



הכנסת

מרכז המחקר והמידע

אלימות כלפי עובדי מערכת הבריאות

מוגש לוועדת העבודה, הרווחה והבריאות

הכנסת, מרכז המחקר והמידע

קריית בן-גוריון, ירושלים 91950

טל': 02 - 640 8240

פקס: 02 - 649 6103

www.knesset.gov.il/mmm

כתיבה: שלי לוי

ח' בכסלו תשס"ח

18 בנובמבר 2007

אישור: ד"ר שירלי אברמי, מנהלת מרכז המחקר והמידע

עריכה לשונית: מערכת "דברי הכנסת"

1. מבוא

מסמך זה נכתב לקראת דיון בוועדת העבודה, הרווחה והבריאות של הכנסת בנושא אלימות כלפי עובדי מערכת הבריאות. במסמך נציג נתונים על היקף התופעה בישראל וכן ממצאי מחקר על מאפייניה וסיבותיה. כן נציג את הפעולות שנקט משרד הבריאות בניסיון להתמודד עם הבעיה, ולבסוף – את הפתרונות שגובשו בנושא זה בבריטניה בהשוואה להסדרים דומים בהצעות חוק בישראל.

מספר אירועי האלימות כלפי עובדי מערכת הבריאות הולך וגדל, ולמעשה מדובר בתופעה מדאיגה ורחבת היקף, שהיא חלק מהאלימות הכללית בחברה הישראלית. אולם התופעה אינה ייחודית לישראל; מדינות אחרות מתמודדות עמה. לתופעה זו השלכות ברורות על מערכת הבריאות בישראל, שכן האיום באלימות מעיב על האווירה התקינה במוסד הרפואי ופוגע ביכולתם של העובדים לספק שירותים רפואיים הולמים.

חשוב לציין כי האלימות מופנית כלפי בעלי מקצועות רבים במערכת הבריאות ורוב בעלי התפקידים חשובים לה.

2. היקף התופעה בישראל

כדי ללמוד מעט על היקף האלימות כלפי עובדי מערכת הבריאות בישראל נציג להלן נתונים של משרד הבריאות ושל ההסתדרות הרפואית בישראל, וכן את ממצאיו של מחקר שערך פרופ' שמחה לנדאו עבור המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות. חשוב לציין כי נתונים אלה אינם מבטאים בהכרח את היקפה של התופעה, ויש הסבורים שהיא חמורה בהרבה.

להלן נתוני משרד הבריאות על מספר התלונות שהופנו אליו בגין אלימות כלפי עובדי מערכת הבריאות:¹

שנה	מספר תלונות על אלימות פיזית ומילולית
2003	1,250
2004	889
2005	1,006
2006	868

ממשרד הבריאות נמסר כי רוב רובם של אירועי האלימות מתרחשים בבתי-החולים, בכל המחלקות; כ-30% מהם מתרחשים במחלקות לרפואה דחופה.²

על-פי נתוני ההסתדרות הרפואית בישראל, מתחילת שנת 2007 פנו למוקד ההסתדרות הרפואית נגד אלימות 63 רופאים שחוו אלימות פיזית ומילולית.³

על היקף התופעה ניתן ללמוד גם ממחקרו של פרופ' שמחה לנדאו מהמכון לקרימינולוגיה באוניברסיטה העברית בירושלים בנושא "אלימות נגד צוותים רפואיים ואחרים בחדרי המיון בבתי-החולים בישראל",

¹ גב' מירי כהן, עוזרת בכירה למנכ"ל, משרד הבריאות, מכתב, 18 בנובמבר 2007.

² ש.ס.

³ ההסתדרות הרפואית בישראל, נייר עמדה: אלימות נגד רופאים.

שפורסם בשנת 2004. המחקר, שהוגש למכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות, נערך בחדרי המיון של 25 בתי-חולים כלליים בישראל, ולהלן כמה מממצאיו:⁴

- ❖ 75% מצוותי חדרי המיון בבתי-החולים בישראל חוו אלימות בשנה שקדמה למחקר; ב-87% מהמקרים האלימות כוונה אליהם ישירות.
- ❖ רוב האלימות כלפי צוותים רפואיים ואחרים היא אלימות מילולית, אולם ב-16% מהמקרים מדובר באלימות פיזית, וב-29% מהמקרים מדובר באיומים.

3. מאפייני האלימות כלפי עובדי מערכת הבריאות וסיבותיה

במחקרו של פרופ' לנדאו מוצגים כמה ממצאים חשובים, המלמדים על הסיבות לתופעה ועל מאפייניה, כדלקמן:⁵

מאפייני הקורבן: מהמחקר עולה כי אלימות פיזית מופנית בעיקר כלפי אנשי ביטחון, חובשים ואלונקאים; איומים מופנים באופן מובהק כלפי צוות הרופאים; אלימות מילולית מופנית בעיקר כלפי אחיות, עובדים מינהליים, עובדי מעבדה, עובדים בתחום הרנטגן, עובדים סוציאליים וכדומה.

מאפייני התוקף: על-פי דיווחי הקורבנות, התוקף הוא על-פי רוב גבר בן 26–35 המלווה חולה. מהמחקר עולה כי ב-66% מהמקרים מדובר בישראלי ותיק וב-20% מהמקרים מדובר בבן מיעוטים.

מאפייני אירועי האלימות: רוב האירועים מתרחשים במשמרת הערב, כאשר הצוות מצומצם יותר והמרפאות הקהילתיות אינן פועלות או אינן פועלות בחלקן. **מהמחקר עולה כי על-פי רוב בעת שהתרחשו אירועי האלימות היו חדרי המיון עמוסים במידה בינונית או רבה.**

הגורמים השכיחים ביותר לאלימות, כפי שעולה מהמחקר:

- ❖ המתנה ממושכת לקבלת טיפול;
- ❖ חוסר שביעות רצון מהיחס של נותני השירות או מהטיפול הרפואי;
- ❖ פער תרבותי בין המטופלים לבין נותני השירות, בעיקר כאשר מדובר באוכלוסיות מסוימות – עולים, ערבים, בדואים וכדומה;
- ❖ לדבריהם של כמה מרואיינים, יש אנשי צוות שבשל יחסם הגרוע למטופלים ולמלוויהם הם מטרות שכיחות לאלימות מצד חולים או מלווים;
- ❖ המבנה הפיזי של חדר המיון – מרחב קטן, שאינו מכיל את כל המגיעים אליו – יוצר תחושת עומס ומגביר את הסיכוי לאלימות. מהמחקר עולה כי בחדר מיון שהורחב פחתה האלימות. שינוי ארגוני, למשל הצבת אחות ממיינת בשלב הראשוני של הפנייה למיון, מקצר מאוד את משך ההמתנה ולכן מקטין את הפוטנציאל לאלימות.

