

התאבדויות במהלך אשפוז פסיכיאטרי – מאפיינים ודרכי התמודדות: סקירה קלינית ומשפטית

תקציר

האשפוז הפסיכיאטרי ידוע כרקע נסיבתי מוכר להתאבדות. ידוע כי חולים הסובלים מהפרעות פסיכיאטריות ומתקבלים לאשפוז פסיכיאטרי, נמצאים בקבוצת סיכון להתאבדות. עיקר ההסברים המוצעים להתאבדות במהלך אשפוז, קושרים את המהלך לנסיבות הצורך באשפוז זה: קיומה של הפרעה נפשית משמעותית ומצב משברי, החובק במקרים רבים, מכלול חיים שלם: פסיכולוגי, סוציאלי ורפואי.

בישראל עומד הממוצע הרב שנתי (1990–2013) על 13.6 אירועי התאבדות במהלך אשפוז, ששיעורם הוא 3.4% מ-400 אירועי התאבדות בשנה לערך. הנתון העולה הוא אירוע התאבדות אחד בכל 1,614 אירועי אשפוז.

תלייה, ולאחריה קפיצה, הן שיטות ההתאבדות השכיחות באשפוז פסיכיאטרי. אמצעים נפוצים אחרים הם חנק עצמי, נטילת מינון יתר של תרופות, הצתה עצמית, וכן חיתוך ורידים/עורקים.

קבוצת הסיכון הגבוהה ביותר היא זו שבה משולבת אבחנה של סכיזופרניה עם תסמיני דיכאון. כמו כן, בקבוצת חולים עם אבחנה של סכיזופרניה, נמצא קשר הדוק נוסף בין התאבדות לבין ניסיונות אובדניים בעבר והיסטוריה של אשפוזים רבים.

גורמי הסיכון הבולטים שזוהו בקרב כלל המאושפזים הם: היסטוריה של ניסיונות פגע עצמי, תחושת חוסר תקווה, תחושת אשמה, תחושת אי התאמה ולקות (Inadequacy), מצב רוח ירוד, תכני חשיבה אובדניים, והיסטוריה של התאבדות במשפחה.

תגובת הפסיכיאטרים וצוותי הטיפול לאירוע התאבדות מטופל במחלקתם היא טראומטית, ברמה המשפיעה משמעותית על החלטות טיפוליות בעתיד, מורל הצוותים, ואף על איכות חייהם האישיים.

שני הכלים המשמעותיים ביותר לטובת מניעת התאבדות במהלך אשפוז הם: הקשר הטיפולי על מלוא מרכיביו וצמצום זמינות אמצעים, קרי – יצירת סביבה פיסית בטוחה הכוללת עיצוב מתאים של קירות, תקרות, דלתות, חדרי שירותים, מקלחות ועוד.

מילות מפתח: פסיכיאטריה; התאבדות; אשפוז פסיכיאטרי; תמיכה נפשית.

Keywords: Psychiatry; Suicide; Psychiatric hospitalization; Mental support.

הקדמה

האשפוז הפסיכיאטרי ידוע כרקע נסיבתי מוכר להתאבדות: ידוע כי חולים המתקבלים לאשפוז פסיכיאטרי נמצאים בקבוצת סיכון להתאבדות [1]. מאמרים רבים החלו להתפרסם מאז תחילת שנות ה-2000 בנושא 'התאבדויות במחלקות פסיכיאטריות': חיפוש במאגר "Pub Med" בהצלבת המילים "התאבדות/ מחלקות פסיכיאטריות", העלה בין השנים 1986–2000 סך של 489 מאמרים, לעומת 1,390 בין השנים 2001–2015. מאמר זה נועד לסקור את הידע בתחום זה,

בדגש על הקשריו האפידמיולוגיים והרפואיים-משפטיים, ומשמעויותיהם המעשיות.

לאחרונה הוצעה הגדרת יעד של Zero Suicide במחלקות פסיכיאטריות, כמטרה ראויה, אשר הצבתה וההיערכות המקצועית והכלל מערכתית לטובת השגתה, עשויות לקדם באופן משמעותי את מניעת אירועי ההתאבדות באשפוז [2]. עיקר ההסברים המוצעים להתאבדות במהלך אשפוז קושרים אותה לנסיבות רקע: קיומה של הפרעה נפשית משמעותית ומצב משברי החובק, במקרים רבים, מכלול חיים שלם: פסיכולוגי, סוציאלי ורפואי. בשנים האחרונות, הופיעו

שיטה

תכני מאמר זה מתבססים על סקירת פרסומים בין השנים 2000-2017, בהתבסס על מאגר המידע PubMed, לצירופי המונחים הבאים: Inpatient Suicide, Psychiatry (927 מאמרים), Psychiatric Hospital Suicide (1,396 מאמרים). מרביתם לא עסקו באופן ממוקד בסוגיית ההתאבדויות באשפוז פסיכיאטרי, אלא התייחסו להתאבדויות מטופלים מוכרים לממסד הטיפולי בכלל. מבין אלה, אותרו כמה עשרות מאמרים שהייתה להם נגיעה משמעותית ישירה לתוכן ממוקד זה. עוד מביא מאמר זה התייחסות משפטית, מהסגנון הדין-החוקיים בארץ ומפסיקת בתי המשפט בתביעות אובדנות באשפוז פסיכיאטרי, לגבי הסוגיות המקצועיות-קליניות שיוצגו להלן.

