

הוועד הציבורי נגד עינויים בישראל, ההסתדרות הרפואית בישראל

עיקרי דברים מיום עיון משותף: 25.2.2014

יישום פרוטוקול איסטנבול בישראל



הוועד הציבורי נגד

עִינוּיִּים

בישראל

הוועד הציבורי נגד עינויים בישראל, ההסתדרות הרפואית בישראל

עיקרי דברים מיום עיון משותף: 25.2.2014

יישום פרוטוקול איסטנבול בישראל

הוועד הציבורי נגד עינויים בישראל, ההסתדרות הרפואית בישראל

עיקרי דברים מיום עיון משותף: 25.2.2014

יישום פרוטוקול איסטנבול בישראל

עריכה: ד"ר רחל סטרומזה

עריכה לשונית: מימי ברעם

עיצוב גרפי: סטודיו לתקשורת חזותית רמי וג'קי

צילום הכריכה: מתוך פרוטוקול איסטנבול

תמיכתכם נחוצה לנו - הצטרפו לשוחרי הוועד.

הוועד הציבורי נגד  
**עִינוּיִּים**  
בישראל

הוועד הציבורי נגד עינויים בישראל (ע"ר)

ת.ד. 4634 ירושלים 9104601

טל: 02-6429825

פקס: 02-6432847

E-mail: [pcati@stoptorture.org.il](mailto:pcati@stoptorture.org.il)

[www.stoptorture.org.il](http://www.stoptorture.org.il)

פרסום זה הופק בעזרת האיחוד האירופי. תכני הפרסום הגם באחריותו

הבלעדית של הוועד הציבורי נגד עינויים בישראל, ולא ניתן בשום אופן

להניח כי הם משקפים את דעות האיחוד האירופי.

פרויקט זה בוצע בשיתוף עם ה-IRCT.



# תוכן העניינים

## דברי פתיחה

ד"ר ליאוניד אידלמן, יו"ר הר"י..... עמוד 4

תמי מולד-חיו, יו"ר הוועד הציבורי נגד עינויים בישראל..... עמוד 5

## יישום הפרוטוקול בבתי חולים

ד"ר בטינה בירמנס-שטיינר..... עמוד 6

ד"ר יצחק זיו-נר..... עמוד 11

דיון..... עמוד 13

## יישום הפרוטוקול בערכאות משפטיות

עו"ד אלונה קורמן..... עמוד 16

פרופ' יובל שני..... עמוד 27

דיון..... עמוד 31

## ד"ר ליאוניד אידלמן

### יו"ר ההסתדרות הרפואית בישראל

אני מברך את כל הנוכחים, ושמח מאוד שאנחנו מארגנים את האירוע הזה. היום הזה יוקדש כולו לדין על פרוטוקול איסטנבול של האומות המאוחדות, שעוסק בבדיקה ובתייעוד של עיניים וצורות אחרות של יחס או ענישה אכזרית, בלתי אנושית ומשפילה. מטרת המפגש היא להעלות מודעות לפרוטוקול: הרי הרבה אנשים בכלל לא מכירים אותו ולא יודעים שהוא קיים, כמו שהרבה אנשים לא יודעים שכבר ב-1975 ארגון הבריאות העולמי - שההסתדרות הרפואית בישראל היא חלק בלתי נפרד ממנו - אימץ את הצהרת טוקיו שאסרה על עיניים. נוסף להעלאת מודעות, אנחנו מנסים לעצב דרך כיצד לסייע לאלה שפוגשים מטופלים שעונו או עברו התעללות אלימה, ולתעד את המקרים האלה.

פרוטוקול איסטנבול מכיל סטנדרטים ונהלים המוכרים ברמה בינלאומית, המתייחסים לזיהוי ולתייעוד סימנים לעיניים והתעללויות, באופן שיאפשר שימוש בחומרים אלה כראיה קבילה בבית משפט. פרוטוקול איסטנבול אינו מסמך מחייב. עם זאת, המשפט הבינלאומי מחייב ממשלות לחקור ולתעד מקרים של עיניים וצורות אחרות של התעללות וענישה אכזרית; וממשלות חייבות לעשות את זה באופן מקיף, יעיל, מיידית ואובייקטיבי. זהו כלי יישומי המספק מידע שימושי לרופאים ולעורכי דין, המעוניינים לבחון האם אדם מסוים נפל קורבן לעינויים ולדווח על הממצאים למערכת המשפט או לגופי חקירה אחרים.

בהצהרת הלסינקי צוין כי רופא שהיה עד לחקירה או לעינויים, המתבצעים בניגוד לאמנות בינלאומיות, חייב לדווח על כך לרשות המתאימה. הלשכה לאתיקה שקדה על הנושא הזה וגם גיישה עמדות המחייבות דיווח על התעללות או עינויים ומבטיחות תמיכה לכל רופא שפועל בהתאם לכללי האתיקה. בשנת 2009 ההסתדרות הרפואית יזמה קו חם שבו רופאים יכולים באופן אנונימי להעלות דילמות אתיות או חשד להפרת זכויות אדם, כשהם נתקלים בהם במהלך עבודתם. כמו כן, הר"י הייתה שותפה להקמת ועדה במשרד הבריאות אשר יושבת ראש הלשכה לאתיקה חבר בה, וגם הוועדה הזאת אמורה לטפל בתלונות המגיעות מרופאים בשטח על עינויים לכאורה.

במרכז המפגש היום נתמקד בעבודה עם מטופלים מאוכלוסיות מוחלשות כמו אסירים ופליטים. המטרה היא לסייע לאנשי מקצוע, וקודם כול לרופאים, לזהות מקרי אכזריות והתעללות; ולצייד כל מי שעובד בשטח בכלים להתמודד ולדווח במקרים אלה. אני מקווה שבמפגש זה אנו נפגשים את הדרכים לשימוש בפרוטוקול בבתי חולים ונכיר את ההיבטים המשפטיים, שפחות מוכרים לרופאים. אין לי צל של ספק שלכל אחד שיושב פה יש גם היבט משלו, זווית ראייה משלו, וזה לגיטימי ונכון שנשמע דעות שונות. שמחנו לעבוד ביחד עם הוועד הציבורי נגד עינויים ולקיים ביחד את יום העיון הזה. אני מאחל לכולנו דיון פורה ומוצלח, ותודה רבה שבאתם.

## תמי מולד-חיו

יו"ר, הוועד הציבורי נגד עינויים  
בישראל

צריך להדגיש בראש ובראשונה שזהו מפגש מאוד מרגש: מדובר פה בשיאו של תהליך ארוך, מורכב, רגיש, ולא פשוט בכלל לכל הצדדים שנוגעים בדבר. עכשיו אנחנו צריכים רק להמשיך להתוות דרך משותפת - שגם היא מן הסתם תהיה מורכבת ותדרוש הסתכלות מורכבת וטיפול עדין בנושאים.

רופאים, מעצם תפקידם, הם לא רק שומרי האדם אלא גם שומרי האדם שבתוך האדם. הם מלווים את האדם מרגע היוולדו ועד רגע מותו, ובכל השלבים בדרך. כפועל יוצא מהנחת יסוד זו, רופאים הם הראשונים ולפעמים היחידים להבחין בסימני מצוקה, אם זה אצל בני אדם מכל הגילים שחוו התעללות, או אצל מי שעבר עינויים. הרופא, הרבה פעמים, הוא האדם החיצוני הראשון שיכול להבחין בסימנים של ההתרחשות; הראשון שיכול לבדוק את המתרחש מנקודת ראותו של מטפל אובייקטיבי ואכפתי, וכך לזכות באמונו של הסובל. לכן התפקיד של רופאים הוא מורכב במיוחד: לא רק לטפל בפגיעה אלא גם לשמוע ולראות את האדם שמאחורי המטופל, להקשיב למה שקרה לו ובמידת הצורך גם להתריע, כדי להגן עליו ועל אחרים, ואף לאסוף עדויות כדי לוודא שדברים אסורים לא יקרו שוב. זה המצב בין אם מדובר בילד, בין אם מדובר באישה או באיש, ובין אם מדובר בעציר.

הרופאים, בני האדם שמאחורי החלוק, בחרו בחירה נעלה, שמחייבת אותם לאמת מידה מוסרית שונה

מאשר אנשים אחרים מעצם בחירת המקצוע. המחויבות הזו לאמת מידה מוסרית גבוהה במיוחד הופכת את הרופאים לשומרים של מוסר החברה. רופאים הם אלה שמזהים את הסימנים שמעידים על מה שאנשים עשויים לעשות אחד לשני, מבחינים בסכנה וצריכים להתריע - קודם כול בתור בני אדם ומיד אחר כך גם כרופאים - שהדברים האלה לא יכולים להימשך. הם העדים הטובים ביותר, אולי לפעמים העדים היחידים שיש לנו כדי להזכיר לעצמנו לאן אסור לנו ללכת, איך אסור לנו להתנהג, על מי צריך לשמור ואיך. המטלה שמושתת על רופאים היא מורכבת. הם צריכים לשמוע ולהקשיב, לראות, לטפל, לשמור, להגן, לפעמים גם להעיד. זו מטלה לא פשוטה. לכן קיים אוסף של כללים ויש הסתדרות ויש ארגונים שנועדו בין היתר לסייע לרופאים במטלה הזו, גם ברגע שסימן שאלה מסוים עולה. גם ברגעים של קושי. לפעמים גם ברגע של פחד: הרופאים אף פעם לא נמצאים לבד בחזית הזאת.

זה הזמן להגיד תודה. תודה להסתדרות הרפואית בישראל על האירוח, לאיחוד האירופי על התמיכה בפרויקט, לד"ר יוסט דן אוטר, ד"ר שבנם קורור פינצ'אצ'ה וד"ר סטיבן קסניקס, על הכשרת קבוצת המתנדבים במשך שנתיים. תודה לכל חברי הקבוצה שהשקיעו ימים ולילות מזמנם וממרחם להגיע לרגע הזה. ולכל מי שהגיע, הלואי וכל הידע שתצברו כאן יישאר כידע פילוסופי בלבד; אבל למקרה הצורך, שיהיה לנו את הידע ושיהיה לנו כוח וגם גב ממסדי ציבורי לפעול ולעשות. תודה.

### ד"ר בטינה שטיינר-בירמנס:

שלום, ותודה רבה על ההזדמנות לדבר פה. דבריי מבוססים על מאמר שכתבנו יחד, ד"ר מושירה אבו-דיה, ד"ר רויטל ארבל, ד"ר פראס אבו-עכר, והסטודנט לרפואה צבי בנינגה.

פרוטוקול איסטנבול פורסם באתר של ההסתדרות הרפואית לפני שנה בעברית: זהו מדריך שמדבר על החקירה, התיעוד והדיווח על מקרי אלימות או התעללות. בפרוטוקול איסטנבול מדובר על מקרים של נחקרים שעברו התעללות או אלימות: במשך ההרצאה אשתמש במילה 'עינויים', כקיצור. הוא נכתב על ידי 75 מומחים לנושאי משפט, בריאות, בריאות הנפש, וזכויות אדם שבאו ביחד מ-15 ארצות. והפרוטוקול התקבל על ידי האו"ם ב-1999 ומשמש מאז כלי מאוד חשוב בתיעוד וחקירה של מקרי עינויים בזירה המשפטית, הציבורית וגם בזירה הבינלאומית. הפרוטוקול נלמד בכל רחבי העולם, כולל במקסיקו, באוגנדה, בלבנון, ובארצות רבות אחרות: בטורקיה בלבד, 3,500 רופאים עברו הכשרות.

אני רוצה להתחיל עם מקרה אמיתי מישראל כדי להדגים את הבעיות שנתקלים בהם בחדר מיון. עציר פלסטיני בן 19 ננשך בכתף במהלך מעצרו על ידי הצבא, ולכן הרופא בבית המעצר סירב לקבל אותו ושלח אותו לחדר מיון שבו הוא נבדק כשהוא אזוק ועם כיסוי עיניים. הוא ידע שהוא בחדר מיון רק מפני שהבחין

מתחת לכיסוי העיניים ברגלי האחיות. לא דיברו איתו ישירות, אלא הרופא "תקשר" איתו דרך השוטרים שהביאו אותו. הרופא טיפל בפצע, נתן לו את הטיפול הנדרש, שחרר אותו בחזרה - במקרה זה למגרש הרוסים - ושם הוא התקבל לזמן קצר ועבר אחר כך למתקן החקירות. במתקן הרופא קיבל אותו כמקובל ומילא טופס מיוחד שהיה מיועד לחוקרים עם פירוט על הפצע, והעציר נשלח לחקירה.

