

תמיכה במשפחות שיקיריהן נפטרו ממחלות סופניות

מוגש לחבר הכנסת יעקב מרגי

1. מבוא

מטרת מסמך זה הינה לסקור את המצב המשפטי הנוגע לתגמולים להם זכאיות משפחות שיקיריהן נפטרו ממחלות סופניות, תוך השוואתם לתגמוליהן של משפחות שיקיריהן נפטרו מסיבות שונות, כדוגמת תאונות דרכים, אובדנות או עבירות המתה. בהתאם לסקירה זו, נמליץ על הצעות אופרטיביות להסדרת תגמוליהן של משפחות שיקיריהן נפטרו ממחלות סופניות בחוק, והטמעתם במערך הקליני הקיים.

עיקרי הדברים

1. אלפי אזרחים נפטרים בישראל כתוצאה ממחלות קשות, כשהבולטות שבהן הינן מחלת הסרטן, שבץ מוחי ומחלות לב.
2. אין כיום תמיכה ממשלתית במשפחות שיקיריהן נפטרו ממחלות סופניות. המשפחות זכאיות להשתתפות בדמי קבורה מהמוסד לביטוח לאומי, בדומה לכלל האזרחים במדינה.
3. לעומת זאת, ישנה תמיכה ממשלתית במשפחות שיקיריהן נפטרו עקב תאונות דרכים, עבירות המתה ואובדנות. התגמולים אותם מקבלות המשפחות משתנים בין עילת-מוות אחת לשנייה כתלות בצרכיהן המיוחדים של המשפחות לאור סיבת המוות. כך, למשל, מופעל מערך סיוע פסיכולוגי עבור בני משפחותיהם של הרוגים בתאונות דרכים.
4. ישנם מספר קשיים נורמטיביים במתן תמיכה למשפחות של נפטרים ממחלות סופניות, כגון קושי כלכלי, קושי בתחילת גיל הנפטר המזכה בתגמולים וקושי בהגדרת "מחלות סופניות".
5. ישנן שלוש הצדקות מרכזיות לתמיכה במשפחות של נפטרים ממחלות סופניות: הצדקה מוסרית, הצדקה כלכלית וצורך פסיכולוגי של משפחות הנפטרים.
6. לא נמצאו מדינות המעניקות תגמולים למשפחות שיקיריהן נפטרו ממחלות סופניות. בנוסף, לא נמצאה הגדרה אחידה ל"מחלה סופנית" בקרב המדינות השונות. לאור הקושי הנורמטיבי בהגדרת מחלה כ"סופנית", כל מדינה נוקטת בקו ערכי אחר בהתאם לערכיה.
7. אנו ממליצים על מתן תמיכה פסיכולוגית ממשלתית למשפחות שיקיריהן נפטרו ממחלות סופניות, לרבות טיפול אישי ומשפחתי במרכזי סיוע אזוריים על ידי פסיכולוגים ועובדים סוציאליים. טרם עיגון התמיכה הממשלתית בחקיקה ראשית, נמליץ על הרצת "פיילוט", תוך שימוש במרכזי הסיוע הקיימים עבור משפחות הרוגים בתאונות דרכים. עיגון התמיכה בחוק ייעשה דרך תיקון חוק נפגעי תאונות דרכים (סיוע לבני משפחה) או על ידי חקיקת חוק נפרד. הגדרת "מחלה סופנית" תהיה זהה להגדרה הנהוגה בחוק החולה הנוטה למות.
8. יודגש, שהמסמך עוסק בתמיכה פסיכולוגית עבור בני המשפחות. נמליץ על ביצוע מחקר נפרד בנושא תמיכה כלכלית.

2. סקירה סטטיסטית - סיבות מוות בישראל

2.א. אחוזי התמותה בישראל כתוצאה ממחלות

עקב קושי נורמטיבי בקביעת הגדרה כוללת (משפטית וחברתית) למונח "מחלה סופנית", ולשם איתור המחלות הסופניות "הקטלניות" ביותר, נבחנה התפלגות סיבות המוות בגין מחלות בישראל בשנת 2011.¹ כפי שמוצג בטבלה, גורמי התמותה העיקריים בישראל כתוצאה ממחלות הם מחלות הסרטן ומחלות לב. אחריהן נמצאים כגורמי תמותה משניים יותר – שבץ מוחי, מחלות מערכת הנשימה וסוכרת, כך שחמש סיבות המוות לעיל מהוות כמחצית מכלל הפטריות בישראל כתוצאה ממחלות. נתונים דומים אף התקבלו מנתוני הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה ומשרד הבריאות לשנת 2012² ו-2013.³

טבלה 1: התפלגות סיבות המוות בישראל, 2011

סיבות המוות	מספר פטריות	אחוז מתוך הסה"כ
כל השאות הממאירות (סרטן)	10,288	25.3
מחלות לב	6,558	16.1
מחלות כלי הדם שבמוח (שבץ מוחי)	2,442	6.0
מחלות מערכת הנשימה	2,240	5.5
סוכרת	2,190	5.4
מחלות זיהומיות	1,998	4.9
כל הסיבות החיצוניות	1,919	4.7
מחלות כליה	1,622	4.0
דלקת ריאות	889	2.2
יתר לחץ דם	875	2.2
כל שאר המחלות	9,647	23.7
סה"כ	40,668	100

¹ הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה "הודעה לעיתונות" סיבות מוות בישראל, 2011, בעמ' 4.
² מדינת ישראל - משרד הבריאות - אגף המידע - סיבות מוות מובילות בישראל בשנים 2000 - 2012, בעמ' 8 (להלן - סיבות מוות מובילות) www.health.gov.il/PublicationsFiles/Leading_Causes_2012.pdf.
³ הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה "פטריות ושיעורי תמותה, לפי סיבה וקבוצת אוכלוסיה" לוח 3.30, בעמ' 1. www.cbs.gov.il/shnaton66/st03_30x.pdf.

ב.2. תמותה בישראל כתוצאה מתאונות דרכים, עבירות המתה ואובדנות

לפי הלשכה הלאומית לסטטיסטיקה, בשנים 2007-2011 נפטרו בממוצע כ-407 אנשים בשנה כתוצאה מתאונות דרכים.⁴ סיבת מוות דומיננטית נוספת בישראל הינה פטירה עקב עבירות המתה (רצח והריגה), כשבשנים 2007-2011 נהרגו בממוצע כ-140 אנשים בשנה.⁵ להשלמת הניתוח, לפי נתוני הלשכה הלאומית לסטטיסטיקה, בשנים 2007-2011 התאבדו בישראל בממוצע 393 אנשים בשנה.⁶

ג.2. מקרי המוות בישראל בגין מחלות בקרב ילדים ונוער

נבחן את המחלות העיקריות הגורמות לתמותת ילדים ונוער עד גיל 25, שהינם אוכלוסיית היעד במסמך זה. ממחקר שנערך בין השנים 2000-2012 עולה, כי גורמי המוות העיקריים בקרב ילדים עד גיל 14 הינם מחלת הסרטן, תאונות שונות ומומים מולדים. כך, בשנת 2009 19.5% מכלל מקרי המוות בקרב ילדים עד גיל 14 היו עקב מחלת הסרטן, 16.5% מכלל מקרי המוות בילדים התרחשו עקב תאונות שונות (כגון נפילה מגובה, תאונות דרכים וכיוצ"ב), ו-7.3% התרחשו עקב מומים מולדים שונים. אף בקרב נוער בין הגילאים 14-25 הגורם העיקרי לתמותה הינו מחלת הסרטן. מחלת הסרטן ומחלות לב שונות אף הן עלו בנתוני הלשכה הלאומית לסטטיסטיקה לשנת 2013 כגורמי המוות העיקריים אצל ילדים ונוער (סרטן מהווה 25.9% מכלל גורמי המוות עקב מחלה ומחלות לב מהוות כ-10% מגורמי המוות בקרב ילדים).⁷ יצוין, כי גורמי מוות נוספים שאינם מחלה הינם אובדנות ועבירות המתה (כגון רצח).⁸

3. תוכניות התמיכה והסיוע הקיימות כיום

כיום ישנה הכרה ותמיכה ממשלתית במשפחות שיקריהן נפטרו משלושה גורמים עיקריים – תאונות דרכים, עבירות המתה ואובדנות. התמיכה והתגמולים אותם מקבלות המשפחות דרך משרד הרווחה והשירותים החברתיים באמצעות השירות לרווחת הפרט והמשפחה, משתנות בין עילת-מוות אחת לשנייה כתלות בצרכיהן המיוחדים של המשפחות לאור סיבת המוות. הרציונל שעומד בבסיס התמיכה במשפחות שכולות שאיבדו את יקיריהן עקב תאונות דרכים⁹ או עבירות

⁴ הלשכה הלאומית לסטטיסטיקה, תחום בריאות ותנועה טבעית, **עיבוד מיוחד של נתונים על סיבות תמותה בישראל בשנים 2007-2011**, הוכן לבקשת מרכז המחקר והמידע של הכנסת, 18 ביוני 2014.

⁵ שם.

⁶ שם.

⁷ הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, **"פטירות ושיעורי תמותה לפי סיבה מין וגיל"**, לוח 3.13 www.cbs.gov.il/shnat06/st03_31x.pdf; וראו גם "פורסם דוח 'סיבות מוות מובילות בישראל 2009-2000' מדינת ישראל - משרד הבריאות - 03/07/2012".

www.health.gov.il/NewsAndEvents/SpokesmanMessages/Pages/03072012_1.aspx.

⁸ סיבות מוות מובילות, לעיל ה"ש 2 בעמ' 11.

⁹ אתר הכנסת - רשומות - "הצעות חוק סיוע לנפגעי תאונות דרכים ולבני משפחתם, התשס"א-2000" www.knesset.gov.il/Laws/Data/BillAllOld/2952/2952_All.html.

המתה¹⁰ הינו אופיו הפתאומי של המוות. מוות פתאומי זה נתפש כטראומטי יותר ממוות לאחר תקופה ממושכת של מצב בריאותי קשה ובנסיבות שאינן ביטחוניות, צבאיות או פגיעה מפעולות איבה. להבנתנו, רציונל זה מתאים גם במקרים של מוות כתוצאה ממעשה אובדנות.

3.א. הסיוע שניתן למשפחות שיקיריהן נפטרו בתאונות דרכים¹¹

הוקם **מרכז סיוע ארצי** לקרובי משפחה¹² שאיבדו את יקיריהן בתאונות דרכים, המנוהל על ידי מפקח ארצי. **מטרות** המרכז הן: 1. קביעת מדיניות הסיוע; 2. תיאום וריכוז של הטיפול והסיוע למשפחות שניתנים על ידי גופים ממשלתיים שונים – משרדי הממשלה, המוסד לביטוח לאומי, המשטרה והמחלקות לשירותים חברתיים ברשויות המקומיות, ועל ידי גופים פרטיים. **המרכז פועל בשני מישורים**: ראשית, המרכז מפעיל מערך מקצועי של הודעות למשפחות השכולות, המכונות "הודעות מרות". שנית, המרכז אחראי על-פיתוח מענה טיפולי מקיף למשפחות השכולות. **המענה הטיפולי** למשפחות השכולות שגובש על ידי המרכז הארצי, מיושם בארבעה מרכזי סיוע אזוריים הממוקמים בתחנות לטיפול משפחתי בערים באר שבע, תל אביב, כרמיאל ומשגב. מרכזי הסיוע האזוריים מפעילים את השירותים הבאים בסבסוד מלא:¹³

- סיוע למחלקות לשירותים חברתיים ברשויות המקומיות בליווי בני-המשפחה;
- הפעלת מערך מתנדבים לסיוע לבני-המשפחה;
- ייזום קבוצות תמיכה, שמפעילה עמותת "יד הנקטפים" לפי מכרז, במרכזי הסיוע האזוריים וברשויות המקומיות (לפי דרישה).
- מתן טיפול אישי ומשפחתי במרכזי הסיוע האזוריים, באמצעות עובדים סוציאליים המוכשרים לטיפול בשכול.
- מתן מידע לבני-משפחות של נפגעי תאונות דרכים בדבר זכויותיהם ודרכי מימושן.
- הכנת מאגר נתונים על הנפגעים ובני-משפחותיהם ועריכת סקרים לבירור צורכיהם.
- הכשרה והדרכה של העובדים המשולבים במימוש החוק: נציגי הרשויות, חברי צוותי ההודעה למשפחות, מתנדבים ובני/בנות שירות לאומי.

מנתונים חלקיים על אודות **כמות המשתתפים** מקרב משפחות של נפטרים כתוצאה מתאונות דרכים בתוכניות המרכז הארצי בין השנים 2010-2013, עולה, כי ישנה עלייה מתמדת בכמות המשפחות שפנו לבקשת סיוע, במספר המשתתפים בטיפולים משפחתיים זוגיים (מ-20 מטופלים בשנת 2011 ל-28 בשנת 2013) ובקבוצות התמיכה שנפתחו.

¹⁰ סיוע לנפגעי עבירות המתה - תוכנית סנ"ה, האגף לסיוע משפטי **אתר משרד המשפטים**
www.justice.gov.il/Units/SiuaMishpaty/subjects1/NosimBetipulenu/Pages/VictimsOfCrimesDead.asp

¹¹ להרחבה ראו "מתן תמיכה וסיוע נפשי למשפחות שבהן נפטר ילד ממחלה" **הכנסת - מרכז המחקר והמידע** בעמ' 16-10. (להלן: דף המחקר).

¹² המוגדרים בס' 1 לחוק נפגעי תאונות דרכים (סיוע לבני משפחה) התשס"ב-2002 כ"בן זוג, ילד, הורה, אח, אחות, או בן משפחה אחר שהיה תלוי בנפגע תאונת דרכים".
¹³ דף המחקר, לעיל ה"ש 10, בעמ' 15.

יצוין, כי "בן משפחה" מוגדר בס' 1 לחוק כאגד של בני זוג ושאר-דם קרובים בתוספת "הגדרת סל" לתלוי בנפגע תאונת הדרכים ("בן זוג, ילד, הורה, אח, אחות, או בן משפחה אחר שהיה תלוי בנפגע תאונת דרכים"). החוק אינו תוחם את גיל הנפטר עבור הזכאות לתגמולים.

תקציב הפרויקט עומד על 3.2 מיליון ₪, ומועבר מהרשות הלאומית לבטיחות בדרכים למשרד הרווחה השירותים החברתיים. חציו של הסכום מועבר למשטרת ישראל למימון יחידות "ההודעה המרה" ויתרת הסכום מועברת למימון מרכזי הסיוע האזוריים לשם הפעלת קבוצות תמיכה, מימון והכשרת העובדים בשירותי התמיכה והסיוע, והפקת טקס זיכרון שנתי להרוגים בתאונות דרכים.¹⁴

3.3. תגמוליהן של משפחות שיקריהן נפטרו מעבירות המתה (רצח והריגה)

במסגרת תוכנית "סנ"ה"

בשנת 2010 הוקמה תוכנית סנ"ה - תוכנית סיוע לנפגעי עבירות המתה (רצח והריגה), בהובלת משרד הרווחה והשירותים החברתיים ובשיתוף עם משרד המשפטים והמשרד לביטחון פנים. את התוכנית מפעיל השירות לרווחת הפרט והמשפחה במשרד הרווחה, והוא אף מפקח עליה באמצעות חמישה מרכזי סיוע אזוריים.

נפגעי עבירות המתה מוגדרים כמי שנפגע במישרין מעבירה פלילית. בן משפחה מוגדר לפי חוק זכויות נפגעי עבירה¹⁵ כ-"בן זוג, הורה או בן זוג של הורה, בן או בת, אח או אחות". בהעדרם, זכאי לכך אפוטרופוס של הנפטר.¹⁶

להלן מרכיבי התוכנית:¹⁷

- **צוותי הודעה מרה.**
- לאחר קרות המוות מתכנסת **ועדת זכאות** (המורכבת מנציג בכיר ממשרד הרווחה, נציג בכיר ממשטרת ישראל ויו"ר משפטן הכשיר להיות שופט), שבוחנת את זכאותם של בני משפחת הנפטר לקבלת סיוע, כשהקריטריון העיקרי הוא שהמוות לא התרחש בשל מעורבות בפלילים. לאחר הבדיקה מופנים פרטיה של המשפחה למרכזי הסיוע, בהתאם למקום בו מתגוררת המשפחה ו/או המקום בו ארע מקרה הרצח.
- לאחר קבלת זכאות ניתן **סל שירותים מידי** למילוי צרכים חיוניים של המשפחות הנפגעות מיד לאחר קרות האירוע הכולל סיוע כספי של עד 5,000 ש"ח למשפחה להוצאות ראשוניות ומידיות, ובין היתר הסעות אבלים, הוצאות קבורה, הוצאות ימי האבל והוצאות רפואיות חריגות ודחופות.

¹⁴ דף המחקר, לעיל ה"ש 10 בעמ' 17.

¹⁵ ס' 2 לחוק זכויות נפגעי עבירה, התשס"א-2001.

¹⁶ משרד המשפטים - סיוע לנפגעי עבירות המתה - תוכנית סנ"ה

¹⁷ <http://www.justice.gov.il/Units/SiuaMishpaty/subjects1/NosimBetipulenu/Pages/VictimsOfCrimesDead.aspx>

סיוע למשפחות נפגעי המתה - משרד הרווחה והשירותים החברתיים, חוזר מנכ"ל מיוחד מס' 20, 2010.

- **שירותי טיפול ותמיכה נפשיים** ניתנים בחמישה מרכזי סיוע אזוריים (באר שבע, ירושלים, תל אביב, חיפה וכפר כנא), בהם נקבעת התוכנית הטיפולית לכל משפחה והרכב הטיפולים שיינתנו לה. המרכזים מפנים את בני המשפחה לטיפולים פרטניים-אישיים או לקבוצות תמיכה – שירותים שמעניקים גורמים פרטיים שהמשרד התקשר עמם לעניין זה. לאחר מיצוי סל הסיוע ועל-פי הצרכים, המשפחה מופנית להמשך טיפול במחלקות לשירותים חברתיים ברשויות המקומיות ואפשר להמשיך את הסיוע לה באמצעות קבוצות התמיכה.
- **סיוע וליווי משפטי** בהליכים פליליים ואזרחיים ניתנים על-ידי האגף לסיוע משפטי במשרד המשפטים, לפי זכאות, למשך שנתיים.

מניתוח פעילות המשפחות במרכזים אלה עולה, כי מספר המשפחות שקיבלו ליווי או טיפול נפשי עולה בכל שנה, כמו גם מספר קבוצות התמיכה הנפתחות לעניין זה. התקציב המשווער לתוכנית זו, עומד על 18.5 מיליון ₪ בשנה, והוא מתוקצב על ידי משרד הרווחה והשירותים החברתיים.¹⁸

3.ג. הסיוע הניתן למשפחות שיקירהן נפטרו כתוצאה מאובדנות

בישראל לא מיושמת כיום תוכנית לאומית מערכתית וכוללת לסיוע למשפחות של מתאבד, אלא רק תוכנית ניסיונית שמפעיל משרד הרווחה והשירותים החברתיים בשיתוף משרדי ממשלה, עמותת 'בשביל החיים' וגורמים נוספים.¹⁹ כחלק מתוכנית לאומית למניעת אובדנות. במסגרת זאת, במהלך השנים 2010-2012 הופעלה תוכנית "פיילוט" באזור העיר חיפה, שתוקצבה בכחצי מיליון ₪ לשנה, ובה השתתפו בממוצע כ-70 בני משפחה של מתאבדים והופעלו בין 3-5 קבוצות תמיכה בהן השתתפו בין 40-70 משתתפים בכל שנה.²⁰ התוכנית הלאומית החלה את פעילותה לפני זמן מועט, ולפיכך עדיין בחיתוליה. כעולה ממחקר בנושא, התוכנית מתוקצבת בכ-1.5 מיליון ₪ ותקציבה המיועד לשנת 2016 הינו 3 מיליון ₪.

3.ד. סיכום ביניים – תגמוליהן של משפחות הרוגי תאונות דרכים, אובדנות

ועבירות המתה

משרד הרווחה בשיתוף עם המשרדים השונים (בהתאם להקשר), מפעיל מרכזי תמיכה בו עובדים אנשי מקצוע לשם מתן תמיכה במשפחותיהם של נפטרים מסיבות שונות. המכנה המשותף בין התגמולים המוצעים שהוצגו לעיל הינו **קבוצות תמיכה וטיפול פסיכולוגי משפחתי או יחידני**. יצוין, כי לאור האופי הפתאומי של סיבת המוות, חלק נכבד מהתקציב המוקדש לתמיכה במשפחות, מושקע ב"**צוותי הודעה מרה**", שתפקידם יידוע המשפחה בנסיבות המוות ותמיכה בהם בסמוך לזמן הפטירה. לכל תכנית יש מאפיינים ייחודיים בהתאם לאופי המוות. כך, למשל,

¹⁸ דף מידע, לעיל ה"ש 10, בעמ' 19.

¹⁹ שירותי טיפול ותמיכה במשפחות שיקירהן התאבדו **כנסת - מרכז המחקר והמידע** בעמ' 9.
www.knesset.gov.il/mmm/data/pdf/m02397.pdf

²⁰ דף מחקר, לעיל ה"ש 10, בעמ' 25.

נפגעי עבירות המתה, כחלק מהיותם קרבנות לעבירה פלילית, זכאים למענק כספי חד פעמי של עד 5,000 ₪ לשם סיוע בהוצאות האבל הראשוניות, כגון: הסעות להלוויה, הקמת סוכת אבלים ועוד.

4. משפחות שיקיריהן נפטרו ממחלות סופניות - המצב המשפטי הקיים

4.א. תמיכה ממשלתית

אין בישראל חוק או תקנת משנה המסדירים את התמיכה הממשלתית בבני משפחותיהם של נפטרים ממחלה סופנית.

יצוין, כי משפחות אזרחים שנפטרו ממחלות סופניות זכאיות לדמי קבורה מביטוח לאומי,²¹ ככל שאר האזרחים בישראל.

4.ב. תמיכה פרטית – מרכזי האגודה למלחמה בסרטן

מרכזי התמיכה 'חזקים ביחד' של האגודה למלחמה בסרטן ברחבי הארץ מציעים תמיכה רגשית וחברתית לחולים ומחלימים ובני משפחותיהם במאבק בסרטן. הפעילויות כוללות: קבוצות תמיכה והעצמה לחולים ולבני המשפחה, סדנאות בתחומי אמנות, טבע, תזונה, אימון אישי (קואצינג), פעילות גופנית כגון יוגה, פלדנקרייז, צי קונג ופילאטיס, הרצאות ומפגשים. עם זאת, גם במישור הפרטי לא קיימת פעילות כזו למשפחות הנפטרים.²²

4.ג. ההגדרה החוקית למחלות "סופניות"

לבחינת הגדרת סוגי מחלות כ"סופניות" בחקיקה הישראלית נבחנו חוק הביטוח הלאומי ותקנותיו, אך לא נמצאה הגדרה ל"מחלות סופניות". עם זאת, ת' 19(א) לתקנות הביטוח הלאומי מסמיכה את שר הבריאות לקבוע רשימת "מחלות קשות" לשם תקצוב השירותים הרפואיים הניתנים בעבורם.

כמו כן, נבדק חוק החולה הנוטה למות.²³ חוק זה אינו מספק רשימה של מחלות סופניות, אך מגדיר בס' 8(א) כי חולה הנוטה למות הוא חולה שסובל ממחלה חשוכת מרפא שתוחלת חייו לרבות טיפול אינה עולה על חצי שנה.²⁴

²¹ דמי קבורה - מי זכאי לדמי קבורה, אתר המוסד לביטוח לאומי

www.btl.gov.il/benefits/dmaykvura/Pages/zacautKvura.aspx.

²² קבוצות ומרכזי תמיכה לחולי סרטן, מחלימים ובני משפחתם, אתר האגודה למלחמה בסרטן

www.cancer.org.il/template/default.aspx?PageId=6405.

²³ חוק החולה הנוטה למות, התשס"ה - 2006

²⁴ שם, בס' 8(א) - "רופא אחראי מוסמך לקבוע כי מטופל הוא חולה הנוטה למות, אם נוכח כי המטופל סובל מבעיה רפואית חשוכת מרפא ותוחלת חייו, אף אם יינתן לו טיפול רפואי, אינה עולה על שישה חודשים".

משרד הבריאות גיבש רשימת "מחלות קשות" לצורך תמיכה ממשלתית עוד בזמן חיי-החולה. הרשימה כוללת אי-ספיקת כליות כרונית, איידס, תלסמיה דממת וגושה.²⁵

מכל האמור עולה, כי אין כיום במישור החקיקתי רשימה של מחלות "סופניות" (קרי, המובילות למוות ודאי). אולם, קיימת הגדרה של "מחלה סופנית" אגב הגדרת "חולה סופני" בחוק החולה הנוטה למות. ייתכן, כי הדבר נובע מחוסר רצונו של המחוקק "להבדיל בין דם לדם" או מתוך מטרה לשמור על גמישות חקיקתית בנושא.

4.4. הצעת חוק שהוגשה

בשנת 2013 הוגשה הצעת חוק להענקת סיוע מיוחד ונפשי לבן משפחה של אדם הסובל מנכות של 30% ומעלה שנבעה כתוצאה מהלם קרב.²⁶ בני המשפחה הוגדרו כ"אשה, ילד או הורה". הרציונל של החוק, כפי שעולה מדברי ההסבר, הוא שרואים בבני המשפחה כמי ש"סופגים" את תוצאות הטראומה שנובעות מהמחלה. הסבר נוסף הוא שהמסגרת המשפחתית נפגעה באופן ישיר ומשמעותי. הצעת תיקון החוק לא התקבלה, אך אין בידינו מידע על אודות סיבת דחייתה.

5. משפט משווה

במסגרת המחקר לא נמצאו מדינות המעניקות הטבות למשפחות שיקריהן נפטרו ממחלות סופניות.²⁷ אף במישור הגדרת מחלות סופניות, לא נמצאה הגדרה ישירה למחלות סופניות. לכן, נעשתה אנלוגיה ממדינות שבהן יש אפשרות חוקית לביצוע המתת חסד, כיון שלצורך המתות חסד ישנה הגדרה בחוק למחלות סופניות.

5.A. אנגליה

ס' 82 ל-Welfare Reform Act 2012 (WRA) קובע, שאדם מוגדר "חולה סופני" אם בזמן נתון:

- הוא חולה במחלה שהולכת ומחמירה ("progressive disease").
- יש צפיות סבירה שהמחלה תביא למותו בתוך שישה חודשים.

