

משרד הבריאות

מערך האשפוז בבתי החולים הממשלתיים לבריאות הנפש

תקציר

רקע כללי

חוק הטיפול בחולי נפש, התשנ"א-1991 (להלן - חוק הטיפול בחולי נפש או חוק הטיפול) מסדיר את אשפוזו של אדם המוגדר חולה במחלת נפש (להלן גם - נכה נפש). החוק מדגיש את ההכרח לצמצם את הפגיעה בחירותו של אדם בגין הטיפול בכפייה ומלווה בהסדרים משפטיים הקובעים את סמכויות הפסיכיאטרים המחוזיים והועדות הפסיכיאטריות לאשפוז כפוי (להלן - הועדות או הועדות הפסיכיאטריות). באשר לקטינים, חוק הטיפול מסמך ועדות פסיכיאטריות לילדים ונוער (להלן - ועדות לילדים ונוער) לדון באשפוזם בהוראת פסיכיאטר מחוזי. חוק הנוער (טיפול והשגחה), התש"ך-1960 (להלן - חוק הנוער) מסדיר גם הוא את אשפוזם של קטינים.

בעשורים האחרונים נעשו שלוש רפורמות חשובות בתחום: (א) "הרפורמה המבנית", שבמסגרתה צמצם משרד הבריאות (להלן גם - המשרד) את מספר המיטות בבתי החולים הפסיכיאטריים מ-6,800 בקירוב בשנת 1988 לכ-3,500 בתחילת 2015 (ירידה של כ-50%); (ב) "הרפורמה השיקומית" במסגרת חוק שיקום נכי נפש בקהילה, התש"ס-2000, ולפיה המשרד מספק שירותי שיקום לכ-20,000 נכי נפש בקהילה; (ג) "הרפורמה הביטוחית", שבמסגרתה הועברה ביולי 2015 האחריות המימונית למתן השירותים הפסיכיאטריים מהמשרד לקופות החולים.

בישראל פועלים 11 מרכזים לבריאות הנפש (להלן גם - בתי חולים פסיכיאטריים או בתי חולים): שמונה ממשלתיים, שניים של שירותי בריאות כללית ואחד בבעלות פרטית. כמו כן פועלות מחלקות פסיכיאטריות בחלק מבתי החולים הכלליים והציבוריים. לרוב קיימת הפרדה בין חולים שיכולים לשהות במחלקה פתוחה לבין חולים הזקוקים לאשפוז במחלקה סגורה.

ההוצאה הלאומית הכוללת לבריאות נמוכה בישראל לעומת הממוצע במדינות ה-OECD. כך גם חלקה של ההוצאה הלאומית לבריאות הנפש מתוך סך ההוצאה הלאומית לבריאות - הוצאה זו עמדה בשנת 2015 על 2.8%, לעומת טווח ההוצאה במדינות ה-OECD - 5%-18%, בשנת 2013.

פעולות הביקורת

בחודשים פברואר-אוקטובר 2017 בדק משרד מבקר המדינה את האשפוז הפסיכיאטרי בבתי החולים הממשלתיים לבריאות הנפש. במסגרת הבדיקה נכח צוות הביקורת בדינוי ועדות פסיכיאטריות מחוזיות. חלק מהסוגיות נבדקו כבר בעבר על ידי משרד מבקר המדינה, והביקורת הנוכחית לגביהן היא

בדיקת מעקב¹. 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).

הליקויים העיקריים

ליקויים בהתנהלות הוועדות הפסיכיאטריות המחוזיות לאשפוז כפוי

בישראל מתקיימים מדי שנה כ-12,000-13,000 דיונים במטופלים מאושפזים במסגרת כ-1,100 ועדות פסיכיאטריות¹. מחסור בחברי ועדות: למרות המחסור הקיים בחברי ועדה נמצא כי משרד הבריאות ומשרד המשפטים לא השלימו את היוזמה החקיקתית לתיקון מוצע לחוק הטיפול, כך שהרכב ועדה פסיכיאטרית לא יהיה חייב לכלול פסיכיאטר משירות המדינה. לפיכך לא נפתרה המצוקה הקיימת במינוי פסיכיאטרים כחברי ועדות. הדבר מקשה את כינוסן במועדים המחויבים בחוק ודורש את הסעת המטופלים לוועדות בבתי חולים אחרים; 2. מינוי יושב ראש ועדה: משרד הבריאות ומשרד המשפטים לא מינו, כנדרש בחוק הטיפול, יו"ר תורן בכל מחוז שתפקידו לקבוע את הרכב הוועדות. בפועל קובעים את ההרכב הפסיכיאטרים המחוזיים או מי מטעמם, ומנגד חברי הוועדה דנים בערעור המוגש על החלטות אותו פסיכיאטר מחוזי; בכך נוצר ניגוד עניינים מובנה בעבודת הוועדות שעלול לפגוע לכאורה בשיקול דעתן המקצועי והעצמאי; 3. הכשרת חברי הוועדות: למשרד הבריאות אין תכנית הכשרה בסיסית לחברי הוועדות לרבות מזכירות הוועדות, לא בתחום הפסיכיאטריה ולא בתחום המשפט. המשרד גם אינו מקיים הכשרות ריענון ועדכונים, מעת לעת, לחברי הוועדות; 4. תיעוד ראוי של מהלך הדיונים: החלטות ודיונים רבים אינם מוקלדים ואינם מתועדים באופן מלא וברור; 5. קשיים אסדרתיים-חוקתיים באשפוז קטינים: משרדי הבריאות, הרווחה והמשפטים החלו כבר בשנת 2009 לדון בקשיים העולים במימוש הוראות חוק הטיפול בחולי נפש וחוק הנוער בנוגע לאשפוז ילדים

1 מבקר המדינה, **דוח שנתי 66א** (2016) בפרק "שיקום נכי נפש בקהילה", עמ' 575; מבקר המדינה, **דוח שנתי 63א** (2013), בפרק "הטיפול בהפרעות אכילה", עמ' 849; מבקר המדינה, **דוח שנתי 62א** (2012) בפרק "בינוי ותשתיות במערכת הבריאות", עמ' 717; מבקר המדינה, **דוח שנתי 60א** (2010), בפרק "סוגית בתחום בריאות הנפש", עמ' 545.

ונוער, אולם עד ינואר 2018 לא הסתיימו הדיונים ולא קודמה הצעת חוק בנושא שתיתן מענה לקשיים שהועלו. מציאות זו מקשה על מתן הוראות אשפוז לקטנים והארכתן על ידי הוועדות הפסיכיאטריות.

בתי החולים הפסיכיאטריים: תמונת מצב ומעקב אחר דוחות קודמים

צפיפות במחלקות הפסיכיאטריות ומחסור במחלקות ייעודיות: בכמה בתי חולים הגיעה התפוסה בחודשים מסוימים לשיעורים גבוהים במיוחד, למשל באברבנאל, במחלקה בת 34 מיטות, הגיעה התפוסה באופן קבוע ומתמשך לממוצע של 60 מטופלים ביום ו-40 בלילה. צפיפות היתר גורמת להתגברות תופעות האלימות ולמצבים שבהם למטופלים אין מיטה משלהם במחלקה, ולפיכך בלילה הם נאלצים "לנדוד" למחלקות אחרות ובמהלך היום אין להם מיטה למנוחה. מצב זה הוא בלתי נסבל, פוגע בסיכויי ההחלמה ואף עלול להחריף את המצב הרפואי, גורם אי-נוחות רבה מאוד למטופל המאושפז ופוגע בכבודו כאדם ובזכויותיו כחולה².

החסמים הגורמים למצוקת האשפוז בבתי החולים הפסיכיאטריים:

1. אי-קביעת מדיניות באשר לשיוכם ומיקומם של בתי החולים הפסיכיאטריים: משרד הבריאות לא קבע מהי מדיניותו באשר למודל ההפעלה הראוי של בתי החולים הפסיכיאטריים, ועדיין לא הכריע אם יש צורך להצמידם לבתי חולים כלליים או להמשיך בהפרדה הקיימת בין בתי החולים. חוסר ההחלטה בעניין עקרוני זה הוא חסם בולט המונע מציאת פתרון למצוקת האשפוז בבתי החולים הפסיכיאטריים. בכך לא מילא משרד הבריאות את תפקידו, כגוף התורתי שצריך להתוות את המדיניות הלאומית בדבר שירותי הבריאות בכלל ושירותי בריאות הנפש בפרט, המוענקים לציבור; 2. אשפוז פסיכיאטרי שלא לצורך: המשרד אינו מיישם הלכה למעשה את מדיניותו שהיא: אשפוז מטופלים רק בתקופה הפעילה של מחלתם והוצאתם למסגרת מגורים, ליווי ותמיכה לאחר שיצאו מהמשרב האקוטי. נמצא כי במחלקות הפסיכיאטריות מאושפזים במשך זמן רב מטופלים שאינם במצב אקוטי ואינם זקוקים לאשפוז, אלא למסגרות דיור מתאימות אחרות שיענו על צורכיהם הייחודיים. מדובר בכשליש (כ-1,200 מטופלים) מכלל המאושפזים בבתי החולים הפסיכיאטריים, ובהם: בעלי מוגבלות שכלית התפתחותית; קשישים; בעלי נכויות גופניות; מטופלים במצב תפקודי ירוד ופגועי ראש. מטופלים אלה נאלצים לשהות במחלקות האשפוז הממושכות המשמשות עבורם פתרון מגורים עד שיימצא פתרון חלופי מתאים, לעתים למשך תקופות ממושכות ואף שנים רבות; 3. אשפוז חולים בתחלואה כפולה (סמים ואלכוהול ותחלואה נפשית): אף שמשך מבקר המדינה כבר העיר בשנת 2010 כי ברוב בתי החולים הפסיכיאטריים בארץ אין מחלקות המיועדות להתמודדות עם חולים בתחלואה

2 בעניין אשפוז בבתי חולים כלליים ראו מבקר המדינה, דוח שנתי 165 (2015), בפרק "השמירה על זכויות החולה המאושפז ועל כבודו", עמ' 503.

כפולה, לא חל שינוי במצב. הדבר מביא לעתים לעידוד חולים אחרים במחלקה לצרוך סמים ואלכוהול ומגביר את אוירת האלימות במחלקות; עבור נשים ובני נוער אין שום מחלקה ייעודית לתחלואה כפולה בכל הארץ; (ב) הטיפול בחולים אלו אינו כולל תכניות גמילה מסודרות, ולכן נכי הנפש משתחררים מבית החולים בלי שנגמלו מהתמכרותם, ופעמים רבות הם חוזרים לאשפוז; 4. אשפוז נכי נפש מאובחנים עם אוטיזם וטיפול לא ראוי בהם: זה שנים שמשרד הבריאות מכיר בצורך להרחיב את המענה לנכי נפש המאובחנים עם אוטיזם המאושפזים בבתי החולים הפסיכיאטריים. כוונותיו להוסיף מיטות, להקים מבנה חדש, ובו עשר מיטות לאשפוז ילדים, לשפץ את הקיים ולהקים הוסטלים ייעודיים למאובחנים עם אוטיזם המאושפזים שלא לצורך, לא צלחו; 5. אשפוז עצירים במחלקות פסיכיאטריות: בין 2006 ל-2016 עלה מספר צווי הסתכלות מ-1,350 עד לכ-1,800 צוים (33%), 25% מהם הפכו לצווי אשפוז. למרות המתח המובנה הקיים בנוגע לאופן שבו יש לבצע את הבדיקות הפסיכיאטריות של עצירים - בדיקה באשפוז תוך צפייה נמשכת בהתנהגותו הטבעית של הנבדק, דבר שאינו מתקיים כשהעצור הנבדק מלווה בזקפים ולעתים גם אזוק; משרד הבריאות, שב"ס ומשטרת ישראל לא הסדירו במשך שנים את סוגיית העצירים שנדרשים לבדיקות פסיכיאטריות, וכל בית חולים נוהג על פי שיקול דעתו בעניין בדיקה פסיכיאטרית בליווי זקפים ובתנאי איזוק.

התמודדות משרד הבריאות עם הצורך להגביל מטופלים במחלקות הפסיכיאטריות

משרד הבריאות לא קבע סטנדרטים ותקנים למספר חדרי הבידוד הנדרש, למבנה ולציוד שבתוכם, וכל בית חולים נוהג על פי שיקול דעתו. נמצא כי אין מספיק חדרי בידוד במחלקות, החדרים הקיימים אינם בנויים על פי תקן ומצבם של חלקם אינו ראוי לשהות מטופלים. חדרי הבידוד אינם מצוידים באמצעים שיקלו את השהות בהם כגון אמצעי תקשורת ותמונות. המשרד גם לא הכין תכנית הכשרה להתמודדות הצוותים הרפואיים והסיעודיים עם גילוי אלימות ומסוכנות, ולא הכשיר אותם למציאת דרכים למניעת הסלמה. מציאות זו מגבירה את הצורך בשימוש בקשירת מטופלים, כפי שנידון בוועדה של משרד הבריאות שעסקה בנושא והגישה המלצות לצמצום ההגבלות באשפוז הפסיכיאטרי במאי 2017 (במהלך הביקורת).

ליקויים בתשתיות בתי החולים הפסיכיאטריים, בבינוין ובתחזוקתן

מבקר המדינה העיר כבר בעבר על כך שבמשך עשרות שנים לא הכין משרד הבריאות תכנית אב לצורכי בינוי ופיתוח של בתי החולים הפסיכיאטריים.

אי-הוודאות באשר לעתיד בתי החולים הפסיכיאטריים - בתי חולים נפרדים או מחלקות בבתי חולים כלליים - מונעת את גיבוש התכניות. הפערים התקציביים בסך מאות מיליוני שקלים בין צורכי הפיתוח, הבינוי והתשתיות לבין התקציב המצומצם שהקצה המשרד, אינם מאפשרים אפילו לענות על צורכי התחזוקה וההפעלה השוטפים. במהלך הביקורת נמצאו תנאי אשפוז הפוגעים באיכות חייהם של המטופלים עד כדי ביזוי ופגיעה בכבודם.

מערך כוח האדם באשפוז הפסיכיאטרי

המערך הרפואי: המחסור בפסיכיאטרים מקשה לאייש את התקנים הטיפולים של פסיכיאטרים ופסיכיאטרים לילדים ונוער וגם את איוש הוועדות הפסיכיאטריות. **המערך הסייעודי:** נמצא כי היחס בין מספר המטופלים למטופלים בישראל נמוך בהרבה מן המקובל במדינות המערב: בשעות היום, הוא 1 ל-4 במערב לעומת 1 ל-8 בישראל, ובשעות הלילה - 1 ל-4 לעומת 1 ל-20, בהתאמה; **המערך הפרה-רפואי:** משרד הבריאות ונציבות שירות המדינה (להלן - נש"ם) לא קבעו למקצועות הפרה-רפואה בבתי החולים הפסיכיאטריים מפתח תקינה, ולכן כל בית חולים מתנהל על פי מספר המשרות שהיו לו בעבר. תקינה זו לא השתנתה במהלך השנים, אף על פי שהצרכים הלכו והתרבו, ואף נוספו בעלי תפקידים חדשים בתחום.

פעילות פנאי מועטה: משרד הבריאות לא קבע עקרונות לסדר היום של מטופלים, ובין היתר, מה יעשו בשעות הפנאי המרובות שלהם; לא התייחס לצורכיהם המיוחדים הן כדי להעסיקם וכך לצמצם אלימות, והן כדי להעשירם ולשפר את כישורי חייהם. לפיכך כל בית חולים קובע לעצמו סדר יום בהתאם לתפיסת חשיבותו ומשאביו. בחלק ממחלקות האשפוז מסתובבים מטופלים ללא מעש וללא תכלית, מעשנים, ולכן לעתים מתגרים בצוות ובמטופלים אחרים, והדבר מתלקח במהירות לאלימות.

בקורות משרד הבריאות על המערך הפסיכיאטרי

בקורות משרד הבריאות על בתי החולים הפסיכיאטריים ויעילותן: (א) משרד הבריאות אינו מייחס לתחום הבקרה את תשומת הלב הראויה, הן מבחינת המשאבים הנדרשים לשם כך, והן מבחינת תכניות העבודה לבקרה על תיקון הליקויים שנחשפו. מדובר לא רק באי-תיקון ליקויים שעלו בביקורת של משרד מבקר המדינה אלא גם כאלו שעלו בבקרה הפנימית של משרד הבריאות עצמו; (ב) המשרד לא קבע מפתח למספר הבקרים הנדרשים בכל מחוז; (ג) המשרד אינו מבצע בקורות פתע בבתי החולים בתדירות שנקבעה ואינו עורך בקורות שוטפות כנדרש; (ד) המשרד אינו מפרסם את דוחות הבקרה לציבור.

בקורות משרד הבריאות על ועדות פסיכיאטריות: המשרד אינו מקיים כלל בקורות על תפקוד הוועדות הפסיכיאטריות באמצעות הפסיכיאטרים המחוזיים או על ידי גורם אחר.

ההמלצות העיקריות

על משרד הבריאות בשיתוף משרד האוצר להכריע לאלתר בדבר עתיד מערך בריאות הנפש, ולקבוע אם יהיה בבתי חולים נפרדים או בבתי החולים הכלליים. ואולם, גם טרם קביעת מדיניות כזו, על משרד הבריאות לבצע ללא דיחוי עבודת מטה שבמסגרתה יבחן את תשתיות האשפוז הלקויות בבתי החולים הפסיכיאטריים ויכין סדרי עדיפויות לשיפוצן ולבינון, מתוך התחשבות במגוון צורכיהם של המאושפזים.

על משרד הבריאות ועל משרד המשפטים לקדם את התיקון המוצע לחוק ומתעכב כחמש שנים, ולפיו גם פסיכיאטר שהיה עובד מדינה ופרש לגמלאות או שופט בדימוס יוכלו להשתתף בהרכב הוועדות הפסיכיאטריות ולא רק פסיכיאטר עובד מדינה. בד בבד, ועד שתתקבל הצעת התיקון לחוק, על משרד הבריאות למצוא מענה למינוי חברים נוספים לוועדות; עליו להסדיר באישור משרד המשפטים את זהות יושב הראש התורן של הוועדות, כך שיהיה זה גורם בלתי תלוי שיכול לפעול עצמאית; עליו להשלים את קביעת התקן הנדרש לכל אנשי המקצוע המפעילים את הוועדות, לרבות מזכירותיהן; להכשיר את יושבי ראש הוועדות, הפסיכיאטרים והמזכירות כנדרש כדי להבטיח את תקינות הדיון ואת שמירת זכויות החולים ולוודא כי דיוני הוועדות מתועדים כראוי כדי לאפשר בקרה. עליו גם להנחות את יושבי ראש הוועדות להקפיד על האמור.

על משרד הבריאות, יחד עם משרד הרווחה ומשרד האוצר, להתוות מדיניות בין-משרדית ולבנות מסגרות שהייה לנכי נפש שמצבם קל ולא נכון לאשפוזם בבתי החולים הפסיכיאטריים.

על משרד הבריאות לקבוע מפרט ראוי לחדרי הבידוד על פי סדר העדיפויות שקבע כדי לאפשר שימוש בחדרים אלו כאמצעי להפחתת קשירת מטופלים; עליו גם לבחון פתרונות כגון הוספת תכניות הכשרה להתמודדות עם אלימות בכל המחלקות בבתי החולים הפסיכיאטריים.

על משרד הבריאות בשיתוף ההסתדרות הרפואית בישראל (הר"י) והאיגודים המקצועיים, לגבש צעדים לעידוד רופאים לפנות להתמחות בפסיכיאטריה ובפסיכיאטריית ילדים ונוער ולאייש את התקנים הקיימים. כמו כן עליהם לשקול לבצע הכשרות בפסיכיאטריה משפטית. לאור השינוי שחל בתמהיל החולים, עקב הרפורמות המבנית, השיקומית והביטוחית, על המשרד, בשיתוף משרד האוצר ונש"ם, לבחון מעת לעת את מפתח התקינה לכוח האדם הסיעודי במחלקות, ולוודא כי הוא עונה על הצרכים המשתנים. עליו גם

לקבוע תורת הפעלה שתגדיר עקרונות לסדר היום של מטופלים, ובכלל זאת פעילות פנאי עשירה וראויה לאורך כל שעות היום.

על משרד הבריאות לקבוע מפתחות ראויים לצוותי בקרה בכל הרמות, להפעיל בקרה הדוקה על הנעשה במוסדות הפסיכיאטריים ולפרסמה לציבור. על המשרד לשקול לקיים בקרות על התנהלות הוועדות הפסיכיאטריות בתדירות שיקבע.

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 מזוהרים 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 שברירת 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.

מבוא

יחסה של החברה לנכי הנפש מתאפיין בעיקר בהתעלמות ממצוקתם. נוח להסב מהם את המבט כאילו לא היו. אך הם כאן אתנו, הופכים לא פעם למנודים המורחקים אל החצר האחורית של החברה, של הקהילה ושל מערכת הבריאות. לא פעם אין שום סימן חיצוני מובהק לכך שמדובר באנשים חולים, מפני שהם נראים בריאים ככל אחד אחר. לכן גם קל לצפות מהם שיתאמצו מעט, וכך יפתרו בעצמם את הבעיה המלווה אותם. לעתים מעורר אדם שהוא נכה נפש פחד הגורר אחריו גם לעג ולזלזול. ואולם, טיפול נכון ושיקום יכולים לסייע גם לנכה נפש להשתלב בחברה, במשפחה, בלימודים ובתעסוקה וכך להסיר מעליו את התווית המכאיבה. נכי נפש זקוקים לטיפולים תרופתיים ואחרים, אולם לעתים מצבם מתערער והם נזקקים גם לאשפוז בבית חולים. במקרים מסוימים אף נדרש לאשפוז בכפייה, כדי להגן עליהם מפני עצמם או כדי למנוע פגיעה שלהם באחרים. לעתים מדובר באשפוז קצר עד להתחזקות החולה, ולעתים מדובר באשפוז ארוך, ואפילו ארוך מאוד.

חוק הטיפול בחולי נפש, התשנ"א-1991 (להלן - חוק הטיפול בחולי נפש או חוק הטיפול) מסדיר את אשפוזו של אדם המוגדר חולה במחלת נפש (להלן גם - נכה נפש). החוק מדגיש את ההכרח לצמצם את הפגיעה בחירותו של אדם בגין הטיפול בכפייה, ומלווה בהסדרים משפטיים הקובעים את סמכויות הפסיכיאטרים המחוזיים והוועדות הפסיכיאטריות (להלן - הוועדות או הוועדות הפסיכיאטריות) לאשפוז כפוי. באשר לקטינים, חוק הטיפול מסמך ועדות פסיכיאטריות לילדים ונוער (להלן - ועדות לילדים ונוער) לדון באשפוזם, בהוראת פסיכיאטר מחוזי לאשפוז קטינים. נוסף על כך, חוק הנוער (טיפול והשגחה), התש"ך-1960 (להלן - חוק הנוער) מסדיר גם הוא את אשפוזם של קטינים. חוק הטיפול מסדיר גם את אשפוזם הכפוי של נאשמים על פי צו בית משפט (להלן - צו אשפוז). החוק מסמך ועדות פסיכיאטריות מיוחדות לדון בהמשך אשפוזם הכפוי של מטופלים שהאשמו ברצח או בניסיון לרצח³ (להלן - ועדות מיוחדות).

