

בבית המשפט המבוים בהרצליה
בשבתו כבית המשפט הגבוה לצדק

בג"ץ 1347/20
בפני הרכב השופטים :
כב' השופט נעם סולברג
ד"ר אורן אסמן
עו"ד מירה היבנר-הראל

עמותת "קול אדם" (ע"ר)
ע"י ב"כ שני ארד
מרח' האוניברסיטה 8, הרצליה, 4610101, טל': 09-9527272

(להלן: "העותרת")

- נגד -

שר הבריאות
ע"י ב"כ שני שופי
מרח' האוניברסיטה 8, הרצליה, 4610101, טל': 09-9527272
(להלן: "המשיב")

עיקרי הטענות מטעם העותרת

1. מתכבדת העותרת להגיש את העיקרי הטענות מטעמה.
2. בית המשפט הנכבד מתבקש בזאת ליתן צו על תנאי, המורה למשיב לבוא ולתת טעם מדוע לא יתוקנו תקנות לטיפול בחולי נפש, תשנ"ב-1992, כך שיופרדו הליכי האשפוז הפסיכיאטרי הכפוי הנדרש להסתכלות על חשוד או נאשם במסגרת הליך פלילי לפי חוק סדר הדין הפלילי [נוסח משולב], תשמ"ב-1982, מיתר הליכי האשפוז הפסיכיאטרי שלא על פי חוק זה.
3. עיקרי טענות העותרת המובאים להלן, הם בבחינת "תמצית" החומר הכתוב. ברי כי אין בעיקרי הטענות כדי למצות את הדיון, ויש לקראם בצוותא עם האסמכתאות המדוברות בעתירה.


שני ארד, ב"כ המבקשת

א. פתח דבר

1. העותרת היא עמותה רשומה ללא כוונת רווח, הפועלת למען שמירת זכויותיהם ורווחתם של חולי נפש במהלך אשפוזם. העותרת נפגשת באופן שוטף ותדיר עם חולים המאושפזים בבתי החולים הפסיכיאטריים השונים, כדי להבין את צרכיהם ולייצג אותם במידת הצורך במסגרות השונות, לרבות בערכאות השיפוטיות.
2. במסגרת פעילותה נתקלה העותרת במקרה של גב' אורלי אברהם, המאושפזת בכפייה, ובמסגרת אשפוזה ובעודה בהריון מתקדם, הותקפה ונסחטה על ידי מטופל אחר בבית החולים, עציר אשר אושפז לצורך הסתכלות לפי הוראות חוק סדר הדין הפלילי.
3. המשיב הינו השר הממונה על ביצוע חוק טיפול בחולי נפש, תשנ"א-1991 (להלן: "**חוק הטיפול**"), ומתוקף כך התקין את תקנות טיפול בחולי נפש, התשנ"ב-1992 (להלן: "**התקנות**"), והוא האחראי על יישומן של שני אלה.
4. בבסיס עתירה זו עומדת סוגיה סבוכה ומורכבת באשר לזכויותיהם של חולי נפש במסגרת הליך אשפוז כפוי, שהוא הביטוי החמור והקיצוני ביותר להתערבות המערכת המשפטית בטיפול בחולי נפש. ההגבלה הקיצונית של חירות האדם, ועמה הפגיעה בכבוד, אלה מן הפגיעות החמורות ביותר בזכויות היסוד אגב האשפוז הכפוי. זאת ועוד, שלילת החירות האישית וחופש התנועה הכרוכה בעצם האשפוז הכפוי, אינה מצדיקה פגיעה נוספת ביתר זכויותיו של המטופל, ויש להקפיד ביתר ולהגן על גופו וכבודו.
5. שירותי האשפוז הפסיכיאטרי ניתנים בהתאם לחומרת מצבו הנפשי של המטופל וצרכיו הטיפוליים. עם זאת, לא קיימת הפרדה בין מאושפזים מכוח צו בית משפט בעניינים פליליים לפי סעיפים 15(א) ו-16 לחוק הטיפול, וסעיף 170 לחוק סדר הדין הפלילי (להלן: "**המסלול הפלילי**") לבין מאושפזים מכוח החלטה של הפסיכיאטר המחוזי או וועדה פסיכיאטרית לפי סעיפים 9 ו-10 לחוק הטיפול (להלן: "**המסלול האזרחי**"). כלומר, באותה מחלקה בבית החולים יכולים לשהות מאושפזים המגיעים מרקעים שונים לחלוטין ומסיבות שונות לחלוטין לאשפוז, באבחנה בין שני המסלולים, האזרחי והפלילי. מאושפזים אלה שונים אחר מהשני, בין היתר, בהיבטים של צרכיהם הרפואיים והאישיים, וכן צרכיהם השיקומיים ושיטות טיפול המתאימות להם (להלן: "**ההסדר הקיים**").
6. לטענת העותרת, יש להתאים את הוראות התקנות באופן שיתאים ויגשים את תכלית חוק הטיפול, באופן שיקבע הפרדה פיזית בין המאושפזים במסלול הפלילי לבין אלה במסלול האזרחי (להלן: "**ההסדר המוצע**"). הסדר זה עשוי להתגשם באמצעות ייעוד מחלקות לאשפוז לפי מסלולים. מטרת המחלקות הייעודיות הינה להיטיב עם המאושפזים המגיעים מרקעים שונים, לאפשר טיפול יעיל, איכותי ומקצועי יותר במטופלים, וכן להקל על הצוות הרפואי בביצוע תפקידם.
7. העותרת תיטען כי מוטלת על המשיב החובה לדאוג לחייהם ולשלמות גופם של המאושפזים, זאת כנגזרת מסמכותו בחוק זכויות החולה, תשנ"ו-1996 ובחוק הטיפול, ובהתאם לזכותם של המאושפזים להגנה על חייהם וכבודם, זכויות המנויות בחוק יסוד: כבוד האדם וחירותו. לפיכך, על המשיב לשנות לאלתר את המצב הקיים ולצמצם את הפגיעה המתרחשת מדי יום בחייהם ובשלמות גופם של המאושפזים, לדאוג לשלומם, בריאותם ושיקומם של כלל המאושפזים, במסלול האזרחי והפלילי.
8. על דרך של היקש ובנוסף חובותיו מכוח חוק זכויות החולה וחוק הטיפול, קמה למשיב **חובה מוגברת** לדאוג לשלומם וביטחונם הפיזי והנפשי של מאושפזים בבית חולים פסיכיאטרי תחת צו אשפוז כפוי, שכן אינם יכולים להגן על עצמם ומצויים במשמורת של שירותי הבריאות הציבוריים (עניין רפאלוב).

9. העותרת תטען כי ההסדר הנוכחי אינו סביר ואינו מידתי שכן הוא סוטה באופן ניכר **ממטרות האשפוז הכפוי**, שכן כאשר מאושפז חשוף לסיכונים, כגון אלימות פיזית ונפשית, בתוך בית החולים, לא ניתן לומר שתכלית האשפוז של מתממשת.

ב. רקע עובדתי

10. מערך האשפוז הפסיכיאטרי בישראל כולל שלושה עשר בתי חולים: שמונה בתי חולים פסיכיאטריים ממשלתיים, שני בתי חולים המופעלים על ידי שירותי בריאות כללית, שני בתי חולים בבעלות פרטית, ובית חולים אחד בבעלות ציבורית. בנוסף להם קיימות 11 מחלקות לאשפוז פסיכיאטרי בבתי החולים הכלליים ומחלקה נוספת בתוך שירותי בתי הסוהר.

11. בשנת 2018, מתוך כלל המאושפזים בבתי חולים פסיכיאטריים, כ-33% מאושפזים בכפייה, מתוכם, 7% מכוח צו בית משפט בהליך פלילי, היתר מאושפזים מתוקף הוראות הפסיכיאטר המחוזי. בשנים האחרונות חלה עלייה במספר צווי ההסתכלות הניתנים במסגרת ההליך הפלילי. עם זאת, מתוך כ-1,800 צווי הסתכלות שניתנו בשנת 2016 רק 447 מתוכם (כ-25%) המשיכו לצווי אשפוז. כלומר, בלמעלה מ-75% מהמקרים, נמצא שהמאושפזים בהסתכלות **אינם חולים במחלת נפש**, אולם העבירו תקופת אשפוז לצורך הסתכלות יחד עם מאושפזים במסלול האזרחי.

12. קיימת דיסציפלינה נפרדת במקצועות הפסיכיאטריה שנועדה לסייע לאוכלוסיית חולי נפש בעלי רקע פלילי (הידועה כפסיכיאטריה פורנזית). כבר בשנת 1990, העלתה וועדת חקירה לבדיקת תפקודה ויעילותה של מערכת הבריאות בישראל, בראשות כב' השופטת נתניהו, שנדרשים פתרונות לאוכלוסיות מיוחדות במסגרות טיפוליות, ביניהן עבריינים עם בעיות נפשיות קשות (פסיכו-משפטיות).

13. בהיעדר פתרון מערכתי וחקיקתי מכיוונו של המשיב, פעלו מספר בתי חולים באופן עצמאי, כך בבתי החולים מזור, לב השרון ואברבנאל הוקמו באופן וולונטרי **"יחידות משפטיות" המיועדות לאשפוז העצירים – העותרת מבקשת מהמשיב לפעול כדי להפוך יוזמה ברוכה זו לחובה**. בבתי החולים האחרים, וגם כאשר אין מקום באותן יחידות המשפטיות שצוינו, מעורבים יחדיו באותה מחלקה, מאושפזים מהמסלול האזרחי יחד עם המסלול הפלילי.

ג. מסגרת נורמטיבית

14. חוק הטיפול מסדיר את הליך ואופן אשפוזו של אדם המוגדר כחולה במחלת נפש (סעיפים 9 ו-10 לחוק הטיפול). החוק כולל מגוון הוראות הנוגעות לאשפוז ולטיפול בתחום בריאות הנפש ומפרט את ההסדרים לכפיית אשפוז בהליך אזרחי/מנהלי על ידי פסיכיאטר המחוזי, ובהליך פלילי על ידי בית המשפט. את ההסדרים הנכללים בחוק משלימות הוראות הביצוע המפורטות בתקנות, בנהלי משרד הבריאות ובנהלים מקומיים של בתי החולים עצמם.

15. עיון בסעיף 60 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994, (להלן: **"חוק הביטוח"**) וסעיף 46 לחוק הטיפול, מעלה שהאחריות למתן שירותי בריאות הנפש בישראלי מוטלת, באופן בלעדי, על **המשיב**.

16. משרד הבריאות, הוא הרשות המינהלית ברשותה עומד המשיב, הינו הגוף המוסמך להתוות את המדיניות הלאומית בדבר שירותי הבריאות בכלל, ושירותי בריאות הנפש בפרט (כך לפי סעיף 60 לחוק הביטוח, סעיף 32 לחוק זכויות החולה, סעיף 46 לחוק הטיפול).

17. חטיבת המרכזים הרפואיים הממשלתיים, היא הגורם האחראי במשרד הבריאות לניהול כלל המרכזים הרפואיים, לרבות היבטי איכות ובריאות הטיפול הרפואי, שירות תשתיות ועוד. האגף לבריאות הנפש במנהל הרפואה במשרד הבריאות (להלן: **"האגף לבריאות הנפש"**) אחראי להיבט

המקצועי של מערכת בריאות הנפש, ומתוקף כך הוא קובע אמות מידה מקצועיות בתחום בריאות הנפש ויישומה במערכת הארגוני והטיפולית בכל רצף השירותים.

18. **אשפוז כפוי במסלול האזרחי** מתאפשר על ידי הוראה של הפסיכיאטר המחוזי, המוסמך לתת הוראות שונות להבאת אדם לבדיקה כפויה, לאשפוז כפוי או לטיפול מרפאתי כפוי (סעיפים 9, 16 לחוק הטיפול). כמו כן, למנהלי בתי החולים או למנהלי המחלקות בבתי החולים הכלליים קיימת סמכות להורות על אשפוז כפוי דחוף למשך 48 שעות (סעיף 4(ד) לחוק הטיפול). הוועדה הפסיכיאטרית רשאית להאריך את תקופת האשפוז אף מעבר לכך, וזאת על בסיס בקשה מנומקת מצד מנהל בית החולים.
19. האשפוז הכפוי יינתן אם שוכנע הפסיכיאטר המחוזי שהוסמך לכך, כי האדם חולה וכתוצאה ממחלתו נפגמה במידה ניכרת **כושר שיפוטו** או כושרו לביקורת המציאות; האדם עלול **לסכן** את עצמו או את זולתו; קיים **קשר סיבתי** בין ההפרעה הנפשית לבין עילת ההתערבות (סעיפים 6(א) ו-9 לחוק הטיפול).
20. החלטה בדבר **אשפוז כפוי במסלול הפלילי** תוכרע על ידי בית המשפט בו נדון ההליך הפלילי. בית המשפט מוסמך לתת "צו הסתכלות" לשם עריכת בדיקה ומתן חוות דעת, בקהילה או באשפוז, במידה ונאשם החשוד בביצוע עבירה פלילית טוען שביצע את העבירה בהיותו חולה בנפשו. מטרתו של הצו היא בחינת כשירות העמדתו לדין בגין אותה עבירה. הצו יינתן לאחר שבית המשפט הדן בכתב האישום מצא שיש להפסיק או לעכב את ההליך הפלילי, מחמת שהנאשם לא מסוגל להבין את ההליך המתנהל נגדו עקב מחלת הנפש, או לחילופיו שהנאשם לא כשיר לעמוד לדין מאחר והעבירה בוצעה כתוצאה ישירה ממחלת הנפש (סעיף 15(א) לחוק הטיפול). צו ההסתכלות לטובת הבדיקה הפסיכיאטרית יינתן רק אם הודיע הפסיכיאטר המחוזי שלא ניתן לערוך בדיקה זו שלא בתנאי אשפוז (סעיפים 15(ג) ו-16(ב) לחוק לטיפול בחולי נפש).

ד. אלימות בבתי חולים פסיכיאטריים – קיומה וסיבותיה

21. אלימות כלפי מאושפזים במוסדות בריאות הנפש מחייב היערכות מיוחדת ומשנה זהירות, בפרט במחלקות הסגורות, בהם מאושפזים חולי הנפש במצבם הקשה ביותר. מאושפזים אלה נתונים בסיכון גבוה יותר לפגיעה ולהתעללות מצד מאושפזים אחרים. ניכר כי שכיחות האלימות במחלקות הסגורות מושפעת גם ממאפייני המאושפזים במחלקה, משך האשפוז, ומידת ההכשרה של הסגל הרפואי להתמודדות עם מצבי אלימות וקונפליקטים מאתגרים ומורכבים.
22. ככל הידוע לעותרת, אין בידי משרד הבריאות נתונים על היקף האלימות כלפי מאושפזים במוסדות בריאות הנפש, וזאת למרות חשיבות איסופם וההשלכות הטיפוליות והארגוניות על תהליך הטיפול ועל מערך בריאות הנפש. עם זאת, למשרד הבריאות נהלים ברורים באשר לדיווח על אירועי אלימות והתעללות במהלך טיפול פסיכיאטרי. נהלים אלו חייבים דיווח ותיעוד של אירועי אלימות, מילולית או פיזית, סחיטה, איומים וכן כל אירוע התעללות וניצול לרעה של מאושפז בבית החולים. בנוסף ישנה חובת דיווח סטטיסטי חצי-שנתי מרוכז למשרד הבריאות.
23. מדינת ישראל לא מפעילה **מערכת פסיכיאטריה משפטית נפרדת ממערכת הפסיכיאטריה הכללית**. בעשור האחרון ניכרת עליה משמעותית במידת השימוש של המערכת המשפטית במערכת בריאות הנפש לצורכי הערכה שונים של מטופלים במסלול הפלילי. לשימוש השפעה מכרעת על היקף ואופי העומס המוטל על המערכת הפסיכיאטרית, על תמהיל החולים ועל מאפייני תרחישי קיצון הדורשים סוגים שונים של מענים. ועדת ההיגוי להגבלות מכאניות מצאה כי היעדרה של מערכת נפרדת למטופלים המעורבים בהליך פלילי מהווה גורם משמעותי לעליית מקרי האלימות.

24. **הועדה קבעה, כי ראוי לייצר הפרדה ברורה בין שתי המערכות ולעגנה בחקיקה.** באופן זה, תתאפשר התמקצעות פונקציונלית מותאמת, פיתוח מענים ייחודיים, וטיפול הולם וראוי יותר לשתי קבוצות המאושפזים. הוועדה סברה שהפרדה בין שתי המערכות תוריד משמעותית את רמת האלימות במחלקות האשפוז ובכך תפחית גם את הצורך בשימוש באמצעי הגבלה חריגים. תמונת מצב זו ידועה למשרד הבריאות מזה שנים, והועלתה רבות בוועדות פנימיות וועדות הכנסת לאורך השנים.

25. במסגרת הביקורת שניתנה מטעם משרד מבקר המדינה, עלו לקויים רבים באשר להכשרת הצוותים הרפואיים והסיעודיים להתמודדות עם תופעות של אלימות, מסוכנות ומניעת הסלמה ופגיעה במאושפזים. מבקר המדינה הגיע למסקנה שהיעדר ההכשרה מתאימה פוגעת ביכולתם של הצוותים הרפואיים להתמודד עם מצבי אלימות, מגבירה את הסכנה לביטחונם ולביטחון המטופלים ואף מחריפה את השימוש בהגבלות. כמו כן, מבקר המדינה המליץ למשרד הבריאות לבחון פתרון לחטיבה הקולטת אליה מטופלים מסוכנים, וזאת בכדי להפחית כמה שניתן מצבים אלימים שהצוותים מתקשים לטפל בהם, ואף נאלץ לזנוח את הטיפול בחולים אחרים במחלקה בכדי להתמודד עם אותם מטופלים אלימים. העותרת תטען כי הפרדת מסלולי האשפוז יכולה להגן גם על הצוות הרפואי שבשנים האחרונות חווה עלייה במספר מקרי האלימות כלפיו.

ה. הליך ההסתכלות הפסיכיאטרי

26. בדיקת ההסתכלות היא בדיקה פסיכיאטרית הנעשית באשפוז כדי לאפשר תצפית בהתנהגותו הטבעית של הנבדק. ההסתכלות נערכת בבתי החולים הפסיכיאטריים. הליך זה רווי בקשיים, אשר **פוגעים במאושפזים** מן המסלול האזרחי. בדיקת ההסתכלות יוצרת עומס בחדרי המיון של בתי החולים הפסיכיאטריים, אי-נוחות בקרב מטופלים אחרים המגיעים לחדרי המיון, בקרב מלוויהם ואף בקרב צוות בית החולים, הנובעת מעצם הנוכחות של כוחות הביטחון ומגילויי אלימות והתנגדות שעלולים להתעורר מצד הנבדקים. כמו כן, נוכחות של נבדקים אזורקים ושל מאבטחים עלולה אף להחמיר את מצבם של המטופלים, השרויים ממילא במצבים נפשיים קשים ומורכבים, ולעתים אף בחרדות.

27. עולה שאין אחידות בין בתי החולים באשר להליך בדיקת ההסתכלות, וכל בית חולים נוהג על פי נהליו הפנימיים ושיקול דעת רופאיו. כך יוצא, שישנם בתי חולים המסרבים לערוך בדיקה בתנאי כבילה ומעדיפים לשפר את אמצעי האבטחה הקיימים במחלקה, אחרים מסרבים לבדיקה בתנאי כבילה המאושפז אך אינם משפרים את אמצעי האבטחה, וישנם בתי חולים שאינם מאפשרים נוכחות של גורמי ביטחון במחלקה (עניין גברילוב).

28. וחשוב לומר שבתי המשפט עמדו על כך שבתי החולים מיועדים לטיפול בחולים, והם אינם בית כלא או בית מעצר. הם אינם אמורים להיות מאובטחים כמותם ואינם משמשים חלק ממערכת הענישה.

29. העותרת סבורה שבסמכות המשיב להסדיר את הנושא. משרדו של המשיב העלה בעצמו מספר הצעות שלגישתה של העותרת, דומות הן להסדר המוצע על ידה. לכן, ובפתחו של עניין זה מבקשת העותרת להביע תמיהתה מדוע סירב המשיב להצעות משרדו שקדמו להליך זה.

30. בין היתר, בשנת 2012 הציע מנכ"ל משרדו של המשיב להקים מחלקות ברמת ביטחון מוגברת. מחלקות אלה יפעלו ברמת ביניים שבין רמת האבטחה במחלקה סגורה, לבין רמת האבטחה הגבוהה המקובלת בחטיבה לביטחון מרבי בבית החולים שער מנשה. הצעות נוספת היו להקים יחידה ייעודית להסתכלויות בעצורים בתוך חטיבת ביטחון מרבי שבבית החולים "שער מנשה", למקרי בטחון מוגברים או בעלי מסוכנות, והקמתה של מחלקה פסיכיאטרית בכל מחוז במתקני השב"ס.

1. צפיפות יתר במחלקות

31. נכון לשנת 2017, עומד סך ההוצאה הלאומית השנתית לבריאות הנפש בישראל על 6% מסך ההוצאה הלאומית לבריאות. זאת לעומת 10% במדינות ה-OECD. ההשקעה הממשלתית הנמוכה יחסית בישראל מקשה על התנהלות המערכת בכל אופני פעולותיה באשפוז, בשירותים האמבולטוריים ובמערכת השיקום.

32. מנתוני השנתון הסטטיסטי לשנת 2018 עולה כי חלה ירידה בשיעור המאושפזים בהשוואה לגודל האוכלוסייה, אולם שיעור האשפוזים בכפייה עלה לעומת שיעור המאושפזים בהסכמה בשנים הללו. צמצום מספר המיטות נעשה במכוון במסגרת רפורמה שמקדם המשרד, שמטרתה, בין היתר, להעביר מטופלים שאינם זקוקים לאשפוז, לטיפול בקהילה. הירידה בשיעור המיטות, העלייה בשיעור האשפוזים הכפויים, והחוסר בחלופות אשפוז הניתנות בקהילה, הם שהביאו לצפיפות היתר במחלקות, אשר לה השפעות שליליות רבות על טיב הטיפול במאושפזים ומערך בתי החולים הפסיכיאטריים בכללותו.

33. ועדה מקצועית מטעם מבקר המדינה מצאה קשר ישיר בין צפיפות יתר לבין אלימות והתפרעויות במחלקות, אשר מחייבות נקיטת צעדים להגבלת המטופלים, כגון שימוש בחדרי בידוד ו/או כבילת המטופלים. צפיפות היתר וחוסר ההתאמה בין המאושפזים וצורכיהם גורמת להתגברות תופעת האלימות. מצב זה פוגע בסיכויי ההחלמה ואף עלול להחריף את המצב הרפואי, גורם לאי-נוחות רבה מאוד למטופל המאושפז ופוגע בכבודו ובזכויותיו כחולה.

2. הטיעון המשפטי

34. החובה להגן על כבוד האדם ועל גופו עוגנה בחוק יסוד: כבוד האדם וחירותו. סעיף 2 לחוק היסוד קובע כי "אין פוגעים בחייו, בגופו, בכבודו של אדם באשר הוא אדם", וסעיף 4 לחוק היסוד אף קובע חובה פוזיטיבית, לפיה "כל אדם זכאי להגנה על חייו, על גופו ועל כבודו". כנגזרת מזכות יסוד זו, גובש חוק זכויות החולה, שמטרתו היא לקבוע את זכויות האדם של המבקש טיפול רפואי או המקבל טיפול רפואי ולהגן על כבודו ועל פרטיותו. עוד נקבע בחוק, כי חולה זכאי לקבל טיפול רפואי נאות, הן מהבחינה הרפואית המקצועית והן מבחינת יחסי אנוש. זכויות אלו מובאות גם בסעיף 35 לחוק הטיפול, הקובע כי לא תישלל זכות מזכויותיו של החולה ולא תוגבל בדרך כל שהיא אלא על פי חוק. יש לפרש את המילה "זכות" בהקשר זה, בין השאר, גם כחירות מפגיעה בגוף החולה ובכבודו מצד המחליטים על אשפוזו בכפייה.

35. כבר הובהר בפסיקה כי שלילת החירות האישית וחופש התנועה של המאושפז, הכרוכה בעצם האשפוז הכפוי, אינה מצדיקה פגיעה נוספת ב**יתר זכויותיו** – וביניהן הגנה על גופו וכבודו (הלכת וילנצ'יק).

36. היעדר ההפרדה בין המסלול הפלילי והמסלול האזרחי חושפת את המאושפזים לסיכונים רבים, ביניהם גילויי אלימות, לחצים נפשיים וחרדות. בית המשפט הנכבד פסק לא פעם, שאדם אינו מאבד את כל זכויותיו עם מאסרו. דברים אלה יפים בבחינת קל וחומר לעניינו, שהרי לא מדובר באסירים, אלא במטופלים בבית חולים פסיכיאטריים תחת צו אשפוז.

37. המצב בו שרויים מאושפזים במסלול האזרחי, בו הם המאושפזים בכפייה בשילוב עם אוכלוסייה בעלת נטייה לאלימות ואף לרוב היסטוריה של אלימות ממשית, היעדר הגנה מספקת בתנאים הקיימים והיעדר הכשרה של צוותים רפואיים להתמודד עמם, מובילה למסקנה כי נשקפת סכנה **ממשית** לשלמות גופם ולחיהם. סיכון זה אף מתגבר נוכח העובדה שמדובר באוכלוסייה שברירת וחסרת ישע.

38. לגישת העותרת, פגיעה בלתי מידתית זו בזכויותיהם של חולי הנפש, הנגזרת מהאשפוז הכפוי, מקימה למשיב **חובה פוזיטיבית מוגברת** לשמור על חייהם, כבודם וגופם של המאושפזים, שחלקם אינם יכולים להגן על עצמם. בהקשר הזה, קבע בית המשפט העליון כי השימוש בלשון 'הגנה' טומן בחובו משמעות אופרטיבית-אקטיבית שהיא מעבר להכרה גרידא בקיומן ובמעמדן של זכויות היסוד.

39. **בהיעדר מחלקות ייעודיות לחולי נפש מהמסלול הפלילי וכאשר ישנו ספק באשר למוכנותו של הסגל הרפואי להתמודד עם מצבי אלימות, המשיב אינו למאושפזים את ההגנה המספקת על גופם וכבודם.**

40. מעמדה של **הזכות לבריאות** התחזקה נוכח חקיקת חוק יסוד: כבוד האדם וחירותו, בהיותה קשורה קשר הדוק לזכויות המעוגנות בחוק היסוד כמו הזכות להגנה על החיים, על הגוף ועל הכבוד. הזכות לבריאות מעוגנת אף בסעיף 3 לחוק הביטוח ובסעיף 3(א) לחוק זכויות החולה. כנגזרת מזכות זו, כל מטופל זכאי לקבל **טיפול רפואי נאות**, הן מבחינת הרמה המקצועית, האיכות הרפואית, והן מבחינת יחסי האנוש (סעיף 5 לחוק זכויות החולה).

41. עוד לפני חקיקת חוקי היסוד, הכיר בית המשפט העליון **בזכות לטיפול רפואי נאות** כאחת מזכויות האדם הבסיסיות ביותר הראויות להגנה (עניין בן שלמה). כנגזרת **מהזכות לקבלת טיפול רפואי נאות ומקצועי** עולה חובה למצות את **פוטנציאל השיקום** של כל חולי הנפש. העותרת טוען, כי המאושפזים אינם יכולים לממש את זכותם לקבל טיפול רפואי נאות כאשר הם מצויים במצוקה יום-יומית כתוצאה מאיומים, סחיטה ואלימות מצד מטופלים אחרים. בהתאם, המטופלים אינם יכולים להשתקם, שכן הם שרויים במציאות של פחד וחשש ממשי לביטחונם.

42. **לטענת העותרת, מלבד הצורך הזועק של המאושפזים במסלול האזרחי, לקבל טיפול רפואי במסגרת שונה ונפרדת מהמסלול הפלילי, ההפרדה בין המסלולים יש בה גם כדי להיטיב עם מאושפזי המסלול הפלילי.** ההסדר הנוכחי פוגע בתהליך השיקום שלשמו אושפזו המאושפזים מהמסלול הפלילי. ההליך הפלילי ואופי העבירה שבוצעה מקימים צורך ייחודי לטפל במאושפז במסגרת ההליך הפלילי באופן העונה על צרכיו. צרכיו אלו יתממשו בצורה המיטבית אם יופרד מהאשפוז האזרחי ויופנה לתוכנית שיקומית ייעודית המותאמת לצרכיו.

43. עוד נטען, כי **אופן ביצוע ההסתכלות פוגע בזכותו של נאשם לטיפול רפואי מקצועי.** במסגרת ההסדר הנוכחי דבר זה אינו מתקיים, שכן העצור הנבדק לרוב מלווה במאבטחים ולעיתים אזור – ובכך אינו פועל לפי התנהגות טבעית. כמו כן, אופן ביצוע ההסתכלות מתנהל בצורה שונה בכל בית חולים, באופן הפוגע בזכותם **לקבלת טיפול רפואי שוויוני.** בחלק מהמקרים, העצורים יאושפזו במחלקה משפטית ויעברו תהליך הסתכלות במופרד מהאוכלוסייה הכללית של בית החולים (כך מבקשת העותרת וכך פועלים בתי החולים מזור, אברבנאל ולב השרון). אולם במקרים אחרים, העצורים יאושפזו יחד עם האוכלוסייה הכללית. המשיב, שב"ס ומשטרת ישראל לא הסדירו סוגיה זו שנים, וכל בית חולים נוהג על פי שיקול דעתו בעניין הבדיקה הפסיכיאטרית, ללא אמות מידה אחידות.

ח. פגמים במישור המנהלי

44. סעיף 46 לחוק לטיפול בחולי נפש וסעיף 32 לחוק זכויות החולה קובעים כי **המשיב הוא האמון על ביצוע ההוראות והוא המוסמך להתקין תקנות בכל הנוגע לביצוען.** בהתאם, תטען העותרת כי על המשיב מוטלת חובה לפעול לדאוג לשמירת כבודם, ביטחונם ובריאותם של המאושפזים.

45. עוד תטען העותרת, כי מתוקף סמכותו, קמה למשיב **חובה מוגברת** לדאוג לשלומם ולביטחונם הפיזי והנפשי של המאושפזים תחת צו אשפוז כפוי, הנתונים למשמורת של שירותי הבריאות הציבוריים.

מסקנה זו נכונה בדרך של היקש מההלכה הפסוקה בעניין חובת המדינה לדאוג לשלומם ולביטחונם הפיזי והנפשי של אסירים וכי עליה לנקוט באמצעי זהירות מוגברים לשמירה עליהם (עניין רפאלוב).

46. בנוסף למקור הסמכות הספציפי מכוח החוק זכויות החולה וחוק הטיפול, למשיב נתונה סמכות כללית לקבוע אמות מידה בכל מקום שניתנה לו סמכות לפעול. בכלל זה, **מוטלת על המשיב סמכות חובה** לטפל בליקויים העולים מגופי הביקורת השונים ולהוציא לפועל רפורמות כדי לתקנם, וכדי להבטיח שהמאושפזים יקבלו את הטיפול הרפואי המקצועי לו הם זכאים (סעיף 5 לחוק זכויות החולה).

47. **כל הימנעות של המשיב להפעיל את סמכותו סוטה מעקרון חוקיות המנהל, איננה מקיימת את רצון המחוקק שהתווה למשיב, כגורם מנהלי, את סמכותו. הפעלת שיקול דעתו של המשיב באשר לסמכותו וקריאתה כסמכות רשות תוך שהוא בוחר שלא להפעילה לא רק שמנוגדת להוראות החוק, אלא היא גם נגועה בחוסר סבירות קיצוני.** העותרת תטען, כי נפל פגם בהתנהלותו של המשיב, שעה שנמנע מלהפעיל את סמכותו ובחר שלא להסדיר את נושא מסלולי האשפוז. מחדלו של המשיב לקבוע אמות מידה אשר יבטיחו את זכויות המטופלים – הינו בלתי חוקתי ובלתי חוקי.

48. עוד תבקש העותרת לטעון כי רשות מנהלית אינה רשאית להימנע מהפעלת סמכות שבידה בלא כל טעם ענייני כדין. ובעניינו, הנסיבות הן כאלה שערכי היסוד של השיטה החוקתית הופכים את אי-הפעלתה של הסמכות בידי המשיב לבלתי סבירה באופן היורד לשורשו של העניין. אי-הסבירות שבאי הפעלת הסמכות מתעצמת לנוכח העובדה שהפערים והליקויים בתחום בריאות הנפש בכלל, ומסלולי האשפוז הכפוי בפרט, ידועים למשיב מזה שנים רבות, וכי מדיניותו רבת השנים של משרד הבריאות להתנהל ללא אמות מידה ותוך מתן פתרונות נקודתיים נוחלת כישלון רבתי המתבטא בסיכון המאושפזים וצוותי הטיפול במחלקות הפסיכיאטריות.

49. משרד הבריאות אינו מייחס לתחום הביקורת את תשומת הלב הראויה כפי שהיה מצופה ממשרד ממשלתי, הן מבחינת המשאבים הנדרשים לשם כך, והן מבחינת תכניות העבודה לבקרה על תיקון הליקויים שנחשפו. מדובר בהימנעות מתיקון ליקויים שעלו בדו"ח ואף גם כאלו שעלו בבקרה הפנימית של משרד הבריאות עצמו, אשר למצער, אינם מפורסמים פומבית, ואינם זוכים לביקורת הציבורית כמצופה וכראוי ממשרד ממשלתי.

50. מקום שקיימת לרשות סמכות, מחויבת הרשות לבחון האם קיים צורך להפעילה, ולשוב ולבחון זאת מידי פעם. סמכות שכזו יכולה שלהיות בחינת הצורך להתקין תקנות כדי להסדיר עניין מסוים, או לתקן פגם שמתקיים בתוך הרשות.

51. לטענתה של העותרת, בכל מצב יש לקרוא את הסמכות הנתונה למשיב כסמכות חובה ולא כסמכות רשות. חוק זכויות החולה וחוק הטיפול מקנים לשר הבריאות סמכויות "ביצוע", אשר נועדו לקבוע את זכויות האדם של המבקש בטיפול רפואי ולהגן על כבודו ועל פרטיותו. לפיכך, למשיב קיימת חובה לעשות ולפעול למען מניעת הפגיעה בזכויותיהם של מאושפזים בבית חולים פסיכיאטרי, מניעת אלימות בבתי החולים ולהבטיח כי המאושפזים יקבלו טיפול רפואי נאות ומקצועי.

52. לעניין זה נקבעה כבר נקבע בפסיקה כי **לצורך בחינת הפעלתו של שיקול הדעת המנהלי, אין הבדל בין הפעלת סמכות רשות לבין הימנעות מהפעלתה.** הימנעות מביצוע מפעולה מהווה גם היא פעולה שלטונית. על כן, גם החלטה כזו צריכה להתבצע תוך שמירה על סבירות ותוך פרק זמן סביר.

53. כדי להוציא אל הפועל את חובתו של המשיב, **היה עליו לנקוט צעדים במהירות הראויה**, כחלק מעקרון הסבירות החל על כל רשות מנהלית ועל כל מכלול פעולותיה. ונדגיש, חובת המהירות הראויה אינה

- אלא חובת התנהגות מידתית וסבירה הדורשת כי הרשות המנהלית תפעל באורח כן, רציני ואחראי וזאת תוך התחשבות בנסיבות ובמשאבים (פרשת מיטראל, סעיף 11 לחוק הפרשנות, התשמ"א-1981).
54. במקרה דנן, כאשר קיימות סכנות ממשיות לחייהם וביטחונם של מאושפזים בבתי חולים פסיכיאטרים, ואף נפגעות זכויותיהם החוקתיות, הפעלתו הסבירה של שיקול הדעת המנהלי מחייבת נקיטת פעולה מהירה מצדו של המשיב.
55. חובה על כל רשות מנהלית בבואה לקבל החלטה להתבסס על תשתית עובדתית מתאימה ומספקת. קיומה של תשתית עובדתית מלאה הינו תנאי הכרחי על מנת להבטיח קבלת החלטה ראויה שאינה שרירותית ושלוקחת בחשבון את כל השיקולים הרלוונטיים. העותרת תטען כי נפל פגם בהליך שכן שיקול דעתו של המשיב לא התבסס על תשתית עובדתית מספקת. המשיב נמנע באופן אקטיבי מלאסוף נתונים הנדרשים בכדי לקבל החלטה סבירה, או לכל הפחות תטען כי הוא נשען על תשתית עובדתית חלקית בלבד. בהתאם, העותרת תטען כי נשמטת חזקת התקינות, וכי המשיב פעל בהיעדר התשתית העובדתית הנדרשת בנסיבות העניין.
56. ההלכה הפסוקה היא, כי על הרשות המנהלית, בבואה לקבל החלטה, לשקול את כל השיקולים הרלוונטיים, ואותם בלבד. לטענתה של העותרת, המשיב מתעלם מהשיקולים הרלוונטיים שהיה אמור לקחת בחשבון, כגון זכויות המטופלים, בריאותם ויכולות השיקום של המטופלים. ועוד, התעלמותו השיטתית והבוטה של המשיב מהמלצותיהם של צוותים מקצועיים, ביניהם וועדות שמינה המשיב עצמו, עולות לכדי פגם, הן מבחינת תקניות ההליך והן מבחינת סבירות הפעולה.
57. התנהלות זו של המשיב יש בה טעם מחשיד, היא מעלה חשד לשקילת שיקולים זרים (עניין הבית הפתוח). החלטתו של המשיב שלא לבחון הסדרים חלופיים ולהמשיך את ההסדר הקיים, מעידה על כך שהמשיב בחר לתת משקל עודף, ואף בלעדי, לשיקולים כלכליים תוך התעלמות משיקולים הנוגעים לכבוד ובריאות המאושפזים הפסיכיאטריים, הן במסלול האזרחי והן בפלילי. פגמים אלה הם פגמים חמורים במהותם הירודים לשורש ההליך ואשר משרד הבריאות לא נתן את דעתו אליהם, או למצער לא נתן להם משקל מספק. נציין כי בית המשפט העליון עמד בהרחבה על כך שהגנה על זכויות אדם אינה יכולה לסגת מפני שיקולים כלכליים (פרשת הפרטת בתי הסוהר).

ט. בחינת מידתיות

58. החוק לטיפול בחולי נפש משקף את הגישה המשפטנית אשר שמה במרכז תכליותיו את **זכויות האזרח והפרט**. לשון החוק מאמצת שפה חוקתית, באופן העולה בקנה אחד עם חוקי היסוד. בכך, החוק מייצר מסגרת משפטית המשקפת את האופן בו החליט המחוקק כי ראוי להתמודד עם הפגיעה החוקתית, ויש לפרשו לאור חוק יסוד: כבוד האדם וחירותו. כחלק מבחינה זו נדרשת גם מידתיות בפעולה המינהלית.
59. לטענת העותרת המשיב הפעיל את שיקול דעתו באופן שאינו מידתי. עקרון המידתיות, שמקורו במשפט החוקתי, חל גם במסגרת בחינת שיקול דעת. המידתיות נדרשת לא רק לגבי החלטה על אשפוז כפוי, אלא **בכל** אחת מהפעולות המנהליות הקשורות לחולה המאושפז, בוודאי כאלה המגבילות זכויות אדם או עשויות להוביל לפגיעה בהן או חוסר הגנה עליהן. בהתאם, המידתיות נדרשת גם בהחלטה על בדיקה פסיכיאטרית כפויה לעציר. מידתיות ההחלטה המנהלית נקבעת בהתאם לשלושה מבחני משנה, ומתמקדת ביחס שבין התכלית לבין האמצעים להגשמתה.
60. העותרת תטען כי **אין כל קשר רציונלי בין האמצעי שבחר המשיב, לבין מטרת האשפוז הכפוי**. מטרת האשפוז היא קבלת טיפול רפואי והגנה על המטופל ועל שלום הציבור (סעיף 35(ב) לחוק לטיפול בחולי נפש), אולם מטרה זו אינה יכולה להתממש כאשר מאושפזים חולי נפש מרקע פלילי ואזרחי יחדיו.

61. עם זאת, ההסדר המוצע על ידי העותרת מקיים את דרישת הקשר הרציונלי למטרה, שכן הוא מבטיח את ההגנה על המאושפזים האזרחיים וכן שמירה על כבודם, ביטחונם, בריאותם של כלל המאושפזים. העותרת טיטען כי מדובר באמצעי הראוי והנכון ביותר, שכן הוא מיטיב עם כלל המאושפזים (גם אל מהמסלול הפלילי) ומאזן כראוי בין זכויותיהם של המאושפזים במסלול הפלילי לזכויותיהם של המאושפזים במסלול האזרחי, לצד מגבלות התקציב של משרד הבריאות.
62. על פי מבחן המשנה השני, הפגיעה בזכויות אדם על ידי פעולות הרשות המנהלית תהיה לא מידתית אם ניתן להצביע על אמצעי אחר להשגת התכלית שפגיעתו בזכויות האדם פחותה ומינימלית. לגישת העותרת, ההסדר הנוכחי פוגע קשות בזכויותיהם של המאושפזים, וזאת כאשר ישנה אפשרות לקדם את תכלית האשפוז הכפוי, באמצעים פוגעניים פחות, כפי שיפורט להלן.
63. במצב הקיים בבתי החולים הפסיכיאטרים, הכלי המרכזי לטיפול במקרי אלימות הוא קשירה ובידוד. סעיף 34 לחוק הטיפול, מתיר להפעיל כלפי כל מאושפז הגבלות מכאניות כגון בידוד וקשירה, השימוש בהגבלות מסוג זה נעשה, כאמור, כדי למנוע סיכון ממשי ומידי למטופל אחר או לאנשי צוות. בעניינו של המאושפז במסלול הפלילי, שקיים חשש שהוא מהווה סכנה לעצמו או לסביבתו, ניתן להורות על נקיטת אמצעים מיוחדים בבית החולים לאבטחתו, כגון הצבת שומרים, ריסון, בידוד ועוד (סעיף 16(ג) לחוק הטיפול וסעיף 19 לפקודת בתי הסוהר).
64. כיום, נעשה שימוש יתר באמצעים אלה בשל היעדרם של אמצעים חלופיים אפשריים למניעת אלימות, צפיפות ועומס במחלקות, מצוקת כוח האדם, תשתיות לא מתאימות ואף מחסור בחדרי בידוד המאלצים את הצוות להשתמש בקשירה. האמצעי שמופעל בכדי למנוע אלימות הינו אמצעי השולל את חירותם ופוגע בכבודם של המאושפזים ברמה הקשה ביותר.
65. עתירה זו לצורך קידום ההפרדה תיתן מענה ראוי לצרכיהם הייחודיים של המאושפזים במסלול פלילי ובכך תצמצם את השימוש באמצעים המגבילים, תפחית את אירועי האלימות ותבטיח קבלת טיפול נאות – וזאת במקום הפרקטיקה הקיימת שבה האלטרנטיבות להתמודדות עם מאושפזים אלימים עלולות להביא לפגיעה קשה יותר בזכויותיהם לחירות. עוד טיטען העותרת, כי ניתן לקיים מנגנון פנימי של משרד הבריאות, על פי שיקול דעתו וכפי שהוצע על ידיו בעבר, כי מאושפז במסלול הפלילי אשר אינו מהווה סיכון או בעל נטייה לאלימות, יועבר למחלקה של המסלול האזרחי.
66. מבחן המידתיות במובן הצר נוגע לבחינת העלות שתצמח לציבור הרחב מול הנזק לפרט כתוצאה מהפעלת האמצעי, כאשר השאיפה היא לקיים יחס ראוי בין האמצעי למטרה. מבחן המידתיות הינו מבחן ערכי, ששם דגש על חשיבות הזכות שנשללת ועוצמת האינטרס אשר מצדיק את השלילה, ואינו מבחן מתמטי-כמותי. במסגרתו, יש לבחון את היחס בין התועלת הציבורית הצומחת מההסדר, לבין הנזק שייגרם לזכויות החוקתיות, כתוצאה מיישומו.
67. העותרת טיטען כי אין זכות שנפגעת כתוצאה מיישום ההסדר המוצע, שכן הוא מיטיב עם כלל המאושפזים, הן במסלול האזרחי, על ידי הבטחת שלמות גופם, ביטחונם וכבודם, והן במסלול הפלילי, על ידי הבטחת מסלול שיקומי ראוי וטיפול רפואי התואם את צרכיהם.
68. בבחינת ההסתברות, ההסדר המוצע יביא להפחתת שכיחות מקרי האלימות בבתי החולים הפסיכיאטריים במידה משמעותית. מחקרים רבים מראים את התועלת בהפרדת מסלולי האשפוז. כאמור, קיימת דיסציפלינה נפרדת במקצועות הפסיכיאטריה שנועדה לסייע לאוכלוסיית חולי נפש בעלי רקע פלילי (הידועה כפסיכיאטריה פורנזית), מה שמוביל למסקנה כי אכן קיימים צרכים

ומאפיינים ייחודיים לחולי נפש במסלול הפלילי, המצריכים את הפרדתם מהמאושפזים במסלול האזרחי, ואין מדובר באפליה אסורה (פרשת אליס מילר).

69. השונות בין שתי אוכלוסיית המאושפזים היא שונות מובהקת, שניתן לאתר בקלות, בבסיסה היא רלוונטית למקרי האלימות שנמצאו. שונות רלוונטית זו, הוכרה בפסיקה ככזו שאין בצדה פגיעה בזכות לשוויון. בבחינה זו, כבר עמד בית המשפט העליון שלא כל הפרדה היא בהכרח פוגעת בזכות השוויון של הפרט, לעיתים מדובר בהפרדה נדרשת דווקא כדי להגשים או להגן על זכויות אדם אחרות.

י. סוף דבר

70. לאור האמור לעיל, בית משפט נכבד זה מתבקש בזאת לקבל את העתירה על כל חלקיה, מכלל הטעמים והנימוקים שהוצגו לעיל.

71. לטענת העותרת, הוכח כי ההסדר הנוכחי פוגע בזכויות המאושפזים בצורה קשה ביותר ובלתי מידתית. כאשר מאושפז במסלול פלילי, מאושפז באותה המחלקה עם מאושפז במסלול האזרחי, המאושפזים במסלול האזרחי מועמדים בסיכון גבוה יותר הפוגע בהם מדי יום בכל תקופת אשפוזם.

72. אוכלוסיית המאושפזים בבתי חולים פסיכיאטריים זכאים להגנת המדינה על חייהם ועל ביטחונם, ככל אדם אחר במדינת ישראל. ההגנה על חייהם, גופם וכבודם אינה מוענקת ברמה המספקת והראויה, והפגיעה בהם היא בלתי מידתית.

73. עוד נטען כי במישור המנהלי, הימנעות המשיב מלהפעיל את סמכותו לקבוע אמות מידה לאיכות האשפוז, אופי האשפוז והגדרת מסלולי אשפוז התואמים את צרכי המטופלים, הינה פעולה החורגת מסמכותו, נגועה בחוסר סבירות ובהיעדר מידתיות, ועל כן יש לחייבו להפריד בין המסלול האזרחי למסלול הפלילי.

