

# לקשור או לא לקשור? אתגרים אתיים ודילמות באשר לשימוש בקשירה בבריאות הנפש

שגית דהן, רחל בכנר ואילנה קרמר

**רקע:** קשירה היא אחת משיטות ההגבלה בטיפול פסיכיאטרי, לצורך מניעת סכנה פיזית למטופל או זולתו. לפי הוראות הרופא הצוות הסייעודי צריך לקשור את החולה למיטה בשתיים או יותר מגפיו. השימוש בקשירה משפיע על רווחתו הרגשית של המטופל. מדובר באירוע טראומטי לחולה ולצוות, והוא מעורר קונפליקטים אתיים אצל הצוות הטיפולי במחלקה. קובעי המדיניות בשירותי הבריאות הורו לצמצם את מספר הקשירות ככל האפשר, אך האמצעים החלופיים הקיימים אינם נותנים מענה מספק לצורכי המטופלים והמטפלים, ומצב זה מתבטא בעלייה באירועי האלימות.

**מטרת המאמר:** להציג את הקונפליקטים והדילמות האתיות של אנשי הצוות בנושא הקשירות במחלקות פסיכיאטריות.

**שיטה:** תיארונו דיון שהתקיים ביום עיון בנושא 'בריאות נפש וזכויות אדם' במרכז האקדמי רופין, וקישרנו אותו לספרות המקצועית בנושא הקשירה.

**ממצאים עיקריים:** בדיון תיארו המשתתפים דילמות וקונפליקטים אתיים קשים בניסיון למצוא את שביל הזהב בין הזכויות לחירות כמתחייב מאמנת האו"ם בדבר זכויות אנשים עם מוגבלויות (CRPD), אשר מדינת ישראל אימצה בשנת 2012, לבין ההגנה על עצמם ועל אחרים.

**מסקנות והשלכות לפרקטיקה:** כדי לצמצם את השימוש בקשירה, על משרד הבריאות ובתי החולים להוביל מדיניות לשינוי תרבותי ותפיסתי של הצוות המטפל מכל המגורים. יש להנחיל תפיסות טיפוליות המקדמות כבוד וחמלה. יש לקדם אמצעים חלופיים לקשירה אשר יסייעו בהכלת המטופלים ובהרגעתם. חשוב לכלול הכשרה להתערבות בזמן משבר, וכן לעודד את הצוותים ולתמוך בהם בתהליך.

**מילות מפתח:** קשירה, זכויות אדם, מחלקות פסיכיאטריות, אלימות, אתיקה

## מבוא

מחלות פסיכיאטריות המתבטאות בפסיכוזה גורמות להפרעות בחשיבה ובהתנהגות של הלוקים בה, ופוגעות ביכולת השיפוט וביקורת המציאות של החולה. לכן עלול האדם הסובל ממחלה פסיכוטית להיות מסוכן לסביבתו. במחלקות פסיכיאטריות נדרש הצוות להתמודד עם ביטויי אלימות אלו, וקשירה היא אחת משיטות ההגבלה הנהוגות בכמה מדינות (Steinert et al., 2010). בדרך כלל מבצעים קשירה כשמטופל נעשה אלים כלפי עצמו או אחרים, כאשר יש צורך במניעה של פגיעה עצמית או סיכון לפגיעה גופנית למטופל, כאשר הצוות המטפל עלול להיות חשוף לפגיעה מיידית או כאשר יש צורך במניעה של התנהגות מסוכנת או הרסנית, אפילו אם טרם קרתה (Kaltiala-Hei et al., 2003). בקשירה קושר הצוות הרפואי בהוראת הרופא שתיים או יותר מגפיו של החולה למיטה. דיווחים מרחבי העולם מצביעים על שונות גדולה בשימוש בקשירה, הן מבחינת הזמן והן מבחינת סוג הקשירה (Steinert et al., 2010) והפערים נעים בין 3.8% ל-20% (Beghi et al., 2013). הבדלים בתרבות המחלקה, אידיאולוגיה טיפולית, הרכב המטופלים, גודל הצוות יחסית למספר המטופלים – תורמים לשוני באחוזי הקשירה (Ilkiw-Lavalle & Grenyer, 2003). השימוש בקשירות היה רווח בעבר, ונתפס כדרך מקובלת להתמודדות עם מטופלים אלימים או אובדניים (Masters, 2017). בשנים האחרונות החל השימוש בקשירות לקבל תשומת לב רבה יותר מהציבור ומגורמים טיפוליים.

