

הנקודת מפגש

מכון חרוב
معهد خروب
Haruv Institute



A young boy with blonde hair and a light blue t-shirt is the central focus. He is looking slightly to his right with a neutral expression. A doctor with glasses and a stethoscope is visible on the left, holding the boy's shoulder. A woman with blonde hair is partially visible on the right. The background is a blurred clinical setting.

רפואת הגנת הילד – בין הזנחה להסדרה:

הצעה לדרך חדשה בישראל

הדס יחיעם

ד"ר הדס יחיעם היא מומחית ברפואה דחופה ילדים, ראש תחום הגנת הילד במרכז הרפואי מאיר, כפר סבא, ויו"ר החברה הרפואית להגנת הילד בהסתדרות הרפואית בישראל.

ג', בת שנה וחצי, הגיעה לחדר מיון עם הוריה יומיים לאחר נפילה מגרם מדרגות. בבדיקתה הגופנית נמצאו סימני חבלה מרובים. הרופאה בחדר המיון העריכה שסימני החבלה נובעים מהנפילה במדרגות ותואמים למנגנון, אך הייתה מודאגת מהאיחור של ההורים בפנייה לעזרה.

ט', ילדה בת שש, פנתה לאימה בעת אירוע משפחתי והתלוננה על כאב באזור איבר המין. בשירותים האם שמה לב לכתם דם על בגדיה התחתונים, ט' אמרה שאחד מקרובי משפחתה הכאיב לה. ההורים פנו עם ט' לחדר מיון ילדים, והרופאה בחדר המיון התלבטה אם נכון לדבר עם הילדה על המקרה ומה מקומה של בדיקה גופנית דחופה.

מבוא

רפואת הגנת הילד (Child Abuse Paediatrics) היא תחום רפואי ייחודי המתמקד באיתור, טיפול ומניעה של פגיעות בילדים – פגיעות פיזיות, מיניות והזנחה. מדובר במומחיות בתוך רפואת הילדים, המשלבת מענה רפואי-קליני, משפטי-פורנזי, פסיכוסוציאלי ואקדמי. בשנים האחרונות התחום זוכה להכרה הולכת וגוברת ברחבי העולם, ובארצות הברית הוא מוכר כהתמחות על מאז 2009 (Block & Palusci, 2006). במדינות כגון קנדה ובריטניה קיימים מרכזים מוסדרים שבהם פועלים מערכים רב־מקצועיים, זמני כוננות מוסדרים ומערכות הכשרה והדרכה מבוססות.

נתונים מדאגים

- מעטים מהדיווחים לרשויות על פגיעות בילדים מגיעים ממערכת הבריאות, אף שמחקרים בין־לאומיים מלמדים שיותר מעשירית מהילדים המגיעים לחדרי המיון נפגעו מהתעללות או הזנחה (Leetch & Woolridge, 2013).
- ההערכות הבין־לאומיות הן ששיעור הפגיעות בילדים באוכלוסייה נע בין 5% ל־17% (פער בין עבודות המבוססות על איסוף נתונים בגוף ראשון לאלה המדווחים לרשויות) (Stoltenborgh et al., 2012).
- הפער הזה, בין שכיחות התופעה כפי שמדווח בגוף ראשון ובין שיעור הדיווח, מצביע על כשל מערכתי באיתור ובתגובה.

היעדר תקינה ותשתיות

- עבודה ללא הסדרה במערכת הבריאות יוצרת מענה חלקי, וממנו נובעות כמה בעיות, בהן:
- **היעדר נהלים אחידים** – כל מקרה מטופל באופן שונה, ללא סטנדרטים מבוססי ספרות או קווים מנחים בין־לאומיים כגון אלו של האיגוד האמריקאי לרפואת ילדים;
- **חוסר זמינות** – ייעוץ מתבצע לפי יכולת הרופא בתפקידו הראשי, ולא במסגרת מוגדרת וממוסדת;
- **היעדר מסגרת רב־מקצועית** – מקשה לקיים דיונים קבועים בשיתוף יועצים רלוונטיים (עובדים סוציאליים, רופאים מומחים בתחומים נוספים, פסיכולוגים, וכן גורמים חיצוניים למערכת הבריאות כגון שירותי הרווחה, המשטרה והפרקליטות);
- **היעדר תשתית מחקרית** – בשלב זה אין מאגר נתונים רפואי לאומי, אין מעקב מסודר ואין מערך מחקר קליני מקדם;
- **קושי בהמשכיות** – מערכות קיימות נשענות על רצון טוב של יחידים ולא על תשתית מוסדית בת קיימא, מה שגורם לדלדול השורות ומעורר צפי ל"היעלמות" של הרופאים המומחים בתחום.