החובה להגן על כבוד האדם ולהימנע מלפגוע בו עוגנה בחוק יסוד: כבוד האדם וחירותו. כנגזרת מזכות יסוד זו, גובש חוק זכויות החולה, התשנ"ו-1996 (להלן - חוק זכויות החולה). מטרתו של החוק היא לקבוע את זכויות האדם המבקש טיפול רפואי או המקבל טיפול רפואי ולהגן על כבודו ועל פרטיותו. החוק קובע כי החולה זכאי לקבל טיפול רפואי נאות, הן מהבחינה הרפואית המקצועית והן מבחינת יחסי אנוש.

זה כעשרים שנה פועל משרד הבריאות (להלן גם - המשרד) לשיפור שירותי בריאות הנפש בשלוש רפורמות: (א) "הרפורמה המבנית", אשר החלה באמצע שנות התשעים של המאה העשרים, ובמסגרתה צמצם המשרד את מספר המיטות בבתי החולים הפסיכיאטריים במדינה מ-6,800 בקירוב בשנת 1988 לכ-3,500 בתחילת שנת 2015 (ירידה של כ-50%); (ב) "הרפורמה השיקומית", שעוגנה בחוק לשיקום נכי נפש בקהילה, התש"ס-2000, ובמסגרתה מספק

3 על פי חוק העונשין, התשל"ז-1997, סעיפים 300, 305.

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 אקוטניים, 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 פרטית.⁵ כמו כן פועלות מחלקות פסיכיאטריות בחלק מבתי החולים הכלליים והציבוריים. לרוב קיימת הפרדה בין חולים המסוגלים לשהות במחלקה פתוחה לבין חולים הזקוקים לאשפוז במחלקה סגורה.⁶ בסוף שנת 2015 היו כ-3,500 מיטות אשפוז בתקן.⁷ 66% מהמיטות מוקצים לפסיכיאטריה פעילה (להלן גם - אקוטית) לבוגרים ולקטינים, 28% לפסיכיאטריה ממושכת (להלן גם - כרונית)⁸ ו-6% למיטות שונות.⁹ שיעור המיטות לבריאות הנפש ל-1,000 נפש בישראל נמוך בהרבה בהשוואה למדינות ה-OECD: בשנת 2015 היה שיעור המיטות 0.4 ל-1,000 נפש, בעוד הממוצע במדינות ה-OECD עמד על 0.7 ל-1,000 נפש.¹⁰

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 ממתחם המחלקה, 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-5%-18% OECD, 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.

ליקויים בהתנהלות הוועדות הפסיכיאטריות המחוזיות לאשפוז כפוי

חוק הטיפול בחולי נפש מסמיך פסיכיאטר מחוזי להורות על אשפוז כפוי במקרים האלה: אשפוז כפוי דחוף כאשר חולה סובל ממחלת נפש, ובעקבות מחלתו נפגעים במידה ניכרת כושר שיפוטו או כושרו לביקורת המציאות, והוא עלול לסכן את עצמו או את זולתו סיכון פיזי מדי; אשפוז כפוי לא דחוף של חולה שעלול לסכן את עצמו או את זולתו סיכון פיזי שאינו מדי, או שיכולתו לדאוג לצרכיו הבסיסיים פגומה קשות, ולכן נגרם סבל נפשי חמור לזולתו באופן הפוגע באורח החיים התקין של הזולת, או שפוגע פגיעה חמורה ברכוש. החוק גם מסמיך את הפסיכיאטר המחוזי לבצע בדיקה פסיכיאטרית דחופה או בדיקה פסיכיאטרית לא דחופה טרם ההוראה על אשפוז כפוי. משך האשפוז בכפייה לא יעלה על שבעה ימים, והפסיכיאטר המחוזי רשאי, לפי בקשה מנומקת בכתב מהמנהל הרפואי של בית החולים, להאריך את התקופה בשבעה ימים. הוועדה הפסיכיאטרית רשאית על בסיס בקשה מנומקת מצד מנהל בית החולים להאריך את תקופת האשפוז אף מעבר לכך.

חוק הטיפול מסדיר את סמכויותיהן של הוועדות הפסיכיאטריות לדון בהוראות אשפוז שנתן פסיכיאטר מחוזי, ולבחון בפרקי זמן קצובים את הצדקת המשך האשפוז. הוועדות הן גוף מעין-שיפוט וממלאות תפקיד מכריע בהחלטה על אשפוז כפוי השולל את חירותו של אדם. מאחר שמטרת דיוני הוועדות היא לאזן בין כפיית הטיפול, המתפרשת כשלילת חירותו של המטופל, לבין שמירה על זכותו לקבל טיפול, נודעת חשיבות רבה להקפיד על כללי התנהלות¹³.

מדי שנה מתקיימים כ-12,000-13,000 דיונים במטופלים מאושפזים במסגרת כ-1,100 התכנסויות של ועדות (ייתכנו כמה דיונים בשנה בכל מטופל). למטופלים המופיעים בפני הוועדות מוקנית זכות לייצוג משפטי על ידי עורכי דין מטעם האגף לסיוע משפטי במשרד המשפטים¹⁴ (להלן - הסיוע המשפטי). בלוח 1 מוצגים מספר ישיבות הוועדות ומספר התיקים שנדונו בשנים 2015-2010¹⁵:

- 13 עדכונים לנהלי עבודה לוועדות פסיכיאטריות מחוזיות שהוציא האגף לבריאות הנפש, פברואר 2017.
- 14 חוק הטיפול, סעיף 29א; חוק הסיוע המשפטי, התשל"ב-1972; תקנות טיפול בחולי נפש (ייצוג משפטי בטיפול כפוי), התשס"ו-2006 - כל אלה קובעים את זכאותו של מטופל המאושפז בהוראת אשפוז להיות מיוצג על ידי עורך דין. האגף לסיוע משפטי מגיש סיוע לכ-70,000 מטופלים חדשים מדי שנה ומייצג בכ-200,000 הליכים משפטיים.
- 15 אין אפשרות לקבל נתונים באשר למספרי הוועדות בשנים 2006-2010 בשל רישום נתונים ידני.

לוח 1: מספר הוועדות ומספר התיקים שנדונו, 2010-2015

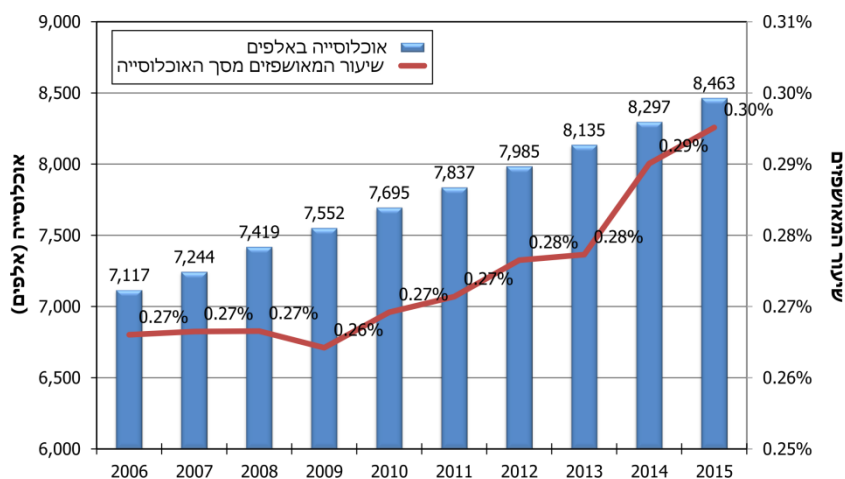
שנה	ועדות מבוגרים		ועדות ילדים ונוער		שיעור העלייה במספר התיקים בהשוואה לשנה קודמת
	מספר ועדות	מספר תיקים	מספר ועדות	מספר תיקים	
2010	780	8,000	98	829	—
2011	822	9,200	105	800	-3%
2012	877	10,139	110	870	9%
2013	935	11,366	118	906	4%
2014	983	12,898	120	1,008	11%
2015	1,033	13,382	124	1,024	2%

מלוח 1 עולה כי ב-2010-2014 חלה ככלל עלייה במספר התיקים שנדונו בוועדות (למעט בנושא ועדות ילדים ונוער ב-2010-2011); מגמה זו נבלמה בין 2014 ל-2015. ניתן לייחס מגמה זו, בין היתר, להשקעה המוגברת בטיפול בקהילה כחלופה לאשפוז בבתי חולים.

מספר האשפוזים הפסיכיאטריים עלה מאז 2006 ועד 2015, אולם אוכלוסיית מדינת ישראל עלתה בשיעור גבוה יותר. בתרשים 1 מוצג שיעור האשפוזים הפסיכיאטריים ביחס לגודל האוכלוסייה בשנים הללו:

תרשים 1: שיעור האשפוזים הפסיכיאטריים ביחס לגודל האוכלוסייה,

2006-2015



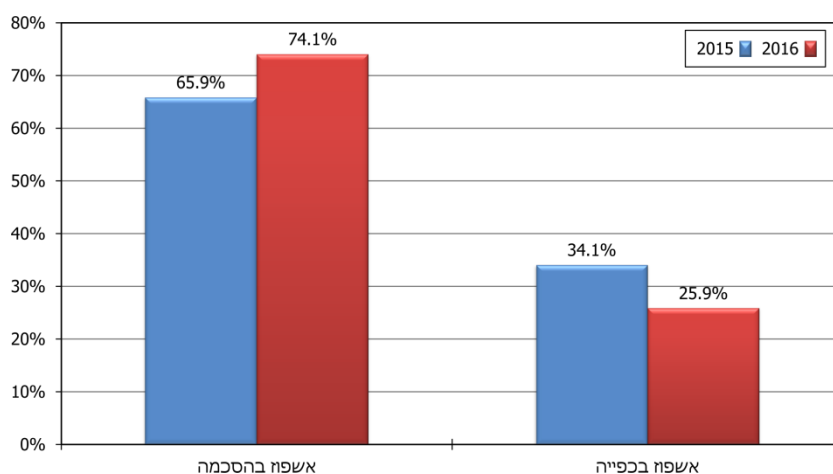
מקור: שנתוני בריאות הנפש לשנים 2006-2015, משרד הבריאות.

מתרשים 1 עולה כי ב-2015-2006 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.



מחסור בפסיכיאטרים
לכהונה בוועדות
הפסיכיאטריות מקשה
את כינוסן וגורע מכוח
האדם הרפואי
המצומצם הנדרש
למחלקות האשפוז.
משרדי הבריאות
והמשפטים לא קידמו
את התיקון המוצע
החוק ולפיו גם
פסיכיאטר שהיה
עובד מדינה ופרש
לגמלאות או שופט
בדימוס יוכלו
להשתתף בהרכב
הוועדה ולא רק
פסיכיאטר עובד
מדינה

במהלך הביקורת נכח צוות הביקורת בכ-100 דיוני ועדות פסיכיאטריות שהתקיימו בחמישה בתי חולים פסיכיאטריים: אברבנאל, שער מנשה, נס ציונה, איתנים וכפר שאול. ראוי לציין לחיוב כי באותן ועדות בתי החולים, חברי הוועדות הפסיכיאטריות והסיוע המשפטי ככלל הקפידו על מתן אישור להמשך אשפוזים כפויים, כך שיעשו במידת הצורך בלבד, ורק בתנאי שאין חלופה אחרת לאשפוז, כגון טיפול מרפאתי, וזאת מתוך שמירה על זכויות המטופלים.

ליקויים בהרכב הוועדות הפסיכיאטריות

חסור בפסיכיאטרים כחברי ועדה פסיכיאטרית

חוק הטיפול קובע כי ועדה פסיכיאטרית תהיה מורכבת מפסיכיאטר בשירות המדינה, מפסיכיאטר נוסף וממשפטן שיעמוד בראש הוועדה ("מוֹתְבִּים" כלשון החוק). מרבית הפסיכיאטרים בשירות המדינה, הממונים לוועדות, מועסקים בבתי החולים הממשלתיים ובמרפאות ממשלתיות. לאור המחסור הכללי בפסיכיאטרים כמפורט בהמשך, ומאחר שמאז הרפורמה הביטוחית רבים מהפסיכיאטרים שעבדו בשירות המדינה עזבו את מקום עבודתם לטובת עבודה בקופות החולים, נוצר מחסור בפסיכיאטרים לכהונה בוועדות¹⁶ והתעורר קושי בכינוסן. אם ועדה אינה מתכנסת במועד הנדרש, נאלץ בית החולים להסיע מטופלים לוועדה המתקיימת בבית חולים אחר בליווי אנשי צוות. מציאות זו מכבידה על מצוקת כוח האדם הקיימת ממילא במחלקות. כפתרון ביניים קלט המשרד שלושה פסיכיאטרים גמלאים לשירות המדינה בהיקף של חצי משרה כל אחד, לכהונה בוועדות בכל הארץ.

האגף לבריאות הנפש מסר למשרד מבקר המדינה, ביולי 2017, כי לצורך הספקת שירות מלא וזמין של הוועדות הפסיכיאטריות נדרשים עוד שישה חצאי משרה של פסיכיאטרים. לפי הערכת המשרד יש צורך בכינוס של כ-1,300 ועדות מדי שנה, ואולם בפועל מתכנסות רק כ-1,100 ועדות.

למרות הערכה זו של המשרד הוא לא פעל להשלמת המענה לחוסר באותם שישה חצאי משרות שלהערכתו נדרשות - אם כמשרות בתקן ואם כמשרות חלקיות וזמניות - למשל באמצעות פסיכיאטרים שהם פורשי המשרד ושכנויים לשמש חברים בוועדות.

16 היצע הפסיכיאטרים לכהונה בוועדות קטן עוד יותר עקב האיסור בחוק הטיפול בסעיף 24 א (ג) על מינוי פסיכיאטר לוועדת לילדים ונוער המועסק בבית החולים שבו מתקיימת הוועדה. פסיקת בית המשפט שניתנה על ידי השופט ש' ברלינר קבעה כי רצוי שכך יהיה גם בוועדות למבוגרים אף שחוק הטיפול אינו אוסר זאת: ע"ו (מחוזי חיפה) 13457-02-15 **פלוגית נ' הוועדה הפסיכיאטרית ליד בית החולים מזרע** (15.12.15); ע"ו (מחוזי חיפה) 17584-02-15 **פלוגית נ' הוועדה הפסיכיאטרית ליד בית החולים מזרע** (22.2.15).

אגף בריאות הנפש במשרד הבריאות וכן גורמים נוספים מסרו למשרד מבקר המדינה כי לדעתם אין הכרח שבועדה הפסיכיאטרית יכהן פסיכיאטר דווקא משירות המדינה. ביטול התניה זו עשוי להרחיב את היצע הפסיכיאטרים שיכולים להתמנות כחברים בוועדות ולהגדיל את מספר כינוסיהן. גם ועדת שניט¹⁷, אשר את מסקנותיה אימץ המשרד, המליצה בשנת 2000 לבטל את הדרישה למנות פסיכיאטר משירות המדינה לוועדות. המשרד מסר במהלך הביקורת כי כבר בשנת 2012 הוא הפיץ תזכיר חוק לתיקון החוק, אולם מאז מתקיימים דיונים עם משרד המשפטים, הבוחן קשיים משפטיים המתעוררים בהצעת החוק¹⁸.

על פי עמדתם המקצועית של ועדת שניט ושל משרד הבריאות, שאושרה על ידי המשנה ליועץ המשפטי לממשלה עוד בדצמבר 2015, יש לתקן את החוק כך שיתיר כי בהרכב הוועדה יוכל לשמש גם פסיכיאטר עובד מדינה בגמלאות או שופט בדימוס, ולא רק פסיכיאטר עובד מדינה. עד מועד סיום הביקורת, באוקטובר 2017, טרם סיימו משרדי הבריאות והמשפטים את טיפולם ביוזמת החקיקה בנושא.

משרד הבריאות השיב למשרד מבקר המדינה בדצמבר 2017 (להלן - תשובת המשרד) כי עד לתיקון החוק הוא קלט שלושה פסיכיאטרים פנסיונרים כעובדי מדינה, וממשיך בניסיונותיו לגייס נוספים וכן לגייס פסיכיאטרים עובדי מדינה. לדבריו, מאחר שרוב הפסיכיאטרים עובדי המדינה מועסקים בבתי החולים הפסיכיאטריים ובמרפאות השייכות להם, הוא פועל מול הנהלות בתי החולים כדי לחייב את השתתפותם בוועדות.

על משרדי הבריאות והמשפטים לקדם את התיקון המוצע לחוק, המתממה זה כחמש שנים. בד בבד, ועד שתתקבל הצעת התיקון לחוק, על משרד הבריאות למצוא מענה ממקורותיו לצורך במינוי חברים לוועדות.

ניגוד עניינים מובנה בוועדות הפסיכיאטריות בשל אי-מינוי יושב ראש תורן

חוק הטיפול קובע כי שר הבריאות ימנה בכל מחוז של משרד הבריאות יושב ראש תורן וממלא מקומו (להלן - יו"ר תורן), שימונה מרשימת משפטים. יושב הראש התורן יקבע את הרכב הוועדות במחוז ואת העניינים שבהם יטפלו.

17 הוועדה לבחינת אופן תפקוד הוועדות הפסיכיאטריות, יולי 2000.

18 תזכיר חוק טיפול בחולי נפש (תיקון מס' 10), התשנ"ו אשר מאפשר מלבד כהונת עובד מדינה גם כהונת עובד מדינה שפרש לגמלאות או שופט בדימוס.



בהיעדר מינוי על פי
החוק של יו"ר תורן
נוצר ניגוד עניינים
מובנה בעבודת
הוועדות
הפסיכיאטריות הדנות
בערר על החלטת
הפסיכיאטר המחוזי
לאשפוז כפוי, שכן
הפסיכיאטר המחוזי
הוא הקובע את
הרכבן

בפועל, מאז שנות התשעים, לא מונה יו"ר תורן במחוזות, והפסיכיאטרים המחוזיים הם הקובעים את הרכבי הוועדות בעצמם או באמצעות מי מטעמם.

משרד מבקר המדינה מעיר למשרד הבריאות כי בהיעדר מינוי על פי החוק של יו"ר תורן נוצר ניגוד עניינים מובנה בעבודת הוועדות. ניגוד העניינים נובע מכך שהפסיכיאטר המחוזי הוא בעל הסמכות להורות על אשפוז, אך הוא גם האחראי לקביעת הרכב הוועדות הפסיכיאטריות, שתפקידן לדון בערר על החלטות האשפוז שקיבל מתוקף תפקידו כפסיכיאטר המחוזי. ניגוד עניינים זה עלול לפגוע לכאורה בשיקול דעתן המקצועי והעצמאי של הוועדות, בהיותן גוף מעין-שיפוטי המכריע בשלילת חירות.

בעקבות פניות מצד ראש הסיוע המשפטי ומצד ראש לשכת עורכי הדין אל משרד הבריאות בעניין זה, במרץ 2017, ובעקבות הביקורת, מסרה ראש האגף לבריאות הנפש באוקטובר 2017 כי נשלחה הודעה למנהלי בתי החולים וללשכות הפסיכיאטרים המחוזיים כי הפעלת הוועדות תיעשה ישירות מול האגף. לדבריה, האגף בוחן מינוי עורך דין שימש יו"ר תורן של כלל הוועדות, המותנה באישור שרת המשפטים.

על משרד הבריאות באישור משרד המשפטים למנות יו"ר תורן, אשר יהיה גורם לא תלוי היכול לפעול עצמאית בקביעת הרכבי הוועדות.

מחסור בהיצע של חברים להרכבי ועדות מיוחדות

חוק הטיפול קובע כי שר הבריאות ימנה ועדה פסיכיאטרית מיוחדת, אחת או יותר. הוועדה המיוחדת מוסמכת לדון באשפוזם הכפוי של מטופלים שהאשמו ברצח או בניסיון לרצח. הרכב הוועדה המיוחדת יכול לכלול שלושה חברים: שופט מחוזי בדימוס שיממש יושב ראש הוועדה ושייבחר מתוך רשימה שערך שר המשפטים, לאחר התייעצות עם נשיא בית המשפט העליון; פסיכיאטר שאינו הפסיכיאטר המחוזי או סגנו; וקרימינולוג קליני.

מחסור ביושבי ראש בוועדות מיוחדות: בבתי החולים הפסיכיאטריים מתכנסות כ-50 ועדות מיוחדות בשנה. האגף לבריאות הנפש מסר למשרד מבקר המדינה, ביולי 2017, כי לרשותו עומדים ארבעה יושבי ראש בלבד לוועדות מיוחדות, עובדה המקשה לכנסן. על פי הערכתו יש צורך בשניים-שלושה יושבי ראש נוספים כדי לאפשר את כינוס הוועדות. האגף אף הסביר כי פנה פעמים מספר למשרד המשפטים בבקשה למנות שופטים נוספים שיממשו יושבי ראש, אולם אלו טרם מונו.

המחסור ביושבי ראש
ועדות פסיכיאטריות
מיוחדות, הנדרשים
להיות שופטים
מחזיים בדימוס,
מקשה את כינוסן

מתוך כך עולה התנהלות פסיבית של משרדי המשפטים והבריאות לקידום מינויים של יושבי הראש החסרים בוועדות המיוחדות הפוגעת בכינוס ועדות אלה.

משרדי הבריאות והמשפטים השיבו, בדצמבר 2017, כי לאחרונה מונה שופט מחזי אחד בדימוס כיושב ראש ועדות מיוחדות, וכי משרד המשפטים פועל למינוי שופטים נוספים.

על משרד הבריאות ועל משרד המשפטים להשלים את הפעולות הנדרשות למינוי יושבי ראש ופסיכיאטרים לוועדות מיוחדות כדי לאפשר את כינוסן בתדירות ובמועדים הנדרשים.

הכשרת חברי ועדות פסיכיאטריות

כדי לאפשר לחברי הוועדות הפסיכיאטריות לפעול במקצועיות ובאיכות הנדרשות, עליהם להיות בעלי הכשרה מתאימה לתחומי הידע שבהם הם עוסקים: לפסיכיאטרים נדרשת נוסף על הכשרתם האקדמית גם הכשרה משפטית בסיסית, וליושבי הראש של הוועדות, שהם משפטנים בהכשרתם האקדמית, נדרשת הכשרה בסיסית בפסיכיאטריה. באשר לכל חברי הוועדות, נדרש שהם ישתלמו מעת לעת בחידושים בחקיקה ובפסיקה הנוגעים בתחומי עיסוק הוועדות הפסיכיאטריות. ידע בסיסי בהתנהלות הוועדות מהבחינה המשפטית ומהבחינה הפסיכיאטרית חיוני גם למזכירות הוועדות¹⁹ המתעדות את הדיונים, ועשוי לשפר את עבודתן.

הביקורת העלתה כי למשרד הבריאות אין תכנית הכשרה בסיסית שמטרתה להכשיר את חברי הוועדות ואת מזכירותיהן. הוא לא גיבש תכנית כזו בתחום הפסיכיאטריה ולא גיבש בשיתוף משרד המשפטים תכנית כזו בתחום המשפט. משרד הבריאות גם אינו מקיים הכשרות ריענון ועידכון מעת לעת לחברי הוועדות. היעדר הכשרות מתאימות עלול לפגוע באיכות עבודת הוועדות.

