

מדור משפט רפואי

זכות העובר להיוולד

פרופ' ש. גליק,

דיקן הפקולטה לרפואה, אוניברסיטת בן-גוריון

כשהעיתונים בישראל דיווחו על החלטת בית המשפט העליון לדון בשאלה נאחו הציבור הרפואי בפאניקה, במיוחד הציבור העוסק באופן מקצועי בגנטיקה וביעוץ לנשים בהריון. הפאניקה כרגיל היתה מוגזמת, אבל הנושא המתפתח הוא רציני מאד עם אפשרויות של השלכות מרחיקות לכת. ברצוני להדגיש כמה נקודות עקרוניות;

מקובל בחברה שלנו שאם משהו נותן עצה לא מוצלחת בצורה רשלנית ניתן לתבעו בבית משפט ולקבל פיצויים. הסובלים העיקריים מגישה זאת הם הרופאים. נדמה לי שאין מקרים רבים בהם נתבעים יועצים כלכליים, בנקים, ועורכי דין על נזקים כלכליים אדירים שהם לפעמים גורמים ללקוחותיהם. אבל גם בתביעות לרשלנות רפואית ישנם הבדלים מהותיים בין חברות מערביות שונות, בגלל סיבות תרבותיות, אירגוניות, וחוקיות. למשל בארה"ב יש יותר תביעות משפטיות לרשלנות רפואית לפי אוכלוסיה בשנה אחת משהיה בשירות הרפואי הלאומי באנגליה מאז הקמתה לפני 40 שנה. בארה"ב קיימת גישה שבאילו יש לאדם הזכות הכמעט לא מעורערת להשאיר בריא ונורמלי ואולי אפילו לא למות. אילכך, כל פגם, כל מחלה לא צפויה, נחשבת לכשלוש של מישוה, והמישהו צריך לתת את הדין. בארץ טרם הגענו לממדים של ארה"ב אבל אם לשפוט לפי מספר התביעות וחוסר שביעות הרצון של האוכלוסיה יש סיכויים שנתקרב יותר למצב של ארה"ב מלמצב של אנגליה. בכל מקרה, תביעה משפטית בגלל עצה רפואית לא מוצלחת שניתנה ברשלנות מקובלת בחברה שלנו, ואדם זכאי לקבל תשלום עבור נזקים שנגרמו לו. גודל הנזק הוא נושא לדיון בין התובע לבין הנתבע והשופט מחליט על הערכה סבירה של הנזק ועל מידת הרשלנות. אילכך מתן עצה לא מוצלחת בשטח של גנטיקה אינו שונה באופן עקרוני ממתן תרופה לא נכונה או מטעות רפואית אחרת.

הערכה של נזק להורים ניתנת לשיפוט, ואולי אין צורך בכלל להכנס לויכוח הפילוסופי האם יותר טוב להיות עם פגם או לא להוולד בכלל.

הויכוח היותר קשה ונוקב בכל המקרים בספרות התנהל בקשר לילוד במצב שבו אף פעם לא היתה לתינוק אפשרות להיוולד נורמלי. היו לו שתי אפשרויות. להיוולד פגום או לא להיוולד בכלל, ונוצרה הבעיה הקשה איך להשוות מצב של פגם למצב שבו נסיוננו לא עוזר לנו בהערכה, המצב של אי-הוולדות.

במקורות היהודיים הקלאסיים יש מעט דיונים שאפשר לקשרם ישירות לנושא. יש מחלוקת מפורסמת בין בית הלל ובית שמאי במסכת ערוכין שבו בית שמאי טוענים "נוח לו לאדם שלא נברא יותר משנברא" ובית הלל טוענים "נוח לו לאדם שנברא, משלא נברא". אבל למרות שלכאורה הדיון הזה נשמע רלוונטי אין לו שום קשר לנושא שלנו. מדובר באנשים בריאים ונורמליים ובדיון פילוסופי גרידא, עם מספר הסברים לא רלוונטיים לדיוננו.

לכאורה יש תמיכה ברורה בהלכה ובמוסר של היהדות לפסוק בצורה חדיש-שמעית שכל פסק זמן של חיים, אפילו דקה, אפילו שניה, אפילו אם הוא מלווה בסבל הוא יותר טוב מאי-חיים, ואכן זאת ההלכה הנפסקת. אבל בכל זאת יש לנו מספר דוגמאות מהמקורות שמוכיחים שמבחינה פילוסופית לפחות, הענין איננו תמיד כליך פשוט. היהדות אכן מכירה במצבים שבהם המשך החיים יכול להיות יותר גרוע ממוות. לא אכנס לדיון מעמיק במקרים האלו ורק אצטטם. יש למשל הסיפור של שאול המלך שלכאורה התאבד, בגלל המצב אליו נקלע. בהסטוריה של העם היהודי היו מספר רב של אנשים שהתאבדו כשעמדו לפני מצב של כפייה או עינוי ע"י נוכרים. הר"ן בגמרא נדרים מתיר תפילה להאיץ את המוות של אדם הסובל מיסורים. יונה הנביא כשהיה במצב של חוסר מים וחום סביבתי גבוה התבטא "טוב מותי מחיי". המקורות האלו מראים בעליל שלפחות בעיני בני אדם מסויימים יכול להיות מצב שהמוות עדיף מהחיים, לפחות מבחינה פילוסופית והמסורת היהודית משלימה עם העובדה הזאת. למרות שמבחינה מעשית ברור שיש איסור מוחלט לבצע פעולה ממשית לקצר את החיים, אפשר אולי לטעון שקיים הבדל בין פעולה ממשית לקצר את החיים לבין בקשה לפיצויים על הסבל שנגרם ע"י השארות בחיים. אינני רואה בהכרח סתירה בין שתי הגישות.

וכשדנים על הקושי להעריך את גודל הפיצויים ישנם תקדימים במשפט יהודי על דרך קביעת רמת פיצויים לקבוע מידת הנזק למשל שנגרם ע"י פגיעה גופנית. פונים אל אדם בריא ומעריכים כמה הוא מוכן לקבל כפיצוי בכדי למנוע פגיעה דומה. ניתן גם להעריך באופן יותר מדויק את ההוצאות הכרוכות בנזק וכמו שמקובל בכל פגיעה גופנית אפשר להעריך את המרכיבים "נזק, צער, ריפוי, שבת, ובושת" הקלסיים.

אבל למרות טיעוני שניתן לפרש אותם כתומכים בקבילות של תביעות מצד התינוק הפגום כנגד הרופא, אישית הייתי נמנע מלפעול לפי טיעונים אלה, בגלל ההשלכות החבריות והציבוריות שיתלוו אליהם. אפשר לקרוא לכותרת הזאת "הלכה ואין מורים כן". אנחנו ערים כבר להרחבה העצומה של היקף ובסיס התביעות. כשמדובר על תינוק פגום באופן רציני שנדון לסבל קשה ואולי מוות אפשר עוד להבין ולקבל את האפשרות של תביעה ופיצוי בטיעון שיותר טוב לא לחיות בכלל. אבל הענין לא נגמר ולא יגמר בזה. אחד המקרים המפורסמים בספרות היה בקשר לילד שנוולד חרש – האם באמת יותר טוב לו שלא היה נברא בכלל? ועוד החרב נטויה. וכפי שכמה שופטים התבטאו אין שום הגיון לתבוע את הרופא ולא לתבוע את ההורים בתנאים מסויימים כי אם הפגיעה כה קשה שיותר טוב לא להיוולד איתה ואם ההורים לא בצעו הפלה למה לא לתבוע את ההורים לשלם עבור אותו נזק. ואם זה כשר למה לא לתבוע הורים שלא התנהגו לפי חוקי הרפואה המונעת בזמן ההריון, שעישנו, שתו אלכוהול או לקחו תרופות כנגד הוראת הרופא. ולאן נגיע? היו כבר תביעות משפטיות (שלא התקבלו) נגד הורה שגרם ללידה של ילד מחוץ למסגרת הנישואים, והילד

זכות העובר להיוולד

יואל לוי, עו"ד

ביום 10.6.86 קיימה האגודה לרפואה ולמשפט מפגש חברתי – מקצועי בתליאביב בו השתתפו כ-100 חברים. במרכזו של המפגש נערך ויכוח על פסקידין שניתנו לאחרונה בנושא של הולד שבגלל רשלנות ביעוץ של רופא, או בטפול תרופתי שניתן לאמו נולד עם מום או מחלה. בפתח הדיון ובסכומי הציג נשיא האגודה השופט א. כרמי את הנושא והמשתתפים בויכוח, והראה כי ששה שופטים

טען שהאבא גרם לו סבל נפשי עליידי כך. היתה גם תביעה של ילד כנגד מוסד שבו אימו היתה מאושפזת והיא נאנסה שם והוא טען שהשמירה במוסד לא היתה מספיק קפדנית בגלל רשלנות המוסד. למעשה אין לדבר סוף, ועל החברה להציב לה גבולות סבירים.

עוד גורם חברתי ושיקול נוסף שנצטרך להתחשב בו הוא הפחד שטיעון כזה, במיוחד בחברה שלנו עם הנטיה להגזים, יוצר לחץ כביר על רופאים לא להסתכן ביעוץ קפדני ומדויק אלא להמליץ על הפלות אפילו כשהפלות אינן מוצדקות. מבחינה חברתית הפחד הזה הוא רציני ביותר, כי כבר כיום אפילו בלי הפחד לתביעה הזאת קיימת קלות ראש מדהימה מצד רופאים ועובדות סוציאליות בהמלצות על הפלות אפילו כשהחשש לפגיעה בעובר היא מזערית ביותר. ועם פתיחת דלת לתביעות יתרבו ההפלות עוד יותר. בסיכום למרות שבמצבים מסוימים הייתי מוכן מבחינה פילוסופית לקבל גישה שהיתה מתירה תביעה מצד תינוק כנגד הרופא, בפועל אני מתנגד למתן אפשרות הזאת בגלל טובת הציבור וכדי למנוע ההשלכות המזיקות שיכולות לנבוע מגישה זאת.

ועכשיו להיות פרובוקטיבי ביותר אם מוכנים לקבל טיעון של תשלום עבור הוולדות עם מום, הייתי מציע עוד סוג של תביעה יותר מסובכת ובעייתית מבחינה קונספטואלית מזו שאנחנו דנים בה היום. וזאת תביעה מצד תינוק שהיה יכול להוולד לולא שאמא שלו עברה הפלה בגלל יעוץ מוטעה או רשלני. פה יש לנו בעיה משפטית יותר קשה כי אין אפילו תינוק פגום שיכול לתבוע. יש רק תינוק ערטיילאי שאולי היה יכול להיוולד. אבל הנזק הוא לאין ערוך יותר גדול, כאן נמנעו לידה וחיים מעובר לא פגום, מעובר בחזקת בריא, ומי ישלם עבור הנזק הזה.

שכתבו בנושא זה – שופט בית המשפט המחוזי בירושלים (ו. זיילר) בת.א. 277/81 וחמשת שופטי בית המשפט העליון שישבו בערעור על ההחלטה, נחלקו ל-3 קבוצות:

(א) בית המשפט המחוזי והשופט א. גולדברג בבית המשפט העליון סברו כי אם קבלו הורים יעוץ רשלני מרופא בדבר הסכמה ללידה ילד בעל פגם גנטי, יוכלו הם לתבוע בנוזיקין את הרופא בכל מקרה של רשלנות ואולם שופטים אלה סברו כי אין לקטין זכות לתבוע על רשלנות כלפיו שגרמה לחיים במום או לקיומם של חיים במקום זכותו שלא להתקיים.

(ב) המשנה לנשיא בית המשפט העליון השופטת מרים בן-פורת וכבוד השופט ש. לוין הכירו בזכות הקטין שלא להוולד כלל ונכח זכות זו, גרימת קיומו ברשלנות כשמלווה לה נזק פיזי ונפשי מחייבת את הרופאה שייעצה בפצויים אם יוכח

רשלנות ומשפט

יעוץ רשלני להורים או רשלנות בעריכת הבדיקות.
(ג) השופט א. ברק והשופט ש. לוין גרסו כי לקטין יש זכות להיות בריא וכאשר הוריו קבלו יעוץ רשלני, הרשלנות ארעה לפני לידתו וגרמה לחיים במום להבדיל מחיים ללא מום, ויש לפצותו.

את הדיון הנחה מנכ"ל משרד הבריאות פרופ' ד. מיכאלי והבקורת כלפי פסק-הדין והשלכותיו הושמעה מפי ד"ר ג. קלינג מ"מ ראש לשכת עורכי הדין ומרצה בפקולטה למשפטים שהציג את השאלות המשפטיות הקשות המתעוררות מעצם העובדה שפסק הדין מהווה חקיקה שפוטית.

כמו כן הוטחה בקורת על פסק הדין מפי פרופ' י. שנקר יו"ר החברה לגניקולוגיה בישראל אשר הזהיר מפני הסכנה שתבינה הפסקות הריון והעדר לידה בשל חשש מופרז מפני תביעות משפטיות.

פרופ' ש. גליק דיון בית הספר לרפואה באוניברסיטת בארשבע הראה כיצד לדעתו שוגים השופטים בנתוח המובאה בדבר "נוח לו לאדם שלא נברא יותר משנברא".

פרופ' ע. שפירא מהפקולטה למשפטים באוניברסיטת תל-אביב תמך בפסק-הדין של השופטים א. ברק וש. לוין בהסבירו כי אין מקום להבחנה בין רשלנות כלפי קטין שבוצעה לאחר לידתו לבין רשלנות שבוצעה לפני לידתו ושתוצאותיה ברורות ונראות לאחר לידתו.