74. מכל האמור לעיל, מתבקש בית המשפט הנכבד להוציא צו על תנאי המחייב את המשיב לנמק מדוע לא יפריד בין מסלולי האשפוז כאמור, וככל שלא ישתכנע בית המשפט הנכבד אחרת, יתבקש להפוך את הצו על תנאי למוחלט, וכן לפסוק לעותרים את הוצאותיו בגין הליך זה, וכן את שכר טרחת עו"ד בצירוף מע"מ כדין.



שני ארד, ב"כ המבקשת

רשימת אסמכתאות ומקורות – בג"ץ 1111/20
עמותת "קול אדם" נ' שר הבריאות

חקיקה

1. חוק-יסוד : כבוד האדם וחירותו, ס"ח 150.
2. חוק הפרשנות, התשמ"א-1981, ס"ח 1030.
3. חוק העונשין, תשל"ז-1977, ס"ח 2780.
4. חוק זכויות החולה, התשנ"ו-1996, ס"ח 1591.
5. חוק לטיפול בחולי נפש, התשנ"א-1991, ס"ח 150.
6. חוק סדר הדין הפלילי [נוסח משולב], התשמ"ב-1982, ס"ח 1043.
7. פקודת בריאות העם מס' 40, 1940, ע"ר 1065.
8. פקודת בתי הסוהר [נוסח חדש], התשל"ב-1971, ס"ח 643.

חקיקת משנה

9. תקנות בריאות העם (רישום בתי חולים), התשכ"ו-1966, ק"ת 1847.
10. תקנות טיפול בחולי נפש, התשנ"ב-1992, ק"ת 7057.
11. נוהל מס' 17.004 "פיקוח ובקרה, מדידה, ניתוח ושיפור שירותי ברה"נ" **אגף לבריאות הנפש – משרד הבריאות** (1.7.2014).
12. חוזר מנכ"ל משרד הבריאות 4/2017 "חטיבת המרכזים הרפואיים הממשלתיים במשרד הבריאות" (19.4.2017).
13. נוהל מס' 60.002 "תיעוד ודיווח על אירועי אלימות והתעללות במהלך טיפול פסיכיאטרי", **שירותי בריאות הנפש – משרד הבריאות** (1.6.2017).
14. תקנות בריאות העם (אמות מידה לאישור הקמת מרפאות), התשע"ז-2017, ק"ת 7770.

הצעות חוק

15. הצעת חוק לטיפול בחולי נפש, התש"ן-1990.

פסיקה

16. בג"ץ 297/82 **ברגר נ' שר הפנים**, פ"ד לז(3) 29 (1983).
17. בג"ץ 332/87 **בן שלמה ואח' נ' שר הפנים**, פ"ד מג(3) 3539 (1988).
18. בג"ץ 3094/93 **התנועה לאיכות השלטון נ' ממשלת ישראל**, פ"ד מז(5) 403 (1993).
19. בג"ץ 3872/93 **מישראל בע"מ נ' ראש הממשלה ושר הדתות**, פ"ד מז(5) 485 (1994).
20. בג"ץ 5441/94 **אליס מילר נ' שר הביטחון**, מט(4) 094 (1994).
21. בג"ץ 987/94 **יורונט קווי זהב (1992) בע"מ נ' שרת התקשורת, הגב' שולמית אלוני, מח(5) 412 (1994)**.
22. בג"ץ 6055/94 **צמח נ' שר הביטחון**, פד נג(5) 241 (1999).
23. בג"ץ 3477/95 **בן-טעייח ואח' נ' שר החינוך, התרבות והספורט**, פ"ד מט(5) 1 (1995).
24. בג"ץ 1715/97 **לשכת מנהלי ההשקעות נ' שר האוצר**, פ"ד נא(4) 367 (1997).
25. בג"ץ 164/97 **קונטרס בע"מ נ' משרד האוצר - אגף המכס והמע"מ פ"ד נב(1) (1998)**.

26. בג"ץ 2355/98 סטמקה נ' שר הפנים, פ"ד נג(2) 728, פס' 48 לפסק הדין (1999).
27. בג"ץ 7052/03 עדאלה המרכז המשפטי לזכויות המיעוט הערבי בישראל נ' שר הפנים, סא(2) 2020 (2006).
28. בג"ץ 366/03 עמותת מחויבות לשלום וצדק חברתי נ' שר האוצר (ניתן ביום 12.12.2005).
29. בג"ץ 10662/04 סלאח חסן נ' המוסד לביטוח לאומי (פורסם בנבו 28.2.2012).
30. בג"ץ 2887/04 מדיגס נ' מינהל מקרקעי ישראל (פורסם בנבו 15.4.2007).
31. בג"ץ 9593/04 ראשד מוראר נ' מפקד כוחות צה"ל ביהודה ושומרון, סא (1) 8 (2005).
32. בג"ץ 4634/04 רופאים לזכויות אדם נ' השר לביטחון פנים (פורסם ביום 12.2.2007).
33. בג"ץ 2605/05 המרכז האקדמי למשפט ועסקים נ' שר האוצר, סג(2) 545 (2009).
34. בג"ץ 1105/06 קו לעובד נ' שר הרווחה (פורסם בנבו 22.6.2014).
35. בג"ץ 8803/06 גני חוגה בע"מ נ' שר האוצר (פורסם בנבו 1.4.2007).
36. בג"ץ 2245/06 דוברין נ' שירות בתי הסוהר, (פורסם בנבו 13.6.2006).
37. בג"ץ 3933/11 מכבי שירותי בריאות נ' שר הבריאות (פורסם בנבו 25.3.2014).
38. בג"ץ 1892/14 האגודה לזכויות האזרח בישראל נ' השר לביטחון פנים (13.6.2017).
39. בג"ץ 4374/15 התנועה למען איכות השלטון בישראל (ע"ר) נ' ראש ממשלת ישראל (פורסם בנבו 27.3.2016).
40. בג"ץ 5428/17 יעל רום נ' מדינת ישראל (פורסם בנבו 18/6/2018).
41. דנג"צ 8663/04 מדינת ישראל נ' שירותי בריאות כללית, מערכת משפטית נבו (2004).
42. ע"א 8650/08 בנימין רפאלוב נ' מדינת ישראל שירותי בתי הסוהר (פורסם בנבו 17.2.2012).
43. רע"פ 2060/97 וילנצ'יק נ' הפסיכיאטר המחוזי – תל אביב פ"ד נב(1) 697 (1998).
44. עע"ם 2469/12 ברמר נ' עיריית תל אביב-יפו (פורסם בנבו, 25.6.2013).
45. ע"ש (מחוזי י-ם) 81/92 פלונית נ' היועץ המשפטי לממשלה, פ"מ התשנ"ג(3) 221 (1993).
46. בש"פ 92/00 פלוני נ' מדינת ישראל, פ"ד נד(4) 240 (2000).
47. ב"ש 196/80 טולידנו נ' מדינת ישראל, לה (3) 332 (1980).
48. ת"פ (ירושלים) 2184/06 מדינת ישראל נ' יעקב מרגולין ואח' (ניתן ביום 13.12.2013).
49. ת"פ (ב"ש) 29012-05-15 מדינת ישראל נ' גברילוב (ניתן ביום 5.1.2016).

החלטות ממשלה

50. החלטת ממשלה מס' 337 (5.08.2015).

ועדות, פרוטוקולים ודוחות

51. ועדת החקירה לבדיקת תפקודה ויעילותה של מערכת הבריאות בישראל דו"ח הועדה (1990).
52. ועדת בירור לעניין ההגנה על חולי נפש מאושפזים מפני תקיפה וניצול מיני, דו"ח הועדה (1991).
53. ועדת ההיגוי לצמצום הגבלה המכאנית בישראל, משרד הבריאות (2017).
54. ועדת השר למיגור אלימות כלפי צוותים רפואיים ומנהלים במערכת הבריאות, דו"ח הועדה (2017).
55. פרוטוקול מס' 420, ועדת העבודה, הרווחה והבריאות (16.1.2017).
56. פרוטוקול מס' 638, ועדת העבודה, הרווחה והבריאות (27.11.2017).
57. מבקר המדינה דו"ח שנתי 68 – לשנת 2017 (2018).

58. מערכת הבריאות בישראל בראי ה-OECD – 2016, **משרד הבריאות** (2018).
59. "בריאות הנפש בישראל, שנתון סטטיסטי 2018" **משרד הבריאות** (2019).
60. מבקר המדינה דו"ח שנתי 69ב – **לשנת 2019** (2019).

ספרות ומאמרים

61. אורי טל-ספירו **אלימות כלפי מאושפזים בבתי-חולים לבריאות הנפש הכנסת** (הכנסת, מרכז מחקר ומידע, 2013).
62. נביל ג'ריאסי, אלי גרינר, בן-חי קוזינצקי ויעקב מרגולין "אשפוז כפוי של חולי נפש – בין המצוי לרצוי" **רפואה ומשפט** 34 (2006).
63. דוד וקסלר, תורת המשפט הטיפולי-סקירה **מחקרי משפט** כו 367 (התש"ע-2010).
64. יצחק זמיר **הסמכות המנהלית**, כרך ב' (מהדורה שנייה, 2011).
65. יעקב בזק **משפט ופסיכיאטריה – אחריותו המשפטית של הלקוי בנפשו** (2006).
66. מרדכי מרק וגיל סיגל, "הזכויות לשירותי בריאות הנפש ומדיניות הפעלתם בישראל: בין רפואה, משפט וחברה" **משפט רפואי וביו-אתיקה** כרך 2, 22 (תשס"ט-2008).
67. מרדכי מרק "מבט מבעד לעדשה של תורת המשפט הטיפולי על אשפוז פסיכיאטרי בכפייה בישראל" **קרית המשפט** ט 83 (תשע"א-2011).
68. פלורה קוך דבידוביץ **המחסור בכוח-אדם רפואי וסיעודי בתחום בריאות הנפש** (הכנסת, מרכז מחקר ומידע, 2014).

ספרות זרה

69. Richard D. Schneider, *Mental Health Courts and Diversion Programs: A Global Survey*, **INTERNATIONAL JOURNAL OF LAW AND PSYCHIATRY** (2010).

בבית המשפט המבוים בהרצליה
בשבתו כבית המשפט הגבוה לצדק

בג"ץ 1111/20
בפני הרכב השופטים :
כב' השופט נעם סולברג
ד"ר אורן אסמן
עו"ד מירה היבנר-הראל

עמותת "קול אדם" (ע"ר)
ע"י ב"כ שני ארד
מרח' האוניברסיטה 8, הרצליה, 4610101, טל': 09-9527272

(להלן: "העותרת")

- נגד -

שר הבריאות
ע"י ב"כ שני שופי
מרח' האוניברסיטה 8, הרצליה, 4610101, טל': 09-9527272
(להלן: "המשיב")

עתירה למתן צו על תנאי

מוגשת בזאת עתירה למתן צו על תנאי בפני בית משפט נכבד זה, המורה למשיב לבוא ולתת טעם מדוע לא יתוקנו תקנות לטיפול בחולי נפש, תשנ"ב-1992, כך שיופרדו הליכי האשפוז הפסיכיאטרי הכפוי הנדרש להסתכלות על חשוד או נאשם במסגרת הליך פלילי לפי חוק סדר הדין הפלילי [נוסח משולב], תשמ"ב-1982, מיתר הליכי האשפוז הפסיכיאטרי שלא על פי חוק זה.



שני ארד, ב"כ המבקשת

א. פתח דבר

1. העותרת היא עמותה רשומה ללא כוונת רווח, הפועלת למען שמירת זכויותיהם ורווחתם של חולי נפש במהלך אשפוזם. העותרת נפגשת באופן שוטף ותדיר עם חולים המאושפזים בבתי החולים הפסיכיאטריים השונים, כדי להבין את צרכיהם ולייצג אותם במידת הצורך במסגרות השונות, לרבות בערכאות השיפוטיות.
2. במסגרת פעילותה נתקלה העותרת במקרה של גב' אורלי אברהם, המאושפזת בכפייה, ובמסגרת אשפוזה ובעודה בהריון מתקדם, הותקפה ונסחטה על ידי מטופל אחר בבית החולים, עציר אשר אושפז לצורך הסתכלות לפי הוראות חוק סדר הדין הפלילי.
3. נציין, כי עוד קודם למקרה שבענייננו, העותרת חוותה פגיעות קשות ונשנות בזכויותיה על ידי בית החולים והוועדה הפסיכיאטרית המחוזית. תחילה, נמנע מהעותרת טיפול שיביא להפסקת הריון בלתי רצוי, כאשר הרופא המטפל של בית החולים מנע את שליחתה של העותרת להפסקת הריון, וזאת למרות שהוועדה להפסקת הריון אישרה את בקשתה. רשלנותו של בית החולים הוביל להריון בעוולה ולידה בלתי רצויה, תוך גרימת נזק גוף ממוני ונזק נפשי בלתי ממוני, אשר נגרמו לה עקב פגיעה חמורה באוטונומיה. יתרה מכך, אושפזה המערערת בהוראת אשפוז כפוי מסיבות בלתי מקצועיות ורק בשל רצונה להפסיק את הריונה עקב חשש כי תלד תינוק בעל מום נפשי (סיבה מותרת בחוק לביצוע הפלה, לפי סעיף 316(3) לחוק העונשין, התשל"ז-1977). גם כאן, ולמרבה הצער, נפגעו זכויותיה החוקתיות, וזאת בשל שרשרת פגמים מהותיים שנפלו בהליך קבלת ההחלטה המנהלית שאותה אישר בית המשפט קמא.
4. המשיב הינו השר הממונה על ביצוע חוק טיפול בחולי נפש, תשנ"א-1991 (להלן: "חוק הטיפול"), ומתוקף כך התקין את תקנות לטיפול בחולי נפש, התשנ"ב-1992 (להלן: "התקנות"), והוא האחראי על יישומן של שני אלה.
5. בבסיס עתירה זו עומדת סוגיה סבוכה ומורכבת באשר לזכויותיהם של חולי נפש במסגרת הליך אשפוז כפוי, שהוא הביטוי החמור והקיצוני ביותר להתערבות המערכת המשפטית בטיפול בחולי נפש. ההגבלה הקיצונית של חירות האדם, ועמה הפגיעה בכבוד, אלה מן הפגיעות החמורות ביותר בזכויות היסוד אגב האשפוז הכפוי. זאת ועוד, שלילת החירות האישית וחופש התנועה הכרוכה בעצם האשפוז הכפוי, אינה מצדיקה פגיעה נוספת ביתר זכויותיו של המטופל – ויש להקפיד ביתר ולהגן על גופו וכבודו (רע"פ 2060/97 וילנצ'יק נ' הפסיכיאטר המחוזי – תל אביב פ"ד נב(1) 697, סעיפים 10-12 לפסק-דינו של כב' הנשיא ברק (1998) (להלן: "עניין וילנצ'יק"), ב"ש 196/80 טולידנו נ' מדינת ישראל, לה (3) 332, סעיף 10 לפסק-דינו של כב' השופט אלון (להלן: "עניין טולידנו").
6. שירותי האשפוז הפסיכיאטרי ניתנים בהתאם לחומרת מצבו הנפשי של המטופל וצרכיו הטיפוליים. לרוב, קיימת הפרדה בין חולים שיכולים לשהות במחלקה פתוחה לבין חולים הזקוקים לאשפוז במחלקה סגורה. עם זאת, לא קיימת הפרדה בין מאושפזים מכוח צו בית משפט בעניינים פליליים לפי סעיפים 15(א) ו-16 לחוק הטיפול, וסעיף 170 לחוק סדר הדין הפלילי (להלן: "המסלול הפלילי" או

"מאושפזים פליליים" לבין מאושפזים מכוח החלטה של הפסיכיאטר המחוזי או וועדה פסיכיאטרית לפי סעיפים 9 ו-10 לחוק הטיפול (להלן: "המסלול האזרחי" או "מאושפזים אזרחיים").

7. זאת אומרת, באותה מחלקה בבית החולים יכולים לשהות מאושפזים המגיעים מרקעים שונים לחלוטין ומסיבות שונות לחלוטין לאשפוז, באבחנה בין שני המסלולים, האזרחי והפלילי. מאושפזים אלה שונים אחד מהשני, בין היתר, בהיבטים של צרכיהם הרפואיים והאישיים, צרכיהם השיקומיים וכן שיטות טיפול המתאימות להם (להלן: "ההסדר הקיים").

מבקר המדינה דו"ח שנתי 68 – לשנת 2017, עמ' 540-541 (2018), מצורף בתור נספח ע/1 לעתירה מהווה חלק בלתי נפרד ממנה (להלן: "דו"ח מבקר המדינה 2017").

8. לטענת העותרת יש להתאים את הוראות התקנות באופן שיתאים ויגשים את תכלית חוק הטיפול, באופן שיקבע הפרדה פיזית בין המאושפזים במסלול הפלילי לבין אלה במסלול האזרחי (להלן: "ההסדר המוצע"). הסדר זה עשוי להתגשם באמצעות ייעוד מחלקות לאשפוז לפי מסלולים. מטרת המחלקות הייעודיות הינה להיטיב עם המאושפזים המגיעים מרקעים שונים, לאפשר טיפול יעיל, איכותי ומקצועי יותר במטופלים, וכן להקל על הצוות הרפואי בביצוע תפקידם.

9. העותרת תיטען כי מוטלת על המשיב החובה לדאוג לחייהם ולשלמות גופם של המאושפזים, זאת כנגזרת מסמכותו בחוק זכויות החולה, תשנ"ו-1996 ובחוק הטיפול, ובהתאם לזכותם של המאושפזים להגנה על חייהם וכבודם, זכויות המנויות בסעיפים 2 ו-4 לחוק יסוד: כבוד האדם וחירותו. לפיכך, על המשיב לשנות לאלתר את המצב הקיים ולצמצם את הפגיעה המתרחשת מדי יום בחייהם ובשלמות גופם של המאושפזים, לדאוג לשלומם, בריאותם ושיקומם של כלל המאושפזים, במסלול האזרחי והפלילי.

10. האשפוז הכפוי של מטופלים גורר פגיעה מובנית ולעיתים אף קשה ביותר בזכויותיהם של חולי הנפש לחירות, חופש תנועה ולאוטונומיה (עניין **טולידנו**, סעיף 10 לפסק-דין של כב' השופט אלון). פגיעה זו דומה לפגיעה אותה חווים אסירים המצויים במשמורת שירותי בתי הסוהר. בית המשפט העליון פסק בעניין חובת המדינה לדאוג לשלומם ולביטחונם הפיזי והנפשי של אסירים וכי עליה לנקוט באמצעי זהירות מוגברים לשמירה עליהם (ע"א 8650/08 **בנימין רפאלוב נ' מדינת ישראל שירותי בתי הסוהר**, סעיף 21-22 לפסק-דין של כב' השופט (כתוארו אז) מלצר (פורסם בנבו 17.7.2012) (להלן: "עניין **רפאלוב**"). לטענת העותרת, חובה מוגברת זו חלה גם בעניינו של המשיב בכל הנוגע למאושפזים. על דרך של היקש ובנוסף לחובותיו מכוח חוק זכויות החולה וחוק הטיפול, קמה למשיב חובה מוגברת לדאוג לשלומם וביטחונם הפיזי והנפשי של מאושפזים בבית חולים פסיכיאטרי תחת צו אשפוז כפוי, שכן אינם יכולים להגן על עצמם ומצויים במשמורת של שירותי הבריאות הציבוריים.

11. הצעדים שננקטו על ידי המחוקק בשנים האחרונות, ביניהם הרפורמה לסגירת בתי החולים הפסיכיאטריים הפרטיים והעברת מלוא האחריות על בתי החולים הפסיכיאטריים למערכת הבריאות הציבורית, מעידים על רצונה, מחויבותה ואחריותה של הממשלה והמשיב על מערכת בריאות הנפש ובמסגרתה מערך האשפוז הכפוי (דו"ח מבקר המדינה, עמ' 555). לפיכך, העותרת טוען כי בהתאם למגמה הניכרת מצד המדינה להוות הגורם הבלעדי שמסדיר את מערך בריאות הנפש, על המשיב להסדיר גם כן את מסלולי האשפוז הכפוי ולהבטיח כי יינתן הטיפול המיטבי למאושפזים השונים.

12. עוד נטען כי ההסדר הנוכחי אינו סביר ואינו מידתי שכן הוא סוטה באופן ניכר **ממטרות האשפוז הכפוי**. אשפוז הכפוי של אדם יעשה על רקע מסוכנות לעצמו או לסביבתו, לצורך הגנה על המטופל ומתן טיפול רפואי מותאם במטרה לשקמו (סעיפים 6(א)(1)-(2) ו-9(א), 35(א)-(ב) לחוק הטיפול, והצעת חוק לטיפול בחולי נפש, תש"ן-1990, עמ' 248 (להלן: "**הצעת החוק**"). אולם, כאשר מאושפז חשוף לסיכונים, כגון אלימות פיזית ונפשית, בתוך בית החולים, לא ניתן לומר שתכלית האשפוז מתממשת.

ב. רקע עובדתי

13. כפי שהוצג בשנתון הסטטיסטי לשנת 2018 של משרד הבריאות, מערך האשפוז הפסיכיאטרי בישראל כולל שלושה עשר בתי חולים: שמונה בתי חולים פסיכיאטריים ממשלתיים, שני בתי חולים המופעלים על ידי שירותי בריאות כללית, שני בתי חולים בבעלות פרטית, ובית חולים אחד בבעלות ציבורית. בנוסף להם קיימות אחת עשרה מחלקות לאשפוז פסיכיאטרי בבתי החולים הכלליים ומחלקה נוספת בתוך שירותי בתי הסוהר ("בריאות הנפש בישראל, שנתון סטטיסטי 2018" **משרד הבריאות**, עמ' 43 (2018) (להלן: "**שנתון סטטיסטי 2018**").

שנתון סטטיסטי 2018 (עמ' 43-97) מצורף בתור **נספח ע/2** לעתירה ומהווה חלק בלתי נפרד ממנה.

14. בשנת 2018 התאשפזו בישראל 23,851 אנשים עם מוגבלות נפשית. מדובר בקבוצה קטנה יחסית מתוך סך האנשים עם מוגבלות נפשית הזקוקים לטיפול, רובם מקבלים טיפול בקהילה. מתוך כלל המאושפזים בבתי חולים פסיכיאטריים, כ-33% מאושפזים בכפייה, מתוכם, 7% מכוח צו בית משפט בהליך פלילי, היתר מאושפזים מתוקף הוראות הפסיכיאטר המחוזי. השהייה הממוצעת באשפוז כפוי היא 55 ימים, לעומת 4.3 ימים בממוצע באשפוז שאיננו כפוי (שנתון סטטיסטי 2018, עמ' 93-91).

15. מנתוני משרד הבריאות שנסקרו בדו"ח מבקר המדינה 2017, בשנים האחרונות חלה עלייה של 33% במספר צווי ההסתכלות הניתנים במסגרת ההליך הפלילי. משנת 2006 ועד לשנת 2016 עלה מספר צווי הסתכלות מ-1,350 צוים בשנה לכ-1,800 צוים. עם זאת, מתוך כ-1,800 צווי הסתכלות שניתנו בשנת 2016 **רק 447 מתוכם (כ-25%)** המשיכו לצווי אשפוז. כלומר, בלמעלה מ-75% מצווי ההסתכלות שניתנו, העצירים אמנם מאושפזים לצורך הסתכלות, אך לא נמצא כי קיימת מחלת נפש המונעת מהם לעמוד לדין או להיות אחראים למעשיהם בעת ביצוע העבירה. מאושפזים אלה, שנמצא שאינם חולים במחלת נפש, העבירו תקופת אשפוז לצורך הסתכלות יחד עם מאושפזים במסלול האזרחי (דו"ח מבקר המדינה 2017, עמ' 572).

16. קיימת דיסציפלינה נפרדת במקצועות הפסיכיאטריה שנועדה לסייע לאוכלוסיית חולי נפש בעלי רקע פלילי (הידועה כפסיכיאטריה פורנזית). כבר בשנת 1990, העלתה וועדת חקירה לבדיקת תפקודה ויעילותה של מערכת הבריאות בישראל, בראשות כב' השופטת נתניהו, שנדרשים פתרונות לאוכלוסיות מיוחדות במסגרות טיפוליות, ביניהן עבריינים עם בעיות נפשיות קשות (פסיכו-משפטיות) (ועדת החקירה לבדיקת תפקודה ויעילותה של מערכת הבריאות בישראל דו"ח הועדה, עמ' 398 (1990) (להלן: "**ועדת נתניהו**").

17. בהיעדר פתרון מערכתי חקיקתי מכיוונו של המשיב, פעלו מספר בתי חולים באופן עצמאי, כך בבתי החולים מזור, לב השרון ואברבנאל הוקמו באופן וולונטרי "**יחידות משפטיות**" המיועדות לאשפוז העצירים – העותרת מבקשת מהמשיב לפעול כדי להפוך יוזמה ברוכה זו לחובה. בבתי החולים

האחרים, וגם כאשר אין מקום באותן יחידות המשפטיות שצוינו, מעורבבים יחדיו באותה מחלקה, מאושפזים מהמסלול האזרחי יחד עם המסלול הפלילי (דו"ח מבקר המדינה 2017, עמ' 572).

18. כך לדוגמא, ביחידה המשפטית בבית החולים מזור, הנבדקים הינם חשודים ונאשמים בהליך פלילי, חלקם עצורים וחלקם מגיעים מביתם, והם מופנים על ידי בית המשפט לשם הערכת מצבם הנפשי ומתן חוות דעת. הבדיקות מבוצעות תחת צו בדיקה אמבולטורי ובמקרה הצורך מבוצעת הסתכלות תוך אשפוז באחת ממחלקות בית החולים. מרבית המטופלים המאושפזים בצו הסתכלות מופנים למחלקה 9 (המחלקה הסגורה שבה מצויים גם המאושפזים מהמסלול האזרחי) בה חוות הדעת נעשית על ידי מנהל המחלקה בליווי צוות היחידה.

ג. מסגרת נורמטיבית

19. חוק הטיפול מסדיר את הליך ואופן אשפוזו של אדם המוגדר כחולה במחלת נפש (סעיפים 9 ו-10 לחוק הטיפול). החוק כולל מגוון הוראות הנוגעות לאשפוז ולטיפול בתחום בריאות הנפש ומפרט את ההסדרים הנוגעים לאשפוז וטיפול בהסכמה, ולצדם את ההסדרים לכפיית אשפוז בהליך אזרחי/מנהלי על ידי פסיכיאטר המחוזי, ובהליך פלילי על ידי בית המשפט. את ההסדרים הנכללים בחוק משלימות הוראות הביצוע המפורטות בתקנות, בנהלי משרד הבריאות ובנהלים מקומיים של בתי החולים עצמם.

20. עיון בסעיף 60 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994, (להלן: "**חוק הביטוח**") וסעיף 46 לחוק הטיפול, מעלה שהאחריות למתן שירותי בריאות הנפש בישראל מוטלת, באופן בלעדי, על **המשיב**. עם זאת, ולמרבה הצער, שנים רבות לא זכה תחום בריאות הנפש לעדיפות גבוהה מבין התחומים שבמסגרת שירותי הבריאות, ולמעשה תחום זה הינו התחום המוזנח ביותר במערכת שירותי הבריאות בישראל (פלורה קוך דבידוביץ **המחסור בכוח-אדם רפואי וסיעודי בתחום בריאות הנפש** (הכנסת, מרכז מחקר ומידע, 2014), עמ' 7 (להלן: "**מחסור בכוח-אדם רפואי בתחום בריאות הנפש**")).

21. משרד הבריאות, הוא הרשות המינהלית ברשותה עומד המשיב, הוא הגוף המוסמך להתוות את המדיניות הלאומית בדבר שירותי הבריאות בכלל, ושירותי בריאות הנפש בפרט (כך לפי סעיף 60 לחוק הביטוח, סעיף 32 לחוק זכויות החולה, סעיף 46 לחוק הטיפול).

22. חטיבת המרכזים הרפואיים הממשלתיים, אשר הוקמה בהתאם להחלטת ממשלה מס' 337 בשנת 2015, היא הגורם האחראי במשרד הבריאות לניהול כלל המרכזים הרפואיים, לרבות היבטי איכות ובטיחות הטיפול הרפואי, שירות תשתיות ועוד (חוזה מנכ"ל משרד הבריאות 4/2017 "חטיבת המרכזים הרפואיים הממשלתיים במשרד הבריאות" (19.04.2017)).

23. לפי תקנות בריאות העם (רישום בתי חולים), התשכ"ו-1966, משרד הבריאות אחראי להנפקת תעודת רישום ולחידושה, למוסד רפואי. הרישיון מגדיר, בין היתר, את ענפי הרפואה שבית החולים רשאי לעסוק בהם ואת מבנה בית החולים, לרבות המחלקות ויחידות בית החולים. פקודת בריאות העם - 1940, מסדירה את התהליך למתן אישור רישום לבית החולים, וכן השיקולים וההתנאים להוספת יחידות מקצועיות לבתי חולים (סעיף 24א(1)-(2) לפקודת בריאות העם). כנדרש בתקנות בריאות העם, על המשיב לקבוע כללים, מבחנים, ואמות מידה בנוגע להקמת יחידות. אמות המידה שנקבעו בתקנות בריאות העם (אמות מידה לאישור הקמת מרפאות), התשע"ז-2017, אינן מתייחסות להקמתן של

יחידות חדשות בתוך בית החולים, ועל כן לא ברור אם אכן קיימות אמות מידה שכאלה (שם, בסעיף 3).

24. בתקנות רישום בתי החולים נקבעו אומנם אמות מידה למתן אישור לתוספת מחלקה או יחידה, אולם דו"ח מבקר המדינה העלה שורה של ליקויים בעניין זה. בין היתר, קבע כי התהליכים אינם מתנהלים לפי המנגנון שנקבע על ידי המשרד, אלא לפי "תורה שבעל פה", והם לא הוסדרו בנוהל עבודה המפרט את תהליך העבודה ושלביו, ולא את אמות המידה שלפיהן יש לבחון את הבקשות המוגשות. עוד נקבע בדו"ח, כי עיון בפרוטוקולים של פורום היחידות וועדת הפרויקטים של משרד הבריאות, העלה שברוב המקרים הפרוטוקולים מנוסחים בתמציתיות רבה, ואין בהם פירוט של השיקולים שהביאו לאישור הבקשה או לדחייתה (מבקר המדינה דו"ח שנתי 69 – לשנת 2019, עמ' 725).

25. האגף לבריאות הנפש במנהל הרפואה במשרד הבריאות (להלן: "**האגף לבריאות הנפש**") אחראי להיבט המקצועי של מערכת בריאות הנפש, ומתוקף כך הוא קובע אמות מידה מקצועיות בתחום בריאות הנפש ויישומה במערכת הארגונית והטיפולית בכל רצף השירותים (שיקום, אשפוז, אמבולטורי, התמכרויות וחירום). במסגרת כך, אחראי האגף לבריאות הנפש על הגדרת נהלים, קביעת סטנדרטים ומדדים לפעילות, תכנון, פיתוח, תיאום, בקרה, רישוי והבטחת איכות הטיפול והשירותים (נוהל מס' 17.004 "פיקוח ובקרה, מדידה, ניתוח ושיפור שירותי ברה"נ" **אגף לבריאות הנפש – משרד הבריאות** (1.7.2014). (להלן: "**נהלי פיקוח ובקרה**").

26. סעיף 39 לחוק הטיפול מחייב דיווח של בתי החולים והמחלקות למשרד הבריאות, על כל אשפוז פסיכיאטרי. באחריותם לדווח על כל קבלה, שחרור, שינויים באופן הקבלה (בהסכמה או בכפייה) וכן שינויים במסגרת היקף האשפוז (אשפוז או אשפוז יום).

27. **אשפוז כפוי במסלול האזרחי** מתאפשר על ידי הוראה של הפסיכיאטר המחוזי, המוסמך לתת הוראות שונות להבאת אדם לבדיקה כפויה, לאשפוז כפוי או לטיפול מרפאתי כפוי (סעיפים 9, 16 לחוק הטיפול). כמו כן, למנהלי בתי החולים או למנהלי המחלקות בבתי החולים הכלליים קיימת סמכות להורות על אשפוז כפוי דחוף למשך 48 שעות (סעיף 4ד) לחוק הטיפול). הוועדה הפסיכיאטרית רשאית להאריך את תקופת האשפוז אף מעבר לכך, וזאת על בסיס בקשה מנומקת מצד מנהל בית החולים (יעקב בזק **משפט ופסיכיאטריה – אחריותו המשפטית של הלקוי בנפשו**, עמ' 291 (2006) (להלן: "**בזק – משפט ופסיכיאטריה**").

28. האשפוז הכפוי יינתן אם שוכנע הפסיכיאטר המחוזי שהוסמך לכך, כי התמלאו שלושת התנאים הבאים במצטבר: האדם חולה וכתוצאה ממחלתו נפגמה במידה ניכרת **כושר שיפוטו** או כושרו לביקורת המציאות; האדם עלול **לסכן** את עצמו או את זולתו; קיים **קשר סיבתי** בין ההפרעה הנפשית לבין עילת ההתערבות (סעיפים 6(א) ו-9 לחוק הטיפול).

29. החלטה בדבר **אשפוז כפוי במסלול הפלילי** תוכרע על ידי בית המשפט בו נדון ההליך הפלילי. בית המשפט מוסמך לתת "צו הסתכלות" לשם עריכת בדיקה ומתן חוות דעת, בקהילה או באשפוז, במידה ונאשם החשוד בביצוע עבירה פלילית טוען שביצע את העבירה בהיותו חולה בנפשו. מטרתו של הצו היא בחינת כשירות העמדתו לדין בגין אותה עבירה (להלן: "**צו הסתכלות**"). הצו יינתן לאחר שבית המשפט הדן בכתב האישום מצא שיש להפסיק או לעכב את ההליך הפלילי, מחמת שהנאשם לא מסוגל להבין את ההליך המתנהל נגדו עקב מחלת הנפש, או לחילופיו שהנאשם לא כשיר לעמוד לדין מאחר והעבירה בוצעה כתוצאה ישירה ממחלת הנפש (סעיף 15(א) לחוק הטיפול). צו ההסתכלות לטובת

הבדיקה הפסיכיאטרית יינתן רק אם הודיע הפסיכיאטר המחוזי שלא ניתן לערוך בדיקה זו שלא בתנאי אשפוז (סעיפים 15(ג) -16(ב) לחוק לטיפול בחולי נפש).

ד. אלימות בבתי חולים פסיכיאטריים – קיומה וסיבותיה

30. אלימות כלפי מאושפזים במוסדות בריאות הנפש מחייב היערכות מיוחדת ומשנה זהירות, בפרט במחלקות הסגורות, בהם מאושפזים חולי הנפש במצבם הקשה ביותר. מאושפזים אלה נתונים בסיכון גבוה יותר לפגיעה ולהתעללות מצד מאושפזים אחרים (דו"ח צוות תחקיר לאירוע "נוה-יעקב", עמ' 12 (2013), להלן: "דו"ח אוסטפלד"). ניכר כי שכיחות האלימות במחלקות הסגורות מושפעת גם ממאפייני המאושפזים במחלקה, משך האשפוז, ומידת ההכשרה של הסגל הרפואי להתמודדות עם מצבי אלימות וקונפליקטים מאתגרים ומורכבים (אורי טל-ספירו **אלימות כלפי מאושפזים בבתי-חולים לבריאות הנפש הכנסת** (מרכז מחקר ומידע, 2013), עמ' 3-4 (להלן: "אלימות כלפי מאושפזים").

31. ככל הידוע לעותרת, אין בידי משרד הבריאות נתונים על היקף האלימות כלפי מאושפזים במוסדות בריאות הנפש (אלימות כלפי מאושפזים, עמ' 4). למרות חשיבות איסופם וההשלכות הטיפוליות והארגוניות על תהליך הטיפול ועל מערך בריאות הנפש.

32. למשרד הבריאות נהלים ברורים באשר לדיווח על אירועי אלימות והתעללות במהלך טיפול פסיכיאטרי. נוהל מס' 60.002 "תיעוד ודיווח על אירועי אלימות והתעללות במהלך טיפול פסיכיאטרי", **שירותי בריאות הנפש – משרד הבריאות** (1.6.2017) (להלן: "נוהל דיווח על אירועי אלימות"), מצורף כנספח ע/3 לעתירה ומהווה חלק בלתי נפרד ממנה. סעיף 5.8 לנוהל מחייב דיווח ותיעוד של אירועי אלימות, מילולית או פיזית (לרבות כל נגיעה פיזית שלא בהסכמה ושימוש בכוח מכל סוג שהוא), סחיטה, איומים וכן כל אירוע התעללות וניצול לרעה של מאושפז בבית החולים. בנוסף ישנה חובת דיווח סטטיסטי חצי-שנתי מרוכז למשרד הבריאות (נוהל דיווח על אירועי אלימות, בסעיף 8.3). נספח 1 לנוהל מחייב את הצוות הרפואי לציין בטופס הדיווח את זהות חווה האלימות, זהות מבצע האלימות, סוג האלימות ועוד (נוהל דיווח על אירועי אלימות, עמ' 8). העותרת תציין כי לפי אתר משרד הבריאות, הנוהל לדיווח על אירועי אלימות אינו בתוקף (עודכן לאחרונה בשנת 2008).

33. מדינת ישראל לא מפעילה **מערכת פסיכיאטריה משפטית נפרדת ממערכת הפסיכיאטריה הכללית**. בעשור האחרון ניכרת עליה משמעותית במידת השימוש של המערכת המשפטית במערכת בריאות הנפש לצורכי הערכה שונים של מטופלים במסלול הפלילי. לשימוש זה השפעה מכרעת על היקף ואופי העומס המוטל על המערכת הפסיכיאטרית, על תמהיל החולים ועל מאפייני תרחישי קיצון הדורשים סוגים שונים של מענים (ועדת ההיגוי לצמצום הגבלה מכאנית בישראל, **משרד הבריאות**, עמ' 42 (2017) (להלן: "ועדת ההיגוי להגבלות מכאניות"), מצורף כנספח ע/4 לעתירה ומהווה חלק בלתי נפרד ממנה. ועדת ההיגוי להגבלות מכאניות בחנה וסיווגה מספר כשלים מערכתיים אשר משפיעים על התנהגות אגרסיבית מצד מטופלים. הוועדה מצאה כי **היעדרה של מערכת נפרדת למטופלים המעורבים בהליך פלילי מהווה גורם משמעותי לעליית מקרי האלימות** ושימוש באמצעים מגבילים כלפי מאושפזים. הוועדה הדגישה, כי אופי המשימות המגיעות מהמערכת המשפטית דורש מענים עתירי תשומות, כגון אנשי רפואה המתמחים בפסיכיאטריה משפטית וכן תשתית רפואית מתאימה, השונים מהותית מאלו הנגזרים מהאשפוז הפסיכיאטרי האזרחי (ועדת ההיגוי להגבלות מכאניות, עמ' 42).

34. **בשונה מישראל, במדינות רבות באירופה ובארה"ב קיימת מערכת נפרדת של פסיכיאטריה משפטית.** מערכת זו עוסקת בטיפול בחולה בעל התנהגות אלימה במיוחד או בעל התנהגות עבריינית, ובמקביל מתמחה במתן הערכות בהליך המשפטי (וועדת ההיגוי להגבלות מכאניות, עמ' 42).

35. **ועדת ההיגוי להגבלות מכאניות קבעה, כי ראוי לייצר הפרדה ברורה בין שתי המערכות ולעגנה בחקיקה.** באופן זה, תתאפשר התמקצעות פונקציונלית מותאמת, פיתוח מענים ייחודיים, וטיפול הולם וראוי יותר לשתי קבוצות המאושפזים. הוועדה סברה שהפרדה בין שתי המערכות תוריד משמעותית את רמת האלימות במחלקות האשפוז הסגורות ובכך תפחית גם את הצורך בשימוש באמצעי הגבלה חריגים (וועדת ההיגוי להגבלות מכאניות, עמ' 42). תמונת מצב זו ידועה למשרד הבריאות, שכן הצורך בהפרדת המאושפזים הועלתה בפני מנכ"ל משרד הבריאות גם בוועדת העבודה, הרווחה והבריאות. שם, הוסבר כי ערבוב בין המאושפזים מהמסלול הפלילי והאזרחי מגביר אוטומטית את רף האלימות איתו הצוותים צריכים להתמודד (פרוטוקול מס' 638, **ועדת העבודה, הרווחה והבריאות**, עמ' 22-23 (27.11.2017), מצורף **נספח 5/ע** לעתירה זו מהווה חלק בלתי נפרד ממנה).

36. במסגרת הביקורת שניתנה מטעם משרד מבקר המדינה, עלו לקויים רבים באשר להכשרת הצוותים הרפואיים והסיעודיים להתמודדות עם תופעות של אלימות, מסוכנות ומניעת הסלמה ופגיעה במאושפזים. מבקר המדינה הגיע למסקנה שהיעדר הכשרה מתאימה פוגעת ביכולתם של הצוותים הרפואיים להתמודד עם מצבי אלימות, מגבירה את הסכנה לביטחונם ולביטחון המטופלים ואף מחריפה את השימוש בהגבלות. כמו כן, מבקר המדינה המליץ למשרד הבריאות לבחון פתרון לחטיבה הקולטת אליה מטופלים מסוכנים, וזאת בכדי להפחית כמה שניתן מצבים אלימים שהצוותים מתקשים לטפל בהם, ואף נאלץ לזנוח את הטיפול בחולים אחרים במחלקה בכדי להתמודד עם אותם מטופלים אלימים (דו"ח מבקר המדינה, עמ' 582).

37. העותרת תטען כי הפרדת מסלולי האשפוז יכולה להגן גם על הצוות הרפואי שבשנים האחרונות חווה עלייה במספר מקרי האלימות כלפיו. לפי נתוני בתי החולים, 62% מהעובדים בבתי החולים הפסיכיאטריים חוו אלימות בשנת 2017 (לעומת 7.8% מהעובדים במסגרות הרפואיות אחרות) ולמעלה מ-90% מהעובדים היו נתונים לגילויי אלימות מצד מטופלים פעם אחת לפחות. מדיווחי מנהלי בתי החולים, מסתמנת עלייה בשיעור של 10% במקרי האלימות בשנת 2017.

ועדת השר למיגור אלימות כלפי צוותים רפואיים ומנהלים במערכת הבריאות, **דו"ח הועדה** (2017) מצורף בתור **נספח 6/ע** לעתירה מהווה חלק בלתי נפרד ממנה (להלן: "**הועדה למיגור אלימות**").

ה. הליך ההסתכלות הפסיכיאטרי

38. ההסתכלות נערכת בבתי החולים הפסיכיאטריים והעצור, מובא לשם ברכב ובליוי מאבטחים (חייל או שומר). הליך זה רווי בקשיים, אשר **פוגעים במאושפזים** מן המסלול האזרחי. בדיקת ההסתכלות יוצרת עומס בחדרי המיון של בתי החולים הפסיכיאטריים, אי-נוחות בקרב מטופלים אחרים המגיעים לחדרי המיון, בקרב מלוויהם ואף בקרב צוות בית החולים, הנובעת מעצם הנוכחות של כוחות הביטחון ומגילויי אלימות והתנגדות שעלולים להתעורר מצד הנבדקים. כמו כן, נוכחות של נבדקים אזוקים ושל מאבטחים עלולה אף להחמיר את מצבם של המטופלים, השרויים ממילא במצבים נפשיים קשים

ומורכבים, ולעתים אף בחרדות. ובאופן כללי, דו"ח מבקר המדינה העלה ליקויים מהותיים באשר להליכי ההסתכלות, אשר הלכה למעשה מעידים על **חוסר יעילות וחוסר מקצועיות מובנית** (דו"ח מבקר המדינה, עמ' 570-572).

39. בדיקת ההסתכלות היא בדיקה פסיכיאטרית הנעשית באשפוז כדי לאפשר תצפית בהתנהגותו הטבעית של הנבדק. לעומת זאת, מבחינת המערכת הפלילית, האמונה על אכיפת החוק (שב"ס או משטרה) חובתה הראשונה היא לשמור שהעצור לא יברח ולא יתקוף אחרים במחלקה. לשם כך בדרך כלל ילווה העצור במאבטחים, ואף יהיה אזוק בחלק מהזמן (סעיפים 18 ו-19 לפקודת בתי הסוהר). נוצר פרדוקס, שכן העצור אינו נתון ב-"התנהגות טבעית" כנדרש לצורך הבדיקה הפסיכיאטרית (דו"ח מבקר המדינה, עמ' 572). סוגיה זו הועלתה בדו"ח מבקר המדינה וידועה למשרד הבריאות. עם זאת, טרם נקבעה הסדרה בין גורמי מערכת הבריאות לרשויות אכיפת החוק בעניין זה. כמו כן עולה **שאינן אחידות בין בתי החולים באשר להליך בדיקת ההסתכלות**, וכל בית חולים נוהג על פי נהליו הפנימיים ושיקול דעת רופאיו. כך יוצא, שישנם בתי חולים המסרבים לערוך בדיקה בתנאי כבילה ומעדיפים לשפר את אמצעי האבטחה הקיימים במחלקה, אחרים מסרבים לבדיקה בתנאי כבילה המאושפז אך אינם משפרים את אמצעי האבטחה, וישנם בתי חולים שאינם מאפשרים נוכחות של גורמי ביטחון במחלקה (דו"ח מבקר המדינה, עמ' 573-575). סוגיה זו אף עלתה בפסיקה בעניין **גברילוב**, שם סיכם בית המשפט כי "יש להצר על כך שחרף העובדה אין מדובר בסיטואציה נדירה [אשפוז נאשמים], שלא לומר – מדובר בסיטואציה שכיחה, המגננון הנוגע לפיקוח נאשמים וחשודים אגב אשפוזים ושנשקפת מהם סכנה, לא הוסדר וקובע" (ההדגשה אינה במקור – ש.א.) (ת"פ (ב"ש) 29012-05-15 **מדינת ישראל נ' גברילוב**, פסק דינו של כב' השופט בן טולילה (ניתן ביום 5.1.2016)).

40. וחשוב לומר שבתי המשפט עמדו על כך שבתי החולים מיועדים ל**טיפול בחולים, והם אינם בית כלא או בית מעצר**. הם אינם אמורים להיות מאובטחים כמותם ואינם משמשים חלק ממערכת הענישה (עניין **וילנצ'יק**, סעיף 13 לפסק-דינו של כב' הנשיא ברק).

41. **העותרת סבורה שבסמכות המשיב להסדיר את הנושא**. משרדו של המשיב העלה בעצמו מספר הצעות שלגישתה של העותרת, דומות להסדר המוצע על ידה. לכן, ובפתחו של עניין זה מבקשת העותרת להביע תמיהתה מדוע סירב המשיב להצעות משרדו שקדמו להליך זה.