משרד המשפטים השיב למשרד מבקר המדינה, בדצמבר 2017, כי אכן הכשרת חברי ועדות ומזכירותיהם עשויה לשפר את פועלם של כלל חברי הוועדות ולהועיל למאושפזים. משרד הבריאות ומשרד המשפטים השיבו כי יפעלו לקיום הדרכות בהיבטים המשפטיים.

למשרד הבריאות אין
תכנית להכשרה
בסיסית ולעדכון
בתחום הפסיכיאטריה
ובתחום המשפט
לחברי הוועדות
הפסיכיאטריות
ולמזכירותיהם

על מנכ"ל משרד הבריאות להוביל עבודת מטה, בשיתוף משרד המשפטים, לבניית תכניות הכשרה לפסיכיאטרים המתמקדות בתחומי המשפט וביישום הוראות החקיקה והפסיקה, ולחייבם להשתתף בהן. עליהם לקיים השתלמויות עתיות לעדכון החקיקה והפסיקה ליושבי ראש הוועדות, ולבנות תכנית הכשרה בשיתוף איגוד הפסיכיאטריה להכרת תחום הפסיכיאטריה ולחייבם להשתתף בהן. יש גם לקיים למזכירות הוועדה הכשרות בנושאים אלה.

ליקויים בפרוטוקולים שאינם משקפים את דיוני הוועדות

על פי נוהל משרד הבריאות²⁰ והנחיות האגף לבריאות הנפש²¹, אשר ניתנו בעקבות פסיקת בתי המשפט, על מזכירת הוועדה להקליד את פרוטוקול הדיון, ועל יושבי ראש הוועדה לוודא רישום תקין של פרוטוקול הדיון וההחלטה. רק במקרים שבהם נבצר מלהקליד את הפרוטוקול יש לרשמו בכתב יד קריא וברור. הצורך להקפיד על ניהול תקין ועל תיעוד ברור של פרוטוקולים נקבע גם בפסיקה²². צורך זה הודגש לאור מעמדן של הוועדות כבעלות אופי מעין-שיפוטי, לאור זכויותיו של המטופל לקבל את המידע באשר לנסיבות אשפוזו, ומאחר שהמסמכים המתועדים משמשים בסיס לדיון בבית המשפט בערר על החלטת ועדה.

למרות זאת, בבדיקה אקראית שנעשתה, נמצאו עשרות פרוטוקולים של ועדות שלא הוקלדו אלא נכתבו בכתב יד, ולא פעם בכתב לא קריא; במקרים רבים אחרים הוקלד פרוטוקול של תהליך הדיון, אולם ההחלטה עצמה תועדה בכתב יד.

האגף לבריאות הנפש מסר למשרד מבקר המדינה במהלך הביקורת כי קיים מחסור בתקני מזכירות לקיום הוועדות - חצי תקן בכל אחד מששת המחוזות, ובסך הכול חסרים שלושה תקנים. בפועל המזכירות בוועדות מועסקות בבית החולים שבו מתקיימות הוועדות או בלשכות הפסיכיאטר המחוזי, והן לא עברו הכשרה מתאימה להקלדה מהירה. על פי תשובת המשרד הוא פתח בתהליך שבסופו ירכוש שירות חיצוני של קלדניות מקצועיות שיתעדו באמצעות הקלדה במחשב את מלוא הדיון בוועדות.

20 נוהל שירותי בריאות הנפש מס' 17.055, "הפעלת ועדות פסיכיאטריות מחוזיות - מבוגרים", משרד הבריאות, ספטמבר 2007.

21 הנחיית ראש האגף לבריאות הנפש בשנת 2010 אל פסיכיאטרים מחוזיים; פניית מנהל המחלקה לפסיכיאטריה משפטית בשנת 2015 למנהלי בתי החולים ולמזכירות הוועדות מפברואר 2017.

22 ע"ש 2372/99 (מחוזי תל אביב), פלונית נ' היועץ המשפטי לממשלה (18.10.99).



במקרים רבים
פרוטוקולים והחלטות
של ועדות
פסיכיאטריות אינם
מוקלדים אלא
מתועדים בכתב יד
שלעתים אינו קריא.
הדבר אינו מאפשר
למטופל לקבל את
המידע בדבר נסיבות
אשפוזו ומקשה על
בתי המשפט הדנים
בעררים על החלטות
הוועדות

משרד מבקר המדינה מעיר למשרד הבריאות כי תיעוד חלקי ולא ברור של התנהלות הוועדות הוא בניגוד לנוהל, לפסיקה ולהנחיות המשרד. משרד מבקר המדינה דוחה את הסברי המשרד בדבר חוסר במזכירות בעלות הכשרה להקלדה מהירה, ועל המשרד להתמודד עם חוסר זה.

על משרד הבריאות להשלים את קביעת התקן הנדרש לכל אנשי המקצוע המפעילים את הוועדות הפסיכיאטריות לרבות מזכירותיהן. עליו להכשיר את המזכירות כנדרש ולוודא כי דיוני הוועדות מתועדים כראוי, כדי להקפיד על תקינות הדיון וכדי לאפשר בקרה שתבטיח שזכויות החולים נשמרות. עליו גם להנחות את יושבי ראש הוועדות להקפיד על כך.

קשיים אסדרתיים-חוקתיים בנושא אשפוז קטינים

אשפוז פסיכיאטרי של ילדים עד גיל 12 מתבצע במחלקה פסיכיאטרית לילדים, ואשפוז נוער בגילאי 12-18 מתבצע במחלקה פסיכיאטריות לנוער. בשנת 2014 התקבלו לאשפוז פסיכיאטרי 1,159 ילדים ובני נוער (952 בגילאי 12-17 ו-207 עד גיל 11), מתוכם כ-70% התקבלו בהסכמה והיתר בכפייה²³. אשפוז פסיכיאטרי של קטינים מעוגן בשילוב של הוראות חוק הנוער וחוק הטיפול²⁴. זה שנים רבות ידוע כי ההסדר הקיים המשלב בין שני החוקים אינו ברור ושיטתי, לוקה בכפילות ומעלה קשיים וכשלים בפרשנותם וביישומם, הן קשיים מינהליים בהתכנסות הוועדות והן קשיים במהלך האשפוז והטיפול. כך ציין גם מבקר המדינה בדוח קודם בנושא הטיפול בהפרעות אכילה (להלן - דוח קודם בנושא הפרעות אכילה)²⁵.

חוק הנוער מאפשר אשפוז קטינים מכוח עילות נרחבות בהשוואה לעילות האשפוז המצומצמות שנקבעו בחוק הטיפול, החל גם על קטינים²⁶. לעומת חוק הטיפול, חוק הנוער גם קובע מנגנוני בקרה מקצועיים נרחבים הרבה יותר על אשפוז קטינים במטרה למנוע נזק העלול להיגרם מאשפוז לא מוצדק, ואף קובע כי בוועדה הפסיכיאטרית לילדים ונוער יהיו חברים פסיכולוג ועובד סוציאלי נוסף על ההרכב הקבוע, לפי חוק הטיפול. קיום שני חוקים העוסקים בד בבד

23 בכפייה - 355 ילדים, מתוכם 227 מעל גיל 15 ו-128 עד גיל 15. ראו **שנתון המועצה הלאומית לשלום הילד**, 2015, עמ' 318-322.

24 בעקבות תיקון 11 לחוק הנוער, התשנ"ה-1995.

25 מבקר המדינה, **דוח שנתי 2013** (2013), בפרק "הטיפול בהפרעות אכילה", עמ' 849.

26 חוק הטיפול מאפשר לאשפוז קטין, כמו בגיר, שבעקבות מחלתו נפגעו כושר שיפוטו או כושר לביקורת המציאות, ונוסף על כך הוא עומד באחד הקריטריונים האלה: עלול לסכן את עצמו או זולתו; יכולתו לדאוג לצרכיו הבסיסיים פגומה קשות; גורם סבל נפשי לזולתו הפוגע באורח חייו; ופוגע ברכוש. חוק הנוער מאפשר אשפוז גם במקרה של הפרעה נפשית קשה, ולא רק מחלה, העלולה לסכן אותו או את זולתו סיכון פיסי מיידי או שעלולה להביא לנזק נפשי חמור להתפתחותו.

בטיפול בבעיות נפש יוצר קשיים ביישומם בעת אשפוז פסיכיאטרי של קטינים. שני החוקים אינם מסדירים נושאים נוספים הכרוכים באשפוז קטינים, למשל: את הצורך לקבל הסכמת קטינים לטיפול ולבחון חלופות אשפוז; זכות הקטין לסודיות מול הוריו; דרישת הסכמת ההורים לאשפוז קטין במקרה של הוצאתו ממשמורתם ושאלת מעורבות עובד סוציאלי; ותחולת סדרי הדין שנקבעו בתקנות הטיפול בחולי נפש, התשנ"ב-1992 (להלן - תקנות הטיפול בחולי נפש) על ועדות פסיכיאטריות לילדים ונוער.

השלכת הקשיים בחקיקה על אשפוז קטינות החולות באנוורקסיה:

אי-הבהירות העולה משילוב שני החוקים - חוק הטיפול וחוק הנוער - מתבטאת גם בעניין אשפוז קטינות הסובלות מהפרעות אכילה קשות. אנוורקסיה נרבוזה (להלן - אנוורקסיה), היא הפרעה נפשית קשה בעלת שיעור תמותה גבוה²⁷ (7%-18%). במצביה החמורים גורמת האנוורקסיה לתת-תזונה ולסיבוכים קשים²⁸ הדורשים אשפוז. במצבים אלו נשקפת לחולות²⁹ סכנת חיים, ומתעוררת שאלת הצורך בטיפול ובאשפוז בכפייה³⁰.

הטיפול באנוורקסיה הוא בדרך כלל ממושך, וכולל נוסף על הטיפול התרופתי גם טיפול פסיכולוגי, טיפול סוציאלי, טיפול תזונתי וקבוצות תמיכה בחולות ובמשפחות. הקשיים הנובעים מאשפוז קטינים מתבטאים ביתר שאת בכל הנוגע לקטינות החולות באנוורקסיה: בניסיון לטפל בחולות הקטינות לא תמיד ניתן להגיע עמן להסכמה לטיפול או לאשפוז, מפני שנדרשת גם הסכמתן להזנה בכפייה או לאשפוז ממושך הנדרש כדי להגדיל את סיכויי החלמתן. ואולם, בשל אי-הבהירות העולה משילוב שני החוקים ובשל הרגישות הרבה המחייבת להבטיח את בריאות הקטין אגב שמירה על זכויותיו, מתעורר קושי לבצע בכפייה את הפעולות הנדרשות להצלת הקטינות.

נוכח הקשיים העולים במימוש הוראות החוקים ונוכח דעתם של המשרדים וגורמי מקצוע בדבר הצורך בשינויים³¹, גובשה בשלהי שנת 2002 הצעת חוק ממשלתית שעברה בכנסת בקריאה ראשונה, אולם היא לא קודמה³². באוגוסט 2009 התחדשו הדיונים במסגרת ועדה משותפת של משרדי הבריאות, הרווחה והמשפטים והמועצה לשלום הילד, במטרה ליישב סתירות ולשפר את הליכי האשפוז של קטינים. בעקבות דיוני הוועדה התגבשה טיוטת הצעת חוק, אולם הדיונים נפסקו והצעת החוק לא קודמה. מבקר המדינה העיר כאמור בדוח קודם

27 כ-25% מהחולות מחלימות מהמחלה; בקרב כ-50% חל שיפור ניכר; ב-25% מהמקרים נשאר תת-משקל, המוביל לתפקוד לקוי ואף למוות.

28 למשל: אובדן מסת שומן ושרירים וקושי לשמור על חום הגוף; אובדן מסת שריר הלב, הפרעות בקצב הלב ומוות פתאומי; בריחת סידן (אוסטאופורוזיס); סיבוכים הורמונליים והפסקת מחזור חודשי.

29 נעשה שימוש בלשון נקבה מאחר שכ-90% מהמטופלים הם נשים, אך הכוונה גם לגברים.

30 משרד הבריאות פרסם ביולי 2017 קווים מנחים לאשפוז בכפייה של חולות בגירות עם הפרעת אכילה.

31 ראזיק חאלד ואלכסנדר גרינשפון, "החוק לטיפול בחולי נפש בישראל: התפתחותו עד עתה, והצעות לעתיד", **רפואה ומשפט** 35 (2006), עמ' 100, 107; ענ"א (חי') 10329-06-09 **פלונית ואח' נגד מד"י לאח'** (פורסם בבב, 12.7.09).

32 הצעת חוק הנוער (טיפול והשגחה) (תיקון מס' 16) (טיפול נפשי בקטין), התשס"ג-2002, ה"ח הממשלה התשס"ג, עמ' 153.

החקיקה המסדירה את אשפוזם של קטינים קשה ליישום, ולא קודמה החקיקה הנדרשת בנושא

בנושא הפרעות אכילה כי על הגורמים לסיים את עבודת הוועדה ולגבש חקיקה שתאפשר את אשפוזם בצורה עיקבית ואחידה. ואולם, עד ינואר 2018 לא חודשה עבודת הוועדה, וממילא לא קודמה הצעת החוק.

מחלקת ייעוץ וחקיקה במשרד המשפטים השיבה למשרד מבקר המדינה בדצמבר 2017, כי יש חשיבות רבה לסיום דיוני הוועדה ולגיבוש הצעת חוק בהמשך להמלצותיה במטרה ליצור חקיקה מתקדמת לשמירת זכויותיהם וטובתם של הקטינים, מתוך הפקת לקחים מן הניסיון בתחום. הסיוע המשפטי במשרד המשפטים השיב כי הסדר הקיים לוקה בחוסר עקיבות, בכפילות ובסרבול ומעלה קשיי יישום רבים, ולכן הוא קורא שנים רבות לשינוי הסדר הקיים. גם משרד הרווחה השיב למשרד מבקר המדינה בנובמבר 2017 כי הוראות החוקים יוצרים קשיים מינהליים בהתכנסות הוועדות ובדבר המשך האשפוז והטיפול. משרד הבריאות מסר בתשובתו את עמדותיו בסוגיות הדורשות הכרעה בוועדה.

משרד מבקר המדינה מעיר בחומרה למשרדי הבריאות, הרווחה והמשפטים, על השיהוי הארוך והבלתי נסבל במתן מענה לקשיים האסדרתיים-חוקתיים בכל הנוגע לאשפוז פסיכיאטרי של קטינים. חרף הכרת כל הגורמים בצורך לקדם את הצעת החוק וחרף הנזקים הנגרמים כל עוד לא גובש מענה הולם, חולפים חודשים ושנים שבמהלכם נפגעים סיכויי ההחלמה של קטינים. על גורמים אלו לשוב ולהתכנס, ולסיים את עבודת הוועדה כדי שניתן יהיה להסדיר את החקיקה הנדרשת. נוכח חיוניות הנושא ורגישותו, על מנכ"לי המשרדים להיות מעורבים ופעילים בהליכים אלו, ועליהם לקבוע לוחות זמנים לסיימם.



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 המאושפזים 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 המתאשפזים 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.

שנה), ובד בבד יוציא מהמחלקות הפסיכיאטריות את החולים שאינם זקוקים לאשפוז אלא לטיפול במסגרת הקהילה. בכך ניתן יהיה, לדעתו, להקצות את המיטות שהתפנו לחולים בעלי מאפיינים מיוחדים הדורשים אשפוז.

המשרד ציין בתשובתו כי נוסף על הוספת 150 מיטות החלה חטיבת בתי החולים בתכנון ארוך טווח של משק הפסיכיאטריה הממשלתי, ובמסגרת זאת היא תגדיר את הצרכים העתידיים בנושא המיטות והבינוי. בד בבד נבנית תכנית שתאפשר להמיר מיטות של מטופלים ממושכים במיטות של מטופלים אקוטיים, ולהגדיל את כוח האדם המושקע במטופל; כך ישתפר השירות שמקבלים המאושפזים.

משרד הבריאות הציג בוועדה עמדה עקרונית וחשובה, המבטאת את מדיניותו בנוגע לאשפוז בבתי החולים הפסיכיאטריים: הטיפול בחולי נפש אמור להתמקד בראש ובראשונה בטיפול בקהילה, ואילו אשפוזם בבתי החולים יתרחש רק כשהדבר הכרחי. פירוש הדבר, כפי שציין המשרד, הוא פינוי המטופלים המאושפזים ללא צורך בבתי החולים, כך שהמענה לצורכיהם יינתן בקהילה. פעולה זו תאפשר לצמצם את תפוסת היתר במחלקות ואת הפגיעה בכבודם ובזכויותיהם. יש להעיר למשרד הבריאות כי למרות הצהרת הכוונות שלו, בתכניות העבודה של האגף לבריאות הנפש לשנת 2017 לא נקבעו יעדים ליישום מדיניות זו: לא נקבע כמה מטופלים יש לפנות, מאילו בתי חולים, באיזה לוח זמנים ומהו המענה שצפוי להינתן להם. לא זו אף זו, תכניות העבודה של המשרד גם אינן משקפות את הכוונה שעליה הצהיר המשרד, ולפיה הוא יגדיל את מספר מיטות האשפוז ב-30 בכל שנה, עד כדי תוספת של 150 מיטות בחמש שנים.

נוכח המדיניות המוצהרת של משרד הבריאות והעובדה שיש מחלקות שבהן קיימת צפיפות מרובה של מאושפזים, בחן משרד מבקר המדינה את החסמים הגורמים למצוקת האשפוז בבתי החולים הפסיכיאטריים ובדק באיזו מידה פעל המשרד להסירם:

אי-קביעת מדיניות באשר לזיקה בין בתי החולים הפסיכיאטריים לכלליים

נכון להיום מערך האשפוז הפסיכיאטרי מתבסס, כאמור, על 11 בתי חולים פסיכיאטריים - שמונה ממשלתיים, שניים של שירותי בריאות כללית ואחד בבעלות פרטית. בצדם של בתי החולים אלו פועלות, בחלק מבתי החולים הכלליים והציבוריים, גם מחלקות פסיכיאטריות. מערך זה פועל מתוך כורח המציאות ולא בעקבות תפיסת מדיניות שגיבש המשרד למענה שיש לתת לצורכי האשפוז הפסיכיאטרי. בעולם יש מגמה המצדדת בפתיחת מחלקות

משרד הבריאות לא
קבע מדיניות בדבר
מודל ההפעלה הראוי
של בתי החולים
הפסיכיאטריים ולא
הכריע אם יש לשייכם
ולהצמידם לבתי
חולים כלליים או
להמשיך בהפרדה בין
בתי החולים. חוסר
ההחלטה בעניין
עקרוני זה הוא חסם
של ממש המונע
מציאת פתרון
למצוקת האשפוז
בבתי החולים

פסיכיאטריות בבתי חולים כלליים ובסגירת בתי חולים פסיכיאטריים⁴⁴. פעולה זאת מסייעת מאוד בטשטוש התווית השלילית המוצמדת לסובלים ממצוקה נפשית, משפרת את היעילות הכלכלית, למשל חיסכון בתשתיות ובכוח אדם ומקלה את הטיפול בנכי נפש, הסובלים גם ממחלות גופניות מעצם הקרבה למחלקות האשפוז והמרפאות בבית החולים הכללי⁴⁵.

ארגון שירותי בריאות הנפש של ארגון הבריאות העולמי התייחס גם הוא לעניין מודל ההפעלה של בתי החולים הפסיכיאטריים, וכבר בשנת 2003 גיבש מסמך העוסק במדיניות בריאות הנפש ושירותי הדרכה למען נכי הנפש, על קבוצותיהם השונות⁴⁶. אחד המודלים המוצעים במסמך הוא שילוב שירותי בריאות הנפש במערכת הבריאות הכללית, מהלך שעשוי להגביר את זמינות השירותים ולהפחית את ההתוויה השלילית הנלווית למטופלים.

גם משרד הבריאות זה שנים מנסה לאמץ מגמה זו: מאז שנות התשעים של המאה העשרים החל המשרד לקדם את העתקת בית החולים לבריאות הנפש באר יעקב - נס ציונה למרכז הרפואי אסף הרופא, אך הדבר לא צלח; בראשית שנת 2000 החל משרד הבריאות לפעול בניסיון להעתיק את בתי חולים הממשלתי לבריאות הנפש מזור (מזרע לשעבר, להלן - מזור) למרכז הרפואי הממשלתי לגליל, אך גם ניסיון זה לא צלח; בשנת 2003 החליטה הממשלה לסגור את בית החולים אברבנאל⁴⁷, אולם ההחלטה לא יושמה, ובמהלך השנים הוצעו כמה הצעות להעתיקו, אך אף לא אחת מהן צלחה.

משרד מבקר המדינה כבר העיר בדוח קודם מ-2010 בנושא סוגיות בבריאות הנפש (להלן - דוח קודם בנושא סוגיות בבריאות הנפש)⁴⁸ כי יש גורמי מקצוע הסוברים כי אפשר ואף כדאי למקד את הטיפול בנכי הנפש במחלקות אשפוז פסיכיאטריות בבתי חולים כלליים. משרד מבקר המדינה העיר אז כי ראוי שמשרד הבריאות ומשרד האוצר בשיתוף אנשי המקצוע יבחנו את היתרונות ואת החסרונות שבהעברת האשפוז הפסיכיאטרי לבתי החולים הכלליים.

בביקורת הנוכחית עלה שהמצב נותר על כנו, ומשרד הבריאות לא קבע מהי מדיניותו באשר למודל ההפעלה הראוי של בתי החולים הפסיכיאטריים, ולא הכריע אם יש צורך לשייכם ולהצמידם לבתי חולים כלליים או להמשיך בהפרדה בין בתי החולים.

44 למשל באיטליה כבר בשנות השמונים של המאה העשרים החלה מהפכה בשירות הפסיכיאטרי, בתי החולים הפסיכיאטריים נסגרו, וברחבי איטליה הוקמו יחידות אשפוז בבתי החולים הכלליים בלבד ופותחו שירותי הקהילה; בפורטוגל בשנים 2012-2017 הוחלה רפורמה לסגירת כלל בתי החולים הפסיכיאטריים ולבניית חטיבות פסיכיאטריות בבתי החולים הכלליים, אך מעט בתי חולים ממשיכים עדיין לפעול עבור חולים ממושכים, אשר טרם הותאמו להם שירותים במערך השיקומי.

45 ראו חנן מוניץ, "סכיופריה - מחלקה קטלנית", **הרפואה** 149 (אוגוסט 2010).

46 *Organization of services for mental health*, World Health Organization (2003). מדובר ב"חבילת הדרכה" לטיפול בבריאות הנפש אגב ניצול המשאבים הקיימים להשגת התועלת המרבית האפשרית ולהענקת שירותים מועילים לנזקקים.

47 החלטת ממשלה מס' 803, "התייעלות במערכת הבריאות הממשלתית", 15.9.03.

48 מבקר המדינה, **דוח שנתי 2010** (2010), בפרק "סוגיות בתחום בריאות הנפש", עמ' 545.

