

**ועדה בינמשרדית לטיפול בהתמודדות כוחות האכיפה והביטחון  
מול אנשים עם מוגבלויות**

**דו"ח ועדת משנה 3 – סקירת הנהוג בעולם, בחינת חקיקה  
קיימת וגיבוש חקיקה נוספת**

01 פברואר 2023

## תוכן עניינים

### הקדמה

#### א. מבוא ורקע כללי לעבודת ועדת המשנה

#### ב. רקע עובדתי ומשפטי

1. הקשיים בממשק בין אנשים עם מוגבלות לגורמי אכיפה והגדרת הצורך בצוותי התערבות במשבר.

2. בעיית הקרימינליזציה של אנשים עם מוגבלויות.

3. נתונים רלוונטיים בדבר מצבם של אנשים עם מוגבלויות במערכת אכיפת החוק בישראל.

4. הסמכויות הקיימות בחוק ביחס לאנשים עם מוגבלויות-המישור האזרחי והפלילי.

#### ג. סקירה משווה

1. מודלים מהעולם לטיפול בהתמודדות כוחות האכיפה מול אנשים עם מוגבלות.

2. מודלים של צוותי התערבות במשבר :

ג.2 (א) ארה"ב.

ג.2 (ב) אנגליה.

ג.2 (ג) אוסטרליה.

ג.2 (ד) הולנד.

ג.3 מודלים להתערבות רב מקצועית בישראל- מקרי בוחן.

#### ד. סיכום והמלצות

1. המלצה על הפעלת פיילוט צוותי התערבות במשבר.

2. גיבוש מודל צוותי התערבות- נקודות מרכזיות שהתעוררו בהליך העבודה.

3. מתווה למודל צוותי התערבות במשבר.

4. הצעות נוספות לדיון שהועלו על ידי חברי ועדת המשנה.

סעיף 1 לחוק-יסוד: כבוד האדם וחירותו קובע, כי "זכויות היסוד של האדם בישראל מושתתות על ההכרה בערך האדם, בקדושת חייו ובהיותו בן-חורין, והן יכולו ברוח העקרונות שבהכרזה על הקמת מדינת ישראל".

לפי סעיף 1א לחוק היסוד, מטרתו, "להגן על כבוד האדם וחירותו, כדי לעגן בחוק-יסוד את ערכיה של מדינת ישראל כמדינה יהודית ודמוקרטית".

סעיף 2 לחוק קובע כי "אין פוגעים בחייו, בגופו, או בכבודו של אדם באשר הוא אדם", וסעיף 4 קובע כי "כל אדם זכאי להגנה על חייו, על גופו ועל כבודו". במקרים מסוימים החוק אמנם מאפשר פגיעה בזכויות אלו, אך זאת "בחוק ההולם את ערכיה של מדינת ישראל, שנועד לתכלית ראויה, ובמידה שאינה עולה על הנדרש, או לפי חוק כאמור מכוח הסמכה מפורשת בו" (סעיף 8 לחוק היסוד).

סעיף 11 לחוק מדגיש, כי "כל רשות מרשויות השלטון חייבת לכבד את הזכויות שלפי חוק-יסוד זה".

עבודת ועדת משנה זו, שבאה לטפל בהיבטים המשפטיים של התמודדות כוחות האכיפה והביטחון מול אנשים עם מוגבלויות, נובעת אמנם מכתב מינוי, אך לפני כן, בראש ובראשונה, מן החובה המוטלת על רשויות השלטון להגן על חייהם, גופם וכבודם של כל איש ואישה. זאת גם אם הדבר כרוך במאמץ, הכשרה ומשאבים.

הממשק של אנשים עם מוגבלויות עם מערכת אכיפת החוק העסיק את החברה האנושית מתקופות קדומות. לאורך כל ההיסטוריה התערבבו בממשק זה אתגרים אובייקטיביים עם סטיגמות ודעות קדומות ולעתים גם עם חוסר ידע או חוסר אונים. אביעד הכהן, במאמר הקורא לשנות את המינוחים לגבי אנשים עם מוגבלויות בשיח ההלכתי,<sup>1</sup> כותב כי –

"יחסה העוין של החברה בעת העתיקה ובימי הביניים לחריגים, ובהם מצורעים, לקויי שמיעה וראייה ושאר אנשים עם מוגבלויות, הוא מן המפורסמות שאינן צריכות ראייה" (עמ' 67).

למרות השינוי החברתי, המעשי והמשפטי שהתרחש במהלך השנים בנושא, עדיין האתגרים רבים. העיסוק בנושא מעלה דילמות מוסריות וחברתיות רבות, אשר אינן בגדר דיון תיאורטי. מקרים רבים מדי של התנגשויות עם החוק נתקלו בהעדר טיפול מערכתי מתאים, ולעתים באסון. הטרדיה היא בראש ובראשונה של האיש או האישה עם המוגבלות ומשפחתו, המשלמים מחיר יקר, לעתים בחיי אדם, בשל אירועים מסוג זה; לעתים גם של אנשי מערכת אכיפת החוק המוצאים עצמם מעורבים באירוע קשה, אשר יכול היה להימנע לו רק היו בידיהם הכלים המתאימים; ושל החברה כולה, שעליה מוטלת האחריות למנוע מצבים אלו.

מטרת עבודת ועדת משנה זו היא להמליץ על כלים, שיקדמו את השמירה על כבודם, גופם וחייהם של אנשים עם מוגבלויות, ויצמצמו את היקף המקרים שבהם העדר טיפול נכון מביא להיתקלות קשה, ובמקרים מסוימים אף לאבדן מיותר וכואב.

<sup>1</sup> אביעד הכהן, "בעזרת השם – על הלכה והכלה ועל הצורך בשינוי השיח ההלכתי ביחס לאנשים עם מוגבלויות", מתוך הקובץ "ואין הדעות שוות – על מעמדו של אדם עם מוגבלות שכלית והתפתחותית בעולמה של מסורת ישראל" (עורך: בנימין לאו) 57.

אני מבקשת להודות מעומק הלב לכל מי שנטלו חלק בעבודת ועדת המשנה ובכתיבת הדו"ח ולכל מי שסייע לכך:

לגב' רעות בינג, שליוותה את הנושא בעת שנדון במשרד המשפטים לפני הקמת ועדת המשנה ועבודתה שימשה לנו בסיס חיוני; לגב' לסטפאני בן-נון ולמתמחה גב' טל אשכנזי, שליוו וריכזו את עבודת ועדת המשנה בכישרון ובמסירות, על עבודתן המקצועית והיסודית;

לכל חברי ועדת המשנה, ובכללם לנציגים ולנציגות של משרדי הבריאות, הרווחה, הסניגוריה הציבורית, הסיוע המשפטי ופרקליטות המדינה, וכן לנציגי המשטרה והמשרד לביטחון הפנים על אותן ישיבות שבהן הם נטלו חלק;

לנציגי הארגונים החוץ ממשלתיים שנטלו חלק בעבודת ועדת המשנה, ותרמו מזמנם, מניסיונם ומהידע שלהם תרומה שלא תסולא בפז. **העבודה המשותפת אפשרה לנו לקבל מידע מקיף, ולהיחשף זוויות ונקודות מבט שונות, והייתה חיונית ביותר עבורנו;**

לגב' שירה מאיר, הגב' לאה לובודה-הופמן והגב' עדי לנדרס מהיחידה לקשרי חוץ וייעוץ מדיני במשרד המשפטים על הכנת סקירה בין-לאומית משווה בנושא התמודדות כוחות האכיפה והביטחון עם אנשים עם מוגבלויות, ועל ארגון הרצאה של מומחה מאנגליה בנושא;

לכל האנשים והנשים שהופיעו בפני ועדת המשנה או סייעו לה.

**היחס לאנשים עם מוגבלות הוא, להבנתי, מדד בסיסי לערבות ההדדית של חברה ולחוסנה. לאור זאת, אני מקווה שמסקנות ועדת משנה זו ויתר ועדות המשנה תיושמה במהרה, גם אם הדבר כרוך במשאבים, עלות ומאמץ. יישום זה עשוי לסייע לשיפור המפגשים של אנשים עם מוגבלויות עם רשויות אכיפת החוק, ולמניעת טרגדיות הפוגעות באנשים עם מוגבלויות ובבני משפחתם, באמון ברשויות אכיפת החוק, ובחברה כולה.**

יפעת רווח,

ראש אשכול (סד"פ וראיות)

מחלקת יעוץ וחקיקה, משרד המשפטים

## **א. מבוא ורקע כללי לעבודת ועדת המשנה**

בינואר 2019 פנו עשרה ארגוני החברה האזרחית לשמירה על זכויות אנשים עם מוגבלויות לסגן שר הבריאות ולשר לביטחון פנים. הפנייה נעשתה על רקע מותו של יהודה ביאדגה ז"ל, אדם עם מוגבלות נפשית שנהרג מידי ירי של שוטר שהגיע לאירוע לאחר קריאה של בן משפחתו. בפנייה הארגונים קראו למשרד הבריאות ולמשטרת ישראל לשלב כוחות, ולהקים בדחיפות מערך של צוותי משבר בתחום בריאות הנפש אשר ייתן מענה למצבי משבר של אנשים עם מוגבלות.

בעקבות הפנייה במהלך שנת 2019, קיימו מחלקת ייעוץ וחקיקה (משפט פלילי) במשרד המשפטים עבודת מטה במסגרתה נערכו שורה של מפגשים, בהשתתפות גורמי הממשלה הרלוונטיים משרד הבריאות, משרד הרווחה, הסיוע המשפטי, משטרת ישראל, המשרד לביטחון פנים, פרקליטות המדינה, הסניגוריה הציבורית ועמותות שעוסקות באנשים עם מוגבלויות. לצד ישיבות אלו, התקיימה הרצאה בנושא הנדון על-ידי ראש אגף בריאות הנפש במשרד הבריאות, ונערך סיור במסגרות שונות בתחום בריאות הנפש בקהילה ובבית החולים אברבנאל.

במסגרת המפגשים, ניכר היה כי כלל המשתתפים מסכימים שהמצב השורר בישראל מחייב רפורמה משמעותית, אשר תיטיב את מצבם של אנשים עם מוגבלות, ותצמצם את האינטראקציה של אוכלוסייה זו עם מערכת אכיפת החוק, ושיש מקום לקדם מודל של צוותי התערבות שנהוג במדינות רבות בעולם.

בשל התפרצות מגפת הקורונה, הוקפאה באופן זמני עבודת המטה בנושא זה.

ביום 30.5.20 נהרג איאד אל חלאק, צעיר בן 31 ממזרח ירושלים, אדם עם מוגבלות שנורה על ידי כוחות הביטחון. מקרה זה מתווסף לעוד שלושה מקרים בשנתיים האחרונות, לרבות יהודה ביאדה ז"ל לעיל, בהם נהרגו אנשים עם מוגבלות בעת תקריות עם כוחות האכיפה.

בעקבות התקריות, ביום 18.6.20 הקים נשיא המדינה, יחד עם השרים הרלוונטיים, את "הועדה הבינמשרדית לטיפול בהתמודדות כוחות האכיפה והביטחון מול אנשים עם מוגבלות" (להלן: "הועדה הבינמשרדית") בה חברים גורמי מקצוע מכלל המשרדים הרלוונטיים וכן נציגי האוכלוסיות והארגונים המובילים בתחום.

בהצעת העבודה לוועדה נכתב כי:

**"התקריות האמורות, כמו גם אירועים חריגים דומים במעורבות גורמי שיטור ואכיפה בהם נפגעו אזרחים הנמנים בקרב אנשים עם מוגבלות, מעידים יותר מכל על היעדר כלים מתאימים לגורמי האכיפה בעת שאלו נדרשים להתמודד עם אוכלוסיות מורכבות אלה ועל הצורך למצוא מענים ופתרונות שישפרו את המפגש של גורמי אכיפת החוק עם אנשים עם מוגבלות ואף יחסכו חיי אדם, סבל וקשיים לא מוצדקים".**

ביום 24.06.2020 התקבלה החלטה על-ידי הועדה הבינמשרדית להקים ועדות משנה בנושאים ייעודיים, אשר המלצותיהן תוצגנה בפני מליאת הועדה במסגרת דיוני הועדה השוטפים.

בהתאם לכך, ביום 01.07.2020 מינה מנכ"ל בית הנשיא, ד"ר אביגדור קפלן, את "ועדת המשנה – סקירת הנהוג בעולם, בחינת חקיקה קיימת וגיבוש המלצות לחקיקה נוספת" (להלן: "ועדת המשנה").

**כתב המינוי של הוועדה וועדות המשנה מצורף כנספח א'.**

**דו"ח זה הוא פרי עבודתה של ועדת המשנה, שנערך בהמשך לעבודת המטה בהובלת משרד המשפטים בנושא זה.**

מטרת הדוח היא הצעת מענה חדש של הרשויות שיש בו כדי לטייב את הממשקים הקיימים בין אנשים עם מוגבלויות לגורמי אכיפת החוק, לצמצם את מעורבותם בהליכים פליליים, לסייע בטיפול באוכלוסייה זו ולהיטיב את מצבם. קיימת הסכמה פה אחד של חברי ועדת המשנה כי יש מקום להקים צוותי התערבות במשבר, כפי שיפורט במסגרת המסמך, זאת לצד מסקנות בדבר אופי המודל הרצוי לצד הצעות נוספות לדיון.

לאחר מינוי ועדת המשנה הודיעו לנו על התחלפות חלק מחבריה, והרשימה הסופית של האנשים שנטלו חלק בישיבות היא זו שתובא להלן:

עו"ד יפעת רווה, ראש אשכול סדר דין פלילי וראיות במחלקה למשפט פלילי בייעוץ וחקיקה, משרד המשפטים – יו"ר ועדת המשנה

עו"ד רינת ויגלר, היועצת המשפטית של משרד העבודה, הרווחה והשירותים החברתיים.

ד"ר ג'נט שקד, מנהלת המחלקה לפסיכיאטריה משפטית באגף בריאות הנפש, חטיבת הרפואה, משרד הבריאות.

עו"ד חגית לרנאו, המשנה לסנגור הציבורי הארצי, הסניגוריה הציבורית, משרד המשפטים.

עו"ד ערן טמיר, ממונה משפטי, נציבות שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות, משרד המשפטים.

עו"ד דניאל רז, ממונה ארצי אשפוז כפוי, הסיוע המשפטי, משרד המשפטים.

עו"ד לינור בן אוליאל, פרקליטה, המחלקה הפלילית בפרקליטות המדינה, משרד המשפטים.

עו"ד ורד חלאוה, פרקליטה, המחלקה הפלילית בפרקליטות המדינה, משרד המשפטים.

עו"ד סטפאני בן-נון, רפרנטית אנשים בעלי מוגבלויות בהליך הפלילי במחלקה למשפט פלילי בייעוץ וחקיקה, משרד המשפטים.

עו"ד ולרי זליכה, מנכ"לית עמותת "בית איזי שפירא", לשינוי באיכות חייהם של אנשים עם מוגבלויות.

עו"ד שרון פרימור, מנכ"לית מכון חירויות למניעת כפייה וקידום בחירה במערכת בריאות הנפש.

כבוד השופטת בדימוס ריבי צוק, יו"ר עמותת "עוצמה", פורום ארצי של משפחות נפגעי נפש.

גב' תמי מלצאזוי, מנכ"לית עמותת "לשמה", לשילוב מתמודדים והעצמה בבריאות הנפש.

גב' נטע דגן, מנכ"לית עמותת "בזכות", המרכז לזכויות אדם של אנשים עם מוגבלויות.

עו"ד נטלי מופסיק, עוזרת ראשית, הלשכה המשפטית, משרד העבודה, הרווחה והשירותים החברתיים.

עו"ד נורית כהן, מינהל מוגבלויות, משרד העבודה, הרווחה והשירותים החברתיים.

עו"ד פריד מחאגינה, ממונה תביעות מחוזי, נציבות שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות, משרד המשפטים.

מר יואב קריים, עמותת "בית איזי שפירא", לשינוי באיכות חייהם של אנשים עם מוגבלויות.

מר יעקב טייכמן, עמותת "לשמה", לשילוב מתמודדים והעצמה בבריאות הנפש.

