

זעקה לעזרה

תמונת מצב: נגישות טיפול נפשי בקהילה
לנפגעות ונפגעי אלימות מינית

ישראל 2021

איגוד מרכזי הסיוע
לנפגעות ולנפגעי
תקיפה מינית



**איגוד מרכזי סיוע לנפגעות ולנפגעי תקיפה מינית (ע"ר)
הוא עמותה המתקיימת מתרומות בלבד.
תרכו לנו וסייעו לנו להמשיך בפעילותנו.**

אפשרויות תרומה:

- כרטיס אשראי:**
באתר "ישראל תורמת". חפשו בגוגל "ישראל תורמת איגוד מרכזי הסיוע" או
הקלידו בדפדפן: israeltoremet.org/amuta/580173730
- העברה בנקאית:**
פרטי החשבון:
איגוד מרכזי הסיוע לנפגעות ולנפגעי תקיפה מינית בישראל (ע"ר)
הבנק הבינלאומי סניף 012 – ירושלים ראשי
רח' הלל 10 ירושלים
מס' חשבון 029904
- באפליקציות פיבוקס (PayBox) או ביט (Bit):**
העברה למספר הטלפון 054-892-1202
- המחאה (צ'ק):**
את המחאה יש לכתוב לפקודת "איגוד מרכזי הסיוע לנפגעות ולנפגעי תקיפה מינית"
ולשלוח לבית העמותות – סעדיה גאון 26, תל אביב יפו, מיקוד 6713521
- עיגול לטובה:**
בכל רכישה באשראי בסכום שאינו עגול, יעוגל התשלום לשקל הקרוב וההפרש (עד שקל)
יעבור אלינו. חפשו בגוגל "עיגול טובה איגוד מרכזי הסיוע" או הקלידו בדפדפן
איגוד-מרכזי-הסיוע/igul.org.il/amutot

כל התרומות מוכרות לצרכי מס לפי סעיף 46 לפקודת מס הכנסה,
ויקדשו במלואן למאבק באלימות המינית בישראל.

לתרומה בכרטיס אשראי או באפליקציית Bit:



איגוד מרכזי הסיוע
לנפגעות ולנפגעי
תקיפה מינית

תחקיר וכתובה: שיר עזרא
תחקיר נוסף בערבית: עו"ד שדא עאמר
הנחיה וליווי: אורית סוליציאנו
ייעוץ אקדמי: עו"ד ד"ר כרמית קלר חלמיש
ועדת היגוי: ד"ר ענבל ברנר, אביגיל פרנקל, ימית טויל ואיילת טפיארו
עריכה: נגה ברגר
עריכת לשון: נעה רוזן
עיצוב ועריכה גרפית: יעל בוברמן

מסמך זה נערך והופק בתמיכה הנדיבה של קרן ידידות טורונטו, מיסודה של קרן פרידברג,
ובאמצעות תרומות של תורמים פרטיים שהעדיפו להישאר בעילום שם

© כל הזכויות שמורות לאיגוד מרכזי הסיוע לנפגעות ולנפגעי תקיפה מינית, 2021

איגוד מרכזי הסיוע לנפגעות ולנפגעי תקיפה מינית בישראל מוכר כמוסד ציבורי לצורך זיכוי
ממס בגין תרומה, לפי סעיף 46 לפקודת מס הכנסה.

בית העמותות – סעדיה גאון 26, תל אביב יפו 6713521, טלפון 073-7013215
office@igud1202.org.il



WWW.1202.ORG.IL

תוכן העניינים

7	תקציר
9	עיקרי הממצאים
11	עיקרי ההמלצות
14	פתח דבר
16	מפת מרכזי הסיוע לנפגעות ולנפגעי תקיפה מינית
17	על איגוד מרכזי הסיוע לנפגעות ולנפגעי תקיפה מינית
18	הקדמה
18	על חשיבותו של טיפול נפשי מודע טראומה מינית
20	תהליך איסוף המידע
20	איסוף מידע ממערך השירותים לטיפול נפשי בטראומה מינית
21	איסוף מידע מצרכני/ות השירות וממרכזי הסיוע
22	מענים בפקוח משרד הבריאות
22	רקע: הרפורמה בבריאות הנפש
23	הרפורמה בבריאות הנפש: תמונת מצב עדכנית
25	תמונת מצב של השירותים הניתנים במערכת הבריאות
26	מיפוי הקשיים במענים שנותן משרד הבריאות
27	נגישות הטיפול
30	איכות השירות
32	חסמים פסיכולוגיים להתחלת טיפול
35	עמדת קופות החולים
36	מענים בפקוח משרד הרווחה והביטחון החברתי
36	רקע: הקמת המענים והתפתחותם
37	מיפוי הקשיים במענים שנותן משרד הרווחה והביטחון החברתי
37	נגישות הטיפול
40	איכות הטיפול
41	חסמים פסיכולוגיים להתחלת טיפול
42	המלצות
42	משרד הבריאות
45	משרד הרווחה והביטחון החברתי
47	המלצות משותפות לשני המשרדים
48	נספח א: מענים ביוזמת מרכזי הסיוע לנפגעות ולנפגעי תקיפה מינית
49	נספח ב: הכשרות לטיפול ממוקד טראומה מפגיעה מינית המוצעות כיום

תקציר

פגיעה מינית היא תופעה נפוצה החוצה מגזרים ומעמדות, ויש לה מגוון רחב של השלכות נפשיות וגופניות שתועדו בספרות הקלינית.¹ ובפרט, נפגעות ונפגעים נמצאים בסיכון גבוה יחסית לפיתוח הפרעת דחק פוסט-טראומתית (PTSD) ופוסט-טראומה מורכבת (complex-PTSD). נמצא קשר גם בין הפגיעה ובין קשת של הפרעות פסיכיאטריות כגון דיכאון, דיסוציאציה, חרדה, קשיים בוויסות הרגשי וההתנהגותי, הפרעות אכילה ושימוש באלכוהול ובסמים כדרך להרגעה עצמית, וכן סיכון מוגבר פי עשרה לניסיונות אובדניים.²

הספרות המחקרית והניסיון שנצבר בשטח מצביעים על שכיחות גבוהה של היסטוריית פגיעה מינית בקרב צרכניות/צרכני שירותי בריאות הנפש בקהילה ובקרב מאושפזים בבתי חולים פסיכיאטריים. טיפול אמבולטורי מתאים מסייע במניעת התפתחות תחלואה נפשית מורכבת, שעלולה להגיע לכדי צורך באשפוז פסיכיאטרי.

על רקע הבנה זו פותחו בישראל מענים שונים שנועדו לספק טיפול נפשי מידע טראומה לנפגעות ולנפגעי אלימות מינית, הן במסגרת שירותי בריאות הנפש שבאחריות משרד הבריאות והן במסגרת משרד הרווחה והביטחון החברתי. אלא שלמרות המגמה המבורכת המערך הטיפולי אינו נגיש דיו וניכרות בו בעיות הנוגעות לאיכות השירות ולחסמים שעומדים בפני נפגעות ונפגעים שמבקשים לפנות לטיפול.

בשל הפער הנמשך והמתרחב בין הצרכים בשטח למענים המוצעים קיבל על עצמו איגוד מרכזי הסיוע לנפגעות ולנפגעי תקיפה מינית לשרטט תמונת מצב מקיפה של מצב השירותים כיום, ומתוך כך לגבש המלצות לקידום החברה הישראלית ליעד של מתן טיפול מותאם, זמין ונגיש לנפגעות ולנפגעי טראומה מינית.

בדוח זה נסקור את המענים בכל אחד מהמשרדים ונציג את הצרכים שאינם מקבלים מענה. הנתונים הנוגעים לשירותי משרד הבריאות נאספו באמצעות שיחות טלפון למרפאות ברה"ן (בריאות הנפש) ולספקים של קופות החולים, למרפאות ראשוניות (רפואת משפחה) ולמרפאות ברה"ן בבתי החולים (סך הכול 59 מרפאות). הנתונים הנוגעים לשירותי משרד הרווחה והביטחון

1 לסקירה נרחבת ראו הנזקים הסמויים מן העין: השלכות כלכליות ובריאותיות של פגיעה מינית – דוח שנתי, איגוד מרכזי הסיוע לנפגעות ולנפגעי תקיפה מינית, 2017.

2 ענבל ברנר, "פגיעה מינית ובריאות הנפש", הנזקים הסמויים מן העין: השלכות כלכליות ובריאותיות של פגיעה מינית; J. H. Beitchman, K. J. Zucker, J. E. Hood, G. A. daCosta, D. Akman, and E. Cassavia. "A Review of the Long-term Effects of Child Sexual Abuse." Child Abuse and Neglect 16 (1992): 101–118; D. A. Neumann, B. M. Houskamp, V. E. Pollock, and J. Briere. "The Long-term Sequelae of Childhood Sexual Abuse in Women: A Meta-analytic Review." Child Maltreatment 1 (1996): 6–16; P. Bebbington et al. "Suicide Attempts, Gender, and Sexual Abuse: Data From the 2000 British Psychiatric Morbidity Survey." American Journal of Psychiatry 166, 10 (October 2009): 1135–1140.

עיקרי הממצאים

משרד הבריאות

1. הרפורמה בבריאות הנפש, שתוארה בין היתר כמהלך שיספר את הטיפול בנפגעות ובנפגעי אלימות מינית, לא השכילה לייצר אבני דרך והישגים למימוש חזון זה.
2. זמינות הטיפול: הרפורמה לא קיצרה את זמני ההמתנה הארוכים לטיפול. משיחות שנעשו לקופות החולים כללית ומכבי, המחזיקות את מרבית שוק ביטוח הבריאות בישראל, זמני ההמתנה מגיעים לחצי שנה לעריכת אינטייק (בדיקת התאמה לטיפול), ומעל לשנה לקבלת הטיפול עצמו. מהשאלון עלה כי מרבית הנפגעים/ות המתנינו כמה חודשים לקבלת הטיפול, וכרבע מהמשיבים/ות – למעלה משנה, אף שהצהירו על דחיפות גבוהה לקבלת טיפול. מדובר בפרק זמן בלתי סביר להתמודד עם התפרצות טראומה, שעלול לפגוע באפקטיביות הטיפול. סוגיית ההמתנה הארוכה והבירוקרטיה הכרוכה בה עלתה בקרב הנפגעים/ות כגורם מצוקה מרכזי.
3. הגבלת משך הטיפול: אף שהרפורמה בבריאות הנפש קובעת כי הטיפול לא יוגבל בזמן או במספר מפגשים, מרבית המרפאות שנבדקו הצהירו כי הטיפול אכן מוגבל בזמן או במספר מפגשים. עוד נמצא כי המגבלות אינן קבועות, אלא משתנות ממרפאה למרפאה – מצב שמייצר חוסר אחידות בשירות שניתן לנפגעים/ות. סוגיית מגבלת הזמן הוזכרה אף היא כגורם למצוקה בקרב נפגעים/ות, בשל התחושה של "זמן שאול".
4. פריסה גיאוגרפית: ההיצע והפיזור הגיאוגרפי המצומצם של מטפלים המתמחים בטיפול בטראומה מינית הוא חסם לקבלת הטיפול לנפגעות/ים רבים, ובפרט בפריפריה, שם המחסור ניכר במיוחד. דווח כי נפגעים/ות נאלצו לוותר על הזכות לקבלת טיפול נפשי בשל הקושי להתמיד בנסיעות הארוכות.
5. מחסור במטפלות/ים בעלי התמחות בטיפול בטראומה מינית: יש בעיה אקוטית של מחסור במטפלות/ים המתמחים בטראומה מינית. לקופות החולים אין מידע מסודר על התמחות של מטפלות ומטפלים בטיפול בטראומה מפגיעה מינית, וגם אם ישנם מטפלים שהתמחו בכך, הם מיעוט. יצוין כי ממצאים אלו מתיישבים עם הקביעות בדוח משרד הבריאות משנת 2019 בנוגע למחסור במענים נפשיים מתמחים בפגיעה מינית ובהפרעות אכילה. למרות זאת משרד הבריאות לא קבע סטנדרט להתמחות הנדרשת בטראומה מינית ולא השכיל להשקיע ביצירת עתודה של מטפלות/ים המתמחים בתחום זה במערך ברה"ן.
6. מחסור במענים מותאמים לגברים שנפגעו מינית: חלק ממסגרות הטיפול הייעודיות לטראומה מינית אינן מקבלות לטיפול גברים שנפגעו. בעקבות זאת גברים נפגעים סובלים עוד יותר מבעיות נגישות לטיפול.
7. מחסור במענים מותאמים לחברה הערבית: מחסור במטפלים/ות דוברי/ות ערבית ובהתמחות במאפייני החברה הערבית. יש צורך בהנגשה ספציפית של השירותים.

החברתי נאספו באמצעות שיחות למרכזים הרב-תחומיים וליחידות טיפול מקומיות (סך הכול 12 יחידות טיפול). עוד נערכו ראיונות עם אנשי ונשות מקצוע מתחום בריאות הנפש והטיפול בשני המשרדים. התמונה הושלמה על ידי איסוף מידע מצרכני/צרכניות השירות, באמצעות ראיונות טלפוניים שעשו עימם/ן מנהלות ורכזות במרכזי הסיוע ובאמצעות שאלון מקוון שהופץ בקרב נפגעות ונפגעים שפנו או ניסו לפנות לקבלת טיפול ציבורי (סך הכול 53 משיבות ומשיבים).

נתוני מפתח

משרד הרווחה והביטחון החברתי

20% ויתרו על קבלת טיפול בעקבות ההמתנה

27% דיווחו שהמתנינו לטיפול מעל לשנה

30 מיליון ₪ התוספת הראשונית הדרושה לקיצור ההמתנה



משרד הבריאות

עד 18 חודשים המתנה לטיפול במרפאות בריאות הנפש

44% מהמרפאות שנדגמו סירבו למסור מידע על ההמתנה

0 דפי מידע מונגשים על מטפלים/ות עם התמחות בפגיעה מינית



שני המשרדים

אין תיאום בין שירותי הטיפול של המשרדים

אין סטנדרטים מוסכמים למומחיות בטיפול בפגיעה מינית



8. ממשק אדמיניסטרטיבי לא מותאם: המענה הטלפוני במוקדי השירות של קופות החולים ובחלק מהמרפאות והספקים לא היה מותאם לרגישות של נפגעות ונפגעי אלימות מינית. הן במענה לשאלון שהופץ והן בשיחות הטלפון היזומות שערכנו למרפאות השונות, עלה כי המענה שניתן לא היה אמפתי ואינפורמטיבי דיו ברבות מהפניות, וכלל שאלות מפורשות שהקשו על הפונות והפונים. זאת ועוד, מכיוון שלקופות אין מידע מרוכז על טיפול מותאם הנחו אותנו המוקדים לפנות עצמאית לכל מטפל/ת עצמאי/ת או מרפאת ברה"ן ולברר באופן פרטני אם יש להם התמחות מתאימה. הציפייה ממי שפונים לטיפול בעת מצוקה נפשית לקיים רצף של שיחות שבהן יחשפו שוב ושוב את הפגיעה אינה סבירה.

משרד הרווחה והביטחון החברתי

1. למרות הקמתן של יחידות טיפול נוספות בשנים האחרונות, נמצא כי היצע המענים הקיים רחוק מלענות על הביקוש בשטח.
2. זמינות הטיפול: גם במסגרות הייעודיות של משרד הרווחה והביטחון החברתי נמצאו זמני המתנה ארוכים מאוד, וצוואר הבקבוק תלוי בהחלטה של מטופלות ומטופלים קיימים על סיום הטיפול. ביחידות הטיפול עומדת המתנה על 6-12 חודשים, ובמרכזים הרב-תחומיים, המספקים מענה מגוון והוליסטי יותר, המתנה עלולה להגיע לשנתיים. פרק הזמן הממושך הזה עלול כאמור לפגוע באפקטיביות הטיפול, וההידרדרות שעשויה לחול במהלכו יכולה להביא לצורך באשפוז. נפגעות ציינו כי המתנה גובה מהן מחיר נפשי כבד.
3. מחסור במענים למקרים מורכבים: ישנן נפגעות/ים במצב נפשי אקוטי, ומודל ההתערבות של טיפול פסיכותרפי אחת לשבוע לא עונה על הצרכים שלהם/ן. יש צורך במעניי ביניים למצבים שאינם מחייבים אשפוז, אך דורשים מסגרת טיפולית אינטנסיבית והוליסטית יותר מכפי שמרכז או יחידה מקומית יכולים לספק.
4. מחסור במענים בפריפריה: שיטת המימון התואם של יחידות הטיפול מקשה על הקמתן ברשויות מקומיות פריפראליות דלות משאבים. וכך, דווקא ביישובים שבהם שיעור גבוה יחסית של נפגעים/ות שיתקשו לממן טיפול פרטי, נמנעת האפשרות לקבלת טיפול ציבורי מתאים.
5. היעדר נגישות למידע על אפשרויות הטיפול: המענים הקיימים אינם מפורסמים בצורה נגישה ונוחה דייה. הדבר נכון הן למסגרות הטיפול עצמן והן למודעות לקיומן של השירות.
6. סוגי הטיפול המוצע: יחידות הטיפול מציעות כיום רק טיפול פרטני ואינן מציעות סוגי טיפול נוספים, כטיפול קבוצתי; זה מוצע רק במסגרת המרכזים הרב-תחומיים. נוסף על כך, עלה הצורך בהרחבה של הגישות הטיפוליות שבהן נעשה שימוש הן ביחידות הטיפול והן במרכזים הרב-תחומיים.
7. מחסור במענים לגברים שנפגעו מינית: כשליש מיחידות הטיפול המקומיות של הרווחה לא מקבלות גברים נפגעים. מרכזים רב-תחומיים מקבלים גברים נפגעים לטיפול, אך לאלו

רשימות המתנה ארוכות במיוחד. הקושי גדול עוד יותר כשמדובר בנפגעים עם תחלואה כפולה, אשר נוטים ליפול בין הכיסאות.

8. חסמים פסיכולוגיים: חסם נוסף שעלה מקרב נפגעות ונפגעים הוא החשש לפנות לקבלת טיפול בשל התיוג שנלווה לפתיחת תיק ברווחה.