זה מקרה שמעורר הרבה מאוד סימני שאלה אֶתיים. ראשית, ההסתדרות הרפואית הייתה שותפה וחתמה על הצהרת טוקיו ב-2007, המפרטת את החובות שיש לרופא כלפי אדם הנמצא בחקירה ועלול לעבור עינויים, ולפיה אסור לרופא לנכוח בכלל במקום שבו מתבצעים עינויים או חקירה עם שיטות אכזריות. לרופא אסור להשתתף בכל פעילות שקשורה לכך, ואף אסור לו לתת אישור שהאדם מספיק בריא לעבור עינויים. אסור לרופא לספק מידע רפואי, כלומר אסור לו למלא טופס מיוחד לחוקרים. ומובן שהרופאים אמורים להקיף פיד על חיסיון המידע, זאת אומרת שאסור לתת לסוהרים מכתב שחורר: הוא רכוש של האסיר שבא לחדר מיון. בפרק האחרון בהצהרת טוקיו נקבע, שאם הרופא נתקל במקרה של עינויים או חושד בכך, עליו לדווח מיד לרשות המתאימה.

במקרה שלפנינו יש להבהיר שאסור, כמובן, לבדוק בן אדם עם כיסוי עיניים, מאחר שזה

הדיווח אמור להיות סטנדרטי, זאת אומרת דיווח של כל רופא שנתקל במקרה של אלימות ועינויים, ואמור לכלול את התלונות של המטופל כמו שאנחנו תמיד אמורים לכתוב, גם אם בן אדם היה מעורב בתאונת דרכים: פירוט על הפגיעות, הממצאים הפסיכולוגיים - שהם חשובים מאוד במקרה של עינויים - הסברים של הנבדק על כל הפצעים שלו, ומסקנות הרופא. מאוד חשוב שהרופא, ללא קשר למוחיות שלו, יכתוב כיצד הוא מתרשם, ואם הסיפור נראה לו הגיוני, כמקובל בכל תלונה על אלימות.

### דרישות הריאיון

**1 פרטיות:** אם אנחנו בודקים אדם בתוך בית הכלא, אנחנו אמורים לבקש לבדוק אותו בפרטיות. מעשית, לפעמים מאוד קשה לבצע בדיקה ללא נוכחות סוהרים או ללא נוכחות רופא הכלא; ומוכן שאם הם נמצאים זה פוגע ביכולתו של הנפגע לספר את הסיפור. אם אנחנו בודקים פציינט מחוץ לכותלי הכלא, גם שם צריך להקפיד שהבדיקה מתבצעת במקום שמאפשר בדיקה בפרטיות. ואביא כאן דוגמה אחת לחשיבות הנושא: בעזרתה הנדיבה של הר"י, העברנו לאחרונה שאלון על עמדות וידע של רופאים לגבי אלימות ועינויים. הרוב כמוכן היו תשובות על שאלות, אבל היה בשאלון חלק של מלל חופשי, ואני רוצה רגע להקריא ציטוט אחד משם: "העצירים שהובאו לבדיקה במיון טענו שנפלו בזמן המעצר או

מונע תקשורת ישירה עם הפציינט (ויש לזכור, העצור או האסיר הוא פציינט שלנו כמו כל פציינט אחר). שנית, רופאים מטבע הדברים צריכים לשמור על הסודיות הרפואית, וצריכים לבדוק אותו ללא נוכחות אנשי חוק בחדר. שלישית, אנחנו אמורים לבדוק אסורים ועצורים ללא אזיקים; זה לפעמים מאוד קשה בפועל, אבל זה החוק. ובעיה רביעית, החולה אמור להבין שהוא נמצא בבית חולים, שנותנים לו טיפול, ושיש לו זכות להסכים או לסרב לטיפול הזה. הבעיה של נאמנות כפולה עולה במיוחד במתקני חקירה ובבתי כלא, מאחר שהרופאים שעובדים שם מועסקים על ידי שירות בתי הסוהר. מצד אחד אמורה להיות להם נאמנות למטופל שלהם, ומצד שני יש להם מעביד שיש לו אינטרס אחר.

ואני רוצה רגע לקחת צעד אחורה ולחשוב, איפה אנחנו כרופאים יכולים לפגוש נפגע עינויים. אז מובן שיכול להיות שמדובר במטופל. בן אדם בא אלינו למרפאה בקופת חולים, מתלונן על כאבים כאלה ואחרים ובעצם מתברר שהוא עבר עינויים. הבעיה היא שלעתים אנשים לא יספרו לנו על כך מיוזמתם. מובן מאליי שאם עצור או אסיר מגיע לחדר מיון, ויש עליו סימני אלימות, אפשר להניח (בזהירות) שהוא עשוי להיות קורבן לעינויים; וודאי שרופאים העובדים במתקן מעצר חשופים לנושא יותר מאחרים. לכל המקרים האלה מיועד פרוטוקול איסטנבול: כי אנחנו אמורים לכתוב חוות דעת כדי לבדוק את החשד שבן אדם עבר עינויים.



דעת, עליו להבין מי יקרא אותה בהמשך התה-  
ליך והאם יש סיכוי שהיא תתפרסם בתקשורת.  
הנבדק אמור להסכים או לסרב לפרסום כזה.  
והוא צריך להסכים לזה שיבדקו אותו, להבין  
איזה ריאיון הוא הולך לעבור. הנבדק צריך  
להבין שבכל שלב הוא יכול לסרב להמשיך  
לדבר או לסרב לחלקים של הבדיקה. כך הוא  
מקבל מאתנו חזרה קצת מהאוטונומיה והש-  
ליטה שאבדו לו.

### שיטות עינויים:

**מכות:** זו השיטה השכיחה ביותר - מכות לכל  
חלקי הגוף, בזמן המעצר ובזמן החקירה. מכות  
לא תמיד משאירות סימנים לטווח ארוך והר-  
בה פעמים הנחקר לא נבדק על ידי איש עד  
שהסימנים חולפים - חוץ מרופא בית המעצר,  
ולכן הוא בעמדה כה קריטית.

**איזוק ממושך:** גם זו שיטה מאוד שכיחה,  
כשהאזיקים יכולים להיות אזיקי מתכת או  
פלסטיק מהודקים. באיזוק לפני או מאחורי  
הגב האזיקים גורמים לנפחות, לכאבים קשים,  
ללחץ על עצבים ולשיתוקים. יש שיטה נוספת  
שנקראת "איזוק גבוה", כלומר אזיקים מאוד  
הדוקים שקשורים מתחת למרפקים או מע-  
ליהם ומפעילים עליהם לחץ נוסף למשך כ-20  
דקות, וזה גורם לכאבים קשים ולנפחות.

**תנוחות מאולצות:** בתאי החקירה בארץ אנו  
מכירים שלוש תנוחות עיקריות. הראשונה  
נקראת תנוחת "הצפרדע", כאשר העציר צריך

לפניו ולא באמת חשדתי שמדובר באלימות  
של שוטרים. עכשיו, אחרי שעניתי על השאלות  
נראה לי שהייתי קצת תמים." הרופא כותב  
לנו אחרי ששאלנו כמה שאלות על אלימות  
ועל יחס לעצירים בחדר מיון, שבעצם הוא  
חושב עכשיו שכנראה לא אמרו לו את האמת,  
בין היתר בשל היעדר הפרטיות הנדרשת כדי  
שאנשים יוכלו להגיד את האמת.

**(2) רה-טראומטיזציה:** לפני ריאיון תמיד צריך  
לזכור שמאוד קשה לאדם לדבר על עינויים  
שעבר; ועצם השיחה יכולה לגרום לפגיעה  
חוזרת, גם אם הטראומה עברה לפני כמה שנים.  
שמיעת הסיפור גם היא קשה, והיא יכולה לג-  
רום לטראומטיזציה של השומעים, גם של  
הרופאים וגם של המתורגמנים.

**(3) תרגום:** נושא התרגום הוא במיוחד רגיש  
ומהותי. במקרה של מבקשי מקלט נהוג להיעזר  
לפעמים לצורך תרגום במישהו שנמצא עם  
הנפגע באותו תא או באותו כלא. מובן שהמ-  
תלונן במקרים כאלה לא יכול לדבר בחופשיות  
ולהסתכן בכך שהסיפור שלו יתפרסם בכל  
הכלא. המתרגם צריך להיות מקצועי, לשמור  
על סודיות מלאה, וכמובן צריך לשים לב שמ-  
בצעים את הריאיון בצורה אמפתית - שאין  
פירושו של דבר סימפטית - ואובייקטיבית.

**(4) הסכמה מדעת:** האדם צריך להבין למי הוא  
מספר את הסיפור שלו ולמה; איזה שימוש  
ייעשה בסיפור. זאת אומרת אם כותבים חוות

צלקות חיזוניות. שיטות פסיכולוגיות יכולות גם לכלול איומים על משפחת הנחקר, פגיעות בטאבו, או מצגות שווא של הרס או הרג.

### ההערכה:

יש לבדוק כל מתלונן על אלימות בבדיקה גופנית מלאה. בזמן הבדיקה הרבה פעמים עולות עדויות נוספות, כאשר שואלים אותו על צלקת כזאת או אחרת והוא מספר איך הוא קיבל אותה. אנחנו משתדלים מאוד לדאוג לתיעוד ויזואלי, על אף שבבית הכלא זה לא תמיד מתאפשר.

כאשר איש רפואה ואיש רפואת נפש מראיינים יחד, הדבר תורם לשני הצדדים: הפסיכולוגים בודקים את הסימנים הנפשיים, את הפגיעות הפנימיות שהאדם נותר איתן אחרי העינויים. הם בודקים אם נשארו סימנים של PTSD (תסמונת דחק פוסט-טראומטית), של דיכאון, והפסיכולוג גם מברר את התפקוד הנוכחי לעומת התפקוד לפני החקירה. התסמינים הפסיכולוגיים יכולים לכלול הימנעות, זיכרונות חודרניים, "פֶּלְשֶׁבְקִים", סיוטים, התפרצויות זעם, חוסר שינה, חוסר תיאבון, חוסר תקווה וחוסר אמון בבני אדם. הסימנים הפסיכולוגיים מצד אחד הם אישיים וממושכים, מאחר שהם מתרעים על פגיעה ב"אני", ביסוד האדם. מצד שני, הם משפיעים לא רק על המתלונן אלא גם על המשפחה והחברה הסובבת אותו. כשמדובר בתסמינים פסיכולוגיים הצלקות לא נראות כלפי חוץ, וקשה לפעמים להוכיח את הפגיעה ובמיוחד את הסיבתיות שלה.

לכרוע בברכיים כפופות, על קצות האצבעות, לפעמים גם דוחפים אותו באותו הזמן. זה גורם בעיקר לכאבים ברגליים ובברכיים. השנייה אמורה להיות אסורה היום בישראל: ישיבה על כיסא נמוך עם רגליים קדימה, יותר נמוכות מהכיסא, וכשהידיים אזוקות מאחורי הגב. היא גורמת גם כן לכאבים בגב ובכתפיים. תנוחה שלישית מכונה "הבגנה": צריך לשכב על כיסא עם בטן למעלה. עד כמה שידוע לנו, בישראל התנוחה אינה כוללת את קשירת הידיים לרגליים אבל עדיין גורמת לכאב מאוד קשה ולעתים אנשים מספרים שהם קיבלו מכות על הבטן החשופה בזמן שהם שכבו כך.

**טלטול:** טלטול אסור בישראל היום; טלטול חזק עלול לגרום לכאב ראש, לבצקת מוחית, לדימום במוח, ואף גרם למקרה מוות אחד לפחות. הסימנים הכרוניים הם כמו צליפת שוט, כאבי ראש וכאבי צוואר.