בנוסף, לפי החוק הבריטי, החולה מקבל תמיכה בזמן המחלה, אך אין תמיכה במשפחה לאחר המוות מעבר לתמיכה רגילה שהממשלה נותנת למי ששכל בן זוג.²⁸

²⁵ רישום ובקרה של מחלות קשות, מדינת ישראל - משרד הבריאות
www.health.gov.il/UnitsOffice/ICDC/disease_Registries/Pages/Registration_Control_diseases.aspx

²⁶ הצעת חוק הנכים (תגמולים ושיקום) (תיקון- סיוע לבן משפחה של נכה הסובל מהלם קרב), התשע"ג-2013, ה"ח 8719.

²⁷ דף מחקר, לעיל ה"ש 10, בעמ' 24
²⁸ <http://www.legislation.gov.uk/ukpga/2012/5/section/82>

ב.5. אוסטרליה

ס' 3 ל-Natural Death Act 1983 מגדיר מחלה סופנית. החוק (ממדינת דרום-אוסטרליה שהיא חלק מאוסטרליה) עוסק בהפסקת טיפול בחולים סופניים לבקשתם. מחלה סופנית מוגדרת כ"כל מחלה, פציעה או התדרדרות במצבו הפיזי או הנפשי של אדם" שמקיימת שני תנאים מצטברים: א. ייגרם מוות מידי אלא אם יינקטו אמצעים בלתי-רגילים. ב. לא קיים סיכוי סביר להתאוששות קבועה או זמנית אפילו אם ינקטו באמצעים בלתי-רגילים.²⁹

ג.5. ארצות-הברית

במדינות רבות בארצות-הברית ישנם חוקים המאפשרים המתת חסד. ההגדרה בס' 9 ל-Natural Death Act 2014 של מדינת וושינגטון היא "מצב (רפואי) בלתי ניתן לריפוי או לתיקון שנגרם שתוצאה ממחלה או פציעה, שעל-פי שיקול דעת רפואי סביר יגרום למוות תוך זמן סביר בהתאם לסטנדרטים הרפואיים המקובלים או שטיפול רפואי יוכל לכל היותר להאריך את תהליך המיתה כתוצאה מהמצב (הרפואי)".³⁰ הגדרה שונה אומצה בס' 12 ל-Death with Dignity Act 1994 ובסעיף מקביל בחוק במדינת ורמונט. שם "מחלה סופנית" הוגדרה כ"מחלה שאינה ניתנת לריפוי, שמוכרת מבחינה רפואית ושלפי אבחון רפואי סביר תוביל למוות בתוך שישה חודשים".³¹ הגדרה זו דומה להגדרה בחוק החולה הנוטה למוות בישראל.

ד.5. הולנד

חוק המתות החסד ההולנדי Termination of Life on Request and Assisted Suicide (Review Procedures) Act קובע קריטריונים שמאפשרים לרופאים הגנה מאחריות פלילית במקרה של המתת חסד. אחד הקריטריונים שנמצא בס' 2(1)(b) קובע ש"הרופא סבר שהסבל של המטופל היה מתמשך ובלתי נסבל". חוברת הסברה של ממשלת הולנד מבהירה ש"סבל מתמשך ובלתי נסבל" הוא "סבל שאינו יכול להשתפר על-פי האבחון הרפואי המקובל". עוד מוסיפים שם שעל המטופל והרופא מוטל לדון בכל טיפול אפשרי. כל עוד ישנו טיפול שיכול לשפר את מצבו של החולה, הסבל יכול להשתפר.³²

²⁹ Natural Death Act, 1983, No. 121 of 1983, South Australia

³⁰ WA Rev Code § 70.122.020 (2014)

³¹ ORS 127.800-995 (2013)

³² http://www.patientsrightscouncil.org/site/wp-content/uploads/2012/03/Netherlands_Ministry_of_Justice_FAQ_Euthanasia_2010.pdf

5.ה. סיכום

לסיכום, ישנן הגדרות שונות ולא אחידות בנוגע להגדרת מחלה כ"סופנית". ההגדרה המרחיבה ביותר נמצאת בהולנד, שם מחלה לא חייבת להוביל למוות כדי שתוגדר כסופנית, אלא די שגורמת **סבל בלתי נסבל שאינו ניתן לשיפור בשום אופן**. ההגדרה הצרה ביותר נמצאת בחוק הדרום-אוסטרלי שנוסף על כך שעל הטיפול להיות חסר סיכוי, הוסיף תנאי שקובע שעל המטופל להיות **בסכנת חיים מידית**. החוקים באנגליה ובארצות-הברית נמצאים באמצע בין שתי ההגדרות הנ"ל. ניתן להסיק, כי לאור הקושי הנורמטיבי בהגדרת מחלה כ"סופנית" (על השלכותיה השונות לעניין המתות חסד ובעניינו – קביעת זכאות לתמלוגי משפחות הנפטרים), כל מדינה נוקטת בקו "ערכי" אחר בהתאם לערכיה, ולא לפי קריטריונים רפואיים אחידים.

6. ניתוח נורמטיבי

6.א. הצדקות לתמיכה ממשלתית במשפחות נפגעי תאונות דרכים, עבירות

המתה ואובדנות בלבד

ישנם שלושה רציונלים עיקריים לתמיכה הממשלתית במשפחותיהם של נפגעי תאונות דרכים, עבירות המתה ואובדנות:³³

- 1. תמיכה ממשלתית אגב פעילות מניעה מצד המדינה** – לפי הנתונים שפורטו לעיל, מדובר בשלושה גורמי מוות משמעותיים בחברה, ועל כן הוחלט על מניעת התופעות באופן רחב. במסגרת החלטה זו, ולצד פעילות המניעה, הוקמו מנגנוני טיפול במשפחות הנפטרים. עם זאת, מחלת הסרטן אף היא גורם מוות עיקרי ומשמעותי במבוגרים ובילדים ונוער, כאמור. אולם, זו לא הוגדרה על ידי המדינה באופן רשמי כיעד למניעה.
- 2. טיעון מוסרי – "אחריות" המדינה** – על המדינה מוטלת האחריות לשמירה על ביטחון תושביה ואזרחיה. כישלונה של המדינה באי-מניעת סיבת המוות מולידה "אחריות מוסרית" לתמיכה במשפחות הנפגעים. הצדקה זו תקפה בעיקר בנוגע לתוכנית הסיוע לנפגעי עבירות המתה ותאונות דרכים.
- 3. מידת "הטראומה הפסיכולוגית" הדורשת טיפול מיוחד** – שלוש סיבות המוות מאופיינות כפתאומיות וכבעלות "פוטנציאל טראומתי" גבוה – דבר המצריך תמיכה מקצועית מיוחדת. כך גם עלה בדברי ההסבר לחוק נפגעי תאונות דרכים (סיוע לבני משפחה).³⁴ עם זאת, נציין, כי ישנן מחלות סופניות המובילות למוות פתאומי – חלקן כתוצאה מאבחון מאוחר וחלקן עקב הידרדרות רפואית מהירה.

³³ דף מחקר, לעיל ה"ש 10, בעמ' 30.

³⁴ אתר הכנסת - רשומות - "הצעות חוק סיוע לנפגעי תאונות דרכים ולבני משפחתם, התשס"א-2000" www.knesset.gov.il/Laws/Data/BillAllOld/2952/2952_All.html

3.6. קשיים נורמטיביים בתמיכה במשפחותיהם של נפטרים ממחלות סופניות

תמיכה במשפחותיהם של נפטרים ממחלות סופניות מעלה מספר קשיים נורמטיביים:

1. **שלושת הרציונלים המוזכרים בסעיף 6.א. לעיל אינם עולים בקנה אחד עם הצדקת התמיכה במשפחות של נפטרים ממחלות סופניות** – ככלל אין למדינה יכולת למנוע תחלואה במחלות סופניות; הטראומה הפסיכולוגית לבני המשפחה של הנפטר היא לרוב "מרוככת" כיוון שמחלות סופניות מאופיינות בהליך הידרדרות רפואית הדרגתית (יודגש, כי אין אנו מפחיתים מהכאב והסבל אותם חוות משפחות הנפטרים); והלכה למעשה מחלות סופניות אינן מוגדרות כ"פרויקט לאומי".
2. **קושי כלכלי** – התקציב לתוכנית מיועד להילקח מתקציב משרד הבריאות, וכפועל יוצא עלול לפגוע בתקצוב פעילויותיו האחרות, בין היתר, במימון סל התרופות מצילות החיים.
3. **קושי בתחימת גיל הנפטר** – במסגרת הגדרת זהותו של הנפטר ממחלה סופנית יש לשים לב לגיל בו נפטר. זאת כיוון שהטראומה הפסיכולוגית שבני משפחתו של קשיש שנפטר כתוצאה ממחלה סופנית, שונה מהותית מהטראומה הפסיכולוגית אותה חווים בני משפחתו של קרוב משפחה שנפטר בגיל צעיר. כתוצאה, יש לשקול "תחימה" של גיל מקסימלי בנוגע לזכאות בני משפחתו של הנפטר לסיוע. עם זאת, "תחימה" זו בעייתית לאור הקושי לקבוע רף עליון לגיל הפטירה, שמעליו הטראומה הפסיכולוגית לכאורה פחותה. בנוסף, באם יוחלט שאין להגדיר גיל פטירה מקסימלי, אזי ייתכן מצב בו קרובי משפחה של קשישים שנפטרו ממחלות סופניות, יבקשו לקבל תמיכה מהמדינה, דבר שעומד בניגוד לתכלית ההצעה דנן, כפי שתפורט בהמשך, ומטיל קושי כלכלי על המדינה.
4. **קושי בהגדרת מחלות סופניות** – המחוקק נדרש "להבדיל בין דם לדם", ובדומה לקביעת הרכב "סל התרופות", להכריע אילו מהמחלות הקשות אינן "מזכות" את קרובי המשפחה לסיוע לאחר קרות המוות. כמו כן, ישנו קושי נורמטיבי בעצם הגדרת "מחלה סופנית".

ג.6. רציונלים לתמיכה ממשלתית במשפחות שיקריהן נפטרו ממחלות סופניות

להלן רציונלים התומכים במתן תמיכה ממשלתית למשפחות שיקריהן נפטרו ממחלות סופניות:

1. **תכלית כלכלית** – תמיכה במשפחות הנפטרים ממחלות סופניות יכולה להועיל מבחינה כלכלית, מכיוון שמסייעת לבוגרים להימנע מהיפלטות משוק העבודה. בנוסף, במסגרת יכולתה לסייע ולהקל על קשיים פסיכולוגיים, הרי ילדים ונוער יוכלו להסתייע בה לחזור למסלול חיים תקין, להשתלב בעתיד בשוק העבודה ולמנוע מקרים של נשירה מהלימודים, התמכרויות שונות ותופעות שליליות נוספות.
2. **מתן מענה לצורך הפסיכולוגי של המשפחות** – למותו של אדם ממחלה סופנית השפעות פסיכולוגיות על קרובי משפחתו. אמנם הועלתה לעיל הטענה, לפיה אין במקרים של פטירה עקב מחלה סופנית את יסוד ה"פתאומיות". אולם, אין בכך כדי להפחית מהקושי הפסיכולוגי, הכאב והסבל עימם נאלצים להתמודד בן משפחת הנפטר ממחלה סופנית.

3. **אינטרס מוסרי** – לאור ההיקף הגבוה של נפטרים ממחלות סופניות (ובדגש על מחלת הסרטן), הרי שיש למדינה אינטרס לתמוך במשפחותיהם גם ללא אחריותה הישירה. לתמיכה בהם חשיבות מוסרית במתן הצהרה בדבר תמיכה גם לאחר קרות המוות.

7. פתרונות מוצעים

7.א. המלצה על תמיכה ממשלתית במשפחות שיקיריהן נפטרו ממחלה סופנית

אנו ממליצים על הענקת תמיכה פסיכולוגית למשפחותיהם של נפטרים ממחלה סופנית, הדומה לזו הניתנת למשפחות שיקיריהן נפטרו בתאונות דרכים, עבירות המתה ואובדנות. במסגרת זו, כרשימה ממצה יכללו: הפעלה ותקצוב של קבוצות תמיכה יחידניות ומשפחתיות בסמוך למקום המגורים; מתן טיפול אישי ומשפחתי במרכזי הסיוע האזוריים על-ידי עובדים סוציאליים ופסיכולוגים המוכשרים לטיפול בשכול; הכשרה והדרכה של העובדים המשולבים במימוש החוק (נציגי הרשויות השונות, מתנדבים ובני/בנות שירות לאומי); הפעלת מערך מתנדבים לסיוע כללי לבני המשפחה; וכן מתן מידע לבני משפחות של נפטרים ממחלות סופניות בדבר זכויותיהם ודרכי מימושן. הרשימה המלאה תהיה לפי חוק נפגעי תאונות דרכים (סיוע לבני משפחה) בס' 3, 6, 8, בשינויים המחויבים.³⁵

יודגש, שהחלופות המוצעות עוסקות בתמיכה פסיכולוגית. נמליץ על ביצוע מחקר נפרד בנושא תמיכה כלכלית, כגון הכרה בהפסדי פוטנציאל השתכרות עקב עזיבת קרוב המשפחה את מקום עבודתו לשם טיפול בחולה, השתתפות בהוצאות על טיפולים, החזרי נסיעות וכד'. תמיכה כלכלית זו רלוונטית גם לחיי החולה, ולא רק לתקופה שלאחר מותו.

7.ב. דרכי היישום לתמיכה ממשלתית במשפחות שיקיריהן נפטרו ממחלות סופניות

7.ב.1. חלופה מועדפת – ביצוע פיילוט בטרם חקיקה ראשית

לאור המלצתנו להענקת תמיכה פסיכולוגית למשפחות שיקיריהן נפטרו ממחלות סופניות, כמפורט בס' 7.א. לעיל, נמליץ כי **בטרם עיגון התוכנית המוצעת בחקיקה ראשית, יופעל "פיילוט"**. הפיילוט ייבנה בדומה לתוכנית התמיכה במשפחות נפגעות מעשי אובדנות, שהוזכרה לעיל, ובמסגרתו יוכשרו אנשי המקצוע (פסיכולוגים ועובדים סוציאליים) להתמודדות עם בני משפחה של נפטרים ממחלות סופניות. אנשי המקצוע יפעלו במרכזי הסיוע הקיימים למשפחות נפגעי תאונות דרכים. הפיילוט יתבצע בהנחיית שר הבריאות ושר העבודה והרווחה, ויופעל בעיר

³⁵ ס' 3, 6, 8 לחוק נפגעי תאונות דרכים (סיוע לבני משפחה) תשס"ב - 2002

מרכזית אחת. לאחר הרצה מוצלחת של הפיילוט ייפתחו מרכזי סיוע בערים מרכזיות נוספות, כגון באר שבע, אשקלון, ירושלים, תל אביב, חיפה ונתניה. בין יתרונותיה של הרצת פיילוט בטרם חקיקה ראשית ניתן למנות את היערכות משרדי הממשלה השונים להפעלת תוכנית תמיכה נרחבת, הכשרת אנשי מקצוע מתאימים ופיתוח הפרופיל הפסיכולוגי שנועד להתמודדות עם המורכבויות שנובעות מפטירת בן משפחה ממחלה. בנוסף, על ידי הרצת הפיילוט תוכל להיבחן היענות בני המשפחה לתוכנית זו, כך שהתקצוב להמשך התוכנית יעודכן בהתאם לביקוש.

יצוין, כי מתן תמיכה לקרובי משפחתם של נפטרים ממחלות סופניות במסגרת מרכזי הסיוע לבני משפחות נהרגים בתאונות דרכים, עלול ליצור עומס על מרכזים אלו ובכך לפגוע בתפקודם. אולם, אנו סבורים, כי זהו הפתרון המיטבי, שכן מיתר את הצורך להקים מרכזים חדשים, ולכן מהווה, ולו בשלב הראשון, את הפתרון המהיר והיעיל ביותר. כמו כן, הדבר יכול לעודד הקמה עתידית של מרכזים נוספים ברחבי הארץ אשר ישרתו את כלל המשפחות, כתלות בצורך ובתקציב הקיים.

2.ב.7. חלופה משנית – תיקון חוק נפגעי תאונות דרכים (סיוע לבני משפחה), התשס"ב-2002

במסגרת חלופה זו, תעוגן התמיכה בבני משפחותיהם של נפטרים ממחלה סופנית במסגרת מרכזי הסיוע של משפחות נפגעי תאונות דרכים, **כתיקון לחוק נפגעי תאונות דרכים (סיוע לבני משפחה)**. תיקון חוק נפגעי תאונות דרכים, להבדיל מחקיקת חוק נפרד, נובע מכך שהתגמולים שיינתנו למשפחות שיקריהם נפטרו ממחלות סופניות (לפי המלצתנו), זהים לאלו שניתנים למשפחות נפטרים מתאונות דרכים. לכן, יש להכניסם תחת קורת-גג חקיקתית אחת.

במסגרת תיקון החוק, ולאור הקושי הנורמטיבי שבהגדרת "מחלה סופנית" שפורט לעיל, נמליץ על אימוץ הגדרת חוק החולה הנוטה למות – רופא אחראי³⁶ קבע, כי "המטופל סובל מבעיה רפואית חשוכת מרפא ותוחלת חייו, אף אם יינתן לו טיפול רפואי, אינה עולה על שישה חודשים".³⁷ זאת כיוון שהגדרה זו מאפשרת גמישות חקיקתית, שחיונית בנושא רגיש זה. הגדרה זו דומה להגדרה במדינת וורמונט, כאמור. כחלופה להגדרת "מחלה סופנית" בחוק, ניתן להציע, כי שר הבריאות, שבעל הסמכות בתחום הרפואי, יקבע רשימה של מחלות סופניות תוך התייעצות עם ועדה מקצועית, שמטרתה לוודא, כי מתבצע דיון מקצועי בהגדרתן של המחלות הסופניות.

לנוסח הצעת החוק, ראו נספח א'.

³⁶ כמוגדר בס' 3 לחוק החולה הנוטה למות.
³⁷ שם, בס' 8(א).

3.ב.7. חלופה שלישית – חקיקת "חוק סיוע לבני משפחה של נפטר ממחלה

סופנית, התשע"ו-2016"

במסגרת חלופה זו, תעוגן התמיכה בבני משפחותיהם של נפטרים ממחלה סופנית במסגרת מרכזי הסיוע של משפחות נפגעי תאונות דרכים בחקיקה ראשית נפרדת. חקיקה ראשית בנושא תבחין מבחינה מהותית בין בני משפחה של אזרחים שנפטרו ממחלות סופניות, לבין בני משפחה של אזרחים שנפטרו מתאונות דרכים, עבירות המתה או אובדנות. כך, אמנם בני משפחה של אזרח שנפטר ממחלות סופניות יזכו לתמיכה זהה לתמיכה הניתנת לבני משפחה של אזרחים שנפטרו מתאונות דרכים, עבירות המתה או אובדנות. אולם, חקיקת חוק נפרד תאפשר גמישות בהגדרת המונחים "מחלה סופנית" ו"בן משפחה", וכן תסייע לקביעת הסדרים עתידיים בנוגע למשפחתו של הנפטר ממחלה סופנית. כמו כן, חקיקה נפרדת נובעת מהשוני המהותי בין שני התחומים, כמו גם הגורמים האחראים עליהם במשרדי הממשלה.

לנוסח הצעת החוק, ראו נספח ב'.

לדברי ההסבר בעבור שתי החלופות, ראו נספח ג'.

8. נספחים

8.א. נספח א' – תיקון חוק נפגעי תאונות דרכים (סיוע לבני משפחה),

התשס"ב-2002

הצעת חוק נפגעי תאונות דרכים (סיוע לבני משפחה), תשס"ב - 2002 (תיקון - ונפטרים כתוצאה ממחלות סופניות), תשע"ו - 2016.

שמו של החוק המקורי: "חוק נפגעי תאונות דרכים (סיוע לבני משפחה), תשס"ב-2002" יקרא להלן: "חוק נפגעי תאונות דרכים ונפטרים כתוצאה ממחלות סופניות (סיוע לבני משפחה), תשס"ב-2002".	<u>תיקון שם החוק</u>
בסעיף ההגדרות - תוסף הגדרה של "מחלה סופנית": "מחלה סופנית - כהגדרתה בסעיף 8(א) לחוק החולה הנוטה למות, התשס"ה-2006, ובהתאם להגדרת "רופא אחראי" בסעיף 3 לחוק החולה הנוטה למות, התשס"ה-2006". <u>חלופה אפשרית -</u> בסעיף ההגדרות - תוסף הגדרה של "מחלה סופנית": "כפי שיקבע שר הבריאות בצו תוך התייעצות בוועדה מקצועית", והגדרה של "ועדה מקצועית": "ועדה שימנה שר הבריאות, שהרכבה זהה להרכב הועדה הארצית כהגדרתה בחוק החולה הנוטה למות, התשס"ה-2006, בצירוף נציגי משרד האוצר ונציגי משרד הרווחה והשירותים החברתיים".	<u>תיקון סעיף 1</u>
בחוק המקורי, יוסף לאחר המילה "שר העבודה והרווחה" - "שר הבריאות - לפי הקשרו".	<u>תיקון סעיף 1</u>
לאחר המילים "של נפגע תאונת דרכים" יוספו המילים "ומי שנפטר ממחלה סופנית".	<u>תיקון סעיף 3(א)</u>
לאחר המילים "של נפגע תאונת דרכים" יוספו המילים "ומי שנפטר ממחלה סופנית".	<u>תיקון סעיף 3(ג)</u>
לאחר המילים "יועבר תקציב ממשרד האוצר" יוספו המילים "וממשרד הבריאות".	<u>תיקון סעיף 6א</u>

ב.8. נספח ב' – חוק סיוע לבני משפחה של נפטר ממחלה סופנית,

התשע"ו-2016

חוק סיוע לבני משפחה של נפטר ממחלה סופנית, תשע"ו-

2016

1. בחוק זה -

הגדרות

"בן משפחה" - בן זוג, הורה, אח, אחות, בן, בת או בן משפחה אחר שהיה תלוי במי שנפטר ממחלה סופנית;

"נפטר" - אזרח ישראל.

"מחלה סופנית" - כהגדרתה בסעיף 8(א) לחוק החולה הנוטה למות, התשס"ה-2006, ובהתאם להגדרת "רופא אחראי" בסעיף 3 לחוק החולה הנוטה למות, התשס"ה-2006.

או לחילופין, כהגדרתה בצו אותו רשאי שר הבריאות לקבוע, תוך התייעצות בועדה מקצועית.

"השר" - שר הבריאות.

"ועדה מקצועית" - ועדה שימנה שר הבריאות, שהרכבה זהה להרכב הועדה הארצית כהגדרתה בחוק החולה הנוטה למות, התשס"ה-2006, בצירוף נציגי משרד האוצר ונציגי משרד הרווחה והשירותים החברתיים.
2. (א) מרכז סיוע לבני משפחות נפגעי תאונות דרכים שהוקם בחוק נפגעי תאונות דרכים (סיוע לבני משפחה), תשס"ב-2002, יפעל בנוסף לטובת משפחותיהם של נפטרים ממחלות סופניות, וימומן לפי הוראות סעיף 4 (להלן - המרכז).
- (ב) המרכז ינוהל לפי הוראות חוק נפגעי תאונות דרכים (סיוע לבני משפחה), תשס"ב-2002 בסעיף 2(ב-ד) בשינויים המחוייבים.
3. מטרות המרכז ותפקידיו יהיו לפי חוק נפגעי תאונות דרכים (סיוע לבני משפחה), תשס"ב-2002 בסעיף 3 בשינויים המחוייבים.
4. (א) לשם מימון פעולות המרכז יועבר תקציב ממשרד האוצר, ומתוך תקציב המדינה המיועד למשרד הבריאות.
- (ב) סמכויות חלוקת התקציב ינתנו לשר הבריאות או לנציג שימונה מטעמו.
- (ג) שר האוצר רשאי לקבוע מועדים וליתן הוראות בכל הנוגע להעברת הסכומים האמורים בסעיפים קטנים (א) ו-(ב).
5. חוק זה לא יחול על בני משפחתו של הנפטר בתקופת שירותו הצבאי ועקב שירותו.

מרכז סיוע לבני משפחה של נפגעי תאונות דרכים

מטרות המרכז ותפקידיו

מימון

סייג לתחולה

8.ג. נספח ג' – דברי הסבר לשתי הצעות החוק

דברי הסבר

מדי שנה נפטרים אלפי אזרחים בישראל עקב מחלות סופניות (שהבולטות בהן – מחלות הסרטן, שבץ מוחי ומחלות הלב). הנפטרים מותירים אחריהם משפחה אשר נאלצת להתמודד עם קשיים פסיכולוגיים לאחר פטירת יקירם. כיום משפחות אלה אינן זכאיות לתמיכה פסיכולוגית ממשלתית, להן זכאיות משפחות שיקריהן נפטרו מתאונות דרכים, עבירות המתה ומעשי אובדנות.

מטרת הצעת החוק הינה ליצור תשתית סיוע פסיכולוגית, שתסייע לבני משפחה של נפטרים עקב מחלות סופניות להתמודד עם האובדן, ולהמשיך ככל הניתן במסלול חייהם התקין. מתוך הכרה בהשפעות הפסיכולוגיות של מיתת הנפטר על קרובי משפחתו, יש להשוות את תגמוליהם של בני משפחה של מי שנפטרו ממחלות סופניות, לאלו הניתנים לבני משפחתם של נפטרים כתוצאה מתאונות דרכים, עבירות המתה ואובדנות. השפעה פסיכולוגית שלילית זו נובעת לעיתים מאופייה המתמשך של ההידרדרות הרפואית של הנפטר, ולעיתים דווקא מהפתאומיות שבפטירתו.

תמיכה במשפחות שיקריהן נפטרו ממחלות סופניות בעלת חשיבות מוסרית ומהווה הצהרה בדבר חשיבות התמיכה גם לאחר קרות המוות. לתמיכה ממשלתית אף תכלית כלכלית, שעיקרה סיוע במניעת היפלטות של בני משפחה בוגרים משוק העבודה, ושל ילדים ונוער ממסגרות לימודיות.