עיקרי ההמלצות

משרד הבריאות

1. **אימוץ מודל מידע-טראומה מינית למערך בריאות הנפש**
על המשרד להציג אסטרטגיה לקליטה, להשמה ולהכשרה של מטפלים ומטפלות המתמחים בטראומה מינית ולשים דגש על בניית כוח האדם ועל יצירת עתודות מקצועיות מתאימות. בכלל זה על המשרד לגבש מתווה לעריכת הכשרות בתחום בכל שלבי הכשרת המטפלים/ות ובכל המסגרות בקהילה. יש להבטיח תכנון שיביא בחשבון מגוון מגדרי, תרבותי, שפתי וגיאוגרפי בקרב המטפלים/ות שיוכשרו. כמו כן, על המשרד להנחות את קופות החולים להעדיף התקשרות עם מטפלים/ות חיצוניים המתמחים בטראומה מינית.
2. **על המשרד להציג יעד מטרה של צמצום המתנה לכחודש ימים לכל היותר ולחייב את הקופות להעביר דיווחים שוטפים בנושא.**
3. **הכשרת צוותים רפואיים ואדמיניסטרטיביים במערכת הבריאות:** יש ליצור פרוטוקול מענה לפונה שמבקש/ת לקבל טיפול נפשי או משתפ/ת בקושי נפשי שכרוך בפגיעה. המטרה היא להנגיש לצוות רפואי ולצוות אדמיניסטרטיבי (באופנים שונים) את המידע על המענים הטיפוליים הרלוונטיים ולצייד בכלים ובשפה כדי להתייחס לפונות/ים ברגישות המותאמת. דגש יינתן למתן הכשרות לרופאי/ות משפחה.
4. **עיצוב רצף שירותים ייעודיים במערכת הבריאות:** יש להפנות תקציב ייעודי "צבוע" למערכת הבריאות עבור אוכלוסיית נפגעי/ות אלימות מינית, אשר יופנה בין היתר ליעדים הבאים: מקצוע מערך בריאות הנפש והכשרת צוותים רפואיים ואדמיניסטרטיביים; קביעת תקנים למטפלים/ות מתמחים בטראומה מינית במסגרת שירותי קופות החולים, כולל תקציב להכשרות והדרכה; הקמת מסגרות קלט (חלופת אשפוז) לנפגעים/ות; הרחבת הפריסה הגיאוגרפית של השירותים בפריפריה בכלל ובמרחב הכפרי בפרט.
4. **שמירה על פרטיות וסודיות:** יש לקיים דיון בדרג המקצועי סביב ניהול המידע בתיק הרפואי של המטופלות/ים ולבחון דרכים לצמצום חשיפת המידע על אירוע פגיעה מינית בהיסטוריה הרפואית.

5. **ריכוז המידע על המענים והנגשתו לקהל היעד:** הנכחת האפשרויות לטיפול מיועד טראומה מינית (אם וכאשר יתפתח התחום במערך ברה"ן) באתרי האינטרנט של קופות החולים, משרד הבריאות ומרכזי הסיוע והשקעה בפרסום אקטיבי של המענים דרך דף נחיתה משותף/ מוקד מידע משותף/אפליקציה/טכנולוגיה רלוונטית אחרת.

6. **קביעת מודל התגמול לקופות החולים:** כיום קופות החולים מתגמלות על פי מספר המגעים עם מטופלים/ות. שיטת תגמול זו, המעודדת קיום מגעים רבים ככל האפשר, מונעת יציאת מטופלים/ות להכשרה והתמקצעות על חשבון זמן העבודה. יש להבטיח כי גם הכשרות להתמחות בטרואמה מינית יתגמלו את קופות החולים באופן זהה או למעלה מכך, וכך לנטרל את התמריץ השלילי.

משרד הרווחה והביטחון החברתי

1. **הרחבת התקינה במרכזים הרב-תחומיים וביחידות הטיפול המקומיות:** על המשרד לדאוג להרחבת קיבולת הטיפוליים הן במסגרת המרכזים הרב-תחומיים והן במסגרת יחידות הטיפול בלשכות הרווחה המקומיות. הרחבת התקינה תבוצע בהתאם להערכת הביקושים בכל מרכז ויחידה, כך שזמן ההמתנה הממוצע לטיפול לא יעלה על חודש ימים. בשלב הראשון נדרשת תוספת תקציב דחופה של 30 מיליון שקל להשגת יעד זה, ולאחר מכן להבטיח התאמה של התקציב בהתאם לצרכים בשטח.

2. **הנגשה גיאוגרפית ותרבותית:** על המשרד להקים יחידות טיפול מקומיות נוספות בפריפריה לשם צמצום בעיית הנגישות של תושבי/ות יישובים מרוחקים. יש לבחון באופן ספציפי הגמשה של קריטריון המימון התואם של רשויות מקומיות בהתאם להיתכנות הכלכלית של כל רשות כדי למנוע אפליה של נפגעים/ות המתגוררים ברשויות חלשות. יש לפעול להבטחת מגוון מגדרי, תרבותי ושפתי בהקצאת המטפלים/ות ליחידות. עוד יש להבטיח כי גם ההכשרות המקצועיות שבאחריות המשרד יתקיימו בכל רחבי הארץ.

3. **הבטחת נגישות למגוון המענים:** מודל התקצוב של היחידות המקומיות מספק תעריפים לטיפול פרטני בלבד. יש להשוות את מודל התקצוב לזה של המרכזים הרב-תחומיים, הכולל גם תעריפים ליעוץ פסיכיאטרי, לשיקום תעסוקתי, לטיפול קבוצתי וכו', כך שאזור המגורים לא ימנע מנפגעים/ות שירותים נחוצים נוספים.

4. **סטנדרטיזציה של התשתיות הפיזיות ותקצובן:** קביעה ותקצוב של סטנדרטים פיזיים הן למרכזים הרב-תחומיים והן ליחידות הטיפול. בין היתר, יש להבטיח הנגשה של המבנים לנפגעים/ות עם מוגבלות פיזית, ציוד רלוונטי, אזורי המתנה נעימים וכו'.

5. **משך הטיפול:** לצד ההבנה של אילוצי המערכת הציבורית, יש להבטיח כי מטופלי/ות הקצה לא ייוותרו ללא טיפול נפשי בשל קציבה אוטומטית של משך הטיפול. לכן אם המשרד יחליט על נהלים הנוגעים למשך הטיפול, יש להסדיר וועדת חריגים שתאפשר הפעלת שיקול דעת במקרים מיוחדים. במקביל, יש להבטיח פרק זמן מינימלי שבו לא תישלל מן המטופל/ת הזכאות לטיפול.

6. **שקיפות:** על המשרד לפעול להגברת השקיפות בנוגע לתהליך הטיפול, ובכלל זה בקריטריונים לקבלה לטיפול, במשך ההמתנה בכל אחד מן המרכזים הרב-תחומיים ויחידות הטיפול, וכן במשך הזמן המוקצב לטיפול.

החלצות משותפות למשרד הבריאות ולמשרד הרווחה והביטחון החברתי

1. **הקמת ועדה בין-משרדית:** מאחר שהן משרד הרווחה והביטחון החברתי והן משרד הבריאות פועלים בתחום הטיפול בטרואמה מפגיעה מינית על הרצף שבין טיפול פרטני אמבולטורי לאשפוז מלא, על שני הגופים למצוא דרך לתאם בין מכלול הצרכים והמשאבים העומדים לרשותם לשם הבטחת מתן שירותים הוליסטיים ומקסום התועלת מתקציב המדינה. לשם כך יש לכנס ועדה בין-משרדית המשותפת למשרד הבריאות ולמשרד הרווחה והביטחון החברתי, שתעסוק בטיפול הנפשי לנפגעות ולנפגעי אלימות מינית. על הוועדה לקיים תהליך של בניית הסכמות לשם יצירת תוכנית ברורה לטווח ארוך שתיושם על ידי משרדי הממשלה. בין תחומי המנדט של הוועדה: יצירת מערך מתכלל של כלל השירותים הייעודיים, יצירת פונקציה של Case Manager לניתוב בין המענים השונים, הסדרת מסגרות הכשרה ייעודיות, הקמת מאגרי מידע ייעודיים ובחינת האפשרות להקמת מענים רב-משרדיים.

2. **בניין כוח אדם:** אחד מתחומי האחריות הספציפיים של הוועדה יהיה תכנון ארוך טווח של כוח האדם הטיפולי. ייקבעו סטנדרטים להכשרה מיועדת טראומה מינית ויגובשו צעדים לפתרון בעיית עתודות המטפלים/ות במגזר הציבורי.

פתח דבר



פגיעה מינית נותרת לרוב סמויה מן העין. לא רק מעשי הפגיעה עצמם, שמתבצעים בדרך כלל בספרות פרטיות, אפופים בשתיקה והסתרה בחסות מנגנוני כוח ובושה עוצמתיים; גם הצלקות העמוקות שנחרתות בנפש הנפגע/ת נותרות שקופות.

למרות העלייה המבורכת במודעות להיקפי תופעת הפגיעה המינית בשנים האחרונות, החברה ממשיכה להסיט את מבטה מאותן צלקות. בריאות הנפש עדיין נתפסת כמעין בת חורגת, מוצנעת, של תחום הבריאות; גם כשהיא מכתובה לא פחות את מסלול החיים של נפגעות ונפגעים ומשפיעה גם על הבריאות הגופנית ועל שאר תחומי החיים, כמו מערכות יחסים ותעסוקה. טיפול נפשי איכותי ונגיש הוא צורך חיוני לנפגעות ולנפגעי אלימות מינית רבים, ויש לו השפעות חיוביות גם על הסביבה הקרובה ואפילו על המשק כולו.

עשרות אלפי פניות מתקבלות במרכזי הסיוע לנפגעות ולנפגעי תקיפה מינית מדי שנה בשנה, בבקשה לסיוע נפשי מידי, למידע ולליווי בהליכים שונים. כמחצית מהנפגעות ומהנפגעים פונים בבקשה לעזרה בקבלת טיפול נפשי. פניות אלו מגיעות לרוב בנקודת שבר, שבה ברור שנדרשת התערבות טיפולית בהולה ומשמעותית. עם זאת, כפי שידוע לכל העוסקות והעוסקים בתחום, הביקוש למענים טיפוליים לנפגעות ולנפגעים גבוה בהרבה מן ההיצע הקיים. שש שנים אחרי כניסת הרפורמה בבריאות הנפש לתוקף, ולמרות התרחבות המענים שהציע משרד הרווחה והביטחון החברתי, ההיצע הקיים רחוק מלהספיק.

טיפול נפשי אמבולטורי בקהילה הוא טיפול הבחירה הרצוי לטראומה מינית. אך לצערנו ולכאבנו, אנו נוכחות במחיר המחסור במענים מתאימים מדי יום ביומו: פגיעה באיכות החיים, קשיי תפקוד והידרדרות נפשית. המתנה ארוכה לטיפול או שירותים לא מתאימים מחריפים את המצב ויכולים להוביל לצורך במענים מרחיקי לכת כמו אשפוז, שטיפול מרפאתי בתזמון נכון יכול היה למנוע.

מתוך היכרות עם תמונת המענים החסרה מצד אחד, והביקוש העצום מן הצד האחר, בחרנו לערוך את הדוח שלפניכם/ן כמצע לדיון בשינויים הנדרשים. מסמך זה ממפה את הכשלים, הלאקוונות והבעיות במצב הקיים, מצביע על הזדמנויות וצרכים ומציע צעדים ברורים לתיקון המערכת. תקצוב ייעודי הולם לטיפולים לנפגעות ולנפגעים, לצד השינויים המערכתיים המפורטים, יתרמו לשיפור משמעותי ומהותי בחייהם/ן.

אנו מקוות שפרסום זה יסייע למקבלות ומקבלי ההחלטות ולאנשי המקצוע להבטיח מענה מתאים לנפגעות ולנפגעי אלימות מינית. אם לא הצלחנו למנוע את הפגיעה, חובתנו כחברה היא להושיט את ידנו כעת.

אני מבקשת להודות מעומק הלב לקרן ידידות טורונטו על התמיכה הנדיבה שאפשרה לנו לערוך את מחקר המיפוי שיוצג בדוח זה. תודה גדולה לעו"ס שיר עזרא על התחקיר והכתיבה, לעו"ד ד"ר כרמית קלר חלמיש על ההנחיה המקצועית ולנגה ברגר שערכה את הדוח. תודה מיוחדת לחברות הוועדה המייעצת שכונסה לצורך חיבור הדוח, ד"ר ענבל ברנר, אביגיל פרנקל וימית טויל.

אורית סוליציאנו

אורית סוליציאנו
מנכ"לית איגוד מרכזי הסיוע
לנפגעות ולנפגעי תקיפה מינית

על איגוד מרכזי הסיוע לנפגעות ולנפגעי תקיפה מינית

איגוד מרכזי הסיוע לנפגעות ולנפגעי תקיפה מינית הוקם בשנת 1990 כארגון הגג של תשעת מרכזי הסיוע הפרוסים ברחבי הארץ: גליל-גולן שבקריית שמונה, נצרת (לחברה ערבית), חיפה, השרון, תל אביב, ירושלים, תהל (לחברה הדתית והחרדית), תאיר שברחובות ובשפלה ומסל"ן שבבאר שבע.

מרכזי הסיוע לנפגעות ולנפגעי תקיפה מינית פועלים ברמה הפרטנית ומספקים קשת רחבה של מענים לנפגעות ולנפגעים מאלימות מינית: מערך סיוע מידי בקווי החירום (24/7), בצ'אט ובווטסאפ, המספק אוזן קשבת ותמיכה חד-פעמית או מתמשכת; מחלקות הליווי בהליך הפלילי, שמעניקות ליווי החל בשלב ההתלבטות, דרך הגשת התלונה, ניהול התיק במשטרה ובפרקליטות וכלה בבית המשפט; קבוצות תמיכה בהתמחויות שונות והפניה לטיפול ולשילוב במסגרות שיקומיות במקרי הצורך; עזרה במימוש זכויות כלכליות, מהליכים משפטיים נזקקים ועד ביטוח לאומי, ועוד. בשל הבנת הרגישות והקושי שבפנייה לסיוע מפעילים המרכזים שירותים ייעודיים לגברים, לדתיים/ות ולחרדים/ות, לדוברי/ות ערבית ולכבדי/ות שמיעה, ומסייעים גם למשפחות ולאנשי ונשות מקצוע שונים שעובדים/ות עם נפגעות ונפגעים.

נוסף על כך, פועלים מרכזי הסיוע בתוך הקהילה המקומית ובשיתופה. מחלקות החינוך של מרכזי הסיוע מפעילות את התוכנית החינוכית "ביחד" לקידום מיניות הדדית ולמניעת אלימות מינית במסגרות חינוך פורמליות ובלתי פורמליות ועובדות עם בני/ות נוער, צוותים חינוכיים והורים, ומחלקות ההסברה עורכות הכשרות למניעת הטרדה מינית בחברות ובארגונים ומספקות ליווי לאחראיות למניעת הטרדה מינית.

איגוד מרכזי הסיוע לנפגעות ולנפגעי תקיפה מינית משמש סוכנות לשינוי חברתי ברמה הארצית והמערכתית, המשלימה את העבודה הפרטנית שמתבצעת במרכזים. האיגוד פועל למען קידום זכויות ושירותים לנפגעות ולנפגעי תקיפה מינית, לאימוץ צעדי מניעה וטיפול מערכתיים ולצמצום היקפי התופעה בישראל.

בין תחומי הפעילות של האיגוד: ייזום וקידום תיקוני חקיקה ותקנות למען נפגעות ונפגעי אלימות מינית והשמעת קולן/ם של נפגעות ונפגעים בזירה הפרלמנטרית ובמשרדי הממשלה; הנעת תיקונים ותקדימים משפטיים ועריכת הכשרות לבעלי/ות תפקידי מפתח; השתתפות והופעה בפני ועדות ציבוריות; פיתוח והטמעה של כלים חדשניים ורוחביים למניעת הטרדות ופגיעות מיניות ולטיפול בהן; עריכת פרויקטים שנוגעים לטיפול בפגיעה מינית בקרב קהילות מוחלשות או אנשים עם צרכים מיוחדים; מחקר, איסוף וייצור של ידע בנושא אלימות מינית בישראל, חוויות של נפגעים/ות ומענים מותאמים; השתתפות פעילה בעיצוב השיח הציבורי והתקשורתי בנושא אלימות מינית; יצירת קואליציות ושיתופי פעולה אקטיביסטיים למען נפגעות ונפגעים והשתתפות בהם; וריכוז פרויקטים ארציים של מרכזי הסיוע.

קווי החירום של מרכזי הסיוע



קווי החירום הארציים פועלים 24 שעות ביממה:
1202 לנשים, 1203 לגברים

WWW.1202.ORG.IL



סיוע דרך WhatsApp:
052-8361202

קולמילה - KolMila
הצ'אט של מרכזי הסיוע:
www.kolmila.org.il

WavoChat
צ'אט סיוע בערבית:
chat.wavo.org

הקדמה

על חשיבותו של טיפול נפשי חיוני טראומה מינית

פגיעה מינית היא תופעה נפוצה החוצה מגזרים ומעמדות. מחקרים בישראל ובעולם מראים כי אחת מכל שלוש נשים עוברת פגיעה מינית פיזית במהלך חייה.³ מחקר אפידמיולוגי רחב היקף שנערך בישראל בשנים 2011–2014 בקרב תלמידי/ות כיתות ו', ח' ו-י' מצא כי 18.7% מהם עברו פגיעה מינית כלשהי, ובקרב תלמידי/ות כיתה י' השיעור נוסף לכך 24%. עוד נמצא כי שיעור הפגיעה בקרב בנים ובנות כמעט זהה.⁴ מחקרים נוספים מלמדים שתופעת הפגיעה המינית בילדות מתרחשת בכל שכבות האוכלוסייה ללא הבדל דת, תרבות, לאום, מעמד חברתי, רמת השכלה או רמת הכנסה.

הספרות המחקרית והקלינית בעשורים האחרונים מתארת מגוון רחב של השלכות נפשיות וגופניות שנגרמות מפגיעה מינית.⁵ נשים וגברים שעברו אונס או פגיעה מינית נמצאים בסיכון לפיתוח הפרעת דחק פוסט-טראומטית (PTSD) יותר מכל אירוע טראומטי אחר.⁶ פגיעה מינית בילדות מקושרת למגוון רחב של נזקים נפשיים ולפוסט-טראומה מורכבת (Complex-PTSD), ובכלל זה מחשבות חוזרות וחודרניות על הפגיעה, ביעותי לילה, פלאשבקים, קהות רגשית, עוררות מוגברת ומצבי ניתוק ודיסוציאציה. עוד היא מקושרת לקשת של הפרעות פסיכיאטריות כגון דיכאון, הפרעות דיסוציאטיביות, הפרעות חרדה וקשיים בוויסות הרגשי וההתנהגותי שיכולים להתבטא בפגיעה עצמית חוזרת, בהפרעות אכילה ובשימוש באלכוהול ובסמים כדרך להרגעה עצמית, ולסיכון מוגבר פי עשרה לניסיונות אובדניים.⁷

הספרות המחקרית מצביעה גם על שכיחות גבוהה של היסטוריה של פגיעה מינית בקרב צרכני

3 אביגיל מור, "ממדי החשיפה לאלמות מינית בקרב נשים בישראל ומאפייניה: הערכה ראשונית", סוגיות חברתיות בישראל, 7 (2009): 46–65; World Health Organization, Global and Regional Estimates of Violence against Women, 2013.

4 רחל לב וזיל וצבי איזקוביץ, אלימות כלפי ילדים ובני נוער בישראל: בין שכיחות לדיווח – גורמים מעוררים מול גורמים מעכבים דיווח, דוח מחקר למשרד החינוך, אוניברסיטת חיפה, 2016.

5 לסקירה נרחבת ראו הנזקים הסמויים מן העין: השלכות כלכליות ובריאותיות של פגיעה מינית – דוח שנתי, איגוד מרכזי הסיוע לנפגעות ולנפגעי תקיפה מינית, 2017.

6 ג'ודית לואיס הרמן, טראומה והחלמה, מאנגלית: עתליה זילבר, עם עובד, 1994; R. C. Kessler, A. Sonnega, E. Bromet et al. "Posttraumatic Stress Disorder in the National Comorbidity Survey". Archives of General Psychiatry 52 (1995): 1048–1060.