כפייה מכל סוג מתנגשת עם ערכי יסוד בחברות מודרניות, בחופש הפרט ובזכויות אדם. ועדת האו"ם לזכויות אנשים עם מוגבלויות, הפועלת מכוח אמנת האו"ם בדבר זכויות אנשים עם מוגבלויות (Convention on the Rights of Persons with Disabilities – CRPD), קבעה בשנת 2015 כי השימוש בהגבלה מכנית במחלקות פסיכיאטריות אינה מתיישבת עם הוראות האמנה. בישראל קבע דו"ח ועדת ההיגוי לצמצום הגבלות מכאניות באשפוז הפסיכיאטרי (2017):

אין עוד מקום להגבלות מטופלים במערכת האשפוז בישראל למעט מקרים חריגים ביותר. הגבלות כשלעצמן אינן בעלות ערך טיפולי, ופוטנציאל הנזק בהן עולה על התועלת. (משרד הבריאות, 7102, ע' 11)

הסיבות להתעוררות ולשינוי קשורות לזיהוי סיכונים הקשורים בקשירה, וביניהם פגיעה במטופל או פגיעה באנשי צוות המשתתפים בקשירה (Steinert et al., 2010), השפעה רגשית שלילית על המטופל ובני משפחתו, והשפעה רגשית שלילית על הצוות המשתתף בקשירה (משרד הבריאות, 2017). אקט הקשירה כשלעצמו חושף את אנשי הצוות לסיכון פיזי ונפשי, ובכלל זה סיכון מוגבר לחבלות, חתכים

והפרעות בשינה, וכן לתעוקות נפשיות, ובהן דיכאון ואפתיה (Knox & Holloman, Jr., 2012). מטופלים אשר עדים לאירועים שבהם הצוות משתמש בקשירה כאמצעי, מדווחים על חוויות טראומטיות ומזיקות של האשפוז. בקבוצת הדיון ביום העיון נטען כי בארץ חווים אנשי צוות במחלקות פסיכיאטריות קשיים רגשיים לנוכח קשירות. המטפלים תיארו דילמות אתיות קשות וקונפליקטים פנימיים בניסיון למצוא את שביל הזהב בין זכויות הפרט לחירות, מדיניות צמצום ההגבלות, וזהותם הטיפולית מחד גיסא, לבין ההגנה על עצמם ועל אחרים מאידך גיסא. לא נמצא בספרות עיסוק מפורש באתגרים האתיים ובדאגות האתיות הקשורים לשימוש בכפייה בבריאות הנפש (Hem, Gjerberg, Husum, & Pedersen, 2018). במאמר זה מתוארות הדילמות האתיות אשר עלו ביום העיון.

## אתגרים אתיים ודילמות בקרב צוותי טיפול בישראל כיום

### עמדות הצוות כלפי קשירה

בקבוצת הדיון עלו דילמות בקרב צוותי טיפול באשר לצורך בשימוש בקשירה. מצד אחד ישנה הבנה כי קשירה יכולה לתת מענה מידי ואף לספק הכלה (holding) במצב מאוד סוער. מצד שני היא עלולה לשחזר חוויות קשות מעברו של המטופל. עמדת הצוות הוזכרה כגורם שיכול להשפיע על הקשירה. המתדיינים הציגו עמדות שונות לגבי הקשירה. יש שראו בה הליך פסול הפוגע במטופל, ויש שראו בה אמצעי להגנה על המטופל, על מטופלים אחרים ועל הצוות. מבין הגורמים השונים שהוכחו כקשורים לעמדות צוות כלפי קשירה, בולטת מידת החשיפה והקרבה של אנשי הצוות לאירועי אלימות והצורך בהגבלה. מחקר שנערך בארץ הדגים הבדלים ניכרים בעמדות הצוות לפי מידת קרבתם למעשה הקשירה. אנשי צוות שהיו נוכחים במעשה הקשירה, ראו בו אמצעי להשיג "ביטחון" ו"טיפול" ופחות כ"משפיל ומעליב", לעומת אנשי צוות שלא נכחו. אנשי צוות אשר נכחו והשתתפו באופן פעיל במעשה הקשירה, ראו בו אמצעי להשגת "ביטחון" ו"סדר" ופחות כמעשה "משפיל ומעליב" לעומת אלה שנכחו אך רק צפו במעשה הקשירה. המחקר הצביע על קשר בין הקרבה למעשה הקשירה לבין עמדות הצוות. ככל שאנשי הצוות קרובים יותר למעשה הקשירה כך הם רואים בה אמצעי להשיג "ביטחון" ו"טיפול" ופחות כ"משפיל ומעליב" (Dahan et al., 2018). בקבוצת הדיון נראה כי אנשי הצוות אשר נטו פחות לשיפוטיות לגבי הקשירה היו אלה אשר נכחו או השתתפו בקשירה.

