

ג'וינט-מכון ברוקדייל

לגרונטולוגיה והתפתחות אדם וחברה



עבודתם של צוותים לטיפול בילדים נפגעי אלימות בבתי-חולים כלליים

טלל דולב עדנה אלטר

ד ו " ח מ ח ק ר



המחקר בוצע ביזמת ג'וינט-ישראל -
תחום ילדים בסיכון ומומן בסיועו

דמ-227-95

BR-RR-227-95

עבודתם של צוותים לטיפול בילדים נ

דולב, טלל



002854262979

ג'וינט - מכון ברוקדייל מהו?

מרכז ארצי למחקר בתחומי הזיקנה, התפתחות האדם ורווחה חברתית בישראל, שהוקם ב-1974.

ארגון עצמאי ללא כוונת רווח, הפועל בחסות הג'וינט העולמי (AJJDC) וממשלת ישראל.

צוות של אנשי מקצוע המקדישים עצמם למחקר יישומי בסוגיות חברתיות בעלות קדימות עליונה בסדר היום הלאומי.

קבוצת חשיבה המחויבת לפרסום ממצאיה כדי לסייע לקובעי מדיניות ולספקי שירותים לתכנן וליישם תכניות רווחה.

המחקר מתבסס על גישה בין-תחומית ומתמקד בחמישה נושאים עיקריים:

- ♦ גרונטולוגיה
- ♦ מדיניות בריאות
- ♦ קליטת עלייה
- ♦ ילדים ונוער עם צרכים מיוחדים
- ♦ מוגבלות



BR-RR-227-95

c.3

מכון ברוקדייל: הספרייה

BR-RR-227-95
C.3
/ 2654262979

עבודתם של צוותים לטיפול בילדים נפגעי אלימות בבתי-חולים כלליים

טלל דולב עדנה אלטר



המחקר בוצע ביזמת ג'וינט-ישראל - תחום ילדים בסיכון ומומן בסיועו

ספטמבר 1995

ירושלים

אלול תשנ"ה

עבודה זו מתפרסמת במסגרת המרכז לילדים ולנוער בג'וינט-מכון ברוקדייל. המרכז לילדים ולנוער הוקם בשנת 1995 במכון ברוקדייל, בחסות הג'וינט וממשלת ישראל. מטרת המרכז היא לקדם את רווחתם של ילדים ובני נוער יהודים וערבים באמצעות תכנית הכוללת מחקר יישומי, הפצה פעילה של מידע וידע, ייעוץ לקובעי מדיניות ולמפתחי תכניות בשדה ופיתוח מנהיגות.

ג'וינט-מכון ברוקדייל לגרונטולוגיה
והתפתחות אדם וחברה
ת"ד 13087
ירושלים 91130

טלפון: 02-6557400
פקס: 02-612391

תקציר

אחת החוליות החשובות באיתור ילדים נפגעי התעללות או הזנחה הם צוותים לטיפול בילדים נפגעי אלימות, הפועלים בכל בתי-חולים בארץ. צוותים אלה הם רב-מקצועיים וכוללים רופא, אחות ועובד סוציאלי. תפקידם הוא לאתר ילדים שיש חשד שנפגעו מהתעללות או מהזנחה, לערוך בירור אודות נסיבות פגיעתם ולדווח לפקיד סעד או למשטרה כנדרש בחוק (חוק העונשין, תיקון מס' 1368).

על-מנת לסייע לצוותים בעבודתם החלו משרד הבריאות, קופת-החולים הכללית וג'וינט ישראל בפיתוח ערכת הדרכה לצוותים. במסגרת פיתוח ערכת ההדרכה נערך מחקר שמטרתו לאתר את התחומים בהן תוכל ערכה זו לסייע לצוותים בעבודתם.

המחקר נערך ב-23 בתי-חולים כלליים בישראל ובמסגרתו נאסף מידע על הילדים שהופנו לצוותים בתקופה של ארבעה חודשים (ספטמבר-דצמבר 1993); על הקשר בין הצוותים לבין אנשי מקצוע אחרים בבית-החולים ובקהילה, ועל דרכי העבודה של הצוותים.

הממצאים על דרכי העבודה של הצוותים מצביעים על כך שקיימת שונות בהרכב הצוותים בבתי החולים השונים. הנהלים המנחים את עבודת הצוותים בבתי-החולים הינם כלליים, ואינם אחידים בבתי-החולים השונים. חיוניותם של נהלים אחידים בולטת על רקע העדר הסדרי עבודה כגון תורנויות וכוננויות של חברי הצוות. במרבית בתי-החולים אין הסדרים העשויים לאפשר ניצול מרבי של משאבי הצוות הרב-מקצועי כגון: ישיבות צוות קבועות ושותפות של כל חברי הצוות בקבלת החלטות. ממצאי המחקר מצביעים גם על צורך בהעמקת הידע והמודעות בקרב אנשי הסגל בבתי-החולים לחשיבות ולדרכי איתור ילדים שנפגעו מהתעללות או הזנחה.

במהלך תקופת המחקר הופנו לצוותים 238 ילדים. קרוב למחצית הילדים הינם בגילאי 0-3. בקרב הילדים שהופנו לצוותים נמצאו שיעורים גבוהים יחסית של ילדים החיים במשפחות חד-הוריות (15%) ובמשפחות בנות ארבעה ילדים או יותר (37%). כמחצית ממשפחות הילדים מוכרות ללשכות לשירותים חברתיים וכשליש - לפקידי סעד בקהילה. מרבית הילדים פנו לבתי-החולים בדרכים שגרתיות, בעצמם או בהפניית גורם רפואי. כרבע מהילדים הופנו לצוות לאחר שהמלווה הודה כי מדובר בפגיעה מכוונת. מתוך הילדים שהופנו לצוות הוחלט לדווח על מרביתם (70%) לפקיד הסעד ו/או למשטרה. כשלושה-רבעים מבין הילדים שהופנו לצוותים אושפזו לצורך הגנה.

נראה שיש צורך לפתח אמצעים שונים, כמו ערכת ההדרכה לצוותים הנמצאת כיום בשלבים מתקדמים של פיתוח, על-מנת לתרום לשיפור בעבודת הצוותים בארבעה מישורים עיקריים: מתן הכשרה בתחום אבחון מקרים; פיתוח דרכי עבודת הצוותים; פיתוח כלים ונהלים לתיעוד המקרים והעברת המידע לחברי הצוות, כולל פיתוח דרכי העבודה והעמקת ההדרכה בקרב אנשי סגל בבית החולים להגברת האיתור.

דברי תודה

חובה נעימה היא להודות לכל אותם האנשים שללא עזרתם לא ניתן היה להוציא מחקר זה לפועל. לכל העובדים הסוציאליים, האחיות והרופאים, חברי הצוותים לטיפול בילדים נפגעי אלימות בבתי-חולים, ולגורמים האחראים בבתי-החולים, על שהקדישו מזמנם וממרחם, לסייע לנו באיסוף המידע המהווה בסיס לכתיבת דו"ח זה.

לחברי ועדת ההיגוי: פיטר ורדי, יצחק ברלוביץ, אתי דקל, חנה הרשקוביץ, נירה ברעם ודורית אפל ממשרד הבריאות; חני אורון, ברוך עובדיה וחנה מיבר מקופת-החולים הכללית; רחל בנטוב מבית-חולים אסף הרופא ויורם כהן מקרן דורון - כולם איפשרו את ביצוע המחקר וליוו אותנו לכל אורכו. חנה כץ, נעמי בר ורוני גאגין מתחום ילדים בסיכון בגזינט-ישראל, שליוו את המחקר מתחילתו, השתתפו, תמכו והעירו בשלבים השונים של המחקר וליונה רוזנפלד על תרומתו המיוחדת למחקר.

ולבסוף לרחל פוזנר ונטע ברנע, חברותינו לצוות שתרמו באיסוף המידע, בהערות, בתמיכה ובעידוד, וליתר עמיתינו במכון ברוקדייל אשר סייעו במהלך העבודה בעצות ובהערות. לבלהה אלון על העריכה ולאילנה שיזגל על הסיוע בהדפסת הדו"ח.

תוכן העניינים

1	מבוא	.1
1	מטרות המחקר	.2
2	כלי המחקר ואיסוף המידע	.3
2	עבודת הצוותים לטיפול בילדים נפגעי אלימות בבתי-חולים	.4
3	4.1 הרכב הצוותים ונוהלי עבודתם	
4	4.2 תפקידי הצוותים	
6	4.3 עבודת הצוותים כצוותים רב-מקצועיים	
8	4.4 עבודת הצוותים עם סגל בית-החולים	
10	4.5 עבודת הצוותים עם גורמים בקהילה	
10	4.6 הדרכה והכשרה של אנשי הצוותים	
12	הילדים המופנים לצוותים	.5
13	5.1 נסיבות ההפניה לצוותים	
14	5.2 תהליך הבירור הנערך על-ידי הצוות בבית-החולים	
17	5.3 החלטות הצוותים	
18	סיכום ומסקנות	.6
22	ביבליוגרפיה	

רשימת לוחות

3	לוח 1:	הרכב הצוותים והגורמים האחראים לעבודתם
5	לוח 2:	התפקידים השונים של הצוותים, לפי מספר מרכזי הצוותים שציינו אותם
5	לוח 3:	חברי הצוות שציינו שהם עוסקים במשימות שונות, לפי מקצוע
6	לוח 4:	דרכי העברת מידע וקבלת החלטות בצוותים
7	לוח 5:	התפלגות חברי הצוותים לפי המידה שבה הם רואים עצמם מעורבים בעבודת הצוות ובקבלת החלטות, לפי מקצוע
8	לוח 6:	חברי הצוותים שדיווחו על קיום קשרים ופעילויות לאנשי סגל בית-החולים, לפי מקצוע
11	לוח 7:	ההכשרה והוותק של חברי הצוותים
11	לוח 8:	חברי הצוותים שביקשו הכשרה נוספת בתחומים שונים, לפי מקצוע
12	לוח 9:	התפלגות הילדים שהופנו לצוותים, לפי גיל
13	לוח 10:	המאפיינים הסוציו-דמוגרפיים של משפחות הילדים שהופנו לידיעת הצוותים
14	לוח 11:	התפלגות הילדים המופנים לצוותים, לפי הגורם המפנה
14	לוח 12:	התפלגות הילדים לפי סיבת הפנייה לבית-החולים ולפי גיל
15	לוח 13:	התפלגות הילדים לפי הסברי המלווה לפגיעה ולפי גיל
17	לוח 14:	שיעור הילדים שלגביהם צוינו בעיות בהתנהגות המלווה
18	לוח 15:	התפלגות הילדים לפי החלטות הצוות

1. מבוא

הצוותים לטיפול בילדים נפגעי אלימות בבתי-חולים מהווים את אחת החוליות החשובות באיתור ילדים שיש חשד שנפגעו על רקע יחס בלתי הולם (child maltreatment), ובדיווח על כך. צוותים אלה פעלו בבתי-חולים בישראל החל משנת 1984 כצוותים רב-מקצועיים שכונו "צוותי חסרי ישע" וטיפלו בנוסף על אוכלוסיית הילדים גם באוכלוסיות של קשישים, מפגרים ונשים מוכות.