מסמך זה נכתב על-ידי שמעון דיין (ראש צוות), אבירם שלנגר, אברהם דל, אלינור דגן ותמר עברי; נבדק ואושר לפרסום על-ידי אמי וולף (מנהלת אזור בר-אילן)

בברכה,
מרכז 'עומק' - עיצוב מדיניות
וחקיקה


 מרכז לעיצוב
מדיניות וחקיקה
עומק



הכנסת

מרכז המחקר והמידע

מתן תמיכה וסיוע נפשי למשפחות שבהן נפטר ילד ממחלה

הכנסת, מרכז המחקר והמידע

קריית בן-גוריון, ירושלים 91950

טל': 02 - 6408240 / 1

פקס: 02 - 6496103

www.knesset.gov.il/mmm

כתיבה: מתן שחק

אישור: שלי לוי, ראשת צוות

כ"ט בתשרי תשע"ה

עריכה לשונית: מערכת "דברי הכנסת"

23 באוקטובר 2014

תוכן העניינים

1	תמצית
3	מבוא
5	1. נתונים על תמותת ילדים מסיבות בריאותיות בישראל בשנים 2007-2011
10	2. תוכניות תמיכה וסיוע שמפעיל משרד הרווחה והשירותים החברתיים למשפחות שכולות עקב תאונות דרכים, עבירות המתה והתאבדויות בישראל
11	2.1. תוכנית תמיכה וסיוע למשפחות ששכלו בן-משפחה בתאונת דרכים
13	2.1.1 פעילות התוכנית לסיוע למשפחות ששכלו בן-משפחה בתאונת דרכים
15	2.1.2 תקציב התוכנית לסיוע למשפחות ששכלו בן-משפחה בתאונת דרכים
16	2.2 תוכנית "סנה" לסיוע למשפחות שכולות עקב עבירות המתה
19	2.2.1 פעילות התוכנית לסיוע למשפחות שכולות עקב עבירות המתה
20	2.2.2 תקציב התוכנית לסיוע למשפחות שכולות עקב עבירות המתה
21	2.3 תוכנית סיוע למשפחות שיקריהן התאבדו
23	2.3.1 פעילות תוכנית הסיוע הניסיונית למשפחות שיקריהן התאבדו, 2010-2012
24	3. דוגמאות מהנעשה בעולם
24	3.1 הכשרת כוח-אדם במוסדות בריאות ורווחה
27	3.2 מתן שירותי תמיכה בשיתוף ארגוני מגזר שלישי
28	3.3 עלוני הדרכה ומידע לאבלים
30	4. דיון
33	רשימת מקורות



תמצית

חברת הכנסת תמר זנדברג ביקשה ממרכז המחקר והמידע של הכנסת לכתוב מסמך בנושא **תמיכה וסיוע נפשי שמעניקה המדינה למשפחות שבהן נפטר ילד ממחלה**. בעת הכנת המסמך עלה כי בישראל אין תוכנית ממשלתית ייעודית למתן תמיכה וסיוע נפשי למשפחות שבהן נפטר ילד ממחלה, ולכן במסמך נציג נתונים ומידע על תוכניות דומות, שמופעלות בישראל או בעולם, שעשויים לשמש בסיס לדיון בדבר גיבוש תוכנית לתמיכה במשפחות אלו.

למסמך שלושה חלקים: **בחלק הראשון** נציג נתונים על מספר הילדים (עד גיל 17) שנפטרו מסיבות בריאותיות בישראל בשנים 2007-2011; **בחלק השני** נסקור את תוכניות הסיוע והתמיכה שמפעיל כיום משרד הרווחה והשירותים החברתיים בישראל למען משפחות שכולות ששכלו בן-משפחה מסיבות שאינן ביטחוניות, צבאיות או פעולות איבה, כלומר תוכניות המיועדות למשפחות ששכלו בן-משפחה בתאונות דרכים, בעבירות המתה (רצח והריגה) ובהתאבדות. בסקירה זו מוצגים ההסדרים שמכוחם הוקמו התוכניות, אופן יישום התוכניות, השירותים הניתנים בהן, מספר מקבלי השירות ותקציב התוכניות; **בחלק השלישי** נציג דוגמאות מהעולם לפעולות שנוקטת המדינה לשם סיוע נפשי למשפחות ששכלו את אחד מבני-המשפחה.

להלן הממצאים העיקריים ממסמך זה:

- בכל אחת מהשנים 2007-2011 נפטרו בישראל, בכלל האוכלוסייה, מכל סיבות התמותה, בין 38,595 ל-40,668 איש. שיעור הילדים (עד גיל 17) שנפטרו בשנים אלה נע בין 2.3% בשנת 2011 (השיעור הנמוך בשנים אלה) ל-2.6% בשנת 2008 (השיעור הגבוה בשנים אלה) מכלל הפטירות בישראל בשנה.
- **בשנים 2007-2011 חלה ירידה קלה במספר הילדים (עד גיל 17) שנפטרו בישראל, וכן בשיעור הנפטרים ל-1,000 נפש בקבוצת גיל זו.** בשנת 2007 נפטרו 1,016 ילדים – 0.43 פטירות ל-1,000 נפש בקבוצת הגיל, ולעומת זאת בשנת 2011 נפטרו 954 ילדים – 0.37 פטירות ל-1,000 נפש בקבוצת הגיל.
- **הרוב המכריע של הילדים נפטרו מסיבות בריאותיות** – שיעור הפטירות מסיבות בריאותיות בכלל פטירות הילדים בשנים 2007-2011 נע בין 85.6% בשנת 2008 לכ-91% בשנת 2009.
- **יותר ממחצית (בין כ-57% בשנת 2011 לכ-61% בשנת 2009) מהילדים (עד גיל 17) שנפטרו מסיבות בריאותיות נפטרו מסיבות מיילדותיות, סב-לידתיות ומומים מולדים.** מספר הילדים שנפטרו משאתות ממאירות מסוגים שונים נע בין 57 ילדים בשנת 2009 ל-78 ילדים בשנת 2008. פטירות אלה הן בין 6% מפטירות הילדים בשנת 2009 לכ-9% מפטירות הילדים בשנת 2008. כשליש מהילדים שנפטרו מסיבות בריאותיות (בין כ-30% בשנת 2010 ל-35% בשנת 2007) נפטרו מ"מחלות שונות", כלומר ממחלות שאינן שאתות ממאירות או מסיבות שאינן מיילדותיות, סב-לידתיות ומומים מולדים.
- כדי לאמוד את היקף האוכלוסייה שאליה מיועדת תוכנית תמיכה במשפחות ששכלו ילד מסיבות בריאותיות, השוינו את מספר הילדים (עד גיל 17) שנפטרו מסיבות בריאותיות למספרם של כלל הנפטרים (מבוגרים וילדים) בשל תאונות דרכים, עבירות המתה והתאבדויות, שכן

למשפחותיהם של נפטרים אלה משרד הרווחה והשירותים החברתיים מפעיל כיום תוכניות לתמיכה ולסיוע נפשי. **מספר הילדים שנפטרו מסיבות בריאותיות** כמעט זהה למספר הנפטרים בכלל האוכלוסייה בשל תאונות דרכים, תקיפה והתאבדויות גם יחד בכל שנה מהשנים 2011-2007, **והוא היה בממוצע 860 פטירות.**

- לדברי משרד הרווחה והשירותים החברתיים (על סמך ניסיונו בהפעלת התוכנית הניסיונית למניעת התאבדויות), בכל מקרה פטירה יש שלושה בני-משפחה הנזקקים לתמיכה וסיוע. **לפי חישוב זה, מספר בני-המשפחה שעשויים להזדקק לתמיכה ולסיוע נפשי בשל פטירת ילד ממחלה הוא כ-2,500 איש בשנה.**

- משרד הרווחה והשירותים החברתיים מפעיל כיום שלוש תוכניות סיוע שמטרתן לתמוך במשפחות שכולות מסיבות **שאינן** ביטחוניות, צבאיות או פעולות איבה: התוכנית הראשונה מסייעת למשפחות ששכלו בן-משפחה בתאונות דרכים; השנייה מסייעת למשפחות ששכלו בן-משפחה עקב עבירת המתה (רצח והריגה); השלישית, שיוצאת לדרך בימים אלה, מסייעת למשפחות שיקריהן התאבדו.

- **במסגרת תוכנית הסיוע למשפחות שכולות עקב תאונות דרכים** ניתנים שירותי תמיכה וסיוע לבני-המשפחות השכולות בתחום הרגשי והנפשי במרכז סיוע ארצי ובארבעה מרכזי סיוע אזוריים. הסיוע ניתן על-פי חוק נפגעי תאונות דרכים (סיוע לבני-משפחה), התשס"ב-2002, ובמסגרתו מופעלים צוותי הודעה מרה, ניתן טיפול אישי, זוגי או משפחתי, מופעלות קבוצות תמיכה וניתן ליווי למשפחות השכולות באמצעות מערך מתנדבים. **בשנת 2013 נפטרו מתאונות דרכים 308 בני-אדם. בשנה זו השתתפו 180 בני-משפחה שכולים ב-14 קבוצות תמיכה ברחבי הארץ, 28 משפחות קיבלו טיפול זוגי או משפחתי ו-60 בני-משפחה קיבלו טיפול פרטני. תקציב התוכנית עמד בשנה זו על כ-2.6 מיליון ש"ח (תקציב על שינויי).**

- **בתוכנית סנ"ה לסיוע למשפחות שכולות עקב עבירת המתה (רצח והריגה)** ניתנים שירותי תמיכה וסיוע לבני-המשפחות באמצעות חמישה מרכזי סיוע אזוריים. תוכנית הסיוע הוקמה מתוקף החלטת ממשלה מנובמבר 2009, ושירותי הסיוע הניתנים במסגרתה הם צוותי הודעה מרה, סל שירותים מידי למילוי צרכים חיוניים לאחר קרות האירוע, סל שירותי תמיכה נפשית ורגשית, קבוצות תמיכה וסיוע וליווי משפטי בהליך הפלילי. **בשנת 2013 נהרגו מעבירות המתה 130 איש. מרכזי הסיוע העניקו בשנה זו סיוע, ליווי וטיפול ל-274 משפחות, ו-72 בני-משפחה השתתפו בשבע קבוצות תמיכה ברחבי הארץ. תקציב התוכנית בשנה זו היה כ-5.8 מיליון ש"ח (תקציב על שינויי, ללא תקציב הסיוע המשפטי).**

- **התוכנית הלאומית למניעת אובדנות עברה את אישור הממשלה ביום 22 בדצמבר 2013 וכיום היא בשלבי הפעלה ראשוניים.** תוכנית זו כוללת שירותי תמיכה וסיוע למשפחות שיקריהן התאבדו. במסגרת התוכנית הניסיונית למניעת התאבדויות, שהפעיל משרד הרווחה באמצעות השירות לרווחת הפרט והמשפחה במחוז חיפה והצפון בשנים 2009-2012, הופעלה תוכנית תמיכה וסיוע למשפחות שיקריהן התאבדו. בין היתר ניתן סיוע טיפולי לבני-משפחה בתחנות לטיפול משפחתי ברשויות המקומיות בצפון וניתן טיפול נפשי לאנשים שעברו ניסיון אובדני בתחנות לבריאות הנפש שמפעיל משרד הבריאות. נוסף על כך, הופעלו קבוצות תמיכה לבני-המשפחה



באמצעות עמותת "בשביל החיים". בשנת 2011 גובשו הסכמות ראשוניות עם משרד הבריאות לשילוב התוכנית בתוכנית הלאומית למניעת אובדנות. **לפי נתוני הלמ"ס, בשנים 2007-2011 התאבדו בישראל בממוצע 393 אנשים בשנה. בשנת 2012 טופלו בתחנות לטיפול משפחתי, כחלק מהתוכנית הניסיונית בצפון, 78 אנשים, ומשרד הרווחה העביר לשם כך 500,000 שקלים.**

- במהלך כתיבת מסמך זה סקרנו את הנעשה בתחום זה בכמה מדינות – בריטניה, צרפת, קנדה, ארה"ב ואוסטרליה – ובחנו אם קיימות בהן תוכניות ממשלתיות ייעודיות לתמיכה במשפחות ששכלו ילד עקב מחלה. הואיל ולא נמצאו בסקירה תוכניות ממשלתיות ייעודיות למשפחות ששכלו ילד עקב מחלה, בחרנו להציג דוגמאות של פעולות שונות הנקטות במדינות אלה כדי לסייע למשפחות שכולות מסיבות שונות (לבד משכול עקב מפעילות צבאית, פגיעה ממעשה טרור, התאבדות או נפגעי עבירה).
- מהסקירה עולה כי פעולותיהן של המדינות שנסקרו מתמקדות בשלושה נושאים מרכזיים: הכשרת כוח-האדם המקצועי במוסדות בריאות ורווחה לטיפול במשפחות שכולות; מתן שירותי תמיכה וסיוע ממשלתיים בשיתוף ארגוני מגזר שלישי; פרסום חוברות הדרכה ומידע על שירותי תמיכה לציבור הרחב.

מבוא

אובדן של בן או בת משפחה הוא אירוע טראומטי ויש לו השפעות ניכרות על חייהם של בני-המשפחה מבחינה תפקודית, נפשית, משפחתית, חברתית וכלכלית. בני-המשפחה השכולה מוצאים עצמם בהתמודדות כפולה: ראשית, עליהם להתמודד עם המצבים הרגשיים והתפקודיים המורכבים שכל אחד מהם נקלע אליהם ושהמשפחה כולה חווה בעקבות האבדן, ובמקביל עליהם להתמודד עם תהליכים ביורוקרטיים מול המוסדות השונים ולעתים גם מול מערכות האכיפה והמשפט, לשם טיפול בסידורי הלוויה ובקבורה והטיפול בענייני יקירם לאחר מותו.

מן הספרות המקצועית על אבל ושכול עולה כי התגובה האנושית לאובדן מושפעת מנסיבות האובדן, אישיותו של האדם השכול וההיסטוריה המשפחתית שלו. אף שחלק מבני-המשפחה מתגברים על האובדן בכוחות עצמם ובסיוע סביבתם הקרובה, אחרים נזקקים להתערבות טיפולית מקצועית, ובהם בני-משפחה בסיכון גבוה – שיש חשש שייקלעו למצוקה נפשית חריפה (הקרויה בשפה המקצועית "הפרעת האבל המורכב")¹. בספרות המקצועית יש התייחסות לצורך לעצב דרכי תמיכה וטיפול התואמות את צרכי האבלים ומביאות בחשבון את גורמי הסיכון להתפתחות אבל מורכב, **בהתחשב בנסיבות המוות** – מוות פתאומי לסוגיו, כגון התאבדות, תקיפה ותאונה לעומת מוות ממחלה מתמשכת, וכן **הקרבה אל הנפטר** – בן/בת, הורה, אח, בן/בת-זוג וכדומה. ככל שהמוות פתאומי יותר וככל שהקרבה אל הנפטר גדולה יותר, כך גדל הסיכון להתפתחות תופעת האבל המורכב.²

¹ לביא, נילי ודני ברום, [אובדן פתאומי](#), הרצוג – המרכז הישראלי לטיפול בפסיכותראומה ומשרד הרווחה והשירותים החברתיים, 2011.

² אנשי מקצוע וחוקרים עוסקים גם בפיתוח דרכי התערבות מותאמות ומונגשות תרבותיות. ראו: Rothaupt, Jeanne and Kent Becker, "A Literature Review of Western Bereavement Theory: From Decathecting to Continuing Bonds", *The Family Journal*, 15(1), 2007, pp. 6–15.



בספרות המקצועית נמנים כמה מאפיינים ייחודיים של חווית השכול של הורים שאיבדו את ילדיהם. אבל של הורים נחוה כקשה ועמוק יותר מאבל של קרובי משפחה אחרים, והוא מתבטא בתסמונות גופניות חמורות יותר ובתגובות נפשיות ורגשיות עזות יותר – למשל דיכאון, כעס, תחושת אשמה וייאוש – מתגובותיהם של אנשים ששכלו אח/אחות או בן/בת זוג, וכן בקשיים תפקודיים גדולים יותר מלבני-משפחה אחרים, שלעיתים מלווים בתחושת כישלון, ריקנות, חוויית דחיה חברתית, נטייה להתבודדות והסתגרות בעקבות האובדן. על כך יש להוסיף כי הורים שכולים עומדים בפני הצורך להמשיך לקיים את המשפחה בצל האירוע הטראומטי, למרות הקשיים הנפשיים והתפקודיים שפוקדים אותם.³ בספרות המחקרית יש התייחסות להשפעה של אובדן ילד על הוריו ועל משפחתו, ובכלל זה פגיעה במעמדם החברתי-כלכלי כתוצאה מאיבוד מקורות פרנסה.⁴ בספרות מוצגות גם דרכי הטיפול והתמיכה השונות שיש להציע במצבי שכול, ובהן הצורך בליווי המשפחה השכולה, מתן טיפול נפשי משפחתי, זוגי או פרטני וכן הקמת קבוצות תמיכה.⁵

חברת הכנסת תמר זנדברג ביקשה ממרכז המחקר והמידע של הכנסת לכתוב מסמך בנושא **תמיכה וסיוע נפשי שמעניקה המדינה למשפחות שבהן נפטר ילד ממחלה**. בעת הכנת המסמך עלה כי בישראל אין תוכנית ממשלתית ייעודית למתן תמיכה וסיוע נפשי למשפחות שבהן נפטר ילד ממחלה, ולכן במסמך נציג נתונים ומידע בדבר תוכניות דומות שמופעלות בישראל או בעולם, ועשויים לשמש בסיס לדיון בדבר גיבושה של תוכנית לתמיכה במשפחות לאחר פטירת ילד ממחלה.

במסמך שלושה פרקים: מטרת **הפרק הראשון** היא לנסות לאמוד את גודלה של האוכלוסייה שאפשר שתהיה מעוניינת בתוכנית מעין זו, ולפיכך מוצגים בו נתונים על מספר הילדים (עד גיל 17) שנפטרו מסיבות בריאותיות בישראל בשנים 2007-2011; **בפרק השני** סקרנו את שלוש תוכניות הסיוע והתמיכה שמפעיל משרד הרווחה והשירותים החברתיים למשפחות ששכלו את בני-משפחתן מסיבות שאינן ביטחוניות, צבאיות או פעולות איבה, כלומר תוכניות המיועדות למשפחות ששכלו בן-משפחה בתאונות דרכים, בעבירות המתה (רצח והריגה) ובהתאבדות. בסקירה מוצגים ההסדרים שמכוחם הוקמו התוכניות, אופן יישומן, השירותים הניתנים בהן, מספר מקבלי השירות ותקציב התוכניות. נציין כי אין בידנו מידע על מידת יעילותן של התוכניות הללו בהשגת מטרותיהן, על מידת התאמתן לצרכים של מקבלי השירות או על מידת שביעות הרצון של המשתתפים מהן, ברם הצגת אופן הפעלתן עשויה לספק

³ Rando, Therese A., "Bereaved Parents: Particular Difficulties, Unique factors, and Treatment Issues", *Social Work*, 30(1), 1985, pp. 19–23; Decinque, Natarlie et al., "Bereavement Support for Families Following the Death of a Child from Cancer", *Journal of Psychosocial Oncology*, 24(2), 2006, pp. 65–83; Lieberman, M. A., "All family losses are not equal", *Journal of Family Psychology*, 2(3), 1989, pp. 368–372; Rubin, S. S., "The death of a child is forever: The life course impact of child loss", in M. S. Stroebe, W. Stroebe, & R. O. Hansson (Eds.), *Handbook of bereavement: Theory, research, and intervention*, New York: Cambridge University Press, 1993, pp. 285–299.

⁴ Yu, Peng, [Sequence matters: understanding the relationship between parental income support receipt and child mortality](#), *Australian Social Policy Journal*, 9, 2010, pp. 87–110.

⁵ Forte, Amanda et al., [Bereavement care interventions: a systematic review](#), *BMC Palliative Care*, 3(3), 2004; Stroebe M., Hansson R., Stroebe W., Schut H. (eds), *Handbook of Bereavement Research: Consequences, Coping and Care*, Washington: APA, 2001, pp. 587–612; Worden W., *Grief Counseling and Grief Therapy: A Handbook for the Mental Health Practitioner*, New York: Springer, 1991; Schut, Henk and Margaret S. Stroebe, "Interventions to Enhance Adaptation to Bereavement", *Journal of Palliative Medicine*, 8, 2005, pp. 140–147.



מידע לדיון בדבר גיבוש תוכנית למשפחות שבהן נפטר ילד ממחלה; **בפרק השלישי** מוצגות דוגמאות מהעולם לפעולות שנוקטת המדינה לשם מתן סיוע נפשי למשפחות ששכלו בן-משפחה.

1. נתונים על תמותת ילדים מסיבות בריאותיות בישראל בשנים 2007-2011

כדי לנסות לאמוד את אוכלוסיית היעד של התוכנית לתמיכה בבני-משפחה שבהן נפטר ילד ממחלה, הזמין מרכז המחקר והמידע של הכנסת מהלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (להלן: למ"ס) עיבוד מיוחד של נתוני תמותה לפי סיבות המוות בכל אחת מהשנים 2007-2011. משנת 1998 מסווג הלמ"ס את סיבות המוות לפי רשימת תמותה מס' 2 מהמהדורה העשירית של "הסיווג הסטטיסטי הבין-לאומי של מחלות וסיבות נלוות" (ICD-10) שמפרסם ארגון הבריאות העולמי, ובה 80 קבוצות של סיבות מוות.⁶ עיבוד הנתונים מבוסס על סיווג סיבות התמותה, בפילוח לפי "ילדים"; קבוצה זו הגדרנו לצורך עיבוד הנתונים כקבוצת בני 0-17, ו"מבוגרים" הוגדרו בני 18 ומעלה. ביקשנו נתונים על השנים 2007-2011, מאחר שאלה חמש השנים האחרונות שלגביהן מעודכנים נתוני סיבות המוות במאגרי הלמ"ס.

בשל הרצון להימנע מלקבוע אילו סיבות מוות ראוי שיוגדרו מחלה לעניין תוכנית כאמור, בחרנו להגדיר את אוכלוסיית היעד של התוכנית כל מי שסיבת המוות שלהם היא סיבה בריאותית כלשהי, כלומר כל ילד שנפטר מאחת הסיבות המרכזיות את שלוש הקטגוריות האלה: "שאתות ממאירות",⁷ "סיבות מיילדותיות, סב-לידתיות ומומים מולדים"⁸ ו"מחלות שונות".⁹ כמו כן, יוצג מספר הנפטרים מסיבות שאינן בריאותיות, כלומר מספר הנפטרים בקטגוריות המוגדרות "סיבות מוות חיצוניות" – תאונות דרכים, תאונות, נפילות, תקיפה, התאבדות וסיבות חיצוניות אחרות.¹⁰ **כאמור, במסמך זה אנו מגדירים ילדים שנפטרו ממחלה כל בני 0-17 שנפטרו מסיבות בריאותיות כפי שהוגדרו לעיל.**

⁶ הלמ"ס מקדדת את סיבות המוות המופיעות בטופסי הודעות הפטירה בישראל. אם בתעודת הפטירה רשומות סיבות אחדות תיבחר סיבת מוות יסודית (Underlying Cause of Death), כלומר הסיבה שהביאה לרשרת האירועים שגרמו לפטירה. נוסף על הרשום בתעודות הפטירה, הלמ"ס מתקנת את סיבות המוות לפי מידע המתקבל ממקורות אחרים (למשל מידע המתקבל מהמשטרה על תאונות דרכים). ראו: מרכז המחקר והמידע של הכנסת, [תמונת תינוקות וילדים בישראל, בדגש על האוכלוסייה המוסלמית בכל הארץ ובמחוז הדרום](#), כתב גזעון זעירא, 10 בדצמבר 2013. נוסף על כך, הלמ"ס מקבצת את סיבות המוות הבסיסיות באופן שונה במעט מרשימת תמותה מס' 2 של ICD-10, ראו: הלשכה המרכזית לסטטיקה, תמותה ותוחלת חיים, [מבוא – הסברים, הגדרות ומקורות](#) כניסה אחרונה ב-28 בספטמבר 2014.

⁷ בקבוצת "שאתות ממאירות" נכללות סיבות המוות שלהלן, לפי רשימת תמותה מס' 2 של ICD-10 (בסוגריים מצוין קוד סיבת המוות לפי רשימת התמותה): שאתות ממאירות של: השפתיים, חלל הפה והלוע (25), הוושט (26), הקיבה (27), המעי גס, החלחולת ופי הטבעת (28), הכבד ודרכי המרה (29), הלב (30), הגרון (31), קנה הנשימה, הסימפונות והריאה (32), העור (33), השד (34), צוואר הרחם (35), חלקים אחרים של הרחם (36), השחלה (37), הערמונית (38), שלפוחית השתן (39), קרום המוח, המוח וחלקים אחרים של מערכת העצבים המרכזית (40), לימפומה שאינה הודג'קין (41), מיאלומה נפוצה וממאירות של תאי פלסמה (42), לאוקמיה (43), יתר השאתות הממאירות (44). יש לציין כי תמותת ילדים (בני 0-17) מסיבות אלה מיוחסת בדרך כלל לסיבות מס' 28, 29, 40, 41, 43, 44.

⁸ בקבוצה זו נכללות סיבות מוות מיילדותיות (66-68), סיבות סב-לדתיות (69) ומומים מולדים (70).

⁹ בקבוצת "מחלות שונות" נכללות סיבות המוות שלהלן, לפי רשימת תמותה מס' 2 של ICD-10 (בסוגריים מצוין קוד סיבת המוות לפי רשימת התמותה): מחלות זיהומיות של המעיים (1-3), שחפת (נשימתית ואחרת) (4-5), אלח (11), דלקת כבד נגיפית (18), מחלת וירוס הכשל החיסוני האנושי (19), מחלות זיהומיות וטפיליות אחרות (6-12, 17-20, 24-10), חוסר דם (45), סוכרת (46), הפרעות נפשיות והתנהגותיות כתוצאה משימוש בחומרים פסיכואקטיביים (48), דלקת העוצבה (49), מחלה על שם אלצהיימר (50), קדחת שיגרון חריפה ושיגרון לב כרוני (51), יתר לחץ דם (52), אוטם חריף של שריר הלב (53), מחלת לב איסכמית אחרת (53), מחלות לב אחרות (54), מחלות כלי הדם שבמוח (55), טרשת עורקים ויתר מחלות מחזור הדם (56-57), שפעת (58), דלקת ריאות (59), מחלות כרוניות של מערכת הנשימה התחתונה (61), יתר מחלות מערכת הנשימה (62+60), כיב קיבה וטריסריון (63), מחלות כבד (64), מחלות כליה (65), סימפטומים, סימנים וסיבות בלתי מוגדרות (71), כל המחלות האחרות (71+72).