### קונפליקטים פנימיים וקשיים רגשיים בקרב אנשי צוות

בדיון הקבוצתי עלו הקונפליקטים הפנימיים שהביעו אנשי הצוות המנסים למצוא את שביל הזהב בין זכויות הפרט לבין ההגנה על עצמם ועל אחרים. אנשי הצוות

חשים לעיתים קשיים רגשיים כלפי הצורך בקשירה, ואף תהו אם מוצו כל החלופות. הספרות מציינת כי אנשי צוות פסיכיאטרי, שמטפלים ותומכים במטופלים הנמצאים במצבים מעורערים או מיוסרים בסביבות פסיכיאטריות חריפות, עלולים לחוות קשיים רגשיים ניכרים, ובמקביל דיסוננס קוגניטיבי לגבי הקשירה (Dahan et al., 2018). קשיים רגשיים נוספים שעלו בקבוצת הדיון היו רגשות של פחד וחרדה שחווים אנשי הצוות במצבי אלימות קשים, והצורך שלהם להגן על עצמם ועל מטופלים אחרים. מחקר אשר עסק בדילמות אתיות הקשורות לקשירה מצא, כי אחיות דיווחו על חוויות של פחד, חרדה וחוסר אונים כאשר הן מטפלות במטופלים אלימים (Kontio et al., 2010). אנשי צוות סיעודי פסיכיאטרי בישראל עוסקים כמעט לרוב בניהול אירועים כוחניים, ורגשות הפחד והחרדה שעליהם דיווחו בקבוצת הדיון, הם שכיחים בעבודתם עם מטופלים אלימים. אנשי צוות שהיו מעורבים בקשירת מטופל, מקבלים לא אחת איומים על חייהם וחי משפחתם, ומותקפים מילולית ואף פיזית. בדיון בנושא רפורמת בריאות הנפש שהתקיים ב-2018 בוועדה לביקורת המדינה בכנסת, צוטטה ד"ר ורד עזרא, ראש מנהל רפואה במשרד הבריאות, אשר ציינה כי ישנה ירידה של 60% במספר מקרי קשירות מטופלים חולי נפש, אולם לצידה יש עלייה במספר מקרי אלימות כלפי מטפלים.

### קשר מטפל-מטופל

מעורבותם של אנשי הצוות המטפל באירועי הקשירה עלולה לפגוע קשות באמון ובקשר הטיפולי עם המטופלים (Kontio et al., 2010). דילמה זו נדונה בקבוצת הדיון, והיא נובעת מהקושי של הצוות לבצע קשירה, בהיותו מחויב מקצועית לערכים של טיפול ושל קשר מטפל-מטופל. מתוך כך, חברי קבוצת הדיון הביעו גם חשש ממעורבותם בקשירה, בשל הסיכון לפגוע באמון ובקשר הטיפולי.

### הפחתת קשירות

במסגרות פסיכיאטריות רבות בעולם ובישראל מבוצעים בשנים האחרונות שינויים בנהלי העבודה ובהכשרת הצוות בעבודה עם מטופלים סוערים העלולים לפגוע בעצמם או באחרים, וזאת כדי להפחית את הקשירות באופן ניכר. לטענת חברי קבוצת הדיון מאמצים אלו אינם מספקים, כי יש צורך לבנות מענה טיפולי מקיף וגישה רב-מקצועית לבעיית האלימות, ושינוי כזה דורש השקעה רבה לאורך זמן. ההנחה היא כי כדי לצמצם את השימוש בהגבלות מכניות יש להביא לשינוי בתפיסות הצוות המטפל מכל המגזרים באמצעות מתן חלופות והוראת טכניקות של מניעת הסלמה כחלק ממדיניות הארגון או בית החולים, כפי שמוצע למשל במאמרם של קלהא, קרישנהמורטי ופאטרה (2020).