בשנת 1989 נחקק בישראל החוק למניעת התעללות בקטינים ובחסרי ישע (תש"ן, 1989; תיקון מס' 26 לחוק העונשין). חוק זה קובע לראשונה כי פגיעה בקטינים היא עבירה נפרדת בספר החוקים הישראלי, שהמחוקק מתייחס אליה בחומרה. על פי החוק חלה חובת הדיווח על אנשי מקצוע, קרובי משפחה והציבור הרחב, בכל מקרה של חשד סביר להתעללות, או הזנחה, של קטינים וחסרי ישע.

מאז חקיקת החוק אנו עדים להיערכות ליישומם בשירותים שונים. כחלק מהיערכות שירותי הבריאות ליישום חוק "חסרי ישע", הורה ראש שירותי האשפוז במשרד הבריאות על הקמת צוותים רב-מקצועיים, הכוללים רופא, אחות ועובד סוציאלי, שעליהם מוטלת האחריות לאתר ילדים אשר לגביהם התעורר חשד כי הפגיעה בהם נובעת מיחס בלתי הולם, ולדווח עליהם כמתחייב מהחוק. קופת-החולים הכללית אימצה תקנות דומות בבתי-החולים אשר בבעלותה.

במהלך שנות פעילותם של הצוותים, התעוררה תחושה במערכת הבריאות כי חסר בסיס מוסכם של ידע, נהלים ודרכי עבודה של הצוות, וכתוצאה מכך משתנות דרכי העבודה של הצוותים מבית חולים אחד למשנהו. מסיבה זו, פנו משרד הבריאות וקופת-החולים הכללית לגוינט-ישראל, כדי שיסייע בפיתוח ערכת עבודה והדרכה שתסייע לחברי הצוותים ולאנשי סגל נוספים בבית-החולים בעבודתם. כחלק מתהליך בנייתה של ערכה זו, הוחלט לערוך מחקר שישימש אחד ממקורות המידע לפיתוח הערכה.

הדו"ח הנוכחי מתאר את ממצאי המחקר שנערך על-ידי גוינט-מכון ברוקדייל ובודק את עבודת הצוותים לטיפול בילדים נפגעי אלימות בבתי-חולים, ואת מאפייני אוכלוסיית הילדים ומשפחותיהם. תרומתו של המחקר בהארה ובמיפוי של עבודת הצוותים שטרם זכתה לבדיקה ולתיעוד שיטתיים.

2. מטרת המחקר

מטרת המחקר הוא לאתר את התחומים בהם תוכל הערכה לסייע בעבודת הצוותים. באופן מפורט יותר הוצגו המטרות הבאות:

- (1) לעמוד על דרכי העבודה של הצוותים המטפלים בנושא אלימות כלפי ילדים
- (2) לעמוד על דרכי העבודה של הצוותים עם אנשי סגל בית-החולים
- (3) לבחון את המאפיינים של אוכלוסיית הילדים המופנים לצוותים
- (4) לבחון את ההחלטות המתקבלות בצוותים ביחס לאוכלוסיית הילדים.

3. כלי המחקר ואיסוף המידע

המידע נאסף באמצעות שלושה כלים מרכזיים:

שאלוני ילדים - תוכננו למילוי עצמי בידי חברי הצוות וכללו מידע אודות הילדים ובני משפחותיהם, והטיפול הניתן להם על-ידי הצוותים בבית-החולים.

שאלוני אנשי צוות - התבצעו באמצעות ראיונות עם כל מרכזי הצוותים וחברי הצוות האחרים. באמצעות השאלונים נאסף מידע ביחס לעבודת הצוות: הרכב הצוות, תפקידי הצוות, המשימות המבוצעות על-ידי חברי הצוות, מקורות הפניה לצוות, דרכי עבודה ותקשורת בין חברי הצוות, קשר עם סגל בית-החולים, ועם אנשי המקצוע בקהילה. **השאלונים למרכזי הצוותים** כללו גם שאלות על הנהלים המסדירים את עבודת הצוותים.

שאלוני "אנשי מפתח" - נערכו באמצעות ראיונות עם אנשי סגל מרכזיים בבית-החולים (מנהלי מחלקות, מנהלי חדרי מיון וכד') ועסקו בהכרתם את הצוות ותפקידיו, והשתתפותם של אנשי המפתח או הכפופים להם בפעילויות שיוזם הצוות.

המחקר נערך בכל בתי-החולים הכלליים בישראל למעט בית-החולים יוספטל באילת (23 בתי חולים). הממצאים מבוססים על ראיונות שנערכו עם כל חברי הצוותים בארץ (62). כמו-כן יוצגו הממצאים על הילדים שהופנו לצוותים ב-23 בתי-החולים בחודשים ספטמבר-דצמבר 1993 (סה"כ 238 ילדים).

4. עבודת הצוותים לטיפול בילדים נפגעי אלימות בבתי-חולים

בפרק זה יוצגו ממצאים על הרכב הצוותים, דרכי עבודתם כצוותים רב-מקצועיים, יחסי הגומלין בין הצוותים לבין סגל בית-החולים ויחסי הגומלין בין הצוותים לבין גורמים בקהילה העוסקים בטיפול בילדים שנפגעו עקב יחס בלתי הולם. הממצאים לקוחים מתוך הראיונות שנערכו עם כל אנשי הצוותים ב-23 בתי-החולים שהשתתפו במחקר. המידע על הנהלים המנחים את עבודת הצוותים ועל הקשרים של הצוות עם גורמים בקהילה נאסף בראיונות שנערכו עם מרכזי הצוותים.

4.1 הרכב הצוותים ונוהלי עבודתם

דרכי העבודה של הצוותים מושפעות מהאופן שבו מעוגנת עבודתם בהסדרים פורמליים בבתי-החולים. הרכב הצוותים, הגורמים האחראים לפעולתם, הנהלים המנחים את ההפניה ואת עבודת הצוותים, והכוננויות והתורנויות המוטלות עליהם - כל אלה עשויים להשפיע על האופן בו חברי הצוות תופסים את תפקידיהם, על נגישות וזמינות חברי הצוות לאנשי סגל בית-החולים, ועל האופן בו יטופלו ההפניות לצוותים.

על פי המלצת משרד הבריאות, על הצוותים לכלול עובד סוציאלי שישימש מרכז הצוות, עובד סיעוד, ורופא. לוח 1 מתאר את הרכבי הצוותים בבתי-החולים שנבדקו ואת הגורמים האחראים לעבודתם. כפי שניתן לראות מהלוח, בכמחצית (11) מבתי-החולים קיים צוות כמוגדר בנוהל (רופא, אחות ועו"ס). בשאר בתי-החולים חבר בצוות עובד סוציאלי, לבדו או עם עוד איש מקצוע. ב-19 מתוך 23 בתי-החולים, הגורם האחראי על עבודת הצוותים הוא מישהו מהשירות הסוציאלי בתוך בית החולים.

ברוב בתי-החולים קיימים נהלים המסדירים היבטים שונים של עבודת הצוות. בדרך כלל אלו נהלים כלליים המורים על דרכי פעולה אפשריות: הפניה לעובד הסוציאלי בצוות, או לעובד סוציאלי כונן, בכל מקרה של חשד סביר לפגיעה על רקע יחס בלתי הולם; אשפוז מיידי לצורך הגנה (אשפוז סוציאלי), ודיווח לגורמים הפורמליים כנדרש. בכמה בתי-חולים ישנם נהלים המפרטים אלו מקרים ואלו סוגי פגיעות צריכים לעורר את חשדו של איש המקצוע הבא במגע ראשון עם הילד. אין אחידות בין בתי-החולים בנהלים המפרטים אלו בדיקות רפואיות יש לערוך במקרים שונים של פגיעה, ובנהלים המסדירים אישור ושחרור מאשפוז סוציאלי.

לוח 1: הרכב הצוותים והגורמים האחראים לעבודתם

מס' בתי-החולים	הרכבי הצוותים
23	סה"כ בתי-חולים
	הרכב הצוות
11*	רופא אחות ועו"ס
5	רופא ועו"ס
4	אחות ועו"ס
3	עו"ס בלבד
	הגורם האחראי לעבודת הצוות
13	עו"ס הצוות
2	רופא הצוות
6	מנהל השירות הסוציאלי
2	הנהלת בית-החולים

* באחד מבתי-החולים שותפים בצוות 2 רופאים: רופא ילדים ופסיכיאטר.