**פגיעות מיניות:** שיטה מאוד נפוצה, כשצריך כמובן לזכור שפגיעות מיניות הן לא רק אונס או מעשה סדום. זה עשוי להתחיל מזה שאדם עובר חיפוש משפיל בעירום, איומים מילוליים, השפלות שונות וכן הלאה: גם מעשים אלה הם בגדר תקיפה מינית לכל דבר. נהוגים גם מעצר בבידוד, חשיפה לגירויים קיצוניים (רעש או אור חזק במשך 24 שעות ביממה) או טמפרטורות קיצוניות שגם הן מונעות שינה. אלה שיטות מקובלות כדי "לרכך" את הנחקר: מצד אחד הן אפקטיביות מאוד, ומצד שני אינן משאירות

## עקביות:

בעיה טיפוסית להערכות של קרבנות עינויים, היא שהסיפור של הנפגע אינו עקבי לעומת פעמים קודמות שבהם עלה הסיפור. יש לכך הרבה סיבות אפשריות:

בראש ובראשונה, תנאי הריאיון. כלומר, אם מבקש מקלט יושב מול פקיד משרד הפנים בחדר עם עוד אנשים ועם מתרגם שמוכר לו, ייתכן מאוד שהוא לא יספר על העינויים שעבר; ואילו בהערכה יותר פרטית, ועם יותר אמפתיה, הוא יגולל את הסיפור שלו.

ייתכן גם שבזמן החקירה או בזמן העינויים האדם לא קולט את כל המידע, כיוון שהעינויים שלו מכוסות, או משום שהוא סובל מחוסר שינה.

סיבות פיזיות - ידוע שחבלות ראש גורמות לפגיעות זיכרון.

PTSD, תסמונת שידועה גם כגורמת לבעיות ריכוז.

חסמים תרבותיים: ייתכן מצב שפגיעות מסוימות מעוררות תחושות בושה ואשמה, ומביאות לכך שהמתלונן לא יכול לדבר עליהן.

פערים לא מכוונים בתרגום: כלומר שאותה מילה מתורגמת בצורה שונה במהלך הריאיון, ויוצרת סתירה - לכאורה.

מכל הסיבות האלה חשוב מאוד שחוות הדעה תתייחס גם לתנאי הריאיון, ובסופו של דבר אנחנו צריכים להגיע למסקנה אם הסיפור והבדיקה תואמים זה את זה, כמפורט בפרוטוקול איסטנבול.

**חובת הדיווח:** כפי שהזכיר ד"ר אידלמן, קיימת במשרד הבריאות ועדה, שאליה אמורים לדווח רופאים הנתקלים במקרי אלימות. מר צבי בנינגה ניסה לברר עם משרד הבריאות אם היו תלונות לוועדה הזאת במהלך השנתיים האחרונות, והבנו מהם שלא התקבלה אף תלונה לוועדה מאז שהוקמה בינואר 2011! בעיה נוספת היא שיש כאן נושאים תחת חיסיון רפואי, ולעתים הנפגעים לא מעוניינים לדווח על הפגיעה בהם, אם מחשש שיפגעו בהם ואם משום שהם לא רוצים להיחשף. כשנוצר קונפליקט כזה צריך לנסות לפתור אותו על ידי דיווח אנונימי או על ידי ניסיון לשכנע את הנפגע להסכים לדיווח במסגרת מסוימת.

**סיכום:** בסך הכול משרד הבריאות וההסתדרות עושים עבודה מאוד יעילה ומרשימה בהקשר לאלימות בכלל, ובפרט נגד חסרי ישע, ילדים, נשים וקשישים. זו עבודה אפקטיבית ומבורכת שיצרה שינוי מהותי: הקימו ועדות בבתי חולים ובקופות חולים, פרסמו נהלים, והכשירו אנשים בקורסים. זאת אומרת, שאפשר לשנות את היחס של אנשי רפואה לנושא כזה או אחר, ואנחנו מקווים שכך יהיה גם לגבי עצירים ואסירים.

## ד"ר יצחק (צאקי) זיו-נר ממלא-מקום יו"ר ההסתדרות הרפואית

שלום לכולם. אני לא מתכוון לתת הרצאה, אלא יותר להגיב, ובמיוחד על סמך הניסיון האישי שלי, כמתנדב במרפאת הפליטים של "רופאים לזכויות אדם" ביפו, ובמרחק פאה בתחנה מרכזית של ההסתדרות הרפואית בשיתוף עם משרד הבריאות. אני שם כאורתופד, עם התמחות נוספת ברפואה פיזיקלית ובשיקום, ובהחלט רואה שם דברים לא פשוטים. במרפאות האלה אנחנו לא רואים אנשים ברגעים הראשונים שלהם פה, ואין דרישה פורמלית למלא דו"ח, אבל אני תוהה: האם שאלתי כל אחד, "האם מילאו לך דו"ח?" ייתכן שלפעמים התייחסתי כמובן מאליו לכך שהדברים האלה כבר נעשו: אז אני לוקח לעצמי מפה משהו - שגם כשאני רואה מישהו כרופא מטפל, אולי אני צריך להיות יותר פרו-אקטיבי.

הופעת הפרוטוקול באתר של הר"י זה צעד חשוב ביותר, אבל אף על פי שהרופאים בישראל בסך הכול מיודעים, צריך לשים יותר דגש על רופאים שיש סיכוי שיימצאו במגע וייתקלו בבעיות, כמו למשל רופאי חדר מיון - וכמו שהזכרתי, אני שואל את עצמי האם אנחנו צריכים להיות יותר פרו-אקטיביים כלפי אוכלוסיות מסוימות.

אני רוצה שוב להדגיש שיחסי רופא-חולה שאנחנו שמים עליהם כל כך הרבה דגש, גם בחוק זכויות החולה וגם בגישה הרפואית - ובצדק - חלים גם על אסירים ועצורים. הרופא לפעמים הוא האדם היחיד שרואה את העצור או את האסיר פרט לחוקרים. ולכן יש לו חובה אתית עוד יותר גדולה כלפי המטופל שלו. אם יש תלונה על אלימות, הרופא צריך לבדוק, לתעד, וכאשר קיים חשש שהמתלונן יהיה חשוף לעוד התעללות או אלימות מצד החוקרים, אסור לו לשחרר אותו בחזרה אליהם. לשם כל אלה, יש לדאוג להגברת המודעות לפרוטוקול איסטנבול, לזכויות של אסירים ועצורים שבאים למפגש עם רופא או לזכויות בכלל של כל אדם שמתלונן על אלימות. חשוב מאוד גם שכרופאים נהיה מודעים יותר לחובות האתיות שלנו, אף שלא תמיד קל ליישם אותן במפגש עם אנשי החוק.

**מביאים לנו עצירים  
למרפאות רגילות, ובפרט  
בבתי חולים שהם בקרבת  
בתי כלא בארץ. לכן אני  
חושב שכל רופא צריך  
להיחשף ברמה מסוימת,  
וחתכים שונים של אוכלוסיות  
רופאים צריכים להיחשף  
ברמה הרבה יותר גבוהה**

ד"ר יצחק זיו-נר,  
ממלא מקום יו"ר ההסתדרות  
הרפואית

נושא השפה שד"ר שטיינר הזכירה הוא חשוב ביותר. בסיטואציה של מרפאת פליטים שבה אין לנו מתורגמן ברוב המקרים, צריכים להיעזר בבן משפחה, והרי לא עולה על הדעת שא-שאל אישה על אונס ואיעזר בבנה בן ה-12. כמו כן לא אוכל לבקש מהאנשים הממתינים לבדיקה אחרת לסייע בתרגום וכך לחשוף אותה ואותם. לא בכל סיטואציה יש מתורגמן מקצועי ולפעמים אנחנו צריכים לתת מענה מיידית. אבל בהחלט בכל הזדמנות ומקרה שיש אפשרות להביא מתורגמן זה חשוב; וחשוב להפיץ רשימת קשר שתאפשר להשיג את המתורגמן, כפי שגם עושים בבתי החולים באמצעות העובדות הסוציאליות. ברור שבכל פורום שמאפשר זאת אנחנו אמורים להעלות את הנושא, ולדון בו בהרחבה על מנת שאנשים ידעו שיש למי לפנות כדי לקבל הערכה. היום בקלות רבה אנחנו מפנים אותם לאינטרנט ואומרים: "תיכנס"; "תוציא"; "יש לך בסוף טופס בדיקה..."

כל הפרוטוקול נמצא פה בצורה מסודרת, יש שרטוטים שאתה רק צריך לצייר עליהם ולק-שקש. מובן שבעידן הסמארטפונים גם הרבה יותר קל להוציא את זה מהכיס.

המקום הבא שאולי הייתי מדגיש, הוא בתי הספר לרפואה. אני חושב שמאוד חשוב להיכנס לשם ולתת הרצאות בנושא הזה. כל הרופאים לעתיד מקבלים את הקוד האתי של הר"י, בשעה שאנחנו חונכים אותם ועושים להם טקסי קבלה, ויש שם התייחסות ספציפית לנושא הזה. כך שאני רוצה להאמין, שלפחות דור העתיד יהווה בסיס ראשון.

**ד"ר רויטל ארבל:** אני גינקולוגית, משתתפת בקורס והשתתפתי גם בהכנת ההרצאה. אחד הדברים הראשונים שסיפרתי לחברים שלי בקורס, זה שכשהתחלנו לעסוק בתחום של תקיפה מינית, בערך לפני עשרים שנה, הייתה אותה התייחסות: היה קושי להפנים שמדובר בנושא רפואי לכל דבר. המדיקליזציה של נושא התקיפה והאלימות לא הייתה פשוטה, ומשרד הבריאות סייע בצורה מאוד מרשימה בעניין הזה. אני חושבת שאם אנחנו רוצים להתקדם ולעבור הלאה אנחנו צריכים באמת את הגיבוי שלכם בצורה מאוד מסיבית. להיכנס לכל בית חולים, לכל מחלקה, לתת הרצאה, ללמד, להרים ימי עיון בנושא די רגיש, וזה מחייב את הגיבוי של הסתדרות הרופאים.

**ד"ר זיו-נר:** אני מסכים איתך לגמרי, לנו כרו-פאים יותר קל לבוא מהמקום הכי נקי. זאת אומרת, מבחינתי בן אדם זה בן אדם, והבדיקה שלי לא אמורה להיות שונה בין חולה שאני רואה בבית חולים, במרפאה פרטית, במרפאה בקופת חולים לבין עציר. לנו הכי קל כי אני

**ד"ר בטינה שטיינר-בירמנס:** צריך לזכור שחשוב מאוד לעבור קורס, מאחר שיש הרבה נקודות מכשול שצריך להתמודד איתן.

**ד"ר זיו-נר:** אין לי בכלל ויכוח איתך, נהפוך הוא, אני משוכנע שהר"י תהיה שותפה להרמת כפפה כזאת. עכשיו ברור שקורס של שנתיים זו ירידה לעומק שאפשרית לקומץ קטן של אנשים. ובכל זאת, בואו נהיה ריאליים ופרקטיים, אני חושב שצריך דרגות שונות של ידע ומומחיות. אני מעריך שחלק משליחותה של הקבוצה הזאת היא לא רק לעסוק בבדיקה עצמה אלא ללמד אותנו - מי שלא עברו את הקורס הזה - ולהיות קבוצת התייחסות שלנו כשעולות שאלות בנושא. כינוס כזה זה נחמד, אבל לא מספיק. ראשית אנחנו צריכים לפלח לפי מדרג עדיפויות: מי האוכלוסיות שאנחנו רוצים להגיע אליהן ראשונים, בידיעה שאנחנו לא יכולים להגיע בזמן קצר לכל האוכלוסיות? הדגשנו חדרי מיון, שהם צומת מרכזי כמובן, אבל זה לא רק חדרי מיון. מביאים לנו עצירים למרפאות רגילות, ובפרט בבתי חולים שהם בקרבת בתי כלא בארץ. לכן אני חושב שכל רופא צריך להיחשף ברמה מסוימת, וחתכים שונים של אוכלוסיות רופאים צריכים להיחשף ברמה הרבה יותר גבוהה. וצינתי את הנקודה של רופאים טובים שעושים עבודה התנדבותית ומגיעים לריכוזים של פליטים; ייתכן שמן הראוי להעלות למודעות את השאלה, האם בטיפול הראשוני דילגו על נושא העינויים.

חוקר ידע שיש רופא, והרופא הזה לא שייך למקום כזה או אחר, אלא זה רופא שידווח, אולי הוא יחשוב פעמיים.