עו"ד ש. קיזמן, ד"ר מ. תירוש וחברים נוספים העירו את הערותיהם בנושאים הקשורים לפסק הדין ובמיוחד חובת ההורים כלפי הילד – האם ניתן לתבעם ומהו הגבול בין תביעה שהסדר הצבורי מכיר בה לבין תביעה שבנגוד לסדר הצבורי ושהמחוקק לא הגדירה במפורש (השופטת בן-פורת קובעת כי הכרה בתביעות על נחיתות של ממוזרות, או צבע עור מנוגדת לתקנת הציבור ולערכים המוסריים המושרשים בחברתנו).

השבשטא שנראית בגישה המחייבת פצוי על לידת ילד חולה כי מוטב היה אלמלא נולד על חיים עם מגבלות חמורות, נובעת מהעדר אפשרות להעריך את משמעותם של אי-חיים.

השופט זיילר אמר על כך:

"בהיות החיים אלמנט חיובי, לא נוכל להשוותו עם דבר בלתי ידוע לנו שהדבר הבטוח היחיד הוא שאין בו חיים".
ואלו הקושי בגישה השופטים ברק וש. לוין נובע מכך שהקטין לא יכול להוולד אלא במומו ולכן הוא יכול לטעון רק לזכות החדלון.

משפטים כגון אלה הוגשו כבר במדינות שונות ובעיקר בארצות הברית:

ג'וי טורפין נולדה חרשת כתוצאה ממחלה תורשתית. טענתה היתה כי לא היתה נולדת אלמלא אבחנה מוטעית אצל אחותה הבוגרת.

בית המשפט העליון בקליפורניה דחה את התביעה לנזק כללי של הקטינה בקבעו כי היא לא אבדה חיים ללא מום אלא את המצב הבלתי ידוע שלא להוולד כלל. עם זאת על

הנזקים המיוחדים חוייבו הנתבעים בפצוי כי בשל רשלנותם נגרמו הוצאות ונפגע כושר השתכרותה של הקטינה.

כך גם פסק בית המשפט העליון במדינת ושינגטון בענין אליזבט וקרטטינה הרבסון שסבלו מפגור שכלי כתוצאה מתרופה נגד מחלת הנפילה שאימם נטלה בתקופת ההריון. הן קבלו פצוי על הוצאות רפואיות והוצאות חנוך אך לא על נזק כללי.

בבית-המשפט העליון באילינוי תבעו הורים שנולד להם בן החולה במחלת טאירזקס (מחלה הפוגעת במערכת העצבים המרכזית שעוברת בתורשה אצל יהודי מזרח-אירופה).

תביעתם התקבלה כי הוכח שבדיקה פשוטה בראשית ההריון היתה מגלה את סמני המחלה בעובר, אולם תביעת הקטין נדחתה בעיקר משום שהוא תבע רק פצוי על כאב וסבל (גולדברג נ. רוסקין).

ב-8 מדינות ארה"ב נדחו תביעות קטינים, כי החלטת ההורים היא הקובעת אם ללדת או להפסיק ההריון.

כל השופטים העלו על נס את עקרון קדושת החיים ומשמעותם ועד כמה קשה להתמודד עם השאלות הנוגעות לתחום זה. עם זאת, אין ספק שהמערכת המשפטית נדרשת להתמודד עם בעיות הנוגעות לקיום.

החשש מפני תביעות משפטיות מופרז יותר מההשלכות החברתיות של הידע והטכנולוגיה הרפואית כאשר לפי דברי פרופ' מיכאלי מחלת אדמת או אסון בכור בצ'רנוביל גרמו להפסקות הריון בלתי מוצדקות.

השופטים שדנו בענייננו היו עדים לכך ועל כן לפי דברי השופט ד. לוין "מתבקשת התייחסות לשאלות ערכיות, מוסריות וחברתיות ונדרשת תשובה לבעיה משפטית קשה ומורכבת".

הבה נקוה כי בנושאים אלה יתקיימו דיונים נוספים להגברת מודעות בנושאי המשפט הרפואי והקניית ערכים. לעתים גולש הדיון לנושא של פוליסה של חברת בטוח והעיקר – ערכם של חיי אנוש נשכח.

השופט דב לוין אמר על כך:

הסוגיה העומדת לדיון והכרעה בפנינו, סבוכה ורגישה היא. שזורים ומשולבים בה השקפות עולם פילוסופיות בשאלת מהות החיים וקדושתם; מתבקשת התייחסות לשאלות ערכיות, מוסריות וחברתיות ונדרשת תשובה לבעייה משפטית קשה ומורכבת, שהעסיקה והטרידה מערכות שפות ובתי מחוקקים בעולם הרחב. ראוי על כן כי סוגיה זו תמצא, עם הזמן, את פתרונה היסודי והמקיף בדבר חקיקה, אשר יבטא את העקרונות, ויקבע את הכללים המחייבים בענין, כפי שיהיו מקובלים על המחוקק הישראלי. חקיקה כזו מטבעה שהיא מתגבשת אחר מצוי תהליכי למידה, עיון ודיון מעמיק, שסופם זוכה היא לגושפנקת הרוב בבית המחוקקים.

הזכות שלא להיוולד

ש. קייזמן, עו"ד

העובדות וההלך
בבית המשפט המחוזי

העובדות הן להלן: אשה פנתה עוד בטרם נשואיה, לייעוץ גנטי כדי לברר אם מחלת הנטר, הקיימת בקרב משפחתה, עלולה לפגוע בצאצאיה לעתיד, שאם כן הדבר נחושה היא בדעתה שלא להביא ילדים (זכרים) לעולם. הרופאה היועצת, לטענת האשה, כתוצאה ממעשה רשלנות בעריכת הבדיקות או בהסקת המסקנות מהן, קבעה שאין חשש כזה. (יודגש כי טענת הרשלנות טרם לובנה בבית המשפט ועל כן היא בבחינת טענה לכאורה בלבד). על סמך חוות דעת זו הרתה האשה וילדה בן, כשהוא נגוע באותה מחלה. בגין אלה הוגשה לבית המשפט המחוזי, בין היתר בשמו של הקטין, תביעת נזיקין נגד הרופאה והמוסד שבי מסגרתו היא עובדת. בבית המשפט המחוזי נדחתה התביעה על הסף משני טעמים שהוגדרו בפסק הדין כך. האחד: לדעת בית המשפט עילה זו שייכת לאותו סוג של עילות שאין זה מיכולתו ולא מתפקידו של בית המשפט להקימן ומלאכת העשייה בכגון דא חייבת להיות מסורה למחוקק; והנימוק השני, שאילו בית המשפט היה מתיר זכות תביעה כזו נגד זרים בלבד (הרופאה היא גורם זר) ולא נגד ההורים שהולידו היתה המסקנה שלמרות שבית המשפט מכיר בכך שנעשתה לילד עוולה (מונח שאול מחוקי הנזיקין והוא גרימת עוולה המולידה עילה לתביעת נזיקין) משחרר הוא מאחריות בגינה, את גורמי העוולה שהם ההורים, ומטיל אחריות בגינה רק על זרים (הרופאה). זו תוצאה, קובע בית המשפט המחוזי, שתחושת הצדק מתקוממת נגדה. בלשון אחרת מנסחת זאת המשנה לנשיא בית המשפט העליון השופטת מ. כץ-פורת: החלטת ההורים אם להוליד ילד חרף הידיעה שיש סיכון שילקה במום תורשתי הוא ענין לשיקול דעתם הבלעדי ולא יעלה על דעת איש לאמר להורים: הרף אל תלדו ילד בנסיבות אלו. וכשם שאין זה סביר שיכירו בעילת הילד שנולד פגוע לתבוע בנזיקין את הוריו מולידיו (גורמי העוולה הישירים) כך אין זה סביר מדרך קל וחומר להכיר בעילתו נגד מי שהתרשל במתן ייעוץ גנטי להוריו. הכרה בעילה נגד היועץ הרפואי ואי-הכרה בעילה נגד ההורים פוגעת בחוש הצדק ויש בה כדי לקומם. על סמך נימוקים אלו דחה בית המשפט

המחוזי על הסף את תביעת הילד והותיר את תביעת ההורים בשמם הם. על הדחייה על הסף ערער הילד שהוא קטין ועל השארת ההורים כתובעים ערערו קופת-חולים והרופאה. בטרם נתמצת את החלטת בית המשפט העליון בסוגיות אלו נחזור ונדגיש כי סביב השאלה אם הרופאה נהגה ברשלנות או אם לאו טרם נתקיים דיון כך שאין בהכרעת בית המשפט העליון כל התיחסות חדשה לאמות המבחן הקובעות אימתי היתה פעולה פלונית של רופאה רשלנית. אשר לשאלה העקרונית החלטת בית המשפט העליון היתה ברוב של ארבעה מול עמדתו החולקת של שופט בית המשפט העליון השופט גולדברג להכיר בעילת התביעה של הילד. ההנמקות העיקריות לפסק הדין ניתנו בהרחבה על ידי המשנה לנשיא בית המשפט העליון מ. כץ-פורת ושופט בית המשפט העליון השופט א. ברק.

לעתים חייבת להיות השוואה בין חיים לאי-קיום

לדעת השופטת מ. כץ-פורת בפסק דין ארוך ומנומק עקרון קדושת החיים מושרש היטב בתודעה ובהשקפת עולמנו ואין לפגוע בו. אולם בבסיסו הוא מושתת על השוואה בין חיים למוות. מאידך אין להרתע לעתים מלעשות את ההשוואה בין חיים לאי-קיום מלכתחילה. ושאלה זו עומדת לראשונה לדיון בבית המשפט העליון. לדעת השופטת ייתכן שבמצב כל שהוא יהיה אי-קיום (להבדיל ממוות) עדיף על פני החיים. ייתכנו מקרים, אם כי נדירים, בהם ניתן יהא לקבוע שטוב היה לאדם פלוני לולא נולד. לעתים תהא זו הנחה חברתית מוסכמת שמוטב היה לפלוני לא להיוולד מלחיות תוך מגבלות חמורה. הנחה חברתית כזו תוסק אם במקרה נתון תהיה זו דעתו של "האדם הסביר", מונח מושרש היטב בדיני נזיקין. לפי השקפתה של השופטת זה בסיס הגיוני ומשפטי כאחד לקביעה שקיים נזק במובן המשפטי. יוצא מקביעה זו שההשקפה וההתנגדות לה, שהיו עד כה נחלת עולם המוסר הפילוסופי והאתיקה, חדרו ע"י פסיקה זו לעולם המשפט שהוא מטבעו שמרן.

ההכרה בעילת התביעה עונה למבחן המדיניות הרצויה

להלן עוסקת השופטת בשאלה כלום ההכרה בעילת תביעה של ילד שנולד נפגע עונה למבחן המדיניות הרצויה. דעתה של השופטת בכל הנוגע לשיקול הדעה של ההורים להעמיד צאצאים היא שיש לסייג שיקול דעת זה. דעה זו עומדת בניגוד לדעת בית המשפט המחוזי לפיה ההחלטה נתונה בלעדית וללא סייג להורים. די לה לשופטת אם יותירו להורים שיקול דעת רחב, אולם אם בנסיבות מסויימות קיימת חובה מוסרית להימנע מהולדה יש לתחום את שיקול הדעת.

החלטת בית המשפט המחוזי

האחריות. כל נזק יזכה לפיצוי. שלישית, היא מציבה מבחן מקובל וידוע להערכת הנזק שעל פיו נוהגים מימים ימימה. להלן סוקר השופט ברק את הזהות בין גישתו ותורת הנזיקין הכללית.

מדוע ייתבע רק הרופא?

לענין ההקשר הלוגי והדילמה המתעוררת כאשר תובעים גורם זר (הרופא) וחוסמים זכות תביעה נגד ההורים, ומה תהיה ההשלכה אם תותר תביעה כזו נגד הרופא. האם זכות התביעה תישלל כלפי ההורים. סבור השופט כי יש להשאיר סוגייה זו בצריך עיון כיוון שאין היא נדרשת להכרעה בתיק זה. עם זאת, קובע השופט אגב אורחא, כי קיימת הבחנה המצדיקה את ההבדל וזאת משום שהוא מודע לבעיות של מדיניות משפטית שענינה איזון בין האינטרסים מסוגו של קטין לבין האינטרסים של מזיק המשתייכים למסגרת אותה המשפחה, אולם לגוף הענין אין השופט סבור כי יש מקום להעניק חסינות להורים ובכך העת יהיה השופט מוכן לצעוד גם את הצעד השני ולהסיר את חסינות ההורים. שופט בית המשפט העליון, השופט ש. לוין שהצטרף לדעת הרוב ולנימוקיו של השופט ברק סבור שאין קורלציה הכרחית בין עילת תביעתו של הילד כלפי הוריו ועילת תביעתו כלפי צדדים שלישיים אך הוא מרחיק לכת תוך שהוא משאיר בצריך עיון את השאלה אם בכלל אפשרית עילת תביעה כנגד הורים ובאילו נסיבות.