בשלוש הפגישות הראשונות של ועדת המשנה נכחו נציגים מהמשרד לביטחון פנים, לרבות ממשטרת ישראל:

עו"ד אור רוזנמן, המשרד לביטחון פנים.

עו"ד רפ"ק מוריה בן משה, הלשכה המשפטית, משטרת ישראל, המשרד לביטחון פנים.

גב' מירבת מוסרי, חולית נגישות, משטרת ישראל, המשרד לביטחון פנים.

רפ"ק ירון כהן, מחלקת סיוור, משטרת ישראל, המשרד לביטחון פנים.

ועדת המשנה התכנסה לדיון במתכונת מלאה שש פעמים בתאריכים 2.7.2020, 20.7.2020, 27.7.2020, 3.8.2020, 10.8.2020, 17.8.2020.

אלו הם שמות הגורמים שהופיעו בפני הועדה לפי סדר הופעתם בפני ועדת המשנה :

- גבי יעל רכס חן טוב, עו"ס לחוק הסעד, אחראית על טיפול באנשים עם מוגבלות שכלית בהליך פלילי, מינהל מוגבלויות, משרד הרווחה.
- גבי קלרה חן, מנהלת אגף, עיריית נתניה, משרד הרווחה.
- ד"ר רפאל סטרוגו, סמנכ"ל רפואה, מגן דוד אדום.
- מר רמי מילר, מנהל אגף הרפואה, מגן דוד אדום.
- ד"ר דני בודובסקי, מנהל התחום האמבולטורי באגף בריאות הנפש, חטיבת הרפואה, משרד הבריאות.
- ד"ר נאוה כהן אביגדור, ראש תחום מידע מחקר ושיתוף פעולה במטה הלאומי להגנה על ילדים ברשת המשרד לחיזוק וקידום קהילתי.
- מר אילן אביטן, מנהל תחום משרד הרווחה, המטה הלאומי להגנה על ילדים ברשת.
- מר ישראל בנלולו, סגן מנהלת דסק שותפויות, המטה הלאומי להגנה על ילדים ברשת.
- מר איתן אמסלם, שיתף את הועדה בחוויה אישית שעבר עם גורמי האכיפה.
- מר עידו קליר, שיתף את הועדה בחוויה אישית שעברה בתו בת ה-14 עם מוגבלות מול גורמי האכיפה.
- מר ראזק חאלד, מרכז תחום פסיכיאטריה משפטית, אגף בריאות הנפש, משרד הבריאות.
- רב פקד שון ראסל, אחראי מנהל יישום צוותי התערבות במשבר, משטרת West Midlands, אנגליה.

לאחר הישיבה החמישית של ועדת המשנה, הועברה טיוטת דו"ח ההמלצות להערות חברי הועדה, והוטמעו בדו"ח הסופי.

מסקנות ועדת המשנה שיוצגו להלן הן פרי ליבון הנושא בעקבות דיון חבריה, שמיעת עמדות המומחים וגורמי המקצוע שהופיעו בפניה, ועיון בחומרים שהוגשו לה.

פרק ב' שלהלן יציג את הרקע העובדתי והמשפטי הרלבנטי לעבודת ועדת המשנה; פרק ג' יפרט על אודות מודלים שונים הנוהגים בעולם לטיפול בהתמודדות כוחות אכיפה מול אנשים עם מוגבלות ובפרט צוותי התערבות במשבר על רקע נפשי; פרק ד' יפרט על אודות ההמלצה המרכזית של ועדת המשנה, שהיא הקמת צוותי התערבות במשבר בישראל במסגרת פיילוט, כמו כן בפרק זה יפורט המתווה המוצע לפיילוט וכן יפורטו הצעות נוספות לדיון שהועלו על ידי חברי ועדת המשנה בנושא של אנשים עם מוגבלויות.

## ב. רקע עובדתי ומשפטי

### ב.1 הקשיים בממשק בין אנשים עם מוגבלות לגורמי אכיפה והגדרת הצורך בצוותי התערבות במשבר

מערכת אכיפת החוק מטפלת באירועים שונים בהם מעורבים אנשים עם מוגבלות נפשית, שכלית, פיזית או אוטיזם (להלן לאורכו של מסמך זה: "אנשים/אדם עם מוגבלות").

ברקע להקמת הועדה הבינמשרדית, כאמור, ניצבים אירועים טראומטיים וטרגיים בהם מצאו את מותם אנשים עם מוגבלות במסגרת מפגש עם גורמי אכיפה. חלק מהמקרים זכו להד ציבורי ובכללם מותם של יהודה ביאדגה ז"ל, שיראל חבורה ז"ל ואיזד אלחלאק ז"ל.

לצד מקרי הקצה, קיימים מקרים רבים של מפגשים בין אנשים עם מוגבלויות לגורמי אכיפה, שאינם מסתיימים בתוצאה טרגית, אך הם בעלי משמעות קשה והרסנית עבור האדם עם המוגבלות. מקרים אלו מעמידים לא פעם את גורמי האכיפה במצבים שהם אינם מוכשרים להם ומובילים לתוצאות חברתיות לא רצויות.

המצבים בהם נעשית פניה למשטרת ישראל הם רבים ומגוונים. בחלק משמעותי מן המקרים מדובר באנשים שנמצאים במצב משברי, לרבות במצב של החמרה בהתנהגותם ובתפקודם על רקע מצבם ומוגבלותם. חלק מהפניות נעשות על רקע התנהגות שמוגדרת "פלילית מובהקת", וגם אם היה מבצעה אזרח ללא מוגבלות נדרשת הייתה התערבות משטרתית. חלק אחר מהפניות הוא של בני משפחה, או אזרחים אחרים שמודאגים על רקע החמרת מצבו של האדם עם המוגבלות, התנהגות חריגה מצדו וחשש להסלמה, ונאלצים לפנות למשטרה על רקע מחסור מערכתי במענה למצבי משבר, בעיקר במערכת הקהילתית של בריאות הנפש.<sup>2</sup> במקרים האחרונים הטיפול מופנה למשטרה, בעיקר מהסיבה שהיא הכתובת הזמינה לאורך כל שעות היממה.

שוטרי הסיור הנענים לקריאות מעין אלו מגיעים לזירה כשהם חסרים לרוב את המיומנויות המקצועיות הנדרשות לטפל בסיטואציה, או לעיתים את הידע הנדרש כדי לקבוע ראשית, האם מדובר באדם עם מוגבלות; ושנית האם ההתנהגות שבגינה נקראו היא פלילית בעיקרה ומסוכנת או שאינה כזו אלא אופיינית לאנשים עם מוגבלות מסוימת. למשל, אדם עם אוטיזם שמנופף בידיו בצורה חריגה שעשויה להיראות מאיימת או אדם עם מוגבלות נפשית שמצוי באי-שקט מוטורי ותנועתו נראית בלתי צפויה ומסוכנת. כמו כן, היו מקרים שבהעדר כלים או כתובת אחרת, שוטרים כפו על אדם שאינו עצור להגיע לחדר מיון פסיכיאטרי, וזאת מבלי שיש בידיהם ידע רלוונטי או סמכות חוקית לעשות כן.<sup>3</sup>

ככלל, ברור שאין זה מתפקידם של שוטרים לתת מענה טיפולי או רוחני לאדם עם המוגבלות.

במצב הקיים המערכת לא מספקת לצוותי המשטרה כלים מותאמים למצבים אלה, וכן העדר המענים בקהילה למצבי המשבר, מובילים לכך שהמשטרה נאלצת למלא את החסר, אף ללא כלים מתאימים. עקב כך, יש חשש להתערבות לא מתאימה שתוביל להסלמה של האירוע, במקום להכלתו והרגעתו בכלים הנכונים, ולפגיעה מיותרת באזרחים ולהעמסת מקרים הזקוקים לטיפול על מערכת אכיפת החוק ובתי המשפט.

המציאות היא שבמקרים מסוימים אדם עם מוגבלות מובל לתחנת משטרה ונאלץ להתמודד עם מעצר, ולעיתים עם אישום פלילי – על כל משמעותותיו – שיכול היה להימנע. זאת, בעוד שמענה מצד אנשי מקצוע רלוונטיים והסללה לטיפול, עדיפים במובנים רבים הן עבור המערכת והן עבור האנשים עם המוגבלות.

<sup>2</sup> לעניין המחסור המערכתי בשירותים בריאות הנפש לטיפול במצבים אקוטיים בעת משבר, ראו: משרד הבריאות, המועצה הלאומית לבריאות הנפש, דו"ח מסכם: תת הוועדה בנושא הפערים בשירותים הקהילתיים ברפורמה לבריאות הנפש (יולי 2019).

<https://www.health.gov.il/Services/Committee/NationalCouncils/mental/Documents/22072019.pdf>

<sup>3</sup> ר' לדוגמא: ת"א (שלום חי) 47026-09-13 א.א. נ' מדינת ישראל - משטרת ישראל (פורסם בנבו, 05.04.2017)



יודגש כי בחלק מן המקרים אליהם נקראת המשטרה לא מדובר במעשים שעולים לכדי עבירה פלילית, שמצדיקה במצב הרגיל מעורבות משטרתית. בחלק אחר מן המקרים, גם אם מדובר במעשים שהם לכאורה פליליים, מדובר בעבירות קלות או שלנוכח נסיבות ביצוען והמוגבלות, מוטב למצוא פתרון טיפולי או מניעתי, מאשר להגיע לאכיפה פלילית שלא תמיד נותנת מענה מתאים ולא תמיד מוצדקת מבחינת מטרת ההליך הפלילי כהליך שיורי.

יחודד כי לאורך השלבים השונים של ההליך הפלילי ישנה בחינה ובקרה של גורמי אכיפת החוק והתביעה, ולא כל אירוע יסתיים בהליך פלילי, גם אם החל בקריאה לסיוע המשטרה. אומנם לצד זאת, כאמור, התערבות לא מתאימה יכולה להוביל להסלמת האירוע וכך לתוצאות פליליות, בעוד שמענה מסוג אחר היה יכול למנוע זאת. כמו כן, ראייה רחבה של המקרה המשלבת גורמי מקצוע יכולה להוביל גם למקרים שבעבר נותבו להליך פלילי להיות מנותבים להליך טיפולי כאמצעי אחר ומותאם יותר בנסיבות המקרה לאיון המסוכנות.

ועוד יצוין, שאין באמור להעיד כי בכל המקרים המערבים אדם עם מוגבלות, התנהגותו אינה מהווה עבירה פלילית המצדיקה פתיחה בהליך פלילי, וכן כי לא בכל המקרים האירוע מתחולל בקשר למוגבלות. אולם גם במקרים שבהם מתחייב טיפול משטרתית, מוטב היה לו היה מלווה את הכוח המשטרתית גורם מקצועי רלוונטי, לצד הכשרה לשוטרים, שיכול לטייב את הממשק בין כוחות האכיפה לאדם עם המוגבלות.

כך, גם נציגי המשטרה שהופיעו בפני ועדת המשנה סברו כי לא כל המקרים צריכים להיות מטופלים על ידי גורמי האכיפה ובמישור הפלילי, ולו היו בנמצא גורמי אחריות אחרים להם כלים מתאימים, ניתן היה להפחית מעורבותם ולהותיר הטיפול לגורמים הקהילתיים הרלוונטיים. כמו כן גורמי המשטרה, הסכימו כי הם נדרשים לסיוע מקצועי בכל הנוגע לטיפול בתקריות המערבות אדם עם מוגבלות.

**על פי ההצעה של ועדת המשנה, יוקמו צוותי התערבות במשבר, כפי שמקובלים במדינות רבות, אשר יתערבו בקריאה או תלונה הנוגעת לאנשים עם מוגבלות, ויציעו סיוע מידי נקודתי להם ולבני משפחותיהם – לרבות הערכת מצבם הנפשי, תיווך בינם לגורמי האכיפה במידת הצורך, וסיוע בפנייה לפתרונות טיפוליים קיימים בהתאם למקרה.** בראיה רחבה הקמת והפעלת הצוותים תוביל למניעת הסלמה והחרפה של ההתנהגות במצבי משבר של האדם עם המוגבלות, צמצום שיעור האשפוזים בכפייה במסלולים פליליים ואזרחיים, צמצום הממשקים של אנשים עם מוגבלות במצבי משבר עם גורמי אכיפה, ובמקרים שבהם נדרשת התערבות משטרתית היא תוטב ותותאם לצרכיהם של אנשים עם מוגבלות.

הקמת צוותי התערבות במצבי משבר נועדה להציע מענה במקטע שבו נעשית הקריאה למשטרה במצב המשבר, מאחר שבמסגרת עבודת ועדת המשנה זוהה חסר גדול של המענים המערכתיים בשלב שמוביל לקריאה ובטיפול, וכן מתוך ראייה שההתערבות במקטע הראשוני תוכל לחסוך את התדרדרות המקרה לתוצאות פליליות. לצד האמור, חברי ועדת המשנה הצביעו על קשיים נוספים הקשורים בשלבים שונים של ההליך הפלילי, כמו בשלב החקירה והמעצר של אנשים עם מוגבלויות והצורך להציע התאמות ותיקוני חקיקה אף במוקדים אלו. בשל מנדט ועדת המשנה ומגבלת הזמן הוחלט להתמקד בשלב הקשור בממשק הראשוני והיזום בין אנשים עם מוגבלויות לגורמי אכיפה ובפרט בצורך בצוותי התערבות במשבר, ולצד זה להמליץ להמשיך לדון בנושאים אלו בהמשך.

יוסבר כי ההתנגשויות בין מערכות אכיפת החוק לבין אנשים עם מוגבלות או בעיות בתחום בריאות הנפש הן שבעיקר היו הטריגר להקמת הוועדה, והם מהווים אוכלוסיית היעד למודלים השונים של צוותי התערבות בעולם. אולם גם אנשים עם מוגבלות שכלית ואוטזם, וכן אנשים עם דמנציה, סובלים מאותם הקשיים שצוותי ההתערבות עשויים לצמצם.

## 2.2 קרימינליזציה של אנשים עם מוגבלות נפשית

בשנות ה-30 של המאה ה-20 החלה להתפתח ההבנה כי ישנו קשר בין היקף השימוש במשאבים של המערכת האזרחית לבין היקף הכליאה. בשנת 1939 החוקר ליונל פנרוז (Lionel Penrose), פסיכיאטר בריטי, מצא כי ככל שמצטמצם המענה הציבורי במערכת האשפוז האזרחית עולה בהתאמה מספר הכלואים בבתי הכלא.<sup>4</sup> בהמשך תוארה תופעה זו כ"קרימינליזציה של חולי נפש".