**ד"ר זיו-נר:** קודם כול בואו לא נשגה באשליות, הר"י אינה יכולה לכפות להוציא את הרופאים משירות בתי הסוהר; אלה אינן החלטות של ההסתדרות הרפואית. הר"י יכולה לברך על כך או להצטרף להמלצות, אבל לא יכולה להגיד מי יהיה המעסיק. אבל דברים ניתנים לשינוי: בעבר דובר על כך שרופאי הצבא אינם יכולים להיות חברי הר"י, ויש שינוי במגמה הזאת. בנושא של שביתות הרעב של אסירים ביטחוניים הייתה דוגמה טובה של שיתוף פעולה עם משרד הבריאות ורופאי שב"ס.

**מר צבי בנינגה:** אני במקרה ידעתי על הוועדה של משרד הבריאות וחיפשתי הרבה זמן מידע עליה - מה הנהלים שלה, כיצד היא פועלת, מי חבר בה, כמה דיווחים התקבלו ומה נעשה עם הדיווחים הללו. כשניסינו לפנות באופן רשמי למשרד הבריאות, לא ענו לנו על השאלה הזאת או לשאלות על פעילות הוועדה. הר"י יכולה להיות מאוד משמעותית בפנייה למש"רד הבריאות, בדרישה לפרסם נהלים ברורים לוועדה הזאת. צריך לדעת אילו מקרים היא מקבלת, כיצד פונים אליה ולהתחיל להפיץ את קיומה וגם להבהיר מה היא יכולה לעשות וכיצד היא הולכת לפעול בנוגע למקרים שיובאו לידיעתה.

לא צריך לקחת עמדה, אני רופא. את גם דיברת על תהליך, ואני חושב שאיפה שאנחנו עומדים היום זה ממש לא איפה שהיינו לפני עשר שנים ולפני עשרים שנה: יש הרבה יותר מודעות לזכויות אזרחיות ולזכויות אדם. אני כן אדגיש דבר אחד: אנחנו ניקח את האתגר במשותף, כי להר"י יש המון משימות בשנים האחרונות. אני הייתי מציע בעזרתכם להגדיר מי האוכלוסיות שהיינו רוצים לתעֶדף ולחשוב על איזו רמת חשיפה היא ריאלית.

**מר רן כהן:** שלום, שמי רן כהן ואני המנכ"ל של "רופאים לזכויות אדם". אני מאוד שמח לשמוע את כל מה שנאמר פה, אבל כידוע הרופאים בשירות בתי הסוהר אינם רשאים להתאגד, הם לא חברים בהסתדרות הרפואית: ונוצר מצב שבו הם נאמנים הרבה פעמים למעסיק שלהם, כלומר לשירות בתי הסוהר, ולא לחולה. נדרש כאן מהלך נכון: אפשר להכשיר רופאים אלה איך לזהות עינויים, אבל הנאמנות הכפולה שלהם לשירות בתי הסוהר ולמעסיק לא תיעלם. אחד הדברים שצריך לעשות כדי לטפל בסוגיה מהשורש, היא לוודא שהרופאים שעובדים בשירות בתי הסוהר אינם כפופים אליו. הם צריכים להיות כפופים למשרד הבריאות, וגם להיות מאוגדים בהר"י. אני רוצה לשאול מה העמדה של ההסתדרות הרפואית לגבי מהלך של הוצאת מערך הרפואה משירות בתי הסוהר לאחריות משרד הבריאות, מהלך שבוודאי גם יעלה את זיהוי קורבנות העינויים ואולי אף יפחית את התופעה: כי אם אותו

מתוכנית הלימודים), ברור לי שיש לעשות כן גם בתחום העיניים. אני חושבת שצריך להתחיל עם הרצאה כמו שלך, ד"ר שטיינר, ולהגיע לכל מקום, כי הנושא לא מספיק מוכר.

## ביצוע הערכות לפי פרוטוקול איסטנבול הנו לא רק צורך אלא כורח בעת חשד לקיומם של עיניים.

עו"ד אלונה קורמן,  
הוועד הציבורי נגד עיניים בישראל

**ד"ר זיו-נר:** אני יכול לומר לך לצערי שיש הרבה נהלים במשרד הבריאות ולא כולם מיושמים, לאו דווקא מתוך כוונה לא ליישם אותם, אלא בשל מחסור באמצעים. לפעמים מקדימים להוציא חוזר מינהל, מתוך תקווה שבעקבותיו ייצרו את המנגנונים. זה נושא שראוי לרשום לפנינו ולחשוב איך מקדמים אותו.

**ד"ר בטינה שטיינר-בירמנס:** צריך לזכור שיש הבדל בין תיעוד של תוצאות עיניים לבין טיפול. התיעוד הוא רק צעד אחד, מאוד חשוב, כדי להילחם נגד העיניים במגוון של זירות, כדי לתת לבן אדם לגיטימציה. הטיפול הוא הצעד הבא, מתבצע במקומות שונים ולא תמיד יש מספיק מענה לצרכיו של המטופל. זה נושא מאוד מסובך: אם הסבל שעבר המטופל מתועד, ניתן גם להעריך בדיעבד את סוג הטיפול שהוא זקוק לו. התיעוד והטיפול הם שתי זירות שונות. בשלב זה רצוי שהרופאים בחדרי מיון ובמחלקות יזהו מקרים של אלימות, או של חשד לעיניים, ויתעדו את זה; זה כרגע תחום קריטי ולוקה בחסר.

**פרופ' רות סטלניקוביץ:** אני רות סטלניקוביץ, אחראית על מיון בהדסה הר הצופים. מאחר שכ-50% מהמטופלים שלנו הם מהאוכלוסייה הערבית, למדנו שהתרגום המקצועי הוא ממש חשוב, ותרגום של בני משפחה או עובדים לא מהווה תחליף. בתור אחת שמלמדת על התמודדות מול אלימות במשפחה כבר שנים (ואף הצלחנו להכניס זאת לבית ספר לרפואה כחלק



## עו"ד אלונה קורמן

### הוועד הציבורי נגד עינויים בישראל

המעבר שאנו עושים כעת, מהחלק הרפואי לחלק המשפטי הוא ברוח פרוטוקול איסטנבול, שהרי הוא מדריך בין-תחומי, אשר פונה למגוון אנשי מקצוע וביניהם רופאים, מומחים בבריאות הנפש, שופטים ועורכי דין ומנחה אותם בדבר אופן ההתמודדות במפגש עם קורבנות עינויים, בין אם במקרה ובין אם לצורך תיעוד וחקירה של עינויים. כך הפרוטוקול מפרט את כללי האתיקה החלים על מגוון אנשי המקצוע הללו וכולל פרק שעוסק בחקירה משפטית של עינויים, חלק שעוסק בראיות רפואיות וחלק שעוסק בראיות פסיכולוגיות.

הערב אציג בפניכם ניתוח משפטי אשר מסכם את השימוש בחוות דעת שנעשו לפי פרוטוקול איסטנבול בישראל, ומבוסס על 23 פניות לביצוע הערכה רפואית-פסיכולוגית שאקרא להן מעכשיו והלאה "הערכות לפי פרוטוקול איסטנבול". מתוכן התבצעו בפועל 19 הערכות. פרוטוקול איסטנבול אימץ על ידי האו"ם באוגוסט 1999 ומאז החלו להשתמש בו ברחבי העולם לצורך תיעוד וחקירה של עינויים. בינואר 2012 החלה הכשרה של מתנדבים, רופאים ומומחים בבריאות הנפש מפלסטין ומישראל לתיעוד עינויים לפי פרוטוקול איסטנבול. אף שהמספרים אינם גבוהים, הם מהווים קפיצת מדרגה משמעותית מהמצב בין השנים 1999 ועד 2012 שבהן, גם אם נעשה שימוש בפרוטוקול

קול איסטנבול, לא הייתה הטמעה שלו בשיח הרפואי או בשיח המשפטי: ומכאן גם חשיבותו של ערב זה. מדובר בהזדמנות יוצאת דופן לבדוק את מה שנעשה עד עכשיו ולראות מה עדיין נותר לעשות. את הרצאתי אחלק לשלושה חלקים. ראשית אציג את הכלים המשפטיים להשגת ראייה רפואית או פסיכולוגית לעינויים. לאחר מכן אציג את ניתוח הממצאים משימוש בהערכות לפי פרוטוקול באיסטנבול ואסיים בסיכום ומסקנות.

### הכלים המשפטיים:

עד שהתחילו להתבצע הערכות לפי פרוטוקול איסטנבול, הכלי המשפטי היחיד שניתן היה להשתמש בו על מנת להשיג ראייה רפואית או פסיכולוגית לעינויים, היה חוות דעת רפואית או חוות דעת מומחה (שהיא חוות דעת שניתנת על ידי כל מי שאינו רופא ויש לו מומחיות רלוונטית מסוימת). חשוב לציין כי גם חוות דעת לפי פרוטוקול איסטנבול - בדומה לחוות דעת של רופא או מומחה - ערוכות לפי פקודת הראיות ונבדלות מהן בכך שהן נכתבות על בסיס הפרוטוקול. את ההבדלים בין חוות דעת לפי פרוטוקול איסטנבול לבין חוות דעת שאינה לפי פרוטוקול איסטנבול אמחיש באמצעות המקרה של מ.ו.

מה שמאפשר לי לעשות זאת, היא העובדה הפשוטה שבמקרה שלו נכתבו חוות דעת משני הסוגים הללו. מ.ו. הוא פלסטיני אשר נעצר

המקרה היא שמאפשרת להשתמש בחוות דעת לפי פרוטוקול איסטנבול כראיה פסיכולוגית לעינויים.

המסקנה בחוות הדעת הרפואית **שלא** לפי פרוטוקול איסטנבול הייתה כי מ.ו. סבל מדימום תת-עורי במותן שמאל וכי ממצא זה מתיישב עם חבלה קלה במותן. נוסף על כך, הרופא קבע כי על סמך הנתונים לא ניתן להעריך אם החבלה הייתה ישירה ממכה או בלתי ישירה מנפילה. כיוון שהמסקנה הזו אינה מתייחסת לסיפור המקרה, יצירת הקשר בין העובדות לבין הממצאים נעשית בידי מי שאינם רופאים ומומחים אלא בידי עורכי דין ושופטים. הבעיה בכך היא, כמובן, שאז הקשר הנדרש הופך למסקנה של מי שאינו רופא או מומחה וככזה לפרשנות ולא לראיה. יתר על כן, חוות דעת לפי פרוטוקול איסטנבול כוללת לא רק עדויות פיזיות ועדויות פסיכולוגיות אלא גם מסקנה משותפת לרופאה ולפסיכולוג בדבר מידת ההתאמה בין הממצאים הפיזיים והפסיכולוגיים לבין סיפור מקרה של מ.ו. פרוטוקול איסטנבול מפרט חמש דרגות התאמה בין ממצאים פיזיים לבין סיפור המקרה, ובכך משפר את מלאכתם של מבצעי הערכה לפי פרוטוקול איסטנבול. דרגת ההתאמה הנמוכה ביותר היא **לא מתאים**, כלומר שלא ייתכן שהחבורה נגרמה כתוצאה מהטראומה המתוארת. מידת ההתאמה הגבוהה ביותר היא של **אבחנה** (d-agnostic). כלומר, שהטראומה שמתוארת לא יכולה הייתה להיגרם בדרך אחרת. במקרה של

ונלקח לתחנת משטרה, שם היה קורבן לעינויים אשר כללו מכות בכל חלקי גופו, קשירת אוזניו בחוט, השתנה על גופו, ירייה ליד אוזנו והחדרת חפץ כלשהו לפי הטבעת שלו. למ.ו. נעשתה בדיקה גופנית ובדיקה פסיכולוגית כפי שבדרך כלל נעשה בהערכות לפי פרוטוקול איסטנבול. במהלך הבדיקה הגופנית מ.ו. התלונן על כאבי ראש חמורים שתוקפים אותו פעמים אחדות בשבוע וסיפר שהוא נוטל כ-4 טבליות של משככי כאבים מדי שבוע. בניתוח הממצאים הרופאה שבדקה את מ.ו. כתבה שהוא סובל מכאבי ראש כרוניים שהתחילו לאחר המעצר וקשורים קרוב לוודאי לטראומה בראש. בנוסף היא ציינה כי קיים קשר חזק בין תסמונת כאב כרונית לבין דיכאון. המסקנה הזאת, שמחברת בין סיפור המקרה לתלונותיו של מ.ו. במועד הבדיקה, היא שמאפשרת את ההסתמכות על חוות הדעת כראיה לעינויים.

