תקציר

המחקר עוסק בקבלת החלטות משותפת בין הורים וילדים לעובדות סוציאליות[[1]](#footnote-2) בוועדות תכנון טיפול והערכה (להלן ות"ט). ות"ט מתקיימות במחלקות לשירותים חברתיים. על פי הגדרות תקנון העבודה הסוציאלית (להלן תע"ס), תפקידן להחליט על דרכי טיפול בילדים שנמצאים במצבי סיכון המעלים חשש לפגיעה בהתפתחותם התקינה. הוועדה עורכת דיון על דאגות לגבי מצב הילדים, הערכת רמת הסיכון, הקשיים, הצרכים והכוחות במשפחה, בוחנת דרכי התערבות אפשריות ולבסוף אמורה לבנות תכנית טיפול מיטבית תוך שותפות מכסימלית עם המשפחה ובשאיפה להגיע להסכמות בין גורמי המקצוע לבין המשפחה (משרד הרווחה והשירותים החברתיים, 2017). בכל שנה מתקיימות בין 18,000-22,000 ות"ט בכל הארץ, הדנות בתכניות הטיפול של כ- 30,000-35,000 ילדים.

עבודה זו מציגה שני מחקרים עוקבים שמטרתם לענות על השאלות באיזו מידה, באיזה אופן ובאילו תנאים מתרחשת שותפות בקבלת החלטות בין עובדות סוציאליות להורים וילדים בוועדות תכנון טיפול? מחקר 1 מתבסס על ניתוח תוכן של שבעים ושלושה פרוטוקולים של ות"ט ומחקר 2 מתבסס על שאלונים למדידת קבלת החלטות משותפת שהועברו להורים ועובדות סוציאליות שהשתתפו בות"ט.

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

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

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

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

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

# מחקר 1

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

**הגישה המחקרית:** פרדיגמה ביקורתית, התופסת את המציאות כהבניה חברתית המעוצבת באמצעות יחסים שהכוח הוא בסיסם ולפיה מחקר נועד לחשוף מנגנונים שמשמרים את יחסי הכוחות הלא שיוויוניים בין ההגמוניה החברתית לבין האוכלוסייה המוחלשת. הגישה לאיסוף הנתונים נקראת CDM (Clinical Data Mining)**:** שימוש בנתונים שנאספו ותועדו בשטח כחלק מהפרקטיקה וניתוחם במחקר במטרה להעריך את דרכי העבודה ולקדם אותן.

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

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

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

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

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

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

הפרוטוקולים מספקים מידע דל מאוד על שלב ההכנה לדיון. הרוב המוחלט לא השתמשו בטופס הייעודי להכנה ובפרוטוקול נמצא רק לעיתים רחוקות מידע על מפגש הכנה שהתרחש. בדרך כלל לא ניתן היה למצוא מידע על תוכן מפגש ההכנה. ההכנה לדיון היא החוליה הראשונה בשרשרת השיתוף משום שיש לה השפעה מכרעת על ההבנה של ההורים והילדים את הסיטואציה ואת הזכויות שלהם בה ועל היכולת שלהם לגבש עמדה ברורה לגבי הטיפול שמתוכנן להם. היעדר נתונים על תהליכי ההכנה יכול להוות גורם מעכב משמעותי לקידום קבלת החלטות משותפת בות"ט.

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

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

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

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

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

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

# מחקר 2

**שאלות המחקר:** אילו משתנים קשורים באופן מובהק למידת השותפות של הורים וילדים עם עובדות סוציאליות בקבלת החלטות בוועדות לתכנון טיפול והערכה? האם קיימים הבדלים בתפיסת קבלת החלטות משותפת בין עובדות הסוציאליות לבין הורים וילדים?

**הגישה המחקרית:** השתמשנו במודל SDM למדידת קבלת החלטות משותפת. הבחירה נשענת על ראיות רבות במחקר על יעילותו ועל זיהוי ערכים ומאפיינים משותפים בין קבלת החלטות על טיפול רפואי לבין קבלת החלטות על טיפול בות"ט.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**פרקטיקות של שותפות:** רוב ההורים והעובדות הסוציאליות העריכו את טיב התקשורת בוועדה בצורה דומה וקישרו תקשורת טובה יותר לשותפות רבה יותר בקבלת החלטות. זאת אומרת, שמיעת הקול והתייחסות לכוחות, פרקטיקות מוכרות ונוכחות בעבודה הסוציאלית של ימינו, מעלות את מידת השותפות בות"ט. אך העברת מידע, פרקטיקה שעיקרה העברת כוח לידי ההורים, נתקלת בקשיים מצד העובדות הסוציאליות. באחוז גבוה של וועדות, הן לא מעבירות להורים מידע על זכותם להביא נציג מטעמם ועל זכותם להציע תכנית טיפול שמועדפת עליהם. בניגוד להוראות הברורות של התקנות על העברת מידע, העובדות הסוציאליות מחליטות בעצמן איזה מידע הוא רלוונטי עבור ההורה ואיזה לא. הקשר המובהק בין תפיסת ההורים את חומרת הבעיה למידת SDM של העובדות הסוציאליות מרמז, שכמות המידע שמועברת להורים נקבעת על פי הצורה שבה עמדתם לגבי הבעיה והפתרון נשפטת. הורים שתופסים את הבעיה כחמורה ו"מתיישרים" עם תפיסתם של גורמי הרווחה, זוכים לשותפות רבה יותר בקבלת החלטות ולעומתם הורים שתופסים את הבעיה כחמורה פחות, עשויים להיות מתוייגים כ"לא משתף פעולה" ולהיות מורחקים מתהליך קבלת ההחלטות על ידי הסתרת מידע והשתקת קולם.