הפסיכיאטר מ.פ. אברמסון (Abramson) תיאר זאת כך:

"חולי נפש שביצעו עבירות מינוריות, נחשפים יותר ויותר למערכת הפלילית, קרי מעצר והליכים משפטיים".<sup>5</sup>

היו שראו בהגדרה זו כמתארת מעורבות גוברת של המערכת הפסיכיאטרית עם המערכת הפלילית/משפטית ולהיפך. כך או כך, הוסכם על ידי חוקרים בתחום כי ישנו קשר סיבתי בין מענים בתחום בריאות הנפש לבין מעורבותם של אנשים עם מוגבלות נפשית במערכת הפלילית. מספר מחקרים שנערכו בשנות ה-70 וה-80 של המאה הקודמת איששו את קיומה של התופעה.<sup>6</sup> גם בעת האחרונה באנגליה, נמצא במחקר קשר סיבתי מובהק בין צמצום של שירותי בריאות נפש ומעני רווחה בקהילה לבין עלייה של כ-600% בשימוש בסמכות המשטרה להוביל אנשים עם מוגבלות נפשית שבעניינים הוזעקה למסגרת מתאימה בכוח.<sup>7</sup>

מספר מגמות כלליות הביאו לצמצום היצע במערכת בריאות הנפש (להלן גם: "המערכת האזרחית"). בין היתר ניתן למנות את הפיתוח המואץ לפני עשורים של תרופות פסיכיאטריות שיצר ציפייה גוברת שבעתיד ניתן יהיה לרפא את מחלת הנפש ולא יהיה צורך במיטות אשפוז. במקביל לכך, החל תהליך של צמצום מיטות האשפוז, סגירת מוסדות ומחלקות פסיכיאטריות, אשר חייב פיתוח מעני בריאות נפש בקהילה. בישראל קיימת הסכמה בקרב גורמי המקצוע כי לצד מגמה זו והיבטיה החיוביים, לא פותח המערך המלא הנדרש בקהילה וכי קיים מחסור עמוק בשירותי בריאות נפש בכלל, ובפרט בשירותי טיפול במצבי חירום. מגמה זו לא השתנתה על אף התקוות כי המצב ישתפר לאחר הרפורמה הביטוחית בבריאות הנפש.<sup>8</sup>

בהתאם לאמור בספרות המחקרית, עם הירידה במספר מיטות האשפוז ובהיעדר די מענים של בריאות הנפש בקהילה, חלה עליה מותאמת בשימוש במערכת הפלילית. ניתן להבחין במספר תופעות בהקשר זה – ראשית, תופעה של "דלת מסתובבת" שבה חולים כרוניים מוצאים את עצמם שוב ושוב בתוך הליכים פליליים ובאשפוזים חוזרים.<sup>9</sup> השלכה נוספת של עלייה בשימוש במערכת הפלילית היא הקצאת משאבים רבים למתן חוות דעת פסיכיאטריות בהליך הפלילי על חשבון זמן "טיפול" פוטנציאלי.<sup>10</sup> משמעות נוספת של עלייה במספר האנשים עם מוגבלות המעורבים בהליך הפלילי, היא שהמערכת המשפטית נאלצת להתמודד עם דילמות מורכבות בעלות ממד טיפולי מצד אחד, ומצד שני בתי החולים

<sup>4</sup> Penrose L.S. **Mental disease and crime: outline of a comparative study of European statistics.** *Br J Med Psychol.* (1939).

<sup>5</sup> Abramson, M. F. **The criminalization of mentally disordered behavior: Possible side-effect of a new mental health law** *Hospital and Community Psychiatry*, 23, 101-107. (1972).

<sup>6</sup> שם.

<sup>7</sup> סמכות המכונה שם safety detentions. ראו: Smith S, Gate R, Ariyo K, et al. **Reasons behind the rising rate of involuntary admissions under the Mental Health Act (1983): Service use and cost impact.** *International Journal of law and Psychiatry.* 2020 Jan - Feb; 68.

<sup>8</sup> לעיל ה"ש 2. ראו גם החלטת המועצה הלאומית לבריאות הנפש מיום 9.7.20 תחת הנושא: "הפחתת האשפוז הפסיכיאטרי בכפיה, ההערכות הנדרשת": "המועצה ממליצה להתאים ולהשלים במידי את רצף השירותים הקהילתיים: כמוקדי החירום, התערבויות במשבר, ביקורי הבית, הפעלת מסגרות חליפיות לפתרונות לאשפוזים פסיכיאטרים..."

<sup>9</sup> יצוין כי תופעת "הדלת המסתובבת" באשפוזים נכונה הן למסלול האזרחי והן לפלילי: למשל, האנשים שחזרו לאשפוז בתוך שנה מהשחרור בשנים 2014-2018 נע בין 42%-ל-43%. בשנת 2018 שליש מהאנשים חזרו לאשפוז בתוך חצי שנה מהשחרור (20% פעם אחת בתוך חצי שנה, 7% פעמיים, ו-7% שלוש פעמים ומעלה). מתוך: **בריאות הנפש בישראל – שנתון סטטיסטי**, בהוצאת משרד הבריאות (פברואר 2020).

<sup>10</sup> מנתונים של משרד הבריאות עולה כי בעוד שבשנת 2004 ניתנו 830 צווי הסתכלות הרי שבשנת 2016 ניתנו 1338 צווי הסתכלות.

נאלצים להתמודד עם הקושי בטיפול באותן מחלקות עם מטופלים שהגיעו דרך ההליך הפלילי עם מטופלים אחרים (לרבות מקרי אובדנות או אחרים שאינם עם הקשר פלילי).<sup>11</sup>

### **3. נתונים רלוונטיים בדבר מצבם של אנשים עם מוגבלויות במערכת אכיפת החוק בישראל**

נציגי המשטרה הציגו נתונים שלפיהם מגיעות למשטרה כ-300 קריאות בחודש על אירועים שבהם מעורבים אנשים עם מוגבלויות שכלית או נפשית, בדגש על מוגבלויות נפשית. נציגי המשטרה הוסיפו וצינו כי קריאות כאלה נענות על ידם באופן דומה לקריאה רגילה, כאשר בשלב הראשון פועלים השוטרים למניעת המשך ביצוע העבירה. מרבית המקרים האירועים מטופלים על ידם מבלי לערב גורמי טיפול, שיקום או רווחה.<sup>12</sup>

לדברי נציגי הרווחה, אין בידם נתונים מדויקים, אך מהדיווחים והמקרים המטופלים על ידן, ניתן לאמוד בזירות כי מתרחשים בשנה קרוב ל 20 עד 30 מקרי קצה משבריים שבהם יש חשש לחיי האדם או סביבתו, וכי המדובר במקרים בהם מעורבים אנשים עם מוגבלויות שכלית, אוטיסטים והפרעות סוציאליות והתנהגותיות.

על פי האמור בדו"ח הסניגוריה הציבורית לשנת 2019, בישראל לא קיים מסד נתונים שיכול ללמד על ייצוגם של אנשים עם מוגבלויות בהליך הפלילי, אך מחקרים שנערכו במדינות אחרות מצביעים על תופעה של ייצוג יתר של אנשים עם מוגבלויות לעומת ייצוגם באוכלוסייה.<sup>13</sup> בנוסף, לאחרונה פרסם שירות בתי הסוהר סקר צרכים של אסירים פליליים תושבי ישראל. מהסקר עולה שכ-14% מהאסירים הם במעקב פסיכיאטרי ו/או בעלי הפרעה נפשית וכמחצית מהם הם בעלי הפרעה נפשית מאזוירית (שם כולל לקבוצה של הפרעות נפשיות, שהמאפיין המרכזי שלהן הוא פגיעה או שינוי משמעותי במצב הרוח או בחוויית הרגש של האדם).<sup>14</sup>

אחת הסיבות לשיעור הגדול של הכליאה באשר לאנשים עם מוגבלויות ביחס למספרם באוכלוסייה היא היותם פגיעים במהלך החקירה. בהקשר זה, נמצא כי הסיכוי שיוודו במעשים שלא ביצעו גבוה יחסית לאוכלוסייה הכללית.<sup>15</sup> בנוסף, מחקרים מראים כי שהות במעצר או מאסר טראומתית וקשה עבור אנשים עם מוגבלויות שכלית וכי הם חשופים לפגיעה לניצול, לאלימות והתעמרות יותר מאסירים אחרים.<sup>16</sup>

בחודש מאי 2019 פרסם מבקר המדינה דו"ח בנושא הבטחת זכויות של אנשים עם מוגבלויות בהליכים המשפטיים. בין היתר במסגרת הדוח הועברה ביקורת על היעדר הכשרה מתאימה של אנשי מערכת אכיפת החוק למפגשים עם אנשים עם מוגבלויות, היעדר נהלים שיבטיחו הנגשה והפקדה על זכויות אנשים עם מוגבלויות, היעדר בסיס נתונים והיעדר מסגרות מותאמות לעוברי חוק עם מוגבלויות.<sup>17</sup>

לצד האמור על אודות הנתונים, נציגות הסניגוריה הציבורית הציגו נתונים ראשוניים שנאספו על ידן, המבוססים על תיקי מעצר עד תום ההליכים בהם ייצגה הסניגוריה אנשים עם מוגבלויות במחוז דרום בחודשים יוני ויולי 2019. המדובר ב-24 תיקים שבהם הורה בית המשפט על הגשת חוות דעת מטעם הפסיכיאטר המחוזי. מהנתונים עולה כי בחלק גדול מן

<sup>11</sup> מבקר המדינה, דו"ח שנתי 168 (2018).

<sup>12</sup> על פי אומדן שנערך באנגליה משקיעה המשטרה שם בממוצע 15%-20% מזמנה בטיפול באירועים בהם מעורבים אנשים עם מוגבלויות נפשית. משטרת סקוטלנד מעריכה כי הם משיבים לכ-57,000 מקרים הקשורים בבריאות הנפש בשנה, נכון לשנת 2015. באותה שנה נעצרו או עוכבו לחקירה 1,133 אנשים כתוצאה מדאגה לבריאותם הנפשית. מחקר שנעשה בשנת 2016 קבע ש-6% עד 10% מכל המגעים בין המשטרה לציבור בארה"ב כוללת אנשים בעלי בעיה נפשית חמורה. באוסטרליה, על סמך עדויות שוטרים, נאמד שיעור הקריאות המופנות למשטרה שבהן מעורבים אנשים עם מוגבלויות נפשית ב-20% מסך הקריאות.

<sup>13</sup> מתוך סקירת התמודדות כוחות שיטור עם אירועים המערבים בעלי מוגבלויות שכלית, נפשית או קוגניטיבית, (אוקטובר 2019).  
<sup>14</sup> דו"ח הסניגוריה הציבורית לשנת 2019 (2019), עמ' 82.

<sup>15</sup> סקר צרכים ומענים טיפוליים של אסירים, שירות בתי הסוהר, 17 (2020).

<sup>16</sup> ראו גם דו"ח הוועדה לעניין הרשעה על סמך הודאה בלבד ולעניין העילות למשפט חוזר, ירושלים, טבת התשנ"ה- דצמבר 1994, בעמ' 9.

<sup>17</sup> לעיל ה"ש 12.

<sup>18</sup> מבקר המדינה, דו"ח ביקורת שנתי 169 (2019), עמ' 181-264.

המקרים שבהם הנאשם נשלח לקבלת חוות דעת מטעם הפסיכיאטר המחוזי, מדובר בנאשם שיוחסה לו עבירה כלפי בן משפחה, מכר או צוות רפואי (77%). עוד עולה, כי מרבית מהעבירות שבוצעו לכאורה הן עבירות איומים ותקיפה (74%).

נראה כי חלק גדול מאותם נאשמים הם "לקוחות חוזרים" של המערכת. הכוונה לאנשים שבין היתר הוגשו נגדם כתבי אישום ואושפזו בעבר, והיו מיוצגים על ידי הסניגוריה הציבורית. בנוסף, מהנתונים עולה כי מרבית הנאשמים שהוצא עבורם צו אשפוז בסיום ההליך מכיוון שמחלתם פעילה שהו לפחות 7 ימים במעצר. מובן כי שהות במעצר זמן רב עלולה להביא לפגיעה קשה באותם החולים אשר זקוקים למענה טיפולי לייצוב מצבם. אמנם מדובר בנתונים חלקיים בלבד, אך יש בהם כדי להצביע על מגמה, על הקשיים הכרוכים בהסטת הטיפול בחולים לאפיק הפלילי, ועל הצורך במציאת מענה נוסף שאינו בתחומי ההליך הפלילי ואשר נותן מענה טיפולי למצבי המשבר.

לדברי נציגת משרד הבריאות, בתחום בריאות הנפש ניתן לחלק את המצבים המחייבים מענה בטווח קצר לשניים – מצבי חירום (emergency) ומצבים שיש בהם דחיפות- קרי החמרה במצב הנפשי (urgency). אשר למצבי חירום, מדובר באירועים המחייבים מענה מידי משום שללא התערבות מקצועית מידית עשויה להתרחש התדרדרות בהתנהגות או בתפקוד, שעלולה להוביל למצבי מצוקה ובחלק מן המקרים אף לסיכון האדם או לסביבתו. על כן אלו אירועים שיש בהם משמעות גדולה לממד הזמן נדרשת בהם התערבות מידית, תוך זמן קצר של שעות.

לעיתים ההחמרה נובעת מאי נטילת תרופות או מאי הגעה לטיפול מרפאתי. הנחת היסוד היא כי יש בכוחו של טיפול בסביבה ביתית לגייס את החולה לקבלת הטיפול ולייצב את מצבו באמצעות יצירת קשר אישי של הצוות הטיפולי המטפל בתוך סביבה מיטיבה.

נציגת משרד הבריאות ציינה, כי בשנת 2015 נערכה רפורמה בבריאות הנפש, שבמסגרתה עברה האחריות על הטיפול בבריאות הנפש, לצד האחריות על הטיפול בבריאות בכלל, לקופות החולים. המעבר משירותים ממשלתיים לשירותים על ידי המבטחים דרש התאמות והתארגנויות מורכבות, גם בניית שירותים וגם התמודדות עם הגדלת צרכני השירותים במעל 100 אחוזים לעומת כמות המטופלים שהיו לפני הרפורמה. נושא הטיפול הביתי בתחום בריאות הנפש מקובל על כל הגורמים המטפלים וכבר החלו לדון על מודלים של התערבויות שונות. היעד הוא לגייס מטופלים רבים יותר לשתף פעולה עם הטיפול על ידי הגשת טיפול מותאם אישית ובהסכמה.

סוגיית הטיפול במקרה חירום עבור אנשים שאינם משתפים פעולה עם הטיפול כפי שהוא קיים היום היא מורכבת, דורשת מענה עתיר משאבים בכסף ובכוח אדם ותשובה לביטחון של אנשי הצוות בשטח.

לדברי נציגי משרד הרווחה, מספר האנשים עם מוגבלות שכלית להם נפתח תיק פלילי בגין אלימות, גניבת רכוש ועבירות מין, מגיע לסדר גודל שבין 150 עד 200 בשנה (נכון לשנים 2017 – 2018). עוד הוסיפו כי משרד הרווחה מפעיל מספר רב של מענים לאנשים עם מוגבלות לאורך כל חייהם. כך, קיימים מעונות יום שיקומיים, מרכזי תעסוקה, מסגרות דיור, מרכזים קהילתיים למשפחה, מוקד 106 למקרי חירום, ליווי על ידי עו"ס במחלקה לשירותים חברתיים וכדומה.

בכל הנוגע לטיפול במצבי משבר, משרד הרווחה מפעיל מרכזים לטיפול מיני חברתי המעניקים ככלל טיפול ייעודי במצבים של פגיעה מינית, ובמיעוט המקרים ניתן טיפול במצבי משבר נוספים.

#### ב.4. הסמכויות הקיימות בחוק ביחס לאנשים עם מוגבלויות-המישור האזרחי והפלילי

טרם פירוט החקיקה והסמכויות הנוגעות לאנשים עם מוגבלויות, יש להזכיר שני מקורות נורמטיביים, החולשים על כל הסמכויות הנוגעות לאנשים עם מוגבלויות, ומעגנים את הזכות לשוויון, לכבוד, להשתתפות שוויונית, לאוטונומיה אישית – כמו גם את החובה לביצוע התאמות שיאפשרו את כל אלה. האחד הוא האמנה הבין לאומית בדבר זכויותיהם של אנשים עם מוגבלויות, אותה אשררה מדינת ישראל בשנת 2012, והשני הוא **חוק שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלויות**, התשנ"ח-1998, לגבי קבע בית המשפט העליון כי "כמוהו כחוקי יסוד" (בג"צ 6790/98 אברץ נ' פקיד הבחירות לעיריית ירושלים, פ"ד נב(5) 323, 335). כל סמכות כפופה למקורות אלה ולעקרונות העומדים בבסיסם, וכל חוק יש לפרש לאורם.

#### המישור האזרחי

את המחסור בשירותי טיפול במצבי חירום סביב השעון בקהילה או בבית ניתן להבין בין היתר על רקע אי הסדרת הנושא בחקיקה. **חוק טיפולי בחולי נפש, התשנ"ו-1991** (להלן: "**חוק טיפול בחולי נפש**") כלל אינו קובע זכויות לטיפול אמבולטורי בקהילה. כמו כן **חוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד-1994** אינו מטיל חובה מפורשת על קופות החולים ליתן טיפול במקרי חירום, לא במסגרת טיפול בית ולא במסגרת מרפאת חירום. בנוסף, גם במסגרת הרפורמה בבריאות הנפש לא קבע משרד הבריאות סטנדרטים המחייבים את קופות החולים לזמינות, נגישות ואיכות הטיפול, לרבות, במצבי חירום, ובכלל זה לא קבע לגבי אנשי המקצוע המעורבים וסוגי ההתערבויות.<sup>18</sup>

ההסדרה היחידה הקיימת בחוק לגבי טיפול במצבי משבר וחירום בהיבט האזרחי נוגעת למתן טיפול בכפייה. זאת בשני חוקים: **חוק טיפול בחולי נפש, וחוק הסעד (טיפול באנשים עם מוגבלויות שכלית-התפתחותית), תשכ"ט-1969** (להלן: "**חוק הסעד**").

