

משפט רפואי

העד המומחה (חלק שני)

מאת: אמנון כרמי

ג. הקולליפיקציות

לה כפי הנראה שעה שניסתה לגונן בידיה על ציורה. בית המשפט קבע שקטע זה של עדות הרופא היה מוטל בספק, וכלל לא נבע מנסיונו המקצועי.

כתביעה בה נטען כי מנתחיה התרשל בכך שנמנע מלדווח לחולה על הסיכונים שהיו כרוכים בטיפול מסויים בפיו, בית המשפט דחה את עדותו של רופא אף, און וגרון, שהובא מטעם התובע, בפסקו שאין הלה מוסמך להעיד על הסטנדרט הרפואי המקובל בנושא הדיון.

אולם אי אפשר להצביע על סיווג מדוייק של קולליפיקציות של מומחה. מומחה בשטח אחד יורשה להעיד נגד מומחה בשטח אחר אם נושא הדיון נהיר לו.

אכן, רופא עור לא הורשה להעיד לגבי הליכים שמנתח פלסטי נקט בהם. בית המשפט פסק שהכרות גרידא של הליכים, שהיו מצויים מחוץ לתחום עיסוקו של העד, לא שימשה בסיס להסמכתו כעד מומחה.

ברם, במקרה הבא הגיע בית המשפט לכלל החלטה שונה. התובע תבע את הנתבע בשל התרשלות באיבחון דלקת התוספתן. הנתבע שימש כמומחה ברפואה פנימית. העד המומחה מטעם התובע שימש כרופא משפחה. ההגנה התנגדה להשמעת עד זה לגבי סטנדרט הטיפול במקרים של דלקת התוספתן.

בית המשפט פסק שרופאים משדה רפואה אחד יכולים להאיר ולהסביר מהו הטיפול הנאות בשדה רפואה אחר. לפיכך, אף כי הסטנדרט הקובע לגבי הרופא הנתבע היה הסטנדרט של רופא מומחה פנימי, ניתן היה להשמיע את עד התביעה לגבי דרכם של רופאים מוסמכים ומנוסים אחרים בטיפולם בדלקת התוספתן.

רופא מומחה רשאי להעיד על סטנדרט הזהירות של רופא כללי, אם סטנדרט זה אכן מוכר לו. במקרה הבא הורשה רופא כללי להעיד נגד רופא מומחה.

הנתבע, מומחה באורולוגיה, ביצע ניתוח טרנס אורטרלי בערמונית שבאמצעותו הוא סילק גידול שאובחן על ידו

רופאים נקראים בדרך כלל למלא אחת המשימות הבאות: כמטפלים בחולים, כבודקים למטרת הכנת חוות דעת מקצועית, או כעדים מומחים. עד מומחה אמור להיות בר-ידיעה בנושא הרפואי הנדון.

על הרופא להראות ידע נאות בהליכים הרפואיים הי רלבנטיים, בסטנדרטים המקצועיים, או בשטח היחודי והאסכולה הרפואית שבהם עסק הרופא הנתבע. העד המומחה אמור להכיר הן את העניין המיוחד שבמחלוקת והן את סוג המקרים בו נכלל עניין מיוחד זה.

רצוי, כמובן, שהעד ידע באופן בסיסי את החוק הרלבנטי ואת דיני הראיות העיקריים. המומחה אמור לגבש חוות דעתו ולנסחה בוודאות כדי לאפשר לבית המשפט להגיע לכלל החלטה ועליו להימנע משימוש במונחים כלליים.

בית המשפט מצפה לכך שהעד המומחה לא רק יפגין ידע אלא גם יהיה מסוגל להסביר את דבריו ולעמוד בחקירה נגדית. העד אמור להציג את דעתו באופן ברור ולעורר אמון ביושרו וביכולתו.

המומחים משיגים את מומחיותם באחת בשתי הדרכים הבאות, או בשתייהן גם יחד: קיים הניסיון הנרכש במהלך העבודה במקצוע, וקיים הניסיון המדעי הנדרש בדרך של לימוד. אי אפשר לקבוע כאן איבחון מדוייק, וכל מקרה ייקבע על פי נסיבותיו. בתי המשפט נוקטים מבחן פונקציונלי של הכשירות המקצועית, בדבר יכולתו של העד לסייע להם בחקר האמת.

שאלת הקבילות תיקבע על פי מהות הידע של העד, ולא על פי הסיוג המלאכותי של תוארו. מומחים לא יתבקשו להעיד על נושאים המצויים מחוץ לתחום מומחיותם.

אדם נאשם ברצח שבוצע על ידי שחיטת צואר קרבנו. רופא העיד כי פצעים שנמצאו על ידיה של המנוחה נגרמו

כבלתי ממאיר. חמישה חדשים לאחר מכן איבחו רופא אחר גידול סרטני בשלפוחית השתן של החולה. בית המשפט התיר לרופא כללי להעיד נגד הרופא האורולוג.

"חוק המדינה שלנו טרם קבע שרופא המעיד נגד רופא מומחה על סטנדרט הטיפול הננקט על ידי רופא אחר, חייב להיות מומחה בשטח הרפואי שבו עוסק הרופא האחר".

חולה שהחלימה מניתוח בגבה נפלה ושרבה את פרק ידה שעה שהתקלחה במקלחת, בסיועה של סייעת - אחות. השאלה שבמחלוקת היתה האם הסייעת התרשלה בכך שלא דאגה לתמוך בחולה לאחר השלמת הרחצה. החולה הורשתה להגיש חוות דעת של סייעת - אחות אחרת לגבי הפרקטיקה של סייעות במתן עזרה לחולות ברחיצתן.

במקרה הבא הותר לעד ליתן חוות דעתו לגבי ניתוח חרף העובדה שהוא מעולם לא ביצע ניתוח כזה. במהלך ניתוח לקטיעת הצלע הראשונה של החולה, נגרם חתך לעורק התת-בריחי על ידי כלי החיתוך או על ידי העצם השבורה. בית המשפט התיר לרופא להעיד כמומחה לגבי כל ההיבטים של ניתוח כזה, לרבות כריתת צלע ראשונה, אף כי אותו רופא מעולם לא ביצע, ולא נכח בביצוע של ניתוח כזה. העובדה שהרופא לא ביצע ניתוח מסויים הינה עניין למשקל עדותו ולא לקבילותה.

בית המשפט ציין שדרושים לרופא לימוד ואימוון מקצועיים כבסיס כללי של עדותו, וכי כשירותו תיקבע על פי ידיעתו למעשה את הפרקטיקה המקובלת בין הרופאים בנסיבות דומות.

אולם ניתן למצוא החלטות שונות גם כן. במשפט אחד טענו התובעים שמצבו של ילד, אשר סבל מנזק מוחי צמיתי ומפיגור, נבע מהתרשלות הרופאים הנתבעים אשר לא סיפקו לילד חמצן בעת היוולדו. נשאלה שאלה אם רופא מסויים יורשה להעיד על סטנדרט הטיפול של גניקולוג - מיילד, אף שהוא עצמו טרם סיים התמחותו בשדה זה של הרפואה. בית המשפט פסל את הרופא מליתן חוות דעת מקצועית במשפט. בזמן יילוד הילד לא הוסמך הרופא לעסוק ביילוד, ולא נראה לבית המשפט שהרופא היה מודע לסטנדרט הטיפול במוות הנ"ל.

מאידך, בית המשפט לערעורים של מיזורי התיר לרופאה להעיד כמומחית, אף כי רשיונה לעסוק ברפואה נפסל לאחר הרשעתה בדין. בית המשפט פסק שלא היה בכך כדי להטיל דופי בכשירותה להעיד על הליך רפואי מסויים שנדון במשפט ההוא.⁴

ד. בית המשפט

בעל דין המבקש להעיד עד מומחה חייב להצביע על

כישוריו. העד המומחה יציג את כישוריו בפתח עדותו, תוך הסתמכות על הקריירה שלו ועל נסיונו המיוחד. כשירותו של עד מומחה הינה שאלה מיקדמית עבור השופט. על בית המשפט לקבוע אם העד רכש לימוד או ניסיון מיוחדים המכשירים אותו ליתן חוות דעת מקצועית. כך, לדוגמה, החליט בית משפט באחד המשפטים כי לא היה צורך לרופא להשתלם במיוחד על מנת שיוכשר להעיד על קצב הריסת האלכוהול בדם, בבואו להעיד על תוכן טבלאות בנושא זה. קביעת כשירותו של עד מומחה מסורה להחלטתה של הערכאה הדנה בעדויות. ערכאה זו תקבע הן את כשירותו של העד לחוות דעתו בנושא הנדון, והן את המשקל שיש לייחס לחוות הדעת.