היקף התורנויות והכוננויות המוטלות על חברי הצוות מתוקף תפקידם משפיע על המידה בה הם זמינים לסגל בית-החולים, וכמו-כן על האפשרות שלהם לבוא במגע עם הילדים ובני משפחותיהם בעת הקבלה לבית-החולים. בכל בתי-החולים, למעט אחד, חברי הצוות אינם חייבים בתורנויות וכוננויות מתוקף תפקידם בצוות, אלא כחלק מתפקידיהם האחרים בבית-החולים. במרבית בתי החולים לא קיימים נהלים לאזעקת הצוות מחוץ לשעות העבודה.

למרות זאת, 82% מאנשי המקצוע שרואיינו טענו, שבמקרים שאף אחד מאנשי הצוות אינו נמצא בבית-החולים, נהוג לערוך התייעצות טלפונית עם אחד מהם או להזעיקו לבית-החולים. כשליש מהרופאים ויותר ממחצית העובדים הסוציאלים החברים בצוותים דיווחו, שבמהלך החודש שלפני עריכת הריאיון התייעצו איתם בטלפון. פחות מ-10% דיווחו שהם הוזעקו לבית-החולים.

רישום ותייעוד של מקרים בהם התעורר חשד לפגיעה על רקע יחס בלתי הולם, ושל הבירור שנערך בעניינם, חשובים לצורך העברת מידע בין אנשי סגל בית-החולים שראו את הילדים בעת הקבלה לבין חברי הצוות, ובין חברי הצוות לבין עצמם. תיעוד המקרים עשוי גם לסייע לצבירת ידע וניסיון בבירור החשדות. במרבית בתי-החולים שהשתתפו במחקר לא קיימים טפסים או נהלים המחייבים תיעוד המידע אודות הילדים המופנים לצוות, למעט טופס הדיווח למשרד הבריאות. הרישום תלוי בדרך כלל ביוזמתו של העובד הסוציאלי, ובזמן העומד לרשותו.

4.2 תפקידי הצוותים

גורם נוסף העשוי להשפיע על דרכי העבודה של הצוותים הוא האופן שבו מגדירים חברי הצוותים את תפקידם. על פי תקנות משרד הבריאות על הצוותים למלא ארבעה תפקידים:

- (1) לקבל פניות בכל מקרה בו התעורר חשד סביר ליחס בלתי הולם;
- (2) להעריך האם אכן התקיים יחס בלתי הולם במקרים אלו (תוך התייחסות לסימני חבלה קודמים, אבחון היבטים פסיכוסוציאליים, אירועים דומים בעבר, וסיכון לאלימות בעתיד);
- (3) להחליט על אשפוז ו/או דיווח כמתחייב מהחוק;
- (4) להדריך את עובדי בית-החולים כדי שאלה יפתחו מודעות לצורך באיתור, ומיומנויות של זיהוי ילדים שנפגעו מיחס בלתי הולם, וטיפול בהם.

לוח 2 מציג את תפקידי הצוותים כפי שהם הוגדרו על-ידי מרכזי הצוותים בבתי-החולים. הנתונים מורים על כך שמרכזי הצוותים רואים את תפקידם המרכזי באיתור ילדים שנפגעו על רקע יחס בלתי הולם (19) ודיווח עליהם כנדרש בחוק (16), בנוסף למתן הטיפול הרפואי הנדרש (13). תפקידים אחרים הכלולים בנהלים כגון ביצוע התערבות ראשונית, והעמקת המודעות בקרב הסגל בבית-החולים, הוזכרו על-ידי פחות ממחצית מרכזי הצוותים (8 ו-9 בהתאמה). מחצית ממרכזי הצוותים ציינו תפקיד נוסף שלא הוגדר בנהלים - מעקב והמשך טיפול בילדים לאחר שעזבו את בית-החולים.

לוח 2: התפקידים השונים של הצוותים, לפי מספר מרכזי הצוותים שצינו אותם

התפקידים	מספר מרכזי הצוותים
סה"כ מרכזי צוותים	23
זיהוי ואיתור של ילדים בסיכון	19
אבחון וטיפול רפואיים	13
ביצוע התערבות ראשונית	9
דיווח לקהילה	16
המשך טיפול ומעקב	11
העמקת המודעות בבית-החולים	8

לאור תיאור תפקידי הצוות על-פי מרכזי הצוותים, ניסינו ללמוד באופן מפורט יותר על המשימות אותן מבצעים חברי הצוות בעלי התפקידים השונים הלכה למעשה. לוח 3 מציג את שיעור אנשי המקצוע שצינו שהם מבצעים משימות שונות במסגרת תפקידם בצוות.

לוח 3: חברי הצוות שצינו שהם עוסקים במשימות שונות, לפי מקצוע (באחוזים)

משימות	סה"כ	רופא	עו"ס	אחות
סה"כ (במספרים)	62	20	23	19
סה"כ (באחוזים)	100	100	100	100
אבחון פסיכוסוציאלי	57	45	82	42
דיווח	54	15	43	10
אבחון רפואי-סיעודי	68	95	43	15
עבודת צוות	42	50	43	36
עבודה עם צוות בית-החולים	46	30	43	63
עבודה עם גורמים בקהילה	54	40	91	26

הממצאים מעידים על כך שחברי צוות ממקצועות שונים נוטים לעסוק בעיקר בתחומים של עבודת הצוות הקשורים למקצועם: שיעור גבוה מבין העובדים הסוציאליים (82%) עוסקים במשימות הקשורות לאבחון היבטים פסיכוסוציאליים. משימות אלה כוללות איסוף מידע פסיכוסוציאלי, שיחה עם הילד ומלוויו, ותצפית על הילד ומלוויו. העובדים הסוציאליים הם גם אלה העוסקים בקיום קשרים עם גורמים בקהילה לצורך בירור מידע, השתתפות בקביעת המשך טיפול, וכדומה (91%). מרבית הרופאים (95%) ציינו שהם עוסקים במשימות הקשורות לאבחון רפואי-סיעודי הכוללות איסוף מידע ומתן אבחנה. מעניין לציין שרק 15% מהאחיות ציינו שהן עוסקות במשימות בתחום זה. שישים ושלושה אחוזים מהאחיות, שיעור גבוה יותר מכל קבוצה מקצועית אחרת, ציינו שהן עוסקות בהעלאת מודעות בקרב אנשי סגל בית-החולים ובהדרכת הסגל בבית-החולים.

עם זאת, ניכרת מעורבות של חברי צוות ממקצועות שונים גם בנושאים שאינם בתחום מומחיותם: 43% מהעובדים הסוציאליים ציינו שהם עוסקים באבחון היבטים רפואיים, ושיעורים דומים מקרב הרופאים והאחיות ציינו שהם עוסקים באבחון היבטים פסיכוסוציאליים.

באופן כללי ניתן לומר כי שיעור גבוה יותר מבין חברי הצוותים ציינו שהם עוסקים במשימות הקשורות לאבחון ולבירור הפניות יותר מאשר במשימות הקשורות לעבודת הצוות או לעבודה עם אנשי סגל אחרים בבית-החולים. משימות הקשורות לעבודת הצוות כצוות רב-מקצועי כגון התכנסות לישיבות פנימיות, ישיבות צוות עם גורמים בקהילה, מפגשים לצורך קבלת החלטות משותפות והעברת מידע, הוזכרו על-ידי אנשי המקצוע בשיעור הנמוך ביותר (42%).

4.3 עבודת הצוותים כצוותים רב-מקצועיים

אחד ההיבטים החשובים בעבודת הצוותים הוא היותם מורכבים משלושה אנשי מקצועות שונים. ההנחה העומדת ביסוד הקמתם של צוותים רב-מקצועיים היא, שעל-מנת לזהות ולאתר ילדים החשופים להתעללות והזנחה, נדרשים ידע ומיומנויות מתחומים שונים (Corby & Milles 1986; Gallmeier & Bonner 1992). על-מנת להשתמש במשאבי הצוות הרב-מקצועי יש צורך בפיתוח דרכים שיאפשרו שילוב של ידע מתחומי המומחיות השונים והעברתו ליתר חברי הצוות, כגון מפגשים ומסגרות התייעצות. למרות שההרכבים של הצוותים שונים מבית-חולים אחד למשנהו היה עניין לבחון את דרכי העברת המידע וקבלת ההחלטות בצוותים. כפי שניתן לראות בלוח 4, ביותר ממחצית בתי-החולים לא מתקיימות ישיבות קבועות של הצוות. המידע אודות הילדים מועבר ביותר ממחצית בתי-החולים במפגשים בלתי פורמליים. ב-6 בתי-חולים לא צוינה מסגרת כלשהי להעברת מידע בין חברי הצוות.

לוח 4: דרכי העברת מידע וקבלת ההחלטות בצוותים

מספר בתי-חולים	דרכי העברת מידע
23	סה"כ מרכזי צוותים
10	מתקיימות ישיבות צוות קבועות
	העברת מידע על מקרה לידיעת חברי צוות
7	במסגרת פורמלית
15	במפגשים אד-הוק
6	לא צוינה במסגרת כלשהי
	השתתפות בהחלטה על דיווח
8	כל הצוות
4	עו"ס ורופא
7	עו"ס בלבד
4	הרכב אחר
	השתתפות בהחלטה על אשפוז
2	כל הצוות
8	עו"ס ורופא
7	עו"ס בלבד
2	רופא בלבד
4	הרכב אחר

השימוש במשאבי הצוות הרב-מקצועי אמור גם לסייע לצוותים בקבלת החלטות הדורשות שילוב של ידע מתחומים שונים. כאשר חברי הצוות מעריכים שמדובר בפגיעה על רקע יחס בלתי הולם הם נדרשים לדווח לפקיד סעד ו/או למשטרה. כמו-כן, עליהם להחליט האם לאשפז את הילד לצורך הגנה. כאשר מתקבלת החלטה כי המקרה מעורר חשד סביר ליחס בלתי הולם, הצוות מחויב לדווח על-פי חוק. בלוח 4 ניתן לראות כי בשמונה בתי-החולים מבין אלו בהם קיים צוות מלא (רופא, אחות, עו"ס) שותפים כל חברי הצוות בהחלטה על דיווח, ורק בשני בתי-חולים הם שותפים גם בהחלטה על אשפוז סוציאלי. במרבית בתי-החולים העובד הסוציאלי שותף להחלטות משני הסוגים, ולעתים הוא מקבל אותן לבדו. האחיות אינן מעורבות כלל בהחלטות, למעט באותם בתי חולים בהם מתקבלת ההחלטה על דיווח על-ידי כל חברי הצוות.

