



איתור נפגעי אלימות במשפחה וטיפול בהם במערכות בריאות סקירה בין-לאומית

הדס שפירא אלן מילשטיין

עריכת לשון: סיגל אשכנזי
תרגום לאנגלית (תקציר): עמי אשר
עיצוב גרפי: ענת פרקו טולדנו

עורכת ראשית: רויטל אביב מתוק

הסקירה הוזמנה על ידי המחלקה לטיפול באלימות במשפחה ותקיפה מינית
בשירות הארצי לעבודה סוציאלית במשרד הבריאות ומומן בסיועה

מכון מאירס ג'וינט ברוקדייל

ת"ד 3886 ירושלים 9103702

טלפון: 02-6557400

brook@jdc.org | brookdale.jdc.org.il

ירושלים | שבט תשפ"ג | ינואר 2023

תקציר

רקע

אחד הגורמים העיקריים המאתרים נפגעי ונפגעות אלימות במשפחה ומטפלים בהם הוא מערכת הבריאות על כלל מוסדותיה, לרבות בתי חולים, קופות חולים, מרפאות בריאות הנפש ולשכות הבריאות. כדי לקדם את האיתור של נפגעי אלימות במשפחה ואת הטיפול בהם במערכת הבריאות בישראל, החל משנת 2003 פועלות בשירותי הבריאות ועדות קבועות בנושאי אלימות במשפחה, ניצול מיני והזנחה של קטינים וחסרי ישע. כיום פועלות כ-240 ועדות במגוון שירותי הבריאות בארץ. במרוצת השנים מאז הקמתן, עברו חברי הוועדות הכשרות מגוונות שהקנו להם ידע וכלים הנחוצים למילוי תפקידם. המחלקה לטיפול באלימות במשפחה ותקיפה מינית בשירות הארצי לעבודה סוציאלית במשרד הבריאות, מבקשת לבחון את עבודת הוועדות: להגדיר את התוצאות המצופות של עבודתן ולדייק את נוהלי העבודה שלהן על בסיס הגדרת סטנדרטים של איכות. לשם כך פנתה המחלקה לחטיבת האיכות בשירותים חברתיים במכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל.

מטרה

סקירה זו היא השלב הראשון במערך מחקרי רחב שנועד לבחון ולהסדיר את עבודת הוועדות. מטרתה לבחון את המדיניות והפרקטיקות במערכות בריאות בארץ ובעולם כדי לענות על השאלות האלה: (1) מהן הפרקטיקות המיטביות במערכת הבריאות לאיתור נפגעי אלימות במשפחה ולטיפול בהם? (2) אילו מנגנונים יש במדינות בעולם לאיתור נפגעי אלימות במשפחה ולטיפול בהם?

שיטה

סקירה מקומית ובין-לאומית שנערכה בין אוקטובר 2021 ליוני 2022, והתבססה על מאמרים אקדמיים ופרסומים גלויים באתרי אינטרנט של משרדי ממשלה בארץ ובעולם, ארגונים ממשלתיים וארגוני בריאות בין-לאומיים.

ממצאים ומסקנות

- א. יש כמה פרקטיקות מיטביות מרכזיות, ויש תמימות דעים בנוגע לחשיבותן בקרב העוסקים בתחום. בישראל מיושמות רבות מהן, ובהן נהלים לאיתור נפגעי אלימות במשפחה ולטיפול בהם, וכן ועדות האלימות המשמשות גורם מתכלל ומייעץ לגורמים הרפואיים, מעבירות הדרכות והכשרות לצוותים הרפואיים ומנטרות את נתוני האיתור של נפגעי האלימות במערכת הבריאות. עם זה הנהלים הקיימים אינם מתייחסים לשיתוף ולמעורבות של נציגי צוותי הבריאות ושל מקבלי השירות בתכנון ועיצוב המדיניות בתחום.
- ב. המנגנונים במערכות בריאות בעולם העוסקים בנפגעי אלימות במשפחה, מדגישים את נושא האיתור, ובמרבית המקרים איתור באמצעות תשאול המטופלים על ידי הצוותים הרפואיים המטפלים, ומתן מעטפת תמיכה לעבודתם זו.
- ג. במנגנונים שהתמקדו בילדים נמצא כי המנגנונים לאיתור אינם מתמקדים בתשאול המטופלים, אלא הם כוללים היבטים נרחבים יותר של בדיקות פיזיות שאפשר להסיק מהן אם זו פגיעה מכוונת או לא. לכן המנגנונים מסתמכים על צוותים רפואיים בין-תחומיים שעברו הכשרה ייעודית לאיתור ילדים נפגעי אלימות ולטיפול בהם.

תוכן עניינים

1	1. מבוא
2	2. הסקירה
2	2.1 מטרת הסקירה
2	2.2 שיטת הסקירה
3	3. אלימות במשפחה: הגדרות ומאפיינים
3	3.1 אלימות במשפחה
4	3.2 אלימות בין-זוגית
5	3.3 אלימות כלפי ילדים
6	3.4 אלימות והזנחה של זקנים
6	3.5 אלימות כלפי אנשים עם מוגבלויות
8	4. אלימות במשפחה בהקשר הרפואי
10	5. פרקטיקות מיטביות ומנגנונים במערכות הבריאות בעולם לאיתור נפגעי אלימות ולטיפול בהם
10	5.1 פרקטיקות מיטביות
16	5.2 מנגנונים ממוסדים בעולם לאיתור נפגעי אלימות משפחה במערכת הרפואית ולטיפול בהם
20	5.3 המנגנונים במערכת הבריאות בישראל – איתור נפגעי אלימות במשפחה והטיפול בהם
25	6. סיכום
27	עוד פרסומים של המכון בנושא
28	מקורות
34	נספח א': Partner Violence Screen (PVS)
35	נספח ב': Woman Abuse Screening Tool (WAST)
37	נספח ג': The Routine Universal Comprehensive Screening (RUCS) Protocol

1. מבוא

אלימות במשפחה היא תופעה רחבת היקף הפוגעת בנשים, בגברים, בילדים ובזקנים. קשה לאמוד את היקפה המדויק של התופעה בישראל, בין היתר כי רק כרבע ממקרי האלימות מדווחים למשטרה (בניטה, 2017; המשרד לביטחון פנים, 2014). פרט למקרים שדווחו למשטרה, בקרב גורמי רווחה יש תיעוד של עוד מקרי אלימות: בשנת 2020 מספר הפניות למוקד 118 של משרד הרווחה והביטחון החברתי בגין אלימות בין-זוגית עמד על 5,229, במרכזים לטיפול באלימות במשפחה נרשמו 19,337 פניות בגין אלימות במשפחה (לעומת 17,218 בשנת 2019), ובמקלטים לנשים נפגעות אלימות התקבלו 650 פניות (לעומת 603 בשנת 2019) (קפיטל אלמו, 2021). עם זה מקובל להניח כי גם היקפי הדיווח לגורמי רווחה משקפים תת-דיווח, ויש מקרים רבים שאינם מדווחים ואינם מתועדים כלל (בניטה, 2017).

אחד הגורמים בחזית האיתור של נפגעי ונפגעות אלימות במשפחה ועל ידי זרים והטיפול בהם, הוא מערכת הבריאות על כלל מוסדותיה, לרבות בתי חולים, קופות חולים, מוסדות גריאטריים, מרפאות בריאות הנפש ולשכות הבריאות. מערכת הבריאות היא אחת ממערכות השירותים האוניברסליות, והפנייה אליה אינה כרוכה בדרך כלל בסטיגמה. לכן הפנייה למערכת הבריאות היא רחבת היקף (בן-יהודה וארזי, 2009). פוגעים ונפגעים פוקדים אותה, בין באופן שגרתני ובין בעקבות האלימות, ומכאן החשיבות וגם ההזדמנות לאיתורם ולמתן טיפול מותאם על ידי המטפלים בהם (רופאים, אחים, פסיכולוגים, פסיכיאטרים, עובדים סוציאליים ועוד), ולהפנייתם להמשך טיפול וסיוע של גורמים ייעודיים בקהילה.

כדי לקדם את האיתור והטיפול במערכת הבריאות בישראל, הוחלט על הקמת ועדות קבועות בנושאים אלימות במשפחה, ניצול מיני, אלימות כלפי קטינים וחסרי ישע² והזנחתם (להלן: ועדות אלימות). הוועדות פועלות בכלל שירותי הבריאות, כולל שירותים בקהילה, וחברים בהן אנשי צוות ובהם רופא, עובד סוציאלי, ובמידת הצורך גם פסיכיאטר, פסיכולוג ואחרים.

כיום פועלות כ-240 ועדות בשירותי הבריאות השונים בארץ. במשך השנים מאז הקמתן, עברו חברי הוועדות הכשרות שנועדו להקנות להם ידע וכלים לצורך מילוי תפקידם. כעת המחלקה לטיפול באלימות במשפחה ותקיפה מינית בשירות הארצי לעבודה סוציאלית במשרד הבריאות מבקשת לבחון את עבודת הוועדות: להגדיר את התוצאות המצופות של עבודתן ולדייק את נוהלי העבודה שלהן על בסיס הגדרת סטנדרטים של איכות. לשם כך פנה השירות לחטיבת האיכות בשירותים חברתיים במכון מאיר-סג'ווינט-ברוקדייל.

¹ מוקד טלפוני שמפעיל משרד הרווחה והביטחון החברתי, וניתנים בו מידע וסיוע מידי בנושאי רווחה, בחירום ובשגרה

² "חסר ישע" מוגדר בתיקון מספר 26 לחוק העונשין "חוק הגנה על קטינים וחסרי ישע" כאדם שעקב גיל, מחלתו, או מוגבלות פיזית או נפשית, אינו יכול לדאוג לצרכיו, לבריאותו ולשלומו

2. הסקירה

2.1 מטרת הסקירה

מטרת הסקירה הייתה לבחון את המדיניות והפרקטיקות במערכות בריאות בארץ ובעולם כדי לענות על השאלות האלה: (1) מהן הפרקטיקות המיטביות³ במערכת הבריאות לאיתור נפגעי אלימות במשפחה ולטיפול בהם? (2) אילו מנגנונים⁴ יש במדינות בעולם לאיתור נפגעי אלימות במשפחה ולטיפול בהם?

הסקירה היא השלב הראשון במערך מחקרי רחב יותר שנועד לבחון ולהסדיר את עבודת הוועדות. הוא כולל: בחינה של התנהלות הוועדות בישראל באמצעות ראיונות של החברים בוועדות אלימות ושל אנשי מקצוע הנעזרים בהם; עדכון והידוק תאוריית השינוי שלהן להסדרת דרכי עבודתן; הגדרת הסטנדרטים להתנהלותן; בניית כלי למדידה שוטפת שיאפשר בקרה ולמידה מתמשכת.

2.2 שיטת הסקירה

הסקירה נערכה בין אוקטובר 2021 ליוני 2022 באמצעות איסוף מידע ממגוון מקורות בעברית ובאנגלית:

- לצורך כתיבת הפרק על אלימות במשפחה – נסמך צוות המחקר על מאמרים ועל מקורות גלויים, כדוגמת מסמכי מדיניות של ארגון הבריאות העולמי ושל התוכנית הלאומית למאבק באלימות במשפחה. פרט לכך נערך חיפוש במנועי החיפוש Google ו-Google Scholar על פי שימוש במילים ובמונחים הקשורים באלימות במשפחה: "אלימות במשפחה", "אלימות בין זוגית", "אלימות כלפי ילדים", "אלימות כלפי ילדים עם מוגבלויות", "אלימות כלפי זקנים", "אלימות כלפי קשישים", "אלימות כלפי חסרי ישע", "אלימות כלפי אנשים עם מוגבלויות"
 - לצורך איתור פרקטיקות מיטביות ומנגנונים ברחבי העולם – נערך חיפוש במנועי החיפוש Google ו-Google Scholar ובמאגרי המידע Pubmed ו-Science Direct. החיפוש נערך באמצעות מילות החיפוש: "domestic violence", "family violence", "violence towards people with disabilities", "violence health sector", "health services", "health policy", "towards children with disabilities", "SCAN (suspected child abuse and neglect)", "elder abuse", "health care", "health system", "respond", "role", "models", "practices", "guidelines", "health care", "health system"
 - לצורך כתיבת הפרק על ועדות האלימות – שימוש בחוזרי מנכ"ל ובנהלים רלוונטיים, וכן באסופת מאמרים על התעללות והזנחה כלפי ילדים (הורוביץ ואחר', 2007), ובה שער המוקדש לאלימות בהקשר הרפואי
- מן החיפושים אשר פורטו לעיל, עלו מנגנונים אשר מיושמים במערכות ובארגוני בריאות מובילים בארצות הברית, באוסטרליה ובאנגליה. מלבד המנגנונים במדינות אלו, לא נמצאו מנגנונים נוספים במקורות גלויים או בספרות המקצועית באנגלית ובעברית.

³ "פרקטיקה" היא דרך פעולה מקצועית. הפרקטיקות המיטביות מוגדרות כפעולות הטובות ביותר להשיג את התוצאות הרצויות עבור קהל היעד

⁴ "מנגנון" בסקירה זו מתייחס לפעולות ממוסדות של ארגון בריאות לשם איתור נפגעי אלימות במשפחה וטיפול בהם

3. אלימות במשפחה: הגדרות ומאפיינים

3.1 אלימות במשפחה

אלימות במשפחה היא תופעה רחבת היקף הפוגעת בנשים, בגברים, בילדים ובזקנים מכל שכבות האוכלוסייה. אלימות מוגדרת ככל פעולה הנעשית שלא בתאונה, והיא מאופיינת ברצף של התנהגויות פוגעניות, בהיבטים של הזנחה ובהסלמה בחומרת ההתנהגויות. אלימות במשפחה מתרחשת במסגרת המשפחה ובהקשר של היחסים בתוכה (מויאל ואח', 2016). התופעה הוכרה כהפרה של זכויות יסוד בסיסיות, וארגון הבריאות העולמי אף הכיר בה כבעיה בריאותית הן של נפגעי האלימות הן של הציבור בכללותו (WHO, 2005).

תחת הכותרת "אלימות במשפחה" נכללת גם תופעת ההזנחה של חסרי ישע וקטינים, ולעיתים מתייחסים אליה כאל "אלימות פסיבית". כלומר, יש הבחנה בין מעשה אקטיבי של אלימות ופגיעה ובין מחדל – פגיעה מתוך היעדר פעולה. מערכת הסיווג MCS (Maltreatment Classification System)⁵ הגדירה שלוש קטגוריות-על של הזנחה: (1) כישלון לספק צרכים בסיסיים, ובהם מזון, ביגוד, מחסה, טיפול רפואי או נפשי, היגינה וסניטציה; (2) היעדר השגחה, ובה פיקוח, בטיחות וטיפול חלופי; (3) הזנחה מוסרית, חוקית, רגשית וחינוכית. מלבד מערכת סיווג זו, יש חלוקות אחרות הנבדלות זו מזו בטווח התחומים הנכללים בהזנחה, ברמת הפירוט שלהן ובאופני קיבוץ הקטגוריות. גישות חדשות נוטות לחלק את ההזנחה לשתי חלוקות משנה: כישלון לספק צרכים בסיסיים וכישלון לספק השגחה מתאימה (ארזי ואח', 2017).