7 ענבל ברנר, "פגיעה מינית ובריאות הנפש", הנזקים הסמויים מן העין: השלכות כלכליות ובריאותיות של פגיעה מינית – דוח שנתי, איגוד מרכזי הסיוע לנפגעות ולנפגעי תקיפה מינית, 2017; J. H. Beitchman, K. J. Zucker, J. E. Hood, G. A. daCosta, D. Akman, and E. Cassavia. "A Review of the Long-term Effects of Child Sexual Abuse". Child Abuse and Neglect 16 (1992): 101–118; D. A. Neumann, B. M. Houskamp, V. E. Pollock, and J. Briere. "The Long-term Sequelae of Childhood Sexual Abuse in Women: A Meta-analytic Review". Child Maltreatment 1 (1996): 6–16; P. Bebbington et al. "Suicide Attempts, Gender, and Sexual Abuse: Data From the 2000 British Psychiatric Morbidity Survey". American Journal of Psychiatry 166, 10 (October 2009): 1135–1140.

שירותי בריאות הנפש בקהילה ובקרב מאושפזים בבתי חולים פסיכיאטריים, וכן על קשר ישיר בין הפגיעה המינית לפגיעה הנפשית. משרד הבריאות בישראל מעריך כי 36%–51% מקרב המטופלים המבוגרים במרפאות חוץ ובמחלקות אשפוזיות חוו פגיעה מינית בילדות ו/או בהתבגרות.⁸ לדברי פסיכולוגית קלינית בכירה בתחנה לבריאות הנפש במשך עשרות שנים, כשליש מהפונים והפונות לתחנות לבריאות הנפש הם נפגעות ונפגעי תקיפה מינית.⁹

הפגיעה המינית מותירה חותם עז על הנפש, אך היקף השלכותיה והשפעותיה מושפע מסוג הטיפול שניתן וממועדו. טיפול הבחירה בנפגעות ובנפגעים הוא טיפול מרפאתי (אמבולטורי), שביכולתו לשפר את איכות החיים והתפקוד ולסייע במניעת התפתחות תחלואה נפשית מורכבת; מקרי קצה עלולים לדרוש טיפול יום או אשפוז. עם זאת, בהיעדר נגישות לטיפול מרפאתי, כפי שיפרט דוח זה, מצבם הנפשי של נפגעות ונפגעים עלול להידרדר לכדי צורך במסגרת אשפוזית.

טיפול נפשי בעקבות פגיעה מינית הוא רכיב משמעותי בשיפור איכות החיים ומניעת תחלואה נוספת. עם זאת, מאפייני הפגיעה, שעטופה פעמים רבות ברגשות בושה, אשמה, פחד וסוד, עלולים לעכב מאוד ואף למנוע את הפנייה לטיפול. הפנייה מתבצעת לרוב ברגע שבו הצורך נהיה מיידי ואקוטי, ולעיתים קרובות ברגעי משבר. אך אז מופיע חסם נוסף בפני קבלת השירות, שבכוחו כאמור למנוע את הידרדרות המצב הנפשי: חוסר הזמינות של טיפול ציבורי בקהילה.

להערכת מרכזי הסיוע, לפחות מחצית הפניות שמגיעות למרכזי הסיוע כל חודש כוללות בקשה לסיוע במציאת טיפול נפשי מותאם וללא עלות. "תמיד בסוף כל שיחה או באמצע שיחה עולה הצורך (בטיפול)", מעידה אחת מרכזות הסיוע הוותיקות. "הדבר הכי קשה זה להגיד שאין מענה, אין אפשרות לטיפול – לא בחינם. הן אומרות: איך זה יכול להיות שהמדינה לא דואגת לנו?"

המציאות של צורך עצום, מתמשך ואקוטי – שהועצם בעקבות משבר הקורונה – אל מול מיעוט המענים המותאמים וחוסר הזמינות שלהם, מובילה את מרכזי הסיוע לנסות לאתר וליזום מענים טיפוליים נגישים לנפגעות/ים באזורים שונים בארץ בכל דרך אפשרית, באמצעות הפעלת קשרים אישיים.¹⁰ עם זאת, הפער האדיר בין הדרישה למענים המצומצמים, שרובם מתאימים ממילא לטווח הקצר בלבד, אינו מאפשר מענה להיקף הצרכים בשטח.¹¹

לנוכח הפער הנמשך והמתרחב בין הצרכים בשטח למענים המוצעים קיבל על עצמו איגוד מרכזי הסיוע לנפגעות ולנפגעי תקיפה מינית לשרטט תמונת מצב מקיפה של המענים המוצעים כיום, ומתוך כך לגבש המלצות אופרטיביות להשגת היעד של מתן טיפול מותאם, זמין ונגיש לנפגעות ולנפגעי טראומה מינית.

8 מתוך מצגת של משרד הבריאות לקראת דיון בוועדה למעמד האישה ושוויון מגדרי, 30.6.2015, בנושאים 1. מעקב אחר יישום התוכנית לטיפול בנפגעות תקיפה מינית; 2. עדכון משרד הבריאות על מסקנות הוועדה בנושא הפרדה המגדרית ונוהל הטיפול במקרי פגיעה מינית במחלקות אשפוז פסיכיאטריות. כנסת ישראל, ירושלים. התקבל מידי הוועדה ב-5.8.2015. http://fs.knesset.gov.il/20/Committees/20_ptv_311652.doc.

9 פרוטוקול מס' 8 של הוועדה לקידום מעמד האישה ושוויון מגדרי, 30.6.2015, שם.

10 לדוגמה, ראו: כרמית קלר-חלמיש וקרן גואטה, "מחקר: השלכות מגפת הקורונה על ההתמודדות של נפגעות ונפגעי תקיפה מינית ועבודת מרכזי הסיוע לנפגעות ולנפגעי תקיפה מינית", צל מגפה: השלכות משבר הקורונה על נפגעות ונפגעי אלימות מינית, הדוח השנתי של איגוד מרכזי הסיוע לנפגעות ולנפגעי תקיפה מינית לשנת 2020.

11 ראו נספח א: מענים ביוזמת מרכזי הסיוע לנפגעות ולנפגעי תקיפה מינית.

בעמודים הבאים נסקור את המענים הקיימים בפיקוח משרד הבריאות ואת המענים שמציע משרד הרווחה והביטחון החברתי, נציג את הצרכים שאינם מקבלים מענה בקרב הנפגעות/ים ובקרב צוותי הטיפול, נביא את עמדתן המקצועית של הרשויות הרלוונטיות, ולבסוף נספק המלצות לשיפור השירותים והתאמתם לקהל היעד.

תודה עמוקה לקרן ידידות טורונטו מיסודה של קרן פרידברג, שמימנה את תהליך אבחון המצב ומיפוי הצרכים, ואפשרה לנו לקדם ולטייב את המענים הציבוריים לצורך כה אקוטי ורחב היקף. תודה לוועדת ההיגוי: אביגיל פרנקל,¹² ד"ר ענבל ברנר¹³ וימית טויל¹⁴ על הייעוץ וההכוונה בתהליך כתיבת המסמך.

תהליך איסוף המידע

תהליך איסוף המידע שנועד לאבחון את מצב המענים הציבוריים לטיפול נפשי אמבולטורי לנפגעות/ים התבסס על שני נדבכים: איסוף נתונים ישיר ממערך השירותים הציבורי ואיסוף מידע מנפגעות ונפגעים הצורכים את השירותים וממרכזי הסיוע המפנים לקבלת טיפול.

איסוף מידע ממערך השירותים לטיפול נפשי בטרומה מינית

בישראל ניתנים כיום מענים ציבוריים נפשיים מטעם שני משרדי ממשלה:

- משרד הבריאות, אשר מפעיל את מערך בריאות הנפש שמורכב ממרפאות באחריות המשרד, וכן מרפאות שפועלות באחריות קופות החולים, בתקצוב ובפיקוח של המשרד, כחלק מהרפורמה לבריאות הנפש;

- משרד הרווחה והביטחון החברתי, המספק מענים טיפוליים באמצעות יחידות הטיפול בנפגעות ובנפגעי תקיפה מינית בלשכות המקומיות ובשמונת המרכזים הרב-תחומיים לטיפול בנפגעות ובנפגעי תקיפה מינית. תהליך איסוף המידע העלה כי אין גורם בין-משרדי מתכלל וכי הקשר בין המשרדים בנוגע לפיתוח ולניהול של השירותים לנפגעות ולנפגעים חלקי בלבד, ולכן המידע נאסף מכל משרד בנפרד.

הנתונים על השירותים של משרד הבריאות וקופות החולים נאספו באמצעות שיחות טלפון למרפאות ברה"ן ולספקים של קופות החולים, למרפאות ראשוניות (רפואת משפחה) ולמרפאות ברה"ן בבתי חולים. סך הכול נעשו פניות ל-59 מרפאות, מתוכן 14 בצפון, 11 בשרון ובגוש דן, ארבע בירושלים, שש בשפלה ו-14 בדרום. שש מרפאות שוכנות ביישובים חרדיים/חרדיים-לאומיים, וארבע ביישובים ערביים. בשיחות הזדהו עורכות המיפוי כמלוות של נפגעת אלימות מינית וביקשו לקבל מידע על אודות הטיפול לפי השאלות הבאות:

12 אביגיל פרנקל (MSW), מומחית לטיפול בטרומה מינית, מנחת קבוצות ומדריכה. מקימה ומנהלת לשעבר של מרכז תמר לטיפול בטרומה מינית בירושלים.

13 ד"ר ענבל ברנר, עוזרת מנהל המרכז הרפואי ומנהלת מרפאת טראומה מינית, לב השרון. יו"ר החברה הישראלית לקידום אבחון, טיפול ומניעה של פגיעה מינית (היפ"ם).

14 ימית טויל, חברת הוועד המנהל של איגוד מרכזי הסיוע לנפגעות ולנפגעי תקיפה מינית מטעם מרכז סיוע קריית שמונה.

- האם נדרשת הפניית רופא/הוצאת התחייבות/מילוי טפסים?
- מה משך ההמתנה לטיפול?
- מהי עלות הטיפול (אם ישנה)?
- האם יש הגבלה על משך הטיפול, ואם כן מהי?
- האם אפשר לבחור את זהות המטפל/ת (מגדר, שפה, דת)?
- האם יש התמחות בטיפול בטרומה מפגיעה מינית?
- אם הקופה לא יכולה לתת מענה במרפאה זו או אחרת, האם מוצעות לפונה אפשרויות אחרות?

נוסף על כך, קיימנו ראיונות עם בכירים ממערך בריאות הנפש בקופות החולים, אשר ביקשו להישאר בעילום שם.

הנתונים מהשירותים שמספק משרד הרווחה והביטחון החברתי (להלן: מרכזים רב-תחומיים ויחידות טיפול מקומיות) נאספו גם הם באמצעות שיחות טלפון, שבהן הזדהו עורכות המיפוי כמלוות של נפגעת אלימות מינית (סך הכול 12 יחידות טיפול שפנינו אליהן). כדי לברר את משך ההמתנה ותנאי הטיפול נשאלו השאלות הבאות:

- מהי הפרוצדורה למימוש הזכאות?
- מה משך ההמתנה לטיפול?
- האם יש הגבלה על משך הטיפול, ואם כן מהי?
- האם אפשר לבחור את זהות המטפל/ת (מגדר, שפה, דת)?
- האם יש התמחות בטיפול בטרומה מפגיעה מינית?

איסוף מידע מצרכני/ות השירות וממרכזי הסיוע

כדי להשלים את תמונת המצב החלטנו, כאמור, לאסוף מידע גם מנפגעות ומנפגעים שצורכים את השירותים הללו. לשם כך הופץ במדיה החברתית שאלון שפונה לנפגעות ולנפגעי אלימות מינית אשר ביקשו לממש את הזכאות לטיפול נפשי אמבולטורי במענה ציבורי. 53 משיבות ומשיבים מכל הארץ ענו על השאלון, לפי החלוקה הבאה: 21 פנו לשירותי הבריאות כדי לקבל טיפול נפשי; 17 פנו לשירותי הרווחה בלבד; ו-10 פנו לגופים משני המשרדים. בחמש תשובות נוספות לא צוין באופן ברור לאיזה משני הגופים בוצעה הפנייה.¹⁵ על השאלון ענו 48 נשים נפגעות, וחמישה גברים נפגעים בין הגילים 20 ל-60 (גיל ממוצע: 34).

נוסף על כך, נערכו שמונה ראיונות טלפוניים עם מנהלות ורכזות ממרכזי הסיוע לנפגעות ולנפגעי תקיפה מינית מכל רחבי הארץ (כולל מהמרכז לנשים דתיות וחרדיות ומרכזי הסיוע לנשים ערביות), אשר במסגרת תפקידן מסייעות לנפגעות ולנפגעים למצוא טיפול נפשי מתאים.

15 נוסח השאלה שהופנתה למשיבים/ות: "למי פנית כדי לממש את הזכאות לטיפול וכיצד? (קופות החולים/הרווחה/ אחר - האם בטלפון/באתר/באמצעים אחרים)". חמש מהתשובות עסקו באמצעי יצירת הקשר (חברה, מרכז סיוע) ללא ציון הגוף שאלי נעשתה הפנייה.

מענים בפיקוח משרד הבריאות

רקע: הרפורמה בבריאות הנפש

מערכת בריאות הנפש בישראל ספגה ביקורות רבות במהלך השנים, בין היתר על ההוצאה הציבורית הנמוכה ביחס למדינות מערביות, ועל הפניית עיקר התקציבים למערכת האשפוז הפסיכיאטרי על פני מערך טיפול בקהילה באופן שסותר את התפלגות המטופלים.¹⁶ טרם כניסתה של הרפורמה לתוקף סופקו שירותי בריאות הנפש בקהילה באמצעות מרפאות בבעלות ממשלתית, אשר פעלו בבתי החולים הפסיכיאטריים (או במקומות אחרים אשר היו מסונפים אליהם) ובמרפאות בריאות הנפש של שירותי בריאות כללית. בסך הכול פעלו בארץ כ-100 מרפאות בכ-50 יישובים.¹⁷

חוק ביטוח בריאות ממלכתי (התשנ"ד-1994) ביקש לערוך רפורמה במערך שירותי בריאות הנפש, ובכלל זה לכלול את שירותי בריאות הנפש במסגרת של שירותי הבריאות הבסיסי לתושב/ת, להעביר את האחריות לאספקת השירותים מהמשרד לקופות החולים שיקימו יחידות טיפוליות מתחרות, ולהסדיר את מעמדו של המשרד כרגולטור. יישום הרפורמה נדחה שוב ושוב, עד שבוטל כליל.¹⁸ בשנת 2000 נחקק חוק שיקום נכי נפש בקהילה, שהטה את הכף לכיוון מסגרות שיקומיות, אך המימון למערך הטיפול בקהילה הוסיף להישחק. הרפורמה בבריאות הנפש (2012) היא תוצר של חוק ביטוח בריאות ממלכתי, ניסיונות חקיקה והסדרה נוספים שנעשו (וכשלו) במהלך השנים, וכן עתירה לבג"ץ שחייבה את המדינה לקדמה.

הרפורמה בבריאות הנפש עברה במאי 2012 בצורת החלטת ממשלה, שקבעה כי תיכנס לתוקפה ביולי 2015. צו הרפורמה הורה על העברת האחריות לאספקת שירותי בריאות הנפש בקהילה לקופות החולים, על מתן תוספת תקציבית של כ-1.9 מיליארד שקל לסל שירותי הבריאות ועל הקמת מרפאות בריאות נפש חדשות ומינהלת רפורמה שתייעץ למנכ"ל משרד הבריאות בכל הנוגע למעקב אחר הרפורמה, ליישומה ולתיאום בין הגורמים השונים. מטרותיה, כפי שהגדיר משרד הבריאות, היו:¹⁹

1. **זמינות ונגישות** – הגדלת מספר המטופלים/ות בתחום בריאות הנפש, הגדלת מספר נקודות הטיפול ברחבי הארץ וקיצור זמני ההמתנה לתורים.
2. **אינטגרציה** – חיבור בין הטיפול הרפואי הפיזי לטיפול הרפואי הנפשי.
3. **הסרת הסטיגמה** – שינוי התפיסה הציבורית כך שתראה בטיפול נפשי מה שהוא – טיפול נורמטיבי כמו כל טיפול רפואי אחר.

16 ראו לדוגמה: מבקר המדינה, "סוגיות בבריאות הנפש", דוח 2009, 260.

17 מבקר המדינה, "היבטים ברפורמה להעברת האחריות הביטוחית בבריאות הנפש", דוח 2020, 70.

18 שם.

19 מתוך דברי מנכ"ל משרד הבריאות משה בר סימן טוב בדיון ועדת העבודה והרווחה של הכנסת, 20.6.2016. יוער כי מטרות הרפורמה לא פורסמו באופן רשמי.

טיפול חיזע טראומה מפגיעה מינית במסגרת הרפורמה בבריאות הנפש

בשנים שקדמו לרפורמה סיפק משרד הבריאות מענים נפשיים ייעודיים לנפגעים/ות בעיקר בצורת יחידות אשפוז ייעודיות או טיפול מרפאתי בבתי חולים ממשלתיים. לפי גורמים מקצועיים, טרם כניסת הרפורמה לתוקף היו זמני ההמתנה לקבלת טיפול לנפגעי/ות תקיפה מינית ארוכים למדי, אף כי לא נאספו נתונים בנושא. ד"ר שמואל הירשמן ציין, למשל: "החזית העיקרית שהייתה לנו עד היום זאת הייתה waiting list בלתי סבירה בעליל לטיפול מרפאתי לנפגעות טראומה מינית".²⁰

הרפורמה בבריאות הנפש לא הגדירה יעדים ברורים להרחבת המענים המותאמים לנפגעות ולנפגעי אלימות מינית שזקוקים לטיפול נפשי – כשם שלא הוגדרו יעדים באף תחום התמחות אחר.²¹ אולם לאחר שמשרד הבריאות התבקש להתייחס לאוכלוסייה ספציפית זו לנוכח חשיבות הטיפול ודחיפותו, נפרש חזון להתמקצעות מערכת בריאות הנפש בתחום. ראשת האגף לבריאות הנפש במשרד הבריאות, טל ברגמן-לוי, התייחסה לכך בדיון שהתקיים בוועדה לקידום מעמד האישה ולשוויון מגדרי בכנסת ב-16.6.2015, שבועות ספורים טרם החלתה של הרפורמה בבריאות הנפש:

לגבי נפגעי ונפגעות תקיפה מינית [...] ישנם אנשי מקצוע שהתמקצעו בנושא הזה בתוך הקופות. נכון שכרגע עוד אין לקופות מרכזים מתמחים, עוד אין להן מרפאות מתמחות והן יצטרכו לעשות את זה בהמשך הדרך, ובהחלט התהליך של הרפורמה רב-שלבי, ואני רואה בו הזדמנות לכלול לפתח את התחום הזה.