אפידמיולוגיה

היקף התופעה: במטא אנליזה שבחנה את שכיחות התופעה במהלך 60 שנים, דווח על היקף של 147 אירועי התאבדות ל-100,000 שנות אשפוז. זהו שיעור הגבוה ביותר מפי 12 משיעור ההתאבדויות בכלל האוכלוסייה [8]. למרות ירידה מתבקשת במספר הכולל של ההתאבדויות באשפוז בשל צמצום דרסטי בסך המיטות ובסך ימי האשפוז בארצות רבות, בולטת עלייה חדה בשיעור התופעה: מ-68 אירועים ל-100,000 שנות אשפוז בין השנים 1960-1979, ל-646 בשנת המילניום ולאחריה. מספר אירועי ההתאבדות באשפוז בארה"ב נע בין 1,500-1,800 בשנה, המהווים שיעור של 4%-6% מסך כ-35,000 אירועי התאבדות בשנה, בהתאמה [6]. באנגליה, עמד מספר אירועי ההתאבדות באשפוז בין השנים 2001-2011 על 161, המהווים 2.5% מסך ממוצע רב שנתי של 6,384 אירועי התאבדות בשנים שצוינו [7]. בישראל עומד הממוצע הרב שנתי (1996-2013) על 13.6 אירועי התאבדות במהלך אשפוז, שהם 3.4% מסך 400 אירועי התאבדות בשנה. זהו אירוע התאבדות אחד לכל 1,614 אירועי אשפוז [8].

מנגנון ההתאבדות: המנגנון הנפוץ ביותר להתאבדות באשפוז הוא תלייה. שיעור של 75% מדיווחי "אירוע זקיף" (Sentinel Events) שכותרתם "התאבדות" בבית חולים בארה"ב בין השנים 1995-2005 היו אירועי תלייה אשר התרחשו בחדר השינה, בחדר האמבטיה ובשירותים. בשיעור של 20% היה המנגנון קפיצה מגג או מחלון. מחקרים רבים איששו מידע זה: תלייה, ולאחריה קפיצה, הן שיטות ההתאבדות השכיחות ביותר במהלך אשפוז [1]. במחקר אחר, הודגמה הסביבה הפיסית, ובעיקר ידיות, דלתות וארונות בגדים, כבסיס למימוש מנגנון של חנק ותלייה ב-84% מהאירועים [7]. נדרשות 4-5 דקות בהפעלת לחץ על העורק התרדמני (קרוטיס) בצוואר כדי לגרום לתשניק (אספיקסיה). כל סוג של בגד וכל מרכיב אופקי קשיח יכולים להוות בסיס טכני למימוש מנגנון של תלייה. תלייה אפשרית גם בתנוחת ישיבה [3]. אמצעים נפוצים אחרים הם נטילת מינון יתר של תרופות, הצתה עצמית, חיתוך ורידים/עורקים [1].

פרסומים, המציעים, במקביל ובנוסף לעיל, השפעה סיבתית ישירה של אירוע האשפוז על רמת האובדנות, על בסיס פגיעה מובנית בדימוי העצמי, בתדמית החיצונית, בנסיבות של ריחוק יחסי מגורמי התמך הטבעיים ובתחושת בדידות. כל אלה הביאו לשימוש במושג Nosocomial Suicides. בהיבט האחריות המשפטית, בארה"ב מוגשת תביעה ב-50% מבין מקרי ההתאבדות בבתי חולים. ועדות בדיקה ובתי משפט הדנים במקרים אלו מתייחסים למחלקות פסיכיאטריות כאל מקום האמור לספק בטיחות מרבית, ומכיוון שכך, נוטים להטיל עליהן אחריות בשל כשלים, לכאורה, שהביאו לאי מניעה [3].

גם בישראל, מעבר לתביעות הטוענות לרשלנות בטיפול (ומייחסות אחריות לכאורה למוסד המאשפז, בגין

■ **האשפוז הפסיכיאטרי ידוע כרקע נסיבתי מוכר להתאבדות. עם זאת, ולמרות הידע הרב אשר הצטבר בנוגע לגורמי סיכון להתאבדות, הרי שיכולת ההמרה של ידע זה לכדי יכולת ניבוי התאבדות אדם מסוים בתקופה נתונה נותרה נמוכה מאוד. בנוסף, מידת יעילותם של חלק מהכלים הקיימים (כדוגמת הסתכלות או שמירה מיוחדת) מוטלת בספק רב.**

■ **לאירוע אובדנות באשפוז יש השפעה משמעותית על אנשי הצוות המטפלים, מכלל הדיסציפלינות (פסיכיאטרים, צוות סיעודי ומקצועות הבריאות), הן מקצועית והן אישית, לעיתים עד כדי טראומה של ממש.**