תפקידו של העד המומחה הוא לספק לבית המשפט את הקריטריון המדעי הדרוש לבחינת נכונות המסקנות, ועל ידי כך לאפשר לבית המשפט לזגוע לכלל החלטה עצמאית על ידי התלת הקריטריון על העובדות המוכחות.

חוות דעתו של העד המומחה היא בבחינת ראייה. בית משפט הבוחר ליתן אמון בראיה זו יכול לקבעה כמימצא.

אולם בתי המשפט אינם חייבים לאמץ את חוות הדעת של המומחים, אפילו אם הן לא נסתרו. בית המשפט מוסמך לקבוע את משקל חוות הדעת ואת השפעתה ותחולתה. חוות הדעת אינה ראייה קונקלוזיבית, והיא תופל על ידי בית המשפט ככל עדות אחרת. טעות היא לסבור כי חוות דעת רפואית חייבת להתקבל על ידי בית משפט כל אימת שאין מניע לדחייתה.

בעבר לא הורשו מומחים לחוות דעתם לגבי עובדות יסודיות שנמסרו להכרעת בתי המשפט. מומחה לא הורשה להעיד כי הנתבע התרשל, או שנאשם לא היה אחראי למעשיו. כיום נוטים בתי המשפט להתיר עדויות של מומחים על עובדות יסודיות, בנסיבות מסוימות. נטייה זו מצביעה על גישה אוהדת יותר של הרשות השופטת כלפי העדים המומחים.⁵

הערות שוליים:

- King, p. 83
Wigmore, pp 634, 635, 638
Osborn, pp. 162, 174
Cross, p. 366
Annas, p. 252
- Wigmore, pp. 640, 641, 644
Phipson on Evidence, 1976. 12th ed. London:
Sweet & Maxwell, Sec. 1208, 1226, 1227
Cross, pp. 365, 366, 367
Morris & Moritz, pp. 246, 247
Fitzgerald v. Manning, 679 F. 2d 341 (1982)

פסיכיאטריה ומשפט לשיפור החוק לטיפול בחולי נפש בישראל

ד"ר עמיחי לוי
פרופ' שמאי דוידסון

א. מבוא

השחרור, ההעברה והחופשות של חולי הנפש בבתי החולים. עקרי השינויים המוצעים הם: סמכות מנהל ביה"ח תוכל להיות מואצלת גם למנהל מחלקה פסיכיאטרית (גם בביה"ח הכללי), ולפסיכיאטר שהוסמך לכך ע"י המנהל. לא יוכל כל אדם לעכב אשפיו של חולה (כמו בחוק הנוכחי), אלא במקרה שקיימת התנגדות לאשפוז (פרט לזו של החולה עצמו) יאושפו החולה מיד למשך תקופה של עד 3 ימים - ותוך תקופה זו יש להשיג אישורו של הפסיכיאטר המחוזי לאשפוז הכפוי (במקום עד 5 ימים כיום). עילת אשפוז לפי מסוכנות תכלול גם סכנה לגרימת נזק חמור לרכוש, וגם בטרם "נוכח" בכך הפסיכיאטר המחוזי, אלא גם אם יש לו חשד סביר בלבד. במקרה זה תהיה לפסיכיאטר המחוזי רשות לבדוק את החשד ע"י ברור מידע ובדיקת האדם. הוראת האשפוז של פסיכיאטר מחוזי תפוג תוך 5 ימים, במקום תוך 15 יום כנהוג כיום. יובדל בין "הוראת אשפוז" לפי סעיף 5, לבין "הוראת אשפוז כפוי" לפי סעיף 7. יבוטל הצורך להודיע ליועץ המשפטי לממשלה על הוראת אשפוז כפוי, אך הי פסיכיאטר המחוזי יודיע ליועץ המשפטי האשפוז הכפוי (ביהמ"ש או הרופא השולח) על ביצוע או דחיית הבקשה. על אשפוז שלא בצו ביהמ"ש יוכל החולה לערער בפני בימ"ש השלום, והפסיכיאטר המחוזי ימסור לחולה העתק מהוראת האשפוז עם ציון זכותו לערעור כזה.

חולה ששחרר לגמרי, לניסיון או באופן זמני - יוכל המנהל להטיל עליו תנאי מעקב ובמקרה הצורך לכפות את החזרתו לביה"ח (אם שוחרר לניסיון). החולה יוכל לערער על החלטת מנהל ביה"ח בפני הועדה הפסיכיאטרית המחוזית, והועדה תוכל להטיל תנאי מעקב על חולה שאושפז לפי צו. אם הועדה לא תדון במשך שנתים בעניני חולה שאושפז לפי צו, יחויב הפסיכיאטר המחוזי להביא את ענינו לועדה לדיון. הן הפסיכיאטר המחוזי והן ביהמ"ש יהיו רשאים להורות על טיפול מרפאתי כפוי, והמטפל ירווח במקרה כזה לפסיכיאטר המחוזי על התקדמות הטיפול. מנהל ביה"ח יודיע מיד לקרובו או לאפוסטרופו של החולה על אשפוזו.

החוק הישראלי לטיפול בחולי נפש נחקק ב-1955¹ ובזמנו נחשב לחוק מהפכני, מתקדם וליברלי - כמוהו חוק האנגלי באותו נושא ומאותה התקופה^{2,3}. בקרב העוסקים בשינוי החוק שררה ההרגשה שמדיקליזציה של החוק, כלומר הדגשת מעמדם הרפואי של חולי הנפש, וההסתמכות על דמותו האינטגרטיבית של הרופא המטפל - יטיבו עם חולי הנפש⁴.

במרוצת השנים נוספו בישראל נושאים ספציפיים, שהצריכו חקיקה משנית נוספת: כך תוקן החוק עצמו 5 פעמים, ונוספו לו קבצי תקנות רבים^{5,6,7,8,9}, שתוקנו אף הם פעמים רבות.

נוסף לחוק ולתקנותיו, הוצאו מדי פעם הנחיות מטעם הנהלת שירותי בריאות הנפש במשרד הבריאות, ולעתים גם הנחיות מטעם היועץ המשפטי לממשלה¹⁰. כל אלה מצטרפים לכדי רשת סבוכה למדי של הוראות חוק, תקנות והנחיות - רשת אשר דורשת אפילו ממשפטן (ובוודאי מפסיכיאטר) מאמץ ניכר כדי להתמצא בפתולוגיה ולהיות מעודכן ב-"הטלאותיה".

בשנים האחרונות (1977-1984) הוצעו בישראל לפחות 10 הצעות לתיקון החוק הקיים. בוודאי שמסובכותו של החוק הנוכחי הנה גורם חשוב בפעילות הרבה הזו לשינויו; אולם מעבר לכך, נראה שהכוונה היא לנסח חוק כוללני מודרני שגם יכיל בתוכו את עיקרי המהפכה שחלה ב-30 השנים האחרונות בנושא של זכויות חולי הנפש והיחס החברתי כלפיהם.

נסקור הצעות אלו.

