

קשרים קשירה

**קשירות מטופלים
באשפוז הפסיכיאטרי:
כרוניקה של הפרת זכויות**

דוח והמלצות



בזכות, המרכז לזכויות אדם
של אנשים עם מוגבלויות, עמותה
מיסודה של האגודה לזכויות האזרח בישראל

בזכ!ת

כתיבה ומחקר:
עו"ד שרון פרימור,
ארגון בזכות

עריכת לשון:
דליה וירצברג-רופא

תודתנו נתונה לכל המטופלים בעבר ובהווה
אשר הסכימו לשתף אותנו במקרי קשירה שעברו ובתחושותיהם.

תודה לבני משפחותיהם ותודה גם לאנשי צוות בבתי חולים אשר חלקו עמנו את עמדותיהם.

תודות לעו"ד יהושע שופמן, אסתר סיוון, תרצה ליבוביץ, יותם טולוב, עדית סרגוסטי,
והילה רימון-גרינשפן על הערותיהם המועילות.

לדליה וירצברג-רופא שהקדישה זמנה בהתנדבות
לסטודנטים דניאל סלומון וחזקי קופל, שסייעו במחקר.

תוכן העניינים

3 תוכן העניינים

5 תקציר

8 הקדמה

11 פרק א' קשירת מטופלים – פעולה הפוגעת בזכויות יסוד

12 קשירה מהווה פגיעה בזכות לשלמות הגוף ובזכות לחיים

12 תנאים בלתי הומאניים; מניעת צרכים גופניים בסיסיים

13 פגיעות פיזיות וחבלות כתוצאה מקשירה

13 מוות כתוצאה מקשירה

14 פגיעה נפשית כתוצאה מקשירה

14 קשירה פוגעת בכבוד האדם

14 השפלה, חוסר אונים ופחד

16 פגיעה בפרטיות

16 ניכור ובדידות

17 פרק ב' קונצנזוס בקרב גופי זכויות אדם בינלאומיים וגורמים מקצועיים: קשירה פוגעת בזכויות אדם

19 פרק ג' היקף תופעת הקשירות בשטח

19 שיעור גבוה של קשירות באשפוז פסיכיאטרי

20 תכיפות גבוהה של קשירות במהלך האשפוז

21 משכי זמן ארוכים של קשירות

22 קשירת מטופלים שהם ילדים ובני נוער

22 בידי מי שיקול הדעת לאשר קשירה?

24 פרק ד' ברקטיקת קשירת מטופלים בשטח – מנוגדת לחוק ובלתי מידתית

24 קשירה ננקטת בניגוד להוראות החוק

25 אנשים נקשרים בשל מצבי 'אי-שקט'

26 אנשים נקשרים בשל אי-שיתוף פעולה והפרות משמעת – כענישה וכאיום

28 קשירה לבקשת המטופל

28 אנשים נקשרים לשם 'מטרות טיפוליות'

29 קשירה ננקטת באופן בלתי מידתי

29 אלימות כלפי רכוש לא בהכרח מצדיקה קשירה

30 גילוי תוקפנות ואיומים לא בהכרח מצדיקים קשירה

31 קושי אובייקטיבי להעריך מסוכנות

31 מיעוט השימוש בחלופות פחות פוגעניות

34 פרק ה' ניתן לצמצם את ממדי הקשירה – מה מלמד הניסיון מהעולם ובארץ?

34 תוכניות לצמצום משמעותי של קשירות בחו"ל

34 שינוי תפיסתי דרמטי במדיניות הממשלתית

35 קשירה כחלופה אחרונה; ופיתוח חלופות לא כוחניות

36 שקיפות ובקרה

37 הניסיון בישראל – פרויקט המרכז לבריאות הנפש באר שבע

39 פרק ו' המלצות מדיניות למשרד הבריאות: תוכנית לאומית, פיילוט ודגשיהם

39 שינוי עקרוני בתפיסה ובמסר – קשירה אינה כלי מקובל במערך האשפוז

40 קביעת עילה צרה ומידתית לקשירה – רק במצבי חירום של סכנה גופנית מיידית

40 פיתוח חלופות בלתי כוחניות

41 צמצום משך הקשירה בצורה ניכרת – הורדת תקרת הזמן המותרת לקשירה

41 מנגנון בקרה, ניטור ודיווח

41 שיפור תשתית ומצבת כוח אדם במחלקה

42 תנאים הומאניים במהלך קשירה במקרי הקיצון שבהם היא ננקטת

43 סיכום

44 הערות

תקציר

"בכיתי, צרחתי ודפקתי על הדלת של הרופאה. איימו עלי שאם לא אפסיק ייקשרו אותי. אבל חוץ מאיומים אף אחד לא עשה כלום כדי לנסות להרגיע אותי. לראות מה מציק לי. בסוף קשרו אותי. אתה נמצא במצב של חוסר אונים מוחלט, מסתכל על הדלת מחכה שמישהו ייכנס ויוציא אותך, מתאפק לא ללכלך את עצמך עם הצרכים שלך, עושה תרגילי מחשבה בשביל לא להשתגע בהתחלה אתה בטוח שעוד רגע יוציאו אותך, שרק ניסו ללמד אותך לקח אבל אף אחד לא בא. ובסוף אתה מוותר, הזמן הופך לבליל ואתה מתנתק מהגוף. אין התחלה ואין סוף. בעצם יש סוף. סוף לאמון שלך שמישהו במקום הזה יעזור לך אי פעם."

ירדן, בת 30, נקשרה בבית חולים פסיכיאטרי במרכז הארץ

במהלך השנים האחרונות הגיעו אל ארגון בזכות - המרכז לזכויות אדם של אנשים עם מוגבלויות - פניות רבות הנוגעות לאנשים אשר אושפזו בבתי חולים פסיכיאטריים, שלפיהן הם נקשרו בארבע גפיים למשך שעות רבות במהלך תקופת אשפוזם. אנשים דיווחו כי הם הובלו בכוח לחדר מבודד שבו מקובעת מיטה; נקשרו אליה באמצעות ארבע ולעיתים גם חמש רצועות, עשויות בד סינתטי או עור וננעלות בברגי נעילה, והושארו שם כשגופם רתוק וצמוד למיטה, ללא יכולת לשנות תנוחה, לגרד עקצוץ בגופם או להתפנות לשירותים. חלקם דיווחו על כך שנקשרו למשך כמה שעות. אחרים דיווחו כי נקשרו למשך לילה שלם; אחדים אף דיווחו על קשירה שהתבצעה יום אחר יום. כשניסינו להתחקות אחר היקף התופעה ואחר הסיבות שהובילו את אנשי הצוות להחליט לקשור את מטופליהם גילינו שמדובר בתופעה שכמעט אינה מדוברת במרחב הציבורי ושאינן כמעט נתונים פומביים עליה.

המחקר שערכנו בחודשים האחרונים, שתוצאותיו בדוח זה, חשף אותנו למאות דיווחים של אנשים שנקשרו. אלה, בצירוף נתונים שקיבלנו ממשרד הבריאות הובילו למסקנה כי קשירה היא תופעה נוכחת מאוד בשגרת מחלקות האשפוז הפסיכיאטרי. **על פי אומדן המבוסס על נתונים שנמסרו ממשרד הבריאות, במהלך שנת 2014 שיעור הקשירות הממוצע עמד על כ-23%. כלומר כאחד מארבעה מטופלים נקשר במהלך תקופת אשפוזו.** כ-4,000 איש בכל שנה. זהו נתון חמור, וככל הנראה גבוה מאוד יחסית לנעשה במדינות מערביות אחרות. תופעת הקשירות נוכחת ומורגשת מאוד במסגרות האשפוז הפסיכיאטרי. גם מי שלא נקשר, סביר כי ראה מטופל אחר שנקשר. חוויית הקשירה והפחד ממנה מלווים אלפי אנשים הנמצאים באשפוז מדי שנה, ומהווים רכיב משמעותי באופן שבו נתפס האשפוז הפסיכיאטרי בעיניהם ובעיני הציבור הרחב.

נתונים אלו מטרידים במיוחד לאור העובדה, המגובה במחקרים רבים הנפרשים בדוח, שלפיה קשירה היא אקט פוגעני ומסוכן. ידוע כי בישראל התרחשו מקרי מוות כתוצאה ישירה של קשירות. נפוצים יותר הם מקרי חבלה ופציעות, וכן נזקים נפשיים, בכלל זה טראומה, שחזור טראומות קודמות והחרפה של תסמינים נפשיים קיימים. כ-80% מהאנשים שענו על משאל בזכות דיווחו כי הופעל עליהם כוח פיזי בזמן הקשירה. כ-40% ממשתתפי המשאל סיפרו כי נחבלו או נפגעו במהלך קשירתם.

בנוסף, קשירה היא אקט מבזה, המהווה פגיעה חמורה בכבוד האדם. 70% ממשתתפי משאל בזכות ציינו כי הרגישו השפלה כתוצאה מהקשירה. כ-30% דיווחו כי לא התאפשר להם להתפנות לשירותים כדי לעשות את

צרכיהם במהלך כל שעות הקשירה והם נאלצו להתאפק. כ-25% ציינו כי נאלצו להטיל את צרכיהם על עצמם. מטופלים ציינו כי חוו חוסר אונים, תסכול וכעס, פגיעה בפרטיות וחווית נטישה. רובם ציינו את הקשירה כאירוע השלילי המשמעותי ביותר שחוו במהלך האשפוז.

הדוח חושף גם את עומקה ושכיחותה של התופעה. כמחצית ממשתתפי משאל בזכות ציינו כי נקשרו יותר מפעם אחת במהלך אשפוזם. אנשים נשאים קשורים במשך שעות רבות ברצף. ממשאל בזכות עולה כי כמחצית מהאנשים נקשרו מעל שמונה שעות. בודדים סיפרו כי נקשרו אף מעל 24 שעות ברציפות. ילדים ובני נוער נקשרים אף הם למשך שעות. הנתונים מלמדים כי לא רק התנהגותו של המטופל משפיעה על משך הזמן שבו יישאר קשור, אלא גם גישתם של אנשי הצוות והתנאים האובייקטיביים השוררים במחלקה בעת הקשירה. באופן מפתיע ולמרות הפגיעה המובנית בה בזכויות אדם, ההחלטה אם לקשור ולמשך כמה זמן נתונה בידי אח או אחות במחלקה בלבד. הדוח מגלה כי ברוב המקרים ובניגוד לחוק, רופאים מאשרים את עצם הקשירה ואף את הארכתה, מבלי שבדקו את המטופל כלל. 74% ממשתתפי משאל בזכות ציינו כי לא נבדקו בידי רופא קודם לקשירה ורבים עוד יותר מציינים כי לא נבדקו במהלכה. ברוב בתי החולים אין מנגנון דיווח בזמן אמת על אירועי קשירה, לא למנהל המחלקה ולבטח לא למנהלי בתי החולים; משרד הבריאות מצידו אינו אוסף נתונים סדורים בעניין כלל.

עוד חושף הדוח כי מטופלים נקשרים בגין סיבות החורגות מאלה הקבועות בחוק ובאופן בלתי מידתי. בהתאם לנתונים המוצגים בדוח, ובניגוד לעולה מהחוק, רוב האנשים אינם נקשרים על רקע חשש ממשי שנשקף מהם. אנשים נקשרים משום שהם מצויים במצבי 'אי-שקט' (agitation); הם 'מטרידים', מדברים ללא הפסקה, צועקים או נעים בתזזיתיות. אלו מצבים אופייניים מאוד למטופלים במצבי משבר, ופעמים רבות מאתגרים לצוות. לכן, כאשר אין במחלקות האשפוז די כוח אדם או סבלנות להכיל מטופלים אלה, הם נקשרים. משפטים כגון 'תפסיק לרוץ (או לצעוק או להציק) אחרת אקשור אותך', עלו רבות בדיווחי משתתפי המשאל. בנוסף, מסתמן כי קשירה משמשת כאמצעי להטלת מרות וכעונש. כ-25% ממשתתפי משאל בזכות ציינו כי נקשרו כעונש על התנהגותם. כ-15% סיפרו כי נקשרו בשל אי-ציות להוראות איש צוות ו-10% בשל העובדה שביצעו מעשה אסור. מטופלים ציינו כי: "קשרו אותי כדי להעניש אותי ולחנך אותי" ו-"התחכמתי ורצו ללמד אותי לקח". אנשי צוות אחדים קושרים משום שלדעתם יש בכך ערך טיפולי. אולם, תפיסה זו נחשבת בעולם כאנכרוניסטית והידע המחקרי מראה כי השלכות הקשירה הן דווקא שליליות מבחינה טיפולית. לא זו בלבד שהיא אינה מרגיעה אלא היא אף מעלה את רמת אי-השקט שבו שרוי המטופל, פוגעת ביחסי האמון ומחבלת בתהליכי החלמה ושיקום.

גם כאשר הקשירה נעשית כחוק ולשם מניעת סכנה, הדוח מראה כי בחלק בלתי מבוטל מהמקרים חומרת המצב לא הצדיקה אותה. אלימות מילולית ופגיעה ברכוש לרוב אינם מצדיקים קשירה. גם תוקפנות היא פעמים רבות תולדה של 'סיר הלחץ' במחלקה וככזו לעיתים הנכון הוא לצמצם אותה בדרכים לא כוחניות. אולם, ברוב מחלקות האשפוז הקשירה היא ברירת המחדל במצבי לחץ. אנשי הצוות אינם מקבלים הכשרה לנקוט בחלופות, ואין להם די כוח אדם ופנאי כדי ליישם אותן בפועל.

נוכח כל אלה, טוען הדוח כי **פרקטיקת הקשירה בישראל, בוודאי בהיקפה הנוכחי, עולה לכדי הפרת החוק ופגיעה בלתי מידתית בזכויות אדם חוקתיות של ציבור המטופלים.**

קולות רבים ברחבי העולם המערבי, ולאחרונה גם קולות של אנשי מקצוע בישראל, קוראים לביטול פרקטיקת הקשירות, הן מהטעם שהיא פוגענית ובלתי הומאנית והן מהטעם שהיא אנכרוניסטית. הדוח מפרט כי בעשרים השנה האחרונות נהגו תוכניות ויושמו יוזמות במדינות מערביות רבות, בשאיפה לבטל את פרקטיקת הקשירה או לפחות למזערה לשיעור הבטל בשישים. מדינות שונות ברחבי העולם הפחיתו את מימדי הקשירות בעשרות אחוזים, עד כדי ביטולן הלכה למעשה בחלק מהמקומות. כל אלה מדגימים כי **היעד של הפחתה דרמטית בתופעת הקשירות, עד כדי ביטולה כמעט, הוא יעד מעשי ובר-קיימא.** גם בישראל קיימים ניצנים מעודדים. לכך. במרכז לבריאות הנפש בבאר שבע יזמה הנהלת בית החולים פרויקט עצמאי לצמצום היקפי הקשירה. במהלך השנים 2014-2015 הושגה ירידה של כ-70% במשכי הקשירה וקרוב ל-60% הפחתה של מקרי קשירה.

קשירות מטופלים במחלקות אשפוז אינן כורח עליון. זהו כלי עתיק-יומין שכל תכליתו הייתה לרסן אנשים, פשוטו כמשמעו. במשך השנים עטפו כלי זה במיני צידוקים טיפוליים, ועיגנו אותו בהסדרים חוקיים ומנהליים שונים. משכך, רוב אנשי הצוות אינם קושרים מתוך רוע או זלזול; הם נוקטים פרקטיקה זו כי היא נתפסת כלגיטימית והיא נוחה לתפעול. אלה הם המסרים שהם קיבלו בהכשרתם, ואלה הכלים היחידים כמעט שהועמדו לרשותם כדי להתמודד עם מצבים מאתגרים. ראשי המערכת עצמם בחרו שלא להתמודד באופן מערכתי ותקיף עם תופעת הקשירות ועם חומרתה, ולא נתנו משקל להמלצות לשיפור המצב שיצאו תחת ידי ועדות ומומחים מטעמם.

במשך שנים מטופלים מתלוננים על אירועי קשירה תכופים וממושכים, ואיש אינו מטה להם אוזן. זו העת להביט במציאות נוכחה. הדוח קורא למשרד הבריאות להנחיל לצוותים מסר מחייב וחד-משמעי, שלפיו קשירת מטופלים אינה עוד דרך טיפול לגיטימית במחלקת אשפוז פסיכיאטרי. כמו כן, קורא הדוח למשרד ליזום תוכנית לאומית מקיפה ומפורטת, המלווה בפיקולט ומחקרי הערכה, ושתכלול קביעת נהלים, גיבוש קווים מנחים, פיתוח חלופות מהתחום הטיפולי, הכשרת אנשי צוות והבטחת מנגנוני בקרה כדי לעקור את התופעה מהשורש ולספק לאנשי הצוות חלופות טובות וזמינות. הדוח אף פורש רשימת המלצות מבוססות-מחקר על מנת שכל אלה לא יישארו הצהרות תיאורטיות בלבד.

דוח זה פורש תמונה קשה, שיתכן כי תהיה אף מקוממת עבור אחדים. ברור כי הנושא אינו כולו בחזקת 'שחור או לבן'. ברור גם כי העיסוק שלקחו על עצמם אנשי המקצוע בתחום האשפוז הוא מורכב ומאתגר. אולם הכל יכולים להסכים כי בית חולים הוא מקום לטיפול והחלמה, לשיקום, לצמיחה ולאמפתיה אנושית. מטופל הוא אדם הזקוק לכל אלה בעתות משבר, ומטפל הוא אדם שבחר להקדיש את חייו המקצועיים לסייע בהענקתם. קשירת מטופלים חותרת תחת כל אחד ואחד מערכים אלו; היא פוגעת ומשחיתה הן את המטופל והן את איש הצוות.

דוח ארגון בזכות קורא: 'שוברים קשירה', ומוצאים יחד את הדרך להבטיח אשפוז ללא קשירות.

"הרגשתי כאילו אני צועקת, אבל ברור לי שהייתי בדממה מוחלטת. צעקתי על העוול, על הכאב ועל ההשפלה שכרוכה בקשירה. על חוסר הצדק הכרוך בכך. על הבדידות שלי, שאיש לא יכול להציל אותי ממנה. איש לא יכול לבוא ולסנגר עליי. לומר שאין צורך לקשור אותי, כי מעולם לא הייתי אלימה כלפי איש. לא במצב כזה ולא באחר.

אחרי יומיים התירו אותי. יומיים של קשירה. של לעשות את הצרכים שלי על עצמי. של דמויות שעוברות בחלון החדר וצועקות לעברי דברים לא ברורים. של אור פלואורסצנטי עז בחדר שלא מאפשר לך לישון. יומיים של השפלה עזה. של לקיחת הכבוד העצמי שלי ורמיסתו, רק בשל העובדה שייתכן וכשאצא מהמצב הזה אהיה אלימה.

אחרי ששחררו אותי מהקשירה, חזרתי לעצמי לאט לאט. אני זוכרת שכל הזמן התנגנה באוזניי שורה משירו של דיוויד ברוזה, שאומרת משהו בסגנון 'צועק אל הקירות'.

הצעקה שלי הייתה עזה, אבל איש לא שמע אותה. עד היום אני שבה ומתעוררת בלילות מתוך הסיוטים והחווייה המשפילה שעברתי. מתוך הכאב העצום, מתוך הבדידות הנוראה. מתוך חוסר האונים שמאפשר לאנשים אחרים לקחת את חירותך בידיהם, רק בשל סיכוי עמום שאולי... אולי אהיה אלימה. ועולה בי השאלה: האם אפשר היה אחרת? האם ניתן היה להוציא אותי מתוך המצב הזה ללא ההשפלה האיומה אותה חוויתי?"

אורית, בת 25, נקשרה בבית חולים פסיכיאטרי במרכז הארץ¹

הקדמה

במהלך השנים האחרונות הגיעו אל ארגון בזכות פניות רבות הנוגעות לאנשים אשר אושפזו בבתי חולים פסיכיאטריים, שלפיהן הם נקשרו בארבע גפיים למשך שעות רבות במהלך תקופת אשפוזם. אנשים דיווחו כי הם הובלו בכוח לחדר מבודד שבו מקובעת מיטה; נקשרו אליה באמצעות ארבע ולעיתים גם חמש רצועות, עשויות בד סינתטי או עור וננעלות בבורגי נעילה, והושארו שם כשגופם רתוק וצמוד למיטה. לא מסוגלים היו לשנות תנוחה, לגרד עקצוץ בגופם או להתפנות לשירותים. חלקם דיווחו על כך שנקשרו למשך כמה שעות. אחרים דיווחו כי נקשרו למשך לילה שלם; אחדים אף דיווחו על קשירה שהתבצעה יום אחר יום.

כשניסינו להתחקות אחר הסיבות שהובילו את אנשי הצוות להחלטה לקשור את מטופליהם ולהפעיל את סמכותם המוסדרת בחוק טיפול בחולי נפש, התשנ"א-1991 (להלן: 'החוק' או 'חוק טיפול')², עלו סימני שאלה מטרידים מאוד. במקרים מסוימים התברר אמנם כי מדובר היה במטופלים שהיו אלימים כלפי אחרים או כלפי עצמם. אולם ברוב המקרים התברר כי אנשים נקשרו על רקע התנהגויות ותגובות שרבות מהן שגרתיות למדי במציאות של אשפוז פסיכיאטרי. כך למשל, אנשים שהיו במצבי 'אי-שקט', הכוללים התנהגות תזזיתית, מטרידה, קולנית או סוערת; כך גם אנשים שלא שיתפו פעולה, סירבו להישמע להוראות הצוות והפרו את כללי ההתנהגות במחלקה. באף אחד ממצבים אלה אין להקל ראש, אך בחלקם הגדול לא היתה הצדקה לנקוט בצעד חריף כקשירה.

לפרקטיקה של קשירת מטופל בארבע גפיו למשך שעות, ומניעה מוחלטת של תנועותיו, היסטוריה ארוכת שנים, עוד מהימים שבהם יוחס לה ערך 'מרגיע'. אולם גישה זו נתפסת אנכרוניסטית והיא פסה מהעולם במערכות טיפול רבות אחרות.³ יתרה מכך, כאשר קשירה ננקטת בבתי כלא היא זוכה לביקורת ציבורית ומשפטית קשה.⁴ סימני שאלה מטרידים אלה הובילו את ארגון בזכות לחקר עמוק יותר של הסוגיה, כפי שיוצג בדוח זה.⁵ יודגש כי הדוח אינו מתיימר להציג מסקנות מתוקפות מבחינה מחקרית או סטטיסטית. אין ספק כי קיימת חשיבות

רבה בעריכת מחקר עומק בנושא, אולם דוח זה מבקש להציג את תמונת הדברים כפי שזו עולה מהשטח: מנקודת מבטם של מטופלים, מנתונים וממחקרים שפורסמו בנושא, וכן מהחוק וממדיניות משרד הבריאות.

על פי אומדן המבוסס על נתונים שנמסרו ממשרד הבריאות, במהלך שנת 2014 שיעור הקשירות הממוצע עמד על כ-23%. כלומר כאחד מארבעה מטופלים נקשר במהלך תקופת אשפוזו.* זהו נתון משמעותי מאוד. פירוש הדבר כי תופעת הקשירות נוכחת ומורגשת מאוד במסגרות האשפוז הפסיכיאטרי. גם מי שלא נקשר, סביר כי ראה מטופל אחר שנקשר. חוויית הקשירה והפחד ממנה מלווים אלפי אנשים הנמצאים באשפוז מדי שנה, ומהווים רכיב משמעותי באופן שבו נתפס האשפוז הפסיכיאטרי בעיניהם ובעיני הציבור הרחב. נתונים אלו מטרידים במיוחד לאור העובדה, המגובה במחקרים רבים, כי קשירה היא אקט פוגעני ומסוכן: מסכה חוסר נוחות בולט, לעיתים תוך סיכון פיזי ממשי, מובילה לנזקים נפשיים, משפילה את רוחו של האדם ומבזה אותו. ההכרה בהשלכות חמורות אלה הובילה בעשרים השנה האחרונות לצמצום משמעותי של פרקטיקת הקשירה במדינות מערביות רבות, בשאיפה לבטלה או לפחות למזערה לשיעור הבטל בשישים. הגם שברוב מדינות העולם המערבי עדיין מותרת קשירת מטופלים, היא שמורה רק למצבי חירום קיצוניים ומופעלת במקרים בודדים בלבד.