42. בין היתר, בשנת 2012 הציע מנכ"ל משרדו של המשיב להקים מחלקות ברמת ביטחון מוגברת. מחלקות אלה יפעלו ברמת ביניים שבין רמת האבטחה במחלקה סגורה, לבין רמת האבטחה הגבוהה המקובלת בחטיבה לביטחון מרבי בבית החולים שער מנשה. עם זאת רק בכפר שאול נפתחה יחידה כזו לגברים בלבד, וכן בבתי חולים נוספים נמצאות היחידות בשלבי תכנון ראשוניים (דו"ח מבקר המדינה, עמ' 573).

43. הצעות נוספת היו להקים ייעודית להסתכלויות בעצורים בתוך חטיבת ביטחון מרבי שבבית החולים "שער מנשה", למקרי בטחון מוגברים או בעלי מסוכנות (דו"ח מבקר המדינה, עמ' 574), והקמתה של מחלקה פסיכיאטרית בכל מחוז במתקני השב"ס, שתעניק שירותי הסתכלות בתוך המערכת של שב"ס ("סיכום דיון: הקמת צוות בין-משרדי לבחינת חלופות לבדיקות פסיכיאטריות לאסירים/עצירים" (11.5.2017) מתוך דו"ח מבקר המדינה, עמ' 575).

ו. צפיפות יתר במחלקות

44. נכון לשנת 2017, עומד סך ההוצאה הלאומית השנתית לבריאות הנפש בישראל על 6% מסך ההוצאה הלאומית לבריאות, זאת לעומת 10% במדינות ה-OECD. ההשקעה הממשלתית הנמוכה יחסית בישראל מקשה על התנהלות המערכת בכל אופני פעולותיה באשפוז, בשירותים האמבולטוריים ובמערכת השיקום. הדבר גורם לכך שאדם הנתון במצב החמור והמורכב ביותר בחייו, נפגש עם מערכת שאינה ערוכה מספיק כדי לאתר, למנוע, להכיל ולספק מענה הולם לצרכיו (ועדת ההיגוי להגבלות מכאניות, עמ' 42).

45. מנתוני השנתון הסטטיסטי לשנת 2018 עולה כי חלה ירידה בשיעור המאושפזים בהשוואה לגודל האוכלוסייה, אולם שיעור האשפוזים בכפייה עלה לעומת שיעור המאושפזים בהסכמה בשנים הללו. בשנת 2018, 33% מכלל הקבלות לאשפוז כפוי היו בהוראות פסיכיאטר או צו בית משפט, כאשר בשנת 2008 נתון זה עמד 28%. כמו כן, אחוז האשפוזים לפי הוראת הפסיכיאטר המחוזי או מנהל בית החולים עלה ל-26% בשנת 2018, לעומת 20% בשנת 2008 (שנתון סטטיסטי 2018, עמ' 85).

46. בסוף שנת 2018 היו 3,579 מיטות לאשפוז פסיכיאטרי בתקן. שיעור המיטות ממשיך לרדת, 0.41 ל-1,000 נפש, ירידה ב-13% מסוף 2008 (שנתון סטטיסטי 2018, עמ' 43). שיעור המיטות נמוך בצורה ניכרת בהשוואה למדינות ה-OECD. בשנת 2015 שיעור המיטות בישראל עמד על 0.4 ל-1,000 נפש, בעוד שהממוצע במדינות ה-OECD עומד על 0.7 ל-1,000 נפש ("מערכת הבריאות בישראל בראי ה-OECD – 2016" משרד הבריאות, עמ' 13 (2018) (להלן: "נתוני ה-OECD")).

47. כעולה מדו"ח המבקר, משרד הבריאות לא נתן את דעתו מדוע קיימת מגמת עלייה בשיעורי המאושפזים בכפייה ואף לא נתן מענה לסוגיה, שכן לצד העלייה בשיעורי האשפוזים הכפויים, בשנים האחרונות חלה ירידה ניכרת ומתמשכת במספר מיטות האשפוז הפסיכיאטרי ובשיעורן מכלל מיטות האשפוז. צמצום מספר המיטות נעשה במכוון במסגרת הרפורמה המבנית והרפורמה השיקומית שמקדם המשרד. מטרת הרפורמות הייתה, בין היתר, להעביר מטופלים שאינם זקוקים לאשפוז, לטיפול בקהילה (דו"ח מבקר המדינה, עמ' 544).

48. הירידה בשיעור המיטות, העלייה בשיעור האשפוזים הכפויים, והחוסר בחלופות אשפוז הניתנות בקהילה, הם שהביאו לצפיפות היתר במחלקות, אשר לה השפעות שליליות רבות על טיב הטיפול במאושפזים ומערך בתי החולים הפסיכיאטריים בכללותו. תוכניות העבודה של משרד הבריאות אינן תואמות את הכוונות עליהן הצהיר מנכ"ל משרד הבריאות, לפין הוא יגדיל את מספר מיטות האשפוז ב-30 בכל שנה, עד כדי תוספת של 150 מיטות בחמש שנים. (פרוטוקול מס' 420, ועדת העבודה, הרווחה והבריאות, עמ' 11-13 (16.1.2017), מצורף כנספח 7/ לעתירה זו מהווה חלק בלתי נפרד ממנה).

49. ועדה מקצועית מטעם מבקר המדינה מצאה קשר ישיר בין צפיפות יתר לבין אלימות והתפרעויות במחלקות, אשר מחייבות נקיטת צעדים להגבלת המטופלים, כגון שימוש בחדרי בידוד ו/או כבילת המטופלים. צפיפות היתר וחוסר ההתאמה בין המאושפזים וצורכיהם גורמת להתגברות תופעת האלימות. מצב זה פוגע בסיכויי ההחלמה ואף עלול להחריף את המצב הרפואי, גורם לאי-נוחות רבה

מאוד למטופל המאושפז ופוגע בכבודו ובזכויותיו כחולה (דו"ח מבקר המדינה, עמ' 555). התגברות האלימות הנובעת ממצבי צפיפות מביאה גם לעלייה בפגיעה בזכויות המאושפזים.

ז. הטיעון המשפטי

50. **החובה להגן על כבוד האדם ועל גופו** עוגנה בחוק יסוד: כבוד האדם וחירותו. סעיף 2 לחוק היסוד קובע כי "אין פוגעים בחייו, בגופו, בכבודו של אדם באשר הוא אדם", וסעיף 4 לחוק היסוד אף קובע חובה פוזיטיבית, לפיה "כל אדם זכאי להגנה על חייו, על גופו ועל כבודו" (בג"ץ 366/03 **עמותת מחויבות לשלום וצדק חברתי נ' שר האוצר**, 464, סעיף (3) סעיף 12 לפסק-דינו של כב' הנשיא ברק (2005)).

51. כנגזרת מזכות יסוד זו, גובש חוק זכויות החולה, שמטרתו, כעולה מלשון סעיף 1, היא לקבוע את זכויות האדם של המבקש טיפול רפואי או המקבל טיפול רפואי ולהגן על כבודו ועל פרטיותו. עוד בסעיף 5, החולה זכאי לקבל טיפול רפואי נאות, הן מהבחינה הרפואית המקצועית והן מבחינת יחסי אנוש.

52. האשפוז הכפוי לפי חוק הטיפול הוא האמצעי החמור והקשה ביותר בטיפול בחולי נפש. ההגבלה הקיצונית של חירות האדם, ועמה הפגיעה בכבוד הנלווית לאשפוז, הן מן הפגיעות החמורות ביותר בזכויות היסוד של האדם (בש"פ 92/00 **פלוני נ' מדינת ישראל**, פ"ד נד(4) 240, 256 (2000) (להלן: "**בש"פ פלוני**")).

53. כבר הובהר בפסיקה כי שלילת החירות האישית וחופש התנועה של המאושפז, הכרוכה בעצם האשפוז הכפוי, **אינה מצדיקה פגיעה נוספת ביתר זכויותיו** – וביניהן הגנה על גופו וכבודו (הלכת וילנצ'יק, סעיף 13 לפסק דינו של כב' הנשיא ברק, בג"ץ 1892/14 **האגודה לזכויות האזרח בישראל נ' השר לביטחון פנים**, סעיף לד לפסק-דינו של כב' המשנה לנשיאה רובינשטיין (13.06.2017)).

54. היעדר ההפרדה בין המסלול הפלילי והמסלול האזרחי, חושפת את המאושפזים לסיכונים רבים, ביניהם גילויי אלימות, לחצים נפשיים וחרדות (דו"ח מבקר המדינה 2017, עמ' 555). בית המשפט הנכבד פסק לא פעם, שאדם אינו מאבד את כל זכויותיו עם מאסרו (בג"ץ 4634/04 **רופאים לזכויות אדם נ' השר לביטחון פנים**, סעיף 12 לפסק-דינה של כב' השופטת פרוקצ'יה (פורסם ביום 12.2.2007), בג"ץ 2245/06 **דוברין נ' שירות בתי הסוהר**, סעיף 14 לפסק-דינה של כב' השופטת פרוקצ'יה (פורסם בנבו 13.6.2006)). דברים אלה יפים בבחינת קל וחומר לעניינו, שהרי לא מדובר באסירים, אלא במטופלים בבית חולים פסיכיאטריים תחת צו אשפוז.

55. זכויות אלו מובאות בסעיף 35 לחוק הטיפול, הקובע בסעיף קטן (א): "לא תישלל זכות מזכויותיו של החולה ולא תוגבל בדרך כל שהיא אלא על פי חוק". מנסחי הצעת החוק אף ראו בסעיף זה "מגילת זכויות" של חולי הנפש, ועל כן יש לפרש את המילה "זכות" בהקשר זה, בין השאר, גם כחירות מפגיעה בגוף החולה ובכבודו מצד המחליטים על אשפוזו בכפייה (הצעת החוק, עמ' 248).

56. המצב בו שרויים מאושפזים במסלול האזרחי, בו הם המאושפזים בכפייה בשילוב עם אוכלוסייה בעלת נטייה לאלימות ואף לרוב היסטוריה של אלימות ממשית, היעדר הגנה מספקת בתנאים הקיימים והיעדר הכשרה של צוותים רפואיים להתמודד עמם, מובילה למסקנה כי נשקפת **סכנה ממשית** לשלמות גופם ולחיייהם. סיכון זה אף מתגבר נוכח העובדה שמדובר באוכלוסייה שברירת וחסרת ישע (אלימות כלפי מאושפזים, עמ' 4).

57. לגישת העותרת, אין ספק כי פגיעה בלתי מידתית זו בזכויותיהם של חולי הנפש, הנגזרת מהאשפוז הכפוי, מקימה למשיב **חובה פוזיטיבית מוגברת** לשמור על חייהם, כבודם וגופם של המאושפזים,

שחלקם אינם יכולים להגן על עצמם (עניין רפאלוב, סעיף 22-21 לפסק-דין של כב' השופט (כתוארו אז) מלצר). בהקשר הזה, קבע בית המשפט העליון גם בע"א 9185/03 **אסטר טננבוים נ' הוצאות עיתון הארץ בע"מ** נח(1) 377, פס' 8 לפסק-דין של המשנה לנשיא אור (להלן: "עניין טננבוים"): "השימוש בלשון 'הגנה' טומן בחובו משמעות אופרטיבית-אקטיבית שהיא מעבר להכרה גרידא בקיומן ובמעמדן של זכויות היסוד".

58. בהיעדר מחלקות ייעודיות ומופרדות לחולי נפש מהמסלול הפלילי וכאשר ישנו ספק באשר למוכנותו של הסגל הרפואי להתמודד עם מצבי אלימות, המשיב אינו מספק למאושפזים את ההגנה הנדרשת על גופם וכבודם (ועדת ההיגוי להגבלות מכאניות, עמ' 42).

59. מעמדה של **הזכות לבריאות** התחזקה נוכח חקיקת חוק יסוד: כבוד האדם וחירותו, בהיותה קשורה קשר הדוק לזכויות המעוגנות בחוק היסוד כמו הזכות להגנה על החיים, על הגוף ועל הכבוד, ואשר גם היא "בליבת ההגנה על זכויות האדם בישראל" (בג"ץ 2887/04 **מדיגם נ' מינהל מקרקעי ישראל**, סעיף 44 לפסק-דין של כב' השופט ארבל (פורסם בנבו 15.4.2007)).

60. הזכות לבריאות מעוגנת אף בסעיף 3 לחוק הביטוח ובסעיף 3(א) לחוק זכויות החולה, לשונו של זה האחרון: "כל הנזקק לטיפול רפואי זכאי לקבלו בהתאם לכל דין ובהתאם לסדרים הנוהגים, מעת לעת, במערכת הבריאות בישראל". כנגזרת מזכות זו, כל מטופל זכאי לקבל **טיפול רפואי נאות**, הן מבחינת הרמה המקצועית, האיכות הרפואית, והן מבחינת יחסי האנוש (סעיף 5 לחוק זכויות החולה, 35(ג) לחוק הטיפול).

61. עוד לפני חקיקת חוקי היסוד המעגנים זכויות אדם כבסיס לחוקה פורמלית, הכיר בית המשפט העליון **בזכות לטיפול רפואי נאות** כאחת מזכויות האדם הבסיסיות ביותר הראויות להגנה (בג"ץ 332/87 **בן שלמה ואח' נ' שר הפנים**, פ"ד מג(3) 3539, בסעיף 2 לפסק-דין של כב' השופט בד).

62. המאושפזים אינם יכולים לממש את זכותם לקבל טיפול רפואי נאות כאשר הם מצויים במצוקה יום-יומית כתוצאה מאיומים, סחיטה ואלימות מצד מטופלים אחרים. ככלל, מטופל הלוקה במחלה פסיכיאטרית קשה, שלעיתים אף פוגעת בכושר שיפוטו או בכושר ביקורת המציאות שלו, מעמידה אותו בסיכון גבוה לסחיטה מצד מטופלים אחרים או גילויי אלימות מצדו. בהתאם, מטופלים אלה החווים אלימות ואינם יכולים להשתקם, שכן הם שרויים במציאות של פחד וחשש ממשי לביטחונם (ד"ר נביל ג'ראיסי, ד"ר אלי גרינר, עו"ד בן-חי קוזניצקי, ד"ר יעקב מרגולין, "אשפוז כפוי של חולי נפש – בין המצוי לרצוי", **רפואה ומשפט** 34, עמ' 80 (2006) (להלן: "בין הרצוי למצוי")).

63. כנגזרת מהזכות לקבלת טיפול רפואי נאות ומקצועי עולה חובה למצות את **פוטנציאל השיקום** של כל חולי הנפש (דו"ח אוסטפלד). המלצת הדו"ח הייתה על הקמת **מחלקות ייעודיות** לבעלי תחלואה כפולה בבתי-חולים לבריאות הנפש והקמת הוסטלים שיקומיים לחולים בעלי תחלואה כפולה כרונית (מחסור בכוח-אדם רפואי בתחום בריאות הנפש, עמ' 14). נוסף על כך, דו"ח מבקר המדינה העלה שורה של ליקויים דומים והמלצתו הייתה גם כן, הקמת מחלקות ייעודיות (דו"ח מבקר המדינה 2017, עמ' 565). לטענתה של העותרת, ההסדר הנוכחי פוגע בתהליך השיקום שלשמו אושפזו המאושפזים מהמסלול הפלילי. ההסדר המוצע מציע אלטרנטיבה שיקומית אופרטיבית **המיטיבה עם מאושפזים** אלו, שכן במחלקה ייעודית המאושפז יקבל את הטיפול המתאים לו, לא יהיה בקרב אוכלוסייה שעלולה להחריק את מצבו הנפשי ובכך מקטינה את הסיכויים שיחזור לפעילות העבריינית שלשמה הוא אושפז.

64. **לטענת העותרת, מלבד הצורך הזועק של המאושפזים במסלול האזרחי, לקבל טיפול רפואי במסגרת שונה ונפרדת מהמסלול הפלילי, ההפרדה בין המסלולים יש בה גם כדי להיטיב עם מאושפזי המסלול הפלילי.** ההליך הפלילי ואופי העבירה שבוצעה מקימים צורך ייחודי לטפל במאושפז במסגרת ההליך הפלילי באופן העונה על צרכיו. צרכיו אלו יתממשו בצורה המיטבית אם יופרד מהאשפוז האזרחי ויופנה לתוכנית שיקומית ייעודית המותאמת לצרכיו (דוד וקסלר, תורת המשפט הטיפולי-סקירה, **מחקרי משפט** כו 367, עמ' 371-380 (התש"ע-2010)).

65. עוד נטען, כי **אופן ביצוע ההסתכלות פוגע בזכותו של נאשם לטיפול רפואי מקצועי.** מטרת ההסתכלות היא בדיקה באשפוז תוך צפייה נמשכת בהתנהגותו הטבעית של הנבדק. אולם, במסגרת ההסדר הנוכחי דבר זה אינו מתקיים, שכן העצור הנבדק לרוב מלווה במאבטחים ולעיתים אזוק – ובכך אינו פועל לפי התנהגות טבעית (דו"ח מבקר המדינה, עמ' 572).

66. כמו כן, אופן ביצוע ההסתכלות מתנהל בצורה שונה בכל בית חולים, באופן הפוגע בזכותם **לקבלת טיפול רפואי מקצועי ושוויוני.** בחלק מהמקרים, העצורים יאושפזו במחלקה משפטית ויעברו תהליך הסתכלות במופרד מהאוכלוסייה הכללית של בית החולים (כך מבקשת העותרת וכך פועלים בתי החולים מזור, אברבנאל ולב השרון). אולם במקרים אחרים, העצורים יאושפזו יחד עם האוכלוסייה הכללית. המשיב, שב"ס ומשטרת ישראל לא הסדירו סוגיה זו שנים, וכל בית חולים נוהג על פי שיקול דעתו בעניין הבדיקה הפסיכיאטרית. הבעייתיות הגלומה בכך, היא שחולי נפש מאושפזים מקבלים טיפול שונה בהתאם למקום אשפוזם ואין אמות מידה אחידות לפיו בתי החולים פועלים (דו"ח מבקר המדינה, עמ' 572).

ח. פגמים במישור המנהלי

67. סעיף 46 לחוק לטיפול בחולי נפש וסעיף 32 לחוק זכויות החולה קובעים כי **המשיב הוא האמון על ביצוע ההוראות והוא המוסמך להתקין תקנות בכל הנוגע לביצוען.** בהתאם, תטען העותרת כי על המשיב מוטלת חובה לפעול לדאוג לשמירת כבודם, ביטחונם ובריאותם של המאושפזים בבתי החולים הפסיכיאטריים (סעיפים 3-5, 8, 10 לחוק זכויות החולה, סעיף 35(א) לחוק הטיפול).

68. עוד תטען העותרת, כי מתוקף סמכותו, קמה למשיב **חובה מוגברת** לדאוג לשלומם ולביטחונם הפיזי והנפשי של המאושפזים תחת צו אשפוז כפוי, הנתונים למשמורת של שירותי הבריאות הציבוריים. מסקנה זו נכונה בדרך של היקש מההלכה הפסוקה בעניין חובת המדינה לדאוג לשלומם ולביטחונם הפיזי והנפשי של אסירים וכי עליה לנקוט באמצעי זהירות מוגברים לשמירה עליהם (עניין רפאלוב, סעיף 24-25 לפסק-דינו של כב' השופט (כתוארו אז) מלצר).

69. בנוסף למקור הסמכות הספציפי מכוח החוק זכויות החולה וחוק הטיפול, למשיב נתונה סמכות כללית לקבוע אמות מידה בכל מקום שניתנה לו סמכות לפעול (בג"ץ 297/82 **ברגר נ' שר הפנים**, פ"ד לז(3) 29, עמ' 35 (להלן: "**ברגר**"). בכלל זה, **מוטלת על המשיב סמכות חובה** לטפל בליקויים העולים מגופי הביקורת השונים, כגון דו"ח מבקר המדינה, ואף מדו"חות פנימיים של המשרד עצמו, ולהוציא לפועל רפורמות כדי לתקנם, וכדי להבטיח שהמאושפזים יקבלו את הטיפול הרפואי המקצועי לו הם זכאים (סעיף 5 לחוק זכויות החולה).

70. כל הימנעות של המשיב להפעיל את סמכותו סוטה מעקרון חוקיות המנהל, איננה מקיימת את רצון המחוקק שהתווה למשיב, כגורם מנהלי, את סמכותו. הפעלת שיקול דעתו של המשיב באשר לסמכותו וקריאתה כסמכות רשות תוך שהוא בוחר שלא להפעילה, לא רק שמנוגדת להוראות החוק, אלא היא גם נגועה בחוסר סבירות קיצוני. העותרת תטען, כי נפל פגם בהתנהלותו של המשיב, שעה שנמנע מלהפעיל את סמכותו ובחר שלא להסדיר את נושא מסלולי האשפוז. מחדלו של המשיב לקבוע אמות מידה אשר יבטיחו את זכויות המטופלים – הינו בלתי חוקתי ובלתי חוקי.

71. עוד תבקש העותרת לטעון שאין הבדל בין הפעלת סמכות לבין הימנעות מהפעלת סמכות. רשות מנהלית אינה רשאית להימנע מהפעלת סמכות שבידה בלא כל טעם ענייני כדין (בג"ץ 1105/06 קו לעובד נ' שר הרווחה סעיף 38-40 לפסק-דין של כב' השופטת ארבל (פורסם בנבו 22.6.2014) (להלן: "פרשת קו לעובד")). ובעניינו, הנסיבות הן כאלה שערכי היסוד של השיטה החוקתית הופכים את אי-הפעלתה של הסמכות בידי המשיב לבלתי סבירה באופן היורד לשורשו של העניין (בג"ץ 4374/15 התנועה למען איכות השלטון בישראל (ע"ר) נ' ראש ממשלת ישראל (פורסם בנבו 27.3.2016), פס' 48 לפסק-דין של כב' השופט סולברג (להלן: "פרשת מתווה הגז"). אי-הסבירות שבאי הפעלת הסמכות מתעצמת לנוכח העובדה שהפערים והליקויים בתחום בריאות הנפש בפרט, ומסלולי האשפוז הכפוי בפרט, ידועים למשיב מזה שנים רבות, וכי מדיניותו רבת השנים של משרד הבריאות להתנהל ללא אמות מידה ותוך מתן פתרונות נקודתיים נוחלת כישלון רבתי המתבטא בסיכון המאושפזים וצוותי הטיפול במחלקות הפסיכיאטריות (ועדת נתניהו, עמ' 398).

72. כפי שעלה מדו"ח מבקר המדינה, משרד הבריאות אינו מייחס לתחום הביקורת את תשומת הלב הראויה כפי שהיה מצופה ממשרד ממשלתי, הן מבחינת המשאבים הנדרשים לשם כך, והן מבחינת תכניות העבודה לבקרה על תיקון הליקויים שנחשפו. מדובר בהימנעות מתיקון ליקויים שעלו בדו"ח ואף גם כאלו שעלו בבקרה הפנימית של משרד הבריאות עצמו, אשר למצער, אינם מפורסמים פומבית, ואינם זוכים לביקורת הציבורית כמצופה וכראוי ממשרד ממשלתי. עוד נציין כי משרד הבריאות אינו אוסף נתונים על היקף ואופי האלימות כלפי ובין מאושפזים במוסדות בריאות הנפש (אלימות כלפי מאושפזים, עמ' 5). בדו"ח מבקר המדינה משנת 2017 צוין כי יש להעיר בחומרה למשרד הבריאות על שלא פעל להסרת רבים מהליקויים שעלו בדו"חות, כך נותר מצב המסכן את המאושפזים וצוותי הטיפול במחלקות הפסיכיאטריות. בין היתר, משרד הבריאות לא נתן את דעתו באשר להפרדת מסלולי האשפוז האזרחי והפלילי ומתן טיפול יעיל ומתאים יותר לחולי הנפש המאושפזים בכפייה בבתי החולים הפסיכיאטריים (דו"ח מבקר המדינה, עמ' 600).

73. הסמכות שניתנה לרשות מנהלית נועדת לתת לרשות כלים לפעול לטובת הציבור, בהתאם לצרכים המשתנים מעת לעת. על כן, מקום שקיימת סמכות, מחויבת הרשות לבחון האם קיים צורך להפעילה, ולשוב ולבחון זאת מידי פעם. סמכות שכזו יכולה שלהיות בחינת הצורך להתקין תקנות כדי להסדיר עניין מסוים, או לתקן פגם שמתקיים בתוך הרשות (בג"ץ 3933/11 מכבי שירותי בריאות נ' שר הבריאות (פורסם בנבו 25.3.2014), פס' 64 לפסק-דין של כב' השופטת ארבל, בג"ץ 3872/93 מיטראל בע"מ נ' ראש הממשלה ושר הדתות, פ"ד מז(5) 485, עמ' 496 (להלן: "פרשת מיטראל"), זמיר, הסמכות המנהלית, כרך ב', עמ' 690).

74. לטענתה של העותרת, בכל מצב יש לקרוא את הסמכות הנתונה למשיב כסמכות חובה ולא כסמכות רשות. גם סמכות שבשיקול דעת כפופה למסגרת כללי שיקול הדעת המנהלי. המסגרת הנורמטיבית של כללי המשפט המנהלי הרגילים בדבר סבירות, תום לב, מידתיות, והימנעות משרירות שלטונית,

ממשיכה לחול גם אותם מקרים בהם הרשות מפעילה סמכות רשות, כמו במקרים בהם היא מפעילה סמכות חובה (פרשת ברגר, סעיף 4 לפסק-דינו של כב' הנשיא ברק).

75. בעניינינו, תטען העותרת כי סמכותו של המשיב הינה סמכות שבחובה. חוק זכויות החולה וחוק הטיפול מקנים לשר הבריאות סמכויות "ביצוע", (סעיף 32 לחוק זכויות החולה, סעיף 46 לחוק הטיפול). סמכויות אלו, נועדו "לקבוע את זכויות האדם של המבקש בטיפול רפואי... ולהגן על כבודו ועל פרטיותו" (סעיף 1 לחוק זכויות החולה). פירושה של סמכות זו הינה כסמכות שבחובה, המטילה עליו לעשות את הנדרש בכדי לבצע את המוטל עליו. לפיכך, למשיב קיימת חובה לעשות ולפעול למען מניעת הפגיעה בזכויותיהם של מאושפזים בבית חולים פסיכיאטרי, מניעת אלימות בבתי החולים ולהבטיח כי המאושפזים יקבלו טיפול רפואי נאות ומקצועי (סעיף 35 לחוק הטיפול, פרק ג' לחוק זכויות החולה) (בע"פ 7861/03 **מדינת ישראל נ' המועצה האזורית גליל תחתון** (פורסם בנבו 8.05.2006), פס' 16-18 לפסק-דינו של המשנה לנשיא חשין).

76. לעניין זה נקבעה כבר נקבע בפסיקה כי **לצורך בחינת הפעלתו של שיקול הדעת המנהלי, אין הבדל בין הפעלת סמכות רשות לבין הימנעות מהפעלתה**. בהתקיים התנאים ההופכים את סמכות הרשות לסמכות חובה, חייבת הרשות לפעול. הימנעות מביצוע מפעולה מהווה גם היא פעולה שלטונית. על כן, גם החלטה כזו צריכה להתבצע תוך שמירה על סבירות ותוך פרק זמן סביר (פרשת ברגר, סעיף 5 לפסק-דינו של כב' הנשיא ברק).

77. כדי להוציא אל הפועל את חובתו של המשיב, **היה עליו לנקוט צעדים במהירות הראויה**. חובה של הרשות להפעיל סמכותה במהירות הראויה הנה חלק מעקרון הסבירות החל על כל רשות מנהלית ועל כל מכלול פעולותיה. ונדגיש, חובת המהירות הראויה אינה אלא חובת התנהגות מידתית וסבירה הדורשת כי הרשות המנהלית תפעל באורח כן, רציני ואחראי וזאת תוך התחשבות בנסיבות ובמשאבים (פרשת מיטראל, עמ' 505). לעניין זה יפה גם לשון סעיף 11 לחוק הפרשנות, התשמ"א-1981: "הסמכה או חיוב לעשות דבר, בלי קביעת זמן לעשייתו - משמעם שיש סמכות או חובה לעשותו במהירות הראויה ולחזור ולעשותו מזמן לזמן ככל הנדרש לפי הנסיבות".

78. בית המשפט העליון נדרש לא אחת לשאלת המהירות הראויה לפעולה מנהלית (וראו כדוגמא: בג"ץ 164/97 **קונטרס בע"מ נ' משרד האוצר - אגף המכס והמע"מ פ"ד נב(1)**). שם, קבע כב' השופט זמיר כי מחובת ההגינות נגזרת חובה לנהוג במהירות הראויה לפי הנסיבות וכי חובה כזאת מוטלת על הרשות המנהלית כלפי האזרח. יתר על כן, אי עמידה בלוח זמנים סביר הנה גם בגדר חוסר סבירות. במקרה דנן, כאשר קיימות סכנות ממשיות לחייהם וביטחונם של מאושפזים בבתי חולים פסיכיאטרים, ואף נפגעת זכותם של כלל המאושפזים לקבלת טיפול רפואי ההולם את צורכיהם, הפעלתו הסבירה של שיקול הדעת המנהלי מחייבת נקיטת פעולה מהירה מצדו של המשיב. זאת במיוחד כאשר מדובר בפגיעה בזכויות יסוד חוקתיות וכי למשיב קיימת חובה להפעיל את שיקול דעתו.

79. חובה על כל רשות מנהלית בבואה לקבל החלטה להתבסס על **תשתית עובדתית** מתאימה ומספקת (פרשת ברגר, סעיף 5 לפסק-דינו של כב' הנשיא ברק). קיומה של תשתית עובדתית מלאה הינו תנאי הכרחי על מנת להבטיח קבלת החלטה ראויה שאינה שרירותית ושלוקחת בחשבון את כל השיקולים הרלוונטיים, וזאת על מנת לאפשר להעביר את ההחלטה תחת שרביט הביקורת השיפוטית הציבורית (בג"ץ 2355/98 **סטמקה נ' שר הפנים**, פ"ד נג(2) 728, סעיף 48 לפסק-דינו של כב' השופט (כתוארו אז) חשין (1999)).

80. העותרת תטען כי נפל פגם בהליך שכן שיקול דעתו של המשיב לא התבסס על תשתית עובדתית מספקת (דו"ח מבקר המדינה, עמ' 567). העותרת תטען כי המשיב נמנע באופן אקטיבי מלאסוף נתונים הנדרשים בכדי לקבל החלטה סבירה, או לכל הפחות תטען כי הוא נשען על תשתית עובדתית חלקית בלבד. בהתאם, העותרת תטען כי נשמטת חזקת התקינות, וכי המשיב פעל בהיעדר התשתית העובדתית הנדרשת בנסיבות העניין (בג"ץ (י-ם) 987/94 **יורונט קווי זהב** (1992) בע"מ נ' **שרת התקשורת, הגב' שולמית אלוני**, מח(5) 412, עמ' 436-437 לפסק-דינו של כב' השופט זמיר (1994) (להלן: "פרשת יורונט")).

81. ההלכה הפסוקה היא, כי על הרשות המנהלית, בבואה לקבל החלטה, לשקול את כל השיקולים הרלוונטיים, ואותם בלבד (נע"מ 343/09 **הבית הפתוח בירושלים לגאווה וסובלנות נ' עיריית ירושלים**, פ"ד סד(2) 1, סעיף 37-39 לפסק-דינו של כב' השופט עמית (2010) (להלן: "עניין הבית הפתוח"). לטענתה של העותרת, המשיב מתעלם מהשיקולים הרלוונטיים שהיה אמור לקחת בחשבון, כגון זכויות המטופלים, בריאותם ויכולות השיקום של המטופלים. ועוד, התעלמותו השיטתית והבוטה של המשיב מהמלצותיהם של צוותים מקצועיים, ביניהם וועדות שמינה המשיב עצמו ודוחות מבקר המדינה, עולות לכדי פגם, הן מבחינת תקניות ההליך והן מבחינת סבירות הפעולה (עניין הבית הפתוח, פס' 9 לפסק-דינו של כב' השופט עמית).

82. התנהלות זו של המשיב יש בה טעם מחשיד, היא מעלה חשד לשקילת שיקולים זרים (עניין הבית הפתוח, סעיף 35 לפסק-דינו של כב' השופט עמית). החלטתו של המשיב שלא לבחון הסדרים חלופיים ולהמשיך את ההסדר הקיים, מעידה על כך שהמשיב בחר לתת משקל עודף, ואף בלעדי, לשיקולים כלכליים תוך התעלמות משיקולים הנוגעים לכבוד ובריאות המאושפזים הפסיכיאטריים, הן במסלול האזרחי והן בפלילי. פגמים אלה הם פגמים חמורים במהותם הירודים לשורש ההליך ואשר משרד הבריאות לא נתן את דעתו אליהם, או למצער לא נתן להם משקל מספק. בית המשפט העליון עמד בהרחבה על כך שהגנה על זכויות אדם אינה יכולה לסגת מפני שיקולים כלכליים (בג"ץ 2605/05 **המרכז האקדמי למשפט ועסקים נ' שר האוצר**, סג(2) 545 (2009), פס' 54 לפסק-דינה של כב' הנשיאה ביניש (להלן: פרשת "הפרטת בתי הסוהר"), בג"ץ 5441/94 **אליס מילר נ' שר הביטחון**, מט(4) 094 (1994), סעיף 15-19 לפסק-דינו של כב' השופט מצא) (להלן: "פרשת אליס מילר"). עוד לטענת העותרת, כי אין מדובר בהכרח בהחלטה מינהלית שיש עלויות כלכליות בצדה. עמידה על הצורך בהפרדה בין המאושפזים יכולה להביא לחלוקה מחדש של המחלקות בבתי החולים וייעודן למסלול אזרחי או פלילי.

83. על המשיב, כמו גם על מנהלי המחלקות חלה חובה בסיסית לדאוג לשלומם ולבריאותם של חולים מאושפזים (ועדת בירור לעניין ההגנה על חולי נפש מאושפזים מפני תקיפה וניצול מיני, **דו"ח הוועדה** (1991) (להלן: "**ועדת שרשבסקי**"). הדבר נכון במיוחד עת שאנו עוסקים במטופל חסר ישע (סעיף 322 לחוק העונשין).

84. כך לדוגמא, הרשיע בית המשפט המחוזי בירושלים, בין היתר, את מנהל בית החולים "איתנים" בעבירת הזנחת מטופלים שבהשגחתו (סעיף 362 לחוק העונשין), בכך שלא מנע התעללות בחוסים (ת"פ (ירושלים) 2184/06 **מדינת ישראל נ' יעקב מרגולין ואח'**, סעיף 24-25 לפסק-דינו של כב' השופט סגל (פורסם בנבו, 13.12.2013) (להלן: "עניין מרגולין"). לטענת העותרת ההסדר המוצע יקל על הצוות הרפואי בבית החולים, אשר כיום אינו מקבל הכשרה הולמת להתמודד עם חוסים בלי רקע פלילי

ומתקשה לפעול לטובת המטופלים כתוצאה מהמצב הנתון והבעייתי בו הוא נמצא, ובכך אף יגן על הצוות הרפואי והטיפול האחראי על החולים במהלך אשפוזם.

ט. בחינת מידתיות

85. החוק לטיפול בחולי נפש משקף את הגישה המשפטנית אשר שמה במרכז תכליותיו את **זכויות האזרח והפרט** (ע"ש (מחוזי י-ם) 81/92 **פלונית נ' היועץ המשפטי לממשלה**, פ"מ התשנ"ג(3) 221, סעיף 4 לפסק-דינו של כב' השופט טל (1993), הצעת החוק, עמ' 239-240, 244). לשון החוק מאמצת שפה חוקתית, באופן העולה בקנה אחד עם חוקי היסוד בישראל. בכך, החוק מייצר מסגרת משפטית המשקפת את האופן בו החליט המחוקק כי ראוי להתמודד עם הפגיעה החוקתית, ויש לפרשו לאור חוק יסוד: כבוד האדם וחירותו (בג"ץ 10662/04 **סלאח נ' המוסד לביטוח לאומי**, סעיף 3-4 לפסק-דינו של כב' השופט גיוראן (פורסם בנבו 28.2.2012) (להלן: "פרשת **סלאח חסן**"). כחלק מבחינה זו נדרשת גם מידתיות בפעולה המינהלית.

86. לטענת העותרת, המשיב הפעיל את שיקול דעתו באופן שאינו מידתי. עקרון המידתיות, שמקורו במשפט החוקתי, חל גם במסגרת בחינת שיקול דעת שלטוני (פרשת יורונט, עמ' 435 לפסק-דינו של כב' השופט זמיר). שיקול דעת מנהלי הוא כדן, רק אם הוא בוחר, להגשמת המדיניות, באמצעי המקיים את דרישות המידתיות (בג"ץ 3477/95 **בן-טענייה ואח' נ' שר החינוך, התרבות והספורט**, פ"ד מט(5) 1, סעיף 2 לפסק דינו של כב' הנשיא ברק (1995)) (להלן: "עניין **בן-טענייה**").

87. המידתיות נדרשת לא רק לגבי החלטה על אשפוז כפוי, אלא **בכל** אחת מהפעולות המנהליות הקשורות לחולה המאושפז, בוודאי כאלה המגבילות זכויות אדם או עשויות להוביל לפגיעה בהן או חוסר הגנה עליהן. בהתאם, המידתיות נדרשת גם בהחלטה על בדיקה פסיכיאטרית כפויה לעצור. בכך נטען כי ישנה חשיבות רבה בהקפדה על האוטונומיה ועל כבוד האדם, בין אם מדובר בבדיקה פסיכיאטרית לזמן קצוב לצורך הסתכלות, ובין אם מדובר בצו אשפוז ארוך תווך (אזרחי או פלילי) (בש"פ פלוני, סעיף 16 לפסק-דינו של כב' השופט (כתוארו אז) חשין).

88. מידתיות ההחלטה המנהלית נקבעת בהתאם לשלושה מבחני משנה, ומתמקדת ביחס שבין התכלית לבין האמצעים להגשמתה. מבחן המידתיות הראשון, קובע כי נדרשת התאמה בין המטרה לבין האמצעי, וכי האמצעי צריך להוביל באופן רציונלי להגשמתה של המטרה. מבחן המידתיות השני קובע כי האמצעי הנבחר צריך לפגוע בפרט במידה הפחותה ביותר. מבחן המידתיות השלישי קובע כי האמצעי יהיה בלתי ראוי, אם פגיעתו בפרט אינה ביחס ראוי לתועלת שהוא מביא בהגשמת התכלית (עניין **בן-טענייה**, סעיף 3-9 לפסק דינו של כב' הנשיא ברק).

89. העותרת טיטען כי **אין כל קשר רציונלי בין האמצעי שבחר המשיב, לבין מטרת האשפוז הכפוי**. מטרת האשפוז היא קבלת טיפול רפואי והגנה על המטופל ועל שלום הציבור (עניין וילנצ'יק, סעיף 13 לפסק-דינו של כב' הנשיא ברק, סעיף 35(ב) לחוק לטיפול בחולי נפש), אולם מטרה זו אינה יכולה להתממש כאשר מאושפזים חולי נפש מרקע פלילי ואזרחי יחדיו. כפי שנטען לעיל, אוכלוסיות אלו בעלות צרכים

שונים ושילובם באותה מסגרת רפואית פוגעת באיכות הטיפול וגורמת לעלייה במקרי אלימות (ועדת ההיגוי להגבלות מכאניות, עמ' 42).

90. עם זאת, ההסדר המוצע על ידי העותרת מקיים את דרישת הקשר הרציונלי למטרה, שכן הוא מבטיח את ההגנה על המאושפזים האזרחיים וכן שמירה על כבודם, ביטחונם, ובריאותם של כלל המאושפזים. העותרת תיטען כי מדובר באמצעי הראוי והנכון ביותר, שכן הוא מיטיב עם כלל המאושפזים (גם אלו מהמסלול הפלילי) ומאזן כראוי בין זכויותיהם של המאושפזים במסלול הפלילי לזכויותיהם של המאושפזים במסלול האזרחי, לצד מגבלות התקציב של משרד הבריאות (בג"ץ 9593/04 מוראר נ' מפקד כוחות צה"ל ביהודה והשומרון, סא (1) 8), סעיף 14 לפסק-דינה של כב' השופטת (כתוארה אז) ביניש (2006).

91. לשם השוואה, ישנן מערכות משפט ובריאות מעבר לים שיישמו את ההסדר המוצע. כך **בקנדה**, מתוך הכרה שישנו הבדל בין אופי המאושפזים והטיפול הנדרש, ישנן **מחלקות ייעודיות** לחולי נפש מהמסלול הפלילי המאושפזים בכפייה לפי החלטת הועדה הפסיכיאטרית המחוזית. מחלקות אלו מופרדות מהמחלקות האזרחיות ומאיישות אותן רופאים, אחיות וגורמי מקצוע אשר הוכשרו להתמודד עם חולים אלו. זהו ההסדר הרצוי מבחינת העותרת (Richard D. Schneider, *Mental Health Courts and Diversion Programs: A Global Survey*, INTERNATIONAL JOURNAL OF LAW AND PSYCHIATRY (2010)).

92. **על פי מבחן המשנה השני**, הפגיעה בזכויות אדם על ידי פעולות הרשות המנהלית תהיה לא מידתית אם ניתן להצביע על אמצעי אחר להשגת התכלית שפגיעתו פחותה. מבחן זה מציב כלל אצבע להכרעה בין החלופות העומדות בפני המשיב, שכאשר עומדת בפניו יותר מחלופה אחת, עליו לבחור באמצעי שפוגע בזכויות אדם באופן המינימלי ביותר, ועדיין משיג את המטרה (בג"ץ 5428/17 **יעל רום נ' מדינת ישראל** (פורסם בנבו 18/6/2018), פס' 48 לפסק-דינו של כב' השופט אלרון). לגישת העותרת, ההסדר הנוכחי פוגע קשות בזכויותיהם של המאושפזים, וזאת כאשר ישנה אפשרות לקדם את תכלית האשפוז הכפוי, באמצעים פוגעניים פחות, כפי שיפורט להלן.

93. במצב הקיים בבתי החולים הפסיכיאטרים, הכלי המרכזי לטיפול במקרי אלימות הוא קשירה ובידוד. סעיף 34 לחוק הטיפול, מתיר להפעיל כלפי כל מאושפז הגבלות מכאניות כגון בידוד וקשירה, השימוש בהגבלות מסוג זה נעשה, כאמור, כדי למנוע סיכון ממשי ומידי למטופל אחר או לאנשי צוות (סעיף 34(ב) לחוק לטיפול בחולי נפש) (ועדת ההיגוי להגבלות מכאניות, עמ' 30). בעניינו של המאושפז במסלול הפלילי, שקיים חשש שהוא מהווה סכנה לעצמו או לסביבתו, ניתן להורות על נקיטת אמצעים מיוחדים בבית החולים לאבטחתו, כגון הצבת שומרים, ריסון, בידוד ועוד (סעיף 16(ג) לחוק הטיפול וסעיף 19 לפקודת בתי הסוהר).

94. כיום, נעשה שימוש יתר, או שלא לצורך באמצעים אלה בשל היעדרם של אמצעים חלופיים אפשריים למניעת אלימות, צפיפות ועומס במחלקות, מצוקת כוח האדם, תשתיות לא מתאימות ואף מחסור בחדרי בידוד המאלצים את הצוות להשתמש בקשירה. האמצעי שמופעל בכדי למנוע אלימות הינו אמצעי השולל את חירותם ופוגע בכבודם של המאושפזים ברמה הקשה ביותר (ועדת ההיגוי להגבלות מכאניות, עמ' 43-40).

95. עתירה זו לצורך קידום ההפרדה תיתן מענה ראוי לצרכיהם הייחודיים של המאושפזים במסלול פלילי ובכך תצמצם את השימוש באמצעים המגבילים, תפחית את אירועי האלימות ותבטיח קבלת טיפול

נאות – וזאת במקום הפרקטיקה הקיימת שבה האלטרנטיבות להתמודדות עם מאושפזים אלימים עלולות להביא לפגיעה קשה יותר בזכויותיהם לחירות. עוד תיטען העותרת, כי ניתן לקיים מנגנון פנימי של משרד הבריאות, על פי שיקול דעתו וכפי שהוצע על ידיו בעבר, כי מאושפז במסלול הפלילי אשר אינו מהווה סיכון או בעל נטייה לאלימות, יועבר למחלקה של המסלול האזרחי, וזאת בהתאם לוועדת מסוכנות שתקום לצורך הדיון בעניין הפרטני. אלטרנטיבה זו, של הפרדת המאושפזים ומתן אפשרות לבדיקה פרטנית לאחר האשפוז במחלקה, וזאת כפי שנהוג כיום בחלק מבתי החולים הפסיכיאטריים בהם קיימת הפרדה (או מחלקות לביטחון מרבי), תטיב עם כלל המאושפזים ותבטיח את ביטחונם, ואף תטיב עם הגורמים המקצועיים כלפי שנטען לעיל.

96. **מבחן המידתיות במובן הצר** נוגע לבחינת העלות שתצמח לציבור הרחב מול הנזק לפרט כתוצאה מהפעלת האמצעי, כאשר השאיפה היא לקיים יחס ראוי בין האמצעי למטרה. מבחן המידתיות הינו מבחן ערכי, ששם דגש על חשיבות הזכות שנשללת ועוצמת האינטרס אשר מצדיק את השלילה, ואינו מבחן מתמטי-כמותי. במסגרתו, יש לבחון את היחס בין התועלת הציבורית הצומחת מההסדר, לבין הנזק שייגרם לזכויות החוקתיות, כתוצאה מיישומו (בג"ץ 6055/95 צמח נ' שר הביטחון, פד נג(5) 241, סעיף 21 לפסק-דינו של כב' השופט זמיר (1999)).

97. העותרת תיטען כי אין זכות שנפגעת כתוצאה מיישום ההסדר המוצע, שכן הוא מיטיב עם כלל המאושפזים, הן במסלול האזרחי, על ידי הבטחת שלמות גופם, ביטחונם וכבודם, והן במסלול הפלילי, על ידי הבטחת מסלול שיקומי ראוי וטיפול רפואי התואם את צורכיהם. מטרתו של ההסדר המוצע הוא מניעת פגיעה בזכויות של כלל המאושפזים כפייה בבתי החולים הפסיכיאטריים, ועל כן אין שום צורך לבצע איזון או תעדוף. יתרון נוסף המצוי בהסדר המוצע, כפי שכבר הוצג לעיל, הוא עלותו הכספית הנמוכה. ראשית, אין ההסדר המוצע דורש הקמת בית חולים פורנזי נפרד, או לסירוגין בניית מחלקות חדשות ייעודיות – אלא, "חלוקה מחדש", הסבת המחלקות קיימות לפי ייעוד ונסיבות האשפוז.