ב. ההצעות לשינוי החוק

(1) הצעת הועדה הפורמלית של משרד הבריאות - 1977¹¹: הצעה זו דנה בעיקר בתיקונים בנושא סידורי הקבלה,



2. הצעת המעוט של השופט בזק, 1977¹²:

הצעה זו נוטה הרבה יותר לכיוון המודל המשפטי, המביא בחשבון בעיקר את זכויות החולה. היא מפחיתה חלק ניכר ממרכזיותו של הפסיכיאטר המחוזי, ומטילה את תפקיד הוצאת הוראות האשפוז על שופט בימ"ש השלום. כל אשפוז שלא בהסכמת החולה יבוצע רק ע"י הוראת אשפוז, וזו תוצא רק אם ישנו סיכון. אמנם רשאי הפסיכיאטר המחוזי להוציא הוראת אשפוז זמנית לפי עילה של סיכון (כולל סיכון לרכוש), אך רק למשך שבוע. התנגד אדם (פרט לחולה) לאשפוז - יתקבל החולה לאשפוז רק באישור הפסיכיאטר המחוזי. כאשר נוכח הפסיכיאטר המחוזי בסכנה מצד החולה אין עליו חובה לאשפוז כנהוג היום, אלא עליו לפתוח בהליכים חוקיים לשם אשפוזו. אם סרב הפסיכיאטר המחוזי להוציא הוראת אשפוז, עליו להודיע על כך למבקש ההוראה וגם לציין בפניו, כי הוא רשאי לערער בפני הועדה הפסיכיאטרית.

הדיון בפני שופט יוכל להתקיים גם בתוך ביה"ח. הוראת אשפוז שתוצא ע"י שופט תוקפה עד לשנה, עם אפשרות להארכתה. השופט חייב לשמוע את החולה (כולל את עורך דינו) לפני הוצאת הוראת האשפוז (שכאמור, הבקשה להוצאתה נומקה בכתב ע"י הפסיכיאטר המחוזי). אם שוכנע השופט שהאשפוז דחוף בגלל סיכון, ושאינן אפשרות סבירה לקיים את הדיון בנוכחות החולה - רשאי הוא להוציא הוראת אשפוז בלי לשמוע את טענות החולה. בתום האשפוז, ולאחר שניתנה לחולה אפשרות להשמיע את טענותיו, יקיים השופט דיון בענינו. אם שוכנע השופט ע"י עדות של 2 רופאים שאין לקיים את הדיון בנוכחות החולה, יקויים הדיון גם בהעדר החולה. הוראת אשפוז שניתנה בהעדר החולה תוקפה עד ל-90 ימים בכל פעם, אלא אם נתמנה לחולה אפוטרופוס. דיון בנוכחות האפוטרופוס כמוהו כדיון בפני החולה.

3) נייר עמדה של האגודה לזכויות האזרח בישראל שנערך ע"י דר' לסלי סבה - 1980¹³:

הצעה זו עוסקת בעיקר בזכויות חולי הנפש המאושפזים בכפייה. זהו, כמובן, הנושא המרכזי בהצעות השונות לתיקון החוק, נושא אשר משקף את לחצן של התנועות למען מתן זכויות לחולי נפש בעולם המערבי. הצעתו של דר' סבה - שהוא משפטן העוסק בקרימינולוגיה - מחולקת לעילות לאשפוז הכפוי, הליכי האשפוז והשחרור, זכויות החולה בעת שהותו במוסד הפסיכיאטרי וקביעת ועדכון נורמות המעקב. היא כנראה ההצעה המפורטת ביותר באשר לזכויות החולה בתוך בית החולים.

הנקודות החשובות הן: ניתוח מסודר של מגבלות החוק הקיים (ערפולים בניסוח, אי-התאמת החוק למציאות, אי התאמת המציאות לחוק); קריאה לפתח מבחן מהימן למסוכנותו של חולה; הגדרה ברורה של מחלת נפש המאפשרת אשפוז כפוי (בנוכחות סיכון) כמחלת נפש

פסיכוטית בלבד; הגבלת יכולתם של בני משפחה לאשפוז חולה שאיננו מסוגל להביע דעתו; הרצון למצוא פתרונות חלופיים לאשפוז; הקמת מנגנון שיערוב למאושפז כנגד סיכון של אשפוז בלתי צודק; העמקת הבסיס הרפואי לאשפוז ע"י חוות דעת של 2 רופאים; ידוע החולה ומשפחתו; פיתוח מנגנון בקרה אמין שיפקח על כל שלבי האשפוז ע"י מנזר מבקרים לבתי החולים הפסיכיאטרים, ופרוט תפקידו של המבקר; הרחבת סמכויותיהן של הועדות הפסיכיאטריות המחוזיות; הבהרת הקריטריונים לשחרורו של חולה; הבהרת מעמדו השונה של החולה המאושפז מרצונו וזכותו להשתחרר; הזכות לטיפול נאות - למשל: קביעת תכנית טיפולית תוך 5 ימים מהקבלה; הזכות לסרב לטיפול; פרוט של זכויות אחרות בעת האשפוז - טלפון, בגדים, כביסה, טיולים, פרטיות, קיום יחסי מין, חופשות, סודיות, מידע ועוד; התנאים הפיזיים במוסד, קביעת נורמות ומעקב שוטף אחרי יישומן.

מראה מקומות:

1. ס"ח 187.
2. Mental Health Act 1959, Her Majesty's Stationary Office (reprint, London, 1980).
3. לפי ידע אישי (ש.ד.), באה לארץ ב-1956 או ב-1957 משלחת מאנגליה, בכדי ללמוד את בעיות והשפעות הפעלתו של החוק הישראלי החדש (דאז).
4. A. Levy, S. Davidson, "The Rights of the Mental Patient in Israel", Medicine and Law (1984), 405.
5. ס"ח 707.
6. ס"ח 908.
7. ס"ח 2915.
8. ס"ח 2920.
9. ס"ח 3750.
10. הנחית היועץ המשפטי לממשלה בענין ערר על אשפוז כפוי של חולה נפש, מס' 21.064, 1983.
11. הצעת תזכיר - הצעת חוק לטיפול בחולי נפש (תקון) תשל"ה-1977, ועדה פורמלית של משרד הבריאות.
12. מאותה הועדה, 1977.
13. זכויותיהם של חולי נפש המאושפזים בנגוד לרצונם, נייר עמדה ערוך עפ"י בקשת האגודה לזכויות האזרח בישראל, 1980.

אישפוז של עצור חולה נפש

אך ורק על הטעמים הרפואיים, כפי שבאו לידי ביטוי בחוות דעתו של הרופא הפסיכיאטר, אלא הוא תוצאה של שני תנאים עיקריים, המצטברים זה לזה, ואלה הם:

(א) בית המשפט סבור, שיש מקום לצוות על מעצרו של פלוני, וכן -

(ב) בית המשפט סבור, על יסוד חוות דעת כנ"ל, כי העצור חולה וכי מצבו מצריך אישפוז.

הצורך במעצר יחד עם המסקנה, כי המדובר בחולה אשר מצבו מצריך אישפוז, הם בלבד היכולים ליצור את הבסיס לצו לפי סעיף 6א(א). העובדה, כי פלוני, שמתייצב לפני בית המשפט, חולה וכי מצבו מצריך אישפוז, אין בה כדי להצדיק מתן הצו, אם באותה עת אינה מתגבשת גם המסקנה, הקשורה לעבירה בה הוא נחשד, לפיה יש לעצור אותו.

במלים אחרות, האמור בסעיף 6א לא נועד למקרים, בהם אדם, הנמצא בפני בית המשפט בקשר לביצועה של עבירה, זקוק לאישפוז, אם אין במעשהו כדי להצדיק את מעצרו. שאלת האישפוז יכולה להיבדק, כמובן, עלידי פסיכיאטר מחוזי לפי סעיף 5 לחוק הנ"ל, אך בית המשפט פועל לפי סעיף 6א, רק אם יש הצדקה לכך מבחינת הכללים החלים על המעצר. לענין זה אין נפקא מינה, אם המעצר הוא במיתקן כליאה, בבית-חולים או באגף פסיכיאטרי של בית סוהר².

מראה מקומות:

- (1) פ"ד ל"ח(4), 29.
 - (2) ראה: א' כרמי, הרופא, החולה והחוק, 1977. תל-אביב: מעריב, 51.
- א' כרמי, סיעוד ומשפט, 1984. חיפה: תמר, 502.

נשיא בית המשפט העליון, השופט מאיר שמגר, הוציא הודעה בדבר דרך הפעלתו של סעיף 6א(א) לחוק לטיפול בחולי נפש, תשט"ו-1955¹.