בבדיקה פסיכולוגית שנעשתה למ.ו., הוא נמצא סובל מהפרעת דחק פוסט-טראומטית ומדיכאון מזוירי - אפיזודה חולפת, אולם על מנת לקבוע מהי מידת ההתאמה בין הממצאים הפסיכולוגיים לסיפור המקרה יש צורך בצעד נוסף והוא לבחון האם האירועים עליהם סיפר מ.ו. מהווים טראומה. הפסיכולוג שבדק את מ.ו. קובע בחוות דעתו כי החוויות שהוא עבר במעצר הן טראומטיות, כל אחת כשלעצמה ועל אחת כמה וכמה כמכלול. בכך הוא יוצר קשר בין האירועים אותם עבר מ.ו. לבין מצבו הנפשי הנוכחי. גם כאן ההתכתבות עם סיפור

## כלים משפטיים להשגת ראיות לקיומם של עינויים השוואה מסכמת

חוות דעת שלא נערכה בהתאם לפרוטוקול איסטנבול	חוות דעת שנתנה לפרוטוקול איסטנבול	
רופא אחד עם מומחה לבריאות הנפש	רופא <u>א</u> מומחה שאינו רופא	גורם מבצע
רפואיים ופסיכולוגיים	רפואיים <u>א</u> ופסיכולוגיים	סוג הממצאים
מידת ההתאמה בין הממצאים לבין סיפור המקרה	אישור או שלילת קיומם של ממצאים רפואיים או פסיכולוגיים	ניתוח הממצאים
יש	אין	המלצות לשיקום

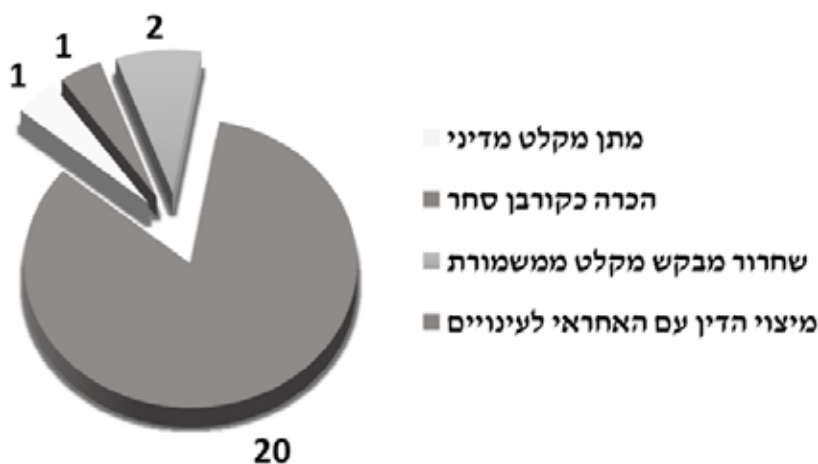
19

או בלתי אנושיים, היא כי חומרתם של עינויים מחייבת שיקום של הקורבנות. הערה כללית מס' 3 של ועדת האו"ם נגד עינויים, אשר מהווה פרשנות מוסמכת של אמנת העינויים וניתנה בדצמבר 2012, קובעת שחובת המדינה היא לדאוג לשיקום הוליסטי של קורבנות עינויים שנמצאים בשטחה; וזאת באמצעות חקיקה ובניית תוכניות ארוכות טווח המבוססות בין היתר על הערכת צרכים של קורבנות עינויים בהתאם לפרוטוקול איסטנבול. למרות זאת בישראל, שיקומם של קורבנות עינויים נופל על כתפיהם של ארגוני זכויות אדם שונים.

מ.ו. הממצאים הפיזיים והפסיכולוגיים נמצאו תואמים בבירור את סיפור המקרה.

אבל זה לא נגמר כאן. חוות דעת לפי פרוטוקול איסטנבול נבדלת מחוות דעת רפואית גם בהמלצות להמשך טיפול. בעוד שחוות דעת רופא מוגבלת בדרך כלל לשאלות שמפנה אליו הפונה, עבודה לפי פרוטוקול איסטנבול מחייבת לתת המלצות לעתיד במידת הצורך כמובן. חלק מרכזי בהערכה של קורבנות עינויים היא בהמלצות לשיקומם. גישתו של פרוטוקול איסטנבול כמו גם של סעיף 14 בא-מנה נגד עינויים ונגד יחס או עונשים אכזריים

## מטרות ביצוע הערכה לפי פרוטוקול איסטנבול



20

אך הן משאירות צלקות נפשיות. באשר לני-תוח הממצאים, חוות דעת פוֹרְנִזִית מקשרת בין הממצאים לבין סיפור המקרה ואילו חוות דעת שאינה לפי פרוטוקול איסטנבול אינה מתכתבת עם הסיפור ובכך פוגעת באפשרות להוכיח באמצעות חוות דעת כי האירועים אכן התרחשו. בנוסף, בעוד שפרוטוקול איסטנבול מחייב מתן המלצות לשיקום, חוות דעת שלא לפי פרוטוקול איסטנבול אינה כוללת דרך קבע המלצות לשיקום.

הטבלה שלהלן מסכמת את כל מה שדיברנו עליו בעצם עד עכשיו: בעוד שהגורם שמבצע חוות דעת שאינה לפי פרוטוקול איסטנבול הוא רופא או מומחה שאינו רופא, חוות דעת לפי פרוטוקול איסטנבול תיכתב בדרך כלל על ידי רופא ועל ידי מומחה לבריאות הנפש ובהתאם לכך גם הממצאים שונים. חשיבות השילוב בין רפואה לבין בריאות הנפש נעוצה בעיקר בכך שהיעדר עדות גופנית לעינויים אינו מלמד בהכרח שהעינויים לא התרחשו, כיוון שפעולות אלימות כנגד אנשים לעתים אינן מותרות כל צלקות או סימנים קבועים,

## חסמים מפני ביצוע הערכה

"המצאות תוצאות פסיכולוגיות בקרב ניצולי עינויים, ובמיוחד מופעים שונים של PTSD, עשויה לגרום לניצול לחשוש מלחוות מחדש את חוויית העינויים שלו במהלך הראיון, הבדיקה הגופנית או בדיקות המעבדה."  
פסקה 147 לפרוטוקול איסטנבול



- 21
- 04.46.00 פקודת נציבות שב"ס  
"ביקורי רופאים פרטיים אצל אסירים המקבלים טיפול רפואי"
  - 04.41.00 הוראת שעה לביטול פקודת נציבות  
"כניסת מטפלים פרטיים בתחום הטיפול והשיקום"

קול איסטנבול. ב-20 מתוך 23 הפניות מטרת ביצוע ההערכה הייתה מיצוי הדין עם האח-ראי לעינויים. במקרה אחד, המטרה הייתה תמיכה בבקשה למקלט מדיני ובשני מקרים נוספים המטרה הייתה לשחרר מבקש מקלט ממשמורת, כאשר באחד מאותם שני מקרים נוספה גם מטרה של תמיכה בבקשה להכרה כקורבן סחר. מנתונים אלו ניתן ללמוד כי עיקר השימוש בהערכות לפי פרוטוקול איסטנבול שנעשה בשנתיים האחרונות היה לצורך מיצוי דין עם האחראים לעינויים. נוסף לכך, ניתן ללמוד כי קיימים הקשרים משפטיים נוספים בהם חוות דעת לפי פרוטוקול איסטנבול יכר-

### ניתוח הממצאים:

הניתוח מתבסס על 23 פניות לביצוע הערכה פורנזית, הוא מחולק לשלושה חלקים: מטרת ביצוע הערכה לפי פרוטוקול איסטנבול, חסמים אפשריים לביצוען והשימוש המשפטי שנעשה בחוות דעת לפי פרוטוקול איסטנבול במגוון של ערכאות שיפוטיות, מעין-שיפוטיות וגופי חקירה בישראל.

### מטרות ביצוע הערכות:

מתוך הממצאים נלמד על קיומן של מטרות שונות לפניות לביצוע הערכה לפי פרוטוקול

לות להיות לעזר וטרם נעשה בהן שימוש. כך למשל במסגרת משפט זוטא, שזה משפט קטן במסגרת ההליך הפלילי, שבו ניתן לטעון כי הודאת נאשם לא הייתה חופשית ומרצון וככזו אינה קבילה. כאן ביצוע הערכה לפי פרוטוקול איסטנבול יכול לספק ראיה פיזית או פסיכולוגית לכך שההודאה הושגה תוך שימוש בעינויים וביחס בלתי אנושי.

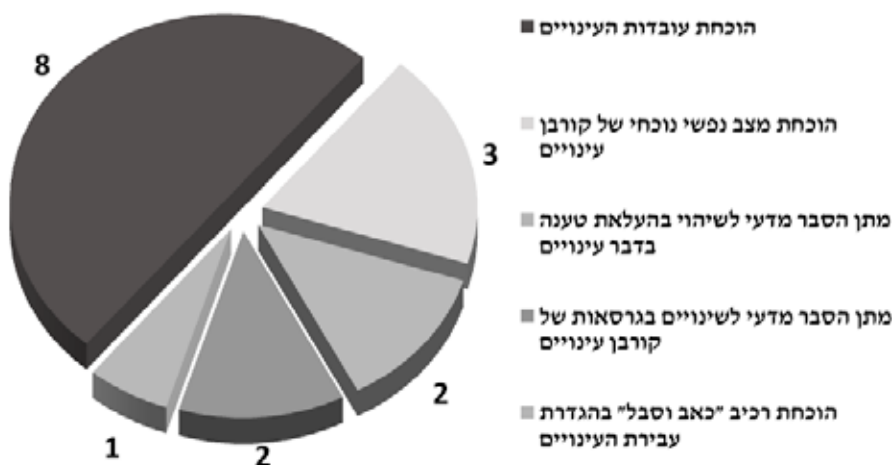
#### חסמים מפני ביצוע הערכה:

ניתן לדבר על שלושה סוגים של חסמים. סוג ראשון של חסמים הם אלה הקשורים בנבדק: שתיים מהפניות לביצוע הערכה לפי פרוטוקול איסטנבול, לא התבצעו מסיבות התלויות בנבדק. פרוטוקול איסטנבול מפרט את הקשיים שאותם עלולים לחוות קורבנות עינויים בבואם להתראיין או לעבור בדיקה גופנית, ומציע כלים להתמודדות עם קשיים אלו. כך למשל מוסבר שקורבן עינויים אשר סובל מתוצאות פסיכולוגיות כלשהן, עשוי לחשוש מלחוות מחדש את חוויות העינויים שלו. אחת ההתמודדויות שמציע פרוטוקול איסטנבול, היא הסברה לקורבן עינויים על אודות הצפוי לקרות במהלך הערכה. בסופו של דבר, גם אם יינקטו כל אמצעי הזהירות, הערכה לפי פרוטוקול איסטנבול עלולה לגרום לטראומה חוזרת אצל קורבן העינויים, ולכן מבצעה נדרשים להיות ערים לאפשרות ולסימני מצוקה במהלך הריאיון.

סוג נוסף של חסמים תלויים במעריכים. עד לתחילת הכשרת הרופאים והמומחים לבריאות הנפש מישראל ומפלסטין, הייתה בעיה קשה של היעדר רופאים ומומחים שיכולים לבצע הערכות לפי פרוטוקול איסטנבול. כעת קיימת קבוצה של רופאים ומומחים כאלו, אך עדיין מדובר בקבוצה קטנה, חוץ-ממסדית, שעושה זאת בהתנדבות וכמובן לא יכולה להציע סעד לכל האנשים שהערכה לפי הפרוטוקול בפירוש יכולה לסייע להליכיהם המשפטיים.

קבוצה נוספת של חסמים היא אלה התלויים בגורמים חיצוניים, כאשר החסם העיקרי מפני ביצוע הערכה לפי פרוטוקול איסטנבול הוא שירות בתי הסוהר. המפגש עם שירות זה מתקיים בכל פעם שמגישים בקשה לאישור כניסתו של רופא או של מומחה לבריאות הנפש, על מנת שיוכל לבצע הערכה לפי פרוטוקול איסטנבול בין כותלי הכלא. אך כניסה של רופאים לבתי הכלא לצורך כתיבת חוות דעת משפטיות אינה מוסדרת מבחינה נורמטיבית בנהלים של השירות. נכון להיום, הנוהל שמסדיר את כניסתם של רופאים מתייחס רק לביקור אצל אסירים אשר מקבלים טיפול רפואי. הבעיה היא כמובן כי לא כל האנשים שזקוקים להערכה לפי פרוטוקול איסטנבול מקבלים טיפול רפואי כזה. מצב זה מביא לשרירותיות בהחלטה ומסרבל ומאריך את תהליך הבקשה. כך במקרה אחד, הבקשה לאישור כניסה לרופא נשלחה במרס 2013 ועד היום לא התקבלה תשובה. במקרה נוסף אנו ממתינים לתשובה

## השימוש המשפטי



23

טוקול איסטנבול, אעבור להצגת השימושים המשפטיים שנעשו בחוות דעת שנכתבו על בסיס הערכות במגוון של ערכאות.