יש לתת עדיפות לחקיקה בנושא זה

שופט בית המשפט העליון השופט ד. לוין אשר הצטרף אף הוא לדעת הרוב נוטה לכך שעם הזמן תהא בנושאים אלו חקיקה. בכך חולק הוא על השופט ברק המעדיף "חקיקה שיפוטית". הסוגיה לדבריו של השופט ד. לוין סבוכה ורגישה ושוררים ומשולבים בה השקפות עולם פילוסופיות בשאלת מהות החיים וקדושתם. מתבקשת התייחסות לשאלות ערכיות, מוסריות וחברתיות. ראוי לדעת השופט כי סוגייה זו עם הזמן תמצא את פתרונה היסודי והמקיף בדבר חקיקה אשר יבטא את העקרונות ויקבע את הכללים המחייבים בענין כפי שיהיו מקובלים על המחוקק הישראלי. עם זאת לענין ההנמקה לקביעת הערכת הנזק סבור השופט ד. לוין כשופטת בן-פורת שהבחנה אינה צריכה להיעשות בין ילד שזכה ונולד בריא לבין ילד שנולד פגוע, אלא בין ילד שזכה לראות את אור החיים והוא בריא לבין מי שלא בא כלל לעולם. בהמשך מבהיר השופט תוך שהוא מביא סימוכין מאסכולות פילוסופיות שונות כי עקרונית נקודת המוצא היא שחיים אפילו הם חיים במום עדיפים על אריחים. "אולם", קובע

אולם מיד מסייגת השופטת את מידת האחריות של הורים לעומת גורם זר והיא קובעת "אם כי התבטאתי שמן הדין להטיל אחריות על הורים כאשר הם מביאים ילד בנסיבות בהן היתה חובה מוסרית להימנע מזאת, אין להבין מדברי שחובה מוסרית זו נשקלת באותם מאזניים כמו מעשה רשלנות של צד שלישי". ובענינו מעשה הרשלנות של הרופא היועץ אם היתה בכלל רשלנות.

על כך שבפסק דין זה אין בכלל מגמה לשנות את הכללים אשר לפיהם בוחנים רשלנות רופאים ישנה התייחסות מפורשת הקובעת שאין לדרוש מהרופא היועץ מעבר לביצוע בדיקה ראויה ושיהא זהיר במדת הסבירות המקצועית בהסקת מסקנות מבדיקה זו ובכך בית המשפט לקבוע אם לייחס לרופא פלוני רשלנות ישקול בזהירות ראויה שמא אין מדובר אלא בטעות מקצועית סבירה. אלו כמובן הכללים שנהגו עד היום, וכאמור פסק הדין אינו בא לשנותם. בהמשך עוסקת השופטת בעיקר בסוגיות שהינן משפטיות ביסודן, כמו כיצד יערך חישוב הפיצויים או אם קיימת חובת זהירות כלפי מי שבזמן ביצועו של מעשה הרשלנות עדיין לא היה קיים. אלו שאלות שהתשובה עליהן היא משפטית וכבר אינה בתחום המוסר והאתיקה.

אין זכות משפטית ל"אי-חיים"

השופט א. ברק מציג פתרון לפיו מעת שהקטין חי ההשוואה היא בין חיים עם פגם לבין חיים ללא פגם. מכאן, שלקטין אין כל זכות ל"אי חיים". האינטרס שהדין מגן עליו אינו האינטרס של אי-חיים אלא האינטרס של החיים ללא מום. הנזק לו אחראי הרופא המתיר (בהנחה שהיתה רשלנות לפי המבחנים המקובלים) אינו בעצם גרימת החיים או במניעתם של אי-חיים. הנזק לו אחראי הרופא הוא בגרימתם של חיים פגומים. הקטין לדעת השופט א. ברק "אינו מבקש לחזור למצב של אי-חיים ואין אנו מעמידים לפניו נטל זה. אין לו זכות לכך. אפילו הוא טוען כי הוא מעדיף אי-חיים על פני חיים אין שומעים לו שכן הזכות היא לחיים ולא לאי-חיים". מכאן שאין כל צורך להעריך את ערכם של אי-חיים בהשוואה לחיים הפגומים. התרשלות הרופא יצרה לדעת השופט סימולטנית את המום והחיים גם יחד ללא כל אפשרות הפרדה. אמת, חיים ללא מום לא היו אפשריים אפילו פעל הרופא בזהירות אך משפעל ללא זהירות הוא יצר חיים במום. לסיום פרק זה, מונה השופט את היתרונות שבתפיסה זו. ראשית היא מגבשת אחריות רופא על נזק שהוא אחראי לו מבלי להזקק להשוואה שבין מצב החיים ומצב של אי-חיים ואין היא נדרשת להתמודד עם הבעיות הפילוסופיות לוגיות אתיות של הערכת אי-חיים. שנית, אין היא יוצרת הבחנה אפרורית בין מקרים נדירים בהם תוטל האחריות לבין מקרים אחרים בהם לא תוכר

השופט, "יכול ומומו של הילוד יהא כה כבד עד שייאמר על אותו יצור אנוש כי "חיו אינם חיים" ו"נוח לו לאדם שלא נברא יותר משנברא". השופט קרוב איפוא לדעת השופטת בן-פורת והוא רואה שלא כדעת השופט ברק אפשרות של עילת תביעה רק במקרים קיצוניים. הכל תלוי בנסיבות המיוחדות של כל מקרה ומקרה ועל פי מידת המום.

דעת המיעוט: אל לו למשפט להתמודד עם סוגיות אלו

שופט בית המשפט העליון השופט גולדברג חולק לחלוטין על דעת עמיתיו ונותר יחידי בדעת מיעוט. לדעתו אין מעמד תעילת תביעה לילד שנולד בנסיבות אלו פגום. כללי המשפט, סבור השופט, אינם חובקים את עולם הנסתר ואין בידי המשפט מענה לקיומה של הזכות שלא להיוולד, זכות לה טוען הקטין. התפישה הערכית המופשטת על מהות היצירה והחיים, הנקבעת על פי תפישת עולמו של המשיג, אינה מספקת ליצירת אמת מידה לקיומה של הזכות המשפטית. יסוד הבעיה על "מהות" אי-הקיום מצויה כל כולה בתחום ההגות של סודות הבריאה ולא בתחום המעש - המשפט. בהיות השאלה בתחום הפילוסופיה - המוסר - התאולוגיה לא ניתן גם להצביע על "תפישה מקובלת" (או זו של האדם הסביר המוצע ע"י השופטת בן-פורת) בכל אחד מתחומים אלה. בהמשך פסק דינו עוסק השופט בהשלכותיה של ההכרה בעילת התביעה שהינן הרבה מעבר לזכותו של הקטין להיות מפוצה (אין השופט מתעלם ממצבו של הקטין אולם הפתרון הוא לדעתו בידי המחוקק). בשאלת ההשלכות אין כוונתו רק לפריצת הדרך שבהכרת העילה גם לגבי תביעות קטין נגד הוריו. לדעת השופט אין להמעיט מהשיקול כי הכרה כזאת תגרור אחריה מתן עצות רפואיות "זהירות מדי" שימנעו לידות עקב חששם של רופאים ויועצים גנטיים להימצא מפירים את חובת הזהירות כלפי היילוד ולהיות חשופים (לשיטת השופט ברק - תמיד) לתביעותיו אם יוולד במום. השאלה היא לדעת השופט האם לא רצוי לשחרר כליל את ציבור הרופאים והיועצים מהשפעתו של שיקול זה? וכפועל יוצא האם המדיניות החברתית הרצויה היא לעודד בעקיפין מצב בו כל ספק יוכרע לצד שלילת הלידה? כאמור, דעת הרוב הכירה בעילת תביעה של הקטין אם הכרה רחבה בדעת השופט ברק או אם הכרה מצומצמת בדעת השופטת בן-פורת.

מכל מקום, פסק הדין יכה הדים הרבה מעבר לקהיליה הרפואית בהיותו חודר לתחומים המעוררים מחלוקת רצינית בציבוריות הישראלית.

רב שיח: "זכות האדם על גופו"

כ"1.87.15 בשעה 17.00 באולם כס המשפט - הפקולטה למשפטים אוניברסיטת תל-אביב יערך רב השיח הנ"ל. משתתפים: פרופ' עמוס שפירא; ד"ר דוד הד; הרב ד"ר מרדכי הלפרין; ד"ר מריאן רבינוביץ וד"ר דן שניט.

בבית המשפט העליון (ע.א. 518/82 540/82) פורסם לאחרונה פסק דין לפיו ניתן לראשונה בפסיקה בישראל לילד שנולד חולה במחלת הנטר מעמד לתבוע תביעת נזיקין את הרופא שיעץ לאמו ייעוץ גנטי. בשל חשיבותו התקדימית והציבורית ניתן פסק הדין בהרכב של חמישה שופטים (בדרך כלל יושבים בערעור שלושה שופטים אולם חוק בתי משפט מתיר לנשיא בית המשפט והוא עושה זאת כשיש חשיבות ציבורית לסוגייה והוא עושה זאת כשיש חשיבות ציבורית לסוגייה העומדת לערעור או כשהנושא עלה לראשונה). ראוי להדגיש כי פסק הדין נושא אופי חדשני לא רק בארץ. באנגליה טרם הכירו בזכות קטין בנסיבות כאלה להגיש תביעה. הוא הדין ברוב המדינות בארה"ב כך שישראל היא חלוצה בנושא זה.

ה'ורנל הבינלאומי לרפואה ולמשפט

בקיץ 1979 יצאה לאור בישראל החוברת הראשונה של ה'ורנל הבינלאומי, שהוא יחידי מסוגו בעולם. ארבע החוברות הראשונות יצאו בהוצאת טרלטדוב, ואילו בשנת 1982 רכשה ההוצאה לאור של שפרינגר (היידלברג) את ה'ורנל, והחלה להוציא אותו במתכונת של רבעון. בשנת 1985 החל ה'ורנל לצאת לאור ברציפות של אחת לחודשיים.

20 חוברות יצאו לאור עד כה, ובהן 216 מאמרים ב-18 מדורים קבועים: משפט רפואי (51) וסיעודי (2); אתיקה (9); רפואה משפטית (10); סמים ואלכוהול (18); פסיכיאטריה משפטית (10); קרימינולוגיה קלינית (21); ופסיכולוגיה משפטית (16); סקסולוגיה ומשפט (15); הפריה ועיקור (15); השתלות (5); הילד המוכה (5); יתגונן (7); פסיקה (21); בבקורת ספרים (2); דיונים (10); ומאמרים כללים (15).

המערכת הבינלאומית של ה'ורנל כוללת מומחים מ-40 מדינות, וכן עשרה עורכי מדורים. בראש המערכת מוצבים שבעה עורכים: פרופ' דויטש מגרמניה המערבית, פרופ' אור מגרמניה המערבית, פרופ' נתן מבפוטאצוואנה, פרופ' סלובנקו מארה"ב, פרופ' שטראוס מדרום-אפריקה ופרופ' וינסליד מארה"ב. השופט אמנון כרמי מישראל משמש כעורך ראשי.

מען המערכת: ת.ד. 6451, חיפה 31063.

האגודה לרפואה ולמשפט בישראל

הוקמה: 1972

חברים: 950 שופטים, עורכי דין ורופאים. פעילויות: ימי עיון, השתלמויות, קונגרסים בינלאומיים, אירועים חברתיים, טיולים משותפים, הוצאת עיתון, הוצאת ספרים, פרסום מאמרים.

דמי חבר שנתיים: 20 שקלים חדשים. רישום ופרטים: ת.ד. 6451, חיפה 31063.

האגודה לרפואה ולמשפט בישראל
הוקמה: 1972

תקנות בריאות העם (טופסי הסכמה)

א. נאור, עו"ד

הלפו כשנה ומחצה מאז נכנסו לתוקף תקנות בריאות העם (טופסי הסכמה), התשמ"ד-1984 (להלן - "תקנות ההסכמה"), ואולי יש כבר צבירה מספקת של התנסות כדי להצדיק העלאת הגיגים בקשר להוראות שבהן. הגיגים אלה מובאים להלן. (מוצע לעיין בתקנות תוך קריאת שורות אלה).

1. סעיף ההגדרות

1.2 טופס הסכמה לניתוח

"ההסכמה המודעת" ביססה אחיזתה במשפט וברפואה בעולם בעקבות פסקי הדין הרבים והספרות העניפה. כיום, הכל מבינים ומקבלים את משמעות ההסכמה המודעת והצורך בה.

והנה המחוקק הישראלי לא הסתפק "בתורה שבעל-פה" וראה צורך לעגן את ההסכמה גם בחקיקה (תקנות). אין זאת אלא שהיה סבור שהחולה לא היה "מוגן" דיו. אם כך, עליו היה להגדיר את המונחים בתקנות באופן שניתן יהיה לרדת לסוף דעתו וכוונתו, כדי שאפשר יהיה לקיימן ללא היסוס.

המונח "ניתוח" לא הוגדר. בהעדר הגדרה, אין לדעת במדויק איזו פעולה רפואית טעונה הסכמה, ואיזו פעולה ניתן לעשותה ללא הסכמה ולחסוך את המאמץ והזמן המושקעים בהשגתה (מילוי טפסים, החתמת החולים או את אפוסטרופסיהם, ניסוח ההסברים, ועוד).

אם כן, מהו "ניתוח"? שאלתי אנשי רפואה וכמספר הנשאלים מספר התשובות. סופר לי על חדירות לגוף האדם ע"י איזמל מנתחים, אנרגיה הרסנית (קרינה רדיואקטיבית, לייזר, אולטרה-סאונד), ומכשירים אחרים. מטרות החדירה: הרחקת או תיקון איבר, החדרת או לקיחת חומר, סריקה לצורך איבחון, ניקוז. דובר גם על פעולות חדירה פשוטות: הזרקה, אינפוזיה, וכו'. ההמחשות היו רבות אך נימה אחת עברה בהן כחוט השני: במרבית פעולות אלה יש מידה של סיכון המצדיקה הסכמה מודעת.

