

”בקו הראשון” :

תפקודם של רופאי בתי החולים שסיימו

הכשרה בתחום איתור וטיפול במצבי

הזנחה והתעללות בילדים

פרופ' חיה יצחקי

ד”ר לאה זנבר

טבת תשע”א, דצמבר 2010

תוכן עניינים

מס' עמוד

א	תקציר
1	מבוא
4	סקירת ספרות
8	סיכום ושאלות המחקר
10	שיטת המחקר
15	ממצאים
62	סיכום ודיון
71	ביבליוגרפיה
80	נספחים

תקציר

בשנת 2008 הוכשרו רופאי ילדים מבתי חולים שונים ברחבי הארץ, בתחום איתור וטיפול בילדים נפגעי התעללות והזנחה. מטרת ההכשרה הייתה להכשיר ולחזק את המיומנויות והידע שלהם. טרם התחלת הקורס עסקו בתחום ארבעה רופאים בלבד ברחבי הארץ, והילדים הנפגעים נאלצו לעתים קרובות להגיע ממקומות מרוחקים למרכז הארץ לצורך טיפול בהיבטים הרפואיים והמשפטיים בתחום ההתעללות וההזנחה. ההכשרה בנושא המשפטי הייתה חיונית משום שעד אז היה קיים רק מספר מצומצם ביותר של רופאים המקובלים על בתי המשפט כעדים מומחים במקרים של התעללות והזנחה. בנוסף, נמצא שריבוי הגורמים המטפלים בילדים אלה העצים את הפגיעה ולפעמים היווה פגיעה נוספת בפני עצמה. הקורס נועד להכשיר את רופאי הילדים להתמודד עם האתגרים הללו באמצעות טיפול בשלושת תחומי הידע גם יחד: הרפואי-קליני, המשפטי, והפסיכו-סוציאלי. התקווה הייתה שלאחר הכשרתם של הרופאים, המענה לילדים נפגעי התעללות והזנחה יוכל להינתן בבית-החולים כמכלול שלם לאורך כל השלבים. הקורס כלל 24 ימי לימוד עיוני בני 9 שעות (סה"כ 216 שעות), התנסות מעשית של כ-6 שבועות בבתי-חולים בארה"ב (בעיקר צפייה בעבודתם של הרופאים); ו-36 שעות הכשרה במרכז לסימולציה רפואית בתל השומר (מס"ר).

המחקר הנוכחי בדק את תפוקות יישום ההכשרה לאחר שנה וחצי, באופן איכותני, במספר קטגוריות. המחקר דן בשאלות הבאות: האם יושמו תכני ההכשרה בעבודתם של הרופאים? האם הם תרמו לשינוי בתפיסת התפקיד שלהם? האם עלה מספר הילדים המאוותרים כילדים בסכנה? האם הועבר הידע שרכשו הרופאים לעמיתיהם ולחברי דיסציפלינות אחרות בבית החולים ובקהילה? מה מידת השפעת ההכשרה על המודעות של הנושא בקרב הנהלת בית החולים כמו גם על ההתארגנות הארגונית של בתי החולים? ומהן מסקנותיהם של הרופאים אודות הכשרות עתידיות לקבוצות אחרות? לעמיתים מפרופסיות אחרות? להם עצמם כהמשך ליווי?

השאלות במחקר זה נבדקו בגישה איכותנית בהתבסס על ראיונות עומק אישיים, כמקובל על פי הגישה הפנומנולוגית. אוכלוסיית המחקר כללה 18 רופאים העובדים ב-14 בתי-חולים ברחבי הארץ, שסיימו את תכנית ההכשרה, 14 עובדות סוציאליות העובדות עם הרופאים ושתי נציגות ממשד הבריאות שילדים בסיכון הוא תחום עיסוקן.

המענה לשאלות המחקר היה לאורך כל הראיונות חיובי וחד משמעי: המסר העיקרי שעלה ממשתתפי המחקר היה כי מסגרת ההכשרה שימשה את ייעודה כראוי והיטיבה לספק

לרופאים את המידע הנדרש בצורה מקיפה ויסודית. הרופאים תיארו תחושת שליחות המלווה את עבודתם ומאפשרת להם לתרום רבות מזמנם וממרצם ולשמש כמפיצי הבשורה לעמיתיהם ולאנשי מקצוע נוספים.

משתתפי המחקר (הרופאים) תיארו שינויים רבים בעבודתם בתחום הידע הרפואי-קליני, הידע המשפטי, והידע הפסיכו-הסוציאלי שרכשו. בתוך כך הם תיארו שינויים בתפיסת התפקיד שלהם שנתרמו מכל שלושת סוגי הידע הללו. שינויים נוספים התייחסו להנחלת הידע לצוותי בתי-החולים ולגורמים שונים בקהילה (רווחה, משטרה, קופות החולים). אל מול כל הגורמים הללו מיקמו הרופאים את עצמם ככתובת לפניה וביססו את שיפורם של נהלי העבודה הרב-צוותית. הרופאים גם הרבו לתאר יוזמות רבות שנקטו לייעול הטיפול בילדים שלגביהם קיים חשד להתעללות או הזנחה.

מניתוח הראיונות עולה כי הרופאים הפנימו ידע מקצועי (תיאורטי ומחקרי) עשיר מאד בו הם מסתייעים רבות באבחנות החשובות אותן הם עורכים. הפרשנויות המעמיקות שנתנו הרופאים למקרי ההתעללות וההזנחה השונים כמו גם יוזמותיהם העצמאיות שתוארו לעיל מעידות על מוטיבציות גבוהות ללמידת הנושא ויישומו.

לצד השינויים וההישגים הרבים שצברו הרופאים בתחום הטיפול בילדים שלגביהם חשד להתעללות או הזנחה, העלו הרופאים גם קשיים ביישום תכני ההכשרה. בכל בתי-החולים פרט לאחד הרופאים העוסקים בתחום אינם מתוגמלים ועיסוקם בתחום פוגע הן בעבודתם השוטפת והן בזמנם האישי, מאחר ואין הקצאה מתאימה של שעות וכוח אדם. קשיים אחרים תוארו כתוצאה ממדיניות לקויה או נהלי עבודה שאינם מגובשים דיים. לגבי כל אלו ובנוגע לנושאים אחרים, העלו הרופאים את המלצותיהם להמשך העשייה המקצועית ושיפור העיסוק בתחום וכן המליצו על שינויים בתכני ההכשרה.

לבסוף, צוינה תרומתו של פורום הרופאים בריכוזו של ד"ר בן-יהודה, כפונקציה הממשיכה את אשר התחיל הקורס; העשרת הרופאים בתכני ידע עדכניים בנושאים השונים וגיבוש קבוצת עמיתים ליעוץ וליבון נושאים והתלבטויות מקצועיות.

על-פי רוב היתה הלימה בין דיווחיהם של הרופאים לבין דיווחיהן של נציגות משרד הבריאות והעובדות הסוציאליות לגבי השינויים המתוארים לעיל. במקומות בהן היתה אי-הלימה נערך ניתוח לבירור הפערים במסגרת פרק הדיון.

מבוא

מחקרים רבים עוסקים בתפיסת התפקיד של הרופאים בבתי החולים (Mizrahi & Abramson, 2001; Reese & Sontag, 2000). חלקם טוענים שהמודל הפסיכו-סוציאלי (Engel, 1982) מחליף בשנים האחרונות את המודל הרפואי (הטהור) שהיה נחלתם של רופאים בעבר. תחת תפיסת תפקיד הכוללת מתן טיפול רפואי גרידא למטופל, מתחזקת התפיסה הגורסת כי תחום אחריותו של הרופא כולל גם ערנות למצבו הנפשי-רגשי של המטופל וכן לאפשרות שמצבו הרפואי נובע מפגיעות, הזנחה והתעללות (Spitzer, 1997; Zebrack & Chesler, 2000). לצד ההתפתחויות בתפיסות המקצועיות, השינויים בתפיסת התפקיד של הרופאים מעוגנים גם בחקיקה ומגדירים את חובתו של הצוות הרפואי באיתור ודיווח של מקרי הזנחה והתעללות בילדים (חוזר מנכ"ל משרד הבריאות, 2003; Kathleen & Kearney, 2005; Feng & Levune, 2007).

בתחום זה ניתן לראות כצעד סולל דרך, את תכנית ההכשרה המקיפה לרופאי ילדים שהתקיימה בשנת 2008 על-ידי מכון חרוב. הכשרה זו העניקה לקבוצה של רופאים ידע ומיומנויות מקיפים אודות איתור ודיווח של מצבי הזנחה והתעללות בילדים. עם סיום הקורס עסקו הרופאים ביישום תכני הקורס כמו גם בהנחלתם לצוותים הרפואיים בהם הם מצויים. תכנית ההכשרה הוערכה בסיומה בצורה מקיפה, במחקר אשר קדם למחקר הנוכחי (רוזינר, 2009).

המחקר הנוכחי בדק את השינויים בתיפקודם של הרופאים כתפוקות יישום ההכשרה

לאחר שנה וחצי של פעילות הרופאים בבתי-החולים, באופן איכותני, במספר קטגוריות. מטרתו הכללית של מחקר זה לבדוק את תיפקודו של הרופא באיתור ילדים בסכנה ובטיפול בהם לאחר הכשרתם. התפוקות המצופות מרופאים אלה מגוונות וכוללות תפקידים כאיתור ילדים בסכנה, העברת הידע לעמיתים ולחברי דיסציפלינות אחרות בבית החולים, ויצירת מודעות של הנושא בקרב הנהלת בית החולים כמו גם קידום ההתארגנות הארגונית של בתי החולים בנושא. התכנית להכשרת הרופאים חלוצה בארץ ועל כן נודעת חשיבות הערכת השלכותיה על עבודתם של הרופאים, במטרה לגבש תוכניות מעין אלו בעתיד.

תכנית הכשרת הרופאים

תכנית הכשרת הרופאים התקיימה לאורך כשנה במטרה לחזק את המיומנויות והידע של רופאי הילדים בתחום איתור וטיפול בילדים נפגעי התעללות והזנחה. למרות חשיבות העניין, מבחינה מקצועית תחום זה בארץ עודנו בתחילת דרכו. טרם התחלת הקורס עסקו בתחום ארבעה רופאים בלבד ברחבי הארץ, והילדים הנפגעים נאלצו לעתים קרובות להגיע ממקומות מרוחקים למרכז הארץ לצורך טיפול בהיבטים הרפואיים והמשפטיים בתחום ההתעללות וההזנחה. בעבר, רק מספר מצומצם ביותר של רופאים הין מקובלים על בתי המשפט כעדים מומחים במקרים של התעללות והזנחה. רופאים בוגרי ההכשרה הנושאים את התעודה שקיבלו בסיומה, נחשבים כעת לעדים קבילים בבתי-המשפט (רוזינר, 2009).

נקודה בעייתית שאפיינה את הטיפול בילדים נפגעי התעללות והזנחה הייתה **ריבוי הגורמים** המטפלים בהם. אפיון זה העצים את הפגיעה ולפעמים אף הוזה פגיעה נוספת בפני עצמה. טיפול בהיבטים המשפטיים שלא על-ידי רופא ילדים פגע לא רק ביעילות הטיפול הרפואי והפסיכו-סוציאלי, אלא גם ביעילות הטיפול בהיבט הראייתי-משפטי. החשיבה אשר הנחתה את תכנית ההכשרה היא שפונקציה אחת תזהה סימנים של התעללות והזנחה וגם תמשיך ותוביל את הטיפול במכלול הנושאים הקשורים בכך, ובמקרה הצורך, גם תתעד אותה ותעיד לגביה בבית המשפט. הקורס נועד להכשיר את רופאי הילדים להתמודד עם האתגרים הללו באמצעות טיפול בשלושה תחומי ידע: רפואי-קליני, משפטי, ופסיכו-סוציאלי. באופן זה, המענה לילדים נפגעי התעללות והזנחה יוכל להינתן בבית-החולים לאורך כל השלבים.

מבנה ההכשרה

הקורס כלל 24 ימי לימוד עיוני בני 9 שעות (סה"כ 216 שעות), בהם נחשפו הרופאים לידע רפואי ממגוון התחומים, ידע משפטי, וידע בתחום הפסיכו-סוציאלי; התנסות מעשית של כ-6 שבועות בבתי-חולים בארה"ב (בעיקר צפייה בעבודתם של הרופאים); ו-36 שעות הכשרה במרכז לסימולציה רפואית בתל השומר (מס"ר) (אודות פירוט על תכני ההכשרה ראה רוזינר, 2009).

עם סיומה של הכשרת הרופאים החל לפעול פורום משותף בריכוזו של ד"ר יורם בן-יהודה ממכון חרוב מתוך יזמה משותפת שלו ושל קבוצת הרופאים. פורום זה נפגש אחת לחודשיים למטרות למידה והעשרה בתחום הטיפול בילדים בסיכון כמו גם לשם יצירת קבוצת עמיתים המהווה כתובת ייעוצית האחד למשנהו.

מטרות ההכשרה

על בסיס ראיונות מוקדמים עם מארגני הקורס וחברי וועדת ההיגוי אשר ליוו את בנייתו של הקורס, עלה כי היו ארבע מטרות עיקריות לקורס. מטרות אלה מבטאות ציפיות אודות התפקידים בהם ישמשו בוגרי הקורס בתום הכשרתם (על-פי רוזינר, 2009):

א. בתחום הרפואי-קליני:

מצופה מן הרופאים לאתר ולזהות מקרים של התעללות והזנחה ולהבדיל בין המקרים הללו לבין תאונות ומצבים רפואיים שאינם פליליים.

ב. בתחום הפסיכו-סוציאלי:

מצופה מן הרופאים להעניק ולהוביל טיפול מקיף במקרים של התעללות והזנחה.

ג. בתחום המשפטי:

מצופה מן הרופאים לאתר ממצאים שיוכלו לשמש כראיות לביסוס המקרים של התעללות והזנחה. במהלך האיתור, הזיהוי והטיפול, מצופה מן הרופאים לפעול באופן שיהיה קביל מבחינת כללי ההליך הפלילי, במידה ויתקיים. בכלל זה: אופן איסוף הראיות, תיעודן ושמירתן. בנוסף, עליהם להיות מומחים בניתוח הממצאים וכתובת חוות דעת באופן שיהיה מקובל על בית המשפט, וכן להופיע בעת הצורך כעדים מומחים בבית משפט.

ד. בתחום הארגוני-סביבתי:

מצופה מן הרופאים לשמש כמקור סמכות מקצועית וגורם להיוועצות בתחום התעללות והזנחה לגורמים שבבית-החולים ומחוצה לו. מתוך כך, בית-החולים ייתפס בעיני הקהילה כמקום בו ניתן לקבל מענה להיבטים הרפואיים של התעללות והזנחה. כמו כן, מצופה כי ישבו בראש הוועדה להגנת הילד / ילדים בסיכון בבית חולים, וכן יעסקו בהקניית המודעות והידע בתחומי התעללות והזנחה לצוותי בתי-החולים במחלקות השונות, כמו גם לגורמים בקהילה (רופאים, פקידי סעד, חוקרי ילדים, שוטרים).

בנוסף, מצופה כי הרופאים יהיו סמכות מקצועית לקהילה הרפואית בכללותה דרך הוראה בקורסים והשתלמויות, ויתנו ייעוץ בגיבוש חקיקה, נהלי משרד הבריאות, ההסתדרות הרפואית ועוד.

מן הספרות עולה כי בכוחה של התמחות משנה בתחום איתור וטיפול בילדים בסיכון, לסייע לאיתור ילדים בסיכון, לאפשר טיפול מקיף ומוצלח ולקיים קשרי גומלין פרודוקטיביים עם המערכות השונות בקהילה (Anderst, Kellogg, & Jung, 2009).

סקירת ספרות

סקירת הספרות שלפנינו תתייחס לתופעת ההזנחה וההתעללות בילדים תוך הדגשת מיקומו ותפקידיו של רופא בית-החולים במערך הטיפול המקצועי. אולם, ראשית לכל נתייחס בקצרה לבסיס הידע עליו מושתתת למידת המבוגרים. הכשרות מסוג הכשרת הרופאים מבוססות על תאוריית למידת המבוגרים- ה"אנדרגוגיה". על פי תיאוריה זו, המבוגר נהנה ממגוון יתרונות: יכולת לקבל שינויים בתפיסת ה"עצמי", הכוונה עצמית, יכולת לשאת באחריות על הלמידה שלו, ניסיון חיים עשיר ומגוון, מוכנות ומוטיבציה פנימית ללמידה העונה על צרכיו המיידים, וכן מסוגלות להשתתף בהערכת לימודיו (פרי, 1977; Knowles, 1970, 1978; Brookfield, 1986; 1989). תכני הידע שניתנו בהכשרת הרופאים היו קשורים לילדים בסכנה או במילים אחרות, ילדים נפגעי התעללות והזנחה.

ילדים נפגעי התעללות והזנחה: הגדרות ושכיחות התופעה

המונח "ילדים בסכנה", המתאר את הילדים הסובלים מהתעללות והזנחה, מקביל למונח "Children at risk" המקובל באנגליה (מאירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל, 2009), או "Child Maltreatment" המקובל בארצות-הברית וברוב מדינות אירופה. עד היום טרם התגבשה הגדרה ברורה ואחידה בעולם של מונח זה וכן ישנה עמימות לגבי האוכלוסיה אותה הוא כולל. סקירה של הגדרות מקובלות וניתוחן מצביעה על שונות בעצם ההתייחסות ובהכרעות העקרוניות שהתקבלו ביחס לטיפולוגיה, לחומרה, לתדירות, לקיומו בפועל של נזק נצפה ואפיונו, לממד הכוונתיות של הפוגע, להשפעת התרבות ועוד (ארזי, 2004; בוואר וקדמן, 2007; Cicchetti; Ammerman, 1998; Paxson & Haskins, 1998; Toth, 1995; Erickson & Egeland, 1996; Greene & Kilili, 1998). (2009).

השונות בהגדרה, יחד עם קשיים מתודולוגיים הכרוכים במחקר על אודות ילדים החשופים להתעללות והזנחה, מקשים מאוד על ההערכה באשר לשכיחות התופעה באוכלוסייה

הכללית. מחקרים במדינות המערב שניסו להציע אומדנים, מצביעים על אומדן של 4.5%-6% מכלל אוכלוסיית הילדים. מחקרים אלה מבססים את הערכותיהם על שקלול מספר מקורות: ילדים שהתקבל עליהם דיווח (במערכת הפלילית ובמערכות שירותי הרווחה), מחקרים רטרוספקטיביים בקרב מבוגרים המדווחים על ילדותם, מחקרים פרוספקטיביים בקרב ילדים וכן סקרים אפידמיולוגיים שנערכו בקהילות נבחרות (Hobbs, Hank, Wynne, 2004; Creighton, 2004; & Harcourt, 2002).

נתונים מהעולם מצביעים על עלייה הולכת וגוברת בשנים האחרונות במספר מקרי המוות המדווחים כתוצאה מהתעללות והזנחה. כך למשל, בארצות-הברית, 1,760 ילדים מתו בשנת 2007 לעומת 1,530 בשנת 2006, על רקע של התעללות פיזית או בשל הזנחה חמורה. יש המייחסים את העלייה המספרית לשיפור ביכולת לזהות את נסיבות המוות, בשיטות לתיעוד ולאיסוף המידע ובהגברת השימוש בהצלבת נתונים ממקורות שונים. אחרים טוענים כי הנתונים עוד רבים מאלו וכי כ-50% עד 60% מהילדים שמתו על רקע של התעללות או הזנחה אינם מזוהים ככאלה או שאינם מדווחים לרשויות ככאלה שסיבת מותם היתה תוצאה של הזנחה או התעללות (Crume, 2005; DiGuseppi, Byers, Sirotiak, & Garrett, 2002).

בבחינת מקרי המוות בעקבות התעללות או הזנחה עולה כי מרבית מקרי המוות (כ-70%) נגרמו על-ידי המטפלים הישירים של הילד: האב, האם, שניהם או בני-זוגם - 34% מהמקרים נגרמו כתוצאה מהזנחה, 26% נגרמו כתוצאה מהתעללות פיזית, ואילו 35% ממקרי המוות נגרמו בשל שילוב של התעללות והזנחה יחד. מותם של הילדים או הפגיעות הקשות שנגרמו להם היו לעתים עקב אירוע ספונטני חד-פעמי, ולעיתים על רקע של התעללות ו/או הזנחה שנמשכו ואפשר שגם הסלימו לאורך זמן ושלא אותרו או לא טופלו כראוי (Child Welfare Information Gateway, 2009). במחקרים נמצא כי במרבית המקרים קדמו לאירוע שבו הילד מת או נפגע באופן חמור, אירועי אלימות ו/או הזנחה אחרים (Cavanagh, Dobashm, & Dobasjm, 2007; Sabotta & Davis, 1992; Sorenson & Peterson, 1994).

במסמך זה נתייחס לילדים החשופים בפועל או העלולים להיות חשופים לדפוס אחד או יותר מדפוסי הפגיעה בילדים: התעללות פיזית, מינית, והזנחה לסוגיה. הסקירה לרוב אינה מבחינה בעניין גורמי הסיכון בין התעללות להזנחה, הן בשל הקושי לאפיין דיפרנציאלית על בסיס הספרות הקיימת והן בשל ההכרה בכך שרבים מדפוסי הפגיעה מתרחשים במקביל, בעיקר במקרים החמורים והקשים שבקצה הרצף.

פרופיל המקרים השכיחים

המאפיינים השכיחים בספרות של ילדים נפגעי התעללות והזנחה מתייחסים לכמה רמות בסביבתו של הילד: משפחה, קהילה ותרבות. **ברמת המשפחה**, מתייחסת הספרות למאפיינים כגון רמה סוציו-אקונומית נמוכה, אבטלה וחשיפה לתנאי עוני קשים (Brenner et al., 1999; Kotch, Browne, Dufort, & Winsor, 1999; Overpeck, Brenner, Trumble, Trifiletti, & Berendes, 1998; Schumacher, Smith-Slep, & Heyman, 2001; Winpisinger, Hopkins, Berger, 2005; Indian, & Hostetler, 1991), והתמכרויות (ההורים) לסמים ולאלכוהול (Berger, 2005; Cavanagh et al., 2007; Chaffin, Kelleher, & Hollendberg, 1996; Harrington, Zuravin, DePanfilis, Ting, & Dubowitz, 2002; Kotch et al., 1999; Mugavin, 2005; Wulczyn, 2009).

ברמת הקהילה נידונים מאפיינים שונים המנבאים מצבים של התעללות והזנחת ילדים: משברים חברתיים, ריבוי גורמי דחק חיצוניים, קהילות אורבאניות גדולות, לכידות חברתית נמוכה, מפגעים סביבתיים מרובים, חיים בקהילות מבודדות ומודרות חברתית, היעדר תשתיות קהילתיות ושירותים תומכים ועוד. כל אלו מזוהים כגורמי סיכון כשלעצמם או כמעצימים גורמי סיכון ברמת הפרט והמשפחה להתעללות וההזנחה של ילדים (Bourget, Grace, & Whitehurst, 2007; Brenner, Overpeck, Trumble, DerSimonian, & Berendes, 1999; Crittenden, 1993; Cummings, Theis, Mueller, & Rivara, 1994; Drake & Pandey, 1996; Friedman, Horwitz, & Resnick, 2005; Harrington et al., 2002; Kolko, 1999; Kotch et al., 1999; Overpeck et al., 1998; Wulczyn, 2009; Seigel et al., 1996; Shumacher et al., 2001).

מאפיינים נוספים קשורים **ברמת התרבות**. תפיסות ערכיות-תרבותיות מסוימות, המתקיימות בחברות מסוגרות ומאופיינות בקנאות אידיאולוגית, עלולות לאפשר אלימות כלפי הילד שעלולה להסלים, או להביא להזנחה של צורכי ילדים, כפי שמקובל להגדירם בתרבות המערבית. בכלל זה: עמדות ביחס למעמדו הנחות של הילד במשפחה, ההתייחסות למיניות בכלל ולמיניות האישה בפרט, הדרישה לציות לסמכות ההורית, דרכי הבעה של רגשות, הלגיטימציה החברתית של אלימות בכלל וענישה כלפי ילדים בפרט ועמדות כלפי מוסדות החינוך הפורמלי וכלפי טיפול רפואי מקובל (גולדשטיין ולאור, 2007; Fox, 2005; Brenner et al., 1999; Cummings et al., 1994; Kibbie & DMin, 2005; Overpeck et al., 1998; Shor, 2000).

תפיסת התפקיד של הרופאים

תפקידיו של הרופא הנגזרים מתוקף סמכותו כוללים: הגשת טיפול רפואי, אבחון, טיפול ומניעת תחלואה נוספת (בן-יהודה, 2009; Giadrino & Finkel, 2005). לצד אלו מתפתח המודל הפסיכו-סוציאלי בו גלומה ההכרה כי מתוקף תפקידו לרופא אחריות נוספות, הנוגעות בין היתר לתחום הטיפול בילדים נפגעי התעללות והזנחה: איתור המקרים בהם קיים חשד להתעללות או הזנחה, שיח עם הילד, תיעוד ודיווח אודות הפגיעה המדוברת ובעת הצורך אף מתן עדות בבית-המשפט (Tirosh, Shechter, & Cohen, 2003). בשנים האחרונות מעוגנים בחוק נהלים ברורים המגדירים את **חובתו המשפטית של הצוות הרפואי** באיתור ודיווח של מקרי הזנחה והתעללות בילדים (Feng, Levine, 2005; Kathleen & Kearney, 2007). גם הרופאים עצמם חשים כי גבולות התפקיד שלהם מתרחבים מהגשת טיפול רפואי **למתן סיוע סוציאלי למטופלים**; יצירת קשר עם המטופל ובני משפחתו (Cowles & Lefcowitz, 1992; Egan & Kadushin, 1995; Mizrahi, & Abramson, 2000; Reese & Sontag, 2001).

תיאום ושיתוף פעולה בין-מקצועי בתחום ילדים נפגעי התעללות והזנחה

ההתמודדות עם ילדים החשופים להתעללות והזנחה מפגישה אנשי מקצוע מתחומי ידע מגוונים וממערכות ארגוניות שונות. במערך השירותים לאוכלוסייה זו נכללים משרדי הממשלה השונים, הרשויות המקומיות, ארגונים וולונטריים וארגונים עסקיים המפעילים תכנית בעבור ילדים (קטן ועמיתיו, 2003). על אף המנדט שניתן לשירותי הרווחה (ובמרכזם – העובדים הסוציאליים) לטיפול בילדים החשופים להתעללות והזנחה, אנשי מקצוע רבים אחרים הפועלים במסגרות אוניברסליות נפגשים עם הילדים והמשפחות, נמצאים במגע אינטנסיבי וקרוב עמם ומטפלים בהם. אלו כוללים: רופאים, פסיכולוגים אנשי סיעוד, אנשי חינוך, ואנשי חוק ומשפט. מצב זה על השלכותיו אינו ייחודי לארץ וקיים במדינות רבות בעולם (Blythe, Tracy, Kotovsky, & Gwatkin, 1992; Burt, Resnick, & Matheson, 1992; Cameron & Lart, 2003; Crouch & Johnson, 2003; Daro & Donnelly, 2002; Johnson, Wistow, Rockwell, & Hardy, 2003; Laudan & Olson, 1997; Provan, Milward, & Isett, 2002; Wulczyn, 2009; Zellman & Fair, 2002).

חשיבות התיאום ושיתוף הפעולה בין הגורמים הבאים במגע עם הילדים ובני משפחותיהם זכה להסכמה רחבה בקרב כותבים ואנשי מקצוע רבים (Daro & Donnelly, 2002; Provan et al., 2002; Walsh, Brebeck, & Howard, 1999; Wulczyn, 2009; Zellman & Fair, 2002). מחברים אלו הצביעו על כך **שהשיתוף במידע ותיאום הטיפול** בין גורמים ואנשי מקצוע- הרואים לעתים היבטים חלקיים בחייו של הילד ומשפחתו- מהווה גורם חשוב לאיתור מוקדם, למניעת תופעת ה"נפילה בין הכיסאות", למניעת התערבויות סותרות לילד/למשפחה שעוללות לפגוע באמון ולהכשיל את תהליך ההתערבות, וכן למניעת הישנותה והסלמתה של הפגיעה בילד ובילדים אחרים במשפחה. בהיבט הזה, גם חובת הסודיות המונעת חילופי מידע בין הגורמים השונים מערימה קושי על הצלחת הטיפול (שניט, 2001).

עם זאת, ישנם גורמים מעכבים בהשגת שיתוף הפעולה המקסימלי בין הדיסציפלינות השונות, לטובת הטיפול בילדים נפגעי התעללות והזנחה. בחלקם הם נובעים מתפיסות מקצועיות שונות, טרמינולוגיה מקצועית שונה ועקרונות עבודה מקצועיים ייחודיים המקשים על שיתוף הפעולה. המחקר בתחום הגנת הילד העלה כי היחסים הבין-ארגוניים מושפעים גם משוני בסדרי עדיפויות של המערכות ומקיומה של מערכת ערכים שונה. לדוגמא, תרבות ארגונית המעודדת עבודה יחידנית ורתיעה מעבודה משותפת. זאת בשל תפיסה הרואה בעבודה בשיתוף ותיאום משום סרבול בקבלת החלטות (Brown & White, 2006; Burt et al., 1992; Munro, 2005; Walsh et al., 1999).

סיכום ושאלות המחקר

סקירת הספרות עמדה על טיבן של ההגדרות השונות לילדים נפגעי התעללות והזנחה, כמו גם על מאפייניה השונים של אוכלוסיה זו. בתוך כך, הוגדרה תפיסת התפקיד הנדרשת מן הרופאים המטפלים בילדים נפגעי התעללות והזנחה, ההולכת ומתפתחת בשנים האחרונות. מן הספרות עלתה גם חשיבות העבודה המערכתית והרב-צוותית לטובת אותם ילדים לצד הקשיים והבעיות הטמונים בה.

תכנים אלו סופקו במהלך תכנית הכשרת הרופאים. מטרת שאלות המחקר הינה אפוא לבדוק האם וכיצד **יושמו** תכני הכשרת הרופאים הלכה למעשה. שאלות המחקר בוחנות האם חלו שינויים בעבודתם היום-יומית של הרופאים כמו גם בקרב הצוותים הרב מקצועיים. זאת בהשוואה לשנים שקדמו להכשרה ובהתייחס למטרות תכנית ההכשרה כפי שהוצגו לעיל.

