



ועדת השר למיגור האלימות
כלפי צוותים רפואיים ומנהליים
במערכת הבריאות
בראשות פרופ' שלמה מור-יוסף

"אלימות פוגעת בכולנו"

ד"ח המלצות

דצמבר 2017



מינהל הסיעוד

Nursing Division

**משרד
הבריאות**

לחיים בריאים יותר

**ועדת השר למיגור אלימות כלפי צוותים רפואיים ומנהליים במערכת
הבריאות בראשות פרופ' שלמה מור-יוסף**

"אלימות פוגעת בכולנו"

ד"ח המלצות

דצמבר 2017

כתיבה ועריכה: גב' סימה אזולאי
ד"ר סיגל שפרן-תקוה



מינהל הסיעוד

Nursing Division

**משרד
הבריאות**

לחיים בריאים יותר

תוכן עניינים

4-5	.....דברי יו"ר הועדה.....
6	.....חברי הועדה.....
7	.....מטרות הועדה לפי כתב המינוי.....
7-11	.....דרכי עבודת הועדה.....
12-15	.....סקירת ספרות.....
16	.....מערכת הבריאות בישראל כמובילה מיגור אלימות בחברה הישראלית.....
17	.....קווים מנחים ליישום ההמלצות.....
18-21	.....המלצות.....
	1. מחויבות הנהלה בכל הרמות למיגור וטיפול באלימות
	1.1 משרד הבריאות
	1.2 בכל ארגון בריאות
	2. אכיפה - קשר עם המשטרה
	3. אבטחה
	4. חקיקה וענישה
	5. חינוך, הדרכה
	6. מידע ושקיפות
22	.....תקציב נדרש.....
23	.....דברי סיכום.....
	.....נספחים.....
	1. כתב מינוי
	2. סיכום של כל תתי הועדות
	3. תמונת מצב – תחום בריאות הנפש
	4. נייר עמדה של הקופות בנושא בריאות הנפש בקהילה
	5. חקיקה קיימת
	6. פסק דין, השופט זיו אריאלי



דבר יו"ר הועדה

פרופ' שלמה מור-יוסף

אלימות המתרחשת במערכת הבריאות הינה השתקפות של האלימות המרחשת בחברה הישראלית בכללותה.

אלימות היא אלימות בין אם היא מתרחשת בבית, ברחוב, באירועי ספורט, בכביש, בבתי ספר או במערכת הבריאות. מערכת הבריאות הינה חלק מרכזי וחיוני בחברה.

אלפי אזרחים אשר לרוב, שרויים בחרדה, דאגה ומצוקה נפשית וגופנית נזקקים לשירותי הצוותים מדי יום.

מיליוני אינטראקציות מתקיימים בין מטפל, מטופל ובני משפחה מדי יום, אינטראקציות אשר לעיתים לא מבוטלות כוללות ביטוי אלימות כלפי צוותים.

ואכן, אלימות כלפי צוותים רפואיים ומנהליים מתרחשת תדיר בין כתלי בתי חולים, במרפאות במוקדים לרפואה הקהילתית, כמו גם מול צוותי הצלה וחירום.

מדי שנה, מדווחים למשרד הבריאות יותר מ-3000 מקרי אלימות המתועדים נגד צוותים רפואיים, כאשר רק ב-11% מהמקרים מדווחים למשטרה ושיעור נמוך מזה, מגיע למיצוי הדין.

למרות שורה של פעולות שננקטו לאורך השנים, בהן תכניות מניעה ממשלתיות, אלימות כלפי עובדי מערכת הבריאות ממשיכה להוות תופעה מדאיגה וחמורה, ההולכת ומחמירה בהיקף ובעוצמת האלימות.

בניסיון להתמודד עם תופעה חמורה זו, הפוגעת בצוותים ובמטופלים הוקמה הועדה הנוכחית על ידי שר הבריאות ומנכ"ל משרד הבריאות. "הוועדה למיגור והתמודדות עם אלימות במערכת הבריאות" אשר במשך כחצי שנה עסקה בגיבוש תכנית פעולה והמלצות למיגור והתמודדות עם תופעת האלימות במערכת הבריאות.

במסגרת העבודה בוועדה, שמנו לנו למטרה, לגבש תוכנית המלצות אופרטיבית וכוללנית אשר תוביל לירידה משמעותית במספר מקרי האלימות, לייצר סביבה בטוחה לצוותים ולמטופלים וכן לעלייה בתחושת הביטחון של הצוותים הרפואיים, מתוך רצון לעצב מחדש מציאות בה יתאפשר לצוותים הרפואיים למלא את עבודתם מבלי להרגיש מאוימים. זהו אתגר מורכב אתו אנו, כוועדה, אמורים היינו להתמודד.

אין ספק כי העבודה בתנאי לחץ והמחסור הכרוני בכוח אדם, בעיקר ברופאים/ות, אחיות/ים ועובדי מינהל משפיעים על אווירה מתוחה בבתי החולים ובמרפאות.

בנוסף לכך, המבנים הישנים וגם החדשים יחסית, אינם מותאמים לנפח הפעילות העולה משנה לשנה.

שני נושאים אלו: כוח אדם ומבנים נמצאים על סדר היום של משרד הבריאות וארגוני הבריאות השונים ופתרונם הוא ארוך טווח ותלוי בגורמים רבים בתוך מערכת הבריאות ומחוץ למערכת הבריאות.

בעבודת הוועדה התרכזנו בנושאים בהם אנו חושבים שיש מקום להתערבות מיידית מתוך הערכה כי התערבות זאת תניב את התוצאות הרצויות בפרק זמן קצר יחסית.

לכן בעבודת הוועדה ניסינו לכוון לפתרונות הניתנים ליישום גם בצד המעשי וגם בצד התקציבי במהלך השנתיים הקרובות.

שר הבריאות והמנכ"ל הצהירו עם מינוי הוועדה כי ליישום המלצות הוועדה יועד תקציב ייחודי ואני סמוך ובטוח כי בדיוני התקציב המתקיימים בימים אלו הדבר יבוא לידי ביטוי.



התמודדות עם אלימות במערכת הבריאות מחייבת מעבר לתכנית סדורה, תקציב ולמחויבות מלאה של ההנהלה הבכירה ביותר במשרד הבריאות ובארגוני הבריאות השונים. הנושא חייב להיות באופן קבוע על שולחן ההנהלה, להיות חלק מתוכניות העבודה השנתיות תוך כדי קיום מעקב שוטף אחרי ביצוע התכנית ולהוות תנאי בכל תהליך רישוי והכרה.

ההתמודדות עם האלימות מחייבת השקעה גדולה בצוות העובדים, בהתמודדות עם שחיקת העובדים, בהשקעה בדרכים להקטנת פוטנציאל האלימות ובהתמודדות עם האלימות ברגע שהיא פורצת ובתוספת כוח אדם נקודתית. בנוסף לזאת יש צורך במערך אבטחה ושיטור מוגבר במוקדי האלימות העיקריים, מתן אפשרות לכל עובד להזעיק עזרה באופן מידי, תוך שימוש באפליקציה ייעודית בטלפון הסלולרי הנמצא ברשותו. מערכת האכיפה והענישה אף היא חייבת להתגייס במטרה למנוע את האלימות על ידי אכיפה מהירה וענישה ראויה ובפרק זמן יחסית קצר ממועד האירוע.

אחד הנושאים החשובים הוא הצורך להתמודד עם מתן מידע למטופל ובני משפחתו לצורך הבנת התהליך הטיפולי בזמן אמת ולוחות הזמנים הצפויים. לשם כך יש להשתמש גם בטכנולוגיה וגם בכוח אדם ייעודי (תוספת) אשר כל תפקידו יהיה מתן מידע שוטף למטופלים ולמשפחות. כלל הפעילות המתוארת חייבת להתבצע כמכלול ולהיות משולבת במסע של פרסום והסברה רציף בכלי התקשורת השונים ברשתות החברתיות ובמוסדות הרפואיים. לנושאים אלו נדרשנו בעבודת הוועדה.

הסיכום המוצג בחוברת זאת מתאר את תהליך העבודה לו היו שותפים רבים מקרב עובדי מערכת הבריאות והציבור הרחב. בתהליך מובנה של התייעצות שנערך ע"י חברת תובנות.

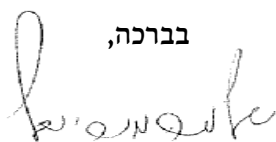
חוברת זו מסכמת את המסקנות וההמלצות בכל נושא תוך התייחסות לצרכים התקציביים המתבקשים.

ברצוני להודות לכל חברי הוועדה על ההתגייסות לנושא חשוב זה וליו"ר תת הוועדות.

לד"ר סיגל שפרן-תקוה שהביאה לוועדה את החלק האקדמי ואשר הייתה שותפה חשובה ביותר בכתיבת הדו"ח הוועדה.

תודה מיוחדת לסימה אזולאי אשר ריכזה בצורה מקצועית ויעילה את עבודת הוועדה והשתתפה בכתיבת הדו"ח המסכם.

אני משוכנע כי בדו"ח זה יש בסיס לתוכניות פעולה אותה אפשר ליישם באופן מידי ואני ממליץ כי לשם כך יוקם במשרד הבריאות צוות ייעודי.

בברכה,


פרופ' שלמה מור יוסף
 יו"ר הוועדה



חברי הוועדה (לפי סדר א' ב' של שמות משפחה)

פרופ' שלמה מור יוסף, יו"ר הוועדה
 גב' סימה אזולאי, מנהלת המחלקה להסמכה, מנהל הסייעוד, משרד הבריאות, מרכזת הוועדה
 מר אורי אור, מנהל אגף משאבי אנוש, מכבי שירותי בריאות
 גב' איילת גביש, סמנכ"ל משאבי אנוש, מאוחדת שירותי בריאות
 ד"ר שושי גולדברג, אחות ראשית ארצית וראשת מנהל הסייעוד, משרד הבריאות
 מר פיראס חאיק, רכז בכיר אירועים מיוחדים, אגף רפואה כללית, משרד הבריאות
 ד"ר אייל יחזקאלי, נציג הסתדרות הרפואית בישראל
 גב' אילנה כהן, יו"ר הסתדרות האחים והאחיות
 מר גדי כהן, סמנכ"ל משאבי אנוש, שירותי בריאות כללית
 מר אילן לביא, מנהל מערך הביטחון ואבטחת מידע, לאומית שירותי בריאות
 גב' עירית ליבנה, מפקחת מרכזת בריאות, נציגת משרד החינוך
 עו"ד שרונה עבר-הדני, הלשכה המשפטית משרד הבריאות
 מר דב פסט, סמנכ"ל בכיר למנהל ומשאבי אנוש, משרד הבריאות
 גב' מלכה פרגר, מנהלת השירות הארצי לעבודה סוציאלית, משרד הבריאות
 גב' נעמה פרידמן, יו"ר ועדת אלימות ארצית, מכבי שירותי בריאות
 עו"ד נורית קורנהאוזר, מנהלת מחלקה מחוזית בפרקליטות מחוז מרכז (פלילי), נציגת פרקליטות המדינה
 גב' נופר קררו-אסלן, נציגת הציבור
 רפ"ק עו"ד אבי ראש, נציג משטרת ישראל
 מר יורם רובינשטיין, ראש אגף בכיר ביטחון, משרד הבריאות
 מר דוד שוורץ, ממונה ביטחון מחוז מרכז ודרום, משרד הבריאות
 מר דני שחר, מנהל תכנית עיר ללא אלימות ומערכי אכיפה עירוניים, נציג המשרד לביטחון פנים
 עו"ד טלי שטיין, המחלקה ליעוץ וחקיקה (ציבורי-חוקתי), נציגת היועץ המשפטי לממשלה
 ד"ר סיגל שפרן-תקוה, מומחית לאלימות במערכת הבריאות, המרכז הרפואי הדסה עין כרם והאוניברסיטה העברית



מטרת הוועדה לפי כתב המינוי

ועדת השר למיגור והתמודדות עם האלימות במערכת הבריאות מונתה ע"י שר הבריאות ח"כ הרב יעקב ליצמן, במטרה ל- "עסוק בגיבוש תוכנית פעולה ובמתן המלצות למיגור והתמודדות עם תופעת האלימות במערכת הבריאות." (נספח מס.1)

תפקידי הוועדה:

1. ללמוד את מאפייני האלימות במערכת הבריאות.
2. לאתר את הנסיבות והסימנים המקדימים לשימוש באלימות כלפי צוות ומטופלים.
3. לבחון דרכי התמודדות במערכות בריאות בארץ ובעולם.
4. להמליץ על שורת פעולות אשר יסייעו בהתמודדות עם תופעת האלימות ומיגורה הן ברמה המערכתית והן ברמת המטופלים.
5. להמליץ על הקצאת משאבים אשר יסייעו בהתמודדות עם תופעת האלימות ומיגורה.

היעדים שהציבה הוועדה:

1. הורדת מספר מקרי האלימות כלפי הצוותים המטופלים במערכת הבריאות.
2. העלאת תחושת הביטחון של הצוותים המטופלים.

דרכי עבודת הוועדה

על מנת ללמוד ולהכיר את כל ההיבטים של אלימות במערכת הבריאות, הועדה פעלה במספר מישורים מגוונים וזאת מתוך כוונה להקשיב לכל הקולות ובכך לאפשר הליך עיצוב המלצות באופן מייצג, מקיף ויישומי. להלן דרכי העבודה של הוועדה:

1. **סקירת הספרות האקדמית** על כל היבטי התופעה בארץ ובעולם.
2. **ישיבות מליאה:** במהלכן נערכו דיונים אודות מטרות הוועדה, תמונת העתיד הרצויה הכוללת סביבה שאיננה אלימה במערכת הבריאות והגברת תחושת הביטחון תוך דיון בכלל כיווני הפעולה האפשריים להשגת מטרות אלו. דגש רב הושם על ניסוח המלצות אופרטיביות, יישומיות בכלל ארגוני הבריאות בישראל.

הוועדה קיימה 6 דיונים במליאה כאשר לכל דיון הוזמנו אנשי שטח העובדים בתחום הנידון. דיוני הוועדה שקופים לציבור, צולמו, הוקלטו והועלו לאתר משרד הבריאות. (סיכומי הישיבות באתר משרד הבריאות) 17/7/2017 ישיבת פתיחה בנוכחות שר הבריאות ח"כ הרב יעקב ליצמן ומנכ"ל משרד הבריאות מר משה בר-סימן טוב. (סיכום ישיבה מס' 1)



- 31/7/2017 "אלימות בפסיכיאטריה" (סיכום ישיבה מס' 2)
- 15/8/2017 "אלימות בבתי החולים" (סיכום ישיבה מס' 3)
- 13/9/2017 "אלימות בקהילה" (סיכום ישיבה מס' 4)
- 24/10/2017 "התמודדות קופות החולים עם סוגיית האלימות" (סיכום ישיבה מס' 5)
- 2/11/2017 "גיבוש התובנות" (סיכום ישיבה מס' 6)

3. הקמת תתי ועדות (נספח 2)

- א. תת ועדה בנושא אמצעי ביטחון והגנה בבתי חולים ובקהילה בראשותו של מר גדי כהן, שדנה בכלל הפעילויות בתחום המניעה והתגובה המהירה, עד להגעת המשטרה.
- ב. תת ועדה בנושא חקיקה ואכיפה בראשותו של מר דב פסט, שדנה בכלל הפעילויות מרגע האירוע ועד השלמת הטיפול בתיק ע"י רשויות המשפט והאכיפה.
- ג. תת ועדה הכוללת נציגים מארבעת קופות החולים בנושא התמודדות עם סוגיית האלימות בתחום בריאות הנפש בקהילה.

4. מוזמנים שהופיעו בפני הוועדה:

- במהלך דיוני הוועדה זומנו מטפלים שונים, נציגי מוסדות בריאות וכן נציגים הוזמנו נציגים מגופים שביקשו להופיע בפני הוועדה. להלן רשימת המוזמנים:
- ד"ר ווינשטיין, ראש חטיבת המרכזים הרפואיים הממשלתיים
 - ד"ר ברגמן, ראש אגף הפסיכיאטריה, משרד הבריאות
 - פרופ' מלמד, מנהל המרכז הרפואי אברבנאל
 - פרופ' קרמר, מנהלת המרכז הרפואי מזור
 - ד"ר הירשמן מנהל המרכז הרפואי לב השרון
 - גב' קוסטיצקי, מנהלת הסייעוד המרכז הרפואי שער מנשה
 - מר מטר, אח מוסמך, המרכז הרפואי איתנים
 - ד"ר דראושה, מנהל המלר"ד, המרכז הרפואי רמב"ם
 - גב' דרורי, אחות אחראית המלר"ד, המרכז הרפואי סורוקה
 - ד"ר בוצ'נסקי, יו"ר ארגון המתמחים לרפואה בישראל "מרשם"
 - ד"ר לוי, יו"ר חטיבת קהילה בארגון רופאים, שירותי בריאות כללית, ס' יו"ר הסתדרות הרפואית בישראל
 - פרופ' בירקנפלד, מנהל מחוז ת"א-פו, שירותי בריאות כללית
 - מר ליפס, יו"ר "אפ"י, ארגון פרמדיקים לישראל
 - מר חברוני, מנהל תחום פיקוח ורישוי אמבולנסים, משרד הבריאות
 - ד"ר גלעדי, מומחית ברפואה פנימית וברפואה לשיכוך כאב, מחוז דרום, שירותי בריאות כללית



5. במהלך פעילות הועדה התקבלו פניות והוגשו המלצות:

המחלקה לטיפול בהתמכרויות, משרד הבריאות
 לשכת האתיקה של האחים והאחיות בישראל
 מר גדסי, קב"ט המרכז הרפואי יוספטל, אילת
 ד"ר רינגולד, רופא משפחה, מכבי שירותי בריאות
 שורק, פתרונות דיגיטליים
 שמחת הלב, איגוד הליצינים הרפואיים
 מטופלים

6. תהליכי היועצות עם הציבור בכלל ועם המטופלים במערכת הבריאות בפרט:

6.1 "שולחנות עגולים": ביום 7/9/2017, 12/9/2017, 14/9/2017 התקיימו שלושה "שולחנות עגולים" להיוועצות שמטרתן להרחיב את השיח, להקשיב לכל הקולות ולייצר פתרונות קונקרטיים. מפגשים אלו התקיימו בשלושה איזורים גיאוגרפיים בישראל, קופת חולים מאוחדת שבנצרת, קופת חולים מכבי במודיעין ומרכז הרפואי סורוקה בבאר שבע. בכל שולחן עגול הוזמנו למעלה מ- 30 משתתפים, מטופלים ומבוטחים של מערכת הבריאות לצד רופאים, אחיות, מאבטחים ואנשי מנהלה. תגובות המשתתפים הועלו ישירות לאתר ההיוועצות והיו חלק מהתובנות שהתגבשו.

6.2 ימי עיון 19/10/2017 יום עיון בנושא הערכות לבקרות לשנת 2018 " אלימות במערכת הבריאות בדגש על הקהילה" 25/10/2017 יום עיון בנושא "מטפל, מטופל, אלימות ומה שביניהם" לאחים ואחיות במרכז הרפואי אסף רופא.