על רקע הממצאים על דרכי העבודה של הצוותים כצוותים רב-מקצועיים, מעניין לבחון את התחושה הסובייקטיבית של חברי הצוותים ביחס למעורבותם בעבודת הצוות. חברי הצוותים נשאלו ביחס לתחושת המעורבות שלהם הן בעבודת הצוות והן בקבלת החלטות. הממצאים מוצגים בלוח 5. בולטת תחושת המעורבות הגבוהה של העובדים הסוציאליים, הן בעבודת הצוות והן בהחלטות המתקבלות בצוות. בשני התחומים לא נמצאו עובדים סוציאליים שצינו כי בדרך כלל אינם מעורבים. לעומת זאת, רק כמחצית מהרופאים ושיעור דומה בקרב האחיות, חשים מעורבים מאוד הן בעבודת הצוות והן בקבלת ההחלטות. יחסית לאנשי המקצוע האחרים בולט שיעורן של האחיות החשות שבדרך כלל אינן מעורבות בעבודת הצוות (16%) ובעיקר בקבלת ההחלטות (27%). נתונים אלה עולים בקנה אחד עם הנתונים שהוצגו קודם המתארים את ההרכבים של אנשי המקצוע השותפים בקבלת ההחלטות.

לוח 5: התפלגות חברי הצוותים לפי המידה שבה הם רואים עצמם מעורבים בעבודת הצוות ובקבלת ההחלטות, לפי מקצוע (באחוזים)

סה"כ	רופא	עו"ס	אחות
סה"כ (במספרים)	62	23	19
סה"כ (באחוזים)	100	100	100
מעורבות בעבודת הצוות			
מאוד מעורב	66	87	58
בדרך כלל מעורב	14	5	16
לפעמים מעורב	13	4	10
בדרך כלל לא מעורב	7	4	16
מעורבות בקבלת החלטות			
מאוד מעורב	65	92	42
בדרך כלל מעורב	15	-	26
לפעמים מעורב	7	4	5
בדרך כלל לא מעורב	13	4	27

4.4 עבודת הצוותים עם סגל בית-החולים

היבט נוסף של עבודת הצוותים הרב-מקצועיים הוא עבודתם עם סגל בית-החולים. חברי הצוות יכולים להגדיל את הסיכויים לאיתור ילדים המגיעים לבית-החולים על רקע יחס בלתי הולם על-ידי הפצת ידע בקרב חברי סגל העשויים לבוא במגע עם ילדים שנפגעו על רקע זה, ועל-ידי העלאת המודעות של אנשי הסגל לתופעה. פעילות זו מקבלת משנה חשיבות על רקע העובדה שחברי הצוותים אינם זמינים לסגל בית-החולים בכל שעות היממה, ובמקרים רבים אנשי סגל אחרים הם אלה הבאים במגע ראשוני עם הילדים ומשפחותיהם.

בדקנו עם אלו גורמים בבית-החולים נמצאים חברי הצוותים בקשר, בתוקף תפקידם כחברי הצוותים, והאם הם מקיימים פעילויות משותפות עם אנשי סגל בית-החולים בנושאים שונים הקשורים באיתור ילדים שנפגעו מיחס בלתי הולם ובטיפול בהם.

לוח 6: חברי הצוותים שדיווחו על קיום קשרים ופעילויות עם אנשי סגל בית-החולים, לפי מקצוע (באחוזים)

סה"כ	רופא	עו"ס	אחות
סה"כ (במספרים)	63	23	19
סה"כ (באחוזים)	100	100	100
קיימו קשר עם גורם מקצועי כלשהו בבית-החולים			
מתוכם קשר עם רופא ילדים	17	26	21
מתוכם קשר עם רופאים אחרים	55	48	47
מתוכם קשר עם אחיות	5	4	5
מתוכם קשר עם עובדים סוציאליים	5	5	10
קיימו פעילויות בשנה האחרונה	59	74	42

מלוח 6 ניתן לראות, שכ-80% מחברי הצוותים קיימו קשר כלשהו עם אנשי הסגל בבית-החולים. שיעור גבוה יחסית מתוכם קיימו קשר עם רופאים. שיעורים נמוכים מקרב חברי הצוותים קיימו קשר עם אחיות ועובדים סוציאליים מסגל בית-החולים.

כמחצית מהרופאים, 42% מהאחיות וכשלושה-רבעים מהעובדים הסוציאליים, קיימו פעילויות לחברי צוות בית-החולים. בכ-70% מהדיווחים צוין כי נערכו הרצאות כלליות ביחס לאיתור ילדים אשר נפגעו מיחס בלתי הולם ולטיפול בהם, ועדכון לגבי הנהלים הקיימים לטיפול במקרים אלו. רק כ-30% מבין חברי הצוותים ציינו כי קיימו הצגות מקרים, או הרצאות, העוסקות בנושאי אבחון פגיעות העשויות לנבוע מיחס בלתי הולם.

שאלנו את חברי הצוותים האם במהלך הקשר עם אנשי הסגל בבית-החולים נתגלו קשיים כלשהם. כמחצית מבין חברי הצוותים לא ציינו קשיים בקשר עם אנשי מקצוע אחרים בבית-החולים. הקושי העיקרי שצוין הוא רתיעה והימנעות של אנשי סגל בית-החולים מלעסוק במקרים של ילדים שנפגעו מיחס בלתי הולם. כמו-כן, צוינו קשיים הנובעים מחילוקי דעות מקצועיים, חוסר שיתוף פעולה, וחוסר ידע של אנשי סגל בית-החולים כיצד לאבחן פגיעות העשויות לנבוע מיחס בלתי הולם.

שיעור גבוה מבין חברי הצוות ציינו שעל הצוות למלא תפקיד מרכזי יותר בהעלאת מודעות והדרכת אנשי הסגל בבית-החולים באשר לאבחון ולזיהוי מקרים העשויים לנבוע מיחס בלתי הולם. זאת הן באמצעות קיום פעילויות לאנשי הסגל והן באמצעות הגדלת הזמינות והנגישות של חברי הצוותים לאנשי סגל בית-החולים. להערכתם, פעילות כגון זו חשובה בעיקר בקרב אנשי הסגל בחדרי המיון הכלליים, מיון טראומה, וכירורגיית ילדים, ובקרב אנשי המקצוע ה"צעירים" (כגון סטז'רים ומתמחים).

בנוסף, ציינו חברי הצוותים כי יש להפיץ נהלים מפורטים הכוללים תיאורי פגיעות, ופרוטוקולים של מקרים, העשויים להגביר את עירנותו ומודעותו של איש המקצוע לתופעה, ולפתח טפסים מסודרים לאיסוף מידע על המקרים על-ידי אנשי סגל בית-החולים הפוגשים את הילד ומשפחתו, על-פי-רוב עוד לפני חברי הצוות.

בנוסף לראיונות עם חברי הצוותים נערכו ראיונות עם אנשי מפתח בבתי-החולים ובהם: מנהלי בתי החולים, מנהלי מחלקות ילדים, מנהלי חדרי מיון, אחיות ראשיות במחלקות ילדים ואחיות חדר מיון (סה"כ 52 אנשי מקצוע). בראיונות אלו ניסינו לעמוד על היכרות אנשי הסגל הבכיר עם הצוות ותפקידיו, ולבחון באלו תחומים לדעתם יש להכשיר את אנשי הסגל הנמצאים תחת אחריותם. ממצאי הראיונות מצביעים על כך שבמקרים רבים אנשי המפתח אינם מודעים לתפקידי הצוות בבית-החולים. שבעים אחוזים מבין אנשי המפתח ציינו כי לדעתם אנשי הסגל בבית-החולים אינם יודעים מספיק על נוהלי הדיווח ביחס למקרים שיש חשד שנפגעו מיחס בלתי הולם. הגורם בבית החולים, שאותו ציינו מרבית אנשי המפתח כגורם שאליו הם פונים להתייעצות במקרים שיש חשד שנפגעו מיחס בלתי הולם, הוא עובד סוציאלי כונן שאינו בהכרח חבר הצוות.

כאשר נשאלו אנשי המפתח כיצד הם רואים את תרומתו של הצוות, כמחצית (48%) ראו את תרומתו העיקרית של הצוות בהגברת העירנות והמיומנות של אנשי סגל בית-החולים לאיתור ילדים שקיים חשד לגביהם שהם נפגעו מיחס בלתי הולם. רק מיעוט מבין אנשי המפתח שראיינו ראו את הצוות כגורם העשוי לתרום באופן מעשי לאיתורם של מקרים אלה (19%).

אנשי המפתח נשאלו באלו נושאים, לדעתם, יש להכשיר את אנשי הסגל בבית-החולים, ובאלו תחומים. שמונים ושבעה אחוזים מבין אנשי המפתח שראיינו ציינו כי אנשי הסגל בבית-החולים זקוקים להכשרה נוספת. בין התחומים שהוזכרו: עדכון בנושא נוהלי החוק וידע תיאורטי עדכני,

הדרכת חברי הצוות בנושא אבחון פגיעות הנובעות מיחס בלתי הולם ובהתייחסות לילדים ולבני משפחותיהם.