גם ארנון אפק, מנכ"ל משרד הבריאות דאז, הבהיר באותה ישיבה כי משרד הבריאות מכיר בצרכים הייחודיים של נפגעות/ים:

לאוכלוסיות האלה [נפגעות ונפגעי אלימות מינית] אנחנו מחויבים לתת מענה, ונשבע עם הקופות אוכלוסייה אוכלוסייה. וכבר עכשיו הקדשנו כסף כדי לתת להם מענה, שחם וחלילה לא ייפגע אף אחד.

הרפורמה בבריאות הנפש: תמונת מצב עדכנית

הרפורמה בשירותי בריאות הנפש התקבלה בחשדנות ובחששות רבים מצד מטופלים, צוותים וגורמי מטה אשר לא ידעו כיצד יתמודדו קופות החולים עם האחריות החדשה שהוטלה עליהן ואם יצליחו לבנות מערכת תומכת המותאמת לצורכי המטופלים/ות. בעקבות הרפורמה הועברו תקציבים לקופות ומרפאות חדשות נפתחו, אך יש מחלוקת בנוגע למידת המיצוי והניצול הייעודי של תקציב ברה"ן בקהילה.²² לפי דוח מבקר המדינה, 27% מהתקציב שהועבר לקופות החולים במסגרת הרפורמה לא הגיע לטיפולם.²³

20 ד"ר שמואל הירשמן מהמרכז לבריאות הנפש לב השרון בדיון בוועדה לקידום מעמד האישה ושוויון מגדרי בכנסת, 16.6.2015.

21 כאמור, הרפורמה יצאה לפועל בצורת החלטת ממשלה רזה, ללא פרסום מטרות רשמיות ותוך הצבת שני יעדים כלליים בלבד – בנוגע לשיעור מקבלי ומקבלות השירותים באוכלוסייה ובנוגע למספר המפגשים הטיפולים.

22 משרד הבריאות, המועצה הלאומית לבריאות, דוח מסכם: תת הוועדה בנושא הפערים בשירותים הקהילתיים ברפורמה לבריאות הנפש, יולי 2019.

23 מבקר המדינה, "היבטים ברפורמה להעברת האחריות הביטוחית בבריאות הנפש", דוח 2020, 70.

תמונת מצב של השירותים הניתנים במערכת הבריאות

שירותי טיפול נפשי אמבולטורי

טיפול נפשי מרפאתי (חינם או בתשלום רבעוני)	טיפול נפשי על ידי מטפל/ת עצמאי/ת בהסדר עם קופת החולים
1. מרפאות לבריאות הנפש של קופות החולים	בהשתתפות של כ-570 שקלים בממוצע לחודש (לפי מניין של ארבעה טיפולים בחודש)
2. מרפאות ציבוריות של משרד הבריאות, של בתי חולים כלליים או של גופים פרטיים	
3. "נקודות שירות" של קופות החולים, שבהן נותנים את השירות אנשי בריאות הנפש, לרוב במרפאות קהילתיות (לרפואת משפחה)	
4. מסגרות לאשפוז/טיפול יום	

שירותי טיפול נפשי אמבולטורי ייעודי לנפגעי ולנפגעות אלימות מינית²⁷

מרכזים טיפוליים ייעודיים	מרכזים טיפוליים
1. מרכז לטם לטיפול בטראומה מינית, המרכז הרפואי איכילוב, תל אביב: טיפול ארוך טווח - פרטני, פסיכיאטרי, קבוצתי והתערבות משפחתית	1. מרכז לטם לטיפול בטראומה מינית, המרכז הרפואי איכילוב, תל אביב: טיפול ארוך טווח - פרטני, פסיכיאטרי, קבוצתי והתערבות משפחתית
2. מערך לטיפול בטראומה מינית בבית החולים לב השרון: שתי מרפאות לטיפול אמבולטורי - מרפאה אקוטית להתערבות במשבר ומרפאת חוץ רב-תחומית, לצד מרפאה לטיפול זוגי משפחתי ממוקד טראומה	2. מערך לטיפול בטראומה מינית בבית החולים לב השרון: שתי מרפאות לטיפול אמבולטורי - מרפאה אקוטית להתערבות במשבר ומרפאת חוץ רב-תחומית, לצד מרפאה לטיפול זוגי משפחתי ממוקד טראומה
מרפאות בריאות נפש ממשלתיות או של קופות החולים שיש בהן צוותים ייעודיים המומחים לטיפול בנפגעי ונפגעות פגיעה מינית	1. מרפאה לבריאות הנפש במרכז הרפואי זיו, צפת 2. מרפאה לבריאות הנפש במרכז הרפואי העמק, עפולה 3. המרכז לטיפול בנזקי טראומה נפשית בבית החולים רמב"ם, חיפה 4. אגד מרפאות יפו (מרכז קהילתי יפו, מרפאת חולון, מרפאת פתח תקווה, מרפאת הרצליה) 5. מרפאה קהילתית לבריאות הנפש דרום שלום יהודה, ירושלים 6. המרפאה המרכזית הרב-מקצועית לבריאות הנפש, קופת חולים מאוחדת, אגריפס, ירושלים 7. המרכז לבריאות הנפש באר שבע
טיפול יום לטראומה מינית במערך בריאות הנפש	1. טיפול יום לנפגעי תקיפה מינית, מרכז לבריאות הנפש שער מנשה 2. מרכז עוגן לטיפול יום ייעודי לטראומה, בית החולים לב השרון 3. מחלקת טיפול יום פסיכואנליטי לנשים במרכז לבריאות הנפש באר יעקב 4. לוטוס, מרכז יום בבית החולים כפר שאול, ירושלים 5. טיפול יום במרכז לבריאות הנפש באר שבע

"קרוב לשלוש שנים וחצי מאז נכנסה לתוקף הרפורמה בבריאות הנפש, זמינות השירותים בבריאות הנפש רחוקה מלהיות סבירה [...] מצב תורי ההמתנה לטיפול נפשי בכלל, ולטיפול פסיכותרפי בפרט חמור מאוד [...] במרפאות בכל הארץ ישנם תורים של חודשים ארוכים לטיפול פסיכותרפי - לעיתים אף למעלה משנה המתנה - ושל אנשים שממשיכים לסבול ממצוקה נפשית באין מענה, על כל ההשלכות שבכך: הידרדרות נפשית, תחלואה גופנית, השלכות משפחתיות וחברתיות, הסטה למערכת הפרטית למי שידו משגת" - כך כתבה ד"ר טל ברגמן-לוי, ראשת האגף לבריאות הנפש במשרד הבריאות, בחודש ינואר 2019.²⁴

זאת ועוד, מדוח מבקר המדינה אשר עסק ברפורמה בבריאות הנפש ופורסם במאי 2020 עולה כי זמני ההמתנה לאבחון ולהמשך הטיפול הפסיכיאטרי והפסיכותרפי עלולים להיות לעיתים ארוכים ביותר, ובחלק מהמקרים שנבדקו הגיעו עד 12-16 חודשים.²⁵ עד עתה לא נקבעו ופורסמו סטנדרטים לזמני המתנה לאבחון ולטיפול בקופות החולים בתחום בריאות הנפש.

מבקר המדינה מתח ביקורת על קופות החולים ועל משרד הבריאות על שאינם מאפשרים לקבל מידע מרוכז, ממוקד ומלא בדבר זמינות התורים לטיפול המתאים ביותר בכלל המסגרות. משכך נדרשים המטופלים לפנות בעת ובעונה אחת לכמה נותני שירותים כדי לאתר את המענה ההולם ביותר את צורכיהם. קושי זה, המתחדד לנוכח רגישות התחום ומצוקת המטופלים, מחריף אף יותר כאשר מדובר בנפגעות תקיפה מינית אשר פעמים רבות מתקשות לחשוף את הפגיעה שחו ולהיחשף בפני גורמים רבים - כפי שנפרט בהמשך.

עוד עולה מדוח מבקר המדינה כי עדיין ניכר מחסור בחלק מהשירותים. ביישובים מסוימים, בעיקר בפריפריה, אין כלל שירותי פסיכותרפיה, והמטופלות והמטופלים נאלצים לנסוע, בדרך כלל פעם בשבוע, לעיתים בליווי בני משפחה, עשרות קילומטרים לקבלת הטיפול. יש מחסור חמור גם בפסיכיאטרים/יות, בעיקר דוברי/ות ערבית, אך לא רק.

נכון ל-2021, המודעות לתחום בריאות הנפש וחשיבותו עלתה במידה ניכרת. חלק מהסטיגמות הוסרו, גם אם חלקית, והשיח הציבורי בנושא רחב ולגיטימי יותר מבעבר. אין ספק כי מדובר בשינוי חשוב ומשמעותי המשפיע על תפיסת הציבור את התחום. עם זאת, בעיות רבות שאפיינו את תחום בריאות הנפש בכלל, והטיפול לנפגעות ולנפגעי תקיפה מינית בפרט, גם לפני הרפורמה עדיין קיימות. זאת ועוד, הכסף שמועבר לקופות החולים עבור בריאות הנפש אינו "צבוע",²⁶ ולכן אי אפשר לדעת אם הוא אכן מועבר לתחום זה או לסעיפי תקציב אחרים של קופות החולים.

בפועל, נראה כי עד כה טרם פיתחו קופות החולים מענים מתמחים ייעודיים לנפגעי/ות אלימות מינית במסגרת ברה"ן, והמרפאות המתמחות שמציעים שירותי הבריאות בישראל הוקמו רובן טרם הרפורמה, ולרוב הן פרי יוזמה של אנשי מקצוע חלוצים שראו בכך שליחות אישית.

24 הילה ויסברג, "אתם בדיכאון? חכו שנה לפסיכולוג; המסמך שחושף את כישלון הרפורמה בבריאות הנפש", גלובס, <https://www.globes.co.il/news/article.aspx?did=1001270553>, 28.1.2019

25 מבקר המדינה, "היבטים ברפורמה להעברת האחריות הביטוחית בבריאות הנפש", דוח שנתי 2020, 2020.

26 אירית אלרועי והדר סמואל, שירותי בריאות הנפש בקופות החולים שנתיים לאחר הפעלת הרפורמה: בין מדיניות ליישום, מאירס-ג'וינט-ברוקדייל, ינואר 2019, עמ' 19.

27 "שירותי מערכת הבריאות לנפגעות ונפגעי פגיעה מינית", 2021, אתר משרד הבריאות, <https://www.gov.il/he/Departments/General/sexual-assault-survivors-healthcare-system>; מאחר שאין פרטים מלאים באתר משרד הבריאות, נעשו השלמות מתוך: החברה לקידום אבחון, טיפול ומניעה של פגיעה מינית בהסתדרות הרפואית בישראל (היפ"ם), חוברת מענים לנפגעות/י טראומה מינית: ריכוז שירותים במערכות הבריאות והרווחה, אוגוסט 2021.

חיפוי הקשיים במענים שחספק משרד הבריאות

תהליך הבדיקה והמיפוי הציף כמה בעיות עומק בשירותים הניתנים על ידי משרד הבריאות וקופות החולים לנפגעות ולנפגעי טראומה מינית, אשר להן/ם צרכים ייחודיים. בסעיפים הבאים יפורטו הקשיים שעימם מתמודדים נפגעות ונפגעים בקבלת הטיפול שלו הם זקוקים והשלכותיהם על אוכלוסייה זו.

נגישות הטיפול

א. המתנה ארוכה לטיפול

כאמור, עוד בטרם נכנסה הרפורמה לתוקף נתקלו נפגעות ונפגעי אלימות מינית בזמני המתנה ארוכים ביותר. אלא שאף שהגדלת הזמינות הוגדרה כאחת ממטרות הרפורמה, לא רק שזמני המתנה לא קוצרו – הם התארכו. תורי המתנה הארוכים מגיעים באזורים מסוימים לשנה ויותר – פרק זמן בלתי סביר להמתנה של נפגעות/ת טראומה החווה מצוקה נפשית ופגיעה בתפקוד בגלל הטרומה.

על פי נתוני מדגם שערך משרד הבריאות בתחילת 2018 בחלק מהמרפאות לבריאות הנפש, זמן המתנה הממוצע לפסיכותרפיה עומד על כחמישה חודשים, שעה שגם על פי פרסומי המשרד, משך המתנה המקובל בעולם לפסיכותרפיה עומד על 28–42 ימים בלבד.²⁸ מלבד נתונים אלה, לא נעשתה בדיקה עדכנית של משך המתנה על פי הבחנה בין הקופות ובין המרכז לפריפריה.

בשיחות הטלפון שערכנו במהלך אוגוסט–ספטמבר 2020 נבדקו משכי המתנה לאינטייק ולטיפול פסיכותרפי במבחר מרפאות ברה"ן של קופות החולים ובמרפאות שמפעילים ספקים של הקופות, בין השאר גם בבתי חולים.²⁹ בלוח להלן סיכום התוצאות (בסוגריים – מספר המרפאות שמסרו מידע).³⁰

	כללית (20 שיחות)	מכבי (13 שיחות)	מאוחדת (12 שיחות)	לאומית (9 שיחות)
טווח משך המתנה לאינטייק (חודשים)	7–0 (9)	6–0 (5)	2–0 (9)	2–0 (7)
טווח משך המתנה לטיפול (עצמו (חודשים))	13–4 (12)	18–0 (7)	9–0 (7)	3–0 (6)

28 משרד הבריאות, המועצה הלאומית לבריאות, דוח מסכם: תת הוועדה בנושא הפערים בשירותים הקהילתיים ברפורמה לבריאות הנפש, יולי 2019.

29 מספר המרפאות שאליהן פנינו בכל קופה הוא בהלימה לחלוקת האוכלוסייה בישראל בין קופות החולים (בהתאם לנתוני המוסד לביטוח לאומי, 2021), מתוך התחשבות במספר המרפאות לברה"ן בכל קופת חולים שאינו יחסי בהכרח להיקף האוכלוסייה המבוטחת.

30 ישנן מרפאות נוספות שציינו כי המתנה ארוכה וסירבו/לא ידעו לנקוב במספר. בשל כך לא ניתן היה לחשב את הממוצע של זמן המתנה בכל אחת מן המרפאות.

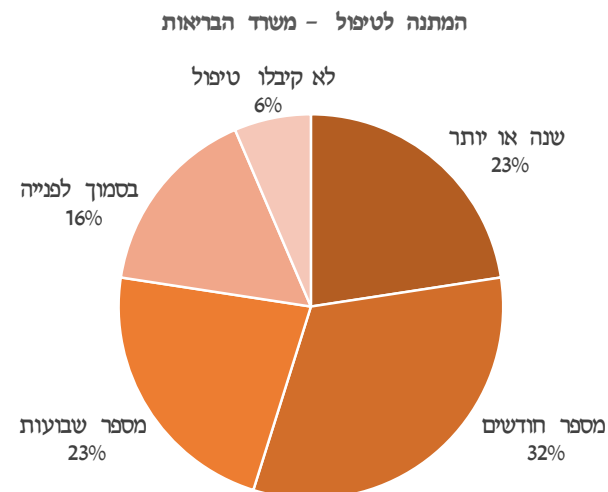
אפשר לראות כי משכי המתנה נעים על פני טווח רחב שמגיע עד לשנה וחצי. זמני המתנה ארוכים במיוחד (מעל שנה) נרשמו בפריפריה – צפון, דרום ושפלה. נציין כי גם עצם הסירוב של רבות מן המרפאות למסור מידע קונקרטי הוא חסם בפני מטופלות ומטופלים פוטנציאליים.

נפגעות ונפגעי אלימות מינית, המתמודדות/ים עם הפרעת דחק פוסט-טראומטית ועם פוסט-טראומה מורכבת, פעמים רבות פונים לטיפול במצבי דחיפות אקוטית. פגיעה מינית מתאפיינת לעיתים קרובות בדפוס של שיהוי: הטרומה מתפרצת בחלוף שנים רבות מהפגיעה עצמה (אף אם במשך הזמן הושג תפקוד גבוה יחסית) ודורשת התייחסות ומענה מידיים. ולראיה, מתוך 53 המשיבות/ים על השאלון שהפצנו במדיה חברתית, רק ארבעה משיבות/ים העידו על רמת דחיפות "בינונית" בפנייה לקבלת טיפול. 49 (92%) העידו על רמת דחיפות גבוהה ואקוטית.

דוח מבקר המדינה שעסק בהיבטים ברפורמה להעברת האחריות הביטוחית לבריאות הנפש קבע כי זמני המתנה הארוכים לטיפול פסיכותרפי עלולים לפגוע במטופלים, להחמיר את מצבם הנפשי, לגרום לנזקים למשפחתם ולסביבתם הקרובה ולהפחית את אפקטיביות הטיפול.

משך המתנה לטיפול (על פי השאלון)

ממענה של נפגעות ונפגעים לשאלה כמה זמן התבקשו להמתין התקבלה תמונה מורכבת שמעידה על זמני המתנה ארוכים יחסית. אף שכאמור העידו על דחיפות גבוהה לקבלת טיפול, כשליש ציינו שהמתנו כמה חודשים וכרבע – מעל שנת המתנה עד תחילת הטיפול. כמה משיבים/ות אף העידו שלא הצליחו לקבל טיפול כלל, כמוצג בתרשים שלהלן.³¹



31 "לא קיבלו טיפול" – נפגעים/ות שענו שלא חזרו אליהם/ן, שהתייחסו מהמתנה או שהם/ן עדיין ממתינים/ות ולא ידוע מתי תיגמר ההמתנה. נעיר כי מתוך עשרת המשיבים/ות שניסו להשיג טיפול גם בשירותי משרד הבריאות וגם במשרד הרווחה והביטחון החברתי, 40% העידו על המתנה של מעל לשנה ו-20% השיבו שלא הצליחו לקבל טיפול כלל.

במענה לשאלה באילו אתגרים נתקלו בדרך, מעטים השאלונים שבהם לא הוזכרו ההמתנה הארוכה לטיפול, הבירוקרטיה הכרוכה בה, והמצוקה שהעלו אלה. כך לדוגמה העידה אחת המשיבות:

לקח לי קצת יותר מחצי שנה ועברתי דרך הקופת חולים, התבקשתי להוציא התחייבות של טופס 17. טופלתי לשנה וחצי עד שעברתי דירה, ועכשיו זה רשימות המתנה לעוד שנה (בת 20, טופלה במרפאה לברה"ן בבית חולים במרכז הארץ).

הפניה למטפלות/ים עצמאים/ות בהסדר

במרפאות השונות נאמר כי יש רשימת המתנה ארוכה לטיפול ללא עלות, ובשל ההמתנה מומלץ לפנות לחלופה: מטפלים עצמאיים שעובדים בהסדר עם קופת החולים. בפועל, השירות הזה ניתן בהשתתפות של כ-570 שקלים בממוצע לחודש (לפי מניין של ארבעה טיפולים בחודש), סכום שהוא אכן מסובסד לעומת השוק הפרטי, אולם עדיין מחוץ להישג ידן/ם של נפגעות ונפגעים רבים, ועל כן אי אפשר להסתמך עליו כמענה רחב היקף ומספק. לנתיב טיפולי זה בעיות נוספות, כפי שיפורט בהמשך.

ג. הגבלת משך הטיפול

על פי הרפורמה בבריאות הנפש, לא יוגבלו מספר הטיפולים הניתנים ומשך זמן הטיפול. כל אדם יקבל טיפול נפשי לפי שיקול דעת מקצועי של מטפלו ועל פי צרכיו ומצבו, ככל שידרש.³² אולם בפועל, הנתונים שאספנו מצביעים על מדיניות לא אחידה בין קופות החולים בנוגע להגבלת משך הטיפול, ולעיתים אף בין מרפאות/ספקים באותה הקופה.