6.3 זירת היועצות אינטרנטית: ביום ה 17/7/2017 נפתחה זירת היועצות באתר משרד הבריאות, בשיתוף עם חברת "תובנות" ונסגרה ביום 9/10/2017. שאלת ההיועצות הייתה:
 " אנחנו מבקשים לעצב מציאות בה הצוותים הרפואיים והמנהליים יכולים למלא את עבודתם מבלי להרגיש מאוימים ומספר מקרי האלימות המופנית כלפיהם ירד. כיצד נביא לירידה משמעותית במקרי האלימות וניצור סביבה בטוחה לעובדי מערכת הבריאות ולמטופלים? "



מינהל הסיעוד

Nursing Division

**משרד
הבריאות**

לחיים בריאים יותר

על מנת להגדיל ככל שניתן את מספר המשתתפים באתר ההיוועצות נעשו הפעולות הבאות:

1. פנייה בכתב לכל ראשי מערכת הבריאות בארץ בכדי ליידע את כל עובדי מערכת הבריאות על קיומה של הוועדה ופתיחת זירת ההיוועצות. (נספח)
2. נשלחה הזמנה לעובדי מערכת הבריאות להיכנס לאתר ההיוועצות באמצעות קישור (באנר) באתר הבית של כל מוסד.
3. פורסמה בעיתונות הכתובה של הציבור החרדי והציבור הערבי ידיעה המזמינה את הציבור לשתף בהמלצות באמצעות הודעות, לצורך כך, נפתחו לרשות הציבור תיבת מייל וקו טלפון.

סה"כ נכנסו לאתר כ 11,000 מבקרים. התקבלו 1,916 תשובות, שנותחו לכלל 8 תובנות.



מיגור אלימות במערכת הבריאות: 8 תובנות מעשיות

	<p>1 # השקעה ביצירת וודאות. הפחד מהבאות מועצם במצב של תקשורת מקוטעת וזמני המתנה ארוכים. הנגשת מידע על השלבים הבאים בטיפול, האבחנה הרפואית עצמה והצוות המטפל היא קריטית. טכנולוגיה (טאבלטים עם מידע, מסרונים אישיים או מסכים) יכולה לסייע. אך נדרש גם מגע אנושי, דוגמת איש צוות שמשימתו היא יצירת התקשורת.</p>	
	<p>2 # התמודדות עם עומס תמידי. צוות מטפל שרץ ממקרה למקרה פחות פנוי למתן הסברים, וזמני המתנה ארוכים מגדילים את התסכול והמצוקה. נדרשת הגדלת כוח אדם, אך גם חלוקת סמכויות שונה בצוות יכולה לסייע. כך לדוגמה ניתן לגייס כוח אדם מינהלי, ולהגדיל את הממשק בין האחיות לבין החולים ובני משפחותיהם.</p>	
	<p>3 # ניראות מעצבת התנהגות. התנאים הפיזיים משפיעים הן על מצבו הנפשי של המטופל והן על תחושת הביטחון של הצוות. נדרשת הכרעה האם נכון לייצר עוד הפרדות ומחסומים בין הצוות לבין המטופלים, אך נדרש מרחב מרגיע, מעוצב ושומר, שיכול להפחית לץ ולא להגביר אותו. סביבה מוזנחת מייצרת תחושת הזנחה.</p>	
	<p>4 # הצוותים אינם מרגישים ערוכים להתמודדות עם אלימות. בחלק מהמערכת אין פרוטוקול מובנה להתמודדות עם אלימות, אין הכשרות וסימולציות ואין כלי עזר טכנולוגיים להרתעה ולשימוש במידת הצורך. נוהל ברור, לחצני מצוקה, הכשרות ייעודיות ומערך דיווח יכולים לסייע בכך.</p>	
	<p>5 # מהירות תגובה והרתעה אפקטיבית. לאופן בו מגיבים לארועי אלימות יש השלכות על סבירות הישנות. לצד חיזוק ההרתעה וחיזוק תחושת הביטחון של הצוותים, למשל באמצעות הצבת מצלמות גלויות וכוח אבטחה, יש לתת את הדעת על החרפת הענישה ופרסום פסקי הדין.</p>	
	<p>6 # במקום לחזק - חלק מהעובדים מרגישים מוחלשים. נדרש "גב" לאנשי הצוות במצבי אלימות. חלקם מצאו עצמם לבד בתחנת המשטרה, מול מטופל שהגיש תלונה נגדית, או מול שוטר ספקן. הארגון (ולא העובד) הוא שצריך להגיש את התלונה ולהוביל את התהליך. הפסקת הטיפול במקרה של אלימות צריכה להפוך לדבר שבשגרה, ולא להיתפס כדבר חריג.</p>	
	<p>7 # האלימות משתלמת. במקרים רבים, אלימות תביא לקבלת טיפול מהיר יותר, במקום לדוגמה להוספה ל"רשימה שחורה", יצירת קושי בקבלת טיפולים עתידיים ואולי אף העלאת דמי ביטוח הבריאות. ההתמודדות עם אלימות חייבת להימשך גם לאחר האירוע. למטופלים אלימים צריך להיות מה להפסיד</p>	
	<p>8 # הכרות עם המערכת מבפנים. חינוך לסובלנות מגיל צעיר נדרש בכל תחומי החיים. אך לצידו, ניתן לקדם למידה ואף סיורים של תלמידים במערכת הבריאות, על מנת לשקף את נורמת ההתנהגות ואת הלחצים הקיימים במערכת. הסברה ופרסום מידע יכולים גם הם לסייע.</p>	



סקירת ספרות

אלימות כלפי צוותים רפואיים מצד מטופלים ומלוויהם הפכה להיות אחת הבעיות הקשות איתן מתמודדות מערכות בריאות בארץ ובעולם.¹ הנזק הנגרם כתוצאה מאלימות זו מתורגם לעלויות גבוהות לארגון ולנזקים נפשיים ופיזיים לנתקף עד לפציעות ולמוות תעסוקתי. אך לא רק הארגון והעובד ניזוקים בעקבות אלימות במערכת הבריאות. על פי ארגון הבריאות העולמי, אלימות כלפי צוות מטפל יכולה להוביל גם לירידה באיכות הטיפול הניתן למטופלים האלימים, או חשודים כאלימים, ולפגיעה בתוצאי בריאות.²

בספרות המדעית אלימות מוגדרת כהתנהגות אגרסיבית, לעיתים הרסנית, של פרט או קבוצה, שאיננה מקובלת בחברה. תסכול, עוינות, דעות קדומות וכדומה יכולים להוות זרזים להתנהגות אלימה. נשיא בית המשפט העליון לשעבר, השופט מאיר שמגר, מדגיש כי מידת הלגיטימיות של שימוש באלימות נקבעת על ידי החברה, ותלויה בהקשר שבה מתרחש האירוע האלים. לרוב, שימוש באלימות נתפש כעבירה על הנורמות החברתיות וכהתנהגות שלילית.³

אלימות במערכת הבריאות הינה תופעה גלובאלית, מדאיגה ונפוצה ברוב מדינות העולם כמו בריטניה, אוסטרליה, הונג קונג, סקנדינביה, סין, יפן, ירדן, ארה"ב ועוד. אמנם רוב העבודות שפורסמו עוסקות בהצגת היקפי התופעה ונזקיה אך מלמדות כי האלימות פושה בכלל סוגי ארגוני הבריאות כמו בתי חולים כלליים, פסיכיאטריה, קהילה, בתי אבות, טיפולי בית ועוד.^{4 5 6} יש לציין כי רוב העבודות בוצעו ופורסמו בספרות הסייעודית יתכן ופרסומים אלו מעידים על עובדת היות האחיות כקו ראשון לאלימות.

בישראל, בכל שנה מדווחים מאות אירועי אלימות פיזית ומילולית. נתוני משרד הבריאות מצביעים על 3,500 מקרים מדווחים בשנה, כ- 20% מהם מוגדרים כאלימות פיזית, והיתר כאלימות מילולית.⁷ במחקר שבוצע על ידי מכון ברוקדייל בשיתוף עם שירותי בריאות כללית נמצא כי-75% מאנשי הצוות במרפאות דווחו שסבלו מאלימות מילולית (צעקות, קללות ואיומים), לפחות פעם בשנה.⁸ במחקר שבוצע בבית חולים כללי נמצא כי אחד מכל שלושה אנשי צוות נחשף לאלימות כלשהי בחצי שנה שקדמה למחקר. עבודה נוספת שבדקה את היקף האלימות לה חשופי רופאים רופאות הר"י, נמצא כי 80% מהמשיבים נחשפו לאלימות כלשהי.⁹

וכך, מסקירת הספרות ומתוך המציאות היומיומית עולה כי אלימות הינה תופעה נפוצה בחברה הישראלית ובחברה העולמית בכלל, חוצה תרבויות, גבולות ויבשות. אלימות אשר מופגנת חדשות לבקרים ברחוב, במערכת

1 Phillips JP. Workplace violence against health Care Workers in the United States. N Engl J Med. 2016;374(17):1661-9

2 WHO - Violence Towards Health Care Staff and Possible Effects on the Quality of Patient Care 2016 march 17

3 שמגר מ, ספר אורי קיטאי 2007: נבו הוצאה לאור

4 Kansagra SM, et al. A survey of workplace violence across 65 US emergency departments. Acad Emerg Med. 2008;15 (12)

5 Spector PE et al. Nurse exposure to physical and nonphysical violence, bullying, and sexual harassment: a quantitative review. Int J Nurs Stud. 2014;51(1):72-84.

6 Roche M et al. Violence toward nurses, the work environment, and patient outcomes. J Nurs Scholarsh. 2010;42(1):13-22.

7 מתוך אתר משרד הבריאות

8 מאירס - ג'וינט מכון ברוקדייל, 2011, אלימות כלפי צוותים במרפאות ראשוניות בקהילה והשוואה למרפאות יועצות.

9 Shafran-Tikva, et al. (2017). Workplace violence in a tertiary care Israeli hospital-a systematic analysis of the types of violence, the perpetrators and hospital departments. Israel journal of health policy research, 6(1), 43



החינוך, במערכות ציבוריות ובמערכת הבריאות, והופכת את הנתקפים, הצוות המטפל - לקורבן, קורבן לאלימות מצד מטופלים ומלוויהם.

באשר לגורמים התורמים להיווצרות אלימות במערכת נראה כי קיימים שלושה שחקנים עיקריים: הממסד, הצוות והמטופלים (ומלוויהם). נקדים ונאמר כי כל תוכנית התערבות חייבת לכלול מתן מענה לשלושת הגורמים גם יחד.

א. הממסד: מחקרים מראים שזמני המתנה ארוכים, עומס, רמת אוכל נמוכה, מחסור בכוח אדם ובמיטות, בירוקרטיה, תהליכים ארוכים, תנאים פיזיים לא נוחים וחוסר מחויבות ניהולית, יכולים לתרום להיווצרות אלימות.

ב. התנהגות הצוות: נמצא כי התנהגות הצוות יכולה לתרום אף היא להיווצרות אלימות. כך לדוגמא, "התנהגות אחראית" יכולה לעכב היווצרות אלימות - למשל הצגת שם ותפקיד, תיאום ציפיות, הדרכה ומתן מידע. כמוכן, חמלה אמפתיה וכבוד מסייעת בצמצום מספר מקרי האלימות. לעומת זאת, התנהגות "תורמת" שמקדמת או מסלימה היווצרות אלימות, למשל, טון דיבור שאיננו מכבד, תגובה קיצונית, זלזול והתנשאות עלולים לתרום לתוקפנות מצד מטופלים.

ג. התנהגות מטופלים (ומלוויהם): הסיבות לאלימות מצד מטופל יכולות להיות כתגובת אבל וצער לצד גישת ה"אני לא פראייר" וה"מגיע לי". בניגוד למה שמקובל לעיתים לחשוב, לרוב, מטופלים תוקפניים אינם בעלי אפיונים בולטים סטריאוטיפיים כגון אלכוהוליזם, שימוש בסמים, חסרי בית או בעלי הפרעות פסיכיאטריות. רוב התוקפים הם מלווים של המטופל, בריאים, ילידי הארץ. ביותר משליש מהמקרים מדובר ביותר מתוקף אחד. לא הוכח שהתנהגות אלימה מצד מטופל הינה מדד להישנותה אצל אותו אדם.¹⁰

מסקירת הספרות ובהתבסס על המודל התיאורטי "המניעה המצבית של הפשיעה" (Situational Crime Prevention)¹¹, ניתן לומר בהכללה כי: **המטופל**, בעל מוטיבציה (מטרה), מבצע בחירה שבאמצעותה הוא בוחר את הדרך היעילה/מהירה ביותר **בשבילו** להשיג את מבוקשו, קרי, לקבל טיפול; **הצוות** אשר שרוי במצב דחק, עומס, שחיקה ולחץ, חשוף ולא מוגן, לעיתים תורם בהתנהגותו להיווצרות אלימות כלפיו; כל זאת בתנאים פיזיים לא פשוטים, מחסור בכוח אדם, משאבים ועומס מטופלים (ממסד). וכך בתוך מערכת של לחצים פיזיים וריגשיים, שכלל השותפים שרויים בה, ובהינתן סביבה לא נוחה להתנהגות או עבודה, חוסר כלים להתמודדות וחוסר במשאבים נוצר מארג שלם המהווה קרקע פורייה להיווצרות אלימות. כלומר, שילוב של כלל הגורמים הללו יוצר את הסיטואציה הבלתי אפשרית, שבה כל אחד מהשותפים תורם לסיטואציה המתגלגלת, אשר לעיתים מובילה לאלימות. אלימות כלפי צוותים במערכת הבריאות.

בנוסף לנאמר, רופאים ואחיות מדווחים כי ישנם מטופלים עם "רקע אליים" אשר מגיבים באלימות כדרך קבע בעת הגיעם לקבל שירותי בריאות, דבר אשר דורש התייחסות שונה ונפרדת לעומת ההתנהגות המתרחשת כתגובה לאבל. לצד זאת, יש לזכור כי במערכת הבריאות קיים ערב רב של תרבויות ומנהגים בקרב מטופלים ומטפלים

10 Shafran-Tikva, S.et al. (2017). Violence against physicians and nurses in a hospital: How does it happen? A mixed-methods study. Israel journal of health policy research, 6(1), 59

11 Clarke RV, Situational Crime Prevention. Crime and Justice, 1995. 19: p. 91-150



כאחד כך שבפועל, התנהגויות שונות יכולות להיות מתורגמות ומובנות באופן שונה בהקשרים חברתיים ותרבותיים שונים. כיום, חלק מהתנהלות ארגונים מול אלימות כוללת הפעלת פרקטיקות גורפות אשר אינן מתייחסות לשוני התרבותי של המטופלים והמטפלים ולהכרה בקטגוריות החברתיות, תרבותיות של הפרטים בבית החולים.

מתוך כך, יש להתאים את תכניות ההתערבות ואת סל הכלים בידי הצוות לכלל הסיטואציות ולכלל התנהגויות המטופלים.

חשוב לחדד כי אלימות היא אלימות, ואין הצדקה, קבלה ו/או הסכמה לכל התנהגות אלימה באשר היא ובאשר לגורמיה.

תוכניות התערבות למניעה וטיפול באלימות בארץ ובעולם

יחד עם הדיון הנרחב בנושא במישור התיאורטי, יצאו לפועל תוכניות התערבות מגוונות בארגונים שונים ובמדינות רבות בעולם. עם זאת, נכון להיום, אף תכנית התערבות, כולל התערבויות ממשלתיות, לא הוכחו כמפחיתות אירועי אלימות באופן משמעותי. ייתכן שההתערבויות לא הוכחו כיעילות בשל העובדה כי אלימות במערכת הבריאות מעלה סוגיות אתיות ייחודיות למערכת הבריאות, לדוגמה: האם מותר לאיש צוות לסרב להעניק טיפול למטופל שהוא או מלוויו היו אלימים כלפיהם? האם יש לתעד בתיק הרפואי את עובדת היותו אלים או מלוויו האלימים? היכן הגבול? מסקירת הספרות נראה כי רוב ההתערבויות כללו בעיקר הדרכה לצוות כיצד להתמודד עם מטופלים ומלווים אלימים וכתביבת נהלים בנושא. בבריטניה, פותחה מדיניות של "אפס סובלנות לאלימות" (Zero Tolerance) על ידי שירות הבריאות הממלכתי (National Health System)¹². מדיניות זו, שהונהגה גם במדינות מערביות אחרות, מציגה גישה תקיפה ומחמירה להתמודדות עם המטופל האלים. על פי הגישה ניתן לנקוט בצעדים חריפים כגון מניעת טיפול רפואי, במידת האפשר, מאדם שתקף עובד במערכת הבריאות והפנייתו לגורם רפואי אחר וזאת בנוסף להחמרת הענישה על עבירות אלו. אוכלוסיית המטופלים שעליה לא ניתן להפעיל את כללי ה"אפס סובלנות" כוללת את מטופלים פסיכיאטריים, מטופלים אלכוהוליסטים ומטופלים תחת השפעת סמים. מדיניות ה"אפס סובלנות" מעלה שאלות רבות הנוגעות בעיקר למחויבות הצוות המטפל להעניק טיפול למטופלים, וכן למעמד חדש שבית חולים מקבל כמוסד השופט והמעניש. בנוסף לכך, תנאי אי ההכללה שנקבעו מסירים אחריות מצד המטופלים הפסיכיאטריים, האלכוהוליסטים והמכורים לסמים, ובכך סותרים את הגישה הטיפולית, הרפואית והשיקומית המכוונת אותם לקבל אחריות על התנהגותם.

בארצות הברית, עדיין אין בנמצא סטנדרטים פדרליים למניעת אלימות במקומות עבודה. רק לאחר רציחתם של שלושה רופאים בחדר מל"ד שבקליפורניה (1993) נבנתה לראשונה תוכנית להתמודדות עם אלימות שנקודת ההתחלה הייתה שינוי האקלים בבית החולים ויציאה מתפישת ה"אלימות היא חלק מהעבודה"¹³.