באוגוסט 2017 מסר יושב ראש איגוד הפסיכיאטריה בישראל, למשרד מבקר המדינה, כי המודל שמרכזים פסיכיאטריים הפועלים בצמוד לבתי חולים כלליים יבטיח רצף טיפולי, יספק את מגוון ההתמחויות הנדרשות בהתאם למאפייני המטופלים וצורכיהם הייחודיים, יאפשר את הכשרת הצוותים הרפואיים והפרה-רפואיים ויצמצם את ההתוויה השלילית המוצמדת לאוכלוסייה זו.

על פי תשובת המשרד שאלת מיקומם של בתי החולים הפסיכיאטריים והממשק עם בתי החולים הכלליים תידון בוועדה, אשר מוקמת בימים אלו לבחינת עתיד הפסיכיאטריה. אחד הנושאים שידונו הוא חיזוק הממשקים והחיבור הקליני והתשתיתי הנדרש בין בתי החולים הכלליים לפסיכיאטריים. כמו כן, חטיבת בתי החולים פועלת להקמת מינהלה בין-משרדית, המשותפת למשרד הבריאות ולמשרד האוצר, ובה ייבחנו היבטים אלה, אגב העמדת השיקול הרפואי וטובת המטופלים בראש סדר העדיפויות.

המשרד טרם קבע מהי מדיניותו בנושא המודל הרצוי להפעלת מערך בריאות הנפש, ולפיכך שוררת אי-ודאות לגבי אופן גיבוש תכניות הפיתוח ארוכות הטווח של בתי החולים הפסיכיאטריים. חוסר ההחלטה בעניין עקרוני זה הוא חסם של ממש, המונע מציאת פתרון למצוקת האשפוז בבתי החולים. משרד מבקר המדינה מעיר בחומרה למשרד הבריאות על כך שבמשך שנים כה רבות הוא אינו מגדיר את מדיניותו בנושא ואף מתעלם מההמלצה שניתנה בדוח קודם בנושא סוגיות בבריאות הנפש של מבקר המדינה, ולפיה היה עליו, יחד עם משרד האוצר ובשיתוף אנשי המקצוע, לבחון את היתרונות ואת החסרונות שבהעברת האשפוז הפסיכיאטרי לבתי החולים הכלליים. בכך הוא גם לא מילא את תפקידו, כגוף התורתי שצריך להתוות את המדיניות הלאומית בנוגע לשירותי הבריאות בכלל ולשירותי בריאות הנפש בפרט, המוענקים לציבור.

אשפוז פסיכיאטרי ללא צורך של מטופלים הזקוקים למסגרות המשך

המחלקות הפסיכיאטריות הפעילות מיועדות למטופלים הזקוקים לטיפול אינטנסיבי במשבר נקודתי ולאיון מידי של המחלה. מטופלים אלו נוטים למצבי אלימות ונדרשים לתשומת לב ייחודית מצד הצוות המטפל. האשפוז על רקע מצב אקוטי נמשך בדרך כלל תקופה קצרה של עד שנה (להלן - מטופלים אקוטיים). המחלקות הפסיכיאטריות הממושכות מיועדות למטופלים, שיצאו מהמשבר האקוטי אך עדיין זקוקים לטיפול ולליווי ממושכים; אחרי שיתחררו מהאשפוז, הם יופנו למסגרות המשך או למסגרות שיקום בקהילה (להלן - מטופלים ממושכים).

על פי מדיניות משרד הבריאות ברפורמה המבנית וברפורמה השיקומית, מטופלים ישהו באשפוז כל עוד מחלתם פעילה ולא לצורך מגורים. הפעלת



עקב מחסור במסגרות
מגורים בקהילה
מאושפזים במחלקות
הפסיכיאטריות במשך
שנים מטופלים שאינם
זקוקים לאשפוז

מדיניות זו תאפשר גם הקלה על צוותי כוח האדם במחלקות אשר יוכלו להתמקד במתן טיפול ייעודי ומורכב הנדרש למטופלים האקוטיים.

בביקורת נמצא כי משרד הבריאות אינו מיישם את מדיניותו בנוגע לאשפוז מטופלים רק בתקופה הפעילה של מחלתם. לפיכך במחלקות הפסיכיאטריות מאושפזים מטופלים שאינם במצב אקוטי וגם אינם זקוקים לאשפוז במחלקות הממושכות, אולם מפאת מצבם הנפשי אין ביכולתם להשתלב במסגרות השיקום בקהילה והם זקוקים למסגרות דויר מתאימות אחרות שיענו על צורכיהם הייחודיים. היות שמסגרות כאלו חסרות, נאלצים מטופלים אלו להמשיך ולשהות במחלקות האשפוז הממושכות המספקות להם מקום מגורים עד שיימצא פתרון חלופי מתאים לצורכיהם. לעתים מדובר בתקופות ממושכות מאוד ואף בכמה שנים.

מנהלת האגף לבריאות הנפש העריכה שמתוך כ-3,500 מיטות לבריאות הנפש, כ-1,200 מיטות משמשות מטופלים ממושכים שמקומם אינו באשפוז בבתי החולים⁴⁹, ולכן יש להעביר את מרביתם למסגרות שיקום בקהילה או למסגרות המשך אחרות, ואם יהיה חוסר במסגרות כאלה - למגורים טיפוליים (מסגרות הממוקמות בשטחי בתי החולים הפסיכיאטריים ובאחריות משרד הבריאות).

בדוח קודם בנושא סוגיות בבריאות הנפש ובדוח קודם בנושא שיקום נכי נפש⁵⁰ הצביע מבקר המדינה על היעדר מענה מספיק ומתאים למסגרות שיקום או למסגרות המשך אחרות למטופלים מורכבים, והעיר למשרד הבריאות כי לא היו בידיו נתונים על מאפייניהם, כי עליו להעריך את גודלה של כל אחת מהאוכלוסיות המורכבות ולתכנן את סוג המגורים המיועדים לה. ואולם, על אף הפגיעה הקשה הנגרמת בעקבות זאת לאוכלוסיית נכי הנפש, טרם תיקן המשרד ליקוי זה. משרד מבקר המדינה שב וחוזר על הערתו, ומצביע על הצורך שהמשרד יפנים את החשיבות הרבה הטמונה במציאת מענה לאוכלוסייה חלשה זו, כך שהיא תזכה להתייחסות אנושית ומכבדת. עליו לקבוע תכנית ברורה, סדורה ומלווה בלוח זמנים שתיתן מענה לתפוסות היתר באשפוז הפסיכיאטרי ולצורך לפנות את המטופלים הממושכים למסגרות מתאימות בהתאם לצורכיהם. כך יתאפשר שחרור "צוואר הבקבוק" המכביד את מצוקת האשפוז בבתי החולים.

מטופלים בעלי מוגבלות שכלית התפתחותית: חלק מהחולים המאושפזים באשפוז כרוני בבתי החולים לבריאות הנפש, סובלים נוסף על מחלתם הנפשית גם ממוגבלות שכלית התפתחותית בדרגות שונות (להלן - מוגבלות שכלית התפתחותית). מצבם הנפשי של החולים הללו יציב והם אינם זקוקים לאשפוז פסיכיאטרי, אולם תפקודם הנמוך אינו מאפשר להם שילוב במסגרות השיקום

49 לביקורת הועברו תלונות של מטופלים בנושא באמצעות עמותת עוצמה.

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

בשל היעדר מסגרות
מתאימות מאושפזים
בבתי החולים
הפסיכיאטריים
מטופלים עם מוגבלות
שכלית התפתחותית
שאינם זקוקים
לאשפוז פסיכיאטרי

בקהילה, והם זקוקים למסגרת דיור שתעניק להם תמיכה ופיקוח הדוקים יותר⁵¹. חלקם היו מאושפזים שנים רבות בבית החולים נווה יעקב⁵² ולאחר סגירתו אושפזו, בין היתר, בשני בתי החולים הפרטיים שנותרו - בית החולים לבריאות הנפש נווה שלווה שהפסיק לשמש כבית חולים לאחר מועד סיום הביקורת⁵³, ואילנית מרכז לשיקום⁵⁴. ב-2012 הורה מנכ"ל משרד הבריאות דאז, פרופ' רוני גמזו, לסגור גם את שני בתי החולים הפרטיים שנותרו.

האגף לבריאות הנפש יזם לפני שנים מספר הקמת מסגרות "קהילה אקולוגית משקמת", שייתנו מענה למטופלים עם הנמכה קוגניטיבית, שחלקם שוהים בבתי החולים הפרטיים כאמור, אך עד סיום הביקורת טרם הוקמו המסגרות הללו⁵⁵. על פי תשובת משרד הבריאות, מסגרת אחת נפתחה בסוף 2017, ומסגרת נוספת עתידה להיפתח במחצית 2018. שער מנשה מסר כי הוא מקים יחידה הכוללת 10 מיטות לאשפוז לתקופה של עד שנה ללוקים בהפרעות נפשיות, במוגבלות שכלית התפתחותית ובאוטיזם.

העברת מטופלים שאושפזו בבית החולים הפרטי נווה שלווה למסגרות אחרות: בעקבות ליקויים חמורים שהחלו להתגלות החל משנת 2001 בבקורת שערך משרד הבריאות בנווה שלווה, החליט מנכ"ל המשרד הקודם, פרופ' רוני גמזו, בשנת 2012 להפסיק את ההתקשרויות עמו, אולם בפועל לא הוצא צו לסגירתו. בבקורות חוזרות שעשה המשרד בראשית שנת 2015 התגלו ממצאים קשים ביותר שלדעת המשרד סיכנו חיי מטופלים: טיפול רפואי לקוי⁵⁶; תזונה לקויה⁵⁷; תנאי מחייה לא סבירים⁵⁸; היעדר מוחלט של ריפוי בעיסוק; והיעדר תכניות טיפול. בבקורות חוזרות מצא המשרד כי הטיפול הניתן למטופלים אף הידרדר, ולפיכך הוציא רופא מחוז חיפה באוגוסט 2017 צו לסגירתו והורה להכין תכנית להוצאת המטופלים למוסדות מתאימים.

בטיטת דוח זה ציין משרד מבקר המדינה כי נוכח חומרת ממצאי הבקרה של משרד הבריאות לגבי בית החולים נווה שלווה, היה עליו לפעול ביתר שאת כדי

- 51 במועד הביקורת, באוגוסט 2017, מאושפזים באיננים 3-4 מטופלים הסובלים גם מהנמכה קוגניטיבית; בכפר שאול 6 מטופלים; באברבנאל 5 מטופלים; ובשער מנשה 15 מטופלים.
- 52 בית חולים פסיכיאטרי שפעל בפתח תקווה ונסגר על ידי משרד הבריאות בשנת 2012 בעקבות חשיפת התעללויות מצד אנשי צוות בחוסים.
- 53 בית חולים פסיכיאטרי בפרדס חנה שהוקם על ידי משפחות ניצולי שואה, פועל על פי נוהלי משרד הבריאות ומפוקח על ידי. בסוף שנת 2015 היו מאושפזים בו כ-15 מטופלים, חלקם במשך 15-50 שנה.
- 54 מוסד בפרדס חנה המשמש מגורים ותעסוקה למטופלים פסיכיאטריים עם מוגבלות שכלית התפתחותית.
- 55 מיועדות למטופלים עם הנמכה קוגניטיבית ובעיות גופניות מורכבות; מטופלים עם הנמכה קוגניטיבית והתנהגות אגרסיבית כלפי עצמם או הסביבה; מטופלים עם הנמכה קוגניטיבית עד גיל 35; מטופלים עם הנמכה קוגניטיבית, עם ליקוי תפקודי חמור ופגיעה בתפקוד בסיסי (ADL). ראו בעניין זה טיטת נוהל משרד הבריאות "הפעלת דיור קבע בקהילה אקולוגית שיקומית ללוקים בתחלואה כפולה".
- 56 למשל היעדר רופא שאינו פסיכיאטר, אחסון תרופות באופן לא תקין ואי-תיעוד של בדיקות וטיפולים.
- 57 למשל מתן מזון שלא בהתאם לצרכי החולים באופן המסכן את בריאותם וכן והיעדר מעקב תזונתי גם אחר חולים סוכרתיים וחולים הסובלים מתת-משקל.
- 58 למשל אין חימום ומיזוג, אין מזרנים חסיני אש ומערכת כריזה, השמיכות דקות והכירורים שבורים.

בבתי החולים
הפסיכיאטריים
מאושפזים קשישים
שמצבם הנפשי מאוזן
והם אינם זקוקים
לאשפוז, אולם מפאת
אשפוזם האחרון או
הרקע הפסיאטרי
שלהם הם אינם
מוציאים את מקומם
בבתי אבות
שבאחריות משרד
הרווחה

לפנות ממנו את החולים שבאשפוז, תוך כדי פיקוח על הפעלתו עד הוצאתם. יש לציין בחיוב כי לאחר סיום הביקורת, בסוף 2017, מצא האגף לבריאות הנפש בשיתוף משרד הרווחה מסגרות מגורים מתאימות במסגרות קהילה אקולוגית, במגורים טיפוליים בבתי אבות ובמסגרות המיועדות ללוקים במוגבלות שכלית התפתחותית של משרד הרווחה ל-40 המטופלים ששהו שם.

על משרד הבריאות להמשיך ולפעול להוצאת שאר המטופלים עם מוגבלות שכלית התפתחותית, שאינם זקוקים לאשפוז פסיכיאטרי, מכל בתי החולים למסגרות מתאימות להם.

מטופלים קשישים הוהים באשפוז פסיכיאטרי כפתרון דיור: בקרב המטופלים יש נשים מגיל 62 וגברים מגיל 59⁶⁷ (להלן - קשישים) - אשר אינם יכולים להמשיך לגור בביתם בשל גילם המבוגר ובשל היותם בעלי רקע פסיכיאטרי או כאלה היוצאים מאשפוז פסיכיאטרי ומצבם הנפשי מאוזן, ונדרש למצוא להם מסגרות מגורים ייעודיות המתאימות לקשישים (בתי אבות). מסגרות אלו נמצאות בפיקוח משרד הרווחה.

בדוח קודם בנושא שיקום נכי נפש בקהילה, עלה כי מחמת הרקע הפסיכיאטרי בעברם, קשישים אלו מתקשים למצוא בתי אבות שיסכימו לקבלם. בניגוד להנחיית משרד הרווחה מיוני 2009, המחלקות לשירותים חברתיים ברשויות המקומיות אינן מפנות קשישים אלה לבתי אבות, וממילא רוב בתי האבות אינם ערוכים לקלוט אותם ולטפל בהם. משרד מבקר המדינה העיר למשרד הרווחה ולמשרד הבריאות כי עליהם להגיע לסיכום על מסגרות עבור נכי נפש קשישים, שמחלתם הנפשית בנסיגה.

בעקבות הביקורת הקודמת, בספטמבר 2016, הגיעו משרדי הבריאות והרווחה להסכמות שלפיהן יופנו קשישים הצפויים להשתחרר מאשפוז פסיכיאטרי, ואינם צפויים להשתלב במסגרות בקהילה בשל מצבם התפקודי, למסגרות בפיקוח משרד הרווחה. יצוין כי המשרדים מפעילים ועדת הכרעה בין-משרדית לגריאטריה, שמטרתה למצוא פתרונות מגורים, בין היתר, לקשישים אלה. ואולם, משרד הבריאות ומשרד הרווחה לא סיכמו ביניהם על הרחבת המאפיינים של הקשישים בעלי רקע פסיכיאטרי שאינם זקוקים לאשפוז שיתקבלו לבתי האבות. על פי נתוני משרד הבריאות בספטמבר 2017 עדיין היו מאושפזים בבתי החולים פסיכיאטריים 135 קשישים שאינם זקוקים להמשך אשפוז, מאחר שלא נמצאה להם מסגרת המשך מתאימה.

משרד הבריאות מסר בתשובתו כי מאז שחודשו דיוני הוועדה באוקטובר 2016 היא דנה ב-73 פניות, 46 מהן (כ-60%) קיבלו אישור להפניה לבתי אבות שבפיקוח משרד הרווחה. שאר הקשישים, שמשרד הרווחה סירב לבקשתם, נאלצים להמשיך ולשהות בבתי החולים הפסיכיאטריים. עוד מסר המשרד כי קשישים אלו אינם בסמכותו ובאחריותו, ועמדת משרד הרווחה נותרה כי בתי האבות אינם מיומנים בטיפול בהם למרות מוכנות משרד הבריאות לקיים

בהיעדר מסגרות
המעניקות טיפול
משולב בנכות נפשית
ובנכות גופנית
מאושפזים שלא
לצורך בבתי החולים
הפסיכיאטריים
מטופלים הסובלים
מנכות נפשית וגם
מנכויות גופניות
אחרות

הדרכות לצוותים בנושא. המשרד הוסיף כי הוא מגבש תכנית להקמת מסגרות קהילה משקמת המיועדות לתת מענה גם לקשישים עם מחלות נפש, עם תלות פיזית ועם מחלות גופניות מורכבות. משרד הרווחה ציין בתשובתו למשרד מבקר המדינה כי לוועדה הופנו מטופלים שלא ענו על הקריטריונים שנקבעו, ולפיכך נדחו.

מטופלים עם נכויות גופניות: בקרב המאושפזים בבתי החולים הפסיכיאטריים יש הסובלים מנכות נפשית וגם מנכויות גופניות אחרות (כגון עיוורון וחירשות). הם אינם זקוקים לאשפוז פסיכיאטרי, אלא למסגרות המעניקות טיפול משולב בנכות הנפשית ובנכות הגופנית. האחריות לטיפול באוכלוסייה זו מוטלת על משרד הבריאות ועל משרד הרווחה: משרד הבריאות אחראי למציאת פתרונות מגורים לנכי נפש, ומשרד הרווחה אחראי לנכים בעלי נכויות גופניות. עובדה זו יוצרת מורכבות רבה הנוגעת לזהות המשרד האחראי למתן הפתרון לנכים אלו, ולא פעם בשל כך הם "נופלים בין הכיסאות". מבקר המדינה כבר העיר בנושא בדוח קודם בנושא שיקום נכי נפש בקהילה כי משרד הבריאות ומשרד הרווחה לא מיפו את צורכי נכי נפש המוגבלים גם גופנית, ולא הסדירו להם פתרונות מגורים כגון במסגרות שיקום מתאימות.

על פי תשובת משרד הרווחה, שני המשרדים הגיעו להבנות באשר לאוכלוסייה שבה מטפל כל אחד מהם. על פי תגובת משרד הבריאות, במסגרת המכרז להקמת קהילה משקמת (ראו להלן) ובמסגרת מכרז השיקום בדיור⁶⁰ מתוכננות לקום מסגרות שיקומיות ייעודיות לאוכלוסייה זו.

מטופלים עם תפקוד ירוד: בבתי החולים הפסיכיאטריים מאושפזים גם אנשים הסובלים ממצב תפקודי ירוד. למשל: מטופלים תשושים מתחת לגיל זקנה הזקוקים לעזרה בתפקוד ואינם מוגדרים סיעודיים; מטופלים שאינם סיעודיים ואינם תשושי נפש, אך סובלים מבעיות גופניות מורכבות, למשל, מקשיי ניידות ושליטה בסוגרים; וצעירים הסובלים מתפקוד ירוד ומאופיינים בהתנהגות מאתגרת. הם אינם נתונים במצבים נפשיים אקוטיים, ולפיכך אינם זקוקים לאשפוז פסיכיאטרי אלא למערך תמיכה, ליווי ופיקוח הדוקים בקהילה. על פי נתוני האגף לבריאות הנפש מיוני 2015, מדובר בכ-200 מטופלים המתאימים לדיור במגורים טיפוליים⁶¹.

משרד הבריאות יזם, כאמור, הקמת קהילה משקמת למטופלים כרוניים עם תפקוד ירוד אשר אינם נזקקים להמשך אשפוז, אך זקוקים לליווי במיומנויות היומיום. הוא מייעד מענה זה, בין היתר, גם ל-200 מטופלים אלו. על פי תשובת המשרד הוא שוקד על פרסום מכרז לקהילה משקמת אשר צפוי להתפרסם במחצית הראשונה של 2018. נערך מיפוי ראשוני של המיועדים למסגרת, וצוותי בקרה מחזיים מבצעים בבתי החולים מיפוי מדויק יותר. כמו כן, המשרד פועל להקמת מתחם ברמלה עבור 68 מטופלים, ומתחם נוסף בצפון הארץ למטופלים צעירים.

60 משרד הבריאות פרסם לראשונה בשנת 2014 מכרז למתן שירותי שיקום, אשר בוטל ותוקן פעמים מספר בשל עתירות שהגישו לבג"ץ גורמים שונים.

61 במועד הביקורת באברבנאל מאושפזים 22 מטופלים; בשער מנשה 10; באיתנים כ-15-20; ובכפר שאול 16 מטופלים.



בבתי החולים
הפסיכיאטריים
מאושפזים שלא
לצורך מטופלים
הסובלים בין היתר
ממצב תפקודי ירוד או
מבעיות גופניות
מורכבות, וזאת בשל
היעדר מסגרות
המעניקות תמיכה,
ליווי ופיקוח הדוקים
בקהילה

מטופלים פגועי ראש: פגיעת ראש קשה מסבה נזק מוחי המאופיין בליקויים מוטוריים, קוגניטיביים, התנהגותיים ורגשיים ובליקויי תקשורת. לפיכך מטופלים אלה זקוקים למסגרת מגורים מתאימה שאינה אשפוזית בעלת תשתית בינוי מתאימה ומומחים שהוכשרו לנושא. פגועי הראש אינם מוגדרים כסובלים ממחלה פסיכיאטרית (אלא אם כן נלווית לפגיעתם תחלואה נפשית), ולפיכך פסיכיאטר מחוזי אינו מוסמך להורות על אשפוזם הכפוי מתוקף חוק הטיפול. האחריות לפגועי הראש נתונה בידי משרד הרווחה.

לאור העובדה שמאפייני אוכלוסיית פגועי הראש דומים לעתים לאלו של נכי הנפש, משרד הרווחה ומשרד הבריאות הסכימו בשנת 2004 על אחריותם המשותפת לפגועי הראש שמקבלים שירותים פרטניים על פי צורכיהם הייחודיים. לפי אומדן משרד הבריאות ומשרד הרווחה משנת 2012, יש כ-2,000 פגועי ראש: 200 מהם בעלי הפרעות התנהגות קשות, וחלקם אינם יכולים לחיות בקרב משפחותיהם (להלן - פגועי ראש קשים); 50 נוספים מאופיינים באלימות קשה המסכנת את עצמם ואת סביבתם (להלן - פגועי ראש אלימים)⁶², ולכן הם זקוקים להשגחה קפדנית ולליווי צוות רב-מקצועי מתאים. בהיעדר מסגרות מתאימות גם הם מאושפזים בבתי חולים פסיכיאטריים.

בדוח קודם בנושא שיקום נכי נפש בקהילה צוין כי משרד הרווחה ומשרד הבריאות דנו בנושא מאז שנת 2004 ופתחו מסגרת ניסיונית, שנסגרה בשל חוסר התאמתה לטיפול בפגועי הראש האלימים. בשנת 2011 המליצו מומחים להקים מסגרות מתאימות לפגועי הראש, אולם לא נפתחה אפילו מסגרת אחת כזו בשל היעדר תקציב. משרד הרווחה ומשרד הבריאות ציינו בתגובותיהם כי הם עורכים עבודת מטה משותפת לבחינת הקמת מסגרת משותפת לפגועי הראש.