⁴ פרופ' שמחה לנדאו, אלימות נגד צוותים רפואיים ואחרים בחדרי מיון בבתי-חולים בישראל, הוגש למכון הלאומי לחקר שירותי בריאות ומדיניות הבריאות, דצמבר 2004.

⁵ שם.

דיווח על התקיפה: ברוב המכריע של אירועי האלימות מוזעק קצין הביטחון, אולם רק במעט מקרים (ברבע מהם) ממולא טופס רשמי על מקרה התקיפה. מהמחקר עולה כי שיעור הדיווח בקרב אנשי הביטחון הוא 56%, לעומת 5% בקרב האלונקאים, 7% בקרב הסטאז'רים ו-13% בקרב הרופאים המתמחים. פרופ' לנדאו מציין כי הסיבה המטרידה ביותר לאי-דיווח רשמי שעלתה במחקר, והיא ניתנה ב-22% מהמקרים, היא החשש מאיומי התוקף. סיבה נוספת לאי-דיווח היא חששם של אנשי הצוות שייחשבו כמי שמעורבים תדיר באירועי אלימות.

תפיסות הצוות עקב האלימות בבתי-החולים: ממלאי התפקידים שאינם אנשי ביטחון הביעו במידה רבה תחושות של פגיעות, איום, חוסר אונים ואף חרדה. רוב המותקפים ציינו כי גם לאחר אירועי תקיפה, התייחסותם למפירי סדר היא רגילה, אולם מעבר למכנה המשותף הזה, היו שצינו שהם זהירים יותר ולעתים מגבילים את המגע שלהם עם מפירי סדר והיו שטענו שהם סבלניים יותר ומגיבים לדרישות הפונים ביתר סבלנות. נציין כי יש קונסנזוס בין אנשי הצוות כי העובדים הפגיעים ביותר מבחינת אלימות הם (מהפגיעים ביותר לפגיעים פחות): האחיות, המאבטחים והרופאים המתמחים והסטאז'רים. הרופאים המומחים ושאר ממלאי התפקידים נתפסים כפגיעים פחות.

התמודדות עם האלימות: רק חמישית מהמשיבים השתתפו בהשתלמויות בנושא התמודדות עם אלימות. רוב המשתתפים בהשתלמויות העידו כי הפיקו מהן תועלת, והרוב המכריע של העובדים שלא השתתפו בהן, בכל התפקידים, ציינו את נחיצותן. נוסף על כך, רוב המשיבים מדווחים שיש להם יכולת טובה להתמודד עם אלימות מילולית אולם לא עם אלימות פיזית. נתון חשוב נוסף העולה מהמחקר הוא כי ל-43% מאנשי הצוות שרואיינו לא היה לחץ מצוקה.

4. הפעולות שנקט משרד הבריאות בניסיון לפתור את הבעיה

4.1. קביעת מדיניות

ביולי 1999 מינה שר הבריאות דאז שלמה בניזרי ועדה לבחינת סוגיית האלימות במוסדות הבריאות ולמציאת דרכי התמודדות עם אירועים אלה (להלן – הוועדה). בוועדה היו חברים שני נציגי ההסתדרות הרפואית, שני נציגי משטרת ישראל, נציג "שירותי בריאות כללית" ומנהל אגף הביטחון במשרד הבריאות. שר הבריאות הודיע כי הוא מאמץ את ההמלצות בדוח הוועדה ומורה על ביצוען.

בעקבות זאת פרסם משרד הבריאות בשנת 2000 חוזר מנכ"ל בנושא "היערכות להתמודדות מול מקרי אלימות במערכת הבריאות"⁶, ובו ההנחיות האלה:

מערך דיווח ומסד נתונים: בכל בית-חולים יופעל מערך דיווח מקומי ויוכן מסד נתונים בנוגע לאירועי אלימות, ובו כל הפרטים הרלוונטיים. מנהל אגף הביטחון במשרד הבריאות יעביר לבתי-החולים טופס אחיד לדיווח על אירוע אלימות וירכז מידע ברמה הלאומית.

אבטחה: בכל בית-חולים כללי יוצבו שלושה שוטרים בתפקיד מיוחד (שת"מים) וישהו במקום פרק זמן של שתי משמרות ביממה, במשך 365 ימים בשנה. גיוסם של שוטרים אלה יהיה בתיאום בין משטרת ישראל ובין בית-החולים, בסיוע אגף הביטחון של משרד הבריאות, אם יהיה צורך בכך. בבתי-חולים

⁶ משרד הבריאות, "חוזר המנהל הכללי: היערכות להתמודדות מול מקרי אלימות במערכת הבריאות", חוזר מס' 1/2000, 4 בינואר 2000. וגם: משרד הבריאות, "חוזר המנהל הכללי: היערכות להתמודדות עם מקרי אלימות במערכת הבריאות", חוזר מס' 17/04, 17 בדצמבר 2004.

לבריאות הנפש ובמרכזים הגריאטריים יהיה מאבטח שתפקידו להגיב באירוע של הפרת סדר או באירוע אלימות, נוסף על המאבטחים המוצבים בעמדות קבועות.

חינוך והשתלמויות: צוות המחלקות לרפואה דחופה (חדרי מיון) ועובדים במחלקות אחרות שיש בהן פוטנציאל לאלימות יעברו השתלמות ייעודית בנושא אחת לשנה לפחות.