עוד בארצות הברית, בשנת 2015 משרד הבריאות ומשרד הבטחון פרסמו הנחיות שמטרתן להפחית את האלימות במערכת הבריאות. בפועל, הנחיות אלו לא יושמו והעובדים אף לא הכירו אותן, ייתכן בשל העובדה כי מדובר בהמלצה ולא הנחיה שנאכפת יתכן והדבר אף מעיד על חוסר האמון של הצוותים במערכת. מסמכים נוספים

¹² <http://hopefarmmedicalcentre.nhs.uk/practice/zero-tolerance>



שעסקו בהפחתת אלימות פורסמו על ידי איגודי אחיות שכאמור, מהוות קו ראשון, כך לדוגמה איגוד האחיות במסצ'וסטס, פרסם מסמך שמטרתו הסדרת חוזה בינן לבית בתי החולים. בחוזה חדש שנחתם בין האחיות להנהלות בתי החולים הוחלט שבית החולים יספק נהלים, הדרכות וצוות אבטחה 24 שעות ביממה, וכן תינתן תמיכה רפואית ופסיכולוגית לפי בקשת האחיות. כמו כן, תהיה הקפדה על דיווח, גם על אלימות מילולית. שיתוף הפעולה הפורה הוביל לחיזוק תחושת הביטחון של האחיות וצמצם את מקרי האלימות. נראה כי מהות המסמך יכול לחדד את הצורך ביצירת מערכת אמון בין העובדים להנהלות באשר לתחושת הביטחון וההגנה שהם נזקקים לה במקום עבודתם.¹⁴

במחקר שבוצע בבתי חולים בארצות הברית על ידי Arnetz, מומחית בנושא אלימות במערכת הבריאות, נמצא שאימון הצוות לזיהוי זרזים להתנהגות אלימה תורם למזעור התנהגות כזו.¹⁵ מחקר אחר שלה, שנערך ב-47 ארגוני בריאות, מצא שהקפדה על דיווח, שיפור התקשורת הפנים-ארגונית והדרכת העובדים לזיהוי מוקדם של מטופל אלים והתמודדות על מקרי תקיפה, הובילו להעלאת המודעות של הצוות והעלאת תחושת הביטחון, בהתאמה.¹⁶ במאמר סקירה שפורסם השנה (2017) בנוגע לאלימות ההולכת וגואה בסין נמצא כי 96% מהצוותים דווחו על מקרים של אלימות מילולית, ו-60% דווחו על מקרים של אלימות פיזית. במאמר מתואר מצב בו עבודתם של רופאים וצוותי טיפול בבתי חולים נחשבת היום לעבודה מסוכנת. לדעת הכותבים, תכניות ההתערבות נכשלו בשל הסיבות הבאות: חוסר השקעה מספקת במערכת הבריאות מצד המדינה, ליקוי בתקשורת בין מטופלים ומטפלים, דיווחים שליליים בתקשורת, ציפיות לא מציאותיות של המטופלים, פניה של מטופלים לכנופיות, יחס פייסני ומתחמק של ההנהלה, העדפה "לסגור עניין" בכסף, ניסוח חוקים נגד הצוותים, סלחנות וסובלנות נתפשה בתקשורת כמעודדת אלימות. מאמר זה הסוקר את הסיבות לכשל במיגור אלימות יכול להוות תשתית ומתווה ליצירת תוכנית התערבות כוללת.¹⁷

בישראל, עוד בשנת 1999 וכן בשנים שלאחר מכן, נעשו מספר התערבויות שמטרתן להפחית אלימות ולהגביר את תחושת הביטחון בקרב הצוותים הרפואיים. הוקמו מספר ועדות על ידי משרד הבריאות להתמודדות עם נושא האלימות כלפי צוות מטפל וכן הופצו חוזרים ונהלים. עם זאת, רוב הפעולות שננקטו היו מהלכים נקודתיים, חלקן מקומיים, שיעילותן לא הוכחה.

מתוך המציאות היומיומית ומסקירת הספרות, נראה כי אלימות פושה במערכת הבריאות וכי תוכניות ההתערבות שבוצעו עד כה משפיעות באופן חלקי בלבד. עוד נראה כי התמודדות עם תופעת האלימות בבית החולים צריכה לכלול מגוון רחב של עשייה במישורים שונים כאשר לאכיפה יש תפקיד מהותי וקריטי אך לא בלעדי. לצורך מיגור תופעת האלימות יש להשתמש בכל הכלים העומדים לרשותנו כולל הגברת האכיפה והענישה אך גם יצירת כלים חדשים תוך הסתכלות על התהליכים והגורמים התורמים להיווצרות אלימות.

14 Caring For OUR Caregivers. Caring for Our Caregivers Preventing Workplace Violence: A Road Map for Healthcare Facilities. OSHA, 2015.

15 Judith E. Arnetz (2008). Implementation and evaluation of a practical intervention programme for dealing with violence towards health care workers. In: Journal of Advanced Nursing.

16 Judith E. Arnetz. (2014). Original Research: Empirical Research – Qualitative. Understanding patient-to-worker violence in hospitals: a qualitative analysis of documented incident reports. In: Journal of Advanced Nursing.

17 Guan, J. (2017). Origin and prevention of workplace violence in health care in china: legal and ethical considerations. Chinese medical journal, 130(14), 1731



מערכת הבריאות בישראל כמובילה מיגור אלימות בחברה הישראלית

מערכת הבריאות הנה השתקפות של פני החברה בכללותה ובכך לא חפה ממתחים וקונפליקטים.

לצד זאת, חשוב להדגיש ולציין כי חלק ניכר ממיליוני המפגשים המתקיימים בין מטפל ומטופל בישראל הינם מפגשים חומלים, מקצועיים שירותיים ואינם נגועים באלימות. ולכן, הקו המנחה לכתיבת ההמלצות נשען על תקווה ועל הצורך בהפיכת, או החזרת, ארגוני הבריאות בישראל לארגונים ללא אלימות תוך יצירת אקלים חומל, שירותי המשלב תחושת בטחון ואמון בקרב הצוותים והמטופלים כאחד.

הוועדה פעלה במסגרת סד לוחות זמנים קצר במיוחד תוך קיום דיונים עמוקים הקשורים לסוגיות המרכזיות העומדות בבסיס תופעה חברתית מורכבת זו. יחד עם זאת, מאחר ומדובר בתופעה חברתית הפושה בכלל תחומי החיים בחברה הישראלית ונוגעת לכלל אזרחי ישראל, הוועדה, כמובילה בתחום הבריאות, רואה צורך ביצירת המשכיות של השיח החיוני שהחל והרחבתו למעגלים נוספים הן בתוך מערכת הבריאות והן בחברה האזרחית בכללותה.

יש לציין כי, בחודשים שקדמו לפעילות הוועדה וכן במהלך זמן פעילותה, עם וללא קשר אליה, פעלו משרד הבריאות וארגוני הבריאות במספר מישורים להפחתת האלימות, חלק מפעילויות אלו באו לידי ביטוי בהמלצות הכוללניות של הוועדה.



קווים מנחים ליישום ההמלצות:

1. מחויבות למניעה וטיפול באלימות הינה של הדרגים הניהוליים בכל מוסד - החל במנהל המוסד ועד למנהל ישיר ביחידה (ולא על דרגי הביטחון בלבד).
2. קיימת חשיבות רבה לביצוע מכלול ההמלצות בעת ובעונה אחת בכלל הסקטורים ובכלל היחידות בארגון תוך מעקב ביצוע.
3. כל מוסד מחויב לביצוע צעדים קונקרטיים (הנחיות, נהלים, הכשרות, דיווחים) לצד יצירת תהליכים המאחים ובונים אמון בקרב הצוותים והמטופלים.
4. התערבות למניעה וטיפול באלימות כוללת כלים "רכים" לצורך מניעת אלימות וכן, כלים "נוקשים" לטיפול וניהול בעת אירוע אלים ולאחריו.
5. תנאי אשפוז ותנאי קבלת טיפול מרפאתי, משך ההמתנה ותנאים פיזיים הינם פקטורים מרכזיים היכולים להשפיע על היווצרות אלימות כמו גם, העומס הרב המוטל על הצוות המטפל.
6. יש צורך במתן התייחסות ספציפית לאלימות במערכת הפסיכיאטרית.
7. חוסר מידע וחוסר שקיפות ביחס לתהליכי הבדיקה והטיפול הצפויים מעלים את מפלס החרדה והמתח ותורמים לאלימות.
8. טרם ביצוע התוכנית כל מוסד יידרש לבצע התאמות של ההמלצות לארגונו אך יחויב לביצוע מלא.
9. במערכת הבריאות עוגנים מרובים היכולים לסייע במניעת אלימות וזאת לצד פעילות ייעודית בנושא. למשל: מוקד פניות ציבור, שימוש בסקר חווית המטופל ובמדדי איכות לבקרה ומדידה, מענק מחקר של המכון לאומי לחקר מדיניות לצורך מחקר וכדומה.
10. נדרשת שותפות ושיתוף פעולה הדוק ומתואם יותר בין משרדי ממשלה נוספים, גופים ציבוריים, משטרה, גופים אזרחיים ופרקליטות בכדי ליצור שינוי בדפוסי התנהגות והטיפול באלימות.
11. מניעת אלימות כוללת חינוך רפואי השם דגש על ערכים, חמלה, תקשורת מקדמת, התנהגות אחראית ומערכת אלימות מתחילתו של החינוך של מקצועות הבריאות ועד להכשרות להתמודדות עם אלימות ומניעת שחיקה תוך כדי עבודה.
12. המלצות הועדה מרוכזות לטווח מידי עד שנתיים וזאת מתוך הבנה כי תקום ועדת מעקב אשר תתמודד עם הצרכים בשנים הבאות.



המלצות

1. מחויבות הנהלה בכל הרמות למיגור וטיפול באלימות

1.1 משרד הבריאות

- כתיבת חוזר המנהל הכללי העוסק בהתערבות למניעה וטיפול באלימות הכולל את ההמלצות המפורטות בדוח זה
- ביצוע בקרת יישום החוזר בזמן בקרת רישוי, כתנאי לרישוי
- הקמת ועדה עליונה לטיפול בנושא אלימות ברשות חבר הנהלה בכיר
- הוספת נושא אלימות לסקר חוות המטופל
- הטמעת תוכנית לאומית למניעה וטיפול באלימות כחלק אינטגרלי מתוכנית העבודה של המשרד
- מתן התייחסות ייחודית בתוכניות העבודה למניעה וטיפול באלימות בתחום בריאות הנפש בקהילה ובאשפוז
- יצירת מערכת דיווח ארצית ממוחשבת לאיסוף נתונים ותחקורם
- הוצאת דו"ח שנתי המסכם את הפעילות בתחום הטיפול באלימות
- הפקת קמפיין תקשורתי לאומי מתמשך: פוסטרים, עיתונות, טלוויזיה, דיגיטלי - בעל מסר חינוכי ולא מאיים. בין השאר, ליצירת אמון פנים ארגוני (עובדים במנהלים) וחץ ארגוני (מטופלים בצוותים)
- פיתוח חומרי הדרכה אחידים להכשרת צוותים (לומדות, אפליקציות)
- הוצאת קובץ המאגד את כל הכלים המשפטיים העומדים לרשות הנהלת מוסד רפואי להתמודדות עם אלימות (באחריות הלשכה המשפטית במשרד הבריאות בשיתוף משרד המשפטים והפרקליטות)
- הוצאת הנחייה ברורה בנוגע לסעיפים בחוק שלפיהם ניתן להגיש תלונה
- הגדרת מדיניות תקשורתית בתגובה לאירועים אלימים
- הקמת צוות ייעודי במשרד הבריאות להתמודדות עם האלימות במרפאות לטיפול בכאב, אלימות אשר נובעת מדרישת המטופלים לטיפול בקנאביס
- הקמת ועדה עם אנשי מקצוע ואתיקה לדיון באפשרות לרישום אירוע אלימות ברשומת המטופל וברשומה מרכזית
- כתיבת נוהל המאפשר להפנות מטופלים אלימים לקבלת טיפול במרפאה/בית חולים אחר
- תקצוב המלצות דוח זה לכלל המערכת



1.2 בכל ארגון בריאות

- מינוי ממונה על מניעה וטיפול באלימות
- הקמת ועדה למניעה וטיפול באלימות, אשר תתכנס לפחות אחת לרבעון, בכל קופה עד לרמת המחוז ובכל בית חולים. לראשות הוועדה ימונה חבר הנהלה בכיר.
- תפקידי הוועדה יכללו גם: כתיבת נוהל מוסדי הכולל פרוטוקול פעולה מרגע התרחשות האירוע ועד לסיומו (בדומה לנוהל החייואה), בניית מערך תומך ומלווה לעובדים שנפגעו מאלימות, קביעת מסלולי דיווח, תחקור ולמידה מאירועים, מדידה קבועה של מספר האירועים על סוגיהם, הפקת דוחות שנתיים לטיפול ומעקב
- ביצוע בקרה ביחידות המוסד על הטמעת הפעולות
- כתיבת פרק חובה בנושא אלימות בתוכניות העבודה של הארגון
- חיבור למערכת דיווח ממוחשבת מרכזית (פנים ארגונית ומקושרת למשרד הבריאות)
- יצירת מיתוג-עיצובי בנקודת המגע של המטופל ומלוויו עם המוסד, שילוט אינפוגרפי, שיפור תנאי המתנה (כסאות, בידוריות, אינטרנט)

2. אכיפה - קשר עם המשטרה

- יישום המלצות האכיפה מחייב בין היתר נוהל משותף שיכתב בין אגף בטחון במשרד הבריאות לנציג המשטרה שיקיף את הנושאים השונים שבאחריות המשטרה (סיוור, חקירות ותביעות)
- הצבת שוטר בכל חדר מיון - הרחבת הפיילוט
- הקמת ממשק עבודה משותף בין המוסד הרפואי/ מרפאה עם תחנת המשטרה הקרובה ("תחנה טריטוריאלית") באחריות מנהל המוסד/ מרפאה, או מי מטעמו, ליזום מפגש ראשוני ובהמשכו מפגשים תקופתיים עם מפקד התחנה
- מינוי איש קשר מהמוסד הרפואי ואיש קשר מהמשטרה (שוטר קהילתי באם קיים ואם לא - גורם שיקבע על ידי מפקד התחנה הטריטוריאלית)
- קביעת זמן הגעה מקסימלי להגעת המשטרה - בתיאום בין המשטרה ומשרד הבריאות
- יצירת פרוטוקול עבודה משותף עם המשטרה (התווית מסלול הגשת תלונה)
- מתן אפשרות להגיש את התלונה למשטרה במוסד בו התרחש האירוע (ללא צורך להגיע לתחנת המשטרה)
- מתן אפשרות להגיש תלונה ראשונית בשם הארגון ולא העובד ע"י קצין בטחון או גורם אחר בארגון (העובד הנפגע יהיה חלק מהתהליך בהמשך)
- מניעת העברת פרטיו האישיים של מגיש התלונה לידי הנאשם או סניגורו



מינהל הסיעוד

Nursing Division

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

- ליווי עובד שנפגע על ידי איש צוות מהמוסד בכל מפגש במשטרה ובבית המשפט
- קביעת גורם מלווה מהמוסד הרפואי במפגש עם התוקף, במהלך ההליך הפלילי
- בחינת האפשרות למתן קוד מיוחד ברשומות המשטרה לפגיעה בעובדי מערכת הבריאות שיאפשר בהמשך איסוף מידע ומעקב אחרי המגמות והנתונים.

3. אבטחה

- הרחבת סמכות המאבטחים בבתי החולים
- הגדרת האבטחה בקהילה למונחית משטרה
- הקמת יחידות אבטחה מרחביות בקהילה, (אופנוענים) רצוי בשיתוף כלל הקופות (איגום משאבים)
- הפעלת אפליקציית מצוקה לכל עובד בסמארטפון כתחליף ללחצן מצוקה בכל חדר
- הצבת מאבטחים ייעודיים בעלי הכשרה מתאימה במחלקות פסיכיאטריות לפי רמת סיכון
- הצבת אבטחה צמודה במרפאות בסיכון גבוה, כולל מרפאות בריאות הנפש (רמת הסיכון של המרפאות תקבע על ידי משרד הבריאות והקופות)
- הרחבת פריסת המצלמות בשטחים ציבוריים
- יצירה חציצה פיזית במרפאות הקהילה בין מקבלי הקהל (אדמיניסטרציה) לבין המטופלים ומלוויהם
- הפעלת קוד צופן פנימי המוכר לכלל העובדים (ערבות הדדית) בכל מרפאה ובית חולים שמזעיק את הצוות בנוסף לאנשי הביטחון
- הגדרה והתאמת תקינת האבטחה למרפאות בריאות הנפש בקהילה
- פעילות לקידום הגדרת עבודת המאבטח במערכת הבריאות כעבודה מועדפת

4. חקיקה וענישה

- החמרת הענישה על אלימות כלפי עובדים במערכת הבריאות
- תיקון חקיקה לשינוי הגדרה מ"עובד חירום" לעובד מערכת הבריאות - באחריות הלשכה המשפטית של משרד הבריאות לפעול לשינוי החקיקה
- קידום מסלול מהיר לדיון בבתי המשפט בתיקי אלימות
- הגשת כתבי אישום על ידי הפרקליטות בלוח זמנים קצר במקרים המתאימים
- מתן הד תקשורת ופרסום פסקי דין
- סגירת תיק אלימות מ-"חוסר ענין לציבור" תעשה בסמכות קצין בכיר בלבד
- הצגת נושא אלימות במערכת הבריאות בהשתלמויות שופטים



מינהל הסיעוד

Nursing Division

משרד
הבריאות

לחיים בריאים יותר

5. חינוך והדרכה

- הכללת נושא האלימות בכל תוכניות הלימוד בבתי הספר לרפואה, סיעוד ומקצועות הבריאות
- הכללת נושא האלימות בכל שלב בהדרכת העובד (אוריינטציה וחינוך תוך שירות)
- קיום סדנאות לתקשורת שירותית, הפחתת אלימות וניהול אירוע אלימות - לכלל הצוותים, כולל אנשי בטחון (מולטידיסציפלינריות)
- קיום הדרכות תקופתית ("מס"ר על גלגלים" - סימולציות, לומדות)
- חיוב העובדים להשתתף בהדרכות
- דברור פנים ארגוני בנושאים הבאים: כלל הפעילויות שהארגון מבצע בנושא, הגשת תלונה, סמכויות מאבטח ושוטר, הגברת תחושת הביטחון של הצוותים

6. מידע ושקיפות

- פיתוח ושימוש בטכנולוגיות המעניקות מידע בכל שלבי הטיפול וההמתנה
- תקנון תפקיד "מקשר"/"מגשר"/"מנהלן" אשר אינו חלק מהצוות המטפל (לא רופא/ה ולא אח/ות) הנותן מענה לא קליני למטופלים ומלוויהם במוקדי לחץ והמתנה מרובה (מיון ומרפאות גדולות) לפחות בשתי משמרות מהיממה.
- שימוש בסמארטפון לתקשורת עם המטופלים ומלוויהם. כגון שליחת SMS



מינהל הסיעוד

Nursing Division

**משרד
הבריאות**

לחיים בריאים יותר

תקציב נדרש *

(לא כולל הוספת כ"א ומשאבים למוסדות השונים ובכלל זה משאבים לצרכי בינוי)

1. הצבת שוטרים במיון בכל בית חולים
2. אבטחה מרחבית בקהילה (איגום משאבים)
3. פיתוח אפליקציה לאזעקת עזרה
4. "מתאם"/"מגשר"/"מינהלן" בכל חדר מיון לפחות בשתי משמרות. (לא רופא ולא אחות)
5. אבטחה בקהילה מונחית משטרה
6. מתן סמכות נוספת למאבטחים
7. הוספת מאבטחים ייעודיים במחלקות סגורות ומשפטיות בבתי חולים פסיכיאטרים
8. אמצעים טכנולוגיים להפחתת אי וודאות והעברת מידע למטופלים ולבני משפחותיהם
9. שיפור סביבת העבודה וההמתנה
10. שילוט אינפוגרפי המפחית, אי וודאות תסכול וחוסר אונים של החולים ובני משפחותיהם
11. פיתוח לומדה מרכזית לחינוך והכשרת הצוותים
12. סדנאות ייעודיות להכשרת צוותים
13. קמפיין שיווקי, חינוכי
14. יצירת בסיס נתונים לבנייה של מערכת דיווחים ארצית

*הדיון התקציבי מתקיים בימים אלו במסגרת דיוני תקציב המדינה ותקציב משרד הבריאות



דברי סיכום

נושא האלימות במערכת הבריאות נמצא מזה שנים רבות על סדר היום של מערכת הבריאות. במהלך השנים נעשו פעולות רבות בכדי להתמודד עם התופעה אך לצערנו האלימות עדין עמנו ויש צורך בפעולות נוספות ומשמעותיות בכדי למגר תופעה זו ולהחזיר את הביטחון לצוותים המטפלים. בדומה לכלל העובדים בישראל, עובדי מערכת הבריאות זכאים לעבוד בסביבה בטוחה ומוגנת, ללא אלימות. הדרך להפחתת אלימות והגברת תחושת הביטחון ארוכה, מורכבת ומאתגרת. נדרשת מעורבות ומחויבות של כלל ציבור המטופלים, קובעי המדיניות וציבור המטפלים. רק איחוד כוחות, שיתוף פעולה ויצירת מאמץ משותף של כלל השותפים יוביל לשינוי המיחל ויבטיח שמירה על ערכים חברתיים בתוך ומחוץ למערכת הבריאות. כאמור, הועדה, כמובילה בתחום הבריאות, רואה צורך ביצירת המשכיות של השיח החינוכי שהחל והרחבתו למעגלים נוספים הן בתוך מערכת הבריאות והן בחברה האזרחית בכללותה.