האלימות יכולה להיות מופנית כלפי ומצד גורמים שונים במשפחה: בין בני זוג בהווה או בעבר; אלימות של הורים כלפי ילדיהם ולהפך; אלימות כלפי זקנים ובין זקנים (המשרד לביטחון פנים, 2016). פרט לכך יש אלימות מסוגים שונים, ולהלן יצינו העיקריים שבהם, כפי שפורטו בדוח הוועדה לטיפול בתופעת האלימות במשפחה⁶ (המשרד לביטחון פנים, 2016):

א. **אלימות פיזית** – תוקפנות, שימוש בכוח הזרוע או באמצעים אחרים או בנשק

ב. **אלימות מינית** – כל פעולה בעלת אופי מיני, פיזית, ויזואלית או מילולית, הנעשית ללא הסכמתו או בניגוד לרצונו של קורבן האלימות, כשאינו יכול לתת את הסכמתו או שהוא אינו יכול לתת את הסכמתו מפאת גילו או מצבו, כאשר ההסכמה נכפית באמצעות איומים, מניפולציות או בהפעלת כוח או בניצול יחסי מרות

⁵ מערכת הסיווג MCS היא מערכת קידוד מקיפה מרשומות כתובות או מריאיון. היא מכמתת תדירות, חומרה, כרוניות ותת-סוג של הזנחה

⁶ תת-הוועדה לטיפול בתופעת האלימות במשפחה הוקמה בשנת 2014 בהחלטת השר לביטחון פנים ושר הרווחה והשירותים החברתיים. בוועדה היו נציגים ממשרד העלייה והקליטה, משרד הרווחה, משרד החינוך, משרד המשפטים, משרד הבריאות, המשרד לביטחון פנים ומשרד ראש הממשלה; וכן נציגי שירות בתי הסוהר ומשטרת ישראל. מטרת הוועדה הייתה לשפר את הטיפול המערכתי בהתמודדות עם תופעת האלימות במשפחה, ובמסגרתה הוחלט על הקמת התוכנית הלאומית למאבק באלימות במשפחה

- ג. **אלימות נפשית** – התנהגות פוגענית הגורמת לפגיעה בתחושת הערך העצמי כגון שימוש בעלבונות, בהשפלות, בקללות, בהרמת קול, בגערות, וכן שימוש במניפולציות רגשיות, בהפחדה, במשחקי כוח ובבידוד חברתי
- ד. **אלימות כלכלית** – שליטה בכפייה על המשאבים הכלכליים של המשפחה, מניעת השגת עצמאות כלכלית של שאר בני הבית, הסתרת המשאבים הכלכליים ושימוש בהם כדי לשלוט בהתנהלות שאר בני הבית, בדרך של כפייה או הטלת אימה
- ה. **הזנחה** – חסך בצרכים בסיסיים או בשירותים חיוניים (כגון מזון, תרופות, טיפול רפואי וסיוע בתפקוד), בידוד ונטישה, בפרט כלפי חסרי ישע וקטינים. הזנחה יכולה להתבטא בתחום הפיזי, הרפואי, וכן בהיבט החינוכי והרגשי (ארזי ואח', 2017)

סוג אחר של אלימות שיש בו משום סוגיה ייחודית למערכת הבריאות, הוא "תסמונת מינכהאוזן על ידי שליח" (Factitious Disorder imposed on another). תסמונת מינכהאוזן היא תסמונת פסיכיאטרית שנמצאה קשורה להפרעת אישיות גבולית. אלה הסובלים מהתסמונת מזייפים תסמינים רפואיים פיזיים או נפשיים כדי להיות בעמדת החולה ולקבל את הטיפול והיחס הנלווים אליה. בהקשר של אלימות במשפחה, צורה אחרת של תסמונת מינכהאוזן היא תסמונת מינכהאוזן על ידי שליח – דמויות מטפלות (למשל הורים) מייצרות או מזייפות באופן מכוון סימפטומים רפואיים או נפשיים אצל אדם שבטיפולן, בדרך כלל ילדים. אחד מן המאפיינים של התסמונת המקשים על זיהויה, הוא החלפה תדירה של גורם מטפל או של בית חולים (Dimsdale, 2022a, 2022b). עקב ביטוייה ומאפייניה הייחודיים של התסמונת, המוקד לאיתור פגיעות בגינה הוא המערכת הרפואית על מגוון מוסדותיה.

הכחשה והסתרה הן ממאפייני האלימות במשפחה, הן של הפוגעים הן של הנפגעים. הנפגעים נוטים לא להכיר בהתנהגות כאלימה, והם גם נרתעים מדיווח עליה לגורמי הטיפול והאכיפה. יש כמה הסברים לכך: קושי בתפיסה עצמית כקורבן, תחושת אשמה או בושה, פחד מהתוקף וחוסר אמון ביכולת הסביבה לסייע להם. הפוגעים אינם נוטים לדווח מכיוון שהם תולים את האשם בקורבן עצמו, הם אינם מכירים בהתנהגותם כאלימה, או שהם חוששים מהפללה עצמית. הדבר אמור ביתר שאת במקרי האלימות במשפחה שאינם פיזיים (כמו אלימות מילולית וכלכלית). פוגעים ונפגעים רבים אינם רואים באלימות שאינה פיזית, בעיה הדורשת התערבות מקצועית, אלא מבחינתם היא חלק ממערכת יחסים נורמטיבית (המשרד לביטחון פנים, 2016).

השיח הציבורי בישראל בנושא אלימות במשפחה נסוב לרוב סביב אלימות בין בני זוג, ובפרט סביב אלימות של גברים כלפי בנות זוגן וכן ניצול, אלימות והזנחה כלפי ילדים; אולם אלימות במשפחה, כפי שמוגדרת בספרות המקצועית ובקרב קובעי מדיניות ואנשי מקצוע, כוללת גם אלימות והזנחה כלפי חסרי ישע, כגון אנשים עם מוגבלות או זקנים סיעודיים. מכיוון שיש מאפיינים השונים זה מזה לפגיעה בכל סוג אוכלוסייה ולאופן האיתור שלה והטיפול בה, להלן התייחסות לכל אוכלוסייה ולאלימות המאפיינת אותה.

3.2 אלימות בין-זוגית

תופעת האלימות בין בני זוג היא בעיה חברתית הנפוצה בקרב כל המעמדות החברתיים-כלכליים, התרבויות והגילים. ממחקר שפרסם ארגון הבריאות העולמי בשנת 2021 והתבסס על נתונים וסקרים שבוצעו בשנים 2018-2020 ברחבי העולם, עלה כי 31% מן הנשים שגילן 15-49 חוו אלימות פיזית או מינית מצד בן זוגן במשך חייהן, ו-13% חוו אלימות מבן הזוג בשנת 2018. מן המחקר עלה כי התופעה שכיחה יותר בקרב נשים שגילן 20-44, וכי שיעור הנפגעות במדינות המתפתחות החלשות גדול יותר משיעור זה בשאר המדינות ומוערך ב-37% (WHO, 2021).

בישראל נפתחו בשנת 2020 20,326 תיקים במשטרה בגין עבירות אלימות גופנית ואיומים בין בני זוג. ב-83% מהם נרשמה אישה כקורבן העבירה, וב-19% מן התיקים נרשם הגבר כקורבן (משטרת ישראל, 2021).⁷ בסקר שנערך בשנת 2020 בקרב אוכלוסייה מייצגת בציבור הרחב, נבחנו היקפי האלימות הפיזית, המינית, הרגשית-נפשית והכלכלית בצל משבר הקורונה. בסקר נשאלו המשיבים אילו פגיעות התרחשו לפחות פעם אחת כלפיהם או כלפי מישהו במשפחתם בחצי השנה שקדמה לסקר. 30.4% מן המשיבים דיווחו כי הם או מישהו במשפחתם נפגעו מאלימות נפשית-רגשית; 26.7% דיווחו על היפגעות מאלימות כלכלית, 8.9% דיווחו על היפגעות מאלימות פיזית ו-7% דיווחו על היפגעות מאלימות מינית (ארזי ורזניקובסקי-קוראס, 2021).

3.3 אלימות כלפי ילדים

תופעת ההתעללות בילדים על סוגיה והזנחתם שכיחה ומוכרת בעולם, והיא מוגדרת כפגיעה או מחדל המופנים כלפי בני 18 ופחות. ילדים שנפלו קורבן להתעללות מכל סוג שהוא מצד הורים או גורם אחר במשפחה, עלולים לסבול בזמן הפגיעה ובחיייהם הבוגרים מהשפעות פיזיות-בריאותיות, רגשיות, חברתיות ולימודיות. יש קושי בהערכת היקף התופעה: ראשית, היא מתרחשת בתוככי הבית, וקשה לאתרה; שנית, יש מחלוקות הנוגעות להגדרתה, ולכן יש גם שונות בכלי המדידה ובמקורות המידע. אין מאגרי מידע מוסדרים האוספים נתונים באופן אחוד, שוטף ומקיף על התופעה ועל רכיביה (ארזי ואח', 2017).

למרות הפער בין המקרים המדווחים להיקף התופעה בפועל, נעשים ניסיונות להעריך את היקפה בארץ ובעולם. במחקר מטא-אנליזה על השכיחות של פגיעות שונות בילדים במדינות באסיה, באוסטרליה, באירופה, בדרום אמריקה ובצפון אמריקה, עלה כי 22.6% מאוכלוסיית הילדים בעולם נפגעים פיזית, 36.3% נפגעים נפשית, 16.3% סובלים מהזנחה פיזית, 18.4% סובלים מהזנחה רגשית, 12.7% נפגעים מינית, ובין 4.2%-7.8% עדים לאלימות בבית (Stoltenborgh et al., 2013). פגיעות אלו פעמים רבות קשורות זו בזו, וחלק מן הילדים חשופים ליותר מדפוס פגיעה אחד (Kessler et al., 2010; Stoltenborgh et al., 2013).

בישראל בשנת 2018 נפתחו 16,424 תיקים בגין עבירות אלימות כנגד קטינים, 3,897 מהם (24%) נפתחו בגין עבירות בתוך המשפחה. נוסף על כך באותה השנה הופנו כ-50,980 דיווחים חדשים על קטינים לטיפולם של עובדים סוציאליים לחוק נוער. סיבות הדיווח השכיחות ביותר היו הזנחה (31% מן הדיווחים), התעללות פיזית (25% מן הדיווחים) והתעללות מינית (12% מן הדיווחים). עם זה לא כל מקרי האלימות מדווחים, ובפרט הדיווחים על פגיעה בתוך המשפחה. אלו הם רק קצה הקרחון בכל הנוגע להתעללות בקטינים ולהזנחתם. מסקר אפידמיולוגי שנערך בקרב בני נוער⁸ בישראל בין השנים 2011-2014, עלה כי 18.3% דיווחו שנפגעו על ידי בן משפחה בשנה האחרונה; 17.3% נפגעו מהתעללות; 3.6% סבלו מהזנחה. 5.8% דיווחו על התעללות פיזית, 7.9% על התעללות מינית ו-10.1% על התעללות נפשית (לב-ויזל ואח', 2017). אפשר לראות שיש פער בין שיעור הדיווח העצמי על הזנחה (3.6% בסקר) לשיעור הדיווחים לעובדים סוציאליים לחוק נוער על הזנחה (31% מן הדיווחים); ככל הנראה הפער נובע מכך שבני

⁷ סך התיקים שהקורבנות היו אישה או גבר, הוא גדול יותר מסך התיקים שנפתחו כי אם יש תלונות הדדיות על אלימות, בתיק אחד יכולים להירשם שני קורבנות

⁸ הסקר נערך בקרב שלוש שכבות גיל: כיתות ו', ח', ו-י', והשתתפו בו 12,035 ילדים ובני נוער

נוער בגיל ההתבגרות כבר תלויים פחות בהוריהם לצורך סיפוק צרכים פיזיים לעומת ילדים. בזמן משבר מגפת הקורונה, שפרצה בשנת 2020, נצפתה החרפה בהיקף ובעוצמה של הפגיעות בילדים במסגרת המשפחה (ארזי וגרסימנקו, 2020; ארזי וסבג, 2020). מנתוני שנתון הילדים שפרסמה המועצה הלאומית לשלום הילד (2019), עלה כי בין השנים 2000-2018 חלה עלייה של כמעט פי שניים במספר הילדים נפגעי אלימות ותקיפה מינית שאותרו במוסדות רפואיים – בתי חולים, קופות חולים וטיפות חלב (1,989 בשנת 2000 לעומת 3,825 בשנת 2018). בשנת 2020 אף עלה מספר הילדים שאותרו במוסדות הרפואיים, ל-5,834.

3.4 אלימות והזנחה של זקנים

אף שככל הנראה יש תת-איתור של ילדים נפגעי אלימות במשפחה, בקרב זקנים הפער המשוער גדול אף יותר. רק שיעור מזערי מן הזקנים מזהים כקורבנות, מוכרים ברשויות כנפגעי אלימות וזוכים לסיוע מקצועי ולהגנה. ילדים ובני נוער נמצאים יום-יום במרחב הציבורי ובמסגרות החינוך, ואילו זקנים חשופים פחות מהם לעיני הציבור. על כן למערכות האוניברסליות הציבוריות, ובראשן מערכת הבריאות ועובדיה, יש תפקיד חשוב מאוד באיתור זקנים נפגעי התעללות או הזנחה (אלגרבל, 2011; אלון, 2011).

ראיה אחרת לכך שתופעת האלימות כלפי זקנים זוכה לתהודה ציבורית ומקצועית נמוכה יותר לעומת אוכלוסיות אחרות (כמו ילדים ונשים), היא היעדר מחקרים עדכניים. המחקר האחרון בישראל אשר ניסה להתחקות אחר היקף התופעה, נערך בשנת 2004, כלומר לפני כ-19 שנים. מדובר בסקר שבדק התעללות והזנחה של זקנים בישראל בקרב מדגם מייצג של 1,045 זקנים. מן הסקר עלה כי כחמישית (18.1%) מן הזקנים דיווחו על הזנחה של צורכיהם הבסיסיים במשך השנה שקדמה לסקר, ושיעור דומה (18.4%) דיווחו על פגיעה אחת או יותר במשך השנה. 2.0% דיווחו על התעללות פיזית, 8.0% דיווחו על התעללות מילולית, 6.6% דיווחו על ניצול כלכלי ו-2.7% דיווחו על הגבלת החופש שלהם. על פי אותו הסקר, הפוגעים הם לרוב בני הזוג של הזקנים או ילדים בוגרים שלהם (איזיקוביץ ואח', 2005). כאמור, מאז לא נערכו בישראל סקרים לבחינת היקף התופעה והשינויים בה.

מן הספרות המקצועית אפשר לזהות כמה מאפיינים של תופעת האלימות בקרב זקנים: ראשית, התעללות והזנחה מתרחשות כלפי נשים יותר מאשר כלפי גברים, והן גוברות בקרב בנות 75 ויותר ובקרב נשים עם מוגבלות פיזית או נפשית; שנית, מגבירי סיכון לתופעת האלימות כלפי זקנים הם מגורים משותפים עם הפוגע, סביבה שאינה מותאמת לסיפוק צרכיו הפיזיים והרגשיים של הזקן, ובידוד חברתי ורשת תמיכה מצומצמת של הנפגע (אלגרבל, 2011).

3.5 אלימות כלפי אנשים עם מוגבלויות

קבוצה אחרת אשר מצריכה התייחסות ייחודית בנוגע לאלימות במשפחה היא אנשים עם מוגבלויות. ממחקרים שנעשו בארץ ובעולם עלה כי אנשים עם מוגבלויות בכל הגילים, חשופים להתעללות והזנחה יותר מאנשים ללא מוגבלויות. ממטא-אנליזה של 26 מחקרים על אלימות כלפי מבוגרים עם מוגבלויות שהתבססה על נתונים של יותר מ-21,000 אנשים, עלה כי מבין אנשים עם מוגבלות, אנשים עם מוגבלות נפשית הם בעלי הסיכון הגבוה ביותר להיפגעות (24.3% נפגעו מאלימות כלשהי ב-12 החודשים שקדמו למחקר). כמו כן נמצא כי בקרב אנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית, שיעור של כ-6.1% נפגע מאלימות כלשהי (Hughes et al., 2012).

גם ממתא-אנליזה של 17 מחקרים על אלימות נגד ילדים ובוגרים צעירים (בני 18 ופחות) שהתבססה על נתונים של יותר מ-18,000 אנשים, עלה כי ילדים וצעירים עם מוגבלות נמצאים בסיכון גדול פי 3-4 להיות חשופים לאלימות לעומת ילדים ללא מוגבלות. לפי ניתוח זה, יותר מ-20% מן הצעירים עם מוגבלות חוו אלימות פיזית, 20% חוו התעללות נפשית ו-14% חוו כגיעה מינית. כרט לכך 27% מן הילדים והבוגרים הצעירים עם מוגבלות חוו יותר מסוג אחד של התעללות בחייהם (Jones et al., 2012).

מחקרם של ברלב וקרן-אברהם (2017) בדק את שיעורי הילדים ובני הנוער עם מוגבלויות בישראל הסובלים מהתעללות. המחקר הסתמך על נתונים מכמה מקורות מידע של משרד הרווחה: 360° – התוכנית הלאומית לילדים ובני נוער בסיכון, השירות לחקירת ילדים ולחקירות מיוחדות ומערכת המידע של עובדים סוציאליים לחוק נוער בשירות ילד ונוער. מן המחקר עלה כי ל-25% מן הילדים ובני הנוער בסיכון להתעללות יש מוגבלויות (ילדים מאובחנים בלבד, כולל לקות למידה); ולפי נתוני משרד החינוך, ילדים ובני נוער עם מוגבלויות הם 9% מכלל הילדים ובני הנוער. כלומר, ילדים ובני נוער עם מוגבלויות חשופים להתעללות ולהזנחה פי 2.78 מילדים ובני נוער ללא מוגבלויות. זאת ועוד, לילדים עם מוגבלות שכלית התפתחותית יש סיכון גבוה פי 3.5 להיחקר על ידי חוקרי ילדים בשל חשד להתעללות בהם לעומת כלל הילדים בישראל, וילדים עם אוטיזם – פי 4.8. נתונים אלו עולים בקנה אחד עם הנתונים המדווחים בעולם, על כך שמוגבלות היא מגביר סיכון בכל הנוגע להתעללות והזנחה.