■ **בניית קשר טיפולי עם המטופל, וכן יצירת סביבה פיסית בטוחה על ידי צמצום זמינות האמצעים לביצוע התאבדות, יכולות לסייע במניעת אירועי התאבדות. עוד ראוי להעלות מודעות ולהשקיע במתן תמיכה נפשית לצוותים שנחשפו להתאבדות.**

אי מניעת האובדנות), נשמעות אמירות בפסיקה שאף אם אינן קושרות באופן ישיר בין עצם האשפוז לאירוע האובדני כגורם הדק (טריגר) או כגורם סיכון, הן מייחסות לאשפוז (ובפרט זה הכפוי) השפעה פוטנציאלית שלילית על המטופל. כך לדוגמה נפסק, כי "אשפוזו של אדם בבית חולים לחולי נפש קשה ומר הוא למאושפז ובני משפחתו, ומשנעשה האשפוז שלא מרצונו של המאושפז, יש בו משום אחת הצורות החמורות והמדכאות של שלילת חירותו של אדם [4]"; וכן נקבע, כי "אשפוזו הכפוי של חולה הנפש פוגע בחירותו ובכבודו, באוטונומיה ובדימוי העצמי" [5]. למען הסר ספק יובהר, כי אין באמירות אלו כדי לבטל את השלכותיו החיוניות של אשפוז פסיכיאטרי, גם במניעת התאבדות, בשיאו של משבר ובהיבט הקליני הכולל.

אובדני של המטופל [12,10], ובהתאמה למצבו הרפואי ונסיבותיו של המטופל [13]. יחד עם זאת, ומעבר לצפיות המשפטיות, הפסיקה נותנת מקום לשיקול דעת המטפל, המכיר את המטופל ואת אופי מחלתו, בבואו להעריך מסוכנות. כך נפסק [14] כי על בית המשפט "להישמר שלא להיכנס 'ברגל גסה' למתחם שיקול הדעת של אנשי הטיפול, כחכמה שלאחר מעשה". זאת משום שיכולת המטפל המיומן והמקצועי, בזמן אמת, לקבוע מסוכנות (או היעדרה) היא גדולה בהרבה – נוכח ההיכרות עם המטופל, מידע שחשף, וגם לנוכח דרך התנהגותו והתנהלותו.

השפעת התאבדות מאושפז על פסיכיאטרים: מחקר מבוסס מילוי שאלונים עצמי, בקרב 247 פסיכיאטרים מומחים בסקוטלנד, העלה כי 67% דיווחו שהיו חשופים להתאבדות מטופליהם (45% מביניהם התאבדו במהלך אשפוז). 21% מהם ציינו התאבדות מטופל אחד, 66%: 6-2 מטופלים, 13%: 7-15 מטופלים. שיעור של 33% ציינו השפעה שלילית על חייהם האישיים, שאותה אפיינו ברגזנות יתר, הפרעות בשינה, ירידה במצב הרוח וירידה בערך עצמי. שיעור של 42% דיווחו על השפעה על חייהם המקצועיים: שימוש יתר בנוהלי השגחה על המטופלים, מודעות מוגברת לסיכון ועמה העצמת דפוסי "רפואה במגננה": השקעה גדולה יותר ברשומה הרפואית, בהכוונה משפטית וכדומה. שיעור של 15% שקלו לצאת לפנסיה מוקדמת כתוצאה מהתאבדות מטופלים. דרכי התמודדות של הפסיכיאטרים כללו: השתתפות בהלוויה או בטקסים מקובלים, היעזרות בחברים ובני משפחה וקבלת תמיכה מצוותיהם ומפסיכיאטרים אחרים. בחלק הלא מובנה של השיח עם הרופאים, רבים ביטאו כעס רב כלפי יחס ועדות הבדיקה, והשתמשו בביטויים כמו "שעיר לעזאזל", "תרבות מחפשת אשמים" ו"צייד מכשפות" [16]. במחקר דומה בקרב 103 מתמחים, ציינו 47% מתוכם שהיו חשופים להתאבדות מטופל. 96% ציינו שעברו הכשרה בנושא התאבדות, אך רק 28% ציינו שהיא כללה התייחסות לנושאים שקשורים להתנהלות אחרי ההתאבדות. שיעור של 31% ציינו השפעה לרעה על חייהם האישיים ו-39% דיווחו על השלכות בחייהם המקצועיים (מספרים זהים לדיווח המומחים). שיעור של 9% מהמתמחים הביעו את רצונם לשנות את מקצוע התמחות לאחר החשיפה להתאבדות, ומספר מתמחים החליטו לעזוב את התמחותם. ראוי לציון שלצד הבעת תחושות אשם לאחר התאבדות מטופל, נפוצים היו מימדים המתייחסים להתאבדות שחוו כ"בלתי צפויות ובלתי ניתנות למניעה". רבים ציינו שאירוע ההתאבדות התרחש בעת מגמת שיפור ועיצוב תוכניות לעתיד אשר חיזקו התרשמות זו [17]. ההתייחסות לאירוע אובדני כבלתי צפוי ולעיתים לא ניתן למניעה, עלתה לא פעם גם בפסיקה [18,13], ואומצה גם בניירות עמדה מטעם איגוד הפסיכיאטריה [19,20], ובנהלי משרד הבריאות [15].