לאחר אימוץ מסקנות הוועדה על ידי השר והמנכ"ל יש צורך בהקמת וועדת יישום אשר תכתוב תכנית עבודה המבוססת על המלצות הדו"ח. כן יש להקים וועדת מעקב קבועה בנושא זה.

אולם מעבר לכל, יש צורך מיידי בתקצוב משמעותי של פעילות חשובה זו, בלי תקציב ייעודי לא יתרחש השינוי הרצוי.

ונסיים בדבריו של השופט זיו אריאל:

"ככל שמעוניינת החברה בישראל למגר את האלימות הגואה נגד רופאים ואחיות, הרי שגם על בתי המשפט מוטלת החובה ליטול חלק בעקירת תופעה כעורה זו מן השורש. אדרבא, תצא נא בת קול מבית המשפט, אשר תשמע מקצה הארץ עד קצותיה. ידעו אותם "מלאכים בלבן" כי מערכת אכיפת החוק ובתי המשפט ביניהם, יעמדו להם כמגן, ידעו המאיימים, היורקים, הבוועטים והמרימים יד על רופאים ורופאות, על אחיות ואחים - כי מעשים אלו מעמידים בסיכון לא רק את אנשי הצוות הרפואי, אלא מאיימים על בטחון הציבור כולו, וכי בגין מעשים אלו ימוצה עימם הדין. ישעו הם וידע הציבור, כי ביטחונם האישי ושלומם של אנשי הצוותים הרפואיים אינו הפקר, כי המחיר בגין פגיעה בהם עלול להיות כבד, ולהסתיים אף בשלילת חירות."



מינהל הסיעוד

Nursing Division

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

נספחים



מינהל הסיעוד

Nursing Division

משרד הבריאות
לחיים בריאים יותר

נספח מס. 1 כתב מינוי

שר הבריאות
Minister of Health

משרד הבריאות
לחיים בריאים יותר

ב"ה, א' באייר, התשע"ז
27 אפריל 2017
מספרנו: 43946617
(במענה, ציין מספרנו)
תיק - שר (37 א') אלימות

לכבוד
פרופ' שלמה מור יוסף, יו"ר הוועדה
מר דב פסט, סמנכ"ל בכיר למינהל ומשאבי אנוש, משרד הבריאות
ד"ר שושי גולדברג, אחות ראשית ארצית וראש מינהל הסיעוד, משרד הבריאות
גב' סימה אזולאי, מנהלת היחידה להסמכה, מנהל סיעוד, משרד הבריאות- מרכזת הוועדה
מר יורם רובינשטיין, ראש אגף בכיר בטחון, משרד הבריאות
עו"ד שרונה עבר-הדני, הלשכה המשפטית, משרד הבריאות
גב' מלכה פרגר, מנהלת השרות הארצי לעבודה סוציאלית, משרד הבריאות
ד"ר אייל יחזקאלי, נציג הסתדרות הרפואית בישראל
מר גדי כהן, סמנכ"ל משאבי אנוש, שירותי בריאות כללית
מר ארי אור, מנהל אגף משאבי אנוש, מכבי שירותי בריאות
גב' מלי קושא, האחות הראשית, מאוחדת שירותי בריאות
מר אילן לביא, מנהל מערך הביטחון ואבטחת מידע, נציג לאומית שירותי בריאות
גב' אילנה כהן, יו"ר הסתדרות האחים והאחיות
ד"ר סיגל שפרן-תקוה, מנהלת מידע ומחקר בסיעוד, המרכז הרפואי הדסה עין כרם
גב' נופר קדרו אסלן, נציגת הציבור
מר פיראס חאיק, רכז בכיר אירועים מיוחדים, אגף רפואה כללית, משרד הבריאות
נציג פרקליט המדינה
נציג היועץ המשפטי לממשלה
נציג המשרד לביטחון פנים
נציג משרד החינוך

שלום רב,

הנדון: הוועדה למיגור והתמודדות עם האלימות במערכת הבריאות בישראל

המקרה המצער של רצח האחות טובה קררו ז"ל ומקרי אלימות נוספים שהראו לאחרונה המחישו לכולנו באופן מזעזע את עומק תופעת האלימות במערכת הבריאות. לצערנו, אין מדובר במקרים יחידים, אלא בתופעה יומיומית עמה נאלצים להתמודד סגלי מערכת הבריאות.

תופעת האלימות כלפי הסגלים הרפואיים משקפת היבטים קשים בדמותה של החברה ישראלית. על מנת להתמודד עם שורשי תופעת האלימות במערכת, נדרשת עבודה משותפת של כלל גורמי הממשלה העוסקים בנושא ולפעול באופן אקטיבי לאיתור דרכים להתמודדות עם התופעה במטרה להגן על הצוות הרפואי והמטופלים ולאפשר טיפול רפואי איכותי וראוי.

Minister of Health
Ministry of Health
P.O.B 1176 Jerusalem 9101002
sar@moh.health.gov.il
Tel: 972-2-5081325, Fax: 972-2-5655993

שר הבריאות
משרד הבריאות
ת.ד. 1176 ירושלים 9101002
sar@moh.health.gov.il
טל: 5081325, פקס: 5655993



מינהל הסיעוד

Nursing Division

משרד
הבריאות
לחיים בריאים יותר



שר הבריאות
Minister of Health

משרד
הבריאות
לחיים בריאים יותר

לאור אלה, אבקש למנותכם כחברים בוועדה אשר תעסוק בגיבוש תכנית פעולה ובמתן המלצות למיגור והתמודדות עם תופעת האלימות במערכת הבריאות.

במסגרת עבודת הוועדה עליכם ללמוד את מאפייני האלימות במערכת הבריאות, לאתר את הנסיבות והסימנים המקדימים לשימוש באלימות כלפי צוות ומטופלים, לבחון דרכי התמודדות במערכות בריאות בארץ ובעולם ולהמליץ על שורת פעולות והקצאת משאבים אשר יסייעו בהתמודדות עם תופעת האלימות ומיגורה הן ברמה המערכתית והן ברמת המטפל בשטח.

בראש הוועדה יעמוד פרופ' מור יוסף.

אבקש להודות לכם על הסכמתכם להיות חברים בוועדה חשובה זו.

אנא העבירו את המלצותיכם עד לתאריך 1.11.17

בכבוד רב,

ח"כ הרב יעקב ליצמן
שר הבריאות

העתק: מר משה בר סימן טוב, המנכ"ל



מינהל הסיעוד

Nursing Division

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

נספח מס. 2, תתי ועדה:

1. תת ועדה בנושא חקיקה ואכיפה

חברי הוועדה:

מר דב פסט - יו"ר, סמנכ"ל בכיר למנהל ומשאבי אנוש, משרד הבריאות
 גב' סימה אזולאי - מרכזת הוועדה, מנהלת מחלקת הסמכה, משרד הבריאות
 עו"ד שרונה עבר הדני - הלשכה המשפטית, משרד הבריאות
 ד"ר אייל יחזקאלי - נציג הר"י
 מר אילן לביא - מנהל מערך ביטחון ואבטחת מידע קופ"ח לאומית
 עו"ד פיראס חאיק - רכז בכיר אירועים מיוחדים, משרד הבריאות
 עו"ד טלי שטיין - ייעוץ וחקיקה - נציגת היועמ"ש לממשלה
 עו"ד נורית קורנהאוזר - מנהלת מח' מחוזית מחוז מרכז, נציגת היועמ"ש לממשלה
 מר דוד שוורץ - ממונה ביטחון מחוז מרכז ודרום, משרד הבריאות
 רפ"ק אבי ראש - נציג משטרה
 עו"ד יערי פליס - לשכה משפטית קופ"ח "מכבי"
 ד"ר ישי פאליק - מינהל הרפואה, משרד הבריאות
 מר דני שחר - נציג המשרד לביטחון פנים

מטרות הוועדה

וועדה זו התרכזה בכלל הפעילויות מרגע האירוע ועד השלמת הטיפול בתיק על ידי רשויות המשפט והאכיפה ודנה בנושאים הבאים:
 קשר מהיר עם המשטרה באזור.
 הגעה מהירה של המשטרה לבית החולים או המרפאה וגביית עדות בשטח מאנשי מערכת הבריאות.
 מסלול "ישיר" להגשת תלונה.
 החוקים והתקנות המאפשרים היום העמדה מהירה לדין.
 הדרכים להגעה לסיכום בנושא זה עם המשטרה והפרקליטות.
 חומרת הענישה המתבקשת.

עבודת הוועדה:

הוועדה קיימה מספר פגישות, בחנה את נושא החוקים והתקנות והצורך, אם בכלל, בשינויים.
 הוועדה שמעה את עמדת עו"ד נורית קורנהאוזר, עו"ד שרונה עבר הדני ועו"ד טלי שטיין ולאחר מכן שמעה את התייחסות המשרד לביטחון פנים והמשטרה וסקרה חומרים רלוונטיים.



המלצות תת הוועדה לגופים השונים:

חקיקה וכללים:

1. הגנה על הנפגע –

- א. הנפגע ילווה בכל ההליך הפלילי על ידי גורם מטעם המוסד הרפואי - בין המנב"ט, בין הייעוץ המשפטי ובין גורם אחר שייקבע לעניין.
- ב. התלונה תוגש, לבקשת הנפגע, על ידי נציג המוסד הרפואי ולא הנפגע עצמו. עם זאת, הנפגע יידרש למסור עדות במשטרה ובמידת הצורך - גם בבית המשפט.
- ג. פרטים אישיים של הנפגע - כאשר מדובר בעבירת אלימות חמורה על פי הוראות סעיף 7(ב) לחוק זכויות נפגעי עבירה, התשס"א 2001, פרטים אישיים של נפגע, כלומר, כתובת מגורים, כתובת מקום עבודה ומספרי טלפון, לא יימסרו לחשוד/ נאשם או סנגורו. גם ללא תיקון חקיקה ניתן להגיע להגנה דומה גם בעבירות אחרות על ידי הטמעת נהלי עבודה פנימיים ברשויות החקירה כדי לצמצם את המצב בו פרטים אישיים כאמור של הנפגע מגיעים לידי החשוד/נאשם או סנגורו. על מנת להבטיח תקינות עבודת החקירה וההעמדה לדין, יקבע בכל תיק שכזה איש קשר ביחידה/מרפאה, קב"ט ביחידה ופרטיו ימסרו לרשויות החוקרות ולא פרטיו האישיים של איש הסגל. איתור ויצירת קשר עם הנפגע על ידי רשויות החקירה או התביעה ככל שיידרש, יהיה באחריות אותו איש קשר.
2. פעולות להעלאת מודעות לתופעת האלימות במערכת הבריאות - הוועדה ממליצה לבצע פעולות להעלאת המודעות לנושא תופעת האלימות במערכת הבריאות, גורמיה והשלכותיה בקרב העוסקים במערכת אכיפת החוק ובכלל זה קיום השתלמויות לגורמי חקירה והעמדה לדין. כן מומלץ לפנות להנהלת בתי משפט ולהציע שילוב הנושא במסגרת קורסים והשתלמויות של שופטים.
3. רישום האלימות ברשומת המטופל - הוועדה ממליצה על הקמת צוות שידון בסוגיה העקרונית האם יש מקום לרישום דבר אלימות ברשומה הרפואית של המטופל (ובכלל זה אלימות שאינה על ידו אלא אל ידי מלוויו) וייתן המלצות בנושא.
4. הטמעה ויישום הוראות החוק למניעת אלימות במוסדות טיפול-הוועדה ממליצה על מינוי צוות שידון בדרכים להטמיע וליישם את הוראות חוק למניעת אלימות במוסדות לטיפול, התשע"א 2011 ("חוק הכרטיס האדום") והוראות סעיף 6א לחוק סמכויות לשם שמירה על ביטחון הציבור, התשס"ה 2005 (שמאפשר בתנאים המפורטים בו להוציא אדם אלים מתחום היחידה המטפלת (בי"ח או מרפאה) וכן מניעת כניסה של חולה אלים ו/או בן משפחה מלווה).
כן ממליצה הוועדה כי במסגרת צוות זה, או צוות נפרד, תידון הסוגיה של העברת מטופל אלים למקום טיפול חלופי ובכלל זה המצבים בהם נכון וראוי לעשות כן, רמת הדרג המחליט לגבי העברה וכל היוצא באלה.



אותו צוות ידון גם בסוגיה של פתרונות ומענים במקרים של ביקורי בית היוצרים סיכון לצוות המגיע למקום בין בשל אלימות המטופל ובין בשל אלימות מצד בני ביתו.

מערכת הבריאות:

1. **טיפול בהמתנה לטיפול - הסיבה העיקרית לאלימות כלפי הסגל היא המתנה ארוכה - מומלץ לחשוב על:**
 - א. פתרון לקיצור משך ההמתנה.
 - ב. העברת מידע זמין ונגיש למטופלים על מצב התקדמות התור. יש לשקול פתרונות דיגיטליים.
2. **הטמעה והסברה- הוועדה התרשמה כי ישנו חוסר ידע על הפתרונות החוקיים הקיימים כבר היום, בנושאי הטיפול באלימות ואפשרויות הטיפול והמניעה הקיימים. מומלץ לבצע פעולות הסברה והטמעה בנושא.**
3. **הצבת שלטים - מוצע להציב שלטים במרחבים ציבוריים בבתי חולים ובמרפאות בדבר הוראות החוק לעבירת התקיפה של עובד חירום והענישה בגינה. על מנת למנוע אפקט פרדוקסלי, יש לשקול בזהירות את הניסוח הנכון והראוי של שלטים שכאלה.**
4. **הסברה-יש לפעול בקרב סגל מערכת הבריאות להסברת חשיבות הגשת תלונות למשטרה במקרים של ביצוע עבירות כנגדם.**
5. **חובת דיווח-הוועדה ממליצה על קיום דיווח תקופתי על כלל מקרה האלימות כחובת היחידות. אגף הביטחון מול נציגי היחידות יקיימו עבודת מטה לקידום הנושא.**
6. **הוצאת דו"ח שנתי - הוועדה ממליצה לשקול החלטת ממשלה או החלטה אחרת, המחייבת הוצאת דו"ח שנתי באחריות משטרה/בריאות. דו"ח זה יתרום להעלאת המודעות לנושא האלימות באופן תמידי וקבוע ולא רק באירועים חריגים.**
7. **שינוי הגדרת עובד חירום בחקיקה- תקיפת עובד חירום - כיום מוגדר עובד חדר מיון ועובד מד"א - מוצע על דעת רב חברי הוועדה לשנות ההגדרה לעובד בריאות.**
8. **החלת החוק-יש לקיים דיון לגבי החלת החוק על כלל גופי הבריאות בדומה ליחידות משרד הבריאות. השלכות נושא זה קשורות לסמכויות, הכשרה וגיוס מאבטחים כולל היבטים כלכליים.**
9. **הגדרת עבודת המאבטח בבית החולים "כעבודה מועדפת" - על פי חוק חיילים משוחררים ומתן הטבות דבר שיעלה בהכרח את רמת וכשירות המאבטחים בבתי החולים ויצמצם את היווצרות אירועי האלימות המתרחשים כנגד מאבטחים.**



המלצות הוועדה לגבי הצבת שוטרים ויכולת השוטרים בבת"ח לקבל את התלונה;

1. הצבת שוטר בבי"ח מקלה על תהליך הדיווח במקרה אלימות. השוטר בבי"ח הוכשר לנושא ועל כן בסמכותו לקבל תלונה ולקבל עדויות, ואין הסגל נדרש להגיע לתחנה למסירת עדות. במקום שאין הצבת שוטר - השוטר המגיע עם ניידת משטרה, אינו מוסמך לקבל תלונה/מסירת עדות.
2. במקרה אלימות חריגים בחומרתם מוצע לדווח גם לראש החטיבה לנושא במשטרת ישראל, מעבר להגשת התלונה בתחנה המקומית.
3. מומלץ לתת דגש על פעילות הדרכתית לסגל בבית החולים ולהרחיב את ההכוונה וההדרכה בנושא תפקידו של השוטר בבי"ח.
4. מרפאות בקהילה - כיום אין נוכחות שוטר במרפאה. מוצע ליזום פעילות משותפת בין השוטר הקהילתי למרפאה באזורו, שיהיה זמין לקריאה מהמרפאה במקרה של אירוע או לחילופין נוכחות השוטר מספר פעמים במרפאה כגורם מרתיע.
5. מרפאות בקהילה - מוצע לשקול הצבת שוטרים גם במרפאות גדולות או מרפאות ברמת סיכון גבוהה.
6. פרסום נוכחות השוטר בבתי החולים ליצירת הרתעה מחד והעלאת תחושת הביטחון מאידך, כולל פעילות יזומה של השוטר בדגש על המיון ועמדות המאבטחים.