להלן שאלות המחקר :

1. האם יושמו תכני ההכשרה בעבודתם של הרופאים? האם הם תרמו לשינוי בתפיסת התפקיד שלהם?
2. האם תדירות האיתור והדיווח על ילדים נפגעי התעללות והזנחה עלתה מבחינה כמותית?
3. מהו פרופיל המקרים המאותרים ומדווחים?
4. האם הרופאים שימשו כמפיצי הבשורה בקרב עמיתיהם?
5. האם הרופאים שימשו כמפיצי הבשורה בקרב הקהילה ותרמו להגברת המודעות בקהילה?
6. מהן מסקנותיהם של הרופאים אודות הכשרות עתידיות לקבוצות אחרות? לעמיתים מפרופסיות אחרות? להם עצמם כהמשך ליווי?
7. מהי תרומתו של פורום הרופאים להמשך העשייה שלהם?

שיטת המחקר

מחקר זה מתבסס על ראיונות אשר התקיימו עם הרופאים בוגרי ההכשרה, ראיון עם נציגות משרד הבריאות: הגב' דבורה איציק, מנהלת תחום אלימות במשפחה במשרד הבריאות וסגניתה הגב' זוהר לביא-סהר וראיונות עם העובדות הסוציאליות העובדות בצמוד לרופאים משתתפי המחקר.

השאלות במחקר זה נבדקו בגישה איכותנית בהתבסס על ראיונות עומק אישיים חצי מובנים. הגישה הפנומנולוגית עמדה בבסיסו של מחקר זה, כשורשיה נעוצים בגישה הפילוסופית הרואה ומבינה את עולם היום-יום (everyday world) מנקודת השקפתו של האדם החווה אותו. הגישה הפנומנולוגית מניחה כי בכל חוויה קיים מרכיב בלתי משתנה או תמצית משותפת (essence), כאשר קונטקסט סוציו-תרבותי שונה מעצב תפיסות שונות של החוויה (Moustakas, 1994; Spinelli, 2005). שיטת המחקר הפנומנולוגית עוסקת בייצוגיות של מושגים ולא בשכיחותם. לפיכך, תהליך הדגימה הוא מכוון מטרה (purposeful sampling) בו נבחרים באופן סלקטיבי אנשים המספקים אינפורמציה שלא ניתן להשיגה בדרך אחרת. גודל המדגם נקבע על פי מטרות המחקר ולא על פי עקרונות סטטיסטיים (Patton, 2002). שני עקרונות הנחו את תהליך הדגימה: עקרון התואמות המבקש למצוא משתתפים שימצאו מתאימים ביותר למטרת המחקר, ועקרון המלאות המתייחס לכך שהחומר שייאסף יהיה עשיר ומתאים לפיתוח מלא של החוויה (Morse, 1994). הדגימה התבססה על קריטריון משותף (criterion sampling) המאפשר אוכלוסיה מכוונת של 18 רופאים, בוגרי ההכשרה שנעשתה בשנת 2008 לאיתור ומניעת מצבים של ילדים נפגעי התעללות והזנחה, 14 עובדות סוציאליות ונציגות תחום אלימות במשפחה מטעם משרד הבריאות. משתתפי המחקר רואיינו תוך הקלטת הראיונות ותמלולם לאחר מכן. הציטוטים המובאים במסמך זה הינם כלשונם, כפי שנאמרו על-ידי משתתפי המחקר, והם תוקפו על-ידי שלוש חוקרות.

משתתפים

שלב א'

אוכלוסית המחקר כללה 18 רופאים העובדים ב-14 בתי-חולים ברחבי הארץ, מסיימי תוכנית ההכשרה אשר התקיימה על-ידי מכון חרוב בשנת 2008. רופאים אלו עברו הכשרה עיונית אליה התלוותה גם הכשרה מעשית, בארה"ב ובמרכז לסימולציה רפואית בתל השומר. נוסף על קבוצת

הרופאים, רואיין ד"ר יורם בן-יהודה, מרכז תכנית ההכשרה, אשר הציג את מטרות תוכנית הכשרת הרופאים כפי שתוארה לעיל.

משתתפי המחקר כללו 10 רופאות ו-8 רופאים, בעלי תפקידים שונים החל ממתמחים בשנותיהם הראשונות ועד למנהלי מחלקות ילדים, מנהלי מיון (ילדים) וכדו' אשר באמתחתם שנות ניסיון וותק רב.

תפקידי הרופאים בבתי-החולים השונים

הרופאים אשר לקחו חלק בהכשרה, משמשים כולם כרופאי ילדים. חלקם עובדים בחדרי מיון (ילדים) ואף מנהלי יחידות ומחלקות, ורובם משמשים בכובעים נוספים: רופאי ריאנות ילדים, רופא פגיה, רופא גנטיקה, נוירולוגים, מנהל מרכז ספורט לילדים ונוער. בנוסף, בחלקם הגדול משתתפי הקורס חברים בוועדות נוספות בבתי-החולים ואף מרכזים אותן (וועדות למניעת אלימות, וועדות חירום ועוד). רשימת העיסוקים המרשימה מדגימה את העומס הרב בו מצויים הרופאים (וכפי שגם יעלה מהראיונות בהמשך), דבר המקשה עליהם לעסוק בצורה אינטנסיבית בטיפול בילדים נפגעי התעללות והזנחה.

שלב ב'

ראיון עם נציגות משרד הבריאות: הגב' דבורה איציק, מנהלת תחום אלימות במשפחה מטעם משרד הבריאות וסגניתה הגב' זוהר לביא-סהר. מתוקף תפקידן יש בידיהן מידע על אופי והיקף הדיווחים על פגיעות בילדים וכן על המתרחש בבתי החולים.

שלב ג'

18 הרופאים עבדו ב-14 בתי חולים לצידן של 14 עובדות סוציאליות הפועלות בתחום איתור וטיפול בילדים נפגעי התעללות והזנחה. כולן רואיינו להשלמת התמונה על הנעשה בבתי-החולים ועל השינויים שחלו בעקבות ההכשרה. רוב העובדות מרכזות את הוועדה להגנת הילד. מבחינת ותק, הן נעות על רצף שבין כשנה במקצוע ועד 20 שנה. רובן, עובדות במחלקות ילדים ו/או חדרי מיון ילדים ואחת מהן היא מנהלת השירות הסוציאלי בבית החולים.

מהלך המחקר

מהלך המחקר כלל ראיון עומק חצי מובנה (in-depth semi-structure interview) שמטרתו להשיג תיאורים פתוחים של היבטי התופעה כפי שזו נתפסת מנקודת מבטו של המרואיין ומתוארת בשפתו (Fontana & Frey, 2000) כמו גם להעמיק את ההבנה של הנחקר בפירוש החוויות שלו. ראיון עומק מעין זה הוא ראיון פתוח, במהלכו החוקר מוודא כי כוסו כל הנושאים שיש לו עניין בהם והם מופיעים בתדריך הראיון (Padgett, 1998). הראיון התנהל בנפרד עם כל משתתף (רופאים ועובדות סוציאליות) באופן דינמי ואינטראקטיבי כך שלמרות שהכנו שאלות הממוקדות בנושאים המתייחסים לשאלות המחקר, השאלות וסדר הצגתן השתנו מראיון אחד לשני, דבר אשר אפשר לחקרת לנוע עם המרואיין בין נושא לנושא על פי הקצב והרצון שלו (Rubin & Rubin, 1995). הראיונות התקיימו פנים אל פנים (להוציא משתתף אחד שבחר להתראיין טלפונית). הראיונות התבססו על סקירת הספרות, ועל קריטריונים שנבחרו מראש על-מנת להעריך באמצעותם את תפוקות ההכשרה בה לקחו הרופאים חלק (ראה נספח 1: ראיון מובנה למחצה). המבנה הפתוח איפשר למרואיין להעלות נושאים נוספים על אלו שתוכננו מראש. מניתוח דברי המרואיינים עולות תימות אשר נבחנו במהלך ראיונות העומק. מתוך ממצאי המחקר עולה כי התימות אליהן התייחסו הרופאים ניתנות למיפוי במבנה הדומה למבנה התיאורטי: התייחסות ללקוחות, התייחסות להנחלת הידע ולצוות בית החולים, והתייחסות להכשרה בעתיד. להלן תיאורן:

תימות הקשורות בתפקיד איתור הלקוחות בסכנה והטיפול בהם

- תפיסת התפקיד המקצועי של הרופאים
 - תדירות הטיפול במקרי התעללות והזנחה
 - פרופיל המקרים המאותרים ומדווחים
 - איתור ודיווח על חשדות להתעללות והזנחה: קשיים והישגים
- כל המשתתפים הללו נבדקו בבחינה השוואתית לשניים שקדמו להכשרה**

תימות הקשורות בעבודה עם סביבת בית החולים (צוות, הורים וגורמים בקהילה)

- הנחלת תכני הידע לעמיתים נוספים
- גישת אנשי הצוות הרפואי והנהלת בית-החולים (על פי תפיסתם של הרופאים)

- במידה וקיימת בבית-החולים וועדה להגנת הילד : מהו טיב תפקודה, האם הרופא עובד בשיתוף ותיאום עימה?
- אילו תכניות או פרויקטים יושמו בביה"ח בשנה האחרונה?
- אלו קשרים מקצועיים מקיימים הרופאים עם נציגי פרופסיות החברות אליהם והאם חל בקשרים הללו שינוי בעקבות ההכשרה?

תימות הקשורות בהמלצות בהכשרות נוספות ובעשייה מקצועית

- המלצות לתכני הכשרה עבור רופאים ואנשי מקצוע נוספים בעתיד, כמו גם המלצות להמשך הכשרה וליווי לקבוצת הרופאים מסיימי התכנית הקודמת, במסגרת פורום הרופאים או במסגרות אחרות
- בדיקת השפעת פורום הרופאים על עבודתם היום-יומית ומענה על השאלה: האם השתתפות אינטנסיבית יותר בפורום זה (תדירות הגעה, נקיטת תפקידים דומיננטיים), משפיעה על תפקוד טוב יותר בטיפול בילדים בסיכון?
- המלצות הרופאים לשינויי מדיניות ונהלים לטובת המשך העשייה המקצועית

לבסוף, קטגוריית התימות האחרונה כוללת **תימות שעלו מתוך הראיונות עם נציגות משרד הבריאות ועם העובדות הסוציאליות בבתי-החולים** ונחלקת למספר סעיפים המקבילים לתימות שהעלו הרופאים (השינויים שחלו בעקבות ההכשרה, ידע נוסף הדרוש לעבודה, המלצות להמשך העשייה המקצועית וכדו').

אתיקה

קבוצת משתתפי המחקר ידועה מראש ולכן לא נדגמה בשיטת דגימה מכוונת או אקראית. בנוסף, משתתפי המחקר ידועים מראש ומוכרים לכל הגורמים הקשורים בתכנית ההכשרה בשמותיהם וכן במקומות עבודתם. עובדה זו חייבה אותנו להבטיח למשתתפי המחקר כי **סודיות דבריהם מובטחת**. הראיונות תומללו ויובאו להלן כלשונם אך ללא זיהוי המשתתפים, לא בשם, ולא בשמות בתי-החולים בהם הם עובדים. יש לציין כי זו גם היתה בקשתם של משתתפי המחקר, הם ביקשו לוודא כי תוכן דבריהם לא ייקשר בשמותיהם. אחד המשתתפים אף ביקש שלא להשתמש במכשיר ההקלטה בעת הראיון משום כך. יוצא מן הכלל הוא אזכור כמות הדיווחים אודות

החשדות לפגיעות או הזנחת ילדים, אשר יובאו להלן בזיהוי בתי-החולים הרלוונטיים. נתון זה איננו קשור רק במשתתפי ההכשרה (מושפע משאר אנשי הצוות של בתי-החולים) והם אישרו למסור אותו.

ממצאים

להלן יוצגו ממצאי המחקר על-פי תימות מרכזיות שהעלו המשתתפים.

איתור הלקוחות בסכנה והטיפול בהם

תרומת ההכשרה למשתתפים, שינויים בתפיסת התפקיד

תרומת ההכשרה למשתתפים נחלקת לשתי קטגוריות עיקריות: **צבירת ידע חדש, ושינוי תודעתי** – העמקת תחושת שליחות ומחויבות לתחום. לשינוי המיוחס לצבירת הידע יש גם חלק ביצירת השינוי התודעתי, שכן היחשפות לידע מעלה את המודעות לנושא ואת חשיבות העיסוק בתחום ומתוך כך – את תחושת השליחות המתלווה אליו. השינוי התודעתי היה לעיתים כל כך משמעותי, כפי שנראה להלן, שאף יצר בקרב הרופאים תפיסת תפקיד חדשה.

צבירת ידע חדש

צבירת הידע החדש נחלקת לשלושה גופי ידע בתחומים השונים: התחום הרפואי, התחום המשפטי, והתחום הסוציאלי.

התחום הרפואי – הידע הרפואי אותו רכשו המשתתפים בהכשרה היה לדבריהם מקיף ורחב ביותר **והעניק ביטחון רב** בעבודה המקצועית:

"הקורס הביא לשינוי בבית החולים מכל הבחינות, גם מבחינת ההתייחסות, גם לנושא וגם אלי, וגם מבחינת ידע של הצוותים בכל המחלקות. לדעתי זו פשוט מהפכה. לא שאנשים לא ידעו לפני זה אבל הם לא היו פנויים לזה, זה לא היה בסדר עדיפות שלהם, ולא היה להם מספיק ידע, ואני חושבת שהקורס הזה גרם לי לגרום למהפכה בבית-החולים".

רופאה אחת הביאה כדוגמא מקרה של תסמונת מינכהאוזן שטיפלה בו. בהכשרה היא רכשה גם את הידע המקצועי וגם את הביטחון כיצד לפעול במקרה:

"פשוט ישבתי עם המחברת של הקורס, קראתי את ההרצאה על מינכהאוזן, זה היה יום שלם בקורס, איזה פסיכיאטרית הרצתה לנו על איך עושים את ההתערבות ואני פשוט באתי מוכנה להתערבות הזאת וזה היה כמו בספר. בדיוק גם קראתי מה התגובות של ההורים אמורות להיות והכל קרה כפי שלמדנו, וזה שהייתי מוכנה לזה ודיברתי גם עם הצוות לפני שיהיו מוכנים לזה... הרגשתי שהייתי יותר קולית מכמה אנשים שם. ממש הרגשתי שבלי ההכשרה אז מי שם אותי בכלל לעשות כזה דבר? להגיד להורים כזה דבר חמור".

הידע הרפואי כלל לדברי המשתתפים גם את הטמעת הגישה הנכונה לנושא, מעבר לנהלים הרפואיים הטיפוליים (בדיקות וכדו'). כך למשל ציינה רופאה אחת כי הפנימה תודות

לקורס גישה המסייעת לה בדיבוב הילד, בשיחה עם ההורים, בהכנת הילד לבדיקה. היא תיארה כיצד התחולל אצלה שינוי בנושא שאף הפתיע את מנהליה:

"היה איזה מקרה של נער שסיפר על תקיפה. אני זוכרת שבאתי לבדוק אותו במיון, דיברתי איתו כשעתיים, ניסיתי להכין אותו לבדיקה, הוא סרב אך הסכים להתאשפז כדי שאבדוק אותו מחר, הוא היה זקוק לעוד זמן. באתי למחרת, עברתי אצל מנהל המחלקה שאנחנו מאד מקורבים, אמרתי לו 'באתי לבדוק את הנער' אז הוא אמר לי 'הוא לא ייתן לך לבדוק אותו'. אחרי שלושת רבעי שעה עברתי אצלו עוד פעם ואמרתי לו 'בדיקה תקינה' והמשכתי ללכת... זה הרבה הרבה מאד מה שלמדנו בקורס ובארה"ב על ההכנה לבדיקה, שזה משהו שרק בהכשרה אפשר ללמוד אותו. זה לא כמו לקרוא ספר, זה לראות, ראינו שם בארה"ב עשרות בדיקות של תקיפה מינית, איך הרופא מדבר אל הילד לפני. עשיתי לעצמי גרסה של זה בעברית של המשפטים ששמעתי שם. לא רק המשפטים, גם הגישה שלהם ואיך שהם מתמודדים עם זה, גם למדתי מהם המון איך לא יותר מידי להישבר מזה רגשית".

יוצאים מן הכלל הם שלושה רופאים אשר עסקו בצורה מסיבית בתחום האיתור וטיפול בילדים נפגעי התעללות והזנחה עוד קודם לקורס, ורכשו ידע נרחב במסגרת עבודתם (תיאורטי והתנסותי). יחד עם זאת גם הם ציינו את תרומתו של הקורס להעמקת הידע, ארגונו מחדש וחידוד של נקודות נוספות וחדשות. אחת מהן ציינה כי רכשה אומץ וידע לעסוק יותר בנושאים של פגיעות מיניות, וכן כי בעקבות כך היא רכשה מכשיר מיוחד לצורך הבדיקות (קולפוסקופ) (זאת ציינו גם רופאים נוספים). את הידע הרפואי היה ניתן לדברי המשתתפים לרכוש בקלות ואף ליישם.

התחום המשפטי – תרומה ראשונה משמעותית של פן זה היא היכולת לכתוב חוות דעת

מקצועית ומקיפה. תרומה זו צוינה גם על-ידי הרופאים שעסקו זה מכבר בתחום והיה להם את הידע הרפואי אך לא את הידע הדרוש לצורך כתיבת חוות דעת מקצועית. תרומה נוספת היא היכולת להעיד בבתי משפט, באופן כזה שעדותו של הרופא משמשת ראיה תקפה בפני עצמה.

"המשטרה, הפרקליטות, חוקרי נוער, מכירים בנו כגוף מייעץ. הפכנו להיות לגורמים

יותר משמעותיים מלפני כן. הפכנו להיות לגורמים ברי-סמכא. כאשר נחקרתי בבית-המשפט המחוזי הסתפקו בעדות שלי ולא היה צורך בעדות של המכון לרפואה משפטית באבו-כביר".

בנוסף, תרומת ההכשרה נוגעת גם להגדרת גבולות התפקיד של הרופאים. כאן לדבריהם אף ניכרת תרומתה של ההכשרה יותר מהתחומים הקודמים כיוון שרופאים, לדברי המשתתפים,

לעיתים רבות לא יודעים מהם גבולות העבודה שלהם ונוטים במקרים של תשאול הילד "לזהם את החקירה". את הבעייתיות בנושא הגדירו הרופאים באופן הבא:

"אנחנו לא מכירים את הנושא (המשפטי), אנחנו לא מתעסקים בנושא, אין לנו הכשרה בנושא. אני חושב שאחד ההדגשים הכי חשובים שגם נאמרו לנו בקורס, אמרו לנו ממה להיזהר, איפה לא להיכנס וזה דבר מאד מאד חשוב למישהו שלא בהכשרתו, במקצועו משפטן טהור בשביל להימנע מכל מיני דברים. כל התחום של איך לא להתחייב משפטית לא לזהם את החקירה, להגן על ה-case".

הגם שההכשרה חוללה שינוי בהגדרת גבולות התפקיד של הרופאים, שינוי זה כרוך אפוא לדבריהם בקושי רב ואורך זמן:

"קשה לאנשי המשפט לקבל אותנו כעדים מומחים.. וקשה מאוד ללמד רופאים מה החוק אומר. זה לא תמיד מעניין אותם, הם באמת מאמינים שהם עושים את טובת הילד ולא חשוב מה החוק אומר, לפעמים במחיר של פגיעה בחקירה, אז צריכים ללמד את האנשים האלה לפרטי פרטים מה זה אומר. לרופאים יש נטייה לדעת יותר טוב מכולם. כשמגיע נפגע של פגיעה מכוונת כלשהי: מינית, גופנית וכדומה בגילאים מסוימים אסור לחקור אותו או לשאול אותו או לתשאל אותו לפני חקירת ילדים. הרופאים ואנשי המקצוע צריכים לדעת מתי לעצור ומתי השאלות הופכות להיות שאלות מכוונות מידי שמזהמות את החקירה ומאד קשה להגיד לרופא מה שאתה אומר כל חייך לחולים שלך עלול לזהם חקירה ופה אסור לך להגיד את זה".

התחום הסוציאלי – פן זה נוגע לכלל העבודה עם המערך הסוציאלי: עובדות סוציאליות, פקידות סעד, מערכת הרווחה בבתי-החולים ובקהילה. גם כאן הוגדרה הבעייתיות בשינוי החשיבה הנדרש מהרופאים, הקשור בתפיסת התפקיד שקדמה להכשרה:

"הרופאים צריכים להבין שזה מסוג המקצועות או מסוג התחומים שהם לא עובדים לבד ובהרבה מאד מקרים הם אפילו לא העובדים העיקריים. יש לנו נטייה לצאת מנקודת הנחה שאלוהים נתן לנו את הדיפלומה וכל האחרים עובדים בשבילנו או מתחנינו. במקרים האלה זה לחלוטין לא נכון והרבה מאד מהעבודה היא עבודה של עובדת סוציאלית, פקידות סעד וחוקרי ילדים, הרופא צריך להבין מהר, בתחילת הדרך שהוא חלק ממערך ולא לבד... זה לא קל קונספטואלית אבל ברגע שאתה מקבל את זה אז אתה עושה עבודה הרבה יותר טובה".

רופאה אחת אף ציינה לגבי התחום המשפטי והסוציאלי שתרומת ההכשרה היתה במתן מידע בסיסי (ולא רק שינוי גישת עבודה):

"לפני כן (הקורס) היתה פחות מעורבות של המשטרה וגורמים כאלה, לא ידענו מה האספקטים, מה אתה יכול לעשות, מה חובתך לעשות, מה זה פקידת סעד? מה ההבדל בין עובדת סוציאלית לפקידת סעד?...".

שינוי תודעתי

בראש ובראשונה ציינו משתתפים רבים את **עליית המודעות** לפגיעות בילדים ואיתור מצבי הזנחה כתרומה ישירה של הקורס בו השתתפו. כתוצאה מכך "סף החשד" ירד וכעת הם יותר ערים לבדיקת נסיבות המקרים המגיעים לפתחם. הם ציינו כי צוותי העבודה היו מופתעים מכך שעם שובם מהקורס עלה לפתע מספר המקרים בהם התעורר חשד לפגיעה מכוונת או הזנחה. אחת המשתתפות ציינה את תגובת עמיתיה: "מאז שאת עשית את הקורס יש לנו פתאום מקרי התעללות או מקרי תקיפות... עכשיו, זה לא מאז שעשיתי את הקורס, (אלא) פתאום המודעות עלתה אז מגלים את המקרים האלו". משתתף נוסף ציין כי "המשימה הגדולה שלקחתי על עצמי בקטע הזה, זה להגביר את המודעות של כלל הצוות. על-ידי הרצאות מצד אחד ופגישות בוקר שיש לנו בחטיבת הילדים – פשוט כל פעם להגיד 'אולי צריך לחשוב גם על זה'".

משתתפת נוספת ציינה: "איך שמינו אותי התחילו להופיע המקרים כי פתאום את מודעת שזה ישנו".

נקודה נוספת שעלתה בהקשר זה היא "**תחושת השליחות**" המלווה את הרופאים המשמשים כנציגי בתי-החולים לטיפול בילדים במצבי התעללות והזנחה, נוכח עבודתם היומ-יומית הקשה:

"לפעמים אני שואל את עצמי למה לקחתי על עצמי להתעסק עם כזה דבר? בקטע הזה זה תחום שלפעמים הוא קשה, אתה רואה את כל המשפחות האלה וכל התסכולים, **בהחלט זה לא קל, ואתה מרגיש שזה תחום שיש בו כל-כך הרבה מה לעשות**... לפעמים אתה אומר למה הכנסתי את עצמי לבוך הזה.. תראי, זה תחום מרתק אבל זה תחום לפעמים שכל-כך מתסכל".

"מאז שהתחלתי בעניין הזה המיון הפך להיות העבודה שלי, כל האנרגיות שלי מושקעות בזה. זה לא פשוט, הרבה פעמים אתה הולך הביתה עם משקעים. זה סוג של שליחות. שליחות זה קצת בומבסטי אבל כל פעם שאני רואה אנשים שמתנדבים בכל מיני מקומות אני אומרת זאת ההתנדבות שלי, זו התרומה שלי לקהילה".

"אני מרגישה שחלק מהעבודה שלי זו שליחות כי אם לא אני אז מי? ככה לימדו אותי ההורים שלי, אם אני עושה משהו אז אני עושה את זה טוב או שאני עוזבת את התחום. אבל זה

באמת אחד מהתחומים שאתה לא תקבל תגמול אף פעם. אני תמיד מספרת לכל החברים שלי מהעבודה, אנחנו באנו לקורס הזה, לכל אחד מאתנו יש התמחות, תת-התמחות, וזה לא העתיד, לא יהיה פה עתיד לא מבחינת לפתוח מרפאה, לפתוח קליניקה פרטית. כשאתה הולך ללמוד אנדוקרינולוגיה, גסטרואנטרולוגיה, המטרה שלך חוץ מלקבל מקצוע מעניין, אתה חושב שבאיזשהו שלב זה יגרום לך להרוויח יותר, פה חוץ מכאב ראש אף אחד לא יקבל שום דבר, כלומר הזמנות לבית-משפט, והתנגדות בהנהלה והתנגדות במחלקות מסוימות... זה באמת לא נותן הרבה לאגו שלי כי אני כל פעם מתלבטת אם עשיתי נכון ואם נהגתי נכון להגיד את זה למשפחה, לדווח או לא לדווח, אין-סוף התלבטויות..."

"אני חושב שהמטרה שלנו היא הרבה יותר מאשר לטפל בילדים האלה. **המטרה שלנו היא לשאת את הבשורה (הגברת המודעות לחשיבות העניין) ולצאת איתה החוצה וללכת איתה לקהילה, וללכת איתה לבתי-ספר. להיות באמת האנשים שיוצאים עם זה החוצה.**"

תחושת השליחות המלווה את הרופאים, היא זו אשר מאפשרת להם, לדבריהם, להמשיך בעבודתם חרף הקושי הרב הטמון בכך. כדוגמא לכך ציינה אחת המשתתפות את האמביוולנטיות ברצון להגן על הילד על-ידי עצירת הפגיעה (המכוונת או הרשלנית) לצד החשש מהתוצאות הקשות של פעולה זו: הוצאת ילדים מהבית והרחקתם מהוריהם. העיסוק בכך הוא כמעט בלתי אפשרי אילולא תחושת השליחות והמחויבות המלווה את הרופא:

"ידעתי שצריך משהו לזה כי זה נושא נורא חשוב אז זה בעצם מה שגרם לי ללכת על זה. אני לא יכולה להגיד שהיתה לי חיבה אישית לתחום לפני, כי זה די זוועה לי, אבל **מתוך המחויבות** אני חושבת, **מחויבות גם כלפי הילדים וגם כלפי המערכת.** אני לא נהנית מזה. אני מאמינה שאף אחד לא נהנה מזה. **וגם הסיפוק קורה לעיתים מאד רחוקות.**"

ניתן אם כן לראות את השינויים ברבדים שצוינו לעיל: צבירת הידע בשלושת התחומים (רפואי, סוציאלי, משפטי) והשינוי התודעתי (עליית המודעות והעמקת תחושת השליחות), כחלק ממארג אחד גדול אשר שינה את עבודתם של הרופאים מן הקצה אל הקצה. דומה כי העובדה שהשינוי התרחש בכל אלו גם יחד איפשרה שינוי כה משמעותי: תחילה רכשו הרופאים כלים מעשיים רפואיים לפעול בתחום האיתור וטיפול בילדים בסיכון. ידע זה גם סיפק להם **ביטחון רב** בעבודתם; לזאת תָּבֵר הידע המשפטי המגדיר את **גבולות העבודה** שלהם (ומשליך גם על החלק הרפואי במהלך הבדיקה, התשאול וכדו'); הידע הסוציאלי אף הוא היה נחוץ לתיחום תפקידיו של הרופא אל מול עמיתיו (עו"ס, פק"ס ועוד) יחד עם הָכוּונה כיצד לפעול עימם **בשיתופי פעולה**; ולבסוף, החשיפה לתחום החדש (לרובם של הרופאים) שהלכה והעצימה עם ההכשרה, העמיקה

וחידדה בהם את המודעות לעניין ותחושת השליחות שהגבירו את הפנמת הידע הנרכש בכללותו והמוטיבציה ליישמו.

עליית הדיווחים במונחים כמותיים

במרבית בתי-החולים אין תיעוד מדויק של מקרי החשדות לפגיעה ואף לא של הדיווחים. אלו הן ההערכות שמסרו הרופאים (בהמשך תוצגנה הערכות משרד הבריאות):

איכילוב: כ-50 מקרים בשנה. לפני כן – מקרים בודדים בשנה.

סורוקה: מספר המקרים (חשדות) הכפיל את עצמו בשנה האחרונה: כ-160 מקרים ב-2009, לעומת כ-80 מקרים ב-2008.

אסף הרופא: כ-50 מקרים בשנה, לעומת מקרים ספורים ביותר לאורך השנים הקודמות.

פוריה: כ-150 מקרים בשנה, לעומת 24 מקרים בשנה בתקופה שקדמה להכשרה.

הדסה עין-כרם: כ-50 מקרים בשנה. לפני ההכשרה הרופאה לא עסקה בנושא ואין לה נתונים על-כך.

בני-ציון: כ-40-50 מקרים של חשד לפגיעות מיניות בשנה. אין נתונים על סוגי פגיעות אחרות. לפני כן כלל לא טיפלו בילדים נפגעי תקיפה מינית.

שניידר: ב-2009 כ-540 מקרים, לעומת כ-430 ב-2008 (הרופאה סייגה כי אין לזקוף זאת בהכרח רק לטובת הקורס, שכן נרשמה עלייה גם משנת 2007 בה היו 330 מקרים וזאת לדבריה הודות לתקשורת ועוד).

רמב"ם: אין הערכה של כמויות, אבל המספרים הולכים ועולים.

קפלן: הרושם הוא שהמספרים עלו.

מאיר: הערכה של עשרות מקרים בשנה (אין מידע על ההיקפים שקדמו להכשרה).

תל השומר: בבית-חולים זה פועל מזה מספר שנים המרכז להגנת הילד בצורה יסודית ומקיפה כך שלא ניכר שינוי במספר הדיווחים על חשד לפגיעה או הזנחה. הנתונים הקיימים הם: כ-200 מקרים בשנה. 40-50% מתוכם מדווחים לשירותי הרווחה.

(בבתי-החולים זיו, העמק, ביקור חולים, הר-הצופים, אין נתונים מדויקים. בחלקם יהיו בקרוב כיוון שבבתי-החולים הולכים לקראת מבדק של משרד הבריאות).

מהערכות אלו עולה בצורה חד משמעית כי הרופאים מדווחים, רובם ככולם, על כך שהשינויים לא רק חלו בתפיסת התפקיד ותחומי האחריות שהורחבו, אלא אף מעוגנים בתוצאות

כמותיות בשטח. תוצאות אלו מעידות כי תשומת ליבם המוגברת לנושא נותנת את אותותיה בהליכים מעשיים שננקטים ובסיוע למעגל רחב יותר של ילדים מבעבר.