למה, אם כן, התכוון מתקין התקנות במונח "ניתוח"? ידע הציבור ולא ימעד, מחד, ויחסוך זמנו ומשאביו, מאידך.

1.3 טופס הסכמה לצינתור

מתע להוציא מתחולת התקנות צינתורים שכיחים כגון צינתור של שלפוחית השתן. יחסכו זמן ומשאבים שבהחתמת חולים רבים על טופס ההסכמה. וימנע סירבול עבודת הרופא והסגל הסייעי.

ראוי לשקול הוצאה מתחולת התקנות גם צינתורים מסוגים נוספים כגון אלה המבוצעים במכון הרנטגן או המשמשים לניטור חולים ביחידה לטיפול נמרץ, וכיו"ב.

כל צינתור אשר לפי מהותו מידת הסיכון בביצועו היא מינימלית ראוי ש"ישוחרר" מגזירת ההסכמה המודעת.

1.4 טופס "פעולה דחופה"

לפי ס' 9, כאשר אדם אינו מסוגל לחתום על טופס ההסכמה מפאת מצבו הגופני או הנפשי, ויש לנתחו לאלתר, כדי "להציל חיים" יחתמו שלושה רופאים על טופס "פעולה דחופה" ולאחר מכן ינותח.

מומלץ להוסיף למונח: "להציל חיים" את המלים "או למניעת פגיעה חמורה בבריאותו".

כל כך למה? אם "פעולה דחופה" תצומצם ל"הצלת חיים" כמצוות התקנה, הרי ששלושת הרופאים הנדרשים לחתום על הטופס, כאשר לפניהם חולה במצב חמור, יוכלו לפעול רק אם לפי שיקול דעתם יש וודאות שהחולה ימות בהעדר טיפול. מהאמור בתקנות נובע ששלושת חייבים להגיע לקונצנזוס מלא על וודאות המוות. עד שקונצנזוס זה יושג (תמיד יש חילוקי דעות במצב כזה) נאלצים שלושה רופאים לעמוד מנגד באפס מעשה ולצפות חסרי אונים בהתדרדרות במצב החולה ובנזקים חמורים לבריאותו, נזקים שאולי לא ניתן יהיה לתקנם אם החולה בסופו של דבר לא ימות.

טוב היה עושה מתקין התקנות אילו פעל כפי שעשה בחוק האנטומיה והפתולוגיה. שם, בס' 6(ג) (2) נאמר (לענין "שמוש בחלק מגוויה להציל חייו של פלוני") כי "שימוש בקרנית של נפטר להשתלה באדם פלוני להצילו מעיוורון, שימוש למניעת ליקוי בראייה או בשמיעה הם שימושים בחלקי גוויה להצלת חיים".

צא וראה, בחוק האנטומיה ראתה הכנסת הצלה מעיוורון או מליקוי בראייה או בשמיעה כהצלת חיים. ואילו בתקנות ההסכמה כאשר מדובר, אולי, בסכנה לנזקים אף חמורים יותר צמצם מתקין התקנות את סמכותם של שלושה רופאים רק למניעת מוות.

2. מועד התתימה על טופס ההסכמה

סעיפים 3 ו-4 של התקנות מורים כי לפני אישפוז, לפני ביצוע ניתוח, לפני ביצוע צינתור, יחתום החולה על הטופס המתאים.

יש להניח כי במונח "לפני" הכוונה ל"סמוך ככל האפשר

לפני". אחרת, אם יחלוף זמן רב מדי בין מתן ההסכמה לבין ביצוע הטיפול תשחק "מודעות" ההסכמה, היא תחדל להיות "הסכמה מודעת" ויהיה צורך בהסכמה חדשה.

3. לסעיף 5 – תיוק טפסים

3.1 בסעיף לא נזכר הטופס ל"פעולה דחופה".
3.2 יש להניח כי דין הטפסים כדין "רשומה רפואית" כמשמעותה בתקנות בריאות העם (שמירת רשומות), התשל"ז-1976. אם כך הדבר, מומלץ כי התוספת לאותן תקנות תתוקן בהתאם.
אכן, סעיף 5 לתקנות ההסכמה קובע כי טופסי הבקשה וההסכמה יתויקו בתיק האישי, אך מפאת מיוחדותם של טפסים אלה, להבדיל ממה שמקובל לראות כ"רשומה רפואית", יש מקום לתיקון המומלץ כדי לתת לטפסים אלה את ה"סטטוס" של רשומה רפואית.

4. לסעיף 7

לפי פסקה (א) נאמר שאם מדובר בקטין, חולה נפש ופסול-דין יחתום האפוטרופוס.
לפי פסקה (ב) אם לא ניתן להשיג את האפוטרופוס ינהגו כך וכך.
מומלץ כי למלים "אם לא ניתן להשיג" יוספו המלים "במאמצים סבירים ותוך זמן סביר". ראה דוגמא בס' 6 בחוק האנטומיה והפתולוגיה, תשי"ג-1953 שם מופיעים המונחים, "בזמן סביר", "מחמת חוסר אפשרות לאתר בן-משפחה", "נעשה ניסיון סביר למסור ההודעה".
אי ודאות על מהות והיקף המאמץ להשיג אפוטרופוס עלולה לגרום לדחיה מסוכנת של הקבלה לבית החולים ולביצוע הטיפול.

5. סרוב לחתום

5.1 סרוב לחתום על טופס בקשה להתקבל לבית חולים
לפי ס' 8 לא יאושפז אדם שסרב לחתום על טופס בקשה להתקבל לבית החולים.
האמנם לא יאושפז חרף סכנה לחייו או לבריאותו? ואם אושפז כמקרה דחוף מבלי שחתם, האם ישולח מבית החולים למרות מצבו? איזה הוא הרופא שליבו יהיה שלם עם הוראה זו?
בתקנות בריאות העם (אישפוז בבית חולים), התשמ"א-1981, נקבע:

3. חובת אישפוז

קבע רופא חדר מיון של בית חולים כי חולה זקוק לאישפוז, יורה לאשפוזו באותו בי"ח...".
לא נאמר שם דבר על חתימה על טופס בקשה.
כיצד ניישב את הניגוד בין שתי תקנות אלה.

5.2 סרוב לחתום על טופס הסכמה לניתוח/לצינתור

5.2.1 בסעיף 8 נקבעה "סנקציה" לסרבן בקשה ("לא

יאושפז"). לא נקבעה "סנקציה" לסרבן הסכמה (כגון: "לא ינותח או לא יצונתר"). האם ניתן להסיק כי ינותח או יצונתר חרף סרבנותו?

5.2.2 אולי יש מקום להחיל על סרבן הסכמה את ס' 9 (חתימת 3 רופאים)?

מדי פעם מתעוררת בעית סרבני הטיפול והנהלות בתי החולים, על יועציהן המשפטיים, מתפתלות באי-ודאות אם לבצע הטיפול חרף הסרוב (אם הוא "מודע") או לחזות באפס מעשה במוותו של אדם.

ידועה ההלכה הפסוקה כי האדם אדון על גופו. אך כאשר יש לפנינו חולה בשר ודם במצב אנוש ההתלבטות גדולה, עם כל הכבוד להלכה!

מן הראוי שמשרד הבריאות יוציא הנחיות כיצד לנהוג.
יש לזכור: ה"סצנריו" לא תמיד ניונה ופסטרולי. יש לראות לנגד עינינו את הנסיבות בחדר המיון, ביחידה לטיפול נמרץ, וכדומה.

5.2.3 הסכמה (כמובן, מודעת) בעליפה, שהיא כשרה לפי החוק שתירשם בתיק, האם לא תספיק לגבי חולה המסרב לחתום על הסכמה (להבדיל מסרבן טיפול)? ידוע כי הסכמה בעליפה ניתנת ביתר נכונות, וכי ברגע שנדרשת הסכמה בכתב יש רתיעה הנובעת מהרהור שני, מ"יעוץ" של קרובים ושכנים, וכו'. מדוע להעמיד חולה מבלבל ומודאג בפני דרישה פורמליסטית המזכירה לו חתימה על מסמכים מפחידים.

6. לסעיף 9

לא נזכר בסעיף טופס הצינתור.

7. התוספת הראשונה – טופס הבקשה להתקבל לבית חולים

7.1 אנו סבורים שאם נוסיף לפסקה הראשונה לאחר המלים "הליכים רפואיים נחוצים אחרים" את המלים "לפי שיקול דעתם המקצועית של הרופאים בהתאם לנסיבות המקרה" שבסוף הפסקה השניה, הרי שיתר שתי הפסקאות נהפכות למיותרות, ונקבל טופס קצר ופשוט יותר.

7.2 הניסוח שבתקנות עלול להוריד כבר בשלב הקבלה מורל של חולה שתחושתו הראשונית, בבואו לבית החולים, צריכה להיות שהוא בא למקום שבו הוא ימצא מרפא לחוליו ולא התנצחות משפטית מופרזת עם גוף שטבע היחסים אתו צריך להיות זה של אמון ותקוה.

7.3 אין לשכוח את האלמנטים של חוק החוזים האחדים שיחולו על נוסח הבקשה, ואת הסעיפים בחוק החוזים (חלק כללי) הדנים בהטעיה (ס' 15), עושק (ס' 18).

8. התוספת השניה – טופס הסכמה לניתוח

8.1 תחת הקו המנוקד שלאחר המלים "בביצוע ניתוח" יצויין ("נא ציין תיאור הניתוח, מהותו ומטרתו, באופן כללי").

8.2 הפסקה השלישית בהסבר המתחילה במלים "הסכמתי ניתנת..." מסתיימת במילה "למעט...".

למעט מה, למשל?

השאלה מכוונת גם לעניין טופס ההסכמה לצינתור.

9. הסברת הסיכונים הסבירים

9.1 נקבע בטפסי ההסכמה לניתוח ולצינתור שיש להסביר את הסיכונים הסבירים. אין מקום בטפסים לרישום הסיכונים שהוסברו.

9.2 ממה נפשך: הרי ההסכמה חייבת להיות בכתב, אך אם הסיכונים לא יפורטו גם הם בכתב יוצא שהתקנה מסתפקת בהזכרתם בעל פה ובכך מושמת לאל מטרות טופס ההסכמה, כי יחסר יסוד עיקרי בהסכמה המודעת, יסוד הסיכונים.

9.3 יש לזכור שהנוסח עלול לשמש גם כראיה בהליך שיפוטי. העדר פירוט הסיכונים עלול לגרוע מהערך הראייתי של הנוסח.

9.4 במרבית הספרות המקצועית הורה נדרש שהסיכונים יפורטו בנוסח ההסכמה.

10. כללי – על ההסכמה

10.1 ולבסוף כאן המקום לציין כי במשך שנות טיפולנו בנושא ההסכמה לטיפול נתקלנו, באורח עקבי, בהתנגדות ספונטנית, כמעט אמוציונלית, מצד הרופאים להנהגת הסכמה בכתב. הטענות האופייניות שהושמעו: סירבול, אבדן זמן, "החולה ממילא לא יבין", אי בהירות לגבי כמות ומהות ההסבר (בעיקר הסיכונים וכו'), טענות שאפשר למצוא גם בספרות. אין הדבר נובע מאי קבלת עקרון ההסכמה אלא מאי הבהירות על מהותה והיקפה ועל איזה טיפול היא חייבת להנתן.

10.2 ההסכמה לטיפול בכתב הונהגה במדינות השונות ככל שהתעצם שוט התביעות המשפטיות על תקיפה (בהעדר הסכמה) ולאחרונה, גם על רשלנות (!) שהתחילה להיות מיוחדת גם לסוגיית העדר ההסכמה ולא רק לטיפול רשלני.

10.3 בישראל, היו תביעות בודדות על "תקיפה" בגין העדר הסכמה. אך מטבע החיקוי הטבוע אצלנו יש לצפות שאט אט יפתח הציבור הישראלי התלהבות לתביעות כאלה.

10.4 לכן יש לנהוג בזהירות, ובהדרגתיות. אסור להבהיל את הרופא לבל תהפוך ההסכמה לגזירה שאין הציבור יכול לעמוד בה ושקשה לכפותה. מה תכפה על רופא: את מהות ההסבר? את אופן ההסבר? את עיתוי ההסבר? את כמות ההסבר?

11. הסמכות להתקין את תקנות ההסכמה

11.1 אנו סבורים כי תקנות ההסכמה נחקקו שלא בסמכות או תוך חריגה מסמכות של הפקודה המסמיכה, ולא היה למנהל הכללי של משרד הבריאות, או לאחר, כל סמכות להתקין.

11.2 התקנות פותחות בפתיח המקובל: "בתוקף סמכותי

לפי סעיפים 33 ו-70 לפקודת בריאות העם, 1940, אני (מנכ"ל משרד הבריאות, א.ג.) מתקין תקנות אלה."

המעין בסעיף 33 לפקודה ימצא ברישא את המלים: "רשאי המנהל להתקין תקנות בענין פתיחתם, רישומם, הנהגתם, ופיקוחם של בתי חולים..."

הסעיף מפרט עשרה ענינים ספציפיים הטעונים הסדר בתקנות. אך אף לא אחד מענינים אלה דן בהסכמה לניתוח או לצינתור. רק פסקה (ט) דנה בקבלתם ושחרורם של חולים ולכאורה ניתן היה אולי להתקין בתקנות רק את נושא הבקשה להתקבל לבית החולים.