מינהל הסיעוד

Nursing Division

**משרד
הבריאות**

לחיים בריאים יותר

2. תת ועדה בנושא אמצעי ביטחון והגנה בבתי חולים ובקהילה

חברי הוועדה:

מר גדי כהן, יו"ר, סמנכ"ל וראש חטיבת מש"א, כללית
 מר ארי אור, ראש אגף משאבי אנוש, מכבי
 גב' אילת גביש - סמנכ"ל מש"א מאוחדת
 מר רונן גוז, ממונה ביטחון ארצי, מכבי
 מר אילן לביא, ממונה ביטחון, לאומית
 מר דוד שוורץ, אגף ביטחון, משרד הבריאות
 ד"ר חנה צפריר, מנהלת מחלקת בחינות רישוי, מינהל הסיעוד, משרד הבריאות
 עו"ד פירס חאיק, אחראי מערך אירועים חריגים, מינהל רפואה, משרד הבריאות
 מר יניב בצלאל, ראש מערך הביטחון, כללית
 גב' נעמה נחום, ע.סמנכ"ל וראש חטיבת מש"א, כללית
 ד"ר דרור דולפין, פסיכיאטר בכיר, מרכז לבריאות הנפש גהה, כללית
 עו"ס מלכה פרגר, עו"ס מומחה. מנהלת השירות הארצי לעבודה סוציאלית, משרד הבריאות
 ד"ר סיגל שפרן תקוה, מומחית באלימות במערכת הבריאות, הדסה עין כרם והאוניברסיטה העברית

מטרות הוועדה:

וועדה זו התרכזה בלהגדיר את מכלול הפעולות והאמצעים שיש להפעיל בתחום המניעה והתגובה המהירה, זאת על-מנת להגן על הצוותים ולהגביר את ביטחונם האישי בארגון הבריאות בו הם עובדים. כלל הפעילויות עד להגעת המשטרה כגון: תקני שמירה. לחצני מצוקה. מצלמות ואמצעים טכנולוגיים. צוותי סיור, כוננות התערבות ועוד.

עבודת הוועדה:

בוועדה ניתנה סקירה קצרה של האבטחה בכללית, במכבי, בלאומית ובמשרד הבריאות. הוצגו נקודות לדיון - כפי שנשלחו מחברי הוועדה. לוועדה הוזמן מנכ"ל "אלקטרה סקיוריטי". הציג את עבודת צוותי "אבטחה רכובה" (מאבטחים על אופנועים בפריסה גיאוגרפית). במערך הבנקאי (יס"ב - יחידת סיור בנקים) מטרת הצוותים - להרגיע, לבודד. מעטים המקרים שמגיעים לשימוש בכוח.

הנחות העבודה:

1. פוטנציאל האלימות או "כמעט אלימות", קיים בחלק ניכר מהאינטראקציות בין מטפל ומטופל, בכל ארגוני הבריאות בישראל.
2. הנזק הנגרם כתוצאה מאלימות מתורגם לעלויות גבוהות לארגון, לנזקים נפשיים ופיזיים לנתקף ואף יכול להוביל לירידה באיכות הטיפול.
3. תופעת האלימות הינה מערכתית ולכן, נדרשת התערבות מקיפה המחייבת מספר גורמים במערכת הבריאות מלבד בטחון. פרופיל האדם האלים הוא רחב יריעה. הקושי הוא בזיהוי האנשים שאינם בפרופיל. יש אפשרות להצביע על מאפיינים שצריכים להילקח בחשבון כגורמי סיכון להתפרצות אלימה. האפשרות למנוע אירועי אלימות באופן מוחלט - לא קיימת.
4. העיקרון המנחה בהתמודדות עם מצבי אלימות: בניית סל של פעולות למניעת אלימות ויצירת מנגנון לתגובה מיידית.
5. הבניית התערבות לפי שלושת השחקנים העיקריים: הצוות, הארגון והמטופל

המודל להמלצות הוועדה:





מינהל הסיעוד

Nursing Division

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

המטופל:

חומרים פרסומיים ברחבי הארגון המזמינים את המטופל ליטול חלק בטיפול בו תוך שילוב אופן ההתנהגות הנדרש (לדוגמא: פוסטרים, פרסום במסכי הטלוויזיה וה-QF)

הצוות:

1. הכשרות צוותים - מניעת אלימות, ניהול אלימות כאשר נוצרת. הכשרה במקומות העבודה ובמסגרות הלימוד של אנשי הבריאות. לדוגמא: הכשרה בטכניקה "דה אסקלציה". ניתן להצביע על מאפיינים שצריכים להילקח בחשבון כגורמי סיכון להתפרצות אלימה והכשרת הצוותים.
2. הצוות הוא המגיב הראשון. ערבות הדדית - עם השמע לחצן מצוקה/צעקות - הצוות צריך לעזוב את עיסוקיו ולהיות החוצץ בין העובד המותקף לבין התוקף. יצירת אווירת לכידות בצוות.
3. טיפול בשחיקה של הצוותים המטפלים.
הארץ | דן אבן | 13.09.2012: מאות רופאים בהדסה מודים: אנחנו תורמים לאלימות נגדנו. "כשליש מהצוות הרפואי בביה"ח הדסה עין כרם הודו כי התנהגותם תרמה להתרחשות אירוע אלים במוסד... יחס מזלזל למטופלים והתנשאות תרמו להתפרצות כלפיהם."
- Mako | איילת רוזן | 04.03.2015: "למה הרופאים לא נחמדים? "רופאים עובדים המון שנים כדי שייטנו להם, בסופו של דבר, להציל חיי אדם. אבל כשאנחנו מגיעים לקבל טיפול, נראה שלעיתים האדם הזה לא נורא מעניין אותם. למה כל כך הרבה חולים נתקלים באטימות, יהירות ואנטיפתייות, ואיך זה שרבים מהם לא זוכים מהרופא אפילו למבט?".
- ידיעות אחרונות | יקיר אלקריב | 25.03.2017: פציינטים כבני אדם. "אז לרופא קשה?... אף אחד לא מחזיק אותו במקצוע שלו בכוח, בניגוד אליו, הפציינט נמצא שם כי הוא במצוקה נוראית, גם נפשית. ובמקום לקבל עזרה ותמיכה, הוא מקבל כתף קרה".

היחידה הטיפולית:

1. התקנת מצלמות* (אמצעי מיגון על פי מאפייני המרפאה: גודל, שירות, איזור וכו'). מצלמות במרחבים הציבוריים. מצלמות גוף למאבטחים בעמדות.
מתן מענה לסעיפים מגבילים ב"נוהל רמו"ט" (הרשות למשפט, טכנולוגיה ומידע).
2. התקנת לחצני מצוקה בכל משרד*. איתות/צלצול/הבהוב לשאר חברי הצוות בעת ההפעלה. תגובה תינתן ע"י סייר/איש אבטחה במקום.
3. איתור "הנקודות המסוכנות" ומתן מענה נוסף. "נקודות מסוכנות": מיון, מחלקות חוץ, מרפאות בריאות הנפש, מרפאות עם דיווחים רבים על מטופלים אלימים.
מענה אבטחה: שוטר/מאבטח, עו"ס בזמינות גבוהה, מצלמות, לחצני מצוקה בכל חדר ועוד.



מענה הכשרתי: טיוב תהליכי שירות, עבודה עם הצוותים בניסוח הבעיות ששוחקות את הצוותים ועוד.

הסביבה הארגונית ניהולית:

1. "פיקוד" על האירוע עד הגעת המשטרה. החלטה על סמכות בארגון (בקהילה ובבתי החולים) שאחראית לניהול האירוע עד להגעת המשטרה. לייצר מנהיגות וניהול בתחום האלימות ומתן הכשרה מתאימה.
2. מעורבות אישית של הנהלה בכירה בכל אירוע. יצירת קשר עם המותקף | בחינת תחקור האירוע | מעקב אחר מגמות |
3. שילוב מיגור האלימות בתכניות העבודה של הארגון. מעורבות מנהלים בכירים - להבין שהאלימות איננה בעיה רק של הביטחון ולהעלות את הנושא על סדר היום הארגוני.
4. שילוב הבקרה על נושא ההיערכות למניעת אלימות במבדקי האקרדיטציה בבתי החולים וזאת על מנת לטייב תהליכים.
5. שינוי תרבות הדיווח. יצירת תרבות המחייבת דיווח, תחקור, הפקת לקחים ולמידה מאירועי האלימות.
6. טיוב תהליכי שירות בכדי לצמצם התפרצות פוטנציאל קיים לאלימות. המיקוד צריך להתמקד במקומות החיכוך המרכזיים בבתי"ח: מלר"ד, מרפאות חוק, מחלקות פנימיות ועוד. לדוגמא: זמן המתנה ממושך - פוטנציאל להתנהגות אלימה. פתרונות אפשריים: שיפור תנאים פיזיים בזמן המתנה (טלוויזיה, מזגן, כסאות נוחים, משחקיה לילדים...), מסירת מידע בזמן אמת, מענה אדיב.
7. הקמת מרכז שליטה ארגוני ארצי. מרכז בקרה מרכזי אליו יחוברו האמצעים הטכנולוגיים ויאפשר צפייה בזמן אמת במתרחש.

הסביבה הארצית:

1. קמפיין לאומי של כל מערכת הבריאות למיגור האלימות. כפי שיש קמפיינים למניעת תאונות דרכים. המסר: אנחנו מזמינים אותך להגן עלינו כדי שנוכל להעניק לך טיפול.
2. יצירת/ בניית אמות ארגוני (עובדים במנהלים) וחוק ארגוני (מטופלים בצוותים). ידיעות אחרונות | יקיר אלקריב | 25.03.2017: "פציינטים כבני אדם. מחקר ישראלי חדש שהתפרסם לאחרונה ב"ניו יורק טיימס" קובע שהורים המגיעים עם ילדיהם לבתי החולים ומתנהגים לא יפה אל הצוות הרפואי עלולים לפגוע בכך באיכות הטיפול הניתן לילדיהם."



3. חינוך האוכלוסייה החל מביה"ס היסודי. לדוגמא: חשיפת הילדים למערכת הבריאות - ביקור בבי"ח | דיאלוג עם רופא - איך לתאר את הבעיה, הכאב, האי נוחות.
4. בחינת מוקדים משותפים אזוריים למענה מרכזי למקרי אלימות. כלל הגורמים במערכת הבריאות חולקים אותם אזוריים גיאוגרפיים (ואף אותם מבנים). איגום משאבים והקמת מוקדים משותפים אזוריים אשר יתכללו את האירועים, יוציאו סיורים משותפים וייתנו מענה בזמן הקצר ביותר במקרה של אירוע.
5. הקלה על אופן הגשת התלונה. לדוגמא: הגשת תלונה ע"י הארגון, הגעת המשטרה למתקן לצורך גביית עדות.
6. אחדות הטיפול באלימות במשטרה. אין אחדות בין התחנות במתן הטיפול בעת הצורך. פנייה למשטרת ישראל למתן מענה יעיל וטוב יותר לאירועי אלימות בקהילה.
7. המכון להשתלמות שופטים. הצגת מצוקת מערכת הבריאות עקב אירועי האלימות.
8. הסדרת הענישה במערכת המשפט כנגד גילויי אלימות כלפי נותני שירותי הבריאות.
9. הגדרת חומרת תקיפת עובד במערכת הבריאות כחומרת תקיפת שוטר מבחינת הטיפול המידי והענישה.
10. סנקציות מחמירות כלפי התוקף. פנייה למשטרת ישראל להחמרה בטיפול הנוהגים באלימות. אפס סובלנות לאלימות.



מינהל הסיעוד

Nursing Division

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

נספח מס 3. תמונת מצב, אלימות מטופלים נגד צוות בבתי חולים פסיכיאטריים

*בשם פורום מנהלי בתי חולים פסיכיאטרים שהופיעו בפני ועדת השר למיגור האלימות במערכת הבריאות.

רקע:

ההתמודדות עם אלימות מטופלים כפי מטפלים היא ענין יומיומי בכל מסגרת פסיכיאטרית, בעיקר במסגרות הסגורות בבתי החולים, בכל מקום בעולם. בקרב צוותים במסגרות רפואיות 7.8% (מכלל העובדים) מדווחים על חוויות אלימות, לעומת זאת 62% מכלל העובדים בבתי החולים הפסיכיאטריים חוו אלימות בשנה האחרונה. למעלה מ-90% מהצוות הרפואי והסיעודי בבתי החולים הפסיכיאטריים היו נתונים לגילויי אלימות לפחות פעם אחת במהלך עבודתם. מסתמנת עלייה בכמות אירועי האלימות בבתי חולים פסיכיאטריים בשיעור של 10% בשנה. בספרות ישנה הסכמה שהסיכון הגבוה ביותר הוא לצוות הסיעודי. ההתמודדות קשה – היכולת לנבא אלימות היא חלקית, כשברובן של ההפרעות הפסיכיאטריות המגוריות גילויי אי שקט, סף תסכול נמוך ואלימות, הם סימפטום שכיח. לאלו מתווספים המטופלים המשפטיים, במספרים גדולים יותר בכל שנה.

מרכז לדוגמא: המרכז לבריאות הנפש מזור - 309 מיטות לאשפוז מלא

5 מחלקות פעילות (4 מהן סגורות, כולל מחלקה משפטית) -	189 מיטות
4 מחלקות ממושכות -	120 מיטות
אשפוז יום -	25 עמדות
מט"י - מגורים טיפוליים -	34 מיטות

מערך לטיפול אמבולטורי קהילתי - מרפאות בנהריה, עכו, כרמיאל, ובהן גם מרפאה לטיפול בילד ובנוער, מרפאה פסיכו-גריאטרית, ויחידה לטיפול-יום

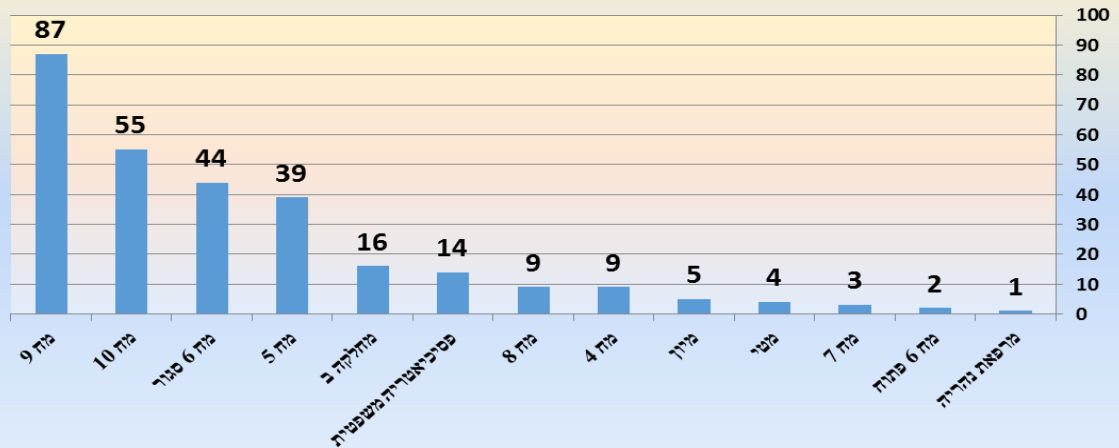


מינהל הסיעוד

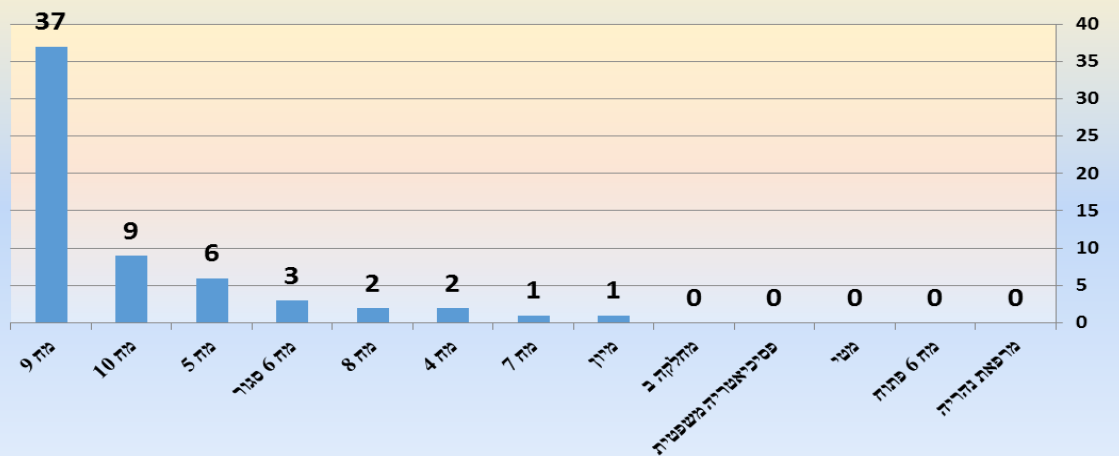
Nursing Division

משרד הבריאות
לחיים בריאים יותר

אלימות ב - 2016 במרכז לבריאות הנפש - מזור (288)



אלימות ב - 01-03/2017 במרכז לבריאות הנפש - מזור (61)



השפעת האלימות על הצוותים ויכולתם להתמודד:

1. חשיפה לאלימות מביאה לדה-מורליזציה, ציניות ארגונית ושחיקה, עם השלכות מוכחות על התפקוד בעבודה ועל איכות החיים,
2. אלימות נמצאה כגורם השכיח ביותר לנזק ולאבדן ימי עבודה בקרב הצוות הסיעודי בפסיכיאטריה. הפגיעות השכיחות הן נשיכות, חבטות, ופגיעות ראש.
3. הצוות המטפל במחלקה הפסיכיאטרית הסגורה מצפה לקבל מהנהלות, בכל הרמות, עשייה רחבה הנוגעת להפחתת הסיכון לו הוא חשוף, ולסיוע בהתמודדות היומיומית עם אלימות מטופלים. על מנת שיעמוד במשימה הטיפולית הקשה תוך נטילת סיכונים, הוא זקוק לאמונה יציבה ברצונם הטוב של המנהלים, ובהתייחסותם ההוגנת למצבו ולמאמציו.



מינהל הסיעוד

Nursing Division

**משרד
הבריאות**
 לחיים בריאים יותר

4. במצבה של הפסיכיאטריה כיום, מבחינת תשתיות, סביבה, צפיפות, הזנחה רבת שנים, חסר חריף ידוע ומוסכם בכוח אדם טיפולי, והיעדר קשב לצרכים אמיתיים של המערכת - יכולת ההתמודדות עם האתגר הקשה, נמוכה.