מטופלים הממתינים להכרעת ועדת בין-משרדית - בריאות ורווחה: משרד הבריאות ומשרד הרווחה הקימו ועדת הכרעה (להלן - ועדת ההכרעה הבין-משרדית), שתפקידה להכריע בדבר המסגרת המתאימה לנכי נפש שהטיפול בהם נמצא בחלקו באחריות משרד הבריאות ובחלקו באחריות משרד הרווחה. התנהלות זו גורמת להם לא פעם "ליפול בין הכיסאות". מבקר המדינה כבר העיר בדוח קודם בנושא שיקום נכי נפש בקהילה, כי הוועדה פועלת ללא סמכות מחייבת, שכן היא לא הוקמה כוועדה סטטוטורית, ובשל כך גם לא הוקצה לה תקציב מיוחד. מיסוד עבודת הוועדה ויישום החלטותיה הוגדרו בתכניות העבודה של המשרד לשנים 2015, 2016 ו-2017 בעלות מוערכת לשנה בסך 10 מיליון ש"ח.

בביקורת הנוכחית עלה כי טרם חל שינוי במעמדה ובסמכותה של ועדת ההכרעה הבין-משרדית, וכי המשרדים לא נקטו פעולות לקידום השינוי המתבקש.





בבתי החולים
הפסיכיאטריים
מאושפזים פגועי ראש
אלימים ובעלי
הפרעות התנהגות
קשות המסכנות את
עצמם ואת סביבתם.
בהיעדר מסגרות
שיאפשרו השגחה
קפדנית וליווי צוות
רב-מקצועי מתאים,
הם נמצאים באשפוז
שאינו מתאים
לצורכיהם

בביקורת נחשפו ליקויים הנוגעים לכך שבמחלקות הפסיכיאטריות מאושפזים חולים אשר אינם זקוקים להמשך אשפוז בבתי חולים אלו, ולמרות זאת מאושפזים במשך חודשים ושנים רק בשל העובדה שלא נמצאה להם מסגרת מתאימה אחרת. ליקויים אלו עלו כבר בדוחות קודמים של משרד מבקר המדינה, ויש לראות בחומרה את העובדה שטרם תוקנו. בין היתר, מדובר בחולים הסובלים גם ממוגבלות שכלית התפתחותית; קשישים; מטופלים עם נכויות גופניות; מטופלים הסובלים מתפקוד ירוד; ופגועי ראש המסכנים את עצמם ואת סביבתם. אשפוז פסיכיאטרי אינו המענה הנכון והמיטבי על צורכיהם של מטופלים אלו, והמחלקות הפסיכיאטריות אינן פתרון דיור עבורם. מציאות זו גורמת לגידול מיותר בתפוסת המחלקות הפסיכיאטריות ולצפיפות פוגענית במאושפזים, ובכך לפגיעה בכבוד המטופלים ובזכותם לקבל טיפול נאות שהולם את צורכיהם. האחריות להבטחת טיפול מתאים במטופלים מוטלת על משרד הבריאות, ולגבי חלק מהמטופלים, גם על משרד הרווחה. האחרונים נופלים "בין כיסאות" שני המשרדים.

בביקורת עלה כי הפעולות שנקטו משרד הבריאות ומשרד הרווחה לא היו תכליתיות. משרד הבריאות פעל בחוסר נחישות בתחום אחריותו העיקרי ותכניותיו למתן מענה מתאים ומלא למטופלים חסרות פתרון סדור ולוחות זמנים ברורים. משרד הבריאות ומשרד הרווחה לא גיבשו מענה משותף, סדור ומלא על צורכיהם של החולים המורכבים הנתונים באחריות שניהם, וממילא לא קבעו לוח זמנים ליישומם. יש להוציא את החולים הללו ממחלקות האשפוז בבתי החולים הפסיכיאטריים ולשלבם במסגרות המשך בקהילה. מסגרות מתאימות כאלו יספקו הן מגורים והן טיפולים שלהם נזקקים החולים. ואולם, במועד סיום הביקורת אין די מסגרות מסוג זה, וגם המסגרות המתוכננות להקמה, מעטות מדי ולא יענו על הצרכים.

על פי תשובת משרד הבריאות, חטיבת בתי החולים מגבשת רשימת מטופלים מבתי החולים שאמורים לעבור למסגרות משקמות. הוא השלים מיפוי ראשוני, ומבצע מיפוי מדויק יותר. עבודת מטה זו עתידה להסתיים עד מחצית 2018. פתיחת המסגרות תביא מצד אחד לדילול הצפיפות במחלקות הכרוניות והסבת מיטות כרוניות למיטות אקוטיות, דבר אשר יוריד את העומס ואת התפוסות הגבוהות ויגדיל את רווחת המאושפזים בהן, ומצד אחר לטיפול נאות במטופלים בקהילה. אישור התכנית מותנה בהסכמת משרד האוצר ובשיתוף פעולה של שני המשרדים מול קופות החולים. אשר לוועדת ההכרעה - משרד הרווחה ומשרד הבריאות השיבו כי יפעלו להסדרת עבודתה ותקציבה בעדיפות עליונה.



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).

על משרד הבריאות לבחון פתיחת מחלקות ייעודיות למטופלים אלה ולוודא שהטיפול בהם ייעשה על ידי צוות רב-מקצועי המוכשר בתחום בריאות הנפש וההתמכרויות, שיתאים להם תכניות גמילה וימנע מצב של "דלת מסתובבת", אשר משפיע על המערכת כולה.

מחסור במיטות לנכי נפש המאובחנים עם אוטיזם

מאז הוגדרה לראשונה תסמונת האוטיזם⁶⁹ בספר האבחנות הפסיכיאטריות האמריקני - DSM⁷⁰, שכיחותה הולכת וגדלה⁷¹. קשת התסמונות (ספקטרום) נרחבת מאוד, ולכן המענה לאנשים המאובחנים עם אוטיזם (להלן - מאובחנים עם אוטיזם) צריך להיות מותאם למאפיינים של כל מטופל ומטופל. הטיפול בהם ניתן על ידי משרד הרווחה, הרשויות המקומיות, משרד החינוך ומשרד הבריאות בהתאם לצורכיהם ולחומרת מצבם. המאובחנים עם אוטיזם החיים בקהילה זקוקים לעתים לאיזון תרופתי המחייב אשפוז, ואף שחלקם אינם מוגדרים נכי נפש, יש מהם המאושפזים בבתי חולים פסיכיאטריים כיוון שאין עבורם מסגרות מתאימות אחרות⁷².

המשרד הגדיר שתי מחלקות כיחידות ארציות לטיפול בנכי נפש המאובחנים עם אוטיזם: אברבנאל המיועד לבני 12 ועד 21 (להלן - נוער), עם תקן של 15 מיטות; איתנים המיועד לבני 21 ומעלה (להלן - בוגרים), עם תקן של 20 מיטות. בפועל, באברבנאל יש רק 10 מיטות בממוצע במקום 15, ובאיתנים יש רק 14 מיטות במקום 20 מיטות. לדברי מנהל המחלקה באברבנאל, המבנה הפיזי של המחלקה אינו יכול להכיל 15 מיטות על פי התקן, שכן יש בו חמישה חדרי מגורים בלבד, ולפי הגדרות המשרד יש לאכלס בחדר רק שני מטופלים, וכך גם באיתנים⁷³. כמו כן, המחלקות באברבנאל ובאיתנים מוגדרות כמחלקות ממושכות, ולכן תקן כוח האדם שלהן מותאם להגדרה כזו. אולם בשל מאפייני המאושפזים הן מתפקדות כמו מחלקות פעילות, ולא כמו מחלקות ממושכות, ולכן זקוקות לתקן כוח אדם גדול בהרבה ואף להוספת תקנים למטפלים

69 אוטיזם - לקות הפוגעת ביכולת לקלוט מסרים מהזולת ולפתח קשרים הדדיים באופן תקין. מידת החומרה משתנה מאדם לאדם, ולכן קיימת קשת רחבה של הפרעות אוטיסטיות (הספקטרום האוטיסטי) - Autistic Spectrum Disorders (ASD).

70 Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: מדריך לאבחון וסטטיסטיקה של הפרעות נפשיות.

71 כיום בארצות הברית בלידה אחת לכל 66 לידות ייוולד תינוק הממוקם על הספקטרום האוטיסטי, ובישראל בלידה אחת מכל 88 לידות. לעומת זאת בשנת 2007 דובר בארצות הברית בלידה אחת לכל 150 לידות, ובישראל בלידה אחת לכל 214 לידות. בשנת 2016 היו רשומים במשרד הרווחה 14,269 אנשים המאובחנים עם אוטיזם לעומת 3,949 בשנת 2007.

72 דוגמה למקרה כזה עלתה בע"י (מחוזי בתל אביב-יפו) 11362-01-18 פלוני נ' היועץ המשפטי לממשלה ואח' (16.1.18).

73 לפי "סטנדרט אשפוז מחלקות ייעודיות לאנשים על רצף האוטיזם (ילדים, נוער ומבוגרים)", משרד הבריאות, 21.6.17.



עקב מחסור במיטות
ייעודיות למאובחנים
עם אוטיזם ההמתנה
לאשפוז במחלקות
הייעודיות היא
ממושכת. מצבם של
החולים שאינם
מקבלים את הטיפול
שלו הם זקוקים אינו
משתפר, ובמקרים
מסוימים אף מחמיר
ועלול להאריך את
משך האשפוז

במקצועות הבריאות שאוכלוסייה זו נזקקת לה⁷⁴. בשנים האחרונות פנו אברבנאל ואיתנים למשרד בבקשה לשנות את הגדרת המחלקות⁷⁵, וכך להגדיל את ההקצאה התקציבית לבית החולים שתאפשר את הגדלת התקן.

בדוח קודם בנושא סוגיות בבריאות הנפש, העיר מבקר המדינה למשרד הבריאות ולמשרד הרווחה כי יש לתת מענה לבעיית המאובחנים עם אוטיזם שמצבם מורכב.

יצוין כי מאז 2010 מעלה האגף לבריאות הנפש בפני הנהלת המשרד את הצורך בתוספת מיטות למאובחנים עם אוטיזם: 10 מיטות לילדים באיתנים, 10 מיטות לנוער באברבנאל (הפעלת 5 המיטות שאינן פעילות והוספת 5 מיטות), וכך את הצורך בהשלמת הפעלת 20 מיטות לבוגרים באיתנים.

אולם מאז לא הכינו משרד הבריאות, משרד הרווחה ומשרד האוצר תכנית להשלמת החוסר. בביקורת הנוכחית עלה כי מאז הדוח הקודם לא הייתה תוספת, ולו של מיטה אחת. כמו כן, משרד הבריאות הכיר בצורך לשינוי הגדרת המחלקות, ואולם נכון למועד סיום הביקורת באוקטובר 2017, הוא טרם קידם אותו מול משרד האוצר⁷⁶.

אשפוז מאובחנים עם אוטיזם בני 12 ומעלה (נוער ובוגרים): בעקבות מחסור במיטות ייעודיות למאובחנים עם אוטיזם נוצרים תורי המתנה ארוכים לאשפוז במחלקות הייעודיות. כך לדוגמה ביוני 2017 המתניו חמישה חולים למיטה באברבנאל ושלושה באיתנים, ובפברואר 2017 שמונה חולים המתניו לאברבנאל. זמן ההמתנה יכול לנוע בין ימים בודדים לחודשים. באין פתרון אחר, חלקם מאושפדים במחלקות פסיכיאטריות שאינן מתאימות למאובחנים עם אוטיזם או ממתניים בביתם או בהוסטל שבו הם דרים. ברי כי מצבם של החולים שאינם מקבלים את הטיפול שלו הם זקוקים אינו משתפר, ובמקרים מסוימים אף מחמיר ועלול להאריך את משך האשפוז. אגודת אל"ט התריעה לא אחת לפני משרד הבריאות על מקרים שאינם מטופלים: באוגוסט 2015 התריעה על נער המאובחן עם אוטיזם, ובהיעדר מקום לאשפוזו מתגורר בהוסטל בהיותו כלוא בחדרו זמן ממושך למען שמירת ביטחון דיירי הבית; בנובמבר 2016 התריעה על דיירת שסיכנה במידה רבה את עצמה ואת סביבתה (למשל תלישת אוזניה ופציעה עצמית קשה באף), ובהיעדר מקום באיתנים, אושפזה במחלקה פסיכיאטרית בבית חולים אחר ללא קבלת הטיפול המתאים; בפברואר 2017

74 כגון מנתחי התנהגות וקלינאיות תקשורת. כיום אל"ט (אגודה לאומית לילדים ובוגרים עם אוטיזם המפעילה מסגרות חוץ-ביתיות) מממנת מתרומות בתוך המחלקה באברבנאל תקנים של מדריכים בעלות שנתיית של 160,000 ש"ח ובמחלקה באיתנים תקן למרפאה בעיסוק בחלקיות משרה בעלות שנתיית של 45,000 ש"ח.

75 הפנייה האחרונה של אברבנאל בנושא לחטיבת בתי החולים במשרד הבריאות הייתה ביולי 2017, ואיתנים פנה בפעם האחרונה ביוני 2017. לפני כן פנה אברבנאל בנושא בדצמבר 2016, ואגודת אל"ט פנתה למשרד הבריאות, בהתייחסה לאיתנים, באוקטובר 2015.

76 סיכום דיון עם ארגון אל"ט, 13.6.17.

התריעה על הידרדרות מצבה של דיירת שפגעה בעצמה קשות (למשל תלישת שערותיה והטחת ראשה בקיר), אך נאלצה להמתין שמונה חודשים לאשפוז באיתנים.

אשפוז ילדים עד גיל 12 המאובחנים עם אוטיזם: לילדים המאובחנים עם אוטיזם אין מחלקה ייעודית בבתי החולים הפסיכיאטריים, לרבות באלו שבהם פועלות מחלקות לילדים ולנוער. יש שתי מיטות ייעודיות בלבד, אחת במחלקת ילדים באיתנים והשנייה במחלקת ילדים בנס ציונה. באוגוסט 2017 המתינו חמישה ילדים המאובחנים עם אוטיזם לאשפוז בשתי מחלקות אלה; לעתים יכולה ההמתנה להימשך אף כמה חודשים.

הביקורת העלתה שכשבע שנים לפני מועד הביקורת החל משרד הבריאות לתכנן באיתנים הקמת מבנה אשפוז חדש המיועד לילדים ולנוער, ובד בבד החל בשיפוץ המבנה הישן; כמו כן עלה כי במרץ 2017 ביקש בית החולים איתנים מהמשרד להוסיף למבנה זה עשר מיטות שיועדו לילדים המאובחנים עם אוטיזם, אך רק בספטמבר 2017 אישר המשרד הוספת מיטות אלו, והורה על שינוי תכניות הבינוי. במועד סיום הביקורת נמצא תכנון מבנה האשפוז עדיין בראשיתו.

הקמת הוסטלים למאובחנים עם אוטיזם כתחליף לאשפוז בבתי החולים:

אברבנאל: בשנת 2005 התקבלה החלטה במינהל תכנון, פיתוח ובינוי מוסדות רפואה במשרד הבריאות (להלן - מינהל תכנון) להקים הוסטל באברבנאל. הוחלט כי ההוסטל יפעל בשיתוף משרד הבריאות ומשרד הרווחה ויכלול 30 מיטות שיועדו לנוער ולבוגרים המאובחנים עם אוטיזם אך שאינם זקוקים לאשפוז, זאת כחלק מתכנית בינוי רחבה הכוללת גם הרחבת מחלקת אשפוז ייעודית לנוער עם אוטיזם⁷⁷.

בדוח קודם בנושא סוגיות בבריאות הנפש שעשה מבקר המדינה, עלה שבאוגוסט 2009 ניסו משרד הבריאות ומשרד הרווחה להקים הוסטל למאובחנים עם אוטיזם שמצבם מורכב, ואולם לא צלחו בכך. בביקורת הנוכחית עלה כי ההוסטל לא הוקם: תכניות הבינוי הוכנו לפני שנים מספר, ועיריית בת ים אישרה תכנית מעודכנת באוקטובר 2017.

למשרד מבקר המדינה הגיעו תלונות, שריכוזה עמותת עוצמה, מחולים המאובחנים עם אוטיזם בנוסף על מחלה נפשית. מהתלונות עולה שבהיעדר מסגרות המשך בקהילה מחוץ לאשפוז הפסיכיאטרי מידרדר פעם אחר פעם

77 ההחלטה על הבינוי התקבלה בשל צורכי המטופלים, וללא קשר להחלטת הממשלה משנת 2003 לסגור את אברבנאל.

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.

יחודיים 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.

התמודדות משרד הבריאות עם הצורך להגביל מטופלים במחלקות הפסיכיאטריות

הגבלות מִכְנוֹת במחלקות הפסיכיאטריות

הטיפול הפסיכיאטרי ברחבי העולם שיקף מאז ומתמיד תפיסה, ולפיה הטלת הגבלות מִכְנוֹת על מטופלים היא הכרחית לצורך שמירה על ביטחונם ועל ביטחון אנשי הצוות. הגבלות מִכְנוֹת הן אמצעי כפייה דוגמת קשירת מטופלים (להלן - קשירה) והשמתם בחדר נעול (להלן - בידוד). הקשירה נחשבת אמצעי מגביל יותר מבידוד, אף על פי שגם בידוד מגביל חירות. בהתאם לתפיסה זו עיגנה מערכת בריאות הנפש בישראל את סמכותם החוקית של הצוותים הרפואיים להשתמש בהגבלות מִכְנוֹת במקרים שבהם המטופלים מסכנים את עצמם או את סביבתם, במסגרת חוק הטיפול בחולי נפש ותקנות הטיפול בחולי נפש.

במסגרת כללי המשפט הבינלאומי, שמדינת ישראל מחויבת לו, מתקיימים בשנים האחרונות תהליכים הפועלים להפחתת נושא ההגבלות. האמנה הבינלאומית בדבר זכויות אנשים עם מוגבלויות⁹¹, החלה על מדינת ישראל, קבעה כי יש להגן על ביטחונם ועל כבודם של אנשים עם מוגבלויות, בין היתר, בעת שימוש בכוח על ידי הגבלות. ועדת האו"ם לזכויות אנשים עם מוגבלויות קבעה בשנת 2015 כי הגבלות מטופלים אינה מתיישבת עם ההוראות באמנה בדבר זכויות אנשים עם מוגבלויות; בשנת 2017 הוציאה מועצת אירופה סטנדרטים המחייבים את מרבית מדינות אירופה (אף שאינם מחייבים את מדינת ישראל), בנוגע לשימוש בהגבלות, שעיקרם צמצום תכיפות השימוש בהגבלות ומשך השימוש בהן במטרה לבטלן⁹².

בעקבות שיח ציבורי בשנה שקדמה לשנת הביקורת, במאי 2016, מינה מנכ"ל משרד הבריאות ועדת ההיגוי לצמצום ההגבלה המִכְנוֹת בישראל (להלן - הוועדה לצמצום הגבלות) במטרה להמליץ על צעדים לצמצום היקף הגבלות מטופלים באשפוז הפסיכיאטרי, ובכלל זאת קשירתם והשמתם בבידוד. בוועדה היו חברים נציגי משרד הבריאות, המועצה הלאומית לבריאות הנפש, מרכזים לבריאות הנפש, שירותי בריאות כללית, נציבות שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלויות במשרד המשפטים, עמותת לשמ"ה (לשילוב מתמודדים והעצמה

91 האמנה הבינלאומית בדבר זכויותיהם של אנשים עם מוגבלות אומצה בעצרת הכללית של האומות המאוחדות ב-13.12.06, נחתמה על ידי מדינת ישראל ב-2007, ואושרה על ידיה ב-19.10.12.

92 ראו: *Means of restraint in psychiatric establishments for adults (Revised CPT standards)*, European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT), Council of Europe, Strasbourg (March 2017).

בבריאות הנפש), עמותת עוצמה ועמותת בזכות (זכויות אדם לאנשים עם מוגבלויות). האמנות, הוועדות והסטנדרטים שאליהם מחויבת מדינת ישראל, כאמור לעיל, שימשו בסיס לעבודת הוועדה לצמצום הגבלות, שקבעה כי הגבלת מטופלים אינה מתיישבת עם ההכרה בזכויותיהם ועם תפיסת החמלה והרצון של אנשי הצוות אשר קיבלו על עצמם עבודת שליחות במערכת זו. הוועדה המליצה לאמץ את הכלל, ולפיו יש תמיד לבחור את האמצעי המגביל פחות - השמה בבידוד נעול ולא קשירה⁹³. במאי 2017 הגישה הוועדה את המלצותיה למנכ"ל המשרד, שאימץ אותן. בשנת 2016 החל המשרד במעקב אחר התקדמות המאמצים לצמצום ההגבלות מאז 2015, וממנו עולה כי מאז המחצית השנייה של 2015 ועד המחצית הראשונה של 2017 חלה ירידה ממוצעת בשיעור של 56% במספר הוראות ההגבלה בחודש. בדצמבר 2017 הוציא המשרד חוזר, אשר עיגן את ההנחיות שגיבשה הוועדה לצמצום הגבלות⁹⁴.

השימוש בהגבלות מכניות נעשה, כאמור, כדי למנוע סיכון ממשי ומידי למטופל או לאנשי צוות. ההגבלות המכניות אינן בגדר טיפול פסיכיאטרי, בהיותן פוגעות בכבודו של החולה ובחירותו ועלולות לגרום לאובדן האמון במערכת הפסיכיאטרית, לנזקים נפשיים ובמקרים נדירים גם לפגיעות גופניות. לפיכך נדרשת הקפדה מיוחדת על מציאת האיזון הנכון בין הרצון להפחית ככל האפשר את השימוש בהן לבין האתגר המוטל על הצוות המטפל להתמודד עם חולה הנתון במצב אלימות חמור. לעתים, נעשה שימוש יתר, או שלא לצורך באמצעים אלו, למשל בשל מודעות לא מספקת להשפעה השלילית של ההגבלות; היעדר הכוונה לכלים חלופיים אפשריים; צפיפות ועומס במחלקות; מצוקת כוח האדם; תשתיות לא מתאימות, ואף מחסור בחדרי בידוד המאלצים את הצוות להשתמש בקשירה. הוועדה לצמצום הגבלות העירה כי משרד הבריאות לא עסק בסוגיית ההגבלות במשך שנים רבות, ולכן נעשה שימוש יתר בהגבלות מכניות.

נמצא כי כל בית חולים פסיכיאטרי קבע לעצמו כללים בנושא ההגבלות המכניות, למשל בנוגע למספר חדרי הבידוד הנדרשים ולתקן האבזור שלהם - סוג הריפוד, אמצעי תקשורת ומעקב ועוד. משרד מבקר המדינה בדק את זמינותם ומצבם של חדרי הבידוד בבתי החולים:

פער במספר חדרי בידוד במחלקות בתי החולים: שימוש בחדרי בידוד עשוי להפחית את הצורך בקשירות. על פי נתוני האגף לבריאות הנפש, בכל בתי החולים הממשלתיים יחד יש 44 חדרי בידוד ב-55 מחלקות המטילות הגבלות על החולים.