התמונה המוצגת בדוח זה שונה בתכלית. **קשירת מטופלים היא פעולה שגרתית למדי בבתי חולים פסיכיאטריים בישראל.** במרבית מסגרות האשפוז רואים אותה כעוד אחד ממגוון הכלים העומדים לרשותו של הצוות המקצועי: הפעלתה אינה מסובכת, לא מבחינה מעשית ולא מבחינה פרוצדוראלית; אין צורך באישור דרג מקצועי או ניהולי לצורך נקיטתה; אין מגבלה חוקית על משכה; ואין חובת דיווח על השימוש בה למנהל בית החולים או למשרד הבריאות. גם ברמות הניהוליות הגבוהות של משרד הבריאות כמעט ולא ננקטו צעדים מערכתניים כדי לצמצם את היקף התופעה, להנחיל תפיסה מקצועית וערכית חלופית, או לספק לאנשי הצוות בשטח את התנאים הנדרשים כדי לבצע את עבודתם באופן אחראי ובטיחותי ללא הצורך בקשירת מטופליהם. גם גורמי האתיקה המקצועית והאיגודים המקצועיים של רופאים ואחיות לא ראו עצמם נדרשים כמעט לנושא.

המסקנה העולה מהדוח היא כי קשירת מטופלים ככלל, ובהיקף ובמידה שבהם היא ננקטת כיום בפרט, עולה לכדי פגיעה רחבת היקף בזכויות אדם יסודיות ואינה תואמת את הוראות החוק או את פרשנותו הראויה. פגיעה זו צורמת שבעתיים בהתחשב בכך שמדובר באנשים המגיעים לאשפוז פעמים רבות במצבי חוסר ברירה, כשהם פגיעים וזקוקים לטיפול, לסיוע, לאמפתיה ולהכלה.

פרק א' בדוח זה פורש את טיעון הבסיס – הנשען על עדויות של מטופלים וכן על ספרות מקצועית ומחקרית המאששת אותן – שלפיו קשירת אדם היא פעולה הפוגעת בצורה בוטה וברורה בזכויות אדם יסודיות. החל מהזכות לשלמות הגוף, ולעיתים אף הזכות לחיים, ועד הזכות לכבוד, לאוטונומיה ולפרטיות. **פרק ב'** בדוח זה מבהיר כי העמדה המתנגדת לקשירות אינה רק נחלתם של אנשים המתמודדים עם מוגבלות נפשית. ארגונים בינלאומיים ומקצועיים רבים, ביניהם מועצת האו"ם, ועדת האו"ם נגד עינויים וארגון הבריאות העולמי, סבורים

* כפי שיפורט בפרק ב' לדוח, הערכה זו גובשה על בסיס נתונים שהתקבלו כמענה לפניותיו של ארגון בזכות לבריאות ולכל בתי החולים שבהם יש מחלקות פסיכיאטריות, מתוכם ניתן להעריך כי במהלך שנת 2014 אושפזו באחד-עשר בתי חולים פסיכיאטריים ציבוריים קרוב ל-14,300 מטופלים ומתוכם נקשרו 3,316 איש. לפי נתונים אלה ביצענו אומדן של שיעור הקשירה הארצי הממוצע של מטופלים, אשר עמד בשנה זו על כ-23%. לגבי שנת 2015, קיבלנו לידינו מידע המתייחס רק למחצית השנה ורק ביחס לעשרה בתי חולים. בהתבסס על נתונים אלה אומדן שיעור הקשירה לשנה זו עומד על כ-24%.

כולם כי קשירה באשפוז פסיכיאטרי עלולה להיות מזרון חלקלק ובלתי מבוקר להפרת זכויות אדם רחבה. **פרק ג'** משקף את תמונת המצב בארץ, שלפיה תופעת הקשירות רווחת מאוד. כאמור, לפי הנתונים שנמסרו לנו על ידי משרד הבריאות, כל אדם רביעי המגיע כיום לאשפוז פסיכיאטרי בישראל נקשר. אנשים נקשרים למשך שעות ארוכות, חלקם כמה פעמים במהלך אשפוזם, בלא שהדין מגביל את משך הקשירה או את תכיפותה. האם כל אלה עולים לכדי הפרת החוק ופגיעה בלתי מידתית בזכויות אדם חוקתיות? **בפרק ד'** אנו עונים על כך בחיוב. אף שבחלק קטן מהמקרים הקשירה נעשית באופן מוצדק וחוקי, התמונה הרחבה מגלה כי מטופלים רבים נקשרים מטעמים שאינם מנויים בחוק ואינם עולים בקנה אחד עם תפיסות זכויות אדם רחבות. ברוב המקרים הסיבה לקשירת מטופלים אינה מניעת סכנה ברורה, שאותה מאפשר החוק בנסיבות מסוימות, אלא התנהגות 'מטרידה' או סוּעֶרֶת, חוסר שיתוף פעולה והפרות משמעת. במקרים אחרים ההחלטה לקשור מטופלים אינה מידתית ואינה מתחייבת בנסיבות העניין. כמו כן, הקשירה היא פעמים רבות הכלי היחיד שמופעל. ברוב המחלקות אין די כוח אדם מיומן, מודעות, מוטיבציה או חלופות טיפוליות כדי להתמודד עם מצבים מאתגרים ללא צורך בקשירה. **פרק ה'** מבהיר כי תמונת מצב זו אינה כורח המציאות. במדינות מערביות, כגון ארה"ב ואוסטרליה, הובילה התעוררות ציבורית ומקצועית כנגד קשירות לשינוי מדיניות נרחב ולהפחתה משמעותית של היקפי התופעה במהלך עשרים השנה. אמנם במקומות רבים הקשירה קיימת עדיין, אך היא רחוקה מלהיות עוד כלי שבשגרה. חלופות שהוכנסו לשטח, לצד הנחיות ברורות ומנגנוני ניטור ודיווח, הובילו להפחתה ניכרת ודרמטית בשימוש בה, לעיתים עד כדי ביטולה כליל. מה ניתן וראוי אפוא לעשות? **בפרק ו'** לדוח נפרט את דרישתנו ממשרד הבריאות ליזום תוכנית לאומית לצמצום הקשירות, עד לביטולן המוחלט. מוצע כי התוכנית תגובש יחד עם נציגי מתמודדים עם מוגבלות נפש, תלווה בפיילוט בכמה מוקדים ותכלול התייחסות לדגשים, כגון: שינוי תפיסתי; פיתוח חלופות ודרכי התמודדות לא כוחניות; צמצום עילות הקשירה ומשך הקשירה למינימום; ולבסוף קביעת מנגנון דיווח וניטור עיתיים.

לסיכום, קשירת מטופלים נותרה תופעה רווחת בישראל, חרף הידע המחקרי על השלכותיה; וחרף השיח על אודות 'השמת המטופל במרכז'. אולם גם מקרב אנשי המקצוע בשטח יש הסבורים כי מדובר בפרקטיקה בעייתית מבחינה אתית ומקצועית. ככלל, מרביתם קושרים לא כי הם חפצים בסבלם של המטופלים או מזלזלים בהם אלא כי הם מתמודדים עם מצבים מורכבים, שהם מצוידים במעט מדי כלים ואנשי צוות ונעדרים מודעות מספקת לפגיעה הנגרמת למטופלים.

'שוברים קשירה'. צמצום תופעת הקשירות בישראל, בשאיפה לבטלה, חייב להיות אפוא מטרה לאומית, מקצועית וערכית. אנו מקווים כי התמונה המוצגת בדוח זה, אף שהיא קשה ואולי אף מקוממת עבור אחדים, תוביל את כולנו: מתמודדים, אנשי זכויות אדם, אנשי צוות סיעודי, רופאים ומנהלי המערכת להישיר מבט אל תופעת הקשירות ולפעול בצורה נמרצת כדי לצמצמה, מתוך תפיסה של כבוד, הן כלפי המטופלים והן כלפי הצוותים.

פרק א'

קשירת מטופלים – פעולה הפוגעת בזכויות יסוד

"קיללתי וצרחתי במשך שעות שאני לא מוכן להיות באשפוז. נתנו לי כדור ואמרו לי להיות בשקט ולהירגע. אבל לא יכולתי ולא רציתי. המשכתי לצעוק. כשיצאתי למסדרון שלושה אחים תפסו אותי והובילו אותי, כשכולם מסתכלים עלי. כשהגענו לחדר הקשירה הם העלו אותי על מיטה, והשכיבו אותי בכוח, עם כל המשקל שלהם עליי. לא יכולתי לנשום. מתחו לי בכל פעם זרוע או רגל וריתקו אותי, וכל פעם הידקו עליי רצועה אחרת. שכבתי שם פרוס על המיטה לא יכול להזיז שום חלק בגוף. התחננתי שלא יזריקו לי כלום. אמרו לי שאם אירגע לא יצטרכו. נכנסתי לקונכייה. לא יודע כמה זמן הייתי שם. כשהוציאו אותי כבר היה חושך."

יואב, בן 26, נקשר בבית חולים פסיכיאטרי
כפר שאול

כפי שיפורט בפרק זה, מטופלים אשר עברו קשירה בבתי חולים פסיכיאטריים מתארים אותה כאירוע הקשה ביותר שידעו מימיהם. אנשים מתארים תחושות השפלה, פחד, חוסר נוחות בולט, מניעת צרכים גופניים בסיסיים, ולעיתים גם כאב וחבלות. קשירת מטופלים עם מוגבלות נפשית היא פרקטיקה עתיקה, אשר שימשה במשך שנים דרך מקובלת להרגיע מטופלים. הרופא היווני סורנוס, מאפוסוס כתב במאה השנייה לספירה כך: "השכב את המטופל בחדר צנוע ממדים וחמים. על החדר להיות שקט לגמרי, ללא קישוט על הקירות. על המיטה להיות מחוזקת היטב לרצפה. מקם את המיטה הרחק מהדלת, כך שהמטופל לא יראה מי נכנס ויוצא מהחדר." [תרגום ש.פ.]⁶

הפגיעה הקשה הכרוכה בקשירת מטופלים הייתה אחת החולות הרעות שכנגדן יצאה הפסיכיאטריה הרפואית בתחילת דרכה, בסוף המאה ה-18. מוביליה גינו את היחס הבלתי אנושי כלפי

אנשים רבים ששוכנו בבתי מחסה וב'בתי משוגעים' ונקשרו דרך קבע בכבלים, רצועות ואף שלשלאות. באמצע המאה ה-19 התפתחה באנגליה תנועת 'שחרור מקשירות', אשר הביאה בסופו של דבר לביטול השימוש בקשירה באנגליה.⁷

אולם עד לעשורים האחרונים המשיכה פרקטיקה זו להתקיים במערכות האשפוז הפסיכיאטרי במדינות רבות אחרות. כך גם בישראל, אשר עוד מימיה הראשונים עוגנה בה הסמכות לקשור מטופלים. תחילה בגרסה הקודמת של החוק משנות ה-50 של המאה הקודמת, ושוב במסגרת חקיקת חוק טיפול מתחילת שנות ה-90. במשך עשורים השתרשה פרקטיקת הקשירה וכמעט לא זכתה לגינוי במרחב הציבורי, המקצועי או המשפטי.⁸ מכיוון שהתופעה אינה מדוברת ונחקרה בישראל אך מעט, פנה ארגון בזכות אל משרד הבריאות ואל כלל בתי החולים בהם פועלות מחלקות אשפוז פסיכיאטריות, בבקשה מפורטת שתכליתה להבהיר באופן פומבי את היקף התופעה. בכלל זה ביקשנו נתונים מספריים ואיכותניים על שיעור הקשירה, משכה ותכיפותה, סיבות רווחות לשימוש בה וכן הלאה.⁹ כפי שנפרט בהמשך, לא קיבלנו מענה לשאלותינו, למעט באשר לשיעור הקשירה. לאור המחסור הבולט בנתונים, החלטנו לערוך משאל אינטרנטי בקרב מאושפזים שעברו קשירה, כדי לבחון את התופעה מנקודת מבטם. המשאל נערך בחודשים אוקטובר 2015 עד ינואר 2016 והופץ בעמוד הפייסבוק של ארגון בזכות ושל קבוצות וארגונים מקבילים (להלן: "משאל בזכות"). כ-240 אנשים העבירו אלינו טפסים תקפים.¹⁰

ממצאי המשאל אינם מתיימרים לספק מובהקות סטטיסטית וברור שיש בהם הטיות שונות.¹¹ עם זאת, המידע העולה מהמשאל והמגמות המסתמנות ממנו, לצד פניות מטופלים ובני משפחותיהם שהגיעו אלינו בשנים האחרונות וכן נתונים מחקריים, מאפשרים לגבש אמירה קוהרנטית ומוצקה בכל הנוגע לתופעת הקשירות בכלל ולהשלכותיה על זכויות המטופלים בפרט.

בנוסף לדיווחי המטופלים, מעניינים הנתונים אשר עלו מסקר ארצי שנערך על ידי משרד הבריאות בעצמו בשנת 1995 (להלן: **"סקר משרד הבריאות 1995"**).¹² אף שהסקר נערך לפני עשרים שנה, הוא נותר המסמך המקיף היחיד שנערך אי פעם בישראל בנושא. מאז פרסומו חל שינוי משמעותי בפרופיל האוכלוסייה בבתי חולים פסיכיאטריים (וייתכן שיש בכך כדי להבהיר את העלייה הניכרת בשיעורי התופעה בשנים האחרונות, כפי שנראה בהמשך), אך ככל הידוע לנו לא התרחשו ברוב בתי החולים שינויים מפליגים בעניין. משכך, נתוני הסקר עשויים לסייע בהבנת המצב הנוכחי למרות מרחק השנים.

כפי שנפרט להלן, כל אלה מלמדים כי אנשים שנקשרים במהלך אשפוז פסיכיאטרי חווים פגיעה חמורה בזכותם הבסיסית לשלום הגוף, ובמקרים נדירים גם בזכות לחיים, כמו גם פגיעה אנושה בזכותם לכבוד כבני אדם וכמטופלים.

קשירה מהווה פגיעה בזכות לשלמות הגוף ובזכות לחיים

תנאים בלתי הומאניים; מניעת צרכים גופניים בסיסיים

"הצוות שם לי פשוט סיר מקרטון מתחת לישבן וכך עשיתי את צרכי. השפלה נוראית שאין כמותה."

טל, בת 18.5, נקשרה בבית החולים הפסיכיאטרי איתנים

"הייתי בזמן דימום של המחזור החודשי וצרחתי שייתנו לי לצאת לשירותים, אבל במשך שעות ארוכות לא היה יחס. התמלאתי בדם של עצמי וכשלבסוף שחררו אותי המיטה והבגדים שלי היו ספוגים."

גלי, בת 20, נקשרה במרכז לבריאות הנפש באר שבע

מדיווחי המטופלים בלטו טענותיהם על תנאים בלתי הומאניים במהלך הקשירה. רווחה בעיקר טענה על מניעת האפשרות להתפנות לשירותים. נוהל משרד הבריאות המסדיר את נושא הקשירות באשפוז פסיכיאטרי (להלן: **"נוהל קשירה"**) קובע, כי כאשר מטופל נזקק להתפנות לשירותים יש להתירו מקשירה וללוותו בסיוע שני אנשי צוות לשירותים.¹³ אולם מהעדויות שיש בפנינו עולה כי כלל זה אינו מיושם, וממטופלים רבים נמנע מילוי צרכים גופניים בסיסיים אלה.

🔹 על פי משאל בזכות כ-30% מהאנשים דיווחו כי **לא התאפשר**

להם להתפנות לשירותים כדי לעשות את צרכיהם במהלך כל שעות הקשירה והם נאלצו להתאפק.

🔹 כ-25% ממשותתפי המשאל ציינו כי **נאלצו להטיל את צרכיהם על עצמם**. כ-8% ציינו כי **הלבישו להם חיתול סביגה**.

🔹 60% מהאנשים שענו על משאל בזכות דיווחו כי **לא שתו ולא אכלו במהלך כל שעות הקשירה**.

פגיעות פיזיות וחבלות כתוצאה מקשירה

קשירה מערבת פעמים רבות הפעלת כוח על אדם על מנת להתגבר על התנגדותו, ולפיכך היא בעלת פוטנציאל לגרימת חבלה. למרות המודעות שיש לאנשי הצוות לסיכונים שבה, ולמרות הניסיון לתת לאלה מענה באמצעות תקני בטיחות של המיטה, רצועות הקשירה וכדומה, המציאות בשטח מלמדת כי לא ניתן להימנע מסיכונים פיזיים למטופלים במהלך קשירתם.

❗ כ-77% מהאנשים שענו על משאל בזכות דיווחו כי הופעל

עליהם **כוח פיזי בזמן הקשירה**.

❗ כ-40% ממשותתפי המשאל סיפרו כי **נחבלו או נפגעו במהלך קשירתם**.

"זו הייתה שערורייה ופשע. לא פעלתי באלימות. התנגדתי התנגדות פאסיבית. הייתי פצוע עם כאבים לפני הקשירה. הקשירה גרמה לי כאב בלתי נסבל. זו הייתה התעללות, לא סלחתי ולא אסלח אף פעם."

אור, בן 20, נקשר בבית חולים פסיכיאטרי במרכז הארץ

מחקרים מאששים כי קשירה היא בעלת פוטנציאל לגרימת פגיעות פיזיות למטופלים. השכיחות שבהן שברים, פגיעות ראש, חבלות ושריטות.¹⁴

בתחילת שנות התשעים דן בית המשפט העליון במקרה שבו אישה צעירה הגיעה בהסכמה למרכז לבריאות הנפש אברבנאל ונקשרה מיד למשך כל הלילה. בחדר הקשירות פרצה דליקה והיא נשרפה בעודה קשורה אל המיטה; היא נכוותה באופן קשה ושתי רגליה נכרתו. המקרה אמנם חריג, אולם הוא מדגים עד כמה מסוכנת הקשירה במהותה. כך קבע בית המשפט:¹⁵

"האש אחזה בין היתר במיטתה של המערערת שלא הצליחה

להיחלץ מכבליה ולהימלט. היא זעקה לעזרה אולם במשך עשרים דקות ליחכה האש בכל חלקי גופה ואין מושיע [...] לא צריך דמיון רב כדי לשוות נגד עינינו את האימה, הכאב והסבל אשר פקדו את המערערת בעת שפרצה האש ואכלה בבשרה במשך דקות רבות וארוכות כשהיא כבולה, חסרת אונים וחסרת ישע, למיטתה".

מוות כתוצאה מקשירה

לצד פגיעות פיזיות, ידוע כי קשירה עלולה לגרום במקרים נדירים גם למוות מטופלים. בישראל אין מאגר מידע פומבי המתעד מקרי מוות או פגיעות גופניות אחרות הנגרמות במישרין או בעקיפין מקשירות, ותופעת תת-הדיווח בהקשר זה מוכרת גם ממקומות אחרים בעולם.¹⁶ עם זאת ידוע כי **בישראל התרחשו מקרי מוות כתוצאה ישירה מקשירות**. על-פי סקר משרד הבריאות 1995, מקרים אלה נמנו עם הגורמים שדחפו את המשרד לסקור בצורה מעמיקה את היקף תופעת הקשירות בשטח ברמה ארצית.¹⁷

"הקשירות לוו באלימות ובכוחניות. לרוב כשקשרו אותי הזמינו כוח עזר ואחים כלליים כדי לעשות זאת. בדרך כלל בין ארבעה לשישה גברים."

מורן, בת 26, נקשרה במרכז לבריאות הנפש שלוותה

"רוב הפעמים שקשרו אותי היו בכוח והיו לי סימנים וחבלות. באחת הפעמים אני זוכרת שפרקי הידיים כאבו לי כי הידקו לי את האזיקים חזק מדי."

קתי, בת 31, נקשרה במרכז לבריאות הנפש מעלה הכרמל (טירת הכרמל)

מחקר שפורסם בקנדה בשנת 2003 מאשש כי קשירת מטופלים אכן כרוכה בסיכון חיים, הן בשל הכוח הפיזי המידי המופעל כלפי המטופלים במהלך הקשירה עצמה והן בשל סיבוכים מאוחרים הנגרמים כתוצאה ממנה.¹⁸ גורמי המוות השכיחים בהקשר זה כוללים: דחק (סטרס), חנק, אירועים לבביים, ובכללם תסחיפים וקרישי דם.¹⁹ הידע המחקרי מלמד כי דווקא מטופלים בטיפול פסיכיאטרי מצויים בסיכון גבוה יותר. השילוב שבין מצב דחק אצל המטופל - שבגינו נקטת לא פעם הקשירה (פרק ד') - ובין תרופות פסיכיאטריות מסוימות, מגביר את הסיכון למוות כתוצאה מכבילה ומריתוק.²⁰ חשיפת שורת מקרי מוות כתוצאה מקשירה בארה"ב בסוף שנות התשעים היוותה תפנית בהתייחסות הציבורית והמקצועית לתופעת הקשירות, ובעקבותיה יושמו שם תוכניות ופרויקטים שתכליתם הייתה לצמצם את התופעה (פרק ה').²¹

"הקשירה הייתה בשבילי שחזור גדול של האונס והאלימות בבית הכל צף לי והתחלתי לרעוד."

רחלה, בת 32, נקשרה במחלקת אשפוז פסיכיאטרי בבית חולים כללי

פגיעה נפשית כתוצאה מקשירה

בנוסף על הפגיעות הגופניות הכרוכות לא פעם בקשירה, ידוע כי זו מובילה אף לפגיעות נפשיות ורגשיות בקרב מטופלים. בחינת ממצאי מחקרים שנערכו בארה"ב, באנגליה ובנורבגיה מלמדת כי אנשים שעברו קשירות דיווחו כי חשו כעס, פחד, השפלה, דה-מורליזציה, חוסר אונים, מצוקה, בושה ותחושת חילול ה'אני'.²²

נזקים נפשיים אלה אף עלולים להוביל לטראומה נפשית למטופל,²³ ובעקבותיה אף להיווצרות מצבי דחק פוסט-טראומטיים.²⁴ טראומה זו מכונה 'טראומת המחסה' (sanctuary trauma), והיא תוצאה של פחד עמוק, אימה או חוסר אונים, הנגרמים למטופל מצד איש הצוות המטפל בו, במקום שאמור להיות מגון ובטוח. ידוע כי לטראומה מסוג זה יש השפעה שלילית מוגברת על תחושת הערך העצמי של המטופל, וכן יש בה פוטנציאל החמרה של סימפטומים נפשיים קיימים.²⁵ כאשר מדובר במטופלות אשר עברו בעבר תקיפה מינית, ידוע כי חוויית הקשירה מובילה לעיתים רבות אף לטראומה מחדשת ולשחזור חוויית הפגיעה.²⁶

"הקשירה הייתה אחד הדברים הכי משפילים שעברתי בחיים שלי. למזלי לא נקשרתי ליותר מדי זמן ולמזלי נתנו לי כדורי הרגעה במהלך הקשירה שטשטשו אותי. כל מה שאני זוכרת זה שאחרי פרק זמן מסוים ההורים שלי הגיעו והיו כל כך מזועזעים מהמראה שלי שהם שחררו אותי מהמחלקה באותו רגע בניגוד להמלצת הרופאים."

עינת, בת 15, נקשרה במרכז לבריאות הנפש אברבנאל

קשירה פוגעת בכבוד האדם

השפלה, חוסר אונים ופחד

קשירה אינה מסבה פגיעות פיזיות או נפשיות בלבד, אלא פוגעת בעניין ערכי יסודי, המשותף לכל אדם באשר הוא והמגדיר את אנושיותו.

במענה לשאלה 'מה הרגשת במהלך הקשירה?' ענו המשתתפים

במשאל בזכות תשובות מצטברות. 70% מהם ציינו כי **הרגישו**

השפלה. 50% ציינו כי הרגישו פחד.