98. בבחינת ההסתברות, ההסדר המוצע יביא להפחתת שכיחות מקרי האלימות בבתי החולים הפסיכיאטריים במידה משמעותית. מחקרים רבים מראים את התועלת בהפרדת מסלולי האשפוז. כאמור, קיימת דיסציפלינה נפרדת במקצועות הפסיכיאטריה שנועדה לסייע לאוכלוסיית חולי נפש בעלי רקע פלילי (הידועה כפסיכיאטריה פורנזית), מה שמוביל למסקנה כי אכן קיימים צרכים ומאפיינים ייחודיים לחולי נפש במסלול הפלילי, המצריכים את הפרדתם מהמאושפזים במסלול האזרחי, ואין מדובר באפליה אסורה (פרשת אליס מילר, סעיף 12 לפסק-דינו של כב' השופט (כתוארו אז) מצא, בג"ץ 1715/97 לשכת מנהלי ההשקעות נ' שר האוצר, פ"ד נא(4) 367, סעיף 4 לפסק-דינה של כב' השופטת דורנר (1997)).

99. לטענת העותרת, השונות בין שתי אוכלוסיית המאושפזים היא שונות מובהקת, שניתן לאתר בקלות, בבסיסה היא רלוונטית למקרי האלימות שנמצאו (כך בדו"ח מבקר המדינה). שונות רלוונטית זו, הוכרה בפסיקה ככזו שאין בצדה פגיעה בזכות לשוויון (בג"ץ 8803/06 גני חוגה בע"מ נ' שר האוצר (פורסם בנבו 1.04.2007), פס' 8 לפסק-דינו של כב' השופט (כתוארו אז) חשין). בבחינה זו, כבר עמד בית המשפט העליון שלא כל הפרדה היא בהכרח פוגעת בזכות השוויון של הפרט, לעיתים מדובר בהפרדה נדרשת דווקא כדי להגשים או להגן על זכויות אדם אחרות (בג"ץ 7052/03 עדאלה המרכז המשפטי לזכויות המיעוט הערבי בישראל נ' שר הפנים, סא(2) 2020 (2006), פס' 99 לפסק-דינו של כב' הנשיא ברק).

י. סוף דבר

100. לאור האמור לעיל, בית משפט נכבד זה מתבקש בזאת לקבל את העתירה על כל חלקיה, מכלל הטעמים והנימוקים שהוצגו לעיל.

101. לטענת העותרת, הוכח כי ההסדר הנוכחי פוגע בזכויות המאושפזים בצורה קשה ביותר ובלתי מידתית. כאשר מאושפז במסלול פלילי, מאושפז באותה המחלקה עם מאושפז במסלול האזרחי, המאושפזים במסלול האזרחי מועמדים בסיכון גבוה יותר הפוגע בהם מדי יום בכל תקופת אשפוזם.

102. אוכלוסיית המאושפזים בבתי חולים פסיכיאטריים זכאים להגנת המדינה על חייהם ועל ביטחונם, ככל אדם אחר במדינת ישראל. ההגנה על חייהם, גופם וכבודם אינה מוענקת ברמה המספקת והראויה, והפגיעה בהם היא בלתי מידתית.

103. עוד נטען כי במישור המנהלי, הימנעות המשיב מלהפעיל את סמכותו לקבוע אמות מידה לאיכות האשפוז, אופי האשפוז והגדרת מסלולי אשפוז התואמים את צרכי המטופלים, הינה פעולה החורגת מסמכותו, נגועה בחוסר סבירות ובהיעדר מידתיות, ועל כן יש לחייבו להפריד בין המסלול האזרחי למסלול הפלילי.

104. מכל האמור לעיל, מתבקש בית המשפט הנכבד להוציא צו על תנאי המחייב את המשיב לנמק מדוע לא יפריד בין מסלולי האשפוז כאמור, וככל שלא ישתכנע בית המשפט הנכבד אחרת, יתבקש להפוך את הצו על תנאי למוחלט, וכן לפסוק לעותרים את הוצאותיו בגין הליך זה, וכן את שכר טרחת עו"ד בצירוף מע"מ כדין.



שני ארד, ב"כ המבקשת

בג"ץ 1111/20 עמותת "קול אדם" נ' שר הבריאות

רשימת נספחים

נספח	שם הנספח	עמוד
1/ע	מבקר המדינה דו"ח שנתי 68ג – לשנת 2017 (2018)	540-544, 553-555, 565-566, 570-575, 582, 601-600
2/ע	בריאות הנפש בישראל, "שנתון סטטיסטי 2018" משרד הבריאות (2018)	43-53, 85, 89-98
3/ע	"תיעוד ודיווח על אירועי אלימות והתעללות במהלך טיפול פסיכיאטרי", שירותי בריאות הנפש – משרד הבריאות (1.6.2017)	1-8
4/ע	ועדת ההיגוי לצמצום הגבלה המכאנית בישראל, משרד הבריאות (2017)	30, 42-44
5/ע	פרוטוקול מס' 638, ועדת העבודה, הרווחה והבריאות (27.11.2017)	22-23
6/ע	ועדת השר למיגור אלימות כלפי צוותים רפואיים ומנהלים במערכת הבריאות, דו"ח הועדה (2017)	17-22, 31-38
7/ע	פרוטוקול מס' 420, ועדת העבודה, הרווחה והבריאות, עמ' 11-13 (16.1.2017)	11-13

נספח ע/1

**מבקר המדינה דו"ח שנתי
68ג – לשנת 2017 (2018)**

משרד הבריאות

מערך האשפוז בבתי החולים הממשלתיים לבריאות הנפש

המשרד שירותי שיקום לכ-20,000 נכי נפש בקהילה, שכן הדעה הרווחת בקרב אנשי מקצוע היא כי אשפוז בבית החולים הפסיכיאטרי אינו תחליף לבית מגוריו של החולה, אלא במצבים אקוטיים, שלאחריהם יש לשחרר את החולה למסגרות אחרות בקהילה כגון מסגרות שיקום; (ג) "הרפורמה הביטוחית", שבמסגרתה הועברה ביולי 2015 האחריות למתן השירותים הפסיכיאטריים מהמשרד לקופות החולים, ולאחר ההעברה נכלל תחום בריאות הנפש בתוספת השנייה לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994.⁴

בישראל פועלים 11 מרכזים לבריאות הנפש (להלן גם - בתי חולים פסיכיאטריים או בתי חולים): שמונה ממשלתיים, שניים של שירותי בריאות כללית ואחד בבעלות פרטית⁵. כמו כן פועלות מחלקות פסיכיאטריות בחלק מבתי החולים הכלליים והציבוריים. לרוב קיימת הפרדה בין חולים המסוגלים לשהות במחלקה פתוחה לבין חולים הזקוקים לאשפוז במחלקה סגורה⁶. בסוף שנת 2015 היו כ-3,500 מיטות אשפוז בתקן⁷. 66% מהמיטות מוקצים לפסיכיאטריה פעילה (להלן גם - אקוטית) לבוגרים ולקטינים, 28% לפסיכיאטריה ממושכת (להלן גם - כרונית)⁸ ו-6% למיטות שונות⁹. שיעור המיטות לבריאות הנפש ל-1,000 נפש בישראל נמוך בהרבה בהשוואה למדינות ה-OECD: בשנת 2015 היה שיעור המיטות ל-1,000 נפש, בעוד הממוצע במדינות ה-OECD עמד על 0.7 ל-1,000 נפש¹⁰.

ההוצאה הלאומית הכוללת לבריאות גם כן נמוכה בהרבה בישראל לעומת מדינות ה-OECD: 87.4 מיליארד ש"ח, שהם 7.5% מהתמ"ג, לעומת 9.4% בממוצע במדינות ה-OECD. כך גם עמד בשנת 2015 חלקה של ההוצאה

- 4 התוספת השנייה מפרטת את סל השירותים שחייבות קופות החולים לספק לתושבים. בעת חקיקת חוק זה נותרו שירותי בריאות הנפש ושירותים אחרים מחוץ לסל השירותים שבאחריות הקופות.
- 5 התייחסות בדוח מכוונת לבתי חולים ממשלתיים אלא אם כן מכוונת מפורשות לאלה של הכללית.
- 6 המאושפזים במחלקה פתוחה רשאים בחלק משעות היום לצאת ממחלקה, אך לא מחוץ לשטח בית החולים. המאושפזים במחלקה סגורה נמצאים בהשגחה צמודה של הצוות, וככלל אינם רשאים לצאת מהמחלקה. הדבר נתון להחלטת הצוות בהתאם למצב המטופל ולמחלתו ולשיקולי סיכון ובטיחות.
- 7 מתוכן 82% בבתי חולים ממשלתיים, כ-9% בבתי החולים בבעלות הכללית והשאר במסגרות ציבוריות אחרות ופרטיות. ראו "מוסדות האשפוז והיחידות לאשפוז יום בישראל 2015", משרד הבריאות (2016).
- 8 מחלקה פסיכיאטרית פעילה היא מחלקה הקולטת חולים קשים במצבי משבר הזקוקים לטיפול אינטנסיבי ואיוון מידי של המחלה. מחלקה פסיכיאטרית ממושכת מיועדת לטיפול במחלות נפשיות ממושכות, ובדרך כלל לאשפוז במשך שנה לפחות. התקינה של הצוות הסיעודי ושל הרופאים שונה בין המחלקות, שם.
- 9 מיטות "שונות" כגון פסיכיאטריה משפטית, גמילה מסמים ותשושי נפש.
- 10 ראו "מערכת הבריאות בישראל בראי ה-OECD - 2015", משרד הבריאות (2016).

הלאומית לבריאות הנפש מתוך סך ההוצאה הלאומית לבריאות על 2.8% לעומת טווח ההוצאה במדינות ה-OECD -5%-18%, בשנת 2013¹¹.

האגף לבריאות הנפש במינהל הרפואה במשרד הבריאות (להלן - האגף לבריאות הנפש) אחראי להיבט המקצועי של מערכת בריאות הנפש, ומתוקף כך הוא קובע, בין היתר, אמות מידה מקצועיות. מתוקף החלטת ממשלה מס' 337, מאוגוסט 2015, להקמת חטיבת המרכזים הרפואיים הממשלתיים (להלן - חטיבת בתי חולים), הועברו במהלך שנת 2017 גם הניהול והאסדרה של בתי החולים הפסיכיאטריים הממשלתיים לאחריות חטיבה זו¹².

פעולות הביקורת

בחדשים פברואר-אוקטובר 2017 בדק משרד מבקר המדינה את האשפוז הפסיכיאטרי בבתי החולים הממשלתיים לבריאות הנפש. במסגרת הבדיקה נכח צוות הביקורת בדיוני ועדות פסיכיאטריות מחוזיות. חלק מהסוגיות נבדקו כבר בעבר על ידי משרד מבקר המדינה, והביקורת הנוכחית לגביהן היא בדיקת מעקב. הבדיקה נעשתה במשרד הבריאות; במרכז הממשלתי לבריאות הנפש על שם יהודה אברבנאל (להלן - אברבנאל); ובמרכז הממשלתי לבריאות הנפש שער מנשה (להלן - שער מנשה). בדיקות השלמה נעשו במרכז הירושלמי הממשלתי לבריאות הנפש הממוקם בקמפוס איתנים ובקמפוס כפר שאול (להלן - איתנים וכפר שאול); במרכז לבריאות הנפש הממשלתי באר יעקב-נס ציונה-מב"ן שב"ס (להלן - באר יעקב או נס ציונה או מב"ן); במרכז לבריאות הנפש גהה של שירותי בריאות כללית (להלן - גהה); בשירות בתי הסוהר (להלן - שב"ס); במשטרת ישראל (להלן - משטרה); במשרד המשפטים; ובמשרד העבודה, הרווחה והשירותים החברתיים (להלן - משרד הרווחה).

11 ראו "הרפורמה האיכותית בבריאות הנפש", מסמך אחד: איגוד הפסיכיאטריה בישראל, ספטמבר 2016, העמותה לסיעוד פסיכיאטרי, ארגון המנהלים האדמיניסטרטיביים של בתי החולים הממשלתיים וסגניהם, פורום מנהלי בתי החולים הפסיכיאטרים, ספטמבר 2016 (להלן - מסמך הרפורמה האיכותית); נתוני משרד הבריאות שהועברו לידי מבקר המדינה; Focus on Health, OECD, July 2014.

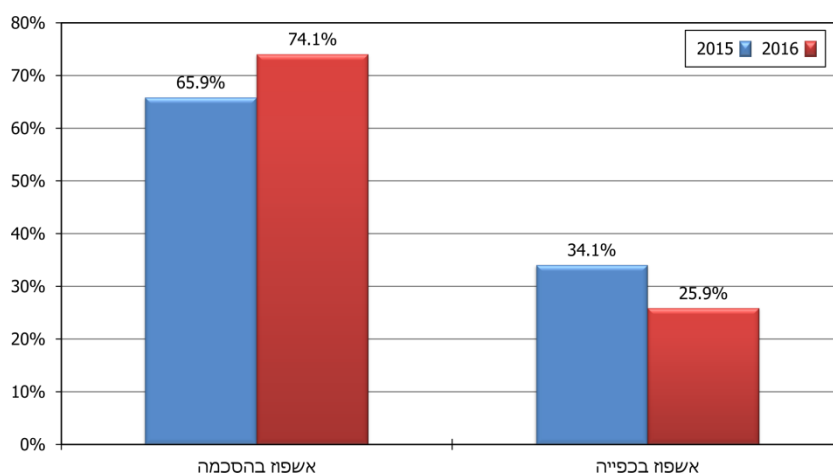
12 החטיבה שהוקמה בשנת 2016, בעקבות החלטת ממשלה 337, מאסדרת את פעילות כלל בתי החולים הממשלתיים: כלליים, פסיכיאטריים וגריאטריים. תפקידה לחזק ולפתח את ניהול המרכזים הרפואיים ולאפשר הפרדה מבנית היסטורית בין תפקידיו של משרד הבריאות הן כרגולטור והן כבעלים. החטיבה נמצאת כיום בהתהוות, ונושאים כגון תקינה, ניהול סיכונים, בינוי ומשאבים כלכליים עוברים בהדרגה לניהולה.

מתרשים 1 עולה כי ב-2006-2015 חלה ירידה בשיעור המאושפזים בהשוואה לגודל האוכלוסייה.

בתרשים 2 מוצג שיעור האשפוזים בכפייה לעומת שיעור האשפוזים בהסכמה בשנים הללו:

תרשים 2: שיעור האשפוזים בכפייה לעומת שיעור האשפוזים בהסכמה,

2015-2006



מקור: שנתון בריאות הנפש, משרד הבריאות, 2015-2006.

מתרשים 2 עולה כי בשנת 2015 לעומת שנת 2006 חלה עלייה במספר האשפוזים בכפייה לעומת ירידה בשיעור האשפוזים בהסכמה.

משרד מבקר המדינה בחן במהלך הביקורת היבטים רבים בנושא תפקוד הוועדות הפסיכיאטריות, לרבות ועדות לילדים ונוער וועדות מיוחדות. בין היתר נבדקו הנשאים האלה: שמירה על זכות הטיעון של המטופל; ייצוגו על ידי הסיוע המשפטי והצגת רצון המטופל בוועדה; זימון עדים לתמיכה בהמשך האשפוז או להתנגדות לכך; בחינה אם מצבו הפסיכיאטרי של המטופל והתנהגותו האלימה בעבר ובהווה אכן מצדיקים אשפוז; בחינת חלופות להמשך אשפוזו בכפייה לרבות קבלת הסכמתו לאשפוז, שחרורו לביתו או למשפחתו והמשך טיפול מרפאתי בקהילה; החלטה על המשך אשפוז לתקופה המינימלית הנדרשת ועד כינוס ועדה נוספת; הקפדה על הצגת ההיבט הפסיכיאטרי על ידי פסיכיאטר מהמחלקה שבה מאושפז המטופל; תקינות הרכבי חברי הוועדה; ומסירת מידע לחולה או לאפוטרופוסים באשר לסיבות להמשך אשפוזו.



שיעור מיטות האשפוז
הפסיכיאטרי במדינות
ה-OECD בשנת 2015
היה 0.7 ל-1,000 נפש,
ובישראל הוא היה
בשנה זו 0.41 בלבד.
מדובר בירידה חדה
בהשוואה לשנת
2000, אז היה השיעור
0.88 מיטות ל-1,000
נפש. עקב המחסור
בחלופות אשפוז
הניתנות בקהילה
נוצרה צפיפות יתר
במחלקות, ויש לכך
השפעות שליליות
רבות

בתי החולים הפסיכיאטריים: תמונת מצב ומעקב אחר דוחות קודמים

לפי נתוני המשרד סך ההוצאה הלאומית השנתית לבריאות הנפש - אשפוז, מרפאות ושיקום - בשנת 2015-2005 הסתכמה בכ-2.4-2.8 מיליארד ש"ח, שהם 2.8%-3.3% מסך ההוצאה הלאומית לבריאות. זאת לעומת טווח ההוצאה במדינות ה-OECD שעמד בשנת 2013 על 5% לפחות במדינות מסוימות והגיע עד 18% במדינות אחרות³³. ההשקעה הממשלתית הנמוכה יחסית מקשה את התנהלות מערכת בריאות הנפש בכל אופני פעולותיה באשפוז, בשירותים האמבולטוריים ובמערכת השיקום. הדבר גורם לכך שאדם הנתון במצב החמור והמורכב ביותר בחייו, נפגש עם מערכת אשר לעתים אינה ערוכה מספיק כדי לאתר, למנוע, להכיל ולספק מענה הולם³⁴.

צפיפות במחלקות הפסיכיאטריות ומחסור במחלקות ייעודיות

בשנים האחרונות חלה ירידה ניכרת ומתמשכת במספר מיטות האשפוז הפסיכיאטרי ובשיעורן מכלל מיטות האשפוז. צמצום מספר המיטות נעשה במכוון במסגרת הרפורמה המבנית והרפורמה השיקומית שמטרתן הייתה, בין היתר, להעביר מטופלים שאינם זקוקים לאשפוז, לטיפול בקהילה³⁵. כך בשנת 2015 היו כ-3,500 מיטות המיועדות לאשפוז פסיכיאטרי (8% מכלל מיטות האשפוז בישראל), זאת בשעה שבשנת 1988 היו כ-7,000 מיטות (כ-28% מכלל מיטות האשפוז באותה עת). שיעור מיטות האשפוז הפסיכיאטרי במדינות ה-OECD בשנת 2015 עמד על 0.7 ל-1,000 נפש, ובישראל הוא עמד בשנה זו על 0.41 בלבד. מדובר בירידה חדה בהשוואה לשנת 2000, אז עמד השיעור על 0.88 מיטות ל-1,000 נפש³⁶.

על רקע הירידה בשיעור המיטות ועל רקע חוסר בחלופות אשפוז הניתנות בקהילה נוצרה צפיפות יתר במחלקות, בעלת השפעות שליליות רבות. ועדה מקצועית³⁷ שבחנה את הנושא מצאה, בין היתר, קשר ישיר בין צפיפות יתר לבין אלימות והתפרעויות במחלקות, אשר מחייבות נקיטת צעדים להגבלת המטופלים - שימוש בחדרי בידוד ו/או כבילת המטופלים (ראו להלן).

33 מסמך הרפורמה האיכותית ; Focus on Health, OECD, July 2014.

34 "ועדת ההיגוי לצמצום הגבלה המכאנית בישראל: דין וחשבון", משרד הבריאות (התשע"ז-2017) (להלן - דוח הוועדה לצמצום הגבלות).

35 ראו מבקר המדינה, **דוח שנתי 166** (2016) בפרק "שיקום נכי נפש בקהילה", עמ' 575.

36 מתוך "מערכת הבריאות בישראל בראי ה-OECD - 2015", משרד הבריאות (2016).

37 דוח הוועדה לצמצום הגבלות.

באשר לצפיפות, הגדיר משרד הבריאות לכל בית חולים פסיכיאטרי את מספר מיטות האשפוז הכולל שיהיה רשאי להכיל (להלן - תקן המיטות³⁸), וכן את מספר המיטות המרבי במחלקה - לרוב 34 מיטות. ואולם, משרד הבריאות לא קבע את שיעור התפוסה הרצוי³⁹. בשנת 2015 התקבלו כ-15,300 מקרים לאשפוז⁴⁰. תפוסת המיטות בכלל בתי החולים הפסיכיאטריים עמדה באותה שנה על ממוצע של 100%. אף שבממוצע מדובר באשפוז שלא בתפוסת יתר, ראוי להתייחס לתפוסת המיטות על פי כל בית חולים בנפרד בזמן נתון. כך בכמה בתי חולים, במחלקות שהתקן שלהן הוא 34 מיטות, הגיעה התפוסה, בחודשים מסוימים, לכדי שיעורים גבוהים במיוחד, לדוגמה: באברבנאל הייתה התפוסה ברוב המחלקות, פעמים רבות, הרבה מעבר לתקן המיטות, כלומר, מספר המאושפדים באותה מחלקה היה גבוה יותר ממספר המיטות בתקן שנקבע, ובתקופות מסוימות הגיעה התפוסה אפילו לכ-50 מטופלים בחלק מהמחלקות. זאת ועוד, בחודשים מסוימים במהלך השנים 2016-2017 הגיעה התפוסה במחלקה הפעילה לגברים, באופן קבוע ומתמשך לממוצע של 60 מטופלים ביום ול-40 בלילה. בלילות מסוימים הגיעה התפוסה אף ל-47 מטופלים. במחלקה של הלוקים בנפשם ומכורים גם לסמים ו/או לאלכוהול (להלן - תחלואה כפולה) הייתה התפוסה הממוצעת ביום 50 מטופלים, ובלילה - 40 מטופלים⁴¹; בשער מנשה הגיעה התפוסה באוקטובר 2016 ל-60 מטופלים במחלקה מסוימת ובמחלקה אחרת ל-45 מטופלים; במרכז לבריאות הנפש בבאר שבע (להלן - באר שבע) עמדה התפוסה במחלקה מסוימת במחצית השנייה של שנת 2016 על יותר מ-40 מיטות באופן קבוע ומתמשך.

38 המילה "מיטה" בהקשר זה מקובלת כייצוג למטופל.

39 שיעור התפוסה הרצוי בעולם המערבי הוא 85%, כדי לשמור על כבוד האדם וכאמצעי להפחתת אלימות.

40 יש מטופלים המתאשפדים יותר מפעם אחת, ולכן מצוין כמקרים ולא כמטופלים.

41 הפער בין היום ללילה נובע ממטופלים המגיעים לטיפול יום ובערב שבים למסגרתם מחוץ לבית החולים.

תמונה 1: צפיפות בחדרים עקב תפוסות יתר במחלקות הפסיכיאטריות באברבנאל



צפיפות יתר במחלקה גורמת להתגברות גילויי האלימות בה; ואף חמור מכך - למטופלים המאושפזים במחלקה אין מיטה לנוח בה בשעות היום, ובמהלך הלילה הם נאלצים "לנדוד" וללון במחלקות אחרות. מצב זה הוא בלתי נסבל שכן הוא גורם אי-נוחות רבה מאוד למטופל המאושפז ופוגע בכבודו כאדם ובזכויותיו כחולה.

מדברי מטופלים ובני משפחותיהם שהגיעו לעמותת עוצמה⁴² ומביקורים שעשה צוות הביקורת בבתי חולים פסיכיאטריים עולה כי צפיפות יתר במחלקה גורמת להתגברות גילויי האלימות בה; ואף חמור מכך - למטופלים המאושפזים במחלקה אין מיטה לנוח בה בשעות היום, ובמהלך הלילה הם נאלצים "לנדוד" וללון במחלקות אחרות. מצב זה הוא בלתי נסבל בהיותו גורם אי-נוחות רבה מאוד למטופל המאושפז ופוגע בכבודו כאדם ובזכויותיו כחולה.

עמדת משרד הבריאות בדבר הצפיפות במחלקות האשפוז הפסיכיאטרי: בדיון שקיימה ועדת העבודה, הרווחה והבריאות של הכנסת בינואר 2017 הודיע המשרד כי עמדתו היא שאין צורך בהוספת מיטות, אלא נדרשת דווקא הוספת מסגרות שיקום בקהילה כדי להצליח ליישם את הרפורמה המבנית. לדבריו, מתוך כ-3,500 מיטות הנמצאות כיום בבתי החולים הפסיכיאטריים ובמחלקות הפסיכיאטריות בבתי החולים הכלליים והציבוריים, כ-1,200 הן של מטופלים, שאת רובם צריך לנסות לשלב בטיפול בקהילה. עוד ציין כי יש לפנות את בתי החולים הפסיכיאטריים ולספח את המחלקות לבתי החולים הכלליים⁴³. המשרד הוסיף כי עם זאת, יש צורך מידי להוסיף מיטות לחולים הדרושים מומחיות בתחום בריאות הנפש, כגון: מיטות לחולות באנורקסיה, למאובחנים עם אוטיזם ולסובלים מתחלואה כפולה. לפיכך הודיע המשרד כי יוסיף 150 מיטות פסיכיאטריות במסגרת תכנית רב-שנתית (בחמש פעימות של 30 מיטות בכל

42 עמותת עוצמה היא פורום ארצי של משפחות נפגעי נפש.

43 פרוטוקול 420, "מצבם הקשה של בתי החולים הפסיכיאטריים בישראל", ועדת העבודה, הרווחה והבריאות, 16.1.17.



שיעור המיטות לחולי
תחלואה כפולה עומד
על כ-2% מכלל
מיטות האשפוז בבתי
החולים
הפסיכיאטריים
בישראל, אף
שהשיעור הנדרש
לדעת המשרד הוא
כ-10%. אשפוזם של
חולים אלה במחלקות
שאינן מתאימות
למאפייניהם עלול
להשפיע לרעה גם על
חולים אחרים
במחלקה: לעתים
הדבר מעודד אותם
לצרוך סמים
ואלכוהול, וכן ניכרת
התגברות של אווירת
אלימות במחלקות

על משרד הבריאות להתוות, יחד עם משרד הרווחה ועם משרד האוצר, מדיניות בין-משרדית באשר לצורך לתת מענה למסגרות שהייה למטופלים שאינם זקוקים לאשפוז פסיכיאטרי, וכך לפנות מקום למי שזקוק לאשפוז במוסדות אלו. על משרד הבריאות ועל משרד הרווחה ליישם את כוונותיהם, דבר שעד עתה לא התקיים; עליהם לגבש תכניות פעולה סדורות, המגובות בתקציב ובלוחות זמנים מוגדרים, כדי להעניק למטופלים מענה ראוי על צורכיהם, לרבות בכל הנוגע לתכניות משרד הבריאות להקים מסגרות שיקומיות בקהילה; זאת בין שמדובר במענה זמני עד שיוקמו המסגרות החדשות ובין שמדובר בפתרון קבע לאחר הקמתן. על שני המשרדים הללו גם לקדם את מעמד החלטות ועדת ההכרעה הבין-משרדית כך שהן יחייבו אותם, ליזום במידת הצורך שינויי חקיקה או כתיבת תקנות שיאפשרו את יישום המדיניות ולקדם החלטות פנים-משרדיות בנושא.

אשפוז נכי נפש המכורים לסמים ולאalkohol ("תחלואה כפולה") במחלקות שאינן מתאימות לצורכיהם

כאמור, תחלואה כפולה היא מצב שבו אדם סובל מתחלואה נפשית והוא מכור לסמים ו/או לאלכוהול. יש קשר מובהק בין תחלואה נפשית ובין התמכרות לסמים ולאalkohol. מחקר מגלה כי 47% מחולי הסכיזופרניה ו-56% מהחולים בהפרעה דו-קוטבית (מאניה דיפרסיה) יתמכרו לסמים או לאלכוהול⁶³. עם השנים ניכרת עלייה במספר החולים השרויים במצב פסיכופיזי חריף, ובנוסף סובלים משמוש לרעה ומהתמכרות לאלכוהול ולסמים⁶⁴.

על פי נתוני משרד הבריאות, בשנת 2016 התקבלו לאשפוז 65,792 חולים בתחלואה כפולה, ושיעורם מכלל המתקבלים לאשפוז עמד על כ-25%. שיעור המיטות לחולי תחלואה כפולה עומד על כ-2% מכלל מיטות האשפוז בבריאות הנפש בישראל⁶⁵, אף שהשיעור הנדרש לדעת המשרד הוא כ-10%.

נמצא כי רק בבאר שבע פועלת מחלקה לתחלואה כפולה המקבלת תקצוב ותקנון בהתאם לכך. בבתי החולים אברבנאל, שער מנשה, לב השרון וכפר שאול יש מחלקות לתחלואה כפולה, אך הן אינן מתוקצבות ואינן מתוקננות בהתאם. בבתי החולים באר יעקב, נס ציונה, איתנים, גהה, מעלה הכרמל, שלוותה ומזור (רק טיפולי יום) - אין מחלקות ייעודיות לאשפוז תחלואה כפולה. עבור נשים ובני נוער אין מחלקה ייעודית לתחלואה כפולה בכל הארץ, ולכן

63 A. M. Ponizovsky et al., Trends in dual diagnosis of severe mental illness and substance use disorders, 1996-2010, Israel, Drug Alcohol Depend (2015).

64 ראו גם מבקר המדינה, דוח שנתי 166 (2016), בפרק "שיקום נכי נפש בקהילה", עמ' 575; מבקר המדינה, דוח שנתי 160 (2010), בפרק "סוגית בתחום בריאות הנפש", עמ' 545.

65 הכוונה לכל אשפוז בבית חולים פסיכיאטרי, כולל אשפוזים חוזרים של אותו אדם.

66 "הטיפול בסובלים מתחלואה נפשית כפולה", הכנסת, מרכז המחקר והמידע (דצמבר 2016).

נשים מאושפזות במחלקות סגורות או פתוחות אחרות, ובני נוער מאושפזים במחלקות נוער.

מבקר המדינה העיר למשרד בדוח קודם בנושא סוגיות בבריאות הנפש, כי המחלקות הבודדות הקיימות עבור מטופלים אלה אינן נותנות מענה מספק לבעיה, כי דרושה השקעה רבה בחולים אלה וכי על המשרד למצוא לכך פתרון. העובדה שחולים מסוג זה מטופלים בבתי החולים הפסיכיאטריים, שלא במחלקות ייעודיות, גרמה להכנסת סמים לתוך כותלי בית החולים ועוררה אווירת אלימות. קשיים אלה משפיעים לשלילה על תפקוד המחלקות ועל סיכויי ההחלמה.

שילוב חולים בתחלואה כפולה במחלקות אשר אינן מתאימות למאפייניהם עלול להשפיע לשלילה גם על חולים אחרים במחלקה: לעתים הדבר מעודד אותם לצרוך סמים ואלכוהול, וכן ניכרת התגברות של אווירת אלימות במחלקות. יתרה מכך, הטיפול בחולים הללו אינו כולל תכניות גמילה מסודרות, לכן מיד עם מציאת איוונם התרופתי הם משתחררים בלי שנגמלו מהתמכרותם. פעמים רבות הם חוזרים לאשפוז ומהווים חלק מתופעת ה"דלת המסתובבת".

הביקורת העלתה כי משרד הבריאות טרם גיבש מענה לחולים הסובלים מתחלואה כפולה: ברוב בתי החולים הפסיכיאטריים עדיין אין מחלקות המיועדות להתמודדות עם חולים אלה, ולכן הם מאושפזים במחלקות הקיימות בבתי החולים. לעתים פועלת מחלקה כזו בשיתוף מחלקה אחרת, לדוגמה: בשער מנשה החולים בתחלואה כפולה מאושפזים במחלקה הממושכת ובאברבנאל ביחידה המשפטית⁶⁷. שילוב של עבריינים עם חולים בתחלואה כפולה, שבחלק מהמקרים גם הם יהיו בעלי רקע פלילי, הוא בעייתי לכשעצמו, ומדברי צוות המחלקה מוביל פעמים רבות לאלימות רבה בתוך המחלקה ועקב כך לצורך בהגבלות.

משרד הבריאות ציין בתשובתו כי מאז שנת 2010 הוא הכשיר צוותים רפואיים ופרה-רפואיים לטיפול בחולים בתחלואה כפולה והסב מיטות קיימות למחלקות לתחלואה כפולה. כמו כן מסר כי יבחן פתיחת מיטות ייעודיות נוספות לנושא.

משרד מבקר המדינה מעיר למשרד הבריאות כי הסבת מיטות היא פתרון חלקי בלבד ואינו מספק, בייחוד לנוכח העובדה שהוא עלול להגביר את הצפיפות בחלק מהמחלקות לפחות. יש להזכיר גם את הבהרת המשרד עצמו, ולפיה מספר המיטות הקיים אינו נותן מענה הולם לצרכים הקיימים כיום, וכי יש צורך בפתיחת מחלקות ייעודיות⁶⁸, לרבות לנשים ולבני נוער.

67 יחידה שבה נבדקים מטופלים שביצעו עבירה ומאושפזים בה לצורך הסתכלות של צוות רפואי שיקבע אם העבירה בוצעה בעקבות מחלת הנפש (ראו להלן).

68 הערות משרד ראש הממשלה לדוח מבקר המדינה, **דוח שנתי 60ב** (2010).

מצבם של המטופלים, והם חוזרים לאשפוז. לדוגמה: מאובחן עם אוטיזם שבמשך כ-13 שנה עובר בין מסגרות שאינן מתאימות לו, ובעקבות כך חוזר לאשפוזים בבתי חולים פסיכיאטריים. הקמת הוסטלים אשר יתנו מענה למטופלים אלה תעניק להם פתרון מגורים קבוע, תמנע החמרה במצבם הרפואי ותחסוך משאבים כספיים.

איתנים: במאי 2011 החליטו מנכ"לי משרדי הבריאות והרווחה על מתן מענה משותף ומידי באמצעות הפעלת הוסטל, שישמש מסגרת ייעודית באיתנים ל-12 בוגרים המאובחנים עם אוטיזם. משרד הבריאות מסר ביולי 2017 כי הוסטל נמצא בשלבי שיפוץ אחרונים המתוכננים להסתיים בנובמבר, אך טרם פורסם מכרז להפעלתו עקב דיון בין חטיבת בתי החולים של משרד הבריאות לבין משרד הרווחה בנושא תקינת כוח האדם, בכפוף למתן אישור משרד האוצר.

זה שנים שמשרד הבריאות מכיר בצורך להרחיב את המענה למאובחנים עם אוטיזם, המאושפזים בבתי החולים הפסיכיאטריים, והדגיש זאת גם מבקר המדינה בדוח הקודם בנושא סוגיות בבריאות הנפש. ואולם, כוונותיו להוסיף מיטות, להקים מבנה חדש, לשפץ את המבנה הקיים ולהקים הוסטלים ייעודיים עבור החולים המאושפזים שלא לצורך, לא צלחו, וחלק מהכוונות נותרו בגדר תכנון בלבד. מבקר המדינה מעיר למשרד הבריאות ולמשרד הרווחה כי אין די בכוונות ובתכנון לטווח הארוך; על משרד הבריאות לאתר פתרונות שיקלו מידית את המצוקה הקיימת, הן באמצעות שינוי הגדרת סוג המחלקות מממושכות לפעילות והן באמצעות שיפוץ מהיר של מבנים קיימים והרחבת מספר המיטות שבהם עד לתקן הקיים, לפחות. כמו כן עליו לקדם, בשיתוף משרד הרווחה ומשרד האוצר, תכנית סדורה ומדורגת למתן פתרון מגורים מלא למאובחנים עם אוטיזם, שאינם יכולים להתגורר בבתייהם, אך אין צורך לאשפזם בבתי חולים. על שלושת המשרדים, לפקח שהתכנית עומדת בלוחות הזמנים שנקבעו במסגרתה וכן לסייע באיתור מקורות המימון הנדרשים לשם כך. פתרון לסוגיה זו עשוי להביא גם לפינוי מיטות בבתי החולים הפסיכיאטריים לטובת אלה שאכן זקוקים להם.

אשפוז עצירים בתוך המחלקות הפסיכיאטריות

פסיכיאטריה משפטית היא תת-התמחות בפסיכיאטריה העוסקת במחקר, בהערכה ובטיפול בנקודות ההשקה שבין פסיכיאטריה לחוק, ועוסקת בהשלכותיהם המשפטיות-חוקיות של מצבים נפשיים שונים. שופט רשאי לבקש

חוות דעת משפטית⁷⁸ מפסיכיאטר מומחה כדי לגבש מסקנות בנושא שפיות או חוסר שפיות של מבצע עבירה, אם לדעתו יש צורך בכך. אפשר לבקש חוות דעת משפטית מטעם התביעה או מטעם ההגנה (ראו להלן).

התייעלות ביצוע בדיקות פסיכיאטריות אמבולטוריות⁷⁹: חוק הטיפול בחולי נפש קובע כי אדם החשוד בביצוע עבירה, יכול לטעון שמצבו הנפשי בעת ביצוע העבירה הוא זה שהביא למעשיו, או שמצבו הנפשי כיום, אינו מאפשר לו לנהל הליך משפטי תקין. במצב זה רשאי האדם או עורך דין מטעמו לפנות לשופט בבקשה להוצאת צו לבדיקה פסיכיאטרית אמבולטורית, ולאחריה במידת הצורך צו להסתכלות באשפוז (להלן - הסתכלות). הבדיקות וההסתכלויות נערכות בבתי החולים הפסיכיאטריים⁸⁰. הבדיקה האמבולטורית מתבצעת לרוב במיון או במרפאה בבית חולים לבריאות הנפש באותו מחוז של בית המעצר. לשם כך יש צורך בהוצאת רכב להובלת העצור, בליווי זקיפים (חייל או שומר) וכן בשהייתם במיון בעוד הנבדק אזור.

מציאות זו טומנת בחובה כמה קשיים: עומס בחדרי המיון של בתי החולים הפסיכיאטריים; אי-נוחות בקרב מטופלים אחרים המגיעים לחדרי המיון, בקרב מלוויהם ואף בקרב צוות בית החולים, הנובעת מעצם הנוכחות של כוחות הביטחון ומגילויי אלימות והתנגדות שעלולים להתעורר מצד הנבדקים; נוכחות של נבדקים אזוריים ושל זקיפים עלולה אף להחמיר את מצבם של המטופלים, השרויים ממילא במצבים סוערים ולעתים אף בחרדות; ועלויות כספיות הכרוכות בנסיעות ובאבטחה. מנתונים של שער מנשה עולה כי בשנת 2016 היו 178 בדיקות אמבולטוריות, וכי כשני שלישים מן הנבדקים נדרשו גם לצו הסתכלות, שבוצע בבית החולים; גם במחצית הראשונה של 2017 נדרשו שני שלישים מן הנבדקים לצו הסתכלות.

כצעד של יעילות החליטה הנהלת אברבנאל לבצע בדיקות פסיכיאטריות אמבולטוריות עוד בבית המשפט. לצורך כך הוחלט להציב, לכמה שעות מדי יום, רופא פסיכיאטר באגף העצירים בבית משפט השלום בתל אביב⁸¹. כאשר שופט סבור שחשוד זקוק להערכה פסיכיאטרית, הוא נשלח לבדיקה אמבולטורית מידית אצל הפסיכיאטר שנוכח באותה עת בבית המשפט. אם סבור הפסיכיאטר כי יש צורך באשפוז למטרת הסתכלות, העציר מופנה לבית החולים לצורך כך. מהנתונים שמסר אברבנאל בנוגע למחצית הראשונה של 2017, עולה כי בבית המשפט נערכו 133 בדיקות אמבולטוריות, ולאחריהן

78 חוות דעת פסיכיאטרית משפטית עוסקת במצבם הנפשי של הנבדקים, בהתייחסה לאירוע העבירה, לאבחון פסיכיאטרי-משפטי ולנושא האחריות והמסוגלות לעמוד לדין. תהליך כתיבת חוות הדעת כולל בדיקות חוזרות רב-מקצועיות ביחידה המשפטית, איסוף מידע מגורמים שונים, כגון המשטרה, עורכי דין, בתי חולים, מרפאות, רווחה, מסגרות גמילה ובני משפחה והכנת חוות דעת משולבת בהתאם. לחוות הדעת יש משמעות משפטית המשמשת במסגרת הליכים משפטיים בבית משפט ואף מחוץ לו.

79 טיפול רפואי הכולל ייעוץ או התערבות רפואית הניתנים למטופל בבית חולים או במרפאה, ולאחריהם משתחרר המטופל מן המתקן הרפואי באותו היום שבו הגיע אליו.

80 למעט מקרים הנוגעים לאסירים, שלגביהם ההסתכלות מתבצעת במתקן של שב"ס המסונף לבית החולים באר יעקב (מב"ן).

81 בית משפט השלום בתל אביב שוכן במחוז בית החולים, ובשל כך הבדיקות של העצירים מתבצעות לרוב בו.

אבטחת עצירים המאושפזים לצורך הסתכלות היא משימה מורכבת ורגישה הטומנת בחוברה מתח מובנה בין גורמי מערכת הבריאות לגורמים הביטחוניים

נשלחו 74 נבדקים להסתכלות באברבנאל⁸². בזכות כך נמנעה שליחתם של כ-60 עצירים למיון בבתי החולים הפסיכיאטריים.

משרד מבקר המדינה רואה בחיוב את היוזמה של אברבנאל, וממליץ לשאר בתי החולים, למשרד הבריאות, לשב"ס ולמשטרה לשקול לאמץ פתרון זה.

התמודדות מערכת בריאות הנפש עם הצורך לבצע צווי הסתכלות ולאבטח עצירים: כאשר פסיכיאטר מחליט כי נדרש צו הסתכלות באשפוז, והשופט מקבל את החלטתו, יאושפזו לרוב העצירים, במחלקות הסגורות בבתי החולים. בבתי החולים מזור, לב השרון ואברבנאל יש יחידות משפטיות המיועדות לאשפוז העצירים. בבתי החולים האחרים, וכן כאשר אין מקום באותן יחידות המשפטיות, הם מאושפזים יחד עם נכי נפש אחרים. אשפוז עצירים בצו הסתכלות יחד עם מאושפזים נכי נפש עלול לעורר קשיים דומים לאלה המתעוררים בעת ביצוע בדיקות אמבולטוריות של עצירים בחדרי המיון.

לפי נתוני משרד הבריאות, בשנים האחרונות נצפתה עלייה של 33% במספר צווי ההסתכלות. מאז 2006 ועד 2016 עלה מספר צווי הסתכלות מ-1,350 צווים בשנה לכ-1,800 צווים לכל היותר. בשנת 2016 הפכו רק 447 (כ-25%)⁸³ מתוך צווי ההסתכלות לצווי אשפוז⁸⁴.

אבטחת עצירים המאושפזים לצורך הסתכלות במרכזים לבריאות הנפש היא משימה מורכבת ורגישה. לפי חוק הטיפול ופקודת בתי הסוהר [נוסח חדש], התשל"ב 1971 על בתי החולים להשתמש בכל האמצעים הדרושים למניעת בריחתו של עצור.

משימה זו טומנת בחובה מתח מובנה: בתי החולים הפסיכיאטריים הם בראש ובראשונה מקום המיועד לטיפול בחולים, והם אינם בית כלא או בית מעצר, אינם אמורים להיות מאובטחים כמותם ואינם משמשים חלק ממערכת הענישה. לפי התפיסה המקצועית של המערך הפסיכיאטרי, הסתכלות היא בדיקה פסיכיאטרית הנעשית באשפוז כדי לאפשר תצפית בהתנהגותו הטבעית של הנבדק; לעומת זאת, מבחינת המערך הביטחוני - שב"ס או משטרה - חובתו הראשונה היא לשמור שהעצור לא יברח ולא יתקוף אחרים במחלקה; לשם כך בדרך כלל ילווה העציר בזקיפים, ואף יהיה אזוק בחלק מהזמן - במצב זה הוא אינו נתון ב"התנהגות טבעית" כנדרש לצורך הבדיקה הפסיכיאטרית.

82 בפועל 65 מבין 74 עצירים שנשלחו לאברבנאל אושפזו לצורך הסתכלות.

83 יש מקרים שבהם ברור לרופא הפסיכיאטר כי יש צורך באשפוז, ולכן העבריון אינו עובר הסתכלות ומקבל מיד צו אשפוז. בשנת 2016 ניתנו 230 צווי אשפוז ובשנת 2006 ניתנו כ-50 צווי אשפוז ללא ביצוע הסתכלות לפני, ולכן הם נגרעים מהחשוב.

84 ראו: לוחות של פסיכיאטריה משפטית ממשרד הבריאות; מרדכי מרק, "הערכת מגמת העלייה בצווי הסתכלות במחלקות הסגורות".

למרות המתח המובנה שתואר, טרם נקבעה הסדרה בין גורמי מערכת הבריאות לגורמים הביטחוניים בעניין זה. כמו כן עולה שאין אחדות בין דרישות השב"ס לדרישות המשטרה בנושא, למשל: בשב"ס נדרשים לרוב שלושה זקיפים כשנשלח עציר להסתכלות, ואילו במשטרה זקיף אחד או כלל לא, תלוי במסוכנות העציר. גם לגבי האיזוק הדברים אינם אחידים: השב"ס דורש שימוש תכוף יותר באזיקים בהשוואה למשטרה, ובעקבות כך גם כל אחד מבתי החולים נוהג על פי שיקול דעתו: יש כאלו המסרבים לערוך בדיקה בתנאי כבילה ומעדיפים לשפר את אמצעי האבטחה הקיימים במחלקה, אחרים מסרבים לבדיקה בתנאי כבילה אך אינם משפרים את אמצעי האבטחה, ויש כאלה שאינם מאפשרים שום נוכחות של גורמי ביטחון במחלקה⁸⁵.

יוזמה להתייעלות בבאר יעקב ובשער מנשה: יוזמה ייחודית פותחה בבתי החולים באר יעקב ושער מנשה. מנהלי בתי החולים פתחו יחידה אמבולטורית להסתכלויות, שבה עצור מגיע להסתכלות פעם-פעמיים בלבד, לשעות אחדות, ללא צורך באשפוז מלא במחלקות בית החולים. לטענת מנהל באר יעקב, די בכך כדי לתת חוות דעת; אם יש צורך בהסתכלות ממושכת יותר, ניתן לאשפז את העצור לצורך כך באחת ממחלקות בית החולים.

בשנת 2015 החלו משרד הבריאות, שב"ס ומשטרת ישראל בכתיבת נוהל אחוד המסדיר את אבטחת הנבדקים (ליווי ואיזוק), אך כתיבתו הופסקה בראשית 2016 בשל חילוקי דעות בקרב הגורמים.

משרד הבריאות הציע כמה פתרונות לבעיית סוגיית האבטחה: (א) הקמת מחלקות ברמת ביטחון מוגבר: מחלקות אלה יפעלו ברמת ביניים שבין רמת האבטחה במחלקה סגורה, לבין רמת האבטחה הגבוהה שבחטיבה לביטחון מרבי בשער מנשה (להלן גם - החטיבה)⁸⁶. בשנת 2012 הורה מנכ"ל משרד הבריאות דאז, פרופ' רוני גמזו להקים מערך אבטחה מחוזי ברמת ביניים, אשר יספק מענה לצווי ההסתכלות, יקל על המחלקות שקולטות עצירים, ויאפשר טיפול מיטבי בחולים אלימים. היחידות תוכננו לקום בבאר יעקב, בכפר שאול ובבאר שבע. אולם, בעת סיום הביקורת, אוקטובר 2017, רק בכפר שאול נפתחה יחידה כזו, ובה שמונה מיטות המיועדות לגברים בלבד. בבאר שבע ובבאר יעקב נמצאות היחידות בשלבי תכנון ראשוניים; (ב) הקמת יחידה בתוך חטיבת ביטחון מרבי שבשער מנשה שתיועד להסתכלויות בעצירים בלבד, בעלי צורכי ביטחון מוגברים (כאלה ששב"ס הגדירים מסוכנים חברתית)⁸⁷ או למקרים

85 מכתב ממשטרת ישראל לח"כ גלעד ארדן: "בדיקה והסתכלות פסיכיאטרית לעצירים או אסירים המאובטחים על ידי המשטרה או השב"ס", 5.12.16.

