

אלימות כלפי גורמי רפואה בצה"ל

הצעות למניעה ופעולות למיגור התופעה

לאור גילויי אלימות מצד המטופלים כלפי הצוות הרפואי, האמון על הסיוע לחייל ועל הטיפול בו, יש לנקוט צעדים מעשיים ברוח "הסמכות החדשה" ולהציע כלים להתערבות

החולים כגורמים שמנעו מהן לדווח על האלימות שחוו.² סוג אחר של מחקרים מתמקד בתסמינים מהם סובלים המטופלים שהותקפו, ובמשמעות תסמינים אלה על התפוקה בעבודה. במחקר בנושא נמצא כי 94% מהאחיות דיווחו על לפחות תסמין אחד של פוסט טראומה לאחר אירוע אלים כלפיהן, ו-17% דיווחו על תסמינים המספיקים כדי לענות על הקריטריונים לאבחון פוסט טראומה. פסיכולוגים ועובדים סוציאליים חשופים גם הם לאלימות מצד המטופלים שלהם.³ במחקר בקרב עובדים סוציאליים נמצא כי 62% מהעובדים הסוציאליים שנבדקו דיווחו כי היו קורבנות של תקיפה פיזית או מילולית. מכלל המשיבים 14% דיווחו כי תקיפתם אירעה בשנה האחרונה. בנוסף, עובדים סוציאליים גברים חשופים יותר לאלימות בהשוואה לנשים.⁴

אלימות כלפי גורמי רפואה ופסיכולוגיה - המצב בישראל

דוח מיוחד שפרסם ביולי 2017 ארגון "מרשם", ארגון המתמחים לרפואה בישראל, קובע כי בכל בית חולים בישראל מתרחשים 109 אירועי אלימות בממוצע בשנה כלפי גורם רפואי.⁵ מהדוח עלה כי רק 2% מגורמי הרפואה מרגישים בטוחים לחלוטין בעבודה. 29% ממי שנהגו באלימות ו-45% ממי שאינם באלימות לא מורחקים עד לסיום הטיפול. רבע מהרופאים חושבים שמהירות הגעת אנשי הביטחון היא איטית מאוד עד איטית, ו-67% מאנשי הצוות הרפואי מעולם לא הגיש תלונה נגד מטופל אלים.⁶

מהנתונים עולה, כי אלימות פיזית מופנית בעיקר כלפי אנשי ביטחון וכן חובשים ואלונקאים; איומים מילוליים מופנים באופן בולט כלפי הרופאים, ואילו בעלי התפקידים האחרים (אחיות, עובדי מנהלה, מעבדה, רנטגן וכו') הם קורבנות בעיקר של אלימות מילולית. גורמי בריאות הנפש, עובדים סוציאליים ופסיכולוגים



סא"ל ד"ר דנה לאה שלף, רע"ן פסיכולוגיה בחיל האוויר

אלימות כלפי צוות רפואי ופסיכולוגי הולכת ונעשית שכיחה עם השנים. מגמת העלייה בהיקף האלימות דורשת, לצד הטיפול באנשים, התייחסות חריגה מעתה על-מנת למגר את התופעה. מטרתו של מאמר זה היא לסקור את התופעה בעולם, בארץ ובצה"ל, להביאה לידי מודעות המפקדים ולהציע כלים להתערבות ברוח "הסמכות החדשה" המתבססת על תפיסתו של הפסיכולוג פרופ' חיים עומר.

אלימות כלפי גורמי רפואה ופסיכולוגיה - המצב בעולם

הדיווח על אלימות מצד מטופלים כלפי כוח עזר רפואי עומד על שיעור של 20.4 ל-10,000 עובדים. בקרב גורמי רפואה מקצועיים השיעור עומד על 6.1 ל-10,000. זאת בהשוואה לשיעור במגזר הכללי של 2.1 ל-10,000 בלבד. באופן כללי, אחיות וכוח עזר סובלים מאלימות גבוהה יותר משאר גורמי הרפואה.¹ מחקר שנערך בקרב אחיות בארצות-הברית מצא כי 25% מהמשיבות דיווחו שחוו אלימות פיזית יותר מ-20 פעמים ב-3 השנים שקדמו לסקר; כ-20% דיווחו כי חוו התעללות מילולית יותר מ-200 פעמים במהלך אותה תקופה. המשיבות שחוו אלימות פיזית תכופה או התעללות מילולית תכופה, העידו על חשש מהתנקמות בהן ועל היעדר תמיכה מצד מנהלי בתי