הסברה ומידע: יש למסד שיטה ליצירת קשר ותקשורת בין-אישית בין עובדי בתי-החולים לחולים ולמלווים. מומלץ להכין ולחלק חומר הסברה קל לקריאה ותמציתי, שיפיג את האי-ודאות של המטופלים והמלווים וייתן הסבר על התהליכים הצפויים ועל המשכם.

שיתוף פעולה עם משטרת ישראל: יש למסד קשר שוטף בין הנהלות בתי-החולים לבין יחידות המשטרה המקומיות.

בינוי: יש ליישם את הוראות חוזר מינהל רפואה משנת 1998 שעסק בטיפול באלימות במחלקות לרפואה דחופה בבתי-החולים.⁷ להלן כמה מההנחיות שבחוזר זה:

- הנהלת בתי-החולים היא האחראית ליישום הנחיות אלה, ועליה להכין נוהל מפורט על בסיס ההנחיות עבור המחלקה לרפואה דחופה.
- בכל בית-חולים יש להתקין אמצעים טכניים לשליטה ולבקרה ואמצעי אזעקה במחלקה לרפואה דחופה, לרבות הקמת מתחם כניסה מבוקר, התקנת מערכת קריאת מצוקה, הצטיידות במכשירי קשר, התקנת טלוויזיה במעגל סגור, תיעוד אירועים חריגים והקמת מרכז שליטה או מוקד מאויש. עוד נכתב כי יש להציב מאבטחים ולתגבר כוחות בהתאם להנחיות.
- בתי-החולים הונחו ליצור אווירה מפיגת מתח במרחב ההמתנה במחלקות לרפואה דחופה, באמצעות עיצוב נוח ומרגיע, הקרנת סרטים, מוזיקת רקע, מכונות משקה, שירותים זמינים ונקיים, טלפונים ועוד.
- בנוגע להדרכה, נהלים ותרגולת, נכתב כי יש לערוך הכשרה ייעודית לצוות המחלקה לרפואה דחופה בנושאי איתור וזיהוי מצבי לחץ והתמודדות עם קהל שיש לו פוטנציאל לאלימות. עוד נכתב כי פעם בחצי שנה יתורגל הנוהל במחלקה לרפואה דחופה, ולאחר כל אירוע חריג ייערך תחקיר לשם הפקת לקחים.

באשר למועד יישום הוראות חוזר המנכ"ל נכתב כי על בתי-החולים להתארגן ולהיערך ליישומן של ההנחיות עד לא יאוחר מ-1 באפריל 2000, וכן עליהם לדווח על היערכותם לגורמים הרלוונטיים במשרד הבריאות. חוזר מנכ"ל זה פורסם שוב בשנת 2004.⁸

נציין כי בהמלצות הוועדה שמינה שר הבריאות דאז שלמה בניזרי נכתב כי "בפני הוועדה הוצגו נתונים המתייחסים לזמני המתנה ארוכים, שהנם זרז להתפתחות אירועי אלימות. נציגי בתי-החולים הציגו

⁷ משרד הבריאות, מינהל רפואה, "קווים מנחים לטיפול בהפרעות לסדר הציבורי ואלימות במחלקה לרפואה דחופה (חדר מיון) בבית-חולים", חוזר מס' 57/98, 26 באוגוסט 1998.

⁸ משרד הבריאות, "חוזר המנהל הכללי: היערכות להתמודדות מול מקרי אלימות במערכת הבריאות", חוזר מס' 1/2000, 4 בינואר 2000. וגם: משרד הבריאות, "חוזר המנהל הכללי: היערכות להתמודדות עם מקרי אלימות במערכת הבריאות", חוזר מס' 17, 17/04, בדצמבר 2004.

בפני הוועדה נתונים על מחסור בכוח-אדם מקצועי, דבר המביא להתארכות בזמני המתנה, ואולם מאחר שמנדט הוועדה לא היה לעסוק בסוגיית תקני כוח-אדם, לא התעמקה הוועדה בסוגיה זו, שאין ספק שיש לה השפעה ישירה על תופעת האלימות".⁹

4.2. יישום המדיניות¹⁰

גורמים שונים שעמם שוחחנו לקראת כתיבת מסמך זה העלו טענות רבות בנוגע להנחיות אלה ובנוגע להתנהלות משרד הבריאות בנושא. להלן כמה מהטענות:

- **הנחיות לא ברורות:** ההנחיות בחוזר המנכ"ל הן כלליות, לא ברורות ובחלקן אינן ניתנות ליישום. למשל, מה משמעותה של ההנחיה כי יש למסד שיטת קשר ותקשורת בין-אישית בין עובדי בתי-החולים לחולים ולמלווים?
- **אי-יישום ההנחיות:** טענה נוספת היא כי חלק מההנחיות אינן מיושמות, בעיקר ההנחיה להציב שוטרים בתפקיד מיוחד בבתי-החולים. בבתי-החולים מוצבים מאבטחים כנדרש, אולם למאבטחים אלה אין כל סמכות להתמודד עם תוקפים, וכל שביכולתם לעשות הוא לנסות להגביל את תנועתו של התוקף עד להגעת המשטרה.
- **אי-קיום הדרכות:** בתי-חולים רבים כלל אינם מקיימים הדרכות לעובדים בסוגיה של התמודדות עם אירועי אלימות, כמתחייב מחוזר המנכ"ל. אישוש לטענה זו ניתן לקבל ממחקרו של פרופ' לנדאו, שלפיו רק חמישית מהמשיבים השתתפו בהכשרות מעין אלה.
- **העדר התייחסות למוסדות רפואיים בקהילה:** ההנחיות מתייחסות אך ורק לבתי-החולים, ואינן נותנות כל מענה למוסדות רפואיים בקהילה, שגם בהם התופעה קיימת.