86 החטיבה לביטחון מרבי בשער מנשה מיועדת לאשפוז מטופלים קשים ביותר שרובם מאובחנים כלוקים בסכיזופרניה, לכולם רכיב של אלימות בהתנהגותם עם מוטיבים של התנהגות עבריינית והם מסכנים את עצמם ואת סביבתם.

87 עמדת האגף לבריאות הנפש בסוגיית "ההגבלות המכאניות 'קשירות'", 11.12.16.

ייחודיים אחרים; (ג) הקמת מחלקה פסיכיאטרית בכל מחוז במתקני השב"ס⁸⁸; (ד) מציאת פתרון ביניים הוא העלאת רמת האבטחה ביחידות מסוימות בבתי החולים, ובכך לייתר את הצורך באיזוק או בזקיפים. האגף לבריאות הנפש מסר למשרד מבקר המדינה, באוגוסט 2017, כי שב"ס, משרד הבריאות והמשטרה פועלים לאיתור מקומות שיתאימו לכך.

לדברי מנהל בית החולים כפר שאול ומשרד הבריאות, רמת האבטחה ביחידה בכפר שאול משופרת לעומת מחלקות סגורות אחרות: היחידה מרושתת במצלמות גם בחדרים, יש קרבה לתחנת אחות ומתאפשרת בה נעילת האזור לפי הצורך. עם זאת, גם רמת אבטחה זו אינה מונעת בריחות ואינה מיתרת את הצורך בליווי זקיפים או באיזוק עצירים. המנהל הסביר כי במשרד גובשו ההמלצות לביטחון מוגבר⁸⁹ רק לאחר בניית היחידה בכפר שאול, ולכן יחידה זו אינה עומדת בהכרח בכל ההמלצות. בעתיד ייבנו היחידות בהתאם להמלצות.

באשר לפתרונות שעלו, הערכת מינהל התכנון בשב"ס היא שרצוי שהבדיקות הפסיכיאטריות יתמקדו במוסד אחד שאליו יופנו העצירים. כך יושג חיסכון שלהערכתו צפוי להגיע לכדי כ-3 מיליון ש"ח בשנה, ולהערכת המשטרה אף לחיסכון של מאות ימי עבודה⁹⁰.

משרד הבריאות מסר בתשובתו כי בימים אלו הוא עורך ניסוי חלוץ (פיילוט) שבמסגרתו יוצבו מאבטחים במחלקות הפסיכיאטריות בדגש על התמודדות עם העצירים. כמו כן, חטיבת בתי החולים מגבשת אסטרטגיה רב-שנתית לתחום בריאות הנפש, ובמסגרתה תבוצע עבודת מטה שתעסוק, בין היתר, בסוגיה זו. שב"ס השיב למשרד מבקר המדינה בדצמבר 2017 כי בד בבד מתקיימת עבודת מטה לבחינת האפשרויות והמשמעויות להקמת מתחם ייעודי בשב"ס לאשפוז העצורים, תוך כדי ניתוח המשמעויות הרפואיות והמשפטיות. משטרת ישראל השיבה כי מונה צוות בראשות מנכ"ל המשרד לביטחון פנים להסדרת הנושא ולמציאת פתרונות לטווח ארוך.

88 מתוך מסמך "סיכום דיון: הקמת צוות בינמשרדי לבחינת חלופות לבדיקות פסיכיאטריות לאסירים/עצירים", 11.5.17.

89 ההמלצות במסמך "יחידה לביטחון מוגבר - מסקנות והמלצות - הוועדה לבחינת הנושא" (יוני, 2012).

90 מינואר עד יולי 2017 הושקעו כ-360 ימי עבודה בזקיפויות וכ-2,000 שעות ביקורת אצל הזקיפים על חשבון משימות אחרות.

הפתרונות שהעלו משרד הבריאות, שב"ס ומשטרת ישראל לא הגיעו לידי גיבוש פתרון אחיד וסדור. משרד מבקר המדינה מעיר למשרד הבריאות, לשב"ס ולמשטרת ישראל על השיהוי ארוך השנים, שבו טרם ניתן מענה לסוגיה מורכבת זו, הנוגעת לעצירים שנדרשים לבדיקות פסיכיאטריות. עליהם לקיים עבודת מטה מערכתית ומשותפת לגיבוש המענה המתאים שיספק את רמת האבטחה הנדרשת, אגב ביצוע מקצועי של הבדיקות, ומתוך שמירה הן על זכויות העצירים והן על ביטחון החולים האחרים וצוותי מערך הבריאות. משרד מבקר המדינה מברך על הפיילוט של הצבת מאבטחים במחלקות הפסיכיאטריות, אך יש לציין שסמכויותיו של מאבטח אינן כדין סמכויותיהם של צוותי הסיעוד, שכן מאבטח אינו רשאי ליצור מגע פיזי כלשהו עם מטופל, ולכן אינו יכול לרסן באופן מוחלט מקרי האלימות. עד לפתרון מלא ושלם, ראוי שבתי החולים יבחנו את היוזמות המקומיות שהנהיגו בתי החולים אברבנאל, שער מנשה ובאר יעקב לייעול מערך הבדיקות הפסיכיאטריות לעצירים, וישקלו להרחיבן או להתאימן אליהם.



משרד הבריאות לא
הכין תכנית הכשרה
עבור הצוותים
הרפואיים והסיעודיים
להתמודדות עם
תופעות של אלימות
ומסוכנות ולמניעת
הסלמה. הדבר פוגע
ביכולתם להתמודד
עם המטופלים, מגביר
את הסכנה לביטחונם
ולביטחון המטופלים
ומביא להגברת
השימוש בהגבלות

הביקורת העלתה כי משרד הבריאות לא הכין תכנית הכשרה עבור הצוותים הרפואיים והסיעודיים להתמודדות עם תופעות של אלימות, מסוכנות ומניעת הסלמה, לא לחטיבה לביטחון מרבי בשער מנשה ולא למחלקות אחרות בו, ובכלל בתי החולים. הכשרות אלו דרושות גם ככלים למניעת אירועי הסלמה וכחלופה להגבלות, כפי שקבעה הוועדה לצמצום הגבלות. הדבר פוגע ביכולתם של הצוותים להתמודד עם אוכלוסייה זו, מגביר את הסכנה לביטחונם ולביטחון המטופלים ומגביר את השימוש בהגבלות.

על פי תשובת משרד הבריאות, במהלך שנת 2017 הועברו הדרכות לכ-50 מחלקות בבתי החולים בארץ בנושא שיטות למניעת הגבלה, המתבססות על ידע מחוץ לישראל. כדי להטמיע את השיטות נדרש תקציב שאושר בינתיים לשנת 2017 בלבד והמשרד ממתין לאישור עבור שנת 2018.

על משרד הבריאות להטמיע את דרכי ההתמודדות עם תופעות של אלימות בכל המחלקות בבתי החולים הפסיכיאטריים. בכך יבסס המשרד את מעמדו כגורם התורתי והמאסדר של מערך בריאות הנפש, וישמש גורם בר סמכא כלפי דרגי השטח להתמודדות עם אלימות בכל המחלקות בבתי החולים הפסיכיאטריים, לרבות החטיבה לביטחון מרבי. כמו כן על המשרד לבחון פתרון ראוי יותר לחטיבה, הקולטת אליה את המטופלים המסוכנים ביותר בארץ, כדי להפחית כמה שניתן מצבים אלימים שהצוות הסיעודי והרפואי מתקשה לטפל בהם, ואף נאלץ לזנוח את הטיפול בחולים אחרים במחלקה כדי להתמודד עמם.

סיכום

נכי נפש סובלים מיחסי ציבור גרועים, מתווית שלילית ומהדרה חברתית. לתווית זו מתלווה גם פחד מן הזר ומן הלא מוכר, ונוצרת תחושה שמדובר באנשים אלימים ומסוכנים או מזוהים וחריגים. ואולם, רבים מהם דומים לכל אדם אחר הסובל ממחלה כרונית. לעתים מצבם מתערער ואז נדרש להם טיפול ממוקד יותר, ולעתים הוא מתערער עד כדי צורך באשפוז, ואף אשפוז בכפייה או אשפוז ממושך. גם בעת אשפוזם של נכי הנפש מחויבת המדינה להבטיח כי ינהגו בהם בכבוד, וכי יובטח מזור לכאבם. מדובר באוכלוסייה שברירית חסרת ישע הזקוקה לכתף תומכת ולאוזן קשבת. חברה בריאה יכולה וצריכה לדאוג לחוליה החלשה שבקרבה. על רקע זה מצא לנכון משרד מבקר המדינה לעסוק פעם נוספת בסוגיית נכי הנפש. דוח ביקורת זה מצטרף לסדרת דוחות שעסקו בסוגיה זו, ואשר העלו ממצאים חמורים בנוגע לטיפול בנכי הנפש, בשיקומם ובשמירה על זכויותיהם. יש להעיר בחומרה למשרד הבריאות על שלא פעל להסרת רבים מהליקויים שעלו בדוחות, ואשר מסכנים את המאושפזים וצוותי הטיפול במחלקות הפסיכיאטריות.

התמונה הקשה שעלתה בביקורת הנוכחית ידועה למשרד הבריאות ולמשרד האוצר כבר שנים ארוכות. אין די בפעילויות המעטות שנקט משרד הבריאות כדי לצמצם את הפערים העצומים שנפערו במהלך 25 השנים האחרונות. פערים אלו פוגמים בהפעלתם ובתחזוקתם של בתי החולים הפסיכיאטריים, ואינם מאפשרים להתנהל על פי הסטנדרטים הנדרשים. במהלך העשורים האחרונים בוצעו כמה רפורמות חשובות שהובילו, בין השאר, לשינוי בתקצוב המערכת ולהפחתת המיטות, אולם המערכת נמצאת עדיין במחסור גדול.

קיימת מגמה כלל-עולמית המצדדת בהעברת מחלקות פסיכיאטריות לבתי החולים הכלליים, ואולם משרד הבריאות לא גיבש את מדיניותו בעניין זה, וטרם הכריע באשר לעתידם של בתי החולים הפסיכיאטריים. על משרד הבריאות, בשיתוף משרד האוצר, להחליט לאלתר בנושא עתידם של בתי החולים הפסיכיאטריים. בהתאם להחלטה זו על משרדי הבריאות, והאוצר, בשיתוף משרד הרווחה, לקדם תכנית הבראה למערכת בריאות הנפש, החל במיפוי המטופלים שאינם צריכים להיות מאושפזים בבתי החולים אלו והעברתם לחלופות ראויות, עבור בייעוד מיטות למחלקות שבהן דרושה התמקצעות, כגון תחלואה כפולה ואוטיזם, וכלה בקידום תכנית רב שנתית לצורכי בינוי ופיתוח של כלל בתי החולים הפסיכיאטריים אגב ניתוח תשתיות האשפוז הקיימות אל מול צורכי המערכת.

אף על פי שתמהיל המטופלים שנותר באשפוז נעשה מורכב יותר, אלים יותר, מתאפיין בתפקוד נמוך, בתחלואה כפולה וקשה יותר לטיפול - עדיין חסרים כוח אדם ומיטות ייעודיות, ומשרד הבריאות לא פעל לתקנון המתאים לדרישות של טיפול ראוי ומכבד בנכי הנפש המאושפזים. בצד זאת, משרד מבקר המדינה מוצא לנכון לציין לחיוב את עבודתם המסורה של הצוותים הרפואיים, הסיעודיים והפרה-רפואיים העוסקים בטיפול בנכי הנפש המאושפזים בבתי החולים הפסיכיאטריים.

נוכח התמונה הקשה העולה מדוחות הביקורת השונים שעסקו בטיפול בנכי נפש ובשיקומם הן בקהילה והן באשפוז ובמשנה תוקף בדוח זה, משרד מבקר המדינה ממליץ על הקמת ועדה ציבורית שתדון בתכנון מערכת בריאות הנפש בישראל ובחיזוקה מתוך שמירה על זכויות המטופלים.

נספח ע/2

**בריאות הנפש בישראל,
שנתון סטטיסטי 2018”
משרד הבריאות (2018)**

בריאות הנפש בישראל

שנתון סטטיסטי 2018

אגף לבריאות הנפש
ד"ר טל ברגמן-לוי
אגף המידע
ציונה חקלאי
רינת יופה, אינה פוגצ'וב
נחמה גולדברגר, מרים אבורבה

ירושלים
שבט תש"ף
פברואר 2020



אשפוז פסיכיאטרי

שירותי האשפוז הפסיכיאטרי ניתנים במסגרת אשפוז או אשפוז יום, בהתאם לחומרת מצב המטופל וצרכיו הטיפולים, כאשר הטיפול בקהילה אינו יכול לתת מענה לצרכים אלה. מערך האשפוז הפסיכיאטרי בישראל כולל שמונה בתי חולים פסיכיאטריים בבעלות ממשלתית, שני בתי חולים בבעלות שירותי בריאות כללית, בית חולים בבעלות ציבורית ושני בתי חולים בבעלות פרטית. בנוסף, קיימות 11 מחלקות פסיכיאטריות בבתי חולים כלליים ומחלקה פסיכיאטרית בשירות בתי הסוהר. מחלקות האשפוז מותאמות לגיל המאושפז, קיימות מחלקות המיועדות לטיפול בילדים ונוער, מחלקות למבוגרים ומחלקות לטיפול בקשישים.

החוק לטיפול בחולי נפש תשט"ו (1955) ותיקונו באפריל תשנ"א (1991), מחייבים דיווח על כל אשפוז פסיכיאטרי למשרד הבריאות. מאגר המאושפזים באשפוז הפסיכיאטרי מנוהל במשרד הבריאות, בהתאם לחוק. המאגר הוקם באמצע שנות החמישים, ומאז כל בתי החולים הפסיכיאטריים ומחלקות האשפוז הפסיכיאטריות מדווחים למשרד הבריאות על כל קבלה, שחרור, שינויים באופן הקבלה לפי סעיף החוק (אשפוז בהסכמה או בכפייה) ושינויים במסגרת האשפוז (אשפוז או אשפוז יום). פרטים דמוגרפיים ותמותה מתעדכנים ממרשם האוכלוסין. המאגר משמש לצורך תכנון, מעקב, בקרה, מחקר ומתן מענה לגורמי ביטחון מורשים בחוק.

הגדרות

אשפוז: מסגרת טיפולית במחלקה פסיכיאטרית בבית חולים שכוללת לינה למשך יממה ומעלה.

אשפוז יום: מסגרת טיפולית במחלקת אשפוז יום או במחלקת אשפוז בבית חולים פסיכיאטרי או בבית חולים כללי, שמטרתה להמשיך את תהליך הטיפול והשיקום של המטופל לאחר סיום תקופת האשפוז, לקראת שחרורו והשתלבותו בקהילה. המטופל מגיע למספר ימים בשבוע, מספר שעות ביום, ללא לינה.

מיטות אשפוז בתקן: מספר מיטות האשפוז בהתאם לתעודת הרישום של בית החולים בזמן מוגדר. בפרסום מוצג מספר המיטות בסוף השנה.

ימי שהיה ברוטו: סך ימי שהיה של מטופלים במסגרת האשפוז במהלך השנה, כולל ימים בהם המאושפז לא לן בבית החולים. בחישוב סך ימי האשפוז נספר יום הקבלה ולא נספר יום השחרור.

ימי אשפוז נטו: סך ימי שהיה של מטופלים במסגרת אשפוז במהלך השנה, להוציא ימים בהם המאושפז לא לן בבית החולים. בחישוב סך ימי האשפוז נספר יום הקבלה ולא נספר יום השחרור.

אחוז תפוסת מיטות נטו:
$$\frac{\text{מספר ימי אשפוז נטו } X 100}{\text{מספר המיטות בתקן } X \text{ מספר הימים שהמיטות היו בתקן}}$$

ימי אשפוז יום: סך ימי שהיה של המטופלים במסגרת אשפוז יום בפועל במהלך השנה.

קבלות לבית חולים: קבלות מהקהילה לבית החולים למסגרת אשפוז פסיכיאטרי שנמשך לפחות 24 שעות.

קבלות ראשונות לבית חולים: מספר קבלות מהקהילה לבית החולים למסגרת אשפוז פסיכיאטרי, שנמשך לפחות 24 שעות, לראשונה בחייו של אדם בישראל.

קבלות חוזרות לבית חולים: מספר קבלות חוזרות מהקהילה לבית החולים למסגרת אשפוז.

מאושפדים במהלך השנה: מספר האנשים שהיו במסגרת אשפוז לפחות יום אחד בשנה.

מאושפדים בסוף השנה: מספר האנשים שהיו במסגרת אשפוז בסוף השנה.

מטופלים באשפוז יום במהלך השנה: מספר אנשים שהיו במסגרת אשפוז יום לפחות יום אחד בשנה.

מטופלים באשפוז יום בסוף השנה: מספר האנשים שהיו במסגרת אשפוז יום בסוף השנה.

שחרורים מאשפוז: מספר השחרורים ממסגרת אשפוז במהלך התקופה. העברה בין בתי חולים אינה מפסיקה את רצף האשפוז.

שחרורים מבית החולים: מספר השחרורים מבית החולים ממסגרת אשפוז או מסגרת אשפוז יום בתקופה.

שיעור מתוקנן לגיל: מחושב שיעור מאושפדים, שיעור קבלות, שיעור ימי אשפוז במהלך השנה ושיעור מאושפדים בסוף השנה מתוקנן לגיל ל-1,000 נפש, בתקנון ישיר. אוכלוסית ישראל בשנת 2009 נקבעה כאוכלוסית תקן לפי קבוצות הגיל הבאות: 0-17, 18-24, 25-44, 45-64, 65 ומעלה.

אבחנות: בהתאם לקידוד האבחנות הבינלאומי ICD-10, מוצגות קבוצות האבחנות הבאות:

Schizophrenia & delusional disorders	F20-F22, F25, F28-F29	סכיזופרניה והפרעות דלזיונליות
Acute psychotic disorders	F23-F24	הפרעות פסיכוטיות חריפות
Affective disorders	F30-F39	הפרעות אפקטיביות
Organic disorders	F00-F09, G40	הפרעות אורגניות
Neurotic disorders	F40-F59	הפרעות ניוורטיות
Personality disorders	F60-F69	הפרעות אישיות
Childhood disorders	F80-F98	הפרעות בגיל הילדות
Drug & alcohol use	F10-F19	שימוש בסמים ואלכוהול
Mental retardation	F70-F79	פיגור שכלי
Observation	F99,Z00-Z91	הסתכלות

מקורות המידע

המידע על פעילות האשפוז הפסיכיאטרי מבוסס על מאגר האשפוזים הפסיכיאטריים המנוהל בהתאם לחוק במשרד הבריאות באחריות האגף לבריאות הנפש ואגף המידע. במאגר פרטים דמוגרפיים, פרטים על האשפוז, אבחנות ובעיות גופניות נלוות. פרטים דמוגרפיים ופרטי תמותה מתעדכנים מתוך מרשם האוכלוסין.

ממצאים עיקריים

- **מיטות האשפוז:** בסוף 2018 היו 3,591 מיטות לאשפוז פסיכיאטרי בתקן. שיעור המיטות ממשיך לרדת, 0.40 ל-1,000 נפש, ירידה ב-12% מסוף 2009 וב-5% מסוף 2014.
- **מספר המיטות במוסדות לגמילה בסמים:** מספר המיטות עלה בעשור האחרון, 1,158 בסוף 2018 מ-780 בשנת 2009. מיטות אלו אינן נכללות בספירת המיטות לאשפוז פסיכיאטרי.
- **תפוסת מיטות האשפוז:** בשנת 2018 התפוסה נטו באשפוז הפסיכיאטרי היה 96%, עליה מ-94% בשנה שעברה. התפוסה בפסיכיאטריה פעילה היתה 96%, בפסיכיאטריה פעילה ילדים ונוער 89%, בפסיכיאטריה פעילה ממושכת 100%, בפסיכיאטריה משפטית 86% ובמחלקות להפרעות אכילה 80%.
- **ימי אשפוז נטו:** בשנת 2018 היו 1,215 אלף ימי אשפוז נטו, ללא חופשות, 137 ל-1,000 נפש, השיעור ירד ב-14% בעשור האחרון וב-8% משנת 2014.
- **ימי טיפול באשפוז יום:** בשנת 2018 היו 60 אלף ימי טיפול נטו במסגרת אשפוז יום, 6.7 ל-1,000 נפש, ירידה ב-19% בעשור האחרון וב-12% משנת 2014.
- **ימי אשפוז לפי קופה:** בשנת 2018 63% מכלל ימי האשפוז כולל חופשות היו של מבטחי כללית, 19% של מכבי, 9% של מאוחדת ו-8% של לאומית. למעלה משני שליש (69%) מכלל ימי האשפוז היו של מאושפזים ששהו באשפוז עד שנה ו-31% לאלו ששהו באשפוז שנה ומעלה.
- **שיעור ימי אשפוז מתוקן לגיל לפי קופה:** בשנת 2018, שיעור ימי האשפוז המתוקן לגיל, כולל חופשות, גבוה יותר למבטחי כללית בהשוואה לשאר הקופות, 176 ל-1,000 נפש, לעומת 147 ללאומית, 104 למאוחדת ו-103 למבטחי מכבי. ההבדל בין הקופות בשיעור ימי האשפוז למאושפזים ששהו שנה ומעלה גבוה יותר 62, 42, 20 ו-20, בהתאמה. משנת 2014, לפני תחילת הרפורמה, השיעור המתוקן לגיל ירד ב-11% למבטחי כללית, ב-5% למבטחי מכבי בהשוואה לעליה ב-12% למבטחי מאוחדת ו-14% למבטחי לאומית.
- **קבלות לאשפוז:** בשנת 2018 היו 23,851 קבלות לאשפוז פסיכיאטרי, 2.74 ל-1,000 נפש שיעור מתוקן לגיל בהשוואה ל-2.72 בשנת 2014 ו-2.79 בשנת 2009. קרוב למחצית (45%) מכלל הקבלות היו של בני 25-44, 27% של בני 45-64, 15% של בני 18-24, 9% של בני 65 ומעלה ו-5% של ילדים עד גיל 17.
- **קבלות ראשונות לפי גיל:** בשנת 2018 היו 5,260 קבלות ראשונות לאשפוז, 21%-22% מכלל הקבלות בעשור האחרון, ו-58% מהקבלות של ילדים עד גיל 17. השיעור המתוקן לגיל היה 0.61, השיעור נע בין 0.59 ל-0.64 בעשור האחרון, 0.59 בשנת 2014. השיעור לילדים עד גיל 17 יציב, 0.23 ל-1,000

נפש, לעומת עליה ב-21% לצעירים בגיל 18-24 וב-3% בגיל 25-44 וירידה בעשירית בקרב בני 45 ומעלה משנת 2014. חציון הגיל בקבלות הראשונות ירד ל-29 שנים מ-32 בשנת 2014.

- **קבלות ראשונות לפי אבחנה:** בשנת 2018, 25% מכלל הקבלות הראשונות היו עם הפרעות אפקטיביות, 23% עם הפרעות פסיכוטיות חריפות, 13% עם הפרעות נירוטיות, 11% עם סכיזופרניה והפרעות דלזיונליות, 11% להסתכלות, 4% עם הפרעות בגיל הילדות, 4% עם שימוש בסמים ואלכוהול ו-3% עם הפרעות אישיות. מרבית הקבלות עם סכיזופרניה והפרעות דלזיונליות היו קבלות חוזרות ורק 5% מכלל הקבלות היו ראשונות. לעומת זאת, 57% מכלל הקבלות עם הפרעות אפקטיביות חריפות היו קבלות ראשונות, 47% מהקבלות עם הפרעות בגיל הילדות, 44% מהקבלות להסתכלות, 37% מהקבלות עם הפרעות נירוטיות, 32% מהקבלות עם הפרעות אפקטיביות, 26% מהקבלות עם הפרעות אורגניות או שימוש בסמים ואלכוהול ו-17% עם הפרעות אישיות.

- **קבלות לאשפוז לפי אבחנה:** בשנת 2018, 47% מכלל הקבלות לאשפוז פסיכיאטרי היו עם סכיזופרניה והפרעות דלזיונליות ירידה מ-53% בשנת 2009, 17% עם הפרעות אפקטיביות עליה מ-13% בשנת 2009, 9% עם הפרעות פסיכוטיות חריפות עליה מ-7% בשנת 2009, 8% עם הפרעות נירוטיות עליה מ-6% בשנת 2009, 6% להסתכלות ירידה מ-8% בשנת 2009, 4% עם הפרעות אישיות, 3% עם שימוש בסמים ואלכוהול ו-2% עם הפרעות בגיל הילדות, ללא שינוי בעשור האחרון.

- **התפלגות האבחנות באשפוז לפי גיל:** בשנת 2018, סכיזופרניה והפרעות דלזיונליות מהוות 53% מהקבלות של בני 25 ומעלה ו-30% מהקבלות של בני 18-24. הפרעות אפקטיביות מהוות 24% מהקבלות של בני 45 ומעלה, 13% מהקבלות של בני 18-44 ו-16% מהקבלות של ילדים עד גיל 17. הסתכלות מהווה 11% מקבלות הילדים עד גיל 17 ו-8% מהקבלות של בני 18-24. שליש (31%) מהקבלות של ילדים עד גיל 17 הן הפרעות ילדות ו-18% הן הפרעות ניאורוטיות.

- **שיעור קבלות לפי אבחנה:** בשנת 2018 נרשמה עליה ב-1% בשיעור הקבלות המתוקן לגיל בהשוואה לשנת 2014. השיעור עם הפרעות נירוטיות עלה ב-37%, הפרעות אפקטיביות עלה ב-16%, הפרעות פסיכוטיות חריפות ב-13%, שימוש בסמים ואלכוהול ב-10%, הפרעות של גיל הילדות ב-6% והפרעות אישיות עלה ב-2%, לעומת ירידה ב-4% בשיעור הקבלות עם סכיזופרניה והפרעות דלזיונליות ב-17% בהפרעות אורגניות, ב-34% להסתכלות וב-59% בקבלות עם פיגור שכלי.

- **מאושפזים במהלך השנה:** במהלך 2018 היו 17,711 אנשים באשפוז פסיכיאטרי. השיעור המתוקן לגיל ירד ל-2.03 ל-1,000 נפש, ירידה ב-7% משנת 2009 ו-3% משנת 2014.

- **מטופלים באשפוז יום במהלך השנה:** במהלך 2018 היו 2,083 אנשים באשפוז יום. השיעור המתוקן לגיל היה 0.24 ל-1,000 נפש, ירידה ב-20% משנת 2009 ועליה ב-17% משנת 2014.

- **מאושפזים במהלך השנה לפי מין:** בשנת 2018 61% מהמאושפזים היו גברים ו-39% נשים, 62% ו-38%, בהתאמה, בשנת 2009. השיעור המתוקן לגיל ירד ל-2.6 ל-1,000 נפש לגברים ו-1.6 לנשים,

ירידה ב-5% לגברים ושיעור יציב לנשים משנת 2014. שיעור הגברים היה גבוה פי 1.6 משיעור הנשים בשנת 2018 ופי 1.7 בשנת 2014.

- **שיעור המאושפזים במהלך השנה לפי אבחנה:** בשנת 2018, שיעור המאושפזים המתוקנן לגיל ירד ב-3% משנת 2014. עליה ב-34% נרשמה בשיעור המאושפזים עם הפרעות פסיכוטיות חריפות, ב-30% בהפרעות נירוטיות, ב-17% בהפרעות אפקטיביות, ב-9% בהפרעות אישיות וב-2% בהפרעות ילדות, לעומת ירידה ב-11% בשימוש בסמים ואלכוהול, ב-13% בסכיזופרניה והפרעות דלזיונליות, ב-25% בהפרעות אורגניות, ב-45% בהסתכלות וב-55% בפיגור שכלי.

- **השינוי בשיעור המאושפזים המתוקנן לגיל במהלך השנה לפי קופת חולים ואבחנה בשנים 2014-2018:** בקרב מבטחי כללית, השיעור ירד ב-6%, עליה נרשמה ב-33% למאושפזים עם הפרעות פסיכוטיות חריפות, ב-32% בהפרעות נירוטיות, ב-18% בהפרעות אפקטיביות, ב-4% בהפרעות הגיל הילדות ובשאר האבחנות נרשמה ירידה. בקרב מבטחי לאומית, השיעור עלה ב-8%, ב-106% בהפרעות פסיכוטיות חריפות, ב-30% בהפרעות אפקטיביות, ב-22% בשימוש בסמים ואלכוהול, ב-21% בהפרעות נירוטיות ובשאר האבחנות נרשמה ירידה. בקרב מבטחי מכבי, השיעור עלה ב-2%, ב-46% בהפרעות פסיכוטיות חריפות, ב-40% בהפרעות נירוטיות, ב-32% בהפרעות אישיות, ב-16% בהפרעות אפקטיביות ובשאר נרשמה ירידה. בקרב מבטחי מאוחדת, השיעור עלה ב-11%, ב-58% בהפרעות פסיכוטיות חריפות, ב-29% בהפרעות גיל הילדות, ב-45% בהפרעות אישיות, ב-25% בהפרעות אפקטיביות, ב-28% בהפרעות נירוטיות, ב-17% בשימוש בסמים ואלכוהול ובשאר נרשמה ירידה.

- **מאושפזים בסוף השנה:** שיעור המאושפזים המתוקנן לגיל בסוף 2018 ירד ב-11% מסוף 2014, ב-15% בגיל 45 ומעלה, ב-10% בגיל 25-44, ב-4% עד גיל 17 ויציב בגיל 18-24.

- **מאושפזים בסוף השנה לפי משך שהיה וקופת חולים:** בסוף 2018, 28% מהמאושפזים שהו שנה ומעלה, 33% ממבטחי כללית, 26% ממבטחי לאומית, 17% ממבטחי מכבי ו-15% ממבטחי מאוחדת. לעומת זאת, 46% מהמאושפזים שהו עד חודשיים, 42% מהמאושפזים מבטחי כללית, 47% ממבטחי לאומית, 57% ממבטחי מכבי ו-56% ממבטחי מאוחדת.

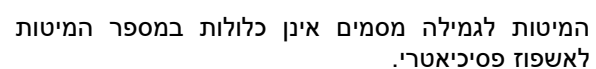
- **מאושפזים בסוף השנה לפי קופת חולים:** בסוף 2018, שיעור המאושפזים המתוקנן לגיל היה 0.37 ל-1,000 נפש, 0.46 למבטחי כללית, 0.35 ללאומית, 0.28 למכבי ו-0.29 למבטחי מאוחדת. השיעור ירד מסוף 2014 ב-11%, ב-13% למבטחי כללית, ב-10% ללאומית, לעומת עליה ב-5% למבטחי מאוחדת ושיעור יציב למבטחי מכבי.

- **מטופלים באשפוז יום בסוף השנה:** בסוף 2018 היו 202 מטופלים באשפוז יום פסיכיאטרי, 67% היו בטיפול עד חודשיים ו-12% היו בטיפול שנה ומעלה.

- **נפטרים במהלך האשפוז:** בשנת 2018 נפטרו 40 איש במהלך האשפוז, 0.23% מכלל המאושפזים בהשוואה ל-0.25% בשנת 2014.

מיטות אשפוז בתקן בסוף שנה

מספר
שיעור ל-1,000 נפש

Rate per 1,000 persons שיעור ל-1,000 נפש

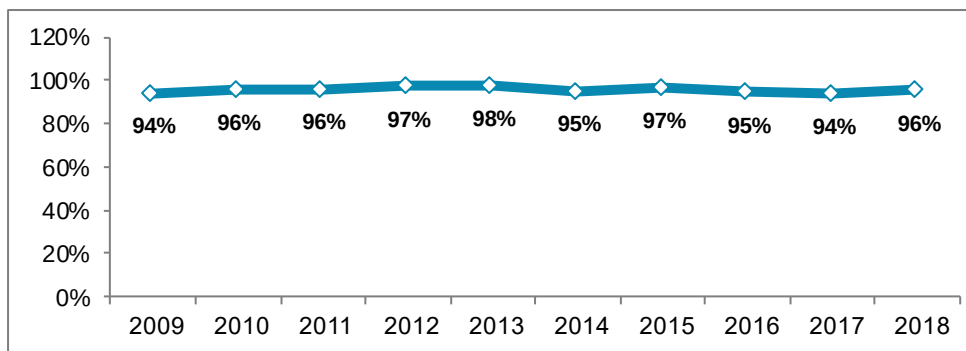
Net inpatient occupancy bed rate

2009-2018

תפוסת מיטות האשפוז נטו

Percent

אחוז

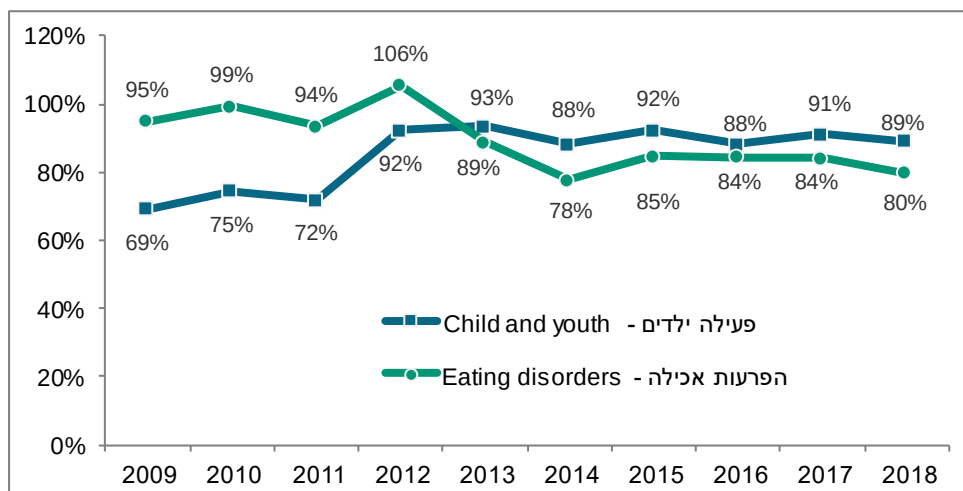
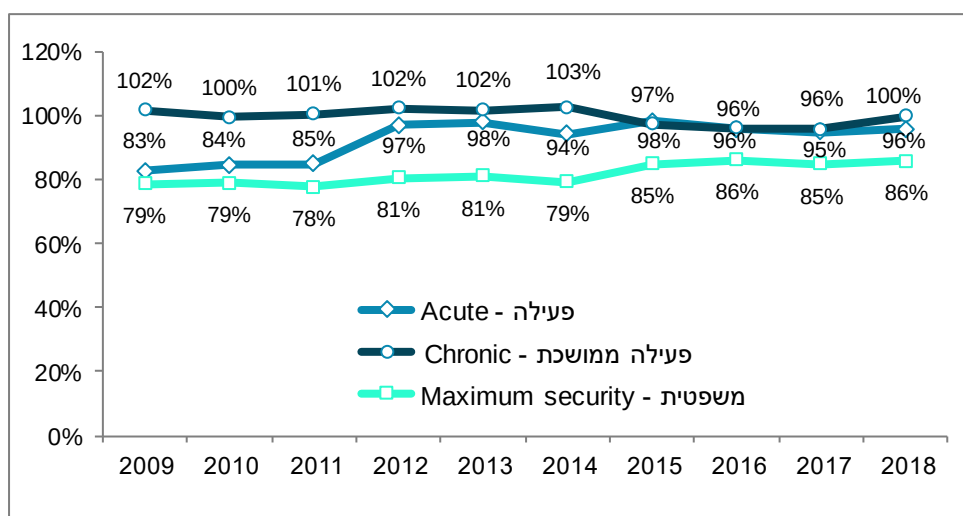


By department

Percent

לפי מחלקה

אחוז



ימי אשפוז נטו
 לפי מסגרת

2009-2018

Inpatient bed days
 by type of hospitalization

מספר, שיעור ל-1,000 נפש

Number, Rate per 1,000 persons

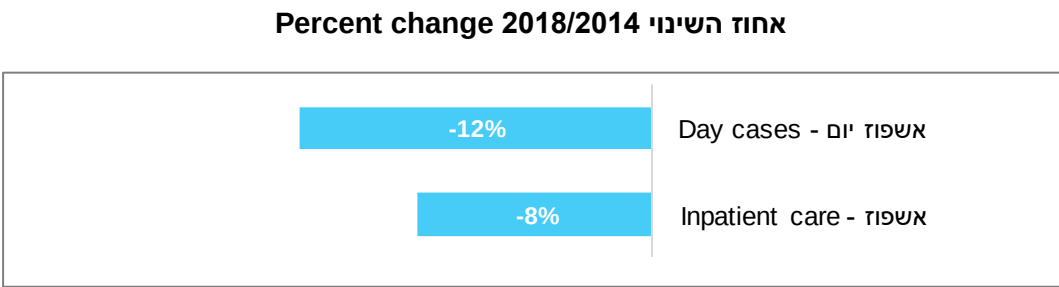
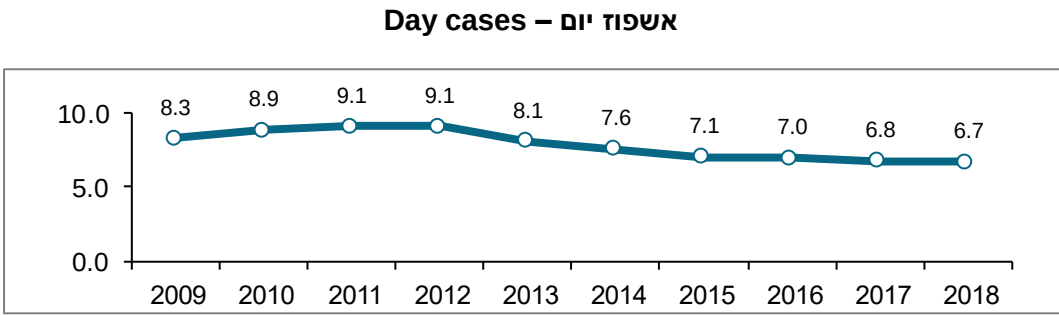
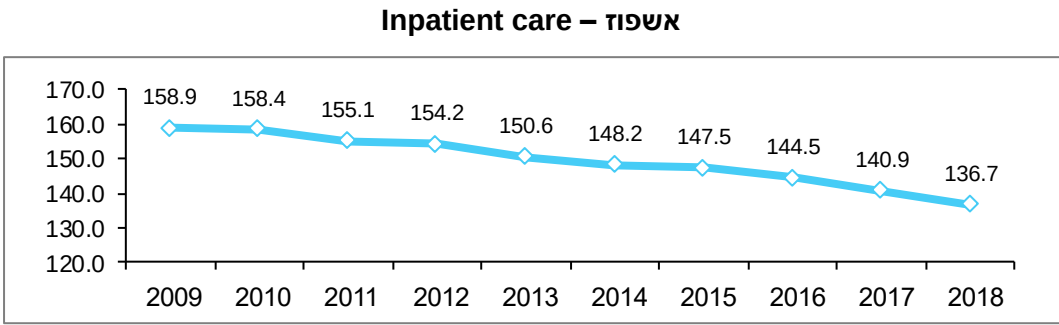
אשפוז יום - Day cases		אשפוז – Inpatient		שנה Year
שיעור Rate	מספר Number	שיעור Rate	מספר Number	
8.3	62,170	158.9	1,189,063	2009
8.9	67,707	158.4	1,207,844	2010
9.1	70,863	155.1	1,204,245	2011
9.1	72,115	154.2	1,219,673	2012
8.1	65,415	150.6	1,213,873	2013
7.6	62,409	148.2	1,217,382	2014
7.1	59,303	147.5	1,235,880	2015
7.0	59,953	144.5	1,234,582	2016
6.8	59,312	140.9	1,227,323	2017
6.7	59,632	136.7	1,214,677	2018

לא כולל חופשות.

Excludes vacations.

שיעור ל-1,000 נפש

Rate per 1,000 persons



Inpatient bed days
by age, health fund and length of stay

2018

ימי אשפוז ברוטו
לפי גיל, קופת חולים ומשך שהיה

Number מספר

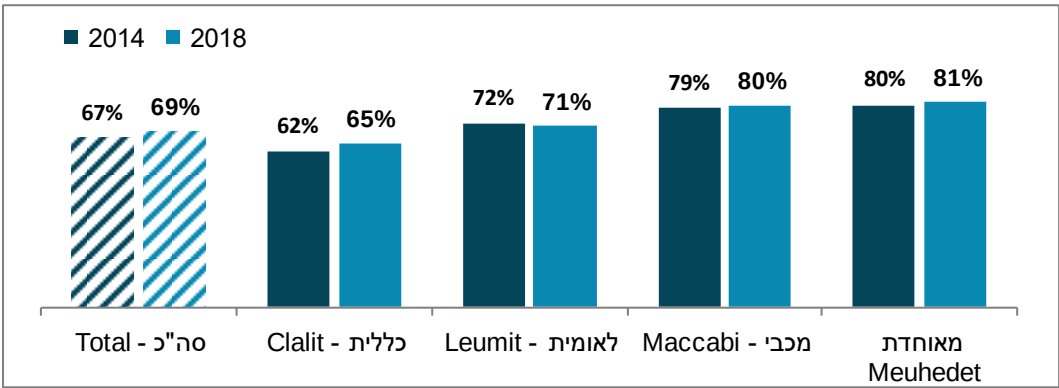
Length of stay/Age	לא רשום Unrecorded	מאוחדת Meuhedet	מכבי Maccabi	לאומית Leumit	כללית Clalit	סה"כ Total	משך שהיה/גיל
סה"כ							Total
Total	15,640	116,797	233,802	100,520	784,987	1,251,746	סה"כ
≤ 17	195	9,134	17,931	5,283	29,242	61,785	עד 17
18-24	1,037	21,391	30,469	14,326	56,021	123,244	18-24
25-44	11,031	46,813	95,305	46,228	293,948	493,325	25-44
45-64	2,819	31,615	70,316	27,608	298,143	430,501	45-64
65+	558	7,844	19,781	7,075	107,633	142,891	65+
עד שנה							Less than a year
Total	8,455	94,463	186,073	71,796	507,380	868,167	סה"כ
≤ 17	193	8,875	17,197	5,072	28,543	59,880	עד 17
18-24	1,033	20,368	27,342	13,043	51,696	113,482	18-24
25-44	5,580	37,750	76,095	32,850	213,782	366,057	25-44
45-64	1,457	21,074	49,545	16,344	152,851	241,271	45-64
65+	192	6,396	15,894	4,487	60,508	87,477	65+
שנה ומעלה							One year and over
Total	7,185	22,334	47,729	28,724	277,607	383,579	סה"כ
≤ 17	2	259	734	211	699	1,905	עד 17
18-24	4	1,023	3,127	1,283	4,325	9,762	18-24
25-44	5,451	9,063	19,210	13,378	80,166	127,268	25-44
45-64	1,362	10,541	20,771	11,264	145,292	189,230	45-64
65+	366	1,448	3,887	2,588	47,125	55,414	65+

Includes vacations.

כולל חופשות.

Percent of inpatient bed days for those
hospitalized less than a year

אחוז ימי אשפוז למאושפדים שהיו עד שנה
מתוך כלל ימי האשפוז



Inpatient bed days
by age, health fund and length of stay

2018

ימי אשפוז ברוטו
לפי גיל, קופת חולים ומשך שהיה

Age adjusted rate per 1,000 persons

שיעור מתוקן לגיל ל-1,000 נפש

Length of stay/Age	מאוחדת Meuhedet	מכבי Maccabi	לאומית Leumit	כללית Clalit	סה"כ Total	משך שהיה/גיל
Total						סה"כ
Total age adjusted	103.9	102.8	146.7	175.9	142.8	סה"כ מתוקן לגיל
≤ 17	20.5	26.5	20.2	21.1	22.8	עד 17
18-24	199.3	192.5	188.9	151.4	145.1	18-24
25-44	158.9	167.1	250.2	250.5	223.1	25-44
45-64	163.5	157.1	195.1	371.4	275.7	45-64
65+	94.6	99.4	104.5	190.0	161.9	65+
Less than a year						עד שנה
Total age adjusted	83.5	82.6	104.8	114.4	99.3	סה"כ מתוקן לגיל
≤ 17	19.9	25.4	19.4	20.6	22.1	עד 17
18-24	189.8	172.8	172.0	139.7	133.6	18-24
25-44	128.1	133.5	177.8	182.2	165.5	25-44
45-64	109.0	110.7	115.5	190.4	154.5	45-64
65+	77.1	79.8	66.3	106.8	99.1	65+
One year and over						שנה ומעלה
Total age adjusted	20.3	20.2	41.9	61.5	43.5	סה"כ מתוקן לגיל
≤ 17	0.6	1.1	0.8	0.5	0.7	עד 17
18-24	9.5	19.8	16.9	11.7	11.5	18-24
25-44	30.8	33.7	72.4	68.3	57.6	25-44
45-64	54.5	46.4	79.6	181.0	121.2	45-64
65+	17.5	19.5	38.2	83.2	62.8	65+
Percent change 2018/2014						אחוז שינוי 2018/2014
Total	12%	-5%	14%	-11%	-8%	סה"כ
Less than one year	14%	-4%	12%	-7%	-5%	עד שנה
One year and over	7%	-11%	18%	-18%	-15%	שנה ומעלה

Includes vacations.

כולל חופשות.