לפי סעיפים 6 ו-7 לחוק טיפול בחולי נפש, בעל הסמכות הוא הפסיכיאטר המחוזי, ובפניו עומדים שני מסלולים.

**לפי המסלול הראשון**, המסלול הדחוף, רשאי הפסיכיאטר המחוזי להורות בדחיפות על בדיקה (כאשר אדם מסרב לבדיקה), ובהתאם לממצאיה על טיפול מרפאתי או אשפוז כפויים של אדם, בהתקיים תנאים הבאים: האדם חולה וכתוצאה ממחלתו כושר שיפוטו וכושר ביקורת המציאות שלו פגומים, הוא עלול לסכן את עצמו או את זולתו סיכון פיזי מידי ויש קשר בין המסוכנות למחלה.

**לפי המסלול השני** – המסלול שאינו דחוף, הפסיכיאטר המחוזי רשאי להורות על בדיקה, ובהתאם לממצאיה על טיפול מרפאתי או אשפוז כפויים שאינם דחופים, בהתקיים אחד התנאים הבאים לגבי אדם חולה כאמור: הוא עלול לסכן את סביבתו סיכון פיזי שאינו מידי, או שיכולתו לדאוג לצרכיו הבסיסיים פגומה בצורה קשה, או שהוא גורם סבל נפשי חמור לזולתו או שהוא גורם נזק חמור לרכוש.

על הוראה של הפסיכיאטר המחוזי ניתן להגיש ערר לוועדה פסיכיאטרית. ברע"א 8000/07 **היועץ המשפטי לממשלה נ' פלוני** (פורסם בנבו, 2.5.2019) הועמדה לביקורת החלטה של הוועדה הפסיכיאטרית להאריך אשפוז כפוי של אדם. פסק הדין קבע שעל התשתית הראייתית הנדרשת לצורך ביסוס החלטת ועדה פסיכיאטרית לענות על המבחנים והקריטריונים החלים על התשתית העובדתית הצריכה לביסוסן של החלטות מנהליות. הליך איסוף הראיות יבחן בשים לב לסמכות המעין שיפוטית הנתונה לוועדה ולמיהותה כגוף שעיקר עניינו רפואי אך התנהלותו שיפוטית. הוועדה תבסס החלטותיה רק על נתונים עובדיים שיש להם רלוונטיות לשאלה שבדין. אמינות הנתונים תישקל בהתאם לכללי "מבחן הראיה המנהלית" (סבירות ההסתמכות על המידע) תוך הבחנה בין ראיות שהן בעלות אופי רפואי טהור, ראיות הנטולות אופי רפואי וראיות שהן בעלות אופי מעורב. בשים לב לפגיעה הגדולה בחירותו של אדם, על ההחלטה להתבסס על ראיות מנהליות כאמור המגבשות את אחת העילות להארכת אשפוזו של אדם בצורה ברורה ומשכנעת, וברמת הוכחה של מאזן הסתברויות – היינו, הסתברות הגבוהה מ- 50%.

<sup>18</sup> לעיל ה"ש 2.

כיום, על מנת להוציא הוראת בדיקה בכפייה, חייב הפסיכיאטר המחוזי להשתכנע כי מדובר באדם המתמודד עם מחלת נפש ועם פסיכוזה (דרישה רפואית בעיקר) וכי קיימת ראשית ראייה ברורה של מסוכנות לעצמו או לאחרים (כשגם קיומה של מסוכנות הינה שאלה שבמומחיות רפואית), ולבסוף שהוא מסרב להיבדק ע"י רופא פסיכיאטר. לאחר עריכתה של הבדיקה הפסיכיאטרית ובהתאם לממצאיה ישקול הפסיכיאטר המחוזי הוצאת הוראת אשפוז ראשונית ל- 7 ימים. בבקשה חייב הפסיכיאטר הבודק לפרט לא רק את האבחון הרפואי, אלא גם את הנתונים העובדתיים המצביעים כי האדם מסוכן לעצמו או לאחרים. לאחר מכן, מובא אותו אדם בכפייה לבית חולים, הוא רשאי להגיש ערר ולקבל ייצוג משפטי של הסיוע המשפטי.

לדברי נציג הסיוע המשפטי, עיקר הסוגיות שעולות במסגרת העררים שבפני ועדות פסיכיאטריות, מקורן בהיעדר תשתית עובדתית ברורה לקביעת המסוכנות. עיקר הבעיה בכך שהפסיכיאטר המחוזי, שאמור לקבל החלטה האם להורות על אשפוז בכפייה, מבלי שהאדם נבדק בפניו ועל בסיס חוות דעת רפואית של פסיכיאטר שבדק את האדם אך לא היה עד לאירועים העובדתיים המצביעים לכאורה על מסוכנותו. בשל כך בתי המשפט קיבלו ערעורים כשהוכח כי לא היתה כל תשתית עובדתית ראויה לצורך אשפוזו בכפייה של אותו אדם.<sup>19</sup>

צוותי ההתערבות עשויים להפחית מקרים של אשפוז כפוי משתי בחינות: ראשית, הצוות, אשר יעבור הכשרה, יזהה מקרים בהם אין צורך באשפוז, שכן המקרה אינו נכנס להוראות החוק. שנית, וחשוב מזה, הצוות ירגיע את הסיטואציה, ויוכל להפנות את האדם לטיפול מרצון בקהילה. כמובן, לרשות הצוות, כלכל אדם, עומדת תמיד האפשרות לפנות לפסיכיאטר המחוזי אם מתקיימות העילות הקבועות בחוק לאשפוז. במקרה קיצוני זה, סביר שהמידע העובדתי שיועבר לפסיכיאטר המחוזי יהיה מבוסס יותר.

עניינם של אנשים עם מוגבלות שכלית-התפתחותית מוסדר בחוק הסעד. חוק זה מסדיר את הכרתו של האדם כאדם עם מוגבלות שכלית התפתחותית, וכפועל יוצא מכך את דרכי הטיפול בו או בה. ההכרה ודרכי הטיפול נקבעים על ידי ועדת אבחון, המורכבת מאנשי מקצוע שונים (עו"ס לפי החוק, פסיכיאטר, פסיכולוג, מחנך ורופא) הממונים על ידי שר העבודה, הרווחה והשירותים החברתיים.

חוק זה כולל בסעיף 4 מתן סמכויות לעו"ס הממונה על פי החוק. מדובר בסמכויות כגון קבלת מידע על האדם וכניסה לחצרים (על פי צו בית משפט). החוק אף מאפשר, באישור בית משפט, לנקוט באמצעים שונים על מנת להבטיח את אבחון של האדם ואת ביצוע דרכי הטיפול שנקבעו לאדם.

סעיף 16 לחוק הסעד קובע כי במצב חירום, בו עובד סוציאלי לפי חוק זה סבור כי נשקפת סכנה תכופה לאדם עם מוגבלות שכלית-התפתחותית או לזולתו, או שהוא זקוק לטיפול שאינו סובל דיחוי, רשאי העובד הסוציאלי לנקוט את כל האמצעים הדרושים לדעתו בכדי למנוע סכנה זו או ליתן טיפול נדרש.

## המישור הפלילי

החובה החלה על המשטרה לתת שירות מותאם לאדם עם מוגבלות, מעוגנת כאמור, בחוק שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלויות, מתוקף עקרון העל הקבוע בסעיף 6, וכן נגזרת מהקבוע **בתקנות שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות (התאמות נגישות לשירות) תשע"ג-2013**. לפי תקנה 9 לתקנות, על נותן שירות – ובכלל זה משטרה – מוטלת חובה לבצע כל התאמה סבירה של נוהל, הליך או נוהל בשירות ולקבוע תנאים שיבטיחו מתן שירות שוויוני, נוח איכותי ובטיחותי. דו"ח מבקר המדינה מציין, כי פקודות המשטרה אינן מפרטות באילו דרכים על שוטר לפעול כדי להתאים את השירות

<sup>19</sup> ראו גם ע"ש (י-ם) 81/92 פלוגית נ' היועץ המשפטי לממשלה, תשנ"ג (3) 221; ע"ש (ת"א) 2372/99 פלוגית נ' היועץ המשפטי לממשלה (פורסם בנבו, 18.10.99).

שהוא נותן לאנשים עם מוגבלות. כן נמצא בדו"ח הביקורת כי "המשטרה לא סיימה להכשיר את השוטרים הבאים במגע עם הציבור, בנוגע למתן השירות לאנשים עם מוגבלות".<sup>20</sup>

החובה להתאים את המענה השיטורי לאנשים עם מוגבלות זו אף מעוגנת באמנה הבינלאומית לזכויות אנשים עם מוגבלויות, שאותה אישרה מדינת ישראל. לפי סעיף 13 באמנה, על המדינות החברות בה להבטיח לאנשים עם מוגבלות נגישות בפועל לצדק כמו לכל אדם, בין השאר באמצעות התאמות. ההתאמות נועדו לאפשר לאדם עם מוגבלות להשתתף בהליך המשפטי בכל שלביו, לרבות שלב החקירה ואף קודם לו.

כיום שלושה חוקים מרכזיים מסדירים את טיפול הרשויות באנשים עם מוגבלויות במישור הפלילי - חוק טיפול בחולי נפש, חוק הסעד וחוק הליכי חקירה והעדה (התאמה לאנשים עם מוגבלות שכלית או נפשית), התשס"ו-2005 (להלן - "חוק הליכי חקירה והעדה").

חוק טיפול בחולי נפש כולל הסדרים שונים הנוגעים לשלבי ההליך הפלילי משלב המעצר ועד לאחר המשפט למי שנמצא חולה על פי ראיות שהובאו בפני בית משפט. כך למשל קובע סעיף 16 לחוק טיפול בחולי נפש, כי אדם שנעצר ונמצא כי הוא חולה וכי מצבו מצריך אשפוז, רשאי בית המשפט לצוות שהמעצר יהיה בבית חולים או באגף פסיכיאטרי של בית סוהר. סעיף 17 לחוק טיפול בחולי נפש קובע כי בית משפט רשאי לצוות כי חשוד ייבדק בדיקה פסיכיאטרית עוד בטרם הוגש נגדו כתב אישום כדי לקבוע אם הוא חולה ואם הוא מסוגל לעמוד לדין. סעיף 15 לחוק טיפול בחולי נפש מונה שני סוגי קביעות עיקריות שבית המשפט מוסמך לקבוע ביחס לנאשמים חולי נפש בהליך הפלילי. האחת היא קביעה שהנאשם אינו מסוגל לעמוד לדין כעת (אי כשירות דיונית), השנייה היא קביעה שהנאשם אינו בר עונשין בשעץ ביצוע המעשה (אי כשירות מהותית). סעיף 15 הנזכר מסדיר את סמכותו של בית המשפט לצוות על אשפוז או טיפול מרפאתי בכפייה לנאשם חולה נפש שנקבע שביצע עבירה.

חוק הסעד כולל גם כן הוראות שונות הנוגעות לשלבי ההליך הפלילי החל משלב המעצר של אדם עם מוגבלות שכלית-התפתחותית ועד לאחר המשפט. כך למשל קובע סעיף 19א כי אם בית משפט משוכנע שאדם שציווה על מאסרו הוא אדם עם מוגבלות שכלית-התפתחותית, הוא רשאי להורות שיוחזק במעצר נפרד או במעון נעול. סעיף 19ב מאפשר לבית משפט לקבוע כי הנאשם אינו מסוגל לעמוד לדין מפאת ליקוי בכושרו השכלי או כי אינו בר עונשין ולצוות שיובא בפני ועדת האבחון שתמליץ על דרכי טיפול. סעיף 19ג לחוק הסעד מסדיר את סמכות בית משפט במקום לגזור את דינו של מי שלקוי בשכלו, לצוות שיובא לפני ועדת אבחון שתקבע דרכי טיפול בו. יצוין כי קיימת ביקורת על כך שיש קושי באכיפת דרכי הטיפול שנקבעים על ידי הוועדה ובכלל זה הצורך בעיבוי התוכנית הטיפולית בצו מבחן של שירות המבחן. סעיף 19ד מסדיר את סמכות בית משפט, בהתאם לבקשת מי מהצדדים, במקרה בו אדם עם מוגבלות שכלית התפתחותית נדון למאסר, לצוות שישא את המאסר במעון נעול.

להשלמת התמונה חשוב לציין שחוק הסעד פורש באופן שהוא חל גם על מוגבלות שכלית שאינה בהכרח מוגבלות שכלית התפתחותית, כך שכיום לעיתים בתי המשפט עושים שימוש בהסדרים הקבועים בסעיף 19 לחוק גם ביחס למוגבלויות שכליות אחרות. אם כי, אין הסדרה ברורה לגבי אופן הטיפול המשפטי בחשודים ונאשמים עם דמנציה, אוטיזם פגיעות ראש ומוגבלויות נוספות.<sup>21</sup>

באשר לחוק הליכי חקירה והעדה, החוק קובע התאמות שונות לאנשים עם מוגבלות שכלית או נפשית להליכי החקירה וההעדה בבית משפט. כך למשל סעיף 7 קובע שאדם עם מוגבלות שכלית ייחקר על ידי חוקר מיוחד כהגדרתו בסעיף 226

<sup>20</sup> לעיל ה"ש 16, תחת הנושא "הבטחת זכויות של אנשים עם מוגבלות בהליכים משפטיים".

<sup>21</sup> ר' לעניין זה: ע"פ 2059/12 פלוני נ' מדינת ישראל (פורסם בנבו, 20.08.2013) ע"פ 7924/07 פלוני נ' מדינת ישראל (פורסם בנבו, 05.05.2008).  
<sup>22</sup> "שר הרווחה ימנה לענין חקירת אנשים עם מוגבלויות שכליות לפי חוק זה, חוקרים מיוחדים שהם פסיכולוגים, עובדים סוציאליים, קרימינולוגים קליניים או בעלי הכשרה בתחום החינוך המיוחד; החוקרים המיוחדים יקבלו הכשרה לצורך תפקידם, כפי שיקבע שר הרווחה בהתייעצות עם השר לביטחון הפנים".

סעיף 8 לחוק הליכי חקירה והעדה קובע את זכותו של אדם עם מוגבלות שכלית לליווי בחקירה ועוד. יצוין כי קיימת ביקורת רבת שנים על כך שהחוק אינו מיושם באופן מלא על ידי גורמי האכיפה.<sup>23</sup>

**מהאמור עולה, כי המצב המשפטי הקיים אינו כולל הוראות הנוגעות לשלב הטיפול בקריאה הראשונית למשטרה וצוותי ההתערבות נועדו, כאמור, לתת מענה לשלב זה.**

---

<sup>23</sup> להרחבה בעניין זה ר' דו"ח הסניגוריה הציבורית לשנת 2018 (2019), עמ' 83-82.



### ג.1 מודלים מהעולם לטיפול בהתמודדות כוחות האכיפה מול אנשים עם מוגבלות

במסגרת הדיונים בנושא הובאה בפנינו סקירה של הנעשה בעולם שנערכה על-ידי יחידת המידע והידע של המשרד לביטחון פנים,<sup>24</sup> ועל-ידי היחידה לקשרי חוץ וייעוץ מדיני במשרד המשפטים.<sup>25</sup> מהסקירה המשווה עולה כי קיימים מספר כלים מרכזיים הנמצאים בשימוש במדינות מערביות שונות: חקיקה הקובעת התאמות לאנשים עם מוגבלויות בהיבטים שונים; מודל הפעלת צוותי התערבות לשעת משבר; הכשרות והדרכות אודות אוכלוסיית היעד ודרכי ההתמודדות עמה ושימוש בטכנולוגיות ואפליקציות ייעודיות (המסייעות לכוחות האכיפה בזיהוי ואיתור אנשים בעלי מוגבלויות בזירת האירוע, וכן טכנולוגיות המסייעות במתן התרעה לכוחות הביטחון אודות אירוע חריג המערב אנשים בעלי מוגבלויות). יצוין כי המודלים של צוותי התערבות במשבר לפי הסקירה מהווים מענה לאוכלוסיות של בריאות הנפש בעוד שהמודלים הקשורים בהכשרות ואפליקציות בעיקר נוגעות לפי הסקירה לאנשים עם אוטיזם.