4.5 עבודת הצוותים עם גורמים בקהילה

היבט נוסף של עבודת הצוותים, הנגזר מתפקידם לאסוף מידע ולדווח על מקרים שהובאו לידיעתם, הינו קיום קשר עם גורמים בקהילה. מכיוון שמרבית העבודה המתבצעת בשיתוף הגורמים בקהילה נעשית על-ידי העובדים הסוציאליים מרכזי הצוותים, הנתונים האלו יוצגו על-פי דיווחי מרכזי הצוותים. הגורמים העיקריים עמם נמצאים מרכזי הצוותים בקשר הם פקידי סעד, עובדים סוציאליים, משטרה וגורמים רפואיים בקהילה. כמעט כל מרכזי הצוותים ציינו שהם נמצאים בקשר עם גורמים אלו.

כמחצית ממרכזי הצוותים ציינו כי לא קיימים קשרים בקשר עם גורמים בקהילה. מבין הקשרים שצינו הוזכרו בעיקר קשרים הנובעים מחוסר נגישות וזמינות של פקידי סעד ושל גורמים במשטרה והעדר היענות לפניות מצד גורמים אלו.

כמחצית העובדים ציינו כי אחד הקשרים בקשר עם אנשי מקצוע בקהילה הוא העדר מסגרת שבה יינתן לחברי הצוותים משוב על החלטותיהם ויתאפשר להם מעקב אחר הילדים שהיו בטיפולם. מרכזי הצוותים הביעו רצון ליצור מסגרות לשיתוף פעולה בין הצוות בבית-החולים והגורמים העוסקים בתחום בקהילה.

4.6 הדרכה והכשרה של אנשי הצוותים

מעיון בלוח 7 עולה שמבחינת הכשרתם, מרבית הרופאים חברי הצוותים הינם מומחים ברפואת ילדים, כמחצית מבין העובדים הסוציאליים הם בעלי תואר בוגר בעבודה סוציאלית, ויותר ממחצית האחיות הן אחיות אחראיות במחלקת ילדים. אף כי אך מיעוט מבין הרופאים הם מנהלי מחלקות ילדים, מרבית האחיות ומרבית העובדים הסוציאליים עובדים באופן ישיר עם מחלקות ילדים.

למרבית חברי הצוותים (45) ותק של יותר מעשר שנים בבית-החולים, וביניהם בולט מספרם הגבוה של הרופאים.

מעטים מבין חברי הצוותים השתתפו בהשתלמויות הקשורות לתפקידם בצוות במהלך השנה האחרונה. עם זאת, ייתכן כי חלקם השתתפו בהשתלמויות כגון אלו בשנים קודמות.

חברי הצוותים נשאלו על התחומים בהם היו מעוניינים לקבל הכשרה נוספת. תשובותיהם מפורטות בלוח 8. יש לציין כי כרבע מבין חברי הצוותים אמרו כי היו מעוניינים בהכשרה נוספת בכל התחומים שהוזכרו.

לוח 7: ההכשרה והוותק של חברי הצוותים (באחוזים)

אחות	עו"ס	רופא	סה"כ	
19	23	20	62	סה"כ (במספרים)
100	100	100	100	סה"כ (באחוזים)
הכשרה				
	13			בוגר בעבודה סוציאלית
	10			מוסמך בעבודה סוציאלית
		15		מומחה ברפואת ילדים
		5		מומחה ברפואה אחרת
12				אחות אחראית מחלקת ילדים
7				אחות אחרת
ותק בבית-החולים				
2	2		4	בין שנה לארבע שנים
2	8	3	13	בין חמש לעשר שנים
15	13	17	45	יותר מעשר שנים
4	8	1	13	השתתפות בהשתלמויות בשנה האחרונה

לוח 8: חברי הצוותים שביקשו הכשרה נוספת בתחומים שונים, לפי מקצוע (באחוזים)

אחות	עו"ס	רופא	סה"כ	
19	23	20	62	סה"כ (במספרים)
100	100	100	100	סה"כ (באחוזים)
74	26	33	43	ידע על ילדים בסיכון
63	26	32	38	מיומנויות התערבות
58	4	26	27	מיומנויות עבודה בצוות רב-מקצועי
84	70	74	75	דרכי אבחון
79	30	53	51	מסגרות מטפלות בקהילה
90	39	42	57	בניית תכנית טיפול

מהלוח ניתן לראות כי שיעורים גבוהים מקרב כל אנשי המקצועות ציינו כי היו מעוניינים בהכשרה נוספת באבחון ובזיהוי מקרים שפגיעתם נובעת מיחס בלתי הולם.

הנושא שצוין בשכיחות הגבוהה ביותר בקרב האחיות הוא קביעת תכנית להמשך טיפול במקרים שאותו על-ידי הצוות. האחיות הן אלו שביקשו הכשרה נוספת בכל התחומים בשיעורים הגבוהים ביותר.

ממצאים אלו, כמו גם הממצאים אודות השיעורים הנמוכים מקרב חברי הצוותים שצינו שהשתתפו בהשתלמויות הקשורות לתפקידם בשנה האחרונה, מצביעים על צורך במתן הכשרה ופיתוח הידע והמיומנויות של חברי הצוותים בעיקר בתחום האבחון של מקרי יחס בלתי הולם. פיתוח מיומנויות חברי הצוותים בתחום זה חיוני לביצוע תפקידם הן בהערכה לגבי קיומו של יחס בלתי הולם במקרים המופנים אליהם, והן בהדרכת עובדי בית-החולים בזיהוי ובאיתור מקרים של יחס בלתי הולם.

5. הילדים המופנים לצוותים

הממצאים מתייחסים ל-238 ילדים שהופנו לצוותים לטיפול בילדים נפגעי אלימות ב-23 בתי-חולים (להוציא בית-החולים יוספטל באילת) בתקופה של ארבעה חודשים (ספטמבר-דצמבר 1993). נתונים אלה תואמים לדיווחי בתי-החולים למשרד הבריאות ב-1992 שעל פיהם זהו במשך שנה זו כ-600 ילדים שנפגעו מיחס בלתי הולם. (הנתונים המדווחים למשרד הבריאות הינם אודות ילדים שפגיעתם זוהתה כנובעת מיחס בלתי הולם, בעוד שהנתונים שבידינו כוללים גם מידע אודות ילדים שהופנו לצוות בעקבות חשד בלבד). קיימת שונות רבה בין בתי-החולים במספר הילדים שאותרו והופנו לצוות. שונות זו נעה בין שני מקרים ל-35 מקרים בתקופה של ארבעה חודשים. על-פי נתונים קיימים פונים לחדרי המיון כ-353,760 ילדים בשנה (המועצה הלאומית לשלום הילד 1993). הילדים שהופנו לצוותים מהווים, אם כן, כשניים מכל אלף ילדים הפונים לחדרי מיון.

לוח 9 מציג את התפלגות הילדים שהופנו לצוותים לפי גיל. ניתן לראות כי קרוב למחצית הילדים שהופנו לצוותים הינם גילאי 3-0 בעוד שבאוכלוסיית הילדים בישראל מהווים הילדים בגילים אלו כ-22% בלבד. ייתכן, כי שיעורם של כלל הילדים בגילים אלו, המופנים לבתי-חולים כלליים, גבוה יותר, אך לצערנו, אין בידינו מידע זה.

לוח 9: התפלגות הילדים שהופנו לצוותים, לפי גיל (באחוזים)

קבוצות גיל	
סה"כ (במספרים)	238
סה"כ (באחוזים)	100
3-0	45
6-4	13
11-7	19
14-12	13
18-15	10

בכל קבוצות הגיל מלבד בין בני 15-18 מחצית הם בנים ומחצית בנות. שבעים ושניים אחוזים מבני 15-18 הן בנות. בדומה לאוכלוסיית הילדים הכללית, 75% מהילדים שהופנו לצוותים הם יהודים ו-25% לא-יהודים.

בקרב ילדים הסובלים מיחס בלתי הולם מסוגים שונים ישנם שיעורים גבוהים של ילדים חיים במשפחות חד-הוריות, במשפחות גדולות, או הסובלים מבעיות כלכליות או מבעיות דיור (Pelton 1970; Gil 1981). כפי שניתן לראות בלוח 10, גם בקרב הילדים שאותרו בבתי-החולים מצאנו שיעורים גבוהים, יחסית לכלל האוכלוסייה, של ילדים הבאים ממשפחות בעלות מאפיינים אלה: 15% באים ממשפחות חד-הוריות לעומת 5% בכלל אוכלוסיית הילדים (המועצה לשלום הילד 1993). שלושים ושבעה אחוזים מהילדים חיים במשקי-בית בהם ישנם ארבעה ילדים או יותר, לעומת 17% באוכלוסייה הכללית. לפי הערכת ממלאי השאלונים, 18% מהילדים חיים במשפחות הסובלות מבעיות כלכליות ו-29% במשפחות הסובלות מבעיות דיור.

בנוסף, נמצא כי שיעורים גבוהים יחסית מבין הילדים הם ילדים להורים הסובלים מבעיה בתפקוד חברתי, כגון פיגור שכלי, מחלת נפש, עבריינות, או התמכרות (12%). כמחצית ממשפחות הילדים מוכרות בלשכות לשירותים חברתיים, וכשליש מהילדים מוכרים לפקיד סעד.