פרופיל המקרים המאותרים ומדווחים

המקרים המאותרים ומדווחים מתאפיינים בשני סוגים עיקריים של פגיעות מכוונות: **פגיעות גופניות ופגיעות מיניות**, וכן בסוג שלישי של **מקרי הזנחה**, שהוא על-פי רוב הנפוץ ביותר מבין השלושה. דרך הטיפול בשני סוגי הפגיעות הראשונות (המכוונות) עשויה להיות ברורה וגם הצורך בדיווח איננו מוטל במקרים אלו בספק. לגבי הסוג השלישי של מקרי ההזנחה, לא תמיד ברור האם מקור הפגיעה היא רשלנות ההורים או פגיעות שמקורן בחוסר תשומת לב ולאז דווקא הזנחה מכוונת או חוזרת ונשנית. במקרים שמסתבר שההזנחה אינה מכוונת ואיננה תוצאה של רשלנות ההורים נטיית הרופאים היא לא לדווח על המקרה. תת פרק זה ינתח את נקודות המבט של הרופאים על המקרים וייתחם אליהם תוך דיון במאפיינים הסביבתיים של הילדים ומשפחותיהם.

כאשר נשאלו הרופאים אודות קווים מאפיינים של האוכלוסיות המאותרות ומדווחות הם ציינו כי בחלקן הגדול מדובר באוכלוסיות קשות יום, המאופיינות **ברמה סוציו-אקונומית נמוכה**, וחשופות לעיתים להתמכרויות של אלכוהול וסמים. רופאה אחת ציינה כי במרבית המקרים אשר מגיעים על רקע הזנחה, מתברר כי המשפחה מטופלת ברווחה (במקרים כאלה חשה הרופאה כי הדיווח על המקרה אף מיותר).

באשר למקרי ההזנחה, חזר ונשנה המושג "**הזנחה מוסדית**" (כפי שהם כינו הזנחה סביבתית) כמאפשר זווית הסתכלות שונה על המקרים המטופלים. אוכלוסיות רבות (ביניהן אוכלוסיות מיעוטים, ערבים, חרדיים), חיות בתנאים סביבתיים קשים. הרופאים ציינו כי הם מעניקים את הטיפול המתאים ואף את ההדרכה הדרושה להורים, אך בסופו של יום, יחזור הילד לאותה סביבה מוזנחת וטומנת פגיעות (מפגעים סביבתיים, מפגעים תברואתיים, חשיפה לסמים) והיכולת להטיל את האחריות לכך על ההורים מוטלת בספק:

"יש פה אוכלוסיה בדואית נורא גדולה שגרה בפזורה. זאת אומרת, לא ביישובי קבע מסודרים. אורח החיים שלהם מאד שונה משלנו, הם ילדים שמסתובבים בחוץ כל היום, הם גרים באוהלים שהם לא מרוצפים, אז מה שיכול להראות בעיני כהזנחה, בשבילם זה אורח חיים, אני לא יכולה לשפוט את זה כהזנחה בכלל".

למעשה, טוענים רופאים אחדים, שההזנחה המוסדית משמרת את הפערים בין האוכלוסיות. להזנחה זו פנים נוספות מצד הרשויות: העדר צוות מקצועי רחב ומספק וטיפול סוציאלי מקיף. דוגמאות לכך היא הימצאותו של פסיכיאטר ילדים, אחד ויחיד (ובחלקיות משרה), בכל מזרח ירושלים, תקציבי חינוך וטיפול סוציאלי לקויים ועוד. הבחנה זו משקפת את התהליך שעברו הרופאים. התייחסותם ללקוחות המטופלים על-ידם התרחבה על מעבר לטיפול הרפואי ואף אל מעבר לאבחון מצבי התעללות והזנחה. הם בוחנים לעומק ממה נובעים מצבי ההזנחה, והאם וכיצד ניתן למנוע אותם, כמו גם האם יועיל הדיווח אודותיהם להמשך טיפול אפקטיבי במקרים אלו.

אגב פרופיל המקרים השכיחים, דנו הרופאים **במאפיינים תרבותיים** של האוכלוסיות אשר מקרי ההתעללות וההזנחה שכיחים בקרבם. המאפיין הראשון היה **סגירות** של אוכלוסיות מסורתיות **והקושי לחדור אל תוכן** ולהשיג את שיתוף הפעולה של הגורמים בקהילה. **המגזר החרדי** תואר כייחודי בהיבט הזה של הסגירות שבו וכן ברצון לטפל במקרים באופן עצמאי. התוצאה היא טיפול של הקהילה החרדית (אם בכלל), שלא בהכרח תואם את יעדי הטיפול הרצויים מבחינת הצוותים המקצועיים. **המגזר הערבי** צוין כמערים קושי בהיותו אדיש לתחומים הללו, ועל-כן הקושי לגייסו ולזכות בשיתוף פעולה. בנוסף צוין כי במקרים של פגיעות מיניות, האוכלוסיות הללו (חרדיות וערביות) נוטות שלא להוציא את המקרים הללו "החוצה". גם אם הילד יגיע לטיפול עלולה להיות "השתקה" של נסיבות האירוע:

"הקהילות הללו (ערבית וחרדית) סגורות, לא מוציאות דברים החוצה, משמרות את הדברים בפנים. אם דוד אונס נערה, במגזר הערבי לא ידווחו על זה כי זה פוגע בחמולה, וגם במגזר החרדי – זה פוגע בסיכוי של הנערה ובאחיה ואחיותיה להתחתן, לקבל שידוך טוב".

דברים אלו עלו מדבריהם של כל הרופאים אשר מטפלים במגזרים אלו. מעבר לבעייתיות בטיפול בלקוחות מקרב המגזרים, עלה גם הקושי בעבודה עם פקידי הסעד מהמגזר הערבי שהתנהלותם איננה מקדמת את הטיפול בנושא. לעיתים רבות הם אינם רואים לנכון לפעול בחומרה הנדרשת כפי שסוברים הרופאים. על כן הועלתה החשיבות של **עבודה עם מנהיגי המגזרים והעלאת המודעות בקרבם**, אם כי, ציינו הרופאים, שאין ביכולתם להתפנות לכך בשל הזמן והעבודה הנדרשים לכך.

המגזרים הללו: החרדי והערבי, "**מועדים יותר לפגיעות**", לדברי הרופאים גם בשל מצב סוציו-אקונומי נמוך יותר, גם בשל הילודה הגבוהה, וגם בשל **תרבות ענישה** מקובלת ונוקשה

יותר. במגזרים אלו הכאת ילדים היא לעיתים רבות דבר לגיטימי ומקובל, בעל צידוק ותמיכה תרבותית.

דוגמא נוספת לפגיעה המזוהה כתלוית תרבות היא הרעלת אלכוהול. הרופאים תיארו ילדים המשתייכים לתרבויות בהן שתיית אלכוהול במינונים גבוהים הינה דבר שבשגרה (בקרב יוצאי חבר העמים), גם כשמדובר בילדים. ושוב עולה הדילמה – האם יש כאן מקום להתערבות מקצועית? האם יש להניח זאת ולומר ההורים אינם חפצים לפגוע בילד אלא משתייכים לתרבות שכזו?

מדבריהם של הרופאים ניתן אפוא לראות כי רכשו תובנות ייחודיות לעבודתם עם המגזרים השונים אשר באות לידי ביטוי בכמה מובנים: ראיית נסיבות הפגיעה באור אחר; הבנת השלכות דרכי הטיפול שלהם על האוכלוסיה; המודעות לצורך בעבודה מקיפה עם האוכלוסיה ועם מנהיגיה (לצד הקושי שביישום תובנה זו) ועוד. גם כאן שבה ועולה תרומתה של ההכשרה **מעבר להיבטים הרפואיים**, בהיותה כוללת ומקיפה את כל **ההיבטים הרב תרבותיים** ומקדמת רגישות תרבותית המאפשרת לרופא להגיש את סיועו על הצד הטוב ביותר.

דיווח על חשדות להזנחה או התעללות

נוהלי הדיווח המלווים את עבודתם של הרופאים כוללים פניה לשירותי הרווחה בקהילה. בדרך-כלל ציינו הרופאים כי **הם או העובדת הסוציאלית של בית-החולים (או שניהם) מבצעים את הדיווח**. כאמור, הנטייה היא להימנע מדיווח למשטרה כיוון שצעד זה הינו בלתי הפיך, והוא שמור למקרים מועטים אשר בהם ברור שהפגיעה מכוונת ויזומה ולא באה על בסיס חוסר מודעות. ברוב המקרים מדווחים האירועים לפקידות הסעד או לעובדות הסוציאליות בקהילה (ראה נספח מס' 2: טופס דיווח לדוגמא). ניתוח הראיונות העלה בעיות ודילמות בשני כיוונים: **תת-דיווח ודיווח יתר**.

לגבי **תת-הדיווח** תיארו הרופאים תופעה של **הישנות מקרי התעללות והזנחה**: ילד שחוזר ומגיע עם פגיעות מכוונות או תוצאות של הזנחה, או ילד אחר החוזר ומגיע מאותה המשפחה. הם ציינו שהתופעה קיימת אם כי לא ידעו לדבר על מספרים מדויקים. דובר על כך שבקרב ילדים נרצחים, קדמו לכך בכ-30% מהמקרים ביקורים קודמים במיון על רקע פגיעות שבדיעבד התבררו כמכוונות וייתכן כי אם לא היה **תת-דיווח בראשיתו, המקרים הבאים היו נמנעים**. לאחרונה היתה דוגמא לכך באחד מבתי-החולים אליהם הגיעה ילדה ללא רוח חיים. בבירור מעמיק התברר כי זו היתה הגעתה השלישית למיון. בפעם הראשונה בה נפגעה נשלחה

בחזרה לביתה ללא המשך בירור מעמיק. בפעם השנייה דווח המקרה לשירותים הסוציאליים בקהילה אך לא התבצעו הליכי טיפול דרמטיים במקרה וכך הגיעה אל סופה המר.

אגב כך, העלו הרופאים סברה כי העובדה שאינם שבים ונתקלים בפגיעה חוזרת באותו הילד או ילד אחר באותה המשפחה, סיבתה נעוצה בכך **שההורים כבר חשים כי הם תחת בקרה. במקרה כזה, יפנו לבית-חולים אחר או אף לא יפנו כלל.** משמעות הדבר היא שטיפול יסודי במקרה ובירור מעמיק של נסיבותיו הכולל דיווח על המקרה, עלול בסופו של דבר להפחית את הסיכויים להעניק טיפול ראוי בהמשך. כיוון שההורים חשים כאמור שהם "על הכוונת" הם ימנעו מחיכוך נוסף עם הצוותים הרפואיים שאיתרו את הבעיה זה מכבר. למלכודת זו אין לעת עתה פתרון, מעבר לתקוות הרופאים כי תודות לדיווח המקיף שלהם נפקחות עיניהם של גורמים נוספים בקהילה (עו"סים ועוד) אשר יערבו לשלום הילד (לחילופין, יש לציין כי סברה אחרת של הרופאים אשר הוצגה במהלך הראיונות גורסת כי הורים אשר יחוו תהליך בירור קפדני לגבי פגיעת הילד עשויים להימנע מלפגוע בו בשנית).

לגבי דיווח יתר, ציינו הרופאים את הרתיעה לדווח מחשש לתוצאות שליליות של פעולה זו. דוגמא מרכזית שצוינה לכך היא דיווח על פגיעות מיניות באוכלוסיה הערבית/בדואית. חשיפת מקרים מעין אלו, עלולה, ואף הובילה כבר בעבר, לרצח של אותן ילדות הנתקפות. במקרה זה טובת הילדות עשויה להיות חוסר הדיווח:

"יש לנו תסכול מאד גדול עם מה שקורה בחברה הבדואית. לדוגמא, מגיע מקרה אונס של נערה שהיא עוברת התערבות או משהו אם יש היריון לא רצוי. בסופו של עניין, אם היא לא מוכנה לדווח לנו יש בעיות מאד קשות עם העניין הזה. כי אם אנחנו חושפים את המקרה הזה אז היא בסכנת חיים מיידית. פעמים רבות אנחנו עומדים בפני דילמה אתית. מצד אחד החוק מחייב אותנו לדווח, מצד שני, אם אתה מדווח אז כל חקירה שתעשה פה שבה היא תחשוף מישהו, יכולה לעלות לה בחייה. הפתרונות בחברה הזאת לא גדולים. גם בחלק מהמקומות רשויות הרווחה עם תגובה שבעינינו היא די לקויה בחלק מהמקרים, וגם אזלת יד כזו מול התרבות שלהם ומול האמונות, אתה לא יכול הרבה להזיז... אז או.קיי. יש לך כלים לאבחן אבל מה תעשה הלאה? היתה לנו נערה בדואית שהוצאנו מהבית, שלחנו אותה למקלט. היא עד הרגע האחרון לא חשפה למה היא לא רוצה לחזור הביתה. שדרה מצוקה דרך כל מיני כאבים גופניים ובסוף היא אמרה חד משמעית שהיא לא חוזרת הביתה. נערה כזו למשל, מבחינת גורל עתידי, ברגע שנערה בדואית יוצאת מהבית הסיכוי שלה לחזור ולהשתלב במשפחה ולהתחתן הוא הרבה יותר קשה. עכשיו נערות שיוצאות מהבית בחטף, שאנחנו מחליטים על סיכון גבוה ומעבירים למקום סמוי, לחזור

בשבילן – זה אין דרך חזרה, ואז מה? ההתמודדות היא לא פשוטה בכלל. צריך להסתכל קדימה אבל אין לנו פתרון עד שלא יהיה שינוי תפיסתי”.

משתתפת נוספת ציינה אף היא את **כובד המשקל המונח על כתפיה בהחלטה על גורלו של הילד**. היא ציינה כי ילדים מושהים בבית-החולים במסגרת של “אשפוז הגנתי” ובעקבות הכרעתה של וועדת ההחלטה לגביהם, נקבע גורלם – לשוב לביתם או להתפנות למשפחה אומנת (או כל סידור אחר). וועדת ההחלטה במקרה זה כוללת: רופא ילדים, עו”ס מטעם בית-החולים, אחות, עו”ס מהקהילה, ופקידת סעד (לעיתים משטרה, חוקרי ילדים, רופא ילדים, עו”ס מטעם בית-החולים, הדעת של פקידת הסעד). הגם שההחלטה הסופית איננה בידיו של הרופא בלבד, **הרי שחוות הדעת המשמעותית עליה מסתמכים לצורך קבלת ההחלטה היא של הרופא המעורב במקרה**. תיעוד ממצאי הפגיעה וחוות דעתו אודותיהם הוא שיכריע את ההחלטה. אחריות זו לדבריה של אותה רופאה היא כבדה מנשוא וגם לאחר ההכשרה היא חשה תסכול וחוסר אונים שאין בידיה את כל הכלים לקבל את ההחלטות כראוי (לא משום שההכשרה היתה חסרה אלא כי כל פתרון אפשרי מורכב).

צוינו גם השלכות אישיות על הרופאים עצמם. היו מקרים בהם רופאים התלבטו אם לדווח על חשש של פגיעה מכוונת על-ידי ההורים משום שהורי הילדים היו במקרים אלו בעלי מעמד גבוה והשפעה (אחד מהם לדוגמא, היה עורך-דין בכיר), והרופאים חששו ממחיר אישי בחשיפת הפרשה.

גם בנושא של הדיווח לרשויות ניתן אפוא לראות כי הרופאים עושים שימוש בידע שרכשו, אשר הינו רחב הרבה יותר מידע רפואי גרידא, בנושא. הם נדרשים לסוגיות אתיות הוות גורל ומפגינים גילויי אחריות רבים בטיפולם בנושא.

עבודה עם סביבת בית החולים והנחלת הידע

הנחלת הידע והגישה המקצועית לצוותי העבודה, הישגים וקשיים

הנחלת הידע לצוותי העבודה בהם משולבים משתתפי ההכשרה מאפיינת את כולם במינונים השונים. גם כאן פעמים רבות ניתן הדגש על **עליית המודעות** בקרב הצוותים הרפואיים לאיתור ודיווח מצבי התעללות והזנחה בילדים, נוסף על המידע וההדרכות הרפואיות שניתנות. ביטאה זאת אחת המשתתפות:

“בהרצאות לדוגמא לטכנאי רנטגן, שהם אלה שעושים את הסקירות שלד, אני לא צריכה

ללמד אותם את כל הקטע הקליני הרפואי, הם לא צריכים לדעת על מחלות מין לדוגמא, אבל

שיהיו ערניים כשילד יבוא ויוריד חולצה לצילום חזה כשיש חשש לדלקת ריאות והם יראו סימנים על הגב, זה מה שאני רוצה, **אני רוצה שיהיה להם את המודעות** כשילד מוריד חולצה והוא רואה סימנים כחולים על הגב שהוא לא מתעלם מזה. הוא לא צריך לדעת הכל, בשביל זה אני פה, אבל הוא צריך לדעת להרים טלפון. שזה בעיקר מה שאני רואה המטרה של ההרצאה, חשד סביר, שאנשים יהיו עם עיניים פתוחות, ברגע שיש חשד – תגידו”.

הרופאים תיארו תהליך לא פשוט של הפנמת האחריות להרחבת תפיסת התפקיד גם בקרב הצוותים הרפואיים השונים:

”הם לא רואים את עצמם כמטפלים בילד אלא הם מטפלים רק בשבר, הם מטפלים בכוויה אבל לא בילד”.

התהליך אותו הם מנסים לקדם הוא כאמור הגברת המודעות בקרב כלל הצוותים הרפואיים, ש”יידלקו להם יותר נורות אדומות”, שידעו לקרוא להם לאבחון מקרים. “זה תהליך שלוקח המון זמן לקדם אתו. גם בתוך בית-החולים להביא למצב שאנשים יהיו יותר ערניים, שאנשים יפנו ילדים גם ממחלקות מחוץ לחטיבת הילדים, (לדוגמא) אורטופדיה. אתמול קיבלנו הפניה מעיניים, הייתי ברקיע השביעי, ילד שהגיע למרפאת עיניים ומשהו היה נראה להם לא בסדר. עצם הפעילות שלך והנוכחות שלך גורמת לאנשים לחשוב על זה יותר”.

רופאים רבים ציינו כי העמידו את עצמם לאחר ההכשרה ככתובת לפניה, להתייעצויות, וחבריהם לעבודה יודעים לפנות אליהם בעת הצורך ולהסתייע בידע שרכשו. הם ציינו דוגמאות לכך שבהן רופאים ואחיות בתי-החולים, שקיבלו מהם הדרכה, ידעו לשים לב לסממנים של פגיעה מכוונת ודיווחו להם על כך לעומת רופאים אחרים שלא היו מודעים לפגיעה המכוונת בילדים:

”למשל לא מזמן רופא פלסטיקאי כמעט הרג אותי. קראו לי למיון טראומה, כי רופא כירורג חשד, אחד מאלה שבתחום חשד... הוא אומר לי אם את יכולה להיכנס לראות, ואני שואלת איפה התיק של הילדה אני מחפשת אותו, אז אני רואה שרופא פלסטיקאי כבר חתם שחרור. הוא אומר לי 'מה את רוצה, אני משחרר אותה'. אז אמרתי לו: 'אתה שאלת איך קרתה לה כווייה? מאיפה לילדה בת 12 יש כווייה פה ואומרים נשפך עליה תה? שאלת מאיזה גובה? איפה התה היה מעליה? איך הגיע לה התה לכאן בכלל?' מסתכל עלי 'ככה', מה אני רוצה בכלל, זה ממש לא היה מובן לו”.

”...נתתי הרצאה בפורום טראומה והיו הרבה מרדימים בהרצאה, וזמן קצר אחרי זה, קראו לי 'בואי לחדר ניתוח אם את יכולה, יש ילדה שאנחנו חושדים שהיא פגועה'. כשעמדו להכניס לה נר

פתאום ראו שלמטה הכל פתוח.... מהקטע הזה אמרו רגע, זה לא נורמלי שזה פתוח אז קראו לי להתייעצות שם".

"הרגלתי את הרופאים שלא עוברים לסדר היום על כווייה, על חבלה, ומקבלים פשוטו כמשמעו את מה שההורה אומר. אלא בודקים האם הסיפור תואם את הממצאים, את הגיל הכרונולוגי של הילד את הגיל ההתפתחותי שלו".

רופאה אחת ציינה כי שמה לה למטרה "לחנוך" סטאז'ר נוסף במחלקה (מיון), להעביר לו את הידע והמודעות שרכשה בהכשרה בצורה מקיפה ולהפוך גם אותו לפעיל בנושא, כך גם ממילא יוכל בית-החולים לתת מענה מקיף יותר.

נראה כי רוב הרופאים מנסים להעלות את המודעות לאיתור ילדים נפגעי התעללות והזנחה בקרב כל בעלי התפקידים העוסקים בתחום בבית-החולים. כאשר נשאלו הרופאים כיצד מקבלים עמיתיהם את השינוי שהם מנסים לחולל, בעליית המודעות, בהנחלת דפוסי עבודה, רובם דיווחו על תהליכים מוצלחים, אם כי בחלקם, הם טענו, הם כרוכים באי-נעימות מול העמיתים:

"מבחינת הרופאים, בסך-הכל מקבלים את זה. במיון יש כאלה שמתייחסים אלי קצת בתור ה"נודניק" אבל בסך-הכל בסדר. מבחינת האחיות המודעות היא די טובה, יותר (מאשר) בקרב הרופאים הבכירים, אתה עדיין מרגיש שלמרות שאתה מרגיש שדווקא הם שמעו אותך ואת הכל, עדיין אתה מרגיש לפעמים שיש עוד הרבה עבודה להעלות את המודעות".

חלק מהמשתתפים ציינו כי הבעייתיות הכרוכה בהנחלת הידע והגישה לצוותים הרפואיים נובעת משתי סיבות: האחת, האחריות המקצועית לספק לצוותים הרפואיים את כל הידע המקיף הנדרש. השניה, הקושי של צוותי העבודה לקבל את נציגי בתי-החולים שעברו את ההכשרה כסמכות ולהישמע להם. כמענה לשתי הנקודות הללו הציעה אחת המשתתפת כי בעת שתערכנה ההכשרות המקיפות (כפי שלקחה בהם חלק קבוצה זו), יוזמנו רופאים מבתי-החולים באופן נקודתי למספר הרצאות (בודדות) העוסקות בעבודתם היום-יומית. כך למשל, אם טכנאי הרנטגן יוזמנו להדרכה כיצד לבצע צילומים מקיפים במטרה לשלול/לאמת פגיעה מכוונת בילד, תוסר האחריות לכך מכתפיו של הרופא, הן ברמת הנחלת הידע המקיף והן ברמת הקושי להוות סמכות מכשירה ומדריכה. הדגש, לדברי המשתתפים, צריך להינתן על הדרכת הצוותים הרפואיים כיצד לבצע את הבדיקות הדרושות כמו גם לכתוב את דו"חות המקרה המתאימים (רופאים שצוינו כרלוונטיים לכך הם: רופאי ילדים, כירורגים-ילדים, גניקולוגים, רופאי עיניים, פלסטיקאים, מומחים למחלות זיהומיות, רופאי ילדים בקהילה וכן טכנאי רנטגן ופיזיותרפיסטים).

כך תיארה אותה רופאה את הבעייתיות ואת המענה האפשרי בדוגמת הכשרה משותפת:

"קשה לקבל אותנו כסמכות, חשוב להבין שיש הבדלים בספרות המקצועית, מה שכתוב אצלנו בספרות זה לא מה שכתוב אצל רופאי העיניים בספרות ולא מה שכתוב ברנטן בספרות. דווקא יום כזה (הכשרה משותפת) יהיה יום של הפריה הדדית עם גיבוש..... פרוטוקול משותף שמקובל על כולם. אחרי זה אני לא צריכה בכלל להתקשר להגיד לו (מה לעשות). אני בסך-הכל מפעילה פרוטוקול ברור. זה לא התפקיד שלי לרתום אותו לנושא, להסביר לו מה אני חושבת שצריך לעשות. יש לנו כבר שפה משותפת, יש לנו פרוטוקול: הילד חשוד בפגיעה, הוא מתחת לגיל שנתיים, הוא עושה סקירת שלד, כולם יודעים מה זו סקירת שלד, הוא הולך לרופא עיניים, כולם יודעים שרק הרופא עיניים הזה בודק כי הוא המומחה לתחום הזה והזה והוא יודע בדיוק מה אנחנו מחפשים, וכולנו מגויסים לזה. עכשיו זה לא עשרות אנשים, זה לא בשמים. מה זה יום אחד בשביל רופא עיניים להצטרף לכמה שעות לקורס הזה?". למעשה הרופאה הזו כמו עמיתיה, מצפה למיסוד הקשר בינה לבין עמיתיה הרופאים, כאשר לכל אחד יהיה תפקיד המתאים למומחיותו. קשר מסוג זה יכול גם שפה מקצועית משותפת ובהירה שתאפשר הבנה וקיצור תהליכים, כמו גם הסכמה על הגדרות תפקידים.

נקודה נוספת שעלתה אגב הנחלת הידע לעמיתים היא **הקושי להפנים את העובדה שהורים אכן יכולים להתעלל בילדיהם**. צוותים רפואיים רבים מתקשים להאמין בכך וקשה לשכנע אותם שהדברים אכן עלולים לקרות וממילא לפקוח עין על טיב המקרה המגיע לפניהם ונסיבותיו:

"תמיד נורא מרחמים כמובן כשבא מקרה כזה, זה מזעזע וקשה לחשוש בהורים שהם הורגים את הילדים וכל מיני כאלה דברים אבל זה קורה. זאת אומרת יש לזה תיעוד".

"בן-אדם שלא למד שיש התעללות בילדים אז למה שהוא יחשוד בזה? למה שהוא יחשוד שהורים שמביאים את הילד ודואגים לו שיטפלו בפצעים שלו הם יכולים להיות אלה שפגעו בו?"

"אנשים רואים הורים שנראים נחמדים אז 'לא זה לא יכול להיות, זה הורים נחמדים', אז יכולים גם לא להעביר לך (לרופאה) אינפורמציה, כי זה לא יכול להיות, מה שמספרים (נסיבות הפגיעה) לא נשמע הגיוני אבל הם כאלה נחמדים שזה לא יכול להיות בכלל".

מן האמור מעלה עולה כי חלו תפניות משמעותיות במודעות צוותי בתי-החולים לאיתור וטיפול בילדים בסיכון. המודעות חלחלה אל עמיתים שלא נחשפו לכך קודם לכן ולאחרונה הם יודעים להתריע על מקרים בהם מתעורר החשד. לצד ההצלחות הללו תוארו הקשיים בקבלת הרופאים (בוגרי הקורס) כמומחים וברי-סמכא ובשינוי התפיסתי כי אכן פגיעה בילדים עשויה

להיגרם על-ידי הוריהם. עם זאת, יש לזכור כי קשיים אלו מאפיינים לעיתים רבות הסתגלות לשינויים מערכתיים משמעותיים וכי עם הזמן, עשויה להתקבל תמונת מצב שונה.

יוזמות נוספות בהן נוקטים הרופאים

נוסף על הטיפול הישיר בילדים נפגעי התעללות והזנחה, צוינו יוזמות רבות של הרופאים להרחבת מערך הטיפול ולמתן מענים טובים יותר. יוזמות אלו נזקפו אף הן לזכותה של ההכשרה, לעליית המודעות ולידע הנרכש בעקבותיה והן באות לידי ביטוי בעשייה בתוך בית-החולים כמו גם מחוץ לכתליו, בקהילה.

דוגמאות בולטות לכך היו: הזמנת המשפחות ל**ביקורת מרפאתית** והמשך מעקב (כולל יצירת קשר טלפוני במקרה והמשפחות לא מגיעות למעקב), משתתפת אחת ציינה כי היא נותנת למשפחות את הנייד האישי שלה כדי שיחושו בנוח להמשיך ולפנות. צוינו **מתן הדרכות להורים** בנושאים של בטיחות, גירויים סביבתיים וכדו', או אפילו **קריאה לשיחה** שמטרתה להבהיר להורים שהם "על הכוונת", שיש חשד להזנחה או פגיעות מכוונות (כמובן במקרים שאין ראיות ברורות והם אינם מסתיימים בדיווח).

רופא אחר ציין כי יזם בעקבות ההכשרה **פרויקט של מניעת תאונות בית**. הוא סיפר כי בנה "מיני בית" ובו אביזרים ותרחישים שדרכם מתבצעת הלמידה כיצד ליצור סביבה בטוחה לילד: הגנה מפני מקור חשמל, משטחים לא בטוחים להנחת הילד ועוד. חשיפה זו נערכת להורים אשר מגיעים עם ילדם בעקבות פגיעה שצוות בית-החולים מזהה כרשלנות.

בנוסף, צוינה **יצירת הקשר עם גורמים בקהילה** (עובדת סוציאלית, גננת) כאשר מתברר כי הילד לא מגיע לבדיקות ולא עובר תהליך בירור רפואי, והסבת תשומת ליבם לשם מניעת הזנחה נוספת. רופאה אחת ציינה כי היא מתעקשת לוודא שהמשך המעקב נעשה בקהילה: היא יוצרת קשר עם רופא הילדים ועומדת על-כך שיתבצע מעקב אחר הילד, על-ידי הרופא ושימשיך להזמין אותו אליו. רופאים רבים יזמו **ימי עיון וכנסים בבתי-החולים** בנושאים השונים הקשורים לעניין. יוזמה נוספת קשורה **לוועדה להגנת הילד**. לגביה, ציינו מספר רופאים, שבבתי-החולים שלהם הוועדה לא היתה ממוסדת קודם לכן. לדבריהם, תודות להכשרה שעברו, הם **מיסדו אותה, הגבירו את תדירות הפגישות שלה ויצרו מסורת של דיון רב ומעמיק יותר** במקרים של חשדות לפגיעה מכוונת או הזנחה. נוסף על רופאי הילדים, כוללות וועדות אלו בדרך-כלל: אחיות, רופאים ועובדות סוציאליות. בקרבם התחולל לדברי הרופאים השינוי בעליית המודעות ותשומת לב רבה יותר למקרים של התעללות והזנחה.

אחד הרופאים סיפר כי בנה בשיתוף עם העובדת הסוציאלית המרכזת את הוועדה לילדים בסיכון, **טופס בקרה פנימי** בו העובדות הסוציאליות מדווחות על הטיפול במקרה, נוסף על הדיווח החיצוני (לפקידת הסעד / למשטרה), ואף במקרים בהם לא מועבר הדיווח למקורות חיצוניים כלל. הטפסים מיועדים לשימוש של הרופא שהוכשר לכך (בוגר הקורס) ואשר הגה את הרעיון, ומאפשרים לו את העמקת הלמידה וההתמקצעות בתחום (ראה נספח 3). יזמה זו מצריכה את העובדות הסוציאליות לעבוד באופן מסודר יותר ולתת את הדעת בצורה רחבה על מקרים שלבסוף לא מדווחים. יש לציין כי יזמה זו התקבלה בברכה על-ידי צוות השירות הסוציאלי ואף הורחבה לטיפול במקרים נוספים של אלימות (כלפי נשים, קשישים, תקיפות מיניות).