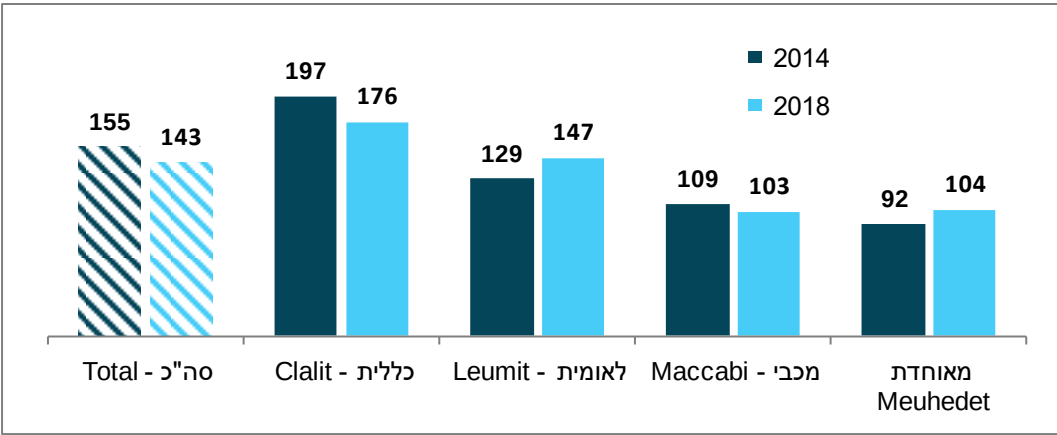
Inpatient bed days
by health fund and length of stay

ימי אשפוז ברוטו
לפי קופת חולים ומשך שהיה

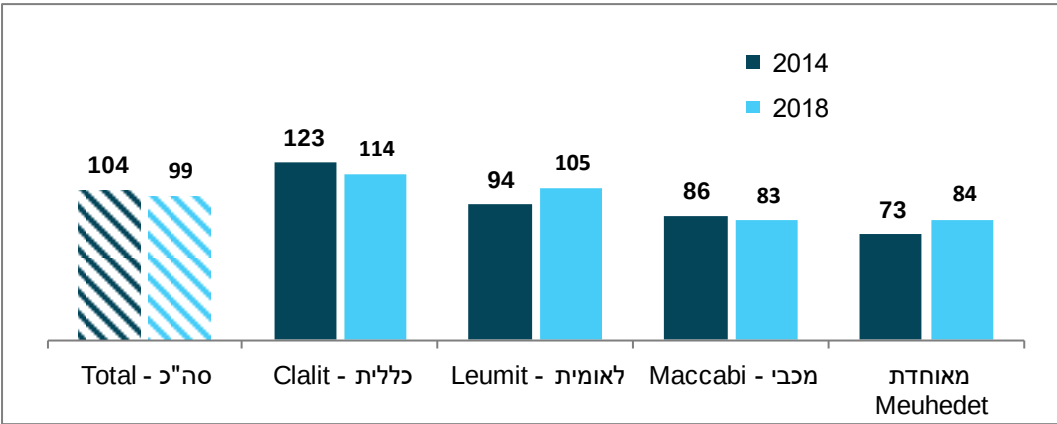
Age adjusted rate per 1,000 persons

שיעור מתוקנן לגיל ל-1,000 נפש

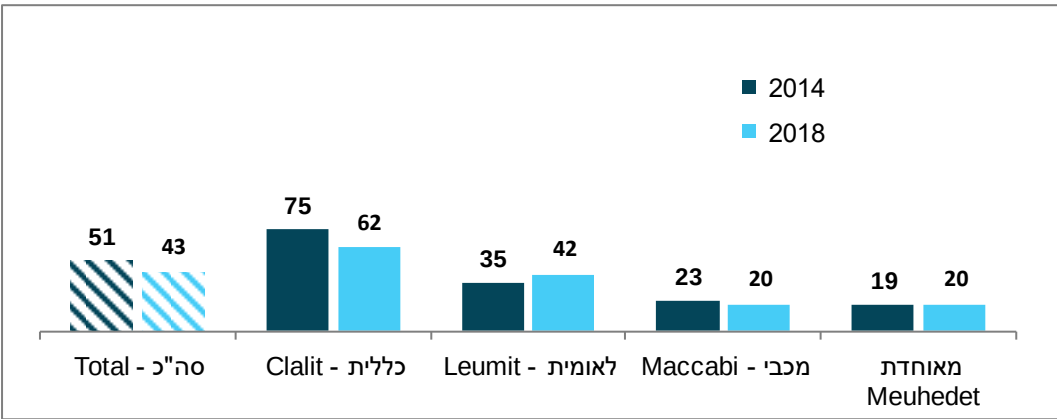
סה"כ – Total



עד שנה – Less than a year



שנה ומעלה – One year and over



Readmissions to hospital
within 30, 180 days from discharge
by hospital

2018

אשפוזים חוזרים
בתוך 30, 180 ימים מהשחרור מהאשפוז
לפי בית חולים

Number				מספר
Readmissions to any hospital				חזרה לבית חולים כלשהו
Hospital	חזרה לאשפוז תוך: Return to hospital within:		שחרורים מאשפוז Total discharges	בית חולים
	31-180	≤30		
Total	4,584	4,260	21,593	סה"כ
General hospitals				בתי חולים כלליים
Sheba	212	194	1,252	שיבא
Rambam	48	18	308	רמב"ם
Ziv	20	19	173	רבקה זיו
Hillel Yaffe	17	11	119	הלל יפה
Western Galilee	1	1	2	נהריה
Barzilai	94	50	373	ברזילי
Sourasky TLV medical center	43	54	286	סוראסקי
Emek	30	19	202	המרכזי בעמק
Hadassah - Ein Karem	36	23	201	הדסה עין כרם
Scottish	20	2	90	הסקוטי
Ma'ayanei Hayeshua	49	24	332	מעייני הישועה
Psychiatric hospitals				בתי חולים פסיכיאטרים
Sha'ar Menashe	490	426	1,882	שער מנשה
Abarbanel	424	500	1,979	אברבנאל
Mazor	271	308	1,491	מזור
Be'er Ya'acov mental health center	697	707	3,070	ברה"נ באר יעקב
Lev Hasharon	385	431	1,702	לב השרון
Maale Hacarmel	356	289	1,572	מעלה הכרמל
Be'er Sheva mental health center	412	429	2,000	ברה"נ באר שבע
Jerusalem mental health center	367	246	1,768	ברה"נ ירושלים
Geha mental health center	257	152	1,302	גהה
Shalvata mental health center	295	304	1,185	שלוותה
Herzog	60	53	304	הרצוג

פסיכיאטריה משפטית

שירותי בריאות הנפש במשרד הבריאות פועלים לשמירה על כבודם של כל מקבלי השירות כפי שמוגדר בחוק יסוד כבוד האדם וחירותו התשנ"ב-1992 וחוק זכויות החולה התשנ"ו-1996. החוק לטיפול בחולי נפש התשנ"א-1991 כולל מגוון הוראות הנוגעות לאשפוז וטיפול בתחום בריאות הנפש. החוק מפרט את ההסדרים הנוגעים לאשפוז וטיפול בהסכמה, ומפרט גם את ההסדרים לכפיית אשפוז בהליך מנהלי אזרחי על ידי פסיכיאטר המחוזי ובהליך הפלילי על ידי בית המשפט. את ההסדרים הנכללים בחוק משלימים הוראות ביצוע המפורטות בתקנות טיפול בחולי נפש, התשנ"ב-1992 ובנוסף נהלי המשרד והאגף וכן נהלים מקומיים. חוק הנוער (טיפול והשגחה) תש"ך-1960 מתייחס לאוכלוסית הילדים והנוער ומשלים חלק מהוראות האשפוז בכפייה בקטינים.

על פי חוקים אלו, אשפוז בכפייה יתבצע במסלול אזרחי/מנהלי או במסלול פלילי שבסמכות בית משפט:

- מסלול אזרחי/ מנהלי: החוק לטיפול בחולי נפש נותן לפסיכיאטר המחוזי הסמכויות לטיפול בכפייה. הסמכויות כוללות סמכות להוראות שונות להבאת אדם לבדיקה כפויה או לאשפוז כפוי או לטיפול מרפאתי כפוי. למנהלי בתי חולים או מנהלי מחלקות קיימת סמכות מוגבלת להורות על אשפוז דחוף כפוי עד 48 שעות, בהוראת "מנהל". במידה ומתברר כי יש צורך בהמשך אשפוז כפוי, על המנהל לפנות לפסיכיאטר המחוז בבקשה להוראת אשפוז.
- מסלול פלילי: בית המשפט יכול לתת צו הסתכלות לשם עריכת בדיקה ומתן חוות דעת, בקהילה או באשפוז, לנאשם החשוד לכאורה בביצוע עבירה פלילית תוך היותו חולה בנפשו, על מנת לבחון כשירות להעמדה לדין בגין אותה עבירה או צו לאשפוז כפוי או צו לטיפול מרפאתי כפוי. זאת, לאחר שבית המשפט החליט להפסיק את ההליך המשפטי הפלילי, כי הנאשם לא מסוגל להבין את ההליך המשפטי המתנהל נגדו עקב מחלת הנפש או הנאשם לא כשיר לעמוד לדין מאחר והעבירה הפלילית בוצעה כתוצאה ישירה ממחלת הנפש.

הגדרות

הוראת בדיקה דחופה או שאינה דחופה: פסיכיאטר מחוזי יכול להוציא הוראה מסוג זה על פי חוק אם הובאו בפניו ראיות לכאורה כי:

- האדם חולה וכתוצאה ממחלתו פגום במידה ניכרת כושר שיפוטו או כושרו לביקורת המציאות.
- האדם עלול לסכן עצמו או זולתו.
- האדם מסרב להיבדק בהסכמה על ידי פסיכיאטר.

אשפוז כפוי או טיפול מרפאתי כפוי: נבדק אדם בכפיה או בהסכמה על ידי פסיכיאטר שהוסמך לכך או על ידי פסיכיאטר המחוז, רשאי פסיכיאטר המחוז להורות על אשפוז כפוי או טיפול מרפאתי כפוי כחלופה לכך אם שוכנע כי התמלאו כל התנאים הבאים:

- האדם חולה וכתוצאה ממחלתו פגום במידה ניכרת כושר שיפוטו או כושרו לביקורת המציאות.
- האדם עלול לסכן עצמו או זולתו.
- קיים קשר סיבתי בין ההפרעה הנפשית לבין עילת ההתערבות.

מקורות המידע

המידע על האשפוז הכפוי מבוסס על מאגר האשפוזים הפסיכיאטריים, המנוהל במשרד הבריאות באחריות האגף לבריאות הנפש ואגף המידע. המאגר כולל את כל האשפוזים בבתי החולים ובמחלקות הפסיכיאטריות, בהתאם לדיווח שוטף של מוסדות האשפוז על כל קבלה ושחרור, בהתאם לחוק.

ממצאים עיקריים

- **שיעור הקבלות לאשפוז כפוי מתוקנן לגיל:** שיעור הקבלות לאשפוז כפוי ירד בשנת 2018 ל-0.90 ל-1,000 נפש מ-0.95 בשנה שעברה, ירידה ב-5%, בהשוואה למגמת עליה בעשור האחרון. ירידה נרשמה בקבלות לאשפוז כפוי בהוראת פסיכיאטר, 0.70 ל-1,000 נפש בשנת 2018 מ-0.72 בשנה שעברה, 0.64 בשנת 2014 ו-0.57 בשנת 2009. שיעור הקבלות לאשפוז כפוי בהתאם לצווי בית המשפט ירד ל-0.20 בשנת 2018 מ-0.22 בשנה שעברה ו-0.26 בשנת 2014, ירידה ב-23% משנת 2014.
- **אחוז הקבלות לאשפוז כפוי:** שליש מהקבלות לאשפוז היו בהוראת פסיכיאטר או צווי בית משפט, 33% בשנת 2018 בהשוואה ל-34% בשנים 2015-2017 ו-29% בשנת 2009. האחוז לפי הוראת הפסיכיאטר המחוזי או מנהל בית החולים היה 25% בשנת 2018 בהשוואה ל-26% בשנה שעברה, 23% בשנת 2014 ו-20% בשנת 2009. אחוז הקבלות לפי צווי בית משפט ירד ל-7% מ-9% בשנת 2014.
- **קבלות ראשונות וחוזרות לאשפוז כפוי:** בשנת 2018, 24% מכלל הקבלות לאשפוז כפוי היו קבלות ראשונות ו-76% היו קבלות חוזרות, ללא שינוי משנה שעברה.
- **אחוז הקבלות לאשפוז כפוי מהקבלות הראשונות והקבלות החוזרות:** בשנת 2018, 36% מהקבלות הראשונות היו לאשפוז כפוי, 37% בשנה שעברה ו-32% מהקבלות החוזרות, 33% בשנה שעברה.
- **קבלות לאשפוז כפוי לפי אבחנה בקבלה:** בשנת 2018 נרשמה ירידה באחוז הקבלות לאשפוז כפוי במרבית האבחנות בהשוואה לשנה שעברה. בשנת 2018, 67% מהקבלות להסתכלות היו לאשפוז כפוי, ירידה מ-69% בשנה שעברה, 58% מהקבלות עם הפרעות פסיכוטיות חריפות היו לאשפוז כפוי, ירידה מ-60% בשנה שעברה, 45% מהקבלות עם שימוש בסמים ואלכוהול, ירידה מ-47% בשנה שעברה, 34% מהקבלות עם סכיזופרניה והפרעות דלזיונליות, ירידה מ-35% בשנה שעברה, 20% מהקבלות עם הפרעות בגיל הילדות, ירידה מ-23% בשנה שעברה, 16% מהקבלות עם הפרעות אישיות, ירידה מ-17% בשנה שעברה, ו-5% מהקבלות עם הפרעות נוירוטיות, ירידה מ-6% בשנה שעברה, 19% מהקבלות עם הפרעות אפקטיביות, כמו בשנה שעברה ו-33% מהקבלות עם הפרעות אורגניות, עליה מ-32% בשנה שעברה.
- **מאושפזים באשפוז כפוי לפי גיל ומין:** בסוף 2018, 84% מכלל המאושפזים באשפוז כפוי היו גברים, 88% מהמאושפזים בגיל 18-44, 80% מהמאושפזים בגיל 45-64, 64% בגיל 65 ומעלה ו-39% עד גיל 17.
- **אחוז המאושפזים באשפוז כפוי מכלל המאושפזים לפי גיל ומין:** בסוף 2018, 41% מכלל הגברים המאושפזים היו באשפוז כפוי בהשוואה ל-16% מהנשים המאושפזות. אחוז הגברים גבוה במרבית הגילים, 53% בגיל 18-44, 32% בגיל 45-64, 20% בגיל 65 ומעלה ו-10% עד גיל 17 בהשוואה ל-18%, 15%, 14% ו-16%, בהתאמה, מכלל המאושפזות.

Inpatient admissions
by legal status

2009-2018

קבלות לאשפוז
לפי סטטוס חוקי

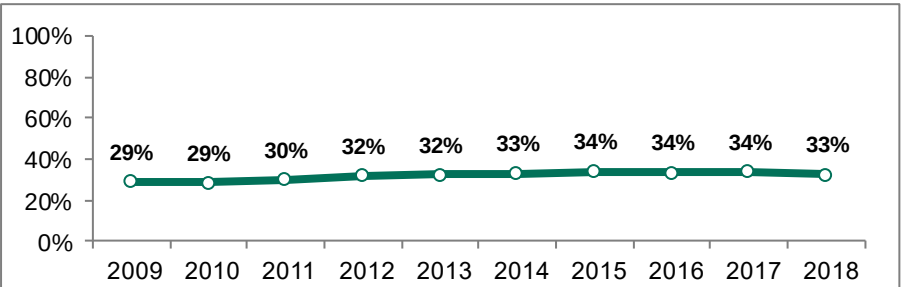
Involuntary - כפוי						בהסכמה Voluntary		סה"כ - Total		שנה Year
Court order - צו בית משפט				הוראות פסיכיאטר Psychiatrist order						
חוק הנוער Youth law		חוק טיפול בחולי נפש Mental health act				אחוז Percent	מספר Number	אחוז Percent	מספר Number	
אחוז Percent	מספר Number	אחוז Percent	מספר Number							
0.4	77	8.0	1,667	20.2	4,304	71.9	14,832	100.0	20,880	2009
0.4	92	7.7	1,609	20.6	4,269	71.0	14,913	100.0	20,883	2010
0.4	93	7.7	1,627	20.5	4,602	71.4	14,774	100.0	21,096	2011
0.4	85	9.1	1,984	21.7	4,934	70.1	14,902	100.0	21,905	2012
0.5	102	8.8	1,897	22.4	5,033	68.2	14,648	100.0	21,680	2013
0.5	108	9.1	2,003	23.1	5,209	67.8	14,789	100.0	22,109	2014
0.4	96	8.7	1,966	25.0	5,619	65.9	14,835	100.0	22,516	2015
0.4	98	8.1	1,897	25.2	5,881	66.3	15,501	100.0	23,377	2016
0.4	98	7.5	1,798	25.9	6,185	66.2	15,802	100.0	23,883	2017
0.5	119	6.8	1,618	25.4	6,062	67.3	16,052	100.0	23,851	2018

Psychiatrist orders: Includes orders from district psychiatrist and/or hospital director.

הוראת פסיכיאטר: כולל הוראת פסיכיאטר מחוזי ו/או מנהל בית חולים.

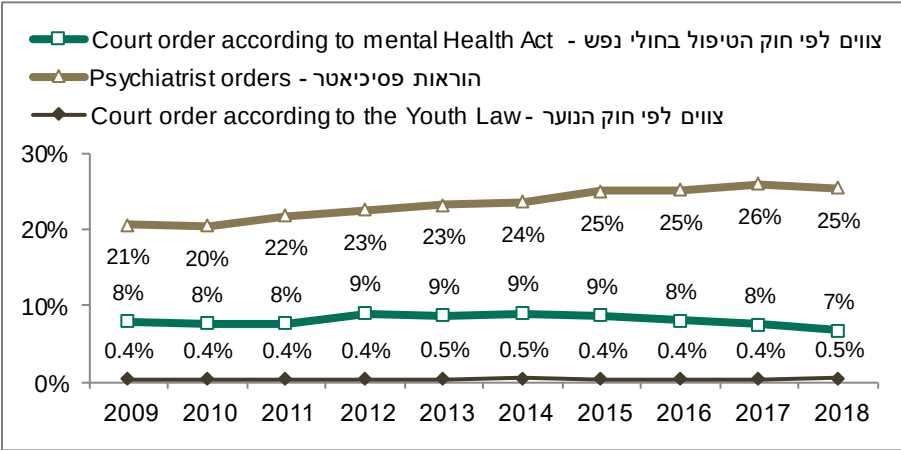
Percent of involuntary admissions
from all inpatient admissions

אחוז הקבלות לאשפוז הכפוי
מכלל הקבלות לאשפוז



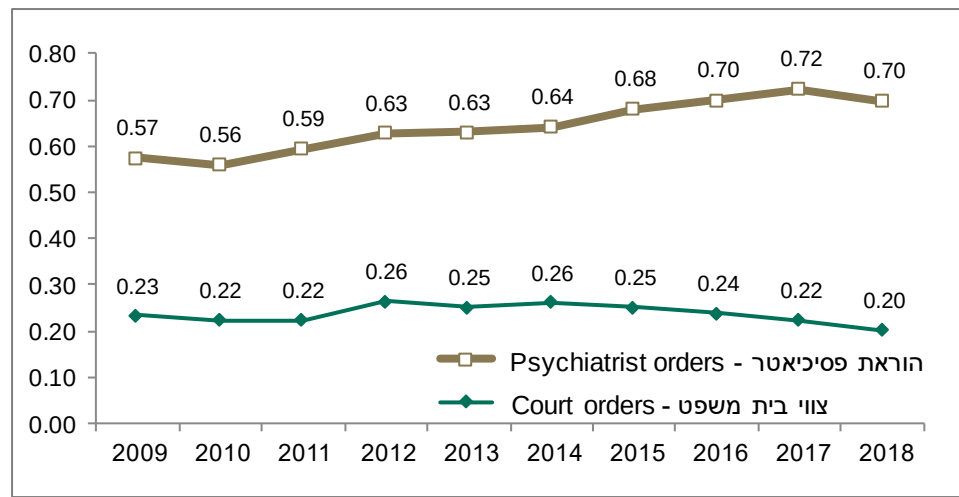
by legal status

לפי סטטוס חוקי

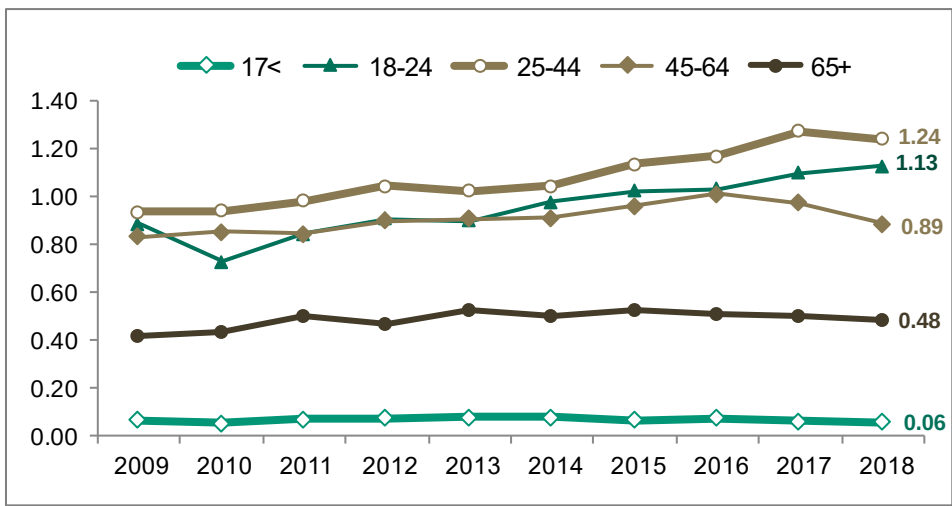


Admissions to inpatient care by legal status 2009-2018 קבלות לאשפוז לפי סטטוס חוקי

Age adjusted rate per 1,000 persons שיעור מתוקן לגיל 1,000 נפש



Admissions by psychiatrist order קבלות בהוראת פסיכיאטר
Rate per 1,000 persons שיעור ל-1,000 נפש



Psychiatrist orders: Includes orders from district psychiatrist and/or hospital director.

הוראת פסיכיאטר: כולל הוראת פסיכיאטר המחוז ו/או מנהל בית חולים.

First admissions and readmissions to inpatient care by legal status

2018

קבלות ראשונות וחוזרות לאשפוז לפי סטטוס חוקי

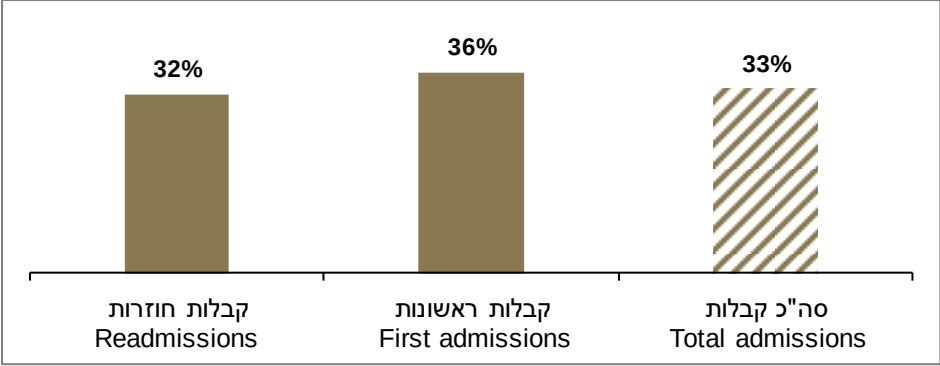
Number, percent

מספר, אחוז

Legal status	קבלות חוזרות Readmissions	קבלות ראשונות First admissions	סה"כ Total	סטטוס חוקי
מספר - Number				
Total	18,591	5,260	23,851	סה"כ
Voluntary hospitalization	12,666	3,386	16,052	אשפוז בהסכמה
Involuntary hospitalization	5,925	1,874	7,799	אשפוז כפוי
by order of district psychiatrist	4,459	1,498	5,957	הוראת פסיכיאטר מחוזי
by order of hospital director	59	46	105	הוראת מנהל בית חולים
by court observation order	921	245	1,166	צו הסתכלות של בית משפט
according to Mental Health Act	433	19	452	צו חוק הטיפול בחולי נפש
according to the Youth Law	53	66	119	צו אשפוז לפי חוק הנוער
אחוז - Percent				
Total	100.0	100.0	100.0	סה"כ
Voluntary hospitalization	68.1	64.4	67.3	אשפוז בהסכמה
Involuntary hospitalization	31.9	35.6	32.7	אשפוז כפוי
by order of district psychiatrist	24.0	28.5	25.0	הוראת פסיכיאטר מחוזי
by order of hospital director	0.3	0.9	0.4	הוראת מנהל בית חולים
by court observation order	5.0	4.7	4.9	צו הסתכלות של בית משפט
according to Mental Health Act	2.3	0.4	1.9	צו חוק הטיפול בחולי נפש
according to the Youth Law	0.3	1.3	0.5	צו אשפוז לפי חוק הנוער

Percent of involuntary admissions from all admissions by admission type

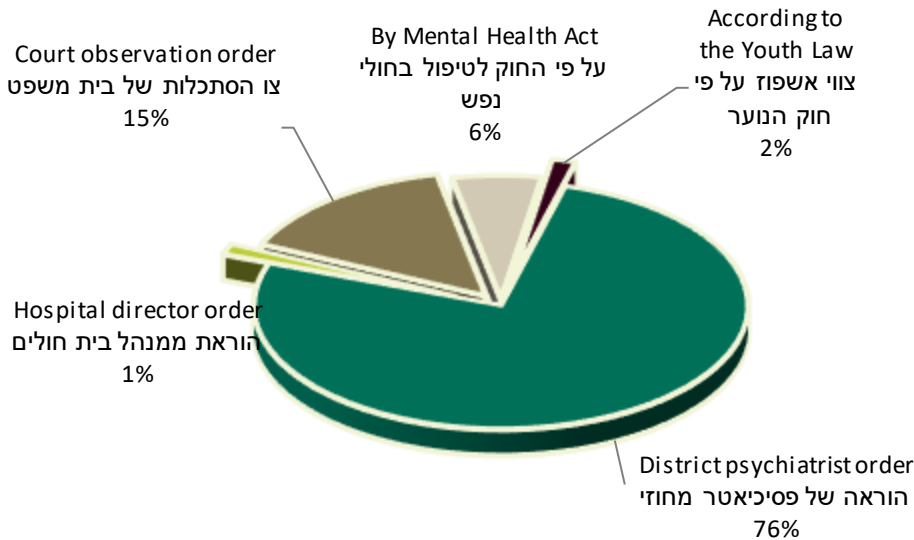
אחוז הקבלות לאשפוז כפוי מכלל הקבלות לאשפוז לפי סוג הקבלה



Involuntary psychiatric treatment		פסיכיאטריה משפטית
First admissions and readmissions to inpatient care by legal status	2018	קבלות ראשונות וחוזרות לאשפוז לפי סטטוס חוקי

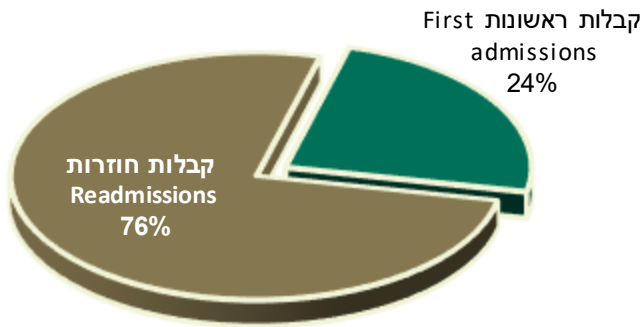
Percent of involuntary admissions by legal status

אחוז קבלות לאשפוז כפוי לפי סטטוס חוקי



Percent of first admissions and readmissions from all involuntary admissions

אחוז קבלות ראשונות וחוזרות מסך כל הקבלות לאשפוז כפוי



Inpatient admissions
by diagnosis and legal status

2018

קבלות לאשפוז
לפי אבחנה וסטטוס חוקי

Number, percent					מספר, אחוז	
אשפוז כפוי – Involuntary admission						סה"כ קבלות Total admissions
צווי אשפוז מבית משפט Court hospitalization orders	צווי הסתכלות מבית משפט Court observation orders	הוראות מנהל בית חולים Hospital director orders	הוראות פסיכיאטר מחוזי District psychiatrist orders	סה"כ - Total		
				אחוז Percent	מספר Number	
סה"כ - Total						
571	1,166	105	5,957	33%	7,799	23,851
סכיזופרניה והפרעות דלזיונליות - Schizophrenia and delusional disorders						
270	294	12	3,263	34%	3,839	11,327
הפרעות פסיכוטיות חריפות - Acute psychotic disorders						
40	24	16	1,123	58%	1,203	2,062
הפרעות אפקטיביות - Affective disorders						
37	29	11	719	19%	796	4,109
הפרעות אורגניות - Organic disorders						
10	13	6	181	33%	210	635
הפרעות ניורטיות - Neurotic disorders						
22	8	14	55	5%	99	1,819
הפרעות אישיות - Personality disorders						
17	49	12	88	16%	166	1,015
הפרעות גיל הילדות - Childhood disorders						
46	3	21	23	20%	93	462
סמים ואלכוהול - Drugs and alcohol						
34	64	1	270	45%	369	827
פיגור שכלי - Mental retardation						
2	1		14	25%	17	69
הסתכלות - Observation						
88	651	12	150	67%	901	1,353

Legal status and diagnosis at admission to hospital.
Court hospitalization orders include 98 admissions by court order under the Youth Law.
Total includes unknown diagnosis.

סטטוס חוקי ואבחנה בהתאם לרישום בקבלה לבית החולים.
צווי אשפוז בבית משפט כולל 98 קבלות בצו אשפוז ע"פ חוק הנוער. סה"כ כולל אבחנה לא ידועה.

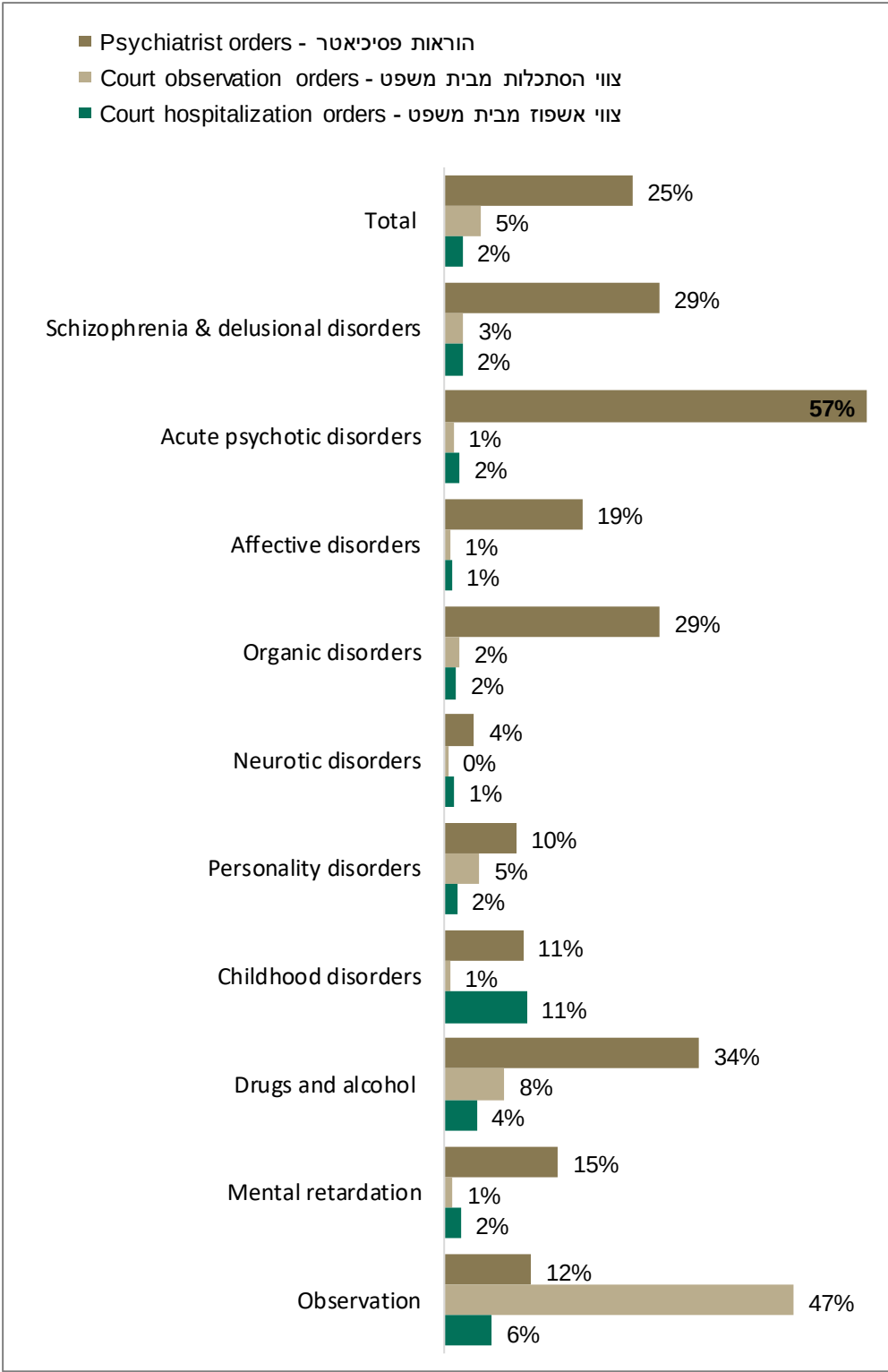
Involuntary admissions to inpatient care by diagnosis and legal status

2018

קבלות לאשפוז כפוי לפי אבחנה וסטטוס חוקי

Percent of involuntary admissions from all admissions by diagnosis

אחוז קבלות לאשפוז כפוי מכלל הקבלות לאשפוז לפי אבחנה



Involuntary patients
by age and gender

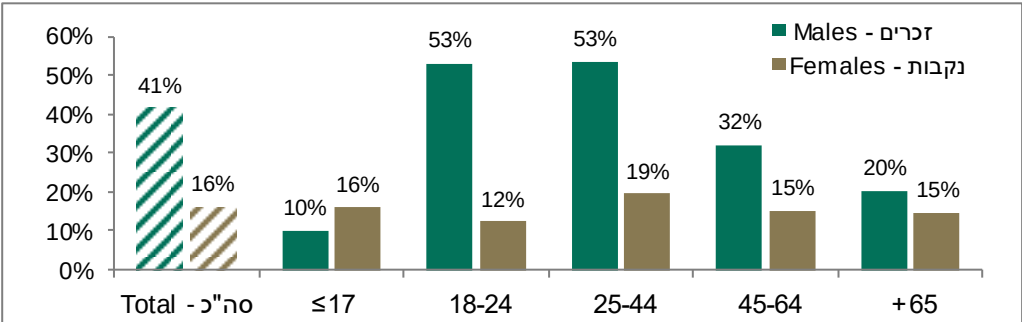
31.12.2018

מאושפדים בסוף שנה
לפי סטטוס חוקי, גיל ומין

Age	Involuntary - כפוי			Voluntary - בהסכמה			גיל
	נקבות Females	זכרים Males	סה"כ Total	נקבות Females	זכרים Males	סה"כ Total	
מספר - Number							
Total	176	921	1,097	909	1,302	2,211	סה"כ
≤ 17	16	10	26	84	88	172	עד 17
18-24	14	113	127	100	100	200	18-24
25-44	66	518	584	273	454	727	25-44
45-64	59	242	301	330	512	842	45-64
65+	21	38	59	122	148	270	65+
אחוז - Percent							
Total	16.0	84.0	100.0	41.1	58.9	100.0	סה"כ
≤ 17	61.5	38.5	100.0	48.8	51.2	100.0	עד 17
18-24	11.0	89.0	100.0	50.0	50.0	100.0	18-24
25-44	11.3	88.7	100.0	37.6	62.4	100.0	25-44
45-64	19.6	80.4	100.0	39.2	60.8	100.0	45-64
65+	35.6	64.4	100.0	45.2	54.8	100.0	65+

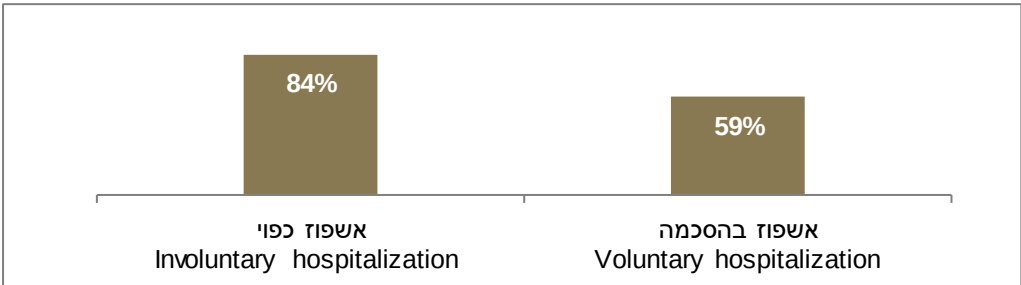
Percent of involuntary patients
from total inpatients by age and gender

אחוז האנשים באשפוז כפוי
מכלל המאושפדים לפי גיל ומין



Percent of males amongst hospitalized
by legal status

אחוז הגברים בקרב המאושפדים
מכלל המאושפדים לפי סטטוס חוקי



נספח ע/3

**"תיעוד ודיווח על אירועי
אלימות והתעללות במהלך
טיפול פסיכיאטרי",
שירותי בריאות הנפש –
משרד הבריאות (1.6.2017)**

משרד הבריאות	נוהל מס': 60.002
שירותי בריאות הנפש	מהדורה מס': 1
הנושא: נהלים בתי"ח פסיכיאטרים, מסגרות שיקום, שרות אמבולטורי, התמכרויות	דף 1 מתוך 8 דפים
	תאריך תוקף: 1 יוני 2008
הנדון: נוהל תיעוד ודיווח על אירועי אלימות והתעללות במהלך טיפול פסיכיאטרי	

1. כללי

במסגרות הטיפול בתחום בריאות הנפש עלולים להתרחש אירועים אלימים. אירוע אלימים הוא אירוע שהביא לפגיעה משמעותית במטופל או זולתו במהלך שהותו ביחידה כולל מקרים של התעללות או ניצול לרעה. אירוע אלימים מפר את מהלך הפעילות השוטפת של מסגרת הטיפול וגורם לתגובות רגשיות שליליות בקרב אנשי הצוות והמטופלים. לאיסוף נתונים בתחום בריאות הנפש יש השלכות טיפוליות וארגוניות. לנתונים חשיבות הן בתהליך הטיפול בחולה והן בהערכות מערך בריאות הנפש, לזיהוי מוקדים ולהתמודדות עם התופעה. בהתאם לתקנות של פקודת בריאות העם – הודעה על פטירות ואירועים מיוחדים, התשנ"ח 1988, חלה חובת הודעה למשרד הבריאות, על כל פטירה או אירוע כפי שמפורט בתקנות ובהגדרות שלהלן. נוהל זה אינו מבטל חובת דיווח פרטני על פי נוהל בנושא פטירות ואירועים מיוחדים.

2. מטרת

- 2.1 להנהיג שיטה אחידה למינוח ולתיעוד אירועים אלימים במסגרות טיפול בתחום בריאות הנפש.
- 2.2 ליעל ולהסדיר את דרכי ההעברה של דוח סטטיסטי אחיד על אירועים אלימים למטה שירותי ברה"נ במשרד הבריאות, כדי להבטיח ריכוז המידע, ניתוח המידע והסקת המסקנות המערכתיות הנדרשות, לתועלת המטופלים והמטפלים כאחד.
- 2.3 להסדיר דיווח פרטני מהיחידות לשירותי בריאות הנפש על אירועים אלימים שגרמו לנזק שדרש טיפול רפואי או דיווח למשטרה.
- 2.4 לקדם את יכולת הנהלת שירותי בריאות הנפש ומסגרות הטיפול בבריאות הנפש ב:
 - ניהול סיכונים במסגרות טיפול בתחום ברה"נ.
 - בקרת איכות הטיפול.
 - שמירת זכויות ובטחון המטופלים.
 - שמירת הביטחון האישי של המטפלים וצוות היחידה

נערך על-ידי: יהודית בורנשטיין, רזיק חואלד, ד"ר משה אברמוביץ, דניאלה נהון, רינת יופה	אושר על-ידי: ד"ר יעקב פולאקביץ, ראש שירותי בריאות הנפש חתימה
---	---

משרד הבריאות	נוהל מס': 60.002
שירותי בריאות הנפש	מהדורה מס': 1
הנושא: נהלים בתי"ח פסיכיאטרים, מסגרות שיקום, שרות אמבולטורי, התמכרויות	דף 2 מתוך 8 דפים
	תאריך תוקף: 1 יוני 2008
הנדון: נוהל תיעוד ודיווח על אירועי אלימות והתעללות במהלך טיפול פסיכיאטרי	

3. אחריות

- 3.1 אחריות ליישום נוהל זה חלה על מנהל מסגרת טיפול או מי שהוסמך לכך מטעמו.
- 3.2 אחריות על מעקב ביצוע נוהל זה חלה על פסיכיאטר מחוזי באזור או מי שהוסמך על ידו.

4. אזכורים

- 4.1 פקודת בריאות העם (הודעה על פטירות ורישומן, הוראה בדבר מפגעים, מחלות מדבקות, קיום תנאי מבנה וציוד, סידורי תברואה וכיבוי אש במוסד 1940 ת"ש)
- 4.2 חוק לטיפול בחולי נפש התשנ"א 1991.
- 4.3 חוק שיקום נכי נפש בקהילה התש"ס - 2000
- 4.4 פקודת הנזיקין (נוסח חדש) התשכ"ט - 1968
- 4.5 חוק העונשין, התשל"ז 1977
- 4.6 חוזר מנהל רפואה מס' 14/95 נוהל התערבות/טיפול ודיווח נסיונות התאבדות.
- 4.7 הוראת משטרה (שמירה על מסגרת רפואית).
- 4.8 חוזר מנהל רפואה מס' 23/98 חובת הודעה על פטירה ואירועים מיוחדים.
- 4.9 חוזר מנהל רפואה 69/97 הודעה למשטרה ובדיקה גופנית במכון לרפואה משפטית במקרים של מוות מסיבה לא טבעית.
- 4.10 חוזר מינהל רפואה 21/2001, הודעה לקצין בטחון על נפגעים כתוצאה ממעשה אלימות.

5. הגדרות

- 5.1 **ראש השירות** – ראש שירותי בריאות הנפש במשרד הבריאות כמוגדר בסעיף 22 בחוק לטיפול בחולי נפש.
- 5.2 **מרכז לבריאות הנפש/בי"ח** - כהגדרתו בסעיף 1 לחוק טיפול בחולי נפש כולל מחלקות פסיכיאטריות בבי"ח כללי.
- 5.3 **המערך האמבולטורי בברה"נ** – מערך טיפול אמבולטורי בברה"נ למטרת מיון, אבחון, ייעוץ טיפול ומעקב ופעולות מניעה בקהילה הכולל שירות מרפאתי, מחלקת טיפול יום בקהילה ויחידת מיון קהילתי.
- 5.4 **מסגרת שיקומית** – כהגדרתה בחוק שיקום נכי נפש בקהילה לרבות הוסטל, דיור מוגן

משרד הבריאות	נוהל מס': 60.002
שירותי בריאות הנפש	מהדורה מס': 1
הנושא: נהלים בתי"ח פסיכיאטרים, מסגרות שיקום, שרות אמבולטורי, התמכרויות	דף 3 מתוך 8 דפים
	תאריך תוקף: 1 יוני 2008
הנדון: נוהל תיעוד ודיווח על אירועי אלימות והתעללות במהלך טיפול פסיכיאטרי	

מרכזים ומסגרות תעסוקה.

5.5 **יחידות לטיפול בהתמכרויות** – כולל מרכזים אמבולטוריים, מרכזים לתחליפי סם ומחלקות אשפוז או כל מסגרת לטיפול פסיכיאטרי ובריאות הנפש בהתמכרויות לרבות יחידות אמבולטוריות.

5.6 **מסגרת טיפול** – מרכז בריאות נפש, שרות אמבולטורי, מרפאה, מסגרת שיקומית ויחידה לטיפול בהתמכרויות כלהלן.

5.7 **מנהל** – מנהל רפואי של מסגרת טיפולית.

5.8 **אירועים אלימים מחייבי דיווח** אירוע שהביא לפגיעה משמעותית במטופל או זולתו במהלך שהותו ביחידה, כולל התעללות וניצול לרעה:

5.8.1 **אלימות מילולית** – הצהרת כוונה לפגיעה בעצמו או באחר במלל או בשפת גוף, עם איום לפגוע פגיעה פיזית או לגרום נזק בצורה אחרת.

5.8.2 **אלימות פיזית** – כל נגיעה פיזית באדם שלא בהסכמה והפעלת אמצעים מסכנים פיזיים כמו שימוש באיברי גוף: נגיעה, בעיטה או דחיפה, או שימוש במכשירים וחפצים. אלימות כוללת את האקט האלים כמו יריה לקהל גם אם לא נגרם נזק ממשי. זהו שימוש בכח מכל סוג שהוא, לרבות שימוש בחום, אור, חשמל, גז, או חומר אחר אם השתמשו בו במידה שיכול להזיק. שימוש בכח נגד גופו של אדם, בין במישרין ובין בעקיפין, שלא בהסכמת האדם או בהסכמתו שהושגה בתרמית.

5.8.3 **ניסיון אובדני** – מעשה הנעשה בכוונה ובמודע, שמטרתו היא לגרום למוות של האדם עצמו. מעשה שלא הסתיים במוות.

5.8.4 **אלימות מינית** – כל התנהגות ו/או מעשה מיני הנכפה על אישה, גבר או ילד ללא הסכמתם. אלימות מינית כוללת פגיעה באישה, בילד ובגבר על ידי גבר, אישה או ילד.

5.8.4.1 **הטרדה מינית** – היא כל מעשה או התייחסות בעלי אופי מיני, הנכפים על אדם בניגוד לרצונו ואינם נעימים לו או פוגעים בו. כולל קריאה בשמות או בכינויים בעלי אופי מיני, נגיעה באיברי גוף, משיכה במכנסיים או בחולצה, שליחת פתקים או תמונות בעלות אופי מיני וכו', הנחשבות להטרדה מינית.

5.8.4.2 **מעשה מגונה ללא מגע פיזי** – מעשה לשם גירוי, סיפוק או ביזוי מיניים.

משרד הבריאות	נוהל מס': 60.002
שירותי בריאות הנפש	מהדורה מס': 1
הנושא: נהלים בתי"ח פסיכיאטרים, מסגרות שיקום, שרות אמבולטורי, התמכרויות	דף 4 מתוך 8 דפים
	תאריך תוקף: 1 יוני 2008
הנדון: נוהל תיעוד ודיווח על אירועי אלימות והתעללות במהלך טיפול פסיכיאטרי	

5.8.4.3 **מעשה מגונה עם מגע פיזי** - מעשה כנ"ל המלווה במגע פיזי של חיכוך גופני כלשהו.

5.8.4.4 **אונס** - אקט של אלימות, תקיפה מינית הכולל את המרכיבים הבאים: שימוש בכוח פיזי או ניצול לרעה או באיום לשימוש בכוח. מטרת הפעלת הכוח להשיג יחסי מין, זה כולל השגת מגע מיני באמצעות רמאות שימוש בסמים – סימום, או ניצול העובדה שהקורבן אינו מבין את משמעות השלכות ותוצאות המעשה.

5.8.4.5 **ניסיון לאונס** – ניסיון כנ"ל שלא יצא לפועל.