לנוכח חלוקת העבודה הקיימת בועדה הבינמשרדית, לא נרחיב במסמך זה על המודלים שנוגעים בעיקר בהכשרות וזיהוי אנשים עם מוגבלויות מאחר שאלו נושאים הנוגעים לעבודת שתי ועדות המשנה הנוספות, ואילו במסמך נציג מודלים של צוותי התערבות במשבר הרלוונטיים לעניינינו.

בהכללה ניתן לחלק את המודלים של צוותי התערבות לשני סוגי מודלים. מודל אחד הוא של התערבות טיפולית נקודתית כדי למנוע התדרדרות במצב (שעלולה להוביל למצוקה אישית ומשפחתית או לסיכון ולמעשים בעלי אופי פלילי). צוותי המשבר הם אזוריים בעיקרם, והם פועלים בין היתר על ידי ייזום טיפול (outreach), והגעה לביתו של האדם. מודל שני הוא צוות משולב משטרה ובריאות הנפש, ומיועד למצבים שבהם המשטרה היא הכתובת העיקרית. מטרת מודל זה היא בעיקרה לטייב את הטיפול המשטרתי ולהתאימו לצרכיהם המיוחדים של אנשים עם מוגבלות. כמו כן, על ידי הסטת המקרים המתאימים לטיפול במישור האזרחי. להלן יובאו דוגמאות למספר מדינות בעולם שפיתחו מודלים שונים להתמודדות עם התופעה שתוארה וחקיקה רלוונטית.

<sup>24</sup> סקירת התמודדות כוחות שיטור עם אירועים המערבים בעלי מוגבלות שכלית, נפשית או קוגניטיבית, 8 (אוקטובר 2019).

<sup>25</sup> התמודדות כוחות האכיפה והביטחון עם אנשים עם מוגבלויות – סקירה בינ"ל משווה, יולי 2020.

## 2.ג. (א) ארצות הברית

### מסגרת משפטית

המסגרת המשפטית המגינה על אנשים עם מוגבלויות, ובכלל זה בעת היתקלות עם כוחות אכיפה מעוגנת ב- Americans with Disabilities Act.<sup>26</sup> זהו חוק פדרלי המעניק הגנה לאנשים עם מוגבלויות, הדומה לזו הניתנת ליחידים על בסיס גזע, צבע עור, מין, מוצא לאומי, גיל ודת. ההגנה האמורה מבטיחה הזדמנות שווה לאנשים עם מוגבלויות בשירותים ממשלתיים ומקומיים, במגורים ציבוריים, בתעסוקה ובתחבורה. רשויות אכיפת החוק כלולות תחת הגדרה זו כיוון שהן זרוע של הממשל, בין אם ברמה הפדרלית, המדינתית או המקומית. משרד המשפטים הפדרלי פרסם מסמך הנחיות המיועד לכוחות אכיפה, המדגים כיצד החוק נוגע לעבודתם ופירט שורה של המלצות השכל-הישר (common sense). המסמך כתוב בצורת שאלות ותשובות ומתייחס לנושאים כגון נגישות לאנשים עם מוגבלויות בתוך תחנות המשטרה, מידת הצורך במתורגמן לשפת הסימנים במעצר, בעייתיות של אנשים עם לקויות קוגניטיביות במילוי טפסי מעצר וכדומה.<sup>27</sup>

### מודלים

#### 1. ממפיס, טנסי - צוות התערבות במשבר (Crisis Intervention Team, CIT)

מתוך הכרה בעובדה שלעיתים קרובות שוטרים הם הראשונים המגיעים לשטח ונותנים מענה לאדם החווה משבר נפשי, יחידות המשטרה בממפיס משלבות באימוני השוטרים התמחות בשיתוף פעולה עם מערכות בריאות הנפש (mental health community). במסגרת ההתמחות, לומדים השוטרים על מגוון סימפטומים של מחלות נפש ורוכשים ידע רלוונטי על אפשרויות הטיפול.

כמענה לבעיה של קרימינליזציה של אנשים עם מוגבלות נפשית, פותח בממפיס מודל "צוות התערבות במשבר" (CIT) שהינו מודל מענה ראשוני חדשני של התערבות במשבר המבוסס על שיתוף פעולה בין המשטרה, הקהילה, שירותי הבריאות והסגוריה. המודל פותח לראשונה במדינה זו והופץ במדינות נוספות בעולם, על כן הוא ידוע גם כ"מודל ממפיס". מטרת המודל, בין היתר, היא להפחית סטיגמות ואת הצורך במעורבות נוספת עם המערכת המשפטית הפלילית. כמו כן, הוא מספק מנגנון יעיל לפתרון בעיות בכל הנוגע לאינטראקציה בין המערכת המשפטית הפלילית לבין מערכת בריאות הנפש.

מחקר שנערך ובחן את ההשפעות של הפעלת המודל, הראה כי השוטרים שעברו הכשרה נטו יותר להפנות את הפונים לקבלת טיפול נפשי. עוד הראה המחקר, כי לא הייתה ירידה בשיעור המאסרים.

יצוין כי במסגרת מודל ממפיס קיימים גם צוותי התערבות במשבר המשלבים מתן מענה בהגעה לפונה והצעת טיפול ראשוני במצב המשבר ואינם מתמצים בהכשרות בלבד כפי שנרחיב בהמשך.

#### 2. ניו יורק: צוות משברי נייך (Rochester Mobile Crises Team)

השירות הניתן במסגרת עבודת הצוות נועד למנוע תוצאות הרסניות כגון התאבדות, רצח, אלימות ועוד באמצעות התערבות בשלב מוקדם. הצוות מורכב מאנשי בריאות הנפש המהווים מעין "מחלקה פסיכיאטרית נודדת" ומסייע

<sup>26</sup> ראו לשון החוק: <https://www.ada.gov/pubs/adastatute08.pdf>.

<sup>27</sup> U.S. Department of Justice, Civil Rights Division, Disability Rights Section, [https://www.ada.gov/qanda\\_law.pdf](https://www.ada.gov/qanda_law.pdf).

במגוון דרכים: ייצוב מצבו של המטופל, הערכת הבריאות הנפשית, יצירת קשר מהיר או יצירת קשר מחודשת עם גורמי הטיפול הרלוונטיים, מתן טיפול נפשי מגשר וכיוצא באלה.

## ג.2.2 (ב) אנגליה

### מסגרת משפטית

ה-Mental Health Act הינו המקור החקיקתי העיקרי הנוגע לאופן ההערכה, הטיפול והזכויות של אנשים עם הפרעות נפשיות. על פי סעיף 135 לחוק, במצב חירום כאשר אדם מאיים לפגוע בעצמו או באחרים, בסמכות המשטרה להיכנס לביתו, במקרה הצורך בכוח, ולהעביר אותו למקום בטוח לצורך הערכה ע"י איש מקצוע מתחום בריאות הנפש. החזקת אותו אדם יכולה להיעשות עד 24 שעות. על פי סעיף 136 לחוק, כאשר אדם באותן הנסיבות נמצא במקום ציבורי, בסמכות המשטרה לפנות אותו לבית חולים או לתחנת המשטרה עד אשר תיעשה הערכה ע"י איש מקצוע. בשני המקרים מעודדים את השוטרים להתייעץ, במידה והדבר אפשרי, עם אנשי מקצוע מתחום בריאות הנפש קודם לכן.<sup>28</sup>

ב-2014 נחתם ה- "קונקורדט לטיפול במשבר" (ה-Crisis Care Concordat), בו 22 גופים התחייבו לשפר את השירות ואת החוויה של אותם אנשים עם בעיות נפשיות. בין הגופים נמנים משרד הבריאות, משרד הפנים, בית הספר לשוטרים, ארגוני הרופאים במקצועות בריאות הנפש ועוד. המסמך בנוי על סמך ארבעה מטרות-על; גישה לקבלת סיוע טרום נקודת המשבר, גישה דחופה לטיפול בעת המשבר, איכות הטיפול בעת המשבר, והחלמה. בנוסף, הקונקורדט מספק הגדרה ברורה, עקבית ומובנת של מהי בריאות הנפש. המכללה לשוטרים מציינת כי דבר זה מסייע לשוטרים לזהות באופן ברור יותר מקרים המערבים אזרחים בעלי הפרעות נפשיות (בין אם מדובר במוקדנים, כוחות השיטור במקום האירוע וכדומה) ולהעניק טיפול הולם ועקבי. המסמך אף מפרט תכנית עבודה עם יעדים ומועדי ביצוע.<sup>29</sup>

### Street Triage

**במסגרת עבודת ועדת המשנה, הרצה בפני חברי הוועדה רב פקד שון ראסל, ממשטרת אנגליה, מחוז West Midlands והציג לנו את מודל צוותי ההתערבות שפועל במסגרת פיילוט, שהיה חלק ממקימיו ופיתוחו. רב פקד ראסל צירף להרצאתו מצגת, וכן דו"ח מחקר שסקר את עבודת מודלים השונים של צוותי ההתערבות באנגליה, לרבות במחוז שלו, במשך מספר שנים. להלן נביא את תמצית הדברים.**

בדומה למודל ממפיס Crisis Intervention Team, פיילוט Street Triage<sup>30</sup> שהחל לפעול בשנת 2014 מחבר בין מספר גורמי אכיפה ובריאות הנפש, וכלל מאפשר מענים שונים בהתאם למודל:

א. רכבים יעודים המתופעלים על ידי המשטרה, אחים, גורמים מוסמכים מבריאות הנפש ופרמדיקים שעונים לקריאות.  
ב. חדר בקרה מאויש באחיות ובגורמים מוסמכים בבריאות הנפש בעלי גישה לתיקים רפואיים אשר מסייעים ומייעצים לשוטרים.

ג. קו הפועל 24 שעות ביממה, כל ימות השבוע, אשר מתופעל על ידי אחיות מומחיות בתחום בריאות הנפש.

<sup>28</sup> הפנייה לחוק במלואו: <http://www.legislation.gov.uk/ukpga/1983/20/contents>.

<sup>29</sup> [https://www.crisiscareconcordat.org.uk/wp-content/uploads/2014/04/36353\\_Mental\\_Health\\_Crisis\\_accessible.pdf](https://www.crisiscareconcordat.org.uk/wp-content/uploads/2014/04/36353_Mental_Health_Crisis_accessible.pdf)

לאתר היוזמה: <https://www.crisiscareconcordat.org.uk/>

<sup>30</sup> מיון ראשוני (קביעת סדר העדיפויות של הטיפול בחולים בהתבסס על חומרת מצבם) הנערך במקום האירוע.

הפיילוט נוסד בעיקר על מנת להימנע, ככל שניתן, משימוש בסעיף 136 לחוק בריאות הנפש (אשר כאמור, מעניק סמכות למשטרה לפנות אדם הנמצא במרחב הציבורי המאיים לפגוע בעצמו או אחרים לבית החולים או לתחנת המשטרה עד אשר תתבצע הערכה של מצבו על-ידי איש מקצוע), וכדי להימנע ממשמורת של המשטרה על אותם אזרחים הנזקקים לטיפול מקצועי. מטרת התכנית הייתה לשפר את תוצאות המפגש של אזרחים המתמודדים עם בעיות מתחום בריאות הנפש עם שירותי החירום – מפגש הנוצר עקב היותם קורבנות לפשע, עקב החמרת מצבם הנפשי, או עקב שימוש לרעה בסמים, ומפגש הנוצר עקב היותם חשודים בביצוע עבירה. עקרונות חשובים עליהם נשענת התכנית הינם שיתוף פעולה והעברת מידע בין הגורמים המעורבים (דהיינו – גורמי האכיפה ומשרד הבריאות), וזאת במטרה להבטיח כי ההחלטות המתקבלות על-ידי שירותי החירום במצבי המשבר יענו על צרכיהם של האזרחים הזקוקים להם.

התוכנית מומנה בחלקה הגדול על ידי הרשויות המקומיות אך משרד הבריאות האנגלי סיפק מימון נוסף של 2 מיליון פאונד ל-9 פיילוטים של התוכנית במקומות נוספים – שהופעלו כל אחד למשך 12 חודשים.<sup>31</sup> תכניות הפיילוט נוהלו על-ידי כוחות המשטרה המקומיים, ששיתפו פעולה עם גורמים ממשרד הבריאות והרווחה.

תשעת האזורים שבהם הועבר הפיילוט נבחרו על בסיס מספר משתנים, כגון פריסה גאוגרפית, סוג האוכלוסייה, ומספר המקרים בהם נאלצה המשטרה להשתמש בסעיף 136 לחוק בריאות הנפש. אף שכלל הפיילוטים היו מחויבים לאותם עקרונות ליבה המפורטים לעיל, כל פיילוט פעל על בסיס מודל הפעלה שונה, שהותאם לנסיבות האזור בו נערך. יחד עם זאת, ניתן להבחין כי מרבית המודלים התבססו על שעות פעילות במהלך הערב – זמן בו שירותי בריאות הנפש נוטים להיות פחות נגישים, והצורך בצוותי התערבות גובר.

להלן יפורטו נתונים אודות הפיילוטים השונים ותוצאותיהם, המבוססים על דו"ח משנת 2016 שסיכם את פעולתם.<sup>32</sup>

#### 1. The West Midlands Police Street Triage scheme<sup>33</sup>

מדובר במחוז שבו פעל מר שון ראסל. עלה מהרצאתו כי המודל שינה לחלוטין את התמודדות המשטרה ומערך בריאות הנפש ביחס למצבי משבר של אנשים עם מוגבלות נפשית. ברקע להקמת המודל, המשטרה הבחינה ש-20 אחוז מקריאות למשטרה היו קשורות באנשים עם מוגבלות נפשית. באותה העת נשמעה ביקורת מצד הציבור, בטענה שקיימת מגמת קרימינליזציה של אנשים עם מוגבלות נפשית, וכלל על טיפול משטרתי לא מותאם ביחס לאנשים עם מוגבלות נפשית. בפרט- היתה דאגה ממספר הגובר של מעצרים של אנשים עם מוגבלות נפשית, והיו אף מקרים טראגיים של התאבדויות של אנשים עם מוגבלות בהמשך להתערבות משטרה.

חברי הצוות כללו ארבע אחיות מתחום בריאות הנפש, שלושה פרמדיקים ושישה שוטרים, שעברו הכשרה של שבעה ימים כיצד להתמודד עם אזרחים החווים משבר נפשי והוצבו בתחנת המשטרה המחוזית. השוטרים נמצאים באופן אורגני כחלק מהצוות, אך דואגים לכך שהם יפעלו ברוטציה וכל חצי שנה יחזרו לעבוד בעשייה המשטרית הרגילה, במטרה שלא יאבדו את כישוריהם כשוטרים. בעניין זה הודגש כי יש חשיבות שכל חבר צוות יתרום מתחום אחריותו ולא יהיה טשטוש בין התפקידים.

חברי הצוות קיבלו קריאות ממוקד משטרתי ומד"א. מבחינה טכנית- בפועל שוטר סיור שמקבל את הקריאה היה מגיע לאירוע והצוות סיפק לו מידע נדרש על אותו אדם, לצורך בניית תמונה רחבה והצוות היו מגיעים זמן ממוצע של 10-40

<sup>31</sup> <https://www.cleveland.pcc.police.uk/Document-Library/Decisions/Made-By-the-PCC/Ref-33---2013---Report--Cleveland-Mental-Health-Street-Triage-Pilot.pdf>

<sup>32</sup> <https://s16878.pcdn.co/wp-content/uploads/2016/09/Street-Triage-Evaluation-Final-Report.pdf>

<sup>33</sup> המחוז שבו פועל רב פקד ראסל.