לוח 10: המאפיינים הסוציו-דמוגרפיים של משפחות הילדים שהופנו לידיעת הצוותים (באחוזים)*

סה"כ ילדים (במספרים)	238
משפחות חד-הוריות	15
יותר מ-4 ילדים	37
ראש משק-בית מובטל	19
בעיות כלכליות	18
בעיות דיור	29
אחד ההורים סובל מבעיה בתפקוד חברתי	12
המשפחה מוכרת בלשכה לשירותים חברתיים	46
הילד מוכר לפקיד הסעד	31

* האחוזים אינם מסתכמים ב-100 משום שניתן היה לציין יותר ממאפיין אחד.

5.1 נסיבות ההפניה לצוותים

מרבית הילדים פנו לבתי-החולים באחת הדרכים המקובלות: יותר ממחצית הילדים פנו בעצמם או עם הוריהם, 21% נוספים הופנו על-ידי שירותי בריאות בקהילה כגון רופאי משפחה או אחיות טיפת חלב. רק שיעור קטן הופנו על-ידי שירותים פורמליים אחרים כגון: שירותי רווחה, משטרה, או מסגרות חינוכיות.

לוח 11: התפלגות הילדים המופנים לצוותים, לפי הגורם המפנה (באחוזים)

הגורם מפנה	מס' ילדים
סה"כ (במספרים)	238
סה"כ (באחוזים)	100
הפניה עצמית	56
הפניה מגורם פורמלי	
שירותי רווחה	8
משטרה	4
מסגרת חינוכית	4
גורמי רפואה בקהילה	21
אחר	7

לוח 12 מציג את התפלגות הילדים לפי גיל וסיבת הפנייה לבית-החולים: כמחצית הילדים פנו בגלל כוויות, חבלות או פציעות, כשליש פנו בגלל סיבות רפואיות כגון חום, הקאות וכדומה, והשאר בגלל ניסיונות התאבדות, תלונות מיניות (הכוללות מחלות גניטליות העשויות להצביע על יחס בלתי הולם או חבלות באזור הגניטלי), ומסיבות אחרות.

לוח 12: התפלגות הילדים לפי סיבת הפנייה לבית-החולים ולפי גיל (באחוזים)

סיבת הפנייה	גיל					סה"כ
	18-15	14-12	11-7	6-4	3-0	
סה"כ (במספרים)	26	32	44	30	106	238
סה"כ באחוזים	100	100	100	100	100	100
כוויות, חבלות פציעות	32	42	48	59	50	48
תלונות רפואיות	20	29	27	31	46	35
ניסיונות התאבדות	40	20	2	-	-	7
תלונות מיניות	4	3	20	10	4	8
סיבות אחרות	4	6	3	-	-	2

קיימים הבדלים בין קבוצות הגיל בשיעור הילדים שהופנו עקב סוגי פגיעות שונים. שיעור הפניות עקב תלונות רפואיות גבוה יותר בקבוצת הגיל 3-0 בעוד ששיעור הילדים שפנו עקב ניסיונות התאבדות גבוה בקרב ילדים בגיל ההתבגרות.

5.2 תהליך הבירור הנערך על-ידי הצוות בבית-החולים

על-פי הספרות הקיימת בתחום זה (Saulsbury & Campall 1985; Herzberger & Tennen 1988; Zellman 1990, 1992), תהליך הבירור של חשד לפגיעה הנובעת מיחס בלתי הולם מחייב איסוף מידע במספר

תחומים בהם: (1) ההסבר הניתן על-ידי המלווה לפגיעה והערכת התאמתו של הסבר זה לסוג הפגיעה ולאופיה, (2) מידע אודות הקשר בין הילד ומלווהו, (3) התנהגות המלווה.

כאמור, אחד האינדיקטורים המופיעים בספרות, והמקובלים על אנשי מקצוע בתחום כבעלי משמעות בבירור סבירות החשד ליחס בלתי הולם, הוא ההסבר שניתן על-ידי המלווה של הילד באשר לנסיבות הפגיעה בילד (Kalichman et al. 1990; Zellman 1990). הסבר שאינו סביר, העדר הסבר, הסברים משתנים, או הסברים שאינם תואמים את סוג הפגיעה, עשויים לעורר חשד שהפגיעה נובעת מיחס בלתי הולם. העובדים הסוציאליים שמילאו את שאלוני הילדים נתבקשו לדווח על ההסבר שניתן על-ידי המלווה. לוח 13 מתאר את התפלגות הילדים לפי הסברי המלווה לפנייה ולפי גיל.

כפי שניתן לראות מהלוח, ב-21% מהמקרים אין בידינו מידע על הסבר של המלווה - מתוכם ב-14% לא ניתן הסבר, ב-5% הילד הגיע ללא מלווה וב-2% ההסבר אינו ידוע.

לוח 13: התפלגות הילדים לפי הסברי המלווה לפגיעה ולפי גיל (באחוזים)

ההסבר	סה"כ	גיל				
		18-15	14-12	11-7	6-4	3-0
סה"כ (במספרים)	238	26	32	44	30	106
סה"כ (באחוזים)	100	100	100	100	100	100
אלימות	24	12	39	43	31	12
תאונות בית	29	4	-	25	48	40
סיבות רפואיות	16	12	10	12	11	24
הסבר אחר	10	20	32	7	3	3
אין הסבר	14	20	13	11	7	16
אין מלווה	5	32	6	2	-	2
הסבר לא ידוע	2	-	-	-	-	3

בכרבע מהמקרים הסביר המלווה שהפגיעה בילד נבעה מהתנהגות אלימה של אחד ההורים, של קרוב משפחה או של אדם מחוץ למשפחה. במקרים אלו ברור שהפגיעה נובעת מיחס בלתי הולם ואין צורך בבירור נוסף. ב-29% מהמקרים המלווה הסביר כי הפגיעה בילד נובעת מתאונת בית כלשהי (לדוגמה כוויה עקב משיכת חוט החשמל של קומקום רותח). נציין כי שיעורם של הסברים אלו הוא הגבוה ביותר. תאונות בית שכיחות בקרב ילדים, אך עם זאת מקובל על אנשי המקצוע שהן מחייבות בירור נוסף. זאת, משתי סיבות: ראשית, הישנותן של תאונות בית עשויה להצביע על הזנחה; שנית, ניתן לייחס פגיעה מכוונת לתאונת בית. ב-16% מהמקרים הוסברה הפנייה בסימני מחלה כגון חום, התייבשות, וכדומה.

הלוח מצביע גם על כך שישנם הבדלים בסוגי ההסברים בין קבוצות הגיל. פגיעות שהוסברו על רקע אלימות מכוונת, שכיחות ביותר בקרב ילדים בני 7-14. לעומתן, תאונות בית שכיחות בקרב הילדים הקטנים יותר (גילאי 0-6). פניות שהוסברו בסימני מחלה, נמצאו בשכיחות הגבוהה ביותר בקרב ילדים גילאי 0-3.

שאלנו את ממלאי השאלונים האם להערכתם ההסבר שניתן על-ידי המלווה תואם את הפגיעה שאותרה אצל הילד. ביחס לשליש מהמקרים העריך הצוות כי ההסבר תואם את הפגיעה שאותרה אצל הילד. ב-21% מהמקרים העריכו חברי הצוות כי ההסבר אינו תואם את הפגיעה שאותרה. בשאר המקרים לא ניתן הסבר, או שלא היה מלווה או שהמלווה הודה שהילד נפגע מיחס בלתי הולם.

במקרים רבים, חוסר ההתאמה בין ההסבר שניתן על-ידי המלווה לבין הפגיעה נמצא קשור להתרשמות שהפגיעה נובעת מיחס בלתי הולם. עם זאת, נמצאו מקרים בהם המלווה טען כי הפגיעה נגרמה כתוצאה מיחס בלתי הולם על-ידי אדם אחר, והצוות העריך כי ההסבר שניתן על-ידי המלווה תואם. לכן נבנה משתנה חדש שכלל מקרים אלו ומקרים בהם הצוות העריך כי ההסבר אינו תואם ומתעורר חשד ליחס בלתי הולם.

בחינת התפלגותו של משתנה זה מצביעה על כך שביחס ל-61% מהמקרים הוערך כי ההסבר שניתן על-ידי המלווה מעורר חשד לקיום יחס בלתי הולם.

כפי שראינו, מרבית הפניות לבית-החולים נעשות, כמקובל, דרך רופא משפחה, או בהפניות עצמיות. יחד עם זאת, התפלגות ההסברים שניתנו על-ידי מלווי הילדים, מעלה את ההשערה שהפניות של ילדים אלו שונות, כנראה, מאלו המאפיינות ילדים הפונים לחדרי מיון בדרך כלל. ב-25% מהמקרים ברור שמדובר בפגיעה מכוונת; כשליש מהילדים פנו על רקע תלונות רפואיות ורק 16% מבין המלווים טענו שהגיעו לבית-החולים בעקבות סימני המחלה. לגבי כחמישית מהמקרים העריכו חברי הצוות שההסבר שניתן לפגיעה אינו סביר, או שאינו תואם את סוג הפגיעה או את חומרתה.

על-מנת לברר האם הפגיעה בילד נובעת מיחס בלתי הולם, נדרשים אנשי המקצוע לאסוף מידע גם על ההתנהגות של הילדים והמלווים. לוח 14 מציג את שיעור הילדים שהצוות התרשם לגביהם שקיימות בעיות בהתנהגות המלווה בתחומים שונים.

המידע שנאסף על התנהגות הילדים ומלוויהם ועל מאפייני הילדים, נאסף בחלק מהמקרים על-ידי איש המקצוע המקבל את הילד לבית-החולים ומדווח לאחד מחברי הצוות, ובחלק על-ידי אחד מחברי הצוות כאשר הוא נוכח בעת קבלת הילד. בלוח ניתן לראות כי בכמחצית המקרים כאשר הילדים הגיעו עם מלווה, התרשם הצוות מבעיה בהתנהגות המלווה כלפי הילד, כגון מלווה שאינו מחבק ומלטף את הילד, אינו מנסה להרגיע את הילד או אינו נמצא ליד הילד בעת הבדיקות.