5.8.5 **גרימת נזק לרכוש** – כגון שבירה, קריעה, שריפה, השחתה, פריצה, אובדן רכוש המתרחש מתוך כוונה לפגוע ברכוש ולא כתוצאה משימוש רגיל או מקובל ברכוש.

5.8.6 **התעללות וניצול לרעה של חסרי ישע** - כשבני משפחה, אחרים משמעותיים, או איש צוות מתעללים או מנצלים לרעה סמכותם בטיפול מול מטופל חסר ישע, כולל ניצול מיני, כספי, או כל הפעלת כח, פגיעה או ניצול לסיפוק צורכיהם האישיים.

5.8.7 **ניצול מיני** - ניצול הזולת במעשה או התנהגות בעלת אופי מיני בלא הסכמה, בניגוד לחוק ובצורה בלתי צודקת, למען צרכיו ומטרותיו האישיות של התוקף או של כל אדם אחר מלבד הקורבן.

6. חלות (עדכון נוהל)

6.1 הנוהל חל על ראש שירותי בריאות הנפש.

6.2 מנהל מסגרת הטיפול.

7. שיטה

7.1 באחריות "המנהל" לקיים רשומה המרכזת דיווחי אירועים אלימים ופעולות מתקנות שננקטו בהתאמה.

7.2 כל אירוע אלים כמפורט בסעיף 5.8 בנוהל זה בו נגרם נזק משמעותי ונדרש טיפול רפואי או דיווח למשטרה, מחייב דיווח פרטני תוך 24 שעות עבודה. האירוע ידווח לראש השירות על ידי המנהל בטופס ייעודי (נספח 1).

7.3 עם תום בירור האירוע, שדווח באופן פרטני, יעביר המנהל לראש השירות את מסקנות הבירור והמלצות.

משרד הבריאות	נוהל מס': 60.002
שירותי בריאות הנפש	מהדורה מס': 1
הנושא: נהלים בתי"ח פסיכיאטרים, מסגרות שיקום, שרות אמבולטורי, התמכרויות	דף 5 מתוך 8 דפים
	תאריך תוקף: 1 יוני 2008
הנדון: נוהל תיעוד ודיווח על אירועי אלימות והתעללות במהלך טיפול פסיכיאטרי	

- 7.4 כל אירוע אלים כמפורט בסעיף 5.8 בנוהל זה מחייב דיווח סטטיסטי חצי שנתי מרוכז למח' למידע והערכה בשירותי ברה"ן, הדיווח יתבצע בטופס ייעודי (ראה נספח 2).
- 7.5 במקרה של פגיעה גופנית בחולה, שגרמה נזק, יש להודיע למשפחת המטופל או לאחר המשמעותי שהוגדר בטופס הקבלה, כאדם אליו יש לדווח על שינויים במצבו או לשתף בהחלטות טיפוליות לגביו, כבא כח או אפוטרופוס על גופו.
- 7.6 במקרה של פגיעה, ניצול לרעה של חסר ישע, או כאשר קיים יסוד סביר לחשוב על ניצול או פגיעה בחסר ישע, יש להודיע על כך לפקידת סעד לחוק הנוער במקרה של קטין, ולפקידת סעד לחוק טיפול בחסרי ישע במבוגר, ו/או להודיע למשטרה. האירוע יתועד בתיק החולה או ברשומה יעודית.
- 7.7 במקרה של פגיעה, ניצול לרעה של מטופל שלא הוגדר כחסר ישע, יש ליידע אותו על זכותו לפנות למשטרה ולסייע לו על פי בקשתו. האירוע ודרכי הטיפול/ההתערבות יתועדו בתיק החולה או ברשומה יעודית.
- 7.8 במקרה של פגיעה פיזית במטפל, ימלא האחראי המקצועי של העובד במקום או אח/ות כללי דוח פציעה / תאונת עבודה בטופס ייעודי. הדיווח יועבר למחלקת כח אדם ולאחראים המקצועיים של העובד במקום. יש להודיע לקצין הביטחון במוסד. הגשת תלונה במשטרה על פי שיקול דעת הנפגע ובאחריותו. בנסיבות מיוחדות קצין הביטחון או המנהל ישקלו דיווח למשטרה.
8. **דיווח**
- 8.1 דיווח על פי נוהל זה לא מחליף כל חובת דיווח על אירועים חריגים ופטירות לראש מנהל רפואה כמו גם אירועים מחייבי דיווח לכל גורם אחר כמו התפרצות מחלות זיהומיות וכו'...
- 8.2 דיווח פרטני ישלח בפקס לראש השירות באמצעות טופס ייעודי (נספח 1).
- 8.3 דיווח סטטיסטי – ישלח למחלקה למידע והערכה אחת לחצי שנה (סוף דצמבר, סוף יוני). באמצעות טופס ייעודי (נספח 2 + נספח 3).
9. **נספחים**
- 9.1 נספח 1 - טופס הודעה פרטני על אירועי אלימות והתעללות במהלך טיפול פסיכיאטרי.
- 9.2 נספח 2 - דיווח סטטיסטי חצי שנתי בנושא אירועים אלימים והתעללות במסגרות טיפול פסיכיאטרי.
- 9.3 נספח 3 – דיווח סטטיסטי חצי שנתי, בנושא הנוהל, המשלים נספח 2 ומפרט את זהות התוקף והנתקף.

אין נוהל זה מחליף כל נוהל אחר הקיים במשרד

סודי

משרד הבריאות
שירותי בריאות הנפש

אירועי אלימות והתעללות במהלך טיפול פסיכיאטרי

שם המרכז לבריאות הנפש _____
הטופס ימלא על ידי אדם שלא היה מעורב באירוע. סמן בעיגול את הקודים המתאימים ומלא את הפרטים במקומות המסומנים ושילח לראש שירותי בריאות הנפש והפסיכיאטר המחוזי. טופס זה יהווה בסיס לדיווח סטטיסטי חצי שנתי למחלקה למידע והערכה בשירותי בריאות הנפש.

כללי:

שם המחלקה או המרפאה בה התרחש האירוע קוד _____ תאריך האירוע _____ שעת האירוע _____	המקום ביחידה בו התרחש האירוע: 1. חדר של מטופל/ת _____ 2. חדר של מטפל/ת _____ 3. שטח ציבורי (פרחודזר, חדר אוכל, חדר יום, לובי) _____ 4. תחנת אחות _____ 5. רפיו רעיון _____ 6. שירותים ו/או מקלחת _____ 7. בביקור בית אצל המטופל _____ 8. אחר (פרט): _____
--	---

אלימות והתעללות:

מבצע/ת האלימות: 1. מטופל/ת _____ 2. מטפל/ת _____ 3. עובד/ת אחר/ת ביחידה _____ 4. קרוב/ת משפחה של המטופל/ת _____ 5. מבקר/ת (שאינו/ה קרוב/ת משפחה של המטופל/ת) _____ 8. אחר (פרט): _____	סוגי האלימות: אלימות מילולית 1. עם איום לפגיעה פיזית _____ 2. ללא איום לפגיעה פיזית _____ אלימות פיזית: 1. פיזית לא באמצעות כלי (כגון: חכה, דחיפה, סטירה, רעיטה, נשיכה) _____ 2. פיזית באמצעות כלי או חפץ (כגון: כלי ירייה, סכין, מקל או חפץ שנזרק) _____ 3. ניסיון אובדני _____ אלימות מינית: 1. הטרדה מינית ללא מגע פיזי _____ 2. הטרדה מינית עם מגע פיזי _____ 3. מעשה מגונה ללא מגע פיזי _____ 4. מעשה מגונה עם מגע פיזי _____ 5. אונס _____ 6. אונס _____ ניצול לרעה והתעללות בחסר ישע: 1. וגשי 3. מיני _____ 2. כלכלי 4. אחר (פרט): _____	פרטי מבצע/ת האלימות: שם _____ מס' זהות _____ גיל _____ מין 1. זכר 2. נקבה _____ ארץ לידה _____ ארץ לידת האב _____ דת/לאום _____ סטטוס חוקי בטיפול/באשפוז (רק לגבי מטופלים) _____
אלימות מכוונת כלפי: 1. מטופל/ת _____ 2. מטפל/ת _____ 3. עובד/ת אחר/ת ביחידה _____ 4. קרוב/ת משפחה של המטופל/ת _____ 5. מבקר/ת (שאינו/ה קרוב/ת משפחה של המטופל/ת) _____ 8. אחר (פרט): _____	פרטי האדם אליו כוונה האלימות: שם _____ מס' זהות _____ גיל _____ מין 1. זכר 2. נקבה _____ ארץ לידה _____ ארץ לידת האב _____ דת/לאום _____	פרטי מבצע/ת האלימות: שם _____ מס' זהות _____ גיל _____ מין 1. זכר 2. נקבה _____ ארץ לידה _____ ארץ לידת האב _____ דת/לאום _____ סטטוס חוקי בטיפול/באשפוז _____

גרימת נזק לרכוש:

מבצע/ת הנזק: 1. מטופל/ת _____ 2. מטפל/ת _____ 3. עובד/ת אחר/ת ביחידה _____ 4. קרוב/ת משפחה של המטופל/ת _____ 5. מבקר/ת (שאינו/ה קרוב/ת משפחה של המטופל/ת) _____ 8. אחר (פרט): _____	פרטי מבצע/ת הנזק: שם _____ מס' זהות _____ גיל _____ מין 1. זכר 2. נקבה _____ ארץ לידה _____ ארץ לידת האב _____ דת/לאום _____ סטטוס חוקי בטיפול/באשפוז _____	למי שייר הרכוש שניזוק: 1. מטופל/ת _____ 2. מטפל/ת _____ 3. עובד/ת אחר/ת ביחידה _____ 4. קרוב/ת משפחה של המטופל/ת _____ 5. מבקר/ת (שאינו/ה קרוב/ת משפחה של המטופל/ת) _____ 6. יחידה טיפולית _____ 8. אחר (פרט): _____
---	---	---

נתונים על המדווח:

שם המדווח: _____ תפקיד: _____ חתימה: _____ תאריך הדיווח: _____

לפ"ח 2006

העתק: פסיכיאטר מחוזי

משרד הבריאות	נוהל מס': 60.002
שירותי בריאות הנפש	מהדורה מס': 1
הנושא: נהלים בתי"ח פסיכיאטרים, מסגרות שיקום, שרות אמבולטורי, התמכרויות	דף 7 מתוך 8 דפים
	תאריך תוקף: 1 יוני 2008
הנדון: נוהל תיעוד ודיווח על אירועי אלימות והתעללות במהלך טיפול פסיכיאטרי	

נספח 2

לכבוד

המחלקה למידע והערכה

שרותי בריאות הנפש

מאת: שם המסגרת הטיפולית

יש למלא דוח נפרד עבור כל מחלקה

שם מסגרת הטיפול: _____ (באם מדובר במחלקת אשפוז יש לציין את אופייה: פעילה/פעילה ממושכת, ילדים/נוער/פסיכוגריאטריה/תחלואה כפולה/משפטית, פרט..... מס' מיטות אשפוז / רישוי: _____ ממוצע מטופלים בפועל לחודש: _____ חתימת המדווח: _____ תואר ותפקיד: _____ דוח סטטיסטי חצי שנתי בנושא אירועי אלימות והתעללות במסגרות טיפול פסיכיאטרי מתאריך _____ עד _____ לפי סוג האירוע ומסגרת הטיפול. דו"ח מס' _____

שם מסגרת הטיפול*				
סה"כ אירועים ** N	משמרת ערב	משמרת ערב	משמרת בוקר	
	סה"כ צוות..... צוות סיעודי..... מספר אירועים**	סה"כ צוות..... צוות סיעודי..... מספר אירועים**	סה"כ צוות..... צוות סיעודי..... מספר אירועים**	
				אלימות מילולית
				עם איום לפגיעה פיזית
				סה"כ
				אלימות פיזית
				לא באמצעות כלי או חפץ
				באמצעות כלי או חפץ
				ניסיון אובדני
				סה"כ
				אלימות מינית
				הטרדה מינית ללא מגע פיזי
				הטרדה מינית עם מגע פיזי
				מעשה מגונה ללא מגע פיזי
				מעשה מגונה עם מגע פיזי
				ניסיון לאונס
				אונס
				ניצול לרעה והתעללות בחסר ישע
				רגשי
				כלכלי
				גופני מיני
				אחר
				גרימת נזק לרכוש
				סה"כ אירועי אלימות והתעללות

* מסגרת טיפול = לציין: מחלקת אשפוז, אשפוז יום, מרפאה, מסגרת לטיפול בהתמכרות, מסגרת שיקום
** לכל נתון מהנתונים יש למלא נספח מס' 3 (למשל 200 אירועי פגיעה פיזית עם פירוט הנתון המתייחס לזהות תוקף ונתקף והשלכות התקיפה).

שם השולח: _____

משרד הבריאות	נוהל מס': 60.002
שירותי בריאות הנפש	מהדורה מס': 1
הנושא: נהלים בתי"ח פסיכיאטרים, מסגרות שיקום, שרות אמבולטורי, התמכרויות	דף 8 מתוך 8 דפים
	תאריך תוקף: 1 יוני 2008
הנדון: נוהל תיעוד ודיווח על אירועי אלימות והתעללות במהלך טיפול פסיכיאטרי	

נספח 3 – פירוט זהות התוקף/מזיק והנתקף/הניזוק

דוגמא לדו"ח שיופק גם ברמה המחלקה/היחידה הטיפולית וגם ברמה הארצית

דו"ח מס' _____ . מקרי אלימות (מילולית/פיזית/מינית) במסגרות אשפוז (מלא/אשפוז יום/מרפאה בקהילה. יחידת סמים) מתאריך עד לתאריך....., לפי זהות התוקף וזהות הנתקף.

זהות הנתקף														זהות נתקף
סה"כ		אחר		מבקר/ת שאינו/ה קרוב/ת משפחה של מטופל		קרוב/ת משפחה של מטופל/ת		עובד/אחר/ת ביחידה		מטפל/ת		מטופל/ת		
%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	זהות תוקף
														מטופל/ת
														מטפל/ת
														עובד/ת אחר/ת ביחידה
														קרוב/ת משפחה של מטופל/ת
														מבקר/ת שאינו קרוב/ת משפחה של מטופל
														אחר
														סה"כ אירועים
														סה"כ ימי היעדרות מעבודה של מטפלים בשל תקיפה

* לוח נפרד לכל סוג אלימות בכל מסגרת טיפול.

נספח ע/4

**ועדת ההיגוי לצמצום
הגבלה המכאנית בישראל,
משרד הבריאות (2017)**



דין וחשבון

**וועדת ההיגוי לצמצום הגבלה המכאנית
בישראל**

**משרד הבריאות
ה'תשע"ז 2017**

ברור לוועדה כי השימוש בהגבלת מטופלים בהיקפו הנוכחי אינו עומד לבדו ואינו נטול הקשר מערכתי כולל. כפי שפורט בדו"ח זה, לצד היבטים הנוגעים לשינוי התפיסה והגישות אשר הושרשו במערכת, יש לפעול להבטחת ולשמירה על זכויות המטופלים גם על ידי תיקון של ליקויים וכשלים שורשיים ארוכי שנים. בכלל זה, מדיניות כוללת, מדיניות תקצוב, אופני הכשרה, תרבות טיפול ועוד.

לאור זאת, הוועדה ראתה לנכון להצביע על מספר גורמים מערכתיים רלוונטיים, שיש לתת עליהם את הדעת במסגרת דיוני עומק שיש לקיים בהקדם בנוגע למצב מערכת בריאות הנפש בכללותה :

1. תקצוב מערכת בריאות הנפש כחלק ממערכת הבריאות: במדינות ה OECD ההשקעה הממוצעת במערך בריאות הנפש עומד על כ-10% מן ההשקעה הכוללת לבריאות בעוד שבישראל, ההשקעה במערך בריאות הנפש עומדת על פחות מ 6% לערך בלבד. עובדה זו מקשה על התנהלות המערכת בכל אופני פעולותיה באשפוז, בשירותים האמבולטוריים ובמערכת השיקום. ההוצאה הפרטית בתחום בריאות הנפש בישראל ביחס להוצאה הממשלתית אף היא אינה מתקרבת לאיזון הראוי. כל אלו יכולים להביא להיעדר זמינות ונגישות של שירותים, המביא לכך שהאדם המצוי במצב האקוטי והמורכב ביותר בחייו נפגש עם מערכת אשר לעתים אינה ערוכה מספיק לאתר, למנוע, להכיל ולספק מענה הולם.
2. הצפיפות במחלקות האשפוז: על פי נתוני משרד הבריאות התפוסה הממוצעת בשנת 2016 בבתי חולים פסיכיאטריים עמדה על כ-95%. אולם, בהשוואה בין בתי החולים השונים ניכרת שונות באחוזי התפוסה שהיא נגזרת של כמה גורמים, כגון: גודל האוכלוסייה שאותה משרת בית החולים, התרבות הניהולית, קיומם של די גורמי תמך קהילתיים, זמינות ויעילות של מערכת אמבולטורית ומערכת שיקום בקהילה ועוד. לצפיפות הקיימת במחלקות האשפוז ישנן השלכות רבות, וביניהן קשר ישיר לנטייה להשתמש בהגבלת מטופלים. על מנת לתת מענה לבעיית הצפיפות יש לפעול לפיתוח מענים קהילתיים, כמפורט בהמשך. בין חברי הוועדה התגלעה מחלוקת, האם בנוסף לכך יש גם להגדיל את כמות המיטות במחלקות. חלק מחברי הוועדה סברו כי יש להתמודד עם הבעיה בין היתר באופן זה, בפרט בכל הנוגע למיטות אשפוז ייעודיות לאוכלוסיות המורכבות בהן יש מחסור חמור במקומות אשפוז – כגון אנשים עם אוטיזם, אנשים עם הפרעות אכילה, נפגעות ונפגעי תקיפה מינית ומטופלים עם תחלואה כפולה. חלק אחר סבור שאין להגדיל את מספר המיטות להתמקד אלא אך ורק בהרחבת המענים הקהילתיים.
3. מחסור בכח האדם בהכשרה מתאימה: כפי שפורט בדו"ח, קיימת חשיבות בתוספת כח אדם ייעודי והכשרתו לצורך צמצום השימוש באמצעי הגבלה ולצורך יישום חלופות שעליהן הומלץ בדו"ח. כפי שעוד הומלץ, יש צורך להבטיח כי תקינת כוח האדם במחלקות תהלוס את היקף העבודה והתמיכה במטופל אשר יידרשו כדי להימנע מהגבלות בדרך מכילה והומנית. נוסף על כן, ממליצה הוועדה כי ינקטו יוזמות לגיוס כוח אדם איכותי במקצועות הרפואה, הסיעוד ושאר מקצועות הבריאות ובנוסף לכך ישולבו בצוותים צרכנים נותני שירות. בנוסף על ההכשרה הייעודית בתחום השימוש בחלופות שעליה הומלץ בדו"ח, יש להעמיק את מערך

ההכשרה בנושאים טיפולים נוספים לכלל העובדים במערכת כנהוג במערכות בריאות נפש מתקדמות ב-OECD. הוועדה קוראת גם להטמיע בתכניות ההסמכה למקצועות הטיפולים בבריאות הנפש תפיסות טיפוליות מתקדמות ועדכניות. זאת ועוד, יש לכלול בהכשרת השדה ובהתמחויות התנסות משמעותית בטיפול בקהילה ולא רק בבתי החולים ובמחלקות האקוטיות. שכן הגבלת ההכשרה לבתי החולים מעצבת את תפיסת המתמודד עם מגבלה פסיכיאטרית בקרב איש המקצוע כאדם הנתון כמעט תמיד במצב אקוטי וסוער.

4. העדר מערכת בריאות נפש נפרדת של מטופלים המעורבים בהליך הפלילי: במדינת ישראל אין מערכת פסיכיאטריה משפטית הנפרדת ממערכת הפסיכיאטריה הכללית. למשימות המוטלות על מערך בריאות הנפש מצד המערכת המשפטית השפעה מכרעת על היקף ואופי העומס המוטל על המערכת פסיכיאטרית, על תמהיל החולים ועל מאפייני תרחישי קיצון הדורשים סוגים שונים של מענים. סוגיה זו מודגשת ביתר שאת לאורך העשור האחרון בו נכרת עליה משמעותית במידת ה"שימוש" של המערכת המשפטית במערכת בריאות הנפש לצרכי הערכה שונים של מטופלים בהליך הפלילי.

חברי הוועדה מבקשים להדגיש כי אופי המשימות המגיעות מהמערכת המשפטית דורש מענים עתירי תשומות, השונים מהותית מאלו הנגזרים מאשפוז פסיכיאטרי אזרחי. במדינות אירופה וברבות ממדינות ארה"ב קיימת מערכת נפרדת של פסיכיאטריה משפטית מתמחה. מערכת זו עוסקת בטיפול בחולה המורכב המפגין סימפטומים אלימים במיוחד ו/או התנהגות עבריינית ובמקביל מתמחה במתן הערכות למערכת המשפטית. ראוי לייצר נפרדות ברורה בין שתי המערכות ולעגנה בחקיקה. באופן זה יתאפשרו התמקצעות פונקציונליות ומותאמות, פיתוח מענים ייחודיים וטיפול הולם וראוי יותר לשתי האוכלוסיות. הוועדה סבורה שהפרדה בין שתי המערכות תוריד משמעותית את רמת האלימות במחלקות האשפוז הפעילות וכך תפחית את הצורך בשימוש באמצעי הגבלה חריגים.

5. היעדר מענים קהילתיים למצבי משבר: במדינות ה-OECD הולכת ומתפתחת המגמה של יצירת מענים קהילתיים למצבי משבר ברמת הביניים במטרה למנוע אשפוזים. מודלים אלו כוללים טווח רחב של התערבויות, החל מהתערבויות של טיפול ביתי ועד "בתים טיפוליים" ייעודיים בקהילה. מודלים נפוצים בתחום זה הם מודל "הדיאלוג הפתוח", ACT, "בתים מאזנים קהילתיים" ועוד. למודלים אלו תוצאות חיוביות מבוססות ראיות והם מוערכים מאד על ידי תנועות צרכנים ברחבי העולם. פיתוחם בפיקוח וסטנדרטיזציה של משרד הבריאות יכול לצמצם את תופעת הצפיפות במחלקות הפסיכיאטריות, כאמור לעיל, וירחיב את המענים למצבי משבר ועל כן יש להסיר חסמים בפיתוח מודלים אלו ולבדוק את יעילותם.

6. היעדר מענים קהילתיים לאנשים עם מורכבות תפקודית המצויים באשפוז ממושך: חרף המגמה הקיימת בשני העשורים האחרונים לצמצום היקף האשפוז של מטופלים עם מוגבלות נפשית כרונית, שאינם מצויים במצבים נפשיים אקוטיים ותחת זאת שיבוצם במסגרות טיפול ושיקום קהילתיות, עדיין מצויים במערכת האשפוז מטופלים אשר אינם מצויים במצבים נפשיים אקוטיים. אלו נותרים באשפוז לעיתים בשל מחסור במסגרות שיקום בקהילה המתאימות לצרכיהם ושיש בכוחן להעניק תמיכה וסיוע מתאימים. לשם כך על משרד הבריאות להרחיב את סוגי מסגרות השיקום הקהילתיות אותן הוא מציע, כך שגם למטופלים אלו תינתן אפשרות לחיות באופן שוויוני בקהילה ולקבל את מלוא השיקום, התמיכה

והטיפול הנדרשים להם. ובפרט על משרד הבריאות לפעול להקמת מסגרות דיור בקהילה למטופלים עם קשיי תפקוד מורכבים וכן לקדם את המענה השיקומי הקהילתי התומך.

7. חוויית האשפוז בלתי מותאמת לצרכי המטופל: לסביבת האשפוז ישנה השפעה מכרעת על חוויית האשפוז העלולה להיות קשה. לפיכך יש לפעול לתכנון ועיצוב מחודש של המחלקות הפסיכיאטריות כך שיפחיתו ככל האפשר את תחושות ההפרדה והניכור. במקביל יש לערוך חשיבה מחודשת על סדר היום של המטופל במסגרת האשפוז הפסיכיאטרי ולהעשירו בתכנים ואפשרויות עשייה. בנוסף יש להפחית ככל האפשר נהלים מגבילים הפוגעים באוטונומיה הבסיסית אצל המטופל ולהרחיב ככל האפשר מגע ישיר בין אנשי הצוות למטופלים בסיטואציות לא קונפליקטואליות.

8. אינטגרציה חלקית בלבד בין בריאות הגוף לבריאות הנפש באשפוז: יש להמשיך את הקו המאפיין את שלושת הרפורמות אשר נערכו במערך בריאות הנפש החל מסוף שנות ה-90 ובמיוחד ברפורמה הביטוחית שיצאה לדרכה בשנת 2015 והוא הגברת האינטגרציה בין מערך הבריאות הכללית למערך בריאות הנפש והעברת מרכז הכובד של הטיפול לקהילה. בתוך כך, יש לבחון את יחסי הגומלין בין מערכי האשפוז הכללי למערכי האשפוז של בריאות הנפש, את תפקידו של המרכז לבריאות הנפש ואת צורות השילוב בין שתי המערכות. זאת כדי לתת מענה כולל לצרכיו הרפואיים הרחבים של המטופל עם מוגבלות נפש וכן להפחית את בידודם והרחקתם מהחברה וכן את הסטיגמה שממנה הם סובלים.

לאור זאת, ממליצה הוועדה על הקמת וועדת המשך ציבורית רב תחומית שתדון בהיבטים המערכתיים של מערכת בריאות הנפש ובכלל זה בנושאים אלו אשר מצאה הוועדה כי הינם משמעותיים ביותר לשיפור מערך בריאות הנפש וכתומכים במאמץ הכולל להפחית באופן משמעותי את ההגבלות כמפורט בדו"ח זה.

נספח ע/5

**פרוטוקול מס' 638, ועדת
העבודה, הרווחה והבריאות
(27.11.2017)**



הכנסת העשרים מושב רביעי

פרוטוקול מס' 638
מישיבת ועדת העבודה, הרווחה והבריאות
יום שני, ט' בכסלו התשע"ח (27 בנובמבר 2017), שעה 9:00

סדר היום:

ישיבת דיווח ומעקב על יישום הרפורמה בבריאות הנפש; פתיחת מרפאות לבריאות הנפש וכוח-אדם טיפולי למגזר הערבי; מדיניות הקשירות והבידודים במוסדות לרפואת הנפש בישראל.

נכחו:

חברי הוועדה:

אלי אלאוף – היו"ר
ישראל אייכלר
מיכל בירן
אילן גילאון
נורית קורן

חברי הכנסת:

קארין אלהרר
חנין זועבי
תמר זנדברג
דב חנין
אחמד טיבי
יעל כהן פארן
שולי מועלם רפאלי

מוזמנים:

משה ברסימנטוב	– מנכ"ל, משרד הבריאות
נעם וייצנר	– עוזר מנכ"ל, משרד הבריאות
ד"ר טל ברגמן לוי	– מנהלת האגף לבריאות הנפש, משרד הבריאות
ד"ר דני בודובסקי	– סגן ראש בריאות הנפש, משרד הבריאות
שי מעוז	– כלכלן בכיר, משרד הבריאות
שרונה עבר הדני	– לשכה משפטית, משרד הבריאות
אביגל מילסון דגן	– סגנית הפסיכולוג הארצי, משרד הבריאות
רחלי שטרן	– עו"ס מומחית בבריאות הנפש, משרד הבריאות
ורד עזרא	– ראש מינהל הרפואה, משרד הבריאות
ליאור קוטלר	– פרנסית בריאות, אגף התקציבים, משרד האוצר
גלי אמיר	– מנהלת תחום, אגף השכר והסכמי עבודה, משרד האוצר
דניאל רוז	– ממונה תחום ארצי אשפוז כפוי סיוע משפטי, משרד המשפטים
טל שטיין	– ממונה על ייעוץ וחקיקה, משרד המשפטים
אדמית רוזנצוויט	– האגף לסיוע משפטי, משרד המשפטים
אביטל בגין	– ממונה ארצית במדיניות ציבורית, האגף לסיוע משפטי, משרד המשפטים
יונית אפרתי	– מנהלת תחום בכיר שילוב בקהילה, נציבות שוויון לאנשים עם מוגבלות, משרד המשפטים
רב כלאי הראל ירקוני	– רת"ח ליווים שב"ס, המשרד לביטחון הפנים
רס"ן צפריר סנדרוביץ	– רמ"ד מיון ואבחון, צה"ל

פנחס קבלו	– קשרי כנסת שלטון מקומי, מרכז השלטון המקומי
יעל נרדי	– סגנית מנהלת המחלקה לבריאות הנפש, מכבי שירותי בריאות
ד"ר יוסף בר-אל	– ראש מערך בריאות הנפש, שירותי בריאות כללית
אביבה קיס	– מנהלת מחלקת בריאות הנפש, שירותי בריאות כללית
יהודית לנגביץ	– מנהלת מחלקה, שירותי בריאות כללית
ד"ר ארי לאודן	– מנהל מחלקת בריאות הנפש, לאומית שירותי בריאות
ד"ר ערד קודש	– מנהל מערך בריאות הנפש, מאוחדת
ד"ר עידית סרגוסטי	– רכזת תחום בריאות הנפש, בזכות
אמרי פישר	– פסיכולוג קליני, בנפשו
חובב ינאי	– שתי"ל-מייסודה של הקרן החדשה לישראל
פרופ' אליהו שמיר	– חבר הוועד, עוצמה - פורום ארצי של משפחות נפגעי נפש
חנה שטרום כהן	– יושב-ראש, פורום הפסיכולוגים והעובדים הסוציאליים בבריאות הנפש
פרופ' משה אלמגור	– אוניברסיטת חיפה, יושב-ראש האגודה הישראלית לטיפול במשפחה וזוגות
ד"ר שרון שלו	– מומחית בין-לאומית, אוניברסיטת אוקספורד
יחיאל אסולין	– פסיכולוג קליני בכיר, הסתדרות הפסיכולוגים
ד"ר נחום אבי כץ	– סגן מנהל ביה"ח, גהה
אבי אורן	– ראש תחום מדיניות, עמותת לשמ"ה - עמותה לשילוב מתמודדים בהעצמה בבריאות הנפש
תמי קרני	– יושב-ראש הלשכה לאתיקה, ההסתדרות הרפואית
שי איתמר	– חבר בוועד המוביל, התנועה למען פסיכולוגיה לציבור
מיטל פלוטניק	– פעילה חברתית
אבנר עורקובי	– יושב-ראש אהב"ה, ארגוני נכים
חיים גימפל בר	– יושב-ראש ארגון נכי צה"ל, ארגוני נכים
דן מיכאל קידרון	– תנו יד לחירש, נכים למען נכים
אבישג שחם חדד	– שדלן/ית (גלעד יחסי ממשל ולובינג), מייצג/ת את ההסתדרות הרפואית בישראל (לקוחות קבועים נוספים שנושא הישיבה נוגע אליהם באופן ישיר : האגודה לזכויות החולה, מאוחדת, מרכז רפואי מעיני הישועה)
מתן צדיק	– שדלן/ית (מאיר אסרף משרד עו"ד), מייצג/ת את האגודה הישראלית לטיפול משפחתי וזוגי
יהושע שלמה זוהר	– שדלן/ית (גורן עמיר יועצים בע"מ), מייצג/ת את שירותי בריאות כללית
זכריה יחיאל רייך	– שדלן/ית (פרילוג בע"מ), אינו/ה מייצג/ת לקוחות בדיון זה (לקוחות קבועים נוספים שנושא הישיבה נוגע אליהם באופן ישיר : ארגון נפגעי פעולות איבה)
רות פרמינגר	– שדלן/ית
שושי שטוב	– שדלן/ית (גלעד יחסי ממשל ולובינג), מייצג/ת את מרכז רפואי מעיני הישועה (לקוחות קבועים נוספים שנושא הישיבה נוגע אליהם באופן ישיר : האגודה לזכויות החולה, ההסתדרות הרפואית בישראל, מאוחדת)

ייעוץ משפטי:

נעה בן-שבת

מנהלת הוועדה:

ענת כהן שמואל

רישום פרלמנטרי:

טלי רם

ד"ר עדית סרגוסטי:

עדיין לא קיבלו מענה מהנציבות, וצריך לזכור שאנשים מגיעים לפנות לנציבות אחרי שהם כבר פנו לקופת החולים ונשחקו בתוך המערכת הביורוקרטית של קופת חולים, וזה המוצא האחרון מבחינתם, וגם שם הם נאלצים להמתין הרבה הרבה זמן.

מיכל בירן (המחנה הציוני):

זה לא נשמע משהו מסובך לפתור וזאת פשוט שערורייה.

היו"ר אלי אלאלוף:

תודה רבה. דניאל רז, מהסיוע המשפטי, היות ולסיוע המשפטי מגיעות הרבה מאוד פניות ומטפלים בהרבה מאוד אנשים בנושא. בבקשה.

דניאל רז:

יושב-ראש הוועדה הנכבד. שמי דניאל רז, אני עורך-דין בתוך הסיוע המשפטי של משרד המשפטים. אנחנו מייצגים את מרבית המאושפזים בכפייה והמטופלים בכפייה במדינת ישראל בהוראות אזרחיות. אנחנו מדברים על בסביבות 5,400 תיקים שאנחנו מייצגים בשנה, לרבות מקרי הקשירות והבידודים שהיו או שהתפרסמו לאחרונה ושהגיעו פה לדיון בכנסת.

אני רוצה להתייחס דווקא לנושא של קשירות ובידודים, אני טיפה גם אתייחס ליתר הנושאים שעלו פה, אבל נושא של קשירות ובידודים – הרי הנושא הזה נבחן על-ידי ועדה ציבורית שהקים אותה מנכ"ל משרד הבריאות. אנחנו הגשנו בפני הוועדה נייר עמדה שבו אנחנו סבורים שיש לבטל את נושא הקשירה ולהגביל עד מאוד את נושא הבידוד במדינת ישראל.

המלצות הוועדה הן חשובות מאוד, אבל לאור מה שהציג פה מנכ"ל משרד הבריאות על הפחתה ניכרת – ואכן יש הפחתה, לפחות ניכרת, בנושא של קשירות – כל עוד הנושא לא יוסדר בחקיקה, חקיקה ראשית במדינת ישראל כפי שהוועדה המליצה, הרי אנחנו מדברים על טרנד לצורך העניין. זאת אומרת, היום אולי יהיו פחות קשירות, בעוד חודשיים שוב יכול להיות שזה יעלה שוב. עם כל הכבוד לחוזר מנכ"ל, אנחנו מכבדים את זה, זה לא דומה להסדר חקיקתי.

הנושא הזה חשוב מאוד. הוועדה קראה לשינוי חקיקתי ולהסדר. לצערי הרב, בנושא הזה טרם נעשה איזשהו ניסיון להסדיר את זה חוקית, וראוי ורצוי, ויפה שעה אחת קודם, שהנושא הזה יוסדר. ברגע שיהיה חוק במדינת ישראל – תקנות או חוק – שאומר מתי ניתן לקשור, אם בכלל, כי אנחנו סבורים שלא צריך, כמובן להוציא בידוד, אז בוודאי שהנושא הזה יקבל תפנית אחרת וייתב עם אוכלוסייה שאנחנו מייצגים מדי יום ביומו. זה דבר ראשון.

דבר שני, יש המלצות נוספות לוועדה שהן רלוונטיות לא פחות. הנושא של ערוב בין מטופלים בפן האזרחי והפילי במחלקות הפסיכיאטריות. יש מחלקות היום שיש צווי אשפוז של בית-משפט יחד עם אשפוז אזרחי, מה שמגביר אוטומטית את רף האלימות שאיתו הצוותים צריכים להתמודד.

הוועדה התייחסה לזה במסקנותיה. אני עוד לא רואה – באמת, אני יודע שמשרד הבריאות ואגף לבריאות הנפש עושה עבודה מאוד מאוד חשובה בנושא הזה – עדיין, לא בכל מקרה אנחנו ראינו שיפור בנושא הזה. יש עדיין מטופלים שמתלוננים בפנינו שהם נמצאים במחלקות אשפוז יחד עם צווי אשפוז של אנשים שרצחו. צריך להגיד את זה – רצחו. אומנם בשל בעיות נפשיות הם לא הורשעו בדין, אבל עדיין יש לזה משמעות מבחינת רף האלימות. בן אדם שבא לקבל טיפול רפואי לא צריך להתמודד עם הסוגיה הזאת, ואנחנו חושבים שהדבר צריך להיעשות.

לעניין ההכשרה, הגם שאנחנו סבורים שגם אגף בריאות הנפש עשה מאמצים להסביר לעובדיו את המשמעות של בידוד וקשירה, עדיין בחלק מהמקרים אנחנו נתקלים במקרים שאנשי הצוות לא ממש מודעים לנושא של קשירות ובידודים ובאיזה מקרים ניתן לעשות זאת. כמובן, כל מקרה מטופל לגופו על-דינו ואם יש צורך, בין אם אנחנו מערבים את אגף לבריאות הנפש שאיתם יש לנו יחסים מאוד טובים או שאנחנו פונים לבתי-המשפט כפי שנעשה במקרים שהגיעו לכדי התודעה כמו המקרה של נועה, אני מזכיר, שאנחנו ייצגנו בתל השומר ושהוביל בעצם לדיון הציבורי הרחב בעניין סוגיית הקשירות והבידודים במדינת ישראל.

היו"ר אלי אלאלוף:

הערה אחרונה. למרות שהכול היה ענייני.

דניאל רז:

אכן, בחברה הערבית – אני מסכים עם מה שנאמר פה על-ידי חברת הכנסת, גם אנחנו מתמודדים עם הרבה הרבה אנשים שבאים מהחברה הערבית – ושם, אומרים את זה צוותים רפואיים, לא אני אומר את זה, לא המטופלים אומרים את זה, צוותים רפואיים אומרים שיש להם מחסור של ממש, אין להם פסיכיאטרים שיכולים להתמודד.

זה לא רק בחברה הערבית, צריך להגיד את הדברים. זה גם מול החברה האתיופית – צריך להגיד – אמהרית. אין לנו דוברי אמהרית, אין לנו פסיכיאטרים, גם שם יש מצוקה של ממש, לדעתי אפילו חמורה בהרבה כי שם המצב קשה. היו לנו מקרים שזה מוביל לאבחנות שגויות, ולפעמים בן אדם מאושפז בכפייה כשהוא לא צריך היה להיות מאושפז בכפייה כי לפעמים יש את ההבנה התרבותית שמתבלבלת עם ההבנה הנפשית וגורמת לאבחנות שגויות. יש אגב בעניין הזה מאמר מצוין של ד"ר מרגולין, שמציין לגבי היקף האבחנות השגויות בפסיכיאטריה, ולכן זו אחת מתוצאות הלוואי, שלפעמים אנשים שלא צריכים להיות מאושפזים בכפייה, מאושפזים בכפייה. תודה רבה.

היו"ר אלי אלאלוף:

תודה רבה באמת. אחרון הדוברים מהציבור, פרופ' אליהו שמיר, מעוצמה, בבקשה. היות ואנחנו מעריכים אותך ומכירים אותך, אתה יודע להגיד דברים בקיצור.

פרופ' אליהו שמיר:

אני גם מייצג את עוצמה במינהלת הרפורמה לבריאות הנפש, כבר עובדת כמה שנים, עוד לפני כניסת הרפורמה.

ציפינו שהרפורמה תאיץ את תהליך האל-מיסוד, שזה העברת הטיפול מבתי החולים יותר לקהילה, והתאכזבנו. כל מה שקרה בעשור הקודם – הירידה במיטות האשפוז – זה כמעט אך ורק בזכות חוק שיקום נכי נפש בקהילה. זה הדבר שגרם להוצאה של אנשים ממערך האשפוז.

אבל, בעשור הזה אנחנו רואים סטגנציה. המחלקות מאוד עמוסות ויש אפילו תוספת כוח-אדם, ואמר לי ד"ר גדי לובין, מנהל המרכז הירושלמי איתנים בכפר שאול, שהיה גם כמה שנים יושב-ראש אגף בריאות הנפש, שבירושלים למשל אי-אפשר לקבל כמעט טיפול יומי אינטנסיבי, שזו אחת מחלופות האשפוז החשובות ביותר, צריך להגיע עד רמלה. כך הוא אמר לי, וזה קיים בהרבה מקומות בארץ.

אני רוצה לציין שבאטלס ארגון הבריאות העולמי משנת 2014, שכולל 70 מדינות, מתברר שבמדינות העשירות והמפותחות, שליש מהתקציב – כמו התקציב לאשפוז מלא – הולך לכל חלופות האשפוז לאנשים שסובלים ממחלות נפש קשות וכרוניות, כמו סכיזופרניה וכך הלאה.

אבל, כל הדיונים במינהלת הרפורמה וגם כל ההמלצות של איגוד הפסיכולוגים שנמצאות פה, כולם מדברים רק על הטיפול המרפאתי ולא על זה.

למעשה כיום, אחת הבעיות העיקריות היא ש-90% ממיטות האשפוז הן בבעלות הממשלה ובהפעלה של עובדי מדינה, וקופות חולים למעשה משמשות כצינור שמעביר את הכספים מתקציב המדינה דרך קופות חולים לבתי החולים. צריך פה לעשות מאמץ והמאמץ מחייב תמריצים נכונים, זאת אומרת שכל חלופות האשפוז – גם טיפול אינטנסיבי בזמן משבר לפני שנכנסים לאשפוז וגם טיפולי יום אחרי שיוצאים מאשפוז – צריכים לקבל תגבור מלא, ולשם כך נראה לי הכרחי שהצוותים של בתי החולים ישתתפו במתן השירותים האלה. אי-אפשר שתהיה חומה סינית בין מערך האשפוז לבין המערך הקהילתי. זה מאוד חשוב לרצף הטיפול שהאנשים שעובדים בבתי חולים ישתתפו גם בחלופות האשפוז וידעו הרבה יותר מה שקורה בקהילה.

כיום, הנתק הוא גדול מדי וכמובן צריכים לתת תמריצים, תעריפים יותר גבוהים לטיפול יום אינטנסיביים, ובמקום זה אנחנו שומעים שסוגרים את מרכז יפו, ששם יש דרך אגב גם טיפול בתחלואה כפולה וגם בזה אבל בגלל בעיות של הבניין הייתה הודעה שסוגרים.

נספח ע/6

**ועדת השר למיגור אלימות
כלפי צוותים רפואיים
ומנהלים במערכת
הבריאות, דו"ח הועדה
(2017)**



ועדת השר למיגור האלימות
כלפי צוותים רפואיים ומנהליים
במערכת הבריאות
בראשות פרופ' שלמה מור-יוסף

"אלימות פוגעת בכולנו"

דו"ח המלצות

דצמבר 2017



מינהל הסיעוד

Nursing Division

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

קווים מנחים ליישום ההמלצות:

1. מחויבות למניעה וטיפול באלימות הינה של הדרגים הניהוליים בכל מוסד - החל במנהל המוסד ועד למנהל ישיר ביחידה (ולא על דרגי הביטחון בלבד).
2. קיימת חשיבות רבה לביצוע מכלול ההמלצות בעת ובעונה אחת בכלל הסקטורים ובכלל היחידות בארגון תוך מעקב ביצוע.
3. כל מוסד מחויב לביצוע צעדים קונקרטיים (הנחיות, נהלים, הכשרות, דיווחים) לצד יצירת תהליכים המאחים ובונים אמון בקרב הצוותים והמטופלים.
4. התערבות למניעה וטיפול באלימות כוללת כלים "רכים" לצורך מניעת אלימות וכן, כלים "נוקשים" לטיפול וניהול בעת אירוע אלים ולאחריו.
5. תנאי אשפוז ותנאי קבלת טיפול מרפאתי, משך ההמתנה ותנאים פיזיים הינם פקטורים מרכזיים היכולים להשפיע על היווצרות אלימות כמו גם, העומס הרב המוטל על הצוות המטפל.
6. יש צורך במתן התייחסות ספציפית לאלימות במערכת הפסיכיאטרית.
7. חוסר מידע וחוסר שקיפות ביחס לתהליכי הבדיקה והטיפול הצפויים מעלים את מפלס החרדה והמתח ותורמים לאלימות.
8. טרם ביצוע התוכנית כל מוסד יידרש לבצע התאמות של ההמלצות לארגונו אך יחויב לביצוע מלא.
9. במערכת הבריאות עוגנים מרובים היכולים לסייע במניעת אלימות וזאת לצד פעילות ייעודית בנושא. למשל: מוקד פניות ציבור, שימוש בסקר חווית המטופל ובמדדי איכות לבקרה ומדידה, מענק מחקר של המכון לאומי לחקר מדיניות לצורך מחקר וכדומה.
10. נדרשת שותפות ושיתוף פעולה הדוק ומתואם יותר בין משרדי ממשלה נוספים, גופים ציבוריים, משטרה, גופים אזרחיים ופרקליטות בכדי ליצור שינוי בדפוסי התנהגות והטיפול באלימות.
11. מניעת אלימות כוללת חינוך רפואי השם דגש על ערכים, חמלה, תקשורת מקדמת, התנהגות אחראית ומערכת אלימות מתחילתו של החינוך של מקצועות הבריאות ועד להכשרות להתמודדות עם אלימות ומניעת שחיקה תוך כדי עבודה.
12. המלצות הועדה מרוכזות לטווח מדי עד שנתיים וזאת מתוך הבנה כי תקום ועדת מעקב אשר תתמודד עם הצרכים בשנים הבאות.



