוון שבדרך זו יסייע להעמקת ההסתכלות הכוללת על כל מקרה.
9. **חשוב לכלול בשגרה השוטפת תהליכי למידה פנים-ארגוניים** לצד תהליכי הלמידה ארוכי-הטווח של מחקר והערכה. מלבד דיונים מקצועיים על המשפחות בצוות הטיפול של התוכנית, הוצע למשל להקדיש זמן לניסוח התהליכים שהתרחשו והסיבות לתוצאות שהושגו בסיום תהליך טיפול או בסיום השתתפות של משפחה בתוכנית, וללמוד מהם לעתיד.
10. **יש אתגרים בהפעלת התוכנית שנובעים בעיקר מ'צמיחתה מן השטח' ומהפעלתה ברמה המקומית,** למשל אתגרים הנוגעים ל**כוח אדם** – מרבית אנשי המקצוע מהמעגל הראשון מועסקים בחלקי משרה בלבד ולאנשי המקצוע ממעגלי הפעילות השני והשלישי ישנן דרגות מחויבות שונות אליה, בשל העובדה שאינם מועסקים על ידה. אתגר נוסף הוא שמנהלי התוכנית משקיעים מאמצים רבים **בגיוס משאבים** ועסוקים בכך, כיוון שמכל הגופים השותפים בתוכנית רק משרד הרווחה מתקצב אותה. עוד קושי הוא הפסקת הטיפול במשפחות שעברו דירה אל מחוץ לאזור שהתוכנית פועלת בו.
11. **לתפיסתם של מפעילי התוכנית והמעורבים ביישומה, רצוי להרחיב את התוכנית להיקף הארצי ולהקצות תקציב ייעודי** להפעלתה מטעם הרשות המקומית ו/או המדינה. תקציב ייעודי יסייע בהתמודדות עם האתגרים ביישום התוכנית. עוד הומלץ כי אם התוכנית תורחב לכל הארץ יועסק רכז ארצי, שתפקידו יהיה לשרת את כלל גורמי הטיפול, להעביר להם עדכונים על התפתחות התוכנית ולהיות אחראי לקשרי החוץ ולשיווק התוכנית לגורמים נוספים.

5.2 המלצות

1. **מומלץ למשרד הבריאות ולמשרד הרווחה לשקול את המשך פיתוחה של תוכנית ברו"ש ואף את הרחבתה להיקף הארצי.** זאת בהתבסס על עובדות אחדות: אין מלבדה מענה למשפחות שבהן יש לפחות הורה אחד המתמודד עם מגבלה נפשית חמורה; התוכנית פועלת על פי עקרונות הפרקטיקה המיטבית להפעלת תוכניות לשיקום התפקוד ההורי; היא פועלת בשותפות בין מערכות בריאות הנפש למערכות הרווחה, לפי המלצת ארגון הבריאות העולמי; ולפי תפיסות המרואיינים פעילותה נשאת פרי והומלץ להרחיבה.
2. **מומלץ לפעול לשינוי שני היבטים בדרכי העבודה של תוכנית ברו"ש: לפעול לשיתוף המשפחות בתהליכי קבלת ההחלטות, למשל בוועדות קבלה לתוכנית ובמפגשים של צוות הטיפול; ולפעול להעסקת פסיכיאטר מטעם התוכנית – ורצוי בעל מומחיות בילדים ובמבוגרים כאחת – במעגל הראשון של התוכנית.**
3. **מומלץ לכלול בתוכנית תהליכי למידה פנים-ארגוניים בשגרה השוטפת,** כגון ניסוח התהליכים שהתרחשו והסיבות לתוצאות שהושגו בסיומם, כדי ללמוד מהם לעתיד.
4. **רצוי לפעול לפיתוח מומחיות ייחודית לעבודה עם הורים עם מגבלה נפשית חמורה ולהכשיר בהתאם את אנשי המקצוע המפעילים את התוכנית.** זאת מכיוון שהורים אלו לרוב מצליחים פחות בתוכניות לשיקום התפקוד ההורי בהשוואה להורים עם מאפיינים אחרים ומכיוון שיש להם מאפיינים ייחודיים המצריכים התערבות ייחודית.
5. **מומלץ לפעול לביסוס שיתוף פעולה ושותפויות בין שירותי בריאות הנפש לבין שירותי הרווחה בתוכניות נוספות בהיקף ארצי.** זאת מכיוון שלתפיסת המרואיינים השותפות מסייעת במתן מענה רציף, כוללני וטוב למשפחות שבהן להורה אחד לפחות יש מגבלה נפשית חמורה. בתהליך ביסוס השותפות יש להביא בחשבון אתגרים הנובעים מההבדלים הן בתפיסות המקצועיות של השירותים והן בתפיסת יחסי הכוח ביניהם.
6. **מומלץ להמשיך להכשיר את עו"סיות המשפחות בתוכנית ולתמוך בהן,** זאת מכיוון שלרוב יש להן תפקיד מרכזי בטיפול במשפחה, אך ניסיון מועט יחסית בטיפול במשפחות שבהן לאחד ההורים לפחות יש מגבלה נפשית חמורה, ומכיוון שמוטל עליהן עומס רגשי רב הנובע מטיפול אינטנסיבי בסביבה הביתית. **רצוי לפעול להמשך חיזוקן בעזרת הדרכות פרטניות וקבוצתיות ואף לשקול אפשרות לתגבור הטיפול בסביבה הביתית כך שיתבסס על הנחיה משותפת (CO).**