4. אלימות במשפחה בהקשר הרפואי

כפי שצוין, ארגון הבריאות העולמי רואה באלימות במשפחה בעיה בריאותית. כך למשל, ממחקר של הארגון עלה כי לנשים נפגעות אלימות יש סיכוי גבוה יותר לבעיות בריאות לעומת נשים שלא חוו אלימות, והן עשויות לסבול מהשפעות בריאותיות זמן רב לאחר שהפגיעות פסקו. בכלל ההשפעות הבריאותיות אפשר למנות פציעות מסוגים שונים, בעיות עיכול וחסרים תזונתיים, בעיות פוריות והפלות, מחלות מין, לחץ דם גבוה ובעיות נפשיות-רגשיות, כגון חרדה, דיכאון ואובדנות (Colombini et al., 2008).

ההשפעות הבריאותיות אינן פוסחות גם על ילדים אשר חווים התעללות והזנחה במשפחה. מחקרים מראים כי פרט לפציעות, לחבלות ולמחלות בעת הפגיעה, טראומה על רקע התעללות והזנחה בילדים (Child Maltreatment Trauma – CMT) קשורה לבעיות בבריאות הנפש בבגרות, לשימוש לרעה בחומרים ממכרים (אלכוהול וסמים) בגילים צעירים יותר מאלה שלא חוו התעללות והזנחה במשפחה, ולהפרעת פוסט-טראומה מורכבת בבגרות (Kesslet et al., 2010). נוסף על כך נמצאו השפעות שליליות בקרב ילדים העדים לאלימות במשפחה – גם אם היא אינה מופנית ישירות כלפיהם, הם מועדים לבעיות התנהגותיות ונפשיות-רגשיות (Colombini et al., 2008).

מתוך הבנה כי אלימות במשפחה היא מגבירת סיכון לטווח רחב של בעיות רפואיות, התחזקה במשך השנים ההכרה בחשיבות של אנשי מקצוע במערכת הבריאות באיתור נפגעי אלימות במשפחה ובטיפול בהם (Colombini et al., 2008). בישראל מדובר באנשי מקצוע בבתי חולים, בלשכות בריאות, בקופות חולים, במוסדות גריאטריים ובמרפאות בריאות הנפש.

לצד הגישה הרואה את תפקיד מערכת הבריאות כטיפול בנזקי האלימות במשפחה בלבד, מתחזקת הגישה שהתגבשה כבר בשנות השישים, הרואה באלימות במשפחה ובתוכה התעללות בילדים והזנחתם, מחלה כשלעצמה ("תסמונת הילד החבוט" – The battered child syndrome) (Kempe et al., 1962). עוד קודם לכן בשנות הארבעים פורסמו ממצאים שהראו כי בילדים עם דימום מוחי תת-קשייתי כרוני (subdural hematoma) יש לעיתים קרובות שברים מרובים בכל מיני דרגות החלמה, והם מעידים על פגיעה מכוונת. בשנים האחרונות אף נשמעת הקריאה למיסוד הליך לאבחנה רפואית של ילד גם לאחר מוות בשל מוות בעריסה, טביעה והרעלות, כדי לקבוע אם מדובר בהתעללות. מכיוון שתסמונת הילד החבוט מוגדרת מחלה, יש לשאוף לטפל בה בגישה הכוללת שלושה מישורים: מניעה, אבחון וטיפול (בן-יהודה, 2007).

הממצאים האמפיריים לצד ההכרה הקלינית הובילו לשינוי תפיסתי – אחריות הגורמים הרפואיים מתרחבת אל מעבר לטיפול הנקודתי בתסמינים הרפואיים לאיתור ולזיהוי נפגעים, והיא כוללת גם אחריות וביטוי פורמלי. שינוי זה התבטא בסוף שנות השישים בחקיקה בארצות הברית המחייבת דיווח על חשד להתעללות בילדים. בדומה, בשנת 1989 התקבל בישראל תיקון לחוק העונשין (חוק העונשין, התשל"א-1971) בנושא פגיעה והתעללות בחסרי ישע, ובמסגרתו נוספה חובת דיווח במקרים של פגיעה בקטינים ובחסרי ישע. הסגל הרפואי נכלל בין אנשי המקצוע שחובת הדיווח חלה עליהם, ויש החמרה בסנקציות המוטלות עליהם במקרה של הפרת החובה. חקיקה זו מטילה על מוסדות הרפואה, קרי על הצוותים הרב-מקצועיים, אחריות מקצועית וציבורית גבוהה בזיהוי מקרי אלימות, בנקיטת פעולות מתאימות לדיווח ובהתערבות הטיפולית והפנייה להמשך טיפול בקהילה. בנוגע

לאלימות כלפי בגירים, תקנות בריאות העם (הודעה על חשש אלימות) התשל"ו-1975 מגדירות כי אם מתעורר חשד שמטופל הגיע לבית החולים עם פגיעה בגלל אלימות (לאו דווקא אלימות במשפחה), על הצוות הרפואי המטפל בו לדווח על כך למשטרה באופן מיידי. אולם ברור שלא די בחקיקה הפורמלית ובהנחיות מנהליות, אלא נחוצה גם הכשרה והדרכה של גורמי הרפואה אשר עשויים להיתקל במצבים כאלה (בן-יהודה וארזי, 2009).

5. פרקטיקות מיטביות ומנגנונים במערכות הבריאות בעולם לאיתור נפגעי אלימות ולטיפול בהם

במדינות בעולם יש מנגנונים לזיהוי פגיעות האופייניות לאלימות במשפחה, לאיתור הנפגעים המגיעים למוסדות הבריאות ולטיפול בהם. בפרק זה מפורטות הפרקטיקות המיטביות (best practices), כפי שהוגדרו ונוסחו על ידי ארגונים ומוסדות במדינות בעולם, והמנגנונים ליישומן. אחת מהן היא הקמת מנגנון לאיתור נפגעי אלימות במשפחה ולטיפול בהם במערכת הבריאות. לכן לאחר סקירת הפרקטיקות המיטביות, יובאו המנגנונים לאיתור הנפגעים ולטיפול בהם במערכות הבריאות בעולם, ובכל מנגנון יפורטו הפעולות לאיתור, לטיפול ולהתערבות בשעת משבר, ככל שאלה כלולות במנגנון. המנגנונים חולקו לפי שלוש קבוצות באוכלוסייה: מנגנונים לילדים, מנגנונים לבגירים ומנגנונים לזקנים.⁹ זאת מאחר שבמדינות יש מנגנונים נפרדים לקבוצות האלה, והם פועלים באופן המותאם לקהל היעד ולצרכיו (ר' הסבר להלן). בטיפול בקטינים וחסרי ישע יש גם שוני באחריותיות הנובע מן הטיפול בהם לעומת הטיפול בבגירים.

ההבחנה בין הקבוצות נובעת מכמה סיבות:

- א. בקבוצות באוכלוסייה כמו זקנים, ילדים ונשים, מטפלים רופאים בעלי התמחויות ייעודיות (רפואת ילדים, רפואת נשים, גריאטריה)
- ב. יש הבדלים פיזיים בין קטינים למבוגרים, המשפיעים על הפגיעות האופייניות והתסמינים הפיזיים של אלימות והזנחה, ויש הבדלים בפגיעות מיניות בנשים לעומת גברים. הבדלים אלו מצריכים התמחות רפואית ייעודית ונרחבת. לידע ולהכשרה יש משנה חשיבות כשאי-אפשר להסתמך על תשאול כמו בקרב תינוקות או פעוטות, או בקרב חסרי ישע שמתקשים לתקשר. אז נדרשת בדיקה גופנית ייעודית שתעיד אם הפגיעה מכוונת או לא
- ג. איתור פגיעה בקטינים ובחסרי ישע טומן בחובו אחריותיות רבה יותר, ויש לה משמעויות משפטיות שונות הן עבור הפוגע הן עבור הגורם המאתר את הפגיעה (כמו אנשי צוות רפואיים)
- ד. האחריותיות והמשמעויות המשפטיות של איתור פגיעה בקטינים ובחסרי ישע ודיווח עליה, מחייבות קשר שוטף, הדוק ומשמעותי עם גורמים בקהילה המופקדים על טיפול בקטינים נפגעי אלימות (כגון גרמי רווחה ואכיפה)

5.1 פרקטיקות מיטביות

5.1.1 פרקטיקות מיטביות כלליות המיועדות לטיפול בכל נפגעי אלימות במשפחה

בשנת 2016 פרסם ארגון הבריאות העולמי תוכנית פעולה גלובלית לחיזוק התפקיד של מערכת הבריאות כחלק ממענה רב-מערכתי לטיפול באלימות במשפחה בכלל, ובאלימות כלפי נשים וילדים בפרט (WHO, 2016). בתוכנית מוצעים ארבעה כיווני

⁹ אף שאנשים עם מוגבלויות מצויים בסיכון מוגבר לאלימות במשפחה, לא נמצאו מנגנונים ייעודיים לאיתורם במערכות הבריאות בעולם

פעולה אסטרטגיים: (1) חיזוק היבטים של מנהיגות והובלה של מערכת הבריאות; (2) מניעת אלימות במשפחה; (3) דגשים אתיים ומקצועיים; (4) הגדרת סטנדרטים של איכות, מדידה והערכה באיתור נכגעי אלימות ובטיפול בהם. להלן פירוט של כל אחד מהם ותיאור של יישומם במערכות ובארגוני בריאות מובילים בארצות הברית, באוסטרליה ובאנגליה.

1. **חיזוק היבטים של מנהיגות והובלה של מערכת הבריאות:** רכיב זה כולל הסברה בתוך מערכת הבריאות ובמערכות רלוונטיות אחרות, פיתוח והטמעת המדיניות, הקצאת משאבים, פיקוח על יישום המדיניות ואחריותיות, הגברת התיאום ושיתוף הפעולה עם מערכות השירותים האחרות (כמו רווחה וחינוך)

על פי ארגון הבריאות העולמי וארגוני בריאות אחרים, ישנן כמה פרקטיקות מיטביות מרכזיות המכוונות לכך:

- מינוי גורם '**מתכלל**' או '**מתאם**' בארגון – איש מקצוע ייעודי לניהול הטיפול בכל הנוגע לאלימות במשפחה, הן בתוך הארגון הן עם גופים רלוונטיים נוספים בתוך מערכת הבריאות ומחוצה לה (The Women's Hospital and Bendigo Health, 2016)
- **פיתוח שותפויות** בין הגופים במערכת הבריאות ובין משרדי ממשלה, גורמים לחקיקה ואכיפת החוק, נותני שירות, עמותות וארגונים במגזר השלישי וגופים רלוונטיים אחרים, ליצירת מענה אינטגרטיבי לטיפול מיטבי באלימות במשפחה (National Institute for Health and Care Excellence [NICE], 2014). השתתפות פעילה ופרו-אקטיבית של הגופים במערכת הבריאות, ויצירה של שותפויות רב-מגזריות חשובה לקידום הנושא
- **שיתוף הצוותים המקצועיים** בתהליכי עיצוב המדיניות וביישומה, לשם פיתוח מענה יעיל ומותאם לצורכיהם. חשוב לערב בפיתוח המדיניות את אנשי המקצוע הרלוונטיים כי הם אלו שאמורים ליישם ולהטמיע מדיניות זו. שיתופם יבטיח את התאמת המנגנונים לאיתור ולטיפול באלימות למערכת השירותים הנוכחית, ויגביר את המודעות של אנשי המקצוע לתופעה ולדרכי הטיפול בה (NICE, 2014)
- **שיתוף מקבלי שירותי הבריאות בפיתוח המדיניות.** חשוב לשתף בפיתוח המדיניות גם את מקבלי שירותי הבריאות – נכגעי אלימות וגם פוגעים, פעילים חברתיים ונציגי הארגונים החברתיים הרלוונטיים – כי הם אלו שמכירים מקרוב את הצרכים של נכגעי אלימות במכגש שלהם עם מערכת הבריאות ובכלל (Cantor et al., 2018; The Women's Hospital and Bendigo Health, 2016). רצוי למסד את שיתוף הציבור כחלק מובנה ובעל השפעה של ממש על גיבוש הלכה למעשה של המנגנונים לאיתור ולטיפול

2. **מניעת אלימות** כוללת פעולות שמערכת הבריאות יכולה ליישם ישירות, לרבות הגדרה של מחוללי הפגיעה, ניהול סיכונים וזיהוי האוכלוסיות בסיכון, וכן פעולות המצריכות תיאום ושיתוף פעולה רב-מערכתי ובין-מגזרי (ר' הרחבה בסעיף "חיזוק היבטים של מנהיגות והובלה של מערכת הבריאות"):

- יש לקדם את **המודעות לתופעה, להשפעות ארוכות הטווח, לגורמי הסיכון, לדרכי הטיפול** המיטביות בה ולחשיבות המניעה בקרב אנשי המקצוע במערכת הבריאות ובשירותים רלוונטיים אחרים, כגון חינוך, רווחה ומשפט
- יש לקדם **פיתוח, יישום והערכה של תוכניות למניעת אלימות במשפחה** הנותנות מענה ממוקד לטיפול בגורמי הסיכון הידועים הן ברמת הפרט, כגון התמכרויות, בעיות נפשיות ובריאותיות, הן ברמת המשפחה, כמו עוני, ניתוק ממערכות תמיכה ודפוסי תקשורת הן ברמת הקהילה והתרבות, כמו שינוי תפיסות חינוכיות ותרבותיות, חוסר שוויון מגדרי וסטיגמות חברתיות

- על עובדי מערכת הבריאות **למכות את השירותים הזמינים** לנפגעי אלימות בכל מערכות השירות (רווחה, בריאות, חינוך), **ולהפיץ את המידע** הזה לציבור הרחב ולעובדי מערכת הבריאות (ר' הרחבה להלן). בין השאר, יש לספק מערכות מקצועיות המפיקות ידע ומידע על הצרכים הספציפיים של הקהילות המקומיות ועל המענים האפשריים עבור צרכים אלו. יש גם לעודד את הארגונים השונים בקהילה, העוסקים באלימות במשפחה, ליצור קשר עם מרכזים רפואיים בקהילה ובתי החולים לקבלת מידע בנוגע לצורכי האוכלוסייה ולאסטרטגיות המניעה הקיימות
- **הגברת המודעות לתופעה בקרב הציבור:** מומלץ להנגיש למקבלי השירות את המידע בנושא אלימות במשפחה על שלל סוגיה והמענים לה. יש להשתמש בדרכי הפצה מגוונות, דוגמת פרסומים באמצעי התקשורת, תליית פוסטרים והפצת עלונים בתוך המרכזים הרפואיים ופרסום ברשתות החברתיות. חשוב לאפשר גישה לקבלת מידע, וכן לקבלת סיוע ותמיכה בתוך השירותים הרפואיים, בייחוד בשירותים רפואיים בקהילה
- חשוב **שאנשי המקצוע במערכות הבריאות ידריכו** נציגים מהשלטון המקומי, מנהלים קהילתיים ונציגים מארגוני מגזר שלישי, ויהיו שותפים בתהליכי קבלת החלטות בנוגע לתכנון ולהסדרת המענים, הן ברמה המקומית הן ברמה הלאומית

3. דגשים מקצועיים ואתיים במתן המענים:

- **הקפדה על יחס תומך ולא שיפוטי:** על עובדי מערכת הבריאות לגלות יחס תומך ולא שיפוטי בנפגעי האלימות (The National Assembly of Wales, 2001; WHO, 2013). כאשר עולה חשד לאלימות במשפחה, על איש הצוות לשוחח עם הנפגע במקום שקט ובפרטיות ככל שמתאפשר, לשאול על ההיסטוריה של האלימות במשפחה ועל האירוע הספציפי, ולהציע מענה ותמיכה על פי הצרכים שעולים. בתחילת התהליך יש לוודא, כמובן, כי שלומו של נפגע האלימות ושלומם של יתר בני המשפחה מובטחים ולא נשקפת סכנה לבריאותם הפיזית או הנפשית
- איזון מושכל ורגיש בין ערך הזכות לאוטונומיה (individual autonomy) וקבלת החלטות עצמאית (self-determination) ובין ערך שמירה על טובת האדם והגנה עליו: כאשר מדובר בבגיר שאינו מוגדר חסר ישע, יש להימנע מקבלת החלטות במקום האדם עצמו. במקרה של קטינים וחסרי ישע, החקיקה שמה דגש בערך ההגנה על טובת הפרט, והיא גוברת על הזכות לאוטונומיה והגדרה עצמית. עם זה גוברת בשנים האחרונות ההכרה בזכות של כל קבוצה חברתית לקבלת החלטות ולאוטונומיה אישית, כולל קטינים וחסרי ישע (Unicef, 1989; United Nations [UN], 2006). אם כן, לצד החובה החוקית לדווח (חוק העונשין, התשל"א – 1971, תיקון התש"ן – 1989), יש להבטיח את ערך השותפות עם קטינים וחסרי ישע. שינוי מהותי זה בתפיסות החברתיות מתבטא בחוקים ובנהלים חדשים ובהכנסת סייגים אתיים ומנהליים בחקיקה הקיימת. לדוגמה, הכנסת תיקון לחוק הכשרות המשפטית והאפוטרופסות, התשכ"ב-1962, המכיר בקבלת החלטות נתמכת כחלופה לאפוטרופסות (2016)
- **יצירת נהלים, הנחיות ומנגנונים להסדרת האיתור, הדיווח והטיפול:** מטרתם להבנות תהליך מוסדר, עקבי ורציף שיהיה ברור לכל בעלי התפקיד הרלוונטיים. בין היתר, מומלץ לפתח שאלון מיכוי לאיתור האלימות במשפחה, שיהיה אחיד בכל היחידות הארגוניות (Interiano et al., 2018). יש כמה כלים המקובלים היום בעולם לאיתור האלימות, לפירוט ר' נספחים א'-ג'

- למרות ההמלצה להשתמש בכלי מיפוי מוסכם ואחיד, ארגון הבריאות העולמי **אינו** ממליץ על **מיפוי אוניברסלי** או תשאול שגרת של כל מטופל או מטופלת בעזרת כלי המיפוי הקיימים (WHO, 2013). על נותן השירות הרפואי לשאול את המטופלים על חשיפה לאלומות רק כשיש עדות לכך. עם זאת בחלק מן המדינות יש נהלים או המלצות לביצוע תשאול אוניברסלי של כלל המטופלים (Interiano et al., 2018) או של קבוצות מסוימות, למשל בישראל נדרש תשאול של כלל הנשים (חוזר מנכ"ל מספר 23/03, תשס"ד-2003)
- מומלץ למקם את **מרכזי הסיוע הראשוני** לנפגעי האלימות בתוך מרכזים רפואיים קיימים, דוגמת ה"מרכזים האקוטיים" בישראל (ר' הרחבה בסעיף 5.3.6), ולהימנע מהקמת מרכזים ייעודיים נפרדים (WHO, 2013). שירות ייעודי שאינו ממוקם במרכז רפואי קיים, נגישותו לנפגעי האלימות עלולה להיפגע בשל חוסר ידע והיעדר מודעות לקיומו, ובשל החשש מחשיפה
- **הפניה של נפגעי האלימות להמשך טיפול:** על אנשי הצוות להכיר היטב את גורמי הטיפול הרלוונטיים בתוך המערכת ומחוצה לה, לשם הפניית הנפגעים להמשך טיפול. ארגון הבריאות העולמי פרסם המלצות עקרוניות בנוגע לטיפולים רפואיים ורגשיים מומלצים עבור נפגעי אלימות במשפחה (WHO, 2013). עם זה גורמי הטיפול והשירותים הזמינים משתנים ממדינה למדינה. על אנשי הצוות להציע לנפגעי האלימות את **המידע** הרלוונטי ולסייע ביצירת קשר, בתיווך ובהפניה לשירותים הקיימים
- **שימוש במערכת ממוחשבת:** לשילוב מיטבי של הכלים לזיהוי האלימות במשפחה בתהליך הקליטה של המטופל במערכת ולהבטחת האיתור, יש להגדיר מי אנשי הצוות האחראים לקליטה הראשונית של המטופלים במערכת. הם יתעדו את הפניות ואת תוצאות התשאול בעזרת שאלוני המיפוי במערכת ממוחשבת כלל-ארגונית. בהתאם לכך תתריע המערכת על אינדיקציה לאלומות במשפחה ותציג את הצעדים להמשך האיתור והטיפול
- **הבטחת המשך הטיפול ודרכי התערבות מיטביות:** האחריות של מערכת הבריאות אינה מסתכמת במתן טיפול רפואי, באיתור ובדיווח. על אנשי המקצוע במערכת הבריאות לוודא המשך טיפול מקיף ואינטגרטיבי, בהתאם לצורכי הנפגעים. מסקירת הספרות עלתה המלצה לטיפול כוללני ארוך טווח הכולל ייעוץ וביקורי בית, כדי לתת מענה מקצועי גם לגורמים מגבירי סיכון כגון קשיים כלכליים, בעיות במסגרת התעסוקתית, קשיים וקונפליקטים במשפחה המורחבת והתמכרויות (Curry et al., 2018; UN, 2013)
- **משוב ומעקב:** יש לייצר תהליך משוב ומעקב לאנשי המקצוע המפנים נפגעי אלימות לגורמים אחרים להמשך טיפול. התהליך יבטיח שאנשי המקצוע יקבלו אישור על כך שהפנייתם או הדיווח שלהם התקבלו ויש המשך טיפול בנפגעים, או לחלופין יהיה עליהם לוודא זאת. פרט לחשיבות המשוב והמעקב לאיכות הטיפול עבור מקבלי השירות, הם יוכלו לאמת את החשדות בדבר הפגיעה ולתרום ללמידה של הצוות. לשם כך יש צורך בהסכמה מדעת של הנפגעים. כמו כן חשוב להגדיר קריטריונים להשלמת ההתערבות במערכת
- **הכשרה, ליווי וייעוץ לאנשי צוות:** יש צורך בהדרכה ובהכשרה ייעודיות וכן בליווי מקצועי שוטף עבור עובדי מערכת הבריאות, המעניקים תמיכה וסיוע לנפגעי האלימות. על ההכשרה לעסוק במגוון ההיבטים הכלליים של איתור אלימות במשפחה וטיפול בנפגעים, ובד בבד להדגיש היבטים ייחודיים של כל אחת מן הקבוצות באוכלוסייה שהם פוגשים (ילדים, נשים, גברים זקנים ואנשים עם מגבלות). חשוב שנושא האלימות במשפחה ייכלל כבר במסגרת תוכנית הלימודים לקבלת התואר, ולאחר מכן יינתנו המשך הכשרה וליווי מקצועיים עבור אנשי צוות המספקים מענה וטיפול (NICE, 2021)

בכל הנוגע להכשרות וייעוץ מקצועי שוטף לאנשי הצוות, מומלץ להיעזר בפרקטיקות המיטביות האלה:

- **פיתוח ידע:** מומלץ לפעול לפיתוח ידע מקצועי לאיתור וטיפול מיטביים. אפשר לעשות זאת, בין השאר, באמצעות מפגשים תקופתיים של צוותים רב-מקצועיים לשם דיון במקרים מורכבים, או באמצעות מיסוד הפצה של ידע והתפתחויות חדשות בתחום (Hlady, 2015)
- **הנגשת הידע והמידע העדכניים בתחום:** מומלץ להפיץ את הידע המקצועי העדכני לאנשי הצוות בדרכי הפצה מגוונות כגון דיונים באמצעות תיאורי מקרה בשיבות צוות, הרצאות ולומדות מקוונות, ושליחה של עדכונים תקופתיים קצרים ומחקרים רלוונטיים חדשים בדואר אלקטרוני
- **שיתופי פעולה ותיאום:** יש לפתח ולהעביר את ההכשרות וההדרכות בנושא בשותפות ובתיאום עם גורמים מקצועיים אחרים מלבד מערכת הבריאות, ובהם גורמי רווחה, חינוך, איכפת החוק ומשפט
- **הכשרה דיפרנציאלית:** מומלץ להתאים את ההכשרה לקבוצות של אנשי המקצוע, בהתאם לתפקידם ולמעורבותם באיתור ובטיפול (NICE, 2014) ובהתאם לקהל היעד שלהן. לצורך התאמה דיפרנציאלית של ההכשרה, יש להגדיר תחילה מה רמת הידע והמומחיות הנדרשים מכל בעל תפקיד במערכת לאיתור וטיפול מיטביים בנפגעי האלימות במשפחה. במדריך הארגון NICE (2014) יש פירוט של ארבעה סוגי הכשרה עבור אנשי צוות לפי תפקידם, החל בכלל עובדי מערכת הבריאות בקהילה וכלה בעובדים ייעודיים לאלימות במשפחה, הזנחה ופגיעה מינית. פרט לכך, יש פירוט של הכשרה לאנשי צוות בתחומים המשיקים לאלימות במשפחה, כמו שימוש בחומרים ממכרים ובעיות התפתחות אצל ילדים. תכני ההכשרה משתנים בהתאם לתפקידם של עובדי המערכת באיתור ובטיפול. בהכשרה לעובדי הצוות צריכים להיות דגשים מקצועיים ואתיים בסיוע, ובהם עקרונות לשיח רגיש שאינו שיפוטי, מתן תחושת ביטחון, תמיכה וסיוע וכן מידע והפניה לשירותים הרלוונטיים. הכשרות העומק המיועדות לאנשי הצוות האחראים לטיפול ישיר בנפגעי האלימות, צריכות לכלול, בין השאר, ניהול סיכונים, בניית תוכנית להמשך טיפול וכלים ומומנויות לליווי וייעוץ מקצועי לצוות המטפל
- **אופן ההכשרה:** הכשרה של אנשי צוות המעניקים טיפול ישיר לנפגעי האלימות, צריכה להיות פרונטלית ולכלול התנסות באמצעות תרגילים וסימולציות. הדרכות שאינן כה מעמיקות יכולות להיערך גם באמצעות כנסים, ימי עיון והרצאות, מפגשים פרונטליים וגם בלמידה מקוונת מרחוק בעזרת יישומונים (NICE, 2021)

4. הגדרת סטנדרטים, מדידה והערכה

כדי ליישם כהלכה את המדיניות לטיפול בנפגעי אלימות, חשוב להגדיר מדדי איכות ולפיהם לגבש ולהטמיע תהליכי מדידה והערכה, ולרכזם במאגרי נתונים. לאיסוף הנתונים שלושה תפקידים: (1) לאסוף מידע על השירותים ולתעד אותם; (2) להעריך את התוכניות לאיתור, לטיפול ולמניעה ולהשוות ביניהן, לצד התחשבות בשונות בין המאפיינים הייחודיים של היחידות הארגוניות; (3) לעמוד על שינויים ומגמות לאורך זמן. ארגון הבריאות העולמי אף המליץ להוסיף את ההערכה של איכות הטיפול באלימות במשפחה להליכים הארגוניים להבטחת איכות בשירותי בריאות (WHO, 2013). על סמך הספרות שנסקרה, אפשר להציע כמה פרקטיקות מיטביות בתחום זה של מדידה והערכה:

- **הגדרת סטנדרטים:** לצורך פיתוח של מערכות למדידה והערכה, יש להגדיר את התוצאות הרצויות ברמת הפרט וברמת הארגון, ולפיהן לקבוע את דרכי הפעולה ואת **הסטנדרטים** ליישום מיטבי (The Women's Hospital and Bendigo Health, 2016). הסטנדרטים ישמשו בסיס למעקב ולבקרה על האיכות ועל השגת תוצאות הרצויות שהוגדרו בשלבי התכנון הראשוניים
 - **קביעת מדדי איכות ברמת הארגון או השירות:** נוסף על איסוף הנתונים על איתור נפגעי אלימות וטיפול בהם, מומלץ כי יחידות וארגוני בריאות יערכו מדידה שוטפת של **מדדים ארגוניים, תפוקתיים ותוצאתיים**, להטמעת המדיניות בארגון (The Women's Hospital and Bendigo Health, 2016). מדידה כזאת תכלול איסוף נתונים על השגת תוצאות ארגוניות: שיפור רמת הידע והמומחיות של אנשי הצוות בתחום, יישום נהלים והנחיות בתחום, הגברת התיאום ושיתוף הפעולה בין הארגון ובין גורמים רלוונטיים אחרים, גידול במספר מקרי האלימות שאותרו וטופלו, גידול בהפניות להתייעצות עם מומחים בנושא אלימות במשפחה, ועוד שינויים בתרבות הארגונית הקשורה לטיפול באלימות במשפחה. לשם מעקב שוטף ושיפור המדיניות לפי התוצאות הרצויות, יש לערוך את המדידה בקביעות, פעם בתקופת זמן מוגדרת
- המדריך של NICE (2016) מגדיר ומפרט ארבעה מדדי תפוקה עיקריים לבחינת איכות השירות הניתן לנפגעי אלימות במשפחה במערכת הבריאות: (1) כשיש עדויות או חשד ראשוני, נפגעי האלימות נשאלים על ידי אנשי הצוות במהלך שיחה אישית במקום שקט, על פגיעתם בגלל אלימות במשפחה; (2) אנשי הצוות עוברים הכשרה ייעודית לרכישת ידע, כלים ומיומנויות; (3) אנשי הצוות הפוגשים את הנפגעים מפנים אותם לאנשי מקצוע ומטפלים רלוונטיים להמשך טיפול; (4) הפוגעים מופנים לאנשי מקצוע ומטפלים מומחים בתחום (NICE, 2016).

5.1.2 פרקטיקות מיטביות ייחודיות לאיתור ולטיפול בנפגעי אלימות במשפחה, בהתאם מאפיינים ייחודיים של קהלי היעד

- פרט לפרקטיקות המיטביות הכלליות המיועדות לטיפול בכל נפגעי האלימות, יש כמה פרקטיקות מיטביות ייחודיות, בהתאם למאפייני אוכלוסיות ספציפיות ולצורכיהן (NICE, 2017):
- **הנגשה קוגניטיבית:** כדי להנגיש את המפגש בין איש מקצוע לילד, לאדם עם מוגבלות קוגניטיבית או לזקן עם דמנציה, יש להשתמש בכלים להנגשה קוגניטיבית, בראש ובראשונה בפישוט לשוני. מומלץ גם לנסות להיעזר בערוצי תקשורת אחרים, ובהם אמצעים השלכתיים כמו ציור, מוזיקה, ריקוד, טקסטים ספרותיים ובעלי חיים. כל זאת בהתאם לנטיות, ליכולות ולצרכים האישיים של הנפגע. כאשר מדובר בילד, חשוב לוודא שהתמיכה תואמת את השלב ההתפתחותי שלו (פעוט, טרום-מתבגר, מתבגר וכדומה). כמו כן חשוב להקפיד לתעד את השיחות עם הילד או עם האדם עם מוגבלות במדויק, ולהשתמש במילים, בשיום אברי הגוף, במעשים ובתיאורים המדויקים שבהם השתמש הנפגע
 - **חובת דיווח והסכמה מדעת:** במקרה של קטינים וחסרי ישע, חשובה חובת הדיווח של עובדי מערכת הבריאות לגורמי רווחה ומשטרה, כפי שנעשה כיום בישראל ובמרבית המדינות בעולם המערבי. זאת ועוד, חלק מן הבדיקות ומן ההליכים הרפואיים מצריכים קבלת הסכמה מדעת של הורה הילד או של האפוטרופוס (במקרה של אדם עם מוגבלות או זקן שמונה לו אפוטרופוס). כבר בשיחה הראשונה על איש המקצוע לפרט ולהסביר לנפגע מתי עליו לדווח או לערב את בני המשפחה או גורמי מקצוע

אחרים, ומתי יוכל להבטיח סודיות. אם ההורים או האפוסטרופוסים הממונים חשודים כפוגעים, יש להגדיר גורמים חלופיים לצורך קבלת הסכמה לבדיקות ולהליכים רפואיים אחרים

בנוגע לאלימות כלפי בגירים, תקנות בריאות העם (הודעה על חשש אלימות) התשל"ו-1975 קובעות כי במצב שמתעורר חשד שמטופל הגיע לבית החולים עם פגיעה עקב אלימות, על הצוות הרפואי המטפל בו לדווח על כך למשטרה באופן מיידי. חובת הדיווח חלה בבתי חולים כלליים והיא נוגעת רק לנפגעים הפונים לטיפול רפואי בגין האלימות שחוו. לעומת תקנות בריאות העם התשל"ו-1975 הקובעות את חובת הדיווח למשטרה בבתי חולים, במוסדות הבריאות בקהילה חלה חובת הסודיות, בהתאם לחוק הגנת הפרטיות, התשמ"א-1981, האוסרות על דיווח לגוף שלישי ללא הסכמה ישירה של נפגעי האלימות, למעט מקרים שבהם יש חובת דיווח על פי סעיף 368 לחוק העונשין התשל"ז-1977

- **מעורבות המשפחה:** כאשר מדובר בקטין או בחסר ישע שנפגעו על ידי בן משפחה, חשוב לערב ולשתף את בני המשפחה האחרים ולבסס עימם יחסי אמון כדי לתמוך בתהליכי הבדיקה והטיפול. משמע לצד התמיכה והסיוע לילד או לחסר הישע, אנשי המקצוע הרלוונטיים צריכים להציע למשפחה הקרובה מידע, תמיכה וסיוע ולספק מענה לאתגרים המורכבים של ההתמודדות עם המצב
- **חינוך והסברה:** חשוב לקדם הסברה ופעילויות חינוכיות לצמצום ההשפעה של נורמות ותפיסות חברתיות פוגעניות העלולות לעודד ולהצדיק אלימות כלפי ילדים, נשים, אנשים עם מוגבלות, זקנים וקבוצות נוספות. יש לערוך פעילויות הסברה וחינוך הן בקרב האוכלוסייה הכללית הן בקרב קבוצות בסיכון מוגבר לפגיעה, כגון נשים וילדים, ילדים עם מוגבלות, אנשים עם מוגבלויות קוגניטיביות ובעיות תקשורת. חשוב לשים לב להתאמה ולהנגשה הפיזית, התרבותית, הקוגניטיבית והשפתית
- **מומחים בעלי ידע והתמחות בטיפול בקבוצות ספציפיות:** בתוך צוותים רב-מקצועיים לאיתור ולטיפול באלימות במשפחה, חשוב לכלול מומחים בעלי התמחות רלוונטית לקבוצה ספציפית באוכלוסייה, כגון רופאי ילדים, גריאטרים או רופאי נשים לסיכום, יש מגוון פרקטיקות מיטביות לאיתור נפגעי אלימות במשפחה ולטיפול בהם במערכת הבריאות. יש פרקטיקות כלליות ויש ייחודיות המותאמות לקבוצות באוכלוסייה, כגון ילדים, נשים, זקנים ואנשים עם מוגבלות. עם זה במסמכים שנסקרו חסרה העמקה, הכרעה או לכל הפחות הגדרת תבחינים שיסייעו להפעיל שיקול דעת ולהחליט בנושאים מורכבים כמו מעורבות ושיתוף של בני המשפחה הפוגעים. כמו כן חסרות הנחיות לפרקטיקות מיטביות המתייחסות להתמודדות הצוות בכל הקשור לאלימות כלפי אנשים בגירים שאינם חסרי ישע.