השוואת נתוני קשירות במשך 5 חודשים
2016-2017

2017		2016		מחלקה
מס' קשירות	מס' מטופלים	מס' קשירות	מס' מטופלים	
10	9	41	11	4
11	11	47	20	5
15	8	55	15	6
2	2	2	2	7
32	24	81	32	9
27	22	74	40	10
97	76	300	120	סה"כ

- ירידה של 37% במספר המטופלים הנקשרים
- ירידה של 68% במספר הקשירות

התמודדות עם אלימות מטופלים



הצרכים - מהפכה, עשייה רחבה ומחויבות :

1. תקינה מתאימה לסוג המחלקה.
2. תוספות כ"א - להעסקת חולים, להשגחות מיוחדות, להגברת קשב, לתגבור שעות המגע עם המטופלים
3. תוכניות הכשרה וטיפול בשחיקת הצוותים
4. תגמול הולם של הצוות החשוף לאלימות במערך הפסיכיאטרי הסגור
5. הסדרת ביטוחים ומנגנוני פיצוי (תקדים משפטי)
6. תוספת מיטות, התאמת מיטות (הסבת מיטות לפעילות בהתאם לשינויים שאירעו במהלך השנים)
7. הורדת תפוסות
8. הקטנת המחלקות, שיפור התשתיות
9. הצבת מאבטחים במחלקות
10. הצבת שוטר בכניסה לחדר המיון הפסיכיאטרי
11. הפחתת הקרימינליזציה של המערכת הפסיכיאטרית



נספח מס. 4: אלימות כנגד צוותים רפואיים - בקהילה בריאות הנפש

נייר עמדה של ארבעת קופות החולים

חברי הוועדה:

גב' איילת גביש, סמנכ"ל משאבי אנוש, מאוחדת שירותי בריאות
מר אורי אור, מנהל אגף משאבי אנוש, מכבי שירותי בריאות
מר גדי כהן, סמנכ"ל משאבי אנוש, שירותי בריאות כללית
מר אילן לביא, מנהל מערך הביטחון ואבטחת מידע, לאומית שירותי בריאות

תופעת האלימות ההולכת וגוברת בחברה אינה פוסחת גם על שירותי הבריאות הניתנים בקהילה וניכרת בה. באופן עקבי נפקד מקומה של הקהילה לרבות במחקרים בנושא. הקהילה נתפסת כפחות מסוכנת לעומת חזית ההתמודדות בחדרי המיון.

מיגור האלימות במערכת הבריאות מחייב הסתכלות רחבה מאחר והתופעה אינה פחותה בקהילה במיוחד נוכח מיליוני מגעים במערכת הבריאות הקהילתית מידי שנה. על כך יעידו יותר מכל האירועים המצערים מהעת האחרונה המוכיחים מעל לכל ספק את נחיצות הטיפול במיגור האלימות בקהילה.

הרפורמה הביטוחית בברה"ן:

בריאות הנפש ובריאות הגוף - חד הם, ויש לראותם חלקים משלימים במסגרת השירותים הרפואיים, להם זכאיים אזרחי ישראל מתוקף חוק ביטוח בריאות ממלכתי. כל האמור במטרה להגדיל את איכות, זמינות ונגישות שירותי בריאות הנפש בישראל.

ערב הרפורמה הוגדר יעד כמותי למשך 3 שנים הראשונות 2% מאוכלוסיית הילדים והנוער. 4% מהמבוגרים מקרב מבוטחי ארבע הקופות.

בשנה הראשונה לרפורמה (2016), טופלו במערכת הציבורית כ- 4% מהאוכלוסייה הבוגרת וכ- 2.23% ילדים ובני נוער בישראל. מדובר בגידול של כ- 30,000 מטופלים במערכת בריאות הנפש.

היעד הושג כבר בשנה הראשונה לרפורמה.



הערכות הקופות לרפורמה בבריאות הנפש:

קופת חולים מאוחדת: הדרכה לצוותים, אבטחה פיזית ולחצני מצוקה פנימיים. במרפאות הראשוניות בהם ניתנים גם שרותי ברה"ן, הותקנו לחצני מצוקה המחוברים לסיירים רכובים. במרפאות בהן עלה חשש לאירועי אלימות, הוצבה אבטחה בשעות עבודת צוותי ברה"ן.

שירותי בריאות כללית: הוראת עבודה מפורטת (2013): אבטחת מרפאות לבריאות הנפש, במרפאות ברה"נ לקטינים ומרפאות קטנות: מבוצעות הדרכות, הקמת מערכת לחצני מצוקה פנימית המחברת בין המטפלים, הקמת מערכת לחצני מצוקה חיצונית שתזעיק את סיירי המחוז ואת סיירי חברת שירות המוקד, ביצוע סיורי יוזמה ותגובה ע"י סיירי המחוז. במרפאות ברה"נ הגדולות כל האמור לעיל ובנוסף הצבה פיזית של מאבטח בכניסה בכל שעות פעילות המרפאה. פתחי המבנה ממוגנים והיכן שיש מאבטח יש שער מגנומטר. לחצני מצוקה אישיים - כרגע רק לחלק מהמטפלים השאיפה שלכל מטפל במשמרת יהיה לחצן מצוקה אלחוטי שיהיה בכיסו.

מכבי שירותי בריאות: בנוסף לאמצעי האבטחה הקיימים, הותקנו בכל מרכזי ברה"ן לחצני מצוקה במרכזים בהם היה חשש לאלימות הוצבה שמירה.

קופת חולים לאומית: בנוסף לאמצעי האבטחה הקיימים, בכל מרכזי ברה"ן הותקנו לחצני מצוקה.

אופן מתן שירותי בריאות הנפש בקופות

- א. מרפאות רב מקצועיות לבריאות הנפש של הקופה, בהן ניתן טיפול פסיכותרפי בלא השתתפות עצמית מוגדלת
- ב. פסיכיאטרים בקהילה.
- ג. שירות פסיכיאטרי ופסיכותרפי במרפאות ציבוריות אשר בהסכם עם הקופה. שירותי פסיכותרפיה הניתנים על ידי מטפלים עצמאיים. (בהשתתפות עצמית)

הצורך במתן מענה אבטחה ייחודי לשירותי ברה"ן בקהילה

מדיניות האבטחה הקיימת במשרד הבריאות לגבי בריאות הנפש – מותאמת לבתי חולים - שמירה בכל מתקן בו קיימים 11 תקנים של מטפלים. (חוזר מנכ"ל 30/05 אבטחת מוסדות מערכת הבריאות - סטנדרטים, אבטחת יח' בריאות הנפש בקהילה).



מינהל הסייעוד

Nursing Division

**משרד
הבריאות**

לחיים בריאים יותר

מדיניות זו אינה מתאימה לקהילה בשל הסיבות הבאות :

1. התקינה במרפאות הקהילה לרוב קטנה מ-11 תקנים.
2. קבלת קהל בשעות אחה"צ - כאשר רוב הצוות איננו, מותירה את המטופלים ללא תמיכה והגנה בעת אירוע אלימות נגדם.
3. משך שעת טיפול בבריאות הנפש ארוך מטפול רפואי. מותיר את המזכירה חשופה לפרקי זמן ארוכים אל מול המטופלים ללא תמיכת אנשי הצוות.
4. פיזור המרפאות אינו מאפשר הרחקת מטופל אלים ל-3 חודשים שכן אין מרפאה אחרת בקרבת מקום מספקת.
5. אזור מגורי הצוות פעמים רבות באזור מגורי המטופלים - מהווה תחושת איום קשה של הצוות במצבי אלימות מצד מטופלים.
6. המטפל ממוקם מעבר לשולחן שחוצץ בינו לבין לדלת - דבר שמסרביל את יכולתו לצאת מהחדר במקרה של אלימות כלפיו.
7. תהליך אישור קנביס בקהילה.

סיכום והמלצות

1. **דיווח על מקרי ברה"ן** - מספר האירועים המדווחים בברה"ן נמוך מאלה המדווחים במרפאות בכלל. יש להניח כי ניסיונם ומקצועיותם של הצוותים בהתמודדות עם לקוחות אלימים מסייעים בהתמודדות בנושא.
2. **מאפייני אוכלוסיית המטופלים** - מביאים להסלמה מהירה וקושי לצפות מראש את התפתחות האירוע.
3. **הנחיה לגבי התנהלות בנושא הקנביס** - על משרד הבריאות לתת הנחיה בעניין.
4. **יצירת מרחב אישי מוגן** (פיזית/זכוכיות מגן) לנותני השירותים -מאפשר יצירת מרחב מוגן שבעת אירוע חריג טומן בכוחו הגנה מידית לנותני שרות בדלפקי קו ראשון.
5. **מתן כספי תמיכה ייעודיים** ממשרד הבריאות להרחבת ההגנה לנותני השירותים בקהילה. (לחצנים אלחוטיים, שומרים וכו')
6. **הפעלת סיירים של משרד הבריאות** בתאי שטח בהם נמצאות מרפאות הקהילה.
7. **ביצוע איתור מטופלים "מועדים"**, אשר בגינם ינתן שירות בחדר ייעודי המאפשר העמדת אמצעי הגנה בעת הצורך.
8. **הסדרת הביטחון בקהילה ע"י משטרת ישראל ובחוק בכלל**, תאפשר לקופות הצבת מאבטחים בהתאם לסטנדרט הקיים בבתי החולים.



נספח מס.5 חקיקה קיימת

1. חוק סמכויות לשם שמירה על ביטחון הציבור, התשס"ה-2005¹

1. שימוש בסמכויות - עקרונות

שימוש בסמכויות לפי חוק זה, יהא לשם שמירה על ביטחון הציבור מפני פעילות חבלנית עוינת מפני אלימות, וזאת במקום ובדרך שיבטיחו שמירה מרבית על כבוד האדם, פרטיותו וזכויותיו.

א6. סמכויות למניעת מעשה אלימות

(א) ביצע אדם מעשה אלימות במקום כאמור בתוספת, בפני מאבטח מוסמך או בפני אדם אחר הקורא לעזרה והמצביע עליו בפני מאבטח מוסמך, או נוכח המאבטח המוסמך כי בשל איום ממשי או מעשה של אדם בפניו או בפני אדם אחר הקורא לעזרה והמצביע עליו בפני מאבטח מוסמך, הוא עומד לבצע מעשה אלימות במקום כאמור, רשאי המאבטח המוסמך -

(1) לדרוש מאותו אדם למסור לו את שמו ומענו ולהציג לפניו תעודת זהות או תעודה רשמית

אחרת המעידה על זהותו שהוא חייב בהחזקתה על פי כל דין;

(2) לפעול בדרכים אלה, ואף להשתמש בכוח סביר לשם כך:

(א) למנוע מאותו אדם כניסה למקום;

(ב) להוציא את אותו אדם מהמקום;

(ג) לעכב את אותו אדם עד לבואו של שוטר, אם יש חשש שאותו אדם יימלט, או שזהותו

אינה ידועה; על עיכוב לפי פסקה זו יחולו הוראות סעיף 6(ד).

(ב) לא יוסמך מאבטח בסמכויות לפי סעיף זה, אלא אם כן מעסיקו ביטח אותו לשם הבטחת פיצויו אם ייפגע בעת מילוי תפקידו לפי סעיף זה; אין בהוראות סעיף קטן זה כדי לגרוע מזכותו של מאבטח לפיצויו על פי כל דין.

(ב1) על אף האמור בסעיף קטן (א), לא יפעיל מאבטח מוסמך במוסד חינוך שניתן בו חינוך גן ילדים או יסודי את סמכויותיו לפי סעיף זה כלפי קטין, ולא יפעיל את סמכויותיו במוסד חינוך אחר כלפי קטין אלא לבקשת עובד הוראה המועסק באותו מוסד; שר החינוך ידווח לוועדת הפנים והגנת הסביבה של הכנסת, בתום כל שנת לימודים, על הפעלת סמכויות מאבטחים לפי סעיף זה במוסדות חינוך במהלך אותה שנת לימודים.

(ג) בסעיף זה -

"מחלקה לשירותים חברתיים" ו "מקום המספק שירותי רווחה" - (נמחקה);

"מאבטח מוסמך" - מאבטח שהוסמך לפי סעיף 7(א) בסמכויות לפי סעיף זה;

"מעשה אלימות" - הכאת אדם, דחיפתו או הפעלת כוח על גופו בדרך אחרת, במישרין או בעקיפין, בלא הסכמתו או בהסכמתו שהושגה בתרמית.

7. הסמכת מאבטח

(א) (1) השר רשאי להסמיך אדם בסמכויות הקבועות בחוק זה, אם שוכנע כי הסמכות נחוצה לשם ביצוע פעולות אבטחה ושמירה על ביטחון הציבור במקום מהמקומות המפורטים בסעיף 3(א)* שיש לציבור גישה אליהם או שלגביהם יש רגישות מבחינת ביטחון הציבור או ביטחון המדינה; לצורך כך רשאי השר להסמיך אף מי שאינו עובד ציבור; בהסמכה לפי סעיף קטן זה יקבע השר את סוג המקום שבו ניתן למי שהוסמך לפי סעיף זה להפעיל סמכות לפי הוראות סעיף 3.

(2) לגבי נקודת בדיקה, יהיו הסמכויות הנתונות לשר, נתונות גם לשר הביטחון, לפי הענין.



מינהל הסיעוד

Nursing Division

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

(3) על אף האמור בפסקה (1), הסמיך השר אדם בסמכויות הקבועות בסעיף 6א, יקבע בהסמכה את סוגי מקומות מאלה המנויים בתוספת, שבהם מוסמך אותו אדם להפעיל את סמכויותיו לפי הסעיף האמור. (ב) לא תוענק סמכות לפי סעיף קטן (א) אלא למי שקצין מוסמך אישר את כשירותו לשמש כמאבטח כאמור בסעיף 8.

(ג) מאבטח לא יעשה שימוש בסמכויות הנתונות לו לפי חוק זה, אלא בעת מילוי תפקידו כשהוא עונד באופן גלוי לעין תג המזהה אותו ואת תפקידו, ויש בידו תעודה חתומה על ידי קצין מוסמך המעידה על תפקידו ועל סמכויותיו, אותה יראה לפי דרישה (בחוק זה - תעודת מאבטח); תוקפה של תעודת מאבטח יהיה לשנה אחת מיום הינתנה, ובלבד שמקבל התעודה משמש בתפקיד מאבטח במקום שנקבע בכתב הסמכתו; השר רשאי להאריך את תוקפה של תעודת מאבטח לתקופה נוספת שלא תעלה על שנה, וזאת כל עוד משמש המאבטח בתפקידו.

* המקומות המפורטים בסעיף 3(א) –

- (1) כניסה לנמל, לבנין או מקום מוגדר
- (2) תחנת הסעה לרכב ציבורי, תחנת הסעה לחיילים, מקום לצורך הסעת חיילים, או סביבתם הקרובה
- (3) נקודת כניסה או יציאה מרכב ציבורי, פנים רכב ציבורי

תוספת

(סעיפים 6א ו-7(א)(3))

1. בית חולים, מרפאה וכל מוסד אחר שתפקידו העיקרי הוא מתן שירותי בריאות; לעניין זה - "בית חולים" - מוסד רפואי הרשום כבית חולים לפי [פקודת בריאות העם](#), 1940 (להלן - [פקודת בריאות העם](#)); "מרפאה" - כהגדרתה בסעיף 34(ג) [לפקודת בריאות העם](#).

2. חוק להסדרת הביטחון בגופים ציבוריים, התשנ"ח-1998

חל על גופים ציבוריים בלבד המנויים בתוספת ובכללם משרדי הממשלה (ובכך בתי חולים ממשלתיים), אוניברסיטאות, מד"א. לא חל על כלל מערכת הבריאות ולא חל על כלל בתי החולים למעט הממשלתיים. מחייב מינוי ממונה ביטחון ומקנה למנב"ט סמכויות מסוימות (חיפוש, דרישת זיהוי, עיכוב). נותן סמכות ל"קצין מוסמך" במשטרת ישראל לתת הנחיות מקצועיות לגוף הציבורי ומטיל חובה על הגוף ועל המנב"ט לקיים הנחיות אלה. לפי דרישת הקצין המוסמך הגוף הציבורי גם מחוייב במינוי מאבטחים. למאבטחים שמונו יהיו הסמכויות של המנב"ט (חיפוש, דרישת זיהוי, עיכוב). תקיפת מנב"ט או מאבטח שמונה לפי חוק זה – דינה כדין תקיפת עובד ציבור.

3. חוק למניעת אלימות במוסדות למתן טיפול, התשע"א-2011¹

1. הגדרות

בחוק זה -

זמטפל כהגדרתו ב[חוק זכויות החולה](#), התשנ"ו-1996, מאבטח, עובד מינהל ומשק וכל אדם אחר שמבצע עבודה או נותן שירות במוסד רפואי, לרבות מתנדב;
 "אלימות מילולית" - איומים וכן דברי גידוף, השמצה, ביזוי או התבטאות אחרת שיש בה משום פגיעה או השפלה או פרסום כלפי איש צוות במוסד רפואי או עובד רווחה, בקשר לעבודתו, שיש בו חשש ממשי שהמפרסם יעשה מעשה אלימות פיזית כלפי אדם כאמור;



מינהל הסיעוד

Nursing Division

**משרד
הבריאות**

לחיים בריאים יותר

"אלימות פיזית" - הכאת אדם, נגיעה בו, דחיפתו או הפעלת כוח על גופו בדרך אחרת, בלא הסכמתו; "מוסד" — מוסד רפואי או מחלקה לשירותים חברתיים או כל מקום המספק שירותי רווחה; "מוסד רפואי" - בית חולים ומרפאה כמשמעותם בפקודת בריאות העם**, 1940, וכל מוסד אחר אשר תפקידו העיקרי הוא מתן שירותי בריאות; "מחלקה לשירותים חברתיים" - מחלקה ברשות מקומית למתן שירותי רווחה; **"מנהל מוסד" - אחד מאלה, לפי העניין:****

(1) לעניין מוסד רפואי - **מנהל המוסד הרפואי, לרבות מי שהוא הסמך לעניין הוראות חוק זה, כולן או חלקן;**

(2) לעניין מקום המספק שירותי רווחה - מנהל מחלקה לשירותים חברתיים או עובד סוציאלי במחלקה כאמור שהוא הסמך לעניין הוראות חוק זה, כולן או חלקן, או מנהל השירות במשרד הרווחה והשירותים החברתיים האחראי על אותו מקום;

"מעשה אלימות" - אלימות פיזית או אלימות מילולית;

"עובד סוציאלי" - כהגדרתו בחוק העובדים הסוציאליים**, התשנ"ו-1996;**

"עובד רווחה" - עובד של מקום המספק שירותי רווחה;

"רשות מקומית" - עירייה או מועצה מקומית;

"שירותי רווחה" - שירותים הניתנים על ידי מחלקות לשירותים חברתיים ברשויות מקומיות, על ידי

משרד הרווחה והשירותים החברתיים או על ידי מי מטעמם;

"השר" - אחד מאלה:

(1) לעניין מוסד רפואי - שר הבריאות;

(2) לעניין מקום המספק שירותי רווחה - שר הרווחה והשירותים החברתיים.

2. אזהרה על ידי מנהל מוסד רפואי

נקט אדם במתכוון מעשה אלימות כלפי איש צוות במוסד רפואי או כלפי עובד רווחה או השחית במתכוון רכוש של מוסד, רשאי מנהל המוסד להזהירו בכתב כי אם בתקופה של 12 חודשים (להלן - תקופת האזהרה) יחזור וינקוט מעשה אלימות כאמור או ישחית את רכוש המוסד, יהיה המנהל רשאי להורות על מניעת כניסתו למוסד האמור בהתאם להוראות סעיף 3; השר, באישור ועדת העבודה הרווחה והבריאות של הכנסת, יקבע את נוסח האזהרה, ורשאי הוא לקבוע הוראות לעניין דרכי מסירתה.