דוגמא חשובה נוספת היתה **בניית פרוטוקול טיפולי מסודר** של טיפול במקרי התעללות והזנחה, בעיקר במקרים של פגיעות מיניות (בהם איסוף הראיות המידי הוא הכרחי לשם מתן עדות). היו בתי-חולים בהם היו פרוטוקולים מובנים עוד קודם להכשרה, אך באלו שלא, צוינה ההכשרה כנקודת המפנה אשר תרמה להיווצרותם.

מספר רופאות ציינו כי כל התחום של **טיפול בתקיפות מיניות** לא נבדק בעבר (המקרים הופנו לבית-חולים אחר), ומאז ההכשרה יש להן מענה בבית-החולים (אחת הרופאות ציינה את ייסודה של מרפאה לנערות נפגעות תקיפות מיניות בשיתוף עם הגניקולוגית בבית-החולים).

יוזמה נוספת שצוינה על-ידי אחת המשתתפות היתה **פיתוח של מערכת התראה**, עליה היא עובדת בימים אלו: ברגע שילדים יגיעו עם מספר מסוים של חבלות תתקבל התראה מהמחשב לצורך בדיקה מקיפה. בנוסף, תארו שתי משתתפות פיתוח של מערכת שתתריע על ביקורים חוזרים ונשנים – ילדים אשר ביקרו בעבר בבית-החולים (כרגע המידע הזה לא נגיש וזמין לרופאים מצד בית החולים ומצד הפונים, הם לא תמיד מתנדבים לספק את האינפורמציה הזו ולא תמיד הצוות הרפואי זוכר / יודע לשאול זאת).

רופא אחר ציין כי יזם **חלוקת תעודות הוקרה לרופאים** ואחיות שהרבו באיתור מקרים של ילדים נפגעי התעללות והזנחה, להגברת המוטיבציה להמשיך ולעשות כן. רופא נוסף הזכיר כי **כתב מאמרים מקצועיים בנושא של התעללות בילדים** (תיאורי מקרים) על בסיס חשיפתו לנושא.

הרופאים ציינו גם **יוזמות עתידיות** שברצונם לממש. דוגמא אחת לכך היתה ליצור **קו חירום** עם מספר טלפוני שיהיה מאויש **כל שעות היממה** וייתן מענה לאנשי הצוות הנתקלים במקרי התעללות והזנחה. הטענה היא כי לעיתים הם נמנעים מלפנות לאנשי המקצוע המתאימים משום שאינם יודעים למי בדיוק עליהם לפנות. באופן זה יאויש הקו על-ידי אנשי המקצוע

המתמחים בטיפול בילדים נפגעי התעללות שיוכלו להנחות את אנשי הצוות במקום על הטיפול הראוי באותו המקרה. יוזמה נוספת נוגעת **לכתיבת גיליון המיון** למטופל, אשר מתבצעת כיום באופן ממוחשב. הרצון הוא להכניס שאלות נוספות כשדות חובה, אשר נוגעות לתחום של התעללות והזנחה ומבקשות מידע בהקשר זה לגבי הפגיעה המדוברת. כך לא יהיה ניתן "לסגור גיליון" מבלי שיוזנו אל תוכו פרטים חשובים אלו.

יוזמות אלו ממחישות את מחויבותם של הרופאים גם כשלא נדרשו אליה. הירתמותם לנושא מניעה אותם להמשיך ולחשוב על יוזמות אשר שתכללנה את מערך הטיפול בילדים בסיכון בתחומים שונים ומגוונים.

לגבי הקשר עם הקהילה ויוזמות נוספות מחוץ לכתלי בתי-החולים, תארו הרופאים פעילויות נוספות. בין הפעילויות בהן הם נטלו חלק מאז תום ההכשרה היו: הרצאות לטכנאי רנטגן (המבצעים סדרת צילומים לצורך עמידה על טיב הפגיעות), הרצאות לרופאים בקהילה, קופות החולים, אחיות טיפת-חלב, הרצאות לסטודנטים מתמחים, פורום קציני חקירות, וגופים נוספים (על"ם, אל"י), וכן הרצאות במס"ר (הנחיית דיונים בעקבות סימולציות).

משתתפת אחת ציינה תהליך ארוך של הכרה בה כבת-סמכא וכמומחית בתחום הזנחה והתעללות בילדים בקרב הגורמים המקצועיים בקהילה. עד לאחרונה לא היו מפגשים (עו"ס, חוקרי ילדים, משטרה) ילדים לבית-החולים בו היא עובדת לצורך בדיקות מקיפות ובירור במקרים של חשש להתעללות בילדים, ובעקבות תהליך הסברה והטמעה של הפונקציות שהיחידה שלה משמשת ("היחידה לילד בסיכון"), המצב השתנה ורואים בהם כתובת להפניית ילדים לטיפול.

"הדבר הכי משמעותי זה ניסיון טוב במקרים. שאיכשהו היה מקרה משותף והיה להם ניסיון טוב, הם ראו פתאום שלא רק בולפסון (נחשבים למומחים ברפואה משפטית) או לא רק רופא משפטי יכול לכתוב חוות דעת... וגם חוות דעת שלי תקפה בבית-משפט. זה באמת תהליך שלוקח זמן וזה לא תהליך שאפשר לדלג עליו...".

משתתפת נוספת ציינה כי פקידת הסעד התפעלה מדרך טיפולה (של הרופאה) במקרה מסוים (חוות דעת מקצועית שהרופאה כתבה) ובעקבות כך גם הזמינה אותה להרצות בפני פורום של פקידות סעד להמשך הטמעת הדברים.

רופא נוסף ציין כי הטמעת הנושא בקרב רופאי הקהילה עימם הוא בא במגע יצרה תוצרים חיוביים בעבודתם. אם בעבר הפניית הילד לבית-החולים ודיווח הרופא הנלווה אליו היתה כרוכה בתיאור ענייני של הפגיעה, היום יודעים רופאי הקהילה לרמוז בדו"ח כי קיים חשד

לפגיעה מכוונת או הזנחה. הם מציינים כי מדובר ב"חבלה בלתי מוסברת", ועוד, באופן המאפשר המשך טיפול ובדיקה נאותה של המקרה.

"הנושא עלה למודעות והרופאים היום מכניסים יותר סימני שאלה לתוך הדיווחים שלהם".

כך למעשה ניתן לראות כי לצד תחומי עשייה אחרים שמטבע הדברים טרם נשאו פירות כתוצאה מההכשרה, הקשר עם הגורמים בקהילה השתפר רבות תודות להכשרה ולפעילותם של הרופאים להצפת הנושא בקרב עמיתיהם השונים. למרות הזמן הקצר (יחסית) אשר חלף מתום ההכשרה, הצליחו הרופאים לחולל שינוי במודעות הגורמים בקהילה לנושא **וליצור שינוי בחשיבה ובדרכי הפעולה.**

גישת הנהלות בתי-החולים

תמיכת בתי-החולים

גישות בתי-החולים לעיסוק הרופאים בתחום איתור ילדים נפגעי התעללות והזנחה נעות על הרצף שבין הענקת תמיכה מלאה ויד חופשית, לבין יחס שתואר כמעררים מכשולים ומקשה על העיסוק בתחום.

מחד, ציינו משתתפים רבים, כי בעצם העובדה שנשלחו מטעם בית-החולים לקורס, היתה "אמירה", הבנת חשיבות העניין, והרתמות לו. הדבר בא לידי ביטוי בהערכות להיעדרות הרופא: במהלך שנת ההכשרה, אחת לשבוע, לאחר מכן היעדרות של שישה שבועות לצורך הנסיעה לארה"ב, ושוב – היעדרות לצורך ההכשרה במס"ר (כחודשיים-שלושה במהלך שנה אחת). מאידך, ציינו אחרים כי היתה בכך מילוי הוראה של משרד הבריאות ואכן עם הזמן גישתם של מספר בתי-חולים התגלתה כבעייתית יותר מאחרים. כך גם עולה מדבריו של אחד הרופאים:

"בתי-החולים ששלחו רופאים לקורס הזה, זה מעיד קודם כל שהם מבינים את חשיבות הנושא, בנוסף, שהם מבינים שמדובר בבעיה או מחלה של מערכת הבריאות לא רק של שירותי הרווחה, ולבסוף – ללא הבטחה של מימון של כל הפרויקט הזה בית-החולים לא היה שולח אף אחד. אם זה היה צריך לבוא על חשבונו החל מימי החופש דרך הנסיעה ודרך כל מה שמתלווה מסביב, שום בית-חולים לא היה מממן לבן-אדם בשלב זה של חינוך, חודשיים או שלושה של התנסות מעמיקה בתחום של child abuse שהוא תחום שלא מכניס הרבה כסף לבית-חולים, אולי תורם לשיפור השירות ומעלה את המוניטין של בית-החולים אבל בתי חולים היום בתפיסה

כלכלית לא ישקיעו כסף בדבר שלא מכניס כסף. זה לגיטימי, בשביל זה יש עמותות פרטיות או המדינה".

יש שתיארו את גישת בתי-החולים כמאד מאפשרת את העיסוק בתחום :

"מבחינת המחלקה יש לי את כל הזמן שבעולם להתעסק בזה, אין לי בעיות של זמן, יש לך מקרה תתעסקי בזה. בסך-הכל אני כן מרגישה שיש תמיכה ויש רצון". צוינה גם **תמיכה תקציבית** של מספר בתי-חולים בצרכים השונים: רכישת ספרות מקצועית בתחום, רכישת מצלמה לתיעוד הפגיעות ועוד.

יש שתיארו את הציפיה, מצד ההנהלה, לבצע את העבודה הנדרשת "כתוספת לעבודה הרגילה", מבלי שתפגע בעבודתם השוטפת :

"יש קושי מאד גדול מול ההנהלות. קושי מאד גדול בהקצאת זמן לזה וזה דורש המון זמן. אני הגעתי היום למצב שאני "גונבת" מעבודת מיון שלי כדי לעשות את הדברים האלה וזה גם לא מספיק. ואני כל הזמן בקונפליקט הזה וזה הגיע לפיצוץ ואני לא יודעת איך זה ייגמר. לא כולם הפנימו שזה דבר שהוא חשוב ודבר שגוזל המון זמן. אם אני אומרת לבוס שלי שבדיקה של נאנסת לוקחת 3-4 שעות **והוא אומר לי אי אפשר תעשי את זה בחצי שעה... אני יכולה להיות שם באמצע בדיקה ואני שומעת שכועסים פה למה אני לא רואה חולים של המיון. זה מאד מאד קשה ומאד מאד בעייתי**. אני חושבת שאם חרוב רוצה לעשות משהו זה באמת ההכרה ושיהיה תִּקְנוֹן לדברים האלו. אני לא היחידה שעושה את זה תוך כדי, כל אחד והמסגרת שלו. יש מנהלי מחלקות שהם יותר טולרנטיים ויותר מתחשבים ויש כאלה שלא. כמו שלי וזה מאד מאד בעייתי וגורם לקונפליקטים נוספים. זה סוג עבודה שאתה לא יכול לכתוב חוות דעת "ככה" כי אז בית משפט "יקרקסו" אותך ואתה לא יכול לעשות בדיקה של נאנסת ולמהר ולא לתת לה לעבור את כל השלבים שצריכים לעבור עם ההסברים. לדווח זה גם תהליך שלוקח זמן, לכתוב את הדיווח. אני לא מוכנה לעשות את זה לא בדרך שצריך. זה מאד מאד בעייתי".

רופא אחר ציין כי כששב מן הקורס פנה להנהלת בית-החולים וביקש למסד את העניין, להקצות לו שעות מסודרות, ושאר משאבים שיאפשרו לו פניות לעבודה זו. כך הוא תיאר את תגובת בית-החולים והשפעתה עליו: "אמרו לי 'תתחיל, נראה מה זה עושה, באיזה היקפים מדובר, באיזה סדר גודל...'. עכשיו אנחנו עושים 10-11 כונויות בחודש שמעירים אותנו בלילה ובאים לבית-החולים ואין לי שום כוונה לעשות 17 כאלה, וזה בעיה. זה הפך להיות עניין שלי מולם, ואני אין לי עניין כזה". בסופו של דבר הנהלת בית-החולים מצידה לא הביעה נכונות למסד

את העניין ולהקצות לכך שעות וכוח אדם ואותו רופא נשמט מן העניין כמעט לחלוטין כפי שהסביר :

"זה שאנחנו רופאים ואנחנו עובדים ואנחנו עושים, אנחנו עובדים 22 שעות ביממה וישנים שעתיים, זה לא אומר שצריך לנצל את זה כדי שנעשה עוד משהו. ואני באיזשהו שלב הגעתי למסקנה ביני לבין עצמי שלמרות שזה נושא שהוא מאד חשוב אסור להתייחס אליו ככה ולעשות אותו כלאחר יד וזו היתה ההחלטה שלי ואני עדיין שלם איתה ואני לא מעורה בשום דבר שקשור לזה, בשום דבר. זאת אומרת אם שואלים אותי אני עונה ואם יש מקרים פה ושם ושואלים אותי מה צריך לעשות אז אני בשמחה עונה ומתעדכן ושואל ולפעמים פונה לחברים מהקורס כדי לקבל את חוות דעתם. אבל אני לא חושב שזה צריך להיות פרויקט של כל רופא בבית-החולים שלו להתחיל לנהל מלחמות. אנחנו מנהלים פה מלחמות על הלחם, על העבודה היום-יומית ואני משוכנע שזו לא צריכה להיות משימה שלנו לעשות. עובדים על טוב ליבם או על הרגשת האחריות והשליחות שיש בנושא המאד חשוב הזה וזה לא יכול להיות ככה. זה פשוט לא יכול להיות בנוי על טוב לב של אנשים או על שיגעון לדבר. זה יותר מידי חשוב בשביל שזה יעשה בצורה של מי שרוצה יתרום ומי שלא רוצה לא יתרום. זה חייב לבוא מלמעלה" (להערכתו הוא נענה לפניית בסדר גודל של פעם-פעמיים בחודש).

משתתפים נוספים ציינו את העמימות בציפיות בית-החולים. דרישה מחד שיעמדו לרשות בית החולים בתחום הטיפול בילדים בסיכון ומאידך, אין הגדרה מסודרת של שעות עבודה המוקדשות לשם כך ותגמול הולם.

"מתקשרים אלי שצריכים את עזרתי למטה במרכז, אני באמצע עבודה במרפאת ילדים, מוזמנים לפה המון ילדים, יושבים בתור, אני לא יכולה לצאת מהמרפאה פתאום לשעה שעתיים לעשות את זה ולחזור, זה לא משהו שעושים על הדרך... אין איזושהי הגדרה מסודרת ולמעשה נדרש מאנשים או מזמנם הפרטי או על חשבון העבודה השוטפת שלהם, שזה דבר שהוא לא פשוט ואני לא יודעת איך לפתור אותו אבל צריך לתת עליו את הדעת..."

"מה שחסר, זה שגם המערכות, משרד הבריאות שהתעודה היא בחתימתו, ידאג עכשיו שאכן אני אוכל לעשות את הדברים האלה. את יודעת איך כועסים עלי כשאני יוצאת לשעתיים של בדיקה מכאן? אני צריכה לבקש שמישהו יבוא להחליף אותי. אני אומרת או.קיי. הגיעה ילדה אני צריכה ללכת עכשיו לבדוק אותה עם המכשיר, לעשות את כל הראיון, צריך התיידדות, זה לוקח איזה שעתיים בדיקה אמיתית כמו שצריך לעשות יש את החלק התיעודי, אחר-כך החלק הפיזי, אחר-כך עוד פעם תיעודי, וכשאני יוצאת מפה זה כאילו אני זונחת את המיון, ואז תעשו טובה

תחליפו אותי במיון, **זה דבר נורא**. זאת אומרת זה לא צריך להיות ככה: **אני גם עובדת וגם יוצאת אשמה**".

המרואיין הבא תיאר את גישת ההנהלה של בית החולים בו הוא עובד, והוא מייצג דברי משתתפים אחרים, המתארים גישה שלפיה יתאפשר איתור וטיפול בהתעללות והזנחה של ילדים תוך תפקודם של הרופאים במינימום ההכרחי:

"ההנהלה לא מתעניינת בזה במיוחד. זה לא מכניס כסף, זה לא עושה יחסי ציבור, אבל אפשר להציג את זה לתורמים, מנהל המחלקה שלי למשל ביקש ממני את המצגת כשהיתה ישיבה כזאת ומנהלת המיון הציגה את הנתונים באיזה כנס. לא מכשילים את זה אבל לא מתעניינים יותר מידי".

כאשר נשאלו המשתתפים מדוע גישת בתי-החולים בעייתית וכיצד היא עולה בקנה אחד עם שליחתם לקורס, הם השיבו כי לרוב מדובר **בסדרי עדיפויות של בית-החולים**. אל מול העבודה השוטפת ואל מול תחומים אחרים שכאמור מכניסים כסף לבתי-החולים, נדחקת רגלה של עבודה זו. בנוסף, הם ציינו כי לעיתים רבות מדובר **בבעיה אמיתית של כוח אדם בבתי-החולים**. הם אף גילו הבנה לקושי זה אך ציינו כי עדיין הדבר דורש מבחינתם שינוי מן היסוד לטובת המשך עבודה תקינה וכי במצב הנוכחי לא ניתן להמשיך.

משתתפת אחת ציינה כי חשובה לה תמיכה מסוג אחר מצד הנהלת בית-החולים, במובן של **גיבוי מול המשפחות**. היא ציינה מספר דוגמאות בהן המהלכים אשר חפצה לבצע עוררו את התנגדותם של ההורים (בדרך-כלל בדיקות שונות), וציינה לטובה את תמיכת בית-החולים שהוענקה לה והגב אשר קיבלה מול המשפחות שאפשרו לה להמשיך בעבודתה וכן לחוש בה ביטחון רב יותר.

הדוגמאות שהובאו עד כה מציגות אם כן רצף בין תמיכה של הנהלות בתי החולים לבין הערמת קושי על פעילותו של הרופא המטפל בהתעללויות והזנחת ילדים. בין שני קצוות הרצף תוארו הנהלות המשדרות עמימות בגישתן או חוסר נכונות להכניס את הנושא לסדר עדיפות גבוהה בבית החולים אך עם זאת לאפשר תפקוד מינימלי בנושא.

נוסף על גישת בתי-החולים כלפי העבודה עם ילדים נפגעי התעללות והזנחה אשר באה על חשבון עבודתם השוטפת של הרופאים, הועלתה נקודה בעייתית נוספת כאשר ההתנגשות היא עם זמנו הפרטי של הרופא ועל-כך יורחב להלן.

הצורך בתגמול

משתתפי המחקר עמדו רובם ככולם על קושי הקשור בנושא התגמול. עבודתם תובענית ודורשת השקעה מרובה על חשבון **זמנם האישי** ומגבירה את העומס שממילא רב, **ומתבצעת ללא תגמול כלל** (זאת להוציא רופאה אחת ויחידה אשר מתוגמלת על הכונוניות בתחום, וזאת עוד מאז התקופה שקדמה להכשרה).

"הבעיה היא שאנחנו מגיעים מתוך מערכת ציבורית, מתוך בתי-חולים, אנחנו חוזרים לעבוד בבתי-חולים, ויש איזושהי נטייה מוצדקת או לא מוצדקת, אפשר להתווכח, יש נטייה לראות בנו עכשיו אנשי המקצוע היחידים בתחום הזה ולכן אנחנו באופן טבעי, יפנו אלינו בכל מקרה, ואנחנו מצפים שיפנו אלינו בכל מקרה. מצד שני אני כאיש מקצוע מצפה גם להיות מתוגמל על זה... אנחנו מצפים להיות מתוגמלים על העבודה שלנו כמו שכל אחד מתוגמל על עבודתו. אנחנו לא מתוגמלים כרגע. זו בעיה מאד כואבת מבחינתנו, בעיקר לאור העבודה שאנחנו נסענו ולקחנו על עצמנו תחום שלא בדיוק פותח לנו דלת לעשות הון בחוץ. לא בדיוק יעמדו מחוץ למרפאה שלי הורים מכים כי אני מומחה להתעללות בילדים ואני אעשה הון בחוץ. להבדיל מקרדיולוג או רופא ריאות וכו'. התחום שלי הוא תחום שמתרכז בבית-החולים. אז אם אני השקעתי את הזמן כדי לעשות שירות טוב בבית-החולים, אני צריך להיות מתוגמל כדי שאני ארגיש בנוח לבוא בשעות הערב, בשעות הלילה, לענות לטלפון בשעות הלילה, לבוא בסופי שבוע, להשקיע מהזמן שלי מחוץ לשעות העבודה, אם זה בהרצאות, אם זה בחינוך, אם זה בעבודה עצמה ובכל מה שמתלווה אליה. לעבוד ולא להיות מתוגמל זו תחושה מאד לא נעימה בכל גיל, בטח כשאתה כבר איש משפחה ומפרנס משפחה. יש לך הרבה הרבה כבוד לעבודה ולכסף. אתה יודע להעריך עבודה קשה ואתה יודע להעריך כסף. זו הנקודה הבעייתית ביותר והיא הנקודה שגם תביא לדעתי בסופו של דבר לפיצוץ של כל המערך הזה. אנשים לא יעבדו בחינם, אנשים לא יהיו זמינים, אנשים שהשקיעו את הכסף והזמן להכשיר אותנו ימצאו אותנו לא זמינים, כי אנחנו לא מוכנים לעבוד בחינם ואני חושב שאם רוצים להרחיב את המערך הזה בהכשרות בקהילה, צריך לדעת שגם אנשים בקהילה, בעיקר אנשים בקהילה, לא עובדים בחינם, ואם רוצים להכשיר עוד אנשים בבתי-החולים צריך להבין שאף אחד מהדור הצעיר של הרופאים לא מתכוון לעבוד בחינם. בסופו של דבר אחרי שהושקעה כל-כך הרבה אנרגיה וכסף וזמן ומחשבה, פרויקט כזה שמקדם כל-כך טיפול ושירות רפואי, ייפול על כסף. ייפול על אובדן הסבלנות שלנו כי יימאס לנו לחכות..."

אמירות נוספות היו: "נותנים לזה חשיבות והכל אבל כשזה מגיע לתוספות זה מאד קשה...". מרואיין נוסף חוזר גם הוא על אותה תימה: **"לא יודע עוד כמה זמן זה ככה יימשך כי בסופו של דבר אני חושב שלחלק מהאנשים יימאס להיות מתנדבים. אני חייב לציין שאני יחסית, לא צריך לעשות המון בשביל זה. אחר הצהריים או בערב או בלילה, אני מקבל לא מעט טלפונים, אני לא צריך בשביל זה הרבה להגיע לבית-החולים. אתה קודם כל מנחה אותם טלפונית והרבה פעמים נותן הוראות אשפוז, מבקש שיעשו את זה, מבקש את זה. אם הייתי צריך להגיע כל פעם לבית-החולים, אז הייתי אומר לבית-החולים שיש גבול. אבל גם על זה הם צריכים לתגמל. במערכת כיום אין שום תגמול על זה. להיפך, עוד לפעמים יבואו אליך בטענות... כי עם כל העומס הזה אתה אומר מראש אז מכיוון שאני יודע שבאופן קבוע יש עומס אז יכול להיות שתגיד או.קי. אז מרפאה אני רוצה לראות פחות, או פחות זה, אז יבואו אליך בטענות שאתה לא רואה".**

"זה מצריך המון המון זמן, זה לא כמו משהו שמתנדב פעם בשבוע, זו עבודה שהיא סביב השעון. ואני חושבת שעד שלא יבינו את זה מלמעלה, או עד שלא נפסיק להיות פראירים שעוסקים בזה בהתנדבות, זה לא יקבל תקצוב. וזה קצת נאיבי לחשוב שאפשר לקדם את התחום הזה בצורה מספקת. זה לא צריך תקצוב עתק, אף אחד מאלה שעוסקים בתחום לא מבקשים משכורות עתק, רוצים שלא יהיו בהפסד".

"אם לא היה הפן האקדמי והסקרנות, אז באמת אני לא חושב שהיינו מחזיקים מעמד בזה. הרצון לקרוא דברים, לחקור, לפתוח כל פעם כשיש משהו את הספרות".

רופא אחר שהעלה את תמיכת בית-החולים מחד לעומת חוסר העיגון בתגמול כספי מאידך, "סינגר" על בית-החולים שלמעשה אין זה מתוקף תפקידו לפתור מתח זה. חובת התגמול הכספי לדבריו היא על משרד הבריאות (כמו גם בכל תחום אחר שרוצים לקדם אותו ולגייס רופאים לשם כך).

לסיכום, מדברי הרופאים עולה כי בחלק ניכר מבתי-החולים ההתמסרות לתחום הטיפול בילדים בסיכון כרוכה בהקרבה אישית שלהם מזמנם וממרצם וללא תגמול כספי כלל. הם מתריעים כי מצב שכזה איננו יכול להימשך לאורך זמן. יחד עם זאת, רובם ממשיכים לפעול בנושא למרות הקושי שבכך ואף יוזמים בעצמם דברים נוספים לקידום הנושא (שגם עליהם כמובן הם אינם מתוגמלים). מדבריהם עולה כי הם מונעים לפעול מתוך מוטיבציות אחרות: תחושת שליחות, אחריות ומחויבות, סקרנות וסיפוק, המפצים ככל הנראה על ההנעה הכספית המבוששת לבוא.

מסקנות והמלצות להכשרות עתידיות ולעשייה המקצועית

תכנים אשר היו חסרים בקורס, במבט לאחור

במבט לאחור, לאחר שנה ויותר של יישום תכני ההכשרה בבתי החולים, הועלו מספר תכנים אשר היו חסרים. דוגמא ראשונה לכך היא הידע אשר נרכש מרופאים בתחומים השונים: אורטופדים, רופאי עיניים, רופאי שיניים וכו'. הבעייתיות היתה בכך שהרופאים אשר הרצו בקורס סיפקו ידע תיאורטי שיש ברשותם על הפגיעות השונות, אולם הם לא באו מהתחום של **child abuse** (התעללות בילדים) ולכן לא היתה זיקה לשטח. מה שהיה חסר בידע שסיפקו הוא הקישור בין הפגיעות עצמן לסיפורי המקרה. כאשר רופא נתקל בחבלות מסוג מסוים, עליו לדעת אם טענת ההורים או הילד לנפילה שגריתית בבית **תואמת את סוג הפגיעות וחומרתן** או שמא פגיעות מסוג כזה מקורן בהכרח בפגיעה מכוונת. האם לדוגמא שברים מסוג מסוים הם תוצאה של חבלות שכיחות או תוצאה של התעללות.

מספר דוגמאות הובאו לכך: הורים שהגיעו עם ביתם עם סימנים של פגיעה שעל פי דבריהם מקורה בחבלה שארעה לה, ולבסוף התברר שהילדה חוותה פגיעה מינית בהסעה בשובה מבית-הספר. דוגמא נוספת היתה של נער שהגיע עם חתכים עמוקים בזרועו בטענה שנפל על זכוכיות ולבסוף התברר כי היו אלו תוצאות של ניסיונות אובדניים. התפנית החשובה שתתקבל הקורס והוזכרה זה מכבר היא המודעות שעלתה לבדוק כל מקרה ולא להסתמך באופן בלעדי רק על סיפור המשפחה. לדברי הרופאים המשתתפים במחקר, נדרש כאן הניסיון המעשי על מנת לאפיין את הפגיעות על-פי מקורן וסיפור המקרה האופייני להן. ידע זה כאמור, יכול להינתן על-ידי **רופאים בתחומים השונים אשר התנסו בחשיפה למקרי התעללות בילדים ולא רק מומחים בתחומם** (באם הדבר לא אפשרי, לכל הפחות, צוין כי יש לתת לרופאים המרצים בקורס את ההכוונה הנכונה אודות מטרות הרצאתם).

ידע נוסף שצוין כחסר בתכני הקורס היה **התעמקות בהשלכות ארוכות טווח של התעללות והזנחה**. צוינו משפחות אשר הפגיעות בהן חוזרות ונשנות ואינן חד-פעמיות (בין אם מדובר בפגיעות מכוונות ובין אם מדובר בהזנחה), ועל כן חשוב להרחיב את היריעה אודות התוצאות ארוכות הטווח הנובעות מכך, הן במישור הרפואי והן במישור הפסיכולוגי – השלכות אפשריות של תקיפות ובעיקר תקיפות מיניות.

צוין גם הצורך **במתן אינפורמציה מסודרת של גופים ומשרדים המטפלים בילדים בסיכון**, ואלו הנותנים להם מענה בפן השיקומי (מעונות, הוסטלים). זאת על-מנת לקבל מבט על אודות מערך הטיפול המקיף וכן לדעת כיצד להסתייע ולהיטיב לנצל את המערכות הקיימות.

נקודה נוספת שעלתה נוגעת ללמידה שנעשתה בארה"ב. לצד החשיפה המשמעותית והמעשירה, צוינה המגבלה הקשורה בהבדלים שבין ארה"ב לישראל. **הטיפול הפסיכו-סוציאלי הניתן בארה"ב וכן האלמנטים המשפטיים שונים מאלו הנהוגים בארץ.** בארה"ב, חלק נרחב מהטיפול הרפואי הניתן הוא שירות לעשירים בלבד ואוכלוסיית הפריפריה, האוכלוסייה הנתונה במצב סוציו-אקונומי נמוך זוכה לטיפול רפואי ברמה מינימלית ביותר בעוד שהיא חשופה ליותר מקרי ההתעללות וההזנחה. זאת לעומת מערכת הבריאות בארץ אשר שואפת לשוויוניות ומאופיינת בקווים סוציאליים. בנוסף, בארה"ב כל מערך הליווי הסוציאלי והטיפול הרגשי לא קיים אף הוא במידה מספקת והטיפול המוענק לילד הנפגע מסתכם בטיפול רפואי בלבד. נקודה נוספת היא ההבדלים המשפטיים בטיפול בילדים נפגעי התעללות והזנחה. הוצאתם מהבית של ילדים אלו ביתר מהירות (מזו שבארץ) היא דוגמא לגישה שונה בתכלית המעוגנת בתחיקה משפטית שונה.

התוצאה של כל **הבדלי המדיניות והטיפול** הללו הוא **שהטיפול בילדים** הקיים לגביהם חשד להתעללות או ההזנחה, **וקבלת ההחלטות לגביהם, שונים** מאלו הנהוגים בארץ ולכן לדברי המשתתפים היה חיסרון בחשיפה למודלים אלו. כחלופה לכך צוינה האפשרות להיחשף למרכזי טיפול במדינות אירופאיות כדוגמת שוודיה, שהמודלים הפסיכו-סוציאליים והמשפטיים הנהוגים בהם דומים יותר לאלו שבארץ.

