



# ועדות בנושא אלימות במשפחה ופגיעה מינית: תחומי אחריות, אופני התנהלות ואתגרים

ממצאים מראיונות עם חברי ועדות  
ועם אנשי צוות שאינם חברים בוועדות

אלן מילשטיין, הדס שפירא וטליה חסין

מ-223-23

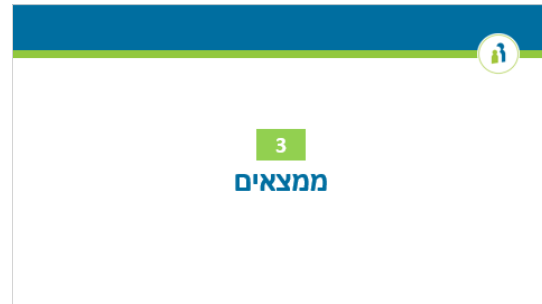
יולי 2023

המחקר הוזמן על ידי המחלקה לטיפול באלמ"ב  
ותקיפה מינית, השירות הארצי לעבודה  
סוציאלית, משרד הבריאות ומומן בסיועה

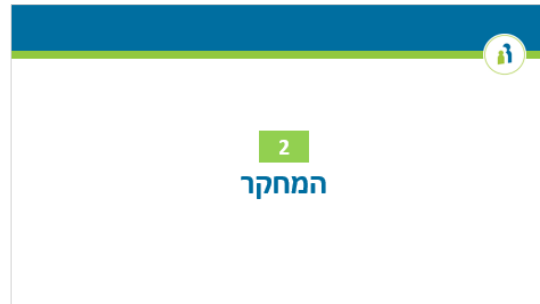
מאירס ג'וינט  
ברוקדייל



# תוכן העניינים



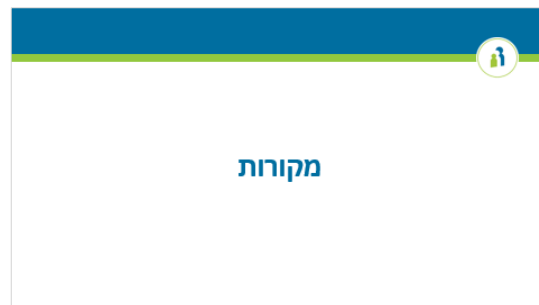
38-12



11-8



6-4



47-46



45-39



1

# רקע

הערה: במצגת נשתמש בלשון זכר, מטעמי נוחות (רופאים, מטופלים וכיו"ב), למעט רכזות הוועדות, שהיו כולן נשים



# אלימות במשפחה ופגיעה מינית

**אלימות במשפחה** (להלן: 'אלימות במשפחה' או 'אלמ"ב') ו**פגיעה מינית** הן תופעות רחבות היקף הפוגעות בכל הקבוצות באוכלוסייה, כולל נשים, גברים, ילדים וזקנים.<sup>א</sup>

אחד הגורמים המצויים בחזית איתורם של נפגעות ונפגעי אלמ"ב ופגיעה מינית ושל הטיפול בהם היא **מערכת הבריאות** על כלל מוסדותיה: זוהי מערכת שירותים אוניברסלית, אשר הפנייה אליה אינה כרוכה בדרך כלל ביצירת סטיגמה, ולכן היא רחבת היקף.

בישראל הנושא מעוגן בהוראות חוק, בתקנות ובחוזרי מנכ"ל משרד הבריאות וחטיבת הרפואה. מלבד חובת הדיווח על מעשי אלימות כלפי קטינים וחסרי ישע, חקיקה זו מטילה על מוסדות הרפואה, על הרופאים ועל הצוות הסיעודי אחריות מקצועית וציבורית גבוהה בזיהוי מקרי אלימות ובנקיטת פעולות מתאימות.

זיהוי תופעות האלמ"ב והפגיעה המינית בקרב מטופלים יאפשר, נוסף על הטיפול הרפואי, גם הפניה אל גורמי הרווחה והבריאות והמשך טיפול לטווח הרחוק. לשם כך נחוצה גם הכשרה והדרכה של הצוותים במערכת הבריאות.

<sup>א</sup> להרחבה על אלימות במשפחה ופגיעה מינית, וכן למידע נוסף על מנגנונים ופרקטיקות מיטביות להתמודדות עם תופעת האלימות במשפחה במערכות בריאות בעולם ועל חקיקה ונהלים המנחים את פעילותן של ועדות אלימות במשפחה בישראל ראו [שפירא ומילשטיין, 2023](#).



# ועדות בנושא אלימות במשפחה, ניצול מיני והזנחה של קטינים וחסרי ישע

לשם יישום הנושא והטמעתו במערכת הבריאות, הוחלט להקים ועדות קבועות שיעסקו בנושא אלימות במשפחה, ניצול מיני והזנחה של קטינים וחסרי ישע (להלן: 'ועדות אלימות' או 'ועדות'). מטרת הוועדות להוביל ולקדם את איתור נפגעי האלימות ואת הטיפול בהם בארגוני הבריאות השונים.

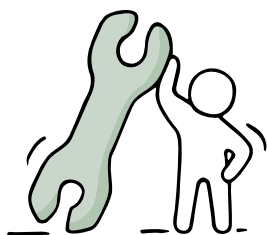
בשנת 1990 הנחה חוזר מנכ"ל משרד הבריאות להקים ועדות אלימות בבתי החולים ובלשכות הבריאות (חוזר מנכ"ל 20/90), ובשנת 2003 הורחבה ההנחיה לכלל שירותי הבריאות, לרבות שירותים בקהילה (חוזר מנכ"ל 26/03). בהתאם לחוזר, בוועדה חברים רופא (המשמש כיו"ר), עובדת סוציאלית (המשמשת כמרכזת) ואחות, ובמידת הצורך גם פסיכיאטר, פסיכולוג או אנשי מקצוע אחרים.

נכון ליולי 2023 פועלות כ-320 ועדות בארגוני הבריאות בארץ.