סעיף 6א(א) לחוק לטיפול בחולי נפש, תשט"ו-1955, קובע, כי אם ציווה בית-משפט על מעצרו של אדם, ובית המשפט סבור, על יסוד חוות-דעתו של רופא פסיכיאטר, כי העצור חולה וכי מצבו מצריך אישפוז, רשאי בית המשפט לצוות, שהמעצר יהיה בבית-חולים או באגף פסיכיאטרי של בית-סוהר.

ההודעה באה להבהיר, אימתי מפעיל בית המשפט סמכויותיו לפי סעיף 6א(א) לחוק לטיפול בחולי נפש, תשט"ו-1955.

הנשיא שמגר מסביר, כי מן האמור לעיל נובע, כי מעצרו של פלוני בבית-חולים של בית הסוהר או באגף פסיכיאטרי של בית-סוהר לפי סעיף 6א(א) הנ"ל איננו אמצעי, המושתת

הסבר אטיולוגי פסיכו-טראומטי לתופעת העבריות

מאת: ד"ר מ. ארדרייך

הספרות הקרימינולוגית עסקה רבות במקורות ההתנהגות העבריינית. שורות אלה מוקדשות להשקפה נוספת של מודל אטיולוגי, בהתייחסות למקור של טראומות נפשיות מן העבר הרחוק.

המודל האטיולוגי הפסיכוטראומטי אינו מהווה תחליף להשקפות הקיימות, אך יתכן שהינו מוסיף היבטים העשויים לתרום לפתרון יסודי. המטרה היא להתמודד עם סגנון חיים עברייני המאמל את האדם ואת סביבתו. חוקרים שונים כגון Lewis¹, מ-Yale אישרו, כי צעירים אשר ביצעו עבירות חמורות סבלו בילדותם מאלומות שהיתה מכוונת נגדם, או שהיו עדים לאלומות מכוונת נגד אחרים.

במאמר קודם² בו פרטתי מהלך חיים של תשעה חולים פסיכויטיים מבוגרים, אשר רצחו בין 3-1 אנשים, מצאתי כי 2/3 מהם היו קרבנות לאלומות קשה בילדותם, או עדים לה. האקולוגיה האנושית העכשווית מכתובה את הצורך בהסתגלות מהירה לדפוסים חדשים, מחייבת תאוצה מוגברת של תהליכים פסיכולוגיים ומהווה בפני עצמה Stressor. כך, למשל, שפע המוצרים המוצגים, מהווה פיתוי חוזר

רפואת המשפט



תקנות האנטומיה והפתולוגיה (ניתוחים במקרים מיוחדים); התשמ"ה - 1985

מראה מקומות:

- (1) תקנות האנטומיה והפתולוגיה (ניתוחים במקרים מיוחדים), התשמ"ה - 1985, ק"ת 4752, תשמ"ה, 555.
- (2) סעיף 3.
- (3) כללית, ראה: א' כרמי, הרופא, התגלה והחוק, 1977. תל-אביב: מעריב, 57; א' כרמי, סיעוד ומשפט, 1984. חיפה: תמר, 649, 668.

סעיף 2 לתקנות הרחיב את היריעה והסמיך את המנהל הכללי של משרד הבריאות, או רופא עובד המדינה שהוא הסמיכו לענין תקנות אלה, להתיר ניתוח גוויה, למניעת סכנה מוחשית לבריאות הציבור, בנסיבות הבאות, כלשון התקנות:

"2. ראה המנהל, כי קיימת סכנה מוחשית ומיידית לבריאות הציבור עקב פטירתו של אדם באחת מן הנסיבות האמורות לחלן, או עקב הגעה לישראל של גוויה שלא על-פי תקנות בריאות העם (קבורה מחדש), 1941², או ללא מסמכים רפואיים מקובלים, רשאי הוא לקבוע כי קיים צורך דחוף ומיוחד בניתוח הגוויה כדי למנוע סכנה כאמור; ואלה הנסיבות:

- (1) רופא קבע, כי הפטירה אירעה ממחלה העלולה לפגוע בכלל האוכלוסייה של המדינה או בחלקים ממנה, או בצוות רפואי שבא במגע עם הנפטר או בבני משפחתו של הנפטר;
- (2) רופא קבע, כי הפטירה אירעה ממחלה שאינה מוכרת בישראל;
- (3) רופא קבע, כי הפטירה אירעה ממחלה בלתי מזוהה;
- (4) הפטירה אירעה כתוצאה ממחלה כמשמעותה בסעיף 20 לפקודת בריאות העם, 1940³,
- (5) פטירה פתאומית בבית חולים."

המנהל הוסמך, כמו כן, לקבוע הוראות משלימות, לרבות בדבר דרכי ביצוע הניתוח והדיווח על הניתוח ותוצאותיו². נראה, כי השימוש בתקנות אלה מאפשר, בין היתר, התמודדות עם התופעה של מחלת האיידס³.



גניקולוגיה ומשפט

טיפול גניקולוגי ללא רשיון

פרטי המקרה

לרופא. מגמת הטיפול היתה לרפא את הגברים מעקרותם ולגרום לנשים כי תהיינה. לצורך זה הזריק לגברים בתכיפות "זריקות הורמונים" שטיבן לא הוברר, ואילו בנשים עשה בדיקות גניקולוגיות והזריק לרחמן את זרע הבעל ב"הזרעה מלאכותית". פנייתם של אותם זוגות אל המערער באה לאחר שנכשלו הטיפולים הרפואיים ה"קונונציונליים" שקיבלו מידיהם של רופאים, והמערער טיפח בלבם את התקווה, כי בכוחו להשיעם. כך הציג עצמו בפניהם כאחד משלושת הרופאים הטובים בעולם בשטח זה, כמי שנחל הצלחות בעבר, ושטיפולו (או היו בטיפולו) אישים שבשמותיהם נקב ונשותיהם; כן הסביר להם על "התקדמות" הטיפול שהוא נותן להם, וכי גדולים סיכויי ההצלחה שבטיפול זה.

עבור "טיפול" קיבל המערער מהזוג שבאישום השני 100,000.- ל"י, ומידיה של המטופלת שבאישום השלישי - 800,000.- ל"י, וכן קיבל תשורות מהזוג שבאישום הראשון.

עבירות המירמה, ההתחזות והתקיפה

משהציג המערער עצמו כרופא (כפי שגם ציין בשלט שעל דלת דירתו ובחניה שבחצר) ולא סיפר למטופלים כי רשיונו בוטל, הרי שטען לפניהם ביודעין טענת עובדה שאינה אמת. התחזות המערער כרופא היא שהביאה את המטופלים (שבשלושת האישומים הראשונים) להסכים, כי המערער יבצע בהם את הטיפולים הרפואיים, ולשלם לו בכסף או בטובות הנאה אחרות בתמורה לאותם טיפולים.

מכאן שבכל מקרה קיבל המערער "דבר במרמה", אפילו האמין בשיטת הטיפולים עצמה אף-על-פי שאינה מוכרת ברפואה, כשהוכח קשר סיבתי בין המירמה (שבהתחזות) והתשלומים (או טובות ההנאה) שקיבל. על אחת כמה וכמה כשנוסף להתחזותו כרופא טען המערער

כתאריך 7.1.70 קיבל המערער רישיון לעבוד במקצוע הרפואה בארץ, על סמך תעודה מאוניברסיטת גנט שבבלגיה מיום 12.10.65, בה הוענק לו תואר של דוקטור לרפואה.

לאחר שניתן לו הרישיון עבד המערער בבתי-חולים שונים כרופא גניקולוג ובתחום זה גם עסק במרפאה פרטית שבביתו.

ביום 9.7.71 ביטל שר הבריאות את הרישיון לעסוק ברפואה, לאחר שהוברר לו מתוך דין וחשבון של ועדה שמינה, כי הרישיון "הושג בטענות שוא".

אף-על-פי שבוטל רישיונו, המשיך המערער להתחזות כרופא ולעסוק ברפואה. לפיכך הורשע בבית המשפט המחוזי בתל-אביב בארבעה אישומים בעבירה של סעיף 3(א) ביחד עם סעיף 48 לפקודת הרופאים [נוסח חדש], תשל"ז-1976. כן הורשע בשלושת האישומים הראשונים גם בקבלת דבר במירמה בנסיבות מחמירות - עבירה על סעיף 415 לחוק העונשין, תשל"ז-1977, בתקיפה - עבירה על סעיף 379 לחוק הנ"ל ובמעשה מגונה שלא בכפייה - עבירה על סעיף 355 לחוק הנ"ל.