רק תשע מהמרפאות שפנינו אליהן השיבו שאין מגבלה על משך הטיפול. שאר המרפאות סיפקו תשובות ומדדים שונים בנוגע להגבלת משך הטיפול, ובהם אמות מידה למספר הטיפולים האפשרי בסך הכול (12, 15 או 30), כאלו הנוגעות למשך הטיפול (שנה/שנתיים) ושילובים שונים ביניהן.³³

מנהלות מרכזי הסיוע שעימן שוחחנו מתארות את הלחץ שנוצר על המטופלת בשל הגבלת משך הטיפול ולקראת חידוש ההתחייבות. גם אם בפועל חידוש ההתחייבות אינו על כתפיה של המטופלת, עצם הידיעה שהטיפול יכול להיפסק גורעת מהיציבות שנפגעות/ים כה זקוקים לה. יצוין כי גם במסגרת המסלול של מטפלים עצמאיים בהסדר עם הקופה ישנה הגבלה על משך הטיפול: עד 30 טיפולים בשנה עם אפשרות לחדש את ההתחייבות עד גבול מסוים, כפי שמעידים מרכזי הסיוע.

מתוך דברי הנפגעות/ים:

הגבלת משך הטיפול מאוד מאוד השפיעה עליי והרגשתי כל הזמן על זמן שאול. כל מועד לחידוש המנוי לווה בהמון חרדות וקושי, ולקח לי בגלל זה הרבה יותר זמן להיפתח (בת 34, ירושלים).

32 שאלות ותשובות על הרפורמה בבריאות הנפש, אתר משרד הבריאות, https://www.health.gov.il/Subjects/mental_health/reform/Pages/FAQ.aspx

33 מבין התשובות שקיבלנו: 12 טיפולים בשנה צפה, 30 טיפולים בשנתיים, 15 טיפולים בלבד, שנה, 30 טיפולים בלבד. כמה מרפאות הסבירו גם על תהליך מדורג: התחייבות ראשונה (מינוי) ל-2/6 טיפולים ולאחר מכן התחייבות נוספת לעד 30 טיפולים.

ממקום הטיפול נודע לי שקופת החולים לא מעוניינת להמשיך לתת לי טיפול אינטנסיבי בגלל שכנראה לקח לי יותר מדי זמן טיפול... אני לא משוקמת ולא מתפקדת, ואני מיואשת. אני זקוקה לטיפול שאני לא מקבלת. הגבלת משך זמן הטיפול כרגע גורמת לי להרגיש שאחרי דצמבר חיי ייגמרו כי לא אצליח להרים את עצמי לבד. גורמים לי לחיות בפחד ולהרגיש שלא מגיע לי הטיפול שאני זקוקה לו. קופות החולים מעוניינות בכסף, ולמרות שפנית למשרד הבריאות שלוש פעמים עוד אין לי מענה (בת 21, חולון).

ג. מחסור במידע על הטיפול והמטפלות/ים

הממצאים מדגימים מחסור חריף במידע נגיש על אפשרויות הטיפול בטרומה מפגיעה מינית בשירותי בריאות הנפש. חלק מהמוקדים של קופות החולים הפנו אותנו לרשימת מטפלים עצמאיים שיש להם הסדר עם הקופה, והנחו אותנו להתקשר לכל מטפל/ת ולשאול אם יש לו/ה התמחות בטיפול בטרומה מפגיעה מינית - ללא ציון האפשרות לקבל טיפול ללא עלות במסגרת מרפאות ברה"ן; מוקדים אחרים הפנו אותנו למרפאות ברה"ן ולספקי משנה, והנחו להוציא התחייבות לשם קבלת הטיפול ולברר מול כל מרפאה וספק אם יש להם מטפלים המתמחים בטרומה מפגיעה מינית. גם באתר האינטרנט של הקופות אין מידע על מטפלים שאפשר לפנות אליהם במקרה של פגיעה מינית.

צוותי מרכזי הסיוע לנפגעות ולנפגעי תקיפה מינית מעידים כי רק לעיתים רחוקות הם יפנו נפגעת/ת לטיפול בקופות החולים, מכיוון שאין מידע נגיש על התמחות המטפלות/ים בטרומה מינית (אם אמנם יש מטפלים בעלי התמחות זו). גם בקרב המטפלים העצמאיים שיש להם הסדר עם קופות החולים אין פירוט התמחויות בשום מקור מידע זמין, ועל כן נדרשים מרכזי הסיוע לברר וללקט מידע זה עבור הפונות/ים - אך גם אלו עשויים להתחלף.

חשוב לציין שהידע המקצועי על קיומן של התמחויות שונות של מטפלים אינו שגור בקרב כלל האוכלוסייה, ולעיתים נפגעים/ות שמחפשים מענה טיפולי לנפשם בכלל לא יודעים שיש התמחות בטיפול בפגיעה מינית.

ולא זו בלבד, ההנחה שנפגעות ונפגעים יפתחו בסבב של שיחות למרפאות ברה"ן ולמטפלים/ות שבהסדר אינה סבירה. הציפייה שמי שכאמור נמצאים לרוב בנקודת קצה נפשית חריפה יקיימו רצף של שיחות שבהן ייאלצו לחשוף את הפגיעה שעברו שוב ושוב אינה מתקבלת על הדעת. זאת ועוד, נטייה לריצוי המאפיינת נפגעי/ות אלימות מינית פעמים רבות מקשה עליהם עוד יותר לשאול אדם עם סמכות מה ההכשרה וההתמחות שלו.

ד. ריחוק גיאוגרפי

ההיצע והפיזור הגיאוגרפי המצומצם של מטפלות/ים המתמחים בטיפול בטרומה מינית הם חסם לקבלת הטיפול לנפגעות/ים רבים. לנפגעת/ת המתגוררת בפריפריה ומתבקשת/ת לנסוע מרחק לא מבוטל לטיפול, לעיתים קרובות בתחבורה ציבורית, זהו עול שלאורך זמן שוחק את נכונותו/ה להמשיך את הטיפול, ולעיתים המצב המשפחתי/התעסוקתי אינו מאפשר להיכנס לתהליך הדורש השקעת זמן כה גדולה.

רכזת הסיוע במרכז הסיוע קריית שמונה מספרת מתוך ניסיונה עם פניות שהגיעו למרכז בבקשה לאתר טיפול נפשי מתאים:

אם את גרה בקריית שמונה [...] בכל מקרה תצטרכי לנסוע לצפת [למרפאת ברה"ן עם התמחות בטיפול בטרומה מפגיעה מינית]. לגרום לנפגעת להגיע בתחבורה ציבורית פעם בשבוע לצפת לא מעלה את הסיכויים שהטיפול ישרוד. מדובר במכשול עצום לשלוח אותה למקום מרוחק כל כך.

גם במענה לשאלון סיפרו נפגעות על הקושי להגיע לטיפול בתחבורה ציבורית, ועל הזמן והכוחות שהדבר גוזל מהן:

הקורבה הגיאוגרפית הייתה בעייתית ונאלצתי לנסוע במשך יותר משעה לכל כיוון בשני אוטובוסים (בת 34, ירושלים).

איכות השירות

א. מחסור במטפלות/ים בעלי התמחות בטיפול בטרומה מינית

יש בעיה אקוטית של מחסור במטפלות/ים המתמחות/ים בטרומה מינית. התברר כי לקופות החולים אין מידע מסודר על התמחות של מטפלות ומטפלים בטיפול בטרומה מפגיעה מינית, וגם אם ישנם מטפלים שהתמחו בכך, הרי שהם מיעוט. מבין התשובות שקיבלנו במסגרת שיחות הטלפון שערכנו: "אנחנו מטפלים בהכול", "אין התמחות ספציפית", "אנחנו מתייחסים לזה כמו לטרומה", או שהמזכירה פשוט לא ידעה לענות על כך. ספקים ספורים העידו כי יש להם התמחות מתאימה, אבל לא ידוע לנו מה טיבה.

גם דוח משרד הבריאות משנת 2019 מעיד על מחסור במענים מתמחים, בפרט בטיפול בפגיעה מינית, וגם על מחסור בהתמחות בטרומה ובהפרעות אכילה – תחלואה בעלת קשר הדוק לפגיעה מינית.³⁴

קופות החולים לא קבעו סטנדרט או התייחסות ישירה להתמחות בטיפול בטרומה מפגיעה מינית, והשיקול המקצועי נתון בידי צוותי הטיפול במרפאות. למיטב ידיעתנו ונכון למועד כתיבת שורות אלו (אוגוסט 2021), משרד הבריאות טרם הפיק הכשרה ייעודית לטיפול בטרומה מפגיעה מינית בהיקף שיאפשר יצירת עתודה של מטפלות/ים המתמחים בתחום במערך ברה"ן של קופות החולים. עולה הצורך בהעלאת המודעות לחשיבותו של טיפול מיועד טראומה מינית בקרב הקהילה המקצועית לבריאות הנפש בישראל, מהלך שהיפ"ם³⁵ מקדמים בשנתיים האחרונות מאז הקמתם, ועוד רבה הדרך.

ישנן הכשרות לטיפול בטרומה מפגיעה מינית פרי יוזמתם של מרכזים ייעודיים ומרכזי סיוע (ראו נספח ב), אולם היקפן מצומצם, ואין הסדרה של ההכשרה מול מערך ברה"ן בקופות החולים. בפועל, הבחירה אם לעבור הכשרה ייעודית לטיפול בטרומה מפגיעה מינית היא בידיהם של המרפאות ואנשי הטיפול, וייתכן שההיענות נמוכה גם בשל היעדר תגמול להכשרה זו – בתמחור המיני של טיפול זה או באמצעות תמריץ אחר.

34 משרד הבריאות, המועצה הלאומית לבריאות, דוח מסכם: תת הוועדה בנושא הפערים בשירותים הקהילתיים ברפורמה לבריאות הנפש, יולי 2019.

35 היפ"ם, החברה הישראלית לקידום אבחון, טיפול ומניעה של פגיעה מינית, היא חברה בת אינטרדיסציפלינרית הפועלת תחת ההסתדרות הרפואית בישראל (הר"י).

מתוך דברי הנפגעות/ים:

עברתי טיפול של שנה בקופת החולים אצל פסיכולוגית שעשתה יותר נזק מתועלת. בגלל המצב שבו הייתי לא ראיתי את זה בזמנו. היו לה אמירות של האשמת הקורבן, התנשאות, וניכר שלא עברה בכלל הכשרה בתחום ולא הייתה לה רגישות לנושא (בת 32, מרכז הארץ).

יחס הפסיכיאטר המראיין משפיל, פוגעני ומעליב, בוטה, כוחני ופוגע אישית. יצאתי מהריאיון בשוק, בוכה ופגועה עוד יותר מהיחס של הרופא שאמור לתת טיפול לנשים במצבי [...] צריך להכשיר מטפלים גברים לרכות, תשאלו הולם למעמד והקשבה לנפגעת. במיוחד לנשים פגועות (בת 44 מרחובות, טופלה במרפאת ברה"ן של אחת מקופות החולים).

ב. מחסור בהדרכה מיועדת טראומה מינית וליווי של צוותי הטיפול

נוסף על הכשרה של אנשי הטיפול, עולה הצורך בהדרכה מיועדת טראומה מינית ורציפה. הכשרה לטיפול בטרומה מפגיעה מינית אמנם יכולה לתת למטפלות את הכלים והידע הדרושים לתהליך, אולם ההדרכה (פרטנית וקבוצתית) היא חיונית לשם מניעת טראומטיזציה משנית ועקיפה ולליווי מקצועי של אנשי הטיפול בתהליך ההתערבות. מרכז הסיוע בקריית שמונה, למשל, מפנה נפגעות לשתי מטפלות שעברו הכשרה ייעודית ועובדות במסגרת קופת חולים, אולם מכיוון שאין להן הדרכה מותאמת הן מקבלות מספר מצומצם של מטופלות המתמודדות עם טראומה מפגיעה מינית.

קופות החולים מפעילות מערכי הדרכה לאנשי הטיפול בברה"ן, אולם גם בהן ניכר המחסור בתקציב להדרכות, ובפרט אין הדרכה מותאמת למקרים של טראומה מינית.

יתרה מזאת, לדברי גורמים בתחום, אף במרפאות הייעודיות של משרד הבריאות לנפגעות/ים – מרכז לטם לטיפול בטרומה מינית באיכילוב והמרפאה הרב-תחומית לטיפול בנפגעות/ות טראומה מינית בבית החולים לב השרון – יש מחסור בתקציב להחזקת הצוותים, ובפרט להדרכה פרטנית שבועית על המקרים המורכבים של טראומה מינית. אמנם ישנו תקציב להדרכה פנימית של הצוות ולישיבות צוות, אולם אין תקציב ייעודי להדרכה חיצונית, שאינה על חשבון זמנה של מנהלת המרפאה הנדרשת לצרכים רבים שעולים מהמטופלים ומהצוותים.

ג. מחסור במענים מותאמים לגברים שנפגעו מינית

ישנו מחסור משווע במענים מותאמים לגברים שנפגעו מינית. חלק מהמרפאות לטיפול יום ולטיפול אמבולטורי שיחתי שמיועדות לנפגעות אלימות מינית אינן מקבלות לטיפול גברים שנפגעו.³⁶ לעיתים המענה שניתן להם הוא רק פסיכיאטרי, ללא טיפול פסיכותרפי. במקומות שכן מעניקים טיפול גם לגברים נפגעי אלימות מינית, כמרכז לטם, ההמתנה לאינטייק אורכת מעל לשנה. טרם התפרצות משבר הקורונה נפתח שירות חדש לגברים בלבד – מרכז עוגן, מרפאה לטיפול יום בגברים נפגעי אלימות מינית במרכז לבריאות הנפש לב השרון – אולם בעקבות

36 מחלקת "לצידך" במרכז לבריאות הנפש באר יעקב והמרכז לבריאות הנפש כפר שאול שבירושלים, למשל, מספקים טיפול יום לנשים נפגעות בלבד.

התפשטות הנגיף ומדיניות הממשלה הופסקה פעילותו. בעתיד אמורה המסגרת לשוב ולפעול, אך מאחר שזו המסגרת היחידה מסוגה בארץ לגברים, אשר נפתחת לעיתים רחוקות יחסית, ההמתנה ארוכה מאוד ועומדת גם היא על יותר משנה.

בשל מיעוטם של המענים המותאמים מובן שגם הריחוק הגיאוגרפי משחק תפקיד משמעותי אף יותר.

ד. ממשק אדמיניסטרטיבי לא מותאם

המענה הטלפוני במוקדי השירות של קופות החולים ובחלק מהמרפאות והספקים לא היה מותאם לרגישות של פניות על רקע אלימות מינית. הן במענה לשאלון שהופץ והן בשיחות הטלפון היוזמות שערכנו למרפאות עלה כי המענה שניתן לא היה אמפתי ואינפורמטיבי דיו ברבות מהפניות. לעיתים התעורר קושי בקבלת מענה בהיר, כך שנדרשו שאלות רבות ומפורשות שהקשו על הנפגעות בשלב ראשוני זה. לעיתים נציג/ת השירות עצמו/ה לא ידעו לספק מידע בנוגע למענים האפשריים או למשך ההמתנה, למשל – מידע שהוא חיוני למטופל/ת כדי לבחור בדרך המתאימה לקבלת הטיפול. במקרים אחדים המזכירה השיבה כי היא "לא רשאית להגיד" מה משך ההמתנה. כמו כן, לעיתים הציפיה מהמטופל/ת לפרואקטיביות בקבלת הטיפול הייתה לא מותאמת למצבה/ו.

חסמים פסיכולוגיים להתחלת טיפול

א. חשש בנוגע לשמירה על פרטיות וסודיות

במרפאות ואצל ספקים של הקופות זוהו כמה סוגיות הנוגעות לשמירה על זכות הבחירה של הנפגעות/ת בפני מי לחשוף את סיפור הפגיעה או את עצם קיומה. חשיפה של פגיעה מינית היא פעמים רבות תהליך קשה מנשוא, אך הנהלים כיום אינם מכבדים את הרגישות העצומה הכרוכה בו. להלן מיפוי הסוגיות שזוהו כחסמים בהקשר זה:

- **היעדר נוהל בירוקרטי אחיד:** חלק מקופות החולים דורשות מהמטופלת הפניה מרופא המשפחה ואף הוצאת התחייבות (טופס 17) כדי לקבל טיפול אצל אחד מספקי הקופה, בחלק מהמרפאות צריך למלא רק טופס מקוון/פיזי או לקבוע תור לפגישת הערכה ראשונית ישירות דרך המזכירות או המערכת המקוונת. במקרה של קושי לשוחח על מצב רגיש ואינטימי עם רופא המשפחה, בחלק מהמרפאות התשובה היא "אין ברירה" ומחייבים בהוצאת הפניה. בחלקן אף התעקשו על הפניה המציינת את סיבת הבקשה לטיפול. גם במרפאות שונות של אותה קופת חולים הציגו בפנינו נהלים שונים. נראה שאין סטנדרט אחיד לתהליך הבירוקרטי, ודאי לא כזה המביא בחשבון את רגישות המצב.

- **רישום האבחנה/הפגיעה בתיק הרפואי:** מעורר חשש מפגיעה בפרטיות. התהליכים הבירוקרטיים מחייבים חשיפה ושיחה עם רופא המשפחה/צוות אדמיניסטרטיבי, דרישה המהווה חסם, ובפרט בתוך קהילות קטנות או קהילות שבהן הנורמות שמרניות יחסית וישנו טאבו על הנושא. כמו כן, המידע הרגיש עלול להיחשף במסגרת הליכים מול חברות ביטוח ובכל מעמד שבו נדרש לספק מסמכים רפואיים, כגון תהליכי קבלה לעבודה וכו'.

רכזות הסיוע במרכזי הסיוע מחזקות תובנה זו. הן הדגישו כי נפגעות שביקרו אצל רופא משפחה/פסיכיאטר ושיתפו בסיפור הפגיעה לא מיודעות על כך שהרופא רושם בתיק הרפואי שלהן שעברו פגיעה מינית. לא מדובר בחששות בלבד: לאחד ממרכזי הסיוע, לדוגמה, פנתה נפגעת שחוותה הצפה של הטראומה בעקבות עיון של מוקדנית חברת הביטוח בתיק הרפואי שלה ותשאול על אשפוז פסיכיאטרי שאירע בימי נערוּתה.

- **נראות במרחבים הציבוריים במרפאה:** בתוך קהילות קטנות – דוגמת יישובים במרחב הכפרי או קהילות שמרניות/סגורות בחברה החרדית, בחברה הדתית ובחברה הערבית – עולה רגישות לנראות במרחב הציבורי של המרפאות כאשר מטופל/ת מגיע/ה לקבל מענה. ישנו צורך בדיסקרטיות והימנעות ממפגש עם מטופלות/ים אחרות/ים. כמו כן, ישנו קושי לפנות אל מרפאה במקום המגורים בשל היכרות אפשרית עם הצוות האדמיניסטרטיבי והמטפל.