משתתפי המשאל ציינו שבמהלך הקשירה חשו: "חוסר אונים מוחלט, רציתי להיעלם"; "חוסר הקשבה, תסכול, עלבון, חוסר צדק, חוסר התחשבות"; "הרגשתי שרוצחים לי את הנשמה, תחושה איומה מאוד של חוסר אונים"; "אכזבה, עצבות נוראה, חוסר ביטחון. הרגשתי אבודה".

השפלת אדם וביזיון, גם אם אינם מכוונים, מהווים פגיעה אינהרנטית בכבודו. אין מחלוקת כי הזכות לכבוד, שהיא זכות יסודית, נתונה לכל אדם באשפוז פסיכיאטרי, יהיה מצבו אשר יהיה. כלל יסוד זה הבהיר לפני שנים בית המשפט העליון כך:

"זכותו [של מטופל המתמודד עם מוגבלות נפשית, ש.פ.] היא זכותו של כל אדם. כבודו שלו הוא

כבודו של כל אדם אחר. פגיעה בחירותו כמוה כפגיעה בחירותו של כל אדם אחר. אדם אינו מאבד

את זכותו לכבוד ולחירות אם הוא חולה נפש.²⁷

"הראש שלי היה מפוצץ מרוב כעס על כך שקשרו אותי והשפילו אותי למרות שלא עשיתי כלום ולא הייתי מסוכן לאף אחד. הכי מתסכל שלא משחררים אותך אם אתה לא נרגע. שאלתי אותם, איך אני אמור להירגע במצב כזה? נשארתי קשור חמש שעות, עד שנמאס להם."

אלכס, בן 30, נקשר במרכז לבריאות הנפש שער מנשה

תחושותיהם של מטופלים שנקשרו, וביניהם השפלה, ביזוי ופחד, אוששו היטב במחקרים שנערכו בעולם.²⁸ מטופלים דיווחו בהקשר זה גם על חוסר אונים, הנעוץ בכך שהם נתונים לחסדי מי שקשרו אותם. כן דווח רבות על פחד מפני הבלתי נודע: מה יקרה לי תוך כדי הקשירה, אם ומתי ישחררו אותי.²⁹

ממצאים אלו אוששו גם בארץ: מחקר שנערך במרכז הרפואי לבריאות הנפש לב השרון ופורסם בשנת 2011 מלמד כי רוב

המטופלות שנקשרו דיווחו על תחושות השפלה, אפסיות וחוסר ערך עצמי במהלך קשירתן. המטופלות אמרו על עצמן שהרגישו, "כמו אפס" ו"כמו כלבה".³⁰ מחקר נוסף שנערך בקרב מטופלים צעירים במרכז הרפואי גהה ופורסם בשנת 2013 מאשש כי השפלה ובושה הן תחושות חזקות ועקביות בקרב מטופלים שנקשרו.³¹ מחקר אחר שנערך במרכז הרפואי לבריאות הנפש מזר (מזרע) מצא כי 86% מהמטופלים ציינו כי הקשירה גרמה להם השפלה. יתרה מכך, גם 55% מאנשי הצוות שהשתתפו במחקר חשו כך.³²

על הפגיעה בכבודו של אדם כתוצאה מקשירתו ניתן ללמוד גם מפסק דינו של בית המשפט המחוזי אשר קבע בהקשר דומה, כי איזוק עצירים במהלך הסתכלות בבית חולים פסיכיאטרי, מהווה פגיעה עמוקה בכבודם ומשול בנסיבות מסוימות לקשירת חיה.³³

המחקר בעולם מאשש כי תחושות ההשפלה מלוות את המטופלים שנקשרו גם זמן רב לאחר השחרור מבית החולים, לרבות אלו שנקשרו רק פעם אחת. רוב המטופלים ציינו את הקשירה כאירוע השלילי המשמעותי ביותר שחוו במהלך האשפוז.

פגיעה בפרטיות

כחלק מזכותו היסודית של אדם לכבוד מצויה גם זכותו לפרטיות ולצנעת גופו. מטופלים רבים מדווחים כי אקט הקשירה פגע בצנעתם באופן הבסיסי ביותר. משתתפי משאל בזכות ציינו: "לא יכולתי לסבול שהם הסתכלו על הגוף שלי במיטה"; "אנשים עברו בחלון וראו אותי קשורה"; "שמו לי חיתול ספיגה כשכל האחים היו בחדר".

ניכור ובדידות

מטופלים שנקשרים מתארים גם חוויה של נטישה, ורבים חווים תחושות קשות של בדידות וניכור. המחקרים בעולם מאששים כי תחושת המטופלים שלפיה מתנכרים אליהם היא מרכיב מרכזי בחווייתם. רבים מדווחים כי גם כאשר נכנסים אליהם אנשי צוות הם מסתפקים בחילופי דברים טכניים, אינם מעניקים להם יחס אנושי ולא מגלים כלפיהם אמפתיה.³⁴ רוב משתתפי משאל בזכות דיווחו על תחושת ניכור במהלך הקשירה וצינו כי: "האחות רק הסתכלה דרך החלון"; "האח לא דיבר, הוא רק

נכנס להחליף לי חיתול פעמיים"; "הם צפו במצלמות"; "נכנסו אליי רק להחליף לי טיטול או להאכיל אותי בכף".

לפי התקנות לחוק טיפול אמור איש צוות סיעודי להיכנס לחדר הקשירה מדי חצי שעה לפחות ולבדוק את המטופל.³⁵ אף שיתכן כי היה בכך כדי להקל את תחושת הבדידות שחשים מטופלים, מהנתונים שבידינו נראה שהוראה זו אינה מתבצעת בכל בתי החולים. רק 40% ממשתתפי משאל בזכות ציינו כי נכנס אליהם איש צוות סיעודי או רופא במהלך הקשירה.

כמו כן, מטופלים לא מעטים ציינו בפנינו כי היו חווים הקלה לו ניתן היה להם להיות מלאים על ידי בן משפחה או מכר במהלך הקשירה. האופציה אינה מוצעת למטופלים כיום.

מבין כלל משתתפי המשאל שביקשו שיתלווה אליהם חבר או בן המשפחה במהלך הקשירה או שיתאפשר להם לשוחח עימו בטלפון, 97% נענו **בסירוב**.

"קשרו אותי ארבעה אחים ואחות. הפריע לי שנגעו בי בחזה ושהאחים שראו זאת צחקו. יש לציין שאני דתייה כך שאי הנעימות הייתה גדולה."

מיטל, בת 20, נקשרה בבית חולים פסיכיאטרי במרכז הארץ

"כשהיו גורדים אותי לחדר קשירה היו נופלים לי המכנסיים או שהחולצה עלתה למעלה לגמרי, וכל המטופלים האחרים היו צופים."

אוריאנה, בת 17, נקשרה במרכז לבריאות הנפש גהה

"הגעתי למיון בית החולים עם חבר מיוזמתי. הייתי בהתקף מאני, והרגשתי שאני אריה. הייתי סוער, אך לא הייתי אלים, לא כלפי עצמי ולא כלפי אחרים. הלכתי הצדה לנסות להירגע אבל הם חשבו שאני בורח, זינקו עליי וקשרו אותי. בדיעבד זה היה הדבר הכי גרוע לעשות. לקשור אדם במצב מאני זה להיכנס בו חזיתית, זה לשבור במקום להרגיע. ביקשתי כמה פעמים שיאפשרו לחבר שלי שחיכה בחוץ להיכנס אליי לחדר ולשבת לידי, כדי שאוכל לדבר איתו ולהירגע, אך אנשי הצוות לא הסכימו. שכבתי שם לבד, כשהמחשבות והפחדים שלי רצים במוח. אפילו לא יכולתי לדעת כמה זמן עבר כי לא שענו התלוי על הקיר לא עבד."

איתן, בן 31, נקשר במרכז לבריאות הנפש בבאר שבע

לסיכום, נקודת המוצא - המגובה בעדויות מטופלים וכן בספרות מקצועית ומחקרית מהארץ ומהעולם - היא כי קשירתו של אדם, באשר הוא אדם ובאשר הוא מטופל השם מבטחו במטפלי, היא פעולה הפוגעת בצורה בוטה וברורה בזכויותיו הבסיסיות אשר זכו בשיטתנו המשפטית למעמד של זכויות חוקתיות: החל מהזכות לשלמות הגוף, ולעיתים אף הזכות לחיים, ועד הזכות לכבוד ולצנעת הגוף.

פרק ב'

קונצנזוס בקרב גופי זכויות אדם בינלאומיים וגורמים מקצועיים: קשירה פוגעת בזכויות אדם

לאור ההבנה ההולכת וגוברת בדבר התוצאות השליליות של קשירת מטופלים התגבשה החל מסוף שנות התשעים ההכרה בקרב גופי זכויות אדם בקהילייה הבינלאומית כי קשירה פוגעת פגיעה בלתי חוקתית בזכויות אדם. כן הובהר כי על מדינות וממשלות לנקוט צעדים פרו-אקטיביים כדי לצמצם את היקפיה ואת שכיחותה, עד ביטולה המוחלט.

בשנת 1991 הפנתה **מועצת האו"ם** זרקור על הפרות זכויות אנשים עם מוגבלות נפשית, בקבעה עקרונות להגנה עליהם: Principles for the Protection of Persons with Mental Illness and the Improvement of Mental Health Care. בתוך כך קבעה המועצה, כי קשירת מטופלים היא כלי הפוגע בזכויות אדם, ועל כן מוטלת חובה לנהוג בו בצורה קפדנית ומידתית מאוד.³⁶

ועדת האו"ם לזכויות אנשים עם מוגבלות, הפועלת כגוף המפקח והמתווה מדיניות מכוח **אמנת האו"ם בדבר זכויות אנשים עם מוגבלות** (UNCRPD), קבעה בשנת 2015 כי הפרקטיקה של קשירת מטופלים בבתי חולים פסיכיאטריים אינה עולה בקנה אחד עם הוראות האמנה: לא עם סעיף 14 לאמנה שעניינו הזכות לחירות ולביטחון אישי, ואף לא עם סעיף 15 שעניינו בין היתר הגנה בפני יחס בלתי הומאני, משפיל ואכזרי.³⁷

ועדת האו"ם נגד עינויים United Nations Committee against Torture התייחסה בשנת 2012 באופן מפורש לקשירת מטופלים באשפוז פסיכיאטרי, הדגישה כי פרקטיקה זו מפרה את הכלל ההסכמה ומדעת וגינתה את השימוש המוגזם בה בחלק מהמדינות, בהיותה הפרת הזכות הקבועה בדין הבינלאומי בכל הנוגע להגנה בפני יחס משפיל ובלתי הומאני.³⁸ כך למשל, בהערותיה לדוחותיהן של צ'כיה ונורבגיה קבעה הוועדה כי על מדינות מוטלת חובה לפעול כדי לצמצם את התופעה.³⁹

ד"ח האו"ם בנושא עינויים ויחס לא אנושי ומשפיל קבע בשנת 2013 כי קשירת מטופל עלולה להעלות לכדי עינויים ויחס משפיל. לדידו, משכך, ומכוח עקרונות אמנת האו"ם בדבר זכויות אנשים עם מוגבלות לעיל, על המדינות להטיל **איסור מוחלט** על קשירת מטופלים. עוד קבע כי קשירה אינה יכולה להיות מוצדקת מבחינה טיפולית, וכי מדובר בפרקטיקה אשר עלולה אף להפוך למדרון חלקלק ולהוביל להפרת זכויות נוספות.⁴⁰

בשנת 2015 **קיבל בית הדין האירופאי לזכויות אדם בשטרסבורג** את עתירתה של אישה אשר נקשרה למשך לילה בארבע גפיים בבית חולים פסיכיאטרי בקרואטיה. בית הדין קבע כי כל קשירה מעצם מהותה היא פוגענית וטראומטית ועומדת בסתירה להוראות הדין הבינלאומי. בפסק הדין נקבע כי המטופלת אמנם הייתה תוקפנית קודם לקשירתה, אולם לא הוכח כי הייתה אלימה ממש או עמדה על סף התפרצות אלימה, ועל כן לא הייתה הצדקה לקשירתה. כמו כן נקבע כי צוות בית החולים לא נקט חלופות מידתיות יותר קודם לקשירה.⁴¹

איגודים מקצועיים בארה"ב בתחום בריאות הנפש נקטו אף הם עמדה שלפיה קשירה מהווה פגיעה בזכויות יסוד. בין הגופים הרבים נציין שניים:

האיגוד הארצי של מנהלי תכניות בריאות הנפש National Association of State Mental Health Program Directors קבע בשנת 2011 כי קשירה היא משפילה ומזיקה. האיגוד מסייע למאות מסגרות אשפוז פסיכיאטרי בארה"ב לצמצם את היקפי הקשירה באמצעות מענקים, הדרכות והתוויית קווים מנחים.⁴²

האיגוד האמריקני של אחים ואחיות פסיכיאטריים APNA פרסם גילוי דעת בשנת 2014, שבו קרא לצמצום הקשירות בשאיפה לביטול המוחלט, וזאת מתוך המחויבות של אחים ואחיות לכבוד המטופל, לביטחון, לתנאים הומאניים, לבחירה ולאוטונומיה.⁴³

לסיכום, לצד דיווחיהם של אנשים שעברו קשירות והידע המחקרי בעניין, עמדותיהם של גופים בינלאומיים וגופים מקצועיים מרכזיים, מבססות אף הן את הטענה כי באירוע הקשירה כשלעצמו טמונה הפרה אינהרנטית של זכויות אדם. הכרה זו צריכה לעמוד לנגד עינינו כהנחת יסוד, עוד לפני השאלה אם אירוע קשירה היה מוצדק ואם נקטו בו בהתאם לחוק ובאופן מידתי, כפי שנרחיב בפרק ד' לדוח.

פרק ג' היקף תופעת הקשירות בשטח

שיעור גבוה של קשירות באשפוז פסיכיאטרי

ברור כי ככל שהשימוש בקשירות רווח יותר, כך גם מתעורר ספק אם מדובר בפרקטיקה סבירה, מידתית או ראויה. לא פעם שמענו אנשי צוות הטוענים כי מדובר בתופעה מצומצמת, וכי השמועות על אודותיה מוגזמות. אולם הנתונים המעודכנים שבידינו מראים כי תופעת הקשירות למעשה רווחת מאוד. לפי אומדן המבוסס על נתונים שנמסרו לנו ממשרד הבריאות, ניתן להעריך כי **שיעור הקשירה הארצי הממוצע של מטופלים באחד-עשר בתי חולים פסיכיאטריים שלגביהם התקבלו נתונים במהלך שנת 2014, עמד על כ-23%. פירוש הדבר, כי כמעט כל מטופל רביעי אשר אושפז בבתי חולים אלה אושפז קרוב ל-14,300 מטופלים, ומתוכם נקשרו 3,316 איש.** לגבי שנת 2015, קיבלנו לידינו מידע המתייחס רק למחצית השנה ורק ביחס לעשרה בתי חולים. בהתבסס על נתונים אלה אומדן שיעור הקשירה לשנה זו עומד על כ-24%.⁴⁴

יש לציין כי במסגרת המענה לבקשתנו לא נמסר לנו מידע כלל על היקפי הקשירות בבתי החולים הפסיכיאטריים גאה והרצוג, ואף לא בבתי החולים הכלליים שבהם יש מחלקות פסיכיאטריות גדולות, ובהם תל-השומר והדסה.

משאל בזכות מעלה כי **אין ולו בית חולים פסיכיאטרי אחד, מתוך שלושה-עשר בתי החולים הציבוריים, שבו לא נקשרים מטופלים.** משתתפי המשאל גם דיווחו על קשירות בהיקפים בלתי מבוטלים בחלק מבתי החולים הכלליים שבהם מחלקות פסיכיאטריות: הדסה, תל-השומר, זיו והרצוג, בסדר יורד.

לאור אלה, ניתן להעריך כי שיעור הקשירות בארץ הנו גבוה בהשוואה למדינות מערביות אחרות. הנתונים הרשמיים על שיעור הקשירות בארץ לא פורסמו למעלה מעשרים שנה, וממילא מקשה הדבר על ביצוע מחקר השוואתי הבוחן את שיעור הקשירות אצלנו לעומת מדינות אחרות. אולם עוד בשנת 1995, כאשר פורסם כי שיעור הקשירות בישראל עמד על 13.4%, הוא היה מהגבוהים בעולם המערבי.⁴⁵ מאז החלו מדינות מערביות רבות לנקוט מאמצים לצמצום הקשירות והיקפי הקשירות ברבות מהן ירדו, כפי שנרחיב בפרק ה' לדוח, ובה בעת שיעור הקשירות בישראל עלה אבסולוטית מסיבות שונות.⁴⁶

חרף הקושי המתודולוגי המשמעותי לערוך השוואה בעניין זה בין מערכות בריאות במדינות שונות,⁴⁷ מעניין העיון בנתונים העולמיים. בגרמניה לדוגמה עמד שיעור הקשירות הממוצע בשנת 2012 על 6.2%, וזאת בעקבות מאמצי הפחתה שננקטו בה בשנים האחרונות.⁴⁸ בהולנד נעשה ניסיון להקטין את השימוש בקשירות, ומדווח כי שיעור הקשירות בחלק מהמקומות ירד ל-0.9%.⁴⁹ בשווייץ עמד שיעור הקשירות הממוצע בשנת 2007 על 3.4%. בניו זילנד בשנת 2003 עמד על 6.5%, ביפן בשנת 2004 - על 4.1%, בפינלנד בשנת 2007 - על 5%, ובנורבגיה בשנת 2005 - על 2.6%.⁵⁰

שיעורי הקשירה הגבוהים בארץ אף מטרידים לנוכח חוסר הבהירות בשאלה אם כל המטופלים עלולים להיקשר או רק מי שנמצאים באשפוז בכפייה? מהדיווחים שקיבלנו מהשטח עולה כי יש בתי החולים הרואים בקשירה אקט של כפייה, ועל כן לא מחילים אותו על מי שנמצאים באשפוז בהסכמה. אולם יש אחרים שבהם מטופלים נקשרים בלא קשר לשאלה זו אלא על יסוד התנהגותם בלבד. חוק טיפול מכל מקום אינו קובע כך או אחרת.

תכיפות גבוהה של קשירות במהלך האשפוז

”רווית נקשרה במשך ימים למשך שעות רבות. כמעט כל יום ביקרתי אותה וברוב הפעמים מצאתי אותה קשורה. כאשר הקמתי קול צעקה כמעט תמיד שחררו אותה. אבל אם לא הייתי מגיע, אני בטוח שהיא הייתה נשארת קשורה.”

יובל, על אשתו רווית, בת 32, שנקשרה במחלקה הפסיכיאטרית בבית החולים הדסה.

הנתונים שבפנינו מעלים כי אנשים רבים נקשרים יותר מפעם אחת במהלך אשפוזם. החוק אינו מגביל את מספר הפעמים שבהן ניתן לקשור אדם במהלך אשפוזו ואף לא את מספר הפעמים שניתן לעשות זאת ברצף.

למרות בקשתנו המפורטת מכוח חוק חופש המידע, משרד הבריאות כאמור, לא סיפק לנו מידע חשוב אף ביחס לשאלה: כמה פעמים נקשרים אנשים בממוצע במהלך האשפוז. בהיעדר נתונים מדויקים, מעניינים ממצאיו של סקר משרד הבריאות 1995, שלפיו מתוך סך

האנשים שנקשרו, מחציתם נקשרו יותר מפעם אחת במהלך חודש המחקר. מתוך האחרונים, 30% נקשרו בין פעמיים לשלוש, 12% נקשרו בין ארבע לשש פעמים ו-12% נקשרו יותר משבע פעמים.⁵¹ נראה כי לא חל שינוי משמעותי בנתון זה בעשרים השנים האחרונות.

מחצית מהמשתתפים במשאל בזכות דיווחו כי נקשרו יותר מפעם אחת במהלך אשפוזם. מתוך אלו, מרביתם דיווחו כי **נקשרו שלוש פעמים ומעלה**. אחוזים בודדים דיווחו כי נקשרו עשרות פעמים במהלך תקופת האשפוז.

”היו הרבה פעמים שקשרו אותי. אני זוכרת שספרתי ביחד 32 פעמים בשני האשפוזים שלי, שהיו שנה אחרי שנה. (...) היו אחים שנראו לי שלקחו את ההתנהגות שלי אישית והיו מפעילים עליי הרבה כוח מתוך רוע. למרות שאני יודעת שרוב האחים ידעו שהתפקיד שלהם היה לשמור עליי, והם לא קשרו אותי כי היה להם משעמם.”

יוליה, בת 16, נקשרה במרכז לבריאות הנפש גהה

בהקשר זה נציין, כי בין האנשים שפניותיהם טופלו על ידי ארגון בזכות בשנים האחרונות, נמנו שני מטופלים שנקשרו באופן תכוף, כמעט יומיומי, במשך חודשים רצופים. אמנם מדובר במקרים קיצוניים ובאנשים שהטיפול בהם הציב אתגרים מקצועיים מורכבים; עם זאת, מקרים אלה ממחישים כי בהיעדר מגבלה חוקית על תכיפות הקשירה, מתאפשרים מצבים שבהם אדם ייקשר יום אחר יום, כך למשך ימים. יש לציין כי בעקבות פניותינו, צוות בית החולים הפסיכיאטרי איתנים, שבו אושפז אחד האנשים, יזם פתרונות

התנהגותיים וטיפוליים, שמנעו כמעט לגמרי את המשך הצורך בקשירת המטופל. האדם השני, שהיה מאושפז במרכז לבריאות הנפש שער מנשה, עבר לבית חולים אחר בצפון, ושם כמעט שאינו נקשר.

משכי זמן ארוכים של קשירות

בהתאם לדין, אין הגבלה על משך הקשירה הכולל של אדם. החוק קובע כי קשירה תיעשה "רק במידה הדרושה" ול"זמן מוגבל".⁵² התקנות לחוק טיפול מבהירות כי קשירה מוגבלת לארבע שעות; אולם בה בעת מבהירות כי ניתן לחדש את ההוראה שוב למשך ארבע שעות נוספות ללא תקרת זמן.⁵³ משכך, כיום אין מניעה חוקית לכך שאדם ייקשר במשך לילה שלם, יממה, וכן הלאה.

כפי שצוין לעיל, לא קיבלנו ממשרד הבריאות מענה לשאלתנו: למשך כמה זמן נקשרים מטופלים בממוצע בכל פעם. בהיעדר מידע מעודכן, העיון בסקר משרד הבריאות 1995 מגלה כי אורך הזמן הממוצע של קשירות בישראל עמד אז על שש שעות.⁵⁴ לפי משאל בזכות יתכן שלא זו בלבד שהמצב לא השתפר, אלא שככל הנראה אף החמיר. 40% ממשותפי המשאל דיווחו כי נקשרו לפרק זמן של עד ארבע שעות ברצף. מבין יתר המטופלים, כמעט מחצית דיווחו שנקשרו ארבע עד שמונה שעות. חמישית מהאנשים דיווחו שנקשרו 8-12 שעות. רבע ציינו שנקשרו חצי יממה עד יממה. מספר בודד על אנשים ציינו שנקשרו אף מעל יממה ברצף.

"כל היום צעקתי שאתאבד ובסוף היום גם הראיתי להם את הכדורים שהחבאתי מתחת למזון. למרות שהחרימו לי את הכדורים ולמרות שלא הייתי רצינית, הם קשרו אותי. הייתי קשורה כל הלילה. בכל פעם שנכנס לחדר אח או אחות התפרצתי עליהם, צעקתי וקיללתי, במיוחד כשהם הסתכלו עליי ברחמים. הם ראו גם ששפשפתי את היד מהרצועות מרוב שהייתי עצבנית. נאמר לי כי אם אמשיך לצרוח אשאר קשורה, ושישחררו אותי רק כשאידגע ואבין מה טוב בשבילי. הייתי מותשת ולפנות בוקר נרדמתי. כשהתעוררתי ראיתי שפתחו לי את הרצועות."