כלפי המטפל ולציפיות הרדיות מהמפגש הרפואי. כאשר הציפייה אינה מתממשת – היא מגבירה תסכול ותוקפנות. מאפייני המטופל מתייחסים לשירות בחוק, לתלות החייל במערכת הצבאית, למודעות המטופל לזכויותיו ולרמת השירות במערכות האזרחיות. על כך מתווספים המאפיינים הייחודיים למערכת הצבאית, השירות הצבאי כחוויה משברית, תפיסת המציאות באופן קיצוני המתאים לגיל ההתבגרות, המוטיבציה והמחויבות כלפי השירות הצבאי. המטפל – מאפייניו כאיש מקצוע צבאי, מתייחסים לאחריות גבוהה ביחס לשלב המקצועי, ותק מועט ויגיל צעיר, עומס ושחיקה בשל ריבוי מטלות. כמו כן, בהיותם של גורמי הרפואה לובשי מדים – הם נתפסים דמות סמכות ו"חלק מן המערכת", ולכן החיילים רואים בהם ייצוג של המערכת שאינה מותאמת לצורכיהם ולרצונותיהם.⁷

בעבודה הוצעו כלים למניעה ראשונית (נקיטת מהלכים להבנות מראש סביבה בטוחה שבה קיימת רמת מוגנות גבוהה לאוכלוסיית המטופלים), כלים למניעה שניונית (תגובה זריזה, מושכלת ורלוונטית לאירוע אלימות והחזרת החיים לסדרם התקין בזמן הקצר ביותר) וכלים למניעה שלישונית – טיפול במטפל שנפגע. אלה כוללים פיתוח מיומנויות תקשורת בין-אישית, שיחוקו את תחושת המסוגלות

חשופים לכל סוגי האלימות.⁸ תוקפנות לאלימות נגד המטופלים יש כמובן השפעה רבה עליהם.⁹ תוקפנות מתמדת היא בעלת השפעה רחבת טווח, ופוגעת ביכולות המנטליות של נותן השירות. היא גורמת לעייפות ולמשאבים נפשיים מדולדלים, ל"זמן מת" בעבודה ואף לרצון לפרוש. כמו כן תוקפנות מביאה לפגיעה באיכות התפוקות המידיות.¹⁰ מן המחקר עלה כי רופאים שהותקפו נוטים להרבות במרשמי תרופות ובהפניות לבריכות ביחס לרופאים שלא הותקפו; בכך הם ככל הנראה מנסים לרצות את המטופל.¹¹

בארץ הוקמו ועדות והוצעו תוכניות למיגור תופעת האלימות. בפועל, גם לאחר החלטת הממשלה, לא נעשו פעולות ממשיות על-מנת למצות את הדיון עם הפוגעים, בשל מורכבות הסוגיה ואי-מיצוי סל הכלים הקיימים.¹²

אלימות כלפי מטופלים בצה"ל

בשנת 2008 נעשתה עבודה מקיפה בחיל הרפואה על אודות האלימות כלפי צוותי טיפול.¹³ כבר אז זיהו את האתגר לתמרון בין מאפייני המטופל, המטפל והמפגש הרפואי. מאפייני המפגש הרפואי התייחסו לעומס המפגשים, להיכרות המועטה עם המטפל, לחשדנות

של הסגלים המטפלים בניהול המפגש הרפואי. כמו כן המיומנויות יאפשרו ביסוס יחסי אמון הרדיים שבין מטפלים למטופלים.¹⁴ בסקר ייחודי בצה"ל נמדדה רמת השחיקה הנפשית בקרב אוכלוסיות שונות של מטפלים: רופאים, רופאי שיניים וגורמי בריאות הנפש. במחקר, שנערך בין השנים 2013–2015, השתתפו 169 אנשי מקצועות טיפול צבאיים. רובם דיווחו על רמת שחיקה בעוצמה בינונית. רופאים בהשוואה לקב"נים ורופאי השיניים, היו בעלי ממוצע השחיקה הנפשית הכללית הגבוה ביותר. הרופאים אף דיווחו על רמות גבוהות יותר של תשישות רגשית ודהיפרסונליזציה (חויית ניתוק מהעצמי) בהשוואה לבעלי המקצועות האחרים. עוד נמצא כי רמת השחיקה הנפשית קשורה לררישות תפקיד גבוהות. מטפלים שעסקו ישירות בטיפול בחיילים דיווחו על ררישות תפקיד גבוהות יותר בהשוואה למטפלים שעסקו בתפקידי ניהול.¹⁵