תגובות כלל הצוות להתאבדות: במאמר שבחן חוויה של כ-20 צוותי מחלקות באנגליה מאירועי התאבדות מטופל נמצא, כי אירוע זה נושא אופי טראומתי לאורך פרק זמן משמעותי. אנשי הצוות (אחיות ומקצועות הרפואה) מציינים את הקושי לחזור לשגרת עבודה לאחר

גורמי סיכון להתאבדות בבית חולים: ניתוח רב מדינתי של גורמי סיכון קליניים, שבחן תוצאות של 29 מאמרים נבחרים, העלה שקבוצת הסיכון הגבוהה ביותר היא זו בה משולבת אבחנה של סכיזופרניה עם תסמינים דיכאוניים. כמו כן, בקבוצת חולים עם אבחנת סכיזופרניה נמצא קשר הדוק נוסף בין התאבדות לבין ניסיונות אובדניים בעבר והיסטוריה של אשפוזים רבים. גורמי הסיכון הבולטים שזוהו בקרב כלל המאושפזים הם: היסטוריה של ניסיונות פגע עצמי, תחושת חוסר תקווה, תחושת אשמה, תחושת אי התאמה ולקות (Inadequacy), מצב רוח ירוד, תכני חשיבה אובדניים, והיסטוריה של התאבדות במשפחה [9]. מספר מאפיינים מוכרים כגורמי סיכון באוכלוסייה הכללית לא אותרו ככאלה בקרב אוכלוסיית המאושפזים. כך, בשונה מכלל האוכלוסייה, שבה שכיחות התאבדות גברים גבוהה משמעותית משל נשים, לא נמצאה שונות בעלת מובהקות סטטיסטית בין גברים ונשים באשפוז. כמו כן, לא הודגמה רמת סיכון מוגברת למאושפזים צרכני חומרים פסיכואקטיביים, ומובטלים [9]. בחינת חלק מגורמי סיכון אלה, במאמר שסקר 326 אירועי התאבדות באשפוז בישראל, איתר הפרעה סכיזואפקטיבית, הפרעות אפקטיביות וסכיזופרניה, כמעלות משמעותית סיכון להתאבדות, וגם - ניסיונות אובדניים קודמים. במידה מתונה יותר, אם כי משמעותית סטטיסטית, אותרו כמעלי סיכון: גיל פרוץ מחלה מבוגר יותר, סטטוס אשפוז כפוי, ריבוי אשפוזים בעבר, ובשונה ממחקר שצוטט קודם, גברים ביחס לנשים. גם במחקר מקומי זה לא הודגם שימוש בחומרים פסיכואקטיביים כגורם סיכון ביחס לרקע אשפוזי אחר [8].

בהיבט הסיבתי-משפטי, "הסוגייה של אחריות בנוזיקין למעשי התאבדות היא סבוכה [...] אין תמימות־דעים, לא בקביעת העקרונות המנחים ולא בפתרון המהותי לגבי המקרים הקונקרטיים" [10]. אף שיכולת הניבוי של אובדנות היא, כאמור, מוגבלת, גם בהינתן גורמי סיכון ידועים [9], הרי שכאשר המקרה נבחן בעין משפטית, לא ניתן להימנע מהתהייה - האם צריך היה לצפות? למנוע? אף שביט המשפט מחויב לדון מבעד לפריזמה של הסטנדרטים הקליניים הידועים ושל הפרקטיקה המקצועית המקובלת (בלשון המשפטית "חובת הזהירות המושגית", Notional duty), בסופו של דבר הערכאה השיפוטית נדרשת להכריע בתיק הספציפי העומד בפניה, על נסיבותיו. במלים אחרות, על בית המשפט לבחון את חובת הזהירות הקונקרטית (Duty in fact) בנסיבות המקרה, בין המזיק לניזוק, וליישם את מבחן הצפיות: האם המטפל הסביר יכול היה לצפות התרחשות נזק מסוים זה בנסיבות [11]. במסגרת חובת הזהירות המושגית השאלה הנשאלת היא אבסטרקטית, בעוד שבמסגרת חובת הזהירות הקונקרטית השאלה היא נורמטיבית-ערכית, ובית המשפט מתחשב לגביה בעובדות הייחודיות של המקרה. שתיהן נקבעות לפי מבחן הצפיות המוזכר לעיל, שהוא, בהקשר מאמר זה - האם ראוי היה לצפות לגבי מטופל ספציפי את הסיכון האובדני המסוים, שהיה מקום לטפל בו נקודתית, ולמנוע את התממשותו בפועל. זאת בפרט באשפוז בעקבות ניסיון אובדני ובהינתן רקע