### השימוש המשפטי:

חוות דעת לפי פרוטוקול איסטנבול צורפו למסמכים משפטיים בשמונה מקרים ובכולם נעשה שימוש ראשוני לצורך הוכחת עובדות העינויים. נתון זה עולה בקנה אחד עם המטרה הרחבה של הערכה לפי פרוטוקול איסטנבול, והיא לקבוע את מידת ההתאמה בין סיפור המעשה לבין הממצאים הפיזיים והפסיכולוגיים

החל באוגוסט 2013. באשר לכניסתם של מוחים שאינם רופאים, באוקטובר 2013 יצאה הוראת שעה אשר הגבילה מאוד את האפשרות להכניס מטפלים פרטיים, והסוגיה מטופלת על ידי גורמים שונים כמו הסנגוריה הציבורית וקבוצות של מטפלים פרטיים שהתארגנו לצורך זה. בסופו של דבר, הקשיים בעבודה מול שירות בתי הסוהר מביאים למצב של חוסר שוויון בין אסירים למי שאינם אסירים ביחס לזכותם לגישה לערכאות.

כעת, כשהצגתי בפניכם את הקשיים בהם ניתן להיתקל בטרם ביצועה של הערכה לפי פרו-

הקיימים. בנוסף נעשו שימושים נוספים כמו הוכחת מצבו הנפשי של קורבן עינויים, מתן הסבר לשיהוי בהעלאת טענה בדבר עינויים ולשינויים בגרסאות. בחלק הבא אסביר כל שימוש באמצעות מקרים ספציפיים.

את השימוש בחוות דעת לפי פרוטוקול איסטנבול לצורך הוכחת עובדות העינויים אדגים באמצעות המקרה של א.ע., אשר נדרש להוכיח שעבר עינויים במסגרת בקשתו למקלט ביש-ראל. א.ע. התלונן על עינויים על ידי גורמי ביטחון פלסטיניים, לרבות תלייתו בידיו מהתקרה כשרק שק מלוכלך סביב ראשו והכאתו תוך כדי מתן אוכל פעם בשלושה ימים. בשלב מסוים, לאחר שהחוקרים שפכו על חזהו מים רותחים מקומקום, א.ע. ניסה לשים קץ לחייו. מתוך חששו לחירותו ולחיי א.ע. יוחזר לפלסטין, פנה לשר הפנים בבקשה למתן היתר שהייה בישראל אך בקשתו נדחתה. א.ע. נבדק על ידי רופאה ופסיכולוגית אשר התרשמו שדבריו אמינים, עקביים וקוהרנטיים ומצאו קשר בין שיטות חקירה ספציפיות לממצאים קיימים, למשל בין קיומה של כווייה לבין סיפורו ששפכו עליו מים רותחים. חוות הדעת צורפה לעתירה ובמסגרת העתירה לבג"ץ, א.ע. חויב על ידי בית המשפט העליון לפנות לוועדת המאוימים לצורך בדיקת בקשתו. בית המשפט העליון הוציא עד לקבלת ההחלטה של ועדת המאוימים צו איסור הרחקה של א.ע. מישראל. מאז לא התקבלה החלטת ועדת המאוימים וא.ע. נמצא בישראל.

בשלושה מהמקרים, השימוש המשפטי שנעשה בחוות דעת לפי פרוטוקול איסטנבול הוא הוכחת מצב נפשי נוכחי של קורבן עינויים. טענה משפטית מסוג זה הועלתה במסגרת שתי בקשות שונות לשחרור של מבקש מקלט ממשמורת ובמסגרת תביעה לקבלת פיצויים, בגין נזקים שנגרמו לקורבן בעקבות העינויים שעבר. לצורך המחשת השימוש אציג את המקרה של ע.ס., פלסטיני אשר עונה עד אשר ניסה להתאבד. ע.ס. נבדק על ידי שני מומחים מחו"ל והם קבעו כי הסימנים על ידיו, כמו גם המצב הנפשי הקשה שהוא נמצא בו, מתאימים לסיפור העינויים. במסגרת התביעה הנזיקית שהוגשה בשמו צריך היה להוכיח את הנזק הנוכחי, אך גם את הקשר בין הנזק לבין מה שאירע לו, כיוון שבהיעדר נזק או בהיעדר קשר בין הסיפור לבין הנזק לא ניתן לקבל פיצויים. חוות הדעת שצורפה לתביעה כוללת את שני ההיבטים הללו ולכן התאימה ביותר לצורך משפטי זה. שימוש נוסף שבא לידי ביטוי בממצאים הוא הסתמכות על חוות דעת לפי פרוטוקול איסטנבול לצורך מתן הסבר מדעי לשיהוי בהעלאת טענות בדבר עינויים.

בשניים מהמקרים שבהם נעשה שימוש משפטי, רשויות המדינה סברו כי אין להאמין למתלוננים כיוון שאלו לא העלו את הטענה בדבר העינויים מיד במפגש הראשון עם גורם ממסדי. כך למשל, היה במקרה של ס.מ., אזרח אריתריאה אשר עזב את ארצו כדי להימנע



מגיוס לצבא ובסופו של דבר נחטף לסיני. שם הוחזק בשבי למשך חודשיים, שבמהלכם היה קורבן למכות נמרצות, כיבוי סיגריות על עורו, איזוק בידיו וברגליו כשעיניו עצומות, עמידה ממושכת בלילה כשידיו קשורות מעל ראשו ומעשי סדום הן באמצעות איברי מין והן באמצעות החדרת מקל לפי הטבעת. לאחר ששולם כופר בעד שחרורו הוא עבר לישראל דרך הגבול עם מצרים ונכלא בסהרונים. ס.מ. הגיש בקשת מקלט בישראל וענייניו נבדק גם על ידי קצין פשיעה וסחר בבני אדם, אשר קבע כי בהיעדר טענה לעבודות כפייה אין מדובר בקורבן עבדות. נוסף על אלו ס.מ. הגיש בקשה לשחרור ממשמורת. בקשתו נדחתה כיוון שהדיין לא השתכנע לגבי ההתעללות המינית שעבר ס.מ. משום שהוא לא העלה את זה בהזדמנות הראשונה שהייתה לו, שבעה ימים לאחר כניסתו לארץ כשהוא פגש את הממונה על הגבולות, ומאחר שהוא לא העלה את הטענה הזו בפני בית הדין. המעריכה, עובדת סוציאלית ופסיכותרפיסטית אשר בדקה את ס.מ., מצאה כי "אי-היכולת של ס.מ. לבטא את שעבר בסיני מצביעה על עוֹצמת הטראומה שעבר. הטאבו החברתי של אונס גברים כעניין שלא קיים בתודעה, גם הוא לא אפשר לס.מ. לדבר על כך". עם קבלת חוות הדעת היא צורפה לבקשה לעיון חוזר בבקשה לשחרור ממשמורת. בתמיכה לטענה כי העובדה שס.מ. לא דיבר על מעשה סדום עם מבקר הגבולות או בדיונים בבית הדין אינה

מלמדת על שקריות הטענה אלא מהווה תסמין של טראומה. במקביל, חוות הדעת הועברה לעיונו הנוסף של קצין פשיעה וסחר בבני אדם אשר הכיר על בסיסה בס.מ. כקורבן עבדות. ס.מ. שוחרר ממשמורת והועבר למרכז שיקום שמטפל בו בימים אלה.

חשוב לציין שהטענה כי אין להאמין לקורבנות עינויים כיוון שהעלו את הטענה שלהם בדבר עינויים בשיהוי, אינה מוגבלת רק למקרים של מבקשי מקלט המבקשים להשתחרר ממשמורת. בדו"ח תקופתי של הוועד הציבורי נגד עינויים בישראל מדצמבר 2009, מתחת לכל ביקורת, פורטו העילות לגניזת תלונות על עינויים נגד חוקרי שב"כ; ואחת מהן הייתה הגשת תלונה במועד מאוחר. משמעות טענה זו היא שאם קורבן עינויים אינו מעלה טענות בדבר עינויים בדיון להארכת מעצר, למשל, נפגמת אמיתות תלונתו, וזה מהווה שיקול בדבר אופן בדיקת התלונה שלו. מובן שגישה זו מתעלמת באופן מוחלט מהקושי להלין על עינויים בפני גורמים ממסדיים והפחד שיכול להתלוות לכך. עילה נוספת שתוארה בדו"ח שדיברתי עליו היא סתירות בין העוֹדות שמסר המתלונן ובין העובדות שמסר בפגישתו עם מבקר תלונות נחקרי השב"כ (ובקיצור מעכשיו: המבת"ן). פרוטוקול איס-טנבול מתייחס לאפשרות של חוסר עקביות בסיפור ושל היעדר זיכרון מדויק בדבר אופן התרחשות הדברים, ומעניק הסברים אחדים לתופעה.

את השימוש בחוות דעת לפי פרוטוקול איסטנ- בול לצורך מתן הסבר מדעי לשינויים בגרסאות של קורבן עינויים, אמחיש באמצעות המקרה של ש.ע., פלסטינית אשר נחקרה על ידי שירות הביטחון הכללי והוטרדה מינית במהלך חקירתה. תלונתה של ש.ע. נגנזה ללא פתיחה בחקירה פלילית, בין היתר משום שהמתלוננת חזרה בפני המבט"ן על חלק מהטענות שצינו בפניית הוועד הציבורי נגד עינויים, אך הוסיפה פרטים נוספים שלא הועלו בפניית הוועד. בערר שהוגש נגד ההחלטה לגנוז את התלונה ללא חקירה פלילית - שאליו צורפה חוות דעת לפי פרוטוקול איסטנבול - נתמכה הטענה כי שוני בלתי מהותי בין גרסאות אינו מהווה אינדיקציה לחוסר אמיתות התלונה, נתמכה בחוות דעת של שתי מומחיות אשר בדקו את ש.ע. ומצאו אותה אמינה. לסיכום הנושא, שני השימושים של מתן הסבר מדעי להעלאת טענות בדבר עינויים בשיהוי, ושינויים בגרסאות של קורבנות עינויים, העובדה ששתי התופעות הללו מהוות בין היתר עילות לגניזת תלונות מלמדת על לא רק על קיומה של תופעה אלא גם על הצורך להטמיע מבחינה משפטית מאפיינים של קורבנות עינויים, מאפיינים אשר דומים לקורבנות טראומה ואלימות מינית אחרים. לכן פרוטוקול איסטנבול - אשר כולל את התובנות הללו - יכול להיות לעזר לכל מי שעוסק בהיבטים השונים של תלונות נגד עינויים, אם במסגרת גופי חקירה ואם במשרד הפנים.

לבסוף, אני רוצה להציג בפניכם, בשל חשיבותו, את השימוש המשפטי בחוות דעת לפי פרוטוקול איסטנבול לצורך הוכחת רכיב של כאב וסבל בהגדרת עבירת העינויים. את השימוש הזה אציג באמצעות המקרה של א.א.