5.2 מנגנונים ממוסדים בעולם לאיתור נפגעי אלימות משפחה במערכת הרפואית ולטיפול בהם

בפרק זה יובאו מנגנונים בעולם שעלו מן הסקירה. המנגנונים מיועדים לאיתור נפגעי אלימות במשפחה ולטיפול בהם. המנגנונים יוצגו לפי קהל היעד שלהם: קטינים, בגירים וזקנים. תחילה יוצגו מנגנונים המיועדים לקטינים, ובהם צוותים רב-מקצועיים הפועלים בקנדה, ועובדים סוציאליים הפועלים במרפאות בקהילה בארצות הברית. לאחר מכן יוצגו מנגנונים המיועדים לבגירים: תשאלו על

ידי הצוותים הרפואיים בבתי חולים באוסטרליה ובארצות הברית, ומנגנון ממוחשב לאיתור באנגליה. לאחר מכן יוצג מנגנון לזקנים המשיק לעבודת מערכת הבריאות – מרכז פורנזי לפגיעה בזקנים הפועל בלוס אנג'לס, ארצות הברית. לבסוף יוצגו במרוכז כלל המנגנונים לאיתור ולטיפול במערכת הבריאות בישראל.

5.2.1 מנגנונים לאיתור וטיפול בילדים נפגעי אלימות במשפחה

קנדה – צוותים רב-מקצועיים לאיתור ילדים נפגעי אלימות במשפחה ולטיפול בהם בפרובינציית בריטיש קולומביה שבקנדה יש חמישה צוותים הנקראים SCAN (Suspected Child Abuse and Neglect), ותפקידם העיקרי הוא אבחון ילדים נפגעי אלימות והזנחה וטיפול בהם. הצוותים משויכים לבתי החולים בפרובינציה, וחברים בהם רופאים כלליים, רופאי ילדים, אחים, פסיכולוגים, פסיכיאטרים, עובדים סוציאליים, מטפלים במשחק וצוות אדמיניסטרטיבי. לצוותים יש מומחיות בתחום הפגיעה וההזנחה של ילדים, ונוסף על תפקידם העיקרי באבחון ובטיפול, הם עוסקים בהדרכה של צוותים רפואיים אחרים בנושא (Hlady, 2015).

הצוותים האלה משמשים ככוננים בבתי החולים לאבחון ילדים ולטיפול בהם כשמתעורר החשד שהם סובלים מפגיעה או מהזנחה במשפחה. בחלק מבתי החולים חברי הצוות פועלים מתוך בית החולים עצמו, וכך הם יכולים להיות זמינים לבחינת מקרים ולטיפול בהם בו במקום. כמו כן במסגרת עבודתם בקהילה,¹⁰ כלל הצוותים מקבלים מטופלים שמופנים אליהם לבחינת אלימות והזנחה. בדיקת המטופלים הן בקהילה הן בעבודתם ככוננים בבתי החולים, כוללת בחינה של היסטוריה רפואית ופסיכו-סוציאלית, ייעוץ ובדיקה גופנית מקיפה. במידת הצורך נאספות ראיות פורנזיות (למשל, במקרה של פגיעה מינית או פיזית ושל הזנחה פיזית), והמטופל מופנה להמשך טיפול ותמיכה בקהילה. לאחר הבדיקה הצוותים מכינים דוח משפטי-רפואי, שלאחר מכן יוכלו לקרוא אותו אנשי מקצוע אחרים¹¹ (Hlady, 2015).

ארצות הברית – תוכנית לאיתור וטיפול על ידי עובדים סוציאליים במרפאות ילדים בקהילה ברשת מרפאות הילדים "סטנפורד" שבקליפורניה ובנבאדה בארצות הברית, מיושמת תוכנית הנקראת SCAN Program, ומטרתה לאתר, להגיב ולנהל מקרים שבהם יש חשד לפגיעה בילדים או להזנחתם. במסגרת התוכנית לכל מרפאה מוקצים עובדים סוציאליים המתמחים בהתעללות בילדים, והם זמינים להתייעצות ולטיפול במקרים בכל שעות היממה (- SCAN Program) (Stanford Medicine, n.d).

¹⁰ בדומה למערכת הבריאות בישראל, גם בקנדה עובדי מערכת הבריאות יכולים לעבוד בבתי חולים לצד עבודה בקהילה

¹¹ פרטי הדוח כפופים למגבלות נוהלי חופש המידע של בריטיש קולומביה

5.2.2 מנגנונים לאיתור מבוגרים נפגעי אלימות במשפחה ולטיפול בהם

אוסטרליה – תשאל על ידי הצוותים הרפואיים בבתי חולים

במדינת ניו סאות' ויילס שבאוסטרליה החלו ליישם מתחילת שנות ה-2000 שיטה לאיתור נפגעים המגיעים לחדרי המיון בבתי החולים, ולטיפול בהם. לפי שיטה זו, הצוותים הרפואיים עוברים הכשרה לאיתור פגיעות המאפיינות אלימות במשפחה. כשעולה חשד לפגיעה כזו בקרב מטופל או מטופלת המגיעים לחדר המיון, הם יעברו תהליך סריקה (screening). בתהליך הסריקה יישאלו המטופל או המטופלת כמה שאלות איתור. התהליך נערך בחדר נפרד, ביחידות, כלומר ללא נוכחות של בני משפחה (מותרת נוכחות של ילדים קטנים עד גיל שלוש) או חברים (Ramsden & Bonner, 2002). שאלות האיתור הן שאלות ישירות על חשיפה לאלימות במשפחה, לדוגמה:

- האם במשך השנה האחרונה בן/בת זוגך הנוכחי/ת או לשעבר היכה/היכתה אותך, סטרה/ך או הכאיבה/ך בדרכים אחרות?
- האם אתה פוחדת/מבן/בת זוגך הנוכחי/ת או לשעבר, או מאדם אחר במשפחתך?
- האם אתה דואגת לביטחון האישי שלך בביתך?
- האם אתה דואגת לביטחון האישי של ילדיך?

מי שזוהה כנפגע אלימות במשפחה, ייפגש עם העובד הסוציאלי של בית החולים, ויוצעו לו אפשרויות להמשך טיפול כמו פנייה למשטרה, פנייה לשירותי הרווחה, מידע על שירותים בסביבה וסידור מקום שהייה ללילה. לאחר הטיפול, על העובד הסוציאלי לתעד את המקרה בהתאם לנדרש על פי חוק עבור איתור של אלימות במשפחה (Ramsden & Bonner, 2002).

מינסוטה, ארצות הברית

במדינת מינסוטה פועל פרויקט המבוסס על שיתוף פעולה בין נציגי אקדמיה, נציגי ארגון לטיפול באלימות במשפחה ורופאים במרכזים הרפואיים CSC – Clinics and Surgery Center הפועלים בקהילה. במסגרת הפרויקט כל המטופלים במרפאות עוברים תהליך של איתור נפגעי אלימות בין-זוגית לפחות אחת לשלושה חודשים. תהליך האיתור כולל את שאלון HARK, המוטמע במערכת הממוחשבת של התיקים הרפואיים של המטופלים. HARK הם ראשי תיבות של: Humiliation, Afraid, Rape, Kick – האם בשנה האחרונה המטופל או המטופלת הושפלו על ידי בן זוג או בת זוג נוכחיים או קודמים? האם הם פוחדים ממנו? והאם הם חוו אלימות מינית או אלימות פיזית? למטופלים שזוהו כנפגעים, עושה הצוות הרפואי המטפל "הערכת מסוכנות", ולפיה יחליט אם להפנות את המטופל לעובד סוציאלי או לרופא מצוות בריאות התנהגותית (BHT – Behavioral Health Team). נציגי הצוות יכול לעשות הערכת מסוכנות נוספת והערכה פסיכולוגית, ולאחר מכן להפנות את המטופל למענים רלוונטיים בקהילה (כגון טיפול רגשי, ייעוץ משפטי, סיוע כלכלי ופתרונות דיור), ובמידת הצורך גם לתווך עבורו את השירותים (Clark et al., 2019).

אנגליה – מנגנון איתור ממוחשב

באנגליה יש מנגנון לטיפול באלימות במשפחה במוסדות הרפואיים הכולל: מנגנון לאיתור (screening) של נפגעי אלימות במשפחה באמצעות המערכת הממוחשבת של המוסד הרפואי, טיפול והפניה לאחר האיתור. לצד אלו יש מערך הדרכה ארגוני. המנגנון גובש ומופעל על ידי ארגון אזרחי בשם IRIS, הפועל למען קידום המענים הרפואיים לנפגעי אלימות מגדרית (Sohal et al., 2020).

אם הוזנו למערכת הממוחשבת של המרפאות סימפטומים ואינדיקטורים המקושרים לאלימות במשפחה, תישלח לרופא התרעה במערכת. בהתרעה יצוין כי יש לשקול אפשרות של פגיעה במשפחה, ולבדוק אותה באמצעות שאלות HARK (ר' מעלה). אם התשובה לאחת או יותר מן השאלות האלה היא "כן", יועברו פרטי המטופל אל מומחה לאלימות במשפחה של המרפאה. המומחה יפגוש את המטופל בתוך המרפאה, וידאג להפניה ולתיווך של שירותים בקהילה עבורו. נפגעי אלימות במשפחה יכולים לפנות ישירות אל אותו מומחה, ופרטיו מופיעים על גבי שילוט ובפרסומים במרפאה (Sohal et al., 2020).

זאת ועוד, הצוות הניהולי עובר הדרכה יסודית בנושא של אלימות במשפחה, והדרכת ריענון אחת לשנתיים. פרט לכך עבור כל מרפאה ממונה רופא כללי האחראי לקשר עם הארגון המפעיל את התוכנית, ולהכשרה הקלינית בנושא במרפאה (Sohal et al., 2020).

5.2.3 מנגנונים לאיתור זקנים נפגעי אלימות וטיפול בהם

אומנם בספרות המקצועית בתחום האלימות במשפחה יש התייחסות מיוחדת לאלימות כלפי זקנים, והדגשה של התפקיד המרכזי של מערכת הבריאות באיתור הפגיעות בהם, אולם לא נמצאו מנגנונים ייעודיים לזקנים במערכות הבריאות בעולם. עם זה נמצא מנגנון משיק למערכת הבריאות.

ארצות הברית – מרכז פורנזי לפגיעה בזקנים – צוותים רב-מקצועיים להרשעת פוגעים בזקנים בלוס אנג'לס פועל מרכז פורנזי, והוא מאגד כמה גורמי מקצוע רלוונטיים. הם פועלים יחד כצוות רב-מקצועי, לאיסוף המידע והראיות הדרושים להעמדה לדין של פוגעים בזקנים. גורמי המקצוע במרכז מגיעים מן התחומים: משפטים, אכיפה, רפואה ושירותים חברתיים. במסגרת עבודתו הצוות הרב-מקצועי מקבל דוח לבחינה. הדוח מועבר משירותי הגנה למבוגרים (Adult Protective Services) או מגורמי אכיפה. הצוות הרב-מקצועי בוחן את הדוח ואת המידע הדרוש כדי להחליט אם נדרשות פעולות משפטיות (פרופיל של הנפגע, פרופיל של הפוגע, פרטי המקרה הנדון). אם מתעורר חשש לסכנה פיזית או לפגיעות כלכלית או לעבירה על החוק, הצוות ממליץ על נקיטת פעולות משפטיות במישור הפלילי כגון הגשת תביעה, צו הרחקה או מעצר. אם לא נעשתה עבירה על החוק, והנפגע אינו בסכנה פיזית או פגיעות כלכלית, הם מפנים אותו לעזרה שלא דרך המערכת המשפטית כגון שירותי רווחה, ייעוץ משפטי וטיפול רפואי (Wilber et al., 2014).

5.3 המנגנונים במערכת הבריאות בישראל - איתור נפגעי אלימות במשפחה והטיפול בהם

5.3.1 'ועדות אלימות' – צוותים רב-מקצועיים לאיתור נפגעי אלימות במשפחה

בישראל הנושא מעוגן במגוון הוראות חוק, בתקנות ובחוזרי מנכ"ל משרד הבריאות ומינהל הרפואה, כולל חוק הנוער (תש"ך-1960), תקנות בריאות העם (התשל"ו-1975), החוק למניעת אלימות במשפחה (תשנ"א-1991) ובייחוד תיקון לחוק העונשין בנושא פגיעה והתעללות בחסרי ישע (חוק העונשין, התשל"א-1971, תיקון התש"ן-1989). פרט לחובת הדיווח על מעשי אלימות כלפי חסרי ישע, חקיקה זו מטילה על מוסדות הרפואה ועל הרופאים והצוות הסייעודי המטפלים אחריות מקצועית וציבורית גבוהה בזיהוי מקרי אלימות ובנקיטת פעולות מתאימות.

זיהוי תופעת האלימות במשפחה בקרב מטופלים נועד לאפשר, נוסף על קבלת טיפול רפואי, גם הפניה להמשך טיפול ארוך טווח של גורמי הרווחה והבריאות. לשם כך לא די בחקיקה הפורמלית, ונחוצה גם הכשרה והדרכה של גורמי הרפואה העשויים להיתקל במקרים כאלו. כאמור, לשם קידום הנושא במערכת הבריאות, הוחלט על הקמתן של ועדות קבועות בנושאים אלימות במשפחה, ניצול מיני, אלימות כלפי קטינים וחסרי ישע והזנחתם. ייעודן: להוביל ולקדם את האיתור והטיפול בנפגעי אלימות בארגוני הבריאות. בשנת 1990 הנהח משרד הבריאות להקים ועדות אלימות בבתי החולים ובלשכות הבריאות (חוזר מנכ"ל משרד הבריאות 20/90, 1990), ובשנת 2003 הורחבה ההנחיה לכלל שירותי הבריאות, לרבות בקהילה: בתי החולים הכלליים, הגריאטריים והפסיכיאטריים, לשכות הבריאות המחוזיות והנפתיות, מחוזות קופות החולים ומרפאות לבריאות הנפש. מלבד זה הוחלט כי במסגרת הוועדה הכללית יפעלו תתי-ועדות מקצועיות לנושא הטיפול בילדים, בנשים ובזקנים נפגעי אלימות במשפחה (חוזר מנכ"ל משרד הבריאות 26/03, 2003).