ב-37% מהמקרים התרשם הצוות כי קיימת בעיה בקשר בין הילד והמלווה כגון ניתוק, חוסר עניין או בעיה בטיפול בילד. ב-38% מהמקרים התרשמו חברי הצוות כי קיימת בעיה בהתנהגות המלווה כלפי הצוות, כגון חוסר שיתוף פעולה, אי מסירת מידע וניסיון להימנע מבדיקות או מטיפולים כלשהם. ביחס ל-35% מהילדים התרשמו חברי הצוות כי קיימת הזנחה פיסית, כלומר הילדים אינם לבושים בהתאם לעונה, אינם נקיים ומטופחים, או שההורים לא דאגו לטיפול רפואי הולם.

לוח 14: שיעור הילדים שלגביהם צוינו בעיות בהתנהגות המלווה*

סה"כ (במספרים)	238
בעיה בהתנהגות המלווה כלפי הילד בעת הבדיקה	45
בעיה בקשר בין הילד למלווה	37
בעיה בהתנהגות המלווה כלפי הצוות	38
ילדים הסובלים מהזנחה פיסית	35

* האחוזים אינם מסתכמים ב-100 משום שניתן היה לציין יותר מבעיה אחת.

הממצאים על התנהגות המלווים מעידים על כך שבשיעור גבוה מהמקרים נצפו עדויות לבעיות בקשר בין הילדים וההורים או בטיפול שניתן להם על-ידי ההורים.

5.3 החלטות הצוותים

המידע נאסף על-ידי הצוותים לצורך קבלת החלטה האם הפגיעה שאותרה אצל הילד נובעת מיחס בלתי הולם, ולכן מחייבת דיווח כמתבקש מהחוק, או אשפוז לצורך הגנה או בירור נוסף. לוח 15 מתאר את התפלגות הילדים לפי ההחלטות שנתקבלו לגביהם בצוות.

ביותר ממחצית המקרים התרשמו הצוותים שהפגיעה בילד נובעת מיחס בלתי הולם. ב-12% מקרים נוספים לא היה ברור לחברי הצוות האם הפגיעה התרחשה על רקע יחס בלתי הולם או לא. ב-71% מהמקרים הוחלט על דיווח לפקיד סעד או למשטרה. ב-10% מהמקרים החליט הצוות לדווח לגורם טיפולי אחר (בדרך כלל לעובד סוציאלי בלשכה). שבעים וחמישה אחוזים מבין הילדים אושפזו, ב-25% מהמקרים נבע האשפוז מסיבות רפואיות בלבד וב-50% מהמקרים הנוותרים האשפוז נבע מצורך להגן על הילד, או מהצורך לערוך בירורים נוספים ביחס לנסיבות הפגיעה. יש לציין ששיעור הילדים שאושפזו מסיבות רפואיות בלבד (27%) גבוה רק במעט משיעור האשפוזים בקרב כלל הילדים הפונים לחדרי מיון (20%). שיעורי האשפוז הגבוהים בקרב הילדים שהופנו לצוותים נובעים מההחלטה לאשפוז לצורך הגנה או בירור נוסף.

לוח 15: התפלגות הילדים לפי החלטות הצוות (באחוזים)

החלטות הצוות	
סה"כ (במספרים)	238
סה"כ (באחוזים)	100
התרשמות מיחס בלתי הולם	
כן	58
לא ברור	12
לא	30
דיווח	
דיווח לפקיד סעד/משטרה	71
דיווח לגורם טיפולי אחר	10
לא דיווח	19
אשפוז	
לא אושפז	25
אשפוז סוציאלי/רפואי וסוציאלי	45
אשפוז רפואי	27
לא ידוע	2

6. סיכום ומסקנות

במחקר זה נבחנו לראשונה דרכי העבודה של הצוותים לטיפול בילדים נפגעי אלימות בבתי-חולים כלליים בישראל, והתקבל תיאור ראשוני של מאפייני הילדים שהובאו לידיעתם של הצוותים בארבעת החודשים האחרונים של שנת 1993.

הממצאים המתארים את עבודת הצוותים מצביעים על כך שבכל בתי-החולים הוקמו צוותים והופצו נוהלי עבודה והפניה שפורסמו. יחד עם זאת, הרכב הצוותים שונה בבתי-החולים השונים: בכמחצית בתי-החולים קיים צוות כמוגדר בנוהל, ובבתי-החולים האחרים כוללים הצוותים הרכבים שונים של אנשי מקצוע. הנהלים המנחים את ההפניה לצוותים ואת עבודתם בבתי-החולים השונים הינם כלליים ואינם אחידים. ברוב בתי-החולים לא נמצאו הנחיות מפורטות או תיאורי מצבים היכולים לסייע לאנשי הסגל באיתור ילדים שיש להפנותם לצוותים, לא נמצאו פרוטוקולים המפרטים אלו בדיקות ובירורים יש לערוך ולא נמצאו טפסים שבאמצעותם ניתן לתעד באופן שיטתי את מאפייני המקרים שהופנו לצוותים ואת דרכי הטיפול בהם.

העדרם של נהלים מפורטים וכלים לתיעוד בולט על רקע העובדה שאין הסדרים שיבטיחו את זמינותם של חברי הצוותים לסגל בית-החולים בכל שעה משעות היממה. חברי הצוות אינם מבצעים תורנויות או כוננויות במסגרת תפקידם בצוות. כתוצאה מכך, פעמים רבות אנשי הסגל

הכללי בבית-החולים, בעיקר בחדרי המיון ובמחלקות הילדים, מתמודדים בעצמם עם איתור הילדים וביצוע הבדיקות הראשוניות.

בחינת המשימות בהן עוסקים חברי הצוותים הצביעה על כך שמרבית חברי הצוות עוסקים בתהליכים הקשורים בבירור החשדות ליחס בלתי הולם, קבלת החלטות ודיווח, בעוד שדגש מועט יותר מושם על פעילויות המכוונות להקניית ידע והעלאת המודעות של אנשי הסגל בבית-החולים. חברי הצוותים ואנשי סגל בכירים בבית-החולים (אנשי מפתח) שרואיינו, ציינו שיש צורך בהגברת הפעילות של חברי הצוותים בקרב אנשי הסגל על-מנת לשפר את האיתור הנעשה בבתי-החולים.

ברבים מבתי-החולים לא קיימים הסדרים המאפשרים ניצול מרבי של משאבי הצוותים כצוותים רב-מקצועיים: לא מתקיימות פגישות קבועות ולא כל חברי הצוות שותפים להחלטות על דיווח או אשפוז.

בארבעת החודשים האחרונים של 1993, הופנו לצוותי 23 בתי-החולים הכלליים בארץ (למעט בית חולים יוספטל באילת) 238 ילדים. מספר זה עולה בקנה אחד עם הדיווחים המתקבלים על-ידי משרד הבריאות וקופות-החולים שעל פיהם כ-600 ילדים בשנה מאותרים על-ידי הצוותים ומדווחים לפקידי הסעד או למשטרה. עם זאת, ילדים אלו מהווים רק כ-0.2% (שניים מכל אלף) מבין הילדים הפונים לחדרי המיון (המועצה הלאומית לשלום הילד 1993). שיעור זה נמוך בהרבה מכל אומדן המתייחס לשיעורם של הילדים הסובלים מהזנחה או התעללות בקרב הילדים בישראל. כמחצית מהילדים שהופנו לצוותים היו בגיל הרך (0-3).

מאפייני הילדים ומשפחותיהם והנסיבות בהן פנו לבית-החולים מרמזים על כך שהאוכלוסייה שאותרה בבתי-החולים הינה בעלת מאפיינים שנמצאו קשורים במצבי סיכון אצל ילדים. שיעורים גבוהים (בהשוואה לאוכלוסייה הכללית) מבין הילדים חיים במשפחות הסובלות מבעיות בתחום הסוציו-דמוגרפי: משפחות חד-הוריות (15%), משפחות שיש להן בעיות דיור (29%), ובעיות כלכליות (18%), ומשפחות בנות ארבעה ילדים או יותר (37%). כמחצית המשפחות היו מוכרות במחלקות לשירותים חברתיים וכשליש מוכרות לפקידי סעד לחוק הנוער.

כרבע מהילדים הופנו לצוותים לאחר שהמלווה הודה שהילד נפגע כתוצאה מאלימות כלפיו (בדרך כלל על-ידי בן משפחה אחר), ב-21% נוספים העריך הצוות כי ההסבר אינו תואם את הפגיעה, ובסך-הכל ב-61% מהמקרים העריך הצוות כי ההסבר שניתן על-ידי המלווה מעורר חשד ליחס בלתי הולם.

בבירור שנערך על-ידי חברי הצוותים אותרו אצל כשליש מהילדים בעיות בקשר בינם לבין המלווה, אצל כמחצית אותרו בעיות בהתנהגות המלווה כלפי הילד בעת הבירור, אצל כשליש אותרו בעיות בהתנהגות המלווה כלפי הצוות ואצל שיעור דומה מקרב הילדים אותרו סימני הזנחה פיסית (ילד לא נקי, ביגוד לא הולם או הזנחה של בעיה רפואית).

ביותר ממחצית המקרים התרשם הצוות כי מדובר בפגיעה הנובעת מיחס בלתי הולם, ב-12% נוספים לא היתה התרשמות חד-משמעית, ובכל המקרים הללו הוחלט על דיווח למשטרה או לפקיד סעד. כשלושה-רבעים מבין הילדים אושפזו. שיעורי אושפוז אלו גבוהים ביחס לכלל הילדים שפנו לחדרי מיון ברחבי הארץ בתקופה זו שמתוכם אושפזו כ-20% בלבד (המועצה הלאומית לשלום הילד 1993).