אלימות בצבא - מגמות התורמות להתרחשות התופעה

בצה"ל קיימות כמה מגמות שאינן בבחינת הגורם לתופעת האלימות, אולם עלולה להיות להן תרומה להיווצרות מתח המתבטא באלימות: **מדד הנשר**. הנחיית הרמטכ"ל היא מלחמה על כל חייל ומאמץ מרבי למניעת נשר בחילות השונים. יעד חיל רפואה וברה"ץ בכלל זה הוא לספק טיפול רפואי מתקדם, זמין ואיכותי, לצורך שמירה על בריאותם הגופנית והנפשית של החיילים וכן על תפקודם הרציף. במובן הזה, גורם רפואה צבאי נמצא במתח שבין הטיפול בפרט לבין דרישות המערכת, ובכך מנקז לפתחו זעם פוטנציאלי. ירידת המוטיבציה לגיוס ולשירות קרבי. בעידן האינדיווידואליזם, המקדש את הפרט על פני הקולקטיב, השירות כבר אינו נתפס ערך עליון, והשתמטות משירות אינה נושאת עמה אות קלון חברתי כבעבר. ברוח של אכ"א שהוצג בנובמבר 2016, נמצא כי שיעור הגיוס של הגברים לצה"ל עמד על 71.9% בלבד, כלומר יותר מרבע מהגברים אינם מתגייסים כלל. בשנת 2007, כמעט עשור לפני כן,

בהיותם של גורמי הרפואה לובשי מדים - הם נתפסים דמות סמכות ו"חלק מן המערכת", ולכן החיילים רואים בהם ייצוג של המערכת שאינה מותאמת לצורכיהם ולרצונותיהם

עמד שיעור הגיוס על כ-75.5%. המוטיבציה לשירות קרבי ירדה אף היא, כפי שעולה מן הנתונים שהוצגו: בעוד שבגיוס נובמבר 2015 כ-72% הביעו את רצונם להתגייס לחילות קרביים, בנובמבר 2016 רק 69% הביעו רצון לשרת ביחידות קרביות.¹⁶ שחרור בגין התנהגות רעה וחמורה. בקשות לשחרור שעולות לווה"ל (ועדת התאמה לשירות) ונתקלות בסירוב, מעצימות את התסכול בקרב מי שנמצא פוטנציאלית לא מתאים לשירות, ומנקזות את מלוא התוקפנות כלפי ערוצי שחרור אפשריים: רפואה ובריאות הנפש.

תפיסת חיילים בצה"ל את השחרור מהצבא על רקע נפשי כמסלול המהיר ביותר לשחרור. חיילים רבים מעדיפים שלא "לשלם את המחיר" של ישיבה בכלא צבאי ושחרור על רקע התנהגות רעה וחמורה, ומעדיפים לבצע התנהגות של פגיעה עצמית על-מנת להשתחרר. יש לציין כי מקרי האלימות של החייל כלפי עצמו מכונים "פגיעה עצמית", ואינם מדרווחים כמקרי אלימות כלפי צוות רפואי, אלא אם כרוך בהם ממד של איום מפורש כלפי הבודק. עם זאת, התנהגות זו כרוכה בתוקפנות המופנית כלפי העצמי, וכאשר היא מתרחשת אל מול עיני הבודק כרוך בה ממד של איום. שהרי בכך מאיים החייל על הסובבים אותו: המפקדים, הקב"ן והרופא, שמא לא יתנו לו את מבוקשו, הגם שאיננו נתון במצוקה אוברדנית.

עליה בכמות המפגשים עם רופא ועם קב"ן ובבקשות לטיפול. בצה"ל עלתה כמות המפגשים עם קב"ן מאז 2010 ב-40%. העלייה הדרסטית מגבירה מטבעה את שחיקת המטפלים, ושחיקה זו עלולה לצמצם את יכולת ההכלה שלהם, ולהעלות את הסבירות לתגובה תוקפנית. התגובה התוקפנית מצד המטופל מעצימה, במעגל הרסני, את רמת השחיקה של המטפלים.