דקות לאחר מכן. לפיכך היה חשוב במקביל שגם לשוטר הראשון שמגיע יקבל הכשרה והיו מנחים את השוטר לנסות להוביל את האדם עם המוגבלות למקום בטוח, עד הגעת הצוות. כתלות באיזה מצב האדם מצוי, חברי הצוות היו מחליטים, מי יהיה בקדמת הממשק הראשוני. כך- במקרים בהם היה ידוע שהאדם יש לו רתיעה משוטר אז השוטרים היו נמצאים יותר ברקע, וכן ההפך, אם למשל לאדם היתה רתיעה מאנשי הטיפול למשל בשל אשפוזים קודמים.

כאשר חברי הצוות הוזעקו – הגיעו למקום שוטר אחד, אחות אחת ופרמדיק. לחברי הצוות הייתה מכונית שיועדה להם (אמבולנס עם אורות כחולים), שהייתה זמינה במשך כל שעות הפעילות שלהם – שבעה ימים בשבוע, מהשעה עשר בבוקר ועד שתיים בלילה. מטרת נוכחותם של הפרמדיקים הייתה להפחית את כמות המקרים בהם מופנה האזרח לחדר המיון של בית החולים שלא לצורך, ולהענקת טיפול רפואי במקום במידת הצורך. השוטרים בצוות עבדו במסגרת סמכויותיהם בחוק למשל בהעברת האדם לאשפוז או מעצר במידת הצורך. לאחות החברה בצוות היו שלושה תפקידים עיקריים – לערוך הערכה פרונטלית במקום האירוע אודות מצבו הנפשי של האדם, ליצור צינור לשיתוף מידע בין הגורמים הרלוונטיים ולוודא כי במידת הצורך האדם יופנה למסלולים חלופיים, ולספק לאדם הזקוק לטיפול חמלה ואכפתיות. במסגרת ההערכה הפרונטלית, נעשתה הערכה באשר למסוכנות האדם לעצמו או לאחרים ובדקו אפשרויות הפנייתו למערכות טיפוליות אחרות. באופן דומה, תפקידו העיקרי של הפרמדיק החבר בצוות היה לערוך הערכה פרונטלית במקום האירוע אודות מצבו הפיזי של האדם, בין היתר, מתוך מטרה להפחית המקרים בהם מועבר האדם לחדר המיון, או לתחנת משטרה אף כי אין כל צורך לכך. לבסוף, כל חברי הצוות עשו הערכה משותפת והחליטו על אסטרטגיה משותפת לגבי המשך הטיפול. ככל שלא היתה הסכמה, למשל אם חבר הצוות אחד סבר שצריך אשפוז, אחד סבר שיש לעצור את האדם ואילו אחר חשב שהקהילה תוכל לתת מענה, בחרו באפשרות הפחות פוגענית, בכל מקרה לא היו מסיימים את הטיפול ללא הסכמה רחבה. בנוסף היו הליכי ביקורת מאנשי מקצוע בכירים על הליך קבלת ההחלטות.

צוותי ההתערבות, מצאו שרוב ההתערבות היתה בבית האשם עם המוגבלות ולכן היו צריכים צו שופט להיכנס או בהסכמה, וגילו שאנשים היו מאד מרוצים מהשירות שניתן ולכן הזמינו אותם לביתם בהסכמה.

לאחר סיום האירועים השונים הצוות המשיך במעקב אחר הטיפול באדם נשוא הקריאה. מטרת הצוות היתה שהאדם יופנה לטיפול המתאים, ולדאוג שהמערכת תעניק להם את השירותים המותאם. הצוות פעלו באופן יזום לקבלת הטיפול תוך פנייה לאנשי המקצוע הרלוונטיים, וליוו את האדם עד שיקבל את הטיפול האמור.

המודל נשא פירות רבים. אחד היתרונות הגדולות של המודל זה יצירת שיתופי הפעולה בין המערכות הממשלתיות, הטמעת גישה נכונה והוליסטית, חיזוק קשרים עם הקהילה וכמובן הפחתת אמצעי הכפייה והטבה עם האדם עם המוגבלות. המודל אומץ ברמה הלאומית והתוכנית ממשיכה עד היום.

מלבד הפעלת צוותי התערבות ובעקבות פעילותם, כרגע בכל תחנת משטרה יש אחיות שתומכות באנשים גם ביחס לאדם שנמצא בהליך הפלילי, וכן מציעים הליכים טיפוליים שפועלים לצד המערכת המשפטית. כמו כן צוותי ההתערבות, מסייעים לאנשים לאחר שחרור ממאסר ועוזרים להם בשיקום ושילוב בקהילה, תוך שהם מעניקים להם תמיכה לטווח הקצר לאחר שהם משתחררים.

## **The BTP Street Triage scheme .2**

ראשית יצוין, כי פיילוט זה הופעל בשטח גאוגרפי גדול יחסית, ולפיכך – הוא נועד לתת מענה עבור אוכלוסייה גדולה יותר ביחס לפיילוטים אחרים. חברי צוות הפיילוט כללו ארבע אחיות ממשד הבריאות והרווחה, שלושה אזרחים העובדים ב- BTP (British Transport Police) ושוטר אחד. המודל שנמצא מתאים ביותר לפיילוט היה הפעלת חדר בקרה של מתן שירות, הכולל ייעוץ טלפוני ומעקב. בחדר הבקרה שפעל בכל ימות השבוע, מהשעה תשע בבוקר ועד תשע

בערב, ישבו האחיות, והשוטר אשר נתנו ייעוץ טלפוני לשוטרים בשטח – ייעוץ אשר התבסס לא אחת על מידע אודות האזרח, לרבות מידע אודות ההיסטוריה שלו במערכת בריאות הנפש. לאחר מתן הייעוץ, האחיות היו מבצעות שיחות מעקב עם האזרח כדי לבדוק את מצבו, ועם משפחתו וקרוביו. בנוסף, האחיות הפנו את האזרחים למגוון שירותים קיימים בקהילה, לרבות ארגוני צדקה מקומיים של בריאות הנפש, להמשך טיפול.

### **The Devon and Cornwall Police Street Triage scheme .3**

המודל עליו התבסס הפיילוט היה מודל בו צוות אחיות מתחום בריאות הנפש ישבו בשני מוקדי בקרה הפרוסים באזורים שונים, ונתנו ייעוץ טלפוני לשוטרים בשטח. מוקדי הבקרה פעלו בכל ימות השבוע – בימים שני עד שישי מהשעות תשע בבוקר ועד חמש אחרי הצהריים, ובימים חמישי עד ראשון מהשעה שמונה בערב ועד שש בבוקר. בשונה מהמודל הקודם, האחיות הגיעו להעניק טיפול במקום במקרים בהם התעורר צורך לכך, באזורים מסוימים בלבד.

### **The Derbyshire Police Street Triage scheme .4**

חברי הצוות כללו שלושה שוטרים ושלוש אחיות מתחום בריאות הנפש (שבע אחיות מונו לחברות הצוות, ופעלו במשמרות), שעברו הכשרה מתאימה להתמודדות עם אזרחים החווים משבר נפשי. בחלק מהאזורים, המודל התבסס על מתן ייעוץ טלפוני לשוטרים בשטח, ובאזורים שונים, המודל התבסס על הערכה פרונטלית של מצבו של האזרח על-ידי האחיות, לצד מתן ייעוץ טלפוני. חברי הצוות היו מוזעקים להענקת טיפול במקום, במקרים בהם השוטרים בשטח חשבו שיש צורך בכך. שעות הפעילות של הפיילוט היו מארבע אחר הצהריים ועד חצות, במשך כל ימות השבוע.

### **The MPS Street Triage scheme .5**

המודל עליו התבסס הפיילוט היה מודל של מתן ייעוץ טלפוני לשוטרים בשטח על-ידי אחיות, 24 שעות ביממה במשך כל ימות השבוע. במקרים בהם התעורר צורך לכך, האחיות היו מגיעות לשטח ומבצעות הערכת מצב של האזרח החווה משבר נפשי. חברי הצוות כללו ארבע אחיות בעלות ניסיון קודם במתן טיפול ביתי למטופלים, צוותי L&D<sup>34</sup> (המתמחים בזיהוי ומתן שירות לאנשים בעלי מוגבלות פיזית או נפשית) או אנשים ממערכת המשפט הפלילית. הצוות ערך מפגשים שבועיים עם השוטרים המקומיים כדי לבנות את מערכת היחסים ביניהם, ולפתור בעיות קונקרטיות שעלו.

### **The North Yorkshire Police Street Triage scheme .6**

המודל עליו התבסס הפיילוט היה מודל של מתן ייעוץ טלפוני לשוטרים בשטח על-ידי אחיות, 7 ימים בשבוע, בין השעות שלוש אחר הצהריים ועד אחת בלילה. חברי הצוות כללו אחיות בלבד, ללא שוטרים. האחיות ישבו במשרד שהוקצה להם בתוך בית חולים, ובמקרה הצורך, הן היו מגיעות לשטח למתן טיפול. לאחיות שישבו במשרד הייתה נגישות מלאה למידע אודות ההיסטוריה הרפואית של האזרח, אך נמנעה מהן הגישה לרישומי המשטרה. יחד עם זאת, המשטרה אישרה את גישת הצוות, במידת הצורך, לרישומיה. בדומה למודל הקודם, גם במודל זה הצוות ערך מפגשים שבועיים עם השוטרים המקומיים כדי לתחזק את שיתוף הפעולה ביניהם ולפתור בעיות קונקרטיות שעלו.

### **The Sussex Police Street Triage scheme .7**

חברי הצוות כללו שוטר ואחות, שתפקידם היה להגיב לקריאות מהמשטרה ומהציבור אודות אזרח החווה משבר נפשי. הצוות פעל חמישה ימים בשבוע – בימים רביעי עד ראשון בין השעות ארבע וחצי אחר הצהריים ועד השעה חצות, ובימים

<sup>34</sup> Liaison and Diversion.

שבת עד ראשון מהשעה תשע בבוקר ועד ארבע אחר הצהריים. חברי הצוות ישבו בתחנת משטרה מקומית, וכאשר הוזעקו לאירוע מסוים, עשו את דרכם ברכב שאינו מסומן כרכב משטרה – זאת על מנת שלא לעורר את התנגדותם של האזרחים הזקוקים לטיפול או להרתיע אותם. יצוין כי במקרים בהם התעורר חשש מידי לחייו של האדם, הופנה הפונה למשטרה, שלקחה אחריות על טיפול באירוע עד שצוות ההתערבות היה מגיע לשטח.

#### **8. The Thames Valley Police Street Triage scheme**

חברי הצוות כללו שוטר ואחות, שתפקידם היה להגיב לקריאות מהמשטרה ומהציבור אודות אזור החווה משבר נפשי. הצוות פעל שבעה ימים בשבוע, בין השעות שש אחר הצהריים ועד שתיים בלילה. במקרים בהם נדרשה הערכה פרונטלית אודות מצבו של האזרח, הוזעקה האחות החברה בצוות, שהייתה אמורה להגיע למקום האירוע תוך 45 דקות. בנוסף לפעולת הצוות, פעל מוקד של מתן ייעוץ לשוטרים במשך 24 שעות ביממה ובכל ימות השבוע - שנועד לסייע בקבלת ההחלטה הנכונה להתמודדות עם האזרח במשבר.

#### **9. The West Yorkshire Police Street Triage scheme**

חברי הצוות כללו מומחה מבריאות הנפש (אחות או גורם מוסמך אחר) ועובד נוסף ממשדד הבריאות, ללא שוטרים. המודל עליו התבסס הפיילוט היה מודל של מתן ייעוץ טלפוני לשוטרים בשטח על-ידי חברי הצוות, שפעלו שבעה ימים בשבוע – מהשעה שלוש אחר הצהריים ועד אחת בלילה. חברי הצוות ישבו במקום שיועד להם, ובמקרים שהתעורר צורך לכך – הוזעקו לשטח על מנת לבצע הערכה פרונטלית של מצבו של האזרח – ועליהם היה להגיע תוך 45 דקות. פעילות הצוות נועדה לתת מענה לאוכלוסייה מעל גיל 18, וכאשר הגיעה קריאה אודות אדם החווה משבר נפשי שגילו מתחת ל-18 שנים, הוא הופנה להמשך טיפול על-ידי גורמי הבריאות המתמחים בטיפול בנוער.

במסגרת הפעלת הפיילוט, שונו חלק מהמודלים – כך שלעיתים התארכו שעות העבודה של חברי הצוות, ולעיתים התפרסה פעולתם על שטח המכיל אוכלוסייה רבה יותר.<sup>35</sup>

בבחינת תוצאות הפיילוט, התגלו מספר נתונים מעניינים :

ראשית, מתוצאות הפיילוט עולה כי ככלל, שיעור המקרים בהם נאלצה המשטרה להשתמש בסעיף 136 לחוק בריאות הנפש במסגרת הפעלתם ירד ב-11.8% בהשוואה לאותה מסגרת הזמן בשנים קודמות.

שנית, עולה כי במרבית הפיילוט לא נדרש צורך להערכה פרונטלית על-ידי אחות בשטח, וברוב המקרים ניתן היה להסתפק במתן ייעוץ טלפוני לשוטרים הנמצאים במקום האירוע.

שלישית, עולה כי במרבית המקרים בהם הוזעקו צוותי ההתערבות למקום, האירוע עצמו התרחש בתוך שטח פרטי – מקום בו הסמכויות הנתונות לצוות היו פחות ברורות.

על בסיס נתונים אלו ואחרים, נרשמו מספר מאפיינים של המודלים להפעלת צוותי התערבות, אותם ראוי לאמץ בבניית המודל האידאלי ובדרך יישומו :

- תכלול המודל על-ידי גורמים בכירים מתחומים שונים לצורך הבטחת שיתופי פעולה בשטח ;

<sup>35</sup> להרחבה על שינויי המודלים תוך כדי הפעלת הפיילוט, ראו פרק 3.2 <https://s16878.pcdn.co/wp-content/uploads/2016/09/Street-Triage-Evaluation-Final-Report.pdf>

- הליך קבוע וסדיר לבחינת הסדרי עבודה משותפים של הגורמים השונים ;
- בהירות לגבי האוכלוסייה לה הצוות אמור לתת מענה ;
- מתן מידע למטופלים אודות מסלולי פנייה אפשריים לטיפול – בין אם בעת שעת המשבר ובין אם בסיומו ;  
תכניות הכשרה משותפות לכלל הצוות המעורב במודל ;
- פתיחת ערוץ לשיתוף פעולה הדוק בין המשטרה וגורמי הבריאות (בין אם באמצעות פתיחת חדר בקרה בו ישבו הנציגים, ובין אם באמצעות קו טלפון ייעודי לפניות הדדיות) ;
- הפעלת הצוותים במשך כל ימות השבוע בכל שעות היממה ;
- תיעוד פעולות צוותי ההתערבות באופן שיאפשר לצוותים ללמוד אודות דרכי הפעולה המתאימות לכל אירוע, ופיתוח פרוטוקולים מוסכמים ומסודרים אודות העברת מידע באופן אפקטיבי בין הגורמים (בדגש על מידע רפואי), אודות מסגרת הזמן בו יינתן הייעוץ הטלפוני לגורמים בשטח, ואודות האינטגרציה בין צוותי ההתערבות לבין שירותים אחרים בקהילה.

בנוסף, נרשמו מספר מאפיינים נוספים אותם ראוי לקחת בחשבון בבניית המודל, תוך התאמתו אליהם :

- מספר חברי האוכלוסייה באזור בו יופעל המודל המוכרים למערכות בריאות הנפש ונזקקים לשירותן ;
- היכולת של שירותי הבריאות והרווחה המקומיים לתת מענה לחברי האוכלוסייה החווים משבר נפשי ;
- האפשרות שהשירות המבוקש על-ידי צוותי ההתערבות יאלץ להינתן בשטח פרטי (באופן אשר מצריך שינוי חקיקה מתאים), ומידת ההיתכנות לכך שצוותי ההתערבות יופעלו במשך כל ימות השבוע לאורך כל שעות היממה.<sup>36</sup>

## 2.ג) אוסטרליה

### מסגרת משפטית

חוקים הנוגעים לבריאות הנפש והמחויבות הממשלתית כפועל יוצא מהם נחקקים ברמה המדינתית, כאשר לכל מדינה חוקים ותקנות משלה.<sup>37</sup>

### 1. ניו-סאות' וויילס – NSWPF Mental Health Intervention Team (MHIT)

במשטרת- New South Wales (NSW) זיהו את הבעיה של התמודדות כוחות האכיפה במצבי משבר נפשיים כבר לפני למעלה מעשור, ופועלים במספר מישורים.