93 הוועדה המליצה על תכנית פעולה מדורגת בת שלוש שנים, ולפיה יופחת ב-70% בשנה הראשונה שיעור השימוש בהגבלות בכל בתי החולים, בשנה השנייה תחול הפחתה של 60% מהשיעור שנותר, ובשנה השלישית יופחתו 60% מהשיעור שנותר. יצוין כי בבאר שבע חלה הפחתה של 80% בשיעור הקשירות בשלוש שנים האחרונות, עוד לפני כינון הוועדה.

94 חוזר המנהל הכללי "הגבלה מכנית ובידוד מטופלים באשפוז פסיכיאטרי", משרד הבריאות (דצמבר, 2017).



אין מספיק חדרי
בידוד במחלקות
הפסיכיאטריות
הזקוקות להם,
והחדרים הקיימים נבנו
ללא תכנון סדור של
המשרד ובלא שנקבע
תקן בעניינם, הם
אובזרו על פי שיקול
דעתם של בתי
החולים ורובם אינם
ראויים לשהיית
מטופלים

בשנת 2015 החל האגף לבריאות הנפש לגבש תכנית מתועדפת לבניית חדרי בידוד בבתי החולים. לשם כך הוא מיפה את חדרי הבידוד בבתי החולים, וקבע את סדר העדיפויות לבניית חדרים כאלה. עד מועד סיום הביקורת טרם קבע המשרד בכמה חדרי בידוד נוספים יש צורך.

מצבם הפיזי של חדרי הבידוד בבתי החולים: תקנות הטיפול בחולי נפש קובעות כי חולה יבודד בחדר מיוחד שיועד לכך ושבנו יהיו סדרי בטיחות מתאימים, אולם הן אינן קובעות איזה אבזור יהיה בהם (בניגוד לחדרים המיועדים לקשירה, שהצויד הנדרש בהם קבוע בתקנות). ראש המינהל לתכנון, פיתוח ובינוי מוסדות רפואה במשרד הבריאות מסר למשרד מבקר המדינה ביולי 2017 כי מצבם הפיזי של רוב חדרי הבידוד הקיימים בבתי החולים גרוע מאוד, בין השאר, מפני שהם הוקמו ביוזמת בתי החולים ואובזרו על פי שיקול דעתם וללא תכנון סדור של המשרד. לא פעם סיכנו החדרים את בטיחות המטופלים. בביקורת נמצא כי חומר הבידוד בחדרים מלוכלך, ומסוג שניתן לקריעה באופן המסכן את המטופל ומאופיין ברמת בלאי גבוהה. החדרים חסרים אמצעי תקשורת ותמונות שיקלו את השהות בהם.

תמונה 2: חדר בידוד בשער מנשה



האגף לבריאות הנפש מסר שכשנתיים לפני מועד הביקורת החל לפעול לקבלת תקציב ייעודי לנושא, ובמהלך הביקורת הוציא טיוטת מפרט לבניית כמה סוגים של חדרי בידוד, על פי תקנים במדינות אחרות, אשר מתייחסים, בין היתר, למידות החדרים, למערכות תאורה, תקשורת, טלוויזיה ומוזיקה, לריהוט ולחומרים מותאמים להגנה על בטיחות המטופל. על פי תשובת משרד הבריאות הוא משלים תכנית לשיפוץ חדרים להוצאת המבודדים ויוצא למכרז לבניית 52 חדרי בידוד. בחירת הזוכה במכרז תיעשה באפריל 2018.

הביקורת העלתה כי אין די חדרי בידוד במחלקות הזקוקות להם, כי הם בנויים ללא תקן וכי מצבם אינו ראוי לשהיית מטופלים. על משרד הבריאות לעקוב אחר יישום תכניתו למיסוד השימוש בחדרי בידוד, כך שיעמוד בלוח הזמנים שקבע.

חדרי הבידוד הממושך בחטיבה לביטחון מרבי בשער מנשה: החטיבה לביטחון מרבי בשער מנשה מיועדת לאשפוז מטופלים מסוכנים, רובם מאובחנים כלוקים בסכיזופרניה. חלקם שוהים בבידוד בשל התנהגותם התוקפנית והבלתי צפויה. בחטיבה ארבע מחלקות סגורות ומאובטחות המיועדות לגברים.

מנתונים של שער מנשה עולה כי האלימות בחלק ממחלקות החטיבה גבוהה פי שניים מבשאר המחלקות הסגורות; כך לדוגמה, אירעו ברבעון הראשון של 2017 במחלקה אחת של החטיבה 64 מקרי אלימות ו-52 במחלקה אחרת; לעומת זאת במחלקות סגורות אחרות בבית החולים מספר מקרי האלימות נמוך בהרבה: 39 במחלקה אחת, 34 במחלקה אחרת ו-11 במחלקה נוספת. גילויי האלימות נעשים נגד רכוש, נגד מטופלים אחרים ונגד הצוות עצמו. האלימות נגד אנשי הצוות מובילה לעיתים לפציעה הדורשת טיפול רפואי, ועקב כך הם מחסירים ימי עבודה וגובר העומס על הצוות שנותר. כך למשל ביוני 2017, באחת ממחלקות החטיבה, נעדרו מעבודתם בעת ובעונה אחת 4 מתוך 22 אנשי צוות עקב אלימות כלפיהם, ובחטיבה כולה נעדרו מסיבה זו, באותו החודש, 8 עובדים. לשם השוואה יצוין כי באותו החודש נעדרו, מאותה הסיבה, בכל שאר מחלקות האשפוז שבבית החולים 3 עובדים בלבד.

מענה לבעיית האלימות ניתן, בין השאר, באמצעות שימוש בחדרי בידוד. במועד סיום הביקורת היו בשער מנשה 13 חדרי בידוד. בחטיבה לביטחון מרבי היו 12 חדרי בידוד, שבהם שהו 11 מטופלים, ומטופלת נוספת נמצאה בבידוד באחת המחלקות האחרות בבית החולים. המטופלים שוהים בחדרי הבידוד שבועות, חודשים ואף מספר שנים.

במחצית שנת 2017 הקים משרד הבריאות ועדת מומחים לבחינת הצעות להמשך טיפול ב-11 המטופלים השוהים בבידוד ממושך ביחידה לביטחון מרבי, ולהעברתם למחלקות אחרות או לבתי חולים אחרים. הוועדה דנה באופן פרטי ויסודי בתכנית הטיפול של כל אחד מהמטופלים (לרבות שינויים בטיפול התרופתי; בטיפולים פרה רפואיים; בפעילויות פנאי) ובאפשרויות הוצאתם מהבידוד הממושך לפרקי זמן שונים בהתאם למצבם ולאחר קיום הדרכות לצוותים ולמשפחות. למימוש התכניות נדרשת הוספת משאבים, דוגמת תגבור צוות סיעודי והוספת פעילויות פנאי. הוועדה הסיקה שגם אם יתווספו אנשי צוות למחלקות וישולבו תכניות למניעת הסלמה, אי-אפשר יהיה להוציא את החולים באופן סופי מהבידוד. מנגד גם אי-אפשר יהיה לרכז את כולם באחת המחלקות הקיימות בחטיבה, ונדרשת לשם כך הקמת מחלקה חדשה הדורשת משאבים. לפיכך המליץ האגף לבריאות הנפש על פתרון ביניים מהיר: שיפוץ הכניסה לחדרים שיאפשרו למטופלים נגישות לחדרי השירותים והאמבטיה, עיבוי הקירות לבניית מסך שקוע בקיר המיועד לטלוויזיה והקמת מערכת חשמלית

מצוקת כוח האדם,
הצפיפות והעומס
ותשתיות לא מספקות
ולא מתאימות
במחלקות האשפוז,
לרבות מחסור בחדרי
בידוד, מקשים על
הצוותים להתמודד עם
אלימות נגדם ועם
פגיעה של מטופלים
בעצמם

לבקרה ולשליטה על התנועה בין החדרים למקלחות. עלותו המוערכת של פתרון הביניים היא 1.3 מיליון ש"ח לכל 13 החדרים. בטווח הארוך המליץ האגף לבנות מחלקה חדשה שתשמש לצורך בידוד, ויהיו בה 30 מיטות לגברים ו-5 מיטות לנשים. במהלך הביקורת העביר המשרד תקציב בסכום של 424,000 ש"ח לביצוע חלק מהמלצות.

הוועדה לצמצום הגבלות ציינה בדוח שגיבשה כי חוסר המודעות להשפעה השלילית הנובעת משימוש בהגבלות, היעדר הכוונה לשימוש בכלים חלופיים, הצפיפות והעומס במחלקות, מצוקת כוח האדם ותשתיות לא מספקות ומתאימות של מחלקות האשפוז לרבות מחסור בחדרי בידוד, גרמו לקושי של הצוותים להתמודד עם מצבים של אלימות נגדם, פגיעת המטופלים בעצמם, אי-שקט והפרת משמעת. מציאות זו עודדה קשירת מטופלים והשממתם בבידוד.

השימוש בחדרי בידוד כאמצעי טיפולי בחולה הוא אמצעי קיצוני, מפני שהוא פוגע בכבודו ובחירותו של המטופל, ולכן נדרש שמשרד הבריאות יפעל בשני ערוצים בו בזמן: בערוץ האחד עליו להשלים עבודת מטה למיפוי כלל חדרי הבידוד בארץ, מאפייניהם ומצבם הפיזי ולבנות תכנית מתאימה להשלמת הפערים; בערוץ השני ראוי שייתן מענה נקודתי לחדרי בידוד שמצבם אינו מאפשר שימוש יעיל ובטוח. עם זאת על המשרד להשלים את ניסוח תורת ההפעלה לחדרי הבידוד בכל בתי החולים הפסיכיאטריים לרבות הדרכה ותמיכה בצוותים. על המשרד לפעול על פי המתווה שהוצע בוועדה לצמצום הגבלות לתכנון: הוצאת מכרזי בינוי לחדרי הרגעה בכל המחלקות הסגורות בשנה הראשונה לאחר פרסום ההמלצות והקמתם בשנה אחר כך.

היעדר הכשרות להתמודדות עם אלימות

אירועי אלימות שכחים בבתי החולים הפסיכיאטריים: לפי נתוני בתי החולים, 62% מהעובדים בבתי החולים הפסיכיאטריים חוו אלימות בשנה האחרונה (לעומת 7.8% מהעובדים במסגרות הרפואיות) ולמעלה מ-90% היו נתונים לגילויי אלימות מצד מטופלים פעם אחת לפחות. מדיווחי מנהלי בתי החולים מסתמנת עלייה בשיעור של 10% במקרי האלימות בשנה האחרונה⁹⁵.

95 מתוך מסמך "אלימות מטופלים נגד צוות בתי החולים הפסיכיאטריים - תמונת מצב ודרכי התמודדות", משרד הבריאות, יולי 2017.



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.

ליקויים בתשתיות בתי החולים הפסיכיאטריים, בבינון ובתחזוקתן

היעדר תכנית אב לפיתוח ולבינוי בתי חולים ממשלתיים לבריאות הנפש

כאמור, משרד הבריאות לא גיבש את מדיניותו באשר למעמד המחלקות הפסיכיאטריות: האם הן צריכות להיות חלק מבתי החולים הכלליים או לשמש בתי חולים נפרדים לפסיכיאטריה. עובדה זו מעוררת אי-ודאות רבה באשר לעתידם, שכן אפשר שהדבר יביא לבזבז משאבים וכספי ציבור בהיקף ניכר בבתי החולים הפסיכיאטריים. חוסר המדיניות ואי-הוודאות הביאו לכך שהמשרד המעיט בהקצאת משאבים מתקציבו לצורך שיקום התשתיות בבתי החולים, שבחלקן ישנות מאוד ורמת תחזוקתן ירודה עד כדי כך שהמבנים אינם ראויים למגורי בני אדם.

תקציב תשומות הפיתוח לבתי החולים הפסיכיאטריים הממשלתיים⁹⁶ לשנים 2016-2019, לרבות התקציב להפחתת הגבלות, נאמד ב-100 מיליון ש"ח לשנה⁹⁷. לפי נתוני משרד הבריאות הוא השקיע בשנים 2012-2016 כ-200 מיליון ש"ח בבינוי בתי החולים הפסיכיאטריים הממשלתיים. אומדן עלות צורכי הפיתוח, הבינוי והתשתיות שערכו ארגונים שונים⁹⁸, שניתחו את היעדים הנדרשים במסגרת הצעתם לרפורמה איכותית במערכת בריאות הנפש, עומד על סך כ-850 מיליון ש"ח. כפי שהעיר מבקר המדינה בשנת 2010, המקורות הכספיים המצומצמים של מערכת הבריאות הציבורית מקשים עליה לתת מענה מספק על צורכי הבינוי והתחזוקה⁹⁹.

פעולות פיתוח התשתיות והבינוי בבתי החולים הממשלתיים הכלליים נתונות באחריותה של חטיבת בתי החולים שבמשרד הבריאות. פעולות אלה ממומנות פעמים רבות מתרומות או מכספים שמעבירים אגודות ידידים¹⁰⁰ ותאגידי בריאות¹⁰¹.

96 משרד הבריאות מאשר במסגרת תכניות העבודה של קופת חולים כללית את תכניות הבינוי של בתי החולים שלה - המרכז לבריאות הנפש גהה והמרכז לבריאות הנפש שלוותה. כמו כן המשרד תומך בפיתוח בתי חולים אלה במסגרת הסכמי הייצוב שנחתמים עמה פעם בשלוש שנים.

97 הודעת משרד הבריאות למשרד מבקר המדינה מיולי 2017; הודעת מנכ"ל המשרד בישיבת ועדת העבודה, הרווחה והבריאות של הכנסת ב-16.1.17 כי תקציב הבינוי לבתי החולים הממשלתיים הוא 115 מיליון ש"ח בשנה ואף מקוצץ מדי שנה.

98 איגוד הפסיכיאטריה בישראל; העמותה לסיעוד פסיכיאטרי; ארגון המנהלים האדמיניסטרטיביים של בתי החולים הממשלתיים וסגניהם; פורום מנהלי בתי החולים הפסיכיאטריים.

99 מבקר המדינה, **דוח שנתי 163** (2013) בפרק "בינוי ותשתיות במערכת הבריאות", עמ' 717.

100 אגודת ידידים היא עמותה המסייעת כספית למוסד ומקיימת פעילויות שונות למענו.

101 תאגיד בריאות מאוגד כעמותה בשם "קרן מחקרים רפואיים פיתוח תשתיות ושירותי בריאות ליד [שם] בית החולים", והוא ישות משפטית נפרדת מבית החולים. שניהם יחידיו מהווים "מרכז רפואי".



משרד הבריאות לא
הכין תכנית אב לבינוי
ופיתוח של בתי
החולים
הפסיכיאטריים
הממשלתיים - לאחר
בחינת תשתיות
האשפוז הקיימות
בהם, שקילת
הכדאיות הכלכלית
של שיפוצם אל מול
בנייתם מחדש ולא
החליט אם להמשיך
להפעילם באופן
עצמאי או כחלק מבתי
חולים כלליים

ואולם, מקורות תקציב אלו בבתי החולים הפסיכיאטריים מצומצמים ביותר, ועל כן פעולות הפיתוח והבינוי נעשות ברובן מתוך תקציב המשרד. נוכח מצב התשתיות והפיתוח הירוד של בתי החולים הממשלתיים, משרד מבקר המדינה העיר למשרד הבריאות בדוחות קודמים בנושא סוגיות בבריאות הנפש ובנושא בינוי ותשתיות במערכת הבריאות¹⁰² כי עליו להכין תכנית אב שתדרג את סדרי העדיפות לקידום מערכת האשפוז כולה, לרבות בריאות הנפש. לפיכך עליו להכין תכנית תקציב רב-שנתית שתקבע סדרי עדיפויות להקצאת המשאבים, כך שניתן יהיה להוציאה לפועל. בשנים האחרונות עובדים בתי החולים הממשלתיים ברוב השנה ללא מסגרת תקציבית, ולכן נבצר מהם לממש תכניות בינוי ותשתיות ולהמשיך בביצוע התכניות הקיימות.

משרד מבקר המדינה מעיר בחומרה יתרה למשרד הבריאות כי למרות הערות בדוחות ביקורת קודמים, במשך עשרות שנים הוא לא הכין תכנית אב לצורכי בינוי ופיתוח של בתי החולים הפסיכיאטריים הממשלתיים.

משרד הבריאות ציין בתשובתו כי הפנה תקציבים בסך כ-13.5 מיליון ש"ח לשיפוץ בתי החולים הפסיכיאטריים: צביעת מחלקות, שדרוג יחידות מיזוג אוויר, שדרוג חצרות וסביבה תומכת ועוד. עם זאת חסרים מקורות תקציביים רבים כדי לשדרגם ולפתחם, והוא פועל להגיע לסיכום עם משרד האוצר בנושא תכנית רב-שנתית לפיתוח ובינוי בתי החולים הפסיכיאטריים. משרד הבריאות ומשרד האוצר השיבו למשרד מבקר המדינה כי סוכם על תוספת תקציב של 140-150 מיליון ש"ח למטרה זו, וכי החלו בדיונים בנושא לקראת תקציב המדינה לשנת 2019.

אף בלי לקבוע מדיניות לגבי עתיד בתי החולים הפסיכיאטריים, על משרד הבריאות לבצע ללא דיחוי עבודת מטה שתכלול את ההיבטים האלה: בחינת תשתיות האשפוז הקיימות בבתי החולים הפסיכיאטריים ושקילת הכדאיות הכלכלית בשיפוצם אל מול בנייתם מחדש; מציאת חלופות להמשך תפעולם כחלק מבית חולים כללי או באופן עצמאי כפי שהם מופעלים כיום; מיפוי אוכלוסיית המטופלים בבתי חולים אלו ומאפייניה; ומתן צפי להתפתחות העתידית של מגמת האשפוז הפסיכיאטרי. על בסיס עבודת מטה זו, על המשרד להכין תכנית אב לבינוי בתי החולים הפסיכיאטריים אגב דירוג סדרי העדיפויות לשיפוץ, לבינוי ולפיתוח תשתיות. עבודת מטה כזו תשמש גם תשתית נתונים להכרעה בדבר מדיניות המשרד לגבי הפעלתם העתידית של בתי החולים הפסיכיאטריים. על המשרד, ובראשו שר הבריאות, להציג את התכנית בפני משרד האוצר ושר האוצר כדי להגיע להסכמה על תקצובה, על מקורות המימון לביצועה ועל לוחות הזמנים ליישומה.

102 מבקר המדינה, דוח שנתי 2012 (2012) בפרק "בינוי ותשתיות במערכת הבריאות", עמ' 717.



ליקויים בתשתיות ואי-ביצוע תכניות לבינוי בבתי החולים הפסיכיאטריים

נמצאו מחלקות שהתנאים הפיזיים בהן פוגעים באיכות חייהם של המטופלים ומקשים על הצוותים המטפלים - קירות מלוכלכים; צבע וטיח מתקלפים, נזילות מים, רטיבות ועובש; משקופי דלתות ומיטות שבורים; מקלחות ושירותים שאינם ראויים לשימוש; עמדות אחיות קטנות וצפופות מדי; חוסר בחדרי טיפול וחדרים שאינם מותאמים לטיפול; שנעשים בהם; היעדר פינות ישיבה והיעדר מקום מסודר לביקורי משפחות

בדוח הקודם בנושא סוגיות בבריאות הנפש הצביע מבקר המדינה על מצבן הפיזי הרעוע של מחלקות האשפוז בבתי החולים הפסיכיאטריים. בדיקה חוזרת שעשה צוות הביקורת במחלקות של בתי החולים אברבנאל, שער מנשה, איתנים וכפר שאול, העלתה כי המצב לא השתנה וכי מרבית המחלקות לא שופצו. בין השאר, קירות המחלקות והחדרים מלוכלכים, הצבע והטיח מתקלפים ויש נזילות מים, רטיבות ועובש; משקופי דלתות ומיטות שבורים; ניכר מחסור בארונות אישיים ויש ארונות שבורים; המקלחות והשירותים אינם ראויים לשימוש; אין שום סממן לטיפול; נמצאו גם מחלקות שבהן עמדות האחיות קטנות וצפופות מדי, יש חוסר בחדרי טיפול וחלק מהחדרים אינו מותאם לטיפולים שנעשים בו; אין פינות ישיבה ואין מקום מסודר לביקורי משפחות. כל זאת נוסף על צפיפות יתר במחלקות.

מדובר בתנאים הפוגעים באיכות חייהם של החולים העולים עד כדי ביזוי ופגיעה בכבודם. התנאים מקשים גם על הצוות המטפל, אשר ממילא עבודתו מורכבת ביותר, והוא נדרש לא פעם להתמודדות קשות, ובכללן עם גילויי אלימות.

בית החולים הממשלתי לבריאות הנפש אברבנאל: אברבנאל החל לתפקד כבית חולים פסיכיאטרי כבר בשנת 1944. רבים מהמבנים שבחצרו נבנו עוד בימי המנדט הבריטי, ומצב תשתיותיהם בכי רע. במהלך בקרת משרד הבריאות משנת 2009, לצורך חידוש רישיון בית החולים, התגלו במבנים ליקויים חריגים בחומרתם. גם מבקר המדינה העיר על מצב התשתיות בבית החולים בשנת 2010 ובשנת 2012¹⁰³, וציין כי בשל החלטת הממשלה משנת 2003, ולפיה יש לסגור את אברבנאל¹⁰⁴, במשך שנים רבות לא העביר משרד הבריאות את הכספים הנדרשים לשיפוץ ולפיתוח, אף על פי שידע על חומרת הליקויים שנמצאו בו.

אברבנאל השיב למשרד מבקר המדינה בנובמבר 2017 כי בבית החולים שופצו ארבע מחלקות אשפוז: שתי מחלקות לילדים ונוער, ושתי מחלקות למבוגרים. עם זאת בביקורת נמצא כי מטופלים שוהים שנים רבות במחלקות שמצבן אינו ראוי למגורי אדם, חלקם במחלקות המיועדות לשיפוץ וחלקם בבניין המיועד להריסה. המשרד השיב כי לפני שנים מספר הקצה את כל הסכום הנדרש לבניית מחלקה חדשה לנוער על רצף האוטזים ולבניית הוסטל במתחם בית החולים, וכי בשנים 2013-2019 יועברו בסך הכול כ-85 מיליון ש"ח. ואולם, על אף התערבות שר הבריאות, עיריית בת ים לא אישרה עד כה את תכניות הבנייה. עיריית בת ים השיבה למשרד מבקר המדינה כי בית החולים נפרש על פני כ-45 דונם וממוקם בתוך שכונת מגורים, ועובדה זו מונעת את פיתוח האזור,

103 מבקר המדינה, **דוח שנתי 2012** (2012) בפרק "בינוי ותשתיות במערכת הבריאות", עמ' 717.

104 החלטת ממשלה מס' 803, "התייעלות במערכת הבריאות הממשלתית", 15.9.03.



מצב התשתיות ברבים
מהמבנים באברבנאל
בכי רע. בעקבות
החלטת ממשלה
משנת 2003, ולפיה יש
לסגור את אברבנאל,
במשך שנים רבות לא
העביר משרד
הבריאות לבית
החולים את הכספים
הנדרשים לשיפוצו
ולפיתוחו

ובכלל זאת הקמת מבני ציבור, תעסוקה ומסחר. העירייה מוכנה להקצות קרקע במיקום אחר לבניית מבנה חדש לטובת צורכי תושבי העיר והמטופלים.