מצב סוציו-אקונומי או משפחתי חריג. על אף כלים רבים שהצבא מציע בהתמודדות באמצעות ערוצי הת"ש, המצב הסוציו-אקונומי הקשה של חלקים רחבים באוכלוסייה, בשילוב ירידת המוטיבציה לשירות, הרצון להרוויח כסף ולניצול הזמן לצרכים אישיים, יוצרים ניקוז של פניות אל גורמי ברה"ץ כמוצא לשחרור.

הצעה מערכתית לטיפול באלימות

לטובת טיפול באלימות שהוצגה הלהן, נבקש להציע גישה הכוללת התייחסות לגיוס הקהילה כולה למלחמה במעשה האלים. טיעון הבסיס של הצעה זו נשען על ההנחה כי מעשי אלימות אינם גורמים נוק רק למי שהופנתה כלפיו אלימות או לרכוש שנהרס, אלא לקהילה כולה. במובן זה, כל מעשה אלים, גם אם מבוצע בסתר, הוא אקט ציבורי הפוגע ביסודות הקהילה. כל טיפול בתופעה המתעלם מממד זה לוקה בחסר.¹⁷ גישה זו מתבססת על תפיסתו של הפסיכולוג פרופסור חיים עומר, בנושא "הסמכות החדשה", ובפרט על התוכניות המבוססות על השקפה זו הרוגלות בהתנגדות לא אלימה.¹⁸

עומר טוען כי הסמכות "של פעם" הייתה מבוססת על יראה, פחד, ציות עיוור ושימוש בכוח. סמכות שאינה מתאימה לחברה חופשית ופלורליסטית כפי שהיא כיום. לדבריו, הסמכות ההורית אינה רק מושג לגיטימי וחיובי, אלא תנאי הכרחי לקיומה של מערכת יחסים תקינה בין הורה לילד, והתערעורתה יצרה בעיה. הסמכות החדשה שמה דגש על צורך בגבולות, ועל התמודדות חדשה בצורה התואמת את הערכים וההשתנות החברתית. לדוגמה, הורה שאומר לילד שלו: "אני ההורה שלך ונשאר ההורה שלך. גם כשקשה לך וגם כשקשה לי, לא ניתן לפטר אותי, או להתגרש ממני, להרחיק אותי או לשתק אותי". החוויה החדשה של הילד ממסר כזה היא שיש לו הורה נוכח במלוא מובן המילה; החוויה של ההורה היא שהוא עדיין מרכזי, משמעותי ובעל השפעה.

מחקרים העוסקים באלימות בבית הספר מעלים כי כאשר הטיפול באלימות מתמקד בפוגע, למשל באמצעות פסיכותרפיה וסדנאות לא-אלימות - תוצאות צמצום האלימות הן קלושות.¹⁹ מנגד, תוכניות המתמקדות במשמעת ובסמכות בלבד עלולות להוביל לניכור משני הצדדים ולהסלמה של האלימות.²⁰



חיילים בנקו"ם. יש להגביר את הסברת גורמי ברה"ן, למשל במסגרת "יום עיון לחייל החדש", כי איש ברה"ן איננו בבחינת "קוסם"

התנגדות לא אלימה היא דרך מאבק המותאמת במיוחד למניעת הסלמה וקישוב הרסניים. קיימות סיבות מגוונות לבחירה במאבק לא אלים:

1. הצגת עמדה מוסרית המגנה אלימות.
2. מודעות ליתרוננו של היריב מבחינת עוצמתו הפיזית.
3. הבנה שהסברה ושכנוע גרידא אינם אפקטיביים.
4. הכרה בכך שדרכים לא אלימות גובות מחיר נמוך יותר מבחינת מספר הנפגעים וכמות הנוקים.²¹

יישום עקרונות אלה הצביע על ירידה משמעותית ברמת שחיקת המותקפים ואפשר להניח כי טיפול באלימות עשוי לצמצם, באופן דומה, גם את שחיקת אנשי הטיפול.