נציין כי הגורמים שעמם שוחחנו הדגישו בעיקר את חוסר הסמכות של המאבטחים ואת העדר התקציב להצבת שוטרים בתפקיד מיוחד. לטענת גורמים אלה, נוכחותו של שוטר בכניסה לחדר מיון היא דבר מרתיע, ועשויה לסייע מאוד בהתמודדות עם התופעה. נציין כי גם במחקרו של פרופ' לנדאו נכתב כי הימצאותם של שוטר או של נקודת משטרה ליד חדר המיון או בסביבתו תורמת לתחושת הביטחון של אנשי הצוות ולהתמודדות עם האלימות.

משרד הבריאות מסר כי חלק ניכר מהמלצות הדוח ומהנחיות חוזר המנכ"ל יושמו, וכי היישום הוא באחריות הנהלות בתי-החולים. לטענת המשרד, ההמלצה להציב שוטר בתפקיד מיוחד לא יושמה בשל העדר תקציב ייעודי לנושא: תקציב שנתי של כ-7 מיליוני ש"ח. נציין כי בתשובה על שאילתא אמר שר הבריאות יעקב בן-יזרי ב-31 באוקטובר 2007 כי הגיש בקשה לאישור תקציב ייעודי לנושא זה.¹¹

⁹ סיכום המלצות הוועדה, צורף למכתב של גב' מירי כהן, עוזרת בכירה למנכ"ל משרד הבריאות, מכתב, 18 בנובמבר 2007.
¹⁰ ד"ר שלמה בירקנפלד, יו"ר "שירותי בריאות כללית", שיחת טלפון, 15 באוקטובר 2007. וגם: ההסתדרות הרפואית בישראל, נייר עמדה: אלימות נגד רופאים; וגם: ד"ר בני דודסון, מנהל המרכז הרפואי "אסף הרופא", שיחת טלפון, 15 באוקטובר 2007.

¹¹ דברי הכנסת, ישיבה קס"ג של הכנסת השבע-עשרה, מיום 31 באוקטובר 2007, מושב שלישי, חוב' ד'.

בתשובה על שאלתנו מדוע חוזר המנכ"ל מתייחס אך ורק לבתי-חולים ולא למוסדות בקהילה נענינו כי רוב רובם של האירועים מתרחשים בבתי-החולים.¹²

בתשובה על השאלה מהן הפעולות שמשרד הבריאות נוקט כדי להתמודד עם התופעה במישורים של חקיקה, הסברה ושיתוף פעולה עם גורמים אחרים, מסר משרד הבריאות כי הוא מייחס לנושא חשיבות רבה ומקיים פעילות שוטפת לצמצום הנגע. עוד נמסר כי יש קשר שוטף עם משטרת ישראל הן ברמת בתי-החולים והן ברמת אגף הביטחון במשרד הבריאות, הפועל בתיאום עם חטיבת החקירות במטה הארצי של המשטרה.¹³

5. אלימות כלפי עובדי מערכת הבריאות בבריטניה

5.1. מידע על היקף התופעה בבריטניה

האלימות כלפי עובדי מערכת הבריאות אינה תופעה ייחודית לישראל; בבריטניה מנסים להתמודד עמה זה כמה שנים. להלן ממצאיו של סקר בנושא זה, שנערך בבריטניה בשנת 2003 בקרב 3,000 רופאים:¹⁴

- מחצית מהמשתתפים בסקר השיבו כי אלימות היא בעיה הקיימת במקום עבודתם.
- יותר משליש מהנשאלים השיבו כי בשנה האחרונה חוו במקום עבודתם צורה מסוימת של אלימות.
- רוב הנשאלים שהשיבו כי הותקפו ציינו שהתוקפים היו מטופלים או בני משפחותיהם.
- כמעט כל הנשאלים שהשיבו כי הותקפו היו מושא להתקפה מילולית בשנה האחרונה, שליש מהם גם ספגו איומים מצד מטופלים או מלוויהם וחמישית מהם הותקפו פיזית.
- רבע מהנשאלים הותקפו מילולית יותר מחמש פעמים בשנה האחרונה.

בסקר שנערך בשנת 2006 בסקוטלנד עולה כי אחד מכל שלושה רופאים הותקף מילולית או פיזית במקום עבודתו בשנה שקדמה למחקר, ומסקר שנערך בבריטניה בשנת 1998 עולה כי 50% מהאחיות שנשאלו הותקפו פיזית בשנה שקדמה למחקר ו-85% מהנשאלות הותקפו מילולית.¹⁵

גורמים מקצועיים בבריטניה מודעים לכך שהיקפה של תופעת האלימות כלפי עובדים במערכת הבריאות אינו ידוע, שכן עובדים רבים אינם מדווחים על כל התקיפות, ורבים אינם רואים באלימות מילולית אלימות שיש לדווח עליה.¹⁶

גורמים בבריטניה סבורים שלתופעה זו השלכות מרחיקות לכת על מערכת הבריאות במדינה. משרד הבריאות של בריטניה סבור כי היא פוגעת באמונם של העובדים במערכת הבריאות – שכן המערכת

¹² גב' מירי כהן, עוזרת בכירה למנכ"ל משרד הבריאות, מכתב, 18 בנובמבר 2007.
¹³ שם.

¹⁴ The British Medical Association (BMA), <http://www.bma.org.uk/ap.nsf/Content/violence>, Visited: November 6, 2007.

¹⁵ שם.

¹⁶ שם.

מתקשה להגן עליהם – ויוצרת תחושות של חרדה ולחץ, שעלולות להשפיע על תפקודם. תוצאה נוספת של התופעה היא העלויות הכלכליות של הטיפול בעובדים שהותקפו, למשל ימי מחלה, עלות גיוס כוח עבודה חלופי, הוצאות משפטיות וכדומה.¹⁷

בעקבות התרחבותה של התופעה והשלכותיה, עיצב משרד הבריאות כמה דרכים להתמודד עמה. להלן נציג שני פתרונות: הראשון הוא התוכנית Zero Tolerance, שאחד ממרכיביה הוא מניעת טיפול רפואי מאדם שתקף עובד במערכת הבריאות, והשני הוא חוק שעיקרו החמרת הענישה על עבירות אלה. נציג את עיקרי הפתרונות האלה ונשווה חלקים מהם להצעות חוק ישראליות שבהן הסדרים דומים.