¹⁰ על-פי סיווג סיבות המוות לפי רשימת תמותה מס' 2 של ICD-10, סיבות מוות חיצוניות הן (בסוגריים מצוין קוד סיבת המוות לפי רשימת התמותה): תאונות דרכים (73), נפילות (74), תאונות אחרות (77-75), פגיעה עצמית מכוונת (78), תקיפה (73), כל הסיבות החיצוניות האחרות (79-80).

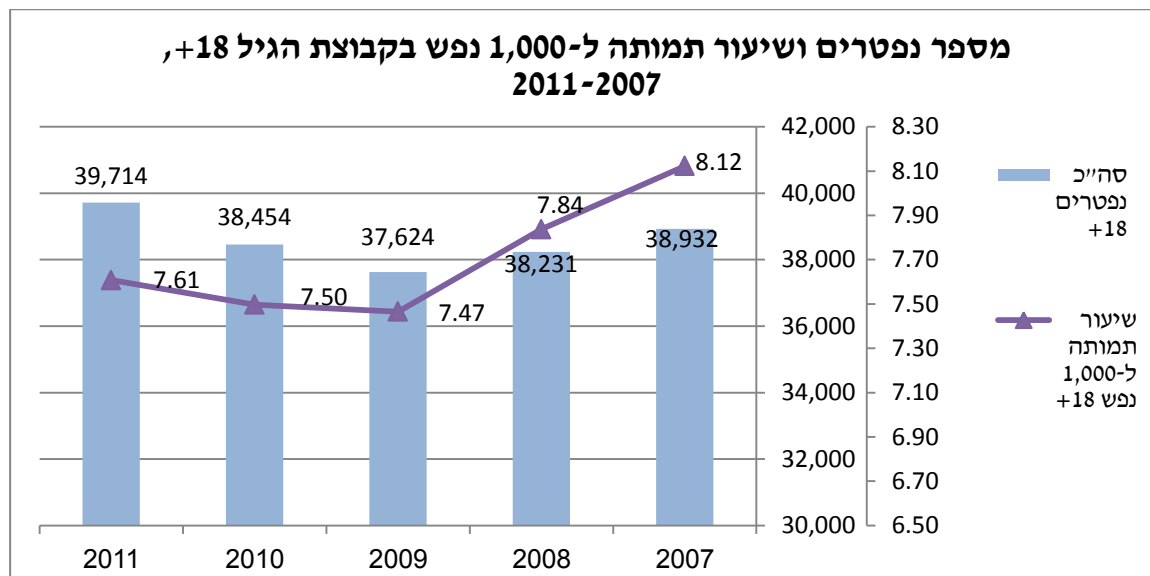


הכנסת

מרכז המחקר והמידע

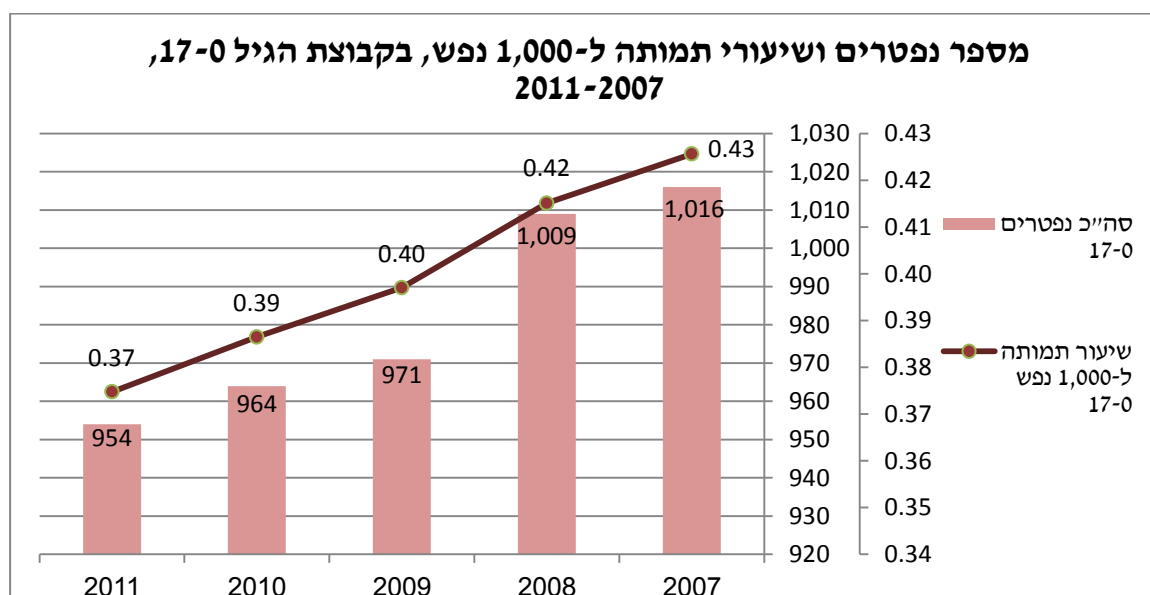
מנתוני הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה עולה כי בכל אחת מהשנים 2007-2011 נפטרו בישראל, בכלל האוכלוסייה ומכל סיבות התמותה, בין 38,595 איש (המספר הנמוך בשנים אלה, בשנת 2009) ל-40,668 איש (המספר הגבוה בשנים אלה, בשנת 2011). **שיעור הילדים (עד גיל 17) שנפטרו בשנים אלה נע בין 2.3% בשנת 2011 (השיעור הנמוך בשנים אלה) ל-2.6% בשנת 2008 (השיעור הגבוה בשנים אלה) מכלל הפטריות בישראל בשנה.** בטרם נציג פילוחים שונים של פטריות הילדים, נציג להלן את מספר הנפטרים ושיעורם ל-1,000 נפש בקרב מבוגרים ובקרב ילדים.

תרשים מס' 1: מספר נפטרים בני 18 ומעלה ושיעורי תמותה ל-1,000 נפש בקבוצת גיל זו, בשנים 2011-2007



* הציר האנכי הימני מציין שיעורי תמותה ל-1,000 נפש, והציר האנכי שמאלו מציין מספרים מוחלטים.

תרשים מס' 2: מספר נפטרים בני 0-17 ושיעורי תמותה ל-1,000 נפש בקבוצת גיל זו, בשנים 2011-2007



* הציר האנכי הימני מציין שיעורי תמותה ל-1,000 נפש, והציר האנכי שמאלו מציין מספרים מוחלטים.

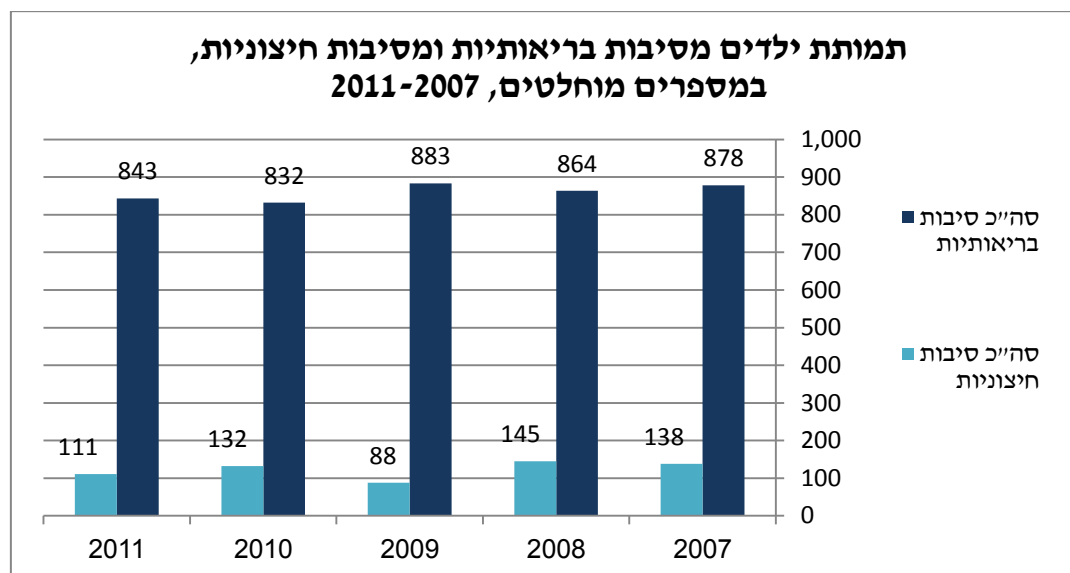


הכנסת

מרכז המחקר והמידע

אפשר לראות שבשנים 2011-2007 חלה ירידה קלה במספר הילדים (בני 0-17) שנפטרו בישראל, וכן בשיעור הנפטרים ל-1,000 נפש באוכלוסיה זו. בתרשים הבא נציג את מספר הילדים שנפטרו מסיבות בריאותיות לעומת מספר הילדים שנפטרו מסיבות חיצוניות בכל אחת מהשנים 2011-2007.

תרשים מס' 3: תמותת ילדים מסיבות בריאותיות ומסיבות חיצוניות, במספרים מוחלטים, בשנים 2011-2007



אפשר לראות שהרוב המכריע של הילדים נפטרו מסיבות בריאותיות – שיעור הפטירות מסיבות בריאותיות בכלל פטירות הילדים בשנים 2011-2007 נע בין 85.6% בשנת 2008 (השיעור הנמוך בשנים אלה) לכ-91% בשנת 2009 (השיעור הגבוה בשנים אלה). בקרב המבוגרים עמד שיעור הפטירות מסיבות בריאותיות על כ-95%. כלומר, הרוב המכריע של הפטירות, הן בקרב מבוגרים והן בקרב ילדים, הוא מסיבות בריאותיות.

בטבלה הבאה נציג התפלגות של מספר הילדים שנפטרו מסיבות בריאותיות בשנים 2011-2007, לפי שלוש הקטגוריות של סיבות בריאותיות שהוגדרו: "שאתות ממאירות", "סיבות מיילדותיות, סב-לידתיות ומומים מולדים" ו"מחלות שונות".



הכנסת

מרכז המחקר והמידע

טבלה מס' 1: נתוני פטירת ילדים (בני 0-17) מסיבות בריאותיות, לפי שלוש הקטגוריות של סיבות בריאותיות – מספרים מוחלטים ושיעורי תמותה ל-1,000 נפש בקבוצת הגיל

2011	2010	2009	2008	2007		סיבת מוות
71	71	57	78	75	מספרים מוחלטים	שאותות ממאירות
0.028	0.028	0.023	0.032	0.031	שיעור ל-1,000 נפש	
479	508	539	483	493	מספרים מוחלטים	סיבות מיילדותיות, סב-לידתיות ומומים מולדים
0.188	0.204	0.220	0.199	0.207	שיעור ל-1,000 נפש	
293	253	287	303	310	מספרים מוחלטים	מחלות שונות
0.115	0.101	0.117	0.125	0.130	שיעור ל-1,000 נפש	
843	832	883	864	878	מספרים מוחלטים	סה"כ סיבות בריאותיות
0.331	0.334	0.361	0.355	0.368	שיעור ל-1,000 נפש	

מהטבלה עולים נתונים אלו:

- יותר ממחצית הילדים בני 0-17 שנפטרו מסיבות בריאותיות (בין כ-57% בשנת 2011 לכ-61% בשנת 2009) נפטרו מסיבות מיילדותיות, סב-לידתיות ומומים מולדים. שיעור התמותה ל-1,000 נפש מסיבות אלה נע בין 0.18 פטירות ל-1,000 נפש בשנת 2011 ל-0.22 פטירות ל-1,000 נפש בשנת 2009.
- כשליש מהילדים שנפטרו מסיבות בריאותיות (בין כ-30% בשנת 2010 ל-35% בשנת 2007) נפטרו מ"מחלות שונות", כלומר ממחלות שאינן שאותות ממאירות או מסיבות שאינן מיילדותיות, סב-לידתיות ומומים מולדים.
- מספר הילדים שנפטרו משאותות ממאירות מסוגים שונים הוא בין 57 ילדים בשנת 2009 ל-78 ילדים בשנת 2008. פטירות אלה הן בין 6% מפטירות הילדים בשנת 2009 לכ-9% מפטירות הילדים בשנת 2008. רוב מקרי המוות של ילדים משאותות ממאירות (57%-68% מהמקרים) נגרמו משאותות של קרום המוח, המוח וחלקים אחרים של מערכת העצבים המרכזית, ומלוקמיה.¹¹

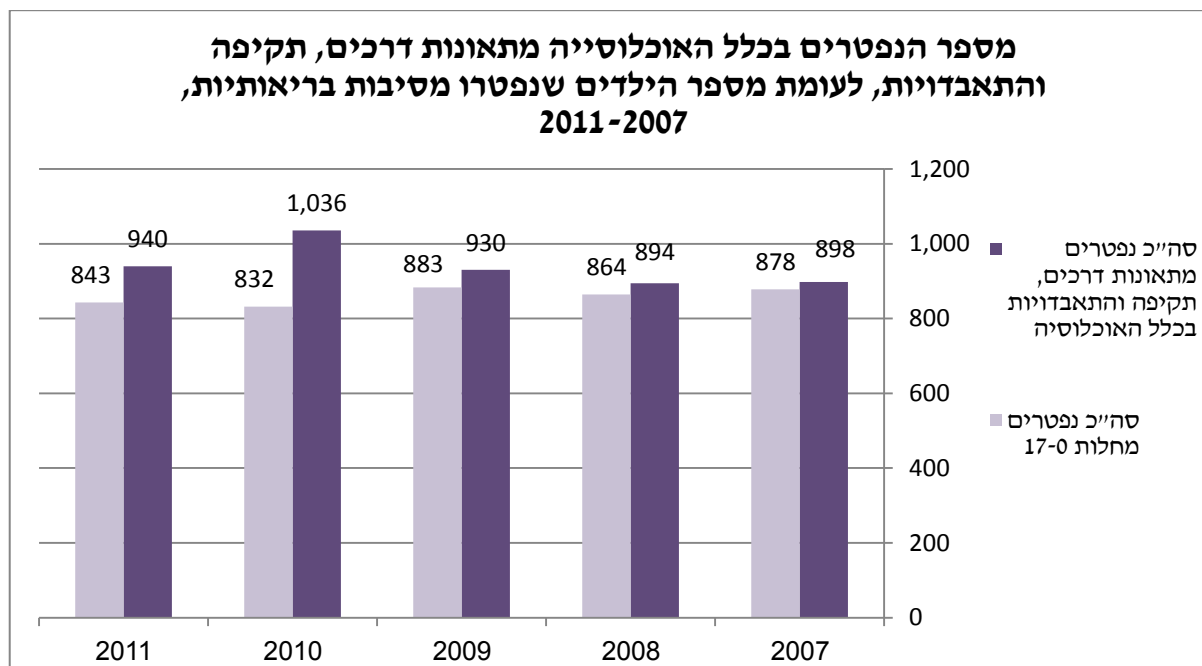
בפרק הבא של מסמך זה נציג את התוכניות שמפעיל משרד הרווחה והשירותים החברתיים לתמיכה במשפחות ששכלו את יקיריהן בשל תאונות דרכים, עבירות המתה (רצח והריגה) והתאבדויות. כדי

¹¹ סיבות מוות מס' (40) ו-(43) לפי רשימת תמותה מס' 2 של ICD-10, בהתאמה. שיעור הילדים הנפטרים מסיבות אלה בכלל הילדים שנפטרו משאותות ממאירות נע בין 57% בשנת 2011 (השיעור הנמוך בשנים אלה, 41 מקרים), ל-68% בשנת 2009 (השיעור הגבוה בשנים אלה, 47 מקרים).



להמחיש את היקף המשפחות ששכלו את ילדיהן מסיבות בריאותיות לעומת המשפחות ששכלו את יקיריהן בשל תאונות דרכים, עבירות המתה והתאבדויות, נציג בתרשים הבא את מספר הנפטרים בכלל האוכלוסייה (מבוגרים וילדים) בשל תאונות דרכים, התאבדויות ותקיפה, לעומת מספר הילדים שנפטרו מסיבות רפואיות, בשנים 2007-2011, לפי נתוני הלמ"ס.

תרשים מס' 4: מספר הנפטרים בכלל האוכלוסייה מתאונות דרכים, תקיפה והתאבדויות, לעומת מספר הילדים (0-17) שנפטרו מסיבות בריאותיות, בשנים 2007-2011



*הנתונים בטבלה במספרים מוחלטים

מספר הילדים שנפטרו ממחלות נמוך רק במעט מכל הנפטרים בכלל האוכלוסייה בשל תאונות דרכים, התאבדויות ותקיפה, בכל שנה מהשנים שנבדקו; ההפרש נע בין 20 נפטרים בשנת 2007 (ההפרש הנמוך ביותר בשנים אלה), ל-204 נפטרים בשנת 2010 (ההפרש הגבוה ביותר בשנים אלה). כלומר, מספר הילדים שנפטרו מסיבות בריאותיות כמעט זהה למספר הנפטרים בכלל האוכלוסייה מתאונות דרכים, מתקיפה ומתאבדויות בכל שנה מהשנים 2007-2011 – שעבור בני-משפחותיהם משרד הרווחה והשירותים החברתיים מפעיל כיום תוכניות לתמיכה וסיוע נפשי.

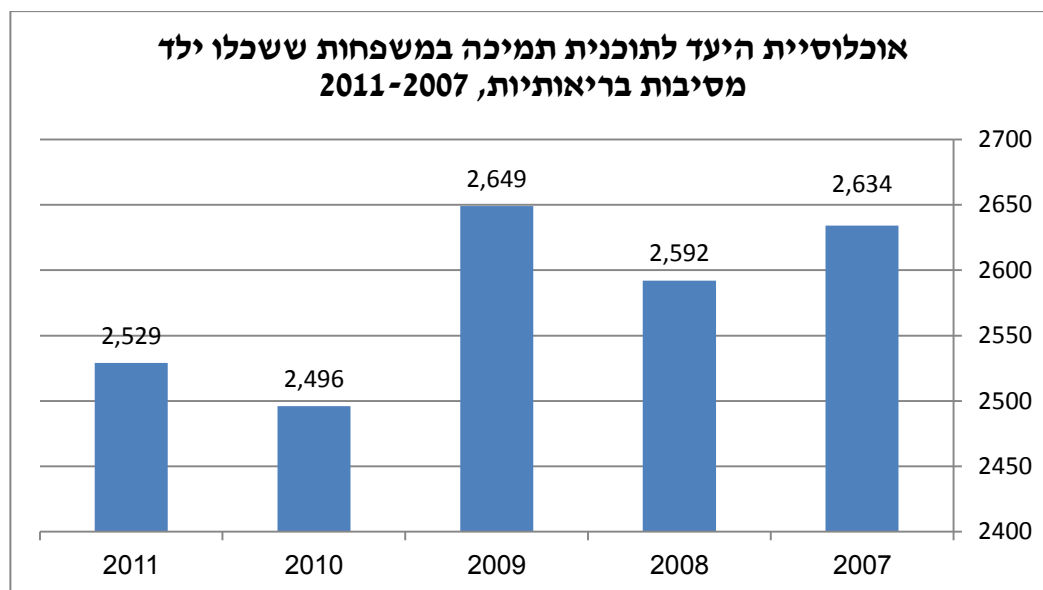
מהניסיון שנרכש במשרד הרווחה בהפעלת התוכנית הניסיונית למניעת התאבדויות עולה כי על כל מקרה מוות אחד יש בממוצע שלושה בני-משפחה הנזקקים לטיפול, סיוע ותמיכה נפשית.¹² על בסיס נתון זה ביקשנו להעריך את מספר בני-המשפחה ששכלו ילד מסיבות בריאותיות ויזדקקו לסיוע נפשי, ולשם כך הכפלנו את מספר הילדים שנפטרו מסיבות בריאותיות בכל אחת מהשנים 2007-2011 בשלושה.

¹² אילן שריף, מפקח ארצי – אובדן פתאומי ושכול ותחנות לטיפול משפחתי במשרד הרווחה והשירותים החברתיים, מכתב, 5 ביוני 2014.



הכנסת

תרשים מס' 5: אוכלוסיית היעד הפוטנציאלית לתוכנית תמיכה במשפחות ששכלו את ילד מסיבות בריאותיות, בשנים 2007-2011



כלומר, מספר בני-המשפחה שאפשר שיזדקקו לסיוע הוא כ-2,500 איש בשנה. יש לזכור שמדובר בהערכה בלבד וייתכן שמספר האנשים שיזדקקו לשירות זה בפועל יהיה גבוה יותר או נמוך יותר מהערכה זו. נוסף על כך, מאחר שמספר הילדים שנפטרו מסיבות בריאותיות כמעט זהה למספר הנפטרים בשל תאונות דרכים, תקיפה והתאבדויות בכלל האוכלוסייה, משמעותה של הקמת תוכנית לסיוע לבני-משפחה שאיבדו ילד ממחלה היא הקמת תוכנית שהיקף קהל היעד שלה דומה בהיקפו להיקף קהל היעד של כל שלוש התוכניות שמפעיל כיום משרד הרווחה, ועליהן נרחיב בפרק הבא.

2. תוכניות תמיכה וסיוע של משרד הרווחה והשירותים החברתיים למען משפחות שכולות עקב תאונות דרכים, עבירות המתה והתאבדויות בישראל

משרד הרווחה והשירותים החברתיים, באמצעות השירות לרווחת הפרט והמשפחה, מפעיל כיום שלוש תוכניות תמיכה וסיוע לבני-משפחה ששכלו את יקיריהן: התוכנית הראשונה מסייעת למשפחות ששכלו בן-משפחה בתאונת דרכים; השנייה מסייעת למשפחות ששכלו בן-משפחה עקב עבירת המתה; והשלישית, שהחלה את פעילותה בימים אלה, תסייע למשפחות שיקיריהן התאבדו. למעשה, שלוש התוכניות מיועדות למשפחות שכולות שאיבדו את יקיריהן במוות פתאומי – שנתפס כטראומטי יותר ממוות לאחר תקופה ממושכת של מצב בריאותי קשה – בנסיבות שאינן ביטחוניות, צבאיות או פגיעה מפעולות איבה.

בטרם נציג תוכניות אלה נציין כי הנתונים בפרק זה מבוססים על נתוני משרד הרווחה והשירותים החברתיים בדבר תוכניות התמיכה והסיוע למשפחות שכולות שהוא מפעיל, כפי שהועברו על-פי בקשת מרכז המחקר והמידע של הכנסת או כפי שפורסמו בדוחות השנתיים של המשרד. הנתונים שנמסרו לנו אינם מלאים, ובנוגע לחלק מהשנים והתוכניות לא נמסרו כל הנתונים. העובדה שנתונים אלה מצויים רק בידי משרד הרווחה הקשתה את השלמת הנתונים ואת הצלבתם. על כך יש להוסיף כאמור כי אין בידנו להעריך אם היקפי התוכניות עונים על הצרכים, אם הן יעילות בהשגת מטרותיהן, מה מידת התאמתן לצורכי האוכלוסיות שאליהן הן פונות ומה מידת שביעות הרצון של מקבלי השירות. עם זאת, מטרות



הכנסת

המסמך אינה להציג את מידת יעילותן של התוכניות אלא לפרט את תוכנן ואופן פעילותן בחמש השנים האחרונות כדי לספק תשתית לדיון בדבר גיבוש תוכנית למשפחות לאחר פטירת ילד.

2.1. תוכנית תמיכה וסיוע למשפחות ששכלו בן-משפחה בתאונת דרכים

לפי נתוני הלמ"ס, בשנים 2007-2011 נהרגו בתאונות דרכים בישראל בממוצע כ-407 אנשים בשנה (בין 437 איש בשנת 2007 ל-384 איש בשנת 2009).¹³

חוק נפגעי תאונות דרכים (סיוע לבני-משפחה), התשס"ב-2002, שנכנס לתוקף בשנת 2002, נחקק כדי לסייע למשפחות שאיבדו בן-משפחה¹⁴ בתאונת דרכים. עד לחקיקת חוק זה, הנפגע עצמו או יורשיו (במקרה מוות) היו זכאים רק לפיצוי כספי על נזקי התאונה, והוא ניתן להם מתוקף חוק הפיצויים לנפגעי תאונות דרכים, התשל"ה-1975.¹⁵ חוק נפגעי תאונות דרכים ביקש לקבוע גם את החובה להודיע למשפחות על מותו של בן-המשפחה בתאונת דרכים על-ידי צוות "בשורה מרה", ואת זכותן לקבל סיוע ותמיכה נפשית.¹⁶

מתוקף החוק הוקם בשנת 2003 בשירות לרווחת הפרט והמשפחה במשרד הרווחה, מרכז סיוע ארצי למשפחות שכולות עקב תאונות דרכים, המנוהל על-ידי מפקח ארצי. מרכז הסיוע הארצי פועל בשני מישורים: ראשית, הבניית מערך סדור ומקצועי של הודעות למשפחות השכולות, המכונות "הודעות מרות"; שנית, פיתוח מענה טיפולי מקיף למשפחות השכולות. תפקידיו ומטרותיו של מרכז הסיוע הארצי הם לקבוע את מדיניות הסיוע וכן לתאם ולרכז את הטיפול והסיוע הניתנים למשפחות על-ידי הגופים השונים: משרדי הממשלה, המוסד לביטוח לאומי, המשטרה, המחלקות לשירותים חברתיים ברשויות המקומיות וארגונים ויחידים (מתנדבים) הנותנים תמיכה למשפחות שכולות עקב תאונות דרכים. למרכז הסיוע צוות היגוי המייצג למנהל המרכז, וחברים בו נציגים של כל אחד מהגורמים האלה: משרד הרווחה, משרד התחבורה, משרד הבריאות, המשטרה והמוסד לביטוח לאומי, וכן חמישה נציגי ציבור.¹⁷

המענה הטיפולי למשפחות השכולות שגובש על-ידי המרכז הארצי מיושם בארבעה מרכזי סיוע אזוריים, הממוקמים בתחנות לטיפול משפחתי¹⁸ בארבע הרשויות המקומיות האלה: **באר-שבע, תל-אביב, כרמיאל (המרכזים הוקמו בשנת 2009) ומשגב (מרכז המונגש לדוברי השפה הערבית שהוקם בשנת**

¹³ הלמ"ס, תחום בריאות ותנועה טבעית, עיבוד מיוחד של נתונים על סיבות תמותה בישראל בשנים 2007-2011, הוכן לבקשת מרכז המחקר והמידע של הכנסת, 18 ביוני 2014.