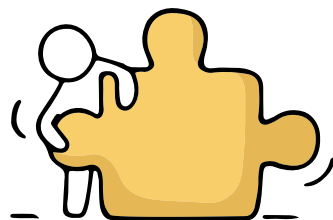


# ועדות אלימות: תפקידים עיקריים

את התפקידים העיקריים של הוועדות, על פי הגדרתם בחוזר מנכ"ל<sup>א</sup> של משרד הבריאות, אפשר למיין לארבעה תחומים:



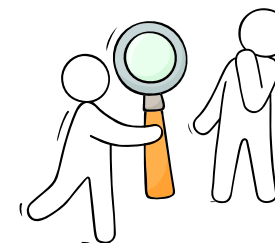
**איסוף נתונים  
והבטחת איכות הטיפול**



**יצירת רצף טיפולי  
בתוך מערכת הבריאות  
ומחוצה לה**



**הגברת המודעות  
לאלמ"ב והקניית ידע  
וכלים לצוות**



**ייעוץ לצוותים  
ולהנהלות הארגונים  
במערכת הבריאות**

<sup>א</sup> חוזר מנכ"ל 26/03 "נוהל מינוי ועדות קבועות לאלימות במשפחה, ניצול מיני והזנחה של קטינים וחסרי ישע" (כ"ד חשוון תשס"ד - 19.11.03)



2

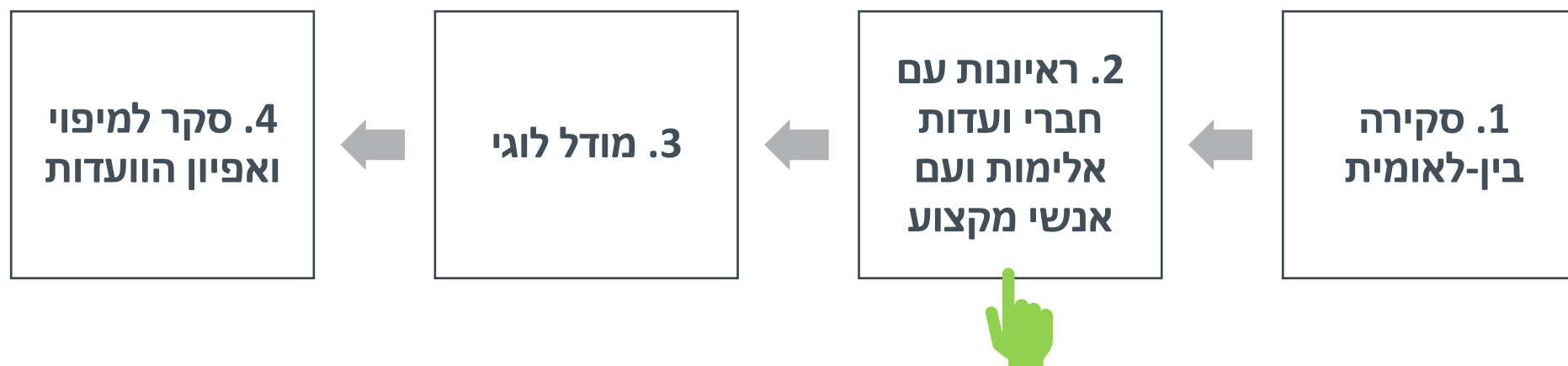
# המחקר



# המחקר

- **מטרת המחקר:** החל באוקטובר 2021 בעקבות פנייה של המחלקה לטיפול באלמ"ב ותקיפה מינית ומטרתו ללמוד על עבודת הוועדות ולמפות את הרכבן, את מאפייניהן ואת פעילותן

- **שיטת המחקר:** כלל ארבעה רכיבים



- **במצגת מוצגים ממצאים מן השלב השני של המחקר:** ראיונות עם חברי ועדות אלימות ועם אנשי מקצוע





# מטרת הראיונות

לבחון את אופן התנהלות הוועדות, את ההישגים שלהן ואת האתגרים שהן מתמודדות איתם. בין הנושאים שנבחנו בראיונות:

- תפקידים ותחומי אחריות
- הרכב ומבנה הוועדות
- דרכי העבודה והתנהלות הוועדות
- ממשקי העבודה עם ארגונים אחרים בתוך מערכת הבריאות ומחוצה לה
- מדדי הצלחה לעבודת הוועדות
- קשיים ואתגרים מרכזיים בעבודת הוועדות
- מודעות לפעילות הוועדות בקרב ההנהלות והצוותים בארגונים
- אוכלוסיות בסיכון ואוכלוסיות עם מאפיינים ייחודיים



# שיטה

- נערכו ראיונות מקוונים מובנים למחצה עם 21 חברים ב-13 ועדות אלימות וכן עם אנשי מקצוע מארגונים שונים במערכת הבריאות (בתי חולים כלליים ופסיכיאטריים, קופות חולים, לשכות בריאות, מוסדות גריאטריים) (לפירוט ראו שקף 11)
- הראיונות נערכו בין החודשים ינואר 2022 – יוני 2022



# אוכלוסיית המחקר

הלוח שלהלן מפרט את מספר המרואיינים ואת שיוכם הארגוני:

| מס' מרואיינים | פירוט                                                                  | שייכות ארגונית <sup>א</sup>                    |
|---------------|------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| 2             | מזמינות המחקר                                                          | מטה המשרד                                      |
| 7             | רכזות ועדות ארציות ומחוזיות – קופות חולים, בתי חולים ולשכות בריאות     | רכזות הוועדות (עו"ס)                           |
| 7             | אחיות ורופאים בעלי התמחויות שונות (ילדים, גריאטריה, משפחה, פסיכיאטריה) | בעלי תפקידים אחרים בוועדות (יו"ר וחברים אחרים) |
| 5             | רופאות, אחיות, צוות פרה-רפואי                                          | נציגי צוותים שאינם חברי ועדות                  |
| 21            |                                                                        | סך הכול                                        |

<sup>א</sup> לא נערכו ראיונות עם נציגי קופ"ח לאומית



3

**ממצאים**



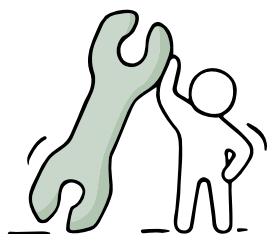
## 3.1 תפקידי הוועדות ותחומי פעילותן



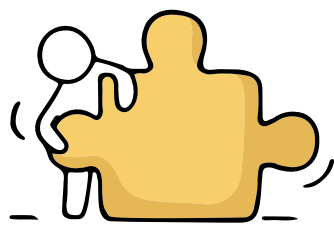


# תפקידים ותחומי פעילות עיקריים

נציגי הוועדות שרואיינו ציינו ארבעה תפקידים או תחומי פעילות מרכזיים שבהם עוסקות הוועדות. את שני התחומים הראשונים הזכירו כל נציגי הוועדות ואת השניים האחרונים הזכירו רק חלקם. תחומי פעילות אלו נמצאים בהלימה עם תפקידי הוועדה כפי שהוגדרו בחוזר מנכ"ל (ראו [שקף 6](#)).