דינו של המערער נגזר לתשעה חודשים מאסר בפועל, שלושה חודשים מאסר-על-תנאי ולקנס בסך 900,000 שקל - כסכום שקיבל המערער מעיסוקיו.

ערעורו של המערער נסב על הרשעתו ועל גזר הדין שהושת עליו.

כפי שקבע בית המשפט קמא, תוך שהוא סומך ידיו בלי כל סייג על דבריהם של עדי התביעה, נתן המערער, לאחר שרשיונו בוטל, טיפול רפואי ממושך לכל אחד מן הזוגות הנזכרים בשלושת האישומים הראשונים, תוך שהוא מתחזה

רפואה ומשפט

הנאשם עושה מעשה, אשר נראה על פניו, לפי מבחן אובייקטיבי, כמעשה מגונה, ואין לנאשם כוונה כשרה לעשותו. השופט ד' לוי, לעומת זאת, הציע לזכות את המערער מאשמתו זו, וזו היתה הנמקתו:

נראה לי, שלצורך הרשעת אדם בעבירה של מעשה מגונה צריך היסוד "המגונה" להתקיים הן ביסוד העובדתי של העבירה והן ביסודה הנפשי. כאשר לא מתקיים האלמנט המגונה באחד מיסודות אלה, אין מקום להרשעה.

בעניין דנן, התרשמתי מסיפור המעשה המיוחד הזה, עלפי הראיות המלאות שהיו בפני בית המשפט היא, כי המערער, מבחינה סובייקטיבית, האמין באמת ובתמים, שהוא כשיר להיות רופא גניקולוג ושלא כדין שללו ממנו את הרישיון. הוא סבר, כי יש בכוחו להצליח בנושא ההפרייה, שלשם קידומו טיפל במתלוננים. אכן, נכון הדבר, כי הונה את המתלוננים בכך שבידעו שעלפי דין אינו רשאי לעסוק ברפואה התחזה כרופא, ואכן בטיפול שהרשה לעצמו לבצע בגופם של חלק מהמתלוננים עשה מעשה תקיפה, שהרי הסכמתם של המערערים לטיפול הושגה במירמה. אולם לא מצאתי, וכך אני מתרשם מחומר הראיון הנ"ל, שכוונה מינית איזו שהיא הדריכה את המערער בעת המעשה.

נראה לי, כי אפשר לומר, מתוך הסכמה די רחבה, כי אם המערער היה מחזיק ברישיון לעסוק ברפואה, אף-על-פי שהטיפול אשר עשה במתלוננים היה כושל וחסר סיכוי, לא היה מוגדר מעשהו כמעשה מגונה, זאת על שום שהמעשה לא היה מלווה בכוונה מינית.

כך, לדעתי, היינו אומרים גם במקרה שונה במקצת: הטיפול ניתן על-ידי מי שמחזיק ברישיון לעסוק ברפואה והטיפול הוא שוטף וממושך. לפרק זמן של חודש ימים מושעה הרופא בגלל עבירה אתית, וכתום אותו חודש חוזר הוא לתפקיד כרופא לכל דבר, את הטיפול בחולה, שהגדרתו בדוגמה הקודמת ככושל וחסר סיכוי, עשה בטרם ההשעיה, לאחר ההשעיה ובתקופת ההשעיה. האם נאמר במקרה זה, כי בשתי התקופות, שבהן לא היה מושעה, המעשה הוא כשר ואינו מגונה, ואילו בתקופת ההשעיה שיבה המעשה את צביונו ונהיה למגונה? נראה לי, כי התשובה לשאלה רטורית זו חייבת להיות שלילית.

גם במקרה זה משהתברר, ולדעתי הוכח, שכוונה מינית לא התקיימה בהודעת המערער, אין להטביע על מעשהו, שהוא פסול ופלילי מבחינות אחרות, גם תג של מגונות. אשר על כן, וברוב דעות, נדחה ערעורו של המערער על עצם הרשעתו.

שלושת השופטים דחו גם את ערעור המערער על גובה העונש.

בפני המטופלים תוך כדי הטיפול בהם טענות נוספות, שבאו לחזק את אמונתם בהצלחת הטיפולים, בידעו, כי אין לטענות אלה אחיזה במציאות. כך הניעם להמשיך ולקבל את הטיפולים, שבעקבותיהם ניתנו לו התשלומים וטובות ההנאה.

אשר לעבירת התקיפה: אכן הסכימו המטופלים שבישומים אלה, כי המערער יבצע בהם את הטיפולים, אולם משהושגה הסכמתם לטיפולים הרפואיים בתרמית עקב התחזות המערער כרופא, הרי שבכך נעשתה "תקיפה" כהגדרתה בסעיף 378 לחוק העונשין.

עבירת מעשה מגונה

שופטי בית המשפט העליון נחלקו בדעותיהם בסוגיה זו.

כזכור, הורשע המערער גם בעבירה של מעשה מגונה שלא בכפייה, כשולדעת בית המשפט קמא די היה בכך כי הוכח, שהנשים הוטעו לחשוב כי המערער רופא וכי לא היו מסכימות למעשיו בהן "אם היה להן שמץ חשד שהנאשם הינו אדם שרשיון העיסוק ברפואה כבר נשלל ממנו 7 שנים קודם לכן". שכן "אין החוק דורש שהתביעה תוכיח כי המבצע מעשה מגונה שלא בכפייה יהא שטוף זימה ותאוה מינית. זה אולי מתקבל בדרך כלל על הדעת, אך לא מחייב להיות יסוד מיסודות האישום".

כב' השופטים א' גולדברג וג' בך תמכו בהחלטת בית המשפט המחוזי ואילו כב' השופט ד' לוי גרס, כי המערער לא עבר העבירה הנדונה.

כב' השופט גולדברג נימק עמדתו כך:

במקרה דנן אין חולק, כי הבדיקות והטיפולים הגניקולוגיים, שעשה המערער במתלוננות, לא באו לספק את חשקו המיני. כן מוצאים אנו בעדויות, כי הבדיקות היו רגילות ולא חרגו מן הנדרש. בנסיבות כאלה ועל רקע עברו של המערער כרופא גניקולוג יש מקום להסיק, כי הטיפולים ניתנו במגמה להביא להריון של המטופלות בשיטה חדשנית ובלתי מוכרת ברפואה שניסה על גופן. דא עקא, שהמערער במעשיו לא רק שתקף אותן נשים כשהשיג בתרמית את הסכמתן לטיפול, אלא שתרמית זו, אשר שגם ידע המערער) הביאה את המטופלות ליתן הסכמתן לכך כי המערער יפשפש באברי גופן המוצנעים, היא אשר שוללת מניה וביה את "כשרות" התנהגותו של המערער. המעשים אשר עשה המערער (תוך מודעות להתנהגותו ולנסיבות העבירה) נותרו על-כן בגדר מעשים מגונים בצורה בולטת חרף "הדחפים המקצועיים" שהניעוהו, כשאינו באלה כדי לצקת במעשים משמעות שונה.

גם השופט ג. בך גרס, כי עבירה כזו נעברת כאשר

השופט גולדברג ציין:

אשר לערעור על העונש, אין כל הצדקה לפטור את המערער מעונש מאסר בפועל או להעמידו על שלושה חודשים בלבד, ואין העונש שנגזר חמור יתר על המידה עד שיצדיק את התערבותנו, שכן לא זו בלבד שהמערער התחזה כרופא ועסק ברפואה בלי רישיון, אלא שהולך שולל את קורבנותיו, תוך שהוא מפיח בהם תקוות שוא, שבעטיין היו מוכנים לעבור טיפולים ממושכים מלווים כאבים וסבל נפשי.