מישור ראשון הוא מישור ההכשרות. כיום, כל שוטר חדש מחויב לעבור הכשרה בת יום אחד במסגרת ההכשרה הכללית בבית הספר לשוטרים. הקצינים המשלימים את התוכנית הזו מוסמכים כקציני התערבות בבריאות הנפש ועונדים תג

<sup>36</sup> להרחבה אודות הפיילוט השונים, תוצאותיהם והמסקנות שהוסקו בעקבות הפעלתם, ראו עמ' 70-78 <https://s16878.pcdn.co/wp-content/uploads/2016/09/Street-Triage-Evaluation-Final-Report.pdf>.

<sup>37</sup> [https://www1.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/content/E39137B3C170F93ECA257CBC007FC8C/\\$File/rights2.pdf](https://www1.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/content/E39137B3C170F93ECA257CBC007FC8C/$File/rights2.pdf).



MHIT<sup>38</sup> ברור על המדים מעל שמותיהם. חשוב לציין כי ההכשרות ממומנות על ידי ועדת הבריאות של מדינת ניו-סאות' וויילס.

מישור שני, הרלוונטי לענייננו, הוא מישור צוותי ההתערבות – הוקמה יחידה של צוותי התערבות במשבר, הכוללים מפקד, מנהל פרויקט ורופא מתחום בריאות הנפש. היחידה אחראית על עיצוב מדיניות, אסטרטגיה ופיתוח אימונים וטקטיקות מבצעיות של המשטרה בכל הנוגע לתחום בריאות הנפש.

מישור שלישי, הרלוונטי גם הוא לענייננו, הוא קיום שיתוף פעולה עם גורמי בריאות הנפש והרווחה. אחד הדגשים במשטרה הוא הובלתם של עצורים מהשטח למוסד בריאותי באמבולנס ולא במכונית משטרתית – זאת מתוך ההכרה ששימוש בכלי רכב משטרתיים למטרה זו רק מוסיפים לסטיגמה סביב בריאות הנפש.<sup>39</sup>

ביוני 2020 הודיעה ממשלת ניו-סאות' וויילס על השקעה של \$6 מיליון דולר אוסטרלים על מנת לצרף מומחים לבריאות הנפש כחלק מצוות תחנות המשטרה העונים לקריאות בנושא ייעודי זה. השקעה זו מגיעה לאחר פיילוט מוצלח שתוצאותיו חסכון של 45 דקות בממוצע בטיפול במקרים אלו, כתוצאה מהימצאותם של המומחים בשטח יחד עם השוטרים.<sup>40</sup>

## 2. מערב אוסטרליה (WA) - Police Force Mental Health Co-Response (MHCR)

בשנת 2016 כוח המשטרה של מדינת מערב אוסטרליה השיק פיילוט בשיתוף עם ועדת בריאות הנפש של מערב אוסטרליה ומשרד הבריאות של המדינה. הפיילוט הינו חלק מתוכנית רחבה של הממשלה במדינה שנכנסה לתוקף בשנת 2015 וצפויה להימשך עד שנת 2025, במטרה לייעל את ההתמודדות של המערכת הציבורית עם אנשים בעלי הפרעות נפשיות.

הפיילוט ארך כשנתיים וכלל שילוב של אנשי מקצוע מתחום רפואת הנפש במהלך כל אחד משלבי התגובה של המשטרה למקרים המערבים אנשים עם בעיות נפשיות:

מוקד המשטרה – אנשי מקצוע בתחנה עצמה;

המפגש בזירה – הוקמו שני צוותים יעודים לליווי השוטרים בזירה;

המעצר וניהול הרישום – נוכחות אנשי מקצוע במהלך התהליך.

הצוותים המשותפים עבדו במשמרות בין 14:00-22:00 במשך 6 ימים בשבוע, כאשר המטרה של אנשי המקצוע הייתה לסייע לשוטרים בהתמודדות עם מצבים שונים באמצעות העברת מידע על ההיסטוריה של הנאשם, הנטייה שלו לאלימות ואנשי קשר ממשפחתו, במידת הצורך.<sup>41</sup>

## ג.(2) ד. הולנד

### 1. אמסטרדם – אמבולנס פסיכיאטרי (Psycho Lance)

<sup>38</sup> Mental Health Intervention Team

<sup>39</sup> [https://www.police.nsw.gov.au/safety\\_and\\_prevention/your\\_community/mental\\_health](https://www.police.nsw.gov.au/safety_and_prevention/your_community/mental_health)

<sup>40</sup> <https://www.smh.com.au/politics/nsw/mental-health-nurses-to-be-based-at-police-stations-20200609-p550yf.html>

<sup>41</sup> [https://www.parliament.wa.gov.au/publications/tabledpapers.nsf/displaypaper/4011830c6f17958a776124a04825830d0003e135/\\$file/tp-1830.pdf](https://www.parliament.wa.gov.au/publications/tabledpapers.nsf/displaypaper/4011830c6f17958a776124a04825830d0003e135/$file/tp-1830.pdf)

פרויקט האמבולנס הפסיכיאטרי נעשה בשיתוף פעולה עם העירייה, צוותי החירום של אמסטרדם והמשטרה. האמבולנס מיועד להסיע את המטופלים והצוותים המטפלים בהם, בצורה בטוחה יותר ולהיות נאמנים לצרכים הספציפיים של קבוצת המטופלים הזאת. עד אפריל 2014 (הקמת הפרויקט) המטופלים הפסיכיאטריים הוסעו לתחנות משטרה ומהן, מאזורים ציבוריים ומבתי המטופלים למרפאות בריאות הנפש ע"י נידות המשטרה. הממונה על פיקוח שירותי הבריאות קבע כי מצב זה אינו רצוי, ושלאנשים אלו יש הזכות לקבלת טיפול הולם. האמבולנס הפסיכיאטרי מאויש ע"י שני אנשים: אחות פסיכיאטרית ונהג האמבולנס. כיום האמבולנס מבצע כ-450 נסיעות בממוצע כל חודש, דבר המעיד על נחיצותו.<sup>42</sup>

באופן כללי, ההכשרות שעוברים כוחות האכיפה כוללות התמודדות עם אנשים "מבולבלים" (כלשונם), בין אם מדובר על השפעת סמים או אלכוהול ובין אם כתוצאה מהפרעה נפשית. במקרה כזה האסטרטגיה היא לחתור למגע עם האדם, ובמידה ואין יכולת הם מונחים לפנות לקבלת סיוע מהגופים המתמחים בנושא כגון עובדים סוציאליים, מומחים לבריאות הנפש אשר מגיעים למקום האירוע. במידה והאדם אינו משתף פעולה ואף מתנהג בתוקפנות, לשוטרים הסמכות להשתמש בכח סביר להשתלטות על הסיטואציה.<sup>43</sup>

## ג.2. (ה) סקוטלנד

### 1. גלאזגו Street Triage

משטרת גלאזגו ערכה תוכנית פיילוט בשכונה גובאן (Govan) שבעיר. הפיילוט פעל ב-2 מישורים:

- שוטרים שעברו הכשרה מיוחדת הצטרפו לפרמדיק באירועים בהם מעורב אדם שנמצא במצב משבר. מרכיב זה של הפיילוט פעל בשיתוף פעולה עם שירותי האמבולנס הסקוטי ושירותי בריאות הנפש (NHS) של גלאזגו רבתי.
- צוות של אחיות מוסמכות לבריאות הנפש שסיפקו מידע והערכה לקצין ולפרמדיק מתוך חדר בקרה. הייעוץ תופעל באמצעות קו טלפוני ייעודי, באמצעותו אותו אדם יכול היה לקיים התייעצות טלפונית עם גורם מוסמך בבריאות הנפש. הקו נועד לספק גישה מהירה ויעילה לטיפול הנדרש ולהשתדל להימנע ככל שניתן ממעצר מיותר.

התוכנית פעלה בזמנים שזוהו כבעייתיים ביותר (ימי שישי-שני, בין השעות 00:00-04:00).<sup>44</sup>

### ג.3. מודלים מקצועיים שונים בישראל שהוצגו במסגרת עבודת ועדת המשנה כמקרי בוחן

במסגרת עבודת ועדת המשנה נשמעו מספר נציגים מגופים שונים בישראל, ששיתפו מניסיונם בהקמת מודלים של צוותים רב מקצועיים או אחרים לצורך מתן מענה לבעיה חברתית כוללת לרבות, בתחום בריאות הנפש. דבריהם יוצגו להלן בקצרה, כמקרי בוחן שניתן ללמוד מהם לצורך בניית מודל צוותי ההתערבות ואשר שימשו את חברי ועדת המשנה בגיבוש המסקנות.

#### (1) נוהל מענה חירום נפשי ארצי במגן דוד אדום

מר רמי מילר וד"ר רפאל סטרוגו, ממד"א, הציגו את העבודה על גיבוש טיוטת נוהל מענה חירום נפשי ארצי – אותה ריכוזו מר דני בודובסקי, מנהל המערך האמבולטורי באגף לבריאות הנפש במשרד הבריאות. לדברי מר מילר, בעקבות סדרה של אירועים שנציגי מד"א נתקלו בהם בשטח – בין אם אירועים שבהם היה מעורב אדם במצב נפשי אקוטי ובין

<sup>42</sup> <https://www.ambulancezorg.nl/themas/kwaliteit-van-zorg/ketensamenwerking/passende-zorg-voor-personen-met-verward-gedrag/psycholance-in-amsterdam>

<sup>43</sup> המידע התקבל בהתייעצות עם גורם מומחה ברשויות בהולנד, מר Jan Hondorp - מומחה להכשרת ואימון שוטרים 30.06.2020

<sup>44</sup> <https://www.scotland.police.uk/whats-happening/news/2018/september/mental-health-street-triage-pilot-launched-govan>

אם באירועים בהם היה מעורב אדם המצוי במשבר על רקע מצב סוציו אקונומי קשה (לפי הערכתם), הוחלט על גיבוש מענה מיידי של מד"א לאירועים אלו. הנוהל גובש במטרה לצמצם את הפער בטיפול המוענק לאוכלוסייה הנזקקת לשירות זה, מתוך הבנה כי במצבים אלו לא תמיד ראוי שיופנה האדם המעורב לבית החולים כפי שאנשי מד"א נהגו. הרעיון היה להעניק שירות המושתת על מספר עקרונות:

א. היכולת של הצוות בעזרת סיוע מקצועי לעשות טריאז' של המצב הרפואי (מיון ראשוני, תהליך קביעת סדר העדיפויות של הטיפול בחולים בהתבסס על חומרת מצבם), ולהחליט האם זה מצב שמצריך מענה מיידי בפינוי לבית החולים או ניווט למסלולים אמבולטוריים;

ב. קישור למענה המשכי (בריאות הנפש, עובדים סוציאליים, מחלקות עירוניות) כדי לשמור על המשכיות הטיפול;

ג. הוספת מעטפת של נהלים מתאימים (רגולציה, חקיקה במידת הצורך) וחיבור לכל הגורמים הרלוונטיים – קופות החולים, לשכות רווחה בשלטון המקומי ועוד. המסמך שנוצר עוסק בעקרונות שלפיהם צריכים לפעול בטיפול בבעיה אקוטית בתחום בריאות הנפש.

בשלב היישום, כך לדבריו, הם נתקלו במכשולים – חלקם תקציביים, וחלקם נוגעים לתחומי אחריות – והנוהל לא מומש.

מד"א פועל מתוקף חוק,<sup>[1]</sup> ואחד מהנספחים לחוק זה הוא תקנות מגן דוד אדום.<sup>[2]</sup> לפי החוק, כל שירות שמד"א נותן כרוך בתשלום, בין אם התשלום יהיה על-ידי המבטח הרפואי (קופת חולים, ביטוח לאומי, ביטוח פרטי), או על-ידי מקבל השירות. כדי לשנות את המצב הקיים יהיה צורך בשינוי חקיקה.

מר דני בודובסקי, מנהל המערך האמבולטורי באגף בריאות הנפש במשרד הבריאות, אשר ריכז את כתיבת הנוהל, ציין כי המיקוד המרכזי בגיבוש הנוהל היה בהתייחס למצבים קיצוניים, מיעוטם בעקבות קריאה של האדם עצמו, אך רובם בעקבות קריאה של קרובי משפחה, שכנים או עוברי אורח המבקשים סיוע עקב אותה התנהגות חריגה. מאחר ולעיתים קרובות אין גם הסכמה של אותו אדם לקבל טיפול של מד"א או להתפנות לחדר מיון, הרי שאיש המפתח ביחס לנוהל הוא הפסיכיאטר המחוזי – ויש חשיבות רבה לייעוץ מקצועי שיינתן על-ידו, או לייעוץ מקצועי שיינתן על-ידי פסיכיאטר שאינו פסיכיאטר מחוזי – באשר לשאלה האם זהו מצב המצדיק את שלילת חופש הבחירה של האדם. ביחס לרציפות הטיפול, מסר נציג האגף לבריאות הנפש כי יש בבסיס, הסכמה עם קופות החולים בדבר העברת מידע אל הקופות. כמו כן קיים שיתוף פעולה עם המרכז לשלטון מקומי בדבר הממשקים עם מערכות הרווחה. לדברי נציג מד"א, במסגרת השירות שניתן יש לשים דגש מיוחד על גישה ראשונית חומלת, שמטרתה להכיל את הסיטואציה ולא לתפוס אותה כמאיימת. עוד צוין כי הקושי המרכזי ליישום השירות הוא באי-הסכמה על התנאים שיאפשרו לפסיכיאטרים המחוזיים להרחיב את עבודתם ולשמש גם כיועצים למד"א, או לחלופין – לכך שמד"א תעסיק פסיכיאטר אשר ישמש כיועץ ומנחה לשטח ויעמוד במידת הצורך בקשר עם הפסיכיאטר המחוזי.

ביחס למספר הקריאות מהסוג האמור שמגיעות למד"א, נטען כי מדובר ב-8% מהקריאות בשנה (לערך) – ובמספרים – סביב 40 אלף אירועים בשנה של קריאות מתחום בריאות הנפש.

נציג מד"א הסביר כי לצוותי הרפואה אין אפשרות מבחינה חוקית לתת טיפול רפואי ללא הסכמה. לטענתו, יש לערוך שינויים חקיקתיים נרחבים, במסגרתם יורחבו המעגלים שמאפשרים מתן טיפול ללא הסכמה, כאשר יש הסכמה מקצועית נרחבת שהטיפול יטיב עם האדם. מבחינת הרצף הטיפולי, הדגיש נציג מד"א כי כאשר מטופלים לא נזקקים לטיפול מידי, ויש אינדיקציה שיהיה צורך בהפניה לגורמי הרווחה או בריאות הנפש – ככל שהמטופל מסכים, מועבר המידע בעניינו לגופים אלו.

[1] חוק מגן דוד אדום, התש"י-1950.

[2] תקנות מגן דוד אדום (אגרות הסעת חירום באמבולנס), התשס"ו-2006.

וידגש – בהיעדר הנחייה מסודרת של הרגולטור (משרד הבריאות), גיבשו במד"א נוהל פנים-ארגוני המנחה את הצוותים כיצד להתמודד עם סיטואציה בה נמצא מטופל הסובל מבעיה דחופה בתחום בריאות הנפש. הנוהל נועד לתת מענה לאותם מקרים המוגדרים כ-"אדומים" (בהם קיימת סכנה למטופל, לצוות או לסביבה), בעוד שאר המקרים – נותרו ללא מענה מיטבי.

## **(2) מוקד 105 של המטה הלאומי להגנה על ילדים ברשת**

הגברת נאווה כהן אביגדור, ראש תחום מידע מחקר ושיתוף פעולה במוקד 105, מר אילן אביטן, מנהל תחום משרד הרווחה במוקד ומר ישראל בנלולו, סגן מנהלת דסק שותפויות במוקד, הציגו את פועלו של מוקד 105 של המטה הלאומי להגנה על ילדים ברשת (להלן: "המוקד").