עתידו של בית החולים אברבנאל לוט בערפל. החלטת הממשלה משנת 2003 שנה לסגור את בית החולים לא יושמה וממילא גם התכניות שגובשו לשם כך. המחלוקות בנושא נתונות בפתחם של משרדי הבריאות והאוצר והרשות המקומית - עיריית בת ים. אף שעתידו של אברבנאל טרם הוכרע, וברי כי מצב זה מקשה על הגורמים האחראיים לפעול בנושא, אין להשלים בשום אופן עם המציאות שבה מגורי החולים באברבנאל אינם ראויים לבני אדם ואינם מכבדים אותם.

על משרד הבריאות, יחד עם שאר הגורמים, להעריך מה יהיה עתידו הצפוי של בית החולים והיכן ימוקם ולקבל החלטות בהתאם לכך. אם יוחלט להמשיך במתווה שנקבע בהחלטת הממשלה משנת 2003, כלומר לסגור את בית החולים, על המשרד לקבוע תכנית שיפוצים הכרחית כדי להבטיח את תנאי המחיה של החולים ואנשי הצוות במקום עד לפינויו.

בית החולים הממשלתי לבריאות הנפש שער מנשה: בביקורת עלו ליקויים בתכנון המבנים הקיימים של החטיבה לביטחון מרבי המקשים את הטיפול במטופלים; כך למשל חדרי השירותים והמקלחות אינם צמודים לחדרי הבידוד¹⁰⁵; ואין חצרות פנימיות שישמשו את השוהים בחדרי הבידוד, שחלקם שוהים בהם תקופות ממושכות.

הוועדה לצמצום הגבלות המליצה לבצע חשיבה מחדש בנושא החטיבה לביטחון מרבי, ובכלל זאת בנושאים האלה: גודלה, משאביה והתאמת תשתיותיה לצרכים הייחודיים שאותם היא מספקת, לרבות: אשפוז מטופלים בבידוד ממושך; ביצוע צווי בתי המשפט להסתכלויות של עצורים החשודים בביצוע עבירה שהשב"ס הגדירם מסוכנים¹⁰⁶; והקמת יחידה לטיפול בנשים אלימות הזקוקות לאשפוז. משרד הבריאות, כאמור, אימץ את ההמלצות. כחלק מהמאמץ לצמצום השימוש בהגבלות אישר המשרד בשנת 2017 תקציב לפיתוח תכנית בשיתוף חברה פרטית¹⁰⁷ שמטרתה, בין היתר, פיתוח סביבת אשפוז טיפולית מוגנת ועשירה באמצעי ויסות חושי שתספק ביטחון לצוותים ולמטופלים הנמצאים בבידוד ושתעניק כלים טיפוליים לשיפור מסוגלות הצוותים ולמניעת שחיקתם.

105 הנהלת שער מנשה מסרה כי המשרד אישר תקציב לנושא, וכי הבינוי החל.

106 הנהלת שער מנשה העלתה בפני המשרד את הצורך במחלקה נוספת לביטחון מרבי הכוללת 28 מיטות בשל שיעורי תפוסה מלאים, אולם המשרד לא אישר זאת בתכניות העבודה התקציביות לשנים 2016 ו-2017.

107 חברה המפתחת אמצעים לשיפור איכות הטיפול ובטיחותו, לחיזוק יכולות הצוותים ורווחת המטופלים.

תמונה 3: חדר בו שוהים מטופלים באחת המחלקות בשער מנשה



יש לראות בחיוב את הפעולות שהחל משרד הבריאות לנקוט, לרבות אימוץ מסקנות הוועדה לצמצום הגבלות. ואולם, אין די בכך, שכן מבחנו של המשרד הוא במעשיו.

רוב המבנים של
איתנים וכפר שאול
אינם מותאמים לצורכי
האשפוז, ומצבם הפיזי
ירוד ביותר. מחלקת
ילדים ונוער סובלת
מליקויים רבים
וחמורים: מצב חדרי
השירותים בכי רע,
חדר האוכל מאולתר
וממוקם במרפסת,
קיימת רטיבות בקירות
החיצוניים, ואין חדרי
ביקור להורים
ולמשפחות

המרכז הירושלמי הממשלתי לבריאות הנפש (קמפוסים איתנים וכפר שאול): רוב המבנים של איתנים וכפר שאול נבנו על כפרים ערביים ישנים לפני עשרות שנים, הם אינם מותאמים לצורכי האשפוז, ומצבם הפיזי ירוד ביותר. מחלקת ילדים ונוער למשל סובלת מליקויים רבים וחמורים: מצב חדרי השירותים בכי רע; חדר האוכל מאולתר וממוקם במרפסת; קיימת רטיבות בקירות החיצוניים; ואין חדרי ביקור להורים ולמשפחות.

משרד הבריאות החל כבר בשנת 2010 לתכנן לאיתנים מבנה אשפוז חדש לילדים ונוער, והחליט על שיפוץ המבנה הישן לטובת חדרי טיפול ומשרד. הפרויקטים נמצאים במועד הביקורת בשלבי תכנון ראשוניים. בכפר שאול עברו מחלקות ממבנים ישנים לבניין חדש במהלך תקופת הביקורת.

תכנית בינוי למחלקות פסיכיאטריות ("גופר"): אף שמשרד הבריאות לא הכין תכנית אב לבינוי בתי חולים פסיכיאטריים, האגף לבריאות הנפש גיבש תכנית מצומצמת ונקודתית - תכנית "גופר" - המיועדת לשיפור סביבת המטופל במחלקות¹⁰⁸. התכנית מתייחסת, בין היתר, לנושאים האלה: השקעה בחדרי האשפוז; שיפוץ המרחבים הציבוריים והחצרות; בנייה עבור אוכלוסיות ספציפיות ורכישת ציוד מותאם עבורן. באוגוסט 2016 אישר המשרד תכניות בינוי למחלקות שונות בבתי החולים בעלות של 40 מיליון ש"ח (גופר 1), וביוני 2017 אישר 40 מיליון ש"ח נוספים (גופר 2)¹⁰⁹. האגף נתן עדיפות לבתי החולים

108 שיפור סביבת המטופל נדרשת בהתאם למסקנות דוח הוועדה לצמצום הגבלות.

109 נכון לאוקטובר 2017 החלו לפעול לשיפוץ מחלקה א' בשער מנשה, ובמסגרת זו נשכרו שירותי אדריכל והחל גיוס קבלנים.

ולמחלקות, שבהם יש ליישם את התכנית, והעביר את המלצותיו להנהלת המשרד. גם על פי המתווה המוצע בדוח הוועדה לצמצום הגבלות יש לגבש תכנית להתאמת הסביבה לשיפור חוויית המטופל בשנה הראשונה וליישמה בשנה השנייה. סמנכ"ל בכיר לתכנון ובינוי מוסדות רפואה במשרד מסר למשרד מבקר המדינה באוקטובר 2017 כי בראשית שנת 2017 אישר לבתי החולים בתיאום עם חשבות המשרד להתחיל לפעול לפי גופר 1, אולם טרם התקבל מימון משרד האוצר. תכנית גופר 2 עתידה לצאת לפועל במהלך שנת 2018.

מצב התשתיות של בתי החולים הפסיכיאטריים הוא בכי רע, וכדי לשפרו נדרשת תכנית לאומית מלווה בתקציב ייעודי, בסדר עדיפות ובלוח זמנים מוגדר. ואולם, במצבם העגום הנוכחי, גם מענה נקודתי מצומצם עשוי לשפר, ולו במעט, את סביבת חייהם של המאושפזים בהם. לכן על משרדי הבריאות והאוצר לעמוד על החסם שמונע את העברת המימון הנדרש לצורך יישום תכנית גופר, ולפעול להסירו לאלתר.



בשל מצוקת כוח
האדם הרפואי הוכרז
בשנת 2011 מקצוע
הפסיכיאטריה לילדים
ונוער כמקצוע
במצוקה, ומשרדי
הבריאות והאוצר
העניקו מענקי תמרוץ
לבוחרים במקצוע זה.
אף שבשנת 2015
עדיין היה מספרם
רחוק מן היעד
שהוצב, הפסיקו
בשנת 2016 שני
המשרדים את
התמרוץ

מערך כוח האדם באשפוז פסיכיאטרי

המערך הרפואי

מקצוע הפסיכיאטריה אינו נחשב למקצוע אטרקטיבי, הביקוש אליו נמוך בארץ ובעולם, ולכן נוצרת מצוקת כוח אדם במקצוע זה. אחת הסיבות לביקוש הנמוך היא ריבוי משימות המוטלות על הפסיכיאטרים בשל המחסור בבעלי מקצועות אחרים: כוח אדם סיעודי ופרה-רפואי (קלינאי תקשורת ומרפאים בעיסוק). מצוקת כוח האדם נובעת גם מן הרפורמה הביטוחית שצמצמה את מספר הפסיכיאטרים בשירות המדינה, אשר עזבו את בתי החולים הממשלתיים לטובת קופות החולים, המציעות תנאי שכר ותנאים פיזיים טובים יותר. כמו כן, בקרוב צפוי גל פרישות לגמלאות של פסיכיאטרים שעלו לישראל בראשית שנות התשעים מברית המועצות לשעבר.

שיעור הפסיכיאטרים נמוך יותר מזה שבמדינות ה-OECD: בסוף שנת 2015 היו 1,253 בעלי תעודת מומחה לפסיכיאטריה, ו-265 פסיכיאטרים בעלי תעודת מומחה לפסיכיאטריה של הילד והמתבגר¹¹⁰. על פי נתוני ארגון ה-OECD¹¹¹ משנת 2011, ישראל ממוקמת במקום העשירי בשיעור הפסיכיאטרים מתוך 28 מדינות. בשנת 2010 היו 0.024 פסיכיאטרים לילדים ונוער ל-1,000 נפש, והמשרד קבע יעד לשנת 2025 של 0.05 ל-1,000 נפש¹¹². בפועל בשנת 2015 היה שיעור הפסיכיאטרים לילדים ונוער שגילם עד 65 שנים 0.025 ל-1,000 נפש, ושיעור הפסיכיאטרים שגילם עד 65 שנים עמד על 0.102 ל-1,000 נפש.

הגדרת הפסיכיאטריה לילדים ונוער כמקצוע במצוקה: נוכח מצוקת כוח האדם במקצוע הפסיכיאטריה, הכריז משרד הבריאות בשנת 2011 על מקצוע הפסיכיאטריה לילדים ונוער כמקצוע במצוקה. לפיכך העניקו משרד הבריאות ומשרד האוצר לעוסקים בכך מענקי תמרוץ עבור כל אחת מהשנים 2011-2014¹¹³. בשנת 2015 ניתנו מענקי תמרוץ למי שהחל התמחות בפסיכיאטריה של המבוגר ובפסיכיאטריה של הילד¹¹⁴. אף על פי שנכון לשנת 2015 היה מספר הפסיכיאטרים לילדים ונוער עדיין רחוק מן היעד שהציב המשרד (כאמור, 0.025 ל-1,000 נפש), הפסיקו שני המשרדים את התמרוץ למקצוע זה בשנת 2016, בהסתייגות שניתן לאשר מענקים במסגרת ועדת חריגים¹¹⁵. בשנת 2017

- 110 מתוך "כוח אדם במקצועות הבריאות 2015", משרד הבריאות, נובמבר 2016.
- 111 מתוך פרסום ארגון ה-OECD (Health Data) נתונים על מומחים בתחומי רפואה שונים לרבות בפסיכיאטריה, ולרבות נתוני הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה בישראל.
- 112 מתוך דוח הוועדה לתכנון כוח אדם רפואי וסיעודי בישראל, משרד הבריאות, יוני 2010.
- 113 בהסכם הקיבוצי מ-25.8.11 עמדה התוספת השקלית לחדש לרופא ולמנהל על סך 1,180 ש"ח ולמתמחה על סך 594 ש"ח. מתמחים שהחלו התמחות בשנים 2011-2014 קיבלו מענק בגובה 500,000 ש"ח בפריפריה ו-300,000 ש"ח במרכז. בעבר, בעקבות הסכם ועדת הארבעה מיום 4.4.76 התווסף המקצוע לרשימת המקצועות המזכים בתוספת מקצועות מיוחדים.
- 114 גובה המענק בפריפריה עמד על 331,000 ש"ח ובמרכז על 211,000 ש"ח.
- 115 בגובה 216,000 ש"ח בפריפריה ו-130,000 ש"ח במרכז, לצורך חיזוק בתי חולים שאינם מבוקשים להתמחות.



בשל מחסור
בפסיכיאטרים יש
קושי לאישי את
התקנים הקיימים
בתחום זה וכ-90 מהם
אינם מאוישים.
המחסור גורם לעומס
רב על כוח האדם
הרפואי וגורע מאיכות
הטיפול במאושפזים

הוקצו 35 מיליון ש"ח למענקים לרופאים מומחים צעירים בבתי חולים בפריפריה¹¹⁶. האגף למשפט ומדיניות רפואית בהסתדרות הרפואית בישראל (להלן - הר"י) התריע בינואר 2017 לפני משרד הבריאות על המחסור בפסיכיאטרים ועל הצורך לפעול, בין היתר, באמצעות מתן מענקים לעידוד התמחות במקצועות אלה, לרבות הגדרתם מקצועות במצוקה. הממונה על השכר במשרד האוצר השיב למשרד מבקר המדינה בדצמבר 2017 כי הוא מגבש עם משרד הבריאות תכנית לתמרוץ רופאים פסיכיאטרים המועסקים בבתי החולים.

איוש התקינה הקיימת לפסיכיאטרים בבתי החולים: תקן כוח האדם של הפסיכיאטרים נקבע בהסכם גולדברג משנת 1976¹¹⁷; התקינה נקבעת על פי מספר המיטות במחלקות וסוגיהן¹¹⁸. מספר התקנים הכולל לפסיכיאטרים עומד על 471, והוא נקבע על ידי משרד האוצר ומשרד הבריאות; בפועל, בשל מחסור בפסיכיאטרים, קיים קושי לאישי את התקנים, ולפי חישוב שערכו גורמים מקצועיים כ-90 תקנים אינם מאוישים¹¹⁹. המחסור בפסיכיאטרים גורם לעומס רב על כוח האדם הרפואי הקיים וגורע מאיכות הטיפול במאושפזים.

הצורך בהגדלת מספר התקנים: נוסף על הצורך באיוש התקינה הקיימת, לדעת איגוד הפסיכיאטריה בישראל וארגונים נוספים יש צורך אף להגדיל את מספר התקנים. לדעתם התקן הנדרש הוא 688, כלומר יש צורך ב-217 תקנים נוספים (46%)¹²⁰. מבקר המדינה כבר ציין בדוח קודם בנושא סוגיות בבריאות הנפש כי הפער בין התקנים לבין צורכי החולים, בייחוד בעניין החולים הקשים והאלימים, מעורר קושי במתן שירות מיטבי למאושפזים. בביקורת הנוכחית עלה כי התקינה לא גדלה, וכי יש קושי לאישי אפילו את התקינה הקיימת. הדבר מגביל את תפקוד בתי החולים הפסיכיאטריים, פוגע בזכויות המטופלים ומקשה עוד יותר את איוש הוועדות הפסיכיאטריות וכינוסן המתחייבים על פי החוק. משרד הבריאות מסר בתשובתו כי הוא החל במהלך מול משרד האוצר לשינוי יחס התקינה הקיים במחלקות.

היעדר הכשרה ותמרוץ מומחים לפסיכיאטריה משפטית: לעומת כמה מדינות בעולם המקיימות התמחות בפסיכיאטריה משפטית (למשל אנגליה, אוסטרליה וקנדה), בישראל אין התמחות כזו. ההכשרות היחידות שנעשו בשנים

116 ובכלל זה רופאים שיועסקו בבאר שבע ובמזרע יקבלו מענק בגובה 575,000 ש"ח, ורופאים בלב השרון ובשער מנשה יקבלו 287,500 ש"ח.

117 למחלקה פסיכיאטרית פעילה נקבע תקן של מנהל מחלקה וחמישה פסיכיאטרים ל-30 מיטות ופסיכיאטר נוסף ל-12 מיטות נוספות. למחלקה פסיכיאטרית ממושכת נקבע תקן של מנהל מחלקה ושני פסיכיאטרים ל-30 מיטות ופסיכיאטר נוסף ל-15 מיטות נוספות.

118 למחלקה פסיכיאטרית פעילה נקבע תקן של 0.3 רופאים למיטה ובמחלקה ממושכת 0.1; למחלקת ילדים ונוער נקבע תקן של 0.3 פסיכיאטרים למיטה; ולמחלקה משפטית תקן של 0.15 פסיכיאטרים למיטה.

119 באברבנאל איושו בשנת 2016 49.4 תקנים לפסיכיאטרים מתוך 61.5 תקנים, ובמחצית שנת 2017 איושו 57.1 תקנים; בשער מנשה במחצית שנת 2017 מתוך 63.91 תקנים, מאוישים 44.98 תקנים בלבד; ובחטיבה לביטחון מרבי יש בכל מחלקה שני רופאים במקום שלושה רופאים לפי התקן.

120 הערכת התקינה הנדרשת על פי מסמך הרפורמה האיכותית, בעקבות קבלת נתונים על הצרכים מבתי החולים, נקבעה על ידי בדיקת ניצול הזמן של הפסיכיאטרים במחלקות, בדיקת הזמן שהוקדש למפגש ישיר עם המטופלים והשוואה ליעד מקצועי שהמליצו עליו גורמים מקצועיים. הפער שימש לחישוב ההיבטים הדורשים השלמה בתקינה.

משרד הבריאות אינו מתמרץ פסיכיאטרים להתמחות בפסיכיאטריה משפטית ואינו מקיים הכשרות בנושא

האחרונות היו במסגרת שלושה קורסים בני 150 שעות, שהתקיימו ב-2013-2017 בפקולטה לרפואה בטכניון בחיפה, שבהם הוכשרו כ-50 פסיכיאטרים. כן התקיימה בשער מנשה השתלמות עמיתים (Peer Training - Fellowship) שארגנה הר"י בהנחיית שלושה פסיכיאטרים.

על משרד הבריאות בשיתוף הר"י ועל האיגודים המקצועיים לגבש צעדים שיעודדו רופאים להתמחות בפסיכיאטריה, בפסיכיאטריית ילדים ונוער ובפסיכיאטריה משפטית ולפעול לאיוש התקנים הפנויים. עליהם גם להמשיך לקיים הכשרות עתידיות בפסיכיאטריה משפטית, ואף להגדיל את תדירותן.

משרד הבריאות והממונה על השכר במשרד האוצר השיבו למשרד מבקר המדינה כי הם מגבשים תכנית לתמרץ פסיכיאטרים בבתי החולים הפסיכיאטריים.

המערך הסיעודי

בספטמבר 2016 עמד שיא תקן עובדי כוח האדם הסיעודי - אחיות¹²¹ וכוח עזר, בבתי החולים הפסיכיאטריים הממשלתיים - על 1,862 עובדים. התקן שנקבע לסיעוד במחלקה ממושכת פתוחה או סגורה עומד על 0.5 תקן של סיעוד למטופל ובמחלקה פעילה פתוחה או סגורה - 0.6 תקן על כל מטופל.

במדינות המערב היחס בין מטפל למטופל במחלקות הפסיכיאטריות, בשעות היום, הוא 1 ל-4 לעומת 1 ל-8 בישראל, ובשעות הלילה 1 ל-4 במערב לעומת 1 ל-20 בישראל¹²².

חוסר באנשי צוות סיעודי מכביד את עומס המשימות המוטלות על הצוות הפעיל. מצב כזה עלול לפגוע באיכות הטיפול שמעניק הצוות, במידת היענותו לצורכי המטופלים וביכולתו להתמודד עם אירועים חריגים המתפתחים במחלקה, בעיקר בכל הנוגע לאירועי אלימות. העומס הכבד גורם גם לשחיקת הצוות, ובעקיפין מקשה לגייס צוות סיעודי למחלקות הפסיכיאטריות. נתוני משרד הבריאות מצביעים על כך שלעומת 2010, בסוף 2015 נרשמה ירידה של 5% בשיעור האחים והאחיות בוגרי קורסים על-בסיסיים בפסיכיאטריה¹²³.

121 השימוש בלשון נקבה נעשה מאחר שלרוב משמשות בתפקיד אחיות, אך הכוונה גם לאחים ככל שיהיו.

122 מסמך "עמדת האגף לבריאות הנפש בסוגיית ההגבלות המכאניות 'קשירות'", משרד הבריאות, 11.12.16.

123 יש לציין שאחים ואחיות בתחום הפסיכיאטריה אינם נדרשים להיות בוגרי קורס על-בסיסי בבריאות הנפש כדי לעבוד במקצוע. מינהל הסיעוד, **חוזר מס' 116/16: דוח פעילות לשנת 2015 ויעדי עבודה לשנת 2016**, פברואר 2016.



במדינות המערב
היחס בין מטפל
למטופל במחלקות
הפסיכיאטריות
בשעות היום הוא 1
ל-4, לעומת 1 ל-8
בישראל, ובשעות
הלילה - 1 ל-4
במערב לעומת 1
ל-20 בישראל.
המחסור באנשי צוות
סיעודי מכביד את
עומס המשימות
המוטלות על הצוות
הפעיל ועלול לפגוע
באיכות הטיפול
שמעניק הצוות
וביכולתו להתמודד
עם אירועי אלימות.
העומס הכבד גורם גם
לשחיקת הצוות

הוועדה לצמצום הגבלות המליצה במאי 2017, על תוספת של תקני סיעוד למחלקות הפסיכיאטריות, ועל צורך להגדיל את מספר אנשי הצוות במשמרת (תוך שלוש פעימות): 8 אנשי צוות בבוקר, 8 במשמרת ערב ו-3 במשמרת לילה, במקום 5 ביום, 4 בערב ו-2 בלילה שהוא התקן נכון להיום, וכך להגדיל את היחס בין מספר המטופלים לבין מספר המטפלים. משרד האוצר אישר תוספת של 100 תקני סיעוד, שיינתנו בשתי פעימות בשנת 2017-2018, אולם גורמי מקצוע שונים טענו כי המחסור של תקני הסיעוד גדול הרבה יותר, ולדעתם חסרים כ-800 תקנים מהתקן הקיים היום, כלומר נדרשת תוספת של 43%¹²⁴.

הממונה על השכר במשרד האוצר מסר בתשובתו למשרד מבקר המדינה, בנובמבר 2017, כי מלבד 100 תקני הסיעוד הנוספים שאושרו, ומהם 50 שכבר הוקצו בשנת 2017, ניתנה תוספת של 150 תקני סטודנטים בשתי פעימות במהלך 2017 ו-2018, וניתנו גם תעריפים מוגדלים לאחיות אשר יעבדו במשמרות נוספות.