המלצה אחרונה נגעה לצורך **בחשיפה לדיונים בבתי-המשפט** במסגרת ההכשרה: לראות רופאים נוספים שמעידים במקרים של התעללות והזנחת ילדים, ללמוד מן הטוב וממה שלא ולהעשיר את הידע בתחום.

המלצות להכשרות עתידיות

המסר העיקרי שעלה ממשתפי המחקר היה כי מסגרת ההכשרה שימשה את ייעודה כראוי והיטיבה לספק להם את המידע הנדרש בצורה מקיפה ויסודית. תכני הקורס צוינו כחשובים ותורמים.

בחלקם טענו המשתתפים כי ההכשרה היתה ארוכה מידי וניתן היה לקצר ולתמצת אותה. ובחלקם טענו כי הזמן שהוקדש לכל נושא היה תואם את הצרכים. חלקם אף ביקשו לקבל סילבוס של הכשרות עתידיות ולהגיע לפי הצורך להרצאות בתחומים בהם הם חשים צורך בחיזוק וריענון.

המשובים על הנסיעה לארה"ב היו בדרך-כלל טובים אך גם כאן ציינו משתתפים שניתן לחסוך הן כלכלית והן לקצר את משך הקורס. כחלופה לחלק זה של ההכשרה הציעה אחת המשתתפות **להיחשף לעבודתם של המרכזים להגנת הילד הקיימים בארץ** (בבית-החולים תל-השומר, וב"בית לין" בירושלים) ולעבודתם של הרופאים בוגרי ההכשרה.

נוסף על **החשיפה לעבודתם של מרכזים בארץ ובחו"ל**, הדגישו מספר משתתפים את הצורך **בהתנסות מעשית של משתתפי הקורס, תוך קבלת הדרכה ומשוב מאנשי מקצוע המומחים בתחום, בזמן אמת**. הם ציינו כי עיקר הלמידה נעשית בשטח, "תוך כדי תנועה", ותוך כדי קבלת משוב בזמן אמת האם נהגו כנכון או לא, ולכן המליצו לבנות מעין **סטאז' מודרך**, כבר במהלך הקורס בו יוכלו להתנסות משתתפיו:

"השטח הוא זה שעושה את העבודה", זאת אומרת רק כשאתה חייב באמת לבדוק ילד שהוא נפגע התעללות, או נפגע אונס או דברים כאלה, רק אז אתה באמת לומד איך לעשות את זה ואני חושבת שבשביל כולנו זה פיק ברכיים בהתחלה. דווקא בזה אני הייתי יותר שמחה, אמנם היינו בהשתלמות בארה"ב אבל שם פחות נגענו בילדים, יותר הסתכלנו, בגלל שזו מציאות, אתה לא יכול לבוא כצוות חדש וישר לבדוק ילדים, אז מה שיכולנו עשינו אבל לא התנסינו. דווקא זה אני כן הייתי שמחה לעבוד תחת מישור, כאילו אני לעשות את העבודה והוא רק מסתכל, הייתי נורא שמחה לסטאז' בתחום הזה תוך מתן הדרכה. זה נכון שאתה רוכש מיומנות תוך כדי עשייה אבל זה לא קל, זה לוקח שעות וזה תמיד יש לך היסוס שמא לא עשית נכון, שמא לא תיארתי נכון. בעניין הזה אני הייתי שמחה לסטאז', אצל נסיה לנג או אצל ריקרדו (נחשבים למומחים בתחום ילדים נפגעי התעללות והזנחה, ועלו גם מדבריהם של משתתפים נוספים). אם היתה תקופת סטאז' לאורך הקורס, כשאתה כבר מתחיל להיחשף לחומר תוך כדי, אולי זה אפילו היה עדיף. ואז אתה באמת יכול להגיד שעשית את החלק התיאורטי עם המעשי יחד".

משתתפי המחקר נשאלו מהו העיתוי המומלץ למתן הכשרה כזו לרופאים בשלבי העשייה המקצועית (הן בבית החולים והן בקהילה). כולם ציינו כי מקומה של הכשרה זו הוא כבר **בשלב ההתמחות** ועליה אף להוות תנאי להשלמתה. יחד עם זאת, היו שצינו כי אין צורך בהכשרה מסיבית כל-כך לכלל המתמחים. פעמים רבות פונים המתמחים לאחר מכן לאפיקים אחרים ולמרפאות פרטיות והידע שרכשו לא מיושם במהלך עבודתם היום-יומית. כך שהכשרה זו חיונית בצורה מקיפה ורחבה (כפי שהם חוו אותה) רק למי שממשיך ועוסק בעבודתו בתחום הטיפול בילדים (במסגרת: מיון ילדים, מחלקת ילדים, כירורגיית ילדים ועוד).

אגב זאת רוב הרופאים ציינו כי מקום הכשרתם האוניברסיטאי ומקומות ההתמחות לא סיפקו חשיפה תיאורטית והתנסות מעשית בתחום הטיפול בילדים נפגעי התעללות והזנחה. אוניברסיטת בן-גוריון צוינה על-ידי חלק מבוגריה אשר התראיינו למחקר זה כחריגה בתחום, וככזו אשר כן סיפקה חשיפה לתחום (אחת המשתתפות אשר מרצה שם כיום סיפרה כי התכנים נכנסו למסגרת הלימודים בצורה משמעותית בקורסים השונים).

הרופאים נשאלו האם חסרה להם החשיפה לאנשי מקצוע שונים במסגרת ההכשרה והשיבו רובם ככולם שלא (אם כי כאמור, הועלתה ההצעה כי הרופאים המקנים את תחומי הידע השונים במהלך ההכשרה, יהיו גם **מומחים בתחום הטיפול בילדים נפגעי התעללות והזנחה**). בנוסף, נשאלו הרופאים מיהם אנשי המקצוע הנוספים שעליהם להיחשף להכשרה זו. בחלקם הם השיבו כי על **רופאי הקהילה** להיחשף אליה, ובחלקם הם השיבו כי **גניקולוגים** הם המתאימים ביותר לכך. כל בחירה נומקה בחשיפה גבוהה לטענתם של אותם רופאים (קהילה / גניקולוגים) למקרי התעללות והזנחה, והצורך במתן כלים לזיהוי נכון שלהם.

חשוב לציין כי המלצות אלו אינן רלוונטיות רק לקורסים נוספים שייערכו בעתיד אלא הן יכולות להיות בחלקן **מיושמות גם כיום ולהמשיך ולייעל את עבודתם של הרופאים**: כתיבת ספר פרוטוקולים, סיפוק הדרכה, רכישת ידע המאפשר התאמה בין סוג הפגיעה לסיפור המקרה, חשיפה לדיונים בבתי-המשפט ועוד.

המלצות נוספות לעשייה המקצועית

המלצה ראשונה הנוגעת לעבודתם השוטפת של הרופאים היתה לבנות **ספר פרוטוקולים** מדוקדק המדריך את הרופאים בכל שלבי העבודה; סדרת הבדיקות הנדרשת, ונהלי הטיפול במקרים של חשש לפגיעה או הזנחת ילדים.

המלצה משמעותית נוספת שעלתה מדברי אחת המשתתפות שעוסקת בתחום הטיפול בילדים נפגעי התעללות והזנחה מזה שנים רבות, נגעה **לעבודה מערכתית בצוותים רב-מקצועיים**. היא ציינה כי במסגרת ההשתלמויות בחו"ל, נחשפה למודלים שנראים אפקטיביים בגלל שיתוף הפעולה הרב מקצועי הכולל קבלת החלטות לגבי הטיפול בילד (החל משלב ההבחנה בראשונה ועד להחלטות הסופיות המעשיות), הפורומים המקצועיים האלה כוללים חוקרי ילדים, משטרה, רופאים, עובדים הסוציאליים וכל בעל מקצוע שיש לו נגיעה רלוונטית למקרה. היא ציינה את החשיבות בזימון רופאים לחקירה למשל במקרים של ילדים המובאים לבית-החולים ללא רוח חיים כגורם נוסף שיש לו ידע רפואי וכך יסייע באבחון הסיבה למוות. היא מצידה מנסה לדחוף

לנתיחה לאחר המוות וכו' אך לא רואים בה סמכות לחוות דעת מקצועית בעניין. המלצת רופאה זו היתה אפוא ליישם מודלים כאלו של עבודה בארץ, אשר מבטיחים את רווחתו של הילד בהיבטים מגוונים:

"לא הכל עולה כסף אלא לחייב בחקיקה, שפעם בחודש שתהיה לי ישיבה עם גורמים שיהיו מעורבים במקרים שיש לי פה, מי שבחדרי מיון או במחלקות וכל הגורמים בקהילה: מהפרקליטות, משירות בתי-הסוהר, פקידת סעד, עובדת סוציאלית, כל מי שישנו. וזה לא עולה כסף. אבל בעיקר שלא כל אחד יעבוד בממלכה משלו (אלא יהיה קשר בין אנשי המקצוע)".

בהמשך להמלצה זו, עלתה המלצה נוספת **לשבירת החיסיון בין הדיסציפלינות**, בעיקר בין פקידות הסעד לרופאים. הרופאים מעבירים את האינפורמציה הדרושה לפקידות הסעד להמשך טיפול וחקירת המקרה, ואולם פקידות הסעד מחויבות בחיסיון ועל-כן לא מדווחות בחזרה לרופאים מה עלה בגורלו של הילד ומהו **המשך הטיפול הראוי והרצוי לטובת הילד, ובכך נמנעת טובתו**. גם כאן צוין כי בארה"ב לא קיים חיסיון שכזה ובכך מובטחת טובתו של הילד. ההמלצה היא אפוא לשנות את החוק הקיים גם בארץ. תרומה נוספת היא הניסיון הנרכש ויכולת ההסקה למקרים נוספים בעתיד. אם ייחשפו הרופאים למסקנות הסופיות של המקרים אליהם נחשפו, יתרום הדבר להתנהלויות עתידיות שלהם במקרים דומים. ביטאה זאת אחת המשתתפות: **"אני לא יודעת איך יכול להיות בזה תהליך של למידה אם אנחנו לא מקבלים משובים**. ואז כאילו משהו עונה על המבחן והוא לעולם לא יודע אם התשובות שהוא ענה הן נכונות או לא אז באמת קשה ככה ללמוד".

"כשאתה לא מקבל משוב בחזרה זה מוריד את החשק להמשיך ולגלות, להמשיך ולהיות מעורבים. רופא יכול להיות ראש קטן, לא חייב לדווח על כל מקרה של הזנחה ולחסוך לעצמו כאב ראש. (אבל) הוא יכול להרגיש 'את הילד הזה הצלתי. מנעתי ממנו הזנחה, אלימות, שיפירתי את מצבו'. אם אתה לא מקבל משוב זה קצת מחליש את המוטיבציה להמשיך ולגלות, להיות ראש גדול, כי אתה אומר 'אולי טעית, בזבזתי זמן, הטרחתי את המערכות, הילד הזה לא מוזנח, הילדה הזאת לא עברה התעללות מינית'. אבל אם כן צדקת, זה מגדיל את המוטיבציה להמשיך ולגלות, להיות ראש גדול. כשאני מעביר מקרים לבית-חולים אחר, אני עומד על-כך שהרופאים שלי ימשיכו לברר מה שלום הילד. זה מרחיב את הידע, סוגר את הפאזל".

יש לציין שרופאים מעטים תיארו כי הצליחו להגיע ליחסי עבודה טובים עם הגורמים בקהילה באופן בו כן קיבלו משוב כלשהו בחזרה אודות הטיפול בילד, באופן רשמי או ברמיזה (ראה נספח 3: טופס משוב מפקידת הסעד לבית-החולים).

עוד מאותו העניין, צוינה תרומתו האפשרית של יועץ משפטי שיועסק על-ידי בתי-החולים (קיים כבר כיום בבית-החולים הדסה לדוגמא), שיוכל להוות כתובת לפנייה על-ידי הרופאים בדילמות השונות.

המלצה נוספת הנוגעת לשינוי מדיניות וחקיקה נוגעת ליחס **ולאכיפה כלפי הורים במקרים של הזנחה**. רופאים מספר ציינו כי המדיניות הנהוגה בארה"ב היא שהורה שמואשם בהזנחה נמצא תחת מעקב ופיקוח של עובדת סוציאלית במטרה להמשיך ולהבטיח את שלום הילד. מעקב זה מתבצע על-ידי ביקורי בית תדירים – אחת לחצי שנה. צוין כי בפילדלפיה אף הגדילו לעשות ולהעלות את תדירות ביקורי הבית לאחת לחודש. לדברי אחד הרופאים הזנחת הילד היא בגדר **רשלנות פושעת** המחייבת את הבטחת שלום הילד כמו גם ענישה בעת הצורך. בנוסף, צוינה המהירות הרבה בה מוציאים בארה"ב ילדים מבתיים, שלדברי חלק מן המשתתפים, יש בה לעיתים רבות מן הצדק והבטחה אמיתית לשלומם של הילד:

"הגיע אלינו מקרה של הורים ששכחו שני ילדים באוטו, בחום של 40°C כשבאוטו היה 70°C (הילדים נותרו ללא רוח חיים). ההורים לא קיבלו שום עונש. בארץ אוהבים לומר ש'הם כבר קיבלו את העונש שלהם'. יש כאן בעיה חמורה של אכיפה. אם לא תהיה אכיפה – זה יכול לקרות שוב עם הילד הבא".

גם במקרים בהם לא מוצאים הילדים מן הבית, ציינו הרופאים את חשיבות המעקב המתבצע בארה"ב על-ידי עובדות סוציאליות הכולל **הדרכה הורית ואף סיוע כלכלי ועזרה במימון זכויות** הניתנת למשפחות שברובן ממצב סוציו-אקונומי נמוך. מדיניות זו מומלצת לדבריהם ליישום בארץ.

המלצה נוספת היתה לצאת **בהמלצות רפואיות לכלל הציבור**, בעקבות מסקנות שעולות מן הטיפול במקרים השונים (לדוגמא, מקרים של מוות בעריסה). באופן זה, התועלת שתופק מן הטיפול במקרה תהיה לא רק נקודתית, אלא תמנע הישנות של מקרים מעין נוספים אלו בציבור כולו.

לסיכום, פרק זה מתייחס להמלצות ותובנות רחבות יותר של הרופאים **לשינויים רחבים שעליהם להתרחש מחוץ לכתלי בתי-החולים**: שיפור המערך הקיים בעבודה רב-צוותית, שינוי מדיניות וחקיקה וחינוך הציבור. ניכר כי ביכולתם לתרגם את הידע והכלים שרכשו להבחנות מדוקדקות של **שורשי הבעיות** בתחום הטיפול בילדים בסיכון וזיהוי המהלכים הנדרשים לעבודה שורשית ומקיפה שביכולתה להוות **מניעה ולא רק טיפול** במקרי התעללות והזנחה.

תרומת פורום הרופאים להמשך העשייה

כאמור, פורום הרופאים כולל רופאים שסיימו את ההכשרה ובראשם ד"ר יורם בן-יהודה. פורם זה מקיים פגישות עבודה אחת לחודשיים במטרה להמשיך ולהתמקצע בתכנים הנוגעים לטיפול בילדים נפגעי התעללות והזנחה וכן להוות רשת תמיכה מקצועית. משתתפי המחקר ציינו את תרומתו הניכרת של פורום זה בהיותו מספק **כתובת להתייעצויות ולהתלבטויות מקצועיות**, החלפת דעות ולמידה האחד מניסיונו של השני, כמו גם **חזרה על תכני הקורס וריענונם**. הפורום מספק **למידה והעשרה בתחומים חדשים**, יחד עם **עדכון התפתחויות בתחומים** אשר נידונו זה מכבר.

15 רופאים פעילים בפורום ומשתדלים להגיע לפגישות הפורום כפי היכולת. מתוכם, הרופאים הממעטים לבוא (כ-5) ציינו כי בדרך-כלל הסיבה לכך היא עומס רב המקשה להתפנות לפגישות (וכן גישת הנהלת בתי-החולים שלא רואה זאת בעין יפה), ולא חוסר הערכה למסגרת זו או חוסר רצון מהותי לקחת בה חלק. יחד עם זאת, כפי שעולה, קיימת **זיקה בין עיסוקו של הרופא ופנייתו לתחום הטיפול בילדים נפגעי התעללות והזנחה, להשתתפותו בפורום**. כאמור, רופאים רבים משמשים ב"כובעים" רבים ולעיתים ה"כובע" של הטיפול בילדים נפגעים נסתר בצל האחרים. במקרים אלו בדרך-כלל ממעטים הרופאים גם להגיע לפורום, לעומת הרופאים אשר עוסקים בכך באופן מסיבי וגם מרבים להשתתף בפורום.

מספר רופאים הציעו תכנים לפורום. למשל, שמסגרת זמן זו תוקדש יותר לדיונים במקרים, כיוון שהם לומדים מהם רבות (יותר מרכישת ידע תיאורטי חדש). הדבר נעשה גם כיום אך יש צורך בהעלאת המינון לדבריהם.

הצעה שהועלתה להמשך העשייה של הפורום נגעה למיסוד של כלים מקצועיים והחלפתם בקרב חברי הפורום. הועלה הרצון ליצירת **מאגר אלקטרוני של ידע מקצועי** ועדכני שהרופאים יוכלו להיחשף אליו ולהעשיר עצמם באמצעותו.

הצעה נוספת היתה לנצל פורום זה **לקידום מחקר בתחום ילדים נפגעי התעללות והזנחה**. המטרה היא לבסס שיטות עבודה מומלצות על ספרות תיאורטית ומחקרית.

ההמלצה המשמעותית ביותר שהועלתה על-ידי חלק מן הרופאים היתה להעלות את פורום הרופאים רמה נוספת: **לקדם מדיניות ברמה הלאומית, שינויים בחקיקה**, שינוי נהלים של משרד הבריאות, נהלים הנוגעים לחיבור פרופסיות שונות בתוך בתי-החולים, קביעת שפה מקצועית משותפת בין בתי-החולים. דוגמא שניתנה לצורך בשינוי מדיניות היתה כאמור שבירת

החיסיון המקצועי לגבי המשך הטיפול בילד, באופן שיאפשר למידע שלא מועבר כיום מפקידות הסעד להגיע בחזרה לרופאי בתי-החולים.

על רקע כל ההמלצות הללו, חזר ועלה עניין התגמול: ללא תגמול הולם, לא יוכלו הרופאים להתפנות לעבודה מסיבית של קידום מדיניות ושינוי חקיקה.

לסיכום, שנה ומחצה מתום הכשרת הרופאים, ניכר כי הם מיישמים את תכניה הרבה מעל ומעבר לידע הרפואי שרכשו. הראיונות עימם מעידים כי המודעות לנושא ועימה תחושת השליחות התחזקו באופן משמעותי; כמות הדיווחים על ילדים שלגביהם החשד להתעללות והזנחה גדלה; הרופאים חשים ביטחון רב יותר לעסוק בעבודתם ולהנחיל את הידע שרכשו לעמיתיהם בתוך בית-החולים ומחוצה לו ואף ניכר כי הם נחשבים מומחים וברי סמכא ומשמשים כתובת לפניות במקרה של פגיעות בילדים; והם מרבים לפעול וליזום דברים נוספים לשיפור וייעול הטיפול בילדים בסיכון.

לצד אלו, ישנן נקודות מספר שדומה כי עדיין דרושות בירור: מקומם של הרופאים אשר עברו הכשרה אל מול עמיתיהם המקצועיים והגדרת גבולות התפקיד שלהם; גישת בתי-החולים ורצון לקדמה ככל האפשר כך שתאפשר את העיסוק בתחום; שינויי מדיניות וחקיקה שמציעים הרופאים על-מנת לאפשר טיפול נכון ומקיף יותר בילדים בסיכון ועוד.

=====

תימות שעלו מתוך הראיון עם נציגות משרד הבריאות (הגב' דבורה איציק, מנהלת

תחום אלימות במשפחה וסגניתה גב' זוהר לביא-סהר)

על-מנת לקבל זווית ראייה נוספת על השינויים שחוללה ההכשרה, פנינו אל הגב' דבורה איציק, מנהלת תחום אלימות במשפחה במשרד הבריאות וסגניתה, הגב' לביא-סהר, אחראית על תחום אלימות כלפי ילדים. אל הגב' איציק מגיעים התייעודים לגבי כל הדיווחים על חשדות לפגיעה או הזנחת ילדים, על-ידי העובדות הסוציאליות החברות בוועדות להגנת הילד בבתי-החולים השונים. מעבר לכך, גב' איציק היתה שותפה לחשיבה שמאחורי בניית ההכשרה וכן לקחה חלק במפגשים עצמם. גם כיום היא ממשיכה לקבל משוברים ותיאורים על תפוקות ההכשרה, פרט לדיווחים שצוינו, על-ידי העובדות הסוציאליות בבתי-החולים.

כללית, נציגות המשרד מברכות על קיומה של ההכשרה, על הידע החשוב שהקנתה והמודעות לנושא שגברה. יחד עם זאת, הן העלו מספר הסתייגויות מתרומתה של ההכשרה לקידום הנושא. הפנינו אליהן מספר שאלות, על-פי הקריטריונים שהוצגו בפני הרופאים. להלן תמצית הראיון.

שינויים בעקבות ההכשרה, תפיסת התפקיד של הרופאים

לגבי השינויים בתפיסת התפקיד של הרופאים, העלו נציגות משרד הבריאות נקודה מעניינת. הרופאים אכן סיגלו לעצמם תפיסת תפקיד חדשה בעקבות הקורס הכוללת ידע בתחום הפסיכו-סוציאלי, אך זו יצרה קושי מסוים בעבודתם עם העובדים הסוציאליים, ואף אשליה כי כעת הם יכולים לעבוד ללא סיועם:

"בעקבות הקורס היתה תחושה של העובדים הסוציאליים בחלק מבתי-החולים, שיש להם איזושהי נחיתות, זאת אומרת שהשתנה בעצם האיזון בתוך המערכת. עד אז העובד הסוציאלי היה יותר איש הידע ופתאום הרופא הפך להיות החזק והמשמעותי משום שזה בא מתוך מערכת שמלכתחילה הרופא הוא החזק והמשמעותי והעובד הסוציאלי מלכתחילה הוא גוף מסייע ונותן שירות משני. וזה שינה את המערך ועוד יותר הגדיל את הפערים, ובעקבות זה דבורה יזמה פתיחת קורס לעובדים סוציאליים שהוא מקביל פחות או יותר (לזה של הרופאים). הניסיון שלנו לאורך השנים הראה, בסופו של דבר, כשרופא עובד לבד, הוא לא מצליח לעשות שינוי. זאת אומרת, יש חשיבות שרופא שהוא 'פריק' לנושא, הוא מקדם את הנושא והוא מעלה את הנושא לאג'נדה של בית-החולים, זה מאד מאד חשוב. לכן למשל כשכתבנו את הנוהל של ועדות אלימות, החלטנו שיושב ראש ועדת אלימות יהיה רופא ולא עובד סוציאלי, מתוך המחשבה שאם רופא כאיש רפואי

מכניס את הנושא כנושא מקצועי, זה יכול להעלות את קרנו של הנושא. כי בתוך מערכת רפואית שהרפואי זה החלק המשמעותי והרופא בתוך המערכת הוא בראש ההיררכיה, לא האחות ולא העובדת הסוציאלית, יש משמעות כשרופא לוקח את הנושא הזה כנושא, יש שינוי מלכתחילה. אבל אם אין עובד סוציאלי טוב שעובד בסמוך לרופא, בדרך-כלל, השינוי לא משתמר, העבודה לא נעשית בצורה נכונה. ולכן המסקנה שלנו, שאי אפשר לפרק את החבילה הזאת בתחום של אלימות, זה פשוט לא הולך. ואם יש רופא שחושב שהוא יכול לעבוד לבד, זה לא משהו שעושה מספיק שינוי במערכת. כי הרופא לא יתפנה לעשות את כל העבודה שבסופו של דבר צריך לעשות בתחום של אלימות".

משמעות הדבר היא כי לשינויים שעברו הרופאים בנוגע לתפיסת התפקיד המקצועית שלהם, השלכות גם על תפיסת התפקיד של העובדים הסוציאליים שעומדים הם עובדים ועל חלוקת התפקידים שביניהם (הן מצד הגדרת התפקידים והן מצד מעמדו של כל אחד בתחום). שינוי נוסף שחל בעקבות ההכשרה לדברי נציגות משרד הבריאות הוא הגידול במספר הרופאים בעלי הידע בנושא. הגב' לביא-סהר ציינה כי היא חשה זאת במידה רבה ונעזרת כיום ברופאים לצורך מתן הכשרות נוספות (לעובדים סוציאליים) והפצת הידע בנושא.

עלייה בכמות הדיווחים

כאשר נתבקשו נציגות משרד הבריאות להתייחס לשינוי בכמות הדיווחים מאז תקופת הכשרת הרופאים, הן השיבו באופן חד משמעי כי פרט לבית-חולים אחד, לא נרשמו עליות במספר האיתורים של ילדים עם חשש לפגיעה או הזנחה. הגב' איציק ציינה כי הופתעה מכך וניסתה לעמוד על פשר הדבר ממספר כיוונים:

"שאלתי את העובדות הסוציאליות, אחרי שראיתי את הנתונים, הכיצד? מה שהן אמרו שיש יותר ישיבות עם הרופאים ויש יותר חשיבה, זה כן עשה משהו ברמה של העבודה, עדיין לא ניתן לראות את זה עכשיו. עוד דבר שהן אמרו, הן טענו כי חלק מהמקרים שהם בדקו, הרופאים באו מבחוץ. הרופאים האלה בעצם אמורים להיות מה שקראו להם בקורס "רופאים פורנזיים". אני אחרי שראיתי את הנתונים האלה התקשרתי לבתי-החולים לעובדות הסוציאליות, ומה שהן אמרו שהרבה פעמים מה שקורה, מגיע ילד שכבר אותר בעבר ונשלח לבית החולים (על ידי רופאים בקהילה או פקידי הסעד) זאת אומרת, זה לא ילד שמישהו מאתר אותו ולכן הוא לא נספר כדיווח. בנוסף, הרבה פעמים אתה מתעסק עם אותו מקרה כל-כך הרבה, אז יש לך הרגשה שאתה כאילו עושה המון. גם מישהו שלא הכיר את הנושא כל-כך, פתאום התהליך של הלמידה,

של הישיבות המשותפות עם העובדים הסוציאליים, של המפגשים עם הרווחה, מבחינתם זו התחושה. יכול להיות מאד שבהמשך יהיו תוצאות. צריך לעשות עוד בדיקה. יכול להיות עוד דבר, שיש תת-דיווח, שהם לא רושמים".

נוסף על הראיון שקיימנו עם נציגות משרד הבריאות, הובאו לפנינו נתונים המכילים את דיווחי בתי-החולים על ילדים בסיכון בשנים האחרונות. לנתונים אלו טרם סופחו נתוני 2010, והם מכילים מידע על השנים 2006-2009. נתונים אלו לקוחים מתוך הרישום אשר התבצע ב-15 בתי-החולים אשר לקחו חלק בהכשרה¹ (ללא פירוט של שמות בתי-החולים מטעמי חיסיון), אך רק 13 בתי-חולים רשמו אותם כהלכה (בשניים הנוספים הנתונים חסרים). ב-13 בתי-חולים אלו חושבו ממוצעי הדיווחים ב-3 השנים שקדמו להכשרה (2006-2009) והם הושו לכוונות הדיווחים בשנת 2009, השנה הראשונה לאחר תום ההכשרה. להלן תוצאות ההשוואה (ראה נספח 5: נתוני משרד הבריאות: דיווחי בתי-החולים על חשדות לילדים סיכון, 2006-2009):

☒ **ב-6 בתי-חולים חלה עלייה משמעותית (20% ומעלה).** בשניים מתוכם כמות הדיווחים הכפילה עצמה ויותר (עלייה של 200%-ו-250%).

☒ **ב-3 בתי-חולים כמות הדיווחים נשארה כשהיתה.**

☒ **ביתר 4 בתי-החולים חלה ירידה בכמות הדיווחים הנעה בין 12%-ל-40%.**

בהמשך (בפרק הדיון), יושו ממצאים אלו לממצאים שעלו מן הראיונות תוך מתן הסברים אפשריים.

שיתופי פעולה ועבודת צוות

נציגות משרד הבריאות נשאלו על טיב שיתופי הפעולה בין הרופאים לבין העובדות הסוציאליות העובדות בצמוד אליהם בתחום הטיפול בילדים בסיכון והשיבו שהדבר משתנה ממקום למקום. הן טענו כי ההכשרה לא השפיעה על שינויים בטיב עבודתה של הוועדה להגנת הילד. יחד עם זאת, המודעות לחשיבות עבודת הצוות עלתה ונושאת את פירותיה גם אם לא התמסדה בנהלים פורמליים בעבודתה של הוועדה:

"בעבר חלק מעבודת הוועדה נעשתה על ידי העובדת הסוציאלית, היום יותר ויותר מבינים שיש חשיבות לעבודת צוות והרופאים נוטלים יותר תפקידים ואחריות". למשל (צוין שמה של רופאה מסוימת) כבר ברור לה שהיא לא עובדת לבד והיא מתחננת שנעשה הכשרות לעובדים

¹ לאורך המסמך דנו ב-14 בתי-חולים אשר נציגיהם השתתפו בהכשרה. זאת משום שנציגותו של בית-חולים נוסף (ה-15) עזבה את מקום עבודתה זמן קצר לאחר תום ההכשרה. עכ"פ, הנתונים אשר הובאו לידינו כללו גם בית-חולים זה, והם הובאו כאמור ללא שמות בתי-החולים משום חובת הסודיות ועל-כן לא יכולנו לבודד נתון זה.

סוציאליים (בתחום טיפול בילדים בסיכון), זאת אומרת, אולי כבר בדור החדש יש איזושהי חשיבה על שיתופי פעולה".

גישת בתי-החולים

באופן כללי טענו נציגות משרד הבריאות שעצם העובדה שבתי-החולים הקצו יום בשבוע לטובת ההכשרה וויתרו על נוכחותו של הרופא בבית-החולים, מהווה בעיניהן סימן לתמיכה גדולה של בתי-החולים בנושא. יחד עם זאת, הן הבחינו בקושי לגייס רופאים לוועדת אלימות ארצית, כיוון שהדבר היה כרוך שוב בהיעדרות ממושכת מבתי-החולים. הן הסבירו זאת בכך שהעיסוק בנושא "לא מעטר" את שמו של בית-החולים: "הוא (מנהל ביה"ח) לא יכול לשים שלט בכניסה 'אנחנו מטפלים באלימות במשפחה'. זה לא נושא שהם יכולים להשוויץ בו. הוא גם נושא שהוא מאד בעייתי כשאתה מזוהה יותר מידי עם אוכלוסיות מסוימות, ואוכלוסיות אחרות לא יבואו לבית החולים. כלכלית זה לא משתלם".