ס' 70 של פקודת בריאות העם קובע כי רשאי המנהל להתקין תקנות, לשם הוצאתם לפועל של הוראות הפקודה, אך הפקודה, על כל 73 סעיפיה, אינה דנה בהסכמה לניתוח ולצינתור.

מכאן שהתקנות בענין ההסכמות לניתוח ולצינתור, לרבות ס' 9 ("פעולה דחופה") הותקנו ללא סמכות ולכן הן חסרות תוקף משפטי.

12. רשלנות רפואית

אף אם הותקנו התקנות ללא חריגה מסמכות, והן תקפות, לא יושיעו הן את הרופא בתביעת רשלנות נגדו.

רופא שימנע מביצוע טיפול רפואי, כמתחייב מתקנות ההסכמה, יכשל באי-טיפול, במקום שחייב היה לבצע טיפול, רק בשל כך שהקפיד על מילוי תקנות אלה. זהו "המחדל" המפורסם וידוע שדין מחדל כדין מעשה ובלשון ס' 35 לפקודת הנויקין (בתמצית):

"לא עשה אדם מעשה שאדם סביר ונבון היה עושה באותן נסיבות, ... הרי זו התרשלנות..."

תקצר היריעה לנמק באורח משפטי עמדה זו. המעוניין ידע לקבל יעוץ מתאים.

לא כל שכן אם אכן הותקנו התקנות ללא סמכות.

ראוי שנושא חשוב זה יבדק לעומקו.

13. על מי חלות התקנות

13.1 מבלי להתייחס לענין הסמכות להתקין את התקנות הרי שחלותן, אם הן תקפות, היא על בתי חולים בלבד. אין הן חלות על מרפאות, מכונים וכל מקום שבו ניתן טיפול רפואי שאינו בית חולים.

את ההנחה הזו הצגנו ללשכה המשפטית של משרד הבריאות כדי לקבל עליה אישור ואכן נענינו במלים אלה:

"תקנות טופסי הסכמה הותקנו מכח סעיפים 33 ו-70 לפקודת בריאות העם, 1940.

הסמכות המוקנית למנהל להתקין תקנות בסעיף 33 מוגבלת לענין פתיחתם, רישומם, הנהגתם ופיקוחם על בתי חולים בלבד, סעיף 70 מקנה למנהל הסמכות להתקין תקנות לשם הוצאתן לפועל של הוראות פקודה זו והוראה בסעיף 33 כאמור מוגבלת לבתי חולים בלבד.

מכאן שחלות התקנה על בתי חולים בלבד נובעת מה-
סמכות בפקודה עצמה."

13.2 אך מהו "בית חולים"?

המונח "בית חולים" אינו מוגדר באופן חד משמעי
בפקודת בריאות העם, 1940.
ס' 24 לפקודה נותן פרוש כוללני וגורף למונח "בית
חולים". נאמר שם:

"... יכלול המונח "בית חולים" כל בית חולים (מזור
שהגדרה כוללת את המונח שהיא באה להגדיר, א.ב.),
מבראה, בית מרפא וכל בנין המשמש או מכוון לשמש, לקבל
אנשים הסובלים מכל חולי... כדי לטפל באנשים טיפול
רפואי...". (ההדגשות שלי, א.ב.).

כאמור, הגדרה כה כוללת עד שהיא ממש חובקת כל
מקום שבו ניתן טיפול רפואי כלשהו.

אם כך, האם ההגדרה "בית חולים" כוללת "מרפאה"?
סעיף 65 ג' לפקודה מסמך את שר הבריאות לקבוע
תקנות לגבי מרפאות. סעיף קטן (3) באותו סעיף מגדיר
"מרפאה" במלים:

"מקום שאיננו בית חולים... לפי פקודה זו... והמיועד
להגשת שירותי רפואה, רפואת שיניים וסיעוד, לרבות טיפול
יום וטיפול לילה..."

"מקום שאיננו בית חולים" - נאמר. אך מהו "בית חולים"?
לא הוגדר, כאמור. בהגדרת "בית חולים" בס' 24 נאמר:
"בכל בנין".

כלומר, מעגל סגור ללא מוצא בהעדר הגדרה מפורשת
בחוק או בתקנות.

אגב, גם מהות הטיפול שבהגדרת "מרפאה" (שרותי

רפואה, רפואת שיניים וסיעוד) אינה מסייעת להגדרת
מרפאה או בית חולים כי טיפולים אלה ניתנים בשתי
המסגרות.

ברורה החשיבות באבחנה בין מרפאה ובין בית חולים
לענין תקנות ההסכמה: אם התקנות חלות רק על בתי חולים
הרי שיחסך מאמץ אדיר אם הטיפולים במרפאות יהיו פטורים
מגזירת התקנות (טפסים, חתימות, ניסוח הסברים בכתב)
לגבי מאות חולים ביממה.

13.3 בסעיף 11 של הפקודה יש הגדרת "בית חולים"
למחלות מדבקות". אך הדבר לא מסייע בידינו לדעת "בית
חולים" מהו.

13.4 גם סעיף 24 לפקודה אינו מסייע. שם מופיעה
הגדרה של בית חולים, אך היא רלבנטית רק לחלק הפקודה
הדן ברישום בית חולים.

13.5 אף בתקנות בריאות העם (צוות סיעודי במרפאות),
התשמ"א-1981 ותקנות בריאות העם (צוות סיעודי בבתי
חולים), תשמ"א-1981, אין הגדרה של "בית חולים".

13.6 תקנות ההסכמה עצמן אינן מגדירות "בית חולים".

14. לא נאמר בתקנות שאין הן גורעות מכל דין אחר.

האם התקנות מבטלות נוסחים אחרים כגון:

(א) טופס ההסכמה שבתוספת לתקנות בריאות העם
(בדיקת מישפיר). תש"מ-1980. גם בפרוצדורה זו יש חדירה
לגוף.

(ב) הנוסח של משרד הבריאות להסכמת אשה להפסקת

הריון על יסוד ס' 316(ב) לחוק העונשין. תשל"ז-1977.

סוף דבר, הועלו כאן מספר הגיגים. יש נוספים ועליהם -

ברשימה אחרת.

משרד הבריאות

העד המומחה (חלק ראשון)

אמנון כרמי

א. הכלל

ההלכה הכללית היא שאין לקבל "חוות דעתו" של עד כראיה במשפט. "חוות דעת" משקפת מסקנה המוסקת מעובדות, וכוללת את מה שהעד חושב או מאמין, להבדיל מידעיה אישית של עובדות. אין ערך לחוות דעת כזו אם היא מבוססת על ראיות בלתי קבילות, או אם היא אינה מתבססת על ראיות כלשהן. מאידך, אם חוות הדעת מתבססת על ראיות קבילות, שהוגשו כחוק, הרי שאין בה ערך, שכן היא בבחינת בזבוז זמנו של בית המשפט אשר לו, ולו בלבד, הסמכות של הסקת המסקנות מן העובדות המוכחות.

ברם, חוות דעתם של עדים מומחים, להבדיל מעדים שהם הדיוטות, קבילה. העד המומחה הרי נקרא אל דוכן העדים כדי לחוות את דעתו. לדוגמה, מקום שמדובר בגודל ובמהות דקירה, אין העד ההדיוט עשוי לספק לבית המשפט מידע במה שנוגע לסיבת המוות יותר ממה שבית המשפט אמור לדעת, מה שאין כן בדעתו של הרופא. אשר על כן תיפסל עדותו של העד ההדיוט בנידון, ואילו דעתו של המומחה תישמע, נוכח יכולתו להעשיר את ידיעת בית המשפט. המומחים הם, כפי שנראה להלן, עדים המיומנים לגבש ולהציע מסקנות לגבי הנושאים שבמחלוקת. (1)

ב. הצורך בעדותו של מומחה
מעט לעת הובעו ספקות לגבי ערכה של עדות מומחים, אם נוכח נטייתם לסייע לאינטרס של בעל הדין שהעסיקם, ואם בשל המחלוקות שהתגלעו ביניהם חדשות לבקרים. אולם אף על פי שיש והם בבחינת גורם מזיק, במרבית המקרים הם בבחינת הכרח שלא ניתן או שקשה להשלים עם חסרונם. בתי המשפט נקראים לעתים קרובות להכריע בעניינים הדורשים ידיעה מקצועית. מאחר ובעניינים כאלה הבנה מלאה לא תושג בלא ידיעה והכנה מקצועית,

מאפשרים לנו דיני הראיות שימוש בחוות דעת של מומחים. כבר בשנת 1553 פסק בית משפט כך:

“אם לפי החוק מתעוררים ענינים שענינם מדעים או מומחיות שונים נזקקים אנו לסיועם של אותם מדעים או מומחיות. זהו דבר ראוי לשבח במשפטנו.”

במשפטי רשלנות רפואית רבים, מעורבים נושאים רפואיים קשים ומורכבים שניתן להסבירם רק באמצעות עדים מומחים. השופטים הינם בדרך כלל בלתי כשירים לדעת את סטנדרט הטיפול או להעריך אם הנתבע נהג על-פיו.

לכן, מקום שתובעת טענה שהמנתח ברשלנותו נקב את שלפוחית השתן שלה, אולם היא נמנעה מלהגיש עדות רפואית שתתמוך בטענתה זו, דחה בית המשפט את תביעתה בנימוק של העדר עדות מומחה.

במשפט מדויקס התקבל המנח לבית החולים כשהוא סובל ממצב של אלכוהוליזם חריף וכרוני. המנח טופל כהלכה על-ידי הרופא, אולם במשך הלילה הפך להיות אלים, ועל פי בקשת בית החולים הוא הובל על ידי השריף המקומי לבית מעצר. בבוקר יום המחרת הוחזר המנח לבית החולים בשל קשיי נשימה, ודקות ספורות לאחר מכן נפטר. במהלך המשפט לא הוגשה כל חוות דעת מקצועית באשר לסיבת המוות. בית המשפט פסק שלא הוצגה לפניו כל ראיה בדבר הקשר הסיבתי שבין פעולות בית החולים לבין פטירת המנח, או שניתן היה למנוע את מות המנח: “בהעדר עדות מומחים כלשהי כי חוסר הזהירות של בית החולים גרמה או תרמה למוות, אין אנו מוצאים כל קשר סיבתי בין פעולות בית החולים לבין המוות.”

החלטה דומה נפסקה במשפט הימבר. החולה טופל על ידי רופא עיניים בשל מה שאובחן על ידו כליקויריטתית סכרתית. הרופא רשם טבליות בופרין. החולה נטל טבליות אלה במשך שבוע, וחדל כאשר סבל משטף דם בעיניו. חודשים אחדים לאחר מכן איבד החולה את הראייה והוא נפטר כעבור שנה וחצי בשל גורמים שהיו קשורים למחלת הסכרת שממנה סבל. התביעה טענה שמתן הבופרין היווה סטייה מן ה־פרקטיקה המקובלת, אולם הוא נמנע מהגשת ראיה רפואית כנדון. בית המשפט פסק לטובת הרופא, והחליט כי אף אם טבליות הבופרין החמירו את המצב הסכרתי, לא הוכח כי הרופא חרג מן הסטנדרט הרפואי המקובל. (2)

ג. אי צורך בעדותו של מומחה א. רשלנות ברורה

ההלכה הכללית, התובעת הגשת עדות של מומחה במשפטי רשלנות איננה חלה מקום שהרשלנות היא כה ברורה שהדיוטות מסוגלים לקבעה בלי להסתייע בעדים מומחים. זוהי משמעותו של הכלל “רס איפסה לוקוויטור” – “הדבר מדבר בעדו”. דוקטרינה זו חלה במקרים שבהם הנזק שנגרם אינו מתיישב כלל ועיקר עם טיפול רפואי מקובל.

ב. קושי באיתור עדים נאמנים
תובעים נאלצים לעתים קרובות להתגבר על סירובם של חלק מן הרופאים להעיד בבתי משפט נגד רופאים. התנגדות כזו יכול שתנבע מסיבות שונות. הכנת תיק והופעה בבית המשפט כרוכים בזמן יקר. כמה מן הרופאים

חוששים מפעולת תגמול של רופאים אם הם יעלו על דוכן העדים. רופאים אחרים חשים רגש נאמנות כלפי עמיתיהם במקצוע. לפיכך נתקלים תובעים בקשיים בזימון רופאים כעדים. אין תימה על כי בתי המשפט מבססים לעתים לוותר על הצורך בעדות של מומחים, וזאת כדי לסייע לתובעים הזכאים להתחשבות כזו.

ג. ידיעה כללית

יש ענינים שלגביהם ישנה ידיעה לכל אדם אינטליגנטי, או שמצויים בגדר נסיון חושי הנרכש על ידי כל בר בי רב בחיי יום יום. לגבי ענינים כאלה אין צורך במיומנות, וממילא אין צורך בעדות של מומחה, שכן הידיעה הכללית מצוייה במסגרת ידיעת השופט.