**השכלה ועוני:** הנחיות הות"ט מתייחסות בקושי להקשר של עוני וכך גם המענים. לכן זה לא מפתיע, שהורים בעלי השכלה נמוכה זוכים לפחות שותפות בקבלת החלטות ולפחות מידע שמועבר בהכנה לדיון. עבור מערכת רווחה שמאמצת את הפרדיגמה של עבודה סוציאלית מודעת עוני, מצב זה בלתי מתקבל על הדעת מכיוון שהוא משמר הדרה, או הרחקה, של אנשים החיים בעוני מקבלת החלטות בעניינם.

**שימוש במודל SDM:** במחקר זה מודל SDM נוסה לראשונה בתחום קבלת החלטות משותפת בות"ט. השימוש במודל ככלי למדידת שותפות בקבלת החלטות איפשר ניתוח כמותי של הגורמים שיכולים להסביר מידת שותפות נמוכה או גבוהה בקבלת החלטות בות"ט. לתוצאות שהתקבלו יש פוטנציאל לקדם את הידע היישומי והתיאורטי על קבלת החלטות משותפת בות"ט. ההורים וגם העובדות הסוציאליות הצליחו להבין בקלות את ההמשגה של המודל שבאה לידי ביטוי בשאלון המחקר ולכן על פניו נראה, שהמודל נגיש וברור להם. במקביל, הנחות המודל הבסיסיות מתיישבות עם מדיניות והנחיות של משרד הרווחה בתחום ות"ט והשירותים החברתיים בכלל. לאור הדברים הללו, למודל SDM יש פוטנציאל משמעותי לשמש ככלי למדידה, הערכה ויישום של קבלת החלטות משותפת בות"ט.

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

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

**הכנה לדיון – נקודת תורפה:** מידע חיוני שצריך לעבור מהעובדות הסוציאליות להורים בהכנה לדיון לא עובר. הסתרת מידע היא מכשול משמעותי ליישום תהליך קבלת החלטות משתף. ההורים לא יודעים מה הזכויות שלהם, מה תוקף ההחלטות, או מה יקרה אם לא יסכימו להחלטה. במצב הזה, הרוב המוחלט של הכוח נשאר בידי העובדות הסוציאליות.

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

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

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

**איך זזים מכאן?** על מנת להתגבר על הפער בין מידת השותפות הרצויה לזו המצויה בוועדות, עלינו לנסות ולהוציא מהמשוואה את האשמת ההורים ואת ההנחה שמה שנדרש לשותפות טובה בקבלת החלטות הוא "יישור קו" של ההורים עם עמדת גורמי הרווחה לגבי הבעיה, חומרתה והפתרון. צריך לזוז מדגש על ההורות כמחוללת הבעיה לדגש על ההורות כחלק אינטגרלי מהפתרון. שינוי תפיסתי כזה מבטא מעבר מתפיסות פטרנליסטיות של עבודה סוציאלית ומתפקיד פיקוח חברתי של הוועדות, לתפיסה ביקורתית יותר של עבודה סוציאלית שעומדת בקנה אחד עם ערכים ותיאוריות עכשוויים יותר ושאותם מבקשת מערכת הרווחה בישראל לאמץ ולהטמיע. יחד עם מיומנויות, תיאוריות ופרקטיקות מקדמות שותפות, מודל SDM יכול לתרום את חלקו בשינוי התפיסתי המתבקש וביצירת פרקטיקה יעילה יותר של קבלת החלטות משותפת.

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

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

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

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

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

1. בעבודה זו בחרנו להשתמש בלשון נקבה לאור הרוב המוחלט של נשים במקצוע העבודה הסוציאלית, אך האמור מתייחס גם לעובדים סוציאליים. [↑](#footnote-ref-2)