בישראל, לעומת זאת, המצב מורכב בהרבה. אף שקיים מספר מצומצם של רופאים בעלי הכשרה בתחום זה, המקצוע עדיין לא הוסדר או תוקנן, והטיפול הרפואי הניתן לילדים נפגעי התעללות או הזנחה חלקי, לא אחיד ולא תמיד מקצועי דיו. מאמר זה יסקור את מצבו של התחום בישראל ובעולם, ינתח את הפערים והאתגרים, ויציע כיווני פעולה להסדרה לאומית, תוך שימוש במודלים בין־לאומיים ובדוגמאות מקומיות.

רפואת הגנת הילד – הגדרה ותכלית

- רפואת הגנת הילד נועדה לספק מענה רפואי מקיף לילדים שנפגעו מהתעללות או הזנחה. תפקיד הרופא המומחה בתחום כולל:
- ניהול רב־מקצועי של המקרה בתוך מערכת הבריאות, בד בבד עם בירור אבחנות רפואיות נוספות;
- החלטה על בדיקות עזר מתאימות ושילוב ממצאים לכדי החלטה רפואית;
- תיאום עם רשויות הרווחה והחוק, לרבות חובת דיווח במקרים המתאימים;
- כתיבת חוות דעת רפואית משפטית;
- מעקב רפואי לאחר הטיפול הראשוני;
- הובלת מחקר והוראת התחום לצוותים רפואיים, למתמחים ולסטודנטים לרפואה.

הייחוד של התחום טמון בשילוב בין רפואה קלינית "רגילה" ובין אחריות משפטית וחברתית. הרופא אינו רק מאבחן ומטפל אלא הוא גם חוליה קריטית בשרשרת ההגנה על הילד ובייצוג טובתו מול מערכות אחרות, שאותן עליו להבין ולהכיר.

המצב בישראל – בין מציאות קשה להזדמנות

בישראל פועלים היום רופאים לא רבים שהם בעלי הכשרה מעמיקה בתחום. בהיעדר תקינה מסודרת, כל מסגרת רפואית פועלת על פי יכולתיה ועל פי הפניות של אנשיה מעבר לתפקידים הרשמי, והתוצאות הן טיפול לא אחיד, תת־איתור ותת־דיווח.

מודלים בין־לאומיים – מה אפשר ללמוד

בעולם קיימות מערכות מוסדרות שמדגימות כיצד אפשר לשלב את התחום בתוך מערכת הבריאות: התמחות רשמית והכרה כמקצוע רפואי לכל דבר ועניין, תקינה ייעודית של רופאי הגנת הילד למרכזים רפואיים, יחידות ייעודיות להגנת הילד בתוך בתי החולים או בשיוך להם, תוכניות הכשרה פורמליות, שיתוף פעולה הדוק של מערכת הרפואה עם שירותי הרווחה והמשטרה, מערכים רב־מקצועיים זמינים 24/7, ועוד יוזמות ושירותים מתקדמים בהתאם לצורכי האוכלוסייה.

המשותף לכל המודלים: **מערך רב־מקצועי, זמינות מסביב לשעון והכשרה מסודרת לכל הצוותים.**

הצעה לישראל – עקרונות ההסדרה

כדי להביא את ישראל לעבודה על פי אמות מידה המקובלות בעולם, נדרשים כמה צעדים מהותיים:

- 1. הכרה רשמית** – קבלת ההכרה ברפואת הגנת הילד כהתמחות על ברפואת ילדים;
- 2. תקינה ייעודית** – הקצאת תקנים לרופאי הגנת הילד בבתי חולים מרכזיים, לצד עובדים סוציאליים, אחיות ואחים ייעודיים ויועצים קבועים;
- 3. הקמת מרפאות ייעודיות** – מרפאות מוסדרות שיספקו מענה קליני, פורנזי ופסיכוסוציאלי;
- 4. מערך מחקר והכשרה** – בניית מאגר נתונים לאומי, פיתוח פרוטוקולים ונהלים, הכשרות תקופתיות לצוותים רפואיים;
- 5. שיתופי פעולה חוצי מערכות** – קידום עבודה משותפת עם מערכות הרווחה, המשטרה והמשפט;
- 6. שיתוף פעולה בין מערכת הבריאות בבתי החולים או בקהילה עם מרכזי ההגנה.**

פערים אלו מתורגמים לתת־איתור ולטיפול תת־מיטבי בילדים נפגעי התעללות. לבד מהשפעות מיידיות של המשך סבל וכאב או היעדר תיעוד ראיות משפטיות, יש ספרות רפואית המלמדת על ההשפעות ארוכות הטווח של התעללות ממושכת בילדים – על בריאותם הגופנית והרגשית בטווח הארוך, לרבות נטייה מוגברת למחלות לב, סוכרת ויתר לחץ דם, ואף נטייה להתמכרויות, אובדנות ועוד. תוחלת חייהם של ילדים שעברו התעללות, על פי הספרות הרפואית, צפויה להיות קצרה יותר מזו של כלל האוכלוסייה (Felitti et al., 1998). אפשר להשפיע על נתון קשה זה באמצעות שיפור של מנגנוני האיתור והטיפול.

החברה הרפואית להגנת הילד – צעד קדימה

החברה הרפואית להגנת הילד (הרל"י), באיגוד לרפואת ילדים שתחת ההסתדרות הרפואית, הוקמה בשנת 2013 על ידי ד"ר יורם בן־יהודה, וחיידשה את פעולתה במהלך יוני 2023. בין מטרותיה:

- ביסוס מקצועי של התחום באמצעות הקמת השתלמות עמיתים;
- קידום קווים מנחים ישראלים לטיפול בילדים נפגעי התעללות;
- יצירת מודלים לטיפול בילדים נפגעי תקיפה מינית;
- קידום תקינה ייעודית לרופאי הגנת הילד במערכת הבריאות;
- שיתוף פעולה אקדמי עם רופאים מובילים בעולם, לשם יישום רפואה מבוססת ראיות;
- מענה לבעיות פרטניות בטיפול בילדים נפגעי התעללות במערכת הבריאות.

כל אלו ועוד – כדי לשפר את הטיפול בכל הילדים נפגעי ההתעללות כאשר הם מגיעים למערכת הבריאות. כחלק מעבודת החברה, נערכו כנסים ייעודיים בארץ, נוצר קשר הדוק עם מרצים מובילים ברמה הבין־לאומית, ונעשית עבודה משותפת מול משרד הבריאות. **אנו, בחברה הרפואית להגנת הילד, מקווים שכל אלו מעידים על תחילתו של שינוי – אך הדרך להסדרה מלאה עודה ארוכה.**

אתגרים צפויים

- **משאבים** – השקעה כספית ותקציבית כמדיניות חברתית לאומית;
- **רגולציה** – של התקינה ושל הכשרת הצוותים;
- **שינוי תרבותי ארגוני** – הכרה בפגיעות בילדים כבעיה רפואית ולא חברתית/סוציאלית או משפטית בלבד;
- **המשכיות** – הבטחה שמערכים לא יישענו על רופאים יחידים אלא על תשתית מוסדית בת קיימא ובת יכולת של התפתחות וגדילה.

חזון לעתיד

אם ייושמו צעדים ברוח זו, יהיה אפשר לתאר מציאות אחרת בעתיד הלא רחוק:

- בבתי חולים בישראל תפעל מרפאה או מערך של הגנת הילד מוסדרת;
- צוותים רפואיים, סוציאליים ומשפטיים יפעלו בתיאום;
- המענה הרפואי יעמוד באמות מידה מקצועיות בין־לאומיות, יינתן באופן אחיד וישען על קווים מנחים ועל ספרות רפואית מקצועית;
- מערך מחקר ארצי יתעד מקרים, ינפיק המלצות ויקדם מדיניות;
- חובת הדיווח תיושם בפועל, עם שיעורי איתור גבוהים יותר וטיפול רב־מקצועי מדויק;
- ילדים נפגעי התעללות יקבלו מענה הולם – רפואי, רגשי ומשפטי – בזמן אמת.