מתוך דברי הנפגעות/ים:

יש חוסר אמון בגופים ציבוריים כי יש חשש שהטיפול לא יהיה דיסקרטי [...] (אני צריכה) ידיעה שהתיק שלי לא יודלף כלומר סטיגמה [...] פניתי בעבר פעמיים לטיפול במרפאה בקופת חולים, ולאחר שיחת מיון פחדתי שהטיפול לא נשמר בסודיות ויהיה גלוי בתיק הרפואי ולא המשכתי לטיפול עצמו (בת 45, גבעתיים).

הייתי נבוכה מאוד, וכל פעם שאני מגיעה קשה לי להיכנס למרפאה [...] הייתי משנה את הכניסה למרפאה שכולם רואים את כולם (בת 47, אזור הצפון).

ב. היעדר אפשרות הבחירה בזכות ובמגדר של המטפל/ת

במסגרת טיפול ללא עלות בקופת החולים בדרך כלל אין אפשרות לבחור את מגדר המטפל/ת או את זהותה התרבותית/דתית, שעה שלנפגעי/ות תקיפה מינית מגדר המטפל/ת עשוי להוות חסם משמעותי בנכונות להיכנס לתהליך טיפולי. מתן אפשרות הבחירה לנפגע/ת הוא חיוני לצורך השבת השליטה לידיה.

מתוך דברי הנפגעות/ים:

[קושי] לפרט מול פסיכיאטר גבר שלא יטפל בי, לספר רק לצורך המיון [...] (בת 45, גבעתיים).

[...] לא כולם רוצים מטפל גבר, במיוחד לא אחרי אונס או תקיפה (בת 21, הקריות).

באשר לזהות תרבותית/דתית של המטפל/ת: דבי גרוס, מנהלת תהל, מרכז סיוע לנשים וילדים דתיים, מעידה על מחסור במטפלות דתיות וחרדיות. מרבית הפניות המגיעות לתהל הן בקשות לטיפול נפשי, ולחלק מהפונות מהחברה החרדית הזהות החרדית של המטפלת היא חיונית. ההקשר התרבותי-ערכי של סביבת הנפגעת הוא חלק אינטגרלי מן התהליך הטיפולי – הן לשם הבנת ממדי הפגיעה ואופייה, החסמים הקהילתיים והחסמים הנפשיים לטיפול, והן לשם התערבות טיפולית מותאמת. דפוס דומה אפשר להניח גם בחברה הערבית.

מתוך דברי אחת הנפגעות, שהעידה על קושי באיתור מטפלת שחולקת איתה את הזהות הדתית בשירות הציבורי:

[...] וגם להוסיף מטפלות דתיות בקיאות בהלכה (גם חרדיות וגם דתיות לאומיות) כדי שהמטופלת תרגיש שאכן יש הבנה מקסימלית מצד המטפלת (כששאלתי על כך נאמר לי שאין) (בת 24, יבנה).

ג. צורך בגמישות וגיוון סוג הטיפול המוצע

כיום מציעות קופות החולים בעיקר טיפולים פסיכותרפיים סטנדרטיים, והמטפלים/ות הם על פי רוב פסיכולוגיות/ים או עובדים סוציאליים קליניים. נפגעות/ים העלו את הצורך בגיוון סוגי הטיפול המוצעים דרך קופת החולים ובהנגשת האפשרות למגוון גישות דוגמת EMDR, PE, טיפול באמנות, DID ועוד, וגם בקשה להשתתף בקבוצות טיפוליות, בין השאר בקבוצות DBT.

מתוך דברים הנפגעות/ים:

[היה עוזר לי] לבחור את סוג הטיפול והמטפלת. הבנה שטיפול זה אישי ויש סוגים שונים לאנשים שונים. כיום אני לא מקבלת החזר על טיפול מסוים כי אני מעל גיל 18 אבל זה הטיפול שמתאים לי (בת 32, מרכז הארץ).

ד. תיוג פסיכיאטרי

ללא מעט נפגעות ונפגעי תקיפה מינית התיוג הנלווה למפגש עם פסיכיאטר, או הגעה למרפאת בריאות הנפש בקהילה/בבית חולים, הוא חסם לקבלת הטיפול. חלק ניכר מהמרפאות מפנות את הנפגעת לשיחת אינטייק עם פסיכיאטר/ית, שמתווה את המשך הטיפול – ללא אפשרות להגיע ישירות לטיפול שיחתי. רכזות סיוע באזורים שונים בארץ מתארות קושי להפנות נפגעות/ים למרפאות ברה"ן הממוקמות בבתי חולים פסיכיאטריים או בבתי חולים רגילים, גם כאשר ניתן בהן טיפול נפשי מותאם לטראומה מינית. יתר על כן, עצם ההגעה לשיחת אינטייק לקבלת אבחנה לצורך אישור מימון הטיפול דורשת מהנפגעת להסכים לקבל על עצמה הגדרה של מצבה ו/או אישיותה, טרם עברה כל תהליך אינטגרציה.

רבים בקהילה המקצועית גורסים כי יש לחנך את הציבור לתפיסה מקבלת יותר של הטיפול הפסיכיאטרי. אף שאין חולקת על חשיבותה של דה-סטיגמטיזציה זו, מדובר במהלך מורכב וארוך טווח, ולא ראוי להחיל אותו ראשית דווקא על גבם/ן של נפגעות ונפגעים שזקוקים לטיפול בימים אלה.

לסיכום, חשוב להוסיף שמכלול הנסיבות משפיע על הנכונות ועל היכולת של נפגעות ונפגעים לפנות ולקבל טיפול נפשי בקהילה, והצטברות של כמה מהתנאים המהותיים מגדילה את החסם לקבלת טיפול. בהיעדר אפשרות כלכלית לממן טיפול פרטי, מצבם/ן הנפשי עשוי להידרדר במהירות. אם לנפגעת מוצע טיפול במרפאה לבריאות הנפש והאסוציאציה הכרוכה בכך היא הסטיגמה על ברה"ן, ומתברר כי אין מטפלת/ת שמתמחה בטראומה מפגיעה מינית, ושרשימות המתנה ארוכות בעוד שהיא חווה דחיפות גבוהה לקבל טיפול, הרי שהכוחות הדרושים להתמודדות עם מגוון החסמים עשויים להיות מעבר ליכולותיה.

עמדת קופות החולים

הגבלת הטיפול

לפי תנאי הרפורמה בבריאות הנפש אין הגבלה על משך הטיפול. אולם בפועל, בכירי המערך לברה"ן בקופות החולים השונות מעידים כי ישנו מתח בלתי פוסק בין הצורך לתת מענה לרשימת המתנה הולכת וגדלה ובין הצורך לתת מענה מותאם לצורכי המטופל/ת ולעמדה המקצועית של המטפלת/ת. בתהליך הטיפול ישנן נקודות זמן של סיומי מינוי (התחייבות), שבהן נבחנת האפשרות לסיים את הטיפול או להאריך אותו. קופות החולים מעידות כי השיקולים הם מקצועיים בלבד, ואין הגבלת זמן מראש על משך הטיפול. עם זאת, הן הזכירו כי מדובר בטיפול ציבורי, ואי אפשר להמשיך אותו לטווח ארוך כמענה מתמשך קבוע. הקופות סיגלו לעצמן חבילות טיפול כדי להתמודד עם סוגיה זו.

הצורך במטפלים/ות המתמחים בטיפול בטראומה מפגיעה מינית

העמדות המקצועיות של קופות החולים באשר לסוגיה זו הן מגוונות:

- חלק מאנשי המקצוע סבורים שאין הכרח בהכשרה ספציפית לטיפול בפגיעה מינית כדי לטפל בנפגעות/ים. הם סומכים על העמדה המקצועית של כל מרפאה וספק לאמוד את יכולת המטפלים לתת מענה, ובהיעדר התאמה, להפנות לגורם אחר.
- בחלק מקופות החולים ישנה הכרה בקשיים הייחודיים של נפגעות/ים ובצורך גדול בטיפול ייעודי ומקצועי לטווח ארוך יחסית. הקושי במענה על הצורך נעוץ במחסור תקציבי למימון ההכשרה ולמימון תקנים ייעודיים. כמו כן, הבחירה בהכשרה ייעודית לטיפול זה או אחר נתונה בידיהם של כל ספק ומרפאה.
- גם אם ישנם מטפלים בעלי ההתמחות הספציפית, אין מנגנון שמבטיח כי נפגעת/ת יופנו למטפל המתמחה בטיפול בפגיעה מינית.
- עם זאת, בחלק מהקופות עלה הצורך בהכשרה ייעודית לטיפול בטראומה מפגיעה מינית בעקבות בקשות של אנשי הטיפול, וכל קופות החולים הביעו פתיחות לקדם הכשרה ייעודית לטיפול בטראומה מפגיעה מינית במערכות ברה"ן שהן מפעילות.

הקמת מענים ייעודיים לנפגעות/ים

קופות החולים העידו כי נכון להיום אין להן יכולת ליחד מרפאה לטיפול בנפגעות ונפגעי אלימות מינית. כולן הביעו נכונות להקים מרפאות המיועדות לטיפול בנפגעות ונפגעי אלימות מינית אם יינתן להן תקציב המיועד להכשרת אנשי הטיפול ולהקמת המרכזים הטיפוליים במקומות שיש צורך.

מענים בפיקוח משרד הרווחה והביטחון החברתי

רקע: הקמת המענים והתפתחותם

החל בשנת 2007 משרד הרווחה והביטחון החברתי פועל להרחבת המענים הטיפוליים המיועדים לנפגעות ולנפגעי אלימות מינית, בעקבות תוכנית לאומית להקמת מרכזי טיפול לנפגעות ושירותים לנשים בזנות. תחילה הוקמו חמישה מרכזים רב-תחומיים לטיפול בפגיעה מינית. לאחר מכן הורחבו ונפתחו בהדרגה יחידות טיפוליות ברשויות המקומיות שייתנו מענה לנפגעים/ות באזורים מרוחקים גיאוגרפית. כיום מפעיל משרד הרווחה והביטחון החברתי תשעה מרכזים רב-תחומיים,³⁷ ומעל 50 יחידות טיפול מהצפון עד הדרום. המשרד מפעיל גם הוסטל לנפגעות תקיפה מינית במרכז הארץ, ולאחרונה נפתח הוסטל שיקומי ארוך טווח נוסף.

המרכזים הרב-תחומיים הם מרכזים אזוריים השוכנים במבנים ייעודיים ומספקים מענה נפשי וסוציאלי הוליסטי ל-100-150 נפגעות/ים בו זמנית. לעומתם, יחידות הטיפול ממוקמות במחלקות לשירותים חברתיים ברשויות המקומיות, במרכזים למניעת אלימות או בשירות נוער צעירות וצעירים, והם מטפלים בכ-12-60 נפגעות/ים בו זמנית, כוללות במספר התקנים למטפלות/ים - חצי תקן מאפשר טיפול שבועי ב-12 נפגעות/ים. יחידות הטיפול על פי רוב אינן כוללות צוות רב-מקצועי.³⁸

משרד הרווחה והביטחון החברתי מציע מדי כמה שנים הכשרה לטיפול בנפגעות טראומה מפגיעה מינית דרך בית הספר המרכזי להכשרת עובדים לשירותי הרווחה. בשנת 2017-2018 קיים המשרד קורס מיומנויות טיפול בגברים נפגעי אלימות מינית שבו השתתפו כ-25 מטפלות ומטפלים, אך מאז לא נערך שוב קורס כזה.

לצד תנופת הפיתוח של מענים טיפוליים לנפגעות ונפגעי אלימות מינית על ידי משרד הרווחה והביטחון החברתי, רשימות ההמתנה למענים אלה ארוכות במיוחד, כפי שיתואר להלן, ומעידות על פער גדול בין הביקוש להיצע. כפי שציינה מלי אורגד, המפקחת הארצית על תחום נפגעי/ נפגעות תקיפה מינית במשרד הרווחה והביטחון החברתי בישיבת הוועדה לקידום מעמד האישה ולשוויון מגדרי בספטמבר 2020, "אנחנו עושים לא מעט בתחום הזה, אבל יש עוד הרבה מה לעשות".³⁹

37 המרכזים הרב-תחומיים ממוקמים בתל אביב, ראשון לציון, ירושלים (שני מרכזים - אחד לחברה החרדית), בני ברק (חברה חרדית), נתניה, חיפה, באר שבע ונצרת (חברה ערבית).

38 "בוגרים נפגעי תקיפה מינית: טיפול בפגיעה", אתר משרד הרווחה והביטחון החברתי, <https://www.molsa.gov.il/POPULATIONS/CRIMINALVICTIMS/ADULTSEXVICTIMS/Pages/AdultCareUnits.aspx>

39 מתוך ישיבת הוועדה לקידום מעמד האישה ולשוויון מגדרי, 21.9.2020.

חיפוי הקשיים במענים שנותן משרד הרווחה והביטחון החברתי

נגישות הטיפול

א. המתנה ארוכה לטיפול

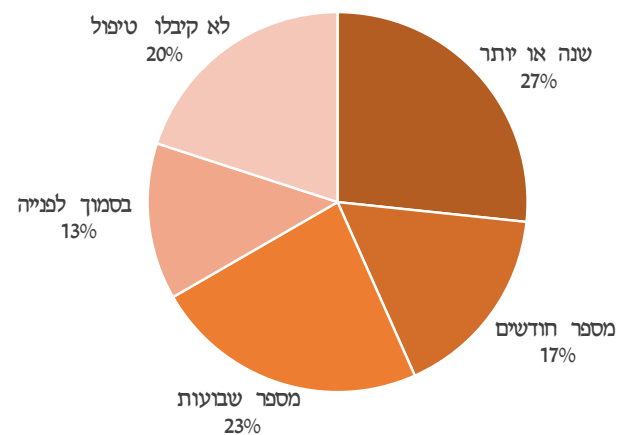
מתוך השיחות שערכנו ליחידות טיפול של הרווחה ומידע שהגיע מרכזות הסיוע במרכזי הסיוע, עולה שזמני ההמתנה נעים לרוב בין 6 ל-12 חודשים. במרבית השיחות הסבירה רכות הטיפול שמשיך ההמתנה תלוי בהפסקת הטיפול על ידי מטופלות נוכחיות (בגלל מעבר דירה לרשות מקומית אחרת/מיצוי הטיפול/סיבות אחרות), ואין לדעת מתי זה יקרה.

במרכזים הרב-תחומיים רשימות ההמתנה ארוכות במיוחד, ונפגעות/עלול/ה להמתין כשנה עד שנתיים. במהלך פרק זמן ממושך זה המצב של הפונים/ות לטיפול עלול להידרדר באופן משמעותי, עד כדי קריסה נפשית.

נציין במיוחד את העיר אילת, שם ההמתנה לטיפול ביחידת הטיפול של הרווחה ארוכה מאוד, והופנינו לקבל טיפול במרפאת בריאות הנפש שמשרתת את כל קופות החולים בעיר, שגם בה ההמתנה היא בין 6 ל-8 חודשים - כאשר נוכח המאפיינים הגיאוגרפיים של האיזור, אין אלטרנטיבות ביישובים סמוכים. ביחידות הטיפול באזור השפלה ההמתנה עלולה להגיע לשנה וחצי.

מהמענה לשאלון שהופץ בקרב נפגעות ונפגעים, עולים זמני המתנה ארוכים. כחמישית מהמשיבים/ות כתבו שלא הצליחו לקבל טיפול עד היום.⁴⁰ מעל לרבע השיבו שהמתנו מעל לשנה, כמוצג בתרשים שלהלן.

המתנה לטיפול - משרד הרווחה והביטחון החברתי



40 חלקם/ן העידו כי לא חזרו אליהם/ן; אחרים/ות - שהתייאשו מההמתנה או שהם/ן נמצאים בהמתנה כמה חודשים כיום אך לא ידוע להם/ן מתי ההמתנה תסתיים.

מתוך דברי הנפגעות/ים:

רשימת ההמתנה הייתה בלתי אפשרית. אני לא יודעת מה הייתי עושה אם המטפלת שלי לא הייתה יכולה לקבל אותי (בת 29, פנתה לטיפול מסובסד בקופת החולים מאחר שבמרכז הרב-תחומי הייתה המתנה של יותר משנה).

רשימת המתנה ממש ארוכה וצורך בטיפול דחוף (בת 32, ירושלים).

עם זאת, ניכר כי במרכזים הרב-תחומיים עושים מאמצים להעריך את מצבה של הפונה, ואם נשקפת סכנה לחייה היא נכנסת לטיפול מהר יותר מהצפוי, כפי שמעידה אחת המשיבות לשאלון:

נאמר לי שיש רשימת המתנה ארוכה, זימנו אותי לאינטייק, וכשהבינו שמצבי מאוד קשה - רצון עז להתאבד בהיותי חד-הורית לשלושה ילדים - זימנו אותי לקבלה שלי (בת 45, חיפה).

ב. הגבלת משך הטיפול

ישנה התנגשות כואבת בין צורכי המטופל/ת ובין משאבי המערכת: מצד אחד ישנו רצון לתת למטופלת את מלוא הטיפול שהיא זקוקה לו, ומן הצד האחר - רשימת המתנה ארוכה של נפגעות שאינן מקבלות טיפול בשל התפוסה המלאה. ישנו שיח מתמשך על יישוב הפער הזה, ועולה החשש כי טיפולים יופסקו טרם זמנם ובניגוד לעמדה המקצועית של המטפלת/ת כדי לצמצם את רשימות ההמתנה הארוכות. ההשלכות של הפסקת הטיפול כאשר התהליך טרם הגיע להבשלה הן פגיעה באמון המטופל/ת, חוסר כלים לחזור לחיים עצמאיים ללא ליווי טיפולי, המשך הסימפטומים של הטראומה ופגיעה בתפקוד.

כיום משרד הרווחה והביטחון החברתי מאפשר לנפגעות שמתקבלות לטיפול ביחידות המקומיות ובמרכזים הרב-תחומיים מינימום שלוש שנים של רצף טיפולי, שבמהלכן מדי שנה מוגשת בקשה למפקחת המחוזית של המשרד להארכת הטיפול בשנה. לאחר מכן, ובהתאם לצורך, המרכז/ היחידה מבקשים אישור מהמפקחת הארצית של משרד הרווחה והביטחון החברתי להאריך את הטיפול מעבר לשלוש שנים. במשרד הרווחה והביטחון החברתי נידון בימים אלו קיצור משך הטיפול המינימלי לשנתיים - צעד שצפוי להקשות עוד יותר על הנפגעות/ים שזקוקים לטיפול.

ג. מחסור במענים למקרים מורכבים

ישנם נפגעות/ים במצב נפשי אקוטי, ומודל ההתערבות של טיפול פסיכותרפי אחת לשבוע אינו עונה על הצרכים שלהן/ם. כיום יחידות הטיפול המקומיות והמרכזים הרב-תחומיים לא יכולים לתת לכך מענה. ההפניה לאשפוז יום במוסדות משרד הבריאות לא תמיד מתאימה לפרופיל של הנפגעות/ים, ונפגעים גברים בפרט מתמודדים עם מחסור חריף במעני אשפוזי יום ייעודיים. יש צורך במענה ביניים למקרים מורכבים שאינם מחייבים אשפוז, אך דורשים מענה אינטנסיבי והוליסטי יותר מכפי שמרכז או יחידה מקומית יכולים לספק. לשם כך עולה הצורך בשיתוף פעולה עם משרד הבריאות ליצירת מענה שאינו מתוגי תחת "בריאות הנפש", אך מתייחס לקשיים נפשיים עמוקים יותר של נפגעות ונפגעי אלימות מינית.