3. הוראה בדבר מניעת כניסה למוסד

(א) הוזהר אדם כאמור בסעיף 2, וחזר ונקט במתכוון מעשה אלימות כלפי איש צוות במוסד רפואי או כלפי עובד רווחה, או השחית במתכוון רכוש של מוסד, בתקופת האזהרה, רשאי מנהל המוסד להורות כי לא יהיה רשאי להיכנס לאותו מוסד או לחלק ממנו, למעט במקרים המפורטים להלן, לפי העניין, ולתקופה המפורטת בסעיף קטן (ב):

(1) לשם קבלת טיפול רפואי שהוא זקוק לו;

(2) לשם מתן שירותי רווחה — אם השתכנע מנהל המוסד כי עלולה להיגרם פגיעה בצרכיו החיוניים אם לא יקבל שירותי רווחה כאמור.

(ב) מניעת כניסה כאמור בסעיף קטן (א) תהיה בתקופה כלהלן:

(1) אם נקט בתקופת האזהרה אלימות פיזית — תקופה שלא תעלה על שישה חודשים;

(2) אם נקט בתקופת האזהרה אלימות מילולית או השחית רכוש — תקופה שלא תעלה על שלושה חודשים.

(ג) אין באמור בסעיף קטן (א) כדי למנוע מתן שירותי רווחה לבן משפחתו של אדם שנמנעה ממנו כניסה למוסד; לעניין זה, "בן משפחתו" — כהגדרתו ב**חוק בית המשפט לענייני משפחה**, התשנ"ה—1995.



מינהל הסיעוד

Nursing Division

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

4. דרישת הזדהות

לשם ביצוע הוראות סעיפים 2 ו-3 רשאי מנהל מוסד לדרוש מאדם שהתקיימה לגביו הוראה מהוראות הסעיפים האמורים, למסור לו את שמו ומענו ולהציג לו תעודת זהות או תעודה רשמית אחרת המעידה על זהותו שהוא חייב בהחזקתה על פי כל דין.

5. שמירת דינים

אין בהוראות חוק זה כדי לגרוע מהוראות כל דין.

6. ביצוע

שר הבריאות ושר הרווחה והשירותים החברתיים, לפי העניין, ממונים על ביצוע חוק זה.

7. תקנות ראשונות

תקנות ראשונות לעניין נוסח האזהרה כאמור בסעיף 2 יובאו לאישור ועדת העבודה הרווחה והבריאות של הכנסת בתוך 90 ימים מיום תחילתו של חוק זה.

[1. ס"ח 2308, התשע"א (7.8.2011), עמ' 1000. הצ"ח - כנסת 313, התש"ע, עמ' 134. תיקונים: ס"ח 2380, התשע"ב (8.8.2012), עמ' 698. הצ"ח - כנסת 467, התשע"ב, עמ' 200 (כולל שינוי השם); ס"ח 2522, התשע"ו (12.1.2016), עמ' 334. הצ"ח - כנסת 578, התשע"ה, עמ' 10.

4. התקנות למניעת אלימות במוסדות רפואיים (אזהרה), התשע"ב-2011¹

בתוקף סמכותי לפי סעיף 2 לחוק למניעת אלימות במוסדות רפואיים, התשע"א 2011- (להלן - החוק), ובאישור ועדת העבודה הרווחה והבריאות של הכנסת, אני מתקין תקנות אלה:

1. נוסח האזהרה

נוסח האזהרה כאמור בסעיף 2 לחוק יהיה לפי הנוסח שבתוספת.

2. מתן האזהרה

מתן האזהרה ייעשה במסירתה למוזהר עצמו בעת הימצאו במוסד הרפואי, ככל שהדבר אפשרי, או במשלוח האזהרה בדואר רשום למוזהר למען הידוע ככתובת מגוריו או כתובת מקום עבודתו.

3. תחילה

תחילתן של תקנות אלה שישים ימים מיום פרסומן.

תוספת

(תקנה 1)

לפי חוק למניעת אלימות במוסדות רפואיים, התשע"א 2011-

בתוקף סמכותי לפי סעיף 2 לחוק למניעת אלימות במוסדות רפואיים, התשע"א 2011-, אני מזהיר אותך בזה, כי אם בתקופה של 12 חודשים מהתאריך הנקוב בחתימת אזהרה זו תשוב ובהמשך למעשיך מיום _____ תבצע מעשה אלימות פיזית, אלימות מילולית או השחתה של רכוש במוסד הרפואי _____ (שם המוסד), אהיה רשאי להורות על מניעת כניסתך למוסד זה, למעט לצורך קבלת טיפול רפואי הנדרש לך, לתקופה של עד שלושה חודשים, אם תנקוט במוסד מעשה אלימות מילולית או מעשה השחתה של רכוש, או לתקופה של עד שישה חודשים אם תנקוט במוסד מעשה אלימות פיזית.

תאריך _____ שם ותפקיד החותם _____ חתימה וחותמת

ג' בכסלו התשע"ב (29 בנובמבר 2011)



5. חוק העונשין, התשל"ז-1977

עבירות קיימות בחוק העונשין היום (לא כולל עבירות שדורשות פרשנות כדי להחילן בהקשר של גילויי אלימות במערכת הבריאות כגון עבירת ההמרדה או התפרעות אסורה ולא כולל את העבירות החמורות הכלליות כגון עבירות ההמתה למיניהן)

172144.

הסתה לאלימות

(א) המפרסם קריאה לעשיית מעשה אלימות, או דברי שבח, אהדה או עידוד למעשה אלימות, תמיכה בו או הזדהות עמו (בסעיף זה - פרסום מסית), ועל פי תוכנו של הפרסום המסית והנסיבות שבהן פורסם, יש אפשרות ממשית שיביא לעשיית מעשה אלימות, דינו - מאסר חמש שנים.

(ב) בסעיף זה, "מעשה אלימות" - עבירה הפוגעת בגופו של אדם או המעמידה אדם בסכנת מוות או בסכנת חבלה חמורה.

(ג) פרסום דין וחשבון נכון והוגן על פרסום האסור על פי הוראות סעיפים קטנים (א) ו-(ב), אינו עבירה לפי סעיף זה.

3144.

החזקת פרסום המסית לאלימות

המחזיק, לשם הפצה, פרסום האסור לפי סעיף 2144, דינו - מאסר שנה, והפרסום יחולט.

144.

הגשת אישום

לא יוגש כתב אישום לפי סימן זה אלא בהסכמה בכתב של היועץ המשפטי לממשלה.

186. החזקת אגרופן או סכין שלא כדין

(א) המחזיק אגרופן או סכין מחוץ לתחום ביתו או חצריו ולא הוכיח כי החזיקם למטרה כשרה, דינו - מאסר חמש שנים.

(ב) לענין סעיף זה, חזקה היא כי החזקת אולר הנה למטרה כשרה. החזקה לפי סעיף קטן זה לא תחול על החזקת אולר במוסדות חינוך או במקומות אחרים, הכל כמפורט בתוספת השניה, או בסמוך אליהם.

(ג) השר לביטחון הפנים רשאי בצו, מטעמים של שמירה על ביטחון הציבור ובאישור ועדת החוקה חוק ומשפט של הכנסת, לשנות את התוספת השניה לענין סעיף קטן (ב).

189. כניסה בכוח

הנכנס למקרקעין בדרך אלימה כדי להחזיק בהם, בין שהאלימות היא בהפעלת כוח למעשה נגד אדם אחר ובין שהיא באיומים או בפריצה או בכינוס אנשים במספר בלתי רגיל, דינו - מאסר שלוש שנים, אף אם הוא זכאי להיכנס לאותם מקרקעין, זולת אם המקרקעין היו שלו אבל מוחזקים בידי עובדו או שלוחו.

191. תגרה

המשתתף שלא כדין בתגרה במקום ציבורי, דינו - מאסר שנה אחת.

192. איומים

המאיים על אדם בכל דרך שהיא בפגיעה שלא כדין בגופו, בחירותו, בנכסיו, בשמו הטוב או בפרנסתו, שלו או של אדם אחר, בכוונה להפחיד את האדם או להקניטו, דינו - מאסר שלוש שנים.

194. מהומה ועלבון במקום ציבורי

(א) המקים שאון או מהומה במקום ציבורי, בלי סיבה סבירה ובאופן העלול להפריע לתושבים או להביא להפרת השלום, דינו - מאסר שלושה חדשים.

(ב) המעליב אדם במקום ציבורי באופן העלול לעורר אדם הנוכח אותה שעה להפר את השלום, דינו - מאסר שלושה חדשים.

215. מטרד לציבור



מינהל הסיעוד

Nursing Division

**משרד
הבריאות**

לחיים בריאים יותר

(א) העושה מעשה שלא הותר בדין או נמנע מעשות דבר שחובתו לעשות לפי הדין וגורם בכך לציבור פגיעה, סכנה או הטרדה, או מפריע לו, או גורם לו אי-נוחות, בשימוש בזכות הרבים, הרי זה מטרד לציבור, ודינו - מאסר שנה אחת.

(ב) לענין מטרד לציבור אין הבדל אם האנשים שהמעשה או המחדל נוח להם מרובים על אלה שהוא גורם להם אי-נוחות; אולם אם הוא מקל על חלק מן הציבור את השימוש כדין בזכויותיו אפשר שיראוהו כאילו אינו מטרד לשום אדם.

(ג).....

216. התנהגות פסולה במקום ציבורי

(א) העושה אחת מאלה, דינו - מאסר ששה חדשים:

(1) מתנהג באופן פרוע או מגונה במקום ציבורי;

(2).....

(3)....

(4) מתנהג במקום ציבורי באופן העלול להביא להפרת השלום;

(5) משוטט בחצרים או בקרבתם או בדרך או בכביש או בסביבתם, או במקום ציבורי, והכל בזמן ובנסיבות שיש בהם כדי להסיק שהוא נמצא שם למטרה אסורה או פסולה.

(ב).....

333. חבלה חמורה

החובל בחברו חבלה חמורה שלא כדין, דינו - מאסר שבע שנים.

334. פציעה

הפוצע חברו שלא כדין, דינו - מאסר שלוש שנים.

378. תקיפה מהי

המכה אדם, נוגע בו, דוחפו או מפעיל על גופו כוח בדרך אחרת, במישרין או בעקיפין, בלא הסכמתו או בהסכמתו שהושגה בתרמית - הרי זו תקיפה; ולענין זה, הפעלת כוח - לרבות הפעלת חום, אור, חשמל, גז, ריח או כל דבר או חומר אחר, אם הפעילו אותם במידה שיש בה כדי לגרום נזק או אי-נוחות.

379. דין תקיפה סתם

התוקף שלא כדין את חברו, דינו - מאסר שנתיים, והוא אם לא נקבע בחוק זה עונש אחר לעבירה זו מחמת נסיבותיה.

380. תקיפה הגורמת חבלה ממשית

התוקף חברו וגורם לו בכך חבלה של ממש, דינו - מאסר שלוש שנים.

381. תקיפות שונות

(א) העושה אחת מאלה, דינו - מאסר שלוש שנים:

(1) תוקף חברו כדי לבצע פשע;

(2) תוקף חברו כדי לגנוב דבר;

(3) תוקף חברו כדי להתנגד למעצר או ללכידה כדין, שלו עצמו או של זולתו, בשל כל עבירה, או למנוע לכידה או מעצר כאמור;

(4)-(5) (בוטלו).

(ב) (בוטל).

(ג) העובר עבירה לפי סעיף קטן (א) כאשר התקיפה היתה בצוותא של יותר משני אנשים, דינו - מאסר חמש שנים.



382.א. תקיפת עובד ציבור

(א) התוקף עובד הציבור 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 שלוש שנים.

(ב) העובר עבירה לפי סעיף קטן (א), ונתקיימה בו אחת מאלה, דינו - מאסר חמש שנים:

(1) התכוון להכשיל את הנתקף בתפקידו או למנוע או להפריע אותו מלמלאו;

(2) היה מזוין בנשק חם או קר;

(3) התקיפה הייתה בצוותא של יותר משני אנשים.

(ג) התוקף **עובד חירום** כאשר הוא מטפל באדם שמצוי בסכנת חיים או בסכנה חמורה לשלמות הגוף, או

כאשר הוא עובד בחדר מיון, דינו - מאסר חמש שנים; בסעיף זה - **"עובד חירום"** -

רופא, סטז'ר, אח, מיילד, חובש, מי שממלא תפקיד במד"א או אדם אחר הממלא תפקיד בחדר מיון;

"רופא", "סטז'ר", "מיילד" ו"חדר מיון" - כהגדרתם **בחוק זכויות החולה**, התשנ"ו-1996; "מד"א" - אגודת מגן דוד אדום בישראל, שהוקמה **בחוק מגן דוד אדום**, התש"י-1950.

6. חוק סדר הדין הפלילי [נוסח משולב], התשמ"ב-1982¹

כדי לממש הליך משפטי בגין ביצוע עבירה פלילית יש לקיים הליך פלילי כמפורט בחוק ואשר כולל הליכי חקירה, העמדה לדין ושפיטה. לא ניתן לדלג על אף שלב.

58. תלונה

כל אדם רשאי להגיש תלונה למשטרה על שבוצעה עבירה.

59. חקירת המשטרה

נודע למשטרה על ביצוע עבירה, אם על פי תלונה ואם בכל דרך אחרת, תפתח בחקירה; אולם בעבירה שאינה פשע רשאי קצין משטרה בדרגת פקד ומעלה להורות שלא לחקור אם היה סבור שאין בדבר ענין לציבור או אם היתה רשות אחרת מוסמכת על פי דין לחקור בעבירה.

בסיום חקירה -

60. העברת חומר חקירה לפרקליט או לתובע משטרתי

62. העמדה לדין וסגירת תיק

(א) ראה תובע שהועבר אליו חומר החקירה שהראיות מספיקות לאישום אדם פלוני, יעמידו לדין, זולת אם היה סבור שאין במשפט ענין לציבור; ואולם החלטה שלא להעמיד לדין, בשל העדר ענין לציבור תהיה באישור בעל תפקיד כלהלן:

(1) פרקליט מחוז או פרקליט בכיר שהוא הסמיכו לכך - בעבירות פשע או עוון, שחומר החקירה בהן הועבר לטיפולו של פרקליט לפי סעיף 60;

(2) קצין משטרה המכהן כראש יחידת תביעות או תובע משטרתי בכיר שהוא הסמיך לכך - בעבירות פשע שחומר החקירה בהן הועבר לטיפולו של תובע משטרתי לפי סעיף 60, וכן בעבירות עוון שחומר החקירה בהן הועבר לטיפולו של תובע משטרתי על ידי פרקליט מחוז לפי סעיף 60;

(3) קצין משטרה המשמש כתובע, שהמפקח הכללי של המשטרה הסמיכו לכך - בעבירות שאינן פשע, למעט עבירות עוון שהחלטה בעניינן מתקבלת בידי בעל תפקיד כאמור בפסקאות (1) או (2);



(4) קצין משטרה המכהן כראש יחידת תביעות - בעבירות לפי סעיף 19**מח לחוק שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות**, התשנ"ח-1998, או פרק ה'א **לחוק התכנון והבניה**, התשכ"ה-1965.

(ב) על החלטה שלא להעמיד לדין תימסר לחשוד הודעה בכתב שבה תצוין עילת סגירת התיק והחשוד יהיה רשאי לפנות לתובע שסגר את התיק בבקשה מנומקת לשנות את עילת הסגירה; תיק שנסגר בשל חוסר אשמה, יימחק רישומו מרישומי המשטרה.

63. הודעה על החלטה שלא לחקור או להעמיד לדין

על החלטה שלא לחקור או שלא להעמיד לדין תימסר למתלונן הודעה בכתב בציון טעם ההחלטה.

64. ערר

(א) על החלטה שלא לחקור או שלא להעמיד לדין, משום שאין בחקירה או במשפט ענין לציבור, שלא נמצאו ראיות מספיקות או שנקבע שאין אשמה, רשאי המתלונן לערור כלהלן:

(1) על החלטה שניתנה על ידי גוף חוקר או תובע כאמור בסעיף 12(א)(1) או (2) - לפני פרקליט מחוז, פרקליט מפרקליטות המדינה שמונה למנהל תחום עררים או פרקליט מפרקליטות המדינה, בדרגה שאינה פחותה מסגן בכיר א' לפרקליט המדינה, שפרקליט המדינה הסמיכו לכך;

(2) על החלטה שניתנה על ידי פרקליט מחוז או פרקליט מפרקליטות המדינה, שלא להעמיד לדין בשל העדר ראיות מספיקות או חוסר אשמה, למעט החלטה בערר לפי פסקה (1) - לפני פרקליט המדינה;

(3) על החלטה שניתנה על ידי פרקליט המדינה או משנהו, שלא להעמיד לדין למעט החלטה בערר לפי פסקה (2) וכן על החלטה של פרקליט מחוז או פרקליט מפרקליטות המדינה, שלא להעמיד לדין בשל העדר ענין לציבור למעט החלטה בערר לפי פסקה (1) - לפני היועץ המשפטי לממשלה.

(ב) היועץ המשפטי לממשלה רשאי לאצול לפרקליט המדינה את סמכותו לפי סעיף קטן (א)(3) למעט לענין החלטה שניתנה על ידי פרקליט המדינה, או למשנהו לפרקליט המדינה למעט לענין החלטה שניתנה על ידי פרקליט המדינה או משנהו; פרקליט המדינה רשאי לאצול למשנהו את סמכותו לפי סעיף קטן (א)(2) ופרקליט מחוז רשאי, באישור פרקליט המדינה, לאצול את סמכותו לפי סעיף קטן (א)(1) לפרקליט בדרגה שאינה פחותה מסגן בכיר לפרקליט המחוז.

67. כתב אישום

אדם שיש להעמידו לדין יגיש עליו תובע כתב אישום לבית המשפט. (הערה: אלא אם הוחלט על הסדר לפי סעיף 67א)

68. קובלנה

על אף האמור בסעיף 11 רשאי כל אדם להאשים בעבירה מן המנויות בתוספת השניה על ידי הגשת קובלנה לבית המשפט.

הערה- העבירות בתוספת השניה כוללות עבירות לפי סעיפים 189, 190, 192, 194, 196, 199, 223, 334, 336 רישה, 379, 380, 447 זולת אם נעברה העבירה כשהעברין נושא נשק חם או קר, 452, 494 ו-496 לחוק העונשין, התשל"ז-1977 ולמעט עבירות כאמור, שנעברו כלפי בן משפחה; לענין זה, "בן משפחה" - כהגדרתו בחוק למניעת אלימות במשפחה, התשנ"א-1991;

69. קובלנות על עובדי המדינה

לא תוגש קובלנה לפי סימן זה על עובד המדינה בשל מעשה שעשה תוך מילוי תפקידו, אלא בהסכמת היועץ המשפטי לממשלה.

70. דין קובלנה

הוראות חוק זה הנוגעות לכתב אישום יחולו על קובלנה, בשינויים לפי הענין; בכל מקום שמדובר בכתב אישום גם קובלנה במשמע, ובכל מקום שמדובר בתובע גם קובל במשמע, אם אין כוונה אחרת משתמעת.