במקרה הבא אושפזה החולה לאחר שימוש יתר בתרופות. 36 שעות לאחר מכן, בעוד החולה שוהה ביחידה לטיפול נמרץ, נגרם לה בתאונה שבר בירכה. אחות הדריכה את החולה והורתה לה לצלצל לעזרה אם רצונה להשתמש בעביט המיטה. האחות הנמיכה את סורג המיטה בצד שפנה לעבר העביט. החולה יצאה ללא עזרה ממיטתה, החליקה ונפלה. בית המשפט פסק שלא היה חייב בעדות של מומחה: “אין צורך בידיעה, לימוד או נסיון מיוחדים כדי להכיר בכך שתקרה הסכנה שאותה חפצה האחות למנוע, אם האחות לא תמנע בדרך כלשהי, כגון על ידי העלאת הסורג, את אירוע הסכנה לחולה המוגבלת שהחלימה מנטילת תרופות יתר.” (3)

מראה מקומות:

1. Wigmore JH, Evidence, 1940. 3rd ed. Boston: Little & Brown, pp. 633, 637, 638. Morris RC, Moritz AR, Doctor and patient and the Law, 1971, St. Louis: Mosby, p. 246.
2. Osborn AS, The Problem of Proof, 1950. Albany: Boyd, p. 172.
Cross R, Evidence, 1967. 3rd ed. London: Butterworths, pp. 363, 364.
Halsbury's Laws of England, 1976. 4th ed. London: Butterworths, vol. 17, p. 61, Wigmore, p. 633.
Taylor JL, Medical Malpractice, 1980. Bristol: Wright, p. 139.
Annas GJ, Glantz LH, Katz BF, The Rights of Doctors, Nurses and Allied Health Professionals, 1981. Cambridge: Ballinger, p. 251.
Moddoux v. Houston Country Hospital Authority, 279 S.E. 2d (CA Georgia) Himber v. Pfizer Laboratories and Haddud, 440 N.Y.S. 2d 649.
3. Strauss SA, Doctor, Patient and the Law, 1984. Pretoria: Van Schaik, p. 284. Annas, p. 252.
King JH, The Law of Medical Practice, 1977. St. Paul: West, pp. 81, 88
Wigmore, pp. 635, 640.
Robbins v. Jewish Hospital of St. Louis, 633 SW 2d 341 (Mo. 1983).

מדור רפואה משפטית

קביעת גילם של אנשים מבוגרים

ד"ר מוריס רוגב, מנהל המכון לרפואה משפטית, אבו כביר

שונים גדולים דיים לכפות טווח של 10 שנות טעות לכל כיוון, בכל גיל משוער, כך ששלד עשוי להיות זה של אדם בן 65 אולם אף זה של בן 55 או 75, וכל זאת כשמדובר בבדיקות שנעשו בשלדים יבשים (כלומר לאחר המוות).

כאשר מתייחסים לאדם חי יש לקחת בחשבון שצילום הרנטגן נעשה מבעד לרקמות רכות, בחשיפה מועטת ככל האפשר (למנוע נזק מהנבדק) וכזויות צילום משתנות. בצורה זו יתכן לקבל מאותו אדם עצמו סדרת צילומים שבהם ימצאו הבדלים בצורת העצם ובמבנה שלה מצילום לצילום.

דבר זה עשוי להשפיע משמעותית על הערכת הגיל. קשה מאד ואולי אף בלתי אפשרי, לקבוע קריטריונים זהים וקבועים לצילום הרנטגן. עקב ההבדלים הקיימים בין נבדק לנבדק מבחינה גופנית מפאת האירועים הגופניים השונים שיתכן שעברו עליו (רעב, חסך שמש ממושך וכדומה); עקב ההבדלים האובייקטיביים במכשירי הצילום ואפילו עקב הבדלי ה"אסכולה" בין טכנאי הרנטגן השונים.

בנוסף לכך יש להזכיר כמובן אפשרות קיומם של תהליכים פתולוגיים ברקמות הגוף העשויים לגרום לתופעות המשמשות כקרטירון להערכת גיל, אך במקרה הספציפי אין בינן לבין הגיל ולא כלום (מחלות שונות של העצם, הפרעות הורמונליות וכו').

ניתן לומר מבחינה מדעית טהורה כי הדרך היחידה לקביעת גילו של אדם היא בדיקה מיקרוסקופית של דגימת עצם חיה שתלקח מגופו (ביופסיה).

דבר זה כמובן אין להעלותו על הדעת (מה גם שהוא אסור על פי אמנת הלסינקי). עם זאת, כאן אולי המקום להעלות את השאלה באם אין רוח אמנת הלסינקי שוללת גם את החשיפה של האדם לקרינת רנטגן למטרות שאינן רפואיות אלא "חברתיות" גרידא.

למרות התשוקה המובנת והברורה של המדע להגדיר כל תופעה ולתת כל תשובה במונחים מדויקים ואמפיריים, נראה כי קרני הרנטגן אינן התשובה הנכספת.

בארצות רבות (וביניהן ארצות מפותחות היטב מבחינה

הרישום הלא מדויק, או לעיתים הבלתי קיים כלל, של לידות בעשורים הראשונים של המאה, היה תופעה תדירה בארצות רבות בעולם, בעיקר במדינות מתפתחות ובקרב אוכלוסיות נחשלות.

תופעה זו יצרה בעיות רבות, בעיקר במדינות הגירה, עקב פתוחם של נוהלי סעד ובעיקר תשלום גמלאות וקצבאות זקנה.

נוצרה קבוצת אנשים הזכאים להטבות סעד בשל גילם הביולוגי, אולם לא קיים רישום מהימן של גילם.

בעיית קביעת הגיל מלווה את החברה מזה זמן רב למדי ובנסיגנות לקביעת גיל זו הסתמכו על "ראיות" חברתיות כמו קשירת מועד הלידה לארועים כלליים ("בין רעש האדמה והשטפון", "בזמן המלחמה הגדולה", "תכף אחרי הבצורת") וכן לארועים פרטיים (מועדי לידות אחרים, רישום הלידה בתיק המשפחתי, רישום בכנסיה או בבית הכנסת).

בשנות מחצית המאה הנוכחית, בין שאר ההתפתחויות החדשניות של המדע, דומה היה שנמצא "פתרון קסם" מדעי לבעיה – והוא תצלום הרנטגן.

למרבה הצער, הוכיח נסיון שנרכש על ידי רופאים משפטיים קליניים בארצות רבות את אי היכולת לסמוך על מדר זה ועל מהימנותו.

בד בבד למדו בתי המשפט כי החדרת שיטות רנטגן אלה אינה מסייעת בהכרח להסקת מסקנות חד משמעיות.

בעקרון, אמורים צילומי רנטגן להדגים שינויי התפתחות בשלד האדם עד לגיל 21, ושינויי ניוון ומחלות כרוניות בשלד האדם המבוגר.

שלבי ההתפתחות של השלד הצעיר (מתחת לגיל 21) הם קבועים תמיד ועקביים ומאפשרים קביעת גיל בטווח דיוק של כ-6 חודשים.

לעומת זאת, השינויים החלים בשלד המבוגר עקביים הרבה פחות ומשתנים מאדם לאדם. ההבדלים בין פרטים

הרנטגן

חלק מהם. . .) וברור כי אין כל אפשרות לקבוע גיל מדויק לפיהם.

עם זאת, באין מדד מהימן יותר, הרי שמידת התקדמותם של השינויים הנתפסים כמורי גיל אצל הפרט, וכן המספר הרב יותר או המועט יותר של שינויים אלה אצל כל פרט, עשויים להורות לכוון של "מתאים לגיל. . . " או "מתאים יותר לגיל. . . מאשר לגיל. . . " .

כללית, ניתן לומר כי מידת הדיוק של קריטריוני בדיקה זו אינה נופלת מזו של אלה של צילומי רנטגן, ושיטה זו בוודאי אינה חושפת את הנבדק לקרינה מזיקה, ללא תועלת מעשית לו או למדען.

טכנולוגית) נהוגה עתה שיטת הבדיקה הגופנית הפיזית על ידי הרופא המשפטי לשם הערכה של גיל.

בבדיקה זו אומד הרופא את מידת אבדן גמישות (אלסטיות) העור, מידת קימוט העור, מידת אבדן פיגמנט הצבע של שיער הראש והגוף, שינוי גיל בעיניים (כגון השינוי המכונה "טבעת זקנה"),

הופעתם של כתמים חומים בעור גבות כפות הידיים, השתוחחות הגו וסימנים אחרים ה"מזווגים" לזקנה.

ברור כי לא כל הסימנים המנויים לעיל יופיעו אצל כל אדם (שלא לדבר על דרכים מלאכותיות שנמצאו כדי לטשטש

רפואה משפטית בישראל - לאן?

ד"ר יהודה היס

הגדול מסיבות לא טבעיות. הערכה של המנגנון שגרם להופעת הנזקים בגופה והקשר ביניהם לבין המוות, הוא ביסוד הדו"ח הרפואי המשפטי ולרופא המשפטי בלבד הכישורים להערכה נכונה. ידע ונסיון בפתולוגיה של בית חולים הכרחיים לעבודה סדירה של הרופא המשפטי, אך אינם בשום אופן תחליף ללימודי רפואה משפטית. 80 הרופאים המומחים לפתולוגיה העובדים בארץ אינם תחליף לרופא משפטי.

לפני 6 שנים אושרה הרפואה המשפטית ע"י המועצה המדעית של ההסתדרות הרפואית בישראל כמקצוע רפואי להתמחות. מסלול ההתמחות כולל 3 שנות לימוד ברפואה משפטית, 1.5 ש' באנטומיה פתולוגית, 6 חדשים במקצוע קליני ובחינות בשני שלבים. המקום היחיד בארץ בו ניתן להתמחות ברפואה משפטית הוא המכון באברקביר, אך זה אינו מוכר על ידי המועצה המדעית למטרות התמחות. האלטרנטיבה המוצעת למתמחים אפשריים היא לימוד במשך 3 שנים במוסד מוכר לרפואה משפטית בחוץ-לארץ, בעזרת מילגה של משרד הבריאות או קרן אחרת. את לימודי הפתולוגיה ומקצוע קליני ניתן להשלים במסגרת אחד מבתי החולים בארץ.

במשך 6 השנים האחרונות לא היו פניות של רופאים צעירים או בוגרי בתי ספר לרפואה בארץ, להתמחות ברפואה משפטית. המקצוע אינו אטרקטיבי; מצד אחד אין כמעט אפשרות לעסוק בפרקטיקה פרטית תוך כדי עבודה במכון באברקביר, ומצד השני קיים הסירבול בהכשרה מקצועית, וביחוד הצורך בנסיון מעשי ותיאורטי רב מעבר לזה הנצבר תוך 5 שנות התמחות פורמלית.

רוב הרופאים המשפטיים הפועלים בארץ קבלו את הכשרתם המקצועית בחו"ל והם בסוף העשור החמישי

רופא משפטי בישראל עוסק בקביעת סיבת מוות במקרי פטירה פתאומית ובלתי צפויה וחדשד למוות מסיבות בלתי טבעיות, בהערכת נזקים בקורבנות חיים של אלימות גופנית ובזיהוי חללים. הרופא משמש שותף פעיל בצוות החוקר את נסיבות המוות או נסיבות פגיעה פיזית, מזירת האירוע עד לבית המשפט. בנוסף לפעילות מקצועית ענפה הוא מורה ומדריך ברפואה משפטית לסטודנטים לרפואה, סטודנטים למשפטים, לאנשי כוחות הבטחון, מד"א ואחרים.

בארץ 4 רופאים משפטיים פעילים בלבד, כולם עובדים במכון לרפואה משפטית ע"ש גרינברג באברקביר, שם מבצעים את הניתוחות ואת רוב הבדיקות באנשים חיים. הרופאים נותנים שירות למשטרה ולבתי המשפט בישראל ובשטחים מעבר לקו הירוק. קיים צורך מתמיד ברופאים משפטיים נוספים וביחוד בשנים האחרונות עם ריבוי מקרי מעשי הפשע ומורכבותם.

בין קציני המשטרה והפרקליטים ואפילו בין אנשי משרד הבריאות משרשת עדיין הדעה המוטעית שרופא משפטי ורופא פתולוג חד הם. אמנם שניהם עוסקים בענפים מעבדתיים של הרפואה, אך בזה נגמר הדמיון ביניהם. רופא פתולוג מקדיש את רוב זמן עבודתו לבדיקת תכשירים מאקרו-סקופיים ומיקרוסקופיים מאנשים חיים המטופלים ע"י רופאים קליניים. חלק מזערי מתפקידיו מוקדש לניתוחות של אנשים אשר נפטרו בבית חולים לאחר מחלה. רופא משפטי לעומת זה עוסק בעיקר בנתיחה של אנשים אשר נפטרו באופן פתאומי, רובם לא במסגרת מוסדות אישפוז וחלקם

המדעית של הר"י תסמך בקרוב את המכון למתן התמחות ברפואה משפטית. בכדי למנוע "קלקולים ראשוניים" ניתן לזמן מומחה בעל שם עולמי ברפואה משפטית להשתתף בבחינות הסופיות של המתמחה או המתמחים (כפי שזה מתבצע במדינות שונות המזמינות "בוחני חוץ"). חייבים גם לפעול לשיפור תנאי השכר של הרופאים המשפטיים על ידי הכרתם כעוסקים במקצוע יחודי המצדיק העדפות על פני רופאים אחרים. אני רוצה שבעשור הקרוב נוכל להתגאות ברופאים משפטיים "תוצרת כחול-לבן" כפי שזה קיים בענפים האחרים של הרפואה.

לחייהם. קיים צורך מידי בתוספת וריענון הצוות. ההכשרה של רופא משפטי נמשכת כשמונה שנים (מזמן תחילת ההתמחות), ואם אנו רוצים לקדם את שנות האלפיים עם עתודה מתאימה של מומחים בענף חשוב זה של הרפואה, חובה עלינו לדאוג מיד ליצירת תנאים נאותים שימשכו רופאים למקצוע ולא להסתמך על עליה אפשרית של מומחים מחו"ל.