אורטל, בת 23, נקשרה בבית החולים הרצוג

מהדיווחים שקיבלנו ומשיחותינו עם אנשי צוות⁵⁵ עולה כי מרגע שאדם נקשר, אין לדעת כמה זמן יישאר כך. אמנם קורה שאדם נקשר בשל אלימות קשה, ונותר קשור במצב סוער במשך שעות. אולם פעמים רבות התנגדות המטופל לעצם הקשירה, ללא קשר לחומרת האירוע שהוביל לה, היא שגורמת לאנשי הצוות להשאירו קשור למשך זמן רב. על אפקט 'מלכוד 22' זה - שבו אם אדם סוער מאוד על כך שהוא נקשר, ללא הצדקה בעיניו, הוא ייחשב מסוכן ויישאר קשור למשך זמן רב יותר - קובלים מטופלים רבים. הנתונים מלמדים כי לא רק התנהגותו של המטופל במהלך

הקשירה משפיעה על משך הזמן שבו יישאר קשור, אלא גם התנאים האובייקטיביים השוררים במחלקה, ובכלל זה מצוקת כוח אדם. סקר משרד הבריאות 1995 מציין כי פרמטר משמעותי בהקשר זה הוא המשמרת שבמהלכה נקשר האדם. בעת משמרת לילה או משמרת שבת או חג, אירועי הקשירה היו הארוכים ביותר.⁵⁶ במהלך משמרות אלה פועל צוות מצומצם יותר, ופוחתות היכולת והמוטיבציה להקצות איש צוות שייכנס לחדר הקשירה, ישוחח עם האדם, יבדוק את מצבו, ויסייע לו לשוב למחלקה. על כן, אנשים נשארים קשורים הרבה מעבר לזמן הדרוש.

קשירת מטופלים שהם ילדים ובני נוער

לא ניתן להתייחס להיקף תופעת הקשירות בלי לציין כי ילדים ובני נוער נקשרים לא פחות מאשר מטופלים בגירים. החוק אינו מבחין בין קשירת בגירים לבין קשירת קטינים, ולא קיימים במרבית בתי החולים עצמם כללים המתייחסים באופן מיוחד לקשירת ילדים ולבני נוער.

מחקר שנערך במחלקת נוער בגהה ופורסם בשנת 2013 העלה כי הזמן הממוצע שבו נקשרו משתתפי המחקר,

”הגעתי בלילה עם ההורים שלי לחדר מיון. זה היה אשפוז ראשון שלי והם נשארו איתי כמעט עד הבוקר, ואז חזרו הביתה לאחים שלי. אמרו להם שמתכוונים להעביר אותי למחלקה פתוחה ושיהיה בסדר, אבל בבוקר אחרי שהם עזבו כבר קשרו אותי. בסופו של דבר נשארת קשור למשך 48 שעות ובנוסף הזריקו לי זריקות שהפכו אותי לזומבי.”

טדי, בן 16, נקשר במחלקה פסיכיאטרית בבית החולים תל-השומר

שגילם הממוצע היה מעט פחות מ-17 שנים, היה 5.2 שעות.⁵⁷ נתון זה נופל כמעט ממשך הזמן הממוצע שבו נקשרו כל המטופלים בארץ כאמור לפי סקר משרד הבריאות 1995.

בידי מי שיקול הדעת לאשר קשירה?

לכאורה בהתאם לחוק, שיקול הדעת העיקרי בשאלה אם לקשור מטופל ובאילו נסיבות ראוי לעשות כן מצוי בידי הרופא, ורק במקרה חריג שבו נדרשת קשירה דחופה והרופא אינו זמין, מואצלים הסמכות ושיקול הדעת על אנשי הצוות הסיעודי.⁵⁸ במקרה זה עליהם להשיג את הסכמת הרופא לקשירה במהירות האפשרית, ובמידה שזו אינה מושגת, עליהם להתיר את המטופל.⁵⁹

לצורך השוואה, במתקנים של שירות בתי הסוהר בישראל, בהם שוהים אנשים שעל פניו מסוכנותם גבוהה יותר, קשירה בארבע גפיים אינה סמכות הנתונה לאנשי הצוות בשטח. קשירה כאמור מחייבת אישור מראש מאת מנהל בית הסוהר או מאת סגנו. זאת אף במקרי חירום שבהם אין אפשרות סבירה להשיגם, ואז הסוהר רשאי לכבול את האסיר רק בשתי גפיו.⁶⁰

אולם, בכל הנוגע לאשפוז פסיכיאטרי מראים הנתונים כי רוב מקרי הקשירה מנוהלים ומבוצעים על-פי החלטת הצוות הסיעודי, ללא מעורבות דרג ניהולי ואף לא רפואי. ההוראה, שלפיה רופא הוא שאמור להחליט בדבר קשירת מטופל, אינה מיושמת בשטח. כך למעשה, החריג שבחוק הפך לדרך המלך. מחקר שנערך בישראל ופורסם בשנת 2003 מעלה כי 73% מהרופאים חתמו על הוראת קשירה לאחר שהמטופל כבר נקשר בידי אנשי צוות סיעודי. רק כ-18% מהרופאים בדקו את המטופל טרם קשירתו.⁶¹ יתרה מזאת, ממחקר זה אף עלה כי הרופאים נוטים לאשרר את הוראת הקשירה בדיעבד ללא עוררין. 50% מהרופאים ציינו כי נעתרו תמיד לבקשת הצוות הסיעודי ואישרו את הקשירה בדיעבד, וכרבע ענו כי הם בדרך כלל נעתרו.⁶²

74% ממשתתפי משאל בזכות ציינו כי **לא בדק אותם רופא קודם לקשירתם.**

יתרה מכך, ידוע לנו על מקרים שבהם חתימת הרופא בדיעבד על הוראות קשירה מנוצלת לרעה. במחלקות אשפוז מסוימות התברר כי רופאים חתמו מראש על דף קשירות ריק, על מנת שזה ישמש את הצוות הסיעודי

בעת הצורך. כן ידוע לנו כי במחלקות מסוימות ממתינים אנשי הצוות הסיעודי עד לסיום אירוע הקשירה כולו, ורק אז פונים אל הרופא כדי להחתימו בדיעבד על כל משך הקשירה.

מספרת גנית, מדריכת שיקום שהגיעה למחלקה בבית חולים פסיכיאטרי במרכז הארץ כדי לשחרר את ע' ולהשיבה להוסטל: "כשנכנסתי למחלקה אמרו לי שיש תקרית אלימה באחד החדרים וביקשו ממני לחכות בתחנת האחיות. התיק הרפואי של ע' היה פתוח על השולחן. הצצתי וראיתי בתוכו דף קשירות ריק שבו נותרה עמודת השעות והתאריך ריקה אך מולא שמה של ע' וכן מולאה עמודת חתימת הרופא, בחתימתו ובצירוף חותמתו."

"הגעתי למחלקה בשעה 13:00 וראיתי את רווית שוב קשורה ומרוחה בצוואה ושתן. בידרתי והבנתי שהיא קשורה מאתמול ב- 20:00 - משמע 17 שעות! ניגשתי לאח ג' ושאלתי אותה: למה רווית קשורה מאתמול? הוא ענה לי: היא הייתה סוערת ולא רצינו שזה יתפתח הלאה. ניגשתי אל האחיות א' וביקשתי ממנה להתיר את רווית, והיא צעקה עליי: "לא מתאים לך הטיפול פה תיקח את אשתך ותעוף מפה". ביקשתי ממנה לראות את חתימות הרופא על 17 שעות הקשירה והיא הראתה לי דף לא חתום (יש לי צילום שלו בסלולרי שלי)."

יובל על אשתו רווית, בת 32, שנקשרה במחלקה הפסיכיאטרית בבית החולים הדסה

העובדה כי ההחלטה לקשור נמצאת בעיקר בידיהם של אנשי צוות סיעודי בולטת במיוחד במצבים שבהם הם מבקשים להאריך את משך הקשירה לארבע שעות נוספות. בהתאם לדין, כל חידוש של הוראת קשירה מעבר מחייב הוראה חדשה בהתאם לממצאי בדיקת רופא.⁶³ אולם הממצאים מהשטח מעלים כי בדרך כלל מוארכת הקשירה ללא בדיקת המטופל. רוב הרופאים, בניגוד לחוק, מסתפקים בדיווח בעל-פה שהם מקבלים מאיש הצוות הסיעודי, שלפיו הוא ראה את מצבו של המטופל וסבור כי קיימת הצדקה להמשך הקשירה.

רק כ-13% ממשותפי משאל בזכות ציינו כי רופא נכנס לחדר הקשירה ודיבר אתם במהלך זמן הקשירה.

עוד יצוין כי לרוב, אירועי הקשירה אינם מפוקחים על-ידי דרג בכיר בבית החולים בזמן אמת: רוב מנהלי המחלקות ומנהלי בתי החולים אינם מקבלים דיווח על הקשירה בזמן התרחשותה, ואף לא בדיעבד. בנוסף, לפי מידע שנמסר לנו ממושרד הבריאות, המשרד עצמו אינו דורש נתונים תקופתיים סדורים מבתי החולים בעניין.

לסיכום, שיעור הקשירות בבתי החולים מלמד כי התופעה רווחת ונוכחת מאוד. כרבע מהמטופלים נקשרים במהלך אשפוזם. גם אנשים שלא נקשרו מכירים את התופעה ויראים ממנה. היעדר מגבלה חוקית על חידוש הוראת הקשירה או על הזמן הכולל שבמהלכו ניתן לקשור מטופל, מביאים לכך שמטופלים, בגירים וקטינים, נקשרים במשך שעות, לעיתים אף במשך ימים שלמים. כמו כן, משום שאין בדין הגבלה על תכיפות אירועי הקשירה, אנשים רבים נקשרים כמה פעמים במהלך תקופת אשפוזם. בנוסף, ולמרות חומרת הפגיעה, ההחלטה לקשור מטופל נתונה בידי איש צוות בודד במחלקה; אין בקרה על עצם ההחלטה לקשור מטופל או על הארכת קשירתו; לא ברמת בית החולים הבודד ולא ברמת הרגולטור.

פרק ד' פרקטיקת קשירת מטופלים בשטח – מנוגדת לחוק ובלתי מידתית

אקט הקשירה, כפי שהרחבנו, פוגע באופן עמוק בזכויות יסוד של כל אדם. עם זאת, שיטתנו המשפטית מכירה בכך שלעיתים אין מנוס מהפגיעה, בתנאי שזו נעשית כחוק ובמידה שאינה חורגת מן הנדרש. מכלול הנתונים שבפנינו מעלים כי פרקטיקת הקשירה ברוב מסגרות האשפוז הפסיכיאטרי בישראל מפרה שני תנאים יסודיים אלה. קשירות רבות מבוצעות במצבים שאינם נמנים כלל על העילות הנקובות בחוק טיפול, ואף אינם מתיישבים עם פרשנות סבירה וראויה שלהן: מטופלים רבים נקשרים בשל 'אי שקט', במטרה לקטוע התנהגות סוערת ותזזיתית; וחלקם אף נקשרים בשל הפרות משמעת וחוסר שיתוף פעולה, שאז מטרת העניין היא ענישה וחינוך. כמו כן, גם במצבי סכנה לכאורה שבהם החוק מתיר קשירה, חלק גדול מהאירועים ננקטים מעבר לנדרש והיד קלה על ההדק. אנשים נקשרים גם כאשר החשש לאלימות פיזית הוא קטן או ערטילאי; הם נקשרים גם כאשר אלימותם היא מילולית בלבד או מוגבלת לרכוש; והם נקשרים אף שלכאורה ניתן היה להתמודד עם התנהגותם באמצעים פחות פוגעניים. משכך, אין מנוס מהמסקנה כי זכויות אדם חוקתיות של מטופלים רבים נפגעות שלא כדין ומופרות באופן בלתי מידתי.

קשירה ננקטת בניגוד להוראות החוק

בהתאם לחוק ניתן לקשור מטופל: "לצורך הטיפול הרפואי בו או כדי למנוע סכנה לעצמו או לזולתו".⁶⁴ מהנתונים עולה כי העילה של 'מתן טיפול רפואי' כמעט אינה רלוונטית, שכן בבתי חולים פסיכיאטריים לא ניתנים טיפולים רפואיים מורכבים המצריכים את נטרול המטופל למשך זמן ממושך.⁶⁵ לפי סקר משרד הבריאות 1995, רק בכ-3% מהמקרים הרקע לקשירה היה מתן טיפול רפואי.⁶⁶ בכל הנוגע לקשירה על יסוד העילה של 'מניעת סכנה', הדיון מורכב יותר. משיחות שערכנו עם אנשי צוות עולה כי זו הסיבה העיקרית לכך שהם קושרים. אין לכחד כי יחסית למקביליהם במחלקות אשפוז כלליות, אנשי צוות פסיכיאטרי חשופים יותר לתוקפנות, לאיומים ולאלימות פיזית מצד מטופלים. מנקודת מבטם, בהיעדר חלופות אחרות, הקשירה מהווה אמצעי הגנה זמין ואמין. אלא שמנקודת מבטם של המטופלים, ואף שהנייר סובל הכל, ברוב המקרים התנהגותם לא באמת עלתה לכדי סכנה.

אנשים נקשרים בשל מצבי 'אי-שקט'

"יש לי חרדות כדי להירגע עברתי במסדרון ונגעתי בכל דבר שהיה בצבע לבן, חום או שחור. לא גרמתי נזק. האחים אמרו לי להיכנס לחדר ואם לא, ייקשרו אותי. זה רק הגביר את החרדות שלי והמשכתי לגעת בדברים שהיו בצבעים אלו. כשיצאתי מהחדר פעם נוספת ניגשו אלי שני אחים, והובילו אותי בידיים לחדר קשירה. קשרו אותי ונשארתי קשור במשך שעותיים. בערב אותו דבר חזר על עצמו. שוב נגעתי בחפצים במסדרון וכשהם איימו שיקשרו אותי נכנסתי לחדרה גדולה יותר והמשכתי לגעת ביתר שאת הפעם קשרו אותי למשך חמש שעות."

אילן, בן 50, נקשר בבית החולים גהה

משרד הבריאות, כאמור, לא סיפק לנו מענה לשאלה, מהן הסיבות הרווחות הלכה למעשה לקשירת מטופלים. אולם, על פי נתוני סקר משרד הבריאות 1995 רוב האנשים נקשרים משום שהם מצויים במצבי 'אי-שקט' (agitation).⁶⁷ אלו מצבים הנובעים מפעילות פסיכו-מוטורית מוגברת כתוצאה ממתח נפשי, מצבי דחק או פחד, ומתבטאים בהתנהגות נטולת מטרה ברורה, כגון הליכה הלך ושוב, דיבור חסר פשר, ובכי או צחוק מוגזמים. הסקר מונה דוגמאות למצבים מעין אלו אשר הובילו בפועל לקשירת מטופלים: "(המטופל) דופק על דלת הרופא"; "מסתובב במחלקה"; "מדבר ללא הפסקה" ו"מציץ".⁶⁸ ממשאל בזכות עולה תמונה דומה, שלפיה לא פעם התנהגויות אלו גוררות כעס ומתח מצד אנשי הצוות, או התעסקות מוגזמת במטופל, והקשירה נועדה למונעם. כ-35% ממשתתפי משאל בזכות דיווחו כי נקשרו משום שצעקו או קיללו.

משתתפי המשאל אף מציינים: "יצאתי בלילה הרבה פעמים לשתות מים, וכנראה זה פשוט לא התאים לאלו שהיו במשמרת"; "לא היה להם כוח להתעסק אתי באמצע הלילה"; "נראה לי שפשוט רצו שקט ממני"; "האח אמר לי שאני משגע אותו, ושאלם לא אפסיק יקשרו אותי למשך כל הלילה."

מחקר שנערך במרכז לבריאות הנפש לב השרון ופורסם בשנת 2009⁶⁹ אכן מעלה כי מצבים מעין אלו, שבהם המטופלים מתגרים באחרים, מטרידים או 'מציקים', נתפסים בשטח כמצדיקים קשירה. כ-42% מהצוות הסיעודי סברו כי הקשירה מוצדקת כאשר מטופל מציץ לחולים אחרים במחלקה. כשליש סברו כי היא מוצדקת כאשר מטופל מתגרה במטופלים אחרים או מתפשט בפומבי. כרבע מאנשי הצוות סברו כי מוצדק לקשור מטופל המעורר מהומה במחלקה, וכ-15% סברו כי מוצדק לקשורו אם הוא מציץ לצוות הסיעודי.

"רן אושפז במחלקת גברים שחלקם אלימים. הצוות קשר אותו הרבה פעמים, משום שלטענתם התנהגותו הייתה בלתי נשלטת ומטרידה מאוד, ועלולה הייתה להסתיים בכך שמישהו אחר במחלקה יתקוף אותו. למשל, הוא מדבר בלי סוף, נכנס ויוצא מחדרים של אחרים וכו'. אמרו לנו: אתם מעדיפים שהוא ייקשר או שמישהו מהמטופלים יאבד את הסבלנות וירביץ לו?"

י' על אחיה רן, בן 26, שנקשר במרכז לבריאות הנפש שער מנשה

לעיתים הקשירה במצבי אי-שקט נובעת אף מרצונם של אנשי הצוות להגן על מטופל שהתנהגותו החריגה עלולה 'לסבך' אותו עם מטופלים אחרים. אינטרס זה ברור ומובן, אך גם לגביו תקפה הטענה כי אין מדובר במניעת סכנה כמשמעותה הראויה בחוק. יש לציין את הטענה העיקרית של אנשי צוות שעמם נפגשנו שלפיה פעמים רבות הם מתקשים להכיל את התנהגות המטופלים במצבי אי-שקט ובה בעת להבטיח את צורכיהם של יתר המטופלים. אכן, מחקרים מהעולם תומכים בטענה כי מחסור בכוח אדם המיומן להתמודד עם מצבים אלו, שאינם נדירים כלל בחיי היומיום

במחלקה, מיוחס לשיעור קשירה גבוה.⁷⁰

אולם נוסף על המגבלות האובייקטיביות במחלקה, סקר משרד הבריאות 1995 וכן מחקרים נוספים מראים כי קשירה במצבי 'אי-שקט' נעוצה גם בתפיסות מקצועיות ובתרבות הפנים-ארגונית השוררות במחלקה: ביכולת ההכלה של אנשי הצוות, בסבלנותם ובגישה שלהם כלפי המטופלים.⁷¹ לרכיבים אלה תרומה ניכרת גם להיווצרות פערים בשיעורי הקשירות בין בתי החולים השונים בארץ ובעולם.⁷² לסיכום, אם בוחנים לעומק מקרי קשירות מטופלים על יסוד 'אי שקט', ניתן לראות כי חרף האתגר להכיל מטופלים המצויים במצבים אלו (שהם שכיחים למדי במצבים המצריכים אשפוז), ברוב המקרים לא נועדה הקשירה למנוע סכנה ממשית. מדובר במצבים הדורשים תשומות גבוהות של כוח אדם, סבלנות, יכולת הכלה וכדומה, והקשירה באה במקום אלה. מכאן הטענה כי קשירה שננקטת במקרים אלה אינה עולה בקנה אחד עם הוראות החוק.

אנשים נקשרים בשל אי-שיתוף פעולה

והפרות משמעת - כענישה וכאיום

השלטת משמעת היא תכלית נוספת העומדת פעמים רבות בבסיס החלטת אנשי הצוות לקשור מטופלים. קשירה במצבים אלה מהווה ענישה, ועוד קודם לכן - איום. תכליות אלו אינן מותרות מכוח החוק, ולבטח מנוגדות למהותו ולרוחו. משתתפי משאל בזכות ציינו כי: "קשרו אותי כדי להעניש אותי ולחנך אותי"; "התחכמתי ורצו ללמד אותי לקח"; "נקשרתי כעונש וכחינוך מחדש"; "קשרו אותי כעונש, כדי להראות לי שעדיף לי להתנהג טוב"; "הרגשתי שאני בטירונות או בכלא, כל הפרת משמעת גררה איום בקשירה".

כ-25% מהאנשים שענו על משאל בזכות ציינו כי לדעתם

נקשרו כעונש על התנהגותם. כ-15% סיפרו כי **נקשרו בשל אי-ציות להוראות איש צוות** 1%-10% – בשל העובדה **שביצעו מעשה אסור**. 22% ציינו כי נקשרו כי **לא הסכימו לקבל טיפול או לקחת תרופות**.

"רצו שאתן בדיקת סמים בשתן. סירבתי. שני אחים גררו אותי לחדר הקשירות. תוך כדי שהם סוחבים אותי, אחד מהם צעק שהוא ישים לי קתטר בכוח. נורא פחדתי להיכנס לחדר עם שני גברים ודמיינתי אותם מפשיטים אותי בכוח ומכניסים לי קתטר. זה היה הרגע הכי אימתני בחיי. למרות שבסוף הסכמתי לתת שתן בכוסית בשירותים, הם בכל זאת קשרו אותי כעונש או לא יודעת מה עבר להם בראש. אחרי ארבע שעות ההורים שלי הגיעו וראו אותי בחדר. הם ביקשו שאצא כי לא נראיתי טוב. בדקו לי לחץ דם ומרוב שהרגשתי רע הביאו אותי מיד לבית חולים כללי."

אירית, בת 24, נקשרה במרכז לבריאות הנפש שלוותה

“פעם אחת רציתי לקחת את שקית הפירות שלי שהייתה בחדר האחות. האחות הייתה בטלפון והדלת הייתה פתוחה. השקית שלי הייתה מרחק חצי מטר ממני בלבד. הושטתי יד ולקחתי אותה. האחות עוררה צעקות וקשרו אותי לכמה שעות פעם נוספת קשרו אותי כי סירבתי ללבוש את הטרנינג של בית החולים, כשיצאתי מהמקלחת, והתעקשתי ללבוש את הבגד שלי. בפעם השלישית קשרו אותי כי לא שמעתי בקול הצוות והתעכבתי בחצר. לא הייתי אלימה, רק רציתי עוד קצת שמש.”

מיטל, בת 39, נקשרה בבית החולים הרצוג

“קשרו אותי רק בגלל שהיו ברשותי מספריים קטנות (של גבות/קוסמטיקה). זה אסור. אבל לא ניסיתי לפגוע בשום שלב במישהו אחר או בעצמי.”

חן, בת 19, נקשרה בבית החולים במרכז הארץ

במחלקות אשפוז פסיכיאטרי שוררים כללי התנהגות ומשמעת נוקשים יחסית לאלה שבמסגרות האשפוז הכלליות. מחקרים שנערכו בעולם מבליטים את הקושי של מטופלים 'לתמרן' בתוך מערכת טוטאלית זו, בה מונהגים כללים רבים של 'מותר ואסור'.⁷³

על כך יש להוסיף את מצבם הרגיש של חלק מהמטופלים; את העובדה כי חלקם נמצאים באשפוז בניגוד להסכמתם; ואת חוסר המעש שקיים במחלקות רבות. כל אלה מובילים לא פעם לחוסר שיתוף פעולה ולהפרות כללי ההתנהגות הקבועים במחלקה. לעיתים ההתנגדות ואי-הציות אף מלווים בתוקפנות.