נציגות המשרד גם ציינו את התסכול של הרופאים על כך שעל אף הקורס הם לא קיבלו הכרה מספקת לידע שרכשו ולעשייתם. הם ציפו לדבריה לתעודה ולהכרה כרופאים פורנזיים (משפטיים) וכן לתגמול הולם ולשעות כוננות מבתי-החולים ולא קיבלו זאת.

המלצות להכשרות עתידיות

נציגות משרד הבריאות היו שותפות לתחושה כי הקורס היה מקיף ביותר והעניק ידע רב למשתתפים בו. מתוך רישומיה של הגב' איציק הן כמשתתפת בעצמה בקורס, והן מהמשובים שקיבלה מהרופאים המשתתפים בו, היא ציינה כי היתה חסרה בו הוונטילציה:

"החלק שהיה קצת חסר זה הקטע של הוונטילציה. זה נושא שהוא מאד מאד קשה, ומאד מאד עמוס, והיה מעט מידי הקטע של השיח. זה באמת נושא שרגשית מאד קשה להכיל אותו. שעה אחרי שעה אחרי שעה לראות את כל התמונות, לשמוע את כל הדברים המחרדים, זה בטוח עושה לך משהו ברמה הרגשית. מתוך הידע שלנו על החשיפה לטראומה משנית, דווקא כשעוסקים בנושאים טראומטיים כל-כך, אנחנו יודעים שיש השפעה".

לסיכום, נציגות משרד הבריאות מבחינות בשינויים שחלו בקרב הרופאים בעליית המודעות וההירתמות לטיפול בתחום הילדים בסיכון. לדבריהן שינויים אלו אינם מעוגנים בעלייה מספרית של כמות הדיווחים על החשדות לילדים בסיכון כמו גם בשיפור מעמיק ושיטתי של עבודת צוותי

ההגנה לילד במרבית בתי-החולים. יחד עם זאת, שינויים אלו לדבריהן אורכים זמן רב ויש להאמין שעוד יישאו פירות בהמשך. נציגות המשרד ציינו כי הגדרת התפקיד של הרופאים אל מול זו של העובדים הסוציאליים טעונה בירור וטרם הגיעה לאיזון הרצוי.

=====

תימות שעלו מתוך הראיונות עם העובדות הסוציאליות בבתי-החולים

בפני העובדות הסוציאליות הוצגו שאלות בדומה לתימות שעלו מתוך הראיונות של הרופאים, במטרה לקבל גם את זווית הראיה שלהם ולבחון באלו תחומים התחוללו השינויים מאז ההכשרה.

השינויים שחלו בעקבות ההכשרה

השינויים עליהם הצביעו העובדות הסוציאליות דמו לאלו שהועלו על-ידי הרופאים עצמם: שינויים חיוביים ברמת הידע של הרופאים לגבי הטיפול בילדים אשר הועלה לגביהם חשד להתעללות והזנחה, הפצת הידע לעמיתים, עליית המודעות, שיתופי פעולה, עבודה רב-צוותית על מקרים וכן יזמות נוספות לשיפור השירות:

"התחושה היא (שמאז ההכשרה) העבודה הרבה יותר מקצועית, הרבה יותר מבוססת מדעית, במובן של אבחנה מבדלת, כל הברורים הנוספים שצריכים לעשות היא (הרופאה) בפירוש כותבת".

"אני באמת מרגישה שברמת הידע וההכשרה בנושא הזה יש שינוי. היא (הרופאה) גם מדברת על זה ומפיצה את זה. כשיש איזה מקרה אז היא אומרת 'לא, הנהל הוא ככה וככה', אני לא אומרת את זה לגנאי, יש לה את הידע. זה לא כמו פעם שעובדים הסוציאליים היו אומרים אנחנו יודעים את הנהלים ואף אחד לא יודע. הם (הרופאים) יודעים בעקבות זה היא גם חברה בוועדת אלימות. היא גם עשתה יחד איתנו את ההכנה למבדק הארצי (מבדק של משרד הבריאות), גם ברמת הפרטנית: מקרים שמאותרים, גם כשלא פונים אליה, לפעמים פונים במחלקה תבואי ותבדקי כי בית-החולים הביא מכשיר מיוחד שבדק בדיקה רפואית שהם למדו להשתמש בו בהכשרה שלהם, אז גם כשלא פונים, היא מאד מעורבת. רופאים גם יודעים להשתמש בה: הפיצו במייל..."

"הרופאה מאד מקצועית, מאד יסודית, לא מוותרת, לא מעגלת פינות".

"נוצרה תחושה שזה לא רק של העובדים הסוציאליים הסיפור הזה. יש יותר משוגעים

לעניין, יותר אנשים שמרגישים שזו המחויבות שלהם, יותר אנשים להתייעץ איתם".

"יש מודעות יותר, לא רק של הרופאים, גם של הצוות הסייעודי. יותר אכפת. כל דקה שרק

מדמינים אולי (שהילד נפגע), מפנים אלינו, ואנחנו מדרבנים את זה שיפנו. לפעמים אומרים תשמעו אנחנו לא בטוחים, דווקא אנחנו מאד מאד מחזקים את זה".

"היום קוראים לנו באמת גם על דברים שאפשר להגיד בברור שזה לא אלימות אבל נותנים לנו לבדוק ולראות אם באמת יש בעיה או אין בעיה, אנחנו מאד מכבדים את זה.
עובדת סוציאלית שנכנסה לתפקיד בסמוך לתום ההכשרה תיארה: **"העובדת הסוציאלית שהחלפתי במחלקה אמרה לי שהמצב לא היה ככה. היא "ברחה" משם והרגישה הקלה שהיא משאירה לי את המחלקה. היא חשבה שהיא משאירה לי "תיק" אבל העבודה של הצוות בזמן הזה השתפרה והמודעות עלתה והרופא לוקח את התחום הזה מאד ברצינות. היום יודעים לקרוא לנו לראות מקרים".**

"בעקבות היזמה של הרופא (בוגר הקורס) בנינו טופס לצרכי מעקב שבו העובדת הסוציאלית רושמת מה נעשה, תיאור האלימות, עם מי הוא הגיע, מה קרה. הרופא מרכז אצלו את התיעודים".

עובדות סוציאליות ציינו את השיפור שחל בכתיבת הדו"חות הרפואיים, דיוק והתייחסות לסימפטומים המחשידים, המאפשרים המשך טיפול טוב במקרה. צוינה גם **אחידות שנוצרה בשפה המקצועית** בשיח בין הרופאים לעובדות הסוציאליות ותרומתה הרבה לטיפול אפקטיבי במקרים: **"אני מרגישה שעכשיו יש לי קולגה לעבודה, מישו לחלוק איתו את האחריות. אנחנו מתייעצים אחד עם השני ומדברים באותה השפה".**

עובדת נוספת ציינה כי בשיתוף עם הרופא נבנה **פרוטוקול לצוות הרפואי כולו**, המגדיר את שלבי האיתור והטיפול בילדים בסיכון.

שינוי משמעותי שצוין הוא **הזמינות של הרופאים שגברה במידה ניכרת** תודות להכשרה והנכונות הרבה שהם מגלים להשקיע בתחום זה, אשר להן תרומה ניכרת לעבודתן של העובדות הסוציאליות: **"ברגע שיש מישו שהוא "משוגע לדבר" והוא מאד מכוון לתחום מסוים אז זה נותן תחושה נוחה לפנות כי הוא רוצה לשמוע, זאת אומרת אני לא מרגישה שאני מטרידה אותה או מטריחה אותה או שאני מציקה לה, כי אני יודעת כמה זה חשוב לה וכמה היא כן רוצה להיות בתמונה ולדעת...".**

שינויים בתפיסות המקצועיות ובתפיסת התפקיד של הרופאים

לצד המגמות החיוביות והשינויים בעקבות ההכשרה, הועלו גם הקשיים הנובעים **מפערים** בין הרופאים לעובדות הסוציאליות **בתפיסות המקצועיות** והמתח הקיים לגבי ההכרעה ביניהן. העובדות הסוציאליות תיארו את השפעת השינויים שעברו הרופאים על האינטראקציות בין לבין הרופאים ועל תפקידיהן הן:

"יש קצת חיכוכים אני מוכרחה להגיד, כשיש משהו רפואי וחייבים לדווח לפקידת סעד, שפה אין מחלוקת כמובן גם מבחינתנו, רק לנו יש נטייה לרצות להעביר לפקיד סעד ולה (לרופאה) יש נטייה יותר להעביר למשטרה. זה נושא שצריכים לדון עליו".

"לפי הנוהל של משרד הבריאות אם יש חשד לאלימות כלפי קטין אפשר לדווח או לפקיד סעד, או למשטרה, או לשניהם. אנחנו בנוהל שהפצנו לעובדות – ואני ישבתי על הנוהל הזה של כוננויות – כתבנו, שבמקרה של חשד לאלימות יש לפנות לפקיד סעד. כמובן שאם מגיע ילד שאומר שאבא שלו ניסה לרצוח אותו, יש דברים שהם מאד קיצוניים אז את המשטרה אפשר לערב גם. ואנחנו עובדות לפי הנוהל הזה כי יש בעיה, אם את מדווחת למשטרה ההורה כבר לא יכול לקבל וועדת פטור, זה לא הפיך. אז לפעמים זה לא נכון החשד הזה. יכול להיות שכולנו מכוונים לזה, אבל כאן בבית-החולים זה מוגזם, על כל פיפס רוצים לדווח למשטרה, בעיקר לאחרונה, גם בגלל ההכשרה".

"יש ויכוחים (בין העובדים הסוציאליים לבין הרופאים) סביב קבלת החלטה למי לדווח למשטרה או לפקיד הסעד... או מה עושים כשיש התלבטות בטיפול (בין העובדים הסוציאליים לבין הרופאים) או מה עושים כשיש משהו רפואי לא מוסבר או חד משמעי מבחינתה (הרופאה), שאנחנו כעובדות סוציאליות יש לנו תמונה אחרת כשיש חילוקי דעות".

מהראיונות עלה ויכוח אופייני שניטש בין הרופאים לעובדות הסוציאליות ואשר עשוי להתרחש לגבי הכתובת המתאימה לדווח (פקיד סעד או משטרה), ולעיתים אף לגבי עצם הדיווח. הרופאים נוטים "להחמיר" בגישה שבה הם נוקטים לעומת העובדים הסוציאליים. הם ימהרו לדווח על מספר רב יותר של חשדות וכן יעדיפו פעמים רבות לדווח ישר למשטרה ולא לפקיד הסעד (יש לציין כי הם יודעים כי פקיד הסעד עצמו מדווח למשטרה או מקבל וועדת פטור. לדברי העובדים הסוציאליים, זוהי דרכם של הרופאים לוודא כי יינקטו צעדים חמורים כנגד ההורים החשודים בפגיעה, והם אינם רוצים להשאיר זאת אף לא לשיקולו של פקיד הסעד).

כשנשאלו העובדות הסוציאליות ממה נובעים הפערים בתפיסות המקצועיות, דומה היה כי הן מתריעות על "חילופי התפקידים" שהתרחשו. הרופאים מצידם שמים זרקורים על כל מקרה, מתעלים מעל האבחנה הרפואית אל עבר האבחנה הפסיכו-סוציאליות, והעובדות הסוציאליות מצידן חשות צורך לבלום ולהזכיר כי יש להתמקד תחילה בפן הרפואי ולא למהר ולהסיק שכל מקרה הינו פסיכו-סוציאלי:

"קודם כל שרופאים ישללו משהו אחר ולא יסיקו שזו פגיעה, שיערכו את כל הברור הרפואי. לפעמים כשילד מגיע עם משהו שהוא פסיכו-סומטי לכאורה 'אה זה בטח התעללות,

מישהו עשה לו משהו', מאד קל לזרוק את זה על זה, ואני אומרת לא, זה מאד מעליב את המשפחות, את הילדים, כשאת ישר אומרת להם שהכל פסיכולוגי, שהוא ממציא את הכאב ראש, שעשו לו משהו...".

העובדות הסוציאליות סבורות שהרופאים ממהרים לדווח למשטרה על מקרים שמבחינה מקצועית הן לא היו מדווחות עליהם כי הן רואות את כל ה"סט האירגוני" של הילד, החל במשפחה וכלה בקהילה. לדעתן, לעיתים החשד מופנה למשפחות ללא ביסוס ואכן מדובר באירועים "תמימים":

"לפעמים זה לא נכון החשד הזה. נכון שכולנו מודעים לזה, אבל לפעמים מדווחים על כל פיפס, לפעמים הרופאה רצה מהר מידי... לפעמים זה יכול לפגוע בהורים. לפעמים ילדים מגיעים עם תאונות בית, ועם ילדים יש הרבה דברים שיכולים לקרות, גם כשאת משגיחה באלף עיניים". פערם אלו נובעים גם מתפיסת תפקיד שונה המשויכת לרופאים ולעובדים הסוציאליים. כאמור, העובדים הסוציאליים חשים כי יש להם מחויבות מקצועית רחבה כלפי המשפחה וכי הם מביאים אספקטים טיפוליים נוספים בחשבון, מעבר לאלו העומדים לנגד עיניהם של הרופאים המטפלים פיזית במטופל הבודד שלפניהם:

"אני תמיד נעה בין התפקיד שלי לעזור למשפחה לבין התפקיד שלי לדווח, שאני לצערי, בגלל שהחשד לא תמיד מבוסס, הרבה פעמים אני נמצאת באיזשהו קונפליקט פנימי אם אנחנו פוגעים במשפחה או שאנחנו עוזרים למשפחה".

"בכל זאת משפחה, אני רואה אותה גם כמשפחה במצוקה. אני לא רואה אותה רק כמשפחה פוגעת".

"הרופאים אומרים: תפני למשטרה" (לאו דווקא אני, העובדות הסוציאליות מספרות לי ואני מרכזת את כל הדיווחים), ואנחנו אומרות לא, קודם נפנה לפקיד סעד. יש בזה משהו ממש בסדר אבל לפעמים זה מוגזם (לפנות למשטרה). ההורה ילך לבית סוהר ומה יצא לילד מזה? **הקטע הטיפולי יותר חשוב".**

"אנחנו כעובדים סוציאליים, המטרה העיקרית שלנו היא לטפל ולאפשר למשפחה לעבור תהליך ולא רק דיווחנו למשטרה ויופי. אנחנו רוצים לגייס את המשפחה, אנחנו רוצים לזרוע קרקע פוריה וטובה להמשך הטיפול ולכן הקשר עם המשפחה הוא מאד מאד חשוב".

עובדת סוציאלית נוספת ציינה כי היא מבינה את הצורך להוריד את סף החשדות להתעללות או הזנחה ויחד עם זאת, רואה את תפקידה באיזון גישה זו, בעבודה עם המשפחות.

היא איננה עוצרת בעד הרופאים מלדווח על חשדותיהם אך לצד תהליך האיתור החשדני שנעשה, היא מספקת הכלה למשפחות מתוך חוסר שיפוטיות:

"לפעמים אני צריכה לבוא וגם איכשהו, אני תמיד נותנת משוב לצוות אבל גם תמיד לומר שיש דברים שיכולים לקרות. אני לא אומרת אף פעם שחושדים יותר מידי כי מבחינתי שיחשדו יותר מידי. אני עושה את השיחה עם המשפחה, אני יודעת שהגישה שלי אף פעם לא תהיה שיפוטית שזה מקרה שיכול לקרות לי גם כאמא, אני אומרת את זה לאמא. יש דברים שיכולים לקרות לכל ילד. תאונות בית מסוימות, תאונות סביבה מסוימות שאין שליטה עליהן".

עובדת אחרת אף ציינה כי יש ברכה בכך שהרופאה מציגה תפיסה מקצועית שונה בתכלית מזו שלה ומעודדת כיוון חשיבה שונה:

"אנחנו (העובדות הסוציאליות) הרבה פעמים התרגלנו לחשוב שאם אנחנו מתרשמות ממשפחה לטובה, יש לזה מקום מאד נכבד בקבלת ההחלטות. והיום יש מצבים שאנחנו יודעים שגם אם ההתרשמות שלי היא נפלאה ואני חושבת שהמשפחה הזו היא משפחה נהדרת, אם יש לי ממצא לא מוסבר אני לא יכולה להתעלם ממנו ולבוא ולהגיד 'בגלל שהתרשמתי לטובה מהמשפחה אני אתעלם מזה שאין הסבר לשבר'. וזה המקום שבו הרופאה לא מוותרת. שזה נכון בסופו של דבר. גם אם אנחנו רגילות לחשוב בצורה אחרת הרבה שנים זה לא אומר שזאת הדרך הנכונה לחשוב או הדרך היחידה לחשוב".

מספר עובדות תיארו כי נוסף על חילוקי הדעות המקצועיים, הן חשות כי חלה גלישה של הרופאים לתפקידי העובדות הסוציאליות:

"נורא יושבים עלינו. הרופא רוצה שכל דו"ח שלנו לפקיד סעד נעביר גם אליו העתק. זה קצת כניסה לתחום שלי, זה כניסה לקישקעס. אם אני מתכתבת עם פקיד סעד הוא לא צריך לראות את זה, זה כאילו לא סומכים עלינו".

לעיתים יש סממן של חשש מ"איבוד כוח מקצועי" באינטראקציה החדשה שבין הרופא לבין העובדת הסוציאלית:

"לפעמים הגבולות מטשטשים בגלל הידע שיש. יש אי בהירות. אני מוצאת את עצמי מעמידה במקום, ולא דווקא את הרופאה הזאת, היא גם מכשירה עוד רופאים ועוד אנשים, אבל היא במיוחד בגלל שהיא עברה את ההכשרה ויש לה את הידע וידע זה כוח וזה בסדר, היא משתמשת בו וזה בסדר וזה הכל בעצם לטובת הילדים, לטובת האיתור, לטובת הטיפול, אבל המסר שאנחנו מקבלים כעובדות סוציאליות בבית החולים זה שאנחנו מרכזות את הטיפול,

מנהלות את הטיפול ושהרופאים הם בקטע הרפואי, המשפטי, הם לא תמיד אמורים להגיד לנו איך לפעול. אבל הם לא חושבים כך".

"לפעמים יש מתחים במי שולט או מוביל או מי קובע..."

יש לציין שלתחושות אלו היו שותפות עובדות סוציאליות אחדות ונראה כי טרם התמסדה מערכת יחסים והגדרת תפקידים ברורה ביניהם לבין הרופאים. לציין של טענות אלה, תארו אחרות יחסי שיתופי פעולה טובים ותיאום מוצלח עם רופאי בתי-החולים :

"אני עובדת עם הרופאה בשיתוף פעולה מלא. היא בעצמה אמרה לי שהיא בוחרת לעבוד

איתי וליידע אותי. במהלך היום אנחנו מתייעצות 'את תעשי את זה, אַתְּ אַתְּ זה אחר-כך נשב, נסכם', זה זורם וזה טוב, ואני חושבת שיש לה ידע וזה עוזר".

"בסך הכל אני חושבת שנוצר שיתוף פעולה מאד יפה, והרופאה זמינה ומהווה כתובת".

על רקע המתיחויות בין התפקידים שתוארו לעיל, מפתיע היה לשמוע מאחת המרואיינות כי למעשה אין כאן כלל גלישה לתפקידן של העובדות הסוציאליות. **מעורבות הרופא בדיווח לגורמים בקהילה מעוגנת בתקנות משרד הבריאות** והיא רואה זאת לחיוב שהרופאה עימה היא עובדת מיטיבה ליישם זאת :

"בנוהל הרפואי בבית-החולים זה בעצם הנוהל: שמי שמאתר זו חובתו לדווח. רופא או אחות אחראית שמאתרים על-פי רוב פונים בדרך-כלל לעובדת הסוציאלית שתעשה את הקישור אבל האחריות מוטלת עליהם, על הגורם שזיהה, שאיתר, גם כשזה רופאי הילדים".

נוסף על המתח המתקיים (או שאינו מתקיים) בין הרופאים לעובדות הסוציאליות, עולה גם זווית נוספת של 'גלישה לתפקיד העובדת הסוציאלית' מתוך התייחסות הנהלות בתי-החולים והגופים בקהילה :

"פעם כשדיברו בבית-החולים על הוועדה לילד בסיכון אמרו את השם של העובדת

הסוציאלית, והיום אומרים את השם של הרופאה. לדוגמא, אם עושים כנס בנושא של ילד בסיכון, מי יעלה לברך? מי חובה שיעלה לתת את הברכות? - היום זאת תהיה הרופאה. פעם זו היתה העובדת הסוציאלית. זאת אומרת, יש משהו שהנהלת בית-החולים היום יותר תופסת ילד בסיכון' מזוהה עם הרופאים. תמיד הרופא היה יושב ראש הוועדה, זה לא השתנה. היתה לו איזו כותרת שהוא לא ממש התעסק איתה, והיום מזהים את הרופא עם זה ולכן כשאומרים 'ועדה' אז הוא השם היותר בולט".

מרואינת אחת הדגישה את הבעייתיות שבכך מבחינתה :

"פעם הנושא היה 'שייך' לעובדים הסוציאליים ולא לרופאים, הרופא היה נכנס אחרי שאני עשיתי את העיבוד הפסיכו-סוציאלי. עכשיו זה קצת נשמט ממני... זה משהו שהוריד את העבודה הסוציאלית למקום משני בסיפור, ואני גם אומרת לעמיתים שלי: אני מצפה שעו"ס יפנה לעו"ס ולא לרופא. אבל פקידי הסעד פונים היום ברובם ישר לרופא. אלי פונים רק כברירת מחדל אם לא משיגים את הרופא. חוות הדעת של הרופא נחשבת יותר אובייקטיבית, מקצועית, משפטית: 'היתה חדירה או לא היתה חדירה', 'יש שטפי דם או אין שטפי דם'. לפי הנוהל של משרד הבריאות העובדים הסוציאליים צריכים להיכנס לתמונה, אבל פתאום אנחנו מרגישים מיותרים".

מרואיינת אחרת הדגישה לעומתה את החיוב שבכך:

"עצם זה שיש בעצם סמכות או אנשי מקצוע שאמונים על התחום הזה, זה עושה משהו מאד מאד טוב לצוות בית-החולים כיוון שלצורך העניין הרופא הזה הוא בעל הידע בתחום, הוא הדמות להתייעצות, אליו פונים אוטומטית בכל חשד שעולה".

לסיכום, נושא השינויים בתפיסת התפקיד בקרב הרופאים (והשלכותיו על תפיסת התפקיד של העובדות הסוציאליות ומערך שיתופי הפעולה) שב ועלה בדבריהם של הרופאים, נציגות משרד הבריאות וכן העובדות הסוציאליות. תמונה דומה עלתה מדבריהם של כל המרואיינים באשר הם, והיא מציגה תזוזות מתפיסת תפקיד רפואית גרידא, אל עבר אחריות לטיפול ההוליסטי וקבלת החלטות לגבי הילדים אשר קיים לגביהם חשד להתעללות והזנחה. על רקע המתרחשות הנוצרות מ"גלישה" לתפקידן של העובדות הסוציאליות, עובדות מספר התמקדו בקושי שהדבר יוצר בעוד שאחרות נתנו דעתן גם על היתרונות שבכך. יש לציין כי מספר עובדות תיארו כי הגדרת התפקידים המחודשת הסתדרה על הצד הטוב ביותר לשביעות רצון כולם.

בדומה לדבריהן של נציגות משרד הבריאות ציינו גם העובדות הסוציאליות עצמן כי יש יתרון בכך שהרופא מזוהה עם התחום ומוביל אותו, מאחר והוא נתפס כסמכות מקצועית יותר והרופאים והנהלות בית-החולים, כמו גם בני המשפחות המטופלות, מתייחסים לנושא יותר ברצינות עקב כך. דברים אלו הובילו לתימה הבאה – שינויים בהנחלת הידע לעמיתים.

הנחלת הידע והמודעות לצוותי העבודה ולסביבת בתי-החולים

מספר עובדות סוציאליות דיווחו כי הרופאים ביצעו פעילויות שונות בבתי החולים הקשורים לתחום ילדים בסכנה. דוגמאות שהן נתנו לכך הן ימי עיון והשתלמויות בנושא והדרכות

למתמחים, הקפדה על נהלים בתחום הטיפול בילדים בסיכון בבתי-החולים, וקידום עבודתה של הוועדה להגנת הילד.

"לד"ר X יש מעמד מקצועי, סמכות, ידע וניסיון. הוא יכול לומר לרופאים 'תנהגו כך וכך'. אני גם הייתי אומרת להם מה צריך לעשות אבל **רופאים מקבלים את זה אחרת כשקולגה מעיר להם, למשל, כיצד לכתוב את הדו"ח הרפואי**. מה שעוד השתנה זה שלפני כן אף רופא לא העז לעשות את ההערכה הראשונית והטילו את זה עלי. יש מקרים שצריך קודם שרופא יעשה את ההערכה למקרה כי ההורים מקבלים אותו אחרת".

"אם קודם הייתי 'גננת' שצריכה לרוץ ולרדוף אחרי כולם שנשב יחד בוועדה, עכשיו, עצם זה שרופא בכיר מבקש מהאחות להגיע היא תגיע יותר מהר מכשהעו"ס תקרא לה. ככה בנויה המערכת. אין תירוצים. ד"ר X מגיע - יושבים".

שינוי נוסף, שצוין גם בדברי הרופאים, מתייחס לקשר שנוצר עם הגורמים השונים בקהילה (רופאים, משטרה) ופירותיו בעשייה היום-יומית. הרופאים נתפסים כמומחים לאיתור וטיפול בילדים שעברו התעללות או הזנחה:

"מהקהילה, אפילו מקרים שלא מצריכים אשפוז או דברים רפואיים, **הם רואים בבית-החולים מקום שידוע להתמודד**, שאפשר להפשיט את הילד והרופא יודע לדבר עם הילד יותר טוב יותר מאשר בקהילה. מגיעים מקרים הנה (לבית החולים) שרופא משפחה מטלפן ואומר 'עלה לי חשד, אני מפנה את הילד', **אפילו שאין סיבה רפואית להפניית הילד לבית-החולים. בית-החולים הוא המקום שמרכז**".

"יש איזו **גושפנקא פורמלית למומחיות שלהם**. זה תורם גם פנימה וגם החוצה, זאת אומרת כשאני אומרת למשטרה 'רופא מומחה לילד בסיכון אמר ככה וככה', יש לזה משקל יותר גדול מאשר לפני כן".

אגב נושא זה, העלו העובדות הסוציאליות את העובדה כי הן חשות צורך ליצור **קשר דו-כיווני עם הקהילה**, ובין היתר, לקבל **אינפורמציה על המשך הטיפול בילד**. זאת לדבריהן משום שהדבר מאפשר לרופאים למידה ומוטיבציה להמשיך ולעסוק בנושא. לדעתן, חשוב שהרופאים יקבלו משוב אם אבחנתם היתה שגויה אם לאו, לפחות לצורך למידה. דברים אלו תואמים את שעלה מדבריהם של הרופאים ונושאים עימם בשורה נוספת. הרוח המפעמת ברופאים ועליית המודעות שיצרו, תוך שיפור יחסי העבודה המקצועיים עם העובדות הסוציאליות, נושאים את פירותיהן בכך שהם גם מגבירים את מעורבותן של העובדות הסוציאליות והמוטיבציות שלהן

לתרום לשירות משופר יותר. דומה כי הצליחו לסחוף בהתלהבותם את העובדות הסוציאליות ולגרום גם להן להשקיע מעבר להגדרות התפקיד המצופות מהן.

כתשובה לשאלה הספציפית האם ישנה עלייה בכמות הדיווחים מאז ההכשרה, השיבו מספר עובדות סוציאליות כי התחושה שלהן היא כי לא חלה עלייה משמעותית בכמות, אם כי כאמור, חלו לדידן שינויים משמעותיים באיכויות העבודה עם הרופאים. אחדות התקשו להשיב על השאלה, ואחרות טענו כי אכן חלה עלייה בכמות הדיווחים. יחד עם זאת, מתוך אלו שצינו כי חלה עלייה בדיווחים, חלקן זקפו זאת לטובת גורמים אחרים אשר השפיעו במהלך השנים האחרונות (עליה במודעות כפועל יוצא של הוועדה להגנת הילד, הנהלות בתי-החולים, מקרים קשים שארעו בבית-החולים וזעזעו את המערכת ועוד).

לסיכום, העובדות הסוציאליות מצביעות על שינויים רבים במערך הטיפול בילדים בסיכון בבתי-החולים הנזקפים לטובת ההכשרה. ברובם, דבריהן תואמים את העולה מדברי הרופאים. יוצאים מן הכלל הם השינויים בכמות הדיווחים (אין הסכמה כי הם חלו במידה משמעותית) והשינויים בתפיסת התפקיד, שינוי שאין עליו ויכוח אך יש התייחסות מורכבת יותר לטיב השלכותיו.

הבדלים בין בתי-החולים אשר לקחו חלק בהכשרה לאלו שלא

אגב הראיונות עם העובדות הסוציאליות, נתאפשרה לנו **בחינה השוואתית מסוימת בין בתי-חולים שעברו את ההכשרה לאלו שלא**, לפחות על פי תפיסתן של העובדות הסוציאליות שרואיינו. כפי שהן ציינו בראיונות עימן (ועם נציגות משרד הבריאות), העובדות הסוציאליות לוקחות חלק בהכשרה למרכזות הוועדות להגנת הילד בבתי-החולים השונים (או חברות בה). בהכשרה זו משתתפות גם עובדות סוציאליות מבתי-חולים שלא שלחו נציגים להכשרת הרופאים. לדברי העובדות הסוציאליות, ההבדלים בין נציגות בתי-החולים שהשתתפו בהכשרה לאלו שלא בולטים במיוחד. בכל התחומים בהם הוזכר כי חל שינוי ניכר וחיובי בבתי-החולים שנציגיהם עברו את ההכשרה: עליה במודעות, זמינות הרופאים, שיפור עבודתה של הוועדה, קשר עם הקהילה ועוד, **השינוי מורגש גם ביחס לבתי-החולים האחרים**. העובדות הסוציאליות טוענות שחברותיהן להכשרה מציגות תמונת מצב שונה בתכלית ומגלות השתאות ואף קנאה למשמע תיאוריהן. דוגמא לכך הביאה אחת המרואיינות:

"יש בתי-חולים שרופאים לא יכתבו שום משפט לגבי עולה חשד ל---, או קיימת אפשרות ל---, לא

מוכנים להסתבך עם הדבר הזה, בעיקר משפטית ולעומת זאת) X (הרופאה) מוציאה דו"חות

מפורטים על כל מכה וסימן ובאיזה צבע הוא ובאיזה מיקום מדויק וכמה ס"מ קוטר... היא כמובן מגנה על עצמה וכותבת 'זה לא מוכיח אבל זה יכול לשלול...'. כלומר יש לה את הניסוחים שלה אבל אם עולה ספק הכי קטן, פותחים את זה לבדיקה ולבירור. ויש צוותים שלא עובדים ככה (בבתי-חולים אחרים). אני לא יודעת אם זה חוסר מודעות או מקלים ראש, אני לא יודעת מאיזה מקום זה בא".