¹⁴ "בן-משפחה" מוגדר בחוק "בן-זוג, ילד, הורה, אח או אחות, או בן-משפחה אחר שהיה תלוי בנפגע תאונת דרכים"; "נפגע תאונת דרכים" מוגדר בחוק "אדם שנפטר כתוצאה מתאונת דרכים".

¹⁵ לפי סעיף 5 לחוק, במקרים שבהם נהרג אדם כתוצאה מתאונת דרכים, יהיו ה"תלויים" בו זכאים לפיצויים. תלויים הם מי שהיו סמוכים על שולחנו של המנוח לפרנסתם ובכלל זה בן-זוג, אישה וילדים. תשלום הפיצויים בחוק זה מוטל על הנהג הפוגע ואם אין באפשרותו של הנפגע לתבוע את הפיצוי מהפוגע, מוטל התשלום על קרן לפיצוי נפגעי תאונות דרכים; ראו: פרק ג', סעיף 12 לחוק.

¹⁶ מתוך דברי ההסבר להצעת חוק מרכז סיוע לנפגעי תאונות דרכים, התש"ס-2000.

¹⁷ נציגי הציבור בוועדת ההיגוי של מרכז הסיוע הארצי הם פסיכולוג, עובד סוציאלי, נציג המרכז לשלטון מקומי ושני נציגים של ארגונים המייצגים נפגעי תאונות דרכים. ראו: סעיף 2(ב) לחוק נפגעי תאונות דרכים (סיוע לבני משפחה) התשס"ב-2002.

¹⁸ משרד הרווחה והשירותים החברתיים מפעיל תחנות לטיפול זוגי ומשפחתי בכ-70 רשויות מקומיות (מתוך 254 רשויות מקומיות בישראל – נתון מ-2013. נוסף על כך, יש שתי מועצות מקומיות תעשייתיות). התחנות נותנות שירותי ייעוץ וטיפול למשפחות וזוגות במגוון תחומים. ראו: משרד הרווחה, [תחנות ייעוץ וטיפול בחיי המשפחה ונישואין](#), כניסה אחרונה ב-12 באוגוסט 2014.



2010). **במחוז ירושלים אין מרכז סיוע אזורי**. בראש המרכזים האזוריים עומדים מפקחים אזוריים (בחצי משרה), הכפופים למפקח הארצי, והם האחראים ליישום התוכנית במרכזי הסיוע האזוריים ובמחלקות לשירותים חברתיים בכל הרשויות המקומיות בישראל.

מרכזי הסיוע האזוריים מפעילים את השירותים האלה: ¹⁹

- סיוע למחלקות לשירותים חברתיים ברשויות המקומיות בליווי בני-המשפחה;
- הפעלת מערך מתנדבים לסיוע לבני-המשפחה;
- ייזום קבוצות תמיכה, שמפעילה עמותת "יד הנקטפים" לפי מכרז, במרכזי הסיוע האזוריים וברשויות המקומיות (לפי דרישה).²⁰
- מתן טיפול אישי ומשפחתי במרכזי הסיוע האזוריים, באמצעות עובדים סוציאליים המוכשרים לטיפול בשכול.
- מתן מידע לבני-משפחות של נפגעי תאונות דרכים בדבר זכויותיהם ודרכי מימושן.
- הכנת מאגר נתונים על הנפגעים ובני-משפחותיהם ועריכת סקרים לבירור צורכיהם.
- הכשרה והדרכה של העובדים המשולבים במימוש החוק: נציגי הרשויות, חברי צוותי ההודעה למשפחות, מתנדבים ובני/בנות שירות לאומי.

על-פי רוב, המחלקות לשירותים חברתיים ברשויות המקומיות, המחויבות על-פי חוק נפגעי תאונות דרכים (סיוע לבני-משפחה), התשס"ב–2002, למנות נציג מטעמן שילווה את השוטר שבא להודיע לבני-משפחה על מותו של בן-המשפחה בשל תאונת דרכים (כחלק מצוות הודעה מרה, שמעביר למשפחות מידע ראשוני בעניין זכויותיהן), יוצרות קשר עם משפחות הנפגעים בדרך זו.²¹ לשם קבלת התמיכה והסיוע הנפשי על המשפחות לפנות למרכזי הסיוע האזוריים. בעבר היה נהוג לבחון את זכאות המשפחה לשירותי סיוע לפי מצבה הכלכלי-חברתי, אך תבחין זה בוטל,²² וכיום כל משפחה ששכלה בן-משפחה בתאונת דרכים זכאית לקבל ליווי²³ וכן תמיכה וסיוע נפשי. הטיפול הנפשיים (משפחתיים, זוגיים או

¹⁹ מרכזי הסיוע לנפגעי תאונות דרכים במשרד הרווחה והשירותים החברתיים, בשיתוף הרשות הלאומית לבטיחות בדרכים, [חוקרת מידע למשפחות נפגעי תאונות דרכים](#), פברואר 2009, כניסה אחרונה ב-14 ביולי 2014.

²⁰ מאז עיגון הסיוע לנפגעי תאונות דרכים בחוק, העמותה נותנת שירותי תמיכה למשפחות בתיאום עם מרכזי הסיוע ובהתקשרות עם משרד הרווחה לפי מכרז. העמותה מפעילה קבוצות תמיכה אזוריות, והן נפתחות במקומות שבהם יש מספר מינימלי של אנשים המבקשים להשתתף בתוכנית. תקציב פעילות העמותה במסגרת התוכנית מיועד למימון שתי עובדות סוציאליות בחצי משרה, בצפון ובמרכז, ולמימון מנחים לקבוצות התמיכה. אילן שריף, מפקח ארצי – אובדן פתאומי ושכול ותחנות לטיפול משפחתי, משרד הרווחה והשירותים החברתיים, שיחת טלפון, 22 ביוני 2014.

²¹ שם.

²² אילן שריף, מפקח ארצי – אובדן פתאומי ושכול ותחנות לטיפול משפחתי, משרד הרווחה והשירותים החברתיים, שיחת טלפון, 20 ביולי 2014.

²³ ליווי המשפחות נעשה גם באמצעות מתנדבים המקבלים הכשרה מתאימה וארגונים העוסקים בתמיכה בנפגעי תאונות דרכים. כמו כן, רשות מקומית שבתחומה יש יותר משלושה הרוגים בשנה בתאונות דרכים זכאית להסתייע בבן/בת שירות לאומי לטיפול במשפחות, במשימות מסוימות, לפי דרישה ממרכז הסיוע. מרכז הסיוע, בשיתוף עם עמותת "יד הנקטפים", יוזם ומפעיל קבוצות תמיכה לבני-המשפחה של נפגעי תאונות דרכים במרכזי הסיוע וברשויות המקומיות. ראו: חוזר מנכ"ל משרד הרווחה והשירותים החברתיים מס' 1.30, [הסדרים למימוש חוק נפגעי תאונות דרכים התשס"ב–2002](#), יולי 2009, כניסה אחרונה ב-14 ביולי 2014.



פרטניים) ניתנים רק בארבעת מרכזי הסיוע האזוריים, לתקופה של עד שנתיים מתחילת קבלת הטיפול.²⁴ שירותי התוכנית ניתנים ללא תשלום מצד המשפחות.

2.1.1 פעילות התוכנית לסיוע למשפחות ששכלו בן-משפחה בתאונת דרכים

להלן נציג את היקף פעילות התוכנית בשנים 2010-2013. הנתונים מבוססים על תשובת משרד הרווחה על בקשת המידע של מרכז המחקר והמידע של הכנסת בנושא. לפני שנציג את הנתונים, נסביר בקצרה את המדדים המוצגים בה:

- יש פער בין מספר ההודעות המרות שנמסרו לבני-משפחה ובין מספר ההרוגים בתאונות דרכים. לדברי משרד הרווחה מספר ההודעות המרות מבטא רק את ההודעות שנמסרו למשפחות שיקריהן נהרגו בתאונות דרכים על-ידי צוות הודעה מרה ולא הודעות שנמסרו בדרכים אחרות: הודעות שנמסרו בבתי-חולים על-ידי הצוותים הרפואיים, ובכלל זה הודעות על פטירות מאוחרות; מידע שניתן לבני-משפחה שהגיעו בעצמם למקום התאונה. כמו כן, יש הרוגים ללא קרובי משפחה בארץ וסיבות נוספות לאי-מסירת הודעה.²⁵
- מספר הפניות לקבלת סיוע המוצג להלן הוא מספרן של כלל המשפחות שפנו למרכזי הסיוע בבקשה לקבל ליווי וטיפול, אך לא בהכרח כולן קיבלו ליווי או טיפול, מסיבות שונות. הנתון בטבלה על מספר המשפחות שקיבלו ליווי מבטא את מספר המשפחות שהוענק להן שירות של ליווי, הכוונה וייעוץ מעובדים סוציאליים או ממתנדבים, ללא טיפול נפשי כזה או אחר. נוסף על כך, לחלק מהפונים נערך ריאיון קליטה אבחוני (אינטייק) בלבד, ואחריו לא ניתן סיוע נוסף כגון טיפול משפחתי, זוגי או פרטני. לבסוף, נציין שכל גורם (משפחה או פרט) עשויים לקבל כמה טיפולים שונים – בחלק מהמשפחות קיבלו בני-המשפחה רק טיפול זוגי או משפחתי, במשפחות אחרות ניתן לבני-המשפחה רק טיפול פרטני, ומשפחות אחרות קיבלו גם טיפול זוגי או משפחתי וגם טיפול פרטני לחלק מבני-המשפחה. משכך, מנתוני משרד הרווחה שנמסרו לנו קשה לקבוע במדויק את מספר האנשים או המשפחות שקיבלו תמיכה וטיפול במסגרת תוכנית זו.

²⁴ אילן שריף, מפקח ארצי – אובדן פתאומי ושכול ותחנות לטיפול משפחתי, משרד הרווחה והשירותים החברתיים, שיחת טלפון, 20 ביולי 2014.

²⁵ גבי ענת שגב, מרכזת הקשר כנסת-ממשלה, משרד הרווחה והשירותים החברתיים, מכתב, 25 במאי 2014.



²⁹ 2013	²⁸ 2012	²⁷ 2011	²⁶ 2010	
308	290	383	377	הרוגים בתאונות דרכים
186	206	256	-	הודעות מרות שנמסרו
206	166	122	121	משפחות שפנו בבקשה לסיוע
8	73	29	29	המשפחות שקיבלו ליווי בלבד
37	51	9	0	משפחות או פרטים שעברו ריאיון קליטה אבחוני בלבד (אינטייק) שלאחריו לא ניתן טיפול נוסף
28	21	20	-	משפחות שקיבלו טיפול זוגי או משפחתי
60	45	45	43	פרטים שקיבלו טיפול פרטני
14	12	7	8	קבוצות התמיכה שהופעלו
180	148	80	100	משתתפים בקבוצות התמיכה

להלן הממצאים העיקריים:

- בשנים 2013-2010 גדל בהתמדה מספר הפניות לסיוע ממרכזי הסיוע. בשנים אלה הייתה מגמה מעורבת במספר ההרוגים בתאונות דרכים, ועם זאת, בכל השנים מספר ההרוגים בתאונות דרכים היה גבוה ממספר המשפחות שפנו לקבלת סיוע.
- מסכימת כלל המשפחות והפרטים שקיבלו ליווי בלבד או טיפול לסוגיו (בהנחה שאין חפיפה בין מי שקיבלו טיפול משפחתי ומי שקיבלו טיפול פרטני) עולה כי בדרך כלל מספר הפונים לקבלת סיוע היה גדול ממספרם של הזוכים לליווי ולטיפול במרכזי הסיוע. בהקשר זה מסר משרד הרווחה כי "המרכזים אינם נגישים מספיק לחלקים רבים מאוכלוסיית היעד, שמוצאת אותם רחוקים מדי גיאוגרפית ולעתים קיים קושי בהתאמתם לאוכלוסייה חרדית, ערבית, או למאפיינים תרבותיים אחרים".³⁰
- בשנים 2011-2010 הצטמצם מספר המשתתפים בפעילות קבוצות התמיכה, אך בשנים 2013-2012 חל גידול ניכר במספר קבוצות התמיכה שהופעלו ובהיקף המשתתפים בהן. ממשרד הרווחה נמסר כי מגמה זו מוסברת בשינוי ארגוני שנעשה וכן בשינוי תוכני הקבוצות.³¹

²⁶ שם.

²⁷ שם; אילן שריף, מפקח ארצי – אובדן פתאומי ושכול ותחנות לטיפול משפחתי במשרד הרווחה והשירותים החברתיים, מכתב, 5 ביוני 2014.

²⁸ גבי ענת שגב, מרכזת הקשר כנסת-ממשלה, משרד הרווחה והשירותים החברתיים, מכתב, 25 במאי 2014.

²⁹ שם.

³⁰ שם.

³¹ שם.



- בשנים 2011-2013 חל גידול במספר מקבלי הטיפולים המשפחתיים או הזוגיים, מ-20 מטופלים בשנת 2011 ל-28 מטופלים בשנת 2013, וכן גדל מספר מקבלי הטיפולים הפרטניים, מ-43 מטופלים בשנת 2010 ל-60 מטופלים בשנת 2013.

2.1.2 תקציב התוכנית לסיוע למשפחות ששכלו בן-משפחה בתאונת דרכים

תוכנית הסיוע מופעלת על-ידי משרד הרווחה וממומנת מתקציב הרשות הלאומית לבטיחות בדרכים. מכוח חוק נפגעי תאונות דרכים (סיוע לבני-משפחה), התשס"ב-2002, ולפי סעיף 44 לחוק הרשות הלאומית לבטיחות בדרכים (הוראת השעה), התשס"ו-2006, הרשות הלאומית לבטיחות בדרכים מעבירה בכל שנה 3.2 מיליון ש"ח למשרד הרווחה השירותים החברתיים לתפעול כלל מערך הסיוע וההודעות המרות.³² מחצית מסכום זה (1.6 מיליון ש"ח) מועבר ממשרד הרווחה והשירותים החברתיים למשטרת ישראל למימון יחידות המודיעים במקרה אסון, והיתר מועבר למימון מרכזי הסיוע האזוריים לשם הפעלת קבוצות תמיכה, מימון הכשרת העובדים בשירותי התמיכה והסיוע והפקת טקס זיכרון שנתי להרוגים בתאונות דרכים בשיתוף עמותת "יד לנקטפים".³³ בטבלה שלהלן מוצגים נתוני תקציב משרד הרווחה המיועד לסיוע למשפחותיהם של נפגעי תאונות דרכים בשנים 2009-2013, לא כולל התקציב שמועבר למימון צוותי הודעה מרה במשטרת ישראל.

טבלה מס' 3: התקציב להפעלת מרכז הסיוע לבני-משפחה של נפגעי תאונות דרכים בשנים 2009-2013 (באלפי שקלים):³⁴

2013	2012	2011	2010	2009	תקנה תקציבית מס' 23-10-26-98 ³⁵ מרכז סיוע לבני-משפחתם של נפגעי תאונות דרכים
1,620	1,600	1,600	1,600	1,600	תקציב מקורי נטו
224	0	0	33	33	הוצאה מותנית הכנסה תקציב מקורי
1,844	1,600	1,600	1,633	1,633	סה"כ תקציב מקורי
2,418	2,122	1,400	2,369	3,064	תקציב על שינויי נטו
260	200	300	313	150	הוצאה מותנית הכנסה — תקציב על שינויי ³⁶
2,678	2,322	1,700	2,682	3,214	סה"כ תקציב על שינויי
1,864	1,353	954	1,577	1,381	ביצוע
69.6%	58.3%	56.1%	58.8%	43%	שיעור ביצוע מתוך כלל התקציב על שינויי

³² תקנה תקציבית מס' 23-10-72-53 במשרד הרווחה והשירותים החברתיים.

³³ הרשות הלאומית לבטיחות בדרכים, [דוח שנתי לשנת 2011](#), עמ' 148, כניסה אחרונה ב-14 ביולי 2014.

³⁴ נתוני אגף החשב הכללי במשרד האוצר – החטיבה למידע ניהולי, דואר אלקטרוני, 7 בספטמבר 2014; נתוני משרד האוצר, תקציב וביצוע (שנים שונות), [באתר מאגרי המידע הממשלתיים](#), כניסה אחרונה ב-11 בספטמבר 2014.

³⁵ עד שנת 2010 מספר התקנה התקציבית לתוכנית זו היה 23-10-72-51.

³⁶ הסכומים הכלולים בהוצאה מותנית בהכנסה הם סכומי ההשתתפות של רשויות מקומיות, ביטוח לאומי או גורמים אחרים במימון מרכיבים מסוימים של התוכנית. דניאל שיימס, תקציבן, משרד הרווחה והשירותים החברתיים, שיחת טלפון, 7 בספטמבר 2014.



הכנסת

- מנתוני התקציב המקורי עולה כי הוא כמעט לא השתנה בחמש השנים האחרונות, ועמד על כ-1.6 מיליון ש"ח בשנה. בעניין זה נמסר ממשרד הרווחה כי "התקציב נסמך על חקיקה משנת 2006 ומאז לא עודכן. בנוסף, נפתחו מאז מרכזים טיפוליים וכיום יש תוכנית לפריסה רחבה יותר שלהם, אך נושא זה טרם מתקצב. גם שינויים שנערכו במערך קציני המודיעים במשטרת התנועה – אינם מתקצבים".³⁷
- בכל אחת משנים אלה היה התקציב על שינויי גבוה יותר מהתקציב המקורי, ולבד משנת 2011, שבה התקציב על שינויי היה גבוה מהתקציב המקורי רק ב-6%, בכל השנים היה התקציב על שינויי גבוה מהתקציב המקורי ב-45% (בשנים 2012-2013) עד 97% (בשנת 2009).
- שיעור הניצול של התקציב על שינויי גדל בהתמדה בשנים אלה, אך שיעור הניצול המרבי היה כ-70%. בחינת שיעור הניצול ביחס לתקציב המקורי מעלה כי שיעורי הניצול היו גבוהים: בין 60% בשנת 2011 ל-101% בשנת 2013.

2.2 תוכנית סנ"ה לסיוע למשפחות שכולות עקב עבירות המתה

לפי נתוני הלמ"ס, בשנים 2007-2011 נהרגו בישראל מתקיפה במוצע כ-140 אנשים בשנה (בין 120 איש בשנת 2008 ל-150 איש בשנת 2010).³⁸

חוק זכויות נפגעי עבירה, התשס"א-2001,³⁹ שנכנס לתוקף ב-21 ביוני 2001,⁴⁰ קובע את זכויותיהם של מי שנפגעו מעבירות פליליות⁴¹ בכל הקשור להגנתם המשפטית של הנפגעים והבטחת מעורבותם ושיתופם בהליך החקירה ובהתנהלות המשפט של הפוגע.⁴² רוב הזכויות לפי החוק ניתנות במקרים שבהם החקירה החלה אחרי 1 באפריל 2005.⁴³

בחוק במתכונתו הנוכחית אין רכיב של מתן סיוע נפשי ותמיכה רגשית למשפחות שכולות עקב עבירות המתה (רצח והריגה). במהלך השנים הוגשו כמה הצעות חוק שמטרתן לקבוע בחקיקה פיצוי וסיוע למשפחות נפגעי עבירות המתה, אך עד היום לא התקבלה אף לא אחת מהן.⁴⁴ עם זאת, בשנת 2008 מינה

³⁷ גבי ענת שגב, מרכזת הקשר כנסת-ממשלה, משרד הרווחה והשירותים החברתיים, מכתב, 25 במאי 2014.

³⁸ הלמ"ס, תחום בריאות ותנועה טבעית, עיבוד מיוחד של נתונים על סיבות תמותה בישראל בשנים 2007-2011, הוכן לבקשת מרכז המחקר והמידע של הכנסת, 18 ביוני 2014.

³⁹ לנוסח החוק המלא ראו: [חוק זכויות נפגעי עבירה, התשס"א-2001](#).

⁴⁰ החוק פורסם ב-21 במרס 2001 ונכנס לתוקף שלושה חודשים מיום פרסומו לבד מכמה מסעיפי החוק, שנכנסו לתוקף בהדרגה במועדים מאוחרים יותר, עד 1 באפריל 2005, או בהתאם לצווים שקבעו השרים.

⁴¹ לפי הגדרת החוק, "נפגע עבירה" הוא מי שנפגע במישרין מעבירה וכן בן-משפחה של מי שהעבירה גרמה למותו, למעט החשוד, הנאשם או הנידון. הגדרת בן-משפחה בחוק: "בן-משפחה" הוא בן-זוג, הורה או בן-זוג של הורה, בן או בת, אח או אחות, של מי שהעבירה גרמה למותו. לפי הגדרת החוק, עבירה היא "למעט עבירת תעבורה שמתקיימים בה כל אלה: (1) היא מסוג עוון או פשע; (2) היא נעברה בישראל, ואם נעברה מחוץ לישראל, בית-משפט בישראל דן בה; (3) חקירתה תיעשה בידי הגוף החוקר והתביעה בה תנוהל בידי תובע". ראו: ההגדרות בסעיף 2, [חוק זכויות נפגעי עבירה, התשס"א-2001](#).

⁴² עיקרי החוק נוגעים ליידועו של הנפגע בהליך הפלילי המתנהל נגד הנאשם בעבירה, הגנה עליו והקניית הזכות להשמעת עמדתו בשלבים מסוימים. החוק מעגן את הזכויות האלה: הגבלה על מסירת פרטים אישיים של נפגע עבירה; זכות הנפגע לקבלת מידע על ההליך הפלילי; זכות עיון בכתב אישום; זכות לקבל מידע על הסדרי העונש; זכות לקבל מידע על שירותי סיוע; זכות לנוכחות בהליך החקירה ובדיונים בדלתיים סגורים; זכות להביע עמדה בנוגע לעיכוב הליכים, הסדרי טיעון, ועדת שחרורים או חנינה של הפוגע; הענקת הזכויות לבני-המשפחה של הנפגע אם העבירה גרמה למותו.

⁴³ משרד המשפטים, [זכויות נפגעי עבירה](#), כניסה אחרונה ב-14 ביולי 2014.

⁴⁴ ראו: הצעת חוק של חברת הכנסת יעל דיין וקבוצת חברי הכנסת, פ/3287 (לשעבר פ/2952 מ-25 ביולי 2001), הצעת חוק זכויות נפגעי עבירה (תיקון – שירותי סיוע ופיצויים), התשס"ב-2002 – ההצעה הונחה לפני דיון מוקדם; הצעת חוק של



מנכ"ל משרד הרווחה והשירותים החברתיים מר נחום איצקוביץ' ועדה בין-משרדית לקידום זכויות נפגעי עבירה, בראשות המשנה למנכ"ל משרד הרווחה מר מנחם וגשל ובשיתוף משרד המשפטים. הוועדה החלה את פעילותה במרס 2008 ובמסגרתה פעלו חמש ועדות משנה שעסקו בהיבטים השונים של הסוגיה.

ב-22 בנובמבר 2009 החליטה הממשלה להטיל על מנכ"ל משרד הרווחה והשירותים החברתיים להקים מערך של תמיכה טיפולית וסיוע למשפחות נפגעי עבירות המתה (רצח והריגה), שיכלול הקמת צוותי הודעה מרה ברשויות המקומיות והכשרתם אנשי הצוות לביצוע המשימה, הקמת מרכזי סיוע למשפחות הנפגעים למיצוי זכויותיהם, מתן סל שירותים טיפוליים ושיקומיים, מתן סיוע וליווי משפטי למיצוי הזכויות בהליך הפלילי ובהליך האזרחי, הפעלת קבוצות תמיכה ומתן סל שירותים מיידים למשפחות הנפגעים הזקוקות לכך.⁴⁵

בעקבות החלטת הממשלה הוקמה בשנת 2010 **תוכנית סנ"ה – תוכנית סיוע לנפגעי עבירות המתה (רצח והריגה)**, בהובלת משרד הרווחה והשירותים החברתיים ובשיתוף פעולה עם משרד המשפטים והמשרד לביטחון פנים. התוכנית פועלת לפי נוהל בין-משרדי, והוא מתעדכן מעת לעת ומאושר על-ידי ועדת היגוי בין-משרדית. את התוכנית מפעיל השירות לרווחת הפרט והמשפחה במשרד הרווחה, והוא אף מפקח עליה, באמצעות חמישה מרכזי סיוע אזוריים: מרכזי הסיוע בבאר-שבע, בתל-אביב ובחיפה פעלו מחודש מאי 2011 באמצעות ארגון ויצ"ו שזכה במכרז להפעלתם; מרכזי הסיוע בכפר-כנא (בשפה הערבית) ובירושלים נפתחו בשנת 2012. מחודש יולי 2012 ואילך הפעלת כל חמשת המרכזים האלה הועברה לעמותת "אלה", לפי מכרז.⁴⁶ מנהלות מרכזי הסיוע עברו כולן הכשרה מקיפה בנושא הטיפול באובדן ובשכול, במסגרת קורס הכשרה למטפלים באובדן ושכול שמפעיל משרד הרווחה.⁴⁷

על-פי נוהל בין-משרדי, לשם מתן שירותי התמיכה והסיוע הנפשי והרגשי לנפגעי עבירות המתה נדרש אישור של ועדת זכאות, שחברים בה נציגים של משרד המשפטים (יו"ר הוועדה), אגף נפגעי עבירה במשטרת ישראל והשירות לרווחת הפרט במשרד הרווחה והשירותים החברתיים. הוועדה קובעת, סמוך לקרות האירוע, אם הוא נכלל בקטגוריה של עבירות המתה. הזכאות לרוב השירותים שמציעה התוכנית היא לשנתיים מיום הפנייה או עד למיצוי סל השירותים כפי שנקבע עם פניית המשפחה למרכז הסיוע,⁴⁸ ואולם ההשתתפות בקבוצות התמיכה אינה מוגבלת בזמן.⁴⁹ השירותים ניתנים לזכאים ללא תשלום דמי

חברי הכנסת אופיר פינס-פז וזהבה גלאון, פ/2286, הצעת חוק זכויות נפגעי עבירה (תיקון – שירותי סיוע), התשס"ד-2004 – ההצעה הונחה לפני דיון מוקדם; הצעת חוק של חברת הכנסת נדיה חילו, פ/2983/17, הצעת חוק זכויות נפגעי עבירה (תיקון – שירותי סיוע ופיצוי), התשס"ח-2007. ההצעה הועברה לוועדת הכנסת לקביעת ועדה מטפלת; הצעת חוק של חבר הכנסת דוד רותם וקבוצת חברי הכנסת, פ/2/18, הצעת חוק התגמולים לנפגעי פעולות איבה (תיקון – החלה על נפגעי עבירה), התשס"ט-2009 – ההצעה הונחה לפני דיון מוקדם; הצעת חוק של חבר הכנסת איתן כבל, פ/1113/18, הצעת חוק תגמולים לשאיריו של מי שמת כתוצאה ממעשה עבירה, התשס"ט-2009 – ההצעה הונחה לאחר דיון מוקדם.