השימוש בקשירות במצבים מעין אלה הוא תופעה מוכרת בעולם. הגם שברוב המדינות, כמו גם בישראל, החוק אינו

מאפשר לקשור מטופל בשל הפרות משמעת ולמטרות ענישה; והגם שרוב אנשי צוות דוחים את ההשערה כי כך הם פועלים, מחקרים מראים כי בפועל אלה הסיבות המדריכות אותם לא פעם.⁷⁴ כאשר בוחנים את מהלך קבלת ההחלטות של אנשי הצוות במצבי של עימות או אי-ציות, אכן מוצאים בהם דפוסים של ענישה והטלת מרות, גם אם אין זו הסיבה המודעת או המוצהרת.⁷⁵

באחד מפסקי הדין המנחים בעניין קשירות מטופלים בארה"ב הורשע איש צוות בעברת הריגה בגין קשירת נער שנחנק מקיאו שלו בזמן שהיה קשור. הנער נקשר משום שהחציף פנים, סירב למלא אחר הוראות הצוות, נקט אלימות מילולית ואף התנגד פיזית לקשירתו, אולם הוא לא היה אלים כלפי אנשי צוות. בית המשפט קבע כי קשירה למטרות ענישה או לשם הטלת מרות ייתכן כי מותרת בבתי כלא, אך אינה עולה בקנה אחד עם זכויות החולה באשפוז פסיכיאטרי.⁷⁶

“נצוב היה לגלות בכל פעם מחדש שהקשירה היא אמנם לא אופציה ראשונה, אבל בטח אחת מהאופציות הראשונות הקיימות במחלקה. איומים על קשירה היו יומיומיים: אם לא תירגע נקשור אותך; אם לא תלכי לישון, נקרא לרופא ונקשור אותך. הפחד מחדר הקשירה היה נוראי ומזעזע.”

גלית, בת 20, נקשרה בבית החולים הפסיכיאטרי איתנים

גם מטופלים שלא נקשרו בסופו של דבר מדווחים כי האיום בקשירה מוחשי בחיי המחלקה ומשמש בפני עצמו כאמצעי להשגת משמעת במחלקה. אין זה נדיר לשמוע מאנשי צוות משפטים כמו “תפסיק או שאקשור אותך”.⁷⁷

קשירה לבקשת המטופל

מעט לעת נשמעת הטענה מצד גורמי מקצוע לפיה הם קושרים מטופלים משום שאלה מבקשים זאת כאשר הם חשים שהם קרובים להתפרצות. אולם בהתאם לנתונים שיש בידינו, מדובר בשיעור קטן של מטופלים, שאין בו כדי להצדיק את ממדי הקשירה הגבוהים שעליהם הצבענו בדוח זה.

🔵 סקר משרד הבריאות 1995 העלה כי פחות מ-2% מהמטופלים **נקשרו על פי בקשתם**. מתוך משתתפי משאל בזכות 5.5% ציינו כי נקשרו על פי בקשתם.

”פעם הצקתי לצוות שיקשרו אותי. הרגשתי שאני מרחפת וזקוקה לקרקוע. בסוף נמאס להם והם קשרו אותי בארבע הגפיים. ברגע שחווייתי את הכבילה המגבילה, נבהלתי, התחרטתי וביקשתי להשתחרר. 'לא, מאוחר מדי, את לא תשגעי אותנו' נשארתי קשורה כך כמה שעות. מעולם לאחר מכן לא ביקשתי להיקשר עוד.”

דליה, בת 37, נקשרה במרכז לבריאות הנפש אברבנאל

אולם גם באותם מקרים בודדים ראוי לשאול אם קשירה לבקשת המטופל ראויה. על פי לשון החוק התשובה לכך שלילית, וכאמור במקרים שבהם החוק מאפשר פגיעה בזכות אדם יסודית, יש להתייחס לרשימת העילות המצדיקות אותה כרשימה מצומצמת דווקנית. בנוסף, כאשר אנשי צוות קושרים אדם בהתאם לבקשתו, לא ברור כלל אם זהו אכן רצונו האמתי.

מחקר שנערך בשבדיה הראה כי בעוד שאנשי צוות סברו כי

קשרו אדם על פי הסכמתו, 58% מהמטופלים ציינו כי הם נדחפו לכך.⁷⁸ ספק אפוא אם תכלית 'כיבוד רצון המטופל' מצדיקה את קשירתו בסיטואציות של יחסי מרות ותלות האופייניים מאוד לאשפוז פסיכיאטרי. שנית, גם במצב שבו ברור כי אדם רוצה להיקשר, נשאלת שאלה מוסרית מורכבת, אם דווקא בהקשר של אשפוז פסיכיאטרי ראוי לכבד את רצונו הפוגעני. לבסוף, קשירה במצבים אלה מקבעת דרך התמודדות בעייתית של אדם. ייתכן מאוד כי מטופלים הורגלו לקשירה, הפנימו את המסר כי זו הדרך היחידה לעזור להם כאשר הם במצבים סוערים, ולכן הם בוחרים בכך. מחקר שנערך ופורסם בשנת 2002 באנגליה, שבה לא נהוגה קשירה כבר שנים רבות, מעלה כי מטופלים אינם מבקשים להיקשר, מאחר שאינם מכירים חלופה זו.⁷⁹

אנשים נקשרים לשם 'מטרות טיפוליות'

אף שאין זו העמדה הרווחת, אנשי מקצוע אחדים סבורים כי לקשירה יש ערך טיפולי. אין חולק כי קשירה בולמת את המטופל, אולם אין עדויות לכך שהיא יעילה בהרגעתו ובטיפול בו.⁸⁰ יתרה מכך, מעבר להשפלה ולפגיעה בזכויות אדם, שאותן פירטנו בפרק א' לדוח זה, הוכח כי לקשירה גם חסרונות רבים מנקודת מבט

”הקשירה גרמה לי לכעוס ולהרגיש מושפלת. נקשרתי כי ניסיתי לפגוע בעצמי ולא הצליחו להשתלט על החרדה שלי. אז מה עשו? קשרו אותי, והקשירה הגבירה לי את הפלשבקים והעלתה את רמת החרדה שהרגשתי.”

עינת, בת 20, נקשרה במרכז לבריאות הנפש באר-יעקב

טיפולית. העמדה המקצועית המקובלת היא כי קשירה במצבי 'אי-שקט' למשל, לא זו בלבד שאינה מרגיעה מטופלים אלא אף מעלה את רמת אי-השקט שבו הם שרויים.⁸¹

"הסיפור המשפחתי שלי עלה והציף אותי ונכנסתי למשבר של בכי וצרחות לא הצליחו להרגיע אותי אז קשרו אותי למשך כל הלילה. אחרי ששחררו אותי החלטתי שאני לא נשארת בבית החולים יותר ולא פותחת את הלב שלי לאף אחד שם. מאותו רגע התחלתי להתנהג הכי טוב שיכולתי, לא שיתפתי עוד את הפסיכולוגית בשום מחשבה ושיחיקתי אותה בריאה. שחררו אותי תוך שבוע. מאז העולם שלי התהפך כמה פעמים אבל לא נכנסתי יותר לשום חדר מיון."

דנה, בת 19, נקשרה במרכז לבריאות הנפש לב השרון (פרדסיה)

מחקרים אף מראים כי קשירה משפיעה באופן שלילי על יחסי האמון בין המטופל לבין איש הצוות שקשר אותו, ואף בינו לבין כלל צוות המחלקה.⁸² כמו כן נמצא כי אנשים שנקשרו הם בעלי סיכויים פחותים יותר לעבור בהצלחה תהליכי שיקום והחלמה במחלקה.⁸³ מחקר שנערך בבית החולים מזור (מזרע) מצא כי רוב אנשי הצוות הסיעודי סבורים כי קשירה פוגעת ביחסי האמון בינם לבין המטופלים, ויוצרת קונפליקטים מקצועיים.⁸⁴

קשירה ננקטת באופן בלתי מידתי

סעיף 34 לחוק טיפול מחייב: "שימוש באמצעי כפייה לגבי חולה מאושפז ייעשה רק במידה הדרושה (...)" עקרון המידתיות המגולם

בדרישה זו מהווה אף עיקרון כללי במשפט המנהלי והחוקתי. מכוחו נדרשים הגורמים המינהליים, ובמקרה זה את אנשי צוות בית החולים, כי כל אימת שהם מפעילים סמכות חוקית ואגב כך פוגעים בזכותו של אדם, עליהם להקפיד על כך שתישמר יחסיות בין המטרה שלשמה הם מבקשים לפגוע בזכות, במקרה זה מניעת הסכנה, לבין עוצמת הפגיעה באדם. כמו כן, הם נדרשים להקפיד כי הפעולה הפוגענית, הקשירה במקרה זה, תינקט רק כחלופה אחרונה כאשר האמצעים הפוגעניים פחות ננקטו או למצער נוס.⁸⁵

"הוצאתי את העצבים שלי על שני כיסאות שהיו בחדר. הרסתי אותם. קשרו אותי מהצהריים ועד הערב. לחברה שלי אמרו שהייתי מאוד אלים. זה הצחיק אותי. אני מצטער על הכיסאות, אבל הם רק כיסאות"

דן, בן 30, נקשר במרכז לבריאות הנפש נס-ציונה

"היה מטפל אחד שלא הסתדר אתי. במהלך האשפוז פגעתי בעצמי קצת, ואיומים בקשירות היו אצלו נוהל קבוע. הוא התריע שאם אעשה עוד משהו אחד הוא יקשור אותי. נתתי אגרוף לקיר אז הוא הפעיל את האזעקה."

מיטל, בת 22, נקשרה בבית חולים פסיכיאטרי במרכז הארץ

באשר לדרישה הראשונה, מהנתונים שבפנינו, נראה פעמים רבות כי הסכנה שבגינה נקשרו מטופלים לא היתה שקולה לחומרת הפגיעה שנגרמה להם במהלך קשירתם. רק 10% ממשתתפי משאל בזכות ציינו כי נקשרו משום שהיו אלימים כלפי איש צוות או כלפי מטופל אחר. היתר נקשרו לטענתן בשל שימוש בשפת גוף או בטון תוקפניים, אלימות כלפי רכוש, אלימות מילולית, איומים וניסיונות בריחה. אלה כולם מצבים המחייבים מענה, אך נראה כי ההחלטה לקשור בגינם הייתה מענה מוגזם.

אלימות כלפי רכוש לא בהכרח מצדיקה קשירה

מטופלים נקשרים בטענה כי היו אלימים גם כאשר פגעו ברכוש בלבד. אין לכחד, לעיתים אלימות כלפי רכוש עלולה להוביל לאלימות כלפי אדם, אך לא תמיד. פעמים רבות נראה כי אין יחסיות בין הפגיעה לרכוש שנמנעה ובין הפגיעה שנגרמה לאדם כתוצאה מקשירתו.

גילוי תוקפנות ואיומים לא בהכרח מצדיקים קשירה

אוירת המשמעת הנוקשה הקיימת בחלק ממחלקות האשפוז, כפי שתיארנו לעיל; התלות המוחלטת של המטופלים בצוות לסיפוק צרכים יסודיים; תרבות הדיבור הנוהגת במחלקות והמצב הנפשי הרגיש של המטופלים - מייצרים פעמים רבות כמות בלתי מבוטלת של מתח. תוצאות 'סיר לחץ' זה הן לא פעם תוקפנות ואיומים מצד מטופלים.

כ-5% ממשותפי משאל בזכות ציינו כי **נקשרו בשל איומים**. כ-35% ממשותפי משאל בזכות דיווחו, כלעיל, כי **נקשרו משום שצעקו או קיללו**. התנהגויות מעין אלו הן ללא ספק מאתגרות, אולם ספק אם הקשירה בגין מוצדקת אם משווים את הסכנה שנשקפה מהמטופל לפגיעה שנרגמה לו מקשירתו.

"הגעתי לפגישה עם הרופאה אחרי שהפסקתי לקחת תרופות. היא ביקשה שאתאשפז אך לא הסכמתי. חיכיתי לה בשקט במסדרון. הגיע אח וביקש ממני לשתף פעולה שאם לא כן יצטרכו לפעול בכוח אך לא הסכמתי לזוז. כמה אחים התקרבו ואחזו בי. הייתי ממורמר, סרקסטי וכועס אך לא הרמתי יד על איש. הם הכניסו אותי למחלקה ומייד לתוך חדר הקשירות. השכיבו אותי בכוח, הלבישו לי טיטול וכך נשאיתי כמה שעות. רק בזכות המחאה של אמא שלי, שהגיעה בינתיים, שיחררו אותי."

רם, בן 46, נקשר במחלקה הפסיכיאטרית בבית החולים תל-השומר

בנוסף, מטופלים מדווחים כי לצד אנשי צוות המתנהלים עמם בדרך אמפאית ואנושית, ימצאו גם אנשי צוות הנוהגים בנוקשות, ואשר תגובותיהם לאירועים השונים אף מזרזות את המצב לכדי הסלמה וחיכוך. מדרון חלקלק של חילופי דברים גסים ומשפילים בין איש הצוות למטופל מסתיים לא פעם בקשירת המטופל.

"הגישו למטופלים תה ופירות. חיכיתי בתור והאח שהיה שם הסתכל עליי במבט בוחן. התעלמתי ממנו והמשכתי לחכות. כשהגיע תורי לקחתי את קנקן התה והתכוונתי למזוג לעצמי, אך הוא לקח את לי את הכוס מהיד. שאלתי אותו מה הוא עושה והוא אמר לי: אתה עבריינית לא מגיע לך. ביקשתי ממנו את הכוס שלי בחזרה. הוא אמר לי: ומה יקרה אם לא, תרביץ לי? הוא התקדם לכיווני ואמר לי שאני ילד עבריינית שצריך לחנך אותו. הוא היה גבוה וחסון, ואני די נמוך ורזה. הוא הרים אותי מהחולצה ודחף אותי על הקיר, כשהתרוממתי כדי לתקוף אותו בחזרה, והוא בעט בי כאילו שהייתי שק אגרוף. התקפלתי על הרצפה בקושי נושם מרוב כאבים. הוא קרא לתגבורת וצעק שהילד משתולל ואלים. הוא ועוד שני אחים הרימו אותי, לקחו אותי לחדר קשירה, קשרו אותי בחוזקה והזריקו לי בישבן. אחרי כמה דקות הם הלכו. כעסתי נורא ובכיתי עד שנרדמתי."

עמית, בן 18, נקשר במרכז לבריאות הנפש באר-יעקב

"אמרתי לאח במחלקה שהוא מסתיר לי את מסך הטלוויזיה ואז הוא דחף אותי בפראות למרות שדיברתי אליו יפה. אמרתי לו שאם זה היה במקום אחר הייתי מחזיר לו. התגובה שלו הייתה להביא תגבורת והם קשרו אותי ממש בפראות."

אודי, בן 42, נקשר במרכז לבריאות הנפש אברבנאל

קושי אובייקטיבי להעריך מסוכנות

"אשפזו אותי בכפייה. זה הלילה הראשון שלי אי-פעם באשפוז. הייתי מבועתת וחפשי כל דרך לחלץ את עצמי. ראיתי חלון פתוח בתחנת האחיות, בכל כוחי השתחלתי פנימה ונכנסתי. בראש שלי הם היו 'אנשים נורמאליים' כמוני והתחננתי בפניהם שיעזרו לי. הם הגיבו כאילו אני עם ה-50 ק"ג שלי, עומדת לפגוע בהם. מיד שלושה אחים הפילו אותי לרצפה, הרימו אותי, סחבו אותי לחדר קשירה והצמידו אותי למיטה. הייתי שם כל הלילה. זה היה הדבר הכי טראומתי שחוויתי בחיים. הוא השאיר בי שריטה לכל החיים, פוסט-טראומה."

מיקי, בת 34, נקשרה במרכז לבריאות הנפש שער מנשה

לא פעם קיים פער בין האופן שבו תופס המטופל את התנהגותו לבין הערכתה בידי אנשי הצוות, אולם יש לציין כי בסיטואציות המורכבות הקיימות במסגרות אשפוז, אכן לא תמיד ברור אם מדובר בלימות ובמסוכנות ואם הקשירה אכן מחויבת. למעט במקרי אלימות גלויה ומוחשית, הוכח כי יכולתם האובייקטיבית של אנשי צוות להעריך בזמן אמת את דרגת הסכנה שבסיטואציות שונות היא חלקית ומוטלת בספק. מחקר שנערך בארה"ב מצא כי רק ב-22% מהמקרים הגיעו אנשי צוות סיעודי להסכמה ביניהם אם סיטואציה מסוימת עולה לכדי סכנה ממשית אם לאו.⁸⁶ פירוש של הדבר כי המתח ורמת הדריכות שבהם מצויים אנשי צוות בסיטואציות נפיצות מובילים לא פעם לקשירה, אשר בדיעבד נראית מופרזת ואף שגויה.⁸⁷

לסיכום, גם כאשר הקשירה נעשית לתכלית ראויה, כדי למנוע סכנה לכאורה, בחלק בלתי מבוטל מהמקרים נראה שחומרת הסכנה לא הצדיקה קשירה. אנשים נקשרים בטענה שהם מסוכנים גם כאשר מדובר בלימות מילולית, גם כאשר הם פוגעים ברכוש וגם כאשר לא לגמרי ברור אם התנהגותם התוקפנית תגרור אלימות ממשית.

מיעוט השימוש בחלופות פחות פוגעניות

"קשרו את עדן פעמיים, למשך 7-8 שעות כל פעם. הם עשו את זה כי הוא שרט את עצמו. גם בבית הוא נהג לשרוט את עצמו במצבי משבר אבל בבית תמיד מצאנו את הדרכים לגרום לו להפסיק ללא כוח וללא אלימות. אבל בבית החולים לא היה להם כוח לשבת איתו ולהשגיח עליו כדי שלא יפצע את עצמו, אז קשרו אותו. הוא עשה להם יותר מדי 'דעש במערכת'."

ג' על בנה עדן, בן 22, שנקשר בבית החולים במרכז הארץ

במצבים שבהם קיים פוטנציאל לפגיעה בזכויות אדם, מחייב עקרון המידתיות כי ימוצו דרכים פחות פוגעניות קודם להפעלת הסמכות. משכך ניתן יהיה לטעון שהקשירה ננקטה באופן בלתי מידתי ופסול אם לא נעשה מאמץ רציני למנוע את הסכנה באמצעות חלופות פוגעניות פחות, אשר פעמים רבות הן אף יעילות יותר. בנושא דומה של קשירת אסירים ביטחוניים למיטתם בבתי כלא קבע בית המשפט המחוזי:

"הגעתי למסקנה כי גם אם העותר הוא עצור ביטחוני הרי כבילתו למיטה בכל שעות היממה, גם באזיק אחד, כאשר

הוא נמצא זמן קצר לאחר שביתת רעב בת 66 יום הוא אמצעי לא מידתי שאיננו מוצדק לאור אמצעים אחרים שיש בידי המשיב, שנוקט בחלק מהם ורשאי לנקוט באמצעים חוקיים נוספים ושיש בהם כדי להבטיח את הצורך בשמירה על תנועתיו של העותר."⁸⁸

הידע המחקרי מראה כי אכן ניתן למנוע חלק משמעותי של מקרי הקשירות על ידי התערבות מוקדמת ומרגיעה של אנשי הצוות, עוד בשלב איתותי המצוקה והסכנה.⁸⁹ אולם, שימוש בחלופות בלתי כוחניות כמעט שאינו קיים במערך האשפוז הפסיכיאטרי בארץ. מחקר שבוצע בישראל ופורסם בשנת 2003 מאשש תמונה זו. לפיו בשליש מהמקרים מדווחים רופאים כי לא עשו ניסיון להרגיע את המטופל לפני קשירתו.⁹⁰ סקר משרד הבריאות 1995 עמד על כך בציינו: "הקשירה כבחירה ראשונה במצבי חירום בהתמודדות עם מצבי תוקפנות של חולים חייבת להיבדק באופן מעמיק."⁹¹

66% מהאנשים שהשתתפו במשאל בזכות סיפרו כי **הצוות לא ניסה חלופות אחרות טרם ההחלטה לקשור אותם.**

"הרבה פעמים אמרו שקשרו כדי להגן עליי, אבל לא היה ממה להגן כי כבר פגעתי בעצמי, וזה היה אחרי המעשה. למשל, אני וחברה עשינו כמה ניסיונות לבלוע כדורים. עשו לנו שטיפת קיבה בבית חולים, וכשחזרנו קשרו אותנו."

אורטל, בת 37, נקשרה בבית החולים כפר שאול

כך למשל, במקרי פגיעה עצמית ובריחה, אשר כרבע ממשתתפי משאל בזכות ציינו כי היו העילה לקשירתם, הצמדת איש צוות יכולה היתה להיות חלופה יעילה, ורגישה הרבה יותר מבחינה טיפולית, בעוד שהקשירה מיותרת ואף מוגזמת.

על הקשר שבין אי-נקיטת חלופות לבין היקף תופעת הקשירות עמדו גם מנהלי בתי חולים מתוך המערכת:

"קשירת אדם למיטה באשפוז פסיכיאטרי היא לא פעם תוצאה של שרשרת סיבות, שהתנהגותו היא רק אחת מהן. התמקדות רק בתוקפנות של המטופל היא הסתכלות צרה. לפנייה ממלאים תפקיד שיקולים מנהליים-בירוקרטיים הנוגעים למצבת כוח אדם ולתקצוב הולם למחלקות האשפוז, הנופלים בהרבה ממה שנדרש כדי לייצר אווירה המכבדת את זכויות אדם ואת כבודו." [תרגום ש.פ.]⁹²

יש לציין כי אנשי צוות רבים טוענים כי הם נוקטים בקשירה כחלופה אחרונה אולם, רבים מהם מודים כי בשטח לא קיים מערך סדור וזמין של חלופות התנהגותיות ומקצועיות לקשירה. במדינות בעולם שבהן צומצמו ממדי הקשירות, כפי שנפרט בפרק ה' לדוח, פותחו לעומת זאת חלופות אלו בצורה מעמיקה. החל מכתבי תוכניות אישיות לשעת חירום, שגובשו לעתים עם המטופל; עבור בהכשרת צוותים בשימוש בטכניקות דה-אסקלציה ובהכלת התנהגות המטופל במקום עימות עמו; וכלה בהקמת צוות 'ניהול משבר' המגיע תוך זמן קצר למחלקה ומסייע להרגיע במקום להזדקק לקשירה.⁹³

יתרה מכך, במסמך מדיניות שיצא תחת ידי משרד הבריאות עצמו, קבעה **הוועדה הרב תחומית בנושא מניעה והתמודדות עם אלימות בשירותי בריאות הנפש של משרד הבריאות בישראל** משנת 2008 כי יש לפתח מגוון רחב של אופציות להתמודדות עם מצבי תוקפנות ואלימות, ומנתה רבים מהם בציינה כי שימוש בהם יביא בין היתר לצמצום השימוש בקשירה.

הוועדה המליצה כי:

"התערבויות פיזיות, כמו קשירה באמצעים מכאניים, תהיינה בשימוש רק כמוצא אחרון, לעולם לא כאמצעי ענישה וכאשר מוצו כל האפשרויות האחרות. כאשר קיימת הערכה שמטופל מהווה סיכון ממשי לעצמו או לאחרים, וכל האלטרנטיבות הטיפוליות מוצו, ישמשו טכניקות אלו, כולל תפיסות אחיזות וריתוק פיזי, כאמצעי האחרון."⁹⁴

אולם בהיעדר סט כלים מובנה ומגוון, שנועד לאפשר לאנשי הצוות להתמודד עם מצבים מאתגרים במחלקות האשפוז, הם נוקטים בקשירה, הגם שבחלק מהמקרים היו מעדיפים לפעול אחרת מבחינה מקצועית ואתית. מספרת רחל, אשת טיפול במחלקה פסיכיאטרית במרכז הארץ:

"שלמה דפק את הראש בקיר פעמים רבות ביום, יום אחר יום. חבשו לו קסדה אך הוא הצליח להוריד אותה. בסופו של דבר קשרו אותו. הוא נשאר קשור כמעט כל היום, כמה ימים ברצף, עד שההורים שלו פנו למנהל המחלקה, והותר להם להכניס מטפלת פרטית כדי שזו תיתן חוות דעת חיצונית. לאחר שני מפגשים שלה איתו התברר כי לשלמה יש כאב שיניים בלתי נסבל שבגללו הוא דפק את הראש. הוא עבר כמה טיפולי שורש ומאז הפגיעה העצמית נעלמה. זו היתה כמובן טעות לקשור אותו."