לכך מצטרפים גם דבריה של עובדת סוציאלית מאחד מבתי-החולים שהשתתפו בהכשרה אך מסיבות אלו ואחרות, הרופאה בחרה שלא לעסוק בתחום הזה כלל (תמונת מצב שעלתה גם מאותה רופאה עצמה). אותה עובדת סוציאלית מספרת אף היא כי הפערים בין עבודתה לזו המתוארת על-ידי עמיתותיה גדולים למדי, ומתבטאים בחוסר זמינות של הרופאה (גם כאשר היא נמצאת בבית-החולים), אי מתן חוות דעת מקצועית לצורך אבחונים וקבלת החלטות, חוסר מודעות בצוות כולו ועוד.

כחוליה מרכזית בתחום הטיפול בילדים בסיכון נשאלו העובדות הסוציאליות על דברים העשויים לקדם את הטיפול בתחום. ברובן כאמור הן מלוות תחום זה לאורך השנים ויכולות להצביע על השינויים שחלו בו. בראיונות עימן הן ניסו לזהות אלו תחומים השתפרו בבתי-החולים תודות להכשרה שעברו הרופאים, נציגי בתי-החולים השונים, ואלו תחומים עודם דורשים שינויים ומהי הדרך לקדםם.

המלצות להמשך העשייה המקצועית

המלצה מרכזית העולה מהתימות שנידונו כאן היא הצורך לעבוד יותר בשיתופי פעולה, תוך הגדרה ברורה של גבולות התפקיד של כל הגורמים המקצועיים. במילים אחרות, יש לעבוד יותר על התיאום בין הרופאים לעובדים הסוציאליים; יידוע, התייעצויות משותפות ועוד, לצד הגדרת נהלי עבודה שאינם יוצרים גלישה של תפקיד האחד למשנהו. בתוך כך, המלצה נוספת היתה לאפשר התכנסות של וועדות אד-הוק, במקרים שאינם סובלים דיחוי.

המלצה אחרת נגעה לצורך בפיצוי על המחסור בכוח האדם. התחושה היא כי מערך הצוות הקיים לא מספק מענה דיו, או לא כפי שהיו חפצים לתת לילדים בסיכון.

"אין לנו מספיק משרות. הרבה פעמים מחכים לך כמה ילדים אז את לא יכולה לתת את מלוא תשומת הלב. אם היתה עוד משרה, אז חוץ מהנושא של האיתור והטיפול וההפניה הלאה, אפשר היה גם לטפל בילדים האלה ולא רק להעביר אותם. לפחות לתת להם את הטיפול הראשוני.

הרבה פעמים אני מרגישה שאני מאתרת ואני מעבירה הלאה, אבל לתת את העזרה הראשונית, אין לי מתי לעשות את זה. את התמיכה הראשונית".

דומה כי המסר אותו חפצות העובדות הסוציאליות להעביר הוא כי בהכשרת הרופאים לא הושלמה המלאכה. אמנם חלה התקדמות לעבר השגת המטרה הרצויה אך יש לשוב ולזכור מהם התפקידים המהותיים אותם מבצעות העובדות הסוציאליות וכי הקלת העומס עליהן כרוכה בתגבור כוח האדם בתחום הרווחה ולא בתחום הרפואי. מטרה נוספת להרחבת כוח האדם כפי שעלתה מדבריהן של המרואיינות היא לאפשר את קיומן של מרפאות מעקב, והזמנת המשפחות להמשך טיפול (כולל טיפול פסיכו-סוציאלי) בבית-החולים.

לסיכום, המלצותיהן של העובדות הסוציאליות דמו בחלקן לאלו של הרופאים והן משקפות צורך בשינויי חקיקה, מדיניות ונהלי עבודה, ובחלקן הן מדגישות דברים שבכוחם להקל על עבודתן של העובדות הסוציאליות. למרות שהנחקרים במוקד הם הרופאים, החשיבה מאחורי ההמלצות הנוגעות ישירות לעובדות הסוציאליות מדגישה שוב כי בהכשרת הרופאים לא הושלם התהליך של שיפור השירות בתחום איתור ילדים בסיכון (לדבריהן של העובדות הסוציאליות). לדידן, יש לעגן שינוי זה בשינויים משלימים שיחולו על הצוות הסוציאלי בבתי-החולים ואז יוכלו לראות פירות בקידום התחום בכללותו. יש לציין שהעובדות הסוציאליות של בתי החולים עוברות כאמור הכשרה בתחום אלימות במשפחה והדבר ניכר בשיח שלהן ובתובנות שלהן.

סיכום ודיון

מחקר זה נערך במטרה לבדוק את תפקודם של הרופאים שעברו הכשרה בתחום איתור וטיפול בילדים שלגביהם חשד להתעללות או הזנחה. בדיקה זו נעשתה תוך בחינת השינויים שחלו בעבודתם של הרופאים במהלך השנה ומחצה החולפות מאז תום הכשרתם שכללה למידה אודות שלושה תחומי ידע שונים: ידע רפואי, ידע סוציאלי וידע משפטי.

ממצאי מחקר זה כוללים ראיונות של שלוש קבוצות: הרופאים עצמם, נציגות משרד הבריאות האחראיות על תחום אלימות כלפי ילדים, והעובדות הסוציאליות העובדות בצמוד לרופאים בוגרי הקורס.

שלוש קבוצות המחקר התייחסו לתפקוד הרופאים לאחר תום ההכשרה. כל המרואיינים יצאו מנקודת מוצא כי מעוגנים בחוק נהלים ברורים המגדירים את **חובתו המשפטית של הצוות הרפואי** באיתור ודיווח של מקרי הזנחה והתעללות בילדים (ראה, Feng, 2007; Kathleen & Kearney, 2005; Levune, 2005). כולם הסכימו כי כתוצאה מהידע שנרכש על ידי הרופאים תפקידם השתנה והורחב בשלושת התחומים: רפואיים, משפטיים וסוציאליים.

לגבי התחום הרפואי, צברו הרופאים ידע בטיפול ובמערך הבדיקות הנדרש לצורך אבחנת מצבי התעללות והזנחה. שני תחומי הידע הנוספים היו חדשים לגמרי למשתתפי הקורס. כאמור, על פי העדויות של שלוש הקבוצות, הרופאים צברו ידע משפטי על תפקידן של הדיסציפלינות השונות במערך הטיפול בילדים בסיכון (משטרה, חוקרי ילדים, בית המשפט ופקידות הסעד המשמשות בתפקידי חוק ורווחה גם יחד) ואיסוף ראיות כנדרש, כמו גם כתיבת חוות דעת רפואית ואף מתן עדות בבית המשפט. תחום הידע האחרון שאליו נחשפו הרופאים היה הידע הסוציאלי – היכרות עם הגורמים המטפלים ותפקידיהם במערך הטיפול (עובדות סוציאליות בבתי-החולים ובקהילה, רופאים בקהילה ושוב – פקידות הסעד), היכרות עם אוכלוסיית הילדים בסיכון על כל זוויתיה (גורמי דחק במשפחה, קהילה, תרבות ועוד).

תרומת ההיכרות עם הדיסציפלינות השונות על תפקידיהן ניכרת גם בתובנות חדשות בהגדרת תפיסת התפקיד של הרופאים, גבולות התפקיד וסמכויותיהם, וכן עליית המודעות לחשיבות העבודה המערכתית עם גורמים שונים אשר שותפים לטיפול בילדים נפגעי התעללות והזנחה. את התהליך היו צריכים אם כן לעבור שני הצדדים של מערך הטיפול המקצועי: הרופאים עצמם – שהיה עליהם להכיר כי הסמכויות המשפטיות והסוציאליות כלולות בהגדרת

תפקידם וכן לקבל כלים לכך, והצוותים המקצועיים הנוספים בקהילה שהיה עליהם להכיר בסמכויותיהן המקצועיות של רופאי בתי-החולים ובתפקודם כמומחים לאחר ההכשרה.

בשני המישורים הללו מדווחים הרופאים על מהפך בתפקודם. הרופאים מצידם למדו כאמור את הגדרת תפקידם הן בתחום הסוציאלי והן בתחום המשפטי, וכן קיבלו כלים מעשיים לשם כך. וגם אנשי המקצוע השונים בקהילה למדו להכיר ברופאים כסמכות תודות לעבודה מאומצת ותהליכית של הרופאים בשינוי התודעה הציבורית כלפי סמכויותיהם ותפקידיהם. לדברי הרופאים, עצם העבודה המשותפת וניסיון חיובי בטיפול במקרים סייעו בהטמעתם כסמכויות המקצועיות בתחום הטיפול בילדים נפגעי התעללות והזנחה.

דברים אלו עלו גם מדיווחיהן של נציגות משרד הבריאות וגם מדבריהן של העובדות הסוציאליות. אלו גם אלו הדגישו את תוצאותיה החיוביות של ההכשרה בשינוי תפיסת התפקיד של הרופאים, בכך שהם הפכו למומחים בתחום, עמלים על הפצת הידע לצוותים המקצועיים השונים, בקיאים בנהלי הטיפול הנדרשים, וחדורי תחושת שליחות ומחויבות עמוקה למקצוע. כולם מסכימים שהרופאים מגלים בקיאות רבה בספרות המקצועית ומיטיבים לנתח תופעות של הזנחה או אלימות כלפי ילדים גם בפן התרבותי-חברתי. תובנות אלו בסופו של דבר מסייעות עבורם במתן **אבחנה מדויקת** יותר למקרה שלפניהם **ובבחירת הטיפול המתאים** עבורו. שינויים אלו תואמים את העולה מן הספרות לגבי השוואה בין רופאים המתמחים בתחום הטיפול בילדים נפגעי התעללות והזנחה לאלו שאינם, כאשר המתמחים והמומחים נמצאו כטובים יותר בטיב הטיפול ובמתן האבחנה המדויקת (Anderst, Kellogg, & Jung, 2009).

לצד תוצאות חיוביות אלו, העלו מספר עובדות סוציאליות קושי מסוים הנובע מתפיסת התפקיד החדשה שמייחסים לעצמם הרופאים. דומה כי ביחס למקומם המקצועי הברור של הרופאים מצד אחד והעובדות הסוציאליות מצד שני, נערכו כאן "חילופי תפקידים מסוימים"; הרופאים מצידם חשים כי עליהם להתייחס לאספקטים פסיכו-סוציאליים שהם מזהים בקרב הילדים המטופלים ולא רק להתמקד באלו הרפואיים וכן הם מעידים כי נהיו חשדניים יותר כלפי נסיבות המקרים; והעובדות הסוציאליות מצידן משמיעות קולות כדוגמת "לא כל מקרה הוא פסיכו-סוציאלי", ומנסות לבלום את הרופאים ממסקנות שלדעתן חפוזות מיד, ולהתמקד בפן הרפואי, כאשר הן שבות ומדגישות כי פגיעות מעין אלו הנקרות לפניהן עשויות לקרות בכל בית ואין צורך להיות חשדניים כלפי מקרים אלו.

חלק מהעובדות הסוציאליות טענו שיש חוסר תמימות דעים בין לבין הרופאים וכי הרופאים מגזימים מעט בהתייחסותם לילדים. כך למשל, לדעתן הרופאים נוטים מיד לדווח

לגורמים בקהילה/משטרה, בה בשעה שהעובדות הסוציאליות נוטות לבחון היבטים נוספים ולעיתים לבלום מהלכים אלו. יש לחזור ולציין כי לתחושות אלו לא היו שותפות כל העובדות הסוציאליות המרואיינות, וכי באופן כללי, רובן הדגישו את היתרונות באוריינטציה ובידע שרכשו הרופאים (ציינו כי לעיתים עדיפה חשדנות יתר ממעט מיד). במכלול הדברים, ניתן לומר כי גם כשעולה מדברי העובדות הסוציאליות שהשינוי היה כרוך בקשיי הסתגלות בין מקצועיים (בין-דיסציפלינאריים), שכרו בצידו. שכן ההירתמות הגבוהה מאין כמוה של הרופאים לתחום הטיפול בילדים בסיכון חשובה מאין כמוה בהיותם ה"קו הראשון", שבא במגע עם אוכלוסיה זו ומעניק לה סיוע ראשוני. ניתן לקשר זאת לתורת הלמידה של המבוגרים (אנדרגוגיה) הגורסת כי **למבוגר מוטיבציה גבוהה ליישם לאלתר את שלמד** (Knowles, 1970, 1978, 1989). על פי גישה זאת, המחיר של מוטיבציה גבוהה זו היא שהיישום המיידי איננו מאפשר הבשלה מסוימת של הדברים וכי עד להפנמת הידע והמיומנויות רואה הלומד המבוגר את התרחישים בהקצנה (שחור ולבן). בהתאם מציעים הרופאים להוציא במהרה לפועל את הנלמד בעוד שעמיתיהם למקצוע מוצאים את עצמם מתריעים על איזון נחוץ והשהיית הפעולות.

לגבי עבודת הרופאים בשיתוף פעולה עם עובדים וצוותים רב מקצועיים, עולים מתוך הראיונות מספר גורמים מעכבים בהשגת שיתוף הפעולה המקסימלי בין הדיסציפלינות השונות, לטובת הטיפול בילדים נפגעי התעללות והזנחה. גורם ראשון היה **חוסר שפה אחידה ותפיסות מקצועיות אחידות** אף בין הרופאים עצמם (על מומחיותיהם השונות) בעיה זו מצוינת בספרות כמקשה על שיתופי הפעולה הדרושים לטובת הילד (Brown & White, 2006; Burt et al., 1992; Munro, 2005; Walsh et al., 1999).

בשונה מן הפערים שחשו הרופאים כי נפערו ביניהם לבין עמיתיהם הרופאים, הפערים בינם לבין העובדים הסוציאליים הצטמצמו לדבריהם. כאן מצוינת תרומת הכשרת הרופאים ככזו אשר יצרה **שפה משותפת ודמיון רב בין תפיסותיהם המקצועיות** של הרופאים לאלו של העובדות הסוציאליות. לשינוי זה נודעת חשיבות רבה כי הוא מטיב את שתוף הפעולה לטובת הילד העומד במרכז הטיפול.

גורם נוסף שהועלה כגורם מעכב להשגת שיתופי פעולה הוא **חובת הסודיות** שחלה על חלק מאנשי המקצוע מתוקף חוקים, תקנות, הנחיות פנימיות וקודים של אתיקה מקצועית. הגם שמטרתה להגן על האוטונומיה של המשפחה ועל צנעת הפרט של הלקוח, היא עלולה לעתים להתנגש עם הצורך להגן על הילד או להסדיר את הטיפול בו באמצעות מסירת מידע לגורם אחר (שניט, 2001). בעיה זו סבוכה ונדונה בעבר, והרופאים בחלקם העלו את הצורך בשינוי חקיקה על-

מנת ליצור שינוי במצב הקיים ולאפשר הזרמת מידע דו-כיוונית בין הדיסציפלינות השונות (רופאים אל מול פקידי סעד / עובדים סוציאליים / משטרה).

סיבה נוספת שהעלו הרופאים לצורך בהתרת חובת הסודיות היתה **יעילות הטיפול במקרים עתידיים**. תאוריית הלמידה של המבוגרים מתייחסת לניסיון המבוגר כחלק אינטגרלי מהלמידה שלו (Knowles, 1970, 1978, 1989). ואכן, לדבריהם של הרופאים, בכוחה של ההתנסות בטיפול במקרים לתרום להצלחות בטיפולים עתידיים, רק במידה שיינתן משוב לגבי הצלחת האבחנה בפגיעה בילד. הרופאים זקוקים למשוב האם הפגיעה היתה תוצאה של רשלנות או פגיעה מכוונת כדי להסיק מכך על מקרים מעין אלו שייקרו לפניהם בעתיד.

עליית הדיווחים במונחים כמותיים

אל מול הרושם הכללי שעלה מדברי הרופאים אודות עליית הדיווחים על ילדים נפגעי התעללות והזנחה, הציגו נציגות משרד הבריאות, והעובדות הסוציאליות בבתי-החולים תמונה שונה. הרופאים, רובם ככולם חשו (ואף נימקו בחלקם בנתונים כמותיים) כי המודעות לנושא הילדים בסיכון שגברה תודות לקורס, התבטאה גם בעלייה כמותית של מספר החשדות והדיווחים על ילדים נפגעי התעללות והזנחה בצורה משמעותית. נציגות משרד הבריאות לעומת זאת טענו כי רק בבית-חולים אחד נרשמה עלייה בשיעורי הדיווחים. ביתר בתי-החולים, **לא נרשמה עלייה כלל**. לאחר השוואת הערכות אלו (של הרופאים ושל נציגות משרד הבריאות) עם נתוני משרד הבריאות שוב התגלתה תמונה שונה: בעוד שבשישה בתי-חולים חלה עלייה משמעותית בכמות הדיווחים, בשלושה בתי-חולים נוספים לא חלה עלייה ובארבעה נוספים אף חלה ירידה בכמות הדיווחים.

מספר סיבות אפשריות להסבר העובדה שטרם ניכרת עלייה משמעותית בכל בתי-החולים בכמות הדיווחים, כמו גם לפער בין הנתונים להערכותיהן של הרופאים. סיבה ראשונה היא כי העיסוק בנושא הילדים בסיכון שהינו חדש לרופאים, **יוצר בקרבם את התחושה שהם חשופים למקרים אלו יותר** מבחינה כמותית, למרות שבפועל הם לא מאתרים יותר מקרים. בעבר חלק מהרופאים לא עסקו בנושא האיתור והטיפול בילדים בסיכון וחלקם עסקו בכך בצורה מינורית וללא הידע שנרכש בהכשרה. כעת הם חשים כי הנושא מעסיק אותם יותר, גוזל מזמנם ומְזַמֵּן לבטים רבים, מבלי שהדבר אכן מתבטא בתדירות שכיחה יותר של מקרים. יש לציין כי המבדק שנערך בבתי-החולים בשנה החולפת והתמקד בטיב הטיפול בילדים בסיכון, הציף אף הוא את העיסוק בנושא.

סיבה אפשרית שנייה היא כי חלק מהמקרים המובאים לפתחם של הרופאים **לא דורשים איתור ודיווח**. מדובר במקרים **שמופנים אליהם כמומחים (מאז שקיבלו את ההכשרה לכך) לאחר שאותרו על ידי אחרים** (המשטרה, פרקליטות, פקידי סעד, רופאים בקהילה וכדו'), על-מנת לבצע את הבדיקה הרפואית הנדרשת. מבחינת הרופאים הם מטפלים בילדים רבים יותר מבעבר למרות שאותרו על ידי אחרים, אך מספר המקרים לא בא לידי ביטוי בעלייה מספרית באיתור.

סיבה שלישית אפשרית היא **שהרופאים לא מיידעים את העובדות הסוציאליות** על כל מקרה שמדווח לפקידי סעד או למשטרה וכך **אין מעקב מספרי** אחרי הדיווחים. אם אכן הדבר כך, משמעותו היא כי ישנה עוד עבודה רבה בקידום שיתופי פעולה נכונים בין הרופאים לבין העובדות הסוציאליות והבנת תפקידו של כל אחד במערך הטיפול בילדים.

לגבי נתוני משרד הבריאות, בהצלבות שעשינו מצאנו עליות וירידות גם בבתי החולים שלא היו בהם נציגים שעברו הכשרה. קשה מאוד להתרשם מתוך הטבלה אם כמות הדיווחים בבתי החולים עלתה או ירדה בשנים האחרונות בזכות ההכשרה. יש לזכור כי מבחינה מתודולוגית, אין ביכולתו של מחקר זה לבדוד גורמים מתערבים אחרים: גישת הנהלות בתי-החולים, מאפייני אנשי הצוות הנוספים, הכשרות שעברו אנשי הצוות בנושא, אוכלוסיית היעד (לדוגמא – בתי-חולים אשר ממוקמים בצפון או בדרום הירבו לתאר אוכלוסיית פריפריה הנתונה במצבי דחק כמוזכר מעלה, לעומת אלו המצויים בסביבת המרכז). בנוסף, בשלושה בתי-חולים הרופאים לא עוסקים בתחום זה: באחד מבתי-החולים הרופא מסרב לעסוק בתחום בשל בעיית התגמול, במשנהו מצוי הרופא בחלקיות משרה מועטה ביותר אשר איננה מאפשרת לו להתפנות לעיסוק בתחום. בבית-החולים השלישי, כאמור, נציגת בית-החולים אשר השתתפה בהכשרה עזבה את בית-החולים זמן קצר לאחר תום ההכשרה ועברה לבית-חולים אחר (שאף הוא שלח נציג). משום חיסיון הנתונים איננו יודעים להצליב בין נתוני משרד הבריאות לשלושת בתי-החולים הללו וייתכן כי הם אלו אשר מאופיינים בכמות סטטית של דיווחים או אף ירידה.

בנוסף, כפי שצינו, שלושה רופאים דיווחו בראיונות שבבתי-החולים בהם הם עובדים לא עלה מספר הדיווחים מאחר והם כבר עסקו בתחום קודם לכן והיו מודעים לעניין. הם ציינו כי ההכשרה תרמה להם לידע סוציאלי ומשפטי, אך לא לעלייה באיתור הילדים בסיכון.

לבסוף, יש לזכור כי **הנתונים שקיבלנו אינם כוללים עדיין את שנת 2010 וכי הרופאים ואנשי הצוות עדיין לומדים את תפקידיהם ה"חדשים" תוך כדי אינטראקציות וטרנזאקציות ביניהם**. דברים אלו לוקחים זמן וייתכן כי בעוד מספר שנים יהיה ניתן להצביע על מגמות אחרות

ומשתנות בתפקודם. אנו ממליצים לחזור ולבדוק את הנתונים הללו במספר פעימות נוספות במהלך השנים הקרובות.

יוזמות הנקטות על-ידי הרופאים

יוזמות רבות בהן נוקטים הרופאים בין כותלי בית-החולים ומחוצה לו הועלו במסמך זה. אל מול דרישתם הנוקבת והבלתי מתפשרת בהכרה מערכתית לעבודתם (תגמול נאות ומערכת שעות גמישה המאפשרת להקדיש זמן ראוי לתחום הטיפול בילדים נפגעי התעללות והזנחה), בולטת ומפתיעה אף יותר נכונותם להשקיע את מירב מרצם וזמנם ביוזמות ברוכות בתחום. יוזמות אלו כוללות הנחלת הידע לצוותים המקצועיים, בעיקר בתוך בית-החולים אך גם מחוצה לו (גורמים שונים בקהילה); מיסוד עבודתם של צוותי בתי-החולים בתחום (עלה בעיקר בדוגמת הוועדה להגנת הילד); הגברת המוטיבציה של הצוותים לפתח מודעות לנושא ולהתגייס אליו (חלוקת תעודות הוקרה לבולטים בתחום); ייעול המערכות הקיימות לטובת עבודה אפקטיבית בתחום (בניית פרוטוקולים מסודרים, פיתוח מערכת ממוחשבת הכוללת התראה על פגיעות רבות, שדות חובה בגיליון המיון, והבניית טפסי עבודה שונים), ועוד. בנוסף, העלו הרופאים הצעות רבות לשינוי המערך הקיים, באופן המעוגן בשינויי מדיניות וחקיקה.

גם כאן תיאוריית האנדרגוגיה מיטיבה לספק הסבר לרוח הסוחפת את הרופאים ויוצרת בהם גילוי אחריות ומחויבות בלתי רגילים נוכח תנאי עבודתם הקשים. על-פי ההנחה הראשונה של האנדרגוגיה, כאשר האדם מתבגר הוא הופך מישות תלויה לישות **המכוונת את עצמה** (Knowles, 1989). המבוגר אינו רואה את עצמו כלומד התלוי במורה או מדריך אלא כמי שפעיל מתוך הכוונה עצמית או כיוצר. הגישה האנדרגוגית מניחה כי הלומדים המבוגרים הם אוטונומיים להחליט על יעדי הלמידה שלהם, על האסטרטגיות והשיטות בתהליך הלמידה, על לוח הזמנים ועל ההישג המעשי בתוצרים (פרי, 1977; Knowles, 1970, 1978, 1989; Brookfield, 1986). ניתן לראות כיצד מאפיינים אלו מיושמים בעבודתם של הרופאים. רובם ככולם השכילו למנף את תכני ההכשרה ולא רק ליישם בעבודתם השוטפת והיום-יומית. היוזמות בהן נקטו מפליגות הרבה אל מעבר הגשת הטיפול הקונקרטי לילד בשעת מעשה (על כל חלקיו: הרפואי, המשפטי, והפסיכו-סוציאלי) ולתכני הלמידה שסופקו להם. הרופאים כעת **מכוונים את עצמם** ונותנים את דעתם על יוזמות עצמאיות חדשות לקידום הנושא, הפצת הידע ורואים בעצמם שליחים לצורך העניין.

גישות הנהלות בתי-החולים

מדבריהם של הרופאים עלו גישות שונות של הנהלות בתי-החולים לגבי הטיפול בילדים בסיכון, הנעות על הרצף שבין הענקת יד חופשית לעיסוק בנושא להגבלתו (על-מנת שלא יפגע ביתר העבודה השוטפת). יחד עם זאת, גם בקרב בתי-החולים שהוזכרו כתומכים בעיסוק בנושא, תמיכה זו לא היתה מעוגנת בתגמול כספי לרופאים, הקצאת שעות עבודה לשם כך, שעות כוננות וכדו', פרט לבית-חולים אחד. הרופאים העלו את הקושי הכרוך בעבודה שכזו מבחינתם והתסכול בעבודה שאיננה מתגמלת, ואף התריעו כי אם המצב יימשך כך לאורך זמן, רופאים רבים ימשכו את ידיהם מן העיסוק בתחום. גם הספרות מתארת כי הקצאת משאבים נמוכה על-ידי המערכות בתחום הטיפול בילדים בסיכון (כספים, כוח אדם, הכשרות בנושא), סופה לתת את תוצאותיה בתפוקות הרופאים, בשיעור האיתורים, וכדו' (Anderst et al., 2009).

לאור קשיים אלו, מפתיע אפוא היה לגלות כי פרט לרופא אחד, כל היתר אינם נמנעים מלהמשיך ולעסוק בתחום האיתור וטיפול בילדים נפגעי התעללות והזנחה. חלקם אף נותנים ממרצם ומזמנם החופשי בצורה הכרוכה בהגעה מיוחדת לבתי-החולים (ללא קבלת שעות כוננות) או בייעוץ טלפוני במידת הצורך. כאמור, נוסף על העיסוק ההכרחי בתחום, מוסיפים ויוזמים הרופאים רעיונות ופעילויות לקידום הנושא. מסתבר כי הרופאים אינם שואבים את כוחם ומרצם לעסוק בנושא מתוך תגמול הולם לנושא אלא מתוך תחושת שליחות עמוקה והכרה בחשיבותו של הנושא כפי שטענו לעיל.

לצד אלו, העלו הרופאים מספר רעיונות שלפיהם תמיכת בתי-החולים יכולה להיות מבוטאת גם ללא השקעה כספית. בהינתן **גיבוי** אל מול הטענות והקשיים שמערימות **משפחות המטופלים**, ובהינתן **משובים חיוביים על עבודתם המקצועית של הרופאים**, תגבר לדבריהם המוטיבציה להמשיך העיסוק בנושא. תמיכת הנהלות בתי-החולים לדידם של הרופאים צריכה גם להיות מעוגנת במתן אפשרות לצאת להשתלמויות בנושא, פגישות פורום הרופאים ועוד.

המלצות להכשרות נוספות

הרופאים העלו תובנות לגבי הכשרות עתידיות שיינתנו לאנשי מקצוע נוספים (רופאים כמותם ואחרים). המלצה ראשונה היתה כי הלמידה הניתנת על-ידי אנשי המקצוע השונים, תינתן לא רק על-ידי מומחים בתחומם (רנטגנאים, רופאי כירורגיה-ילדים, רופאי עיניים ועוד), אלא על-ידי כאלו שהינם בעלי ניסיון בתחום אבחון ילדים בסיכון. ההנחה היא כי אלו האחרונים יוכלו לספק מידע לגבי קשר בין סיפורי הפגיעה לטיב הפגיעה. מידע זה מאפשר להכריע האם סיפורו של מלווה

הילד אמין והאם נדרשת התערבות סוציאלית אם לאו. המלצה אחרת היתה לבנות ספר פרוטוקולים מדוקדק שיעמוד לרשות בוגרי הקורס גם בתומו ויקל על יישום הידע.

ההמלצה מרכזית נוספת שניתנה על-ידי משתתפי הקורס היתה ללוות את מהלך ההרצאות העיוניות **בהדרכה מעשית**. המשתתפים נתנו משוב חיובי ביותר על ההתנסות המעשית בארה"ב והסימולציה הרפואית שהועברה להם במרכז בתל-השומר. ואולם, חודד הצורך בהתנסות אשר תלווה במתן **משוב בזמן אמת**. **סימולציה רפואית** מתוארת בספרות המקצועית ככזו אשר מטרתה לסגור את הפער בין הידע התיאורטי הנרכש ליישומו הנדרש בשדה. הודות לסימולציה זו, גוברת תחושת **היעילות העצמית** (Self-efficacy) של הרופאים והם חשים **בטוחים ביישום הידע** הנרכש, הלכה למעשה. אלו האחרונים, משפרים את **יכולותיהם כרופאים** (Cantrell, 2008; Docherty, Topp, & Trinder, 2005; Pike & O'Donnell, 2010, Prison, 2008). לכן אפוא מבקשים הרופאים להרחיב את הכלי של הסימולציות להתנסות עצמית מודרכת לאורך זמן, לשיפור ביטחונם העצמי בעבודתם. גם לסוג **הדרכה** שכזו נודעה התייחסות בספרות המקצועית ואף היא קשורה ב**אנדרגוגיה** (Daley, 2000). על פי תאוריה זאת, המבוגרים תופסים את הניסיון כחלק מזהותם והוא עוזר להם בקידום הלמידה. לכך השלכות מעשיות על הצורך בפיתוח כלי למידה מתאימים: דיון בקבוצה, משחק תפקידים, סימולציות, עבודות שדה, הדרכה מייעצת, הדגמות וכיוצא בהם (Knowles, 1970, 1978, 1989). ניתן לראות כי בהכשרת הרופאים נעשה שימוש בחלק מן הטכניקות הללו וניתנו המלצות מצידם של הרופאים לתגבר את אלו שלא ניתנו.