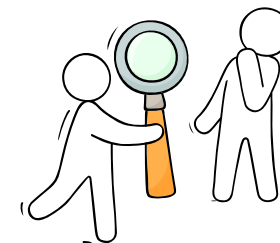
4. מדידה והערכה



3. יצירת רצף טיפולי



2. מתן הכשרה לצוותים  
להגברת מודעות והקניית ידע



1. ייעוץ לצוותים

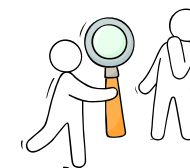
נציגי הוועדות הדגישו כי חסרים נהלים מעודכנים ומפורטים בנוגע לפעילות הוועדות בכל אחד מתחומי הפעילות.





# מתן ייעוץ לצוותים

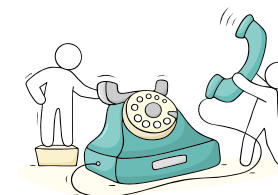
חברי הוועדה מספקים מידע וייעוץ לצוותים בארגונים השונים (קופ"ח, בתי חולים, מוסדות גריאטריים, לשכות בריאות) בנושאים הקשורים לאיתור מקרי אלימות במשפחה ופגיעה מינית בקרב מטופלים ולטיפול בהם, למשל – זיהוי סימפטומים קליניים, דרכי תשאול רגישות ומענים זמינים להפניה לטיפול במערכת הבריאות ובמערכות שירות אחרות, כגון רווחה ומשטרה



ניכר כי מרבית הפניות מן הצוותים מגיעות ל**רכזות הוועדות**. הסיבות לכך נעוצות בזיהוי תחום האלמ"ב עם תחומי אחריותה של העו"ס ולעובדה כי בחלק גדול מן הוועדות הרכזות הן אלה שמובילות את פעילותן (להרחבה ר' פרק 3.2). מרואיינים מעטים דיווחו על פנייה בעיקר ליו"ר ולנציגות הסיעוד, נוסף על הרכזת



הפניות לוועדות מתבצעות ב**מגוון דרכים** – חלקן באמצעות מערכת ממוחשבת וחלקן באמצעי תקשורת שונים, כולל מייל, ווטסאפ, טלפון ואף טופסי דיווח ידניים





# ייעוץ בנושא חובת הדיווח

אחד הנושאים השכיחים לפניות של צוותים לוועדות נוגע לחובת הדיווח<sup>א</sup> לגורמים בקהילה. חברי הוועדות הדגישו כי הם מקפידים להנחות אישית את הפונים בהתאם לנסיבות של כל מקרה, ובייחוד סביב ההתלבטויות האם לדווח ולמי לדווח, ומתי הדיווח יכול להזיק יותר מאשר לסייע. בראיונות עלו כמה סוגיות מרכזיות בהקשר זה:

למילה "דיווח" יש מטען שלילי והיא מעוררת חשד ורתיעה בקרב הצוותים



עשויה להתרחש פגיעה ביחסי האמון בין הצוותים ובין המטופלים ומשפחותיהם בעקבות מימוש חובת הדיווח. סוגיה זו אופיינית במיוחד בשירותי הבריאות בקהילה המעניקים טיפול ארוך טווח, בהם תחנות טיפת חלב, רפואת ילדים ומשפחה



הובעו רתיעה וחשש מן הדיווח, בייחוד בקרב הצוותים העובדים עם קבוצות באוכלוסייה המאופיינות בסגירות גבוהה והיעדר שוויון מגדרי מובנה, כגון ערבים וחרדים



הצוות נוטה להימנע מהעברת דיווח ישיר ו'מגלגל' אותו לטיפול הוועדות, שלא לפי הנוהל הקיים







# הכשרה לצוותים ולחברי הוועדות

מן הראיונות עולה כי אחד התפקידים המרכזיים של הוועדות הוא להעניק הכשרה לצוותים בכל הנוגע לאיתור נפגעי אלימות במשפחה ופגיעה מינית ולטיפול בהם. הכשרת הצוותים חיונית להקניית ידע, כלים ומיומנויות ולהגברת המוטיבציה לאיתור ולטיפול בנפגעי אלמ"ב ופגיעה מינית



צוין כי חסרים נהלים המתייחסים להכשרת חברי הוועדות עצמם. בחלק מן הארגונים יש הסכמים על פיהם על הרכזות לעבור הכשרה טרם כניסתן לתפקיד. אולם ההסכמים אינם מפרטים את התכנים או את היקף ההכשרה



יש ועדות שבהן חברי הוועדה לא עברו כל הכשרה מאז כניסתם לתפקיד. ייתכן שזה קשור לתחלופה הגבוהה של חברים בוועדות





# הכשרה לצוותים

מן הראיונות עולה שונות רבה בפעילויות ההכשרה שניתנות על ידי הוועדות:

- ישנם כמה סוגי הכשרה, כולל הרצאות, ישיבות צוות ממוקדות נושא, ימי עיון והסברה, מצגות ולומדות
- **הכשרות מועברות במגוון דרכים:** בפגישות פנים אל פנים, בפגישות בזום ובאמצעות לומדות מקוונות. למרות הנגישות הרבה של ההכשרות בזום, יש חשיבות להכשרות המתקיימות בפגישות פנים אל פנים המאפשרות למידה משותפת ושיח עמיתים
- נציגי הצוותים שאינם חברים בוועדות ציינו במיוחד את התרומה של ההכשרות שנעשות במתכונת של **סדנאות הכוללות תרגול והתנסות** ('סימולציה'), בייחוד עבור **אנשי צוות חדשים או סטודנטים** במקצועות הטיפול (רפואה, סיעוד, מקצועות פרה-רפואיים). נוסף על כך הציעו שלאחר השלמת הסדנה ייערכו הכשרות ריענון ועדכון
- **תדירות ההכשרות והיקפן** משתנים בין הארגונים השונים



# יצירת רצף טיפולי

המרואיינים ציינו שאחד מן התפקידים המאתגרים ביותר של הוועדות הוא הגברת שיתוף הפעולה בין הוועדות ובין גורמים אחרים ויצירת רצף טיפולי. בהקשר זה עלו קשיים הן במערכת הבריאות עצמה הן בקשר עם מערכות שירות נוספות:

שיתוף הפעולה **במערכת הבריאות עצמה**, בייחוד בין שירותי הקהילה לבתי החולים לוקה בחסר. חסרה שגרת עבודה משותפת יום-יומית מובנית ביניהם ולרוב נוצר הקשר רק סביב מקרי קיצון



שיתוף הפעולה עם **מערכות שירות נוספות**, בייחוד בין המחלקות לשירותים חברתיים והמשטרה, כרוך בבעיות רבות. לדוגמה: כשהוועדה מעבירה דיווח לעו"סים במחלקות לשירותים חברתיים, לא תמיד מתקבל מהם אישור על כך שקיבלו את הדיווח או טיפלו במקרה, גם במקרים של קטינים וחסרי ישע שבהם קיימת חובת דיווח



ברוחה ממש לא סופרים אותנו. שום דבר מהעשייה שלנו בבריאות לא מתורגם לשטח ברוחה. חייב להיות קשר דו-כיווני בין הרוחה לוועדות האלימות. צריך לבנות רוטינה של עבודה שוטפת... " (חברה בוועדה).