לסיכום, קשירה משמשת פעמים רבות לשם מטרות ותכליות שאינן קבועות במסגרת העילות שבחוק: החל מהתמודדות עם מצבי אי שקט שונים, עבור במצבים של הפרות משמעת, וכלה בהיענות כביכול לרצון המטופל. אולם גם כאשר מדובר במצבים שבהם נשקפת סכנה מהמטופל, פעמים רבות ההחלטה לקשור אותו אינה מידתית. אנשים נקשרים אף במקרי תוקפנות קלים יחסית, שלא מצדיקים את עומק הפגיעה שנגרמת מהקשירה. בנוסף, ברוב המקרים הצוות בשטח אינו פונה לחלופות פחות פוגעניות. השילוב של תרבות מושרשת הרואה בקשירה כלי לגיטימי, ומחסור אובייקטיבי בכלים חלופיים מוביל לקשירה בשלבים מוקדמים יחסית של האירוע. גם בהיבט זה פרקטיקת הקשירה מהווה פגיעה בלתי מידתית בזכויות אדם של מטופלים רבים.

פרק ה' ניתן לצמצם את ממדי הקשירה – מה מלמד הניסיון מהעולם ובארץ?

לנוכח ההכרה המקצועית והנורמטיבית בצורך לצמצם משמעותית את ממדי הקשירות באשפוז הפסיכיאטרי בשאיפה לבטלה, מדינות שונות ברחבי העולם אימצו בעשרים השנה האחרונות קווי מדיניות, תכניות מעשיות וסטנדרטים מקצועיים. יוזמות אלו, אשר במרכזיות שבהן נרחיב בפרק זה, מדגימות את האפשרויות השונות לביצוע שינוי דרמטי בשטח וממחישות כי קיימים בעולם מודלים מגוונים לעשות כן. ברור כי לא ניתן לבצע השוואות מלאות בין מערכת האשפוז הפסיכיאטרי בארץ לבין זו שבמדינות השונות, אולם העיון בניסיון הרב שנצבר בעולם, ובמידה צנועה גם בארץ, מרחיב את הדעת ועשוי להוות בסיס ראשוני לחשיבה על תוכנית מערכתית להפחתה משמעותית וארצית של ממדי הקשירה גם בארץ, עד ביטולה כליל.

תוכניות לצמצום משמעותי של קשירות בחו"ל

שינוי תפיסתי דרמטי במדיניות הממשלתית

בשנת 2001 יזם נשיא ארה"ב ג'ורג' בוש צעדים לצמצום באופן ניכר את מימדי הקשירה בבתי חולים פסיכיאטריים. הבית הלבן קבע כי קשירה אינה יכולה להיחשב כטיפול, ועל כן השימוש בה יהיה מצומצם ביותר ויותר רק כחלופה אחרונה.⁹⁵ גופים מקצועיים ומנהליים רבים בארה"ב יצאו מאז בהצהרות הקוראות לצמצום הקשירה והצהירו על שינוי תפיסתי מהותי באשר לה, ובהם: מנהל הרפואה והתמכרות לסמים בממשל הפדראלי; הרשות החוקרת בקונגרס האמריקני; הרשות האחראית על מתן רישוי לבתי חולים; איגודים מקצועיים של רופאים ושל אחים פסיכיאטריים; איגוד מנהלי בתי חולים ועוד.⁹⁶

במקביל, גורמי מנהל ורפואה החלו ליזום תכניות בשטח. **תוכנית מדינת פנסילבניה** היא הבולטת והמקיפה שבהם. מדינה זו, המונה כ-13 מיליון תושבים, הובילה את המהלך העולמי לצמצום קשירות. מאז 1997 נקטו מנהלי המערכת בה צעדים לצמצום וביטול הקשירות בכל מערך האשפוז הפסיכיאטרי במדינה. בתוך שלוש שנים הצליחו לצמצם את שיעורן ב-74%. עד שנת 2010 ירד שיעור הקשירות ב-99% [!]. במהלך השנים 2014-2015 נעשה שימוש בקשירות רק עשר פעמים בכל מערכת בריאות הנפש במדינה. חמישה בתי חולים הגיעו ליעד של אפס קשירות. הסך הכולל של שעות קשירה ירד מ-137,924 שעות קשירה בכל המערכת בשנת 1990 לכדי 78 שעות בלבד בשנת 2009.⁹⁷ מחקר ההערכה שפורסם בשנת 2015 ייחס את הצלחת הפרויקט בראש ובראשונה לתפיסה חדשה שהונחלה בשטח בידי הנהלות בתי החולים, ולמעורבותן הישירה של הנהלות המוסדות בניהול הפרויקט ובמעקב אחריו תוך רתימת הצוותים הרב-מקצועיים.⁹⁸

מנהל אגף בריאות הנפש בפנסילבניה אשר הוביל את הפרויקט, ציין:

"קשירה היא אקט כוחני באופן אינהרנטי; היא יוצרת שיתוק ובידוד ואינה מקלה את הסבל האנושי. קשירה גם אינה משנה התנהגות ואינה מסייעת לאנשים עם תחלואת נפש חמורה לשלוט במחשבותיהם או ברגשותיהם או למנוע התפרצות אלימה ומסוכנת. קשירות הן לכל היותר אמצעי בטיחות אחרון ברשימה. אולם בפני עצמן הן עלולות ליצור טראומה שניונית אצל אנשים שטראומה ממילא מלווה אותם בחייהם ושבים אלינו כדי שנסיע להם. אני מקווה שנוכל ליצור מדיניות אחידה, ולעגן בה עקרונות יסוד שיעצבו את תפיסתנו ביחס לאמצעי הגבלה של אנשים עם מוגבלות נפשית ובעיות התמכרות." [תרגום ש.פ.]⁹⁹

תוכנית דומה, שמובילה אף הם הנהיגו חזון של שינוי תפיסה יסודית, החלה בשנת 2008 במדינת צפון קרוליינה בארה"ב. בתכנית היו מעורבים 3,000 מטופלים לאורך שנתיים, והושגה הפחתה של 98% בשיעור הקשירות. נדבך מרכזי של התכנית היה מעורבות פעילה מצד הצוות הניהולי הבכיר של בית החולים, ומחויבותו לשינוי. המוטו של התכנית היה: "The best restraint is no restraint at all" – 'הריסון הטוב ביותר הוא היעדר כל ריסון'.¹⁰⁰ שינוי תפיסתי והנחלת מסרים ברורה מצד בכירי המערכת הדריכו בתחילת שנות האלפיים גם פרויקט מטעם האגף לבריאות הנפש במדינת ניו יורק, שמנהיגיו הצהירו כי 'קשירה היא כשל טיפולי' וכן כי אנשי צוות הקושרים מטופלים מועלים בחובותיהם המקצועיות והאתיות.¹⁰¹ דוגמא ממחשה אחת מהפרויקט היא המיזם במרכז רפואי עירוני בעיר ניו יורק שהחל בשנת 2003.¹⁰² במהלך חמש שנים הצליחו להפחית שם את שיעור הקשירות הממוצע שם ב-63%, ואת ממוצע השעות שבהן נקשרים אנשים ב-82%.¹⁰³ גם ממשלת אוסטרליה הבינה כי לשם ביטול פרקטיקה כה מושרשת ורבת שנים, נדרש מהלך ממשלתי המלווה בתפיסת עולם חדשה ובחזון מנהיגותי. בשנת 2014 יזמה הממשלה תכנית ארצית פדרלית, מתואמת בין כל המחוזות והגורמים הממשלתיים, שנועדה לצמצם באופן משמעותי את היקף הקשירות במדינה כולה.¹⁰⁴ על בסיס קווי מתאר פדרליים אלו הנהיג לדוגמא ראש מערך בריאות הנפש בקווינסלנד שבאוסטרליה רפורמה ארצית כוללת, שמטרה להביא לצמצום הדרגתי בהיקף הקשירות שם.¹⁰⁵ מחקר שנערך בפינלנד מאשש את החשיבות הרבה שיש לגיבוש תפיסה מקצועית ומנהלית חדשה ונמרצת בהתמודדות עם תופעת הקשירות. אף שבפינלנד קיימת זה שנים חקיקה המגבילה משמעותית את השימוש בקשירה, הוכח כי רק שינוי תפיסתי קיצוני והנחלתו בידי מנהלי בתי החולים וראשי משרד הבריאות הביאו לפריצת הדרך.¹⁰⁶

קשירה כחלופה אחרונה; ופיתוח חלופות לא כוחניות

החקיקה במדינת ניו יורק קובעת כי קשירה תתאפשר רק במצבים של סיכון פיזי מידי לאדם או לזולת.¹⁰⁷ גם בתכנית דרום קרוליינה נקבע 'כלל ברזל' מנחה, שלפיו קשירה תתאפשר רק במקרים חריגים, בהם צפויה סכנה פיזית אימננטית.¹⁰⁸ כך נקבע בחקיקה גם במדינת אוהיו.¹⁰⁹

לצד קביעת עילות קשיחות ומצמצמות לקשירה, פותחו במדינות אלו חלופות שנועדו לאפשר לאנשי הצוות בשטח להתמודד באופן ראוי ומקצועי עם מצבי עימות, חיכוך והסלמה שלא בדרכים כוחניות. בהתאם לקווים המנחים שפרסם האגף לבריאות הנפש במדינת ניו יורק, למשל, על אנשי הצוות לבנות לכל מטופל, בשיתוף עמו, תוכנית הכוללת אסטרטגיות טיפוליות שונות כדי לזהות מצבי הסלמה מראש וכדי לנטרלם מבעוד מועד ללא צורך להגיע לקשירה.¹¹⁰ בבית חולים אוניברסיטאי בשיקגו, שבו שהו 1,600 מטופלים, הופעלה משנת 2000 תכנית המבוססת על הכשרת אנשי צוות בשימוש בטכניקות לא כוחניות. כבר לאחר חצי שנה ירד שיעור קשירות הבגירים ב-85%, ובתום השנה הראשונה הורדו שיעורי הקשירה ב-99% ונותרו קבועים גם במהלך השנה לאחר מכן.¹¹¹

מחקר הערכה שליווה את פרויקט פנסילבניה שהוזכר לעיל, מצא כי להטמעת טכניקות חלופיות בלתי כוחניות היה משקל מרכזי בהצלחת הפרויקט ובחיזוק תחושת הביטחון בקרב אנשי הצוות.¹¹² בתוך כך, בבית החולים נמצא כל העת 'צוות התערבות חירום' (Rapid Response Team) במטרה ליישם חלופות לקשירה.¹¹³ גם במסגרת תכנית שהוחלה במדינת וירג'יניה, הוקמו צוותים מסוג זה, וכתוצאה מכך שיעורי הקשירה ירדו ב-75%.¹¹⁴ תנאי להטמעת הכלל של קשירה כחלופה אחרונה ולהפעלת חלופות הוא הדרכה והכשרה של אנשי הצוות. מחקר שנערך באיטליה מצא כי אחד משני המשתתפים המובהקים ביותר שתרמו להפחתה בקשירות היה הדרכת אנשי צוות בשימוש בחלופות והפעלת תבחינים שסייעו להם לאבחן את התנהגות המטופל בזמן אמת ולקבל החלטה מושכלת לגבי השימוש בכלים כדי להכילה.¹¹⁵ במסגרת פרויקט פנסילבניה לעיל, אנשי הצוות אכן עוברים הכשרה יסודית בטכניקות דה-אסקלציה בלתי כוחניות, והם מחויבים למצות את השימוש בהן.¹¹⁶

שקיפות ובקרה

כל התכניות המוצלחות שנסקרו לעיל שמו אף דגש על ניטור בזמן אמת של כל מקרי הקשירה וכן דיווח עליהם לראשי המערכת. מחקר רחב שנעשה באירופה העלה כי לחובת הדיווח ולניתוח האירוע בידי צוות רב-תחומי בתוך יממה מהתרחשותה היו משקל רב בצמצום ממדי הקשירה.¹¹⁷ ניתוחי המקרים אפשרו גם למידה והסקת מסקנות, בין היתר יחד עם המטופל עצמו, ולכך נודעה חשיבות רבה בעיני הצוות והמטופלים.¹¹⁸ גם החקיקה במדינת ניו יורק קובעת כי אירועי קשירה צריכים להיות מדווחים להנהלה ולהיות מפוקחים על ידה.¹¹⁹ לחץ מצד ארגונים חוץ ממשלתיים הוביל להעלאת המודעות לצורך בהפיכת המידע לשקוף לציבור ובניטור קבוע על אודותיו ברמה ממשלתית.¹²⁰

לבסוף נציין כי הניסיונות בחו"ל הראו שצמצום ממדי הקשירה הועיל אף מאוד לרווחת אנשי הצוות ולתפקודם. אף שהניזוקים הראשיים מהקשירה הם המטופלים, ידוע כי לקשירה יש השפעה שלילית גם על הצוות הקושר. מחקרים שנערכו בחו"ל מצאו כי האקט של הקשירה כשלעצמו חושף את אנשי הצוות לסיכון פיזי ונפשי.¹²¹ בכלל זה קיים סיכון מוגבר לחבלות, חתכים, הפרעות בשינה וכן לתעוקות נפשיות, ובהן דיכאון ואפאטיות ואף למשברים פסיכויטיים.¹²² מחקר שנערך בארץ בשנת 2009 מראה כי 50% מאנשי הצוות חשו תסכול בעת ביצוע

הקשירה.¹²³ אנשי צוות מדווחים כי הם חשים לא פעם בושה, פחד, מצוקה וחרדה משימוש היתר בכוח שהם נאלצים להפעיל.¹²⁴

”אחרי כמה פעמים שהייתי מעורבת במקרים קשים של קשירה במחלקה הרגשתי שיש לי תסמיני פוסט-טראומה. במיוחד הרגשתי את זה כשנכנסתי לאוטו וחגרתי את עצמי. זה הזכיר לי פוסט-טראומה של חיילים בקרב, לא פחות.” [תרגום שפ.]

אחות פסיכיאטרית ממדינת מינסוטה, ארה”ב

פרויקט פנסילבניה שהוזכר לעיל העלה כי במקביל לירידה הדרמטית בשיעור הקשירה, פחת גם שיעור הפגיעה באנשי צוות לאור צמצום מעורבותם בניהול אירועים כוחניים.¹²⁵ פרויקט שיקגו העלה אף הוא כי במקביל להפחתת הקשירות היו אנשי הצוות שבעי רצון מהתוכנית שננקטה לצמצום הקשירות, וצינו כי היא הייתה בהירה וברורה.¹²⁶

גם מההיבט של השיקול הכלכלי עולה כי התוכניות לצמצום הקשירות היו יעילות. תוכנית שנערכה במדינת מסצ’וסטס, והשיגה הפחתה של 91% בשיעור הקשירות משנת 2000 עד 2003, הובילה גם להפחתת עלויות ניכרות בבית החולים. ניתן ליחס זאת לחסכון בימי מחלה של אנשי צוות, צמצום התחלופה גבוהה של אנשי הצוות המעורבים בקשירות וכן הלאה.¹²⁷

הניסיון בישראל – פרויקט המרכז לבריאות הנפש באר שבע

גם בישראל ניתן להצביע על ניצני שינוי בבתי חולים בודדים, שהם פרי החלטה עצמאית של הנהלותיהם.¹²⁸ במרכז לבריאות הנפש שלוותה נוסחו לפני כמה שנים קווים מנחים שלפיהם, הקשירה היא בחזקת חלופה אחרונה, קיימת חובת נוכחות איש צוות במהלך הקשירה לצד המטופל, ומתקיים מערך בקרה הדוק על כל מקרה קשירה, בזמן אמת, מטעם מנהל בית החולים והאח הראשי.

גם בבית החולים מזור (מזרע) הוקם צוות כדי לבחון את הדרכים לצמצום שיעור הקשירה ככל שניתן, וזאת מתוך תפיסה ניהולית כי מדובר באירוע פוגעני שיש להימנע ממנו ככל האפשר.

במרכז לבריאות הנפש בבאר שבע נערך הפרויקט המשמעותי ביותר לצמצום תופעת הקשירות. החל משנת 2014, ללא הכוונה או תמיכה ממשלתית, יזמה הנהלת בית החולים פרויקט פנים-מוסדי במטרה לצמצם את פרקטיקת הקשירה.¹²⁹

במהלך השנים 2014–2015 הוביל פרויקט באר-שבע **לירידה של כ-70% במשכי הקשירה הכוללים של המטופלים, וקרב ל-60% הפחתה באירועי הקשירה**. אף שהשמה בבידוד נחשבת לחלופה רכה יותר, חלה גם בה ירידה של קרוב ל-30%. כיום, שיעורי הקשירה במרכז לבריאות הנפש בבאר שבע הם מהנמוכים בארץ, אף שפרופיל המטופלים הנו מהמורכבים ביותר. בית החולים שם לו כיעד לקיים הפחתה נוספת של 10% במהלך שנת 2016.

עיקרי הפרויקט לצמצום קשירות במרכז לבריאות הנפש בבאר-שבע:

- הנהגת שינוי תרבותי, ארגוני ומקצועי בהובלה מרכזית של הנהלת ביה"ח;
- הטמעת המודעות לזכויות המטופל, לכבוד האדם וחירותו בקרב הצוותים, ובעיקר הצוות הסייעודי, תוך שימת דגש על ההשפעות השליליות שיש לקשירות על כל אלה;
- קביעת עילות מצומצמות המאפשרות קשירה: רק במקרי סכנה מידית למטופל או לסביבתו;
- מניעת התפתחות מצבים סוערים באמצעות הגדלת היקף הפעילות המוצעת למטופלים בשגרה;
- כלל שלפיו ההגבלה תהיה קצרה ככל הדרוש למניעת הסיכון;
- מדרג צעדים מחייב בטרם מתקבלת ההחלטה על קשירת מטופל: כצעד ראשון יש להצמיד למטופל איש צוות ולנקוט התערבות מקצועית ממוקדת, שנועדה להפחית את אי-השקט או את התוקפנות. אם אלה אינם עולים יפה, נשקלת השמה בחדר בידוד;
- תוכנית הכשרה והדרכה לצוות המטפל לגבי דרכי התמודדות עם התנהגות תוקפנית או אלימה, כדי להימנע מקשירה;
- מערך בקרה פנים-מוסדי הכולל איסוף נתוני ההגבלות במרכז, ניתוח מקרים בדיעבד, הפקת לקחים והפצתם בקרב הצוותים המטפלים.

לסיכום, בפרספקטיבה של שנים, מראה הניסיון בחו"ל כי הפחתה ניכרת בממדי הקשירה, אף עד ביטולה המוחלט, אינה חזון תיאורטי אלא מציאות בת-קיימא. מעבר לצמצום משמעותי בפגיעה בזכויות אדם, הניסיון בחו"ל מראה אף כי המערכת כולה יוצאת נשכרת מהצמצום. ועל כך מלמדים גם ניצני השינוי בארץ.

פרקו' המלצות מדיניות למשרד הבריאות: תוכנית לאומית, פיילוט ודגשיהם

כפי שפורט ותואר בדוח זה, פרקטיקת הקשירה בישראל פוגעת בזכויות אדם יסודיות באופן בלתי מידתי. החזון אפוא הוא צמצומה לממדים זעומים, השקולים לביטולה. מכיוון שמדובר בבעיה מושרשת, הטיפול בה מחייב היערכות מערכתית בהובלת משרד הבריאות וקביעת חזון מקצועי וניהולי. חזון זה צריך להיתרגם לשורת צעדי רגולציה וכן לשורת כלים מקצועיים וחלופות חדשות, שייתנו מענה מקצועי בשטח ויאפשרו את ביטול פרקטיקת הקשירה בתוך כמה שנים ואת הפיכתה לנחלת העבר.

אנו קוראים למשרד הבריאות לפעול באופן נמרץ והחלטי כדי להביא לשינוי ממשי בתמונת המצב, ומציעים לנקוט בגישה משולבת: בצד אחד, הקמת ועדה רב-מקצועית פומבית, אשר תגבש תוכנית לאומית מפורטת ובת-קיימא, ותציב יעדים ברורים ומדידים. בצד שני, ייזום פיילוט שייערך במקביל בשני בתי חולים, נוספים על המרכז לבריאות הנפש באר שבע, אשר ילאה בהכוונה ובהשקעה ממשלתיים ובמחקר הערכה; יש לכוון לכך שמסקנותיה של הוועדה יזינו את הפיילוט בשטח בזמן אמת, וזה מצדו יזין את מלאכת גיבוש התוכנית הממשלתית שתגובש בוועדה. קיימת חשיבות עליונה לשמיעת מתמודדים עם מוגבלות נפש ושיתופם בתהליך, מתוך תפיסה כי הם עצמם צריכים להיות מעורבים בתיקון הפגיעה ארוכת השנים בזכויותיהם.

נפרט להלן את עיקרי התוכנית הממשלתית המוצעת:

שינוי עקרוני בתפיסה ובמסר – קשירה אינה כלי מקובל במערך האשפוז

מומלצת קביעה נורמטיבית של משרד הבריאות שלפיה קשירות אינן דרך טיפול ראויה; ויתרה מכך, הן פוגעות בזכויות המטופלים. על משרד הבריאות להעביר את מסר כי יש לשאוף שלא להשתמש בקשירות כלל, ולנקוט בצעדים כדי לצמצם באופן נמרץ את השימוש הקיים בהן כיום. כפי שפורט בדוח זה, במדינות ובמערכות הבריאות שבהן הושג צמצום משמעותי בהיקף הקשירות, נודע ערך ממשי להצהרות ראשי המערכת בעניין. החשיבות שבמסר ניהולי וממשלתי אינה מוסרית בלבד, אלא נועדה לסמן הליכה לדרך חדשה מבחינה מקצועית ואיתית, בבחינת 'מה שהיה לא יהיה'.

קביעת עילה צרה ומידתית לקשירה – רק במצבי חירום של סכנה גופנית מיידית

מומלץ להנחיל נורמה שלפיה ככלל יש לבטל את השימוש בקשירה. השימוש בה יתאפשר, אם בכלל, רק במצבי קיצון שבהם לא ניתן להפעיל שום חלופה אחרת, וגם אז רק אם נשקפת סכנה פיזית חמורה וקרובה לוודאית לאיש צוות, למטופל אחר או למטופל עצמו. כן מומלצת קביעה מפורשת, שלפיה אין לקשור מטופלים לצורך הרתעה, ענישה, השלטת משמעת או לבקשת המטופל. כפי שהורחב בדוח, הפרקטיקה בשטח מובילה לקשירה במצבים מגוונים ורחבים מאוד וחלקם אינם עולים בקנה אחד עם התכליות הקבועות בחוק טיפול ועם תפיסות זכויות אדם. מדרון חלקלק זה זוהה כבעיה עוד על ידי עורכי סקר משרד הבריאות 1995¹³⁰ וכך גם במדינות אחרות.¹³¹

מחקרים מהעולם הוכיחו כי קביעת עילות מצומצמות ותחומות אף מסייעת לאנשי הצוות לקבל החלטות מדויקות יותר במצבי חירום.¹³² כך ניתן לצמצם את מרווח הטעות המוביל לקשירה מיותרת וליצור מדיניות אחידה ושוויונית בקרב אנשי צוות.¹³³

פיתוח חלופות בלתי כוחניות

מומלץ כי משרד הבריאות ילמד ויפתח מתודות של שימוש בחלופות בלתי-כוחניות, לרבות טכניקות מתחומי עיצוב וניתוח התנהגות וריפוי בעיסוק, שמטרתן לזהות מצבי משבר קודם להתפרצות ולהרגיע את המטופל בשלבים מוקדמים-במטרה להימנע מקשירה. בתוך כך, יש להטמיע חלופות אלה בשטח, להכשיר את הצוותים ביישומן, ולחייב את השימוש בהן. מחקרים מלווים של פרויקטים שונים בעולם מלמדים על החשיבות הרבה בהכשרה ובסימולציה של הצוותים ביישום חלופות אלו בניהול מצבים מורכבים.¹³⁴

יש לדעת: התורה קיימת. מתבקש מאליה אפוא לבחון את אפשרות יישומה בהקשר של מערכת בריאות הנפש בישראל, וכן להקצות למימושה את המשאבים הדרושים. בתוך כך יש לבחון גם אימוץ טכנולוגיות וכלים חלופיים לקשירה. בכלל זה חדרי 'רגיעה' שבפיתוחם מוטמעות תפיסות טיפוליות חדשניות.¹³⁵ מודל זה נוסה בהצלחה כחלופה לקשירה בבית החולים הפסיכיאטרי כפר שאול.¹³⁶

בתוך כך יש לגבש עמדה מושכלת לגבי שימוש בחלופות תרופתיות לקשירה וחדרי בידוד 'רגילים'. חשוב לציין את העמדה בקהילייה הבינלאומית ובחלק ממדינות העולם המתריעה כנגד החלפת פרקטיקת הקשירה בפרקטיקה של בידוד או מתן תרופות מרגיעות שאינן בשימוש רפואי שוטף – המכונה 'קשירה כימית' 'chemical restraint'. דהיינו, את החשש כי פרקטיקה כוחנית אחת תוחלף באחרת. בעניין זה נציין כי בעיני גופי זכויות אדם בינלאומיים, ארגונים מקצועיים וכדומה, השימוש באלה דומה רעיונית לשימוש בקשירה ועל כן יש לאסור עליו או למצער להגבילו כשם שנעשה הדבר לגבי קשירה.