5.2. התוכנית Zero Tolerance¹⁸

בשנת 2000 הודיע שר הבריאות של בריטניה על תוכנית לפעולה בנושא זה, שזכתה לכינוי Zero Tolerance. בתוכנית נקבע כי אלימות במקום העבודה היא כל אירוע שבו עובד מערכת הבריאות אוס או הותקף מילולית או פיזית בידי מטופל או אדם אחר בנסיבות הקשורות לתפקידו.

עיקרה של התוכנית הוא התוויית מדיניות ברורה, המבוססת על מחויבות מנהלי המוסד הרפואי לספק לעובדים סביבת עבודה בטוחה ולפעול על מנת להגן עליהם. התוכנית חייבה את מנהלי המוסדות הרפואיים במדינה לקבוע נהלים ברורים שבמסגרתם תוגדר אלימות כלפי עובדים, יוגדרו מטרות המדיניות, תפורט אחריותם של הדרגים השונים במוסד, יוצגו הסיכונים המאפיינים את המוסד, ינתן לעובדים מידע על אסטרטגיות מניעה אפשריות, תיבנה תוכנית הכשרה לעובדי המוסד, יונהג נוהל דיווח על אירועי תקיפה, יוכנו תוכניות לשיתוף פעולה עם המשטרה המקומית, יגובש מערך תמיכה לעובד שהותקף וייוסד מנגנון להערכת יישומו של הנוהל. בתוכנית שפרסם משרד הבריאות נכתב במפורש כי על מנהלי המוסדות הרפואיים לפעול לתרגום המדיניות לפעולות ולא להסתפק בהצהרה תיאורטית. להלן כמה מההנחיות בתוכנית שפרסם משרד הבריאות של בריטניה:

הכשרת העובדים: בתוכנית נקבע כי על הנהלת המוסד להבהיר לעובדיה שביטחונם הוא בראש סדר העדיפויות של מנהלי המוסד הרפואי שבו הם מועסקים, וכי הנהלת המוסד תעשה הכול על מנת לגרום להם לחוש בטוחים. על-פי התוכנית יש להקים מערך הכשרות, שבהן יונחו העובדים כיצד להתמודד עם האלימות המופנית כלפיהם. באופן כללי נקבע שעל ההכשרה לכלול מידע תיאורטי על הסיכונים ועל הסיבות לאלימות במקום העבודה ומידע קונקרטי על אסטרטגיות אפשריות למניעת אלימות ועל דרכי התמודדות עם אירועי אלימות. בתוכנית נכתב כי יש לקיים בנושא הכשרות קצרות תקופתיות.

שיפור סביבת העבודה: התוכנית מדגישה את חשיבות שיפור סביבת העבודה הן כדי שהעובד יחוש בה ביטחון והן כדי שתחושות המתח והלחץ של המטופלים ומלוויהם יפחתו. בתוכנית נקבע, בין השאר, כי יש לשים לב לתאורה נכונה, לטמפרטורה, לשילוט ברור, לשמירה על פרטיות המטופל, לשירותים נקיים

¹⁷ ש.ם.

¹⁸ Managing Health at Work Guideline, http://www.scotland.gov.uk/Resource/Doc/47032/0013906.pdf?bcsi_scan_5085E2C351922AA6=0&bcsi_scan_filename=0013906.pdf, Visited: November 6, 2007; and Zero Tolerance: Response to Violence in the NSW Health Workplace, http://www.health.nsw.gov.au/pubs/z/pdf/zero_tol_guide.pdf, Visited: November 6, 2007.

לאזורי עישון נוחים וכדומה. עוד נכתב שבעיקר יש להקפיד על נוחות חדרי ההמתנה, וכן לספק לעובדים אמצעי קשר או לחצני מצוקה שבאמצעותם יוכלו לקרוא לעזרה.

תמיכה מלאה בעובדים שחוו אלימות: בבסיס התוכנית מצויה ההנחיה של משרד הבריאות הבריטי שלא ליצור אווירה שבה העובד המותקף יחוש אשמה או יחשוש לדווח על האירוע. לשם כך יש לספק לנתקף מערך תמיכה נרחב: נגישות לטיפול הרפואי הדרוש, מתן חופשה, הושטת סיוע נפשי, סיוע בהגשת תלונה במשטרה או בנקיטת הליכים משפטיים אחרים וכל סיוע אחר שיידרש.

בתוכנית יש מרכיב נוסף, ועיקרו האפשרות למנוע טיפול רפואי – דהיינו, האפשרות שאדם שתקף איש צוות במוסד רפואי כלשהו לא יקבל טיפול רפואי באותו מוסד. על מרכיב זה בתוכנית נרחיב בחלק הבא של המסמך, תוך השוואה בין התוכנית בבריטניה לבין הצעת חוק בישראל.

6. מניעת טיפול רפואי מתוקף – התוכנית בבריטניה מול הצעת החוק בישראל

6.1. מניעת טיפול רפואי בבריטניה¹⁹

כאמור, התוכנית מאפשרת למנוע מאדם שתקף איש צוות רפואי לקבל טיפול רפואי במוסד שבו אירעה התקיפה, אך נקבע כי הדבר ייעשה במקרים של אלימות קיצונית מאוד, ואפשרות זו תמיד תהיה המוצא האחרון. בתוכנית נכתב שחשוב שהמטופלים ומלוויהם ידעו שנדרשת מהם התנהגות הולמת ושיוטלו עליהם סנקציות בשל התנהגות לא מקובלת. עם זאת, על המוסד הרפואי להפעיל סמכות זו תוך איזון ראוי בין הרצון להגן על הצוות הרפואי לבין החובה לספק שירות רפואי לכל פונה.