# מדידה והערכה

מן הראיונות עם חברי הוועדות עולה כי רוב הוועדות מקפידות לאסוף ולתעד נתונים על מקרים מאותרים. רכזות הוועדות הן האחראיות לאיסוף הנתונים



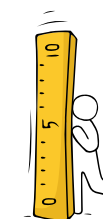
הנתונים משמשים את חברי הוועדות לצרכים מגוונים, כגון התאמת תוכני ההכשרה לצורכי הצוותים והעברת הכשרות לצוותים עם שיעורי איתור נמוכים



הנתונים מועברים בקובץ אקסל ליחידת מטה במשרד הבריאות לסיכום שנתי. לדעת חלק מנציגות הוועדות, הטופס הקיים לאיסוף נתונים על מקרים מאותרים אינו ידידותי וקשה למילוי והוא מוסיף לעומס המשימות המוטל על הרכזות



בראיונות הוצעו מדדים נוספים שאינם קיימים היום לבחינת עבודת הוועדות וכן הועלו כמה סוגיות, בהן הצורך בהוספת מדדי תפוקה ותוצאה לפעילות הוועדות – ראו בפרק "סיכום וכיווני פעולה" (שקפים 42-43)





## 3.2 הרכב, מבנה והתנהלות הוועדות





# הרכב הוועדות<sup>א</sup>

מן הראיונות עולה כי:

- **מספר החברים** בוועדות נע בין 3-16
- כל הוועדות כוללות **עו"ס רכזת הוועדה ורופא יו"ר הוועדה**. שלא לפי הנוהל, יש ועדות שבהן חסר **נציג הסיעוד** (אח/ות)
- בחלק מן הוועדות חברים **אנשי צוות ממגוון רחב של מקצועות נוספים**, בהם פסיכולוגים, אנשי צוות פרה-רפואי ואדמיניסטרטיבי, שיש להם ידע ומומחיות לאוכלוסיות ספציפיות (ילדים, נשים, גריאטריה ופסיכיאטריה)
- במספר קטן של ועדות (ועדות ארציות בקופ"ח, ועדות כלליות בבתי חולים) חברים **נציגי הנהלת הארגון**, בהם רופאים מחוזיים, אחיות מחוזיות, מנהלי השירות הסוציאלי ונציגי הנהלת ביה"ח

<sup>א</sup>נתונים אלו מתייחסים רק ל-13 הוועדות שנציגיהן התראיינו במחקר. בהמשך ייערך סקר למיפוי הוועדות שיאפשר לקבל נתונים על אודות כלל הוועדות בישראל



# תקינה לחברי הוועדות

1

רכזות הוועדות פועלות בתקן ייעודי בהיקף משרה חלקי שלרוב אינו מכסה את היקף השעות שהן מקדישות למילוי תפקידן בפועל. במקרים מסוימים גם לרכזות אין תקן

2

יו"רים ושאר חברי הוועדה, למעט יוצאי דופן, פועלים מתוקף המינוי שקיבלו בארגונם, ללא תקן ייעודי המגדיר את היקף השעות וללא שכר בעבור תפקידם בוועדה



3

בשל היעדר תקינה ולנוכח עומס קיצוני המאפיין את עבודת הצוותים בעבודתם השוטפת:  
א. לחלק גדול מאנשי הצוות אין מוטיבציה לעסוק בנושא וקשה מאוד לאייש את הוועדות  
ב. יש תחלופה גבוהה של חברים בחלק מן הוועדות

”

אני מרגישה פה עקב אכילס כזה, אני ממש מרגישה שאני כל פעם צריכה כאילו להוביל בכוח... זה לא כל כך מוסרי. לי יש תקינה לזה ואנשים אחרים הם עושים לי טובה שהם כבר מקדישים את הזמן הזה" (רכזת הוועדה)



# מבנה הוועדות

חברי הוועדות תיארו שני סוגים של מבנה הוועדות:



**ועדה מרכזית עם כמה תת-ועדות** האחראיות לקבוצות ספציפיות באוכלוסייה, בהן ילדים, נשים, זקנים ואנשים עם מוגבלות נפשית. יו"ר או רכזת הוועדה המרכזית מפנים את המקרים הרלוונטיים לטיפולן של תת-הוועדות, בהתאם למומחיותן



**ועדה מרכזית** שכל חברה עובדים יחד ונותנים מענה משותף. בעת הצורך, חברי הוועדה נעזרים ביועצים חיצוניים בעלי התמחויות רלוונטיות, בהם גריאטרים, פסיכיאטרים ורופאי ילדים

מבנה רחב ופורמלי של ועדה מרכזית, המורכבת ממספר רב של 'חברים' שחלקם או כולם אינם מעורבים בפעילותה, מתאים בעיקר לקביעת תוכניות עבודה תקופתיות ולקבלת החלטות כלליות בנוגע לפעילות הוועדה, כגון פיתוח מערכי הדרכה והכשרה. צמצום חברי הוועדה וכן קיום תת-ועדות עשויים להקל על התנהלות שוטפת ועל מענה גמיש לצרכים העולים מן השטח





# חלוקת התפקידים בין חברי הוועדה

מן הראיונות עלה כי האחראית הבלעדית להתנהלות הוועדה (כולל תכנון מפגשי הוועדה והובלתם, מתן ייעוץ והכשרה לצוות, איסוף הנתונים ועוד) היא ה**רכזת** הפועלת במסגרת תקן ייעודי. שאר חברי הוועדה אינם מקבלים שכר עבור פעילותם בוועדה ותפקידם ותחומי אחריותם בוועדה אינם מוגדרים כלל.



מבחינה פורמלית, על יו"ר הוועדה להיות רופא. חברי הוועדות חלוקים בדעתם בנוגע לשאלה מי אמור למלא את תפקיד היו"ר לנוכח מעורבותו המצומצמת בפעילות הוועדות לעומת הרכזת. חלק מחברי הוועדות טענו כי יש למנות את העו"ס המרכזת לתפקיד היו"ר. לעומתם, אחרים סבורים כי בשל היוקרה והכוח שיש לרופאים במערכת הבריאות, על הרופאים להמשיך לעמוד בראש הוועדות.