אובדניים בעבר, אותו כגורמי סיכון משמעותיים. ואולם, במחקר שניתח אירועי התאבדות באשפוז בארה"ב, 78% מאלו שהתאבדו שללו קיום מחשבות אובדניות במפגש האחרון שלהם עם המטפל, ול-49% בלבד היו ניסיונות אובדניים בעבר [25]. אף יעילות ההשגחה וההסתכלות על מטופלים המוערכים כמצויים בסיכון גבוה היא מוגבלת מאוד: ניתוח אירועי התאבדות מאושפזים במערכת בתי החולים של ה-"Veterans" בארה"ב מצא, כי 42% מהם התרחשו במהלך מימוש הסתכלות אחת ל-15 דקות [26]. נתון מקביל במחקר אחר עמד על 51% [27]. בין הגורמים המקשים על הסתכלות מיוחדת: עיסוק אישי צוות בהסתכלות מיוחדת בנוסף לתפקודים חיוניים אחרים, קושי ברישום כל 15 דקות בנוסף לעבודה שוטפת, בעיות בקשר עם אנשי צוות אחרים במהלך הביצוע, בעיות ברישום, וכן קושי בהגדרת המושג "הסתכלות מיוחדת" [9]. לאחר ניתוח תרומת הגורמים השונים להתאבדות, המחברים מדגישים שאפשר למנוע התאבדות על בסיס בניית קשר טיפולי עם המטופל ועל ידי יצירת סביבה פיסית בטוחה. שני הממדים עשויים להיתרם מתכנית בינוי ועיצוב המגלמים קרבה ונגישות מיטבית של "תחנת אחיות" וחדרי מטופלים עם חדרי המאושפזים ועם עיקר המרחב הציבורי. מידת תרומה פחותה בהרבה יש להשקעת מאמצים בחיפוש אחרי "Risk Factors" אינדיבידואליים [9]. צמצום זמינות האמצעים לביצוע התאבדות יושם בהצלחה במגוון תוכניות למניעת התאבדות ברחבי העולם [21]. ניתוח מיקום ומנגנון ההתאבדות במהלך אשפוז, מלמד שיישום צמצום זמינות אמצעים בהקשר של התווך האשפוז, משמעותו יצירת סביבה בטוחה פיסית: עיצוב מתאים של קירות, תקרות, דלתות, חדרי שירותים ומקלחות [21]. בפועל, הכוונה בעיקר להתאמת ידיות (ארונות, דלתות). בעלי עיצוב נטול משטח אחיזה אופקי חזק, וכן ל"ברזים, מקלחות, מתלים וכיו"ב. כך, יצומצם פוטנציאל מימוש מנגנון התליה, הנפוץ ביותר באשפוז [26]. בהקשר זה של תנאי אשפוז הולמים, בהתאמה למצב המטופל ולסיכון האובדני שהוא מדגים, בתי המשפט נוטים לרוב לייחס אחריות למוסד המאשפז (28): במקרה אובדנות מחלון מחלקה פנימית בבית חולים כללי [29], נפסקה אחריות המוסד, שכן המידע שהיה בפניו חייב נקיטת אמצעי ביטחון בסיסיים כמו שמירה, חדר מסורג או חלונות נעולים. ואם כך לגבי מוסד רפואי כללי - במרכז פסיכיאטרי לא כל שכן. על בית החולים מוטלת משימה מורכבת: איזון בין יצירת תנאים בטוחים ככל האפשר, מחד גיסא לבין יצירת תנאי מחייה מספקים, וללא פגיעה בלתי מידתית בכבוד האדם, מאידך גיסא [13]. בכל הנוגע ליחסי מטפל-מטופל, ובבריאות הנפש בפרט, ברי כי קשר מכבד, המבוסס על אמון, מסייע למטופל לבטוח במטפל, לחשוף בפניו פרטים אינטימיים ורגישים ומחזק היענות