בתוכנית נכתב כי ההחלטה למנוע טיפול רפואי חייבת להתקבל בזהירות ועל-פי כללים ברורים. כל מוסד המגבש נוהל למניעת טיפול מתוקף חייב לעמוד בתנאים האלה:

- הנוהל יהיה תוצר של תהליך חשיבה רציני ומעמיק, שישתתפו בו הנהלת המוסד, העובדים ונציגי המטופלים.
- תהיה בנוהל הגדרה ברורה של התנהגות לא מקובלת שבעקבותיה יימנע טיפול רפואי מפונה.
- המוסד הרפואי יבחן בקפידה כל מקרה לגופו, כדי לוודא שיש איזון ראוי בין הרצון להגן על הצוות הרפואי לבין החובה לתת טיפול רפואי לכל אדם.

במקרה של תקיפה, תועבר תלונה למחלקת הביטחון במוסד או למשטרה, והמשך הטיפול יהיה לפי הנוהל הזה:

“כרטיס צהוב”: התוקף יקבל אזהרה בעל-פה על-ידי איש צוות שהוסמך לכך, ויוסבר לו כי אם יחזור על התנהגותו, ייתכן שלא יקבל טיפול רפואי במוסד. במקביל תינתן לתוקף אזהרה רשמית כתובה, ובה הסבר על נוהל המוסד במקרים אלה, תוכן האזהרה שניתנה לו בעל-פה, הסנקציה שתינקט אם יחזור על התנהגותו ומידע על זכותו לערער על החלטה זו ועל הדרך לעשות זאת.

¹⁹ ש.ס.

"כרטיס אדום": מטופל שתקף שוב, חרף העובדה שהוזהר, ניתן למנוע ממנו טיפול רפואי במוסד שבו בוצעה התקיפה. ההחלטה על מניעת טיפול רפואי תתקבל בידי הדרגים הגבוהים ביותר במוסד, והיא תקפה ל-12 חודשים לכל היותר.

נוהל זה לא יחול על התוקפים האלה:

1. מטופל או מלווה שעל-פי חוות דעת מקצועית בשל גילו, מחלתו, פציעתו או השפעת טיפול רפואי שקיבל אינו אחראי למעשיו;
2. חולה נפש;
3. מטופל הנתון להשפעת סמים או אלכוהול;
4. אדם הזקוק לטיפול רפואי דחוף;
5. מטופל שטרם מלאו לו 18 שנים.

בתוכנית מודגש כי ההחלטה למנוע טיפול רפואי חייבת להישקל בקפידה ויש להביא בחשבון את השלכותיה השונות – למשל יש לבחון אם התוקף יכול לקבל טיפול רפואי במוסד אחר בקרבת מקום. נוסף על כך, המוסד הרפואי חייב לפרסם את הנוהל הן לציבור הרחב והן לעובדיו.

6.2. הצעת חוק למניעת טיפול רפואי מתוקף בישראל

בישראל הוגשה הצעת חוק למניעת אלימות נגד מטפלים, התשס"ז–2006, של חבר הכנסת אלכס מילר ואחרים, ולפיה הפוגע פיזית או מילולית במתכוון במטפל המעניק לו או לבן משפחתו טיפול רפואי, או הפוגע במתכוון ברכוש המוסד הרפואי שבו מטפלים בו או בבן משפחתו, יוזהר בידי מנהל המוסד הרפואי שבו התרחשה הפגיעה כי אם יפגע פעם נוספת במטפל או ברכוש, לא יקבל טיפול רפואי במוסד זה.²⁰

מטופל הפוגע פיזית במתכוון במטפל והוזהר באופן כזה במהלך השנה שקדמה לפגיעה, לא יהיה זכאי לקבל טיפול רפואי במוסד שבו התרחשה הפגיעה במשך שישה חודשים, למעט במצב חירום רפואי. מטופל הפוגע מילולית במתכוון במטפל או הפוגע במתכוון ברכוש המוסד והוזהר באופן כזה במהלך השנה שקדמה לפגיעה, לא יהיה זכאי לקבל טיפול רפואי במוסד זה במשך שלושה חודשים, למעט במצב חירום רפואי.

בחוק נקבע כי שר הבריאות, בהתייעצות עם ההסתדרות הרפואית בישראל ובאישור ועדת העבודה, הרווחה והבריאות של הכנסת, יתקין תקנות לביצוע חוק זה.

בדברי ההסבר להצעת החוק נכתב כי "מקצוע הרפואה אינו ככל מקצוע אחר, הקשר בין הרופא למטופל מבוסס על אמון מוחלט בין הצדדים ושבירתו על-ידי הפעלת אלימות מצד המטופל מחייבת תגובה מערכתית הולמת וחד-משמעית".

6.3. המדיניות בבריטניה לעומת הצעת החוק הישראלית

²⁰ 1771/17 פ, הצעת חוק למניעת אלימות נגד מטפלים, התשס"ז–2006, הונחה על שולחן הכנסת ב-27 בנובמבר 2006.

חשוב לציין כי האפשרות שניתנה למוסדות הרפואיים בבריטניה למנוע טיפול רפואי מתוקף היא חלק מתוכנית פעולה שקבע משרד הבריאות של בריטניה ואינה מעוגנת בחקיקה. אפשרות זו הוגדרה כמוצא אחרון, והיא רק מרכיב אחד בתוכנית כוללת ורחבה להתמודדות עם בעיית האלימות כלפי עובדי מערכת הבריאות. לפיכך קשה מאוד להעריך עד כמה סייע אמצעי זה בהפחתת האלימות כלפי עובדי מערכת הבריאות בבריטניה, שכן קשה לבדוד את השפעתו של מרכיב זה מהשפעת התוכנית כולה.