מינהל הסיעוד

Nursing Division

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

המלצות

1. מחויבות הנהלה בכל הרמות למיגור וטיפול באלימות

1.1 משרד הבריאות

- כתיבת חוזר המנהל הכללי העוסק בהתערבות למניעה וטיפול באלימות הכולל את ההמלצות המפורטות בדוח זה
- ביצוע בקרת יישום החוזר בזמן בקרת רישוי, כתנאי לרישוי
- הקמת ועדה עליונה לטיפול בנושא אלימות ברשות חבר הנהלה בכיר
- הוספת נושא אלימות לסקר חוות המטופל
- הטמעת תוכנית לאומית למניעה וטיפול באלימות כחלק אינטגרלי מתוכנית העבודה של המשרד
- מתן התייחסות ייחודית בתוכניות העבודה למניעה וטיפול באלימות בתחום בריאות הנפש בקהילה ובאשפוז
- יצירת מערכת דיווח ארצית ממוחשבת לאיסוף נתונים ותחקור
- הוצאת דו"ח שנתי המסכם את הפעילות בתחום הטיפול באלימות
- הפקת קמפיין תקשורתי לאומי מתמשך: פוסטרים, עיתונות, טלוויזיה, דיגיטלי - בעל מסר חינוכי ולא מאיים. בין השאר, ליצירת אמון פנים ארגוני (עובדים במנהלים) וחץ ארגוני (מטופלים בצוותים)
- פיתוח חומרי הדרכה אחידים להכשרת צוותים (לומדות, אפליקציות)
- הוצאת קובץ המאגד את כל הכלים המשפטיים העומדים לרשות הנהלת מוסד רפואי להתמודדות עם אלימות (באחריות הלשכה המשפטית במשרד הבריאות בשיתוף משרד המשפטים והפרקליטות)
- הוצאת הנחייה ברורה בנוגע לסעיפים בחוק שלפיהם ניתן להגיש תלונה
- הגדרת מדיניות תקשורתית בתגובה לאירועים אלימים
- הקמת צוות ייעודי במשרד הבריאות להתמודדות עם האלימות במרפאות לטיפול בכאב, אלימות אשר נובעת מדרישת המטופלים לטיפול בקנאביס
- הקמת ועדה עם אנשי מקצוע ואתיקה לדיון באפשרות לרישום אירוע אלימות ברשומת המטופל וברשומה מרכזית
- כתיבת נוהל המאפשר להפנות מטופלים אלימים לקבלת טיפול במרפאה/בית חולים אחר
- תקצוב המלצות דוח זה לכלל המערכת



מינהל הסיעוד

Nursing Division

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

1.2 בכל ארגון בריאות

- מינוי ממונה על מניעה וטיפול באלימות
- הקמת ועדה למניעה וטיפול באלימות, אשר תתכנס לפחות אחת לרבעון, בכל קופה עד לרמת המחוז ובכל בית חולים. לראשות הועדה ימונה חבר הנהלה בכיר.
- תפקידי הועדה יכללו גם: כתיבת נוהל מוסדי הכולל פרוטוקול פעולה מרגע התרחשות האירוע ועד לסיומו (בדומה לנוהל החייאה), בניית מערך תומך ומלווה לעובדים שנפגעו מאלימות, קביעת מסלולי דיווח, תחקור ולמידה מאירועים, מדידה קבועה של מספר האירועים על סוגיהם, הפקת דוחות שנתיים לטיפול ומעקב
- ביצוע בקרה ביחידות המוסד על הטמעת הפעולות
- כתיבת פרק חובה בנושא אלימות בתוכניות העבודה של הארגון
- חיבור למערכת דיווח ממוחשבת מרכזית (פנים ארגונית ומקושרת למשרד הבריאות)
- יצירת מיתוג-עיצובי בנקודת המגע של המטופל ומלווי עם המוסד, שילוט אינפוגרפי, שיפור תנאי המתנה (כסאות, בידוריות, אינטרנט)

2. אכיפה - קשר עם המשטרה

- יישום המלצות האכיפה מחייב בין היתר נוהל משותף שיכתב בין אגף בטחון במשרד הבריאות לנציג המשטרה שיקיף את הנושאים השונים שבאחריות המשטרה (סיוור, חקירות ותביעות)
- הצבת שוטר בכל חדר מיון - הרחבת הפיילוט
- הקמת ממשק עבודה משותף בין המוסד הרפואי/ מרפאה עם תחנת המשטרה הקרובה ("תחנה טריטוריאלית") באחריות מנהל המוסד/ מרפאה, או מי מטעמו, ליזום מפגש ראשוני ובהמשכו מפגשים תקופתיים עם מפקד התחנה
- מינוי איש קשר מהמוסד הרפואי ואיש קשר מהמשטרה (שוטר קהילתי באם קיים ואם לא - גורם שיקבע על ידי מפקד התחנה הטריטוריאלית)
- קביעת זמן הגעה מקסימלי להגעת המשטרה - בתיאום בין המשטרה ומשרד הבריאות
- יצירת פרוטוקול עבודה משותף עם המשטרה (התווית מסלול הגשת תלונה)
- מתן אפשרות להגיש את התלונה למשטרה במוסד בו התרחש האירוע (ללא צורך להגיע לתחנת המשטרה)
- מתן אפשרות להגיש תלונה ראשונית בשם הארגון ולא העובד ע"י קצין בטחון או גורם אחר בארגון (העובד הנפגע יהיה חלק מההליך בהמשך)
- מניעת העברת פרטיו האישיים של מגיש התלונה לידי הנאשם או סניגורו



מינהל הסיעוד

Nursing Division

**משרד
הבריאות**

לחיים בריאים יותר

- ליווי עובד שנפגע על ידי איש צוות מהמוסד בכל מפגש במשטרה ובבית המשפט
- קביעת גורם מלווה מהמוסד הרפואי במפגש עם התוקף, במהלך ההליך הפלילי
- בחינת האפשרות למתן קוד מיוחד ברשומות המשטרה לפגיעה בעובדי מערכת הבריאות שיאפשר בהמשך איסוף מידע ומעקב אחרי המגמות והנתונים.

3. אבטחה

- הרחבת סמכות המאבטחים בבתי החולים
- הגדרת האבטחה בקהילה למונחית משטרה
- הקמת יחידות אבטחה מרחביות בקהילה, (אופנוענים) רצוי בשיתוף כלל הקופות (איגום משאבים)
- הפעלת אפליקציית מצוקה לכל עובד בסמארטפון כתחליף ללחצן מצוקה בכל חדר
- הצבת מאבטחים ייעודיים בעלי הכשרה מתאימה במחלקות פסיכיאטריות לפי רמת סיכון
- הצבת אבטחה צמודה במרפאות בסיכון גבוה, כולל מרפאות בריאות הנפש (רמת הסיכון של המרפאות תקבע על ידי משרד הבריאות והקופות)
- הרחבת פריסת המצלמות בשטחים ציבוריים
- יצירה חציצה פיזית במרפאות הקהילה בין מקבלי הקהל (אדמיניסטרציה) לבין המטופלים ומלוויהם
- הפעלת קוד צופן פנימי המוכר לכלל העובדים (ערבות הדדית) בכל מרפאה ובית חולים שמזעיק את הצוות בנוסף לאנשי הביטחון
- הגדרה והתאמת תקינת האבטחה למרפאות בריאות הנפש בקהילה
- פעילות לקידום הגדרת עבודת המאבטח במערכת הבריאות כעבודה מועדפת

4. חקיקה וענישה

- החמרת הענישה על אלימות כלפי עובדים במערכת הבריאות
- תיקון חקיקה לשינוי הגדרה מ"עובד חירום" לעובד מערכת הבריאות - באחריות הלשכה המשפטית של משרד הבריאות לפעול לשינוי החקיקה
- קידום מסלול מהיר לדיון בבתי המשפט בתיקי אלימות
- הגשת כתבי אישום על ידי הפרקליטות בלוח זמנים קצר במקרים המתאימים
- מתן הד תקשורתי ופרסום פסקי דין
- סגירת תיק אלימות מ-"חוסר עניין לציבור" תעשה בסמכות קצין בכיר בלבד
- הצגת נושא אלימות במערכת הבריאות בהשתלמויות שופטים



מינהל הסיעוד

Nursing Division

**משרד
הבריאות**

לחיים בריאים יותר

5. חינוך והדרכה

- הכללת נושא האלימות בכל תוכניות הלימוד בבתי הספר לרפואה, סיעוד ומקצועות הבריאות
- הכללת נושא האלימות בכל שלב בהדרכת העובד (אוריינטציה וחינוך תוך שירות)
- קיום סדנאות לתקשורת שירותית, הפחתת אלימות וניהול אירוע אלימות - לכלל הצוותים, כולל אנשי בטחון (מולטידיסציפלינריות)
- קיום הדרכות תקופתיות ("מס"ר על גלגלים" - סימולציות, לומדות)
- חיוב העובדים להשתתף בהדרכות
- דברור פנים ארגוני בנושאים הבאים: כלל הפעילויות שהארגון מבצע בנושא, הגשת תלונה, סמכויות מאבטח ושוטר, הגברת תחושת הביטחון של הצוותים

6. מידע ושקיפות

- פיתוח ושימוש בטכנולוגיות המעניקות מידע בכל שלבי הטיפול וההמתנה
- תקנון תפקיד "מקשר"/"מגשר"/"מנהלן" אשר אינו חלק מהצוות המטפל (לא רופא/ה ולא אח/ות) הנותן מענה לא קליני למטופלים ומלוויהם במוקדי לחץ והמתנה מרובה (מיון ומרפאות גדולות) לפחות בשתי משמרות מהיממה.
- שימוש בסמארטפון לתקשורת עם המטופלים ומלוויהם. כגון שליחת SMS



מינהל הסיעוד

Nursing Division

**משרד
הבריאות**

לחיים בריאים יותר

תקציב נדרש *

(לא כולל הוספת כ"א ומשאבים למוסדות השונים ובכלל זה משאבים לצרכי בינוי)

1. הצבת שוטרים במיון בכל בית חולים
2. אבטחה מרחבית בקהילה (איגום משאבים)
3. פיתוח אפליקציה לאזעקת עזרה
4. "מתאם"/"מגשר"/"מינהלן" בכל חדר מיון לפחות בשתי משמרות. (לא רופא ולא אחות)
5. אבטחה בקהילה מונחית משטרה
6. מתן סמכות נוספת למאבטחים
7. הוספת מאבטחים ייעודיים במחלקות סגורות ומשפטיות בבתי חולים פסיכיאטרים
8. אמצעים טכנולוגיים להפחתת אי וודאות והעברת מידע למטופלים ולבני משפחותיהם
9. שיפור סביבת העבודה וההמתנה
10. שילוט אינפוגרפי המפחית, אי וודאות תסכול וחוסר אונים של החולים ובני משפחותיהם
11. פיתוח לומדה מרכזית לחינוך והכשרת הצוותים
12. סדנאות ייעודיות להכשרת צוותים
13. קמפיין שיווקי, חינוכי
14. יצירת בסיס נתונים לבנייה של מערכת דיווחים ארצית

***הדיון התקציבי מתקיים בימים אלו במסגרת דיוני תקציב המדינה ותקציב משרד הבריאות**



מינהל הסיעוד

Nursing Division

**משרד
הבריאות**

לחיים בריאים יותר

דברי סיכום

נושא האלימות במערכת הבריאות נמצא מזה שנים רבות על סדר היום של מערכת הבריאות. במהלך השנים נעשו פעולות רבות בכדי להתמודד עם התופעה אך לצערנו האלימות עדין עמנו ויש צורך בפעולות נוספות ומשמעותיות בכדי למגר תופעה זו ולהחזיר את הביטחון לצוותים המטפלים. בדומה לכלל העובדים בישראל, עובדי מערכת הבריאות זכאים לעבוד בסביבה בטוחה ומוגנת, ללא אלימות. הדרך להפחתת אלימות והגברת תחושת הביטחון ארוכה, מורכבת ומאתגרת. נדרשת מעורבות ומחויבות של כלל ציבור המטופלים, קובעי המדיניות וציבור המטפלים. רק איחוד כוחות, שיתוף פעולה ויצירת מאמץ משותף של כלל השותפים יוביל לשינוי המיחל ויבטיח שמירה על ערכים חברתיים בתוך ומחוץ למערכת הבריאות. כאמור, הועדה, כמובילה בתחום הבריאות, רואה צורך ביצירת המשכיות של השיח החיוני שהחל והרחבתו למעגלים נוספים הן בתוך מערכת הבריאות והן בחברה האזרחית בכללותה.

לאחר אימוץ מסקנות הוועדה על ידי השר והמנכ"ל יש צורך בהקמת וועדת יישום אשר תכתוב תכנית עבודה המבוססת על המלצות הדו"ח. כן יש להקים וועדת מעקב קבועה בנושא זה.

אולם מעבר לכל, יש צורך מיידי בתקצוב משמעותי של פעילות חשובה זו, בלי תקציב ייעודי לא יתרחש השינוי הרצוי.

ונסיים בדבריו של השופט זיו אריאל:

"ככל שמעוניינת החברה בישראל למגר את האלימות הגואה נגד רופאים ואחיות, הרי שגם על בתי המשפט מוטלת החובה ליטול חלק בעקירת תופעה כעורה זו מן השורש. אדרבא, תצא נא בת קול מבית המשפט, אשר תשמע מקצה הארץ עד קצותיה. ידעו אותם "מלאכים בלבן" כי מערכת אכיפת החוק ובתי המשפט ביניהם, יעמדו להם כמגן, ידעו המאיימים, היורקים, הבועטים והמרימים יד על רופאים ורופאות, על אחיות ואחים - כי מעשים אלו מעמידים בסיכון לא רק את אנשי הצוות הרפואי, אלא מאיימים על בטחון הציבור כולו, וכי בגין מעשים אלו ימוצה עימם הדין. ישעו הם וידע הציבור, כי ביטחונם האישי ושלומם של אנשי הצוותים הרפואיים אינו הפקר, כי המחיר בגין פגיעה בהם עלול להיות כבד, ולהסתיים אף בשלילת חירות."



מינהל הסיעוד

Nursing Division

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

2. תת ועדה בנושא אמצעי ביטחון והגנה בבתי חולים ובקהילה

חברי הוועדה:

מר גדי כהן, יו"ר, סמנכ"ל וראש חטיבת מש"א, כללית
 מר ארי אור, ראש אגף משאבי אנוש, מכבי
 גב' אילת גביש - סמנכ"ל מש"א מאוחדת
 מר רונן גוז, ממונה ביטחון ארצי, מכבי
 מר אילן לביא, ממונה ביטחון, לאומית
 מר דוד שוורץ, אגף ביטחון, משרד הבריאות
 ד"ר חנה צפריר, מנהלת מחלקת בחינות רישוי, מינהל הסיעוד, משרד הבריאות
 עו"ד פירס חאיק, אחראי מערך אירועים חריגים, מינהל רפואה, משרד הבריאות
 מר יניב בצלאל, ראש מערך הביטחון, כללית
 גב' נעמה נחום, ע.סמנכ"ל וראש חטיבת מש"א, כללית
 ד"ר דרור דולפין, פסיכיאטר בכיר, מרכז לבריאות הנפש גהה, כללית
 עו"ס מלכה פרגר, עו"ס מומחה. מנהלת השירות הארצי לעבודה סוציאלית, משרד הבריאות
 ד"ר סיגל שפרן תקוה, מומחית באלומות במערכת הבריאות, הדסה עין כרם והאוניברסיטה העברית

מטרות הוועדה:

וועדה זו התרכזה בלהגדיר את מכלול הפעולות והאמצעים שיש להפעיל בתחום המניעה והתגובה המהירה, זאת על-מנת להגן על הצוותים ולהגביר את ביטחונם האישי בארגון הבריאות בו הם עובדים. כלל הפעילויות עד להגעת המשטרה כגון: תקני שמירה. לחצני מצוקה. מצלמות ואמצעים טכנולוגיים. צוותי סיור, כוננות התערבות ועוד.

עבודת הוועדה:

בוועדה ניתנה סקירה קצרה של האבטחה בכללית, במכבי, בלאומית ובמשרד הבריאות. הוצגו נקודות לדיון - כפי שנשלחו מחברי הוועדה. לוועדה הוזמן מנכ"ל "אלקטרה סקוריטי". הציג את עבודת צוותי "אבטחה רכובה" (מאבטחים על אופנועים בפריסה גיאוגרפית). במערך הבנקאי (יס"ב - יחידת סיור בנקים) מטרת הצוותים - להרגיע, לבודד. מעטים המקרים שמגיעים לשימוש בכוח.

הנחות העבודה:

1. פוטנציאל האלימות או "כמעט אלימות", קיים בחלק ניכר מהאינטראקציות בין מטפל ומטופל, בכל ארגוני הבריאות בישראל.
2. הנזק הנגרם כתוצאה מאלימות מתורגם לעלויות גבוהות לארגון, לנזקים נפשיים ופיזיים לנתקף ואף יכול להוביל לירידה באיכות הטיפול.
3. תופעת האלימות הינה מערכתית ולכן, נדרשת התערבות מקיפה המחייבת מספר גורמים במערכת הבריאות מלבד בטחון. פרופיל האדם האלים הוא רחב יריעה. הקושי הוא בזיהוי האנשים שאינם בפרופיל. יש אפשרות להצביע על מאפיינים שצריכים להילקח בחשבון כגורמי סיכון להתפרצות אלימה. האפשרות למנוע אירועי אלימות באופן מוחלט - לא קיימת.
4. העיקרון המנחה בהתמודדות עם מצבי אלימות: בניית סל של פעולות למניעת אלימות ויצירת מנגנון לתגובה מיידית.
5. הבניית התערבות לפי שלושת השחקנים העיקריים: הצוות, הארגון והמטופל

המודל להמלצות הוועדה:





מינהל הסיעוד

Nursing Division

משרד
הבריאות

לחיים בריאים יותר

המטופל:

חומרים פרסומיים ברחבי הארגון המזמינים את המטופל ליטול חלק בטיפול בו תוך שילוב אופן ההתנהגות הנדרש (לדוגמא: פוסטרים, פרסום במסכי הטלוויזיה וה-QF)

הצוות:

1. הכשרות צוותים - מניעת אלימות, ניהול אלימות כאשר נוצרת. הכשרה במקומות העבודה ובמסגרות הלימוד של אנשי הבריאות. לדוגמא: הכשרה בטכניקה "דה אסקלציה". ניתן להצביע על מאפיינים שצריכים להילקח בחשבון כגורמי סיכון להתפרצות אלימה והכשרת הצוותים.
 2. הצוות הוא המגיב הראשון. ערבות הדדית - עם השמע לחצן מצוקה/צעקות - הצוות צריך לעזור את עיסוקיו ולהיות החוצץ בין העובד המותקף לבין התוקף. יצירת אווירת לכידות בצוות.
 3. טיפול בשחיקה של הצוותים המטפלים.
- הארץ | דן אבן | 13.09.2012: מאות רופאים בהדסה מודים: אנחנו תורמים לאלימות נגדנו. "כשליש מהצוות הרפואי בביה"ח הדסה עין כרם הודו כי התנהגותם תרמה להתרחשות אירוע אלים במוסד... יחס מזלזל למטופלים והתנשאות תרמו להתפרצות כלפיהם."
- IMako | איילת רוזן | 04.03.2015: "למה הרופאים לא נחמדים? "רופאים עובדים המון שנים כדי שייתנו להם, בסופו של דבר, להציל חיי אדם. אבל כשאנחנו מגיעים לקבל טיפול, נראה שלעיתים האדם הזה לא נורא מעניין אותם. למה כל כך הרבה חולים נתקלים באטימות, יהירות ואנטיפתיות, ואיך זה שרבים מהם לא זוכים מהרופא אפילו למבט?"
- ידיעות אחרונות | יקיר אלקריב | 25.03.2017: פציינטים כבני אדם. "אז לרופא קשה?... אף אחד לא מחזיק אותו במקצוע שלו בכוח, בניגוד אליו, הפציינט נמצא שם כי הוא במצוקה נוראית, גם נפשית. ובמקום לקבל עזרה ותמיכה, הוא מקבל כתף קרה."

היחידה הטיפולית:

1. התקנת מצלמות* (אמצעי מיגון על פי מאפייני המרפאה: גודל, שירות, איזור וכו'). מצלמות במרחבים הציבוריים. מצלמות גוף למאבטחים בעמדות. מתן מענה לסעיפים מגבילים ב"נוהל רמו"ט" (הרשות למשפט, טכנולוגיה ומידע).
2. התקנת לחצני מצוקה בכל משרד*. איתות/צלצול/הבהוב לשאר חברי הצוות בעת ההפעלה. תגובה תינתן ע"י סייר/איש אבטחה במקום.
3. איתור "הנקודות המסוכנות" ומתן מענה נוסף. "נקודות מסוכנות": מיון, מחלקות חוץ, מרפאות בריאות הנפש, מרפאות עם דיווחים רבים על מטופלים אלימים. מענה אבטחה: שוטר/מאבטח, עו"ס בזמניות גבוהה, מצלמות, לחצני מצוקה בכל חדר ועוד.



מינהל הסיעוד

Nursing Division

**משרד
הבריאות**

לחיים בריאים יותר

מענה הכשרתי: טיוב תהליכי שירות, עבודה עם הצוותים בניסוח הבעיות ששחקות את הצוותים ועוד.

הסביבה הארגונית ניהולית:

1. "פיקוד" על האירוע עד הגעת המשטרה. החלטה על סמכות בארגון (בקהילה ובבתי החולים) שאחראית לניהול האירוע עד להגעת המשטרה. לייצר מנהיגות וניהול בתחום האלימות ומתן הכשרה מתאימה.
2. מעורבות אישית של הנהלה בכירה בכל אירוע. יצירת קשר עם המותקף | בחינת תחקור האירוע | מעקב אחר מגמות |
3. שילוב מיגור האלימות בתכניות העבודה של הארגון. מעורבות מנהלים בכירים - להבין שהאלימות איננה בעיה רק של הביטחון ולהעלות את הנושא על סדר היום הארגוני.
4. שילוב הבקרה על נושא ההיערכות למניעת אלימות במבדקי האקרדיטציה בבתי החולים וזאת על מנת לטייב תהליכים.
5. שינוי תרבות הדיווח. יצירת תרבות המחייבת דיווח, תחקור, הפקת לקחים ולמידה מאירועי האלימות.
6. טיוב תהליכי שירות בכדי לצמצם התפרצות פוטנציאל קיים לאלימות. המיקוד צריך להתמקד במקומות החיכוך המרכזיים בבתי"ח: מלר"ד, מרפאות חוק, מחלקות פנימיות ועוד. לדוגמא: זמן המתנה ממושך - פוטנציאל להתנהגות אלימה. פתרונות אפשריים: שיפור תנאים פיזיים בזמן המתנה (טלוויזיה, מזגן, כסאות נוחים, משחקיה לילדים...), מסירת מידע בזמן אמת, מענה אדיב.
7. הקמת מרכז שליטה ארגוני ארצי. מרכז בקרה מרכזי אליו יחוברו האמצעים הטכנולוגיים ויאפשר צפייה בזמן אמת במתרחש.

הסביבה הארצית:

1. קמפיין לאומי של כל מערכת הבריאות למיגור האלימות. כפי שיש קמפיינים למניעת תאונות דרכים. המסר: אנחנו מזמינים אותך להגן עלינו כדי שנוכל להעניק לך טיפול.
2. יצירת/ בניית אומן פנים ארגוני (עובדים במנהלים) וחוק ארגוני (מטופלים בצוותים). ידיעות אחרונות | יקיר אלקריב | 25.03.2017: "פציינטים כבני אדם. מחקר ישראלי חדש שהתפרסם לאחרונה ב"ניו יורק טיימס" קובע שהורים המגיעים עם ילדיהם לבתי החולים ומתנהגים לא יפה אל הצוות הרפואי עלולים לפגוע בכך באיכות הטיפול הניתן לילדיהם."



מינהל הסיעוד

Nursing Division

**משרד
הבריאות**

לחיים בריאים יותר

3. **חינוך האוכלוסייה החל מביה"ס היסודי. לדוגמא: חשיפת הילדים למערכת הבריאות - ביקור בבי"ח | דיאלוג עם רופא - איך לתאר את הבעיה, הכאב, האי נוחות.**
4. **בחירת מוקדים משותפים אזוריים למענה מרכזי למקרי אלימות. כלל הגורמים במערכת הבריאות חולקים אותם אזוריים גיאוגרפיים (ואף אותם מבנים). איגום משאבים והקמת מוקדים משותפים אזוריים אשר יתכללו את האירועים, יוציאו סיורים משותפים וייתנו מענה בזמן הקצר ביותר במקרה של אירוע.**
5. **הקלה על אופן הגשת התלונה. לדוגמא: הגשת תלונה ע"י הארגון, הגעת המשטרה למתקן לצורך גביית עדות.**
6. **אחידות הטיפול באלימות במשטרה. אין אחידות בין התחנות במתן הטיפול בעת הצורך. פנייה למשטרת ישראל למתן מענה יעיל וטוב יותר לאירועי אלימות בקהילה.**
7. **המכון להשתלמות שופטים. הצגת מצוקת מערכת הבריאות עקב אירועי האלימות.**
8. **הסדרת הענישה במערכת המשפט כנגד גילויי אלימות כלפי נותני שירותי הבריאות.**
9. **הגדרת חומרת תקיפת עובד במערכת הבריאות כחומרת תקיפת שוטר מבחינת הטיפול המידי והענישה.**
10. **סנקציות מחמירות כלפי התוקף. פנייה למשטרת ישראל להחמרה בטיפול הנוהגים באלימות. אפס סובלנות לאלימות.**



מינהל הסיעוד

Nursing Division

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

נספח מס 3. תמונת מצב, אלימות מטופלים נגד צוות בבתי חולים פסיכיאטריים

*בשם פורום מנהלי בתי חולים פסיכיאטרים שהופיעו בפני ועדת השר למיגור האלימות במערכת הבריאות.

רקע:

ההתמודדות עם אלימות מטופלים כפי מטפלים היא ענין יומיומי בכל מסגרת פסיכיאטרית, בעיקר במסגרות הסגורות בבתי החולים, בכל מקום בעולם. בקרב צוותים במסגרות רפואיות 7.8% (מכלל העובדים) מדווחים על חוויות אלימות, לעומת זאת 62% מכלל העובדים בבתי החולים הפסיכיאטריים חוו אלימות בשנה האחרונה. למעלה מ-90% מהצוות הרפואי והסיעודי בבתי החולים הפסיכיאטריים היו נתונים לגילויי אלימות לפחות פעם אחת במהלך עבודתם. מסתמנת עלייה בכמות אירועי האלימות בבתי חולים פסיכיאטריים בשיעור של 10% בשנה. בספרות ישנה הסכמה שהסיכון הגבוה ביותר הוא לצוות הסיעודי. ההתמודדות קשה – היכולת לנבא אלימות היא חלקית, כשברובן של ההפרעות הפסיכיאטריות המגוריות גילויי אי שקט, סף תסכול נמוך ואלימות, הם סימפטום שכיח. לאלו מתווספים המטופלים המשפטיים, במספרים גדולים יותר בכל שנה.

מרכז לדוגמא: המרכז לבריאות הנפש מזור - 309 מיטות לאשפוז מלא

5 מחלקות פעילות (4 מהן סגורות, כולל מחלקה משפטית) -	189 מיטות
4 מחלקות ממושכות -	120 מיטות
אשפוז יום -	25 עמדות
מט"י - מגורים טיפוליים -	34 מיטות

מערך לטיפול אמבולטורי קהילתי - מרפאות בנהריה, עכו, כרמיאל, ובהן גם מרפאה לטיפול בילד ובנוער, מרפאה פסיכו-גריאטרית, ויחידה לטיפול-יום

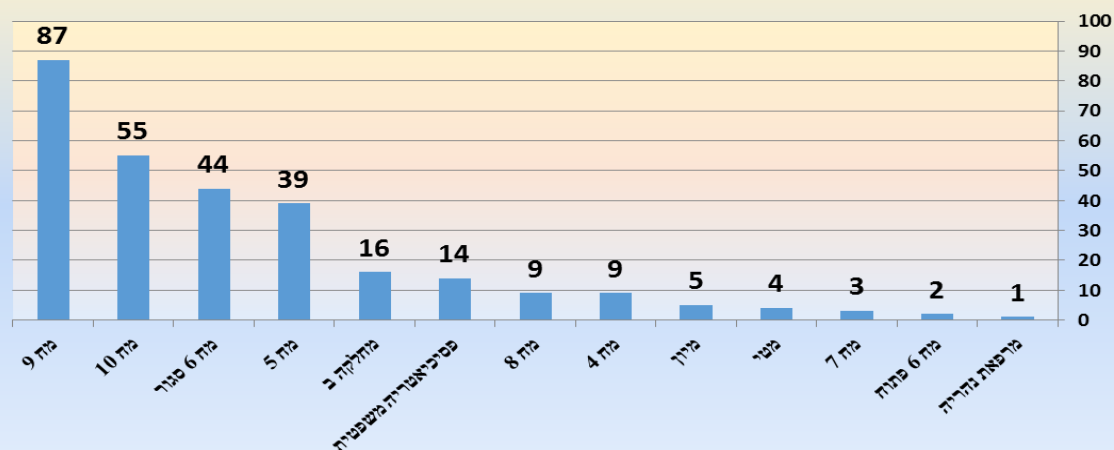


מינהל הסיעוד

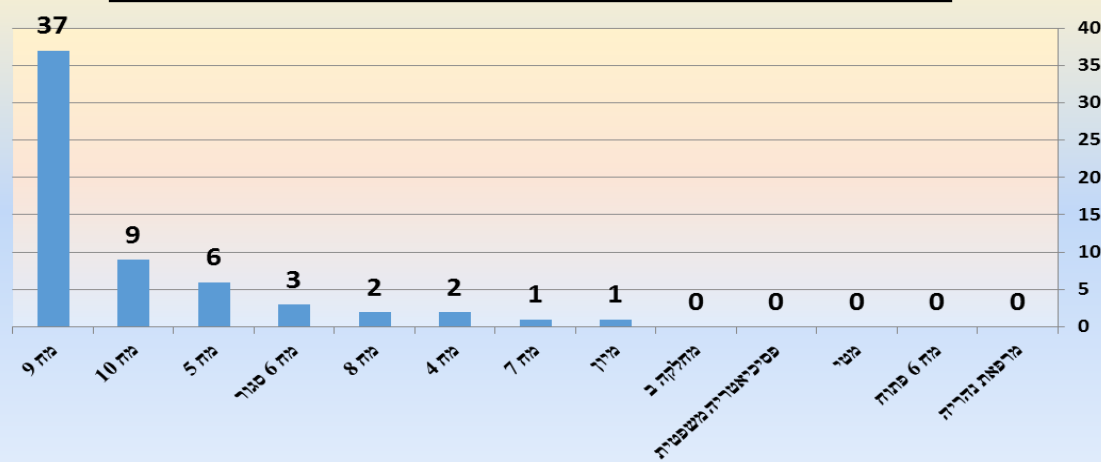
Nursing Division

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

אלימות ב - 2016 במרכז לבריאות הנפש - מזור (288)



אלימות ב - 01-03/2017 במרכז לבריאות הנפש - מזור (61)



השפעת האלימות על הצוותים ויכולתם להתמודד:

1. חשיפה לאלימות מביאה לדה-מורליזציה, ציניות ארגונית ושחיקה, עם השלכות מוכחות על התפקוד בעבודה ועל איכות החיים,
2. אלימות נמצאה כגורם השכיח ביותר לנזק ולאבדן ימי עבודה בקרב הצוות הסיעודי בפסיכיאטריה. הפגיעות השכיחות הן נשיכות, חבטות, ופגיעות ראש.
3. הצוות המטפל במחלקה הפסיכיאטרית הסגורה מצפה לקבל מהנהלות, בכל הרמות, עשייה רחבה הנוגעת להפחתת הסיכון לו הוא חשוף, ולסיוע בהתמודדות היומיומית עם אלימות מטופלים. על מנת שיעמוד במשימה הטיפולית הקשה תוך נטילת סיכונים, הוא זקוק לאמונה יציבה ברצונם הטוב של המנהלים, ובהתייחסותם ההוגנת למצבו ולמאמציו.



מינהל הסיעוד

Nursing Division

**משרד
הבריאות**

לחיים בריאים יותר

4. במצבה של הפסיכיאטריה כיום, מבחינת תשתיות, סביבה, צפיפות, הזנחה רבת שנים, חסר חריף ידוע ומוסכם בכוח אדם טיפולי, והיעדר קשב לצרכים אמיתיים של המערכת - יכולת ההתמודדות עם האתגר הקשה, נמוכה.

השוואת נתוני קשירות במשך 5 חודשים
2016-2017

2017		2016		מחלקה
מס' קשירות	מס' מטופלים	מס' קשירות	מס' מטופלים	
10	9	41	11	4
11	11	47	20	5
15	8	55	15	6
2	2	2	2	7
32	24	81	32	9
27	22	74	40	10
97	76	300	120	סה"כ

- ירידה של 37% במספר המטופלים הנקשרים
- ירידה של 68% במספר הקשירות

נספח ע/7

**פרוטוקול מס' 420, ועדת
העבודה, הרווחה והבריאות,
עמ' 11-13 (16.1.2017)**



הכנסת העשרים מושב שלישי

פרוטוקול מס' 420 מישיבת ועדת העבודה, הרווחה והבריאות יום שני, י"ח בטבת התשע"ז (16 בינואר 2017), שעה 9:05

סדר היום:

1. מצבם הקשה של בתי החולים הפסיכיאטרים בישראל, הצעה לסדר של חבר הכנסת דב חנין
2. מצבם העגום של בתי החולים הפסיכיאטרים בישראל, הצעה לסדר של חבר הכנסת מאיר כהן
3. מצבם העגום של בתי החולים הפסיכיאטרים, הצעה לסדר של חבר הכנסת איל בן ראובן
4. מצבם העגום של בתי החולים הפסיכיאטריים בישראל, הצעה לסדר של חברת הכנסת שולי מועלם-רפאלי

נכחו:

חברי הוועדה:

אלי אלאלוף – היו"ר
עבדאללה אבו מערוף
מאיר כהן
שולי מועלם-רפאלי
מיכאל מלכיאלי
נורית קורן

חברי הכנסת:

איל בן ראובן
יעל גרמן
דב חנין

מוזמנים:

- | | | |
|-------------------|---|--|
| משה בר סימן טוב | – | מנכ"ל משרד הבריאות |
| יהודה רון | – | סמנכ"ל בכיר, ראש מינהל תכנון ובינוי, משרד הבריאות |
| ד"ר טל ברגמן | – | ראש אגף בריאות הנפש, משרד הבריאות |
| נעם ויצנר | – | משרד הבריאות |
| טלי שטיין | – | עו"ד, ממונה על תחום בריאות, משרד המשפטים |
| יונית אפרתי | – | נציגות שוויון לאנשים עם מוגבלות, משרד המשפטים |
| אסף טויב | – | מזכ"ל אר"מ, איגוד רופאי המדינה |
| חן שמילו | – | ראש תחום מדיניות ציבורית, ההסתדרות הרפואית |
| ד"ר צבי פישל | – | יו"ר נבחר לאיגוד הפסיכיאטריה, ההסתדרות הרפואית |
| ד"ר יובל בלוך | – | יו"ר נבחר לאיגוד הפסיכיאטריה של הילד המתבגר, ההסתדרות הרפואית |
| ד"ר לירון בודינגר | – | ועד איגוד הפסיכיאטריה, ההסתדרות הרפואית |
| ד"ר דרור דולפין | – | כללית שירותי בריאות |
| ד"ר אורית שטיין | – | מנהלת מחלקת בריאות הנפש, מכבי שירותי בריאות |
| רייזנר | | |
| יחזקאל קן | – | מנכ"ל בית חולים הרצוג ירושלים |
| רחל דה מרקדו | – | יושבת ראש ועד עובדים, בית חולים כפר שאול וחברת מזכירות ארצית של בתי חולים ממשלתיים |

פנינה ברבלק	–	איגוד הסיעוד הפסיכיאטרי בישראל
יערה ניר	–	ארגון בזכות
שירי כהן גונן	–	יועצת תקשורת, איגוד הפסיכיאטריה בישראל
פרופסור אלי	-	עוצמה, פורום ארצי של משפחות נפגעי נפש
שמיר		
רות שטיינר	–	עוצמה, פורום ארצי של משפחות נפגעי נפש
איילת דיין	–	עו"ד, סגן מנהלת האגף לקידום זכויות, אלו"ט
אבי אורן	–	רכז מדיניות לשמ"ה, עמותת לשמה
ירון שלג	–	הנהלת עמותת משפחות בריאות הנפש
פרץ בני	–	פעיל חברתי, פנתרים שחורים
יונתן דקל	–	סטודנט לעבודה סוציאלית
רן רזניק	–	עיתונאי, "ישראל היום"
ליעד אילני	–	שדלן/ית (גורו עמיר יועצים בע"מ), מייצגת את שירותי בריאות כללית
לוטם בכר	–	שדלן/ית (גלעד יחסי ממשל ולובינג), מייצגת את ההסתדרות הרפואית בישראל.
		(לקוחות קבועים נוספים שנושא הישיבה נוגע אליהם באופן ישיר: האגודה לזכויות החולה, המרכז הרפואי שערי צדק, מאוחדת)
זכריה יחיאל רייך	–	שדלן/ית

מנהלת הוועדה:

ענת כהן שמואל

רישום פרלמנטרי:

אהובה שרון, חבר המתרגמים

על מישהו אלא זה חוסר אחריות של המדינה שלא מעמידה, ואתה ציינת את זה לפני דקה. אני אמרתי חד משמעית שאם לא נעלה את התקרה של מס בריאות, אם לא נוסיף משאבים לבריאות הציבורית, אנחנו נראה שרק מי שיכול לממן את ההוצאות שלו, יוכל ליהנות מבריאות טובה ומרמת בריאות טובה. לכן, אל תיקחו את זה כפגיעה אישית חס שלום אלא כמאבק של כולנו ביחד כדי לשפר את מערכת הבריאות.

משה בר סימן טוב:

אני חותם על כל מילה שאמרת עכשיו.

בנוגע לבריאות הנפש, כמו שאמרתי אני תכף אפרט. ביכולות שלנו, משרד הבריאות, כמובן גם שר הבריאות - שלא נמצא כאן כי הוא נמצא בכנס של שרי הבריאות ב-OECD - כן שמנו את זה במרכז ובמשאבים שיש לנו במערכת הבריאות. הנתח שאנחנו מעבירים לבריאות הנפש הוא לדעתי הכי גדול שהיה אי פעם. הוא מצטרף להשקעות שנעשו גם בשנים האחרונות ואני אדבר גם עליהן.

אני אפרט מה אנחנו הולכים לעשות בשנים הקרובות. תכניות מתוקצבות. אחר כך נשמח להמשיך השיח.

דבר ראשון, תוספת מיטות. בחמש השנים הקרובות אנחנו נוסיף 150 מיטות למערך הפסיכיאטרי. הולכת להיות תכנית רב שנתית למיטות אשפוז של מעל אלפיים מיטות.

מאיר כהן (יש עתיד):

כמה מיטות חסרות היום?

משה בר סימן טוב:

בעיני, ויש כאן עוד כמה מהלכים שאני תכף אפרט, אם אנחנו נוסיף את המיטות שאנחנו מוסיפים ונוציא מהמערך הפסיכיאטרי את מי שלא צריך להיות בו, ויש היום כתוצאה ממחסור במשאבים בקהילה אנשים רבים מאוד שנמצאים בבתי חולים במגורים טיפוליים או לא במגורים טיפוליים - המהלך המשולב הזה בראייה שלי נותן מענה מספק למערכת האשפוז ברמת המיטות. כלומר, אם מצד אחד אנחנו נוסיף מיטות ומצד שני נוציא את האנשים שלא צריכים להיות שם.

היו"ר אלי אלאלוף:

זה שיפור לתקופה, כי יש כאן התפתחות. 150 מיטות בחמש שנים, עד מתי?

משה בר סימן טוב:

לשלושים שעולה לשישים, שעולה לתשעים, שעולה ל-120, שעולה ל-150.

היו"ר אלי אלאלוף:

לכמה שנים זה טוב?

משה בר סימן טוב:

זה לבסיס. זה מצטבר לבסיס.

מאיר כהן (יש עתיד):

תרשה לי לשאול אותך כמה עולה מיטה. כמה עולה קוד כזה לשנה?

משה בר סימן טוב:

תכף ייתנו לי את המספר.

טל ברגמן:

בין 800 אלף למיליון שקלים.

מאיר כהן (יש עתיד):

מיטה, לשנה.

משה בר סימן טוב:

מיטה זה כוח אדם. ברשותכם, תנו לי להשלים את כל התכנית ואז נוכל לפתוח את זה לדיון.

אנחנו הולכים להוסיף את המיטות ואנחנו הולכים להוציא מבתי החולים, אני מקווה, מאות אנשים. יש לנו כבר תכנית שנמצאת בשלבים אחרונים של אישור שבמהלך 2017 נפתח מכרזים במסגרת חוק שיקום נכי נפש בקהילה, נרחיב את תחולת השירותים שנמצאים בחוק כדי שאנשים שהיום נמצאים בבתי החולים – אם זה במגורים הטיפולים או במחלקות האשפוז – יוכלו לעבור לקהילה. זה טוב להם, זה טוב לבתי החולים, זה טוב לכולם. תכנית שהייתה במגירה הרבה שנים ואנחנו נוציא אותה אל הפועל.

יש צבר פרויקטים בביצוע בבתי החולים בהיקף של מעל 300 מיליון שקלים. אני יכול לפרט. יש לי כאן פירוט מלא של כל בתי החולים. צריך לומר לגבי הצבר הזה – וזה לעניין האנורקסיה – שתקציב הפיתוח של משרד הבריאות בשנה הוא 115 מיליון שקלים והוא גם מקוצץ כל שנה. יושב כאן יהודה שאנחנו מחזיקים אותו בשיניים במשרד הבריאות ולא נותנים לו לפרוש וכל עוד הוא יסכים, אנחנו נחזיק אותו. לא נקשור אותו אבל נפעיל כל אמצעי לחץ אחר. נעשית כאן אלכימיה ועבודה מצוינת שלו.

אין תרומות או כמעט ואין תרומות למערכת בריאות הנפש אבל יש כאן פרויקטים גדולים מאוד, אם זה בינוי אגף ילדים ונוער, אוטיסטים, אברבנאל בשבעים מיליון שקלים. אני מדבר רק על הסכומים הגדולים. שדרוג מחלקת הילדים באיתנים. אני ביקרתי שם וראיתי את המצב ובאופן מיידי החלטנו שאנחנו לא ממשיכים עם העניין. אנחנו בונים עוד שתי מחלקות אשפוז באיתנים בחמישים מיליון שקלים. יש שדרוג הוסטלים ודברים אחרים. בונים שתי מחלקות בבאר יעקב. בבאר שבע אנחנו בונים בחמישים מיליון שקלים מחלקה לביטחון מוגבר. במזור בצפון, שם אלמנטים קשים מאוד למצב של בית החולים בגלל שאף עירייה אחרת לא רוצה להעביר את זה אליה, למרות זאת החלטנו להשקיע שם באשפוז ממוגן. יש עוד מספרים. בסך הכול זה מגיע למעל 300 מיליון שקלים, צבר של פרויקטים, שכאמור ההקצאה השנתית שיש לנו לכל מערכת הבריאות היא סדר גודל של 115 מיליון שקלים וגם זה יורד.

מאיר כהן (יש עתיד):

מה לוח הזמנים?

משה בר סימן טוב:

יש כאן פרויקטים ואני יכול למסור לוועדה על כל אחד מהם.

מאיר כהן (יש עתיד):

לא. באופן כללי.

משה בר סימן טוב:

300 מיליון שקלים. לדוגמה, המחלקה לילדים ונוער ואוטיסטים באברבנאל צפויה להסתיים באוקטובר 2019. שדרוג מחלקת הילדים באיתנים צפויה להסתיים באוגוסט 2018. הכול בביצוע או בתכנון. יש צבר של פרויקטים. הכול מתקצב. יש לנו פרויקטים במיליארד שקלים ויותר אבל אלה פרויקטים מתקצבים שנמצאים בהליך ביצוע.

בנוסף בחומש הקרוב אנחנו נשקיע עוד כ-140-150 מיליון שקלים גם לצורך בינוי המחלקות החדשות וגם לצורך שיפור החזות של בתי החולים.

כוח אדם. בסוף כוח אדם הוא הדבר הכי חשוב. המצב הפיזי של בתי החולים הוא הדבר הראשון שאנחנו רואים כשאנחנו נכנסים ובאמת יש הרבה מאוד מקומות שקשה מאוד לראות אותם וצריך לטפל בהם. כוח אדם אפילו יותר חשוב.

בסיכום עם האוצר לשנתיים הקרובות, ל-2017 ו-2018, אנחנו נקצה כ-130 תקני כוח אדם בחלוקה שווה על פני השנים האלה למקצועות הסיעוד ולמקצועות נוספים בבתי החולים ועוד כ-180 תקנים של סטודנטים. אלה עובדים שבאים לפרקי זמן מוגבלים אבל האפקט שלהם בהורדת לחץ בבתי החולים הוא מאוד משמעותי.

אנחנו עושים פעילויות אחר הצהריים. אחד הדברים שבולטים בבתי החולים אליהם אנחנו נכנסים זה שאנחנו רואים שאחר הצהריים המטופלים מסתובבים בבית החולים חסרי מעש. זה דבר לא טוב להם, זה כמובן גם אקסטרטור לאלימות ולחצים בתוך המחלקה. יש מכרז שיתסיים במהלך שלושת החודשים הקרובים לפעילות אחר הצהריים, פעילות פנאי למטופלים. זה גם יוריד לחץ מהמטופלים וייתן למטופלים את המענה שהם צריכים.

היו"ר אלי אלאלוף:

הצטרפה אלינו חברת הכנסת נורית קורן, יושבת ראש ועדת משנה לבריאות הנפש.

משה בר סימן טוב:

עוד כמה החלטות שקיבלנו. בשער מנשה אנחנו עושים תכנית לשיפור התשתיות שם. אנחנו נרכז במתחם אחד את כל המטופלים שצריכים את הביטחון המרבי. אנחנו נרכז אותם במתחם אחד וכך גם נשפר את התשתיות. נראה שלכל אחד יש בחדר שהוא בגישה אליו גישה לשירותים ודברים אחרים והוא לא תלוי בדברים אחרים. שם אנחנו נותנים עוד תוספת ייעודית של כוח אדם.

יש הכשרה שאנחנו עושים כשאנחנו מסתכלים. מדברים על קשירות והגבלות. אנחנו מתייחסים לשלושה אלמנטים שצריך לשים עליהם את הדגש. האחד הוא משאבים, ודיברנו על המשאבים שאנחנו נותנים, השני הוא כלים מקצועיים והייתה כאן השבוע – תוכל אחר כך דוקטור טל ברגמן לפרט – משלחת מאוקספורד באנגליה שבאה והכשירה את הצוותים כדי שאחר כך הם יוכלו להמשיך את ההכשרות.

היו"ר אלי אלאלוף:

מתי יהיה דוח הוועדה?

משה בר סימן טוב:

אני תכף אתייחס לזה. בעזרת השם בסוף החודש. היינו יכולים לסיים את זה כבר לפני חודשיים אבל אנחנו כן רוצים שיהיה התהליך בו כל חברי הוועדה יוכלו לתת את האימפוט שלהם ולהגיע להסכמות רחבות.

אני כן אומר שההחלטות שקיבלנו לגבי המשאבים היו תולדה של הוועדה. רצינו שמצד אחד תהיה ועדה שתמצה את התהליך המקצועי ומצד שני שלא הוועדה הזאת עכשיו תגיע לכדי יישום בתקציב 2019. עשינו כאן איזשהו תהליך משולב.

בנוסף – דיברתי על זה קצת בהתחלה ואם תרצו, דוקטור טל ברגמן תוכל להרחיב – הקהילה האקולוגית והקהילה המשקמת. אלה תכניות שבסוף מעבירות אנשים שנמצאים בבתי החולים הפסיכיאטרים ללא צורך, מעבירות אותם לקהילה. זה וין-וין לכולם.

מקצועות במצוקה. בשנת 2016 הקצינו עשרים מענקים לפסיכיאטרים. אם בשנת 2017 יהיה גם תקציב למקצועות במצוקה, אנחנו נקצה גם במסגרת התקציב וניתן תעדוף לפסיכיאטרים.

היו"ר אלי אלאלוף:

המענקים האלה מושכים?