השופט בך הסכים לכך, והשופט לויין הוסיף:

איני סבור, כי יש להתערב במידת העונש. במקרה דנן עיקר החומרה שבמעשה המערער הוא בהיבטים האחרים שבו, שמצאו את ביטויים המשפטי בהרשעות האחרות. השופט המלומד גזר את דינו במתינות ומתוך התחשבות בכלל הנסיבות. לכן, לעניין העונש הייתי מצטרף למסקנה, שהערעור צריך להידחות?

מראה מקומות:

1. ע"פ 616/83 דוד פליישמן נ' מדינת ישראל, פ"ד ל"ט (1), 449.
א' כרמי, סיעד ומשפט, 1984. חיפה תמר, 184.
2. לבחינת המניע בעת בדיקה רפואית של אישה לשם הכרעה אם המדובר במעשה מגונה ראה: R.V. Armstrong (1885) 49 J.P. 745; Bolduc and Bird V. The Queen (1967) 63 D.L.R. (2d) 82.
ראה כמו כן:
ע"פ 505/80 דניאל נ' מדינת ישראל, פ"ד לד' (4) 505.
ע"פ 190/58 שר האוצר ושר המסחר והתעשייה נ' אניות מיכל ומשא בע"מ ואח', פ"ד יב 1849; פ"ע לו 10.
ע"פ 63/58 עג'מי ואח' נ' היתעץ המשפטי, פ"ד יג 421; פ"ע לח 168.
ע"פ 787/79, 881 מזרחי נ' מדינת ישראל ורעור שכנגד, פ"ד לח' (4) 421.
ע"פ 315/58 היתעץ המשפטי נ' ג'בארה, פ"ד יג 565; פ"ע לט 36.
ע"פ 391/62 נוריאלי נ' היתעץ המשפטי לממשלה, פ"ד יז 417.

* * * * *

הוצאת 'תמר'
חברה להפצה בע"מ
ת"ד 4580
רח' החלוץ 23, חיפה 33112
טל: 871596 (04)

רשלנות רפואית - ביהדות ובישראל

מאת: השופט אמנון כרמי ועוה"ד עמירם שגיב

- חלק ראשון: רפואה והלכה.
- חלק שני: העיסוק ברפואה - רשות וחובה.
- חלק שלישי: דרגות הרשלנות, חובת הזהירות.
- חלק רביעי: סבירות, פרקטיקה מקובלת, קשר סיבתי.
- חלק חמישי: גילוי טיפול רשלני בחולה.
- חלק שישי: דיני ראיות.
- חלק שביעי: פיצויים וסנקציות.
- חלק שמיני: שבועות ותפילות הרופאים.
- חלק תשיעי: מראי מקומות.

מאות מראי מקומות, ציטטות ומקורות, למן התנ"ך, המישנה והגמרה, ועד לחקיקה ולפסיקה החדישות במדינת ישראל.

מחיר הספר - 69 ש"ח (כולל מע"מ).

* * * * *

הוצאת 'תמר'
חברה להפצה בע"מ
ת"ד 4580
רח' החלוץ 23, חיפה 33112
טל: 871596 (04)

ביני לבין הרפואה

(מרוץ מכשולים)

מאת: פרופ' ד. ארליק

מבין נושאי הספר:

- מלחמת האזרחים ברוסיה והשתלטות הבולשיביקים;
- מגן העדן הסובייטי לפלסטינה (א"י); ביה"ס לרפואה בצרפת; דרך המיכשולים של רופא צעיר בארץ;
- מתפקיד רופא בקבוץ באהל, ל"היכל" רפואי על הריהצופים; מלחמת השחרור; מהמצור בירושלים ובהריהצופים לחיפה המשוחררת; מבין"ח הרוס עד מרכז רפואי ועד הקמת ביי"ס לרפואה בחיפה ומכון למחקר רפואי.

מחיר הספר במכצע - 15 ש"ח (כולל מע"מ).

הוצאת תמר

סיעוד ומשפט

על נסיונות התאבדות בקרב תלמידים

מאת: שושנה שאול

CHILDRENS PERCEPTION OF PERSONAL AND IMPERSONAL DEATH.

צויין, כי בין ילדים המטפחים מחשבות התאבדות יש הנוטים להחזיק בדיעות על המוות, שאינן עולות בקנה אחד עם התפיסה הבוגרת של המוות. האינסוף של החדלון, לדידם, אין משמעותו הפסקה סופית של תהליכי החיים, אלא שינויים בצורה ובסוג של הקיום.

ילדים השוגים בדמיונות על המוות עלולים, כשהם נתקלים בבעיה חסרת פתרון, לבצע נסיון התאבדות. לדוגמא: במצב של בדידות ודחיה, או במצבים שיש בהם צורך לכפר על "התנהגות רעה".

גב' איילון, בספרה "איזון עדין", מתארת התמודדות במצבי לחץ במשפחה. לדבריה, בדרך כלל, נסיונות ההתאבדות הם מעשה של זעקב לעזרה או נקמה. במשאל שערכה בקרב תלמידי תיכון, שגילו נטיה לפתור את בעיותיהם ע"י נסיון התאבדות, התגלו סיפורים דמיוניים וחלומות, בהם הצעירים ראו את עצמם לאחר ההתאבדות, מרחפים מעל למסע ההלוויה של עצמם. הם ראו בדמיונם את יקיריהם מתאבלים ומכים על חטא. בדרך זו השיגו (המתאבדים) המתבגרים שליטה וכוח, בעוד שבתחומים אחרים הם מרגישים עצמם חסרי יכולת לשנות את מצבם ואת המציאות הלוחצת.

הגב' איילון מציינת, כי הסיבות הגורמות למתבגר להתאבד הן: יאוש, בדידות, חוסר תקווה, פחד מעונש, ציפיות שלא מומשו, רגשות אשם, חרדה, כישלון, עייפות, מאבקים כושלים ומתחים. לעיתים המטרות של המתבגר הן: כפרה על חטא, נקמה, צורך לקבל תשומת לב, גרימת סבל להורים או למבוגרים אחרים או לחברים שאכזבו והרצון להשתחרר ממצב בלתי נסבל.

בקרב צעירים שביצעו נסיונות התאבדות נמצא, כי הגורמים הדומיננטיים למעשיהם היו בעיות משפחה, למשל:

נסיון התאבדות הינו סוג של תקשורת כשכל יתר הדרכים נחסמו או נשתבשו. מעשה התאבדות מהווה קריאה לעזרה. מרבית נסיונות ההתאבדות מתרחשים במצב של אי מתן טיפול מתאים בזמן משבר.

ההורים, המורים והחברה בכלל חייבים לתת את הדעת למקרי ההתאבדויות של בני נוער שאירעו לאחרונה בארץ. מאידך, נסיונות התאבדות שלא נגמרו במוות, מחייבים התייחסות בלתי שגרתית למסר.

צוות המורים, המחנכים והאחות של בי"ס תיכון מקיף בקריית-חיים (מונה כ-850 תלמידים בגילאי 15-18), פיתחו תכנית חינוכית בלתי אמצעית לגילוי סימנים העלולים להביא לנסיון התאבדות בקרב תלמידים. כמו כן השתמשו בגישה אישית וקבוצתית כדי להעלות בעיות לוחצות בקרב התלמידים ולפתור אותן. במקביל, נעזרו בשרותים הקיימים של משרד הבריאות, משרד החינוך, עיריית חיפה, קופת-חולים.

אצל ילדים בעלי עבר של 'נסיון-התאבדות', נתפש המוות כמצב של חבלה עצמית, אע"פ שהיו מסוגלים לתת הסבר הגיוני למושג של מוות אצל אחרים. תפישת המוות אצל נערים כאלה, מעוותת.

באיום להתאבדות, קיימים שני פרטנרים לפחת; המאיים והמאויים. אציין שני מאמרים לענין זה מתוך: AMERICAN JOURNAL OF PSYCHIATRIC CHILDREN (1979) של:

1. ORBACH, AND H. GLAUBMAN

1. THE CONCEPT OF DEATH AND SUICIDAL BEHAVIOR IN YOUNG CHILDREN.

2. SUICEDAL AGGRESSIVE AND NORMAL

שיעור הגירושין בקרב אותה קבוצה היה גבוה. הטראומה קיימת בעיקר בקרב צעירים שהיו עדים לגלויי איבה הדדית בין ההורים, לסחיטה עם אינמי תקיפה, כשלעיתים קרובות הילדים מנוצלים כדי לתמוך באחד מכני הזוג. כתוצאה מתהליכים אלה, מתפתחים רגשות אשם כאילו הם היו הגורמים לפירוד.