בבריטניה ניטש ויכוח בסוגיה של מניעת טיפול רפואי מתוקף. יש הסבורים כי מדובר באמצעי הרתעה חשוב, המסייע להפחתת האלימות, ואילו אחרים מטילים ספק בכך או מתנגדים לנקיטתו של צעד זה. אחת הטענות היא כי המוסדות הרפואיים בבריטניה אינם מיישמים את ההנחיות. נוסף על כך, עובדים רבים העלו את החשש שלאחר שתתקבל החלטה למנוע טיפול רפואי מתוקף יתברר כי הוא היה זקוק לטיפול רפואי דחוף. חשוב לציין כי בסקר שנערך בבריטניה בשנת 2003 בקרב רופאים השיבו כשליש מהנשאלים כי שקלו מניעת טיפול ממטופל בשל מעשה אלימות, אולם שליש מהם השיבו שאי-אפשר לקיים את ההנחיה בדבר מניעת טיפול רפואי מתוקף בשל קשיים ביישומה ובאכיפתה של מדיניות זו וכן בשל קונפליקט בין הנחיה זו לבין מחויבות הרופא להעניק טיפול רפואי.²¹

להלן כמה שאלות נוספות שעולות בנוגע לאמצעי זה:

- אם מדובר באלימות מילולית כיצד ייקבע מהו הגבול בין התבטאות אומללה לבין תקיפה מילולית?
- האם ראוי שהמוסד הנפגע מהאלימות יהיה המוסד השופט והמעניש?
- האם סנקציה זו צריכה להיות ייחודית לעובדי מערכת הבריאות, או יש לאפשר לעובדי ציבור אחרים למנוע שירות מאדם שנקט כלפיהם אלימות?
- האם ניתן ליישם סנקציה זו גם אם אין חלופה לטיפול הרפואי? למשל, לאן יישלח אדם שתקף איש צוות רפואי בבית-חולים מרוחק, כמו בית-החולים "יוספטל" באילת?

נדגיש שוב כי בבריטניה לא מדובר בחוק אלא במרכיב אחד בתוכנית פעולה רחבה וכוללת, המבקשת לתת מענה כולל על הבעיה.

בתשובה על שאלתנו מהי עמדתו של משרד הבריאות בנוגע להצעת חוק זו נענינו כי "כ-65% מהמעורבים בתקיפה הם מלווים, ולגביהם ראוי שתינתן ענישה של הרחקה מהמוסד שבו בוצעה התקיפה". משרד הבריאות לא התייחס בתשובתו לתקיפה של אנשי צוות רפואי על-ידי מטופלים.²²

7. החמרת הענישה של התוקפים

7.1. החמרת הענישה בבריטניה

²¹ The British Medical Association (BMA), <http://www.bma.org.uk/ap.nsf/Content/violence>, Visited: November 6, 2007.

²² גבי מירי כהן, עוזרת בכירה למנכ"ל משרד הבריאות, מכתב, 18 בנובמבר 2007.

בשנת 2005 חוקק הפרלמנט של סקוטלנד את Emergency Workers (Scotland) Act, וב-2006 הורחב חוק זה לבריטניה כולה באמצעות Emergency Workers (Obstruction) Act. עיקרו של חוק זה החמרת הענישה של מי שתקף עובדים המסייעים במצבי חירום, לרבות שוטרים, כבאים, עובדים סוציאליים, אנשי צוות באמבולנסים ועובדי מקצועות הרפואה בבתי-החולים. החוק הגדיר במפורש מהו מצב חירום, ומנויים בו עובדים המועסקים בבתי-חולים וצוותי רפואה המועסקים במצבי חירום בקהילה.²³ העונש על הפרת הוראות חוק זה הוא מאסר של עד תשעה חודשים או קנס של עד 5,000 לירות סטרלינג או שניהם.²⁴

7.2. הצעה להחמרת הענישה בישראל

בישראל הגישו חה"כ חיים אורון וקבוצת חברי הכנסת את הצעת חוק העונשין (תיקון) – החמרת הענישה על עבירות כלפי אנשי צוות רפואי, התשס"ז–2007. מוצע להוסיף לחוק העונשין סעיף שלפיו "התוקף מטפל כהגדרתו בחוק זכויות החולה, התשנ"ו–1996, והתקיפה קשורה למילוי חובתו או תפקידו של הנתקף, דין התוקף מאסר שש שנים ולא פחות משישה חודשים, אלא אם כן החליט בית-המשפט, מטעמים מיוחדים שיירשמו, להקל בעונשו".

בדברי ההסבר להצעה נכתב כי היא נולדה מן הרצון למגר את תופעת האלימות כלפי הצוות הרפואי באמצעות החמרת הענישה עד לשש שנות מאסר וקביעת עונש מינימום של חצי שנת מאסר, "וזאת מתוך גישה של אפס סובלנות כלפי תופעה נלוזה זו".²⁵

נציין כי יש בחוק העונשין סעיף שלפיו "התוקף עובד ציבור או מי שממלא חובה או תפקיד המוטלים עליו על-פי דין או מי שנותן שירות לציבור מטעם גוף המספק שירות לציבור, והתקיפה קשורה למילוי חובתו או תפקידו של הנתקף, דינו – מאסר חמש שנים".²⁶

7.3. החוק בבריטניה לעומת הצעת החוק בישראל

על-פי האגודה הרפואית הבריטית (British Medical Association), החוק בדבר תקיפת עובדי ציבור המסייעים במצב חירום יוצר שתי רמות של הגנה על עובדי מערכת הבריאות – עובדים בבתי-החולים, המוגנים על-פי החוק, ועובדים בקהילה, המוגנים אך ורק בשעת חירום. הטענה היא שיש להחיל את החוק גם על צוותים רפואיים בקהילה, בעיקר כשהם עוסקים בביקור בבית החולה שלא במקרה חירום. למעשה, הארגון קורא להחלת החוק על כלל העובדים במערכת הבריאות ולא רק במקרי חירום. נוסף על כך, הארגון טוען כי למרות מספרם הרב של אירועי האלימות, משנת 2005 רק 392 אנשים הועמדו לדין

²³ Emergency Workers (Scotland) Act 2005, <http://www.hmso.gov.uk/legislation/Scotland/acts2005/20050002.htm>, visited November 6, 2007; and Emergency Workers (Obstruction) Act 2006, http://www.opsi.gov.uk/ACTS/acts2006/pdf/ukpga_20060039_en.pdf, visited November 6, 2007; and Explanatory Notes to Emergency Workers (Scotland) Act 2005, http://www.opsi.gov.uk/legislation/scotland/acts2005/en/aspn_20050002_en_1, visited November 6, 2007.

²⁴ שם.