לעומת נציגי הוועדות בקופות חולים, נציגי הוועדות מבתי החולים תיארו דפוס מעורבות שוויוני יותר ובו חברי הוועדה שותפים באופן פעיל בפעילויות הוועדה. דפוס כזה מאפשר ייעוץ וטיפול אינטגרטיבי של אנשי מקצוע בעלי ידע והתמחות רלוונטית, וכן צמצום העומס הפיזי והרגשי המוטל על הרכזות.





# התנהלות הוועדות

## תוכני המפגשים

- גיבוש תוכניות עבודה
- תקופתיות, בהן הדרכות לצוותים, ימי עיון וכנסים
- הצגת נתונים בארגון
- למידה של ידע חדש בתחום
- דיון בתיאורי מקרה פרטניים
- דיון במקרים מורכבים או מסכני חיים

## קשר שוטף בין חברי הוועדה

בין המפגשים מקיימים חברי הוועדה **קשר שוטף** בטלפון, בהתכתבות או במפגשים לא רשמיים, בהתאם לצורך

## מפגשי הוועדות

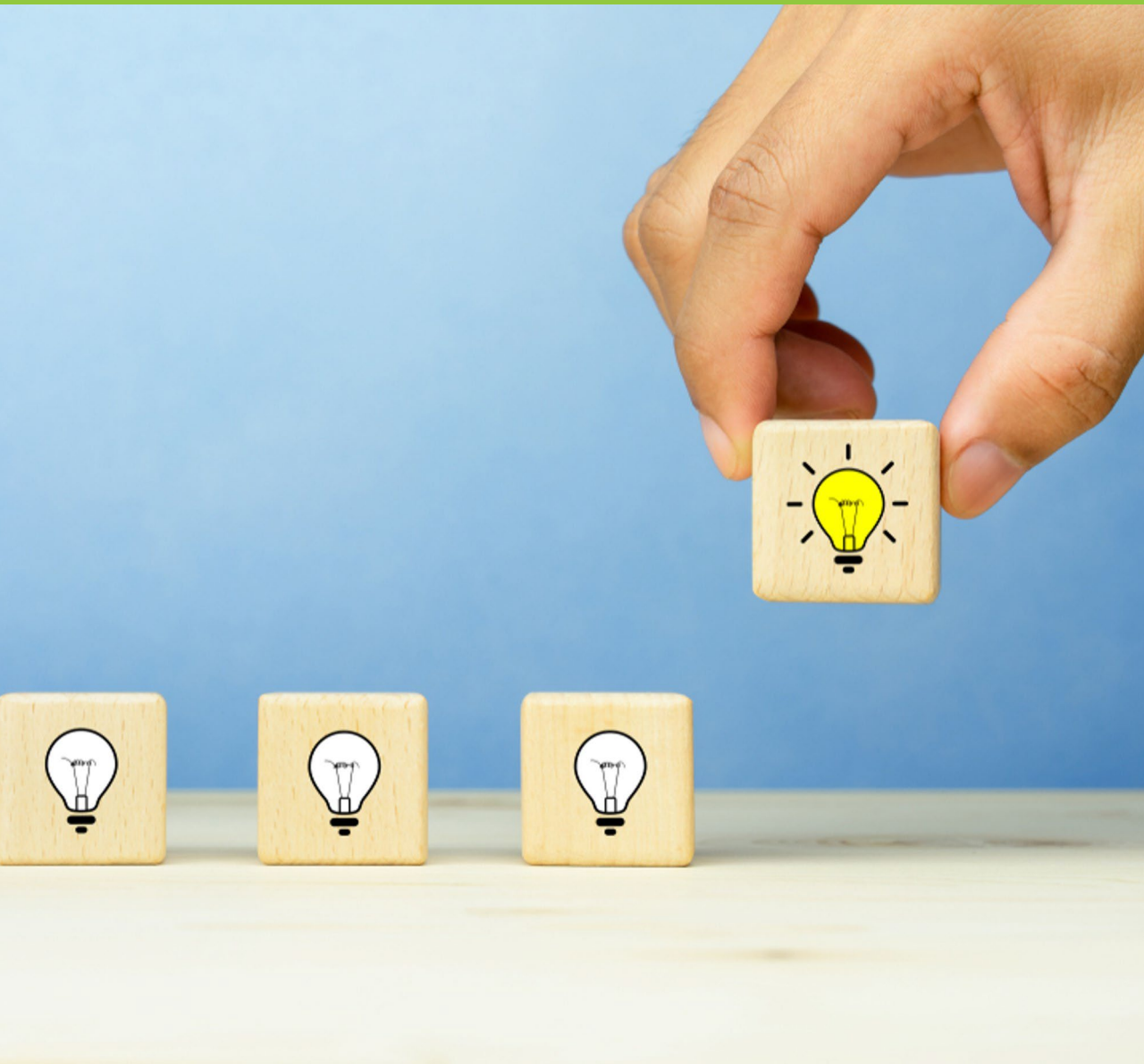
מן הראיונות עולה כי הוועדות שחבריהן התראיינו במחקר, מקפידות על מפגשים לפחות פעם ברבעון; חלקן אף נפגשות בתדירות גבוהה יותר. בחלק מן הוועדות מתעדים את המפגשים בפרוטוקולים

חלק מן המרואיינים ציינו כי לעיתים למפגשי הוועדות **אופי טקסי** הנותן תחושה של יציאה לידי חובה בעצם קיומם, ללא הצבת משימות או תוצרי עבודה הלכה למעשה. מפגשים אלו אינם יעילים ומעמיסים על הרכזות העמוסות ממילא





### 3.3 ההכרה של צוותי הארגונים במערכת הבריאות ושל הנהלותיהם באלמ"ב ובפגיעה מינית וכן בפעילות הוועדות





# ההכרה של צוותי הארגונים במערכת הבריאות ושל הנהלותיהם באלמ"ב ובפגיעה מינית וכן בפעילות הוועדות<sup>א</sup>

- חלק ניכר מן המרואיינים, חברי הוועדות ונציגי הצוותים שאינם חברים בוועדות, ציינו כי אין כיום מודעות מספקת לתופעת האלמ"ב והפגיעה המינית בקרב צוותי הארגונים במערכת הבריאות והנהלותיהם
- היעדר ידע וכלים מקצועיים לצד סטיגמות וקשיי איתור בהיעדר דיווח ישיר של הנפגעים, מהווים, לדעת המרואיינים, מחסום ניכר לקידום הפעילות למניעת אלמ"ב ולצמצום ההיפגעות ממנה
- לדברי המרואיינים, לצד היעדר המודעות לתופעת האלמ"ב והפגיעה המינית, אין מספיק "נראות" לוועדות ולפעילותן בקרב הצוותים וההנהלה