⁴⁵ החלטת ממשלה מס' 936, **"סיוע למשפחות נפגעי עבירות המתה"**, 22 בנובמבר 2009, כניסה אחרונה ב-14 ביולי 2014.

⁴⁶ גבי ענת שגב, מרכזות הקשר כנסת-ממשלה, משרד הרווחה והשירותים החברתיים, מכתב, 25 במאי 2014.

⁴⁷ אילן שריף, מפקח ארצי – אובדן פתאומי ושכול ותחנות לטיפול משפחתי, משרד הרווחה והשירותים החברתיים, שיחת טלפון, 20 ביולי 2014.

⁴⁸ גבי ענת שגב, מרכזות הקשר כנסת-ממשלה, משרד הרווחה והשירותים החברתיים, מכתב, 25 במאי 2014. לדברי משרד הרווחה, בתחילה נקבע שהיקף הסל יעמוד על 30,000 ש"ח למשפחה, והסכום ייועד לטיפול רגשי, ללא הסיוע המשפטי. סל טיפולים לאדם אחד עומד על 10,000 ש"ח, סל טיפולים לשני בני-משפחה עומד על 20,000 ש"ח וסל טיפולים משפחתי עומד על 30,000 ש"ח לכל היותר. סכומים אלו מיועדים לטיפול למשך שנתיים. כיום בוחנים את עדכון הסל כדי להעלות את הסכום לכ-40,000 ש"ח למשפחה. שם.

⁴⁹ בעבר הזכאות הייתה נשקלת לפי מבחן הכנסה, אך תבחין זה בוטל. שם.



השתתפות מצדם. לדברי משרד הרווחה, בימים אלה נבחנים נוהלי הזכאות והתבחינים בתחום זה, והמשרד פועל לגיבוש נהלים חדשים בנושא ולפרסומם.⁵⁰

בתוכנית כמה מרכיבים, ובהם:⁵¹

- **צוותי הודעה מרה** יופעלו בשיתוף בין משטרת ישראל (אגף נפגעי עבירה) למשרד הרווחה; בכל צוות שוטר ונציג של הרשות המקומית, והם המודיעים למשפחה על קרות אירוע השכול. תהליך זה כלול בתוכנית, אך במועד כתיבת המסמך הוא עדיין אינו מיושם.⁵²
- **סל שירותים מיידי** למילוי צרכים חיוניים של המשפחות הנפגעות מייד לאחר קרות האירוע. גורם טיפולי מהרשות המקומית עומד בקשר עם המשפחה, מגיע אליה סמוך לאירוע ולהודעה ומוסר לה מידע על זכויותיה, מאבחן את מצבה ועומד על צרכיה המיידיים. במסגרת זו ניתן סיוע כספי של עד 5,000 ש"ח למשפחה להוצאות ראשוניות ומיידיות, ובין היתר הסעות אבלים, הוצאות קבורה, הוצאות ימי האבל והוצאות רפואיות חריגות ודחופות.⁵³
- **שירותי טיפול ותמיכה נפשיים** ניתנים באמצעות חמישה מרכזי הסיוע האזוריים, ובהם נקבעת התוכנית הטיפולית לכל משפחה והרכב הטיפולים שיינתנו לה, בהתאם לצורכי המטופלים מבחינת אופי הטיפול והתאמה גיאוגרפית, תרבותית ולשונית. המרכזים מפנים את בני-המשפחה לטיפולים פרטניים-אישיים או לקבוצות תמיכה – שירותים שמעניקים גורמים פרטיים שהמשרד התקשר עמם לעניין זה. גורמים פרטיים אלה מוסמכים לטפל בשכול, וההפניה אליהם נעשית כאמור על-ידי מרכזי הסיוע.⁵⁴ לאחר מיצוי סל הסיוע ועל-פי הצרכים, המשפחה מופנית להמשך טיפול במחלקות לשירותים חברתיים ברשויות המקומיות,⁵⁵ ואפשר להמשיך את הסיוע לה באמצעות קבוצות התמיכה.⁵⁶
- **סיוע וליווי משפטי** בהליכים פליליים ואזרחיים ניתנים על-ידי האגף לסיוע משפטי במשרד המשפטים, לפי זכאות, למשך שנתיים. במסמך זה לא נפרט את הסיוע משפטי הכלול בשירותי התוכנית, מאחר שהמסמך עוסק בסיוע נפשי.

⁵⁰ שם.

⁵¹ משרד הרווחה והשירותים החברתיים, חוזר מנכ"ל מיוחד מס' 20, **סיוע למשפחות נפגעי המתה**, 14 בדצמבר 2010. במשרד הרווחה מציינים כי חוזר מנכ"ל זה אינו מעודכן במלואו, וכי בימים אלה פועלים במשרד לעדכון. גב' ענת שגב, מרכזת הקשר כנסת-ממשלה, משרד הרווחה והשירותים החברתיים, מכתב, 25 במאי 2014.

⁵² לדברי משרד הרווחה, משטרת ישראל פועלת להרחבת צוות ההודעות המרות שלה, וכשיסתיים התהליך יחל לפעול צוות הודעה מרה לנפגעי עבירה. לפי הערכת המשרד, התהליך יסתיים בתוך כמה חודשים. אילן שריף, מפקח ארצי – אובדן פתאומי ושכול ותחנות לטיפול משפחתי, משרד הרווחה, שיחת טלפון, 13 באוגוסט 2014.

⁵³ זוהי הטבה ייחודית הניתנת נוסף על החזר הוצאות הקבורה על-ידי המוסד לביטוח לאומי לזכאים.

⁵⁴ לעומת זאת, בתוכנית הסיוע למשפחות שכולות עקב תאונות דרכים הטיפולים (פרטניים, זוגיים וממשפחתיים) ניתנים במרכזי הסיוע עצמם ללא הפניה למטפלים פרטיים.

⁵⁵ אילן שריף, מפקח ארצי – אובדן פתאומי ושכול ותחנות לטיפול משפחתי, משרד הרווחה והשירותים החברתיים, שיחת טלפון, 20 ביולי 2014.

⁵⁶ גב' ענת שגב, מרכזת הקשר כנסת-ממשלה, משרד הרווחה והשירותים החברתיים, מכתב, 25 במאי 2014.



2.2.1 פעילות התוכנית לסיוע למשפחות שכולות עקב עבירות המתה

להלן נציג נתונים על היקף התוכנית מאז הקמתה ב-2011 ועד סיום שנת 2013, כפי שנמסרו ממשרד הרווחה והשירותים החברתיים לבקשת מרכז המחקר והמידע של הכנסת. לפני שנציג את המידע, נסביר בקצרה את משמעות הנתונים המוצגים להלן:

- מספר בקשות הסיוע שבהן טיפלו מרכזי הסיוע האזוריים מתחלק לבקשות שאושרו, בקשות שנדחו עקב אי-זכאות, בקשות שנמצאות בבירור על-ידי הוועדה, בקשות שנמצאות בחקירה משטרתית (ולכן עדיין לא מתאפשרת קביעת זכאות) ומקרים שבהם לא ידוע על קרובי משפחה הזקוקים לתמיכה וסיוע.
- מספר המשפחות שקיבלו ליווי וסיוע רגשי במרכזי הסיוע האזוריים הוא סיכום של שני הפרמטרים המפורטים תחתיו: מספר המשפחות שקיבלו ליווי בלבד ומספר המשפחות שקיבלו גם טיפול. אם היו בידנו נתונים נוספים, שאינם מתכנסים לפרמטרים המוצגים בטבלה, הצגנו אותם בהערות שוליים. נתונים חסרים מסומנים בקו (-).⁵⁷ יש לציין כי מאחר שהזכאות לסל הסיוע היא לשנתיים מתחילת קבלת הסיוע, אפשר שבמספר המטופלים והמשפחות המטופלות בכל שנה נכללים מטופלים ומשפחות שהחלו לקבל שירות בשנה שקדמה לה.

טבלה מס' 4: פעילות התוכנית לסיוע למשפחות שכולות עקב עבירות המתה בשנים 2011-2013

2013	2012 ⁵⁹	2011 ⁵⁸	
130	136	152	קורבנות עבירות המתה
115	115	97	בקשות לסיוע
77	94	64	בקשות שאושרו
5	3	0	בקשות שנדחו
27	18	30	בקשות בבירור על-ידי הוועדה
2	0	0	בקשות בחקירה משטרתית
4	0	3	קורבנות עבירות המתה ללא קרובי משפחה
274	162	25	כלל המשפחות שקיבלו ליווי בלבד או טיפול נפשי
-	73	21	משפחות שקיבלו ליווי (ללא טיפול)
-	59	4	משפחות שקיבלו טיפול נפשי
7	2	2	קבוצות התמיכה שהופעלו
72	25	26	המשתתפים בקבוצות התמיכה

⁵⁷ ממשרד הרווחה נמסר כי התעוררו קשיים בתיעוד ובריכוז של נתוני פעילות מרכזי הסיוע על-ידי העמותה המפעילה אותם, בין היתר עקב החלפת העמותה המפעילה במכרז. לפיכך, לאחרונה הוכנסה לשימוש תוכנה חדשה לניהול הנתונים בעמותה המנהלת. אילן שריף, מפקח ארצי – אובדן פתאומי ושכול ותחנות לטיפול משפחתי, משרד הרווחה, שיחת טלפון, 20 ביולי 2014.

⁵⁸ בשנה זו ניתנו גם 40 הפניות לטיפול פרטני, וארבע הפניות לאבחון מיוחד. אילן שריף, מפקח ארצי – אובדן פתאומי ושכול ותחנות לטיפול משפחתי במשרד הרווחה והשירותים החברתיים, מכתב, 5 ביוני 2014.

⁵⁹ מספר כל בני-המשפחה שקיבלו טיפול נפשי במסגרת התוכנית הוא 139; שם.



- אפשר לראות שבשנים 2012-2013 מספר הפונים לקבלת סיוע קטן רק במעט ממספר הנפטרים מעבירות המתה, בניגוד לפער בנתוני התוכנית לסיוע למשפחות שאיבדו בן-משפחה בתאונת דרכים.
- בשלוש שנות פעילות התוכנית גדל מספרן של כלל המשפחות שקיבלו ליווי או טיפול נפשי, מ-25 משפחות בשנת 2011 ל-274 משפחות בשנת 2013. עם זאת, יש לציין כי מספרים אלה אינם מבטאים את מספר המקרים החדשים בשנה, אלא את כלל המשפחות שמלוות ומטופלות במרכזים האזוריים בכל שנה, שחלקן התחילו טיפול בשנים קודמות.
- בין שנת 2012 ל-2013 גדל מספר קבוצות התמיכה הפועלות במסגרת התוכנית ובמספר המשתתפים בהן.

2.2.2 תקציב התוכנית לסיוע למשפחות שכולות עקב עבירות המתה

בהחלטת הממשלה שהוצגה לעיל נקבע כי מערך הסיוע יתוקצב על-ידי משרד הרווחה והשירותים החברתיים. נקבע שהתקציב לתוכנית יתעדכן על-פי התקדמות הקמתה במשך שלוש שנים, מ-8,090,000 ש"ח בשנת 2010 ל-11,560,000 ש"ח בשנת 2011, ועד 18,500,000 ש"ח בשנת 2012. על-פי ההחלטה, משנת 2012 ואילך, כאשר המערך יגיע להבשלה מלאה, תקציב התוכנית יעמוד על 18,500,000 ש"ח.⁶⁰

בטבלה שלהלן נציג את התקציב למימון תוכנית הסיוע הנפשי בשנים 2011-2013. בתקציב זה לא נכלל תקציב הסיוע המשפטי, המועבר ממשרד הרווחה למשרד המשפטים, אלא רק תקציב משרד הרווחה.⁶¹

טבלה מספר 5: תקציב לטיפול בנפגעי עבירות המתה, 2011-2013 (באלפי שקלים)⁶²

תקנה תקציבית	סוג	2011	2012	2013
23-10-26-96 טיפול בנפגעי המתה	תקציב מקורי נטו	6,000	10,000	10,090
	הוצאה מותנית הכנסה, תקציב מקורי	0	0	0
	סה"כ תקציב מקורי	6,000	10,000	10,090
	תקציב על שינויי נטו	3,750	5,961	5,865
	הוצאה מותנית הכנסה, תקציב על שינויי	0	50	0
	סה"כ תקציב על שינויי	3,750	6,011	5,865
	ביצוע	2,735	4,160	4,253
	שיעור ביצוע מתוך כלל התקציב על שינויי	72.9%	69.2%	72.5%

⁶⁰ החלטת ממשלה מס' 936, "סיוע למשפחות נפגעי עבירות המתה", 22 בנובמבר 2009, כניסה אחרונה ב-23 ביולי 2014.

⁶¹ התקנה התקציבית של משרד הרווחה להשתתפות במשרד המשפטים עבור סיוע משפטי היא 23102697. התקציב בתקנה זו עומד על כ-500,000 שקל בשנה.

⁶² נתוני אגף החשב הכללי במשרד האוצר – החטיבה למידע ניהולי, דואר אלקטרוני, 7 בספטמבר 2014; נתוני משרד האוצר, תקציב וביצוע (שנים שונות), באתר מאגרי המידע הממשלתיים, כניסה אחרונה ב-11 בספטמבר 2014.

- כפי שאפשר לראות, התקציב המקורי בשנים 2011-2013 נע בין 6 מיליון ש"ח לכ-10 מיליון ש"ח, כלומר כמחצית (בין 52% בשנת 2011 לכ-54% בשנים 2012-2013) מהתקציב לשנים אלה כפי שנקבע בהחלטת הממשלה; לדוגמה, על-פי החלטת הממשלה תקציב התוכנית אמור היה לעמוד על 18.5 מיליון ש"ח משנת 2012 ואילך – אך בפועל בשנת 2013 התקציב המקורי עדיין עמד על כ-10 מיליון ש"ח והתקציב על שינויו – על כ-5.8 מיליון ש"ח;
- התקציב המקורי בשנים 2012-2013 גדול יותר מהתקציב בשנת 2011, אולם התקציב על שינויו לא רק שהסתכם בכ-60% מהתקציב המקורי בשנים אלה, אלא שבשנת 2013 הוא אף קטן מהתקציב על שינויו לשנת 2012.
- שיעור ניצול התקציב מכלל התקציב על שינויו עומד על כ-72%, אולם בחינה של ניצול התקציב לעומת התקציב המקורי מעלה כי מדובר בשיעור ניצול של 42%-46%.

2.3 תוכנית סיוע למשפחות יקיריהן התאבדו

לפי נתוני הלמ"ס, בשנים 2007-2011 התאבדו בישראל בממוצע כ-393 אנשים בשנה (בין 326 איש בשנת 2007, לבין 477 איש בשנת 2010).⁶³

תוכנית הסיוע למשפחות שכולות עקב התאבדות יקיריהן מתחילה את פעילותה בימים אלה ממש, כחלק מהתוכנית הלאומית למניעת אובדנות.⁶⁴

בשנת 2005 מינה סגן שר הרווחה אברהם רביץ, בשיתוף עם מנכ"ל הבטוח הלאומי ד"ר יגאל בן שלום, ועדה בין-משרדית בראשותה של יעל הרמל, מנהלת השרות לרווחת הפרט והמשפחה במשרד הרווחה, שמטרתה להגיש תוכנית לאומית לטיפול ביחידים ובמשפחות במצבי התאבדות וטיפול במשפחות לאחר מקרי התאבדות במשפחה ובקהילה. בוועדה כיהנו בין היתר נציגים ממשרד החינוך, משרד העלייה וקליטה, משרד התמ"ת, משרד הרווחה, משרד הבריאות, משרד הביטחון, צה"ל, משטרת ישראל, הקואליציה הישראלית לטראומה ועמותת "בשביל החיים". הוועדה המליצה על תגבור והרחבה של מערכי התמיכה והטיפול למי שעברו ניסיונות התאבדות ולמשפחות של מתאבדים, במשרד הרווחה ובשירותי בריאות הנפש של משרד הבריאות, ועל הקמת מערך הכשרה מתאים.⁶⁵ במקביל, פעלה ועדה בין-משרדית של משרד הבריאות לגיבוש תוכנית למניעת התאבדות בקרב ילדים ובני-נוער בראשות הפסיכולוגית הראשית של משרד הבריאות. בעקבות עבודתן של שתי הוועדות בתחום המניעה והטיפול, הוביל משרד הבריאות, בשיתוף השירות לרווחת הפרט והמשפחה במשרד הרווחה, תוכנית ניסיונות

⁶³ הלמ"ס, תחום בריאות ותנועה טבעית, עיבוד מיוחד של נתונים על סיבות תמותה בישראל בשנים 2007-2011, הוכן לבקשת מרכז המחקר והמידע של הכנסת, 18 ביוני 2014.

⁶⁴ אילן שריף, מפקח ארצי – אובדן פתאומי ושכול ותחנות לטיפול משפחתי, משרד הרווחה והשירותים החברתיים, דואר אלקטרוני, 18 בספטמבר 2014.

⁶⁵ בעניין שירותי תמיכה וטיפול המליצה הוועדה, בין השאר: (1) לתגבר את שירותי בריאות הנפש המתמחים בקטינים לשם פריסתם הארצית והרחבה, כדי לאפשר היערכות ומתן מענים טיפוליים מיידיים וזמינים הן בשלב האיומים המכוונים והן בהתייחסות לניסיונות התאבדות וסיוע למשפחות לאחר התאבדות בן-המשפחה. כמו כן, הוועדה ממליצה על תוספת כוח-אדם לטיפול ביחידים ובמשפחות (מבוגרים) במסגרות בריאות הנפש; (2) הרחבת שירותי הטיפול המשפחתי ברשויות המקומיות (במסגרת התחנות לטיפול משפחתי) ובמסגרות ציבוריות נוספות (קופות-חולים, בתי-חולים, שפ"י); (3) קביעת עובד סוציאלי ברשויות המקומיות שיהיה חלק מצוות הודעה מרה; (4) המשך טיפול ותמיכה בתחנה לטיפול משפחתי ברשויות המקומיות למשפחות שחוו אירוע התאבדות. לצורך זה יוכשר צוות ייעודי בתחנות ובמחלקות הרווחה; (5) הקמת מערך כולל של הכשרות ושדרוג מיומנויות לעבודה עם יחידים ומשפחות: פיתוח מיומנויות בתחום מסירת הודעה מרה, שדרוג והעמקה של מיומנויות טיפוליות בתחום הטיפול הפרטני והמשפחתי, ועוד; דוח הוועדה הבין-משרדית לבניית תוכנית לאומית לטיפול ביחידים ובמשפחות במצבי התאבדות, נוסח הדוח התקבל מאילן שריף, מפקח ארצי – אובדן פתאומי ושכול ותחנות לטיפול משפחתי, משרד הרווחה והשירותים החברתיים, דואר אלקטרוני, 22 ביוני 2014.



(פיילוט) בשנים 2008-2012 ברחובות, ברמלה ובכפר-כנא. התוכנית הופעלה בשיתוף עם המוסד לביטוח לאומי, הגיונט, הקואליציה הישראלית לטראומה ועמותת "בשביל החיים", ולאחר מכן שימשה מתווה לתוכנית הלאומית למניעת אובדנות. **עיקר התוכנית עוסק במניעה, חינוך והסברה, אך כחלק מהתוכנית ניתנו בשנים 2009-2012 שירותי תמיכה וסיוע למשפחות ששכלו את יקיריהן עקב התאבדות. את השירותים נתן משרד הרווחה, באמצעות השירות לרווחת הפרט והמשפחה במחוז חיפה והצפון ובשיתוף עמותת "בשביל החיים".**⁶⁶

בתוכנית הניסיונית ניתן סיוע טיפולי לבני-המשפחות שיקריהן התאבדו בתחנות לטיפול משפחתי של משרד הרווחה והשירותים החברתיים ברשויות המקומיות שבהן היא התקיימה, וכן ניתן טיפול נפשי לאנשים שעברו ניסיון התאבדות, מטעם התחנות לבריאות הנפש של משרד הבריאות. נוסף על כך, הפעיל משרד הרווחה קבוצות תמיכה לבני-המשפחות באמצעות עמותת "בשביל החיים". בשנת 2011 גובשו הסכמות ראשוניות עם משרד הבריאות לשילוב תוכנית זו בתוכנית הלאומית למניעת אובדנות ובשנת 2012 גובש מתווה להכללתה בתוכנית הלאומית. אולם התוכנית הלאומית לא החלה את פעולתה, ומשום כך הוקפאה גם התוכנית הניסיונית לסיוע לבני-המשפחות.⁶⁷

בישיבה בין-משרדית משותפת למשרדי הבריאות, הרווחה, הקליטה, החינוך והאזרחים הוותיקים, שהתקיימה ב- 24 ביולי 2013, הוחלט על הקמת ועדת היגוי, שישתתפו בה שר הרווחה מר מאיר כהן, שר החינוך מר שי פירון, השר במשרד לאזרחים ותיקים מר אורי אורבך, שרת הקליטה הגב' סופה לנדבר ושרת הבריאות הגב' יעל גרמן, אשר תעמוד בראש הוועדה. מטרת הוועדה לגבש ולהשיק את התוכנית הלאומית למניעת התאבדות בהובלת משרד הבריאות. בנובמבר 2013 גיבש משרד הרווחה, בשיתוף עמותת "בשביל החיים",⁶⁸ תוכנית סיוע למשפחות של נפגעי התאבדות, שניתנים בה טיפול ותמיכה נפשיים פרטניים וקבוצתיים; תוכנית זו היא חלק מהתוכנית הלאומית למניעת אובדנות.⁶⁹ התוכנית הלאומית אושרה בממשלה ביום 22 בדצמבר 2013,⁷⁰ ולדברי משרד הרווחה, כיום היא בשלבי הפעלה ראשוניים.⁷¹

לפי החלטת הממשלה, הממשלה תתקצב את התוכנית הלאומית למניעת אובדנות בסכום כולל של 55 מיליון ש"ח, שיוקצה בהדרגה בשנים 2014-2016: בשנת 2014 התוכנית תתקצב ב-10 מיליון ש"ח, בשנת

⁶⁶ גב' ענת שגב, מרכזת הקשר כנסת-ממשלה, משרד הרווחה והשירותים החברתיים, מכתב, 25 במאי 2014. ראו גם: משרד הבריאות, [התוכנית הלאומית למניעת אובדנות והתאבדות](#), אוגוסט 2012, כניסה אחרונה ב-14 ביולי 2014.

⁶⁷ גב' ענת שגב, מרכזת הקשר כנסת-ממשלה, משרד הרווחה והשירותים החברתיים, מכתב, 25 במאי 2014.

⁶⁸ עמותת [בשביל החיים](#), כניסה אחרונה ב-14 ביולי 2014. עמותת "בשביל החיים", הפועלת משנת 2000 ומספקת תמיכה וסיוע למשפחות נפגעי התאבדות, פועלת בשנים האחרונות במסגרת התוכנית הניסיונית למניעת אובדנות בשני מישורים: עזרה ראשונה, הניתנת על-ידי מתנדבים שבעבר חוו אבדן עקב התאבדות של קרוביהם, שנפגשים עם המשפחות ומלווים אותן ברגעיהן הקשים; הפעלת קבוצות תמיכה למשפחות נפגעי התאבדות. העמותה מפעילה קבוצות תמיכה נפרדות עבור הורים, אחים, בני/בנות זוג, ובנים/בנות. כיום מפעילה העמותה שמונה קבוצות בחיפה, במרכז ובירושלים. קבוצות התמיכה נפתחות על-פי דרישה, אם יש לפחות 12 מועמדים באזור גיאוגרפי מסוים. לדברי גב' עפרה חרמש, יו"ר עמותת "בשביל החיים", עקב בעיות תקצוב כל משתתף נדרש לשלם 50 שקלים לפגישה. גב' עפרה חרמש, יו"ר עמותת "בשביל החיים", שיחת טלפון, 24 במאי 2014.

⁶⁹ פרוטוקול מס' 108 של ועדת העבודה, הרווחה והבריאות של הכנסת, ציון היום הבין-לאומי למניעת אובדנות: התוכנית הלאומית למניעת התאבדות שמוכיל משרד הבריאות, 26 בנובמבר 2013.

⁷⁰ החלטת ממשלה מס' 1091, [תוכנית לאומית למניעת התאבדות](#), 22 בדצמבר 2013.

⁷¹ אילן שריף, מפקח ארצי – אובדן פתאומי ושכול ותחנות לטיפול משפחתי, משרד הרווחה והשירותים החברתיים, דואר אלקטרוני, 18 בספטמבר 2014.



2015 – ב-18 מיליון ש"ח, ובשנת 2016 יעמוד תקציב התוכנית על 27 מיליון ש"ח.⁷² יש לציין כי מרכיב הסיוע הנפשי למשפחות שיקריהן התאבדו הוא רק חלק מהתוכנית הלאומית למניעת אובדנות, ותקצובו יהיה בהתאם.