²⁵ פ/2800/17, הצעת חוק העונשין (תיקון) – החמרת הענישה על עבירות כלפי אנשי צוות רפואי, התשס"ז–2007, הונחה על שולחן הכנסת ב-16 ביולי 2007.

²⁶ סעיף 381(ב) בחוק העונשין, התשל"ז–1977.

ורק 191 מהם הורשעו על-פי חוק זה, דהיינו האכיפה הקיימת של בתי-המשפט בבריטניה אינה מספקת.²⁷

הצעת החוק של חה"כ חיים אורון עלתה לדיון מוקדם במליאת הכנסת ב-24 באוקטובר 2007. בדיון במליאת הכנסת אמר שר הפנים מאיר שטרית בשם הקואליציה כי ועדת השרים לחקיקה התנגדה להצעת חוק זו וכי גם משרד המשפטים מתנגד לה. לדבריו, אין שום היגיון בהחמרת הענישה מחמש שנים לשש שנים, שכן הבעיה היא לא בתקופת המאסר שהחוק קובע אלא באכיפת החוק. שנית, לטענתו קביעת מאסר מינימום של חצי שנה היא צעד דרקוני, ולכן משרד המשפטים מתנגד לה; קביעה כזאת כובלת את בית-המשפט ואינה מאפשרת לו להפעיל שיקול דעת בקביעת העונש. הצעת החוק לא התקבלה.²⁸

משרד הבריאות סבור שהבעיה היא בעיקר העדר אכיפה ולא רמת הענישה בחוק. הטענה היא כי אין שימוש בסעיף הנוגע לעובדי ציבור בחוק העונשין, ורוב רובן של התלונות על תקיפה לא מגיעות כלל לדיון משפטי.²⁹ גורמים שונים שעמם שוחחנו סבורים אף הם כי אין בישראל אכיפה מספקת, שכן בחלק מהמקרים המשטרה מוזעקת לבית-החולים אך אינה מגיעה כלל, ההליכים המשפטיים כלפי התוקפים מתנהלים זמן רב, אם בכלל, והעונשים המוטלים אינם מרתיעים דיים. נציין כי אחת ההמלצות של הוועדה שמינה שר הבריאות דאז שלמה בניזרי היתה לפעול להעמדתם לדיון של נאשמים באלימות כלפי עובדים במערכת הבריאות בהליך מזורז – אך העניין נותר בגדר המלצה בלבד.

8. דיון

להלן כמה נקודות לדיון:

1. האלימות כלפי עובדי מערכת הבריאות היא חלק מתופעת האלימות הכללית בישראל, ולכן לא ניתן לבחון אותה או להתמודד עמה כתופעה ייחודית המתנהלת בחלל ריק. נוסף על כך, הגורמים הנוגעים בדבר מודעים לכך שלא ניתן למגר לחלוטין את התופעה, אלא רק לפעול לצמצומה ולהקטנת הנזק שהיא גורמת.
2. בריטניה, המנסה זה כמה שנים להתמודד עם תופעה זו, עיצבה תוכנית פעולה כוללת, שמשולבים בה אמצעים אחדים, ובהם תכנון סביבתי נכון של בתי-החולים, הסברה לציבור הרחב, הכשרות לעובדים וכן אפשרות למנוע טיפול רפואי מתוקף. התוכנית רחבה מאוד, ומניעת הטיפול הרפואי מתוקף היא רק מרכיב אחד שלה.
3. הוועדה לבחינת סוגיית האלימות במוסדות הבריאות ולמציאת דרכי התמודדות עם אירועים אלה, שהקים שר הבריאות דאז שלמה בניזרי, כתבה אף היא שההתמודדות עם תופעת האלימות כלפי עובדים במערכת הבריאות מחייבת פעולה נרחבת ושילוב של כמה אמצעים. נכון להיום, המלצת הוועדה בנוגע להצבת שוטרים בתפקיד מיוחד בבתי-החולים – פעולה שברור

²⁷ The British Medical Association (BMA), <http://www.bma.org.uk/ap.nsf/Content/violenceagainsthealthcareworkers>, Visited: November 6, 2007.

²⁸ דברי הכנסת, ישיבה קכ"ט של הכנסת השבע-עשרה, מיום 24 באוקטובר 2007, מושב שלישי, חוב' ג'.

²⁹ גבי מירי כהן, עוזרת בכירה למנכ"ל משרד הבריאות, מכתב, 18 בנובמבר 2007.

שתשפיע השפעה מכרעת על הרתעת התוקפים אינה מיושמת בשל העדר תקציב ייעודי של 7 מיליוני ש"ח בשנה.

4. חשוב לזכור כי בהמלצות הוועדה שמינה שר הבריאות דאז שלמה בניזרי נכתב כי "בפני הוועדה הוצגו נתונים המתייחסים לזמני המתנה ארוכים, שהנם זרז להתפתחות אירועי אלימות. נציגי בתי-החולים הציגו בפני הוועדה נתונים על מחסור בכוח אדם מקצועי, דבר המביא להתארכות בזמני המתנה, ואולם מאחר שמנדט הוועדה לא היה לעסוק בסוגיית תקני כוח-אדם, לא התעמקה הוועדה בסוגיה זו, שאין ספק שיש לה השפעה ישירה על תופעת האלימות". זהו נושא מרכזי, המחייב דיון מעמיק.

5. הן בבריטניה והן בישראל יש טענות על העדר אכיפה מספקת, בעיקר בנוגע לאי-העמדה לדין וגזירת עונשים קלים מדי. לטענת גורמים אלה להגברת האכיפה יש תפקיד מכריע ביצירת הרתעה. ההסתדרות הרפואית בישראל קוראת למחוקק ולמערכת המשפט בישראל לאמץ מדיניות של "אפס סובלנות" בנוגע לאלימות כלפי עובדי מערכת הבריאות.

6. המלצה נוספת שיש לתת עליה את הדעת היא יצירת מערך הסברה ארצי בנוגע לתופעת האלימות בכלל ולתופעת האלימות כלפי עובדי מערכת הבריאות בפרט.