עקרונות יסוד להתמודדות עם אלימות בצה"ל

על בסיס השקפה זו נבקש להצביע על כמה עקרונות יסוד להתמודדות עם אלימות:

נוכחות של גורמי סמכות ויצירת רשת תמיכה. האחריות ליצירת סביבה בטוחה בצבא מוטלת על המפקדים. הגברת נוכחותם של גורמי סמכות מבוגרים באזורים מועדים לפורענות, מעבירה מסר חד משמעי נגד אלימות (משמרות הסיוע בלילה הן דוגמה ליישום היבט זה). נוכחות ותמיכה משמעותית גם תמיכת המפקדים כולם, ובעיקר דרגי הפיקוד הבכיר בטיפול באלימות נגד הצוות הרפואי. דרישה מיוחדת יש להטיל על בעל הסמכות בראש הקהילה – המפקד. מפקד שיגלה אחריות נחושה מול הניסיונות לפגוע בבני קהילתו בונה לעצמו משאבי תמיכה, העשויים לעמוד לזכותו זמן רב לאחר שהמשבר כבר חלף.²² תמיכה משמעותית גם הגנה על הקורבן – תחושת חוסר ההגנה של הקורבן איננה רק עניינו הפרטי, אלא גם אירוע ציבורי. על הקורבן לזכות בהגנה ובתחושת בטחון. עצם גיוס הקהילה לטובת הקורבן מהווה רשת תמיכה, והיא התרופה הטובה ביותר למכאובו. בהקשר זה, גורמי הטיפול שבין יתר תפקידם להקל על הסבל ולרפוא מכאוב, וזקוקים להגנה ולתחושת ביטחון עלי-מנת שיוכלו לבצע עבודתם נאמנה, ללא חשש וללא משוא פנים.²³

מניעת הסלמה. הגורמים הדוחפים להסלמת העוינות הם: רמה גבוהה של עוררות רגשית, גישה כוחנית, נתק הדדי ועוד. גורם מרכזי לתובענות מסלימה הוא הניסיון לקנות שקט באמצעות כניעה

להתנהגויות תוקפניות, או העלמת עין מהן. ביישום עיקרון זה, יש להחליף את הגישה הכוחנית בגישה של התמדה. גישה זו ממתנת את הרחף לנצח בכל עימות. התוקפן הפוטנציאלי מבין לאט שאף שהמותקף "לא ניצח" בעימות המידי – אין פירוש הרבר שהוא נכנע, אלא שהוא מכין תגובה שקולה ומתוכננת היטב. במקרים של ניתוק, למשל, יש לשמור על קשר יזום (לדוגמה, בתקופות בהן חייל מושהה או נמצא בנפקדות), חויית הנתק מצטמצמת וכך גם ההסלמה.

שקיפות ופומביות. הרעיון מבוסס על ההבנה כי חשיפת האלימות פוגעת בהמשך קיומה, בעוד הסתרה מזינה אותה. שקיפות ופומביות מגדילות את האמון בבעל הסמכות, יוצרות דעת קהל נגד אלימות ומדגישות את ערכי הקהילה. כל אלה מהווים יתרונות בולטים במאבק באלימות. יש להבין כי אירוע אלימות אינו אירוע ששייך רק לצוות הרפואי שנפגע – הוא עניינה של הקהילה כולה.

תיקון שייכותו של הפוגע לקהילה. פגיעת מעשי האלימות מסתמנת גם אצל התוקף, שבמעשיו מעמיד את שייכותו לקהילה בספק. על הקהילה למצוא דרכים להשאיר את הפוגע בתוך הקהילה, ולא להדיר אותו ממנה. הדרה יוצרת פגיעה מוסרית ופגיעה באדם. בשונה מעונשים, שבהם המטרה היא להרתיע, בפעולות תיקון המטרה היא לקדם הפנמה של ערכים נגד אלימות.²⁴ לצד זאת, המערכת הצבאית לא יכולה ולא צריכה, לתפיסתנו, להכיל מקרי אלימות קשים ולצד עיקרון זה – יש לטפל בהם באופן משמעותי חריף.

טיפול באלימות - פתרונות יישומיים

קיימות כמה הצעות יישומיות לטיפול באלימות כלפי מטפלים בצבא, חלקן בהשראת תפיסת ה"סמכות החדשה" וב"התנגדות לא אלימה" לטיפול באלימות:

הסברה. הסברת גורמי ברה"ן, למשל במסגרת "יום עיון לחייל החדש", כי איש ברה"ן איננו בבחינת "קוסם" שאליו מגיעים במטרה למענה מידי וקונקרטי. על החייל להבין כי מדובר באיש טיפול, המבקש לסייע בהתמודדות עם מצוקה נפשית.