מדברי המתדיינים אפשר להסיק כי לדעתם כדי להשיג שינוי וצמצום ההגבלות

דרושים שלושה תנאים:

תנאי ראשון הוא יצירת מודעות בקרב אנשי הצוות המטפל לצורך בשינוי, והנחלת תפיסות טיפוליות המקדמות כבוד וחמלה. לפי תפיסה זו יש לראות את המטופל כאדם במרכז תוך כיבוד זכויותיו וחירותו.

תנאי שני הוא מתן אסטרטגיה חלופית לקשירה. יש להכשיר ולהדריך את הצוות הרב-מקצועי בשיטות אשר מאפשרות טיפול מידי במצבים והתנהגויות של אי שקט, תוקפנות ואלימות, באופן מקצועי, מכיל, לא כוחני, ובטיחות. שימוש נכון ומקצועי בשיטות חלופיות להתמודדות עם מצבים מאתגרים מונע בדרך כלל הסלמה של מצבים שבעבר היו מסתיימים בקשירה. האסטרטגיות הקיימות לשם כך הן אסטרטגיות מתחום הגישור, שזכו לכינוי "שיטות דה-אסקלציה". הנחלה אפקטיבית של שיטות חלופיות אלו באמצעות הכשרת אנשי צוות מטפל, הדרכה ולינוי, היא תנאי חיוני לצמצום הקשירות (Price & Baker, 2012).

להנחלתן של הכשרות אלו ערך נוסף: הן מעבירות מסר לגבי השינוי התפיסתי-ערכי המצופה בגישה ובתפיסה של הצוותים הרב-מקצועיים. שיטות אלו מחזקות ערכים של הכרה בזכויות המטופל, באוטונומיה שלו ובכבודו, בשעה שהוא נמצא במצב רגיש ומשברי. הן גם מאפשרות לשמור על אקלים מכבד ורגוע שאינו מחזק דפוסים כוחניים, מעודדות את המטופל להירגע בכוחות עצמו, ומעבירות לו מסר כי הצוות מחויב לו ומאמין בו (Johnson & Delaney, 2006). השימוש בשיטות אלו מצמצם פגיעה באנשי הצוות, במטופלים אחרים ובמטופל עצמו (Richmond et al., 2012). הטמעת שיטות התערבות הייתה חלק מתוכניותיהן הלאומיות של מדינות רבות, והן שהפחיתו משמעותית את היקף השימוש בקשירות (Steinert et al., 2010).

תנאי שלישי לצמצום ההגבלות הוא המחויבות לתהליך. משרד הבריאות, חטיבת בתי החולים והנהלות בתי החולים מחויבים לתהליך. לדוגמה, מחקר הערכה מראים כי שינוי חקיקה כשלעצמו אינו תורם רבות לצמצום הקשירות ללא הובלה אקטיבית וברורה של כל המדרג הניהולי (Keski-Valkam, 2007). במקומות שבהם בוצע שינוי משמעותי, התרחש המהפך לאחר התעוררות של מנהיגות מקצועית ומנהלית נחרצת שהעבירה מסרים בצורה פומבית ומתוקשרת והפגינה רצינות ומחויבות לאורך זמן. המנהיגות לא באה לידי ביטוי רק בהנעה ובתמרוץ אלא גם ברגולציה ופיקוח נמרצים. לכן נדרשים מעורבות וקשב ניהולי בכל המדרג הניהולי – משרד הבריאות, שהוא המוציא לאור של נהלים והנחיות ואחראי על הפיקוח והרגולציה, המדרג הניהולי של רשת בתי החולים הפסיכיאטריים (בישראל זו חטיבת בתי החולים במשרד הבריאות), והנהלות בתי החולים. הנחלת שינוי תרבותי ותפיסתי לצמצום הגבלות מכניות הוא הרבה יותר משינוי טכני, בירוקרטי או משפטי. השאיפה לשינוי מבטאת חתירה לשינוי תפיסת עולם מקצועית וערכית המנחה את

עבודת כל הצוותים במחלקות האשפוז. תפקידה של מנהיגות המערכת על כל דרגיה להנחיל את התפיסה החדשה בצורה עקבית שאינה משתמעת לשתי פנים. כדי לבסס את השינוי גם בקרב המתנגדים והחוששים, יש צורך שבכירי המערכת, אשר להם גם סמכות מקצועית וגם סמכות מנהלית, יעבירו את המסר בצורה מחייבת, גם בשלב של הנעת התהליך וכן לאורך כל שלביו. מעבר למנהיגות ברמה הממשלתית, יש ליצור מנהיגות פנים מוסדית המגויסת למהלך. על מנהלי בית החולים והמחלקות לעודד את הצוותים, לתמוך בהם, להיות קשובים לדאגותיהם ולצרכיהם ולהתאים את התוכנית הממשלתית לצרכי בית החולים (משרד הבריאות, 2017). יש להעביר מסר של שמירה על ביטחונם של אנשי הצוות ואישורן של הגבלות, לעיתים רחוקות ככל האפשר, רק במצבי קיצון, כדי שלא להעמיד את הצוות במצבי סכנה.