ד. דלות המענים בפריפריה

ברשויות מקומיות פריפריאליות דלות משאבים שיטת המימון התואם היא מכשול להקמת יחידת טיפול.⁴¹ בשל כך נמנע השירות דווקא ביישובים שבהם שיעור גדול יותר של נפגעים/ות שידם אינה משגת לרכוש טיפול פרטי וגם המענים של קופות החולים באזור מעטים יחסית (בשל המרחק).⁴² נציין את הדלות היחסית במענים באזור הצפון, שם האוכלוסייה פזורה על פני שטח גדול. הלכה למעשה מרבית הרשויות המקומיות באזור זה אינן יכולות לממן את חלקן במימון תואם לשם הקמת יחידת טיפול. גם באזור השרון ובנגב ישנן מועצות אזוריות שבהן היישובים פרושים על פני שטח גדול, ואין בהן יחידות טיפול.

כיום ישנן יחידות טיפול שמוגדרות גם כנותנות שירות אזורי, ולכאורה נפגעות ונפגעים יכולים לפנות אליהן גם כאשר אינם משתייכים לרשות המקומית שבה היחידה שוכנת. בפועל, רשימות ההמתנה ליחידות הטיפול הן ארוכות ממילא, וניתנת עדיפות לתושבות הרשות המקומית על פני פונות מן החוץ. לפיכך רק לעיתים רחוקות המענה האזורי מגיע לכדי מימוש.

הבנתי שאין מענים בכלל בשומרון - יש או בירושלים או בתל אביב. במרכז לטם או במרכז הרב-תחומי בבני ברק יש רשימת המתנה ארוכה. ירושלים זה לא כל כך ריאלי, למעלה משעה וחצי נסיעה. מצאתי אפשרות טיפול בפתח תקווה, והיא למעלה משעה בתחבורה ציבורית וזה מבזבז יום שלם (סטודנטית בת 24, אזור השומרון).

ה. פרסום חסר ומטעה של אפשרויות הטיפול

סוגיית נגישות המידע בנוגע לאפשרויות מימוש טיפול נפשי ללא עלות/מסובסד מעסיקה הן את הנפגעות שמחפשות טיפול והן את אנשי המקצוע בתחום. ניכר כי המידע על האפשרות הזאת זקוק לפרסום נרחב יותר ולריכוז הנתונים מדויקים ומתעדכנים במקום אחד. כיום ישנו עמוד אחד באתר של משרד הרווחה והביטחון החברתי שמציג את השירות ואת המרכזים הרב-תחומיים ואת יחידות הטיפול, כולל פרטי קשר, אולם הוא אינו מעודכן: חלק מיחידות הטיפול שמופיעות שם נסגרו, וישנן יחידות שהוקמו ולא נמצאות ברשימה. גם חלק מפרטי הקשר אינם מעודכנים או מובילים למערכת ניתוב שיחות מסורבלת ולא ברורה.

מתוך דברי נפגעת שמטופלת במרכז רב-תחומי:

בתחילת הדרך הופתעתי לגלות שהטיפול הוא במימון המדינה והרשות ואני לא נדרשת לשלם [...] אני חושבת שאולי שווה לפרסם בדרך כלשהי שהטיפול ללא עלות/מסובסדים, ואולי זה יגרום לעוד נשים נפגעות לא לוותר על הטיפולים.

ו. התאמת המרחבים הפיזיים של מרכזי הטיפול לצורכי הנפגעות והצוותים

יש צורך בשמירה על פרטיות הנפגעת שנכנסת למרכז הטיפול, בפרט בתוך קהילה קטנה וסגורה:

41 לפי שיטת המימון התואם, המדינה מתחייבת לתקצוב תוכניות בתמורה להשתתפות של הרשות המקומית במימון.
42 יחידות הטיפול הן חלק אינטגרלי מהמחלקה לשירותים חברתיים ברשויות המקומיות שבהן הוקמו, ועל כן תקצובן מתאפשר בזכות שיטת המימון התואם (מאצ'ינג), המתחלק בין משרד הרווחה והביטחון החברתי (75%) לרשות המקומית (25%).

ליצור כניסה נפרדת משירותים אחרים שניתנים באותו מבנה או מתור ההמתנה. בשיחות הטלפון ליחידות הטיפול נוכחנו שביחידות החדשות בערים חרדיות הקפידו לציין בשיחה שהצוות האדמיניסטרטיבי והמטפל הם מעיר אחרת, מתוך הכרה בחשיבות העצומה של שמירה על חיסיון זהותה של המטופלת, וכדי לאפשר לה שליטה ובחירה בפני מי לחשוף את פגיעתה. ראוי כי אותה רגישות לפרטיות תימצא בכלל המרכזים הטיפולים.

נוסף על כך, יש לוודא את הנגשת המבנים של יחידות הטיפול והמרכזים הרב-תחומיים כדי לאפשר טיפול מותאם לנפגעות/ים המתמודדים עם מגבלה פיזית.

צרכים פיזיים נוספים: תוספת חדר המיועד לטיפול קבוצתי, הבטחת מספר חדרים בהתאם למספר המטופלות שעובדות בו זמנית ויצירת מרחב המתנה נעים ונפרד מהחדר שבו מטופלות/ים נמצאים בהפסקה.

איכות הטיפול

א. צורך בהכשרת המטופלות/ים לטיפול בטראומה מפגיעה מינית והדרכה מותאמת ורציפה

בעקבות חוויות שליליות של נפגעות שטופלו/מטופלות ביחידות הטיפול ובמרכזים הרב-תחומיים עולה הצורך להבטיח הדרכה רציפה ומותאמת לטיפול בטראומה מפגיעה מינית לכל המטופלות/ים כדי לתמוך מקצועית בבניית ההתערבות הטיפולית ויישומה. כמו כן, עקב רשמים של מטופלים/ות ומנהלות/ים בתחום יש צורך בתקציב המיועד לתמיכה ולעיבוד של טראומה עקיפה ומשנית שמתפתחת אצל אנשי הטיפול, ובתקציב להשתלמויות תקופתיות לעדכון הידע והתמקצעות של המטופלות/ים בהתאם למחקרים חדשים שיצאו, לגישות טיפוליות שהתפתחו ועוד. בהקשר זה נציין במיוחד הכשרות למטופלות/ים שפוגשים בנפגעות/ים מקהילות דתיות, חרדיות, מהחברה הערבית (דתית וחילונית) ובהקשרים תרבותיים שונים. טיפול רגיש תרבותית הוא חיוני להצלחת התהליך במקרים אלה. כל הנ"ל יתמכו ביכולתן/ם של המטופלים לתת מענה טיפולי מיטיב וברוחותם האישית בתוך העשייה המורכבת שלהם.

מתוך דברי הנפגעות/ים:

בהתחלה לקח זמן עד שהמטופלת הבינה אותי ואת צרכי, מאחר שהגעתי ממש מספר חודשים אחרי שהאפשרות נוצרה, אבל אחרי הדרכות אישיות וקבוצתיות שסיפרה שעברה, ההבנה שלה והתגובות כלפיי מאוד מאוד השתפרו, וכיום אני מאוד מעריכה אותה והיא מאוד עוזרת לי. חייבת להמשיך להיות למטופלות הדרכה קבועה ומשמעותית (בת 38, רעננה).

הטיפול היה רע. נשארתי מתוך תחושה שאני לא בורחת. הרגשתי רע והמטופלת הייתה חסרת אמפתיה (בת 43, באר שבע).

ב. סוגי הטיפול המוצע: צורך בגיוון המענים

ישנו מחסור בטיפול קבוצתי ביחידות הטיפול המקומיות. בעוד שבמרכזים הרב-תחומיים ישנם המשאבים והתשתיות לקיים של קבוצות טיפוליות, ביחידות הטיפול על פי רוב אין מענה קבוצתי,

שיכול לשמש נדבך נוסף ומשמעותי לנפגעות/ים המבקשות/ים הכרה מקבוצת שווים והזדהות עימה. עוד עלה הצורך בהנגשה של גישות טיפוליות נוספות הן במרכזים הרב-תחומיים והן ביחידות הטיפול.

ג. מחסור במענים לגברים נפגעי טראומה מינית

המענים שנותנת הרווחה לגברים שנפגעו הולכים ומתרבים בשנים האחרונות, אולם הם עדיין מעטים לעומת האפשרויות שפתוחות בפני נפגעות אלימות מינית, שכאמור, גם להן היצע המענים רחוק מאוד מלענות על הביקוש. בפועל, רק במחצית מיחידות הטיפול המקומיות ישנם מטופלים/ות שעברו הכשרה ייעודית לטיפול בגברים (כ-25 מטופלים/ות). בכשליש מהיחידות (16) לא מקבלים גברים נפגעים לטיפול. המרכזים הרב-תחומיים אמנם מקבלים גברים נפגעי טראומה מינית לטיפול, אולם כפי שצוין לעיל, רשימות ההמתנה בהם ארוכות במיוחד לכלל המגדרים.

ניסיונו של רכז קו הסיוע לגברים מראה כי גברים נפגעים עם עבר פסיכיאטרי, עם אבחנה של סכיזופרניה או הפרעת אישיות נופלים בין הכיסאות ולא מתקבלים ליחידות הטיפוליות. לרוב המרכזים הטיפולים מגיעים גברים שנפגעו בילדות וסיפור הפגיעה מציף אותם בבגרותם, ובכך כרוכות השלכות נפשיות ותפקודיות רחבות היקף עד כדי קריסה מהירה. לכן הצורך בטיפול הוא בדרך כלל דחוף, והמענים בשטח אינם מאפשרים זאת.

חסמים פסיכולוגיים להתחלת טיפול

חשש מתיוג עקב חובת פתיחת תיק בלשכת הרווחה

כדי לקבל טיפול ביחידות הטיפול ברשויות המקומיות או במרכזים הרב-תחומיים ישנו הכרח כי המטופל/ת יוכרו על ידי רשויות הרווחה המקומיות ויפתח לו/ה תיק ברווחה. לרבים בחברה הישראלית עצם הפנייה לשירותי הרווחה היא צעד שכרוך בו חשש מסטיגמה, וההכרח לפתוח תיק ברווחה הוא לעיתים חסם של ממש לקבלת הטיפול.

מתוך דברי הנפגעות/ים:

פתיחת בקשה ברווחה מאוד הלחיצה אותי כלפי העתיד ובכלל שלא יסמנו אותי [...] הלוואי ולא היה צורך לגשת לרווחה עבור זה. זה הרתיע אותי מאוד וגם עוד המון בנות ששוחחתי איתן ורוצות טיפול ופשוט נמנעות בגלל זה (בת 36, רמת גן, מטופלת ביחידת טיפול של הרווחה בעיר אחרת).

המרכז שהפנה אותי לרווחה [...] לא בירר כלל אם יש ביכולתי הנפשית לפנות לרווחה. באותו זמן לא היו לי את הכוחות הנפשיים לפנות לרווחה, ולקח לי שנה לעשות זאת. רק לאחרונה פניתי לרווחה במקום מגוריי ועכשיו בהמתנה לאינטייק (בת 44, יישוב בשומרון).

החלצות

משרד הבריאות

1. אימוץ מודל מידע טראומה מינית למערך בריאות הנפש

יש לבנות מערך כוח אדם מתמחה בטרומה מפגיעה מינית בכלל מערך בריאות הנפש בקהילה, הן במסגרת קופות החולים והן במרפאות בבעלות ממשלתית.

בהמשך להמלצות מבקר המדינה בנוגע למערך בריאות הנפש⁴³ על משרד הבריאות לפעול להסדרת קליטה והשמה של מטפלים ומטפלות בכלל מערך בריאות הנפש בקהילה, ולהציג תוכנית אסטרטגית למילוי החוסרים הגדולים שנמצאו בכוח האדם, אשר פוגמים בשירות שניתן לכלל צרכני וצרכניות בריאות הנפש.

בפרט, ובהמשך להערות המבקר בדבר התמחויות בטיפול, יש להבטיח מענה מקצועי מידע טראומה מינית. יש להבטיח שבכל מרפאה תהיה יחידה שתדע לספק טיפול מותאם לנפגעות ונפגעים. לשם כך יש ליצור עתודה מתאימה שתוכל לתת מענה מותאם למתמודדות/ים עם טראומה מינית בהיקף קרוב יותר לדרישה ולצרכים שעולים כיום מן האוכלוסייה, עד כדי צמצום ההמתנה לטיפול לכדי חודש אחד לכל היותר (כפי שיפורט בהמשך). צעדים נחוצים במסגרת התהליך:

- הכנת מתווה לעריכת הכשרות עומק מקיפות בתחום הטיפול בטרומה מינית. על תוכנית ההכשרה לכלול חומר תיאורטי וסיפורים קליניים, התנסות (פרקטיקום) וליווי הדרכתני. המתווה ייעד להכשרת מטפלים/ות במרפאות ברה"ן, בבתי החולים, במרכזים לברה"ן ולמטפלים/ות במערכי ברה"ן של קופות החולים. הוא יכלול הן הכשרה בסיסית בתחום והן מקצוע שוטף של מטפלים/ות שכבר עוסקים בו.
- יש לפעול להבטחת מגוון מגדרי, תרבותי ושפתי בפזור גיאוגרפי נרחב בקרב המטפלים/ות שיוכשרו. יש לשקול מתן תמריץ להתמחות בתחום בקרב מטפלים/ות מהחברה הערבית, שם קיים מחסור אקוטי במטפלים/ות, באמצעות תגמול, מלגה או שעות השתלמות לעובדים/ות.
- קופות החולים יונחו לבדוק התמחות בטרומה בקרב מטפלים/ות חיצוניים בהסדר עם הקופה. יש להנחות את הקופות לתעדף יצירת התקשרויות עם מטפלים/ות המתמחים בנושא זה.
- קביעת הדרכה שוטפת וסדנאות חוסן למטפלים/ות שעוסקים בטרומה מינית. יש לספק תקצוב מלא להדרכות חיצוניות תדירות - הדרכות פרטניות שבועיות ומפגשי עמיתים קבוצתיים בהתאם לצורך - ונוסף על כך ימי השתלמות וליווי רגשי למניעת טראומטיזציה משנית/עקיפה אצל מטפלות/ים ולטיפול בה.

- על המשרד לדרוש מקופות החולים להציג מתווה של מערך כוח אדם טיפולי מקצועי, לפי סטנדרט טיפולי של המתנה של לא יותר מחודש ימים לאבחון ועד ארבעה שבועות נוספים לתחילת הטיפול.⁴⁴ לשם עידוד שיפור השירות על משרד הבריאות לחייב את הקופות להעביר מידע שוטף על זמינות השירות ואיכותו: מספר הפניות לקבלת טיפול, מצבת כוח האדם הטיפולי לפי התמחות, משך הזמן עד קבלת הטיפול ומשך הטיפול עצמו.

2. הכשרת צוותים רפואיים ואדמיניסטרטיביים במערכת הבריאות

הכשרה בסיסית לכלל הצוותים הרפואיים והאדמיניסטרטיביים לשם היכרות עם טראומה מפגיעה מינית ומופיעה ויצירת פרוטוקול מענה לפונה המבקש/ת לקבל טיפול נפשי או משתף/ת בקושי נפשי שכוון בפגיעה. המטרה היא להנגיש לצוות הרפואי ולצוות האדמיניסטרטיבי (באופנים שונים) את המידע על המענים הטיפוליים הרלוונטיים, לצייד בכלים ובשפה כדי להתייחס לפונות/ים ברגישות מותאמת ולהנחות בנוגע לשאלות שכדאי לשאול וכאלה שמוטב להימנע מהן.

3. עיצוב רצף שירותים ייעודיים במערכת הבריאות

- יש להפנות תקציב ייעודי "צבוע" למערכת הבריאות עבור אוכלוסיית נפגעי/ות אלימות מינית ליעדים הבאים:
- הכשרות הצוותים האדמיניסטרטיביים, כפי שפורט לעיל, וקידום הכשרות לטיפול ומענה מידועי טראומה בקרב רופאי/ות משפחה.
- קביעת תקנים למטפלים/ות מתמחים בטרומה מינית במסגרת שירותי קופות החולים, כולל תקציב להכשרות והדרכה.
- הקמת מרכזי טיפול ייעודיים לנפגעי/ות אלימות מינית במסגרת בתי חולים ממשלתיים בפריסה ארצית. כיום המרפאה הייעודית היחידה שוכנת בבית החולים לב השרון.
- הרחבת טיפולי יום ייעודיים לנפגעים/ות טראומה מינית בפריסה ארצית. באופן אידיאלי, הטיפולים יועברו במרכזים הייעודיים שיוקמו. כשלב ביניים, עד הקמת המרכזים הנוספים, יש להבטיח את מתן השירות במסגרת המרפאות הקיימות. השירות ניתן כיום רק בבאר יעקב, בלב השרון ובירושלים. יש להבטיח נגישות סבירה בגוש דן, בדרום הארץ ובצפונה.
- הקמת מסגרות קלט חירום (חלופת אשפוז) שיקבלו נפגעות ונפגעים שזקוקים להשגחה והחזקה נפשית משמעותית, אך מצבם אינו מתאים או מחייב אשפוז פסיכיאטרי. מסגרות אלו יקבלו נפגעים/ות ללא תנאים נוספים, כגון מסגרת טיפול/שיקום בקהילה, כחלק ממגמת מערכת בריאות הנפש למנוע אשפוזים פסיכיאטריים שאינם הכרחיים.
- הרחבת הפריסה הגיאוגרפית של השירותים בפריפריה, ובפרט במרחב הכפרי, שם המרחקים בין יישובים גדולים יותר והתחבורה הציבורית לעיתים דלה יותר.

44 בדומה להמלצות דוח מבקר המדינה (2020), המסתמכות על מחקרים מדעיים ועל השוואה לזמני ההמתנה המקובלים בעולם המערבי.

43 מבקר המדינה, "היבטים ברפורמה להעברת האחריות הביטוחית בבריאות הנפש", דוח 2020, 70.

משרד הרווחה והביטחון החברתי

1. הרחבת התקינה במרכזים הרב-תחומיים וביחידות הטיפול המקומיות

על אף ההרחבה המבורכת של מערך הטיפול של משרד הרווחה והביטחון החברתי, הביקוש האדיר לשירות יוצר בעיה אקוטית של זמני המתנה ו"צוואר בקבוק" בקליטה לקבלת טיפול. על המשרד לדאוג להרחבת קיבולת הטיפוליים הן במסגרת המרכזים הרב-תחומיים והן במסגרת יחידות הטיפול בלשכות הרווחה המקומיות, בדרכים הבאות:

- על המשרד להעריך את משך ההמתנה הממוצע לכל מרכז ויחידה ולהרחיב את התקינה כך שזמן ההמתנה הממוצע לטיפול לא יעלה על חודש ימים, בהתאם לנורמות הטיפוליות המקובלות בעולם. יש לחדש את הבדיקה כל שלוש שנים ולהרחיב את התקנים במקרה של שחיקה בקיבולת.
- על פי הערכות גורמי מקצוע, צמצום זמני ההמתנה דורש תוספת תקציב שנתית של 30 מיליון שקל. לכן בשלב ראשון יש להבטיח את מתן התוספת בבסיס התקציב לטובת הרחבת המערך הטיפולי. על המשרד להוסיף ולהעריך באופן יזום את המענים הקיימים מול הביקוש לשירות, ולהתאים סכום זה מדי שלוש שנים לכל היותר, כאמור.