ביחס להקמת המוקד, הוצג כי הוקם מכוח החלטת ממשלה, בתקציב של 100 מיליון שקלים ולצד הקצאת 131 תקנים חדשים (תקני משטרה ברובם). לדברי הגברת כהן אביגדור, מדובר במוקד שנותן לתת מענה לאומי לטווח של פגיעות בקטינים במרחב המקוון. היתרון של המוקד, הוא שיושבים בו גורמים מכלל התחומים – משטרה רווחה, בריאות, משפטים וחינוך. הרעיון שעמד בבסיס הקמת המוקד הוא לאפשר איגום של כל הגורמים הממשלתיים הרלוונטיים כדי לתת טיפול מיטבי לסיטואציות שהמוקד נועד לטפל בהן, ובמסגרת זו אף נחסכת מהאדם הליך של מעבר בין גורמים שונים עד לקבלת מענה רלוונטי. המוקד מורכב מחמישה משרדי ממשלה, כולל משטרת ישראל. כאשר מתקבלת פנייה במוקד, היא ממופה על-ידי שוטרים שעברו הכשרה מתאימה לכך, ומועברת בהתאם לדסק השותפויות בו יושבים נציגים מתחום החינוך, הבריאות, הרווחה והמשפטים לצורך גיבוש מענה מתאים.

שיתוף מידע בין העובדים הסוציאליים נעשה בהתאם לחוק העובדים הסוציאליים, תשנ"ו-1996. ביחס לרצף הטיפול, הוסבר כי אנשי המוקד נמצאים בקשר עם הגורמים הקהילתיים אשר ממשיכים את הטיפול.

נציגי המטה, ציינו מספר דגשים נוספים שיש לשים לב אליהם, ככל שיוחלט על אימוץ מודל דומה: תיקוני חקיקה שיאפשרו רצף של העברת מידע בין הגורמים; מעורבות משמעותית של עובדים סוציאליים בקבלת ההחלטה; הפעלת המוקד במשך כל שעות היממה לאורך כל ימות השבוע; מערכת מחשוב אחת לכלל הגורמים המעורבים והקמת ועדת היגוי שתתווה מדיניות ותקבע יעדים כדי לשפר את שיתוף הפעולה בין הגורמים.

## **(3) מוקד 106 ברשויות המקומיות**

גב' קלרה חן, נציגת הרווחה ברשות מקומית סיפרה על מוקד 106, מוקד עירוני שפונה לכוון רווחה במידת הצורך. הכוון מרכז את הטיפול החירומי, ומפנה לגורם בקהילה שאמור לטפל בנושא. כך למשל, במקרים בהם מתקבלת פנייה על אדם שמתנהג בצורה מעוררת חשש, הפנייה מופנית לכוון משירותי הרווחה שהוא עובד סוציאלי בהכשרתו. הכוון מעריך את המידע ומערב בהתאם את המשטרה, שירותי בריאות הנפש או שירותי רווחה.

הובהר בדיוני ועדת המשנה כי יש לשים לב שרק לשני שליש מהרשויות המקומיות יש מוקד מעין זה, ולפיכך ייתכן וראוי לעגן בחקיקה את הצורך בקיום מוקד בכל הרשויות המקומיות. הוצע בדיונים, כי מוקד מעין זה נכון שישלב שירותי בריאות הנפש וייתן מענה לאנשים שמתמודדים עם מוגבלות נפשית וזקוקים לסיוע.

## **(4) פיילוט צוותי משבר פסיכיאטרי בקהילה משנת 2005**

מר ראזק חאלד, ממשרד הבריאות, הציג את הרצת הפיילוט של כוון פסיכיאטרי עצמאי בקהילה משנת 2005 שבוצע במחוז תל אביב והמרכז. תפקיד הפסיכיאטר הכוון היה לקבל שיחות טלפון מאזרחים במצוקה, לנסות לעזור ולהחליט האם יש צורך בביקור בית על ידו בתיאום ובהסכמת הפונה לשם הערכת המצב, או שמא ניתן להסתפק בהפניה לטיפול. בתחילת הפיילוט היו 5 פסיכיאטרים שהסכימו לקחת חלק בהפעלת הפיילוט, אך עם השנים המספר הלך וירד. לבסוף, בשנת 2011, נותר המערך עם 2 פסיכיאטרים בלבד, אשר לא יכלו לעמוד בעומס הפניות. סיום הפיילוט באותה שנה

הגיע בעקבות העומס האמור, בעקבות גילן המבוגר של הפסיכיאטריות, ובעקבות החשש שלהן מתקיפה אישית של המטופלים – תקיפה שחזרה על עצמה מספר פעמים במהלך הפעלת המערך. כמו כן, בשנת 2012 החלה העברת האחריות הביטוחית לקופות החולים, האחראיות על מתן כלל השירותים הבריאותיים של המבוטחים שלהן, לרבות בתחום בריאות הנפש.

הפיילוט תואם בין שלושה גורמים – משרד הבריאות, הפסיכיאטר המחוזי, ומד"א. עלות השירות למשרד הבריאות הייתה 450 ₪ עבור כוננות של פסיכיאטר אחד בכל יום נתון, ועל כל ביקור תשלום נוסף של 450 ₪ ששולם ע"י המזמין/מקבל השירות.

המסקנה החשובה ביותר שנלמדה מהפעלת הנוהל היא שכנראה צריך לבחון ולהחליט על זהות הגורם המקצועי, ולשאול האם הוא חייב להיות פסיכיאטר או שמא אפשר להטיל האחריות על אנשי מקצוע נוספים מתחום בריאות הנפש (פסיכולוג, עו"ס, אחות פסיכיאטרית). כאשר פותחים ההזדמנויות בפני סקטורים אחרים בתחום בריאות הנפש כמו אחיות, אחים, עובדי הסוציאליים, פסיכולוגים – גדל הסיכוי למצוא אנשים שיהיו זמינים ויהיו מוכנים לתת את השירות. כמו כן יש לתת את הדעת לקושי בלצאת לבתים לבד, אז אפשר לעשות את זה בצורה של צוות ולא של אדם אחד.

## ד. סיכום והמלצות מרכזיות

### 1. המלצה על הפעלת פיילוט צוותי התערבות במשבר

חברי ועדת המשנה רואים חשיבות עליונה בהקמת צוותי התערבות במשבר בשל המצב השורר בישראל בכל הנוגע להתמודדות כוחות האכיפה מול אנשים עם מוגבלויות וכן ברקע המחסור במענים בקהילה למצבי משבר בעיקר בתחום בריאות הנפש. צורך אקוטי זה עבר כחוט השני בדבריהם של כל המומחים שהרצו בפני ועדת המשנה, במסגרת הנתונים שהוצגו על ידי גורמי הממשלה הרלוונטיים, והן במסגרת דבריהם של נציגי הארגונים של החברה האזרחית שנפגשים יום יום בהתמודדות, הצרכים והקשיים של אנשים עם מוגבלויות שמצויים במצב משברי ובמפגש עם מערכת אכיפת החוק. ניכר כי מודל צוותי התערבות במשבר הוא מודל מוכר ומוכח במדינות רבות בעולם, ולו יתרונות רבים.

**חברי ועדת המשנה סבורים כי יש מקום לקדם פיילוט ('תוכנית ניסיונית') שבמסגרתו יוקמו ויפעלו צוותי התערבות, בשלב זה ללא חקיקה.**

יציאה לפיילוט, על בסיס של **החלטת ממשלה**, תאפשר לבחון במהלך תקופת הרצת הפיילוט את אופן עבודת הצוותים, איושם ואת מידת ההצלחה של הצוותים, כמו כן תאפשר מתן מענה בטווח הקצר לבעיה האקוטית בעוד שתיקוני חקיקה הם הליכים ארוכי טווח שלרוב נמשך זמן רב עד שמסתיימים.

### **חברי ועדת המשנה גיבשו הצעה למתווה כללי להפעלת הפיילוט שיהווה כמצע ראשוני.**

יומלץ כי בהמשך לוועדה זו יקום **צוות הפעלה** שיורכב מגורמי המקצוע הרלוונטיים שירכיבו ויהיו אחראים על צוותי ההתערבות לצד נציגי משרד המשפטים, לצורך בנייתו ויישומו בפועל לרבות תוכנית ההכשרה הנדרשת. בנוסף מוצע כי תקום **וועדת היגוי** היא תהווה מנגנון מובנה של קבלת החלטות שמורכב מנציגים בכירים רלוונטיים מהארגונים הממשלתיים והמגזר השלישי השותפים להפעלה. הוועדה תנסח נהלים מנחים להפעלת הפיילוט תלווה את הפעלת הפיילוט, תערוך מחקר ובקרה אחר הפיילוט ותגבש הצעה להטמיע את הפעלתו ככל הנדרש בחקיקה.

יובהר שלצד הקמת הפיילוט והטמעתו בחקיקה, יש לקדם דיון בתיקוני חקיקה נדרשים בחוק טיפול לחולי נפש, כך שתעוגן החובה למתן טיפולים ביתיים וטיפוליים שונים במצבי משבר נפשי, וכן יש להקים צוותי המשך לדון בתיקוני חקיקה הנוגעים לאנשים עם מוגבלויות בשלבים שונים של ההליך הפלילי, כפי שיובא בסוף פרק זה.

### 2. גיבוש מודל צוותי התערבות- נקודות מרכזיות שהתעוררו בהליך העבודה

במסגרת עבודת ועדת המשנה וגיבוש קווי היסוד של מודל צוותי התערבות, ומתוך ניסיון לענות על מספר שאלות מרכזיות, לרבות בנוגע להרכב צוותי ההתערבות ולשאלה באיזה מקרים יפעלו, נסקרו ונדונו מספר מודלים של צוותי התערבות.

ניתן בהכללה לחלק את המודלים לשניים:

האחד, מודל "שיטורי-טיפול" לפיו התערבות הצוות נועדה למקרים שבהם המשטרה היא הכתובת העיקרית והקריאה נעשית על רקע ביצוע עבירה פלילית לכאורה, ובעיקרם מוגדרים כ"מצבי חרום". צוותים אלו מאוישים על ידי שוטרים ייעודיים ואנשי מקצוע מוסמכים מתחום הטיפול באדם ומתופעלים דרך המוקד המשטרתי ותחת אחריות המשטרה בדומה למודל שהציג מר שון ראסל.

השני, המודל "טיפול עם גיבוי משטרת" יוצא מנקודת הנחה שהמפגש עם המשטרה נגרם לא פעם בשל חוסר במערכי טיפול או תמיכה נפשים או סוציאליים, במקרי קצה (אין הכוונה לטיפול שוטף באנשים במצבי אקוטים). ועל כן המענה לחלק גדול מהקריאות למשטרה צריך להיות לא שיטורי. הצוות מורכב בעיקר מאנשי טיפול ומתופעל דרך מוקד עצמאי תחת אחריות בינמשרדית רב מקצועית. ההתערבות במשבר נועדה בעיקר להתמודד עם מצבים של החמרה במצב האדם עם המוגבלות, למשל במצב הנפשי, שמלווה בהתנהגות שאינה מציבה סכנה ממשית גם אם ניתן לסווגה במקרים מסוימים כ"פלילית" (לדוגמא בו האדם עם המוגבלות או קרוביו קוראים לעזרה לנוכח התנהגות חריגה וסירוב האדם לשתף פעולה בטיפול). במקרים אלו, התערבות הצוות תציע מענה מסייע שאינו מערב גורמי אכיפה ומטרתו בעיקר מניעתית, קרי מניעת התדרדרות האירוע למצב בו נדרשת התערבות משטרתית, כאשר שילוב השוטר בצוות נעשה רק שיש הכרח.

יצוין כי בכוחם של שני המודלים להוביל להפחתת קרימינלזציה בקרב אנשים עם מוגבלויות הן באופן שבו יטויב המענה המשטרתית הרגיל באמצעות כלים מקצועיים אשר יובילו להפחתת בשימוש באמצעי כפייה, לפי המודל הראשון, או באופן המניעתי לפי המודל השני.

במהלך המפגשים מנינו היבטים שונים העולים מן המודלים השונים, אשר השפיעו על החלטת ועדת המשנה ביחס למודל המוצע.

במסגרת זו צוין מפי נציגת משרד הבריאות וחברי ועדת משנה נוספים, כי אף שיש קשר מובהק בין השניים, יש להבחין בין הצורך לחיזוק המענים הקיימים של בריאות הנפש לרבות על דרך הקמת צוותי התערבות טיפוליים או בדרך של עיגון החובה לקיומם של שירותי טיפול ביתיים או מרפאות חירום בקהילה (תהליכים שעליהם להיות מובילים על ידי משרד הבריאות), לבין הצורך לטפל בקשיים של התמודדות גורמי האכיפה מול אנשים עם מוגבלויות, שמהווה המנדט הנוכחי להקמת צוותי ההתערבות במשבר.

עם זאת עלה כי יש צורך בשיתוף רב מקצועי, הן של משרד הבריאות הרווחה והמשטרה, וזאת על מנת להציע מענה נכון והוליסטי למצבי המשבר, כפי שפורט בהצאתו של מר שון ראסל. להיבט זה יש גם משמעות ביחס למתן נגישות למידע רפואי וסוציאלי רלוונטי, וכן לשיתופי הפעולה הנדרשים בין המערכות הממשלתיות ומערכת בריאות הנפש על מנת למלא אחר כלל המטרות של צוותי ההתערבות ולוודא שאכן האדם יקבל את הטיפול הנדרש. קיומו של הצוות ושיתופי הפעולה האמורים מתחדדים נוכח המחסור הקיים בישראל, של שירותי בריאות הנפש.

עוד עלה, כי קיים קושי לאפיין מראש את סוגי אירועי המשבר בהם יטפל צוות ההתערבות, ולסווגם באופן דיכוטומי בין מעשים שהם לכאורה פליליים למעשים שאינם לכאורה פליליים וכאלו המציבים מסוכנות או לא, מה שמחייב שיתוף הפעולה בין כלל הגורמים. גורמי המשטרה הדגישו כי בכל קריאה על חשד להפרת סדר, הם מחויבים לפי חוק להגיע ולטפל בקריאה. כמו כן, גם לא ניתן לצפות מראש כיצד הסיטואציה עלולה להסלים, מה שעלול להציב את גורמי המקצוע בסכנה ללא כוח שיטורי זמין, כפי שהעיד מר ראזק חאלד, ממשרד הבריאות כשהציג את עבודת הפיילוט משנת 2005.

בהקשר זה הוסכם כי הטיפול במצבי המשבר בנסיבות מסוימות וכאשר נשקפת מסוכנות, יכול להצריך שימוש בסמכויות שנתונות במצב החוקי הקיים רק לשוטרים כמו כניסה למקום ללא הסכמה או שימוש בכוח במידת הצורך, והכל בכפוף לעילות והתנאים הקבועים בדין.

לצד האמור, עלה בוועדת משנה, כי לעיתים עצם הגעת השוטר למקום עלולה להחריף את תגובתו של האדם עם המוגבלות, ולהחמיר את מצבו. כמו כן, על מנת להפחית קרימינליזציה בקרב אנשים עם מוגבלויות ובדגש על מוגבלות נפשית, יש לצאת מתוך נקודת הנחה שהתנהגויות מסוימות - אף שיכולות להיות מסווגות כפליליות, כאשר נעשות בהקשר של המוגבלות, נכון יותר להתייחס אליהן באופן שונה ולהציע מענה מהתחום הטיפולי. החשש הוא שמעורבות המשטרה היא שתהפוך את האירוע לבעל גוון פלילי, למשל לנוכח ההנחיות וההוראות הקיימות על שוטר לטפל באירוע בכלים המשטרתיים, כמו עיכוב, וחקירה.

**בהמשך לדיונים שנערכו בוועדת המשנה, הוחלט כי נכון להציע מודל שהינו בבסיסו מודל שיטורי טיפולי תוך יצירת מנגנון משולב רב מקצועי, שיתן מענה להיבטים שהועלו לעיל. יוצע להלן המודל של צוותי ההתערבות תוך מתן מספר אפשרויות.**