איסוף ותייעוד נתונים. יש ליצור סטנדרטיזציה בדיווח, בכלל המרפאות ותוך זיהוי מוקדים נוספים: ת"ש, מפקדים וכדומה. איסוף זה מהווה צעד מרכזי בשקיפות ובמתן פומביות לאלימות.

דיווח למפקדים. יש להקפיד על נוהל הדיווח, בדגש על דרג הפיקוד הבכיר, כעיקרון המקדם שקיפות, נוכחות פיקודית וגידול רשת התמיכה בגורם הטיפול שנפגע.

היבטים משפטיים של מוצאי הדין. יש לספק הגדרה ברורה מהי אלימות, מי הוא הגורם השופט, מהי רמת הענישה הנדרשת ומהן ההגדרות לשימוש בגוף המשטרה הצבאית. בהקשר זה יש לשקול יישומו של רישום פלילי בגין עבירת אלימות כנגד גורם טיפול רפואי, בדומה לנעשה במסגרת האזרחות. היבטים משפטיים מהווים בסיס לתמיכה מעשית בקורבן, והעברת מסר חדי-משמעי לתוקפן.

ענישה מחמירה. הסעיף הנ"ל אף הוא ביטוי למסר נגד אלימות ולתמיכה בנפגע. בתפיסת ה"התנגדות הלא אלימה" התגובה יכולה להידחות (לעיתים זו בעצם האפשרות המועדפת, שכן היא יכולה להגביר את התמיכה בקורבן ולצמצם הסלמה), אך עמדתנו היא כי בצבא, על פי רוב, יש הכרח להתייחס לאלימות באופן חד ומידי שלא יאפשר, למשל, ביצוע עריקות טרם משפט.

פומביות. לאחר כל אירוע אלימות, יעודכן מפקד הבסיס על-ידי הגורם המטפל שנפגע. לאחר סיום תהליך השיפוט, יוציא מפקד



זלת של משרד הקב"ן. בקשות לשחרור שעולות לווה"ל (ועדת התאמה לשירות) ונתקלות בסירוב, מנקזות את מלוא התוקפנות כלפי ערוצי שחרור אפשריים: רפואה ובריאות הנפש

להכשיר את אנשי הטיפול באמצעות מאמן (סימולטור) במסגרת "מסר", המרכז הארצי לסימולציה רפואית, בתקשורת ובהתמודדות עם דרשנות, עם אגרסיביות ועם אלימות. יישום זה יתמקד בשיפור דרכי תקשורת, ובמציאת דרכים למניעת הסלמה.

שחרור באמצעות ווה"ל והרחבת הסמכויות למפקדי הבסיסים. שימוש בערוץ זה עשוי לצמצם את מוקד הלחץ המופעל על גורמי הרפואה לשחרר חיילים שאינם סובלים מהפרעה גופנית או נפשית ההולמת שחרור, לחץ שמתבטא לעיתים בפרצי אלימות.

מניעת הסלמה. לצד העונש המידי, שמירת הקשר של המפקדים עם החייל בעת ריצוי העונש, מהווה, להערכתנו, ביטוי אפשרי לתפיסת תיקון השייכות. כמו כן יש למצוא דרכים מעשיות לתיקון הנוק שנגרם, למשל באמצעות הבעת התנצלות או תיקון הנוק הממשי שנגרם לרכוש.

סיכום

בשנים האחרונות הולך וגובר העיסוק בתופעת האלימות במערכת הבריאות, לאור גילויי אלימות מצד מטופלים כלפי סגלי רפואה בכתי החולים ובקופות החולים ברחבי הארץ. תופעה מדאיגה במיוחד, היא האלימות המופנית דווקא כלפי מי שאמון על סיוע וטיפול בחייל – הצוות הרפואי.

ב-2008 נערכה עבודה מקיפה בנושא אלימות נגד סגלי הרפואה.²⁵ עניינו של מאמר זה הוא לשוב ולעסוק בנושא תוך מתן פומביות לתופעת האלימות, כמו גם להציע הסתכלות נוספת ונקיטת צעדים מעשיים ברוח תפיסת "הסמכות החדשה". בית הדין הצבאי פסק כי: "עבירות אלימות הפכו נגע כואב (תרתי משמע) אותו יש לשרש. משנה חומרה יש לראות בעוברה שמדובר בתקיפת חובשים במרפאה, ולא יעלה על הדעת כי ממלאי תפקיד כאמור יהיו חשופים לאיזושהי פגיעה, ועל כן על בית הדין לתרום לצמצום התופעה ולהרתעת עבריינים בפועל ובכוח מביצוע עבירות מסוג זה".