אני יודע כי לצוות האקדמי במכון לרפואה משפטית באבר-כביר כישורים נאותים להנחיית רופאים לשם קבלת תואר מומחה ברפואה משפטית. אני תקווה כי המועצה

טרנססקסואליזם

חוזרים ארצה, פונים למשרד הפנים כדי לשנות את רישום המין במסמניהם הרשמיים.

מדיניות משרד הפנים היא לבקש מהמכון לרפואה משפטית אישור על תוצאות הניתוח.

משך 15 השנים האחרונות נבדקו במכון רק גברים ששינו מינם לנקבה.

כאן תחילתה של הבעיה הרפואית-משפטית:

הרופא המשפטי רואה גוף בעל אספקט אנטומי היצוני מסוג נקבה, אצל זכר לאחר הרחקת האשכים וחלק מהפין, אך עם מציאותם של בלוטת הערמונית, שרידי המערות הספוגיות שבפין, גופיפי בר בתאי הגוף, שדיים מלאכותיים, לידן מלאכותי שנבנה מעור שק האשכים.

הבקשה לאשר לנבדק שהוא ממין נקבה מעורר אצל הרופא המשפטי הסתייגות רבה.

ביסודו של דבר מבחינה גנטית והורמונלית הפרט הנבדק שייך למין הזכרי.

הנבדק אינו אלא גבר מסורס שעבר ניתוח פלסטי וממשיך בטיפול הורמונלי. במקרה שלנו - האדם המסורס הוא יותר גבר מאשר אשה.

רישומי כאשה יוצר מצב פתלתול ופותר פתח לבעיות אזרחיות, מנהליות, דתיות וחוקיות, שלעתים אין לצפותן מראש.

מתוך כל האמור לעיל, אני בדיעה כי אסור בתכלית האיסור שהרופא המשפטי יקבע פסקנית כי ה"נבדק(ת) הוא (היא) אשה לכל דבר", אלא לדעתי במקום זאת מן הראוי שיכתב: "מין בלתי מוגדר".

מונח זה קרוב יותר למציאות, אולם ברור שאינו פותר את הבעיה, שלאור מורכבותה ופניה השונים יתכן אינה ניתנת כלל לפתרון.

ד"ר ב. לוי, המכון לרפואה משפטית, אבר-כביר

עוד בתחילת המאה הנוכחית, בעוד ענף הגנטיקה עדיין בחיתוליו, הגדירו קרפט ואבינג טרנססקסואליזם: "היותו של פרט משוכנע לחלוטין שהוא בן המין הנגדי", לאור זאת מתחיל הפרט לסגל לעצמו בשלבים את המאפיינים של המין הנגדי, תחילה חיקוי בביגוד, לאחר מכן אימוץ המנהגים המיניים, השלב הבא הוא שימוש בהורמונים וגולת הכותרת היא השינוי הכירורגי של הרחקת אברי מין ה"מיותרים" בעיניו ויצירת אבר המין הנכסף.

היחס בין גברים לנשים בענין זה הוא באופן משמעותי ל"טובת" הגברים המגדירים עצמם כ"בעלי נפש אשה בגוף גבר".

הקריטריונים המשמשים להבחנה בין המינים הם:

1. גנטיים - קריוטיפ $46 \times$ - גבר, קריוטיפ $46 \times \times$ - אשה והגופיף על שם בר
2. גונדיים - אשכים - שחלות.
3. גונופוריים = יתרת האשך - צנוריות הזרע - גבר. לידן - רחם - חצוצרות - אשה.
4. גניטליים = פין - שק האשכים - גבר. פות - אשה.
5. גאמטי = תאי זרע - ביציות.
6. הורמונליים = אנדוגניים - גבר. אסטרוגניים - אשה.
7. מורפולוגיים = שלד - שיער - שדיים ועוד.

אצל הגבר הטרנססקסואלי ימצאו כל הקריטריונים של מינו.

מהו הרקע היוצר את הנטיה הפסיכולוגית לעבר המין האחר, לא בהיר עד היום.

בישראל ניתוח "שינוי מין" טרם מעוגן בחוק. אזרחים ישראלים עוברים את הניתוח מחוץ לגבולות המדינה,



לחיייהם. קיים צורך מיידי בתוספת וריענון הצוות. ההכשרה של רופא משפטי נמשכת כשמונה שנים (מזמן תחילת ההתמחות), ואם אנו רוצים לקדם את שנות האלפיים עם עתודה מתאימה של מומחים בענף חשוב זה של הרפואה, חובה עלינו לדאוג מיד ליצירת תנאים נאותים שימשכו רופאים למקצוע ולא להסתמך על עליה אפשרית של מומחים מחו"ל.

אני יודע כי לצוות האקדמי במכון לרפואה משפטית באבו-כביר כישורים נאותים להנחיית רופאים לשם קבלת תואר מומחה ברפואה משפטית. אני תקווה כי המועצה

המדעית של הר"י תסמך בקרוב את המכון למתן התמחות ברפואה משפטית. בכדי למנוע "קלקולים ראשוניים" ניתן לזמן מומחה בעל שם עולמי ברפואה משפטית להשתתף בבחינות הסופיות של המתמחה או המתמחים (כפי שזה מתבצע במדינות שונות המזמינות "בוחני חוץ"). חייבים גם לפעול לשיפור תנאי השכר של הרופאים המשפטיים על ידי הכרתם כעוסקים במקצוע יחודי המצדיק העדפות על פני רופאים אחרים. אני רוצה שבעשור הקרוב נוכל להתגאות ברופאים משפטיים "תוצרת כחול-לבן" כפי שזה קיים בענפים האחרים של הרפואה.

טרנססקסואליזם

ד"ר ב. לוי, המכון לרפואה משפטית, אבו-כביר

עוד בתחילת המאה הנוכחית, בעוד ענף הגנטיקה עדיין בחיתוליו, הגדירו קרפט ואבינג טרנססקסואליזם: "היותו של פרט משוכנע לחלוטין שהוא בן המין הנגדי", לאור זאת מתחיל הפרט לסגל לעצמו בשלבים את המאפיינים של המין הנגדי, תחילה חיקוי בביגוד, לאחר מכן אימוץ המנהגים המיניים, השלב הבא הוא שימוש בהורמונים וגולת הכותרת היא השינוי הכירורגי של הרחקת אברי מין ה"מיותרים" בעיניו ויצירת אבר המין הנכסף.

היחס בין גברים לנשים בענין זה הוא באופן משמעותי ל"טובת" הגברים המגדירים עצמם כ"בעלי נפש אשה בגוף גבר".

הקריטריונים המשמשים להבחנה בין המינים הם:

1. גנטיים - קריוטיפ $46 \times$ - גבר, קריוטיפ $46 \times$ - אשה והגופיף על שם בר
2. גונדיים - אשכים - שחלות.
3. גונופוריים = יתרת האשך - צנוריות הזרע - גבר. לידן - רחם - חצוצרות - אשה.
4. גניטליים = פין - שק האשכים - גבר. פות - אשה.
5. גאמטי = תאי זרע - ביציות.
6. הורמונליים = אנדרוגניים - גבר. אסטרוגניים - אשה.
7. מורפולוגיים = שלד - שיער - שדיים ועוד.

אצל הגבר הטרנססקסואלי ימצאו כל הקריטריונים של מינו.

מהו הרקע היוצר את הנטיה הפסיכולוגית לעבר המין האחר, לא בהיר עד היום.

בישראל ניתוח "שינוי מין" טרם מעוגן בחוק. אזרחים ישראלים עוברים את הניתוח מחוץ לגבולות המדינה,

חוזרים ארצה, פונים למשרד הפנים כדי לשנות את רישום המין במסמניהם הרשמיים.

מדיניות משרד הפנים היא לבקש מהמכון לרפואה משפטית אישור על תוצאות הניתוח.

משך 15 השנים האחרונות נבדקו במכון רק גברים ששינו מינם לנקבה.

כאן תחילתה של הבעיה הרפואית-משפטית:

הרופא המשפטי רואה גוף בעל אספקט אנטומי חיצוני מוסוג נקבה, אצל זכר לאחר הרחקת האשכים וחלק מהפין, אך עם מציאותם של בלוטת הערמונית, שרידי המערות הספוגיות שבפין, גופיפי בר כתאי הגוף, שדיים מלאכותיים, לידן מלאכותי שנבנה מעור שק האשכים.

הבקשה לאשר לנבדק שהוא ממין נקבה מעורר אצל הרופא המשפטי הסתייגות רבה.

ביסודו של דבר מבחינה גנטית והורמונלית הפרט הנבדק שייך למין הזכרי.

הנבדק אינו אלא גבר מסורס שעבר ניתוח פלסטי וממשיך בטיפול הורמונלי. במקרה שלנו - האדם המסורס הוא יותר גבר מאשר אשה.

רישומו כאשה יוצר מצב פתלתול ופוחח פתח לבעיות אזרחיות, מנהליות, דתיות וחוקיות, שלעתים אין לצפותן מראש.

מתוך כל האמור לעיל, אני בדיעה כי אסור בתכלית האיסור שהרופא המשפטי יקבע פסקנית כי ה"נבדק(ת) הוא (היא) אשה לכל דבר", אלא לדעתי במקום זאת מן הראוי שיכתב: "מין בלתי מוגדר".

מונח זה קרוב יותר למציאות, אולם ברור שאינו פותר את הבעיה, שלאור מורכבותה ופניה השונים יתכן אינה ניתנת כלל לפתרון.



מדור סמים ומשפט

צווי ההחזקה במוסד סגור לנפגעי סמים

חיה היכל, עו"ד, קרימינולוגית קלינית

אשפוזית.

בפועל - מטרה זו מופרת ואינה מושגת הן מבחינה מהותית והן מבחינה פרוצדוראלית.

בכל המערכת האשפוזית במדינת ישראל מתקצבות למטרה זו 14 מיטות בלבד במספר בתי חולים לחולי נפש - כשאין מספר זה כל אומדן ריאלי לעוצמת הבעיה כפי שחיי המשפט נתקלים בה תוך עבודת השיפוט במסגרת ההליכים הפליליים. כנגד זה, בתי חולים לחולי נפש אינם המסגרת הטיפולית המתאימה לטיפול בנפגעי סמים וצרוף שני סוגי אוכלוסיות אלו הינו מזיק לכל הדעות המקצועיות. טיפול בנפגעי סמים דורש התמחות ועבודה מקצועית ספציפית כשמסגרת והרכב הצוות של בתי החולים לחולי נפש אינם מותאמים לכך.

מבחינת המערכת העונשית - ברוב המקרים צו ההחזקה ניתן כחלק מתקופת מאסר ארוכה יותר, דהיינו: נפגע הסמים נשלח קודם כל לבית סוהר כאסיר ומשם צריך להיות מועבר למוסד הסגור. התקנות קובעות שיועבר חצי שנה לפני תום ריצוי שני שליש מתקופת מאסרו. הבעיות שמתעוררות: כיצד ניתן לצפות מראש התפנות מקום אשפוזי לתאריך זה; מה ערך יש לצו החזקה כזה אם בתום האשפוז ועדת השחרורים אינה מעניקה הפחתת שליש ואז מוחזר החולה-אסיר למסגרת העונשית וכל הטיפול איבד השפעתו. בהרבה מקרים נפגע הסמים עצמו אינו עומד בתנאי האשפוז ומוחזר לבית סוהר עם הפקעת צו ההחזקה.

בעייתיות צוים אלה הועלתה במסגרת תכנית האב להתמודדות כוללנית עם בעיית השימוש לרעה בסמים במדינת ישראל שהוגשה על ידי הועדה הבינמשרדית והבינו-מוסדית לטיפול מקיף בנושא הסמים (בחודש יולי 1983) כשהומלץ על ביטול סימן ז' לחוק העונשין 1977. בתקופה האחרונה נושא זה הועלה אף לדיון במסגרת דיוני הועדה לביקורת המדינה בכנסת. החלטות מחייבות - טרם נתקבלו ובינתיים ההסדר הנוכחי והבלתי משביע רצון ממשיך להעיק על פעילות הרשויות הכרוכות בו.

מקור הוראת צווי החזקה במוסד סגור לנפגעי סמים (או כפי שהם מוכרים יותר בשם "צווי גמילה") הוא בסעיפים 82-86 לחוק העונשין 1977 כשאלו הן ההוראות החוקיות היחידות בישראל הדנות בטיפול בנפגעי סמים ומתייחסות לאשפוזם. החוק לטיפול בחולי נפש תשט"ו-1955 אינו חל על קבוצה זו באשר נפגעי סמים אינם מוגדרים כחולי נפש. סימן ז' לחוק העונשין 1977 מדבר על אפשרות החזקתם במוסד סגור לתקופה של ששה חודשים או יותר - אך לא לתקופה העולה על שלוש שנים, כשצו זה ניתן בעקבות חוות דעת פסיכיאטרית המאשרת כי הנאשם סובל מרחף לסמים מסוכנים וכי יש יסוד להניח שעבר את העבירה שעליה נדון מתוך אותו רחף. מטרת אותו צו: "גמילה מן הרחף". הוראות סימן ז' ממשיכות לדון בצו ההחזקה, בתקופת ההחזקה, בשחרור מצו ההחזקה ומסמיכות את שר הבריאות בהתייעצות עם שר המשטרה להתקין תקנות בדבר תנאי החזקת החולים ודרכי הטיפול בהם. במסגרת תקנות אלה שהותקנו נקבע כי מוסד סגור משמעותו בית חולים לחולי נפש.