היעדר ידע  
וכלים בקרב  
הצוותים

סטיגמות  
כלפי אלמ"ב

תת דיווח  
ישיר של  
הנפגעים

היעדר  
מודעות  
לוועדות  
ולפעילותן

מודעות  
נמוכה  
והיעדר הכרה  
מצד ההנהלה

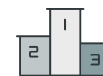
<sup>א</sup> על פי דיווח חברי הוועדות ונציגי הצוותים שאינם חברים בוועדות שרואיינו



# ההכרה של הנהלות הארגונים במערכת הבריאות באלמ"ב ופגיעה מינית ובפעילות הוועדות



בהיעדר הקצאת משרות ותקנים עבור חברי  
הוועדות, **אישור ועידוד ההנהלה** לעסוק  
באלמ"ב וכן הכרתה בעשיית הוועדות  
והערכתה, עלו כבעלי חשיבות מכרעת לקידום  
פעילות הוועדות ומיצוב מעמדם בארגונים



הנהלות הארגונים קובעות את **תיעדוף**  
**הנושאים בתוכניות העבודה** התקופתיות.  
תיעדוף זה משפיע על הלגיטימציה לעסוק  
בתחום האלמ"ב והפגיעה המינית בכלל ועל  
ההכרה בפעילות הוועדות בפרט

**דוגמה:** רכזות הוועדות כפופות מבחינה מנהלית לרופאים המחוזיים בקופות החולים או לעו"סים  
הראשיים בבתי החולים. לדברי הרכזות, בהתאם לעמדות ההנהלה, יש הבדלים ניכרים בין הארגונים  
ואף בין המחוזות השונים באותו ארגון בהכרה הניתנת לתחום ובהיקף העשייה של הוועדות

הרופאים לא מקבלים תקן לעסוק בזה וזה תלוי ברצון הטוב של הבוסים שלך. היו שנים שקיבלתי על הראש  
כי השקעתי זמן בלראות את המקרה ולייעץ... תלוי מי הבוס שלך – גורם לקונפליקטים אדירים..." (רופאה  
חברה בוועדה)





## 3.4 איתור נפגעי אלימות ופגיעה מינית בקרב קבוצות ייחודיות באוכלוסייה וקבוצות סיכון וטיפול בהם





# קבוצות באוכלוסייה הדורשות התאמה תרבותית וקבוצות סיכון להיפגעות מן התופעה

המראיינים ציינו את הצורך להציע מענה רגיש תרבותית לקבוצות ייחודיות באוכלוסייה וכן ציינו כמה קבוצות הנמצאות בסיכון להיפגעות מן התופעה:

## קבוצות סיכון להיפגעות מן התופעה

- ילדים, בהם קטינות בהיריון
  - זקנים, בפרט זקנים עם דמנציה
  - אנשים עם מוגבלות, בפרט מוגבלות שכלית ונפשית
  - מטופלים במוסדות לטיפול ממושך, כגון מוסדות גריאטריים ופסיכיאטריים
- (ראו הרחבה [בשקף 33](#))

## קבוצות באוכלוסייה הדורשות התאמה תרבותית

- האוכלוסייה הערבית (ראו הרחבה [בשקף 32](#))
- האוכלוסייה הבדואית: שכיחות גבוהה של אלימות פיזית מצד אב המשפחה והיעדר שיתוף של גורמי הטיפול
- האוכלוסייה החרדית: חברה סגורה המאופיינת בהיעדר אמון בגורמי טיפול
- יוצאי אתיופיה (בראיונות לא התקבלו התייחסויות מפורטות לקבוצה זו)
- להטב"ק: נדרשים שינוי בנהלים הקיימים והתאמה ייחודית



# האוכלוסייה הערבית

בראיונות הודגשו הגורמים המקשים על הוועדות לאתר נפגעי אלמ"ב ופגיעה מינית באוכלוסייה הערבית ולטפל בהם:

- **היעדר אמון במערכת הרווחה ובמשטרה** שבא לידי ביטוי בסירוב להזדהות או להסכים להעברת הדיווח לגורמים אלו (כאשר לא מדובר בקטינים וחסרי ישע, בנוגע להם יש חובת דיווח)
- **חשש כבד בקרב הצוותים** המטפלים באוכלוסייה זו מפני תגובות אלימות כלפיהם. כמו כן חשש לפגוע באמון המטופלים בעקבות הדיווח על אלמ"ב ופגיעה מינית
- **חוסר נגישות של העובדים הסוציאליים בשירותי הבריאות.** חוסר זה מורגש אף יותר מכיוון ששירותי הרווחה ושירותים אחרים בקהילה אינם נגישים פיזית ותרבותית ויש גם חשש וחוסר אמון כלפיהם, בעיקר באזורי הפריפריה בצפון ובדרום.

**מרכז 'אלומה'** (בעכו ובבית שמש) צוין בתור שירות אינטגרטיבי נגיש ומותאם תרבותית לאוכלוסייה הערבית. מלבד מגוון סוגי השירותים והסיוע הניתנים במקום אחד, יש בו אנשי מקצוע ומטפלים זמינים מתוך האוכלוסייה, והשירות בו ניתן ללא הצורך להזדהות





# מוסדות לטיפול ממושך

חלק מן המרואיינים העמיקו בסוגיות הייחודיות למוסדות לטיפול ממושך, בהם מוסדות גריאטריים ופסיכיאטריים:

- במוסדות אלו ועדות האלימות אחראיות הן לאיתור נפגעי אלמ"ב ופגיעה מינית ולטיפול בהם, הן לטיפול במקרים של **התעללות של הצוות במטופלים**
- במקרים של אלימות מצד הצוות, העובדה כי הגוף האחראי לאיתור ולטיפול והגורם המואשם שייכים לאותו ארגון מהווה **ניגוד אינטרסים** מובנה בפעילות הוועדה
- לכן, לדעת חלק מן המרואיינים, במוסדות לטיפול ממושך, יש להעביר את האחריות לאיתור מי שנפגעו מאלימות הצוות ולטיפול בהם אל **גוף משולב** הכולל נציגים מצוות המוסד והנהלתו וגורמים חיצוניים