ד"ר מ. גריפין מזהירה שלא להיתפס למיתוסים שעלולים להתעורר, כגון: אנשים המדברים על התאבדות לעולם אינם עושים זאת; כשהוא מדבר על התאבדות הוא מחפש רק תשומת לב; הטוב ביותר - להתעלם; הוא לא טיפוס להתאבדות; הוא היה בדיכאון שחלף ומצבו השתפר, נראה כי חלפה הסכנה להתאבדות.

ד"ר מ. גריפין ממליצה להיות ערים לסימנים כמו: תלונות מרובות על מיחושים ברמה לא סבירה. שינויים קיצוניים בהרגלי החיים היומיומיים. הזנחה פתאומית, כולל בהופעה החיצונית.

וויתור על נכסים יקרים והענקתם לקרובים וידידים. שינויים במצב הרוח, התבודדות, דיבורים על חוסר תקווה, אדישות והערכה עצמית ירודה, איבוד התאבון, קושי להרדם או הפרעות בשינה, חלומות בהקיץ במידה מוגזמת, שימוש פתאומי בעישון מוגבר, לקיחת טמיום או שתיית אלכוהול, דיבורים על התאבדות ואפילו בהומור.

יש להיות ערים לסימנים אלה במיוחד בעת של אובדן אדם קרוב ויקר או של בעל חיים אהוב.

האם מסוכן לדבר על התאבדות?
האם דיבורים על נושא התאבדות עם מתבגר במצוקה עלולים לשנות בו את רעיון ההתאבדות?
האם התאבדות מתבצעת לפתע פתאום בלי סימנים מוקדמים?

אם נכשל נסיון התאבדות, האם הכאב והבושה לא ימנעו ניסיון חוזר?
האם אנשים הנמצאים בטיפול פסיכולוגי, מתאבדים לעיתים מאד רחוקות?

אכן, מחשבות על התאבדות אינן מושתלות. הן קיימות כתוצאה מתהליך שהתפתח על רקע מצוקות שתוארו לעיל ואחרות. שיחה בנושא ההתאבדות עם מתבגר שקיימת אצלו מחשבה כזו, עשויה להוציא לאור מחשבות סמויות ולאפשר מתן עזרה וטיפול בהתאם. רוב המתבגרים שיש להם מחשבות על התאבדות, מעוניינים לדבר על כך עם מבוגר אוהד ומבין. קיימת חשיבות רבה לסימנים שמאותתים המתבגרים. בדיעבד אנחנו מגלים, כי המתאבד השאיר אחריו נתיב רצוף של סימנים מוקדמים שהצביעו על כוונותיו. מעטים מבין המתאבדים סווגו כלא שפויים או פסיכוטים

בעת ביצוע התאבדות. רובם סבלו מדיכאון, בדידות, העדר אהבה, יאוש, איך-אונות, אומללות. יתכן, כי אחדים מבין המתאבדים פיתחו מצבים נוירוטיים, אך ברוב המקרים לא מחלת הנפש היא זו שדחפה אותם לבצע את נסיון ההתאבדות. גיל ההתבגרות מאופיין באובדנים; שינויים במבנה הגוף והינתקות מאורח חיים ילדותי, גורמים לשינויים גם בהתנהגותו של המתבגר. בשלב זה קיים תהליך של פירוד (ספרציה אנטרה-פסיכית) מהדמויות הראשוניות (הורים) ומתעורר צורך ביישום אישיותו של המתבגר על-ידי התנסויות הפגנתיות. תהליך ההסתגלות של המתבגר לשינויים הפיזיים והנפשיים, מביא אותו להרגיש ביכולת שלו להשפיע כדי לגרום לשינויים של פני החברה. הוא מסוגל להגיע להקצנה ולמרוד במוסכמות. לעתים אנו עדים לתופעה הפוכה, כגון: חוסר אונים, ירידה ביוזמה, מצבי רוח משתנים המתלווים ברצון לעזוב את העולם הזה לטובת עולם דמיוני שהוא יוצר לעצמו. תופעה זו קיימת במשפחות שיש בהן תוקפנות מילולית או פיזית או שתיהן, המופנות בעיקר כלפי המתבגר. המתבגר לעיתים מקבל על עצמו את הדמות של "הרע" ומפנים את התוקפנות על-ידי פגיעה בעצמו. כך הוא ממלא את התפקיד של "הקורבן".

לא הייבים להתקיים מספר סימנים או כולם, כדי לאותת אזהרה מפני סכנה קרבה והולכת אצל המתבגר. הכרת הבעיה, והכרת הדינמיקה בה חי המתבגר, עשויות לעזור למטפלים בעיתוי התערבותם במתן העזרה המתאימה.

במסגר חינוך לבריאות שקיימנו בביה"ס התיכון, ניסינו, צוות המחנכים ואנוכי (אחות ביה"ס) לפתח גישות שונות לזיהוי בעיות אישיות שקיימות בין התלמידים, וכן להתייחס לכל אחת מהבעיות בהתאם למצב, במטרה למנוע בסיונות התאבדות.

בשנת הלימוד 1985-1986 היו בביה"ס כ-850 תלמידים, בנים ובנות בגילים 15-18. במהלך שנת הלימודים התגלו: 4 תלמידים שאובחנו במצב של מצוקה נפשית, עם מחשבות להתאבדות.

2 תלמידים במצב פסיכוטי פעיל עם הלוצינציות של שמיעה וראיית דמויות (הופנו לטיפול בבי"ח).
2 תלמידים שביצעו נסיון התאבדות והגיעו לחדר מיון של בי"ח כללי.

(אפשר להניח שהיו מספר מקרים שלא התגלו ושלא הובאו לידיעתנו).
להלן תאור שני מקרים מתוך קבוצת התלמידים ש' אובחנה במצוקה נפשית:

1) מדובר בנערה בת 16, בכירה מבין שלושה ילדים. האב, קבלן בניין שירד מנכסיו בגלל מצוקה בענף. האם

עקרת בית, עוסקת כל היום במשק ביתה ולא מתעניינת בדברים נוספים. שני בני הזוג בגיל ה-40+, בריאים, מקיימים קשרים עם המשפחה המורחבת רק בחגים ואירועים מיוחדים. הקשר במשפחה פורמלי וקר, כשכל אחד ממלא את תפקידו המוגדר. האב יוצא לעבודה בשעות המוקדמות וחוזר מאוחר הביתה. האם, אשה שקטה ורגועה, עם הבעת פנים קפואה. הנערה נחשבת לתלמידה טובה מעל לממוצע הכיתתי.

עוד בתחילת שנת הלימודים התגלה כי הכיתה דחתה אותה ולא שיתפה אותה באירועים החברתיים. היחס אליה, בזמן השיעורים, היה עויין. סרבו לשבת לידה, וצחקו לדברים שהיא אמרה. בתחילת השליש השני, המחנכת נתנה דעתה על מבחן שהתלמידה הגישה. הכתב היה מקושקש, שלא כרגיל. התוכן מבובל. מספר משפטים היו קטועים ותשובותיה לא היו מלאות. הדבר עורר את חששותיה של המחנכת והיא הביאה זאת לידיעתה. איבחנו את המצוקה הנפשית ומצאנו שיש צורך מייד בהתערבות.

לאחר שזימנו את התלמידה ואת הוריה, קבענו יחד תכנית משולבת של ביה"ס ושל התחנה לטיפול בילד ובנוער של משרד החינוך.

הגישה הטיפולית שהתפתחה בביה"ס, התבססה על קיום שיחות אישיות לצורך תמיכה וחיוקים, וכן קיום דיונים חברתיים ומשחקי קבוצה אחת לשבוע בשעורי חברה, בהם היא נטלה חלק פעיל. הנערה התמנתה לחברה באגודת הבריאות. בדרך זו הוסמכה לתפקידים בהם היתה מסוגלת להעניק תשומת לב לחברותיה ובכך לרכוש לעצמה אהדה ומעמד חשוב.