כיום פועלות כ-240 ועדות בשירותי הבריאות השונים בארץ. על פי החוזר משנת 2003, הוועדה מורכבת מרופא המשמש כיו"ר, עובד סוציאלי המשמש כמרכז, אח, ובמידת הצורך גם פסיכיאטר, פסיכולוג או אנשי מקצוע אחרים, והיא מתפקדת כצוות רב-מקצועי לאיתור ולטיפול בהתאם לפרקטיקות המיטביות (להרחבה ר' פרק 5.1). הוועדה משמשת הן לאיתור הנפגעים ולטיפול בהם הן לייעוץ, הדרכה והכשרה של צוותים מקצועיים בנושא. תפקידי הוועדה המפורטים הם (פסח ואגמון, 2007):

- לשמש גורם מייעץ לצוות בתהליך הזיהוי, הטיפול, הדיווח, השחרור והמעקב של נפגעי אלימות במשפחה
- להבטיח את יישום חובת הדיווח והיידוע כנדרש בחוק ובנוהל
- לפתח וליישם דרכי עבודה משותפות עם שירותים בקהילה
- לערוך תוכניות הדרכה והכשרה לעובדי הארגון
- לפתח תוכניות למניעה, זיהוי ואיתור מוקדם
- ליזום ולהפעיל כלים להבטחת איכות הטיפול
- לרכז נתונים לניטור התופעה בהיבטיה הבריאותיים בארגון
- לייעץ להנהלת הארגון בתחום שבאחריותה

5.3.2 הליך הטיפול במקרה של חשד לאלימות במשפחה

ישנם נהלים ברורים ומפורטים לאיתור ולטיפול בנפגעי אלימות במשפחה (חוזר מנכ"ל משרד הבריאות 25/03, תשס"ד-2003). הנהלים בנוגע לנשים (חוזר מנכ"ל משרד הבריאות 23/03, תשס"ד-2003) קובעים כי חלה חובה על כל עובדי מערכת הבריאות לערוך תשאול אוניברסלי של מטופלות בביקורים ראשונים, של נשים הרות ולאחר לידה, עם כל שינוי בסטטוס משפחתי או אישי, ובכל מקרה שמתעורר חשד לפגיעה. התשאול הוא באמצעות שאלה ישירה על חשיפה לאלימות במשפחה ופגיעה בגללה. בקרב אוכלוסיות אחרות אין כיום נהלים לתשאול אוניברסלי אלא רק אם כן עלה החשד לפגיעה.

אם מתעורר חשד לאלימות במשפחה, נערכת בדיקה גופנית ונפשית מקיפה ומועברת קריאה לעובדת סוציאלית כוננת בבית חולים או לעובדת הסוציאלית המרכזת את הוועדה הקבועה לאלימות במשפחה בשירותי הבריאות בקהילה (לשכות הבריאות/ מחוזות קופות החולים). כאשר מדובר בתקיפה מינית, לנפגעי התקיפה ניתן טיפול באחד מן המרכזים הרב-תחומיים הייעודיים לטיפול בנושא במסגרת בתי החולים (חוזר מנכ"ל משרד הבריאות 7/2022, 2022) (ר' הרחבה בסעיף 5.3.6 'מרכז אקוטי'). הבדיקות והטיפול במסגרת מרכזים אלו הם רב-תחומיים וכוללים בדיקה רפואית-משפטית, טיפול רפואי וסיעודי מונע וטיפול פסיכו-סוציאלי. הנהלה מגדיר את הליך הבדיקה והטיפול בכל התחומים.

בכל מקרה של חשד סביר לאלימות, תקיפה או התעללות בילד או בחסרי ישע, חלה חובה לדווח לעובדת סוציאלית כוננת בבית חולים או לעובדת סוציאלית המרכזת את הוועדה הקבועה לאלימות במשפחה, וכן יש חובה לערוך בדיקה פיזית מקיפה לנפגע. אם החשד מאומת, חלה על המטפל חובת דיווח אישית וישירה לעובד סוציאלי לפי חוק (בהתאם למקרה) ולמשטרה (חוזר מנכ"ל משרד הבריאות 25/03, תשס"ד-2003), ויש להתיעץ עם חברי ועדת האלימות בארגון. יש אפשרות להיוועצות תחילה עם עובד סוציאלי לפי חוק גם ללא מסירת פרטים מזהים. על המטפל לתעד היטב ולפרטי-פרטים את הנתונים שנמסרו ואת הראיות שנמצאו במהלך אבחון, הטיפול והבירור. לאחר הדיווח והפנייה לגרמי הטיפול הרלוונטיים, על המטפל לוודא כי הנפגע אכן הגיע, נבדק וטופל ולעקוב אחר תוצאות הבירור.

5.3.3 הכשרה והדרכה

נוסף על הליך האיתור והליך הטיפול, בחוזר מנכ"ל משרד הבריאות 25/03 (2003) נקבע כי על מנהל המחוז או הארגון לערוך הכשרה תקופתית לצוותים המקצועיים בנושא אלימות במשפחה. בשנים מאז הקמתן, עברו נציגי הוועדות הכשרות מגוונות שהקנו להם ידע וכלים הנחוצים להם במילוי תפקידם. ההכשרות של חברי ועדות האלימות מאפשרות להטמיע את הידע בקרב אלו שאמורים להפוך בעצמם לגורם מיעץ ומדריך עבור צוותים רפואיים וסיעודיים. למשל, בשנת 2007 נערכו שתי השתלמויות להכשרת חברי ועדות אלימות במסגרת פיילוט לתוכנית הכשרה לכלל חברי הוועדות. בכל השתלמות השתתף קהל יעד הטרוגני המורכב מרופאים, מאחיות ומעובדות סוציאליות בעלי ידע וניסיון בתחום. המשתתפים היו עובדי קופות חולים, לשכות בריאות ובתי חולים. ההשתלמויות היו מורכבות משני חלקים: (1) סדנה שנמשכה יומיים רצופים עם יועצת ארגונית והוקדשה לגיבוש הוועדה ולפיתוח מימוניות של עבודת ועדה; (2) סדנה חד-יומית במרכז לסימולציה רפואית (מ.ס.ר) שהוקדשה בחלקה לתרגול עבודה פרטנית עם נפגעות אלימות, ובחלקה לתרגול עבודת ועדה.

במחקר הערכה שנערך במכון מאיר-רס-ג'וינט-ברוקדייל נמצא כי המשתתפים הביעו שביעות רצון גבוהה מן ההשתלמות והרגישו שלהשתלמות הייתה תרומה גבוהה לקידום הידע והמיומנויות של עבודת ועדה, אולם תרומה נמוכה יותר להגברת הידע והמיומנויות בטיפול באלימות. בעקבות ההשתלמות חל שיפור ברוב התחומים שנבדקו אצל המשתתפים, ובהם תחושת מסוגלות לזיהוי אלימות ולטיפול בה, הכרת נוהל ועדות אלימות, תחושת מסוגלות בייעוץ לעובדים אחרים בנושא אלימות, כלים לביצוע משימות של הוועדה (אשכנזי ורוזן, 2007).

מאז לא נערכו הכשרות דומות, אלא נערכות הכשרות תקופתיות בהיקף מצומצם בלבד. מאז התפרצות מגפת הקורונה בשנת 2020, חלק גדול מן ההכשרות הן מקוונות באמצעות הרצאות ולמידות. הנחיות בנוגע להכשרות, ובכלל זה קביעת סדרי עדיפויות בנוגע לתכנים והגדרת הקריטריונים להפניית אנשי צוות אליהן, מתעדכנות באופן תקופתי על ידי המחלקה לטיפול באלימות במשפחה ותקיפה מינית בשירות הארצי לעבודה סוציאלית של משרד הבריאות.

5.3.4 ניטור התופעה, העברת מידע ואיסוף הנתונים

על פי חוזר מנכ"ל משרד הבריאות 26/03 (2003), על הוועדה להתכנס לפחות פעם אחת ברבעון ולדווח להנהלת הארגון לפחות פעמיים בשנה. פרט לכך על העובד הסוציאלי המרכז את הוועדה הקבועה לנושא האלימות בלשכת הבריאות המחוזית, לכנס לפחות פעם אחת בשנה את מרכזי ועדות האלימות של שירותי הבריאות המחוזיים: ראשית, כדי לעמוד על היקף התופעה במחוז; שנית, כדי לקדם את שיתוף הפעולה בין גורמי הבריאות האזוריים ולהבטיח רצף טיפולי בהליך האיתור של הנפגעים והטיפול בהם.

מכיוון שקרו מקרים שנפגעי אלימות במשפחה ביקרו בכמה בתי חולים ולא אותרו, הנהל בחוזר מנכ"ל משרד הבריאות 20/03 (2003) מסדיר אפשרות של בדיקת היסטוריה של פניות לבתי חולים כאשר מתעורר חשד בנוגע לקטין או לחסר ישע וכן במקרים מיוחדים. הבדיקה יכולה להיעשות באמצעות מערכת ממוחשבת הפועלת במרבית בתי החולים. אם אין מערכת או שהיא אינה תקינה, ניתנת הרשאה לעובדת הסוציאלית לערוך בדיקות באמצעות פקידי הקבלה כדי לאסוף מידע על אשפוזים קודמים.

איסוף נתונים באמצעות שאלונים וכלי בקרה הוא גם אמצעי חשוב להעלאת המודעות ולהטמעת חשיבות האיתור והטיפול בקרב עובדי מערכת הבריאות. חוזר מנכ"ל משרד הבריאות 26/03 (2003) קובע את הנהלים לאיסוף הנתונים לניטור התופעה. לשם כך מרכז הוועדה הקבועה לנושא אלימות במשפחה בכל ארגון, מחויב להעביר נתונים לא מזוהים פעם אחת בחודש למרכזת ועדת ההיגוי הארצית. מאגר הנתונים הארצי של משרד הבריאות פועל משנת 1992 ומכיל נתונים סטטיסטיים על היקפי האיתור של נפגעי אלימות במשפחה והטיפול בהם: סוג האלימות, הגורם הפוגע, תסמינים לפגיעה, מקום האיתור וגורמים להמשך הטיפול.

בשנת 2010 ערך האגף להבטחת איכות של משרד הבריאות מבדק איכות. במסגרת המבדק נאספו נתונים על מספר האיתורים בשנה לפי אוכלוסיות היעד, על הגורמים המשפיעים על שיעורי האיתור ועל דרכי הטיפול במאותרים ב-28 בתי החולים הכלליים וב-62 מרפאות ראשוניות מארבע קופות החולים בארץ. המבדק נערך על ידי צוותים רב-מקצועיים שעברו הכשרה ייעודית לנושא. המבדק גם לווה במחקר איכותני שבו רואיינו בעלי תפקידים מובילים בתחום (לבני ואח', 2010).

במבדק נמצאה עלייה במספר האיתורים של נפגעי האלימות במשפחה בשנים 2008 ו-2009. כל היחידות והארגונים שנבדקו ערכו לקראת המבדק הכשרה והדרכה להטמעת נהלים לאיתור ולטיפול בקרב הצוותים המקצועיים. אולם רופאים מכלל המסגרות שנבדקו נמצאו בקיאים פחות בדרכי הפעולה, בחוקים ובנהלים בתחום, לעומת העובדים הסוציאליים. התפיסה הדומיננטית בשטח

הייתה כי תחום האלימות במשפחה מזוהה בעיקר עם העובדים הסוציאליים. בראיונות האיכותניים התמה המרכזית שעלתה נגעה בחשיבות יצירת רצף הטיפול גם בתוך מערכת הבריאות וגם מחוצה לה, בין מערכת הבריאות לבין מערכות הרווחה, החינוך, המשפטים, המשטרה ועוד (לבני ואח', 2010).

מאז מבדק האיכות, נעשו ניסיונות אחדים לפתח כלי בקרה ומדידה לאיסוף נתונים על איתור נפגעי אלימות במשפחה ועל הטיפול בהם. המחלקה לטיפול באלימות במשפחה ותקיפה מינית בשירות לעבודה סוציאלית פיתחה לאחרונה כלי בקרה חדש. הכלי מיועד לבקרה על קופות חולים ויש בו התייחסות גם לוועדות האלימות. שאלות הבקרה הנוגעות לוועדות האלימות מתייחסות לארבעה תחומים עיקריים: (1) אופן התנהלות הוועדות; (2) רצף הטיפול וממשקים עם גורמי טיפול נוספים; (3) נהלים וחוקים; (4) תוכניות הכשרה. כלי הבקרה הזה טרם יושם (המחלקה לטיפול באלימות במשפחה ותקיפה מינית, משרד הבריאות, 2021).

5.3.5 טיפול על ידי עובדים סוציאליים בבתי החולים ובקופות החולים

בכל בתי החולים וקופות החולים בישראל נפגעי אלימות במשפחה בכלל ונפגעי פגיעה מינית בפרט זכאים לסיוע, לתמיכה ולליווי על ידי עובדים סוציאליים. בבתי החולים אפשר לבקש לפגוש עובדת סוציאלית במחלקות האשפוז, במכונים ובמרפאות בבתי החולים ובעת הביקור בחדר המיון. בקופות החולים אפשר לקבוע פגישה עם עובדת סוציאלית במרפאה באופן עצמאי או דרך רופא המשפחה, בהתאם לנהלים בכל קופה.

נוסף על כך נפגעי פגיעה מינית זכאים לסיוע במערך בריאות הנפש, הן בעזרת טיפול אמבולטורי במרפאות בריאות נפש ממשלתיות או מטעם קופות החולים, הן במסגרת טיפול יום או אשפוז ביחידות אשפוזיות ייעודיות לנפגעי טראומה מינית.¹²

5.3.6 מרכז אקוטי ("חדר 4")

מרכז אקוטי (מוכר גם בשמות: "חדר אקוטי", "חדר 4", "בת עמי", "חדר 10" או "טנאי") הוא מרכז ייעודי לטיפול בנפגעות ובנפגעי תקיפה מינית. אפשר למצוא אותו בכמה מבתי החולים בישראל, ולרוב הוא ממוקם באזור חדר המיון. המרכז פועל בכל שעות היממה ומספק טיפול משולב, הן רפואי וסוציאלי-נפשי הן חקירת-משפטי, על ידי צוות רב-מקצועי. בהיבט החקירתי-משפטי נערכות בדיקות שיכולות לספק מידע רלוונטי לחקירת משטרה ואף לשמש כראיה בהליך משפטי עתידי (יכימוביץ-כהן, 2022).

ההגעה לחדר אמורה להיות מהירה ככל האפשר, עד שבוע מן האירוע, כדי לאפשר מתן מענה רפואי ונפשי ראשוני ולאסוף את הראיות המשפטיות. הפונים למרכזים האקוטיים זכאים לקבלת מידע על ההליכים הבירוקרטיים והרפואיים הצפויים בכל שלב בתהליך הרפואי והמשפטי.

למטופלים במרכזים האקוטיים מובטחת שמירה על הסודיות. זכותו של כל מטופל לא להגיש תלונה ולא לתת עדות במקום, ואין להתנות את המשך הטיפול במרכז בהגשת תלונה. אם הנפגעת או הנפגע בוחרים להגיש תלונה, הם יכולים לעשות זאת בזמן קבלת הטיפול הראשוני בבית החולים או מאוחר יותר במשטרה.

¹² רשימת מרכזי השירות מפורטת באתר משרד הבריאות (הרשימה מעודכנת לנובמבר 2021): <https://www.gov.il/he/Departments/General/sexual-assault-survivors-healthcare-system>

5.3.7 "בית לין" – מרכזי הגנה לילדים ונוער

"בית לין" הוא מרכז הגנה לילדים ולנוער, והוא נותן מענה ראשוני לילדים ובני נוער (עד גיל 18) נפגעי התעללות מינית, פיזית ונפשית והזנחה קשה, לבני משפחתם (שאינם הפוגעים) וכן לקטינים פוגעים מינית (עד גיל 12). כיום יש שמונה מרכזי הגנה המופעלים בפריסה ארצית על ידי עמותת "אפשר" לפיתוח שירותי רווחה וחינוך. מדובר במרכז אינטגרטיבי המאגד תחת קורת גג אחת את כל גורמי המקצוע הרלוונטיים לילדים ובני נוער נפגעי עבירה ובני משפחתם (שאינם הפוגעים) – גורמי חקירה, אבחון וטיפול. במרכז פועלים בשיתוף בין-משרדי אנשי מקצוע ממגוון דיסציפלינות: עובד סוציאלי לחוק נוער, חוקר ילדים, חוקר נוער מן המשטרה, רופא ילדים ונציג מן הפרקליטות. נוסף על יתרונותיה של התמיכה הראשונית המשמעותית, דרך פעולה אינטגרטיבית רב-מקצועית חוסכת מן הקטין ומבני משפחתו הליכים בירוקרטיים הכרוכים בראיונות ובבדיקות רבים, בהתרוצצות לכל מיני מקומות ובזמן ממושך, והיא מקלה על המעמסה (עמותת אפשר, א"ת).