עוד פרסומים של המכון בנושא

נבות, מ., שורק, י., סבו-לאל, ר' ובן רבי, ד. (2017). מערכת השירותים לילדים בסיכון ולמשפחותיהם: הישגים ואתגרים על פי מחקרי מכון ברוקדייל. דמ-17-737.

סבו-לאל, ר. (2017). ילדים ובני נוער בסיכון בישראל. דמ-17-748.

שורק, י. וסבו-לאל, ר. (2017). שירותים ודרכי התערבות לשימור התא המשפחתי ולאיחוד מחדש בין ילדים ששהו בסידורים חוץ-ביתיים לבין הוריהם. דמ-17-730.

ארזי, ט., ויסמן, מ. ושר, נ. (2016). תכנון התערבות עם משפחות: סקירת ספרות, לקחים ותובנות. מסמך רקע לקראת מיסוד התערבות מתוכננת עם משפחות בשירותי הרווחה. מכון מאיר-ס-גינט-ברוקדייל ומשרד הרווחה והשירותים החברתיים.

את הפרסומים אפשר להוריד ללא תשלום מאתר המכון: brookdale.jdc.org.il

מקורות

- אליצור, א. (1998). מיסוד ואל-מיסוד – ארגון שירותים אזורי לבריאות הנפש כתחליף. *חברה ורווחה, יח(1)*, 13-32.
- אלמוג-בר, מ. וזיכלינסקי, א. (2010). "זו היתה אמורה להיות שותפות" – יחסי הגומלין בין קרנות פילנתרופיות לממשלה במיזם ניב. *ביטחון סוציאלי*, 83, 161-194.
- דולב, ה., ולוי-זוהר, א. (2020). *שיתוף מקבלי השירות בפיקוח על שירותים חברתיים: מגננוני השיתוף, האתגרים ועקרונות הפעולה המיטביים. סקירה בין-לאומית. דמ-821-20*. מכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל.
- חוק הנוער (טיפול והשגחה), תש"ך-1960.
- לרנר, נ. (2016). מקרה מבחן: ההקשר הישראלי של אל-מיסוד פרספקטיבה היסטורית ועכשווית על סגירת המוסדות לאנשים עם מוגבלות בישראל מאמר תגובה. בתוך ש., מור, נ., זיו, א., קנטר, א., איכנגרין ונ' מזרחי (עור'), *לימודי מוגבלות: מקראה (עמ' 507-514)*. הוצאת מכון ון ליר / הוצאת הקיבוץ המאוחד.
- משרד הבריאות. (א"ת). *תחומי סל השיקום*. נדלה ב-20 ביולי 2020 מתוך https://health.gov.il/Subjects/mental_health/rehabilitation/rehab_sub/Pages/default.aspx
- משרד החינוך. (יוני 2012). *אמנת האו"ם בדבר זכויות הילד (נוסח עברי, על פי תרגום רשמי של משרד המשפטים)*. נדלה ב-18 ביוני 2020 מתוך <https://cms.education.gov.il/EducationCMS/Units/Zchuyot/ChukimVeamanot/amanot/AmnaOom.htm>
- סבו-לאל, ר., אלמוג-זקן, א. ושורק, י. (2020). *משפחה בשביל הצמיחה: מחקר הערכה. ד"מ-839-20*; מכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל.
- פוסטולובסקי, ר. ושטרן, ה. (2019). *שותפויות בתחום הטיפול במשפחות בהן אחד או שני ההורים מתמודדים עם מגבלה נפשית. מידעו"ס*, 88, 12-19.
- פיצול. (9 באוגוסט 2018). *ויקיפדיה*. נדלה ב-10 בספטמבר 2020 מתוך [https://he.wikipedia.org/wiki/%D7%A4%D7%99%D7%A6%D7%95%D7%9C_\(%D7%A4%D7%A1%D7%99%D7%9B%D7%95%D7%9C%D7%95%D7%92%D7%99%D7%94%D7%A6%D7%95%D7%9C\)](https://he.wikipedia.org/wiki/%D7%A4%D7%99%D7%A6%D7%95%D7%9C_(%D7%A4%D7%A1%D7%99%D7%9B%D7%95%D7%9C%D7%95%D7%92%D7%99%D7%94%D7%A6%D7%95%D7%9C))
- שורק, י., אלמוג-זקן, א. וקונסטנטינוב, ו. (2020). *משפחה מיטיבה קבועה: מחקר הערכה*. מכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל. (עומד להתפרסם).
- שטארק, ת. (2019). *הערכת תכנית ברו"ש – התערבות עם משפחות בצל מחלת נפש*. חיבור לשם קבלת תואר מוסמך. ביה"ס לעבודה סוציאלית, האוניברסיטה העברית בירושלים.
- שקדי, א. (2011). *המשמעות מאחורי המילים: מתודולוגיות במחקר איכותני – הלכה למעשה*. הוצאת רמות.
- שורק, י. וסבו-לאל, ר. (2017). *שירותים ודרכי התערבות לשימור התא המשפחתי ולאיחוד מחדש בין ילדים ששהו בסידורים חוץ-ביתיים לבין הוריהם*. דמ-730-17. מכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל.