צמצום משך הקשירה בצורה ניכרת – הורדת תקרת הזמן המותרת לקשירה

במקרי קיצון נדירים שבהם אין חלופה אחרת זולת שימוש בקשירה, מומלץ לקבוע כלל המחייב שחרור מקשירה בפרק הזמן הקצר ביותר הנדרש כדי לאיין את הסכנה הפיזית המיידית; להוריד את תקרת הזמן המרבית לקשירה; וכן לקבוע משך זמן קצר יותר לקשירת ילדים ובני נוער.

כפי שנסקר, במסמך זה, התופעה של חידוש הוראת קשירה כמה פעמים ברצף אינה נדירה כלל. הניסיון במדינות שונות מראה, כפי שפורט בפרק ה' לדות, כי קציבת זמן מרבי לקשירה, ובכלל זה צמצום מספר הפעמים שבהן ניתן לחדש את הוראות הקשירה ברצף, ממתנות את השימוש הכולל בקשירות. כך גם מורה ארגון הבריאות העולמי (WHO), הדן בקשירה במושגי זמן של דקות ולא של שעות.¹³⁷

בהתאם לכך מומלץ לקבוע תקרת זמן מצומצמת לכל הוראת הקשירה, שלא תעלה על **שעה**, ולשנות בהתאמה את התקנות לחוק. כך שבתום שעה יש לשחרר את המטופל, אלא אם רופא בודק אותו וקובע כי אין ברירה זולת הארכת הוראת הקשירה. מנגנון זה, המכונה בארה"ב 'כלל השעה האחת', מסייע לצמצם את משכי הקשירה. כמו כן מומלץ כי הארכה של זמן קשירה מעבר לשעה אחת תחייב אישור של מנהל מחלקה, ומעבר לארבע שעות, תחייב אף אישור של מנהל בית החולים.

בהקשר זה מומלץ גם לקבוע רף עליון נמוך יחסית לקשירת קטינים, על פי חלוקת גילאים, וכן לאסור לחלוטין על קשירת ילדים ובני נוער צעירים.¹³⁸

מנגנון בקרה, ניטור ודיווח

מומלץ לקבוע בדין ובנהלים חובת דיווח להנהלת בית החולים על כל מקרה קשירה בזמן אמת, או קרוב לאירוע ככל שניתן, וכן ליצור חובת דיווח שוטפת על כל מקרי הקשירות במחלקה. קשה להפריז בחשיבות הדיווח והבקרה, ואלה נמצאו כרכיבים חשובים בהצלחת תוכניות בחו"ל.

כן מומלץ לקבוע מנגנון ניטור על סך מקרי קשירה במערכת בריאות הנפש, הן בידי מנהל בית החולים בזמן אמת, והן באופן תקופתי וברמה המערכתית בידי ראש שירותי בריאות הנפש. מומלץ כי נתונים שנתיים על היקפי הקשירה ייחשפו באופן פומבי, למשל במסגרת דיונים קבועים של ועדת העבודה, הרווחה והבריאות של הכנסת.

שיפור תשתית ומצבת כוח אדם במחלקה

מומלץ להתאים את מצבת כוח האדם הן מבחינה מספרית והן מבחינת תמהיל מקצועי ליעד של צמצום ממדי הקשירה. כפי שפורט בדוח, הקשר שבין מצוקת כוח האדם במחלקות לבין היקף הקשירות ידוע. כמו כן, ידוע כי הקטנת צפיפות יתר במחלקה מהווה פרמטר חשוב בהצלחת היוזמות להפחתת הקשירות ברחבי העולם.¹³⁹

תנאים הומאניים במהלך קשירה במקרי הקיצון שבהם היא ננקטת

באותם מקרים חריגים, שבהם ייקשר מטופל, יש להבטיח בנהלים ובקווים מנחים ערובות לכך שהפגיעה במטופל בשלמות גופו, בכבודו ובפרטיותו תהיה מינימאלית. בתוך כך, מומלץ לעגן ברירת מחדל שלפיה יותר לאדם לצאת לשירותים בליווי; יתאפשר להכניס לחדר הקשירה בן משפחה או מכר לבקשת המטופל; וכן תידרש נוכחות איש צוות עימו במהלך הקשירה.

מחקר משנת 2015 בפינלנד הראה כי נוכחות איש צוות במהלך כל זמן הקשירה משפרת משמעותית את תחושות המטופל, ובעיקר מצמצמת את תחושות הפחד והבדידות. מחקרים מראים כי הטלת חובה זו על אנשי צוות עשויה אף לצמצם באופן ניכר מצב של 'קשור ושכח' שעליו מדווחים מטופלים רבים ומשכך אף לצמצם את משך הקשירה.¹⁴⁰

סיכום

מסמך זה ביקש להאיר את אחת הפינות החשוכות ביותר במערכת בריאות הנפש ולתקף את קולם של אלפי אנשים שנקשרו במהלך השנים האחרונות במחלקות אשפוז פסיכיאטריות. קשירת מטופלים באשפוז פסיכיאטרי היא פרקטיקה רווחת בישראל. כרבע מהאנשים הפונים לקבל סיוע, טיפול והקלה מוצאים עצמם קשורים ונתונים לפגיעה בזכויות אדם יסודיות. מהנתונים הקיימים מסתמן כי שכירות הקשירות בישראל היא מהגבוהות בעולם המערבי. כמעט כל מטופל ששהה במחלקת אשפוז ער לאפשרות שייקשר, חרד ממנה או יודע על אחרים שחוו אותה. זו מציאות שגם כאשר היא קיימת בבתי כלא, היא זוכה לגינוי ולביקורת.

קשירת מטופלים ככלל, ובהיקף כה משמעותי בפרט, אינה עולה בקנה אחד עם הכלל המנחה ברפואה: 'ראשית, אל תגרום נזק'. הקשירה היא כלי עתיק-יומין שכל תכליתו היתה לרסן אנשים, פשוטו כמשמעו, ובמשך שנים עטפו אותו במיני צידוקים טיפוליים ועיגנו אותה במיני הסדרים חוקיים ומנהליים. קשה לעצום עיניים לנוכח תוצאותיו השליליות במונחים קליניים וטיפוליים, ואלה מוכרות היטב במחקר; ולנוכח פגיעתו הקשה בכבוד האדם.

כפי שנסקר בדוח זה, במציאות הקיימת בישראל הקשירה היא כלי זמין וקל להפעלה. רוב אנשי הצוות אינם קושרים מתוך רוע או זלזול אלא כי הדבר נתפס לגיטימי והוא נוח: אלה הם המסרים שקיבלו בהכשרתם, ואלה הכלים היחידים כמעט שהועמדו לרשותם כדי להתמודד עם מצבים מאתגרים. ראשי המערכת עצמם בחרו שלא להתמודד באופן מערכתי ותקיף עם חומרת תופעת הקשירות בישראל, ולא נתנו משקל להמלצות לשיפור המצב שיצאו תחת ידי מומחים וועדות מטעמם.

קולות רבים ברחבי העולם המערבי, ולאחרונה גם קולות של אנשי מקצוע בישראל, קוראים לביטול פרקטיקת הקשירות, הן מהטעם שהיא פוגענית ובלתי הומאנית והן מהטעם שהיא אנכרוניסטית.

זו המלצתנו למשרד הבריאות. אנו קוראים למשרד ליזום לאלתר תכנית ממשלתית, בניהול, בהתווייתו ובהובלתו, כדי להביא לשינוי מצב ממשי ומכריע בשטח. הניסיון בעולם הראה כי הדבר אפשרי. ניצנים לכך קיימים אף בארץ. כצעד משלים אנו קוראים לאיגודים מקצועיים של אנשי הצוותים הנוגעים בדבר: אחים, אחיות, רופאים ורופאות ליטול חלק בקביעת כללים מנחים לחבריהם. איגודים מקבילים בחו"ל היו שחקנים מרכזיים בהובלת חזון צמצום הקשירה ויישומו בשטח.

הטיעונים והנתונים המובאים בדוח זה אינם קלים, וחלקם אף נוקבים. אין ספק, כי ניתן לענות לכל אחד מהם; לנסות לסתור אותם; ולהציג תחתם הסברים ועובדות אחרים. ברור כי עניינים מעין אלו לעולם אינם בחזקת 'שחור או לבן'. אולם דיון במישור זה יחטיא את העיקר וינציח את הטעון תיקון. נדמה כי כולנו יכולים להסכים שבית חולים הוא מקום לטיפול והחלמה, לשיקום, לצמיחה ולאמפתיה אנושית. מטופל הוא אדם הזקוק לכל אלה בעתות משבר, ומטפל הוא אדם שבחר להקדיש את חייו המקצועיים לסייע בהענקתם. קשירה, בוודאי בהיקף הנוהג כיום בישראל, חותרת תחת כל אחד ואחד מערכים אלו. היא פוגעת ומשחיתה הן את המטופל והן את איש הצוות.

ארגון בזכות קורא: 'שוברים קשירה', ומוצאים יחד את הדרך להבטיח אשפוז ללא קשירות.

הערות

- (1) הציטוט בגוף ראשון המופיעות לאורך הדוח נלקחו בעיקר ממשאל אינטרנטי שערך ארגון בזכות במהלך החודשים אוקטובר 2015-ינואר 2016, עליו נרחיב בהמשך הדוח, וכן מפניות כתובות וטלפוניות אל הארגון. ברוב המקרים, חלק מהפרטים המזהים בפנייה, ובכלל זה פרטי העובדות, שונו כדי למנוע את זיהוי המטופל. יש לציין כי מטופלים ככלל חששו לחשוף את סיפוריהם שכן רבים מהם סבורים כי הם יאלצו לשוב לאותו בית חולים שבו נקשרו וחוששים מתוצאת החשיפה. השמות הפרטיים המופיעים בדוח בדויים על פי רוב. גילם של האנשים הוא בדרך כלל הגיל בקירוב במועד הקשירה, אלא מקום שבו ביקשו אנשים לטשטש פרט זה. חלק מהאנשים ביקשו לציין את שם בית החולים שבו נקשרו, ואחרים ביקשו להשמיטו. על כן מופיעות בדוח שתי האפשרויות.
- (2) ראו, סעיף 34 לחוק טיפול בחולי נפש, התשנ"א-1991.
http://www.nevo.co.il/Law_Word/law01/163_002.doc
- (3) זאת למעט קשירת מטופלים המוגדרים 'תשושי נפש' ומטופלים עם פגיעות ראש, הנמכה שכלית ומוגבלות נפש במסגרות אשפוז כלליות. נושא זה, על אף נקודות ההשקפה שבו לענייננו, לא יידון במסגרת דוח זה.
- (4) ראו למשל: משרד המשפטים, הסגוריה הציבורית (אוגוסט 2011), תנאי המעצר והמאסר במתקני כליאה של שירות בתי הסוהר ומשטרת ישראל בשנים 2009-2010. משרד המשפטים, ירושלים. עמ' 14.
<http://www.justice.gov.il/Units/SanatoriaZiborit/DohotRishmi/Documents/Doch20092010.pdf>
- (5) המחקר שערך בזכות במסגרת דוח זה לא עסק בקשירת אסירים ועצירים במסגרת בתי חולים פסיכיאטריים. על אף שקיימת השקפה בין הנושאים, שיקול הדעת העיקרי באחרון נתון בה למשטרה ולשירות בתי הסוהר ולא לצוות רפואי. כמו כן, הדוח לא יעסוק בהשמת מטופלים בחדרי בידוד, אף שגם היא עלולה להביא לפגיעה קשה בזכויות אדם. כפי שצינו בפרק 1 לדוח, אנו מציעים לכוון יחד את הדיון בשתי הסוגיות: קשירת מטופלים והגבלתם בחדרי בידוד במסגרת גיבוש המדיניות הממשלתית כפי שמומלץ בדוח זה.
- (6) Alty, A., & Mason, T. (1994). Seclusion and mental health: A break with the past. London: Chapman & Hall p.17-18.
- (7) Jones, K. (March 1984). Robert Gardiner Hill and the non-restraint movement. The Canadian Journal of Psychiatry/La Revue Canadienne de Psychiatrie, Vol 29(2), Mar 1984, 121-124.
Colaizzi, J. (2005). Seclusion & restraint: A historical perspective. Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services, 43(2), 31.
- (8) ראו, למשל, פסק דין שניתן לאחרונה בתביעת רשלנות כנגד המרכז לבריאות הנפש שער-מנשה, שבו ציין בית המשפט באופן עובדתי ויבש, בין היתר, כי התובעת ומאושפז אחר הקשור בפרשייה נקשרו שניהם למשך לילה. בפסק הדין לא הועלו כל תהיות לגבי עצם קשירת המטופלים. ראו: ת"א 5104-03-03 (מחוזי חיפה) א' ואח' נ' מדינת ישראל (פורסם ביום 21.12.2014). כך גם בפסק דינו של בית המשפט העליון, המובא בהמשך דוח זה, בעניין ביום שענינו תביעת רשלנות כנגד המרכז לבריאות הנפש אברבנאל, שבו נשרפה אישה במהלך דליקה שפרצה בחדר הקשירות במהלך הלילה. גם כאן לא העלה בית המשפט כל התייחסות לעצם העובדה שהאישה נקשרה ובפרט לעובדה כי נקשרה למשך שעות רבות. ראו: ע"א 2517/93 ביום 17.12.2014, תסק-על 94(2) 335.
- (9) בקשותינו הוגשו בחודש אוגוסט 2015 מכוח חוק חופש המידע, התשנ"ח-1998 הקובע את זכותו של כל אזרח ותושב לקבל מידע מרשות ציבורית, בכפוף לסייגים שפורטו בו. בקשותינו הוגשו הן לממונה על חופש המידע במשרד הבריאות והן לממוני חופש המידע בכל בתי החולים הפסיכיאטריים הציבוריים, לרבות אלו שבבעלות קופת חולים כללית וכן בבתי חולים כלליים, שבהם קיימות מחלקות אשפוז פסיכיאטריות. מענה משרד הבריאות התקבל ביום 16.11.2015.
- (10) בסך הכול מולאו 255 שאלונים, ומתוכם 237 שאלונים היו תקפים. השאלונים מולאו באופן אנונימי והועברו אלינו ישירות באמצעות אתר הסקרים האינטרנטי שבו השתמשנו. המשאל כלל שאלות רב-ברירה סגורות וכן שאלות פתוחות. בסוף הטופס ניתנה לאנשים שרצו בכך אפשרות לכתוב באופן חופשי על חוויות הקשירה שלהם במהלך אשפוז פסיכיאטרי. המשאל כלל גם דיווחים של אנשים אשר נקשרו לפני שנים, אולם כשני-שליש מהמשתתפים דיווחו כי נקשרו במהלך חמש השנים האחרונות. 30% מהם ציינו כי נקשרו במהלך השנים 2014-2015.
- (11) אין במשאל יומרה להבטיח מהימנות ותוקף סטטיסטי. כך למשל, מהמשאל עולה כי בבתי חולים מסוימים התמונה חמורה במיוחד בכל הנוגע לפרמטרים אשר נבחנו, כגון שיעור הקשירה, משכה הממוצע, תכיפותה, קלות נקיטתה, שמירה על הוראות הדין וכן הלאה. אף ששונות בין בתי חולים בכל הנוגע לפרמטרים אלו אוששה במחקרים בעבר, לא ניתן לקבוע על יסוד נתוני משאל זה כי בבתי החולים אלה המצב אכן פחות טוב. באותה מידה, לא ניתן להבטיח כי בבתי החולים אשר כמעט ולא הוזכרו על ידי משתתפי המשאל, המצב בולט דווקא לטובה.
- (12) פורת, ש., בורנשטיין, י., שמש, ע. ישראל, משרד הבריאות (1995). קשירת חולי נפש: סקר ארצי. ירושלים. משרד הבריאות.
- (13) סעיף 14.3.1(י) נוהל משרד הבריאות "בתי חולים פסיכיאטריים" 40/1996 (6.5.96).
http://www.health.gov.il/hozer/mr40_1996.pdf

- (14) European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT), Høyer, G. (June 2012). The use of restraints in psychiatric institutions. Retrieved from <http://www.cpt.coe.int/en/working-documents/CPT-2012-28-eng.pdf>.
- (15) ע"א 2517/93 בוימ' נ' קטהין, תק-על 94 (2) 335.
- (16) Levinson, D. R., (September 2006). Hospital Reporting of Deaths Related to Restraint and Seclusion. Department of Health and Human Services, Office of Inspector General. Washington, D.C. 2006. <http://oig.hhs.gov/oei/reports/oei-09-04-00350.pdf>.
- (17) מספר מקרי המוות לא צוין בדוח. פורת, "קשירת חולי נפש: סקר ארצי", לעיל ה"ש 12, עמ' 54.
- (18) Mohr, W. K., Petti, T. A., & Mohr, B. D. (2003). Adverse effects associated with physical restraint. *Canadian Journal of Psychiatry*, 48(5), 330-337.
- (19) CPT לעיל ה"ש 14, עמ' 5-6.
- (20) Pollanen, M. S., Chiasson, D. A., Cairns, T. J., & Young, J. G. (1998). Unexpected death related to restraint for excited delirium: a retrospective study of deaths in police custody and in the community. *Canadian Medical Association Journal*, 158(12), 1603-1607.
- Cecchi, R., Lazzaro, A., Catanese, M., Mandarelli, G., & Ferracuti, S. (2012). Fatal thromboembolism following physical restraint in a patient with schizophrenia. *International Journal of Legal Medicine*, 126(3), 477-482.
- See also the American Psychiatric Nurses Association's (APNA) Position Statement on the Use of Seclusion and Restraint (2014). Retrieved from <http://www.apna.org/i4a/pages/index.cfm?pageid=3728#sthash.6JaTAay9.CgJqQnjp.dpuf>.
- (21) Weiss, E. M., Altamari, D., Blint, D. F., & Megan, K. (1998). Deadly restraint: A Hartford Courant investigative report. *Hartford Courant*, 11-15.
- (22) Strout, T. D. (2010). Perspectives on the experience of being physically restrained: An integrative review of the qualitative literature. *International Journal of Mental Health Nursing*, 19(6), 416-427.
- (23) Frueh, B. C., Knapp, R. G., Cusack, K. J., Grubaugh, A. L., Sauvageot, J. A., Cousins, V. C. & Hiers, T. G. (2005). Special section on seclusion and restraint: Patients' reports of traumatic or harmful experiences within the psychiatric setting. *Psychiatric Services*, 56(9):1123-33.
- (24) Fish, R., & Culshaw, E. (2005). The last resort? Staff and client perspectives on physical intervention. *Journal of Intellectual Disabilities*, 9(2), 93-107. doi: 10.1177/1744629505049726.
- (25) Robins, C. S., Sauvageot, J. A., Cusack, K. J., Suffoletta-Maierle, S., & Frueh, B. C. (2005). Special section on seclusion and restraint: Consumers' perceptions of negative experiences and "Sanctuary Harm" in psychiatric settings. *Psychiatric Services* 56 (9), 1134-1138.
- (26) Smith, S. B. (1995). Restraints: Retraumatization for rape victims?. *Journal of psychosocial nursing and mental health services*, 33(7), 23-28.
- (27) רע"פ 2060/97 פלונת' נ' הפסיכיאטר המחוזי פ"ד נ"ב (1) 697.
- (28) Chien, W., Chan, T. C., et al. (2005). Psychiatric inpatients' perceptions of positive and negative aspects of physical restraint. *Patient Education and Counseling*, vol. 59 (1), 80-86.
- (29) Lanthén, K., Rask, M., & Sunnqvist, C. (2015). Psychiatric patients experiences with mechanical restraints: an interview study. *Psychiatry Journal*, Vol 2015. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.1155/2015/748392>.
- (30) סיני, ע. (2011). השוואה בין חוויות מטופלות המאושפזות אשפוז פסיכיאטרי בבידוד לעומת חוויות המטופלות בקשירה. עבודה לשם קבלת תואר דוקטור ברפואה. ירושלים: ירושלים. עמ' 31.
- (31) Vishnivetsky, S., Shoval, G., Vadim Leibovich RN, M. P. A., Marsel Mitrany RN, B. A., Dorit Cohen RN, M. P. H., Aliza Barzilay, R. N.,... & Zalsman, G. (2013). Seclusion room vs. physical restraint in an adolescent inpatient setting: Patients' attitudes. *The Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 50(1), 6-10.
- (32) המרכז לבריאות הנפש מזרע (שנה לא פורסמה). השפעת הגבלה פיזית של מטופלים על ידי אנשי צוות סיעודי פסיכיאטרי על הקשר הטיפולי - קבוצת מחקר. ראו: mazorhealth.co.il/SystemFiles/1303/1303724.pps.
- (33) ת"פ (מחוזי ת"א) מדינת ישראל נ' פלוני (עציר) (לא פורסם, 20.5.2015).