4

## סיכום וכיווני פעולה



## סיכום

- מן הראיונות עולה כי **אין כיום די מודעות** בקרב צוותי הארגונים במערכת הבריאות והנהלותיהם לנושא האלימות במשפחה ופגיעה מינית בכלל ולפעילות הוועדות בפרט
- הצוותים, בהם חברי הוועדות, פועלים בתנאי **עומס** קיצוני. לכן, ולנוכח **היעדר משרות ותקנים ייעודיים לחברי הוועדות**, איתור נפגעי אלמ"ב ופגיעה מינית וטיפול בהם נדחקים לעיתים לשוליים. במרבית הוועדות שחבריהן התראיינו למחקר, רק הרכזות פועלות כיום במסגרת תקן ייעודי, שגם הוא לרוב אינו מכסה את היקף הזמן שהן משקיעות למילוי תפקידן
- בהיעדר תגמול כספי, חשוב למנות לוועדות את **אנשי הצוות בעלי העניין והמוטיבציה** לקידום הנושא. כמו כן יש לשקול את מידת הבכירות הנדרשת למילוי התפקיד בוועדה אל מול הזמינות למילוי המשימות במסגרתו
- **להכרה והערכה מצד הנהלת הארגון** תפקיד חשוב בהעלאת המוטיבציה והעניין לקידום פעילות הוועדות. כאמור, מן הראיונות עולה כי הנהלות הארגונים לעיתים קרובות אינן מודעות מספיק לנושא אלמ"ב ופגיעה מינית בכלל ולפעילות הוועדות בפרט



## סיכום (המשך)

- **הנהלים וחוזרי המנכ"ל** המנחים את פעילות הוועדות אינם מעודכנים ברובם או שהם מנוסחים בכלליות, ללא הגדרות ברורות בתחומי הפעילות העיקריים, בהם הדרכה והכשרה, חובת דיווח, יצירת רצף טיפולי, ריכוז נתונים והפעלת כלים להבטחת האיכות
- משום כך, יש **שונות גדולה במבנה, בהרכב ובאופן ההתנהלות** של הוועדות. זאת אף שיש **הסכמה בדבר תפקידיהן העיקריים** של הוועדות
- אף שיש הגדרה של **הרכב רב-מקצועי** של הוועדות הכולל עו"ס רכזת ועדה, רופא יו"ר, נציג סיעוד וכן אנשי מקצוע נוספים, **אין הגדרה ברורה של תחומי האחריות וחלוקת התפקידים** בין חברי הוועדה. כיום רוב הוועדות מבוססות על עבודת הרכזות בלבד
- ישנן **קבוצות באוכלוסייה** שיש להן מאפיינים תרבותיים ייחודיים המחייבים מתן מענה רגיש ומותאם תרבותית לצד קבוצות הנמצאות בסיכון להיפגעות

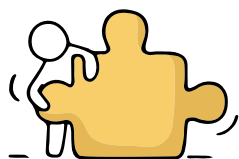


# כיווני פעולה

לנוכח הממצאים, מוצעים כיווני פעולה בחמישה תחומים:



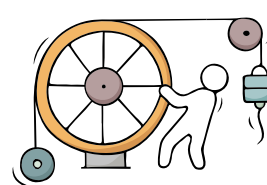
מדידה  
והערכה



יצירת  
רצף טיפולי



הגברת המודעות וההכרה  
של צוותי הארגונים  
במערכת הבריאות  
ושל הנהלותיהם



שדרוג  
פעילות  
הוועדות



עדכון  
נוהלי  
הוועדות



# עדכון נוהלי הוועדות

יש לעדכן את הנהלים הקיימים לאיתור נפגעים ולטיפול בהם וכן לפרט ולספק הנחיות בנוגע לדרכי הפעולה של הוועדות. חשוב גם להבנות את שגרת העבודה ואת חלוקת התפקידים בין חברי הוועדות בתחומי האחריות השונים לצורך מתן מענה רב-מקצועי אינטגרטיבי בתחומי הפעילות של הוועדה:



**מדידה והערכה:** איסוף נתונים לניטור אלמ"ב ופגיעה מינית והפעלת כלים להבטחת האיכות של פעילות הוועדות, כולל פיתוח סטנדרטים להתנהלות הוועדות ועדכון המערך לפיקוח ובקרה על עבודתן



**יצירת רצף טיפולי:** הגדרה והסדרה של דרכי העבודה והפעולות הנדרשות ליצירת שיתופי פעולה במערכת הבריאות ומחוצה לה, בייחוד בין המחלקות לשירותים חברתיים והמשטרה



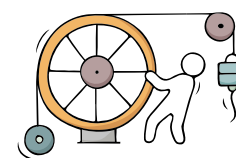
**מתן הכשרות לצוותים:** קביעת מאפיינים למיון ותיעדוף אנשי הצוות לסוגי ההכשרה השונים; הגדרת תדירות, היקף ואופן העברת ההכשרות



**מתן ייעוץ לצוותים:** עדכון דרכי הפנייה לוועדות והפצתן בקרב הצוותים; הגדרת תפקיד הוועדות בייעוץ; צירוף יועצים משפטיים ייחודיים לנושא אלמ"ב; צירוף יועצים המתמחים בקבוצות ייחודיות באוכלוסייה (נשים, זקנים, ילדים וכו')



# שדרוג פעילות הוועדות



לצורך הגברת המועילות של הוועדות, יש מקום לשקול:

- **הוספת שעות תקן** עבור רכזות הוועדות וכן תקצוב תקנים ייעודיים עבור יו"רים וחברי ועדה נוספים
- **מינוי לוועדה** של אנשי צוות בעלי מוטיבציה ועניין
- **חלוקת תפקידים** ברורה ומוסדרת בין חברי הוועדה והסדרת הובלה משותפת של הוועדה על ידי הרכזת והיו"ר
- **הגברת המומחיות של הוועדות על ידי חלוקה לתת-ועדות או על ידי תוספת יועצים** בעלי ידע ומומחיות בקבוצות אוכלוסייה ותחומי טיפול ספציפיים (ילדים, אלימות בין-זוגית, גריאטריה, פסיכיאטריה וכד'), וכן מתן ייעוץ משפטי
- **יצירת קבוצת עמיתים של רכזות וחברי ועדות** לצורך למידה והטמעה של פרקטיקות מיטביות בקרב כלל הוועדות
- **מתן הדרכה מקצועית ותמיכה רגשית** לחברי הוועדות, ובייחוד לרכזות
- **הוספת תגמולים**, מלבד השכר, עבור הפעילות בוועדה, כגון תעודות הוקרה, עידוד להשתתפות בכנסים, יציאה לנופש ועוד

# הגברת המודעות וההכרה של צוותי הארגונים במערכת הבריאות ושל הנהלותיהם



יש להגביר את המודעות והידע של צוותי הארגונים במערכת הבריאות ושל הנהלותיהם על תופעת האלמ"ב והפגיעה המינית בכלל ועל פעילות הוועדות בפרט באמצעות:

## חשיפה לפעילות הוועדות

- השתתפות חברי הוועדות בישיבות צוות והנהלה להעלאת נושא האלמ"ב לדיון
- מעורבות ושיתוף הנהלת הארגון בפעילותה השוטפת של הוועדה על ידי הצטרפות נציגי ההנהלה לוועדה, השתתפותם במפגשי הוועדה ובפעילותה, מעורבותם בקביעת תוכניות העבודה, עדכון ההנהלה בפעילות הוועדה ועוד
- הפצת מידע הנאסף במדידה והערכה בנוגע לאיתור הנפגעים והטיפול בהם ובנוגע לפעילות הוועדה (ראו שקף 20)

## חשיפה לנושא אלמ"ב ופגיעה מינית

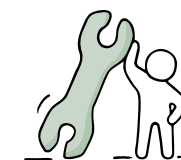
- הכשרות סדירות, המועברות באמצעים מגוונים, במפגשים פיזיים ומקוונים
- הפצת עדכונים תקופתיים ברשימת התפוצה במחוז או בביה"ח, ובכללם עדכונים על מחקרים רפואיים, תיאורי מקרה ומידע עדכני בנושא
- שילוב קורסי בחירה וחובה בתוכניות הלימודים בבתי הספר לרפואה ולסיעוד
- פיתוח מסלולי התמחות בעלי קרדיטציה לעיסוק בתחום, כמו child abuse pediatricians, ופיתוח תת-התמחויות בפסיכולוגיה ופסיכיאטריה
- עריכת סקרים לבחינת הצרכים בקרב הצוותים





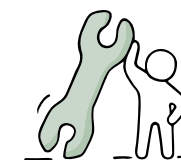
# יצירת רצף טיפולי

- איתור נפגעי אלמ"ב ופגיעה מינית וטיפול בהם מחייב מתן **מענה אינטגרטיבי רציף והמשכי** על ידי אנשי מקצוע מתחומים רבים בארגונים שונים, כולל שירותים בקהילה ובתי חולים, שירותי רווחה וגורמי אכיפה. לשם כך, יש להטמיע את הנהלים לשימור הרצף הטיפולי בתוך הארגון, בין ארגוני הבריאות ובין ארגוני הבריאות לארגונים המשיקים
- מומלץ לפתח **מרכזים אינטגרטיביים בקהילה במודל One Stop Shop**, כמו מרכז 'אלומה', המעניק טיפול רב-מקצועי המשלב שירותי בריאות, רווחה, משפט וחקירה
- בראיונות הועלו כמה **פרקטיקות מיטביות** לקידום שיתופי פעולה עם גורמים שונים בקהילה. בין הפרקטיקות שהוצעו:
- הפיכת הוועדות לכתובת זמינה להתייעצויות עבור צוותים בארגונים אחרים בתוך מערכת הבריאות ומחוצה לה
- קיום פגישות היכרות ופעילויות משותפות, בהן ימי עיון, הרצאות וסדנאות, לצוות מן הארגון וחברי הוועדות לצד צוותים מארגונים נוספים, כגון עו"סים במחלקות לשירותים חברתיים ברשויות המחוז ונציגי המשטרה



# מידה והערכה: הצעות למדדי תפוקה

- נוכחות, מידת השתתפות ומעורבות של חברי הוועדה במפגשי הוועדה, למשל, הבאת נושאים לדיון, הכנת נושאים והצגתם וכד'
- מידת השתתפותם ומעורבותם של חברי הוועדה במתן ייעוץ לצוותים
- כמות ההכשרות לצוותים
- קיומם של יועצים מומחים לקבוצות באוכלוסייה או לתחומים ספציפיים, כגון גריאטריה, פסיכיאטריה ורפואת ילדים, ומידת זמינותם
- היקף התשאולים בתחנות טיפת חלב ובארגונים אחרים שבהם רוב המטופלים הן נשים (עליהן יש חובת תשאול אוניברסלית)
- מעקב אחרי מקרים שדווחו ומקרים שבנוגע להם הועלה חשד
- יישום תוכניות עבודה והחלטות המתקבלות במטה ובוועדות האלימות הארציות על ידי הוועדות בארגונים ובמחוזות



# מדידה והערכה: הצעות למדדי תוצאה

- היקף האיתורים המאומתים לצד כמות המקרים שבנוגע להם הועלה חשד ונדרשה התייעצות עם הוועדה
- איכות הטיפול, כגון הבחנה בין אלמ"ב להיפגעות מתאונות ומחלות, טיפול מוצלח במקרים מורכבים הדורשים 'לסטות' מן הנהלים הקיימים, טיפול רב-מקצועי המשלב אנשי מקצוע ונציגי שירותים שונים, במערכת הבריאות ובמערכות שירות אחרות
- המשך הטיפול במקרים שהועברו לקהילה – האם המקרים שבנוגע להם הועלה חשד אומתו? האם ניתן טיפול ואיזה?



# מקורות



## מקורות

- חוזר מנכ"ל משרד הבריאות 90/20 "טיפול בנפגעי אלימות במשפחה, ניצול מיני והזנחה של קטינים וחסרי ישע". (28.08.1990). [https://www.gov.il/BlobFolder/policy/mk20-1990/he/files\\_circulars\\_mk\\_mk20\\_1990.pdf](https://www.gov.il/BlobFolder/policy/mk20-1990/he/files_circulars_mk_mk20_1990.pdf)
- חוזר מנכ"ל מספר 26/03 "נוהל מינוי ועדות קבועות לאלימות במשפחה, ניצול מיני והזנחה של קטינים וחסרי ישע" (כ"ד חשוון תשס"ד-19.11.03).
- חוזר מנכ"ל משרד הבריאות 25/03 "איתור זיהוי וטיפול בקטינים נפגעי התעללות והזנחה" (כ"ד חשוון תשס"ד-19.11.03). [https://www.health.gov.il/hozer/mk25\\_2003.pdf](https://www.health.gov.il/hozer/mk25_2003.pdf)
- חוזר מנכ"ל משרד הבריאות 23/03 "נוהל איתור וטיפול בנשים נפגעות אלימות במשפחה ע"י מטפלים במסגרות הבריאות – באשפוז ובקהילה" (כ"ד חשוון תשס"ד-19.11.03). [https://www.health.gov.il/hozer/mk23\\_2003.pdf](https://www.health.gov.il/hozer/mk23_2003.pdf)
- חוק העונשין, התשל"א – 1971, תיקון התש"ן - 1989, סימן ו'1: פגיעה בקטינים וחסרי ישע.
- שפירא, ה. ומילשטיין, א. (2023). איתור נפגעי אלימות במשפחה וטיפול בהם במערכות בריאות: סקירה בין-לאומית. דמ-922-23. מכון מאיר-סג'ווינט-ברוקדייל.
- <https://brookdale.jdc.org.il/publication/detection-and-treatment-of-domestic-violence-victims-in-health-systems/>



[brookdale.jdc.org.il](http://brookdale.jdc.org.il)