התאבדות מטופל. מתואר שינוי אווירה במחלקה: נוכחות משטרה כאילו מדובר בזירת פשע, ואופי פעילות ועדות בדיקה, המערער את הביטחון הפנימי. הצוות מתאר פערים קשים בהתנהלות המערכתית: מסר של ציפייה לחזרה מהירה לתפקוד רגיל (Maintaining Business As Usual). אולם במקביל - חוסר התייחסות נאותה וגדרשת לרגשות ולתחושות שלהם¹. הם מצביעים על תמיכה בלתי מספקת, פורמלית בלבד, מצד סגל בכיר והנהלה, בצד פחד מהאשמות ברשלנות ובהזנחה [27]. רבים מאנשי הצוות רואים בהתאבדות אירוע דטרמיניסטי שלא ניתן לחזות או למנוע, בעיקר בקרב מטופלים שמהלך אשפוזם כולל ניסיונות פגע והתאבדות חוזרים. מחברי המאמר המצוטט ממליצים על העמקת תמיכה בצוותים, הטמעת תרבות ארגונית לא מאשימה והתנסות במודלים הוליסטיים למניעת תופעת ההתאבדות. את מירב המאמצים הם ממליצים להפנות לשיפור יכולת זמינות הצוות ליצירת יחסים טיפוליים עם מטופלים בעלי פוטנציאל אובדני, תוך הפחתת העיסוק בניתוח המצאות גורמי סיכון וצמצום בנית נהלים נוספים המתייחסים לתחום זה [22]. בחינת שאלת קיום מודל טיפול פסיכולוגי המוכוון לקהל יעד של מאושפזים אובדניים ושתכליתו הישירה היא מניעת התאבדות, העלתה את קיומו של פער בתחום זה, ועשויה לתרום ליכולות ההתמודדות של הצוותים עם מציאות זו [23]. מאמר נוסף הדגיש את חשיבות קיום "Patient Suicide Meetings" מדי כמה חודשים (לא כתגובה למקרה ספציפי). בישיבות אלו מוצעת השתתפות כלל אנשי המקצוע, לשם דיון על אירועים שונים והשלכותיהם על המטופלים. מודגשת חשיבות ההתייחסות לנושא בתוכניות למתמחים בפסיכיאטריה [24]. גישה זו של התנהלות מערכתית תומכת לאחר אירוע חריג מגולמת גם במתודולוגיית התחקיר של משרד הבריאות², המבססת גישת בטיחות טיפול שבבסיסה התייחסות למכלול המרכיבים שתרמו ואפשרו את קרות האירוע, ללא חיפוש אשמים, אלא ביצוע חקר גורמי כשל בתהליכים מערכתיים, שיוביל גם להטמעת תרבות ארגונית בטוחה. עם זאת, גישה זו מיושמת יותר בהקשר לניסיונות אובדניים, ופחות בנסיבות אירוע התאבדות, שאז נוטה המערכת למנות וועדות בדיקה³, בהן גישה זו ונהליה אינם בליבת התהליך. יתירה מכך, עצם טיבם של האירועים, ועימם מעורבות קבועה של המשטרה והפרקליטות, כמו גם ריבוי תביעות הנזיקין האזרחיות, מייצרות גם בארץ עומס רגשי וחויית איום משמעותית ביותר בקרב הצוותים.

כלים למניעת התאבדות באשפוז: למרות הידע המצטבר על גורמי סיכון לתופעה, המרתו לכדי יכולת ניבוי סכנה במקרה ובזמן ספציפיים חלשה מאד. כך לדוגמה, דיווח מאושפז על מחשבות אובדניות וניסיונות

1 התמודדות מטפל עם אירוע אובדני של מטופל עלולה להביא לסימפטומים הכלולים בהגדרת "נפגע שני" - second victim. את חשיבות התמיכה בנפגעים אלו, המתמודדים רגשית ומקצועית עם הטראומה, ניתן למצוא בספרות ובמחקרים רבים שפורסמו בנושא.

2 המתודולוגיה ללמידה ארגונית מאירועים חריגים של משרד הבריאות (יולי 2013), אתר משרד הבריאות

/https://www.health.gov.il

3 לפי סעיף 21 לחוק זכויות החולה - 1996.

במחקרים המצוטטים, אם כי יש לזכור, שיישום גישה זו מחייב הקפדה על כבוד האדם המטופל והגנה על זכויותיו, ברוח המידתיות הנדרשת ובהתאם לחוקי היסוד.

דגש חשוב נוסף העולה מסקירה זו, הוא חשיבות העלאת המודעות ומימוש השקעה של ממש, הלכה למעשה, בתמיכה נפשית בצוותים שנחשפו להתאבדות. הכותבים סבורים שאימוץ גישת "No Blame" היא בעלת משמעות אשר אין להגזים בחשיבותה בכל הקשור לשיפור רווחת המטופל, ועימה - רמת פניותו הרגשית ליצירת קשר תומך ומכיל עם מאושפז אובדני. בהיעדר גישה זו, עלולה לשלוט בכיפה התייחסות למטופל אובדני כאל "איום אישי", הפוגעת ביכולת גיוס אמפתיה. זו, מומרת בחלקה לחוויה רגשית מאיימת של "פצצה מתקתקת" הדורשת השגחה או הסתכלות, ופחות מזה - תמיכה והכלה. מבחינה זו, גישת ההאשמה והחשד פוגעת ביכולת למנוע התאבדות. השיעור הגבוה של ההתאבדויות באשפוז ביחס לזה שבקהילה, משמעויותיהן בהיבטים משפטיים וציבוריים, וההשפעה הקיצונית של אירועים אלה על רווחת הצוותים ועל אופי תפקודם, מצריכים, לגישתנו, לאמץ בישראל את גישת השאיפה ל"אפס התאבדויות באשפוז". עיצוב "סביבה סטרילית" ככל הניתן מנגישות לאמצעי התאבדות במחלקות הסגורות, ומהלכים הנוגעים להיקף הצוותים במחלקות, לאיכות הכשרתם בתחום הטיפולי המניעתי, ולתמיכה בהם, הן אבני היסוד שצריכות להוביל מאמץ זה.

לטיפול⁴. בית המשפט נותן מקום של כבוד להיבט זה כחלק משיקול הדעת הענייני והמקצועי של המטפלים [12], "על פי המקובל וכמתחייב, על פי עקרונות אנושיים וטיפוליים ולמטרה טיפולית". מטבע הדברים, סוגיית הטיפול הכפוי בבריאות הנפש עלולה לאתגר מטרה ראויה זו. כלי העזר למטפלים יכול לבוא בדמות עקרון המידתיות, דהיינו: שקילת מתן הטיפול המגביל-פחות מתוך מכלול הטיפולים המתאימים למטופל ולנסיבותיו. על הפגיעה בזכויות להיות מידתית⁵, בהתאם להלכות המשפטיות⁶.