## נקודות מפתח



- השימוש בקשירה הוא טראומטי למטופלים ולצוות. קשירה מעוררת קונפליקטים אתיים אצל הצוות הטיפולי במחלקה.
- אנשי מקצוע בבריאות הנפש מעוניינים לצמצם את השימוש בקשירה ככל האפשר. הם זקוקים להכשרה ולאמצעים טיפוליים חלופיים שייתנו מענה לצרכי המטופלים והמטפלים.
- דרושה מנהיגות מקצועית נחרצת אשר מעבירה מסרים באופן פומבי, מחויבת לתהליך, ונוקטת דרכים להנעה, לתמרוץ, ואף לרגולציה ופיקוח נמרצים.

## מקורות

משרד הבריאות (2017). דין וחשבון: דוח וועדת ההיגוי לצמצום הגבלות מכאניות. קלהא, ג., קרישנהמורטי, ס., ופאטרה, ס. (2020). פיתוח מסוגלותם של אנשי מקצוע בבריאות הנפש: התנסויות עם מתודולוגיית הזכויות-לאיכות (QualityRights). חברה ורווחה, מ' (3-2), 246-252.

- Beghi, M., Peroni, F., Gabola, P., Rossetti, A., & Cornaggia, C. M. (2013). Prevalence and risk factors for the use of restraint in psychiatry: A systematic review. *Rivista di Psichiatria*, *48*, 10-22. doi: 10.1708/1228.13611
- Dahan, S., Levi, G., Behrbalk, P., Bronstein, I., Hirschman, S., & Lev-Ran, S. (2018). The impact of "being there": Psychiatric staff attitudes on the use of restraint. *Psychiatric Quarterly*, *89* 191-199. doi: 10.1007/s11126-017-9524-9
- Hem, M. H., Gjerberg, E., Husum, T. L., & Pedersen, R. (2018). Ethical challenges when using coercion in mental healthcare: A systematic literature review. *Nursing Ethics*, *25*, 92-110. doi: 10.1177/0969733016629770
- Ilkiw-Lavalle, O., & Grenyer, B. F. (2003). Differences between patient and staff perceptions of aggression in mental health units. *Psychiatric Services*, *54*, 389-393.
- Johnson, M. E., & Delaney, K. R. (2006). Keeping the unit safe: A grounded theory study. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, *12*, 13-21. doi:10.1177/1078390306286440
- Kaltiala-Heino, R., Tuohimäki, C., Korkeila, J., & Lethinen, V. (2003). Reasons for using seclusions and restraint in psychiatric inpatient care. *International Journal of Law and Psychiatry*, *26*(2), 139-149.
- 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. doi:10.1007/s00127-007-0219-7
- Knox, D. K., & Hollman, G. H. Jr. (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*, 35-40. doi: 10.5811/westjem.2011.9.6867
- Kontio, R., Välimäki, M., Putkonen, H., Kuosmanen, L., Scott, A., & Joffe, G. (2010). Patient restrictions: Are there ethical alternatives to seclusion and restraint? *Nursing Ethics*, *17*, 65-76.
- Masters, K. J. (2017). Physical restraint: A historical review and current practice. *Psychiatric Annals*, *47*, 52-55. doi: 10.3928/00485713-20161129-01
- Price, O., & Baker, J. (2012). Key components of de-escalation techniques: A thematic synthesis. *International Journal of Mental Health Nursing*, *21*, 310-319. doi: 10.1111/j.1447-0349.2011.00793.x

- Richmond, J. S., Berlin, J. S., Fishkind, A. B., Holloman, Jr., G. H., Zeller, S. L., Wilson, M. P., Rifai, M. A. & Ng, A. T. (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. doi:10.5811/westjem.2011.9.6864.
- Steinert, T., Lepping, P., Bernhardsgrutter, R., Conca, A., Hatling, T, Janssen, W, & Whittington, R. (2010). Incidence of seclusion and restraint in psychiatric hospitals: A literature review of survey of international trends. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 45, 889-897. doi: 10.1007/s00127-009-0132-3