הפעלת צווי החזקה אלה מעוררת בעיות קשות למערכת השיפוטית, למערכת האשפוזית ולמערכת העונשית - שלוש המערכות הקשורות במהות צווי החזקה אלה עד כי נמצא כי מטרת הגישה הבאה לביטול בהוראות החוק ("גמילה מהרחף") נמצאת מסוכלת לחלוטין. אם נבדוק משמעות ההוראות הנ"ל נראה כי למעשה הן מכניסות לשיטת החוק הפלילי הישראלי את כלל "האחריות המופחתת" דרך הדלת האחורית, דהיינו: התחשבות בשיקולי הענישה ובדרך הענישה בגורמים שהביאו את הנאשם לביצוע מעשה העבירה - תוך מתן אפשרות שהעונש לא ירוצה במסגרת עונשית אלא ישמש למטרת ריפוי ושיקום ומניעת עבריינות הנאשם לעתיד - עד כי ניתן שהעונש כולו (במידה ואינו עולה על תקופת מאסר של שישה חודשים) ירוצה במסגרת

על מדף הספרים



ביני לבין הרפואה: פרופ' דוד ארליק

סיפורו של בית-הספר לרפואה בחיפה הינו, במידה רבה ומשמעותית, סיפורו של פרופ' דוד ארליק. קרל אלפרט, בסיפרו על תולדות הטכניון העברי, הגדיר את הקמתו של בית-הספר, של יצירה זו של יש מאין, כקרובה למעשה נסים, והוא הצביע על פרופ' ארליק כעל מחולל נס זה.

חנוכת בנין בית-הספר התקיימה בשנת 1976. שש שנים קודם לכן, ביולי 1970, הציג פרופ' ארליק את בית-הספר הצעיר לפני מושב הקורטוריון הבינלאומי של הטכניון. הרצאת דבריו היתה מאלפת, וניתן היה למצוא בה, לא רק הדרכה מעשית על ארגון וניהול, אלא גם על אופיו ותכונותיו של הדיקן הראשון של בית-ספר זה, וכך הוא אמר:

"יש שתי דרכים להקים מפעל חדש. הדרך הבטוחה היא להכין הכל מראש: להקים את הבנינים הדרושים, לקבל את התקציב הנחוץ, לגייס צוותות, ורק אז להתחיל בפעילות היומית. זוהי וודאי הדרך הטובה והנכונה, וכך נוהגים בארצות המערב הנאורות והמבוססות. אולם לא זו הדרך להקמת מפעלים בארצנו. בשיטה "הבטוחה" הזו, ועם חוסר האמצעים שלנו, היינו וודאי דורכים במקום. הדרך האחרת, שאקרא לה "הדרך הישראלית", היא להעזי ולהתחיל, בתחושה עמוקה שמפעלך דרוש, אף על פי שבידיך אמצעים מצומצמים מאד, אולם פועמת בכ התלהבות רבה ויצר התמדה התובע להמשיך, חרף כל המכשולים הצפויים".

במאמר מוסגר נעיר כי אוניברסיטת חיפה מתלבטת מזה 15 שנים בסוגיית הקמת פקולטה למשפטים, וטרם עלה הדבר בידיה. דומה שאישיות ברמתו של פרופ' ארליק היתה דרושה לאוניברסיטת חיפה על-מנת להרים בהצלחה משא חשוב זה.

תרומתו של פרופ' ארליק לבית-החולים רמב"ם בחיפה, ולבית-הספר לרפואה, היא חשובה מאין כמותה.

אולם בספר שלפנינו מהווה פרשה זו רק חלק, ולאוו דווקא החלק המרכזי שבו.

הרפואה בישראל, ירושלים - תחילה, וחיפה - אחר-כך, חולפות לפניך: אירועים מוכרים, אישים וחברים למקצוע, וכל אלה במגע יד אישי, ובכשרון סיפור שוטף.

בינו לבין הרפואה, ואולי בראש ובראשונה, בינו לבין החולה, מאות ואלפים בישוב הזה חבים לו את בריאותם, את חייהם.

משך שנות דור ויותר, יום יום, שעות ארוכות, הוא גחן מעל חוליו בחדרי הניתוח, בבתי-החולים של הדסה בירושלים ורמב"ם בחיפה, ותרם בידו האמונה לרווחתם.

מעט מזער ממיוש מיצווה קדושה זו משרטט פרופ' ארליק בסיפרו, כמעט כל-אחר יד, וכדרכו - בדייקנות, בצמצום, בצניעות. רבות היו הצלחותיו של מי שהוכר כאחד מאבות הכירורגיה בארצנו, אולם אין זה "ספר-שיאים" או לקט הצלחות. דווקא כמי שנכון היה לפרוץ דרכים, לאמץ גישות חדשות, להתקדם מעבר למקובל, הוא נחל מדי פעם אכזבות. הוא הכיר בכך, הכין עצמו לקראתן, אך מעולם לא יכול היה להשלים עמן.

כך מספר הוא, למשל, על מאורע טרגי שלא מש מזכרונו: "בשנת 48, בירושלים הנצורה והרעבה, חילקו נפט בהקצבה. יום אחד אחרי-הצהרים, פרצה קטטה כתור לנפט, והשוטר הממונה על הסדר היכה בקת רובהו בבטנו של אחד המתקוטטים. האיש הובא לביה"ח. הייתי תורן אז ובדקתי אותו. לא התרשמתי במיוחד מפגיעתו, והשארתי אותו תחת פיקוח במחלקה. בבוקר מצאתיו סובל מכאבים קשים בבטנו, שהיתה נוקשה מאד. פרופ' מנדל ניתח אותו, ומצא פיצוץ כמעדי הדק, כשתוכן המעי ממלא את חלל הבטן. החולה נפטר מדלקת הצפק. היום, לאחר 40 שנה, עדיין מעיק המקרה על מצפוני."

ארבעים שנה, אלפי מנותחים, וגורלו של אותו חולה אלמוני מעיק על המצפון! ספר לימוד חובה לרופא הצעיר. ברפואה המודרנית, כברפואה הישנה, רב הנעלם על הגלוי. טעם זה, וגישתו ההומנית הבסיסית של פרופ' ארליק, הניעוהו תמיד להדביק את חוליו באופטימיות שלו:

"הנוהל הנפוץ היום, שהוא חיקוי לגישה האמריקאית - לעמת את החולה עם האמת, כל האמת - האמנם אנו הרופאים יודעים באמת את כל האמת? - גישה זו קוממה אותי תמיד. מימי לא נתתי לחולה הסברים מפורטים על המחלה ועל הניתוח. הטרמינולוגיה הרפואית והמילה הכירורגית הזעירה ביותר מפחידה את החולה, מכניסה אותו לאישקט, ללחץ, כאשר תפקידנו העיקרי הוא להרגיעו ולעורר בו אמון."

מעשה היה בחולה כבת 35, במצב קשה, חום ספטי גבוה, וסתימת מעיים. הניתוח היה דחוף. האשה הבינה את מצבה וידעה שיש לה סרטן בשלב מתקדם. היא ביקשה שיתנו

לה לסיים את חייה בשקט, ללא ניתוח. פרופ' ארליק התקשה לשכנעה לעבור ניתוח, והיא התנתה את הסכמתה בכך שהוא לא ישאיר לה פתח מלאכותי של המעינים. שלב ניתוחי ראשון בוצע בחולה, ולאחר התאוששותה ניגש הרופא לשלב השני, אלא שאז נתגלה בביטנה גידול עצום, שחדר לדופן הבטן. עוזרו של פרופ' ארליק יעץ לו לזנוח את המשך הטיפול, אולם הלה התעקש, וסילק את הגידול על כל שלוחותיו, וכעבור זמן אף סגר את הפתח המלאכותי, כפי שהבטיח לאשה. שלושים שנה חלפו, ומדי פסח וראש השנה הוא מקבל מן האשה שהחלימה זר פרחים...

ולקח בר חשיבות עליונה: לעולם אינך יודע את כל האמת, ולעולם הינך אמור לעשות כל שבידך, שמא... ועל אף הכל...

שאלת הקדימויות בטיפול הרפואי, בעת מחסור או דחק, מהווה דילמה מוסרית חמורה וקשה. אתיקנים שלא עסקו ברפואה ממש אינם מסוגלים לתפוש את המתרחש בנפשו של רופא, אשר חובת ההכרעה מוטלת על כתפיו במלוא כובדה. 16 פצועים הובאו אל חדר המיון. הפצועים נפגעו בחלקי גוף שונים, היה ביניהם בחור בן 17 עם פצע ריסוק בבטן, שמתוכו פרצו מעי דק מחורר ומעי גס קרוע וכן קרע בשלפוחית השתן.

16 פצועים, ופרופ' ארליק שימש ככירורג יחידי. במי להתחיל הטיפול? הוא הניח שלצער זה לא היו סיכויים לחיות משלא טופל 14 שעות לאחר פציעתו. 15 פצועים טופלו, ורק אז החל הרופא לטפל בבחור בן ה-17. הוא ביצע בריתת המעי הדק, ופיום המעי הגס ושלפוחית השתן. הבחור הבריא והחלים, נקלט בעבודה, נשא אשה והוליד

 * "סיעוד ומשפט" *
 * מאת: אמנון כרמי *
 * שופט ביהמ"ש המחוזי *
 * מבין נושאי הספר: אחריות מקצועית - רשלנות, *
 * אחריות מקצועית - כללי, איבחון סיעודי, תצפית, *
 * רישום, השגחה, נפילות, כוונות, הדרכה, זריקות, *
 * עירוי דם, תרופות, מחלות מדבקות, מילוי הוראות *
 * רפואיות, טיפול חירום, הרדמה, גיתוחים, נטישה, *
 * האחות והמשפט, רישוי, הצוות הסיעודי, רישום, *
 * הסכמת החולה לטיפול בו, הריון ולידה, מחלות *
 * מדבקות, חיסונים, תרופות וסמים, חולי נפש, האחות *
 * בבית המשפט, סודיות מקצועית, בריאות ומשפט, *
 * ניסויים בבני אדם, סמים מסוכנים, אנטומיה *
 * ופתולוגיה, מוות, המערכת השיפוטית: פיקוח. הספר *
 * מיועד לציבורי עורכי הדין, משפטנים והעוסקים *
 * בסיעוד. *
 * בהוצאת "תמר" חברה להפצה בע"מ ת.ד. 4560, חיפה. *
 * כריכה קשה. כ"ס 720 עמודים. - 92 ש"ח (כולל מע"מ). *
 * * * * *

ילדים. פרופ' ארליק נהנה מפירחי הצלחתו, ועוד יותר מכך - מן הלקח שלמד על דבר הקדימות בטיפול הרפואי. פרופ' דוד ארליק קיבץ סביבו לא רק קהל גדול של חולים אסירי תודה, אלא גם קבוצות של תלמידים נלהבים שהלכו בעקבותיו ובדרכיו, והאדירו שם רפואת ישראל ברחבי העולם. וביניהם - בן. כאשר לפני כתריסר שנים קיבל בנו את תעודת הרופא שלו, נתן לו האב כמתנה את סיפרו של ד"ר גלסשייב על תולדות הרפואה: "החיפוש אחר הסוד הגדול".

בהקדמה כתב פרופ' ארליק, בין היתר: "ספר זה הוא רומן הרפואה. רומן מתח מרתק, שהתחיל לפני אלפי שנים, נמשך עד היום, ויימשך גם בדורות הבאים. אשרי הזוכים להיות, ברב או במעט, גיבורי הרומן הזה."

פרופ' ארליק נמנה על כותביו ויוצריו של רומן מיוחד, בתולדות הרפואה בישראל.

התמיהה היחידה שליוותה אותי, שעה שהשתקעתי בקריאת "הרומן" של פרופ' ארליק, ואף הטרידה אותי, היתה: כיצד לא מצאה החברה הישראלית לנכון להוציא לאור ספר זה עבור - וכשי לפרופ' דוד ארליק, שתרום לה מיומנות, לב ופרשת "חיים שכאלה".

אמנון כרמי
 שופט

 * "פיצויים בשל נזק גוף" *
 * מהדורה שניה ומעודכנת *
 * מאת: דוד קציר *
 * שופט בית המשפט המחוזי *
 * הקדמה לספר מאת נשיא בית המשפט העליון מאיר *
 * שמגר. *
 * במהדורה מורחבת ומעודכנת זו, נכללו כל חידושי *
 * ההלכה של השנים האחרונות, לרבות פרקים מיוחדים, *
 * על חוק פיצויים לנפגעי תאונות דרכים, תשל"ה- *
 * 1975. לספר נוספו למעלה ממאה תקדימים חדישים, *
 * שלא נכללו במהדורה הראשונה. *
 * בהקדמתו לספר, כותב נשיא בית המשפט העליון: *
 * "בפנינו מקור עשיר של מידע משפטי, הנפרש בפנינו *
 * תוך הצגתו של הנושא של פיצויים בשל נזק גוף *
 * לכל היבטיו, ביסודיות ובבהירות. עדכנו של הספר *
 * במהדורה החדשה שבפנינו יגביר ללא ספק את *
 * שמישותו...". *
 * בהוצאת "תמר" חברה להפצה בע"מ ת.ד. 4560, חיפה. *
 * כריכה קשה. כ"ס 850 עמודים. 172.50 ש"ח (כולל מע"מ). *
 * * * * *