דיון

סקירה זו משחזרת עדויות רבות בדבר יכולת ניבוי מוגבלת מאוד של אירוע התאבדות, והיעדר יכולת להמיר את הידע הנרחב על גורמי סיכון לכדי יכולת ניבוי מקרה ספציפי. לא נמצא קשר בין התאבדות באשפוז לבין כמה מבין מגורמי הסיכון המוכרים להתאבדות בקהילה. בנוסף, על פי ספרות עכשווית נראה שהסתכלות מיוחדת כשלעצמה אינה מהווה כלי מונע יעיל. כמו כן סבורים המחברים, שהקשב המוקצן של איש צוות כלפי מאושפז תחת הסתכלות פוגע באיכות הקשב והקשר שלו עם כלל המטופלים. כך, בהינתן מספר אנשי צוות מוגבל בכל משמרת, ולנוכח העובדה שעצם הצורך באשפוז פסיכיאטרי מכוון לקיומו של סיכון אובדני לא מבוטל אצל מרבית המאושפזים, אזי מימוש הסתכלות או השגחה שמטרתם הפחתת סיכון בקרב אדם אחד, מעלה את הסיכון לאי מניעת מעשה אובדני אצל האחרים, וייצא שכרנו בהפסדנו. לעומת כל אלו, עדויות מחקריות רבות מדגישות את יעילות צמצום זמינות אמצעים להתאבדות, כבסיס לתוכניות מניעת אובדנות בקהלים שונים. מכאן, שעיצוב בטיחותי של המחלקות, המצמצם משמעותית אתרים העלולים לשמש עוגן לתלייה או קפיצה - עשוי להיות האמצעי היעיל ביותר להפחתה משמעותית של הסיכון להתאבדות. זהו המרכיב החשוב ביותר המצוין

מחברת מכותבת: **ליאת קיסר גרשט**
דוא"ל: Lk.MedLaw@gmail.com

4 מכאן גם חשיבות קבלת הסכמת החולה והוולונטאריות (ככל הניתן) בקבלת טיפול, גם במחלות נפש
5 בהתאם לסעיף 8 לחוק יסוד: כבוד האדם וחירותו, התשנ"ב-1992: "אין פוגעים בזכויות שלפי חוק יסוד זה אלא בחוק ההולם את ערכיה של מדינת ישראל, שנועד לתכלית ראויה, ובמידה שאינה עולה על הנדרש, או לפי חוק כאמור מכוח הסמכה מפורשת בו".
6 "אין לפגוע בחירותו של חולה הנפש מעבר לדרוש להגנה עליו, לטיפול בו או להגנה על שלום הציבור. אין לאשפז חולה נפש אשפוז כפוי בבית חולים אם ניתן לטפל בו ולהגן על שלום הציבור באמצעות טיפול מרפאתי כפוי; ואין לכפות טיפול אם ניתן להשיגו ללא כפייה. **תמיד יש לנקוט את האמצעי המגשים את המטרה הראויה, ושפגיעתו בחולה הנפש היא הקטנה ביותר**". רע"פ 2060/97 (עליון) וילנצ'יק נגד הפסיכיאטר המחזיז תל אביב, 11.03.98

ביבליוגרפיה

- | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>1. Tishler CL, Reiss NS. Inpatient suicide: preventing a common sentinel event. <i>Gen Hosp Psychiatry</i>. 2009;31(2):103-109. doi:10.1016/j.genhosppsych.2008.09.007</p> | <p>2. Mokkenstorm JK, Kerkhof AJFM, Smit JH, Beekman ATF. Is It Rational to Pursue Zero Suicides Among Patients in Health Care? <i>Suicide Life-Threatening Behav</i>. October 2017. doi:10.1111/sltb.12396</p> | <p>3. Knoll JL. Inpatient Suicide: Identifying Vulnerability in the Hospital Setting. Vol 30.; 2012.</p> <p>4. ב"ש 196/08, טולידנו נגד מדינת</p> |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