5.3.8 מרכז "אלומה" – מרכז אינטגרטיבי לטיפול באלימות במשפחה

מרכז "אלומה" מיועד למתן טיפול רב-מקצועי אינטגרטיבי לנפגעי אלימות במשפחה בני 18 ויותר. בדומה ל"בית לין", גם מרכז "אלומה" מציע במקום אחד מענה אינטגרטיבי הכולל מגוון שירותי סיוע ותמיכה על ידי עובדים סוציאליים, שוטרים, חוקרים ורופאים. המרכז פועל במתכונת חירום 24 שעות ביממה, כולל לינה לטווח קצר עבור משפחות בסיכון מיידי. את המיזם מוביל משרד הרווחה והביטחון החברתי עם משרד לביטחון הפנים, משטרת ישראל, משרד הבריאות, משרד המשפטים, נעמ"ת וקרן רש"י. הייחודיות של המרכז היא שאין צורך בהפניה או בפתיחה של תיק במחלקה לשירותים חברתיים או רישום במשטרה. השירות ניתן לכל הפונים, בהתאמה לבקשותיהם ולצורכיהם. נכון לשנת 2022 פועל מרכז אחד בעכו, ומתוכננים להיפתח עוד שלושה מרכזים אינטגרטיביים (משרד הרווחה והביטחון החברתי, 2021).

6. סיכום

בסקירת הספרות נבחנו הפרקטיקות המיטביות במערכת הבריאות לאיתור נפגעי אלימות במשפחה ולטיפול בהם, כפי שהוגדרו על ידי גורמים מקצועיים. כמו כן נסקרו מנגנונים במערכות הבריאות במדינות בעולם. הבחינה של שאלת המחקר הראשונה העלתה כי יש פרקטיקות מיטביות מרכזיות, ויש תמימות דעים בקרב העוסקים בתחום בנוגע לחשיבותן. מבחינת יישומן בישראל עלה כי בישראל יש נהלים ברורים ומפורטים לאיתור נפגעי אלימות במשפחה ולטיפול בהם. נהלים אלו נועדו להסדיר את אופן השימוש של גורמים במערכת הבריאות בפרקטיקות המיטביות המרכזיות המקובלות כיום בעולם. בהתאם לנהלים אלו, ועדות האלימות אמורות לשמש גורם מתכלל במוסדות ובארגוני הבריאות לקידום פרקטיקות מיטביות, בארבעת תחומי הליבה שארגון הבריאות העולמי הגדירם מרכזיים (WHO, 2016):

- א. **מנהיגות והובלה של מערכת הבריאות:** ועדות אלימות במשפחה בישראל אמורות לשמש גורם מתכלל או גורם המתאם את תהליך האיתור של נפגעי האלימות והטיפול בהם. לפי הנהלים, ועדות האלימות מופקדות על הנושאים האלה: ייעוץ שוטף לצוות כשעולה חשד לאלימות במשפחה; תיאום ושיתוף פעולה בין כל הגורמים הרלוונטיים בתוך מערכת הבריאות ומחוצה לה, בקהילה; וידוא חובת הדיווח והיידוע במקרה של קטינים וחסרי ישע; מעקב אחר הטיפול בנפגעי האלימות. עם זה הנהלים הקיימים אינם מתייחסים לשיתוף ולמעורבות של נציגי צוותי הבריאות ושל מקבלי השירות בתכנון ובעיצוב המדיניות בתחום
 - ב. **מניעת אלימות במשפחה:** תפקידן של ועדות האלימות הוא לפתח תוכניות למניעה, לזיהוי ולאיתור מוקדם של האלימות במשפחה, באמצעות ייזום והובלה של פעולות להגברת המודעות לתופעה, לאיתורה ולדרכי הטיפול בה
 - ג. **דגשים מקצועיים ואתיים במתן המענים:** ועדות האלימות אמורות לשפר את איכות הטיפול ולהנגיש את השירותים עבור מקבלי השירות, זאת באמצעות הכשרה והדרכה של הצוותים הרפואיים והנגשת המידע על השירותים. בנהלים מצוין כי יש להדגיש את המסר שאיש המקצוע מוכן להקשיב ולתמוך במטופל, כפי שמוגדר בפרקטיקות המיטביות, ולאנשי המקצוע צריכה להיות רשימה של כל גורמי הטיפול במערכת הבריאות ומחוצה לה כדי להפנות ולסייע בתיווך להמשך הטיפול
 - ד. **הגדרת סטנדרטים, מדידה והערכה של איתור נפגעי אלימות וטיפול בהם:** לפי הנהלים הוועדות אחראיות לרכז נתונים לניטור התופעה בארגון, ולהשתמש בכלים להבטחת איכות הטיפול. רכזים של ועדות האלימות בארגון אחראים לאיסוף הנתונים, ובהם סוג האלימות, הגורם הפוגע, תסמינים, גורמי מקצוע להמשך הטיפול, ולהעברתם לגורמים הרלוונטיים במשרד הבריאות
- בסקירה של מנגנונים במערכות רפואיות בעולם, הושם דגש במנגנוני איתור, בדומה לוועדות האלימות בישראל. במרבית המקרים הדגש ניתן על היבט האיתור, ובפרט כאשר המנגנון היה אמון על איתור אלימות בקרב בגירים שאינם חסרי ישע. כך, אפשר לראות כי במרבית המקרים, המנגנונים הסתמכו על איתור באמצעות תשאול המטופלים על ידי הצוותים הרפואיים המטפלים, ומתן מעטפת תמיכה לעבודתם זו באמצעות הדרכות והכשרות לזיהוי סימנים להיפגעות, כלים שישמשו את הצוותים לתשאול המטופלים, ומערכת ממוחשבת אשר מתריעה בפני הצוותים הרפואיים במידה והתסמינים שהוזנו הם אופייניים לפגיעות של אלימות.

במנגנונים אשר התמקדו בילדים, נמצא כי המנגנונים לאיתור אינם מתמקדים בתשאול המטופלים כי אם כוללים היבטים נרחבים יותר של בדיקות פיזיות, אשר מהן אפשר להסיק אם מדובר בפגיעה מכוונת או לא. על כן המנגנונים מסתמכים על צוותים רפואיים רב-מקצועיים אשר להם הכשרה ייעודית לאיתור ילדים נפגעי אלימות ולטיפול בהם.

לצד המאפיינים של המנגנונים הפועלים במערכות בריאות בעולם, יש לציין את היעדרם של מנגנונים אחרים: מנגנונים ייעודיים לזקנים ולאנשים עם מוגבלויות. החיפוש שנעשה לא הניב תוצאות על מנגנונים ייעודיים לאוכלוסיות אלו, ואף לא על דגשים רלוונטיים במסגרת המנגנונים הקיימים. עם זה יש מנגנונים משיקים אשר עוסקים באלימות כלפי זקנים, הן בישראל הן בארצות הברית.

לסיכום, במסגרת איתור המנגנונים הפועלים בעולם, עלה כי המיקוד בעולם הוא בדרכי האיתור המיטביות של הצוותים הרפואיים אל מול המטופלים. באשר לבחינה של פעילות ועדות האלימות אל מול הפרקטיקות המיטביות המומלצות, עולה כי הנהלים הקיימים בישראל תואמים את עיקר הפרקטיקות המיטביות המוסכמות כיום על העוסקים בתחום בעולם לאיתור ולטיפול באלימות במשפחה. בהתאם לנהלים, הגוף האחראי ליישום ולהטמעה של פרקטיקות אלו במערכת הבריאות בישראל הוא ועדות אלימות. בשלב הבא של המחקר, באמצעות ראיונות עומק עם חברי הוועדות ונציגי המוסדות והארגונים השונים (בתי חולים, קופות חולים, לשכות בריאות ומרכזי בריאות הנפש), צוות המחקר יבחן האם ובאיזו מידה פרקטיקות אלו מתקיימות הלכה למעשה בעבודתם השוטפת של הוועדות ושל הצוותים המקצועיים.

עוד פרסומים של המכון בנושא

רזניקובסקי-קוראס, א., בכר, י. וארזי, ט. (2022). אלימות במשפחה בצל משבר הקורונה שלב ב': קבוצות ייחודיות באוכלוסייה וניתוחי המשך. מ-205-22

רזניקובסקי-קוראס, א., שפירא, ה. וארזי, ט. (2022). העובד הסוציאלי בתחנות משטרה (עו"ס משטרה): מדידת תוצאות ארגוניות בתוכנית. דמ-915-22

ארזי, ט. ורזניקובסקי-קוראס, א. (2021). אלימות במשפחה בצל משבר הקורונה. מ-189-21

רזניקובסקי-קוראס, א., סבג, י., שפירא, ה. וארזי, ט. (2021). תוכנית 'מרכזים למניעה ולטיפול באלימות במשפחה': ממצאי הפיילוט למדידת התוכנית. מ-202-21

שפירא, ה., רזניקובסקי-קוראס, א. וארזי, ט. (2021). תוכנית 'עו"ס משטרה': ממצאי פיילוט למדידת התוכנית – התוכנית הלאומית למניעה וטיפול באלימות במשפחה. מ-198-21

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

מקורות

איזיקוביץ, צ., לבנשטיין, א. ווינטרשטיין, ט. (2005). סקר התעללות והזנחה של זקנים בישראל. המרכז לחקר ולימוד הזקנה, הפקולטה לרווחה ובריאות, אוניברסיטת חיפה, המוסד לביטוח לאומי, אשל – האגודה לתכנון ולפיתוח שירותים למען הזקן בישראל. <http://knesset.gov.il/committees/heb/material/data/avosa2005-02-28.pdf>

אלגרבל, ד. (2011). מניעת התעללות בזקנים והזנחתם: מדריך לאנשי מקצוע במערכת הבריאות. ג'וינט ישראל-אשל ומשרד הבריאות. <https://www.thejoint.org.il/wp-content/uploads/2020/10/Prevention-of-Elder-Abuse-A-Guide-for-Professionals.pdf>

אלון, ש. (2011). זיהוי התעללות והזנחה של זקנים: מדריך למטפל. ג'וינט ישראל-אשל. <https://www.thejoint.org.il/wp-content/uploads/2020/10/Identifying-Elder-Abuse-and-Neglect.pdf>

ארזי, ט. וגרסימנקו, א. (2020). ילדים ובני נוער בסיכון בתקופת משבר הקורונה. מצב הילדים בשתי נקודות זמן: השוואה בין מדידות 2020 ובין מדידות. מאירס-ג'וינט-ברוקדייל. https://brookdale.jdc.org.il/wp-content/uploads/2020/12/Children_at_risk_corona.pdf

ארזי, ט. וסבג, י. (2020). הגברת מצבי הסיכון של ילדים ובני נוער נוכח משבר הקורונה. מ-171-20. מאירס-ג'וינט-ברוקדייל. <https://brookdale-web.s3.amazonaws.com/uploads/2020/05/Children-and-youth-at-risk-and-corona.pdf>

ארזי, ט., סבו-לאל, ר. ובן-סימון, ב. (2017). אינדקס לאומי למדידת התעללות בילדים והזנחתם בישראל: תהליך הפיתוח. דמ-742-17. מאירס-ג'וינט-ברוקדייל. https://brookdale-web.s3.amazonaws.com/uploads/2017/12/RR_742-17_heb_report_final.pdf

ארזי, ט. ורזניקובסקי-קוראס, א. (2021). אלימות במשפחה בצל משבר הקורונה. מ-189-21. מכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל ומשרד העבודה, הרווחה והשירותים החברתיים. [PowerPoint Presentation \(brookdale-web.s3.amazonaws.com\)](https://brookdale-web.s3.amazonaws.com/PowerPoint%20Presentation%20(brookdale-web.s3.amazonaws.com))

אשכנזי, י. ורוזן, ב. (2007). ממצאים מהערכת פיילוט השתלמויות לחברי ועדות אלימות. [לא פורסם]. מכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל. בן-יהודה, י. (2007). מבוא לשער ההיבט הרפואי. בתוך ד. הורוביץ, י. בן-יהודה ומ. חובב (עור'), התעללות והזנחה של ילדים בישראל (עמודים 379-395). מוסד ביאליק.

בן-יהודה, י. וארזי, ט. (2009). התעללות בילדים והזנחתם – תפקידי הרופא. הרפואה, 148 (8), 506-502.

בניטה, ר. (2017). יישום המלצות הוועדה הבין-משרדית למניעה וטיפול בתופעת האלימות במשפחה. הכנסת, מרכז המחקר והמידע. https://fs.knesset.gov.il/globaldocs/MMM/abca825d-f195-e711-80d9-00155d0a6d26/2_abca825d-f195-e711-80d9-00155d0a6d26_11_9133.pdf

ברלב, ל. וקרן-אברהם, י. (2017). ילדים ובני נוער עם מוגבלות נכגעי התעללות והזנחה: אומדן היקף התופעה בישראל. דמ-751-17. מכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל. <https://brookdale.jdc.org.il/publication/children-youth-disabilities-subjected-abuse-neglect-estimated-prevalence-israel>

[https://www.gov.il/BlobFolder/reports/
domestic_violence_committee_report_2016/he/domestic_violence_response_report_2016_0.pdf](https://www.gov.il/BlobFolder/reports/domestic_violence_committee_report_2016/he/domestic_violence_response_report_2016_0.pdf)

המועצה הלאומית לשלום הילד. (2019). השנתון הסטטיסטי "ילדים בישראל 2019": לקט נתונים. [המועצה-לשלום-הילד-לקט-
שנתון-2019.pdf \(children.org.il\)](https://www.children.org.il/2019-sנתון-pdf)

המחלקה לטיפול באלימות במשפחה ותקיפה מינית, משרד הבריאות. כלי בקרה לטיפול באלימות במשפחה ותקיפה מינית בקופות החולים (נובמבר 2021). [https://www.health.gov.il/UnitsOffice/HD/MHealth/CRD/Documents/Domesticviolenceandsexualassault.
pdf](https://www.health.gov.il/UnitsOffice/HD/MHealth/CRD/Documents/Domesticviolenceandsexualassault.pdf)

המשרד לביטחון פנים. (2014). מדד אלימות לאומי. [www.gov.il/BlobFolder/guide/guide_violence_index_2014/he/crime_
society_ViolenceIndex_up2014.pdf](http://www.gov.il/BlobFolder/guide/guide_violence_index_2014/he/crime_society_ViolenceIndex_up2014.pdf)

חוזר מנכ"ל משרד הבריאות 20/90 "טיפול בנפגעי אלימות במשפחה, ניצול מיני והזנחה של קטינים וחסרי ישע". (28.8.1990). https://www.gov.il/BlobFolder/policy/mk20-1990/he/files_circulars_mk_mk20_1990.pdf

חוזר מנכ"ל משרד הבריאות 20/03 "נוהל העברת מידע בין מוסדות רפואיים לאיתור וזיהוי קטינים וחסרי ישע נפגעי אלימות במשפחה". (23.9.2003). <https://www.gov.il/he/departments/policies/mk20-2003>

חוזר מנכ"ל משרד הבריאות 23/03 "נוהל איתור וטיפול בנשים נפגעות אלימות במשפחה ע"י מטפלים במסגרות הבריאות – באשפוז ובקהילה". (19.11.2003). https://www.health.gov.il/hozer/mk23_2003.pdf

חוזר מנכ"ל משרד הבריאות 25/03 "איתור זיהוי וטיפול בקטינים נפגעי התעללות והזנחה". (19.11.2003). https://www.health.gov.il/hozer/mk25_2003.pdf

חוזר מנכ"ל משרד החינוך 26/03 "נוהל מינוי ועדות קבועות לאלימות במשפחה, ניצול מיני והזנחה של קטינים וחסרי ישע". (19.11.2003). https://www.health.gov.il/hozer/mk26_2003.pdf

חוזר מנכ"ל משרד הבריאות 7/2022 "הסדרת הטיפול הניתן במערכת הבריאות לאחר פגיעה מינית". (13.6.2022). <https://www.gov.il/he/Departments/policies/mk07-2022>

<https://www.gov.il/he/departments/guides/exemption-s-368d>. חוק העונשין התשל"ז-1977.

https://www.gov.il/he/Departments/General/amendments_first. חוק הגנת הפרטיות התשמ"א-1981.