- Ahlgren, A. M. (2015). *Multiagency cooperation between mental health care and residential care for children and adolescents: Qualitative focus group content analysis*. Turku University of Applied Sciences.
- Barber, J. G., & Delfabbro, P. H. (2004). *Children in foster care*. Routledge,
- Bitonti, C. (2002). Formative evaluation in family preservation: Lessons from Nevada. *Children and Youth Services Review, 24*(9-10), 653-672.
- Block, N. M., & Libowitz, A. S. (1983). *Recidivism in foster care*. Child Welfare League of America.
- Bronson, D. E., Saunders, S., Holt, M. B., & Beck, E. (2008). *A systematic review of strategies to promote successful reunification and to reduce re-entry to care for abused, neglected, and unruly children*. Final report presented to the Ohio Department of Job and Family Services, Office of Children and Families.
- Bryson, J. M., Crosby, B. C., & Stone, M. M. (2006). The design and implementation of Cross Sector collaborations: Propositions from the literature. *Public Administration Review, 66*(s1), 44-55.
- Carrol, M. (1980). Collaboration with social work clients: A review of literature. *Child Welfare, 59*(7), 407-417.
- Child Welfare Information Gateway. (2011). *Family reunification: What the evidence shows*. U.S. Department of Health and Human Services, Children's Bureau.
- Cleaver, H. 2000. *Fostering family contact*. The Stationery Office.
- Corcoran, J. (2000). Family interventions with child physical abuse and neglect: A critical review. *Children and Youth Services Review, 22*(7), 563-591.
- Coulthard, H., Harris, G., Oyeboode, F., Schoield, G., Vostanis, P. & Walsh, J. (2009). Attachment and coping strategies in middle childhood children whose mothers have a mental health problem: Implication for social work practice. *British Journal of Social Work, 39*(1), 81-98.
- Duffee, J. H., Mendelsohn, A. L., Kuo, A. A., Legano, L. A., Earls, M. F., & Committee on Child Abuse and Neglect (2017). Early childhood home visiting. *Pediatrics, 140*(3), <https://doi.org/10.1542/peds.2017-2150>
- Farmer, E. (2014). Improving reunification practice: Pathways home, progress and outcomes for children returning from care to their parents. *British Journal of Social Work 44*(2), 348-366.
- Fraiberg, S., Adelson, E., & Shapiro, V. (1975). Ghosts in the nursery. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 14*(3), 387-421.