כאמור, תוכנית הסיוע למשפחות שכולות עקב התאבדות בן-משפחה החלה את פעילותה בימים אלה ממש, כחלק מהתוכנית הלאומית למניעת אובדנות. עם זאת, לדברי משרד הרווחה, התוכנית מתקצבת רק משנת 2015, בכ-1.5 מיליון ש"ח, ובשנת 2016 תקציבה המיועד הוא כ-3 מיליון ש"ח.⁷³

2.3.1 פעילות תוכנית הסיוע הניסיונית למשפחות שיקריהן התאבדו, 2010-2012

משרד הרווחה לא מסר נתונים על התוכנית הניסיונית האמורה, אך מדוח סקירת השירותים החברתיים של המשרד עולה כי בשנת 2010 הפעיל משרד הרווחה והשירותים החברתיים מרכזת שירות לרווחת הפרט והמשפחה במחוז חיפה והצפון שמטרתה מתן טיפול בתחנות לטיפול משפחתי ברשויות המקומיות בצפון. נוסף על כך, עובדת סוציאלית מטעם עמותת "בשביל החיים" ריכזה את התוכנית הניסיונית באזור הצפון. התוכנית תוקצבה ב-300,000 ש"ח, וסכום זה הוצא מהקרן למפעלים מיוחדים של המוסד לביטוח הלאומי לתקופה של שנתיים. בשנה זו טופלו בתחנות לטיפול משפחתי ובתחנות לבריאות הנפש 73 משפחות של מתאבדים או של מי שניסו להתאבד. נוסף על כך, הופעלו חמש קבוצות תמיכה באמצעות עמותת "בשביל החיים" עבור הורים, בני-זוג ואחים, והשתתפו בהן 53 אנשים.⁷⁴

בשנת 2011 המשיכה לפעול התוכנית הניסיונית למניעת התאבדות ומשרד הרווחה העביר לשם הפעלתה סכום כולל של 500,000 ש"ח, השתתפות במימון טיפולים לבני-משפחה בתחנות לטיפול משפחתי ברשויות המקומיות בצפון. כמו כן, המשרד העביר לעמותת "בשביל החיים" סכום של 60,000 ש"ח לסיוע בארגון קבוצות תמיכה. בתקופה זו טופלו 72 איש בתחנות לטיפול משפחתי, כחלק מהתוכנית הניסיונית בצפון. נוסף על כך, עמותת "בשביל החיים" הפעילה שלוש קבוצות תמיכה (עבור הורים, בני-זוג ואחים), והשתתפו בהן 38 אנשים.⁷⁵

בשנת 2012 העביר משרד הרווחה 500,000 ש"ח, השתתפות במימון טיפולים לבני-משפחה בתחנות לטיפול משפחתי ברשויות המקומיות בצפון, אך לקראת סוף השנה התברר כי לנוכח הקשיים התקציביים שהתוכנית הלאומית למניעת אובדנות נקלעה אליהם, הוקפאה גם פעילותו של משרד הרווחה בנושא. עם זאת, בשנת 2012 טופלו 78 איש בתחנות לטיפול משפחתי, כחלק מהתוכנית הניסיונית.⁷⁶

להערכת משרד הרווחה, על-פי הניסיון שנצבר בהפעלת התוכנית הניסיונית למניעת אובדנות, נדרש סיוע לכשלושה בני-משפחה בכל מקרה התאבדות, כלומר, אם בכל שנה מתאבדים בממוצע כ-500 בני-אדם,

⁷² החלטת ממשלה מס' 1091, [תוכנית לאומית למניעת התאבדויות](#), 22 בדצמבר 2013.

⁷³ אילן שריף, מפקח ארצי – אובדן פתאומי ושכול ותחנות לטיפול משפחתי, משרד הרווחה והשירותים החברתיים, דואר אלקטרוני, 18 בספטמבר 2014.

⁷⁴ משרד הרווחה והשירותים החברתיים, [סקירת השירותים החברתיים 2010](#), עמ' 307–308. כניסה אחרונה ב-14 ביולי 2014.

⁷⁵ שם עמ' 330–331. כניסה אחרונה ב-14 ביולי 2014.

⁷⁶ משרד הרווחה והשירותים החברתיים, [סקירת השירותים החברתיים 2012](#), עמ' 399–400. כניסה אחרונה ב-14 ביולי 2014.



יש להיערך לסייע לכ-1,500 בני-משפחה לפחות מדי שנה בשנה; אולם נתון זה תלוי באפשרות לאתר את המשפחות וליצור עמן קשר עוד בתקופת האבל הראשונית.⁷⁷

3. דוגמאות מהנעשה בעולם

במסמך זה אנו מבקשים לבדוק גם אם יש במדינות שונות תוכניות ממשלתיות לתמיכה ולמתן סיוע נפשי למשפחות ששכלו ילד עקב מחלה. לשם כך, סקרנו את אתרי האינטרנט הממשלתיים, ובמיוחד את אתרי משרדי הבריאות והשירותים החברתיים, בבריטניה, צרפת, קנדה, ארצות-הברית, ואוסטרליה. מדינות אלה נבחרו עקב הזמינות היחסית של המידע המוצג באתריהן בנושא שירותי סיוע ותמיכה באבלים.

בבדיקתנו לא נמצאו תוכניות ממשלתיות ייעודיות לסיוע למשפחות ששכלו בן-משפחה עקב מחלה, אלא רק תוכניות סיוע למשפחות ששכלו בן-משפחה עקב פעילות צבאית, פגיעה ממעשה טרור, התאבדות או עבירה. לכן, בחרנו להציג דוגמאות של פעולות שונות הנקטות במדינות אלה כדי לסייע למשפחות שכולות שונות, ובין היתר למשפחות ששכלו ילד בשל מחלה.

נקדים ונאמר שבניסיון ללמוד על הנעשה במדינות אחרות כדי להציע פתרון לסוגיה זו בישראל, יש לשים לב להבדלים בין המדינות בשני היבטים עיקריים: ראשית, מבנה מערכות הרווחה והבריאות הציבוריות; שנית, יחסי הגומלין בין המדינה לארגוני מגזר שלישי בה, בתחום שירותי בריאות ורווחה בכלל, ובשירותי סיוע ותמיכה באבלים בפרט.

בסקירה נתמקד בשלושה נושאים מרכזיים בתחום שירותי התמיכה: הראשון, הכשרת כוח-אדם במוסדות בריאות ורווחה לטיפול במשפחות שכולות; השני, מתן שירותי תמיכה וסיוע שהמדינה נותנת באמצעות או בשיתוף ארגוני מגזר שלישי; השלישי, פרסום חוברות מידע והדרכה לציבור. חשוב לציין כי בכל אחד מנושאים אלה יש בדרך כלל שיתופי פעולה בין הממשלה לאיגודים מקצועיים ולארגוני מגזר שלישי, ובסקירה זו התמקדנו הן בסיוע שהמדינה מציעה בעצמה והן בסיוע של המדינה בשיתוף ארגונים מקצועיים ועמותות.

3.1 הכשרת כוח-אדם במוסדות בריאות ורווחה

מערכות הרווחה והבריאות הקיימות בכל מדינה מעניקות שירותי תמיכה וסיוע לאזרחי המדינה, ובתוך כך למשפחות ששכלו בן-משפחה, בהיקפים שונים. את הסיוע נותנים בעלי מקצוע מגוונים במערכת הבריאות והרווחה, ובהם רופאים, עובדים סוציאליים, פסיכולוגים ואנשי צוות רפואי הפועלים בבתי-חולים, בבתי-אבות, בהוספיסים,⁷⁸ בשירותים קהילתיים, במערך בריאות הנפש ובארגוני מגזר שלישי. לצוותים אלה ניתנת הכשרה מקצועית לטיפול במשפחות שכולות כמה מרכיבים: הפעלת תוכניות להכשרה של הקהילה המקצועית ומתנדבים לתמיכה באבלים; פרסום מדריכים לאנשי מקצוע; קביעת

⁷⁷ אילן שריף, מפקח ארצי – אובדן פתאומי ושכול ותחנות לטיפול משפחתי במשרד הרווחה והשירותים החברתיים, מכתב, 5 ביוני 2014.

⁷⁸ כולל טיפולי סוף החיים (end-of-life care), הניתנים בבית החולה או במוסדות אחרים, ראו למשל: קנדה, Health Canada, [The information needs of informal caregivers involved in providing support to a critically ill loved ones](#), Accessed June 15th, 2014.



סטנדרטים לסיוע במצבי אבל ולאבחון מצבי אבל חמורים או לאיתור אנשים בסיכון, ובתוך כך הגדרת מדדי איכות לשירותים (Best Practice) לתמיכה באבלים,⁷⁹ כפי שיוצג להלן:

הכשרה מקצועית לתמיכה באבלים – הכשרה זו מיועדת לבעלי תפקידים שונים במוסדות הבריאות והרווחה והיא מעוצבת בהתאם לתפקיד: צוותי שכול בבתי-חולים והוספיסים (אחיות ובעלי מקצוע המוכשרים למסור הודעה על מקרה המוות ולתת תמיכה ראשונית למשפחות),⁸⁰ עובדים סוציאליים, מטפלים,⁸¹ מנחי קבוצות תמיכה, מתנדבים ועוד. מטרת ההכשרה היא להקנות כלים מקצועיים המותאמים לתפקידו של נותן השירות וכן לצורכי המתאבל, בשאיפה לפתח ולהטמיע שיטות טיפול מוצלחות בקרב העוסקים בתחום. הכשרות אלה ניתנות על-ידי בתי-חולים, מרפאות טראומה, מוסדות אקדמיים ועמותות. לדוגמה, בבתי-חולים, בעיקר אלה המתמקדים בטיפול בשלבי סוף החיים, מוגדר צוות ייעודי שאחראי, בין השאר, להודיע על מקרי מוות ולתת סיוע ראשוני לבני-המשפחה, ומוקצה חדר המיועד לבשורה מרה ולהגשת סיוע ראשוני.⁸²

ספרות הדרכה מקצועית המיועדת לבעלי מקצוע – בספרות זו מוצע מידע מקצועי, מוצגים בפני אנשי המקצוע התסמינים הנפשיים, ההתנהגותיים והחברתיים של האבל ומוצעות שיטות לטיפול בשכול ואבלות באופן כללי ובדגש במצבי שכול מסוימים, לפי מאפייני המתאבל או נסיבות המוות, לדוגמה כיצד לסייע להורים ששכלו ילד לאחר מחלה ממושכת.⁸³

קביעת סטנדרטים להערכת מצבי אבל ולטיפול בהם – המטרה היא לקבוע אמות מידה מקצועיות לשירותי תמיכה וכן ליצור רצף טיפולי בין שירותי תמיכה הניתנים על-ידי הגופים השונים. בבריטניה גובשו לראשונה סטנדרטים להערכה של מצבי אבל וטיפול בהם בשנת 2001, במטרה ליצור מכנה משותף לתיאום בין צורות התמיכה השונות הקיימות בתחום ולקבוע מדדי איכות לשירותים אלה.⁸⁴ כחלק מתהליך זה של גיבוש הסטנדרטים נערכו התייעצויות (consultations) עם בעלי מקצוע, נותני שירות וצרכנים של שירותי תמיכה כדי ללמוד על צורכי האבלים ומידת התאמת השירותים הקיימים לצרכים אלה. בשנת 2014 עודכנו הסטנדרטים המקצועיים הללו בשיתוף פעולה בין מערכות הרווחה והבריאות,

⁷⁹ National Institute for Health and care excellence, [Care after death – bereavement support](#), Accessed June 15th, 2014.

⁸⁰ Bereavement Team. צוותים אלה אחראים על תמיכה וסיוע לאבלים בבתי-חולים ומוסדות רפואיים, וכוללים אחיות ובעלי מקצוע המוכשרים להודיע על מקרה המוות וליתן תמיכה ראשונית למשפחות.

⁸¹ בחלק מהמדינות, למשל בבריטניה ובאוסטרליה, יש הגדרה מיוחדת למקצוע הטיפול במצבי אבל: Bereavement counselling או Grief counselling.

⁸² לפי סקר שערך משרד הבריאות הבריטי בנושא שירותי תמיכה באבלים במערכת הבריאות הלאומית (National Health System Trusts), בכמחצית מבתי-החולים יש צוות תמיכה באבלים וחדר מיוחד למסירת בשורה מרה למשפחות שיקריהן נפטרו. ראו [Survey of bereavement care and other support services](#), 2005, Accessed July 27th, 2014, United Kingdom, Department of Health.

⁸³ The State of Queensland, Queensland Health, 2006, [When a Child Dies – A Guide to Working with Bereaved Parents](#), Accessed June 15th, 2014.

למסמך המדיניות של מדינת ויקטוריה באוסטרליה בנושא טיפול וסיוע למשפחות של ילדים שחלו במחלה סופנית, ראו: Victorian Government, Department of Human Services, [Strengthening care for children with a life-threatening condition: A policy for health, palliative care, disability, children's services and community care providers 2008–2015](#), Accessed September 18th, 2014.

⁸⁴ גיבוש הסטנדרטים נעשה בשיתוף פעולה בין שלשה ארגונים: [Cruse Bereavement Care](#), National Council for Hospice and Palliative Care Services, ו-The London Bereavement Network.



ארגוני מגזר שלישי וארגונים פרטיים העוסקים בנושא, במימון משרד הבריאות.⁸⁵ לסטנדרטים שנקבעו יש שני חלקים. ראשית, הגדרת עקרונות השירות בתחום, ובהם שמירה על חסיון המתאבל, כיבוד צרכיו ופרטיותו, שוויון במתן השירותים והנגשה תרבותית של שירותים אלה, הבטחת איכות השירותים והכשרה מתאימה לנותני השירות; שנית, הגדרת קווים מנחים למתן שירותי תמיכה וטיפול מקצועיים באבלים וכן קביעת אמות מידה ליישומם. להלן נציג את הקווים המנחים שנקבעו:

א. **תכנון**: יצירת תוכנית המפרטת כיצד שירותי התמיכה עונים על צורכיהן של קבוצות אוכלוסייה או קהילות שונות כך שיינתן להם המענה טוב ביותר;

ב. **מודעות ונגישות**: מתן אפשרות למקבלי השירות לבחור את נותן השירות; הצגה ברורה של אופי השירותים הניתנים ולמי הם מיועדים; הגדרה ברורה של מגבלות השירותים המוצעים ושל מה שנכלל בהם. לדוגמה, לשם הגברת המודעות והנגישות לשירותים נקבעו שלוש אמות מידה והן: (1) ברמה הנמוכה ביותר – מתן מידע ברור, זמין ונגיש בצורה ידידותית למשתמש בנוגע לאופי השירות המוצע וכן בנוגע לשירותי תמיכה אחרים שאפשר לקבל במקומות נוספים; (2) ברמת הביניים – מתן מענה מיידי, באמצעות טלפון, בשירות מקוון או בשירות פנים אל פנים, וקביעת זמני המתנה סבירים, ואף עמידה בהם, למתן השירות; (3) ברמה הגבוהה ביותר – מתן שירות בשיתוף פעולה של השירותים הממשלתיים, הפרטיים או ההתנדבותיים כדי לענות על מגוון הצרכים של אנשים שכולים, ולמקסם את נגישותם לשירותים ברמה הולמת.

ג. **הערכה**: הערכת צורכיהם של המתאבלים בהתאם לשירות המוצע. זהו תהליך מתמשך, שבמסגרתו יוערכו הן גורמי הסיכון והן התועלות מהשירות.

ד. **תמיכה ופיקוח**: פיקוח על פעילות נותני השירותים כדי להבטיח תהליכי עבודה בטוחים ומתן תמיכה מתאימה לנותני השירות כדי לאפשר להם לזהות כיצד עבודתם משפיעה עליהם וכיצד להתמודד עם השפעות אלה.

ה. **חינוך והכשרה**: דאגה להכשרת כל בעלי המקצוע והמתנדבים המטפלים באנשים שכולים, כך שיהיו יהיו בעלי הידע והכישורים המתאימים למתן שירות זה.

ו. **משאבים**: הקצאת משאבים באופן שיענה על הצרכים השונים של אנשים במצבי אבל (בין היתר, שמירה על יחס הולם בין מספר בעלי המקצוע למספר המתנדבים, בעיקר בהתייחס לצעירים או לאוכלוסיות פגיעות אחרות).

ז. **ניטור והערכה**: קיום בקרה מתמדת של נותני השירותים על התמיכה שהם מעניקים במטרה לוודא ששירותים אלה עונים על צרכי האבלים, ופיתוח של השירותים הקיימים.

⁸⁵ למסמך הסטנדרטים ראו: [Bereavement Care Service Standards](#), Cruse Bereavement Care & Bereavement Service Association 2014, Accessed June 15th, 2014.

לתוכנית הניסיונית (פיילוט) שפעלה בשנים 2010–2013 כחלק מגיבוש הסטנדרטים ראו: [Gold Standard Bereavement Care – Pilot Sites Workstream Report](#), Cruse Bereavement Care and Bereavement Care Association, Accessed June 15th, 2014.

למסמך הסטנדרטים למתן תמיכה באבלים בטיפול תומך באוסטרליה, ראו: [Bereavement support standards for specialist palliative care services](#), State of Victoria, Department of Health, 2012, Accessed June 15th, 2014.



במדינת ויקטוריה שבאוסטרליה נעשה בשנת 2008 מאמץ דומה לקבוע עקרונות מקצועיים מנחים לתמיכה במשפחות שכולות, כחלק מהמדיניות לטיפול תומך בילדים החולים במחלות מסכנות חיים.⁸⁶ גם בצרפת גיבש משרד הבריאות בשנת 2010 תוכנית לליווי משפחות של חולים סופניים, ושירותי תמיכה למשפחות שאיבדו את יקיריהן במהלך אשפוז בבתי-חולים. בתוכנית זו ניתן ליווי מקצועי למשפחות בתקופת האשפוז של יקיריהן ולאחר מותם, כדי לזהות מקרים שבהם האבלים נמצאים בסיכון למצוקה נפשית. התוכנית כוללת הכשרה של סגל מקצועי בבתי החולים למשימת הליווי והזיהוי של אבל מורכב

87.

3.2 שירותי תמיכה בשיתוף ארגוני מגזר שלישי

בסקירה זו אנו מתמקדים כאמור בשירותי סיוע שנותנת המדינה, בין השאר, באמצעות גופי מגזר שלישי או בשיתוף פעולה עמם, שכן בדרך כלל שירותי התמיכה והסיוע למשפחות שכולות ניתנים באמצעות מערכות הבריאות והרווחה הממשלתיים וארגוני מגזר שלישי. מוסדות בריאות ורווחה ממשלתיים בעולם מפעילים לעתים שירותי תמיכה בכול, למשל קו חם, מתן תמיכה ראשונית וטיפול פרטני.⁸⁸ ארגוני מגזר שלישי העוסקים במיוחד בתמיכה ובסיוע לאבלים מציעים ליווי של המשפחות בתקופת האבל, הפעלת קבוצות תמיכה, טיפול פרטני וקו חם, פורומים אינטרנטיים והתכתבויות בדואר אלקטרוני, לתמיכה טלפונית או מקוונת.⁸⁹ יש דגמים שונים לפעילות הארגונים, תקצובם וממשקי העבודה בינם ובין מוסדות השלטון (עיריות, רשויות מקומיות, ומשרדי ממשלה) ומערכות הרווחה והבריאות.⁹⁰

במדינת ויקטוריה שבאוסטרליה הוקם מערך שירותי תמיכה מקצועיים באבלים,⁹¹ המספק תמיכה וייעוץ למשפחות שכולות.⁹² את המערך מפעיל ארגון מגזר שלישי בשם "המרכז האוסטרלי לאבל

⁸⁶ ראו: Victorian Government, Department of Human, Metropolitan Health and Aged Care Services Division Services, [Strengthening care for children with a life-threatening condition: A policy for health, palliative care, disability, children's services and community care providers 2008–2015](#), 2008, accessed July 27th, 2014.

⁸⁷ <http://www.sante.gouv.fr/consultation-suivi-de-deuil.html>, accessed June 6th, 2014.

⁸⁸ לסקר כללי בנושא שירותי תמיכה וסיוע לאבלים בבתי-חולים ציבוריים וקופות-חולים בבריטניה, ראו: Department of Health, 2005, [Survey of bereavement care and other support services](#), Accessed June 6th, 2014. ראו לדוגמה את קו הסיוע להורים ששכלו את ילדיהם, בליברפול בבריטניה, המופעל בשיתוף פעולה בין קרנות של שני בתי-חולים לילדים: Great Ormond Street Hospital for Children NHS Trust, and the Royal Liverpool Children's NHS Trust, [The Child Death Helpline](#), accessed June 6th, 2014.

⁸⁹ University of Chicago, [Grief Support Programs](#), Accessed June 6th, 2014.

⁹⁰ בבריטניה פועלים ארגוני צדקה (charities) רבים העוסקים בתמיכה וסיוע לאבלים. המרכזיים שבהם הם: [Facing Cruse Bereavement Care](#), [Bereavement Compassionate Friends](#), ו- [Compassionate Friends](#). כניסה לאתרי הארגונים בתאריך 6 ביוני 2014.

באוסטרליה פועלים שני ארגונים מרכזיים בתחום: "המרכז האוסטרלי לאבל ושכול", שממומן על-ידי מחלקת הבריאות של מדינת ויקטוריה שבאוסטרליה, מספק שירותי סיוע ותמיכה מקצועיים באבלים ברחבי המדינה ונוסף על קבוצות התמיכה ומתן מידע אף מפעיל "יועצי שכול" (bereavement counsellors) במסגרות שונות ומשתתף בהכשרת נותני שירותי תמיכה ומתנדבים. הארגון ממוקם במלבורן בוויקטוריה.

ראו: [The Australian Centre for Grief and Bereavement](#), Accessed June 6th, 2014. ארגון אוסטרלי נוסף הוא [The National Association for Loss and Grief](#) הפועל לקידום חינוך והכשרה בנושא שכול וטראומה לקהילות ובעלי מקצוע.

⁹¹ The Statewide Specialist Bereavement Service (SSBS).

⁹² כמה ארגונים מציעים שירותי תמיכה באבלים באזור זה באוסטרליה, חלקם במימון ממשלתי וחלקם במימון עצמאי. ראו למשל: [Grief Support Services – Western Australia](#), Accessed July 30th, 2014.



הכנסת

ושכול",⁹³ במימון מחלקת הבריאות במשרד לשירותים חברתיים של מדינת ויקטוריה.⁹⁴ הארגון נותן שירותים של טיפול פרטני, קווי סיוע וקבוצות תמיכה בשישה אזורים ברחבי המדינה. בשנת 2013 פעלו בארגון 16 בעלי מקצוע בתשלום, 5 מתמחים, 17 מטפלים מקצועיים העובדים בהתנדבות ו-45 מתנדבים. בשנה זו הארגון הפעיל 24 קבוצות תמיכה, והשתתפו בהן 636 אנשים – 163 מהם משתתפים חדשים.⁹⁵ תמיכה פרטנית בהורים ששכלו את ילדיהם ניתנת גם על-ידי ארגון מגזר שלישי בשם SIDS and Kids, הפועל לקידום בריאות בקרב תינוקות וילדים. בין היתר, הארגון נותן שירותי תמיכה במשפחות ששכלו את תינוקן או ילדן. רוב פעילויות הארגון ממומנות מכספי תרומות, אך מימון של משרד הבריאות האוסטרלי מסייע לארגון להפעיל שירותי תמיכה טלפונית להורים שכולים, לתת ליווי וטיפול למשפחות שכולות ולהפיק עלוני מידע לאבלים.⁹⁶

בבריטניה, אחד מארגוני המגזר השלישי בתחום הוא Cruse Bereavement Care, הנותן שירותים ומידע בתחום, וממומן ממענקים ציבוריים וממשלתיים ותרומות. הארגון מציע שירותים ברחבי בריטניה ופועל בשיתוף עם מערכות הבריאות והרווחה בשלטון המקומי. למשל, רופאי משפחה מפנים אנשים במצבי אבל לשירותי התמיכה והסיוע של הארגון, והארגון מגבש תוכניות הכשרה וסיוע, במימון ובשיתוף של רשויות מקומיות, המיועדות לקהילות מסוימות, על-פי דרישותיהן. לדוגמה, בשנת 2011 הארגון קיבל מענק ממערך הטיפול התומך הציבורי בויילס⁹⁷ כדי לשפר את נגישותם של שירותי תמיכה וסיוע לאבלים שהם ילדים וצעירים.⁹⁸ לפי דוח פעילות הארגון לשנת 2011-2012, הארגון נתן מידע ל-39,162 אנשים ברחבי בריטניה, שירותי תמיכה פרטניים ניתנו ל-38,922 אנשים ושירותי סיוע ותמיכה ניתנו ל-5,343 ילדים וצעירים עד גיל 25, וכן הפעיל הארגון 5,738 מתנדבים. יותר מ-50% ממקבלי התמיכה הופנו לשירותי הארגון ממערכת הבריאות הציבורית על-ידי רופא המשפחה.⁹⁹ מקורות המימון של הארגון הם בין היתר מגוון קרנות צדקה, תרומות מתאגידים ותקצוב מגופים ציבוריים, כמו משרד הבריאות, משרד המשפטים, גופי בריאות קהילתיים ורשויות מקומיות.

3.3 עלוני הדרכה ומידע לאבלים

עלוני הדרכה ומידע לציבור הרחב בנושא שכול זמינים באתרי אינטרנט ממשלתיים של שירותי הבריאות והרווחה ובאתרים של ארגונים מקצועיים וארגוני מגזר שלישי הפועלים בתחום. זמינותו של המידע באתרי האינטרנט רבה. בעלוני מובא, בין היתר, מידע על תהליכים ביורוקרטיים העומדים בפני

⁹³ Australian Centre for Grief and Bereavement (ACGB).

⁹⁴ ראו: Metropolitan Health and Aged Care Services Division, Victorian Government, Department of Human Services, [Strengthening care for children with a life-threatening condition: A policy for health, palliative care, disability, children's services and community care providers 2008–2015](#), 2008, p. 20, Accessed July 27th, 2014.

⁹⁵ The Australian Centre for Grief and Bereavement, [Annual Report: 2012–2013 Financial Year](#), Accessed June 6th 2014.

⁹⁶ Sids and Kids, [Annual Report 2012/13](#), p. 41, Accessed July 30th, 2014.

⁹⁷ NHS Wales, [Palliative Care Implementation Board](#), Accessed September 23rd, 2014.

מערכת הבריאות הציבורית של ויילס הקימה ועד מנהל ליישום המלצות "דוח שוגר" בנושא הטיפול התומך משנת 2008 במימון משרד הבריאות והשירותים החברתיים, וכחלק מיישומם נקבעו שיטות עבודה ושירותים חדשים. בין שירותים אלה ניתן למצוא גם שירותי טיפול בשכול, בעיקר לילדים.

⁹⁸ Cruse Bereavement Care, [Annual report 2011–2012](#), p. 12, Accessed June 6th, 2014.

⁹⁹ שם, עמ' 13.