א.א. הוא פלסטיני שנחקר על ידי כוחות הביטחון הישראליים ובמהלך חקירתו על ידי שירות הביטחון הכללי היה קורבן למסכת עינויים אשר כללה הכאה, איזוק ממושך ומכאיב, תנודות כפויות מכאיבות כולל עמידה ליד קיר, כריעת צפרדע, תנוחת בננה, איזמים על חייו, קללות, השפלות, מניעת שינה ואוכל, ומצג שווא של פיצוץ שלכאורה גרם להרס הבית (בעוד שבפועל נהרס רק חלק מהבית). לאחר שהוחלט על ידי המדינה שלא לפתוח בחקירה פלילית של האחראים לעינויו, הוגשה עתירה לבג"ץ. במסגרת הטיפול בעתירה נעשתה פנייה לארבעה מומחים עולמיים בתחום המשפט הבינלאומי וזכויות האדם, על מנת שיחוו את דעתם בשאלה, האם שיטות החקירה שהופעלו הן עינויים בהתאם להגדרתם באמנה נגד עינויים ונגד יחס משפיל אכזרי או בלתי אנושי. אחד מרכיבי העבירה הוא כאמור כאב וסבל חמורים, וכיוון שמדובר ברכיב שהוא מאוד סובייקטיבי, הוא גם קשה במיוחד להוכחה. המומחים הבינלאומיים דנו באופן ספציפי בכמה שיטות חקירה כגון כריעת צפרדע, תנודות בננה ואיזוק מכאיב, וקבעו כי בשיטות אלו נגרם לא.א. כאב או סבל חמורים: "המסקנה לעיל מקבלת חיזוק נוסף מראיות פורנזיות המ-

קשרות ישירות בין פתולוגיות עינויים ספציפיות לבין שיטות חקירה ספציפיות של השב"כ, שכל אחת מהן לכשעצמה יכולה להוות עינויים על פי ההגדרה בסעיף 1(1).<sup>1</sup> הם יכלו לעשות זאת כיוון שחוות הדעת הפורנזית קשרה בין כריעת צפרדע לבין פגיעה בעצבים, בין תנוחת בננה לבין כאבים בגב תחתון ובצוואר ובין איזוק במיקום גבוה בזרועות ובאמות עם הפעלת לחץ לבין החולשה בשרירים הקיימת גם היום, חמש שנים לאחר שהאירועים התרחשו. חשוב גם לציין שעל אף שבמקרה זה המומחים הבי-נלאומיים הם שהשתמשו בקשר בין הממצאים לבין שיטות החקירה, כדי להוכיח את רכיב הכאב והסבל בעבירת העינויים, מסקנה זו יכולה להיווצר גם בגוף חוות הדעת על ידי מבצע הערכה עצמם.

### סיכום ומסקנות:

כפי שראיתם עד עכשיו, פרוטוקול איסטנבול בול מספק מענה כולל לתיעוד ולחקירה של עינויים על ידי רופאים ומומחים לבריאות הנפש. ראשית, פרוטוקול איסטנבול מחייב בחינה הן של עדויות פיזיות והן של עדויות פסיכולוגיות לעינויים. שנית, פרוטוקול איסטנבול מחייב מתן מענה לשאלה, מהי מידת ההתאמה בין סיפור המקרה לבין הממצאים השונים. שלישית, פרוטוקול איסטנבול מחייב מתן המלצות לשיקום של קורבנות עינויים. רביעית, פרוטוקול איסטנבול מהווה מקור ידע מרכזי המבוסס על ניסיונם של מיטב החוקרים

בדבר מאפיינים של קורבנות עינויים כגון חוסר עקביות בסיפור המקרה או בקשיים למסור מידע אודות עינויים, וככזה מחדד הבנות, אשר למי שאינו בקיא בפרוטוקול, עשויות להיראות כאינדיקציות לחוסר מהימנות. לכן, ביצוע הערכות לפי פרוטוקול איסטנבול הנו לא רק צורך אלא כורח בעת חשד לקיומם של עינויים.

כברת דרך ארוכה נעשתה בשנתיים האחרונות: ממציאאות שבה לא היה שימוש בחוות דעת לפי פרוטוקול איסטנבול למצב בו חוות דעת כאלה מוגשות לגופים שונים במדינה, זוכות להכרה ומביאות לשינוי מהותי במצב המשפטי של אנשים. למרות ההישגים, הדרך למצב שבו חוות דעת פורנזיות יהיו נורמה מחייבת במקרה של חשד לעינויים עוד ארוכה. בשניים מהמקרים שבהם מבקשי מקלט שוחררו ממשמורת בעקבות הגשת חוות דעת לפי פרוטוקול איסטנבול, ואחד מהם אף הוכר כקורבן סחר, ההחלטות שניתנו על בסיס חוות הדעת ושינו למעשה מציאות של אנשים לא הזכירו את פרוטוקול איסטנבול ואף לא את הרלוונטיות שלו לדיון בדבר עינויים - אף שהוא בעצם היה הבסיס לביצוע הערכה ולכתיבת חוות הדעת. בכך, ולמרות התאמתו הייחודית של פרוטוקול איסטנבול, נמנעת הפיכתו לנחלת הכלל, דבר אשר נדרש לצורך תיעוד וחקירה אפקטיביים של עינויים. נראה שהמילה אפקטיביות טומנת בחובה את הקשר בין הממצאים לבין סיפור המקרה: שכן בהיעדר

## פרופ' יובל שני דיקאן הפקולטה למשפטים, האוניברסיטה העברית

פרוטוקול איסטנבול הוא עבורי לא רק נושא למחקר, אלא גם תחום עיסוק פרקטי: אני גם יושב בשנה האחרונה בוועדת זכויות האדם של האו"ם, שבה אנחנו באים בשיח ושיג עם מדינות על האופן שבו הן מיישמות סטנדרטים בתחום זכויות האדם ובתחום מניעת העינויים, לרבות פרוטוקול איסטנבול. עבורי, כמשפטן שעוסק בניסיון לאכוף דיני זכויות אדם, הפרוטוקול הוא כלי עבודה מאוד חשוב. אני אנסה בעצם לומר את הדברים מנקודת ראות של הדין הבינלאומי, ולנסות למקם את פרוטוקול איסטנבול בתוך הקשר קצת יותר רחב של אכיפת האיסור הבינלאומי נגד עינויים. אני רוצה גם להתייחס למעמד המשפטי של הפרוטוקול הזה, כי זה בעצם יצור מוזר: זו לא אמנה, זה לא חוק, ובכל זאת יש לנו "ציפיות נורמטיביות" ביחס למסמך הזה.

נקודת המוצא המובנת מאליה לנוכחים כאן, היא שהמשפט הבינלאומי אוסר באופן מוחלט על עינויים. הנקודה היותר רלוונטית עבורנו היא שלאיסור הזה יש כל מיני נדבכים: ונדבך חשוב אחד הוא לא רק החובה שלא לענות, אלא גם החובה שמוטלת על המדינה למנוע עינויים. זאת אומרת, המדינה נדרשת לנקוט באמצעים שיפחיתו את הסיכוי שמישהו בשטחה יבצע עינויים, בין אם זה עובד ציבור ובין אם

קשר אין אפקט לחוות הדעת. כיוון שהליכים משפטיים בישראל הגם ככלל 'לעומתיים', כלומר מונעים על ידי טענות המועלות על ידי אחד הצדדים ולא על ידי בית המשפט, אני קוראת לעורכי הדין שיתחילו להשתמש בחוות דעת לפי פרוטוקול איסטנבול ושלצד השימוש יזכירו גם את המקור המקצועי שבבסיס חוות הדעת, הוא פרוטוקול איסטנבול: וזאת כדי להפוך את חוות הדעת מצורך להכרח, מב-עלות משקל ראייתי לבעלות משקל ראייתי מוגבר. כמו כן אני קוראת לרופאים ולמומחים בבריאות הנפש להשתתף בהכשרות לתיעוד עינויים ולבצע הערכות לפי פרוטוקול איסטנבול. נוסף על כך אני קוראת לשירות בתי הסוהר להסיר חסמים ולאפשר לרופאים ולמו-מחי בריאות הנפש להיכנס לבתי הכלא לצורך ביצוע הערכות לפי פרוטוקול איסטנבול, כחלק מהשירות המקצועי שניתן על ידי עורכי הדין. ולבסוף, אני קוראת לגורמים ממסדיים לאמץ את פרוטוקול איסטנבול ולחקור טענות בדבר עינויים בהתאם להנחיותיו, במשרד המשפטים או במשרד הפנים, על מנת להבטיח את אפק-טיביות החקירה. שכן מהי חקירה אפקטיבית אם לא הגעה לחקר האמת?

זה אדם פרטי. האמנה נגד עינויים משתמשת ספציפית בביטוי *to prevent torture*, למנוע עינויים. גם האמנה בדבר זכויות אזרחיות ומדיניות מדברת גם על החובה *to respect* וגם על החובה *to ensure*. מתוך רעיון זה של חובת המניעה, אנחנו גוזרים כל מיני דברים. אנחנו גוזרים ערובות, למשל נושא התיעוד האודיו-ויזואלי בחקירות; ביקורות על מתקני כליאה ועל מתקני חקירה; הכשרה של חוקרים; וגישה גם לעורכי דין וגם לרופאים לחדרי חקירות על מנת שיסייעו למדינה לעמוד בהתחייבות שלה למנוע עינויים.

מעבר לחובה שאנחנו קוראים לה חובה מסדר ראשון, החובה שלא לענות ולמנוע עינויים, יש למדינה גם חובה שאנחנו המשפטנים קוראים לה חובה מסדר שני. זאת אומרת, חובה לנקוט באמצעים שהם אמצעים מפצים או אמצעים מתקנים במקרה שבו החובה מן הסדר הראשון הופרה, קרי במקרה שבו יש לנו סיבה לחשוד שהנורמה הופרה, קרי שבוצעו עינויים. במקרה כזה גם אמנת העינויים וגם האמנה בדבר זכויות אזרחיות ומדיניות מדברות על כך שעל המדינה מוטלת חובה להעניק סעד אפקטיבי. זאת אומרת, על המדינה לנקוט בפעולות שהתכלית שלהן הנה לברר מה קרה, לחקור את האירועים, להעמיד לדין את מי שביצע את העינויים, ולהעניק סעד אפקטיבי, כלומר פיצוי וטיפול לקורבן העבירה. המכלול של החובות הללו, גם החובות הישירות וגם החובות המניעתיות והמתקנות, חל על כל הספקטרום. הן גם צופות

פני עתיד, זאת אומרת, החובה לחקור ולהעניש גם נועדו להגן על קורבנות חדשים כדי לשרש את התופעות האלה. והן כמובן גם צופות פני עבר: הן נועדו לתת טיפול ככל שהדבר ניתן למי שזכויות האדם שלו הופרו.

פרוטוקול איסטנבול מטיל על המדינה חובה לחקור טענות בדבר ביצוע עינויים. בשנים האחרונות ועדת טירקל קיבלה את הטענה שהמשפט הבינלאומי מחייב שהחקירה תהיה עצמאית, חסרת פניות, מהירה, כנה, אפקטיבית ושקופה ככל הניתן. למעשה, אפשר להבין את פרוטוקול איסטנבול כיישום בגזרה ספציפית של חלק מחובות החקירה שמוטלות על המדינה. המכניזם גם מבוסס על רעיון של עצמאות, הוא מבוסס על מקצועיות, כלומר מי מבצע את ההערכה. טמון בו גם הרעיון, שאנחנו מוצאים בהיבטים אחרים של דיני החקירות, וזה הצורך להשקיע משאבים. וכמובן, צריך שבידי מנגנוני החקירה שעושים שימוש בממצאים אלה, יהיו הסמכויות המתאימות על מנת להוביל לתוצאה הנאותה. ישנה התייחסות בפרוטוקול למכלול דיני החקירה, לצורך להגן על המעורבים בתהליך, גם על החוקרים, גם על כותבי חוות הדעת וגם על הנחקרים.

הרעיון של "טריגר נמוך", כלומר שלא נדרשת תלונה אלא שיש לפתוח בבדיקה גם בהיעדר תלונה של הקורבן, על בסיס הממצאים הפיזיים, גם זה רעיון שמשותף לדיני החקירה הכלליים ולפרוטוקול איסטנבול. הרעיון של

העברת המידע לנחקר ולעורך דינו גם הוא רעיון משותף לפרוטוקול איסטנבול ולדיני החקירה, קרי השקיפות, וכך גם הרעיון של הפומביות שמופיע בפרוטוקול, אם כי כמובן בסייגים שנגזרים ממגבלות אֶתיות ומהצורך להגן על פרטיות הקורבן. כך שאנחנו יכולים בעצם להבין את הפרוטוקול כיישום של דיני החקירה כחוליה ספציפית בדרך למיצוי וליישום דיני החקירה שהמשפט הבינלאומי מטיל.