הממצאים מצביעים על מספר כיוונים לשינוי ולשיפור בעבודת הצוותים. ראשית, המספר הקטן יחסית של ילדים שאותרו מקרב אלה שפנו לבתי-החולים עשוי להעיד על כך שלא כל הילדים הסובלים מהתעללות או מהזנחה ומגיעים לבתי-החולים אכן מאותרים. הממצאים על דרכי העבודה של הצוותים מצביעים על כך שניתן להגביר את האיתור הן על-ידי פיתוח נהלים מפורטים לאיתור הילדים ולבירור החשד ליחס בלתי הולם, והן באמצעות הגדלת היקף העבודה של חברי הצוותים עם אנשי הסגל בבתי-החולים. העבודה עם אנשי הסגל בבתי-החולים יכולה לכלול הדרכות וימי עיון, השתתפות בישיבות צוות ובהצגות מקרים והזמנת אנשי הסגל לישיבות של הצוותים עצמם.

שנית, מאפייני הילדים המופנים לצוותים מצביעים על כך שהידע והמיומנויות הנדרשים כדי לאתר ילדים נפגעי התעללות או הזנחה בבתי-החולים חורגים מעבר לידע על סוגי חבלות ומקורותיהם. כמו בקרב אוכלוסיות אחרות של ילדים בסיכון, כך גם בקרב הילדים המופנים לצוותים, נמצאו ילדים רבים שאותרו כתוצאה מהתרשמות מסימני הזנחה ומבעיות בקשר בין הילד למלווה. בהכנת נהלים מפורטים יותר להסדרת עבודת הצוותים ובעבודה עם אנשי הסגל בבתי-החולים, יש מקום לשים דגש גם על היבטים אלה של איתור ילדים בסיכון.

לבסוף, הממצאים מעידים גם על הצורך בשינוי דרכי העבודה של הצוותים כצוותים רב-מקצועיים. מגוון התחומים בהם נמצאו בעיות בקרב הילדים שהופנו לצוותים מצביע על כך שנדרש ידע בתחומים רבים על-מנת לאתר את הילדים ולערוך את תהליך הבירור. לכן, יש חשיבות בהבניית עבודת הצוותים כך שתאפשר ניצול מרבי של המשאבים העומדים לרשות כל אנשי המקצוע החברים בצוותים על-ידי קיום ישיבות קבועות, יצירת תהליכים של קבלת החלטות וכד'.

ערכת ההדרכה לחברי הצוותים, הנמצאת כיום בשלבי פיתוח מתקדמים, יכולה לתרום לשיפור עבודת הצוותים בכל אחד מהתחומים שהוזכרו. ראשית, בתהליך בניית הערכה ניתן לכלול חומרים שיוכלו לשמש את חברי הצוותים בעבודה עם אנשי הסגל בבתי-החולים ולסייע בכך להעברת הידע והמודעות מחברי הצוותים לאנשי הסגל. שנית, ניתן לכלול בערכה הנחיות מפורטות ותיאורים של מצבים העשויים להעיד על התעללות או הזנחה שסייעו הן לחברי הצוותים עצמם והן לאנשי הסגל של בית-החולים באיתור יעיל יותר של ילדים. תיאורי מצבים אלה יכולים להתייחס גם למצבים של הזנחה או בעיות בטיפול בילדים ולא רק לסוגי פגיעות וחבלות.



JDC-BROOKDALE INSTITUTE

OF GERONTOLOGY AND HUMAN DEVELOPMENT

The Work of Child Protection Teams in General Hospitals

Talal Dolev Edna Altar

R e s e a r c h R e p o r t

This study was initiated by
and funded with the assistance of
JDC-Israel - Children at Risk Area

RR-227-95





WHAT IS THE JDC-BROOKDALE INSTITUTE?

A national center for research on aging, human development, and social welfare in Israel, established in 1974.

An independent not-for-profit organization that operates under the auspices of the American Jewish Joint Distribution Committee (AJJDC) and the Government of Israel.

A team of professionals dedicated to applied research on high-priority social issues relevant to the national agenda.

A knowledge resource committed to promoting its findings and to assisting policymakers and service providers in the planning and implementation of effective social services.

The research involves an interdisciplinary approach with a focus on five main areas:

- ♦ **Aging**
- ♦ **Health Policy**
- ♦ **Immigrant Absorption**
- ♦ **Children and Youth with Special Needs**
- ♦ **Disability**

The Work of Child Protection Teams in General Hospitals

Talal Dolev Edna Altar



This study was initiated by and funded with the assistance of JDC-Israel - Children at Risk Area

Jerusalem

September 1995

ISSN 0334-9012

Abstract

One of the important links in the chain of health and social services identifying child maltreatment are child protection teams, which operate in all of the hospitals in Israel. These multi-professional teams comprise a physician, nurse and social worker. Their task is to identify children who are suspected of having suffered abuse or neglect, to conduct an inquiry into the circumstances of their injury, and to report to a welfare worker or to the police, as required by law (Penal Code, Amendment 368D).

In order to assist these teams in their work, the Ministry of Health, Kupat Holim Clalit (The Sick Fund of the General Federation of Labor) and JDC-Israel have begun developing a guidance kit. As part of the development of the guidance kit, a study was conducted to identify the areas in which the kit might best serve the teams.

The study was conducted in 23 general hospitals in Israel. Data were collected on the children who were referred to the teams during a four-month period (September-December 1993); on the relationship of the teams with other hospital staff and with professionals in the community; and on the teams' work procedures.

The findings reveal that the teams vary in composition in different hospitals. The procedures for the teams' work are not uniform across hospitals; for example, there are no set procedures regarding primary and secondary on-call duty for team members. In most of the hospitals, little has been done to make maximum use of the resources provided by a multi-professional team, such as holding regular team meetings or involving all team members in decisionmaking. The findings also indicate a need to increase hospital staffs' knowledge and awareness of the teams' work.

During the course of the study, 238 children were referred to the teams. Nearly half of these children were aged 0-3. Relatively high proportions of these children were living in single-parent families or in families with four or more children (15% and 37%, respectively). About half of the children's families were known to social service bureaus, and about one-third were known to child protection officers. Most of the children came to the hospital through conventional means -- that is, by themselves or through a physician's referral. About one-quarter of the children were referred to the teams after their guardian admitted that the injury had been deliberate. The teams decided to report 70% of the cases referred to them to a welfare worker and/or to the police. About three-quarters of the children seen by the teams were hospitalized for their own protection.

It appears there is a need to develop various components of the guidance kit for those teams currently at advanced stages of development, in order to improve their work in four main areas: provision of training in identifying cases, development of work procedures, development of tools and procedures for recording cases and sharing information about them among team members, and development of work procedures among and in-depth training of other hospital staff to facilitate identification of cases.

Acknowledgments

We are grateful to all those without whose assistance we could not have conducted this study. Our thanks to the social workers, nurses and physicians, the members of the teams treating abused children in hospitals, and the hospital authorities for devoting their time and energy to helping us collect the data that constituted the basis of this report.

Thanks to the members of the steering committee: Peter Vardi, Yitzhak Berlovitz, Etti Dekel, Hannah HersHKovitz, Nira Baram and Dorit Apfel of the Ministry of Health; Hani Oron, Baruch Ovadia, and Hannah Meivar of Kupat Holim Clalit; Rachel Bentov from Assaf Harofe Hospital; and Yoram Cohen from the Doron Foundation -- all of them facilitated the study and followed its progress. Chana Katz, Naomi Bar and Roni GagIn from the Children at Risk Area of JDC-Israel supported, participated in and commented on the study from its inception. Thanks to Jona Rosenfeld for his special contribution.

Lastly, our thanks to Rachel Posner and Netta Barnea, our colleagues, who helped collect the data and who offered encouragement and valuable comments, and to all those at the JDC-Brookdale Institute who provided helpful suggestions and guidance during the course of our work. We thank Bilha Allon for editing this report and Elana Shizgal for typing it.

Table of Contents

1.	Introduction	1
2.	The Goals of the Study	1
3.	Study Tools and Data Collection	2
4.	The Work of Child Protection Teams in Hospitals	2
	4.1 Team Composition and Work Procedures	3
	4.2 The Role of the Team	4
	4.3 The Work of the Multi-Professional Team	6
	4.4 Interaction with Hospital Staff	8
	4.5 Contact with Agencies in the Community	10
	4.6 Guidance and Training of Team Members	10
5.	The Children Referred to the Teams	12
	5.1 The Circumstances of Referral	13
	5.2 The Process of Investigation Conducted by Teams in Hospitals	14
	5.3 Team Decisions	17
6.	Summary and Conclusions	18
	Bibliography	22

List of Tables

Table 1:	Team Composition and Operating Agencies	3
Table 2:	Team Coordinators' Reports of Team Roles	5
Table 3:	Team Members who Reported Engaging in Different Tasks, by Profession (in %)	5
Table 4:	Dissemination of Information and Decisionmaking	6
Table 5:	Team Members, by Profession and Involvement in the Team's Work and Decisionmaking (in %)	7
Table 6:	Team Members Reporting Interaction with Hospital Personnel, by Profession (in %)	8
Table 7:	Team Members' Seniority and Training	11
Table 8:	Team Members Requesting Additional Training in Various Areas, by Profession (in %)	11
Table 9:	Children Referred to Teams, by Age (in %)	12
Table 10:	Socio-demographic Characteristics of Families Referred to the Teams	13
Table 11:	Children Referred to Teams, by Referring Agent (in %)	14
Table 12:	Children Referred to Teams, by Age and Reason for Referral to the Hospital (in %)	14
Table 13:	Children Referred to Teams, by Age and Guardian's Explanation for Injury (in %)	15
Table 14:	Children for whom Teams Noted that Guardian Had Behavior Problems (in %)	17
Table 15:	Children Referred to Teams, by Teams' Decisions (in %)	18