- ישראל, פ"ד לה (3), 332,336
5. ע"פ 3854/02 (עליון), פלוני נגד הוועדה הפסיכיאטרית המחוזית למבוגרים ואח', פורסם 22.01.2003. "ב"ב".
 6. *Large MM, Chung DT, Davidson M, Weiser M, Ryan CJ.* In-patient suicide: selection of people at risk, failure of protection and the possibility of causation. *Br J Psychiatry Open.* 2017;3(3):102-105. doi:10.1192/bjpo.bp.116.004309.
 7. *Sakinofsky I.* Preventing suicide among inpatients. *Can J Psychiatry.* 2014;59(3):131-140. doi:10.1177/070674371405900304.
 8. *Levi L, Werbeloff N, Pugachova I, et al.* Has deinstitutionalization affected inpatient suicide? Psychiatric inpatient suicide rates between 1990 and 2013 in Israel. *Schizophr Res.* 2016;173(1-2):75-78. doi:10.1016/j.schres.2016.03.007.
 9. *Large M, Smith G, Sharma S, Nielssen O, Singh SP.* Systematic review and meta-analysis of the clinical factors associated with the suicide of psychiatric in-patients. *Acta Psychiatr Scand.* 2011;124(1):18-19. doi:10.1111/j.1600-0447.2010.01672.x.
 10. ע"א 6649/96 (עליון) הסתדרות מדיצינית הדסה נ' גלעד, 20.06.1999. פורסם ב"ב".
 11. ע"א 915/91 (עליון), מדינת ישראל נגד לוי, 17.05.94. פורסם ב"ב".
 12. ת.א. 14107-01 חיון נגד מדינת ישראל-משרד הבריאות, 31.08.09. פורסם ב"ב".
 13. ע"א 7276/18 (עליון) עזבון פלונית נגד מדינת ישראל, 02.03.2021. פורסם ב"ב".
 14. ת.א. 995-05 ליפניצקי נגד מיקוד אבטחה שמירה שירותים וניקיון "בע"מ, 09.06.09. פורסם ב"ב".
 15. חוזר מינהל רפואה במשרד הבריאות מס' 29/2009 'ניסיונות התאבדות - התערבות, טיפול, שמירה מיוחדת ודיווח בבית חולים כללי/פסיכיאטרי', פורסם באתר משרד הבריאות www.health.gov.il
 16. *Alexander D a, Klein S, Gray NM, Dewar IG, Eagles JM.* Suicide by patients: questionnaire study of its effect on consultant psychiatrists. *BMJ.* 2000;320(7249):1571-1574. doi:10.1136/bmj.320.7249.1571
 17. *Dewar IG, Eagles JM, Klein S, Gray NM, Alexander DA.* Psychiatric trainees' experiences of, and reactions to, patient suicide. *Psychiatr Bull.* 2000;24(1):20-23. doi:10.1192/pb.24.1.20
 18. ת"א (פ"ת) 41722-11-13 נ.ש. ז"ל נגד מדינת ישראל, 07.12.2017. פורסם ב"ב".
 19. נייר עמדה של האיגוד הפסיכיאטרי "התערבות עם מטופל אובדני בעידן רפואה מתגוננת: הערכת סיכון וגבולות האחריות", 2009. רפואה ומשפט, גיליון מס' 41 - דצמבר 2009, עמ' 46-50
 20. נייר עמדה "עמדת פורום מנהלי בתי החולים הפסיכיאטריים ואיגוד הפסיכיאטריה לגבי התמודדות עם אובדנות בבית החולים", יוני 2013. פורסם באתר האיגוד, פורטל DoctorsOnly.co.il
 21. *Lubin G, Werbeloff N, Halperin D, Shmushkevitch M, Weiser M, Knobler HY.* Decrease in Suicide Rates After a Change of Policy Reducing Access to Firearms in Adolescents: A Naturalistic Epidemiological Study. *Suicide Life-Threatening Behav.* 2010;40(5):421-424. doi:10.1521/suli.2010.40.5.421.
 22. *Awenat Y, Peters S, Shaw-Nunez E, Gooding P, Pratt D, Haddock G.* Staff experiences and perceptions of working with in-patients who are suicidal: Qualitative analysis. *Br J Psychiatry.* 2017;211(2):103-108. doi:10.1192/bjp.bp.116.191817.
 23. *Haddock G, Davies L, Evans E, et al.* Investigating the feasibility and acceptability of a cognitive behavioural suicide prevention therapy for people in acute psychiatric wards (the "INSITE" trial): Study protocol for a randomised controlled trial. *Trials.* 2016;17(1):79. doi:10.1186/s13063-016-1192-9.
 24. *Foley SR, Kelly BD.* When a patient dies by suicide: incidence, implications and coping strategies. *Adv Psychiatry Treat.* 2007;13(2):134-138. doi:10.1192/apt.bp.106.002501.
 25. *Busch KA, Fawcett J, Jacobs DG.* Clinical correlates of inpatient suicide. *J Clin Psychiatry.* 2003;64(1):14-19. doi:10.4088/JCP.v64n0105.
 26. *Watts B V., Young-Xu Y, Mills PD, et al.* Examination of the effectiveness of the mental health environment of care checklist in reducing suicide on inpatient mental health units. *Arch Gen Psychiatry.* 2012;69(6):588-592. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2011.1514.
 27. *Jayaram G, Sporney H, Perticone P.* The Utility and Effectiveness of 15-minute Checks in Inpatient Settings. *Psychiatry (Edgmont).* 2010;7(8):46-49. doi:10.1002/bjs.4650.
 28. קיסר גרשט ל, לובין ג, גבר הולך לאיבוד דרך מרפסת, על משולש האחריות המשפטית במקרי אובדנות. הרפואה, כרך 161, חוב' 4, 245-250 (אפריל 2022)
 29. ת.א. 3073/00 נ.ש. נגד מדינת ישראל, 20.02.07. פורסם ב"ב".