לגבי המיקום של הפרוטוקול במרחב, חלק מהחובות המניעתיות שמוטלות על המדינה, כוללות את החובה לקדם שימוש בפרוטוקול איסטנבול וגם החובות המתקנות והמפצות שמוטלות על המדינה. ומה המעמד של הפרוטוקול הזה? כמו שאמרתי, זו לא אמנה, זה לא חוק, זה מה שבמשפט הבינלאומי מכונה *soft law*, דין רך. ומהו דין זה? דין רך הולך כמו ברווז, משמיע קולות של ברווז, נראה כמו ברווז אבל זה לא ברווז: זה לא חוק לכל דבר ועניין. זה מנוסח כחוק, או יש בו מאפיינים שמזכירים חוק: אבל הוא לא חוק במובן הפורמלי ולכן אין חובה משפטית על מדינה לפעול על פי הנורמה הזאת. אין חובה ישירה, זה לא כמו האיסור לענות שלגביו יש איסור מוחלט על מדינה, איסור משפטי מפורש ומובהק. כאן אנחנו מדברים על משהו שיתפתח כמעין *best practices*, זאת אומרת דין, או נורמה רצויה שאנחנו מעוניינים שהמדינה תפעל לפיה.

עם זאת, אנחנו כן רואים פרקטיקה של מדינות ועוד יותר מכך של גופים בינלאומיים לפרש את חובת המדינה למנוע עינויים ולתקן מקרים שבהם קרו עינויים ככוללת בתוכה חובה לפעול לפי פרוטוקול איסטנבול. לכן כאשר הוועדה שאני חבר בה וגם ועדות או"ם אחרות פועלות מול מדינות, ובעיקר כאלה שלגביהן יש טענות בנוגע לביצוע הפרות של זכויות אדם, הן מבקשות מאותן המדינות הבהרות לגבי יישום פרוטוקול איסטנבול וקוראות להן ליישם את פרוטוקול איסטנבול בצורה רחבה.

אתן כמה דוגמאות רק מהשנתיים האחרונות: כשהוועדה לזכויות האדם דנה במצב הזכויות במדינות שונות כמו פרו, סלובקיה וטורקמניסטן, בשלוש המדינות האלה הייתה המלצה ספציפית של הוועדה לזכויות האדם שהן יפעילו תוכניות על מנת להכשיר מומחים להכיר את פרוטוקול איסטנבול. זאת אומרת, להטמיע את פרוטוקול איסטנבול בקרב אנשי מקצוע רפואי במדינות הללו. כשהוועדה נגד עינויים פגשה את נציגי הולנד בשנה שעברה, ההמלצה הייתה שפרוטוקול איסטנבול יופעל במתקנים שבהם שוהים מבקשי מקלט. כשאותה ועדה פגשה את קובה, היא המליצה לאותה מדינה ליישם את פרוטוקול איסטנבול ביחס למתקני כליאה שנמצאים בשטחה.

כאשר ועדת זכויות האדם פגשה בשנת 2010 את ישראל, היא המליצה לממשלה ליישם את פרוטוקול איסטנבול ולהטמיע את הפרוטוקול

כחלק מהאופן שבו היא מטפלת בטענות לגבי עינויים. הנושא הזה לא ירד מסדר יומה של הוועדה, וישראל אף תופיע בפניה באוקטובר הקרוב. לקראת ההופעה הנדונה, ישראל קיבלה רשימת שאלות ונושאים שעליהם הוועדה מבקשת הבהרות, אחת התהיות שם הייתה, האם ישראל מיישמת את פרוטוקול איסטנבול? זאת אומרת, על אף שזה לא דין מחייב, ולישראל אין אולי חובה משפטית לפעול, הוועדה משדרת לישראל שזה הסטנדרט המצופה ממדינות של פחות מבקשות שיהיה להן רקורד טוב בתחום זכויות האדם. מדינות ששואפות להיות בין המדינות המתקנות בתחום זכויות האדם בפירוש צריכות ליישם את פרוטוקול איסטנבול.

למעשה, יושב ראש הוועדה נגד עינויים, קלאודיו גרוסמן, פרסם מאמר לפני כמה שנים שאומר שמדינה שלא מיישמת את פרוטוקול איסטנבול נושאת על גבה את הנטל להוכיח שהיא לא מענה. הוא טוען כי כשהוועדה שלו שומעת על קיומם של עינויים במדינה שלא מקיימת את פרוטוקול איסטנבול, היא מניחה שאכן בוצעו שם עינויים, אלא אם כן תבוא המדינה ותוכיח אחרת. על פי רוב, הכלל הוא הפוך: הנטל הוא על מי שטוען לקיומם של עינויים להוכיח שהם אמנם מתרחשים. בעצם מה שאנחנו רואים הוא, שכיוון שפרוטוקול איסטנבול נתפס כ-best practice, מפני שהוא נתפס יותר ויותר כחלק ממעטפת החובות שהמדינה מחויבת בהם, על המדינה מוטל נטל כבד יותר להוכיח את נקיין כפיה, אם היא לא עושה את המאמץ להגיע

לסטנדרט הבינלאומי שהקהילה הבינלאומית מצפה ממנה היום. גרוסמן אומר שזה גם משפט מנהגי; אני לא בטוח שאני מסכים, אני לא משוכנע שאנחנו בנקודת זמן שבה אפשר לומר שרוב מדינות העולם מיישמות בצורה דייקנית את הפרוטוקול או מקבלות אותו; אבל אין ספק שאנחנו בכיוון הזה. אנחנו פונים לעתיד שבו יותר ויותר מדינות יפעלו לפי הפרוטוקול הזה, יותר ויותר גופים יסתמכו עליו ולכן אני צופה שהפרוטוקול הזה יהפוך באמת לנורמה של משפט בינלאומי.

אני רוצה לברך שוב לא רק על זה שהזמנתי את אותי, אלא על כך שהאירוע הזה מתקיים, שההכשרות האלה מתקיימות. אבל לפחות מנקודת הראות של המשפט הבינלאומי, החובה להטמיע את פרוטוקול איסטנבול לא מוטלת על הר"י ולא מוטלת על הוועד נגד עינויים: זו חובה שמוטלת על המדינה. וכמו בנושאים רבים, לצערנו בתחום הזה יש הפרטה של ההתחייבויות הבינלאומיות של המדינה והעברתן לעמותות. לכן עם הקריאה שהייתה כאן לעשות שימוש יותר רב ומושכל בפרוטוקול הזה, הקריאה לפחות למדינה (ככל שהמדינה מיוצגת בחדר הזה) היא לקחת בעלות על תהליך ההטמעה של הפרוטוקול הזה. זה לא אומר שאי אפשר להסתמך על תיעוד בארגונים, זה לא אומר שאי אפשר לשתף פעולה עם ארגונים ועם הר"י, אבל האחריות לכך שאנשי רפואה במדינת ישראל שבאים במגע עם קורבנות עינויים יכירו את פרוטוקול איסטנבול, וגם יפעלו על פיו, מוטלת על המדינה. תודה.

האנשים שנמצאים בשטחה. ככל שלישראל יש יותר אחריות על מה שקורה באזור הגבול, התשובה עשויה להשתנות.

**שאלה:** תודה על הצגה מאוד מעניינת של הבעיה. רציתי לשאול, מה ההתייחסות שלך לבעיה המיוחדת של ישראל, שבעצם מקיימת שתי מערכות משפט מקבילות - אחת אזרחית לאזרחי המדינה ואחת צבאית לתושבי השטחים - האם גם מערכת של משפט צבאי מחויבת בפרוטוקול איסטנבול או לוקחת אותו בחשבון?

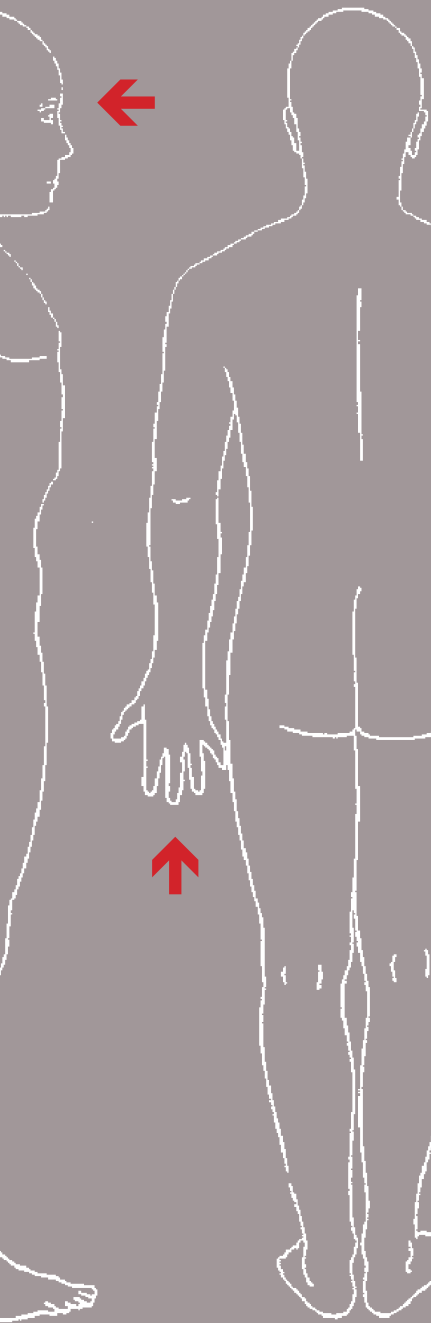
**פרופ' יובל שני:** קל לי לענות, כי מבחינת משפט בינלאומי אין משמעות לאבחנות שציינת. יש מדינה, יש למדינה אנשים שהיא שולטת עליהם, חלקם בתוך שטחה הריבוני, וחלקם בתור אזור שנתון לממשל צבאי. לכל האנשים האלה יש זכויות אדם, אסור למדינה לענות אותם, היא חייבת להגן עליהם מפני עינויים והיא חייבת לתקן מקרים שבהם בוצעו עינויים. ככל שפרוטוקול איסטנבול נתפס כחלק מאותה מעטפת של הגנה ותיקון, הוא צריך לחול גם בשטחי מדינת ישראל הריבונית וגם בשטחים שישראל מחזיקה בשטחים הכבושים.

**שאלה:** שאלה קצרה בנוגע לעמדתך על חובת השיקום של קורבנות עינויים שלא עונו במדינה. היום אנחנו מתמודדים עם כמה אלפי קורבנות עינויים שעונו במצרים. הם נמצאים כאן, אין להם לאן ללכת והם מתמודדים עם משרד הבריאות; כשהמדינה באה ואומרת, כיוון שהם לא עונו בישראל החובה שלנו לטפל בהם היא כביכול פחותה...

**פרופ' יובל שני:** זו שאלה גדולה. יש, לטעמי, משהו במה שהמדינה טוענת, במובן זה שאם המדינה לא אחראית להפרה ולא אחראית גם למניעת ההפרה - לפחות במובן זה שההפרה בוצעה באזור שנמצא מחוץ לשליטתה של המדינה - אז באמת החובה שמוטלת על המדינה היא חובה קטנה יותר; בוודאי בהשוואה לאדם שעבר עינויים בישראל וישראל הפרה לגביו את הנורמה וכתוצאה מכך חלה עליה החובה לתקן את ההפרה. למדינה יש חובות כלפי אנשים שנמצאים בשטחה, להגן על זכויות האדם שלהם גם אם אין לה אחריות למצב, אז כמו שחולה סרטן שנמצא חי בישראל ולקה במחלה מחוץ לשטח המדינה, עדיין יש למדינת ישראל חובה לטפל בו. גם אדם שעבר פגיעה נפשית או פגיעה גופנית מחוץ לשטח מדינת ישראל, וכרגע נמצא במדינה ולא עומד לצאת משטחה בימים הקרובים, יש למדינת ישראל חובה לטפל בו. אז נכון שהחובה נובעת ממקור אחר, לא מאחריות להפרה אלא מהחובות הכלליות שמוטלות על מדינה להגן על הזכות לבריאות של כל







”התפקיד של רופאים הוא מורכב במיוחד: לא רק לטפל בפגיעה אלא גם לשמוע ול-ראות את האדם שמאחורי המטופל, להקשיב למה שקרה לו ובמידת הצורך גם להתריע, כדי להגן עליו ועל אחרים, ואף לאסוף עדויות כדי לוודא שדברים אסורים לא יקרו שוב. זה המצב בין אם מדובר בילד, בין אם מדובר באישה או באיש, ובין אם מדובר בעציר.”

(תמי מולד-חיון,

יו”ר הוועד הציבורי נגד עינויים בישראל)