2. נגישות הטיפול

- על המשרד להקים יחידות טיפול מקומיות נוספות בפריפריה, לשם הגדלת הנגישות לתושבים/ות. המחסור ביחידות אלו נוצר גם בשל הקושי של רשויות מקומיות פריפריאליות להשתתף במימון התואם. לכן יש לבחון את ההיתכנות הכלכלית לכל רשות ולהגמיש את הקריטריונים במידת הצורך, כדי למנוע אפליה ולהבטיח כי תושבות ותושבי הפריפריה יקבלו מענה טיפולי מותאם וללא עלות בדומה למרכז הארץ.
- כאשר אין היתכנות לפתיחת יחידות טיפול חדשות באזור מרוחק, יש להסב את יחידות הטיפול המקומיות שבאזור ליחידות אזוריות, משום שבשל העומס הרב מתעדפות יחידות מקומיות את תושבי/ות הרשות עצמה. הסבת היחידות ליחידות אזוריות תיעשה באמצעות תקינה מורחבת, אשר תתקן את בעיית הכדאיות במתן שירות לתושבי/ות רשויות אחרות.
- יש לפעול להבטחת מגוון מגדרי, תרבותי, ושפתי בהקצאת המטפלים/ות ליחידות.
- יש להבטיח כי גם ההכשרות המקצועיות שבאחריות המשרד יתקיימו בכל רחבי הארץ כדי למנוע פערים במקצועיות השירות בין המרכז לפריפריה.

3. שוויון בנגישות למגוון המענים

הקמת היחידות הטיפוליות ברשויות המקומיות הייתה צעד גדול וחשוב בהגברת הנגישות לטיפול. עם זאת, בשל מבנה התקצוב, היחידות מספקות מענה פרטני בלבד. כיום עלות ההשמה ביחידות הטיפול המקומיות אינה כוללת תעריפים לייעוץ פסיכיאטרי, שיקום תעסוקתי ומרכזי יום אזוריים, אשר ניתנים רק במרכזים הרב-תחומיים. יש לדאוג לתיקון האפליה בשירותים באמצעות השוואת מודל התקצוב.

4. שמירה על פרטיות וסודיות

על הדרג המקצועי לדון בניהול המידע בתיק הרפואי של המטופלות/ים: כיצד אפשר לצמצם למינימום ההכרחי את חשיפת המידע על אירוע פגיעה מינית בהיסטוריה הרפואית, להביע התחייבות מפורשת ורגישה לפרטיות הנפגע/ת מצד צוותי אדמיניסטרציה, רפואה וטיפול נפשי, ולהקפיד על שקיפות בנוגע להופעת הפרטים בתיק הרפואי והשלכותיה האפשריות.

5. ריכוז המידע על המענים והנגשתו לקהל היעד

הנכחת האפשרויות לטיפול מידע טראומה מינית (אם וכאשר יתפתח התחום במערך ברה"ן) באתרי האינטרנט של קופות החולים, משרד הבריאות ומרכזי הסיוע, והשקעה בפרסום אקטיבי של המענים דרך דף נחיתה משותף/מוקד מידע משותף/אפליקציה/טכנולוגיה רלוונטית אחרת.

באופן ספציפי יש לפרסם את שמות המטפלים/ות המתמחים בפגיעה מינית - הן מטפלי/ות המרפאות והן המטפלים/ות הפרטיים שנמצאים בהסדר עם קופות החולים. יש לוודא שהצוותים האדמיניסטרטיביים חשופים למידע כדי שיוכלו להפנות נפגעים/ות למטפלים/ות הרלוונטיים.

6. קביעת מודל התגמול לקופות החולים

כיום קופות החולים מתגמלות על פי מספר המגעים עם מטופלים/ות. שיטת תגמול זו, שמעודדת מגעים רבים ככל האפשר, מונעת יציאת מטפלים/ות להכשרה והתמקצעות על חשבון זמן העבודה. יש להבטיח כי גם הכשרות להתמחות בטראומה מינית יתגמלו את קופות החולים במידה שווה או למעלה מכך, וכך לנטרל את התמריץ השלילי.

7. סל שיקום

- לפי מחקרים ובדיקות, רבים מן הזכאים/ות לשירותי סל שיקום מתמודדים עם טראומה מינית. למרות זאת נכון להיום השירותים אינם מותאמים לאוכלוסייה זו. כדי לתקן זאת יש לנקוט את הצעדים הבאים:
- יש לבחון את היקף השירותים הייעודיים לנפגעי/ות אלימות מינית הניתנים במסגרת סל השיקום ביחס למספר הנפגעים/ות הזכאים לכך. לצערנו, בקשת מידע בהתאם לחוק חופש המידע שהוגשה בנושא למשרד הבריאות באפריל 2021 טרם נענתה.
- הכשרה, מקצוע ותמיכה בצוותי השיקום. מרביתם המוחלטת של מנהלי/ות ועובדי/ות מסגרות השיקום של בריאות הנפש לא עברו הכשרה בנושא עבודה עם נפגעי/ות טראומה מינית, למרות שכיחותם/ן הגבוהה במערכת. 45 גם במסגרות הייעודיות (סאמיט וענבלים), הצוותים בשטח אינם מומחים בטראומה מינית, וזקוקים לגיבוי, לתמיכה ולכתובת מקצועית מתאימה. אפשר לשקול לחבר בין צוותי השיקום במסגרות הייעודיות למומחים/ות במרפאות הייעודיות, במרכזים הרב-תחומיים וביחידות הטיפול המקומיות של הרווחה.

45 לפי סקר מיפוי שערך איגוד מרכזי הסיוע לנפגעות ולנפגעי תקיפה מינית ב-2018 בקרב 22 מנהלי/ות מסגרות שיקום, 86% מהעובדים/ות לא עברו הכשרה מתאימה. 100% השיבו שהנושא לא מועלה באינטייק לקליטה במסגרת.

זאת ועוד, על המשרד לקיים הכשרות במגוון גישות טיפוליות ותחומי התמחות, כדי להבטיח את אפקטיביות המענה הטיפולי שניתן.

4. סטנדרטיזציה של התשתיות הפיזיות ותקצובן

קביעת סטנדרט למרכז רב-תחומי ותקצובו בהתאם לצרכים הנוספים מעבר לצרכים הקליניים, שהם חיוניים למטופלות/ים ולצוותים: תקציב להנגשת המבנה לנפגעות/ים עם מוגבלות פיזית (כיסא גלגלים, עיורון וכו'), לציוד רלוונטי, לתכנון אזור המתנה נעים ועם אפשרות לפרטיות וכו'.

יש לזהות מהם החוסרים בתשתיות הפיזיות של יחידות הטיפול המקומיות ולעדכן את הסטנדרט שיאפשר הענקת טיפול באופן מיטבי ותנאי עבודה הולמים לצוותים.

5. שקיפות

אחד מגורמי הלחץ המשמעותיים שהביעו מטופלים/ות שפנו לרווחה נגעו לחוסר הודאות בנוגע לקבלת הטיפול, ובפרט למשך ההמתנה לטיפול ולמשך הטיפול עצמו, שעה שהחזרת תחושת השליטה היא אלמנט יסודי בתהליך הטיפולי בפגיעה מינית.

לכן על המשרד לפעול להגברת השקיפות בנוגע לתהליך הטיפולי, ובכלל זה הקריטריונים לקבלה לטיפול, משך ההמתנה בכל אחד מן המרכזים הרב-תחומיים ויחידות הטיפול, ומשך הזמן המוקצב לטיפול. נדגיש כי המלצה זו יכולה להיכנס לתוקף בתום תקופת היערכות מיידית, ומימושה אינו תלוי בהקצאה תקציבית.

6. משך הטיפול

לצד ההבנה של אילוצי המערכת הציבורית, יש להבטיח כי מטופלים/ות הקצה לא יוותרו ללא טיפול נפשי בשל קציבה אוטומטית של משך הטיפול. לכן אם המשרד יחליט על נהלים הנוגעים למשך הטיפול, יש להסדיר ועדת חריגים שתאפשר הפעלת שיקול דעת במקרים מיוחדים.

חלק מהמטופלים/ות הביעו תחושת לחץ נפשי וקושי להתמסר לתהליך הטיפולי שבו עליהם "להוכיח" את זכאותם לטיפול באופן תדיר, עם חרב האיום בהפסקת הטיפול אשר מונפת מעל ראשם. לכן יש לקבוע פרק זמן משמעותי מינימלי (לפחות שנה) שבו לא תישלל מן המטופלת/ת הזכאות לטיפול. במידת הצורך קיצור הזכאות יהיה כרוך בקבלת אישור מיוחד (ולא להפך – כלומר נטל ההוכחה לזכאות לא ירבוץ על כתפי המטופל/ת).

המלצות משותפות לשני המשרדים

1. הקמת ועדה בין-משרדית

מאחר שהן משרד הרווחה והן משרד הבריאות פועלים בתחום הטיפול בטראומה מינית על הרצף שבין טיפול פרטני אמבולטורי לאשפוז מלא, על שני הגופים למצוא דרך לתאם בין מכלול הצרכים והמשאבים העומדים לרשותם לשם הבטחת מתן שירותים הוליסטיים ומקסום התועלת מתקציב המדינה. לשם כך יש לכנס ועדה בין-משרדית המשותפת למשרד הבריאות ומשרד הרווחה שתעסוק בטיפול הנפשי לנפגעות ונפגעי אלימות מינית. על הוועדה לקיים תהליך של בניית הסכמות לשם יצירת תוכנית ברורה לטווח ארוך שתיושם על ידי משרדי הממשלה.

הוועדה תייצר מערך שמתכלל את כלל השירותים הייעודיים על פי אופי הטיפול, הפריסה הגיאוגרפית והביקושים (רשימות ההמתנה), כדי לייעל את תפקוד המערכות ולהגיע ליעד של עד חודש המתנה לקבלת טיפול.

לשם כך תפעל התוכנית גם ליצירת פונקציה של Case Manager, לניתוב בין השירותים והמענים של שני המשרדים, ותצמצם את התופעה של נפילת נפגעים/ות בין הכיסאות.

התוכנית תעמיד מרכזי הכשרה שייתנו רקע תיאורטי והדרכה פרקטית למטפלים/ות, על פי הסטנדרט המקצועי שיקבע כל משרד (כפי שיפורט). הצוות הרב-משרדי יפעל לקידום למידה משותפת ושיתוף הידע, ולמידה מתוך הנתונים שנאספים בשתי המערכות.

הקמת מאגר מידע משותף לריכוז כלל המענים, הנגשתו ופרסומו האקטיבי.

תישקלנה האפשרויות להקמת מענים שהם שילוב כוחות בין משרדי הממשלה, למשל מענה ביניים דומה למרפאות לאשפוז יום, ללא התיוג שנלווה לשירות פסיכיאטרי במערך ברה"ן ובשילוב משאבים וכוחות מקצועיים משני המשרדים.

2. בניית ההכשרה ותהליך הסטנדרטיזציה של הטיפול

בהתאם למסלולי ההכשרה תוכל הוועדה הבין-משרדית המשותפת למשרד הרווחה והביטחון החברתי ומשרד הבריאות לקבוע סטנדרט, נפרד או משותף לשני המשרדים, להכרה במטפלות/ים שמתמחים בטיפול מיוזע טראומה מינית, בהתאם להשלמת הכשרה ו/או היקף מסוים של התנסות פרקטית והשתתפות בהדרכה.

על המשרדים לפעול במשותף לפתרון בעיית עתודות המטפלים/ות במגזר הציבורי. לשם כך יש לשקול מתן תמריצים ושיתופי פעולה עם מוסדות אקדמיים ומוסדות הכשרה נוספים.

נספח א:

מענים ביוזמת מרכזי הסיוע לנפגעות ולנפגעי תקיפה מינית

מרכזי הסיוע המפוזרים ברחבי הארץ נתקלים מדי יום בצורך במענה טיפולי לנפגעות/ם של נפגעות/ים. מיעוט המענים הזמינים על ידי מטפלות/ים שעברו הכשרה בטיפול בטראומה מפגיעה מינית ו/או צברו ניסיון בתחום וקיבלו הדרכה מותאמת מתנגש בצורך העצום והאקוטי. התנגשות זו הובילה את מרכזי הסיוע לנסות בכל דרך אפשרית, תוך הפעלת קשרים אישיים, למצוא מענים טיפוליים רלוונטיים:

טיפול מסובסד/פרו-בוננו על בסיס רצון טוב של מטפלות/ים בעלי התמחות בפגיעה מינית.

הסכמים עם מסלולי הכשרה לטיפול במוסדות השכלה גבוהה, כך שהפרקטיקום של הסטודנטים יינתן לטובת נפגעות/ים שזקוקים לטיפול.

הסכם עם אנשי טיפול שמשותפות/ים בהכשרה לטיפול בטראומה מפגיעה מינית שמוכיל מרכזי הסיוע, כך שההתנסות שלהן/ם תהיה שנת טיפול בנפגע/ת שפנו למרכז. הטיפול כאמור מוגבל לשנה בלבד, ולמטופלת אחת בלבד, והוא ניתן בתשלום סמלי או ללא עלות.

מרכזי הסיוע ברחבי הארץ מפעילים קבוצות תמיכה למגוון קהלי יעד.

פתרונות אד הוק לסגרים - נוכח המצוקה המרובה שביטאו פונות ופונים למרכזים בתקופות הסגרים במשק, שבהם בוטלו מפגשי טיפול פיזיים, כגון תגבור הפעילות ויצירת מרחבי שהייה במרכזים עצמם.

מסל"ן - מרכזי הסיוע לנפגעות ולנפגעי תקיפה מינית ואלימות בנגב - הוא מרכזי הסיוע היחיד שמפעיל קליניקת טיפול פרטני לתושבות האזור.

נספח ב:

הכשרות לטיפול מחוקד טראומה מפגיעה מינית המוצעות כיום

תוכניות ההכשרה המוכרות לנו הן פרי שיתוף פעולה של מרכזי הסיוע עם מוסדות השכלה גבוהה או שיתוף פעולה בין מרכזים ומרפאות המתמחים בטיפול בטראומה מינית למוסדות השכלה גבוהה. ההכשרות מזמינות אליהן אנשי מקצוע מעולם הטיפול (לפי קריטריונים מסוימים). ואלה התוכניות:

"טיפול בטראומה מינית: לימודי תעודה להכשרה קלינית אינטגרטיבית" - תוכנית דו-שנתית שפותחה בשיתוף פעולה בין בית החולים לב השרון לפקולטה לרפואה באוניברסיטת תל אביב. מיועדת לאנשי טיפול בעלי תואר שני לפחות וכוללת פרקטיקום.

תוכנית לימודי פסיכותרפיה פסיכודינמית לטיפול בטראומה מינית - תוכנית תלת-שנתית משולבת של אוניברסיטת בר אילן ומרכזי הסיוע לנפגעות ולנפגעי תקיפה מינית בתל אביב. התוכנית כוללת הכשרה מעשית של שנתיים ומיועדת למטפלים ולמטפלות מתחומים שונים. התוכנית מאושרת על ידי האיגוד הישראלי לפסיכותרפיה.

תוכנית הכשרה לטיפול בטראומה מינית של בית הספר לעבודה סוציאלית במכללה האקדמית ספיר בשיתוף עם מסל"ן - מרכז סיוע לנפגעות ולנפגעי תקיפה מינית ואלימות בנגב. התוכנית נפרשת על פני שלושה סמסטרים ומיועדת לאנשי טיפול.

בכל שנה מקיים תאיר - מרכז סיוע לנפגעות ולנפגעי תקיפה מינית באזור השפלה - הכשרות לטיפול בטראומה מינית לנשות ואנשי טיפול. קורס שנתי הכולל פרקטיקום.

מרכזי הסיוע גליל-גולן בקריית שמונה הציע אף הוא קורס שנתי - הכשרה, הדרכה ותמיכה לנשות ואנשי מקצוע מתחומי הטיפול, הפסיכותרפיה והפסיכיאטריה שפוגשות/ים פונות ופונים נפגעי תקיפה מינית, כולל פרקטיקום.

תוכנית לימוד והכשרה שנתית לטיפול בנפגעי תקיפה מינית של המרכז הרב-תחומי לטיפול בנפגעות תקיפה מינית במרכז הרפואי בני ציון ושל מרכזי הסיוע לנפגעות תקיפה מינית חיפה והיחידה ללימודי המשך של אוניברסיטת חיפה. מיועדת לאנשי טיפול בעלי תואר שני לפחות.

מרכז לטם בבית החולים איכילוב עורך השתלמויות, הכשרות והדרכות למטפלים בתחום ההתמודדות והטיפול בטראומה מינית.

משרד הרווחה והביטחון החברתי הציע בשנת 2017 קורס מיומנויות טיפול בצעירות ונשים נפגעות טראומה מינית של 60 שעות אקדמיות, אולם לא ידועה תדירות פתיחתו. מאז הוצע קורס להטמעה וליווי בשדה של מיומנויות טיפול בטראומה מינית.

זעקתה לעזרה

תמונת מצב: נגישות טיפול נפשי בקהילה לנפגעות ונפגעי אלימות מינית

ישראל 2021

איגוד מרכזי הסיוע
לנפגעות ולנפגעי
תקיפה מינית



איגוד מרכזי הסיוע לנפגעות ולנפגעי תקיפה מינית בישראל הוא ארגון הגג של תשעת מרכזי הסיוע הפועלים כיום ברחבי הארץ.

למרכזי הסיוע ניסיון של למעלה מארבעים שנה בסיוע לנפגעות ולנפגעי תקיפה מינית ובליווין/ם – בקווי הסיוע, בליווי בהליכים פליליים ואזרחיים, בהפעלת קבוצות תמיכה, במימוש זכויות ועוד. נוסף על כך מפעילים מרכזי הסיוע את התוכנית החינוכית "ביחד" לקידום מיניות הדדית ומניעת אלימות מינית, המיועדת לחינוך הפורמלי והבלתי פורמלי, ועורכים הכשרות למניעת הטרדה מינית.

איגוד מרכזי הסיוע שם לו למטרה להיאבק באלימות המינית בישראל באמצעות הרחבה ושיפור של השירותים והזכויות הניתנים לנפגעות ולנפגעי תקיפה מינית ולקדם מניעה אקטיבית של אלימות מינית בכל השדות והתחומים.

קווי הסיוע לנפגעות ולנפגעי תקיפה מינית:

קו סיוע לנשים: 1202

קו סיוע לגברים: 1203

נשים ערביות: 04-6566813

נשים וילדים דתיים/ות וחרדיים/ות: 02-6730002

גברים דתיים וחרדים: 02-5328000

סיוע דרך ווטסאפ: 052-8361202

קולמילה – הצ'אט של מרכזי הסיוע: kolmila.org.il

צ'אט הסיוע בערבית: chat.wavo.org