במשך כל השנה התקיימו מספר שיחות עם ההורים כדי לבחון אם חלו שינויים במצב הנערה. במהלך הטיפול השגנו שינוי עמדות. יחס החברים בכיתה היה חיובי אליה והתלמידה הצליחה להשתחרר מהלחצים ולהתנהג בצורה מקובלת יותר.

2) מדובר בנערה בת 17 ילידת הארץ, צעירה מבין שני ילדים. ההורים בני חמישים ניצולי שואה, בריאים, עובדים במקצועות אקדמיים.

במהלך שנת הלימודים 86-1985 התברר, כי הבן נפגע קשה בתאונת עבודה בהיותו בשליחות בחו"ל. ההורים טסו אליו, חזרו עמו ושהו ליד מיטתו בבתי-חולים שונים בארץ. התלמידה היתה לבדה ואע"פ שדאגה וחששה לגורל אחיה, לא הביעה זאת בפני איש. בביה"ס חל שינוי בהתנהגותה, נעדרה לעיתים קרובות ללא סיבה, חלה ירידה ברמת לימודיה, היתה חסרת סבלנות, כעסה והתרגזה בקלות, והיו לה מצבי רוח תוקפניים. באחת ההפסקות מעדה בחצר

ואיבדה את הכרתה, בבדיקות רפואיות נמצאה רמת סוכר גבוהה בדם. הניסיון להגיע איתה לשיתוף פעולה בכל הנוגע לטיפול ולדיאטה, נכשל. בשיחה מסרה, שעדיף למות מלהיות מוגבלת. בשיחה משותפת עם ההורים הוסכם על דעת כולם, שיש צורך להקדיש לה יותר תשומת לב. באחת הפעמים, כשנודע לי שלא הופיעה לביה"ס, התקשרתי הביתה והאב מסר שהיא יצאה ללימודים כרגיל. ביום המחרת מסרה לי בשיחה, שניסתה להתאבד עליידי לקיחת אינסולין ואח"כ הסתגרה בבית אחיה שהיה ריק, בלי שאיש ידע על כך. היא חשבה שאם לא תאכל, היא תאבד את הכרתה ותמות. בשלב מסוים לא היתה מסוגלת להמשיך בצום ואכלה את הכריכים שלקחה איתה לביה"ס. באותה שיחה הודיעה שלהבא היא תבצע את ההתאבדות ע"י יריה באקדח שיש לאביה בבית.

בשיתוף פעולה עם ההורים ובהסכמתם, היתה בטיפול נפשי מתאים בתמיכה מלאה של צוות ביה"ס. לקראת סוף השנה, התלמידה היתה מאוששת ואוהדה בכיתתה.

בין המטרות שצוות ביה"ס הציב לעצמו בנושאים של בריאות התלמידים, היו:

- גילוי וזיהוי מוקדם של מצבי בריאות לקויים ואי-יציבות נפשית אצל תלמידים.

- התערבות מיידית של כל הגורמים הנוגעים לטיפול בתלמיד במסגרת ביה"ס ושיתוף ההורים בבעיות.

- הפניה, הדרכה והכוונה של התלמיד וההורים לגורמים הרפואיים המטפלים בבעיה.

- פיתוח תנאים הולמים בביה"ס למתן תמיכה ולהרגשת ביטחון, ע"י מתן חיוקים חיוביים לתלמידים שיש להם בעיות אישיות.

בריאות הנפש בקבוצות בני נוער במיוחד, מצריכה תכנון והערכות משותפים של הגורמים הקהילתיים בדרך מקורית ושונה משהיתה עד כה.

לסיכום: מדובר בתקופה של גיל ההתבגרות, תקופה של התפתחות ושינויים פיזיים ונפשיים היוצרים בעיות. בתקופה זו קיימת הנתקות מהדימוי העצמי כילד לקראת נטילת תפקידים של מתבגר, תהליך זה רווי ביקורת קשה כלפי המבוגרים מתוך ציפיות לגרום לשינויים במוסכמות החברתיות. ההתנהגות של המתבגר מופעלת ע"י דחפים בלתי בשלים ובלתי מרוסנים, המלווים בתגובות נפשיות רגשיות בעלי עוצמה גבוהה.

אסיים במשפט: "האם יש לך ארס טוב, שאל הנסיך את הנחש, האם אתה בטוח כי לא תגרום לי סבל ממושך?" בסיפור מופלא של סנט אקזופרי, בוחר לו הנסיך הקטן את היום, את השעה ואת צורת מותו, אף שאין הוא מדבר במפורש על המוות.

רפואה ומשפט



ש. מדנס
הסוכנות
לביטוח
הרפואה



תלמית
סוכנות
לביטוח
ב ע"מ

נציגינו הם:

רח' בני יהודה 121
תל אביב
טלפון: 03-247103

תלמית סוכנות לביטוח בע"מ
רח' העצמאות 55, חיפה
טלפון: 04-672266/7

טרדות היום יום ודאי אינן מאפשרות לך להשקיע מזמנך היקר, בעיון ובבדיקת תוכניות הביטוח הרצויות לך. אנו השקענו ידע ומחשבה, ויש בידינו הנסיון כדי להתאים לך מגוון תוכניות ביטוח עם מעוף, אשר יקנו לך כסוי ביטוח רחב ושקט נפשי. תוכניות הביטוח המוצעות לחברי האגודה לרפואה ולמשפט בתנאים מועדפים.

- * ביטוח לדירה "גג לבית"
- * ביטוח למכונית פרטית
- * ביטוח למרפאה / משרד
- * ביטוח תאונות אישיות
- * ביטוח חיים "יותר"
- * ביטוח "מאבק בסרטן"
- * ביטוח מנהלים ופקודים בכירים
- * קרן פנסיה לעצמאיים "יוזמה"

סיסמתנו היא:

ו מ ק צ ו ע י ו ת

ש ר ו ת

א מ י נ ו ת



הוצאת 'תמר'
חברה להפצה בע"מ
ת"ד 4560
רח' החלוץ 23, חיפה 33112
טל: 671596 (04)

משפט ורפואה

מאת: **השופט אמנון כרמי**

שלושים מסות בנושאי משפט ורפואה (באנגלית)

נושאים מרכזיים:

אחריות מקצועית ורשלנות רפואית; רפואה משפטית; חיים ומוות; זכויות החולה; ניסויים רפואיים; פסיכיאטריה ומשפט; פסיכולוגיה ומשפט; בתי משפט: על שופטים ועדים מומחים; היפנוזה ומשפט; גרפולוגיה ומשפט.

מחיר הספר - 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, האדירו שם רפואת ישראל ברחבי העולם. וביניהם - בן. כאשר לפני כתריסר שנים קיבל בנו את תעודת הרופא שלו, נתן לו האב כמתנה את סיפורו 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 בנעט, 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: "כפנינו מקור עשיר של מידע משפטי, הנפרש בפנינו תוך הצגתו של הנושא של פיצויים בשל נזק גוף לכל היבטיו, ביסודיות ובהירות. 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).

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 המעי. 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 שבדרך, שמא... ועל אף הכל...

שאלת הקדימויות בטיפול הרפואי, בעת מחסור או דחק, מהווה דילמה מוסרית המורה וקשה. אתיקנים שלא עסקו ברפואה ממש אינם מסוגלים לתפוש את המתרחש בנפשו של רופא, אשר חובת ההכרעה מוטלת על כתפיו במלוא כובדה.

16 פציעים הובאו אל חדר המיון. הפציעים 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 יחיד. 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 כריתת המעי הדק, ופיוזם המעי הגס תשלפוחית השתן. הבחור הכריא 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, כוויות, הדרכה, זריקות, עירוי דם, תרופות, מחלות מדבקות, מילוי הוראות רפואיות, טיפול זירום, הרדמה, ניתוחים, נטישה, האחות והמשפט, רישוי, הצוות הסיעודי, רישום, הסכמת החולה לטיפול בו, הריון ולידה, מחלות מדבקות, חיסונים, תרופות וסמים, חולי נפש, האחות בכית המשפט, סודיות מקצועית, כריאות 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. 92.50 ש"ח (כולל מע"מ).