חשוב להרגיש כי הטיפול המניעתי והמשמעותי אינו סותר המשך קבלת טיפול רפואי או נפשי כנדרש, כפי שראוי. למעשה, המשך הטיפול מהווה גשר אפשרי לתיקון ויש לפעול בשני הערוצים בו זמנית.

* בכתיבת המאמר השתתפו: אל"ם ד"ר יפעת ארליך, קרפ"ח אוויר; רס"ן שרון דותן, רמ"ד שדה בחיל האוויר; וסרן רעות כהן-קורן, קצינת פסיכולוגיה בח"א 8 החערות למאמר הזה מתפרסמות באתר הוצאת מערכות.



הבסיס ערכון באמצעות דוא"ל לכלל מפקדי היחידות, ובו פרטי האירוע ללא שמות (כדי להימנע מפגיעה בסודיות הרפואית), מהלכו ואופן השיפוט שלו. לבסוף, יחתום מפקד הבסיס את האירוע בהודעת המחויבות לכללים, להגנה על הקורבן ובהנחיה ברורה להעברת המסר לכלל החיילים. מפקדי היחידות יאכפו הנחיה זאת ביחידתם. העברת המסר לכל חייל וחייל יכולה לתת הר לרעיון הפומביות, הלכה למעשה, ובכך להוות צעד נוסף למיגור האלימות בכלל וכלפי אנשי רפואה בפרט.

אמנה להתנהגות נאותה בחדר רפוא/קב"ן. הצעה נוספת היא לחבר אמנה להתנהגות בעת טיפול, שתכלול את כל מרכיבי היסוד, כדי לוודא שכללי ההתנהגות ברורים וליצור אקלים שאינו סובלני לאלימות. אמנה זו תופיע על קיר המרפאה או חדר הקב"ן במקום בולט, ותהיה תשתית לחוזה בין מקבל הטיפול לנותן הטיפול.

אמנה זו תדגיש כמה כללים המחייבים את החייל עלימת לקבל טיפול נאות:

1. הטיפול יהיה בלבוש הולם – במדים.
2. הקפדה על צנעת הפרט – שמירה על חיסיון מקבלי הטיפול, איסור על פתיחת הדלת כאשר היא סגורה, איסור להמתין ליד הדלת אלא רק בחדר הקבלה.
3. שיח מכבד – דיבור מנומס, בטון נעים ובעוצמה סבירה.

בתפיסת ה"התנגדות הלא אלימה" התגובה יכולה להידחות, אך בצבא, על פי רוב, יש הכרח להתייחס לאלימות באופן חד ומידי

4. המתנה מנומסת וקביעת תור מראש – קבלה על פי התור שנקבע.
5. אין להיכנס לקבלת טיפול עם נשק.
6. הקפדה על כבוד לסביבה – אין להשחית רכוש במרפאה.
7. איומים כלפי גורם מטפל – לפי סעיף 381 (ב) לחוק העונשין – תקיפת עובד ציבור היא עבירה מסוג פשע שהעונש המקסימלי הקבוע בצידה הוא 5 שנות מאסר והיא נושאת רישום פלילי.

לאור חומרת העבירה הונחו התובעים הצבאיים כי במקרה של אלימות כלפי צוות רפואי שבו נגרמה חבלה, ייחסו לנאשם עבירה לפי סעיף זה. בנוסף, בהתאם לרפורמה החדשה בדין המשמעתי, אשר נכנסה לתוקפה בינואר 2009, לקצין שיפוט בכיר (בדרגת רס"ן ומעלה) שהוא מפקד מרפאה צבאית או סגנו, הסמכות להגיש תלונה ולשפוט כל חייל הנמוך ממנו בדרגה, העובר עבירה נגד המשטר והמשמעת בשטח המרפאה.

לחצני מצוקה. יש לכתוב תו"ל בנושא ולהפעיל אותו בעת הצורך. יש להציב אמצעי אבטחה למתן מענה בעת קריאה לסיוע. ההגנה צריכה להיות מהירה, מיידית ואפקטיבית, עליידי כוח מרסן הזמין מעבר לשעות פעילות המרפאה.

הבשרה לאנשי רפואה. כפי שנעשה כיום בחיל הרפואה, יש להמשיך