- Fuller, T. L. (2005). Child safety at reunification: A case-control study of maltreatment recurrence following return home from substitute care. *Children and Youth Services Review, 27*(12), 1293-1306.
- Fuller, T. L., Wells, S. J., & Cotton, E. E. (2001). Predictors of maltreatment recurrence at two milestones in the life of a case. *Children and Youth Services Review, 23*(1), 49-78.
- Harwin, J., Owen, M., Locke, R., & Forrester, D. (2001). *Making care orders work: A study of care plans and their implementation*. The Stationary Office.
- Hess, P., & Folaron, G. (1991). Ambivalence: A challenge to permanency for children. *Child Welfare, 70*, 403-424.
- Hipwell, A. E., Goossens, F. A., Melhuish, E. C., & Kumar, R. (2000). Severe maternal psychopathology and infant-mother attachment. *Development and Psychopathology, 12*(2), 157-175.
- Littell, J. H. (2001). Client participation and outcomes of intensive family preservation services. *Social Work Research 25*(2), 103.
- Littell, J. H., & Tajima, E. A. (2000). A multi-level model of client participation in intensive family preservation services. *Social Service Review, 74*(3), 405-435.
- Macdonald, G. (2001). *Effective interventions for child abuse and neglect: An evidenced-based approach to planning and evaluating interventions*. John Wiley & Sons.
- Maluccio, A. N., Warsh, R., & Pine, B. A. (1993). Family reunification: An overview. In B. A., Pine, R., Warsh, & A. N., Maluccio (Eds.), *Together again: Family reunification in foster care* (pp. 3-19). Child Welfare League of America.
- Najam, A. (2000). The four-C's of third sector-government relations. *Nonprofit Management and Leadership, 10*(4), 375-396.
- Person, A. E., Strong, D. A., Furgeson, J., & Berk, J. A. (2009). *Maximizing the value of philanthropic efforts through planned partnerships between the U.S. government and private foundations*. U.S. Department of Health and Human Services.
- Quinton, D., & Rutter, M. (1984). Parental psychiatric disorder: Effects on children. *Psychological Medicine, 14*, 853-880.
- Rabionet, S. E. (2011). How I learned to design and conduct semi-structured interviews: An ongoing and continuous journey. *Qualitative Report, 16*(2), 563-566.

Seeman, M. V. (2002). Women with schizophrenia as parents. *Primary Psychiatry*, 9(10), 39-42.

Sinclair, I., Baker, C., Wilson, K., & Gibbs, I. (2005). *Foster children: Where they go and how they get on*. Jessica Kingsley.

Strauss, A., & Corbin, J. (1998). *Basics of qualitative research techniques*. Sage publications.

WHO (World Health Organization). (2018). *Mental disorders: Strengthening our response*. Retrieved April 20, 2020 from <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response> .

ZERO TO THREE Policy Center. (2006). From science to public policy: Early intervention for abused and neglected infants and toddlers. *ZERO TO THREE Journal* 27(1). <https://www.zerotothree.org/resources/75-from-science-to-public-policy-early-intervention-for-abused-and-neglected-infants-and-toddlers#chapter-319>

נספח א: מדריך ריאיון - תוכנית ברו"ש

פתיחה: שלום רב, אני X חוקר/ת במכון ברוקדייל/חברת צוות המחקר. מטרת המחקר היא ללמוד כיצד פועלת התוכנית וללמוד ממפעילי התוכנית על תפיסותיהם בנוגע למטרותיה, נקודות החוזק שלה והדרכים שבהן ניתן לשפר אותה. אנו מבקשים את רשותך להקליט את השיחה ולבצע תמלול של הריאיון. אנו מבטיחים לשמור על האנונימיות שלך ולא לציין כל פרטים מזהים בדוח המחקר. חשוב לי לציין כי בנוגע לכל שאלה שלא נוח לך איתה תוכל לבקש שלא לענות עליה ולעבור לשאלה הבאה. כמו כן תוכל לבקש לסיים את הריאיון בכל עת. תודה רבה על נכונותך להיפגש ולהתראיין למחקר.

- תאר/י לי את התפקיד שלך בתוכנית.
- תאר/י לי איך התוכנית פועלת.
- מול אילו גורמים את/ה עובד/ת ועם מי יש לך ממשקים בתוכנית?
- מהי מטרת התוכנית לתפיסתך?
- מהם הקשיים / נקודות החולשה של התוכנית?
- תאר/י מקרי הצלחה / כישלון בתוכנית.
- מהן נקודות החוזק והיתרונות של התוכנית?
- אילו מרכיבים (של התוכנית) פועלים היטב?
- איך היית ממליץ/ה לשפר את התוכנית?
- מה היית משנה בתוכנית?
- האם יש לך דבר מה להוסיף על התוכנית שלא נאמר עד כה?