הנתונים מלמדים שתקן כוח האדם הסיעודי בבתי החולים הפסיכיאטריים בישראל נמוך בהרבה מזה שבעולם. כמו כן חלים שינויים בתמהיל החולים עקב הרפורמות המבנית והביטוחית, אשר מתבטאים בשיעור גבוה יותר של חולים קשים ואלימים. לפיכך נדרש המשרד, בשיתוף משרד האוצר ונציבות שירות המדינה (להלן - נש"ם), לבחון מעת לעת את מפתח התקינה לכוח האדם הסיעודי במחלקות, ולוודא כי הוא עונה על הצרכים המשתנים. על המשרד ליישם תחילה את המלצות הוועדה לצמצום הגבלות, שהתייחסה גם לצורך להגדיל את תקן כוח האדם הסיעודי, ולאחר השלמת כל אחת משלוש הפעימות שנקבעו כהמלצה, עליו לבחון אם חל שיפור באופן תפקודן של המחלקות הוספת כוח האדם ואם יש צורך לעדכן את התקן פעם נוספת¹²⁵.

המערך הפרה-רפואי

שלא כמו בבתי החולים הכלליים שבהם די בטיפול רפואי לא ממושך כדי לטפל במאושפז, להביא להחלמתו ולשחררו בתוך כמה ימים, בבתי החולים הפסיכיאטריים, רוב החולים מאושפזים שבועות, חודשים ולעיתים אף שנים. לכן פרט לטיפול התרופתי הניתן כדי לאזן את מצבם הנפשי, יש חשיבות יתרה למעטפת תומכת מהבחינות הנפשית והטיפולית ודרוש צוות רב-מקצועי שילווה אותם בעת אשפוזם. בישראל פועלים בבתי החולים הפסיכיאטריים גורמי

124 800 התקנים שיש להוסיף נקבעו לפי בדיקת ניצול הזמן של האחיות במחלקות האשפוז, בחינת הזמן הקיים למפגש ישיר עם המטופלים והשוואה ליעד מקצועי שהמליצו עליו גורמי מקצוע, והפער שימש לחישוב החסרים בתקינה. מתוך מסמך הרפורמה האיכותית.

125 מנכ"ל המשרד אימץ את המלצות הוועדה לצמצום הגבלות במאי 2017. במכתב למשרד מבקר המדינה, ביולי 2017.



למטופלים יש תחושה
שהם שקופים ובלתי
נראים; הם אינם
נשאלים לשלומם
ולתחושותיהם
בעקבות טיפול
מסוים; הפגישות עם
הרופא המטפל, עם
הפסיכולוג או עם
העובדת הסוציאלית
מתקיימות על פי רוב
פעם בשבועיים;
מטפלים אינם
משוחחים די עם
המטופלים, ותחושת
המטופלים היא כי
חסר יחס אישי

מקצוע פרה-רפואיים: מרפא בעיסוק, תזונאי, קרימינולוג קליני, עובד סוציאלי ועוד.

דוחות הבקרה של משרד הבריאות מציינים את תרומתם של המקצועות הפרה-רפואיים על תחום בריאות הנפש: כך לדוגמה, בדוח הבקרה על כפר שאול מ-2016 נכתב כי בעקבות המחסור החמור של מרפאים בעיסוק, כל היעדרות של אנשי הצוות הקבועים פוגמת בפעילותן הסדירה של מסגרות היום והפנאי כיוון שאין להם מחליפים, ועקב כך פעילויות אינן מתקיימות. כמו כן, לפי תקנות הטיפול בחולי נפש, על העובד הסוציאלי לבצע אבחון פסיכו-סוציאלי, על אודות מצבו המשפחתי, הכלכלי והחברתי של החולה והשפעתם על מצבו הרפואי, בתוך חמישה ימים מיום קבלתו של המטופל. נמצא כי בשער מנשה אין מבצעים זאת בזמן הנדרש בתקנות, ובאברבנאל נעשה האבחון על ידי בעלי מקצועות פרה-רפואיים אחרים שהם לא דווקא עובדים סוציאליים¹²⁶.

משפחת מטופל המאושפז באחת המחלקות המשפטיות בשער מנשה מסרה לצוות הביקורת כי לעובדת הסוציאלית של המחלקה אין זמן לשוחח אתה, וגם אם נערכת שיחה כזו, היא קצרה מאוד, ובני המשפחה אינם מקבלים את כל המידע שנחוץ להם. מתלונות אחרות של מטופלים ומשפחותיהם שהגיעו לעמותת עוצמה עולה כי בשל חוסר בכוח אדם ובשל הצפיפות הקשה אין אינטראקציה של המטופלים עם אנשי המקצוע, והטיפול הופך להיות הלכה למעשה "אחסון": למטופלים יש תחושה שהם שקופים ובלתי נראים; הם אינם נשאלים לשלומם ולתחושותיהם בעקבות טיפול מסוים; הפגישות עם הרופא המטפל, עם הפסיכולוג או עם העובדת הסוציאלית, מתקיימות על פי רוב פעם בשבועיים; המטפלים אינם משוחחים עם המטופלים, אלא קוראים דוחות של אנשי הצוות על המטופלים. לדבריהם, תחושת המטופלים היא כי חסר יחס אישי. גם עמותת בזכות מסרה למשרד מבקר המדינה בנובמבר 2017, כי ניתנות מעט מאוד שעות פסיכולוג ומעט מאוד שיחות עם פסיכיאטר במחלקות, ולכן למטופלים אין קשר משמעותי וקליני עם גורם טיפולי, ואפילו אינה מתקיימת פגישה שבועית עם מטפל.

משרד מבקר המדינה כבר העיר בעבר למשרד הבריאות על כך שלא קבע לבתי החולים הכלליים-ממשלתיים תקן של עובדים סוציאליים וכן תקן למקצועות הבריאות השונים, כגון: פיזיותרפיסטים, מרפאים בעיסוק, דיאטניות וקלינאיות תקשורת; משרד מבקר המדינה העיר שקביעת התקן למשאבים שמקצה המשרד לטיפול בחולים המאושפזים הכרחית לעמידה בכלל מינהל תקין. על מספר התקנים לתת מענה להיקף הפעילות בפועל. מדובר בכלי ניהולי מהמעלה הראשונה המאפשר למנהל לקבוע את סדרי הקצאת משאביו

126 דוגמאות נוספות בשער מנשה: אין פעילות בשעות אחר הצהריים של ריפוי בעיסוק, הטיפולים מתועדים בחלקם בלבד; עובדים סוציאליים מטפלים לרוב במקרים דחופים בלבד; אין זמן להיכרות מספקת עם המטופל ועם בני משפחתו, מצב הפוגע בתכנית ההתערבות ובטיפול המוענקים לו; נמנע טיפול פסיכולוגי מחלק ניכר מהמטופלים.



משרד הבריאות
ונש"ם לא הגדירו
למקצועות הפרה-
רפואה בבתי החולים
הממשלתיים מפתח
תקינה, ומספר
המשרות בהם נותר
במשך שנים כפי
שהוא, אף על פי
שהצרכים הלכו
והתרבו, והפער בין
הרצוי למצוי הוא 131
תקנים

על פי שיקולי הארגון, ועם זאת להבטיח שהמשאבים המוקצים לטיפול בחולה לא יפחתו מהמינימום הנדרש. בלא תקן מחייב עלולות להיפגע זכויות החולה¹²⁷.

בביקורת הנוכחית עלה כי משרד הבריאות ונש"ם לא הגדירו למקצועות הפרה-רפואה בבתי החולים הממשלתיים מפתח תקינה¹²⁸, ולכן כל בית חולים מתנהל על פי מספר המשרות שהיו לו בעבר. מצב זה לא השתנה במהלך השנים, אף על פי שהצרכים הלכו והתרבו, ואף נוספו בעלי תפקידים חדשים בתחום, כגון מנתחי התנהגות וקרימינולוג קליני שלא הוגדרו להם תקנים¹²⁹. לפי איגוד הפסיכיאטרים בישראל וארגונים נוספים הפער בין המצב הרצוי למצוי הוא של 131 תקנים לבתי החולים הממשלתיים¹³⁰.

משרד הבריאות מסר בתשובתו כי חטיבת בתי החולים החלה לבדוק את הקצאת התקנים הפרה-רפואיים בהתאם לצורכי בתי החולים. אם יתעורר צורך בתוספת תקנים, הוא יועלה מול משרד האוצר. נש"ם השיבה למשרד מבקר המדינה, בנובמבר 2017, שכדי להתמודד עם המחסור הקיים בתקני אחיות ובתקנים פרה-רפואיים, היא אישרה ניצול תקציבים של משרות רופאים לא מאוישות לצורך איוש זמני של אחיות ועובדים במקצועות פרה-רפואיים.

127 מבקר המדינה **דוח שנתי 65** (2015), בפרק "השמירה על זכויות החולה המאושפז ועל כבודו", עמ' 503.

128 מפתחות התקינה של הרופאים הנהוגים בבתי החולים מעוגנים בהסכמים קיבוציים שנחתמו בשנת 1976 בין הר"י ובין משרד האוצר ושל האחיות בהסכם קיבוצי מיוחד שנחתם בין הסתדרות האחיות ובין משרד האוצר, בספטמבר 1996, אשר חל על מוסדות הכלולים בהסכמי השכר, כלומר: הממשלה, שירותי בריאות כללית, ההסתדרות המדיצינית הדסה. מפתח לתקינה מתבסס על מספר עמדות אשפוז.

129 **מנתח התנהגות**: מטפל המיישם גישה טיפולית לשינוי דפוס התנהגות, המבוססת על ההנחה כי תגובת הסביבה משפיעה במידה רבה על התנהגות האדם, ולכן דוגלת בהתאמת החיזוקים מהסביבה לצורכי המטופל, ובכך מגדילה את ההסתברות להופעת ההתנהגות הרצויה. **קרימינולוג קליני**: מתמקד באבחון ובטיפול באנשים עם הפרעה נפשית והתנהגות עבריינית ובייעוץ להם.

130 מתוך מסמך הרפורמה האיכותית.



אחד ממחוללי
האלימות במחלקות
הוא חוסר תעסוקה או
תעסוקה מינימלית
של המטופלים
במהלך שעות היום
והערב, כפי שגם
העירה הוועדה
לצמצום הגבלות.
בהיעדר נוהל של
המשרד, כל בית
חולים קובע לעצמו
סדר יום בהתאם
לתפיסת חשיבותו של
הנושא ובהתאם
למשאביו



קביעות משרד מבקר המדינה מהדוח "השמירה על זכויות החולה המאושפז ועל כבודו", תקפות שבעתיים לבתי החולים הפסיכיאטריים, שבהם מאושפזת אוכלוסייה חלשה במיוחד תקופות ממושכות, ואפילו כמה שנים. משרד מבקר המדינה רואה בחומרה את התעלמות משרד הבריאות מהערת הביקורת, ולפיה עליו לקבוע תקן של עובדים סוציאליים וכן תקן למקצועות הבריאות השונים, לרבות למקצועות הפרה-רפואיים. מדובר בכלי ניהולי שבהיעדרו יכולת התכנון של המנהל נפגעת קשות, ומכך גם נגרמת פגיעה במטופלים עצמם. אין להסתפק בפתרונות זמניים כפי שנש"ם מצאה. על משרד הבריאות בשיתוף משרד האוצר ונש"ם לקיים עבודת מטה, שבמסגרתה ייבחנו המשימות של בעלי התפקידים בבתי החולים שאינם מתוקנים כדי לבחון מהו היקף המשרות שיאפשר להעניק טיפול נאות בכל התחומים. בהתאם לכך על משרד הבריאות להכין תכנית רב שנתית שתאפשר לספק למטופלים את כל השירותים הנדרשים. לאחר מכן עליו להנחות את בתי החולים להעסיק את בעלי התפקידים בהיקף שיאפשר להם לעמוד בכל משימותיהם¹³¹.

פעילות פנאי ותעסוקה

כאמור, בבתי חולים פסיכיאטריים מאושפזים מטופלים זמן ממושך. הצלחת הטיפול בהם תלויה בגורמים רבים השלובים זה בזה, שאחד מהם הוא פעילויות פנאי ותעסוקה, המועברות לרוב על ידי הצוותים הסיעודיים והפרה-רפואיים; הפעילויות יגבירו את העשייה והעניין ויפחיתו שעות של שעמום וחיכוך. אחד ממחוללי האלימות במחלקות הוא חוסר תעסוקה או תעסוקה מינימלית של המטופלים במהלך שעות היום והערב, כפי שגם העירה הוועדה לצמצום הגבלות.

מתלונות של מטופלים ומשפחותיהם שהגיעו לעמותת עוצמה עולה כי יש חסר גדול בתקנים ובכוח אדם מיומן ובעל ניסיון: עובדות סוציאליות, מרפאים בעיסוק, מורי ספורט, עובדי סיעוד וכו' אשר מאפשרים תעסוקה בשעות הפנאי של המאושפזים.

131 הוועדה לצמצום הגבלות העירה כי תקינת כוח אדם בהלימה להיקף העבודה נדרשת גם כדי להימנע מהגבלות.

הביקורת העלתה שמשרד הבריאות לא קבע מהם עקרונות סדר היום של מטופלים, ובין היתר, לא הגדיר מה יעשו בשעות הפנאי שלהם ולא התייחס לצורכיהם המיוחדים הן כדי להעסיקם והן כדי להעניק להם ידע, חוויות, ואף לשפר את כישורי חייהם. מדובר בחלק מתפקידיו לנוכח היותו הרגולטור של בתי החולים הממשלתיים, מתוך שמירה על כבודם ברוח חוק יסוד כבוד האדם וחירותו. בהיעדר נוהל של המשרד, כל בית חולים קובע לעצמו סדר יום בהתאם לתפיסת חשיבותו של הנושא ובהתאם למשאביו.

צוות הביקורת ביקר בעשרות מחלקות בבתי החולים וראה כי בחלקן, לעתים מסתובבים המטופלים בשעמום, באפס מעשה וללא תכלית, בעודם מעשנים ולעתים אף מתגרים בצוות ובמטופלים אחרים. מצב כזה עלול להתלקח במהירות לאלימות. גם במחלקות שבהן היה תלוי לוח פעילות עשיר (ריפוי בעיסוק, חוגים, קבוצות טיפול ועוד), לדברי הצוותים לא כל הפעילויות אכן מתקיימות, וגם אם הן מתקיימות, לא תמיד הן מעוררות עניין בקרב המטופלים. גם הוועדה לצמצום הגבלות המליצה לערוך חשיבה מחודשת בדבר סדר היום של המטופל בשגרת האשפוז ולהעשירו בתכנים ובעשייה¹³².

משרד הבריאות מסר בתשובתו כי כחלק ממסקנות הוועדה לצמצום הגבלות, מתפרסם בימים אלה מכרז מטעם משרד הבריאות לביצוע פעילויות אחר הצהריים למטופלים בכל בתי החולים, ממשלתיים ולא ממשלתיים, והן יחלו ברבעון הראשון של שנת 2018.

משרד מבקר המדינה מעיר למשרד הבריאות כי בעקבות הזנחת המערכת הפסיכיאטרית האשפוזית במהלך עשרות שנים, הוזנח גם נושא תעסוקתם ופעילויותיהם של המאושפזים בשעות היום והערב. הצלחת הטיפול במאושפזים מצריכה קביעת תורת הפעלה שבין היתר תקבע עקרונות לסדר היום של מטופלים, כולל פעילות פנאי לאורך כל שעות היום, אילו פעילויות, כמה שעות, מי יהיה אחראי להעבירן ועוד. התנהלות כזו תיטיב את מצבם הפסיכיאטרי והתפקודי של המאושפזים, ותפחית מצבי הסלמה המובילים לאלימות במחלקות.



למרות חשיבות
בקורות הפתע,
שבכוחן לחשוף
התעללות, הזנחה
וטיפול לקוי
במאושפזים, בביקורת
עלה כי המחוזות לא
ביצעו בקורות פתע
בתדירות שנקבעה
בנוהל, ובחלקם גם
לא נערכו בקורות
שוטפות בין בקרת
רישוי אחת לאחרת

פעולות הבקרה של משרד הבריאות

הבקרה על בתי החולים ויעילותה

משרד הבריאות מבצע בקרה פעם בשלוש שנים בבתי החולים במטרה לחדש את רישיונות הפעלתם (להלן - בקרת רישוי). בקרת הרישוי מתבצעת בבתי החולים הפסיכיאטריים הממשלתיים; בבתי החולים של שירותי בריאות כללית; בבתי החולים הפרטיים; ובמחלקות הפסיכיאטריות בחלק מבתי החולים הכלליים והציבוריים. מלבד בקרת הרישוי, בלשכות הבריאות פועלים גם צוותי בקרה¹³³ האחראיים לבצע בקורות שוטפות במשך השנה בבתי החולים הפסיכיאטריים, במרפאות, במסגרות שיקום, במחוזותיהם, וזאת לפי נוהל של האגף לבריאות הנפש (להלן - נוהל הבקרה)¹³⁴. ההשקעה הכספית השנתית בפעולות הבקרה שמבצע המשרד עומדת על כ-6.75 מיליון ש"ח. ההשקעה הכספית בפעולות הבקרה שמבצע המשרד עומדת על כ-6.75 מיליון ש"ח - 0.027% מכלל ההוצאה הלאומית לתחום בריאות הנפש (2.5 מיליארד ש"ח).

לפי נוהל הבקרה, יש לבצע 50% לפחות מהבקורות כבקורות פתע, לבצע בקורות שוטפות, ולעקוב אחר תיקון הליקויים על פי לוח זמנים שנקבע בדוח. תדירות ביצוע תכנית הפיקוח תהיה פעם אחת לפחות בתקופת הרישוי ולא פחות מפעם בשנתיים.

למרות חשיבות בקורות הפתע, שבכוחן לחשוף מקרי התעללות, הזנחה וטיפול לקוי במטופלים, בביקורת עלה כי המחוזות לא ביצעו בקורות פתע בתדירות שנקבעה בנוהל, ובחלק מן המחוזות גם לא נערכו בקורות שוטפות בין בקרת רישוי אחת לאחרת. יתרה מכך, רוב הבקורות תואמו מראש עם הנהלות בתי החולים, וכך נפגם היתרון בביקורת פתע¹³⁵.

133 הצוות כולל עוזרות של הפסיכיאטר המחוזי, רופאה, עובדת סוציאלית, אחות ומזכירה. סך כל הבקרים בלשכות הבריאות הוא 19.25 תקנים בכל המחוזות.

134 **קובץ סטנדרטים ונהלים - פיקוח ובקרה מדידה ניתוח ושיפור שירותי ברה"ג**, משרד הבריאות, 1.7.14.

135 לדוגמה: בתכנית העבודה של מחוז תל אביב לשנת 2016, מתוך 54 בקורות מתוכננות (בכל המסגרות של בריאות הנפש - מרפאות, הוסטלים בתי חולים פסיכיאטריים ועוד), רק 7 היו בקורות פתע; כך גם במחוז הצפון - מתוך 15 בקורות מתוכננות, רק 6 היו בקורות פתע; במחוז מרכז - המשרד לא הגיע כלל לבקורות בלב השרון מעבר לביקורת רישוי המתבצעת פעם בשלוש שנים, וכך גם בבית החולים גיה של הכללית; גם במחוז צפון - המשרד הגיע לביקורת רישוי בלבד בבית חולים מזרח בעכו.

עוד עלה כי המשרד אינו מקיים בקרה ופיקוח על תיקון הליקויים שעלו בדוחות הבקרה, בין אם של הרישיון ובין אם בבקורות השוטפות, אינו קובע לוחות זמנים ליישומם ואינו דורש שבתי החולים יכינו תכנית לתיקונם. הוא גם אינו נוקט צעדים אם בית החולים אינו מתקן את הליקויים, לפחות את אלה שביכולתו לתקן ללא השקעת משאבים מרובה¹³⁶.

המשרד גם לא קבע מפתח למספר הבקרים הנדרשים לבקרה בכל מחוז, בהתאם למספר המוסדות שבאחריותם ולתדירות הבקרה הנדרשת בהם. בפועל צוות הבקרה בכל מחוז כמעט זהה במספרו למרות היקף הפעילות שונה, וזו הסיבה העיקרית לשונות בהיקף הבקורות בין המחוזות ובתדירותן.

היעדר שקיפות לציבור: דוחות הבקרה של בתי החולים הפסיכיאטריים אינם מפורסמים באתר האינטרנט של המשרד, ובכך נמנעת שקיפות בפני הציבור. יצוין כי דוחות בקרה במוסדות בריאות אחרים, כגון: בתי החולים הכלליים, בתי חולים גריאטריים, קופות החולים מפורסמים לציבור.

ממצאי הביקורת מלמדים כי משרד הבריאות אינו מייחס לתחום הבקרה את תשומת הלב הראויה, הן מבחינת המשאבים הנדרשים לשם כך, והן מבחינת תכניות העבודה לבקרה על תיקון הליקויים שנחשפו. מדובר לא רק בליקויים שעלו בביקורת של משרד מבקר המדינה אלא גם בליקויים שעלו בבקרה הפנימית שלו עצמו. אין להשלים עם מצב זה. על משרד הבריאות לקבוע מפתח לצוות בקרה לפי מוסדות הבקרה ומספרם בכל מחוז, להפעיל בקרה הדוקה על הנעשה במוסדות אלו ולפרסמה לציבור.

הבקרה על ועדות פסיכיאטריות

בקורת על החלטות הוועדות מהבחינה מהותית נתונות לבתי המשפט במסגרת הגשת ערעורים על החלטותיהן. צוותי הבקרה בלשכות הפסיכיאטריים המחוזיים אמורים לבצע בקורת על הוועדות מן הבחינה המינהלתית¹³⁷. בביקורת עלה כי מערך הבקרה של משרד הבריאות ממעט לבצע בקרה על התנהלות הוועדות בנושאים, כגון: התנאים הפיזיים בבית החולים שבו מתקיימות הוועדות;

136 ראו גם מבקר המדינה, **דוח שנתי 67ג** (2017), בפרק "הפעלת חדרי ניתוח בבתי חולים כלליים", עמ' 317; מבקר המדינה, **דוח שנתי 66ג** (2016), בפרק "מעבדות רפואיות במערכת האשפוז ובקהילה", עמ' 709; מבקר המדינה, **דוח שנתי 66ג** (2016), בפרק "שיקום נכי נפש בקהילה", עמ' 575; מבקר המדינה, **דוח שנתי 63ג** (2013), בפרק "בינוי ותשתיות במערכת הבריאות", עמ' 717.

137 נוהל שירותי בריאות הנפש מס' 17.055, "הפעלת ועדות פסיכיאטריות מחוזיות - מבוגרים", משרד הבריאות (ספטמבר, 2007).

התנהלות הוועדות והרכבן; נוכחות המטופל בוועדה; ייצוגו על ידי הסיוע המשפטי; זימון המשפחות; מתן אפשרות למטופל להביע את עמדתו; הקלדת פרוטוקול הדיון. עלה שרק הפסיכיאטר של מחוז ירושלים ביצע בקרות כאלה - האחת בשנת 2016 והשנייה בשנת 2017. פסיכיאטר מחוז חיפה מסר בתשובתו כי בשנת 2018 יחל המחוז בבקרות על התנהלות הוועדות.

נוכח החשיבות שהוועדות הפסיכיאטריות יפעלו על פי חובותיהן שנקבעו בחוק, ראוי כי משרד הבריאות ישלב בבקרות שהוא עורך גם את התנהלות הוועדות הפסיכיאטריות. אמצעי זה יסייע לשמור על זכויות חולים חסרי ישע אלו.

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.