- (34) Lanthén, לעיל, ה"ש 29.
- (35) תקנה 31 לתקנות טיפול בחולי נפש, התשנ"ב-1992.
- (36) United Nations. UN Principles for the Protection of Persons with Mental Illness and for the Improvement of Mental Health Care. Adopted by UN General Assembly Resolution 46/119 of 18 February 1992. New York: United Nations; 1992
<http://www.un.org/documents/ga/res/46/a46r119.htm>.
- (37) Committee on the Rights of Persons with Disabilities (2015). Guidelines on Article 14 of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities: The right to liberty and security of persons with disabilities. Adopted during the committee's 14th session, held in: September 2015 . <http://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/CRPD/GC/GuidelinesArticle14.doc>.
- (38) לגבי הדין הבינלאומי הרלוונטי ראו: "אמנת האו"ם נגד עינויים ונגד יחס ועונשים אכזריים, בלתי אנושיים או משפילים". נכנסה לתוקף לגבי ישראל בשנת 1991 ופורסמה בכתבי אמנה 1039.
- (39) United Nations, Report of the Committee Against Torture [UNCAT], Concluding Observations on the Czech Republic, para. 21, U.N. Doc. CAT/C/CZE/CO/4-5 (2012); UNCAT, Concluding Observations on Norway, 14, U.N. Doc. CAT/C/NOR/CO/6-7 (2012). Retrieved from http://antitorture.org/wp-content/uploads/2014/03/PDF_Torture_in_Healthcare_Publication.pdf
- (40) Méndez, J. E., United Nations (February 2013). Report of the Special Rapporteur on Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment. UN doc A/HRC/22/53, 1 February 2013. sec. 63 p. 14
http://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/HRCouncil/RegularSession/Session22/A.HRC.22.53_English.pdf.
- (41) Case of M.S. v. Croatia (No. 2) (Application no. 75450/12). 19.2.2015
http://www.echr.coe.int/Documents/CLIN_2015_02_182_ENG.pdf
- (42) Haimowitz, S., Urff, J., & Huckshorn, K. A. (2006). Restraint and seclusion: A risk management guide. National Association of State Mental Health Program Directors. Alexandria, VA.
- (43) American Psychiatric Nurses Association's (APNA) (2014). Position Statement on the Use of Seclusion and Restraint. Retrieved from <http://www.apna.org/i4a/pages/index.cfm?pageid=3728#sthash.6JaTAay9.CgJqQnjp.dpuf>.
- (44) במסגרת המענה לבקשות שהגשנו במהלך חודש אוגוסט 2015 מכוח חוק חופש המידע שמוענו למשרד הבריאות ולכלל בתי החולי בארץ שבהם יש מחלקות פסיכיאטריות, נמסרו לנו במהלך חודש ינואר 2016 נתונים לגבי מספר האנשים שהתקבלו לאשפוז באחד-עשר בתי חולים במהלך שנת 2014 ומחצית שנת 2015. מספר זה כולל מצד אחד קבלות חוזרות, כלומר אנשים שהתאשפזו יותר מפעם אחת במהלך שנת נתונה מצד אחד; ומצד שני אנשים המאושפזים מעל לשנה לא נכללו בו. על מנת להעריך מה היה מספר המאושפזים הלכה למעשה התבססנו על נתוני השנתון הסטטיסטי של האגף לבריאות הנפש לשנת 2012, מהם עולה כי היחס בין מספר הקבלות לאשפוז ובין מספר המאושפזים עומד על-76%. בהתאם ליחס זה חושב מספר המאושפזים בכל שנה מתוך הנתונים שהתקבלו. בנוסף, נמסרו לנו נתונים לגבי מספר האנשים שנקשרו בפועל במהלך שנים אלו. חלק מהנתונים עליהם הסתמכנו התקבלו ישירות מבתי החולים.
- (45) Porat, S., Bornstein, J. Shemesh A. A (1997). The use of restraint on patients in Israeli psychiatric hospitals. British Journal of Nursing 6(15), 864-873.
- (46) בין היתר כנראה שניתן לייחס זאת למה שמכונה 'הרפורמה המבנית' שבוצעה בשנים אלו ושינתה את פרופיל המטופלים, במובן שאלו שהם במצב תפקודי גבוה יותר עברו למסגרות שיקום בקהילה; וכך גם את תמהיל מיטות בין מחלקות פתוחות וסגורות, כמות מחלקות ביטחון וכן הלאה.
- (47) קשה להסיק מסקנות השוואתיות בהקשר זה, משום שלא בכל המדינות קיימים נתונים סטטיסטיים כלל-ארציים, וכן משום שקיימים הבדלים במערכות בריאות הנפש והאשפוז הפסיכיאטרי במדינות השונות, הן מבחינת תמהיל בתי החולים הקיימים באותה מדינה והן מבחינת תשתית וכוח אדם במחלקות עצמן.
- (48) Steinert, T., Noorthoorn, E. O., & Mulder, C. L. (2014). The use of coercive interventions in mental health care in Germany and the Netherlands. A comparison of the developments in two neighboring countries. Frontiers in Public Health, 2, 141.
<http://doi.org/10.3389/fpubh.2014.00141>.
- (49) שם.
- (50) Steinert, T., Lepping, P., Bernhardsgrütter, et al. (2010). Incidence of seclusion and restraint in psychiatric hospitals: a literature review and survey of international trends. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 45(9), 889-897.
- (51) פורת "קשירת חולי נפש: סקר ארצי", לעיל ה"ש 12, עמ' 19

- (52) סעיפים 34(ב) וגם 34(ג) לחוק טיפול בחולי נפש, התשנ"א-1991.
- (53) תקנה 29 לתקנות טיפול בחולי נפש, התשנ"ב-1992.
- (54) פורת "קשירת חולי נפש: סקר ארצי", לעיל ה"ש 12, עמ' 38, 48.
- (55) במהלך המחקר לקראת הכנת דוח זה נפגשנו עם אנשי צוות בכיר בכמה מחלקות אשפוז. השיחות לא היו רשמיות, ועל כן אין אזכור של שמותיהם בדוח זה.
- (56) פורת "קשירת חולי נפש: סקר ארצי", לעיל ה"ש 12 עמ' 42, 48.
- (57) Vishnivetsky S., Shoval G., (2013). Seclusion room vs. physical restraint in an adolescent inpatient setting: patients' attitudes. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*. 50(1):6-10.
- (58) ס' 34(ג) לחוק טיפול בחולי נפש, התשנ"א-1991: "הוראה בדבר שימוש באמצעי כפייה תינתן בכתב בידי רופא לזמן מוגבל; במקרה חירום ובהיעדר רופא רשאית אחות לתת הוראה כאמור".
- (59) תקנה 30 לתקנות טיפול בחולי נפש, התשנ"ב-1992: "(א) במקרה חירום ובהיעדר רופא רשאית אחות אחראית למחלקה או אחות אחראית למשמרת להורות על קשירת חולה, ולקרוז לרופא במהירות האפשרית לקבלת אישור. (ב) לא נתקבל אישור רופא כאמור בתקנת משנה (א) - יותר החולה מקשירתו מיד".
- (60) פקודת הנציבות מס' 04.15.00 "אמצעי ריסון" (1.5.01)
- (61) גימלפרב, י. (2003). "שכיחות החתימה על הוראת קשירה דחופה והערכה עצמית של הרופאים את התנהגותם במהלך קשירת מטופלים במחלקות פסיכיאטריות בישראל", עבודה לשם קבלת תואר מוסמך בבריאות הציבור, האוניברסיטה העברית בירושלים, עמ' 38.
- (62) שם, עמ' 47, 51, 71.
- (63) תקנה 29 לתקנות טיפול בחולי נפש, התשנ"ב-1992: (א) תוקפה של הוראת קשירה לא יעלה על ארבע שעות. (ב) על פי בדיקה רשאי רופא להאריך תוקפה של הוראת קשירה לפרקי זמן נוספים שלא יעלו על ארבע שעות בכל פעם.
- (64) סעיף 34 (ב) לחוק טיפול בחולי נפש, התשנ"א-1991.
- (65) טיפול באמצעות נזעי חשמל מוסדר בחוק באופן נפרד, ואינו מחייב הפעלת סמכות קשירה.
- (66) פורת "קשירת חולי נפש: סקר ארצי", לעיל ה"ש 12 עמ' 21.
- (67) Agitation – state of chronic restlessness and increased psychomotor activity generally observed as an expression of emotional tension and characterized by purposeless, restless activity. Pacing, talking, crying, and laughing sometimes are characteristic and may serve to release nervous tension associated with anxiety, fear, or other mental stress. Mosby's Medical Dictionary, 9th edition. © 2009, Elsevier.
- (68) פורת "קשירת חולי נפש: סקר ארצי", לעיל ה"ש 12, נספח 4.
- (69) Gelkopf, M., Roffe, Z., Behrbalk, P., Melamed, Y., Werblow, N., & Bleich, A. (2009). Attitudes, opinions, behaviors, and emotions of the nursing staff toward patient restraint. *Issues in Mental Health Nursing*, 30(12), 758-763.
- (70) Janssen, W. A., Noorthoorn, E. O., Nijman, H. L. I., Bowers, L., Hoogendoorn, A. W., Smit, A., & Widdershoven, G. A. M. (2013). Differences in seclusion rates between admission wards: Does patient compilation explain?. *Psychiatric Quarterly*, 84(1), 39-52.
- (71) Morrison[, E.F. (1998). The culture of caregiving and aggression in psychiatric settings. *Archives of Psychiatric Nursing*, 12, 21-31.
- (72) Forquer, S.L., Earle, K.A., Way, B.B. & Banks, S.M. (1996). Predictors of the use of restraint and seclusion in public psychiatric hospitals. *Administration and Policy in Mental Health*, 23, 527-532.
- (73) ה"ש 71, לעיל.
- (74) Kaltiala-Heino, R., Välimäki, M., Korkeila, J., Tuohimäki, C., & Lehtinen, V. (2003). Involuntary medication in psychiatric inpatient treatment. *European Psychiatry*, 18(6), 290-295.
- (75) Lendemeijer, B., & Shortridge-Baggett, L. (1996). The use of seclusion in psychiatry: A literature review. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice*, 11(4), 299-315.
- (76) People v. Harvey, 528 N.E.2d 1053 (Ill. App. Ct. 1988).
- (77) Lischtenberg, P. (2013). Editorial: Fit to be Tied. *The Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 50(1), 4.

- (78) Eriksson, K. I., & Westrin, C. G. (1995). Coercive measures in psychiatric care. Reports and reactions of patients and other people involved. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 92(3), 225-230.
- (79) Saks, E. R. (2010). *Refusing Care: Forced Treatment and the Rights of the Mentally Ill*. University of Chicago Press.
- (80) Sailas, E., & Fenton, M. (2000). Seclusion and restraint for people with serious mental illnesses. *Cochrane Database Syst Rev*, 2(2), 2000, Issue 1. Art. No.: CD001163. DOI: 10.1002/14651858.CD001163
Muralidharan S, Fenton M. Containment strategies for people with serious mental illness. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006 Jul 19;(3):CD002084.
- (81) Richmond, J. S., Berlin, J. S., Fishkind, A. B., Holloman, G. H., Zeller, S. L., Wilson, M. P., ... & Ng, A. T. (February, 2012). Verbal de-escalation of the agitated patient: consensus statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project BETA
De-escalation Workgroup. *Western Journal of Emergency Medicine*, 13(1) 17-25. PMID: 22461917.
- (82) Cleary, M. (2003). The challenges of mental health care reform for contemporary mental health nursing practice: Relationships, power and control. *International Journal of Mental Health Nursing*, 12(2), 139-147.
- (83) Donat, D. C. (2003). An analysis of successful efforts to reduce the use of seclusion and restraint at a public psychiatric hospital. *Psychiatric Services*, 54, 1119-1123.
- (84) מחקר מזרע, ה"ש 32, לעיל.
- (85) ראו, למשל, ס' 11 לחוק-יסוד: כבוד האדם וחירותו. הסעיף מחיל את חוק-היסוד על כלל רשויות השלטון, לרבות המחוקק והמנהל. על תחולתה של המידתיות במשפט המנהלי ראו: ברק-ארז ד. (2010) משפט מנהלי כך ב', (עמ' 771-792).
- (86) Holzworth, R. J., & Wills, C. E. (1999). Nurses' judgments regarding seclusion and restraint of psychiatric patients: A social judgment analysis. *Research in Nursing & Health*, 22(3), 189-201.
- (87) Daffern, M. (2007). The predictive validity and practical utility of structured schemes used to assess risk for aggression in psychiatric inpatient settings. *Aggression and Violent Behavior*, 12(1), 116-130.
- (88) עת"א 80090-39-89 ח'דר עדנאן מוסא נ' שירות בתי הסוהר (טרם פורסם) 23.2.2012.
- (89) Bak, J., Zoffmann, V., Sestoft, D. M., Almvik, R., & Brandt-Christensen, M. (2014). Mechanical restraint in psychiatry: Preventive factors in theory and practice. A Danish-Norwegian Association study. *Perspectives in Psychiatric Care*, 50(3), 155-166. doi: 10.1111/ppc.12036.
- (90) גימלפרב, לעיל ה"ש 61, עמ' 78.
- (91) פורת "קשירת חולי נפש: סקר ארצי", לעיל ה"ש 12 עמ' 62.
- (92) Lischtenberg, ה"ש 77 לעיל.
- (93) Gaskin, C. J., Elsom, S. J., & Happell, B. (2007). Interventions for reducing the use of seclusion in psychiatric facilities. *The British Journal of Psychiatry*, 191(4), 298-303.
- (94) בורנשטיין, י., רושקה, פ. (דצמבר 2008). יותר שליטה פחות ריסון, קווים מנחים בתחום מניעה והתמודדות עם אלימות. משרד הבריאות, ירושלים. <http://www.old.health.gov.il/download/pages/alimut1208.pdf>.
- (95) The President's New Freedom Commission on Mental Health (2003). *Achieving the Promise: Transforming Mental Health Care in America*, Executive Summary. Retrieved from: <http://store.samhsa.gov/shin/content/SMA03-3831/SMA03-3831.pdf>.
- (96) Joint Commission (hereinafter TJC, formerly JCAHO), The American Psychiatric Association (APA), The National Association of Psychiatric Health Systems (NAPHS), The American Hospital Association (AHA), The National Mental Health Association (NMHA), The Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS), The American Psychiatric Nurses Association (APNA), The National Association of State Mental Health Program Directors (NASMHPD), The Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA), The U.S. General Accounting Office (GAO).
- Recupero, P. R., Price, M., Garvey, K. A., Daly, B., & Xavier, S. L. (2011). Restraint and seclusion in psychiatric treatment settings: regulation, case law, and risk management. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law Online*, 39(4), 465-476.
- (97) Pennsylvania Office of Mental Health and Substance Abuse Services (OMHSAS) PaRecovery website: http://www.parecovery.org/services_seclusion.shtml.

- Smith, G., Davis, R., Bixler, E., Lin, H., Altenor, A., Altenor, R., Hardenstine, B., & Kopchick, G., (September 2005). Pennsylvania State Hospital System's Seclusion and Restraint Reduction Program. *Psychiatric Services*, 56(9), 1115-1122.
- (98) ש.מ. ראו גם: Smith, G. M., Ashbridge, D. M., Davis, R. H., & Steinmetz, W. (March 2015). Correlation Between Reduction of Seclusion and Restraint and Assaults by Patients in Pennsylvania's State Hospitals. *Psychiatric Services* 66(3), 303-309.
- (99) Curie, C. (2005) "SAMHSA's Commitment to Eliminating the Use of Seclusion and Restraint," *Psychiatric Services* 59(9):1139-1141.
- (100) Godfrey, J. L., McGill, A. C., Jones, N. T., Oxley, S. L., & Carr, R. M. (2014). Anatomy of a transformation: a systematic effort to reduce mechanical restraints at a state psychiatric hospital. *Psychiatric services* (Washington, DC), 65(10), 1277-1280.
- (101) New York State office of Mental Health, Implementation Guidelines: 14 NYCRR §526.4 Restraint and Seclusion. Retrieved from: <https://www.omh.ny.gov/omhweb/guidance/implementation-guidelines.pdf>.
- (102) Elmhurst Hospital Center in Queens. See; <http://www.nychealthandhospitals.org/elmhurst/html/home/home.shtml>.
- (103) Sullivan, A. M., Bezmen, J., Barron, C. T., Rivera, J., Curley-Casey, L., & Marino, D. (2005). Reducing restraints: Alternatives to restraints on an inpatient psychiatric service—utilizing safe and effective methods to evaluate and treat the violent patient. *Psychiatric Quarterly*, 76(1), 51-65.
- (104) Australian Government, Office of Social Affairs (May 2013). National Framework for Reducing and Eliminating the Use of Restrictive Practices in the Disability Service Sector. Retrieved from: https://www.dss.gov.au/sites/default/files/documents/04_2014/national_framework_restrictive_practices_0.pdf.
- (105) Queensland Health Department (2008). Policy Statement on Reducing and Where Possible Eliminating Restraint and Seclusion in Queensland Mental Health Services. Retrieved from: https://www.health.qld.gov.au/publications/clinical-practice/guidelines-procedures/clinical-staff/mental-health/guidelines/sandrpolicy_081030.pdf.
- (106) Keski-Valkama, A., Sailas, E., Eronen, M., Koivisto, A. M., Lönnqvist, J., & Kaltiala-Heino, R. (2007). A 15-year national follow-up: legislation is not enough to reduce the use of seclusion and restraint. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 42(9), 747-752.
- (107) 14 N.Y.C.R.R. § 526.4(b)
<https://govt.westlaw.com/nycrr/Document/Ild975a872e66c11e39ccd0000845b8d3e?viewType=FullText&originationContext=documenttoc&transitionType=CategoryPageItem&contextData=sc.Default>.
- (108) Godfrey. Anatomy of a transformation ה"ש 100, לעיל.
- (109) OAC Ann. 5122-26-16(D)(1). <http://codes.ohio.gov/oac/5122-26-16v2>.
- (110) New York State office of Mental Health, Implementation Guidelines ה"ש 101, לעיל.
- (111) Jonikas, J. A., Cook, J. A., Rosen, C., Laris, A., & Kim, J. B. (2004). A program to reduce use of physical restraint in psychiatric inpatient facilities. *Psychiatric Services*, 55(7), 818-820.
- (112) Smith, G. M., Davis, R. H., Bixler, E. O., Lin, H. M., Altenor, A., Altenor, R. J.,... & Curie, C. G. (2005). Pennsylvania state hospital system's seclusion and restraint reduction program. *Commentary. Psychiatric services*, 56(9), 1139-1140.
- (113) Loucks, J., Rutledge, D. N., Hatch, B., & Morrison, V. (2010). Rapid response team for behavioral emergencies. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 16(2), 93. PMID: 21659266.
- (114) Donat לעיל; ה"ש 83.
- (115) Di Lorenzo R, Miani F, Formicola V, Ferri P. Clinical and Organizational Factors Related to the Reduction of Mechanical Restraint Application in an Acute Ward: An 8-Year Retrospective Analysis. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health : CP & EMH*. 2014;10:94-102. doi:10.2174/1745017901410010094.
- (116) Center for Mental Health Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration (2005). Roadmap to Seclusion and Restraint Free Mental Health Services. DHHS Pub. No. (SMA) 05-4055. Rockville, MD. Module 3, p. 7. Retrieved from: <http://store.samhsa.gov/product/Roadmap-to-Seclusion-and-Restraint-Free-Mental-Health-Services-CD-/SMA06-4055>.
- (117) Prescott, D. L., Madden, L. M., Dennis, M., Tisher, P., & Wingate, C. (2007). Reducing mechanical restraints in acute psychiatric care settings using rapid response teams. *The journal of behavioral health services & research*, 34(1), 96-105.
- (118) Larue, C., Dumais, A., Boyer, R., Goulet, M. H., Bonin, J. P., & Baba, N. (2013). The experience of seclusion and restraint in psychiatric settings: perspectives of patients. *Issues in mental health nursing*, 34(5), 317-324.

- (119) Godfrey. Anatomy of a transformation ה"ש 101, לעיל.
- (120) Smith, G. M., Davis, R. H., Bixler, E. O., Lin, H. M., Altenor, A., Altenor, R. J.,... & Curie, C. G. (2005). Pennsylvania state hospital system's seclusion and restraint reduction program. *Commentary. Psychiatric services*, 56(9), 1139-1140.
- (121) Knox, D. K., & Holloman, G. H. (2012). Use and avoidance of seclusion and restraint: consensus statement of the American association for emergency psychiatry project Beta seclusion and restraint workgroup. *Western Journal of Emergency Medicine*, 13(1).
- (122) CPT ה"ש 14 לעיל.
- (123) Gelpkopf, M., Roffe, Z., Behrbalk, P., Melamed, Y., Werbloff, N., & Bleich, A. (2009). Attitudes, opinions, behaviors, and emotions of the nursing staff toward patient restraint. *Issues in Mental Health Nursing*, 30(12), 758-763.
- (124) Bonner, G., Lowe, T., Rawcliffe, D., & Wellman, N. (2002). Trauma for all: a pilot study of the subjective experience of physical restraint for mental health inpatients and staff in the UK. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 9(4), 465-473.
- (125) Smith, G. M., Davis, R. H., Bixler, E. O., Lin, H. M., Altenor, A., Altenor, R. J.,... & Curie, C. G. (2005). Pennsylvania state hospital system's seclusion and restraint reduction program. *Commentary. Psychiatric services*, 56(9), 1139-1140.
- (126) Jonikas, J. A., Cook, J. A., Rosen, C., Laris, A., & Kim, J. B. (2004). A program to reduce use of physical restraint in psychiatric inpatient facilities. *Psychiatric Services*, 55(7), 818-820.
- (127) Chan, J., LeBel, J., & Webber, L. (2012). The dollars and sense of restraints and seclusion. *Journal of law and medicine*, 20(1), 73.
- (128) המידע על אודות ניסיונות אלו נמסר לנו במסגרת בקשות לפי חוק חופש המידע ועל סמך הבהרות בעל-פה.
- (129) הנתונים על פריוויקט המרכז לבריאות הנפש באר שבע נמסרו על ידי הנהלת בית החולים כחלק מהמענה לבקשה לפי חוק חופש המידע.
- (130) פורת "קשירת חולי נפש: סקר ארצי", לעיל ה"ש 12, עמ' 32.
- (131) Keski-Valkama, A., Sailas, E., Eronen, M., Koivisto, A. M., Lönnqvist, J., & Kaltiala-Heino, R. (2010). Who are the restrained and secluded patients: a 15-year nationwide study. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 45(11), 1087-1093.
- (132) Ogloff, J. R., & Daffern, M. (2006). The dynamic appraisal of situational aggression: An instrument to assess risk for imminent aggression in psychiatric inpatients. *Behavioral Sciences & the Law*, 24(6), 799-813.
- (133) Lepping, P., Steinert, T., Needham, I., Abderhalden, C., Flammer, E., & Schmid, P. (2009). Ward safety perceived by ward managers in Britain, Germany and Switzerland: identifying factors that improve ability to deal with violence. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 16(7), 629-635.
- (134) Borckardt, J. J., Madan, A., Grubaugh, A. L., et al. (2011). Systematic investigation of initiatives to reduce seclusion and restraint in a state psychiatric hospital. *Psychiatric Services*, 62(5), 477-483.
- (135) המוכר שבהם הוא סנוזלן - חדר המספק סביבה רב-חושית, הכוללת שילוב של מזרנים לבנים על הרצפה ועל הקירות, נורות בצבעים מגוונים, משחקים ומוזיקה אטית, המסיחים את הדעת ומרגיעים. חדר זה פותח כחלק משיטת טיפול שמקורה בהולנד עבור אנשים עם מוגבלויות שונות, ובהן מוגבלות נפשית וחושית.
- (136) טייטלבאום, א., וולפס, ש. (2007). גרייה רב-חושית מבוקרת (Snoezelen) ככלי טיפולי חדשני במחלקה פסיכיאטרית סגורה, הרפואה, כרך 146, חוב' א'.
- (137) World Health Organization (2005). WHO Resource Book on Mental Health, Human Rights and Legislation. Geneva, WHO. p. 64-65. Retrieved from: http://www.who.int/mental_health/policy/legislation/Resource%20Book_Eng2_WEB_07%20%282%29.pdf.
- (138) Godfrey. Anatomy of a transformation ה"ש 100 לעיל.
- (139) Bak, J., Brandt-Christensen, M., Sestoft, D. M. and Zoffmann, V. (2012), Mechanical Restraint-Which Interventions Prevent Episodes of Mechanical Restraint? A Systematic Review. *Perspectives in Psychiatric Care*, 48, 83-94.
- (140) Lanthén, K., Rask, M., & Sunnqvist, C. (2014). Psychiatric Patients Experiences with Mechanical Restraints: An Interview Study. *Psychiatry journal*, 2015, 748392-748392.

"בזכות - המרכז לזכויות אדם של אנשים עם מוגבלויות" היא עמותה הפועלת לקידום זכויותיהם של אנשים עם כל סוגי המוגבלויות - פיזית, שכלית, נפשית, תקשורתית וחושית - בכל תחומי החיים. בתוך כך פועלת "בזכות" גם לקידום זכויותיהם של אנשים במסגרות אשפוז פסיכיאטריות מתוך תפיסה כי אשפוז פסיכיאטרי בכלל, וכאשר הוא נעשה בכפייה בפרט, הוא בעל פוטנציאל רב במיוחד לפגיעה בזכות לחירות ולאוטונומיה. "בזכות" מטפלת בהקשר זה הן בפניות פרטניות של אנשים המאושפזים בהווה, או שהיו מאושפזים בעבר, והן בשינוי מדיניות בסוגיות מערכתיות של זכויות אדם. דוח זה עוסק באחת הסוגיות הבולטות ביניהן: קשירות מטופלים באשפוז הפסיכיאטרי.

להזמנת הרצאות, חומרים ודפי מידע
נוספים בנושא ניתן ליצור קשר

בזכות, המרכז לזכויות אדם
של אנשים עם מוגבלויות, עמותה
מיסודה של האגודה לזכויות האזרח בישראל

בזכ!ת

כנפי נשרים 3, ירושלים 9546406
טלפון: 02-6521308 | פקס: 02-6221283
mail@bizchut.org.il www.bizchut.org.il