המלצות להמשך העשייה המקצועית

קווים מאפיינים שעלו מתוך המלצותיהם של הרופאים להמשך העשייה המקצועית נוגעים לעבודת **מניעה** רחבה בתחום הילדים בסיכון. לצד המלצותיהם של הרופאים כיצד לייעל את מערך השירות הקיים (המהווה פונקציה **טיפולית**), הועלו המלצות רבות שבכוון להפחית את שיעורי המקרים **ולמנוע מצבים של התעללות והזנחה**: הדרכות הוריות (על-ידי צוותים טיפוליים); חינוך הציבור והעלאת המודעות לבטיחות ילדים; שינויי מדיניות וחקיקה וביניהם: כינון מערכי עבודה רב-דיסציפלינריים, הרתעה באמצעות ענישה כבדה, ועוד.

התובנות העמוקות שסיגלו הרופאים לגבי שורשי בעיית ההזנחה וההתעללות בילדים מעידות על רמות גבוהות ובשלות של למידת הנושא. באופן דומה לזה אשר הזכרנו לעיל, תובנות

אלו מאפיינות למידת מבוגרים בשלה, חפצה בהעמקה וביישום מירבי של הנלמד (Knowles, 1970, 1978, 1989). הן נושאות עימן בשורה כי צעד משמעותי זה של הכשרת הרופאים היכה גלים רבים אל מעבר שיפור מערך הטיפול הרפואי. תובנות אלו, כמו גם יוזמות הרופאים הרבות שתוארו זה מכבר, תפיסת התפקיד החדשה שסיגלו לעצמם הרופאים, העלאת המודעות הנחלת הידע לעמיתים (בתוך כתלי בית-החולים ומחוצה לו) ועוד, מבשרות כי תחום הטיפול בילדים נפגעי התעללות והזנחה צועד ועתיד לצעוד כברת דרך משמעותית שביכולתה להיטיב להבטיח את שלומם של הילדים.

ביבליוגרפיה

- ארזי, ט. (2004). תפיסת מוזנחות כמנבאת את תחושת הבדידות הערך העצמי ומצוקה נפשית בקרב ילדים שהוגדרו כמוזנחים על-ידי שירותי הרווחה. חיבור לשם קבלת תואר דוקטור לפילוסופיה, אוניברסיטת תל-אביב, תל-אביב.
- בויאר, י. וקדמן, י. (2007). בין ענישה גופנית להתעללות: רב המשותף על השונה. בתוך ד. הורוביץ, י. בן-יהודה, ומ. חובב (עורכים). *התעללות והזנחה של ילדים בישראל* (עמ' 673-780). ירושלים: עמותת אשלים.
- בן-יהודה, י. וארזי, ט. (2009). התעללות בילדים והזנחתם – תפקידי הרופא. *הרפואה*, 148(8), 502-506.
- גולדשטיין, ש. ולאור, ר. (2007). היבטים בין-תרבותיים בחובת הדיווח ובאיתורם של ילדים נפגעי התעללות. בתוך: ד. הורוביץ, י. בן יהודה, ומ. חובב (עורכים). *התעללות והזנחה של ילדים בישראל* (עמ' 889-858). ירושלים: עמותת אשלים.
- חוזר המנהל הכללי, משרד הבריאות (2003). *איתור, זיהוי וטיפול בקטינים נפגעי התעללות והזנחה, חוזר 2503*. ירושלים: משרד הבריאות.
- מאירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל (2009). *סיור לימודי באנגליה בנושא הגנת הילד מטעם הוועדה המקצועית הבין-משרדית לאיתור קטינים נפגעי התעללות שהוקמה על-ידי ממשלת ישראל - דוח מסכם*. ירושלים: מאירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל.
- פרי (פרידמן), י. (1997). מבט חדש על תורת ההוראה בחינוך מבוגרים. *הקתדרה העממית*, 23, 8-19.
- קטן, י. הראל, נ. והמילטון, א. (2003). *מערכת השירותים לבני נוער בישראל והמדיניות המנחה את פעילותה - תקציר ממצאי המחקר*. תל-אביב: המרכז הבין-תחומי לחקר מדיניות וטיפול בילדים ונוער, בית-הספר לעבודה סוציאלית ע"ש בוב שאפל, אוניברסיטת תל אביב.
- רוזינר, א. (2009). *קורס הכשרת רופאים באיתור ותיעוד התעללות בילדים של מכון חרוב – מחקר הערכה*. ירושלים: מכון חרוב.
- שניט, ד. (2001). *סודיות, פרטיות והזכות לדעת בעבודה סוציאלית*. ירושלים: הוצאת מאגנס.

Ammerman, R.T. (1998). Methodological Issues in Child Maltreatment Research. In: J.R. Lutzker (Ed.). *Handbook of Child Abuse Research and Treatment* (pp.

- 117-132). New-York: Plenum Press.
- Anderst, J., Kellogg, N., & Jung, I. (2009). Is the diagnosis of physical abuse changed when child protective services consult a child abuse pediatrics subspecialty group as a second opinion?. *Child Abuse and Neglect*, 33, 481-489.
- Berger, L.M. (2005). Income, family characteristics, and physical violence toward children. *Child Abuse and Neglect*, 29, 107-133.
- Blythe, B.J., Tracy, E.M., Kotovsky, A., & Gwatkin, S. (1992). Organizational supports to sustain intensive family preservation programs. *Families in Society: The Journal of Contemporary Human Services* 73, 463-470.
- Bourget, D., Grace, J., & Whitehurst, J. (2007). A review of maternal and paternal filicide. *Journal of American Acad Psychiatry Law*, 35, 74-82.
- Brenner, R.A., Overpeck, M.D., Trumble, A.C., DerSimonian R., & Berendes, H. (1999). Deaths attributable to injuries in infants, United States, 1983-1991. *Pediatrics*, 103, 968-974.
- Brookfield, S.D. (1986). *Understanding and facilitating adult learning*. San Francisco, CA: Jossey-Bass Publishers.
- Brown, K., & White, K. (2006). *Exploring the Evidence Base for Integrated Children's Services*. Retrived at 25/08/10 from:
www.scotland.gov.uk/Publications.
- Burt, M.R., Resnick, G., & Matheson, N. (1992). *Comprehensive Service Integration Programs for At-risk Youth. For the Office of the Assistant Secretary of Planning and Evaluation*. U.S. Department of Health and Human services. Washington, DC: Urban Institute Press.
- Cameron, A.M., & Lart, R.A. (2003). Factors promoting and obstacles hindering joint

- working: A systematic review of the research evidence. *Journal of Integrated Care* 11(2), 9-17.
- Cantrell, M. A. (2008). The importance of debriefing in clinical simulations. *Clinical Simulation in Nursing*, 4, 19-23.
- Cavanagh, K., Dobashm R.E., & Dobasjm R.P. (2007). The murder of children by fathers in the context of child abuse. *Child Abuse and Neglect*, 31, 731-746.
- Chaffin, M., Kelleher, K., & Hollendberg, J. (1996). Onset of physical abuse and neglect: Psychiatric, substance abuse, and social risk factors from prospective community data. *Child Abuse and Neglect* 20,(3), 191-203.
- Child Welfare Information Gateway. (2008). *Child Abuse and Neglect Fatalities: Statistics and Interventions: Numbers and Trends*. Retrieved at the 7/7/10. from: <http://www.childwelfare.gov/pubs/factsheets/fatality.cfm#refer>
- Cicchetti, D. & Toth, S.L. (1995). A developmental psychopathology perspective on child abuse and neglect. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 34, 541-565.
- Cowles, L.A., Lefcowitz, M.J. (1995). Interdisciplinary expectations of the medical social workers in the hospital setting, Part II. *Health and Social Work*, 20, 279-286.
- Creighton, S.J. (2004). *Prevalence and Incidence of Child Abuse: International Comparisons*. Retrived at 23/06/10, from: http://www.nspcc.org.uk/Inform/research/Briefings/prevalenceandincidenceofchildabuse_wda48217.html.
- Crittenden, P.M. (1993). An information-processing perspective on the behavior of neglectful parents. *Criminal Justice and Behavior*, 20, 27-48.
- Crouch, P., & Johnson, G. (2003). Bringing together socialcare and healthcare:

- Lessons from ERDIP projects. *British Journal of Healthcare Computing and Information Management* 20(5), 18-20.
- Crume, T., DiGuseppi, C., Byers, T., Sirotnak, A., & Garrett, C. (2002). Under ascertainment of child maltreatment fatalities by death certificates, 1990-1998. *Pediatrics*, 110(2).
- Cummings, P., Theis, M.K., Mueller, B.A., & Rivara, F.P. (1994). Infant injury death in Washington state, 1981 through 1990. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 148, 1021-1026.
- Daley, B. J. (2000) Learning in Professional Practice. *New Directions for Adult and Continuing Education*, 86, 33-42.
- Daro, D., & Donnelly, A.C. (2002). Child abuse prevention. In: J., Briere, L., Berliner, J.A., Bulkley, C., Jenny, & T., Reid, (Eds.). *The APSAC Handbook on child maltreatment*. (pp.431-448). Sage Publications.
- Docherty, C., Hoy, D., Topp, H. & Trinder, K. (2005) E-Learning techniques supporting problem based learning in clinical simulation. *International Journal of Medical Informatics*, 74, 527—533.
- Drake, B., & Pandey, S. (1996). Understanding the relationship between neighborhood poverty and child maltreatment. *Child Abuse and Neglect* 20(11), 1003-1018.
- Egan, M., & Kadushin, G. (1995). Competitive allies: Rural nurses and social workers' perceptions of the social work role in the hospital setting. *Social Work in Health Care*, 20(3), 1-21.
- Engel, G.L. (1982). The biopsycosocial model and medical education. *The New England Journal of Medicine*, 306, 802-805.
- Erickson, M.F., & Egeland, B. (1996). Child neglect. In: J., Briere, L., Berliner, J.A.,

- Bulkley, C., Jenny, & T., Reid, (Eds.) *The APSAC Handbook on Child Maltreatment*. (pp. 4-20). Sage Publications.
- Feng, J.Y., & Levine, M. (2005). Factors associated with nurses' intention to report child abuse: A national survey of Taiwanese nurses. *Child Abuse & Neglect*, 29, 783-795.
- Fontana, A., & Frey, J. H. (2000). The interview: from structured questions to negotiated text, In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research* (2nd ed.) (pp. 645-673). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Fox, K. (2005). Cultural Aspects. In: A.P., Giardino, & R., Alexander (Eds.). *Child Maltreatment: A Clinical Guide and Reference*, Third Edition (pp. 557-572). Maryland Heights, MO: G.W. Medical Publishing.
- Friedman, S.H., Horwitz, S.M., & Resnick, P.J. (2005). Child murder by mothers: A critical analysis of the current state of knowledge and a research Agenda. *American Journal of Psychiatry*, 162, 1578-1587.
- Giadrino, A.P., & Finkel, M.A. (2005). Evaluating child sexual abuse. *Pediatric Ann*, 34, 382-394.
- Greene, B.F. & Kilili, S. (1998). How Good Does a Parent Have to be? Issues and Examples Associated with Empirical Assessments of Parenting Adequacy in Cases of Child Abuse and Neglect. In: J.R., Lutzker (Ed.) *Handbook of Child Abuse Research and Treatment* (pp. 53-74). New York: Plenum Press.
- Harrington, D., Zuravin, S., DePanfilis, D., Ting, L., & Dubowitz, H. (2002). The neglect scale: Confirmatory factor analysis in low income sample. *Child Maltreatment*, 7(4), 359-368.
- Hobbs, C.J., Hank, H.G.I., Wynne, J.M., & Harcourt (2002). Child abuse and

- neglect. A clinician's handbook. 2nd Edition. In: *Archives of Disease in Childhood* 86, 454-455.
- Johnson, P., Wistow, G., Rockwell, S., & Hardy, B. (2003). Interagency and inter-professional collaboration in community care: The interdependence of structures and values. *Journal of Inter-professional Care* 17(1), 69-83.
- Kathleen, M., & Kearney, R.N. (2007). The nurse's duty to report child abuse versus the attorney's duty of confidentiality: The nurse attorney's dilemma. *Journal of nursing law*, 11, 13-25.
- Kibbie, R., & DMin, R. (2005). Risk of abuse in faith communities, In: A.P., Giardino, & R., Alexander (Eds.). *Child Maltreatment: A Clinical Guide and Reference*, Third Edition (pp. 539-555). Maryland Heights, MO: G.W. Medical Publishing.
- Kolko, D.J. (1996). Child physical abuse. In: J. Briere, L. Berliner, J.A. Bulkley, C. Jenny, & T. Reid (Eds.). *The APSAC Handbook on Child Maltreatment* (pp. 21-50). Sage Publications.
- Kotch, J.B., Browne, D.C., Dufort, V., & Winsor, J. (1999). Predicting child maltreatment in the first 4 Years of life from characteristics assessed in the neonatal period. *Child Abuse and Neglect*, 20(4), 305-319.
- Knowles, M.S. (1970). *The modern practice of adult education: Andragogy vs. pedagogy* (1st Edition). New York: Association Press.
- Knowles, M. (1978). *The Adult Learner: A Neglected Species*. Huston, Gulf Press.
- Knowles, M. (1989). *The making of an adult educator*. San Francisco: Jossey & Bass.
- Laudan Y.A., & Olson K.K. (1997). *Efforts by Child Welfare Agencies to Address Domestic Violence: The Experience of Five Communities*. The Urban Institute. Retrieved at 27/08/10, from: www.urban.org/welfare/aron3.htm.

- Mizrahi, T., & Abramson, J.S. (2000). Collaboration between social workers and physicians: Perspective on a shared case. *Social Work in Health Care*, 24, 1-31.
- Morse, J.M. (1994). *Critical issues in qualitative research methods*. London, UK: Sage.
- Moustakas, C., E. (1994). *Phenomenological research methods*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Mugavin, M.E. (2005). A meta-synthesis of filicide classification systems: Psychosocial and psychodynamic issues in women who kill their children. *Journal of Forensic Nursing*, 1, 65-72.
- Munro, E. (2005). What tools do we need to improve identification of child abuse? *Child Abuse Review* 14, 374-388.
- Overpeck, M.D., Brenner, R.A., Trumble, A.C., Trifiletti, L.B., & Berendes, H.W. (1998). Risk Factors for Infant Homicide in the United States. *The New England Journal of Medicine*, 339,1211-1216.
- Patton, M.Q. (2002). *Qualitative evaluation and research methods (3rd ed.)*. Newbury Park, CA: Sage.
- Padgett, D. K. (1998). *Qualitative methods in social work research: Challenges and rewards*. Thousands Oaks, CA: Sage.
- Paxson, C.; & Haskins, R. (2009). Introducing the issue. *Preventing Child Maltreatment* 19(2), 3-18.
- Pike, T., & O'Donnell, V. (2010). The impact of clinical simulation on learner self-efficacy in pre-registration nursing education. *Nurse Education Today*, 30(5), 405.
- Prion, S. (2008). A Practical Framework for Evaluating the Impact of Clinical

- Simulation Experiences in Prelicensure Nursing Education. *Clinical Simulation in Nursing* 4, 69-78.
- Provan, K.G., Milward, H.B., & Isett, K.R. (2002). Collaboration and integration of community-based health and human services in a nonprofit managed care system. *Health Care Management Review* 27(1), 21-32.
- Reese, D.J. & Sontag, M. (2001). Successful interprofessional collaboration on the hospice team. *Health and Social Work*, 26, 167-175.
- Rubin, H. J., & Rubin, I. S. (1995). *Qualitative interviewing*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Sabotta, E.E., & Davis, R.L. (1992). Fatality After Report to a Child Abuse Registry in Washington State, 1973-1986. *Child Abuse and Neglect* 16, 627-635.
- Schumacher, J.A., Smith-Slep, A.M., & Heyman, R.E. (2001). Risk Factor for Child Neglect. *Aggression and Violent Behavior*, 6, 231-254.
- Siegel, C.D., Graves, P., Maloney, K., Norris, J.M., Calonge, B.N., & Lezotte, D. (1996). Mortality from intentional and unintentional injury among infants of young mothers in Colorado, 1986 to 1992. *Arch Pediatr Adolesc Med* 150, 1077-1083
- Shor, R. (2000). Jewish immigrant parents from the former soviet union: A method for studying their views of how to respond to children's misbehavior. *Child Abuse and Neglect*, 24(3), 353-362.
- Sorenson, S.B., & Peterson, J.G. (1994). Traumatic Child Death and Documented Maltreatment History, Los Angeles. *American Journal of Public Health*, 84, 623-627.
- Spinelli, E. (2005). *The interpreted world: an introduction to phenomenological psychology* (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.

- Spitzer, W.J. (1997). Psychosocial high-risk screening: Enhancing patient care through rapid social work engagement. *Continuum* 17(3), 1-9.
- Tirosh, E., Shechter, O.S., & Cohen, A. (2003). Attitudes towards corporal punishment and reporting of abuse. *Child Abuse Negl*, 27, 929-937.
- Walsh, M., Brebeck, M., & Howard, K. (1999). Inter-professional collaboration in children's services: Towards a theoretical framework. *Social Policy, Research and Practice*, 2(4), 183-208.
- Willden, M.J. (2005). *Child Fatality Analysis (Clark County)*. Nevada: Department of Health and Human Resources Division of Child and Family Services.
- Winpisinger, K.A., Hopkins, R.S., Indian, R.W., & Hostetler, J.R. (1991). Risk factors for childhood homicides in ohio: A birth certificate-based case-control study. *American Journal of Public Health*, 81,1052-1054.
- Wulczyn, F. (2009). Epidemiological Perspectives on Maltreatment Prevention. *Preventing Child Maltreatment*, 19(2), 39-66.
- Zebrack, B.J., & Chesler, M.A. (2000). Managed care the new context for social work in health care: Implications for survivors of childhood cancer and their families. *Social Work in Health Care* 31(2), 89-103.
- Zellman, G.L., & Fair, C.C. (2002). Preventing and reporting abuse. In: J., Briere, L., Berliner, J.A., Bulkley, C., Jenny, C., & T., Reid (Eds.). *The APSAC Handbook on Child Maltreatment* (pp. 449-475). Thousand Oaks, CA: Sage.

נספח 1: שאלות מנחות לראיון מובנה למחצה

❖ כללי

- ✓ היכן אתה עובד?
- ✓ מהי הגדרת תפקידך?
- ✓ מהו פרופיל האוכלוסיה עימה אתה בא במגע?
- ✓ לאלו צוותי עבודה אתה משתייך?
- ✓ אלו אנשי מקצוע נוספים הם כוללים?

❖ יישום ההכשרה בעבודתך בשנה האחרונה

- ✓ עד כמה הרבית ליישם את תכני ההכשרה?
- ✓ בכמה מקרים הנוגעים להתעללות והזנחה של ילדים טיפלת?
- ✓ בהשוואה לשנים הקודמות, האם טיפלת במספר רב יותר של מקרים?
- ✓ מה היה אופי הבעיות במקרים אלו?
- ✓ מה היה סוג הטיפול אותו הגשת?
- ✓ למי דיווחת על אודות הבעיה?
- ✓ כיצד אתה מעריך את אפקטיביות עבודתך בתחום הפסיכו-סוציאלי, בתחום המשפטי, רגשי וכדו'?
- ✓ במה אתה מעריך שעבודתך בשנה האחרונה שונה מזו שקדמה לה?
- ✓ האם אתה נתקל בקשיים ביישום תכני ההכשרה?
- ✓ במידה וכן, ממה הם נובעים?
- ✓ מהן תובנותיך לגבי מערך הטיפול הכללי בילדים בסיכון במקום עבודתך? במה הוא לקוי / מתפקד טוב?
- ✓ בהשוואה לשנה שעברה האם אתה רואה שינוי באיתור ילדים בסכנה בביה"ח?
- ✓ בהשוואה לשנה שעברה האם גדל מספר הרופאים (או אנשי מקצוע אחרים) המאבחנים התעללות או פגיעה בילדים המגיעים לביה"ח?

- ✓ בהשוואה לשנה שעברה האם אנשי מקצוע בביה"ח פונים אליך להתייעצות בקשר לילדים בסכנה?
- ✓ בהשוואה לשנה שעברה האם הנהלת ביה"ח מראה התעניינות בנושא ילדים בסכנה?
- ✓ האם לדעתך הנהלת בית-החולים רואה בנושא ילדים בסכנה נושא חשוב?
- ✓ האם התקיימו בית-החולים אירועים מקצועיים או אחרים הקשורים לנושא (כנסים, ימי עיון וכד')?

❖ הפצת תכני ההכשרה בקרב עמיתים

- ✓ האם העברת את ההכשרה לעמיתים נוספים? אלו?
- ✓ באיזה אופן?
- ✓ האם הפצת את נהלי האיתור והדיווח בקרב עמיתך? אלו עמיתים?
- ✓ האם אתה חש כי המודעות בצוותי העבודה שלך לאיתור ודיווח ילדים נפגעי התעללות והזנחה עלתה?
- ✓ האם אתה רואה עצמך מתאים להעברת תכני ההכשרה לאנשי מקצוע נוספים?
- ✓ כאשר רופא מזהה ילד בסיכון האם הוא פונה אליך? מדוע כן/ לא?

❖ מסקנות לגבי הכשרות עתידיות

- ✓ אלו תכנים היית מוסיף או משנה בהכשרה לאור ניסיון השנה האחרונה?
- ✓ באיזה שלב של ההתפתחות המקצועית היית ממליץ לרופאים לעבור הכשרה זו?
- ✓ אלו אנשי מקצוע נוספים מן הראוי שיעברו הכשרה זו?
- ✓ אלו אנשי מקצוע צריכים לקחת חלק במתן הכשרה זו?

❖ השתתפות בפגישות פורום הרופאים

- ✓ עד כמה אתה מרבה להגיע למפגשים?
- ✓ באילו תחומים אתה מעריך את תרומתם של המפגשים?
- ✓ באלו נושאים היית רוצה שיעסקו המפגשים?

✓ אלו נושאים אתה סבור שעל הפורום לשים לו למטרה לקדם?

נספח 2: דוגמא לטופס דיווח לפקיד סעד על חשד להתעללות / הזנחה של קטין

לכבוד: _____
תאריך: _____

טופס דיווח לפקיד סעד על חשד להתעללות / הזנחה של קטין

פרטים אישיים:

שם הילד/ה: _____ מס' ת.ז.: _____
תאריך לידה: _____ ארץ לידה: _____
כתובת: _____ מס' טל' בבית: _____
שם האב + טל': _____ שם האם + טל': _____
מצב משפחתי של ההורים: _____
ארץ לידה של ההורים: _____

פרטי האירוע:

תאריך ושעת ההגעה לבית-החולים: _____
תאריך ושעת האירוע לדברי המלווה: _____
סיבת הפניה: _____
גורם מפנה: _____
בליווי מי הגיע/ה הילד/ה: _____
סיבת הדיווח לפקיד סעד / משטרה: _____
ממצאים רפואיים רלוונטיים (תיעוד): _____

האם הילד/ה אושפז/ה או נזקק/ה לטיפול רפואי: _____

מערבות ההורים והתייחסותם לאירוע: _____

האם הפניה ראשונית או שהילד מוכר מאשפוזים קודמים: _____

סיכום: _____

_____	_____	_____
חתימה	תפקיד	שם ומשפחה

טלפון

BIKUR CHOLIM HOSPITAL, JERUSALEM



בית החולים ביקור חולים, ירושלים

טלפון: 02-6464331

מחלקת פגים

הוועדה לאיתור ומניעת אלימות במשפחה אונס ותקיפה מינית

דיווח על אלימות כלפי קטינים / הזנחה ומניעת סיפול

מדבקת גדולה

תאריך האיתור:

הקטין הגיע לבדו / בליווי: חבר, חורה, קרוב משפחה, אחר.

סוג האלימות שחושדים בה פיזית, נפשית, הגבלת זכויות, הטרדה מאימות, כלכלית, הזנחה, מניעת סיפול.

תיאור האלימות כפי שנצפתה ע"י הצוות

תיאור האירוע ע"י הקטין / המלווה

האם ידועים אירועים קודמים כן / לא

הגורם חשוד כפוגע: חורה, אח, אחות, קרוב משפחה, אחר

טיפול הע"יס

דיווח לפקיד הסעד ☐

דיווח למשטרה ☐

הקטין אושפז בבית החולים, חשתייה חגגית ☐

הקטין הועבר למקלט ☐

שם הגורם המפגח

שם וחתימה של הע"יס המספל

רח' שטראוס 5, ת.ד. 492, ירושלים 91004, טל: 6464467-2-972, פקס: 6464287-2-972
5 Strauss St., POB 492, Jerusalem 91004 Israel Tel: 6464467-2-972 Fax: 6464287-2-972



הוועדה לאיתור ומניעת אלימות במשפחה אונס ותקיפה מינית

דיווח על חשד להתעללות בקשישים או חסרי ישע / הזנחה

מדבקה גדולה

תאריך האיתור: _____

הקשיש/ה חסר הישע הגיעו בליווי בן זוג, הורה, ילד, אחר _____

מצבו הטיפקודי של הפונה: עצמאי / תשוש נפש / סיעודי / סיעודי מורכב / סובל מפיגור.

סוג ההתעללות בה חושדים: פיזית / נפשית / כלכלית / הפרת זכויות / הזנחה.

תיאור האירוע עפ"י חסר הישע / קשיש במידה ומסוגל _____

תיאור האירוע עפ"י המלווה _____

הגורם החשוב כפוגע: בן זוג, ילד, מטפל, בן משפחה, אחר _____

האם ידועים אירועים קודמים כן / לא _____

טיפול העו"ס _____

פניה לעו"ס ברווחה ☐ פניה לפקיד הסעד ☐

פניה למשטרה ☐ אישפוז הגנתי ☐

אחר ☐

שם הגורם המפלה _____

שם וחתימה של העו"ס המטפל _____

בנין ע"ש זאווה ואלקסיי סטראוס 5, תד. 492, ירושלים 91004, טל: 02-6464467-2-972, פקס: 02-6464273, דוא"ר: 5, Strauss St. P.O.B. 492 Jerusalem 91004
 רח' שטראוס 5, תד. 492, ירושלים 91004, טל: 02-6464467-2-972, פקס: 02-6464273, דוא"ר: 5, Strauss St. P.O.B. 492 Jerusalem 91004

הוועדה לאיתור ומניעת אלימות במשפחה אונס ותקיפה מינית

דיווח על אלימות כלפי נשים

מדבקה גדולה

תאריך האיתור: _____

_____ האישה הגיעה לבדה / בליווי בעל, בן זוג, חבר, חורה, קרוב משפחה, אחר.

סוג האלימות שחשדים בה פיזית, נפשית, הגבלת זכויות, הטרדה מאימת, כלכלית.

_____ תיאור האלימות כפי שנצפתה ע"י הצוות.

_____ תיאור האירוע עפ"י האישה.

האם ידועים אירועים קודמים כן / לא

האם יש מעורבות של קטינים כן / לא

_____ הגורם חשוד כפוגע בעל, אח, אחות, קרוב משפחה, חורה, אחר.

האישה הסכימה להגיש תלונה במשטרה כן / לא

טיפול העו"ס

דיווח לפקיד הסעד ☐דיווח למשטרה ☐_____ האישה אושפזה בבית החולים, השחייה הגנתית ☐_____ האישה שוחררה לביתה ☐_____ במידה ויש מעורבות של קטינים, העו"ס פעלה בנושא ☐_____ האישה עברה למקלט ☐

שם הגורם המפגה _____

שם וחתימה של העו"ס המטפל _____

רח' שטראוס 5, ת.ד. 492, ירושלים 91004, טל: 6464467-2-972, פקס: 6464287-2-972
 6 Strauss St., POB 492, Jerusalem 91004 Israel Tel: 6464467-2-972 Fax: 6464287-2-972



הוועדה לאיתור ומניעת אלימות במשפחה אונס ותקיפה מינית

דיווח על חשד לאונס או תקיפה מינית

מזכקה גדולה

תאריך הגעה: _____

תמתלנן הגיע/ה לבד/ה בליווי חבר/אח/אחות/חורד/אחר _____

סוג הארוע: אונס / תקיפה מינית / מעשה מגונה.

חוצע לפונה לפנות למרכז בת עמי כן / לא

במידה ומסר/ת מולא טופס סרוב כן / לא

הפונה חביע הסכמה להגיש תלונה במשטרה כן / לא

טיפול העו"ס

דיווח למשטרה ☐

העברה למרכז בת עמי בליווי ☐

הפונה שוחררה לאחר התערבות וטיפול עו"ס ☐

הפניה למרכז לסיוע לנפגעי תקיפה מינית ☐

שם הגורם המפנה _____

שם ותתימה של העו"ס המטפל _____

נספח 4: דוגמא לטופס משוב מפקיד הסעד לבית-החולים

טופס משוב מפקיד הסעד לבית-החולים

אל: _____

הדיווח אודות: _____ התקבל אצל: _____

☐ הדיווח הועבר לטיפול פקיד סעד _____

טלפון: _____

☐ הדיווח הועבר לעובד/ת סוציאלית/ת _____

טלפון: _____

☐ אין מקום לטיפול נוסף

בברכה:

חתימה: _____

תאריך: _____

נספח 5: נתוני משרד הבריאות: דיווחי בתי-החולים על חשדות לילדים סיכון,

2006-2009 (ללא זיהוי בתי-החולים).

בית-חולים	2006	2007	2008	2009	הבדלים לאורך השנים
1	185	120	153	188	עליה של 22% ביחס לממוצע 3 השנים הקודמות
2	55	55	46	55	סטטי ביחס לשנים מוקדמות יותר. עלייה (20%) ביחס לשנה שקדמה
3	254	330	428	455	עליה של 35% (ביחס לשקלול 3 השנים הקודמות)
4	112	77	12	170	יותר מפי 2.5 (250%) ממוצע 3 השנים הקודמות
5	26	28	27	52	הכפיל עצמו (200%) לעומת 3 השנים שקדמו
6	141	148	130	105	ירידה של 26% ביחס לשלוש השנים הקודמות
7	106	61	70	73	די סטטי ביחס לשנים הקודמות
8	179	278	359	162	ירידה של 40% ביחס לממוצע 3 השנים הקודמות
9	63	55	45	32	ירידה של 28% משנה לשנה
10	62	65	109	87	עליה של 10% ביחס לממוצע 3 השנים הקודמות
11	75	82	69	72	די סטטי ביחס לשנים הקודמות
12	לא נשלחו נתונים	לא נשלחו נתונים	לא נשלחו נתונים	לא נשלחו נתונים	-----
13	לא נשלחו נתונים	204	149	לא נשלחו נתונים	-----
14	31	69	45	42	ירידה של 12% ביחס לממוצע 3 השנים הקודמות
15	57	18	50	40	די סטטי ביחס לממוצע 3 השנים הקודמות