71. התביעה בקובלנה

הוגשה קובלנה, יעביר בית המשפט העתק ממנה לפרקליט המחוז; התביעה תנוהל, על אף האמור בסעיף 11, בידי הקובל או בא-כוחו, זולת אם פרקליט המחוז הגיש לבית המשפט, תוך חמישה עשר ימים לאחר



שקיבל העתק הקובלנה, הודעה שפרקליט מפרקליטות המדינה ינהל את התביעה.
72. החלפת קובלנה בכתב אישום

הוגשה הודעה כאמור בסעיף 71, תוחלף הקובלנה בכתב אישום מטעם תובע.

73. העמדת הדיון בקובלנה

נוכח בית המשפט שקובל אינו מסוגל לנהל בעצמו את ענינו בבית המשפט, או שהוא מנהל את ענינו באופן טורדני, רשאי בית המשפט להפסיק את הדיון בקובלנה עד שימנה לו הקובל עורך דין תוך תקופה שיקבע; לא עשה כן הקובל תוך התקופה שנקבעה, רשאי בית המשפט לראותו כאילו לא התייצב ויחול האמור בסעיף 133.

7. חוק מניעת הטרדה מאיימת, התשס"ב-2001¹

1. מטרה

מטרת חוק זה היא להגן על אדם מפני פגיעה בשלוות חייו, בפרטיותו, בחירותו או בגופו, בידי אדם אחר שנקט נגדו הטרדה מאיימת או שפגע בגופו.

2. הטרדה מאיימת - מהי

(א) הטרדה מאיימת היא הטרדתו של אדם בידי אחר בכל דרך שהיא או נקיטת איומים כלפיו, בנסיבות הנותנות בסיס סביר להניח כי המטריד או המאיים עלול לשוב ולפגוע בשלוות חייו, בפרטיותו או בחירותו של האדם או כי הוא עלול לפגוע בגופו.

(ב) בלי לגרוע מהוראות סעיף קטן (א), הטרדה מאיימת כלפי אדם יכול שתהא, בין השאר, באחד מאלה:
(1) בבילוש, במארב או בהתחקות אחר תנועותיו או מעשיו, או בפגיעה בפרטיותו בכל דרך אחרת;
(2) בנקיטת איומים בפגיעה בו או במאיים עצמו;
(3) ביצירת קשר עמו בעל פה, בכתב או בכל אמצעי אחר;
(4) בפגיעה ברכושו, בשמו הטוב, או בחופש התנועה שלו;
(5) בעיסוק בשמירה בבית משותף בניגוד להוראות לפי [חוק הגבלת שירותי שמירה בבתים משותפים](#), התשס"ט-2008.

(ג) לענין חוק זה אחת היא אם המעשים המפורטים בסעיפים קטנים (א) או (ב) נעשו כלפי האדם או כלפי אדם אחר הקרוב לו, בין במפורש ובין במשתמע, בין במישרין ובין בעקיפין.

3. הגדרות

בחוק זה -

"בית משפט" - בית משפט שלום, וכן כל אחד מאלה:

(1) לענין נפגע שהוא בן משפחה של הפוגע - גם בית משפט ובית דין המוסמכים לדון לפי [חוק למניעת אלימות במשפחה](#);

(2) לענין פוגע או נפגע שהוא קטין ושבת משפט לנוער דן בענינו לפי [חוק הנוער \(טיפול והשגחה\)](#) - גם בית משפט לנוער;

"בית משפט לנוער" - כהגדרתו ב[חוק הנוער \(שפיטה, ענישה ודרכי טיפול\)](#), התשל"א-1971;

"בן משפחה" - כהגדרתו ב[חוק למניעת אלימות במשפחה](#), וכל מונח בהגדרה האמורה יפורש לפי החוק האמור;

"[חוק הנוער \(טיפול והשגחה\)](#)" - [חוק הנוער \(טיפול והשגחה\)](#), התש"ך-1960;

"[חוק כלי היריה](#)" - [חוק כלי היריה](#), התש"ט-1949;

"[חוק למניעת אלימות במשפחה](#)" - [חוק למניעת אלימות במשפחה](#), התשנ"א-1991;



מינהל הסייעוד

Nursing Division

**משרד
הבריאות**

לחיים בריאים יותר

"נפגע" - מי שהתקיים בו אחד מאלה:

- (1) ננקטה נגדו הטרדה מאיימת;
- (2) הוא מצוי בסכנה כמפורט בסעיף 4(ב)(1);
- (3) אדם עלול לבצע בו עבירת מין כאמור בסעיף 4(ב)(1);
- (4) בוצע בו מעשה כאמור בסעיף 4(ב)(2);
- ולענין נפגע שהוא קטין - גם מי שאחראי עליו על פי דין;
- "פוגע" - מי שנקט הטרדה מאיימת או שמתקיים בו אחד התנאים המפורטים בסעיף 4(ב)(1) או (2);
- "צו מניעת הטרדה מאיימת" - צו כאמור בסעיף 4(א) או (ב);
- "קטין" - אדם שטרם מלאו לו שמונה עשרה שנים;

"רשות ביטחון" - משטרת ישראל, הרשות להגנה על עדים, משמר הכנסת כמשמעותו ב**חוק משכן הכנסת** ו**רחבתו**, התשכ"ח-1968, צבא הגנה לישראל, שירות הביטחון הכללי ושירות בתי הסוהר.

4. צו מניעת הטרדה מאיימת

(א) נוכח בית המשפט כי אדם נקט הטרדה מאיימת, רשאי הוא להורות לאותו אדם בצו להימנע מעשות מעשה מן המעשים המפורטים בסעיף 5(א)(1) עד (4), ואם נוכח כי ההטרדה המאיימת נעשתה בנסיבות שבהן יש חשש לפגיעה ממשית בשלוות חייו של אדם אחר או להמשך פגיעה כאמור, רשאי הוא להורות לאותו אדם בצו גם להימנע מעשות מעשה מן המעשים המפורטים בסעיף 5(א)(5) ו-(6).

(ב) נוכח בית המשפט כי אדם התנהג או פגע באחר כאמור בפסקאות (1) או (2), רשאי הוא להורות לאותו אדם בצו להימנע מעשות מעשה מן המעשים המפורטים בסעיף 5(א)(1) עד (6):

(1) התנהגותו של האדם, לרבות התנהגות כאמור בסעיף קטן (א), נותנת בסיס סביר להניח, כי הוא מהווה סכנה גופנית ממשית לאדם אחר או כי הוא עלול לבצע בו עבירת מין;

(2) סמוך לפני הגשת הבקשה פגע בגופו של אדם אחר, ביצע עבירת מין באדם אחר או כלא אדם אחר שלא כדין.

(ג) הוראות סעיפים קטנים (א) או (ב) לא יחולו אם נוכח בית המשפט כי המעשה שבשלו מתבקש צו מניעת הטרדה מאיימת נעשה בנסיבות שמהוות הגנה טובה במשפט פלילי או אזרחי בשל פגיעה בפרטיות, בהתאם להוראות סעיף 18(2)(ב) עד (ד) או (3) **לחוק הגנת הפרטיות**, התשמ"א-1981, או בנסיבות שמהוות פטור מאחריות בהתאם להוראות סעיף 19 לחוק האמור.

(ד) אלה רשאים לבקש צו מניעת הטרדה מאיימת:

- (1) הנפגע או אדם מטעמו של הנפגע;
- (2) היועץ המשפטי לממשלה או נציגו;
- (3) תובע משטרת;
- (4) עובד סוציאלי שהתמנה על פי **חוק הנוער (טיפול והשגחה)**.

5. הוראות הצו

(א) צו מניעת הטרדה מאיימת יאסור, בכפוף להוראות סעיף 4, על הפוגע לעשות את אלה, כולם או מקצתם, ויכול שיסויג בתנאים:

- (1) להטריד את הנפגע, בכל דרך ובכל מקום;
- (2) לאיים על הנפגע;
- (3) לבלוש אחר הנפגע, לארוב לו, להתחקות אחר תנועותיו או מעשיו, או לפגוע בפרטיותו בכל דרך אחרת;
- (4) ליצור עם הנפגע כל קשר בעל פה, בכתב, או בכל אמצעי אחר;
- (5) להימצא במרחק מסוים מדירת מגוריו, מרכבו, ממקום עבודתו או ממקום לימודיו של הנפגע או ממקום אחר שהנפגע נוהג להימצא בו בקביעות;



מינהל הסיעוד

Nursing Division

**משרד
הבריאות**

לחיים בריאים יותר

(6) לשאת או להחזיק נשק, לרבות נשק שניתן לו מטעם רשות ביטחון או רשות אחרת מרשויות המדינה; והכל בין כלפי הנפגע ובין כלפי אדם אחר הקרוב לו, בין במפורש ובין במשתמע, בין במישרין ובין בעקיפין.

(ב) ניתן צו מניעת הטרדה מאיימת הכולל איסור כאמור בסעיף קטן (א)(6) -

(1) רשאי בית המשפט במעמד מתן הצו להורות על תפיסת נשקו של המחויב בצו, לאלתר;

(2) ימסור בית המשפט לגורמים אלה הודעה על מתן הצו:

(א) פקיד הרישוי, כהגדרתו **בחוק כלי היריה**;

(ב) משטרת ישראל;

(ג) צבא הגנה לישראל - אם המחויב בצו נמנה עם כוחות המילואים של צבא הגנה לישראל, או אם נמסר לו נשק מטעם צבא הגנה לישראל או בהסכמתו כדי להחזיקו, לרבות נשק שנמסר לו לפי תעודת הרשאה כאמור בסעיף **ב5(ג) לחוק כלי היריה**;

(ד) רשות ביטחון - רשות הביטחון שעמה נמנה המחויב בצו;

(3) לענין מחויב בצו כמשמעותו בפסקה (2)(ג) או (ד), או אדם שהנשק משמש אותו במסגרת עבודתו אצל בעל רישיון מיוחד או במפעל ראוי, רשאי הממונה על המחויב בצו, בין ביוזמתו ובין לבקשת המחויב בצו, להגיש בקשה מנומקת בכתב לבית המשפט לגבי המשך ההחזקה והנשיאה של הנשק על ידי המחויב בצו; לענין זה, "בעל רישיון מיוחד", "מפעל ראוי" ו"הממונה" - כהגדרתם בסעיף **2(א)(2)** ו-**(3) לחוק למניעת אלימות במשפחה**.

(ג) ניתן צו מניעת הטרדה מאיימת לפי סעיף 4(א) סיפה או 4(ב), שאינו כולל איסור כאמור בסעיף קטן (א)(6), יפרש בית המשפט בהחלטתו את הנימוקים לאי הכללת האיסור בצו.

(ד) צו מניעת הטרדה מאיימת יכול שיכיל גם דרישה לערובה הן לקיומו והן להתנהגות טובה, או כל הוראה אחרת הדרושה, לדעת בית המשפט, להבטחת שלומו וביטחונו של הנפגע או של אדם אחר הקרוב לו, ויכול שיכיל גם הוראות בדבר הסידורים הנדרשים כתוצאה ממתן הצו.

(ה) תנאי הערובה כאמור בסעיף קטן (ד), לרבות חילוטה, יפורטו בצו מניעת הטרדה מאיימת.

6. תקופת תוקף

תוקפו של צו מניעת הטרדה מאיימת לא יעלה על שישה חודשים; בית המשפט רשאי להאריך ולחזור ולהאריך את תוקפו של הצו, ובלבד שהתקופה הכוללת לא תעלה על שנה, ואולם מנימוקים מיוחדים שיפורטו בהחלטתו, רשאי הוא להאריך ולחזור ולהאריך את תוקפו של הצו לתקופה כוללת שלא תעלה על שנתיים.

7. סדרי דין

(א) בית משפט רשאי לתת צו מניעת הטרדה מאיימת במעמד צד אחד, אם הוא סבור כי הדבר דרוש לשם הגנה מיידית על שלומו של הנפגע, או כשהמשיב הוזמן כדין ולא התייצב לדיון.

(ב) ניתן צו מניעת הטרדה מאיימת במעמד צד אחד, יתקיים הדיון בנוכחות שני הצדדים בהקדם האפשרי ולא יאוחר משבעה ימים מיום מתן הצו.

(ג) נקבע דיון כאמור בסעיף קטן (ב), רשאי בית המשפט להאריך את תוקפו של הצו, לבטלו או להכניס בו שינויים, אף אם מי שמחויב בצו לא התייצב לדיון.

(ד) דיון בבקשה לפי סעיף 5(ב)(3) יתקיים במעמד שני הצדדים ובמעמד נציג בעל הרישיון המיוחד, המפעל הראוי או רשות הביטחון, לפי הענין.

(ה) בית המשפט לא ידחה בקשה למתן צו מניעת הטרדה מאיימת אלא לאחר שנתן למבקש או לבא כוחו הזדמנות להשמיע את טענותיו בעל פה, אלא אם כן ראה שמתקיימות נסיבות חריגות ומטעמים שיירשמו.



מינהל הסייעוד

Nursing Division

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

8. הפרת צו

(א) הוגשה תלונה במשטרה על הפרת צו מניעת הטרדה מאיימת רשאי שוטר לעצור את המפר.
(ב) לא תהא זו הגנה טובה למי שהפר את צו מניעת הטרדה מאיימת, שהנפגע או אדם אחר הקרוב לו, לא עמדו על קיומו או על הפעלת הוראות החוק בשל הפרתו.

9. הוצאות ופיצויים בפניית סרק

דחה בית משפט בקשה למתן צו מניעת הטרדה מאיימת וקבע כי היא קנטרנית, רשאי הוא להטיל על מי שביקש את הצו את אלה או חלק מהם:
(1) הוצאות לטובת המדינה ולטובת צד שנפגע, בשיעור שימצא לנכון;
(2) פיצוי נאות למי שנפגע מהגשת הבקשה.

10. סמכות

בהליך על פי חוק זה בית משפט לא יימנע מלדון או מלהחליט בבקשה לתת צו לפי סעיף 4, מחמת זה בלבד שהענין מתברר בהליך אחר, שנטענה טענה של העדר סמכות מקומית או שאדם התנה על זכותו על פי חוק.

11. שמירת דינים

הוראות חוק זה באות להוסיף על הוראות כל דין ולא לגרוע מהן.

12. ביצוע ותקנות

שר המשפטים ממונה על ביצוע חוק זה והוא רשאי להתקין, באישור הועדה לקידום מעמד האישה של הכנסת, תקנות בכל הנוגע לביצועו.
13.

תיקון חוק הנוער (טיפול והשגחה) - מס' 15

בחוק הנוער (טיפול והשגחה), בסעיף 3א -

- (1) בכותרת השוליים, אחרי "צו הגנה" יבוא "וצו למניעת הטרדה מאיימת";
- (2) בסופו יבוא "וכן לתת צו מניעת הטרדה מאיימת על פי חוק מניעת הטרדה מאיימת, התשס"ב-2001".

14.

תיקון חוק למניעת אלימות במשפחה - מס' 6

בחוק למניעת אלימות במשפחה -

- (1) בסעיף 2, אחרי סעיף קטן (ח) יבוא:
"ח1) בית משפט הדן בבקשה למתן צו הגנה לפי הוראות חוק זה, רשאי לתת גם צו מניעת הטרדה מאיימת לאדם, לענין בן משפחתו, בהתאם להוראות חוק מניעת הטרדה מאיימת, התשס"ב-2001";
- (2) במקום סעיף 10 יבוא:

10. בהליך על פי חוק זה בית משפט לא יימנע מלדון או מלתת סעד בענין, מחמת זה בלבד "סמכות שהענין מתברר בהליך אחר, שנטענה טענה של העדר סמכות מקומית או שאדם התנה על זכותו על פי חוק."

[1] ס"ח 1809, התשס"ב (30.10.2001), עמ' 6.

תיקונים: ס"ח 2137, התשס"ח (9.3.2008), עמ' 244. הצ"ח - כנסת 198, התשס"ח, עמ' 125;

ס"ח 2187, התשס"ט (12.11.2009), עמ' 26. הצ"ח - כנסת 254, התשס"ח, עמ' 461;

ס"ח 2192, התשס"ט (16.11.2008), עמ' 115 [התשס"ט (מס' 2)]. הצ"ח - ממשלה 380, התשס"ח, עמ' 520;

ס"ח 2264, התשע"א (9.12.2010), עמ' 85. הצ"ח - ממשלה 507, התש"ע, עמ' 1058.

[2] תחילת תוקפו של סעיף קטן 2(ב) (5) ביום 12.2.2009.



נספח מס. 6. פסק דין של השופט זיו אריאלי

מהחלטתו של כבוד השופט זיו אריאלי בהארכת מעצרה שלתוקפת בעבירות של תקיפת עובדי ציבור, במרכז הרפואי איכילוב ביום 12/9/2017

22. הערה בטרם נעילה:

בשבועות ובחודשים האחרונים הלכה ופשתה התופעה, דוגמת זו המתוארת בכתב האישום: אנשי צוות רפואי, אחים ואחיות, רופאים ורופאות – נתונים להכפשות, קללות, איומים ופגיעות בגוף. זאת, כאשר כל "חטאם" בניסיון לבצע את עבודתם, ולהעניק מזור למטופלים חנתונים להשגחתם.

דווקא מי שעושים לילות כימים במלאכת הקודש של הצלת חיים וטיפול בפצועים ובחולים – סופגים שוב ושוב פגיעות מידיהם של מטופלים, מקורבים ומלווים. התמונה המצטיירת עגומה, ונראה כי רף האלימות הולך ועולה.

23. חברה מתוקנת ותפצת חיים אינה יכולה לעבור על כך לסדר היום. רשויות האכיפה ובתי המשפט אינם יכולים לעמוד מנגד לנוכח תופעה זו. בייכ המשיכה קובל על כך שתגובת רשויות האכיפה בענייננו חרגה מפרופורציות. אני סבור כי החיפך הוא הנכון. תגובת רשויות האכיפה הפעם, היא-היא הוראויה, ויש בה כדי לשדר מדיניות מוצדקת של "אפס סובלנות" לסיכון חייהם ושלומם של אנשי צוותים רפואיים.

24. ככל שמעוניינת החברה בישראל למגר את האלימות הגואה נגד רופאים ואחיות, הרי שגם על בתי המשפט מוטלת החובה ליטול חלק בעקירת תופעה כעורה זו מן השורש. אדרבא, תצא נא בת קול מבית המשפט, אשר תישמע מקצה הארץ עד קצותיה: ידעו אותם "מלאכים בלבן"



כי מערכות אנכיפות החוק, ובתי המשפט ביניהם, יעמדו להם כמגן. ידעו המאיימים, היורקים, הנועטים והמרזמים יד על רופאים ורופאות, על אחיות ואחים – כי מעשים אלו מעמידים בסיכון לא רק את אנשי הצוות הרפואי, אלא מאיימים על ביטחון הציבור כולו, וכי בגין מעשים אלו ימוצה עימם הדין. ידעו הם וידע הציבור, כי ביטחונם האישי ושלומם של אנשי הצוותים הרפואיים אינו הפקר, כי המחיר בגין פגיעה בהם עלול להיות כבד, ולהסתיים אף בשלילת תירות.

לו יהיה בעמדה נתוצת זו כדי למנוע את המקרה הבא של תקיפת צוות רפואי – דיינו.