<https://www.gov.il/he/departments/policies/mk09-1992>. חוק למניעת אלימות במשפחה התשנ"א-1991.

יכמוביץ-כהן, נ. (2022). מרכזים אקוטיים – חומר רקע לדיון. הכנסת, מרכז המחקר והמידע. [https://fs.knesset.gov.il/globaldocs/
MMM/a584e753-b468-ec11-8142-00155d0401c3/2_a584e753-b468-ec11-8142-00155d0401c3_11_18309.pdf](https://fs.knesset.gov.il/globaldocs/MMM/a584e753-b468-ec11-8142-00155d0401c3/2_a584e753-b468-ec11-8142-00155d0401c3_11_18309.pdf)

- לב-ויזל, ר., סבו-לאל, ר., ארזי, ט. ובן סימון, ב. (2017). אינדקס לאומי למדידת התעללות בילדים והזנחתם בישראל: ממצאי ניתוח משני של הסקט האפידמיולוגי בקרב מתבגרים. דמ-742-17. מאירס-ג'וינט-ברוקדייל.
- לבני, נ., זוהר, ע., מאירוביץ, א., דידי, א. וצדיק, א. (2010). מבדק איכות – איתור וטיפול בנפגעי אלימות במשפחה בקהילה ובבתי החולים. משרד הבריאות, האגף להבטחת איכות.
- מויאל, ח., חנוך אחדות, מ. ותלי, ס. (2016). חלק ג: משפחות במעגל האלימות במשפחה (אלמ"ב). בתוך: א. מאיר ור. גורבטוב (עור'). סקירת השירותים החברתיים 2016, עמ' 396-414. משרד העבודה, הרווחה והשירותים החברתיים.
- משרתת ישראל. (2021). השנתון הסטטיסטי 2020. [השנתון הסטטיסטי של משרתת ישראל לשנת 2020 \(www.gov.il\) pdf](https://www.gov.il/he/departments/news/molsa-news-violence-and-delinquency-domestic-violence-10102021).
- משרד הרווחה והביטחון החברתי (10.10.2021). הודעת דוברות – לראשונה: משרד הרווחה פתח מרכזי חירום חדשניים לטיפול באלימות במשפחה. <https://www.gov.il/he/departments/news/molsa-news-violence-and-delinquency-domestic-violence-10102021>
- ס' ו'1- לחוק העונשין (תיקון מס' 26, חוק הגנה על קטינים וחסרי ישע) התשל"א-1971. https://www.nevo.co.il/law_html/Law01/073_002.htm
- פסח, נ. ואגמון, ט. (2007). איתור, זיהוי וטיפול בקטינים נפגעי התעללות והזנחה במערכת הרפואית: חוקרים, תקנות ונהלים. בתוך ד. הורוביץ, י. בן-יהודה ומ. וחובב (עור'), התעללות והזנחה של ילדים בישראל (עמ' 582-602). ג'וינט-אשלים.
- עמותת אפשר. (א"ת). בית לין - מרכזי הגנה לילדים ונוער. <https://beit-lin.efshar.org.il/>
- פקודת בריאות העם, 1940 (תיקון מס' 2) (הודעה על חשש אלימות) הת"ש-1940.
- קפיטל אלמו, ג'. (2021). ריכוז נתונים על אלימות במשפחה. ירושלים: הכנסת, מרכז המחקר והמידע.
- תקנות בריאות העם (הודעה על חשש אלימות) התשל"ו-1975. https://fs.knesset.gov.il/globaldocs/MMM/309de8d4-68ef-eb11-8114-00155d0aee38/2_309de8d4-68ef-eb11-8114-00155d0aee38_11_18271.pdf
- Cantor, J., Hogan, L., Niemczyk, K., Smith, C., Parks, L.F. & Villa, E. (2018). Integrating Community level IPV prevention in community health assessments and community health improvement plans. *California IPV & Health Policy Leadership Cohort*. https://www.preventioninstitute.org/sites/default/files/publications/Integrating%20Community%20Level%20IPV%20Prevention%20Into%20CHAs%20%20CHIPs_0.pdf
- Clark, C. J., Wetzell, M., Renner, L. M., & Logeais, M. E. (2019). Linking partner violence survivors to supportive services: Impact of the M Health Community Network project on healthcare utilization. *BMC health services research*, 19(1), 1-9.

- Colombini, M., Mayhew, S., & Watts, C. (2008). Health-sector responses to intimate partner violence in low-and middle-income settings: A review of current models, challenges and opportunities. *Bulletin of the World Health Organization*, 86, 635-642.
- Curry, S. J., Krist, A. H., Owens, D. K., Barry, M. J., Caughey, A. B., Davidson, K. W., Doubeni, C.A., Epling, J.W., Grossman, D.C., Kemper, A.R., & Kubik, M. (2018). Screening for intimate partner violence, elder abuse, and abuse of vulnerable adults: US Preventive Services Task Force final recommendation statement. *Jama*, 320(16), 1678-1687.
- Dimsdale, J. E. (2022a). Factitious disorder imposed on another. *Merck Manual*. <https://www.merckmanuals.com/en-ca/professional/psychiatric-disorders/somatic-symptom-and-related-disorders/functional-neurological-symptom-disorder>
- Dimsdale, J. E. (2022b). Factitious disorder imposed on self. *Merck Manual*. <https://www.merckmanuals.com/en-ca/professional/psychiatric-disorders/somatic-symptom-and-related-disorders/factitious-disorder-imposed-on-self#v1030209>
- Hlady, J. (2015). A Multidisciplinary approach to child maltreatment: Suspected child abuse and neglect (SCAN) teams in BC. *BCMJ*, 57(7), 285-287.
- Hughes, K., Bellis, M.A., Jones, L, Wood, S., Bates, G., Eckley, L., McCoy, E., Mikton, C., Shakespeare, T., & Officer, A. (2012) Prevalence and risk of violence against adults with disabilities: A systematic review and meta-analysis of observational studies. *The Lancet* 379(9826), 1621-1629.
- Interiano, A., Keltner, C., Knoll, D. & Sonenshine, A. (2018). Addressing intimate partner violence as a social determinant of health in clinical settings. *California IPV & Health Policy Leadership*. <https://blueshieldcafoundation.org/sites/default/files/publications/downloadable/Addressing%20IPV%20as%20an%20SDOH%20in%20Clinical%20Settings.pdf>
- Jones, L., Bellis, M. A., Wood, S., Hughes, K., McCoy, E., Eckley, L., Bates, G., Mikton, C., Shakespeare, T., & Officer, A. (2012). Prevalence and risk of violence against children with disabilities: A systematic review and meta-analysis of observational studies. *The Lancet*, 380(9845), 899-907.
- Kempe, C. H., Silverman, F. N., Steele, B. F., Droegemueller, W., & Silver, H. K. (1962). The battered-child syndrome. *Jama*, 181(1), 17-24.

Kessler, R. C., McLaughlin, K. A., Green, J. G., Gruber, M. J., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., Aguilar-Gaxiola, S., Alhazawi, A. O., Alonso, J., Angermeyer, M., Benjet, C., Bromet, E., Chatterji, S., De Girolamo, G., Demyttenaere, K., Fayyad, J., Kawakami, N., Lee, S., Lépin, J-P., ... Williams, D. R. (2010). Childhood adversities and adult psychopathology in the WHO World Mental Health Surveys. *The British Journal of Psychiatry*, 197(5), 378-385.

The National Assembly for Wales. (2001). *Domestic violence: A resource manual for health care professionals in Wales*. <http://www.wales.nhs.uk/publications/domviolence-e.pdf>

NICE (National Institute for Health and Care Excellence). (2014). *Domestic violence and abuse: Multi-agency working*. <https://www.nice.org.uk/guidance/ph50>

NICE (National Institute for Health and Care Excellence). (2016). *Domestic violence and abuse: Quality standard*. <https://www.nice.org.uk/guidance/qs116/>

NICE (National Institute for Health and Care Excellence). (2017). *Child Abuse and neglect*. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng76/chapter/Putting-this-guideline-into-practice>

NICE (National Institute for Health and Care Excellence) (2021). *Domestic violence and abuse overview*. <https://pathways.nice.org.uk/pathways/domestic-violence-and-abuse#:~:text=Domestic%20violence%20and%20abuse%20overview>

Ramsden, C., & Bonner, M. (2002). An early identification and intervention model for domestic violence. *Australian Emergency Nursing Journal*, 5(1), 15-21.

Registered Nurses' Association of Ontario. *Woman abuse: Screening, identification and initial response*. <https://bpgmobile.rnao.ca/guideline-content/22>

Sohal, A.H., Feder, G., Boomla, K., Dowrick, A., Hooper, R., Howell, A., Johnson, M., Lewis, N., Robinson, C., Eldridge, S. and Griffiths, C. (2020). Improving the healthcare response to domestic violence and abuse in UK primary care: Interrupted time series evaluation of a system-level training and support program. *BMC medicine*, 18(1), 1-10.

Stanford Medicine, SCAN Program. (n.d). <https://www.stanfordchildrens.org/en/service/social-services/scan-program>

Stoltenborgh, M., Bakermans-Kranenburg, M. J., Alink, L. R., & IJzendoorn, M. H. (2013). The neglect of child neglect: A meta-analytic review of the prevalence of neglect. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, 48(3), 345–355.

UN (United Nations). (2013). *Neglect, abuse and violence against older women*. <https://www.un.org/esa/socdev/documents/ageing/neglect-abuse-violence-older-women.pdf>

UN (United Nations). (2006). *Convention on the rights of persons with disabilities (CRPD)*. https://www.un.org/disabilities/documents/convention/convention_accessible_pdf.pdf

Unicef. (1989). *Convention on the rights of the child (CRC)*. <https://www.unicef.org/child-rights-convention/convention-text>

WHO (World Health Organization). (2005). *Addressing violence against women and achieving the Millennium Development Goals*. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43361/WHO_FCH_GWH_05.1.pdf?sequence=1&isAllowed=y

WHO (World Health Organization). (2013). *Responding to intimate partner violence and sexual violence against women*. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85240/9789241548595_eng.pdf

WHO (World Health Organization). (2016). *Global plan of action to strengthen the role of the health system within a national multisectoral response to address interpersonal violence, in particular against women and girls, and against children*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241511537>

WHO (World Health Organization). (2021). *Violence Against Women Prevalence Estimation 2018, on behalf of the United Nations Inter-Agency Working Group on Violence Against Women Estimation and Data*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/341338/9789240026681-eng.pdf>

Wilber, K. H., Navarro, A. E., & Gassoumis, Z. D. (2014). *Evaluating the elder abuse forensic center model*. University of Southern California. <https://www.ojp.gov/pdffiles1/nij/grants/246428.pdf>

The Women's Hospital and Bendigo Health. (2016). *Strengthening hospital responses to family violence: Project management guide*. <https://thewomens.r.worldssl.net/images/uploads/general-downloads/shrfv/SHRFV-Project-Management-Guide-5th-Edition-20112020.pdf>

נספח א': Partner Violence Screen (PVS)

The 3 question PVS is a short screening tool for interpersonal violence that may be used as a follow up tool to screen a pregnant or parenting MIHP beneficiary. It may not be used in place of the Maternal Risk Identifier (MRI) or Infant Risk Identifier (IRI) which ask additional questions.

1. Have you been hit, kicked, punched, or otherwise hurt by someone within the past year? If so, by whom?
2. Do you feel safe in your current relationship?
3. Is there a partner from a previous relationship who is making you feel unsafe now?

Source: Davis, J.W., Parks, S.N., Kaups, K.L., Bennink, L.D., & Bilello, J.F. (2003). Victims of domestic violence on the trauma service: Unrecognized and underreported. *Journal of Trauma*, 54, 352-55.

נספח ב': Woman Abuse Screening Tool (WAST)

1. In general, how would you describe your relationship?
 - a lot of tension
 - some tension
 - no tension
2. Do you and your partner work out arguments with:
 - great difficulty
 - some difficulty
 - no difficulty
3. Do arguments ever result in you feeling down or bad about yourself?
 - Often
 - Sometimes
 - Never
4. Do arguments ever result in hitting, kicking or pushing?
 - Often
 - sometimes
 - never
5. Do you ever feel frightened by what your partner says or does?
 - often
 - sometimes
 - never
6. Has your partner ever abused you physically?
 - Often
 - Sometimes
 - Never

7. Has your partner ever abused you emotionally?

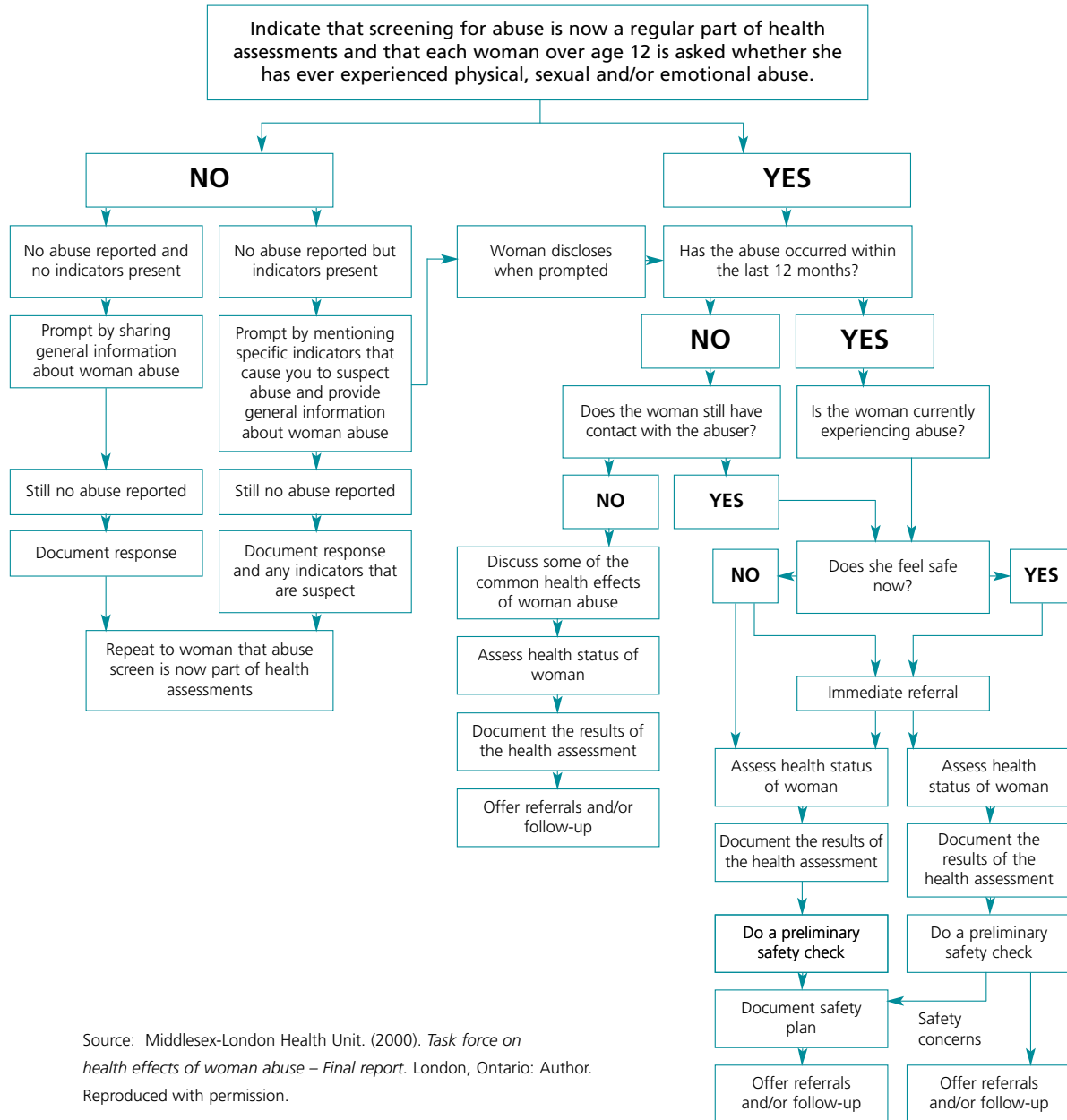
- Often
- Sometimes
- Never

8. Has your partner ever abused you sexually?

- often
- sometimes
- never

Source: Brown, J., Lent, B., Schmidt, G., & Sas, S. (2000). Application of the Woman Abuse Screening Tool (WAST) and WAST-short in the family practice setting. *Journal of Family Practice, 49*, 896-903.

נספח ג': הוטו ראוטו קומפרהנסיב סקריןג (RUCS) פרוטוקול



Source: Middlesex-London Health Unit. (2000). *Task force on health effects of woman abuse – Final report*. London, Ontario: Author. Reproduced with permission.