בחזרה למקרים הקליניים

הילדה ג' נבדקה על ידי רופאת הגנת הילד, וזו התרשמה שדפוס סימני החבלה חורג מהסביר למנגנון המתואר של נפילה מגרם מדרגות. בהערכה רפואית מעמיקה התברר שג' נוטלת תרופות מדללות דם

בשל מחלת לב מולדת. רופאת הגנת הילד כינסה דיון רב־מקצועי עם מומחים במחלות דם וקרישה ואיתרה מאמרים רפואיים על דפוס חבלה בילדים הנוטלים מדללי דם. לאחר הערכה מקיפה ובדיקות עזר נוספות, הועבר דיווח לעו"ס לחוק הנוער ברווחה. ג' הייתה נתונה למעקב רפואי מרפאתי של רופאת הגנת הילד, ובמהלכו לא הופיעו סימנים נוספים להתעללות ונמשך מעקב וטיפול על ידי רשות הרווחה.

הילדה ט' זכאית לחקירת ילדים דחופה ולבדיקה דחופה שתכלול מענה רפואי ומשפטי רגיש טראומה. פנייתה, שנעשתה בשעות הערב לבית חולים שאין בו חדר אקוטי לנפגעי תקיפה מינית, הייתה מאתגרת. בתיווך רופאת הגנת הילד בוצעה **בדיקה רפואית ומשפטית דחופה** – **באישור המשטרה וחקירות ילדים**, ותועד סימן חבלה שהתאים לפרטים שנתנה לאימה ולעדויות שנתנה בהמשך.

תפקידו וסמכותו של רופא הגנת הילד הוא להיות גוף הידע המקצועי הרפואי, והמתווך בין הילד הנפגע ומשפחתו ובין הגופים האמורים על הטיפול הרגשי והמשפטי בקטין. ילדים רבים שחווים התעללות או פגיעה מגיעים תחילה אל מערכת הבריאות. הסדרה של עבודת רופא הגנת הילד תשפר את יכולת האיתור, הטיפול הרפואי והמשפטי, ואת התיווך לטיפול פסיכוסוציאלי עבור הילד ומשפחתו.

סיכום

רפואת הגנת הילד היא תחום קריטי, המשלב אספקטים רפואיים, קליניים ומשפטיים – עם אחריות חברתית. בעולם היא כבר הוסדרה והוכרה כממחיות לכל דבר ועניין. בישראל, לעומת זאת, מדובר בתחום רפואי הסובל מהזנחה ומהיעדר תשתיות. הקמת החברה הרפואית להגנת הילד היא צעד משמעותי, אך דרושה פעולה מערכתית רחבה יותר: הכרה רשמית, תקינה, הקמת מערכים רפואיים ייעודיים ושיתוף פעולה חוצה מערכות.

לנוכח ההשלכות ארוכות הטווח של התעללות בילדים על בריאותם ועל תפקודם, השינוי חייב להוות משימה לאומית, מתוך הבנת תפקידה של מערכת הבריאות בנושא.

מקורות

Block, R. W., & Palusci, V. J. (2006). Child abuse pediatrics: A new pediatric subspecialty. *Journal of Pediatrics*, 148(6), 711-712. doi: 10.1016/j.jpeds.2006.01.033. PMID: 16769370.

Felitti, V. J., Robert F. Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P., & Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experience (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*.

Leetch, A. N., & Woolridge, D. (2013). Emergency department evaluation of child abuse. *Emergency Medicine Clinics of North America*, 31(3):853-873. doi: 10.1016/j.emc.2013.04.003. Epub 2013 Jun 20. PMID: 23915607.

Stoltenborgh, M., Bakermans-Kranenburg, M. J., & van IJzendoorn, M. H. (2013). The neglect of child neglect: A meta-analytic review of the prevalence of neglect. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48(3), 345-355. doi: 10.1007/s00127-012-0549-y. Epub 2012 Jul 15.