המתאבלים לאחר מות יקירם¹⁰⁰ ומידע על סיוע ותמיכה נפשית ועל התסמינים הנפשיים הצפויים במצבי אבל, דרכי התמודדות עמם והטיפול בהם.¹⁰¹ חלק מהמדריכים מיועדים למתאבלים בכלל, וחלקם מיועדים להורים שכולים¹⁰² או מתמקדים בסיבות מוות מסוימות.¹⁰³

במדריכים לציבור הרחב מתוארים תחושת האבל, תהליך האבלות והתחושות והרגשות המאפיינים את תקופת האבלות, על מנת לסייע למתאבלים לזהות את התסמינים הנפשיים הנובעים מחווית האובדן ולהציע להם דרכי התמודדות ושירותי תמיכה וטיפול. חלק מהמדריכים מתארים רגשות המאפיינים מצבי אבלות הייחודיים למאפייני הנפטר והמתאבל ונסיבות המוות. לדוגמה, הלם ראשוני חזק במקרי מוות פתאומי (התאבדות, תאונה); תיוג חברתית שלילי, אשמה וחרטה הם מאפיינים של התגובה לאחר מקרי התאבדות; אבל ממושך וקשיי הסתגלות משמעותיים ניכרים בקרב הורים ששכלו את ילדם. בין ההמלצות המפורטות במדריך – הקדשת זמן להתאבלות, ניהול יומן לביטוי רגשות ותחושות, שמירה על מנוחה מספקת ותזונה מסודרת, תרגילי מדיטציה ושיטות הרגעה, פעילות ספורטיבית, הימנעות משתיית אלכוהול או שימוש בסמים כדי לשכך את תחושת הסבל והיעזרות בתמיכה של חברים ומשפחה. בחלק מהמדריכים מודגש כי אבלות היא חוויה נפשית קשה אך נורמלית, שההתמודדות אתה היא באמצעות תמיכה משפחתית וקהילתית בדרך כלל, וכי רק במצבי "אבל מורכב",¹⁰⁴ שבהם יש סיכון להחמרה ניכרת במצב הנפשי של האבל, יש לפנות לתמיכה מקצועית ולטיפול פרטני.¹⁰⁵ במדריכים אלה מפורטים השירותים העומדים לרשות האבלים ופרטי ההתקשרות עם נותני השירות.

¹⁰⁰ במדריכים מעשיים מפורטים הליכים טכניים וביורוקרטיים העומדים בפני המתאבלים לאחר מות יקיריהם, כמו נתיחת גופה, הסדרי לוויה וקבורה, ענייני צוואה, קצבאות וכדומה. ראו למשל – אוסטרליה: Australian Government, Department of Human Services, [What to do following a death](#), Accessed July 17th, 2014; The Australian Abbotsford Hospice Society, [Resources](#), Accessed July 17th, 2014. Centre for Grief and Bereavement, [Grief Support](#), Accessed July 17th, 2014. קנדה:

¹⁰¹ יש מדריכים שמציעים מידע על שני ההיבטים האלה, ויש העוסקים רק באחד מהם.

¹⁰² בריטניה: Child Bereavement UK 2011, [Best Practice Guidelines For the care of a family when their baby or child dies in the Neonatal, Paediatric or the Accident and Emergency Units](#); Together for Short Lives 2012, [A guide for End of Life Care](#), Accessed September 28th, 2014.

¹⁰³ אירלנד, התאבדות: HSE National Office for Suicide Prevention 2007, [You Are Not Alone – Help and Advice on Coping with the Death of Someone Close](#); HSE National Office for Suicide Prevention 2013, [You Are Not Alone – directory of bereavement support services 2013](#), Accessed September 28th, 2014.

בריטניה, תמיכה טלפונית להורים ששכלו את ילדיהם: Alder Hey Children's NHS Foundation Trust, [The Child Death Help-Line](#), Accessed September 28th, 2014.

למדריך לטרנסג'נדרים ששכלו את בני/בנות זוגם ראו: Stephen Whittle, [Bereavement: A guide for Transsexual and Transgender people and their loved ones](#), Department of Health, 2007, Accessed June 15th, 2014.

¹⁰⁴ Complicated grief.

¹⁰⁵ בחלק מהמדריכים המיועדים לקהילה המקצועית מוצגות טענות שהתערבות טיפולית פורמלית בתהליכי אבל נורמלי עלולה להזיק ולהקשות על ההתמודדות, ולכן יש להציע שירותים אלה רק במקרי סיכון, כאשר מזוהה צורך ממשי בסיוע כזה. ראו למשל: The State of Queensland, Queensland Health, 2006, [When a Child Dies – A Guide to Working with Bereaved Parents](#), p. 8.



4. דיון

יש שתי דרכים עיקריות למתן שירותי תמיכה וסיוע נפשי לאבלים במסגרת שירותי הרווחה הציבוריים: האחת, שירות כללי שכל אזרח זכאי לקבלו תוך התאמת האפשרויות הקיימות לצרכיו, לשפתו ולתרבותו; האחרת, שירות הניתן במסגרת תוכניות ייעודיות, המעוצבות עבור קבוצת שכול מסוימת המוגדרת לפי קריטריונים מסוימים. לאור זאת, עולה השאלה אם יש לפעול ליצירת מענה למען כלל המשפחות השכולות במסגרת שירותי הרווחה הקיימים, או שמא יש לגבש תוכנית ייעודית נוספת למשפחות שבהן נפטר ילד ממחלה, בדומה לתוכניות האחרות שמפעיל משרד הרווחה והשירותים החברתיים.

כפי שהוצג במסמך זה, בסקירת התוכניות הפועלות בכמה מדינות בעולם לא נמצאו תוכניות ייעודיות לתמיכה במשפחות ששכלו את ילדיהן עקב מחלה, אך מדינות שונות מציעות, במסגרת מערכות הבריאות והרווחה שירותי תמיכה באבלים מסיבות שונות. שירותים אלה, המופעלים בשיתוף פעולה בין גופי בריאות ורווחה, ממשלתיים לארגוני מגזר שלישי, ניתנים לכלל האוכלוסייה אך מאפשרים גמישות והתאמה של השירותים על-פי נסיבות המוות. מדוגמאות אלה עולה כי על מנת ששירותי הרווחה והבריאות ייתנו מענה גם על צרכי משפחות ששכלו את יקירן עקב מחלה, נדרש להכשיר את כוח-האדם המקצועי במוסדות אלה לטיפול בשכול; לפעול ליצירת רצף טיפולי בין מוסדות הרווחה והבריאות ובינם לבין עצמם בנושא השכול ולהנגיש מידע על דרכי התמודדות עם שכול ועל שירותי תמיכה לאבלים לציבור הרחב.

בישראל, משרד הרווחה והשירותים החברתיים מפעיל שלוש תוכניות לתמיכה במשפחות ששכלו בן-משפחה עקב מוות פתאומי בנסיבות שאינן ביטחוניות, צבאיות או פעולות איבה – כלומר, בשל תאונות דרכים, עבירות המתה והתאבדויות. התגבשותה של כל תוכנית נבעה מתביעותיהן של משפחות שכולות אלה, שביקשו לקבל מענה על צורכיהן במסגרת שירותי הרווחה. מסקירת מקורותיהן של תוכניות הסיוע והתמיכה הייעודיות הללו עולה כי ישנם שלושה נימוקים מרכזיים לגיבוש תוכניות סיוע ייעודיות לאוכלוסיות אלה:

1. בכל הנוגע לתוכנית הסיוע לנפגעי עבירה, למשל מידת האחריות של המדינה לנסיבות המוות או לאי-מניעתו היא הנימוק המרכזי למתן שירותי תמיכה ייעודיים למשפחות שאיבדו בן-משפחה בנסיבות אלו;
2. זיהוי גורם מוות מסוים כאחראי למותם של מספר גדול של בני-אדם בשנה (כגון תאונות דרכים או התאבדויות) הוביל למתן עדיפות לפעילות ממשלתית בדמות תוכנית סיוע ייעודית למשפחות ששכלו בן-משפחה מסיבות אלה.
3. נוסף על כך, יש שיקול מקצועי להפעלת תוכניות סיוע אלה, שכן מוות פתאומי (כגון תאונות דרכים, עבירות המתה או התאבדות) נתפס כטראומטי יותר ומצריך התייחסות מקצועית מיוחדת.

יש לזכור שעשויים להיות נימוקים נוספים להפעלת התוכניות, ושלגיבוש תוכניות סיוע ותמיכה ייעודיות אחרות עשויות להיות הצדקות והנמקות אחרות, למשל, הורים ששכלו ילדים צעירים או ילדים שכולים, המוגדרים בספרות המקצועית כאוכלוסייה פגיעה במיוחד.



כיום, משפחות ששכלו בן-משפחה בשל תאונות דרכים, עבירות המתה או התאבדות מקבלים מענה על צורכיהן באמצעות תוכניות הסיוע הייעודיות שמפעיל משרד הרווחה, בשיתוף המחלקות לשירותים חברתיים ברשויות המקומיות. לעומת זאת, משפחות שכולות אחרות, שאינן נכללות בתוכניות הסיוע הללו ואינן נמנות עם אוכלוסיות הרווחה (כמו משפחות במצוקה, ילדים, זקנים וחסרי ישע) נאלצות לפנות לקבלת סיוע ותמיכה מחוץ למערכת הרווחה הציבורית, במסגרת ארגוני המגזר השלישי ובסקטור הפרטי.

לדברי משרד הרווחה, כאשר אין תוכנית מסודרת, נהלים קבועים ותקצוב מתאים, נוצרות כמה בעיות בהנגשת השירותים, בהגדרת צורכי האוכלוסייה ובביסוס ידע ופרקטיקות המאפשרים מתן מענה על צרכים אלה. לדברי המשרד, מניסיונו בהפעלת התוכנית לתמיכה בנפגעי עבירות המתה, פעילותו של מרכז סיוע מאפשרת לרכז ידע טיפולי רלוונטי, לתת טיפולים נפשיים מותאמים ולממן את מערך התמיכה. המשרד הוסיף כי מערך בריאות הנפש מציע טיפולים נפשיים, אך יש בעיה של זמינות אנשי מקצוע בתחום התמיכה בשכול, והמענה מוגבל בשל אילוצי זמינות התורים. משרד הרווחה מסר עוד כי כיום הוא מפעיל כ-70 תחנות לטיפול אישי ומשפחתי ברשויות המקומיות בישראל, ובהכשרת נותני השירות בתחנות אלה ניתנת עדיפות להכשרה בטיפול בשכול, במטרה לבסס שירותים מקצועיים בתחום זה. עם זאת, לשירותים אלה לא מוקצים תקציב ותקנים ייעודיים, השירותים אינם כוללים שירותי סיוע קהילתיים בקבוצות תמיכה וליווי של המשפחות, ונותני השירות אינם יוזמים פנייה אל המשפחות השכולות (reaching out) להצעת השירותים הקיימים.¹⁰⁶

מסקירת התוכניות הפועלות בישראל עולה שיש הבדלים גדולים בין התוכניות בנוגע להסדרים שמכוחם הן פועלות, אופן פעילותן, הרכב השירותים המוצעים במסגרתן ובתקצובן. לדוגמה, בעוד תוכנית הסיוע למשפחות נפגעי תאונות דרכים נקבעה בחקיקה, שתי תוכניות הסיוע האחרות נקבעו בהחלטות ממשלה. נוסף על כך, תוכנית הסיוע למשפחות נפגעי תאונות דרכים נותנת שירותי טיפול וסיוע רק בארבעת מרכזי הסיוע האזוריים, ולעומתה בתוכנית הסיוע למשפחות שכולות מעבירות המתה המטופלים מופנים למטפלים פרטיים שעמם התקשר משרד הרווחה. תוכניות אלה נבדלות זו מזו גם בהיקף קהל היעד שלהן ובתקציב המוקצה להן. לדוגמה, התקציב על שינויי לשנת 2013 לתוכנית הסיוע למשפחות שכולות עקב עבירות המתה היה גבוה יותר מפי שניים מתקציב תוכנית הסיוע למשפחות שכולות עקב תאונות דרכים (כ-5.8 מיליון ש"ח ו-2.6 מיליון ש"ח בהתאמה), אף שמספר הנפגעים בתאונות דרכים גדול במידה ניכרת ממספר נפגעי עבירות המתה (על-פי נתוני משרד הרווחה, בשנת 2013 נרשמו 308 מקרי מוות בתאונות דרכים ו-130 מקרי מוות מעבירות המתה). נוסף על כך, על-פי החלטת הממשלה, תקציב תוכנית הסיוע למשפחות שכולות בשל עבירות המתה אמור לגדול במידה ניכרת עם התפתחות התוכנית, ולעמוד בסופו של דבר על כ-18.5 מיליון ש"ח בשנה, בעוד תקציבה המקורי של תוכנית הסיוע לנפגעי תאונות דרכים נותר קרוב ל-1.6 מיליון שקל בשנה משנת 2006. אין בידנו מידע על הסיבות להבדלים אלו בין התוכניות.

האוכלוסייה הפוטנציאלית לקבלת סיוע ותמיכה בתוכנית למשפחות ששכלו ילד עקב מחלה כמעט זהה בגודלה לאוכלוסיית היעד של שלוש התוכניות הקיימות יחדיו, וההערכה היא שמדובר בכ-2,500 בני-

¹⁰⁶ אילן שריף, מפקח ארצי – אובדן פתאומי ושכול ותחנות לטיפול משפחתי במשרד הרווחה והשירותים החברתיים, שיחת טלפון, 29 ביולי 2014.



משפחה בשנה. לאור האמור לעיל, בדיון בגיבושה של תוכנית לתמיכה במשפחות ששכלו ילד עקב מחלה, עולות כמה שאלות, ובהן: האם גם במקרה זה יש לעצב תוכניות סיוע ייעודיות, ואם כן, מהם הנימוקים והשיקולים לכך; באיזו מידה התוכניות הקיימות מספקות מענה על צורכי האוכלוסייה שלה הן מיועדות; האם הפעלת תוכניות ייעודיות נפרדות יוצרת כפל מערכות תמיכה מצד אחד ופריסה מצומצמת של השירותים, המקשה את הנגשתם לציבור מצד אחר; ולבסוף, האם וכיצד אפשר לעצב, ברמה הארגונית והתקציבית, את שירותי הרווחה כך שיוכלו לספק שירותי תמיכה וסיוע לכל המשפחות השכולות, ללא הבחנה ביניהן.

בפנייתנו למשרד הרווחה והשירותים החברתיים, הצגנו בפני המשרד כמה שאלות: האם בעבר הועלה בפני המשרד הצורך להפעיל תוכנית סיוע למשפחות שבהן נפטר ילד ממחלה, והאם המשרד סבור שיש צורך בתוכנית כזאת? האם המשרד סבור שיש להפעיל תוכניות תמיכה וסיוע לנפגעי שכול על-פי סיבות מוות ספציפיות (התאבדות, תאונת דרכים, עבירת המתה), או האם יש לפתח מערך כולל לסיוע נפשי במקרי שכול ללא תלות בסיבת המוות – ואם כן מהם השיקולים בעד ונגד הקמת מערך כזה?

ממשרד הרווחה נמסר כי "בזמנו, הקים השר לשעבר חבר הכנסת הרצוג ועדה לבחינת הנושאים, והוחלט בסדרי העדיפויות לעסוק רק בנפגעי המתה ונפגעי תאונות דרכים. נושא הפיתוח לטיפול בנפגעי עבירות המתה היה על רקע העובדה שנושא זה כלל אינו מטופל במדינה, ולמשפחות נרצחים אין כלל סיוע אלא אם נפגעו בפעולות ביטחוניות ופעולות איבה. לאחרונה, הוחלט על-ידי שר הרווחה ושרת הבריאות לעסוק בנושא התאבדויות. נושאים אלו עומדים בסדרי העדיפויות המשרדיות, ובשל אילוצי התקציב לא יוכנסו נושאים נוספים בשלב זה. ככלל, שירותי הרווחה יסייעו בכלים העומדים לרשותם לכל אדם או משפחה במצוקה כאשר מדובר במצוקות אשר מצויות באחריות המשרד, למשל – מתקציב משפחות במצוקה בקהילה, ניתן לעיתים סיוע בהחזרי נסיעות לאנשים חולים כרוניים המצויים במצוקה כלכלית, לטיפולים בבתי חולים וכדומה".¹⁰⁷

¹⁰⁷ גבי ענת שגב, מרכזת הקשר כנסת-ממשלה, משרד הרווחה והשירותים החברתיים, דואר אלקטרוני, 10 באוגוסט 2014.



רשימת מקורות

ספרים ומאמרים

- לביא, נילי ודני ברום, אובדן פתאומי, הרצוג – המרכז הישראלי לטיפול בפסיכותראומה ומשרד הרווחה והשירותים החברתיים, 2011.
- Decinque, Natarlie et al., "Bereavement Support for Families Following the Death of a Child from Cancer", *Journal of Psychosocial Oncology*, 24(2), 2006, pp. 65–83.
- Forte, Amanda et al., "Bereavement care interventions: a systematic review", *BMC Palliative Care*, 3(3), 2004.
- Lieberman, M. A., "All family losses are not equal", *Journal of Family Psychology*, 2(3), 1989, p. 368-372.
- Rando, Therese A., "Bereaved Parents: Particular Difficulties, Unique factors, and Treatment Issues", *Social Work*, 30 (1), 1985, pp. 19-23.
- Rothaupt, Jeanne and Kent Becker, " A Literature Review of Western Bereavement Theory: From Decathecting to Continuing Bonds", *The Family Journal*, 15(1), 2007, pp. 6–15.
- Rubin, S. S., "The death of a child is forever: The life course impact of child loss", in M. S. Stroebe, W. Stroebe, & R.O. Hansson (Eds.), *Handbook of bereavement: Theory, research, and intervention*, New York: Cambridge University Press, 1993, pp. 285–299,
- Schut, Henk and Margaret S. Stroebe, "Interventions to Enhance Adaptation to Bereavement", *Journal of Palliative Medicine*, 8, 2005, pp. 140–147.
- Stroebe M, Hansson R, Stroebe W, Schut H. (eds), *Handbook of Bereavement Research: Consequences, Coping and Care*, Washington: APA, 2001, pp. 587–612;
- Worden W, *Grief Counseling and Grief Therapy: A Handbook for the Mental Health Practitioner*, New York: Springer, 1991.
- Yu, Peng, "Sequence matters: understanding the relationship between parental income support receipt and child mortality", *Australian Social Policy Journal*, 9, 2010, pp. 87–110.

מסמכי הכנסת

- מרכז המחקר והמידע של הכנסת, תמותת תינוקות וילדים בישראל, בדגש על האוכלוסייה המוסלמית בכל הארץ ובמחוז הדרום, כתב גדעון זעירא, 10 בדצמבר 2013.



- פרוטוקול מס' 108 של ועדת העבודה, הרווחה והבריאות של הכנסת, ציון היום הבין-לאומי למניעת אובדנות: התוכנית הלאומית למניעת התאבדות שמוביל משרד הבריאות, 26 בנובמבר 2013.

חקיקה

- חוק הפיצויים לנפגעי תאונות דרכים, התשל"ה-1975.
- חוק זכויות נפגעי עבירה, התשס"א-2001.
- חוק נפגעי תאונות דרכים (סיוע לבני-משפחה), התשס"ב-2002.

הצעות חוק

- הצעת חוק מרכז סיוע לנפגעי תאונות דרכים, התש"ס-2000.
- הצעת חוק של חברת הכנסת יעל דיין וקבוצת חברי כנסת, פ/3287 (לשעבר פ/2952 מ-25 ביולי 2001), הצעת חוק זכויות נפגעי עבירה (תיקון – שירותי סיוע ופיצויים), התשס"ב-2002.
- הצעת חוק של חברי הכנסת אופיר פינס-פז וזהבה גלאון, פ/2286, הצעת חוק זכויות נפגעי עבירה (תיקון – שירותי סיוע), התשס"ד-2004.
- הצעת חוק של חברת הכנסת נדיה חילו, פ/2983/17, הצעת חוק זכויות נפגעי עבירה, (תיקון – שירותי סיוע ופיצויים), התשס"ח-2007.
- הצעת חוק של חבר הכנסת דוד רותם וקבוצת חברי הכנסת, פ/2/18, הצעת חוק התגמולים לנפגעי פעולות איבה (תיקון – החלה על נפגעי עבירה), התשס"ט-2009.
- הצעת חוק של חבר הכנסת איתן כבל, פ/1113/18, הצעת חוק תגמולים לשאיריו של מי שמת כתוצאה ממעשה עבירה, התשס"ט-2009.

מסמכים ממשלתיים

- הלשכה המרכזית לסטטיקה, תמותה ותוחלת חיים, מבוא – הסברים, הגדרות ומקורות.
- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, תחום בריאות ותנועה טבעית, עיבוד מיוחד של נתונים על סיבות תמותה בישראל בשנים 2007-2011, הוכן לבקשת מרכז המחקר והמידע של הכנסת, 18 ביוני 2014.
- מרכז הסיוע לנפגעי תאונות דרכים במשרד הרווחה והשירותים החברתיים בשיתוף הרשות הלאומית לבטיחות בדרכים, חוברת מידע למשפחות נפגעי תאונות דרכים, פברואר 2009.
- חוזר מנכ"ל משרד הרווחה והשירותים החברתיים מס' 1.30, הסדרים למימוש חוק נפגעי תאונות דרכים התשס"ב-2002, יולי 2009.
- משרד הרווחה והשירותים החברתיים, סקירת השירותים החברתיים 2009, 2010.
- משרד הרווחה והשירותים החברתיים, סקירת השירותים החברתיים 2010, 2011.
- משרד הרווחה והשירותים החברתיים, סקירת השירותים החברתיים 2011, 2012.
- משרד הרווחה והשירותים החברתיים, סקירת השירותים החברתיים 2012, 2013.
- הרשות הלאומית לבטיחות בדרכים, דוח שנתי לשנת 2011.



הכנסת

- החלטת ממשלה מס' 936, ["סיוע למשפחות נפגעי עבירות המתה"](#), 22 בנובמבר 2009.
- החלטת ממשלה מס' 1091, ["תוכנית לאומית למניעת התאבדויות"](#), 22 בדצמבר 2013.
- משרד הרווחה והשירותים החברתיים, חוזר מנכ"ל מיוחד מס' 20, [סיוע למשפחות נפגעי המתה](#), 14 בדצמבר 2010.
- משרד הבריאות, [התוכנית הלאומית למניעת אובדנות והתאבדות](#), אוגוסט 2012.

מסמכים ממשלתיים ממדינות אחרות

- Australia, The State of Queensland, Queensland Health, 2006, [When a Child Dies- A Guide to Working with Bereaved Parents](#).
- Australia, Victorian Government, Department of Human Services, [Strengthening care for children with a life-threatening condition: A policy for health, palliative care, disability, children's services and community care providers 2008–2015](#), 2008.
- Australia, State of Victoria, Department of Health, [Bereavement support standards for specialist palliative care services](#), 2012.
- Metropolitan Health and Aged Care Services Division, Victorian Government, Department of Human Services, [Strengthening care for children with a life-threatening condition: A policy for health, palliative care, disability, children's services and community care providers 2008–2015](#), 2008.
- United Kingdom, Department of Health, [Survey of bereavement care and other support services](#), 2005.

מסמכים לא ממשלתיים ממדינות אחרות

- The Australian Centre for Grief and Bereavement, [Annual Report: 2012–2013 Financial Year](#).
- Cruse Bereavement Care, [Annual report 2011–2012](#).
- Child Bereavement UK, [Best practice guidance for the care of a family when their baby or child dies in the Neonatal, Paediatric or the Accident and Emergency Units](#), 2011.
- Cruse Bereavement Care & Bereavement Service Association, [Bereavement Care Service Standards](#), 2014.
- Cruse Bereavement Care and Bereavement Care Association, [Gold Standard Bereavement Care – Pilot Sites Workstream Report](#).
- Sids and Kids, [Annual Report 2012/13](#).
- Together for Short Lives, [A guide for End of Life Care](#), 2012.



הכנסת

מכתבים

- גב' ענת שגב, מרכזת הקשר כנסת-ממשלה, משרד הרווחה והשירותים החברתיים, מכתב, 25 במאי 2014.
- אילן שריף, מפקח ארצי – אובדן פתאומי ושכול ותחנות לטיפול משפחתי במשרד הרווחה והשירותים החברתיים, מכתבים, 5 ביוני, ו-14 בספטמבר 2014.
- נתוני אגף החשב הכללי במשרד האוצר – החטיבה למידע ניהולי, דואר אלקטרוני, 7 בספטמבר 2014.

שיחות טלפון

- אילן שריף, מפקח ארצי – אובדן פתאומי ושכול ותחנות לטיפול משפחתי, משרד הרווחה והשירותים החברתיים, שיחות טלפון, 22 ביוני, 20 ביולי ו-13 באוגוסט 2014.
- דניאל שיימס, תקציבן, משרד הרווחה והשירותים החברתיים, שיחת טלפון, 7 בספטמבר 2014.
- גב' עפרה חרמש, יו"ר עמותת "בשביל החיים", שיחת טלפון, 24 במאי 2014.

אתרי אינטרנט

- נתוני משרד האוצר, תקציב וביצוע (שנים שונות), [באתר מאגרי המידע הממשלתיים](#), כניסה אחרונה ב-6 לאוקטובר 2014.
- משרד המשפטים, [זכויות נפגעי עבירה](#), כניסה אחרונה ב-14 ביולי 2014.
- משרד הרווחה, [תחנות ייעוץ וטיפול בחיי המשפחה ונישואין](#), כניסה אחרונה ב-12 באוגוסט 2014.
- עמותת [בשביל החיים](#), כניסה אחרונה ב-14 ביולי 2014.
- Alder Hey Children's NHS Foundation Trust, [The Child Death Help-Line](#), Accessed September 28th, 2014.
- Australian Government, Department of Human Services, [What to do following a death](#), Accessed July 17th, 2014.
- [Australian Centre for Grief and Bereavement](#), Accessed June 6th, 2014.
- The Australian Centre for Grief and Bereavement, [Resources](#), Accessed July 17th, 2014 A
- bbotsford Hospice Society, [Grief Support](#), Accessed July 17th, 2014.
- Great Ormond Street Hospital for Children NHS Trust, and the Royal Liverpool Children's NHS Trust, [The Child Death Helpline](#), Accessed June 6th, 2014.
- [The National Association for Loss and Grief](#), Accessed June 6th, 2014.
- NHS Wales, [Palliative Care Implementation Board](#), Accessed September 23rd, 2014.
- [Grief Support Services – Western Australia](#), Accessed July 30th, 2014.



- Health Canada, [The information needs of informal caregivers involved in providing support to a critically ill loved ones](#), Accessed June 15th, 2014.
- HSE National Office for Suicide Prevention, [You Are Not Alone – Help and Advice on Coping with the Death of Someone Close](#), 2007.
- HSE National Office for Suicide Prevention 2013, [You Are Not Alone – directory of bereavement support services 2013](#), Accessed September 28th, 2014.
- National Institute for Health and care excellence, [Care after death – bereavement support](#), Accessed June 15th, 2014.
- Republic Francaise, Ministere des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, [Consultation suivi de deuil](#), Accessed June 6th, 2014
- University of Chicago, [Grief Support Programs](#), Accessed June 6th, 2014.

